

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

禁忌中的煙味：社會規訓與女性戒菸之研究(第2年) 研究成果報告(完整版)

計畫類別：個別型
計畫編號：NSC 98-2629-H-155-001-MY2
執行期間：99年08月01日至100年07月31日
執行單位：元智大學社會暨政策科學學系

計畫主持人：陳芬苓
共同主持人：張諤
計畫參與人員：學士級-專任助理人員：吳雯婷
碩士班研究生-兼任助理人員：簡郁真
碩士班研究生-兼任助理人員：詹惠如
碩士班研究生-兼任助理人員：鄭怡均
碩士班研究生-兼任助理人員：魏鉉益
大專生-兼任助理人員：田武龍
大專生-兼任助理人員：呂欣庭
大專生-兼任助理人員：韓湘婷
大專生-兼任助理人員：廖昀雅

報告附件：國外研究心得報告

公開資訊：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢

中華民國 100 年 11 月 01 日

中文摘要：在女性吸菸行為的研究中，發現社會控制無所不在，使得女性吸菸行為變成一個隱藏性的行為，社會規範的來源不但來自無形的社會性別角色（social gender roles）及美的規訓，更來自有形的大眾、長輩、父母、客戶及男性觀點的壓力，在這樣的氛圍下即使女性有吸菸的行為也較有壓力採取戒菸的行動。近年來政府及民間都已經如火如荼進行女性戒菸的相關宣傳活動，但許多宣傳活動中對於女性吸菸的認知往往是來自男性衛生行政官員或是男性學者專家對女性吸菸之想像，而充滿偏誤。為什麼女性不戒菸或是在戒菸後沒有辦法維持遠離香菸？女性如何感受到社會對她們吸菸行為規範的壓力？什麼戒菸方式是女性所喜歡或不喜歡的，其背後所隱藏的社會控制的機制為何？醫護人員對於男性或女性吸菸者的處遇過程及勸說方式是否有所差別？醫護人員本身是否是性別中立的角色，亦或具性別敏感度，或是他們是帶著社會價值觀來進行戒菸處遇工作？

本研究為一兩年期的研究計畫，第一年研究目的在於探討男女性戒菸行為差異；並分析決定女性戒菸的因素有那些。第二年研究目的在於探討國內目前所有的戒菸資源，包括：戒菸班、戒菸門診、戒菸專線等，實施的醫護人員是否具有的專業父權主義及性別刻板印象，以了解女性在這些場域中所感受到社會控制／去社會控制；而現行戒菸方法中女性較接受哪一種戒菸模式的協助。研究結果希望能建構女性友善的戒菸方案及模式。

英文摘要：In my past research, we found that social control mechanism is everywhere, so women can only smoke in private place. Social norms for women's smoking not only come from social gender roles and appearance discipline in the society, but also comes from the public, the relatives, parents, clients and men. Even if women adopt smoking, they face more pressure from social discipline to quit smoking. In recent year, the government and social groups all focus on the activities to promote smoking cessation of women. However, if you analysis the contents of the advertisement or governmental documents, you may found that the editors of those materials, many of them are male governmental officials and professionals, are full of gender bias. Why women do not want to quit smoking or keep smoke free? To what extent that women receive pressures from social taboo to quit smoking? What kind of smoking cessation resources can be accepted by female smokers? And what is the reason that women do not like certain kinds of smoking cessation services? Are there any difference of behavior and attitudes among doctors and nurses who are involved in smoking cessation services when they face different genders of smoking patients? Do those

medical professionals have gender-sensibility, or they have gender bias?

This is a two-year research project. The purpose of first year study is trying to analyze the viewpoint of men towards smoking women, which is one of the reasons that smoking women feel the pressure of social taboo and social discipline. We also use secondary analysis of governmental survey to explore keys factors for smoking cessation among women. The purpose of second year study focuses on the analysis of patriarchal mechanism and gender stereotype among medical professionals who deliver smoking cessation services, in order to understand to what extent that women suffer from social control/discontrol in those services. We also want to know why women prefer particular services when they want to quit smoking. Finally, we also tend to develop a women-friendly project or mode for smoking cessation.

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 成果報告
 期中進度報告

禁忌中的煙味：社會規訓與女性戒菸之研究

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC 98-2629-H-155 -001 -MY2

執行期間：98年8月1日至100年7月31日

計畫主持人：元智大學社會暨政策學系 陳芬苓副教授

計畫共同主持人：台灣大學衛生政策與管理研究所 張珣副教授

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

- 赴國外出差或研習心得報告一份
- 赴大陸地區出差或研習心得報告一份
- 出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份
- 國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、
列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開查詢
執行單位：元智大學

中 華 民 國 一 百 年 十 月 三 十 一 日

目 錄

封面.....	1
目錄.....	2
中英文摘要.....	3
壹、前言.....	5
貳、文獻探討.....	7
參、研究方法.....	25
肆、男女戒菸行為分析結果.....	29
伍、公共戒菸資源使用的性別差異.....	46
陸、結論.....	56
柒、參考文獻.....	57

中文摘要

在女性吸菸行為的研究中，發現社會控制無所不在，使得女性吸菸行為變成一個隱藏性的行為，社會規範的來源不但來自無形的社會性別角色（social gender roles）及美的規訓，更來自有形的大眾、長輩、父母、客戶及男性觀點的壓力，在這樣的氛圍下即使女性有吸菸的行為也較有壓力採取戒菸的行動。近年來政府及民間都已經如火如荼進行女性戒菸的相關宣傳活動，但許多宣傳活動中對於女性吸菸的認知往往是來自男性衛生行政官員或是男性學者專家對女性吸菸之想像，而充滿偏誤。為什麼女性不戒菸或是在戒菸後沒有辦法維持遠離香菸？女性如何感受到社會對她們吸菸行為規範的壓力？什麼戒菸方式是女性所喜歡或不喜歡的，其背後所隱藏的社會控制的機制為何？醫護人員對於男性或女性吸菸者的處遇過程及勸說方式是否有所差別？醫護人員本身是否是性別中立的角色，亦或具性別敏感度，或是他們是帶著社會價值觀來進行戒菸處遇工作？

本研究為一兩年期的研究計畫，第一年研究目的在於探討第一年研究目的在於探討男女性戒菸行為差異，進而成為決定戒菸行為的重要原因之一；並分析決定女性戒菸的因素有那些；並分析決定女性戒菸的因素有那些。第二年研究目的在於探討國內目前所有的戒菸資源，包括：戒菸班、戒菸門診、戒菸專線等，實施的醫護人員是否具有的專業父權主義及性別刻板印象，以了解女性在這些場域中所感受到社會控制／去社會控制；而現行戒菸方法中女性較接受哪一種戒菸模式的協助。研究結果希望能建構女性友善的戒菸方案及模式。

Abstract

Smoking under social taboo—Research on social discipline and smoking cessation of women

In my past research, we found that social control mechanism is everywhere, so women can only smoke in private place. Social norms for women's smoking not only come from social gender roles and appearance discipline in the society, but also comes from the public, the relatives, parents, clients and men. Even if women adopt smoking, they face more pressure from social discipline to quit smoking. In recent year, the government and social groups all focus on the activities to promote smoking cessation of women. However, if you analysis the contents of the advertisement or governmental documents, you may found that the editors of those materials, many of them are male governmental officials and professionals, are full of gender bias. Why women do not want to quit smoking or keep smoke free? To what extent that women receive pressures from social taboo to quit smoking? What kind of smoking cessation resources can be accepted by female smokers? And what is the reason that women do not like certain kinds of smoking cessation services? Are there any difference of behavior and attitudes among doctors and nurses who are involved in smoking cessation services when they face different genders of smoking patients? Do those medical professionals have gender-sensibility, or they have gender bias?

This is a two-year research project. The purpose of first year study is trying to analyze the difference between genders in terms of smoking cessation. We also use secondary analysis of governmental survey to explore keys factors for smoking cessation among women. The purpose of second year study focuses on the analysis of patriarchal mechanism and gender stereotype among medical professionals who deliver smoking cessation services, in order to understand to what extent that women suffer from social control/discontrol in those services. We also want to know why women prefer particular services when they want to quit smoking. Finally, we also tends to develop a women-friendly project or mode for smoking cessation.

壹、前言

當世界各國正積極地透過政策性手法（如法令規範、稅捐等方式）促使吸菸人口下降的同時，女性吸菸的盛行率卻呈現微幅在上升；這樣的趨勢發展突顯出吸菸/戒菸行為在性別上可能的差異性。

相較於男性，在傳統社會價值對女性所建構的性別角色框架下女性吸菸需面對更複雜的社會文化因素與社會規範的衝突。在過去的戒菸成效相關的研究中也發現：健康捐對女性吸菸者減低抽菸的意願無顯著影響；而公共場所禁菸的政策對於原本女性就較少在公開場合吸菸的習性更無影響力。其在在都凸顯出女性吸/戒菸者的行為態度是有別於男性。因此，當無菸環境、菸害防治成為世界各國積極推動健康手段之際，有必要深入瞭解戒菸行為的性別差異與社會規訓之間的關係。

在我國傳統認知上，「吸菸」一向被視為男性議題，男性吸菸行為顯性而被大眾所認同與接受的行為。由於女性吸菸人口少使得「女性吸菸」一向被視為較不重要的議題；在過去的研究中，性別只是一個單純的分析變項，而對於男女性吸菸差異性的深入分析較為闕如。本人在過去兩年執行國科會專題研究中，試圖以政治經濟學的角度分析女性成為菸商及國家政策禁菸對象的現象；更發現，社會規範(social norm)與女性吸菸行為間的關係，而更突顯出女性吸菸行為的研究價值。在女性吸菸行為的研究中，發現社會控制無所不在，使得女性吸菸行為變成一個隱藏性的行為，社會規範的來源不但來自無形的社會性別角色（social gender roles）及美的規訓，更來自有形的大眾、長輩、父母、客戶及男性觀點的壓力，而在這樣的氛圍下即使女性有吸菸的行為也較有壓力採取戒菸的行動。因此，本人認為在探索吸菸行為的性別差異之後，有必要再深入的了解戒菸行為的性別差異與社會規訓之間的關係。

近年來政府及民間都已經如火如荼進行女性戒菸的相關宣傳活動，但許多宣傳活動中對於女性吸菸的認知往往是來自男性衛生行政官員或是男性學者專家對女性吸菸之想像，為什麼女性不戒菸或是在戒菸後沒有辦法維持遠離香菸？為何戒菸班很少有女性參加，只是單純因為女性吸菸人口較少而已？在國外的研究及文獻中往往著重在於認為女性因為怕戒菸後體重增加而不願戒菸（WHO, 1999）。在國內是否女性也因為「美的

規範」才造成她們不願意戒菸嗎？由於女性吸菸的行為與文化的因素息息相關，因此本土的研究具有相對的重要性。

WHO 也指出「社會建構性別的觀點 (social gender)」在女性吸菸問題上的重要性，意謂著文化賦予不同性別角色的規範，使得不同性別在菸品使用模式有所差異 (WHO, 2003)。過去本人在台灣的研究也發現相同的現象，由於社會規訓的作用，女性抽菸者容易帶給別人負面的印象，因此女性往往將吸菸的行為變成隱藏性的行為，避免讓別人知道自己會抽菸，即使對自己的家人及朋友都會隱藏，尤其是在職場中女性更會隱藏其吸菸的行為。但若是朋友及親友已經知道女性有吸菸的行為，吸菸女性通常會感受到更高的戒菸壓力，也因此女性如何感受到社會對她們行為規範的壓力（指吸菸行為），社會中的男性又怎麼觀看女性吸菸的行為？什麼樣特性的女性選擇戒菸，而什麼戒菸方式是女性所喜歡或不喜歡的？其背後所隱藏的社會控制的機制為何？有進入醫療院所戒菸的女性在戒菸過程中與醫護人員互動的感受為何？醫護人員對於男性或女性吸菸者的處遇過程及勸說方式是否有所差別？醫護人員本身是否是性別中立的角色，亦或具性別敏感度，或是他們是帶著社會價值觀來進行戒菸處遇工作？

本研究選擇以成年婦女為主要研究對象，不僅因為國內過去調查研究反映成人女性才是吸菸的主要人口（開始吸菸的平均年齡為 22.4 歲），更由於成年婦女吸菸需面對更複雜的社會文化因素與社會規範的衝突—包括資本主義與父權控制的衝突、吸菸的社會規訓在公領域／私領域的衝突。本研究試圖以 Foucault 的身體規訓理論及女性主義理論，探索影響婦女戒菸的社會規訓機制，及女性選擇戒菸方式背後的因素，最後希望能夠提出具有性別敏感度的女性戒菸方案，朝向設計女性友善 (women-friendly) 的戒菸手冊，使得女性也能夠平等的接觸 (access) 各項醫療及福利的資源，減少在過程中受到專業父權主義或是專業霸權的壓力及批判。本研究為一兩年期的研究計畫，第一年研究目的在於探討男性如何觀看女性吸菸行為，使得女性感受到社會禁忌及社會規訓的壓力，進而決定及選擇戒菸的行為；並分析決定女性戒菸的因素有那些。第二年研究目的在於探討國內目前所有的戒菸資源，包括：戒菸班、戒菸門診、戒菸專線等，實施的醫護人員是否具有的專業父權主義及性別刻板印象，以了解女性在這些場域中所感受到社會控制／去社會控制（非批判態度），而現行戒菸方法中較接受哪一種戒菸模式的協助，

而又是何種因素導致到她們做這樣的選擇；是否能建構女性友善的戒菸模式。

貳、文獻探討

國內職場女性吸菸的特性-邁向性別主體性研究

根據台灣以往幾次大規模調查發現，男性吸菸率由 1994、1999、2001 至 2004 年分別為 55.6%、47.29%、46.5%、45.9%，呈現緩慢下降的趨勢；女性始終維持在 5% 上下，2004 年則為 6.2%，有緩慢上升的跡象。根據 2001 年與 2002 的國民健康調查，全國女性吸菸率由 4.1% 上升到 5.8%，其中 15-19 歲女性吸菸率由 2.8% 上升至 5.1%，20-24 歲則由 4.2% 上升到 9.7%（陳富莉等人 2004；行政院衛生署國民健康局，2004；2005）。由行政院衛生署國民健康局(2003)的調查可以發現一些男女性初步的吸菸行為差異之有趣現象，迥異於過去國人對女性吸菸的迷思。分析該項調查發現：台灣地區 15 歲以上曾吸過菸的男性比率為 62.7%，至少吸 100 支菸的比率佔 58.1%，平均吸菸年數為 19.2 年，開始吸菸的平均年齡為 19.5 歲，其中超過一半的比率會將整支菸吸完；而曾吸過菸的女性比率為 9.0%，至少吸 100 支菸的比率佔 4.3%，平均吸菸年數 11.1 年，開始吸菸年齡在 26 歲以上佔最高比率為 22.3%，開始吸菸的平均年齡為 22.4 歲，當中只有 43.4% 的會將整支菸吸完。意味著許多台灣女性開始吸菸並非為青少年求學階段，吸菸的量也較男性低許多。

男生和女生會在家吸菸的比率相差不遠，但在工作場所男性吸菸的比率為 50.9% 遠高於女生的 11.0%。即社會規範及形象對女性吸菸是有影響的，女性不見得在公領域犯社會禁忌，職場女性可能也是如此。男性吸菸原因第三名為社交應酬，但女性為了紓解壓力，因此吸菸對女性的意義是不同的。

吸菸女性反映居住場所中有人會吸菸的比率比男性高且超過 50%，男性第一次吸菸場所第一名是在學校及職場等公領域，但女性的第一名卻是家庭（36.6 %），顯示家庭因素對女性吸菸的重要性。女性吸菸者戒菸出自於自發性的比率佔 84.7%，且在吸菸方面的健康常識優於男性，表示女性吸菸者很清楚自己是不是該戒菸，並不如專家所言

為易受外界誘惑的無自主能力者。

過去本人針對職場吸菸女性深度訪談研究發現，女性吸菸的主要原因和男性確實是不同的，除了在青少年時期，開始嘗試抽菸的原因並沒有性別上的差異，皆是出自於好奇或是受到同儕的影響外。成人女性吸菸的原因和男性並不同，男性認為交際、應酬是促使他們抽菸的一個主要因素；但是在女性看來，他們會抽菸的主要原因是因為抽菸時可以紓解心情、釋放壓力、打發時間，對他們來說，抽菸是一個既方便又省錢的紓壓方式。國外的研究調查發現，保持身材是讓女性抽菸的一個原因，但本研究發現，所有的人都反對這樣的說法，他們並不認為抽菸可以減肥，也不是他們想吸菸的主因，這樣的想法應該是受到菸品廣告形象塑造所造成的迷思。

造成抽菸的原因並不是單一的，抽菸會受到個人因素及社會因素夾雜交替影響，且初次嘗試和之後養成吸菸習慣的原因也有很大的不同。本研究發現，職場女性吸菸的原因和打工、工作環境有很大的關聯，有超過一半的受訪者都是因為打工、工作的環境讓他們開始吸菸的。雖然受訪者都不認為他們會抽菸是受到家人的影響，但研究發現幾乎每個受訪者的家中都有人會抽菸，尤其是男性伴侶會抽菸的比率更高。

研究發現，女性受到社會價值觀的影響遠遠超越男性，女性還是很在意別人對自己的看法。雖然女性漸漸脫開父權主義下所塑造的女性形象的枷鎖，不認為抽菸只是男性的權利，因此有愈來愈多的女性吸菸人口，而女性自己也覺得抽菸是個人的自由，只要不影響別人就無所謂，但是卻因為女性吸菸並不是社會的顯性行為，因此社會大眾對女性吸菸還是存在社會性別的差異，因此對於吸菸的對象和場所還是有所選擇的，吸菸的女性會隨著不同情境的改變而呈現多種面貌，在日常生活中藉由在不同場合表現出不同的自我，讓別人相信自己就是這樣的人，他們會隨著情境調整自己的形象，會在不同的舞台上扮演著不同的角色。女性吸菸者為了呈現出好女孩的形象，幾乎都不會在自己的父母親、長輩、長官及不熟識的人面前抽菸，對於男性伴侶的家人更是一大忌諱，但是在同事、朋友及男性伴侶面前卻可以表現出真實的自己而大方公開抽菸。雖然女性想要極力擺脫父權社會下所營造的女性角色，因而他們覺得吸菸無關乎性別的差異，只是個人的事情，但始終無法脫離社會性別的不同，對於抽菸的場所還是要加以選擇，且認為女性不應該在公開場合抽菸，因為不但不好看還會讓人留下不好的印象，因此多在朋友

聚會時或是自己住處抽菸。

長久以來社會對女性所塑造的形象，對抽菸女性是很沈重的包袱，女性對於社會價值觀的蕃籬是很難跨越的，因此在抽菸空間的選擇上，還是以不影響自己的形象為最主要的考量，而女性吸菸者也不做違反規定的事，如果明文規定該場所是禁菸的，則所有的女性都會遵守這樣的規定，他們認為不需要為了抽菸而破壞規矩，覺得還是要尊重大家，以不影響他人為前提。女性會因應規定而調整自己的行為，當該場域禁菸就不抽，如公司或是宿舍禁菸，則絕對不在裡面抽菸而會到空曠的場所抽菸。

女性戒菸的相關研究

對於女性戒菸，醫護方面的研究有特定的意識形態及主題，除了孕婦戒菸為大宗之外，許多研究的主題專注在於戒菸與體重之間的關係，反映出醫護人員認為女性戒菸最大的障礙在於體重的增加，也就是所謂的「美的迷思」(Pirie et. al., 1992; Williamson et. al, 1991)。Krogh (2000) 認為，由於菸草廣告將抽菸與女性苗條身材連結，更以苗條的美女照片來做行銷，這樣的情形造成婦女對體重增加的恐慌，更進而促成她們走向死亡，這使得在美國肺癌奪走婦女生命的數字甚至超越乳癌。不論是開始吸菸的原因或害怕戒菸的原因，害怕體重增加都是一項很重要的因素。在美國研究發現，女性比男性更難戒菸，而研究歸咎的原因是女性擔心戒菸後體重會增加 (Sorensen and Pechacek, 1987)。而這樣以西方為基礎的醫護觀點也直接蔓延到台灣公共衛生及醫護對於女性戒菸的觀點，由過去衛生署相關的女性戒菸宣導手冊就可以看出對於女性戒菸者「美的迷思」的觀點。由此觀點所發展出來的女性戒菸模式也會著重在於如何幫助婦女減低戒菸之後體重增加的焦慮 (Perkins, 2001)，而輕忽了女性吸菸行為的複雜性。

少數研究實務也提到工作壓力使女性無法戒菸，同樣也發現女性較為依賴非正式的資源協助她們戒菸 (Joossens, 1999; Sorensen and Pechacek, 1987)。Perkins (2001) 從文獻整理中發現女性比較少使用尼古丁替代療法，特別提到女性吸菸者在體重增加、心情的轉變、月經週期的影響、社會支持的薄弱以及戒菸資源的不友善等原因都是影響女性是否戒菸的重要因素。在國外 Greaves (1996) 的研究發現，女性抽菸與缺乏社會權力

及過多的社會責任有關（包括：育嬰及職場上的壓力所產生，有時候也來自童年的虐待或配偶的家庭暴力所產生的無力感反應），因此吸菸也帶著與社會制度或是對別人反叛的意味，表達了對於女性社會角色壓力的不同意。而缺乏控制感也是一項重要的因素，尤其是貧窮的女性，因為面臨生活中更多的壓力使她們更依賴於尼古丁所能帶來的輕鬆感，因此女性抽菸與她必須要應付負面的情緒（如：社會控制下的寂寞、悲傷、生氣挫折）有很大的關係（Doyal, 1995）。因此，在戒菸上女性會比男性更感覺到她們並沒有太多的社會支持力協助她們戒菸，而戒菸後也會感受到缺乏對自我的控制力（Doyal, 1995）或者是睡眠不安穩無法集中注意力等（Doyal, 1995; Woodhouse, 1998）。在國外也有部分的戒菸計畫是針對女性所展開的，例如以社區支持為主的計畫「QUIT」針對低收入戶婦女所執行的戒菸計畫以及「Coventry」計畫（Crossan and Amos, 1994）。由此可知，女性的吸菸與社會文化及女性所處的處境有相當大的關連性，由於國內外性別文化上有相當的差異性，而婦女的處境、家庭的型態、婦女工作的類型也有所不同，因此更深入的探索女性戒菸經驗並了解背後所隱含的困難度是相當重要的。而國內的資料也相當程度的反映華人婦女所遭遇的處境，目前整個華人國家女性吸菸的人口大幅上升，因此本研究在國際上將會具有相當的參考價值。

此外，近年來美國醫學方面的研究有部份著重在於尼古丁替代療法對於男女性的差別，結果發現此法對男性的好處高於女性，但是這些研究當中並未能深度的去討論為何女性無法從尼古丁替代療法中脫離，而只是單純解釋結果而已，也證明了女性與男性吸菸及戒菸行為間存在的差異是值得我們深入研究的（Cepeda-Benito et. al, 2004）。Tauras and Chaloutka（1999）一項美國長期縱貫式未來研究（future survey）的資料發現，菸品的價格與男女決定吸菸間有顯著的關係，但是並沒有性別的差異。另外一項有趣的性別差異是，在私人的工作廠所實施戒菸令將有助於減少年輕女性吸菸的情形。

相對於醫學著重在於女性戒菸及體重減輕之間的關係，部分公共衛生及諮商學者則強調社會支持與戒菸之間的關係。在瑞典，Goteborg 所實施的問卷調查便發現吸菸的婦女有較低的工作控制感及較高的工作需求感（Jonsson et al., 1999）。Hurdle（2001）也提到，如果要促進女性的健康行為社會網絡及社會支持是相對重要的，必須在團體活動中

運用女性主義的技巧才能達到功效，而有趣的發現是，女性感受到較多的社會及朋友的壓力必須要戒菸 (Royce et al., 1997)。在針對女性的治療方法上在國外有一些相關的經驗，例如在美國曾經利用社區的力量協助婦女戒菸，主要是訓練她們可以活在高壓力的環境中並且習慣孤獨。這些低社會支持度的婦女再加上社區的支持力量，結果顯示相當的成功，因此也可以發現婦女吸菸與壓力及低社區支持度有很大的關係 (Lacey et. al., 1993)。Zatka et.al. (2000) 也曾經以增加醫學知識的方式改變低收入戶婦女吸菸的態度，但結果並不顯著，所以只是說教式以專業態度的「教育」女性，而沒有解決婦女選擇吸菸方式背後的原因，其實無法促使她們戒菸。

國外針對男女吸菸的研究主要是以量化的方式進行，但是由於女性吸菸是一個複雜的社會現象，背後隱含了女性社會角色的壓迫及職場的壓力等因素，因此量化的研究往往很難真正告訴我們背後的故事。Greaves (1996) 針對加拿大所提出的一份女性與吸菸的行動手冊中是唯一將女性為何吸菸描述得比較詳細的文獻，他們觀察到女性在職場中更容易養成吸菸的行為，尤其是那些工作缺乏自主性而無法有自我操控感的工作；而低收入戶、低教育程度者也較容易吸菸。而職場中為何女性容易吸菸與女性進入職業中必須要承受許多不平等的待遇有關，有些女性甚至必須要兼顧家務照顧，而在忙碌中吸菸似乎成為唯一有自我空間的一項行為。

世衛組織煙草控制框架公約(WHO TFI)自2005年2月27日生效以來，已成為聯合國有史以來最受廣泛支持條約之一，展開煙草製品包裝標籤標準及煙草廣告促銷贊助準則，及防止二手煙霧準則，敦促全世界國家立法規範所有室內工作場所及公共場所完全禁煙，以便保護所有人體健康 (WHO, 2008)。我國自2002年1月起每包菸品開徵新台幣5元的菸品健康福利捐，其中10% (約新台幣10億元) 專款專用於菸害防制工作，在兼顧資源公平合理使用之原則下，政府積極規劃利用部份經費回饋於吸菸成癮者之戒治補助 (戒菸治療非屬全民健康保險給付範圍)，於2002年9月開辦「門診戒菸治療服務試辦計畫」，由全民健康保險局協助代收代付作業，同年12月成立「門診戒菸治療管理中心」，負責推動門診戒菸治療服務品質監測；投注於醫療院所戒菸服務之經費約佔菸害防制預算之13% (菸害防治年報，2006)。截至2008年9月1日全台總計有2,151個醫療院所提供

有戒菸門診的服務，為有效利用醫療資源並符合使用者付費原則，國民健康局補助戒菸治療服務費每週250元及戒菸藥品費每週250元，療程最長八週總計2,000元（健康保險法規定之低收入戶每週補助500元，共4,000元）。此一機制讓菸害防制工作可以更廣泛的深入到地方，增加民眾使用資源的方便性，間接地提升了戒菸的人口數，開辦以來提供超過34萬人次以上的門診戒菸治療（國民健康局門診戒菸治療管理中心，2008）。

國民健康局於2003年起為想戒菸但又不想到醫院的民眾，特別成立戒菸專線服務中心，透過專業心理諮商人員提供電話諮商，為亞洲第一個戒菸專線（戒菸專線服務中心，2008）。除了戒菸門診、戒菸班及戒菸服務專線之外，二十四小時無間斷的網路服務更提高了人們可隨時取得相關資訊的便利性。澳洲維多利亞基金會設置Quit Victoria網站、加拿大衛生部自2002年啟用Quit Now網路戒菸服務、新加坡健康促進部設立「Quit 4 Life」網站，這三者對網路使用者有所影響。有鑑於此，董氏基金會便建構「華文戒菸網」網站，以服務全球的華裔人士，此網站提供正確的戒菸協助與支持以及二手菸害知識（華文戒菸網，2008）。國內網路亦有由醫院醫師駐站回答戒菸相關問題的線上戒菸班出現，網站裡除了提供戒菸的各項相關資訊外，更有許多戒菸成功者的經驗分享，透過經驗分享的過程給予戒菸者心理上的支持，幫助他們走過戒菸過程中可能遇到的瓶頸。由於網路的私密性，這樣虛擬的團體可以給予不想曝光的戒菸者心理上的支持及經驗分享（線上戒菸班，2008）。

分析「2002年台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查資料」之次級資料分析時發現，近半數的吸菸者都有戒菸的意願（男性為46.1%，女性為48.0%）。在戒菸方法的選擇上，選擇政府補助（有醫護人員協助的戒菸門診提供戒菸貼片、嚼錠、吸入劑等藥品，自己只要負擔部分藥費）的男性有17.9%，女性有17.1%；使用080免費電話諮詢的男性只有2.7%，女性只有3.6%。選擇靠自己的意志力完成戒菸的比例男性及女性分別高達62.6%及65.2%。還有25.3%的男性及21.0%的女性是有戒菸意願，但尚無明確的戒菸計畫。表示不願戒菸者中，高達三成以上的男性及女性都表示如果不吸菸會覺得無聊（男性為39.8%，女性為36.8%），有26.6%的男性吸菸者表示是由於工作、生意、事業上不得不抽所以無法戒菸（女性僅有7.0%），而將吸菸視為人生樂趣的男性有23.2%（女性為18.7%）。

女性吸菸及戒菸選擇是一個複雜而值得研究的議題，在過去國內菸品研究中都會發現男女吸菸行為在態度上有很大的差異，但是由於男性是吸菸者的大宗，雖然國內針對

戒菸進行了許多學術的研究，但是普遍缺乏性別分析，例如：江東亮（1994）曾研究吸菸是否會增加醫療使用的情形、王維典（1992）也曾針對醫師進行門診戒菸勸導的可行性及成效進行研究、楊銘欽（1992）針對吸菸所產生的經濟成本進行分析（該研究中指出男性與女性在吸菸成本上的差異性，女性約佔 5% 等）。我們也會發現，若是未將男女性吸菸與戒菸行為的差異性列入研究中考量，很容易就導致錯誤的結論，如歐香縫（2006）針對中部某一醫學中心的戒菸門診病人進行拒菸自我效能及健康信念的研究，發現女性約佔 5.8%，該論文認為吸菸代表一種「叛逆」、「獨立」、「權力」、「性感」及「財富」的象徵，在重男輕女的情境之下，女性因為吸菸較不為社會接受，所以女性的吸菸率才不高(p.48)。但根據國外及本人過去的研究中卻發現，這些符號的意涵並不是阻礙女性吸菸的原因，反而是促進現代女性選擇吸菸的重要因素之一。又如，劉琦（2005）針對戒菸諮詢個案所進行的深度訪談研究，也因為缺乏性別敏感度而產生謬誤，該文章結論是：戒菸者主要是為了自己的健康而戒菸、戒菸者容易因為環境中有人抽菸而失敗、親密的伴侶對於戒菸者的影響並不大及公司主管對於吸菸者的影響等因素，這些特質呈現出的是相當男性觀點的戒菸態度及經驗，但該論文卻概推到所有吸菸人口上。足見在「菸」的議題上如果缺乏性別分析的角度，很容易導致錯誤的結論。

國內對於戒菸議題過去不但較少集中在性別差異分析上，與國外在戒菸因素探討上的興趣也大異其趣，少數研究談到戒菸中自我效能的重要性（歐香縫，2006；劉玉菁，1999），也有部分社會心理學者談論「印象管理」對於戒菸者行為的重要性（劉琦，2005）。在劉琦（2005）的論文裡面其實可以初步看到女性的戒菸行為與男性之間是存在強大的差異性，該論文中女性的受訪者就會認為女性不太會參加戒菸班，因為女性不太願意讓別人知道她有抽菸的習慣，即使參加戒菸班的女性也會欺騙親友她的外出是有別的原因，受訪者也提到如果有女性專屬的戒菸團體時，會更提高她們戒菸的意願。究竟國內女性吸菸人口在戒菸過程中主要影響的因素為何，所感受到的社會態度又是如何，仍然是一項值得研究的議題。

女性戒菸理論運用：社會規訓與父權主義

女性健康的獨特性也未受研究者重視，健康政策往往以男性醫療專業的思維為主，而無法真正達到效果；健康政策專家與政策執行者常以父權的姿態告誡女性，使女性吸菸者對服務體制充滿疏離而更無助，如醫師傾向勸女性戒菸而非男性，也反映社會對女性身體的規訓無所不在。懷孕女性更是禁菸政策的重點，而感受到「壞母親」的社會壓力；董氏基金會過去曾針對女性製作了許多相關的拒菸廣告，但這些廣告在宣導女性拒菸時，通常都過分強調女性的母親身分，認為女性身為一個母親為了孕育出健康的下一代而有責任要去拒菸，卻沒有把女性本身的健康議題主體化、把女性視為一個單純「人」的角色去關心她們（林紡而，2001）。對女性吸菸的社會文化起源缺乏足夠的關注，若只以父權醫療模式來進行戒菸方案，戒菸政策成效是侷限的。

在性別與健康議題上常被運用的則是 Foucault「身體政治」的概念(1978, 1980)，在社會結構下，身體/暴力、身體/權力在身體/醫療、身體/性、身體/家庭等領域如何呈現，都可看出身體與權力的關係是緊密相扣的。身體政治意味著的是在身體運作的權力關係，身體如何被形塑及社會意識型態如何影響身體再產生的原因，與意識型態如何透過機構在身體施行的權力運作。Weitz（1998）認為關於女性身體政治的討論面向包括了三項：「女性身體是如何被社會建構的？」、「這些社會建構如何被使用來控制女性的生活？」以及「女性如何對抗這些力量？」。在傅柯的論述中，有兩項重點，一是生產性的權力觀，一是身體的建構性意義，生產性的權力觀念，在身體政治中的論述中，就是知識進行並建構一種應有的、好的身體展現，形成一種話語，而這種話語是被視為是一種價值判斷。在社會化養成的過程中，女性身為一個社會成員，經由學習和內化一切父權結構下的政治規範、價值觀念和信仰，身體政治就是在女性在社會化養成的過程，被父權下的政治規範、價值觀念、信仰所形成的一股束縛、宰制、監控的力量在女性身體中運作。身體政治放在女體的論述脈絡下，可看出兩性之間運作的權力關係，) 身體政治往往經由影響或控制權力的來源，制定公共政策(Foucault, 1978, 1980)。

Foucault 的理論最適合用在探討女性吸菸及戒菸的行為，因為吸菸的女性感受到社會的規範無所不在，對於女性該擁有什麼樣的姿態及身體社會的禁忌牢不可破，也使女性感受到壓力戒菸以達成社會規範的要求。但另外一個層次為何女性會選擇吸菸，其實長久以來身為社會弱勢團體對於掌控自己的無力感或是社會規範中對於女性過多的規訓所產生的抗拒的本質，而菸成為一個媒介讓女性可以用另外一種型態去表達對於社會

控制的抗拒。

另外一個可以被運用的理論主要是女性主義中的基進（radical feminism）女性主義，不同學派的女性主義對於女性在社會中的不平等各有其看法，馬克思主義的女性主義著重在於女性在資本主義中所具有的弱勢地位，該理論認為男性擁有生產的工具，而女性成為被壓迫的對象，可以適合用來分析現代菸品廣告及行銷中將女性視為對象的情形；而基進主義女性主義者強調父權主義才是壓迫女性最重要的本質，在這父權主義的社會中女性被壓迫成為必然的結果，而社會中所有的機制（醫療、國家及企業都是壓迫女性的本質之一）在醫療結構中以男性醫生為主的醫療團隊呈現的是父權主義加專業主義的霸權共同作用在女性病人的身上，使得女性病人在看診的過程中感受到社會規訓及控制的壓力，告訴女性什麼是可以做及不可做的，在充滿父權的醫療機制之下女性的病人失去自己身體的控制權及決定自己身體的自主性；社會主義學派女性主義強調資本主義與父權主義同是壓迫女性的根源，並認為家庭制度是使女性變成弱勢地位最主要的社會制度，在女性戒菸的研究中也會發現家庭與女性之間可能呈現疏離的狀態，許多的家人並不知道女性吸菸的行為，包括女性的父母、丈夫或子女，因此家雖然是每個人最親密而自在的地方，但對於部分的吸菸女性而言家變成她不能與自我對話的場域，吸菸的女性必須要另外尋找可以自由的空間，而這個自由的空間是生命繼續走下去很重要的動力。由社會主義女性主義來分析更可以看出家庭制度存在的父權文化成為社會控制最好的執行者，由於女性吸菸後必須更有經濟自主性才能維持持續吸菸的行為，因此運用社會主義女性主義也可以探討資本主義與父權主義如何在女性身體上對立、衝突或合作。

吸菸盛行率的發展與轉變

1990 年代初期全世界有 11 億的吸菸人口，佔 15 歲人口的三分之一，男女吸菸率分別為 42%、24%；其中大多數的吸菸者集中在開發中國家，且男女比率相差甚大，吸菸者大多數為男性，男性吸菸率為 48%，女性則為 7%（WHO, 1997）。美國癌症協會（ACS, 2009）的菸草與健康圖鑑《Tobacco Atlas》表示全球 10 億男性吸菸者中，35%來自已開發國家，50%在開發中國家；約 2.5 億女性有每日吸菸的習慣，其中 22%來自已開發國家；9%在開發中國家。

根據台灣地區 1990 年的統計資料顯示男性吸菸率 59.4%，女性 3.8%；2002 年男性下降為 48.2%，女性吸菸率則上升至 5.3%；2007 年男性吸菸率明顯下降至 39%，而女性吸菸比例仍維持在 5.1% 上下。女性吸菸盛行率逐漸上升且年輕化，特別是在開發中國家。

婦女吸菸對健康的影響比男性吸菸者嚴重：除了增加肺癌、子宮頸癌、乳癌等好發的機率外，吸菸可能會造成經期不規律，影響育齡女性受孕，而懷孕期間吸菸更會影響胎兒健康造成體重減輕、流產等危險 (Judith, 2003)。而女性吸菸族群年輕化的結果亦是造成女性吸菸率上升的主要原因，越早涉入吸菸行為，菸齡就越長，間接促長吸菸人口；且許多研究均發現第一次吸菸年齡愈低成為重度吸菸者的機會越高，該群體由於年紀輕體能狀態較好因而對健康的危機意識較低，較無戒菸需求及動機，等到健康出現警訊有戒菸意念時行為戒斷困難。對此更加突顯出女性菸害防治工作的重要與迫切。

在世界衛生組織 2001 年所提出的「婦女與菸草：21 世紀挑戰」(Women and the Tobacco Epidemic: challenges for the 21 century) 報告特別提到女性吸菸人口的增加和社會發展有密切的關係；由於社會文化日趨開放及多元，包容性增加，傳統社會道德對女性行為的約束力減弱，加上菸商透過廣告論述塑造女性吸菸新形象，且女性經濟自主能力提昇有能力負擔菸品的消費，促長女性吸菸的動機及欲望；而過去各國衛生部門雖然瞭解菸品對健康的危害積極推展菸害防治工作，但政策重心聚焦於高吸菸群體的男性忽略女性吸菸者的特性及缺乏菸害在性別健康上差異的知識傳遞。

根據世界衛生組織 (WHO) 統計，每年全球平均有 540 萬人死於菸害，平均每 6 秒就有 1 人死於菸害，使用菸品者平均壽命減少約 15 年；各國如不積極採取防制措施，估計在 2030 年以前每年將有超過 800 萬人死於菸害。吸菸除了有害健康及危及性命外，其對於國家整體醫療支出、經濟及社會成本之耗損更是無法估算。

預防醫學強調預防勝於治療；而吸菸行為是許多導致過早死亡的原因當中能事先加以防範的因子，更顯菸害防制的必要性。且渥太華憲章 (WHO, 1986) 中開宗明義指出積極透過公共衛生策略創造支持性的環境，強化社區行動及個人知識技能以促進人類健康；WHO 體認到菸品對人類所造成的危害，自 1995 年即開始研議制訂全球第一個針對公衛事務的國際條約「菸草控制框架公約」(The Framework Convention on Tobacco

Control ; FCTC) , 該公約於 2003 年通過、2005 年起正式生效 , 目的在要求締約國透過有效的立法、行政及國際合作等措施 , 積極推動菸害防制相關工作。世界各國從狹義、廣義的健康促進及特殊防護層面積極地以健康風險認知宣導、調漲菸品價格、增加菸害健康捐徵收、推廣無菸環境、規範菸品廣告等手段展開菸害防制策略及相關工作。

台灣地區在 1987 年洋煙開放進口的同時 , 衛生署即展開「不吸菸運動推廣三年計畫」加強推展吸菸危害健康之衛生教育 , 並於隔年研擬「台灣地區菸害防制五年計畫」除了強化個人風險認知輔導菸癮行為戒斷 , 進一步推展公共場所禁菸及倡導拒抽二手煙的人權意識 ; 1997 年制訂實施菸害防制法針對菸品促銷及廣告、販賣之方式和對象、吸菸之年齡及場所、健康警語及尼古丁焦油含量之標示、戒菸諮詢及教育之實施等明文規範 , 2002 年起開徵菸品健康福利捐、國民健康局展開全國性戒菸門診計畫 , 2007 年修正菸害防治法調漲菸品健康福利捐及三人以上室內工作場所全面禁菸等 ; 由上述的歷史脈絡觀之 , 國內的菸害防制發展歷程從狹義的個人行為改變延展到廣義的社會反菸意識及支持系統的建構。

(一) 健康風險認知對吸菸行為的影響力

傳統公共衛生範疇中廣泛引用健康信念模式 (Health Belief Model , HBM) 作為預防醫學的理論基礎。健康信念模式理論認為個人對疾病罹患性及嚴重性的認知是提供行為的動力 , 透過適當的衛教宣導可以提升健康意識與對疾病的認知進一步採取健康行為的可能性 ; 因此加強民眾對吸菸健康風險認知成為衛生主管機關菸害防治政策執行的首要工作重點。國內許多吸菸相關的研究指出民眾對菸害健康風險的認知程度確實會對吸菸行為產生影響 , 對菸害疾病嚴重性的認知愈高愈不易有吸菸行為、對戒菸利益性認知越高愈不易有吸菸行為³² , 吸菸者風險認知明顯較非吸菸者低、吸菸量較重的人其風險認知程度亦明顯較輕度吸菸者為低³³ , 在戒斷行為持續性上健康信念高者有較強的菸癮戒斷的持續力對戒菸期間所遭遇的障礙情境也自覺較能克服³⁹ , 透過衛教介入提高健康風險意識可以增加戒菸或減少吸菸量成功的機會²⁹ ; 因此風險認知除了會影響吸菸決策外 , 亦會影響對菸品消費量的多寡。

(二) 菸品價格需求彈性對菸品消費的影響力

從健康經濟學或行為經濟學的概念價格/費用會影響行動主體的行為決策，因此提高菸品價格及徵收健康稅成為抑制菸品消費的間接手段之一。國內外已有許多研究發現菸品稅的調漲確實有助於吸菸者降低吸菸的頻次；李家銘(2007)等人運用價格彈性公式計算估計香菸價格每包調漲 5 元將使國人平均每人國產香菸及進口香菸消費減少 3.23 包及 4.86 包，合計平均每人的香菸消費量減少 8.09 包，國人全部香菸消費量減少約 1.48 億包，有助於降低菸品的消費¹；葉春淵等人(2009)亦透過門檻模型估計短視上癮效果發現低菸價區存在香菸消費短視上癮效果，而高菸價區之上癮性行為會消失，即高菸價狀態會減緩香菸上癮性³²；陳麗如(2008)調查發現菸品健康福利捐調漲後約有 25% 的吸菸者曾經嘗試戒菸者、30% 以上減少每天吸菸支數及減少吸菸天數、37% 改變其購菸習慣，其中 70% 減少買菸數量²⁶。

另一方面，張珏（2006）從性別分析的觀點討論菸害防制政策時卻指出健康捐對女性吸菸者減低抽菸的意願無顯著影響¹⁹；陳春如（2007）更進一步指出：對職場吸菸女性而言菸品是一種便宜的消費，不會因漲價、廣告、促銷而改變菸品的消費行為²⁴。這樣的結果差異間接反映出將性別變項獨立進行分析的客觀性；特別是當世界各國正積極地透過政策性手法如規範、稅捐等方式促使吸菸人口下降的同時，女性吸菸的盛行率卻微幅在上升；這樣的趨勢發展突顯出吸/戒菸行為在性別上可能的差異性。

（三）菸品管理管制對菸品消費的影響力

根據尼爾森（AC Nielson）行銷公司調查顯示 2003 年台灣地區菸商在雜誌廣告投資金額高達 2 億元。菸商廣告表現形式透過俊男美女、接近大自然或休閒運動等清新的形象贏得閱聽眾認同，形塑正面的吸菸價值觀。雖然從 1997 年菸害防制法制訂後規定廣告中必須有 10% 以上連續且獨立的面積刊登菸品之健康警語，但似乎仍無法影響該廣告符碼的吸引力。許多研究已指出媒體中呈現之吸菸行為已成為影響青少年嘗試吸菸之重要因素之一^{錯誤！找不到參照來源。}²²，亦提昇女性吸菸的社會接受度，扭轉女性吸菸不被認可的傳統觀念形塑一種新女性形象⁷⁰。在李蘭（1993）所進行的全國性成年人對香菸警語的統計調查發現：43.7% 的吸菸者取菸時會注意到菸盒上的警語，其中有 62.1% 的人表示「不理會且繼續吸菸」，而有 32.7% 的人會「感到不安但仍繼續吸」，合計有 95.8% 的吸菸者在看到警語後仍繼續吸菸；將近六成（57.8~61.8%）的人認為菸盒上的警語勸

阻不吸菸的效力上表示「可能有效」，24.5%-33.3%人則認為「根本無效」。

(四) 社會反菸意識對吸菸行為的影響力

吸菸的危害層面除了個人健康之外，更禍延周遭的重要他人。越來越多的臨床證據指出環境的二手菸害會增加肺癌和心血管疾病的死亡率；長期接觸二手菸的人罹患與吸菸有關疾病的風險比吸菸者還要高；根據 Smoke Free Partnership (European Parliament, 2006) 統計報告歐盟二十七個國家每年就有八萬多人因為二手菸喪命。Wanqing Wen (2006) 研究發現不抽菸的中國婦女受到先生二手菸的影響心血管疾病的死亡率增加 1.37 倍、職業菸害使婦女增加 1.19 倍得到癌症及 1.79 倍的肺癌死亡率症⁷²。李麗紅 (2002) 在臺灣婦女抽煙與二手煙暴露對子宮頸病變發生相關的研究發現 20 歲以後二手煙暴露狀況較未暴露者危險比為 2.55 倍、李建宏 (1999) 指出婦女少年期及成年期近距離暴露於最高水準的環境菸害分別比未曾蒙受二手菸暴露的婦女高出 1.8 倍及 2.2 倍的肺癌危險性。

世界衛生組織國際癌症研究署指出，歐洲反菸害行動在 1985 年後卓然有成，迄至 2000 年癌症死亡率已降低為 9.8%。對此，生活場域中的無菸環境營造越顯重要。從國內外許多與無菸環境營造（反菸意識）相關的研究調查得知對增加菸害知識及強化反菸態度有助於民眾對無菸環境支持⁸。李蘭等人 (2005) 透過介入策略強化中學學生拒菸意識及採取拒菸行動，相較於沒有採取介入策略的學生有較高的菸害知識與反菸態度。然而在菸害防制法的遵循度則未盡理想；在吳德敏等人 (2005) 調查發現雖然 85% 的職場勞工知道菸害防制法的實施但僅有 5% 清楚防制法內容規範，在工作場所禁煙規範的落實度上只有 8% 的勞工表示總是會勸阻同仁吸菸行為，48% 表示偶爾會勸阻，28% 的吸菸者在勸阻後會立即將煙熄滅；而這樣的結果也與陳霈儒 (2000) 對國中生所做的遵循意願及遵循行為研究結果類似。

戒菸措施及成效的討論

戒菸成效分析的探究可以從醫療資源利用管道（如戒菸門診、戒菸班、戒菸專線）和戒菸輔助方法臨床應用（如藥物替代療法、衛教諮詢）兩範疇討論。

我國戒菸醫療資源投入始於 2002 年國健局實施全國性門診戒菸計畫並編列經費提

供醫療院所主動辦理戒菸班推廣戒菸行動，透過醫療服務介入提供戒菸策略諮商協助個案戒菸；並開辦戒菸專線服務中心提供一對一的電話諮商，增加隱私性、便利性。彙整國內有關戒菸成效分析的研究呈現相似的結果：個案吸菸史、信心指數、協商諮詢次數等因素與戒菸成效及維持成效有關^{16,32,38}；個案的吸菸量越小，戒菸信心指數越高（張景然等，2009）、年齡輕、菸齡早、高戒菸障礙認知及戒菸自我效能低者持續戒菸行為較差（鄭秀月、李茹萍，2009）、協商諮詢次數多者對戒菸戒斷成功率及戒菸維持率的成效較佳（張德聰等，2006）。

在臨床應用上戒菸輔助內容以藥物替代療法及衛教諮商為主要；尼古丁替代療法被證實可以戒菸成功率提高 1.5-2.0 倍^{錯誤！找不到參照來源。}；衛生教育可藉由醫療專業人員（包括醫師、臨床心理師、護理人員、藥師等）諮商及自我幫助工具使用（如衛教手冊、錄影音帶，其內容包含有吸菸對健康的危害、幫助戒菸的方法、預防戒菸戒斷症候群產生的具體建議等）兩種方式進行。Lancaster & Stead 等人（2000、2004）指出醫護人員簡短勸告可以顯著地增加戒菸率，與對照組比較成功戒菸率為 1.69 倍⁶¹、使用自我幫助工具較無使用自我幫助工具有較小的戒菸效益(OR=1.24,95%CI= 1.07-1.45)，同時結果發現使用依個別性量身訂做的自我幫助工具較標準的自我幫助工具或無使用自我幫助工具有戒菸效應（分別為 OR=1.36,95%CI=1.13-1.64、OR=1.80, 95%CI=1.46-2.23）^{錯誤！找不到參照來源。}。

值得注意的是，劉琦（2005）在社會心理因素對戒菸個案分析中發現女性不太會參加戒菸班，因為女性不太願意讓別人知道她有抽菸的習慣，即使參加戒菸班的女性也會欺騙親友她的外出是有別的原因；張景然等人（2009）在戒菸專線利用分析中發現女性求助於戒菸電話諮商模式的比例明顯高於男性；但女性個案的諮商未完成比率顯著高於男性（吳仙琦，2009）。陳宙珍等人（2008）門診戒菸治療成效研究中指出男性戒菸成功率高於女性，且長期戒菸維持度上下降程度也較女性緩慢；相同的，在薛光傑（2007）的研究中亦發現男性戒菸率較女性高，且隨戒菸時間越長，成效差異就越明顯；三個月成功率男女比為 42.7%:33.3%；六個月的成功率則為 36.8%:16.7%；尼古丁替代療法對女性只有短期效果，戒菸維持率低於男性，因此提出持續性的諮詢與關心對女性戒菸個案的長期戒菸成效比尼古丁貼片所扮演的角色更為重要。

關於性別對戒菸持續行為預測的討論國外學者有較多的著墨：最多的討論指向擔心戒菸後體重會增加；如 Sorensen and Pechacek(1987)、Rigotti NA.(2002)；懷孕期間女性戒菸成功率較高，但一到中年男性的戒菸成功率高於女性，直到老年兩者差異逐漸拉近 (Martin J. & Jarvis D., 2003)；女性在長期戒菸的維持度上也比男性下降得快 (Cepeda-Benito, 2004)；對於上述的現象 E Monsóa et al (2001) 從客觀的角度討論女性戒菸成功率及維持率低於男性的可能原因有：1.這些戒菸計畫的參與個案來自自願性參與者，而這類的群體在社經地位上傾向高學歷、高經濟水平者，而這樣的女性亦可能有較高的自我意識者；2.女性戒菸的動機主要來自懷孕，屬於暫時性的中止意識。整體而言，無論男女支持性系統的強化有助於戒菸行為的維持度。另外，鄭秀月 (2009) 研究指出尼古丁依賴程度與持續戒菸行為並無顯著的關係，持續性的關懷可以提高持續戒菸成功率。

女性吸菸/戒菸行為的討論

如前所述，相較於男性吸菸人口的逐年下降，世界各地女性吸菸者比例逐漸上升且有年輕化的趨勢。潘伶燕、李蘭 (1999)調查研究顯示台灣女性吸菸者在社經背景上有幾個特殊性：1.教育程度很高和很低的女性容易有吸菸行為；2.收入很高和很低的職業婦女較易有吸菸傾向；3.職業別則以不動產及租賃業 (12.5%)、文化運動及休閒服務業 (9.9%)、其他服務業 (6.7%) 為眾。而張淑如等人 (2006) 調查指出不論年齡和教育背景，夜間工作型態是促成女性員工養成抽菸行為的重要原因。

(一) 女性吸菸圖像描繪

菸草的使用起源於南美洲印地安文化，作為儀式或醫療之用；15 世紀末隨著哥倫比亞地理大發現帶回歐洲並逐漸傳播到各地。17 世紀時菸草已成為全球普遍的經濟作物，使用者跨越性別與階級；而在 19 世紀中捲菸機發明、紙菸大量生產，簡化抽菸程序、縮短抽菸成本，菸草逐漸由家庭使用走入公共場所出現社交功能，成為社交禮儀。隨著吸菸的公共化，女性在家煙草的使用因此連帶消失，爾後文化中性別論述也逐漸演變為全面性的反對女性抽菸。時至今日，當女性反向由公領域開始抽菸，要面對的阻力首先來自於家庭的認同；在性別規範嚴明的家庭中，私領域反而是最常選擇迴避的場

所。(引自顏詩怡，2004)

菸酒市場開放後菸商為擴大菸品市場，將銷售族群擴大到婦女及青少年，以創造新的菸品消費市場。菸商透過媒體廣告形塑新的女性形象，將吸菸行為賦予獨立自主、自由解放、時尚流行等意義符碼吸引年輕女性的認同，藉以反轉傳統女性氣質的刻板印象。黃淑貞（1998）透過對大學生吸菸行為進行的質性研究指出女性吸菸情形較少，傳統的道德因素扮演重要的角色，女性不吸菸的原因主要是因為社會不贊成及家人反對，與傳統女性的形象密切有關；因此女性吸菸行為的轉變和道德觀點的轉變有明顯的關係，且東西方國家均有相同的現況，只是發展歷程腳步不同。林紡而（2001）發現女性吸菸的刻板印象已逐漸從「不良婦女」轉變為「新都會女子」的新形象，而吸菸女性也以這樣的形象作為邁向的目標，透過吸菸行為達到時自我肯定。顏詩怡（2004）以性別實作（doing gender）的觀點也進一步指出女人在日常生活中的抽菸行為可分為社交性、姊妹情誼、性展演、抒解情緒與享受等四種類型；女性會視互動對象及情境的不同，主動以不同的方式抽菸，在其中展示或掩飾自己的性別；相較於男人，女性抽菸者總是在衡量其所處社會脈絡能否抽菸、如何抽菸⁴¹。

（二）意義符碼與身體展演、自我認同、性別實作

雖然許多研究已經發現女性吸菸的刻板意象已經逐漸地在扭轉，然而在這些研究中亦發現女性仍然傾向選擇在特定的場域進行抽菸行為。林紡而（2001）表示：雖然研究發現吸菸女性的意象已由壞女人轉換為新都會女性，但大多數的女性仍不願意在公開場合吸菸，仍無法跳脫社會所賦予的價值觀-有抽菸習慣的女性被誤認為是壞女人，甚至是從事不正當行業，當在公開場合吸菸時旁人總是投以異樣的眼光。顏詩怡（2004）則以「迂迴妥協」、「入而復出」兩種型態來形容女性抽菸場域的選擇會在時間軸線與空間軸線上產生特殊性；空間軸上採取迂迴妥協的模式，在家中或是民風保守的鄉下地方選擇隱藏吸菸習慣，以維持重要他人眼中乖女兒、好媽媽的期待；而在生命經驗的時間軸上，當女性走到母親的生命階段時，則會主動選擇放棄抽菸，或配合工作性質職場形象改變抽菸習慣。

（三）身體意象與自我認同

美國社會學家庫利(Charles Horton Cooley, 1864-1929)以「鏡中自我理論」(looking-glass self)形容自我是與別人面對面互動的產物；人們藉由社會鏡子來想像別人如何觀察和判斷自己，並試圖讓自己轉化成他人想像中的「我」的形貌。人們會在乎「我在別人眼中看起來的樣子」，當我們對自己的反應與我們感覺他人對我的反應一致時，我們便選擇他者賦予「我」的角色。高夫曼(Erving Goffman, 1959)針對人們日常生活的互動模式觀察所提出的「戲劇理論」，將社會互動比擬成一連串的演出與表演；日常生活就是在看與被看互動關係中所進行的「印象管理」(impression management)；社會生活其實就是一場劇碼，行動者在「他人」面前如何「表演」自己的行為與活動，行動者的行為舉止及穿著打扮是受到劇場(即社會環境)的制約，遵循標準化(被預期的)腳本在情境定義中演出；也就是說，行動者是依照特定場景中可察覺的要求而調整其外貌和舉止，更在此過程中形成自我。在這之中身體具有雙重位置：身體中介(mediate)了行動主體的自我認同以及社會認同兩者之間關係(Woodward, 2004: 109-111)。道格拉斯(Mary Douglas, 1970)在其著作中表示：「人的身體總被視為是代表社會的一種形象，不可能會有一種看待身體的自然方式卻不同時涉及其社會面向的，對身體的管控就是一種社會性管控的表述」(Mary Douglas, 2003: 78)。道格拉斯在其著作中區分了「社會性身體／物理性身體」兩者，在這兩個面向相互作用影響下，身體成為一種「表述媒介(medium of expression)」(Ibid: 72)，身體成為一種表述社會結構的象徵符號(symbol)；這裡也說明了社會體系(社會、文化)和符號系統(作為表述媒介的身體)之間內在的關聯。

整合上述庫利、高夫曼及格拉斯等人的身體論述，身體意象(body image)是個體對於自己身體的知覺、想法以及感受；其是會受到社會因素影響的心理現象，包括性別、年齡、大眾傳播媒體、社會文化及重要他人觀感等因素。

(四) 鬥爭場域中的身體展演

延續上一節，自我認同及身體意象是行動主體內在自我與外在刺激互動後形成。也因此，行動者以身體作為行動載體所進行的自我實踐路徑會隨著社會文化的時間脈絡以及空間軸線發展而有轉變。研究者認為女性吸菸行為日益上升的趨勢，與社會經濟、

文化及身體消費意識覺醒有深刻的關聯。

社會學上對身體的研究大致可分為兩條路徑進行，一是突顯權力面向的身體規訓，一是強調品味面向的身體消費；身體規訓主要談的是社會政治性的影響力，身體消費處理的核心則是自我認同問題，討論個人品味、流行風潮(齊偉先, 2008)。傅科(Michel Foucault, 1926-1984)在探討身體觀時，以規訓的技術來描述身體-權力之間的關係；傅科認為知識是一種權力，在我們的生活中處於許多無形的規訓、教化和知識權力的穿透，對我們的身體有許多細緻且在無形中不自覺的要求，漸漸的使我們的身體順從。在傅科的論述中，身體既是社會權力關係的載體，自我認同的先決條件，更是權力鬥爭的場域。而布爾迪厄(Pierre Bourdieu, 1930-2002)在其資本(Capital)¹概念中指出資本除了透過累積之外，另一功能就是轉換；身體涉入了社會差異的創造與再製的過程之中，身體攜帶的社會階級印記：個體的社會位置²，個體習性的形構³，以及個體品味的發展(Woodward, 2004)。因此，在消費社會中行動者可以透過身體的展示爭取社會對於其生活方式背後所代表的象徵意義的認可，在取得象徵意義的認可之後，人們將得以鞏固權力關係上的優勢位置。

自時間發展歷程的軸線觀看台灣女性吸菸行為的轉變時，傅柯的身體規訓論述(權力知識論述)著實可以闡述父權社會下女性吸菸行為背後的自我矛盾與掙扎，傳統婦女的形象語彙規訓著女性的言行舉止。而布爾迪厄的身體資本轉換論述則可詮釋在品味當道的消費社會，女性透過身體消費及品味的展示建立自我的獨特，以轉換其所處的社會位置。而身體消費的品味認同與性別實作意涵下的女性吸菸者的行為展現是相呼應的；如：顏詩怡(2004)指出女性要成為一個「自然」的抽菸者，必須顧及品牌選擇與姿勢練就的種種細節，其中的各種考量顯示菸在女人的使用中是一種性別認同展現的方式。

參、研究方法

¹ Bourdieu 將經濟範疇的資本概念延伸應用到社會學的領域。其認為資本是一個深具啟發性的概念，有一些共同被承認的特性，資本的累積要靠投資的過程，它是透過繼承而轉移，且依照資本擁有者所掌握的理財置產時機而決定其獲利大小。(孫智綺, 2002)

²即人們日常生活的物質環境。

³身體的性情，形塑了人們對於熟悉與新奇處境的反應。

本研究主要方法有二：

1. 進行次級資料分析，分析 91 年度「台灣地區國民健康促進資料、態度與行為調查」、「民國 94 年國民健康訪問調查」之原始資料檔。
2. 進行戒菸機構醫護人員訪談及分析。
3. 搜尋國內外菸害防制相關機構與單位，並安排聯繫相關的訪談行程。

次級資料分析

次級資料分析方面，先發文至國民健康局說明研究目的與研究方法以取得相關之資料庫資料，得到資料後便以 SPSS 統計分析軟體進行次級資料分析。本資料庫總樣本數為 26,755 人，其中男性為 13,706 人、女性為 13,049 人。目前初步主要分析的變項資料為性別與有無工作，目的在了解性別間吸菸情形的差異及工作的有無對吸菸行為的影響。

一、資料來源與變項處理

本研究資料來源主要針對「91 年度衛生署所進行的台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查」之原始資料庫進行次級資料分析，此次電話訪談問卷總樣本數共有 26,755 人，分析對象侷限在曾經或正在吸菸及戒菸情形之男女性，男性吸菸者共 8731 人（89.3%）；女性 1051 人（10.7%）。

二、變項的定義與測量

本研究變項主要可分為兩類，其一為本研究所關注之因果變項，即影響女性吸菸之因素為何、男女性在吸菸或戒菸之間有無差異、而有無工作對前述行為有無影響，故本研究依變項分成三組：首先討論影響男女吸菸與否因素；其次探討男女性戒菸意願為何；最後再分析影響男女性戒菸成功之因素。另一研究變項則是用以投入反應之變項。

故本研究所提之依變項主要有三：

1. 吸菸與否：分成以 1 為有吸菸；0 為無吸菸等兩種虛擬變項。
2. 戒菸意願：分成以 1 為有戒菸意願；0 為無戒菸意願等兩種虛擬變項。
3. 戒菸成功：分成以 1 為戒菸成功；0 為戒菸無成功等兩種虛擬變項。

自變項依據不同之模型主要可分為基本人口變項、吸菸相關情形及戒菸情形三大類，而詳細變項內容則在後面詳述之。

三、統計方法

本研究資料分析採用 SPSS 10.0 套裝軟體。主要分成二階段進行分析與討論，首先對原始資料進行描述性統計之基本分析，由第一階段之分析結果，進而選擇第二階段之變項。並使用邏輯迴歸(logistic regression)的統計分析，從 91 年度衛生署所進行的台灣地區國民健康促進資料、態度與行為調查中期能尋找到影響各項本研究所界定依變項之重要因素，因邏輯迴歸分析是可用來進行對觀察體的預測及分類，以及在特定條件下事件的發生機率（吳明隆、涂金堂，2005）。觀察在控制了各相關變項之後，各自對本研究所設定之三項依變項（吸菸與否、戒菸意願、戒菸成功）之影響進行分析。

邏輯迴歸整體模式檢定必須 X^2 達顯著水準，而同時 Hosmer-Lemeshow（簡稱 HL）不能達顯著，並且 Cox & Snell 與 Nagelkerke 的關聯強度指標值必須達一定程度。其次，要計算勝算比(Odds Ratio；簡稱 OR)，OR 是在說明自變項與依變項間之關聯，勝算比值愈高，表示自變項與依變項之關聯程度愈強（吳明隆、涂金堂，2005：633）。

Logistic 迴歸係數也可以被解釋為對應自變數一個單位的變化所導致的依變數上的變化。Logistic 迴歸模型的係數如果是正值且統計顯著，意味著在控制其他自變數的條件下，勝算比（OR）隨著對應自變數值增加而增加。相反，一個顯著的負係數代表對數發生比隨對應自變數增加而減少。如果係數的統計性不顯著，說明對應自變數的作用在統計上與 0 無差異（王濟川、郭志剛，2003：110）。

進行邏輯迴歸分析時，預測變項必須為數值變項，因此需將名義變項先轉化成為虛擬變項（Dummy Variable）。

四、邏輯迴歸模型變項定義

為能順利看出男女之間的差異，故本研究將各個模型分析男女性分別探討，以看出兩性之間的差異為何。

（一）吸菸與否模型：

旨在探討影響吸菸與否傾向之因素，因問卷設計之限制，故本模型僅探究基本人口變項，以此檢視影響男女性吸菸與否之因素為何。

（二）戒菸意願模型：

為探討影響男女性戒菸意願之因素。此模型首先探討基本人口變項之影響；其次分

析首次吸菸的原因及地點是否對於戒菸意願產生影響；再來，根據目前吸菸的情形及習慣來探討其戒菸意願傾向為何；最後討論菸品漲價、廣告、贈品等菸品化因素是否會對戒菸意願產生影響。為避免各模型之相互影響，除基本人口變項外，其餘模型皆獨自進行分析。

(三) 戒菸成功模型：

旨在探討影響男女性戒菸成功之因素。首先投入基本變項，其次投入戒菸次數、戒菸最長維持時間及戒菸前是否有醫師勸戒等變項，藉此分析戒菸有無成功的因素為何。

表 1：邏輯迴歸模型變項定義一覽表

依變項	定義
吸菸與否	0 不吸菸；1：吸菸
戒菸意願	0：無戒菸意願；1：有戒菸意願
戒菸成功	0：戒菸不成功；1：戒菸成功
自變項	
1.基本人口變項	
年齡	順序變項
教育程度	國中以下（參考組） 高中職 大學以上
婚姻狀況	從未結婚(未同居)（參考組） 已婚有偶或同居 離婚分居或喪偶(未再婚)
工作	無工作（參考組） 有工作
2.首次吸菸的原因及地點	
第一次吸菸的地點	其他（參考組） 自己家中 親戚家中 同學、同事、朋友家中 學校／工作場所 公共遊樂場所 餐飲店 廁所 軍中
第一次吸菸的原因	其他（參考組） 好奇

	應酬社交 別人吸跟著吸 生活無聊 舒解壓力
3.目前吸菸的情形及習慣	
目前吸菸情形	已經戒菸（參考組） 幾乎每天吸 偶而才吸
習慣吸何種類型的菸	其他（參考組） 淡菸低焦油 有時吸淡菸，有時吸一般的菸 以前吸淡菸，現在吸一般的菸 以前有一般的菸，現在吸淡菸 一般的菸（原味）
吸食香菸的程度	只吸一、兩口（參考組） 約只吸一半 整支菸吸完
會不會將菸吸入肺部	從來沒有吸入（參考組） 幾乎全部吸入 部分吸入
4.菸品商品化因素	
91年1月1日菸品漲價的影響	沒有任何影響（參考組） 有影響
會不會因香菸廣告，而去買該牌的香菸	不會（參考組） 會
會不會因買菸有贈品，而去買菸	不會（參考組） 會
5.戒菸情形	
戒菸次數	順序變項
戒菸最長維持期間	順序變項
戒菸前是否有醫師勸戒	無醫師勸戒（參考組） 有醫師勸戒

訪談法

國內目前的公共戒菸資源包括：戒菸班、戒菸門診、戒菸專線等，究竟女性在這些戒菸方法中較接受哪一種戒菸模式的協助，而又是何種因素導致她們做這樣的選擇。本研究以半結構式深度訪談的方式，針對戒菸班、戒菸門診及戒菸專線主要執行的醫護人員進行訪談，並收集其戒菸班的教材。訪問議題包括：醫護人員如何看待男女求助者選

擇戒菸資源的不同原因差異、如何看待女性及男性戒菸動機及成功原因、並分析戒菸門診、戒菸班在傳遞資源過程中的性別差異。

邀請的訪談對象主要為北部地區的醫療資源，在醫院層級方面希望能夠了解不同層級醫療資源在實施戒菸上的經驗，尤其是在3項公共戒菸資源的實施經驗。訪談對象選擇在醫院中主責戒菸專案的醫師及個案管理師，性別對象的選擇上則希望男女平均，每位進行1-2小時的訪問。焦點訪談的分析採主題分析法，先打逐字稿，針對內容進行編碼，根據不同主題，把這些資料整理、排比，把關於某一個主題的資料片段放在一起，將概念與概念之間的關係連結起來。

研究執行結果共訪問11位有戒菸臨床經驗的醫護人員，受訪者基本資料見表1，包括醫學中心人員4位、區域醫院2位、地區醫院2位、基層診所1位及電話諮詢2位；區域分布在台北市、新北市及桃園縣三處。受訪者性別有5位男性與6位女性；在背景資料部分包括醫師5位、具背景的個案管理師4位、心理諮商師2位；在受訪的醫院中，只有2家具有單一的戒菸門診，多數並未具有單一戒菸門診的設施。除了訪問11位具有戒菸經驗的醫護人員之外，另以滾雪球方式訪問20位目前有工作而未曾使用公共戒菸資源的成年吸菸女性，藉由她們的敘述了解女性吸菸者為何不進入公共戒菸資源中。

表1 戒菸機構受訪者基本資料

NO	醫院層級	區域	性別	專業背景	單一戒菸門診
H01	區域醫院	桃園縣	男	家醫科醫師	無
H02	區域醫院	桃園縣	女	護理(個案管理師)	無
H03	醫學中心	台北市	女	家醫科醫師	無
H04	醫學中心	台北市	男	家醫科醫師	無
H05	地區醫院	新北市	女	家醫科醫師	無
H06	醫學中心	台北市	女	護理(個案管理師)	有
H07	醫學中心	台北市	女	護理(個案管理師)	有
H08	地區醫院	台北市	女	護理(個案管理師)	無
H09	基層診所	桃園縣	男	醫師	無
H10	電話諮詢	全國	男	心理師	--
H11	電話諮詢	全國	男	心理師	--

肆、男女戒菸行為分析結果

根據前述之變項定義後，遂進行統計資料分析，進而分為吸菸及戒菸兩部分來探討。

(一) 吸菸之描述性統計分析

在次級資料分析部份，先將目前有工作者抽出以分析性別的差異，有工作的人口總

和是 14741 人，其中女性為 6185 人，男性為 8556 人。其中女性曾經抽菸者為 529 人（佔女性的 8.6%），男性曾經抽菸者為 5802 人（佔男性抽菸的 67.8%），卡方檢定是達到顯著的（見表 2）。

表 2：是否吸過菸（%）

	從未吸過菸	曾吸過菸	總和	P 值
女	91.4	8.6	100	0.000***
男	32.2	67.8	100	

在第一次吸菸地點方面，男女有很大的差異。女性大部分第一次接觸菸品是在自己的家中，佔 31%，也顯見家人的吸菸對女性的影響，其次女性吸菸的場所是學校或工作場所。但對男性而言，男性第一次接觸吸菸是學校或工作的場所佔 37.4%，次高的是軍中佔 19.1，再次則是自己家中或是朋友家中等等。特殊的是，家庭中的影響並不是男性吸菸最重要的因素，而是軍中或是朋友同事的影響遠大於家中的影響。兩者之間性別的差異也達到卡方檢定的顯著程度（見表 3）。

表 3：第一次吸菸的地點（%）

	自己家中	學校 工作 場所	同學 同事 朋友 家中	其他	公共 遊樂 場所	軍中	總和	P 值
女	31.0	31.0	17.2	11.0	9.8	0	100	0.000***
男	14.8	37.4	11.4	9.9	7.5	19.1	100	

在第一次接觸菸品的原因上面，好奇同樣是男性跟女性第一次接觸菸品的重要原因，但是對女性而言抒解壓力的比例顯著的比男性為高，16.7%的女性第一次接觸菸品即是因為壓力過大的原因，也顯見吸菸與健康有很大的關連性。而男性因為別人吸菸而跟著吸或者是應酬社交的關係而開始吸菸的情況則比女性顯著的較多，性別間的差異也達到統計上顯著的水準（見表 4）。

值得注意的是，有 20 位女性及 15 位男性表示第一次吸菸是為了治療鼻塞、鼻子過敏或鼻竇炎的問題。在台灣有許多醫生都會建議他的病人有類似的問題時以吸菸的方式來治療，其效果據訪談結果來看也相當的顯著，因此有部分的吸菸者，尤其是女性，是因為醫療的因素才開始吸菸。

表 4：第一次吸菸的原因（%）

	好奇	舒解壓力	別人吸 跟著吸	其他	應酬社交	總和	P 值	其他
								治療鼻子
女	55.6	16.7	13.9	11.0	2.8	100	0.000***	3.8
男	52.5	4.5	24.1	10.7	8.2	100		0.7

女性雖然有部分曾經吸菸者，但是嚴重成癮的比例是相對的少於男性吸菸者的。有 75.1% 的男性表示他們幾乎視是每天吸菸，有 49.1% 的女性表示幾乎每天吸菸，而偶爾吸菸的女性佔 18.5%，已經吸菸的女性佔 32.3%。顯見女性的吸菸行為除了曾經吸菸的比例之外，其他吸菸的情況相對於男性是減低許多的，性別差異在統計上也達到顯著差異的水準（見表 5）。

表 5：目前吸菸情形（%）

	幾乎每天抽	已經戒菸	偶而才抽	總和	P 值
女	49.1	32.3	18.5	100	0.000***
男	75.1	17.9	7.0	100	

在吸菸的菸品品牌部分，女性明顯的傾向於吸進口菸，有 71.6% 的女性吸菸者是吸進口菸，有 51.5% 的男性表示他們主要是吸國產菸，性別間的差異也達到統計上顯著的水準（見表 6）。

表 6：主要吸菸品牌為國產菸或進口菸（%）

	進口菸	國產菸	總和	P 值
女	71.6	28.4	100	0.000***
男	48.5	51.5	100	

在菸品漲價與吸菸的消費行為間之關連性，男性會受到菸品漲價的影響顯著的高於女性，有 24.7% 的男性表示 91 年 1 月 1 日起受菸品價的影響，而只有 19.8% 的女性表示受到影響，卡方檢定的結果在統計上有顯著差異（見表 7）。

表 7：菸品漲價是否產生影響（%）

	沒有影響	有影響	總和	P 值
女	80.2	19.8	100	0.041*
男	75.3	24.7	100	

在漲價後吸菸行為的差異性方面（見表 8），女性最多表示會少抽一點，佔 52.2%，但是男性則主要認為寧願花更多費用購買菸品來維持吸煙行為，佔 49.6%。兩者對菸品漲價的因應方式並不相同，也顯示菸品漲價對女性而言顯著的可以讓她們減少吸菸的量，但並不表示會完全戒除吸菸的行為，卡方檢定的結果是達到統計上的顯著水準（ $P=0.015$ ）。

表 8：菸品漲價產生的影響（%）

	少抽一點	花費較多	增加負擔 荷包縮水	抽便宜菸 或換品牌	沒錢買菸	改抽國產菸	總和	P 值
女	52.2	39.1	5.8	1.4	1.4	0	100	0.015*
男	32.5	49.6	11.6	4.8	0.5	1.0	100	

在廣告的影響上是否會因為廣告而去購買該品牌的菸品，無論是男性或女性的吸菸者都表示並不是會特別受到香菸廣告的影響而去購買特定品牌的香菸（95%），也不會因為贈品的因素去購買香煙（男性 88%，女性 86%），在性別上都沒有達到統計的顯著水準。這個結果適時的破除國內專家的迷信，認為女性特別容易受到廣告及贈品的影響而去改變她的吸菸行為，事實上是過度的誇大媒體對於吸菸行為的影響力，也過度低估女性自決的能力及女性的判斷力（見表 9、10）。

表 9：是否會受菸品廣告影響而去購買該品牌（%）

	不會	會	不一定	總和	P 值
女	95.0	2.8	2.2	100	0.58
男	94.9	3.5	1.7	100	

表 10：是否會受贈品影響而去購買（%）

	不會	會	看情形	總和	P 值
女	86.0	10.6	3.4	100	0.309
男	88.2	8.3	3.5	100	

在吸菸的場合部份可以發現男女在家中吸菸的比例是最高的，性別間並未達到統計上的顯著水準，但是在其他公共的場合，如：學校、工作場合或是公共場所等部分，女性的吸菸行為就顯著的少於男性，也顯見女性的吸菸行為是比較屬於隱性的顯著行為（見表 11）。

表 11：經常在哪些地方吸菸（％）

	家裡屋內	工作場所	公共場所	學校教室
女	86.6	60.4	36.1	7.4
男	83.8	79.3	42.2	16.3
P 值	0.069	0.000***	0.067	0.411

在選擇的菸品種類方面，女性有 53.6％選擇吸淡菸，顯著的高於男性的 44.6％，也達到統計上的顯著水準。因此可見，淡菸的推行確實是會影響女性的吸菸行為（見表 12）。

表 12：習慣吸何種類型的菸（％）

	淡菸 低焦油	一般原味 的菸	有時淡菸 有時一般	以前一般 現在淡菸	其他	以前淡菸 現在一般	P 值
女	53.6	41.1	1.7	1.7	1.4	0.6	0.009**
男	44.6	47.1	2.7	4.1	1.2	0.4	

大部分女性吸淡菸的原因是口感較好，佔 40.7％，也有 46.6％的女性認為吸淡菸較不會影響身體的健康。無論男女，在吸淡菸的原因中都並不包含淡菸的包裝精美、廣告好看或是為戒菸做準備，這些原因的比例都相對的較少。值得注意的是，男性吸淡菸的原因是認為它較不會影響身體健康的比例顯著的高於女性，佔 59.4％，事實上這也破除了過去專家認為女性吸淡菸是因為對於菸品的知識不足，並不知道吸淡菸與吸濃菸對身體的傷害是一樣的。由結果可以發現，男性的吸菸者可能在這方面的認知錯誤要比女性更為嚴重（見表 13）。

表 13：吸淡菸的理由（％）

	較不影響 身體健康	口感較好	為戒菸 做準備	包裝精美 廣告好看 品牌形象
女	46.6	40.7	7.8	2.0
男	59.4	34.8	7.1	0.7
P 值	0.000***	0.094	0.671	0.084

至於問到是否會因為抽淡菸而抽更多菸，九成以上的男女（男 91.4％，女 93.6％）都表示他們的吸菸行為並不會因為選擇的菸品濃淡而改變；而是否會因為是抽淡菸而吸入更多更深的情況也都各有高達九成的男女（男 92.7％，女 95.6％）持否定的看法，顯示吸淡菸並不會加重男女吸菸者的吸菸行為，性別間並沒有統計上的差異（見表 14）。

表 14：選擇淡菸是否影響吸菸行為（%）

	因為是吸淡菸 而吸更多支		因為是吸淡菸 而吸得更深更久	
	不會	會	不會	會
女	93.6	5.9	95.6	3.4
男	91.4	5.9	92.7	4.6
P 值	0.153		0.228	

在其他的吸菸行為上也會發現男女的吸菸行為是有差異的，譬如包括：大部分男性會把整支菸吸完，佔 55.9%，可是會把整支菸吸完的女性只有 36%，大部分女性只有吸一半，佔 60%，而只有吸一半的男性佔 41.9%；另外，在問到吸菸時會不會將菸吸入肺部時可以發現，有較高的女性（18.2%）表示從未把菸吸入肺部，男性佔 12%，部分吸入的女性也比男性為高（女 55.9%，男 50.1%），兩項問題性別在統計上都達到顯著的水準，這也顯示女性的吸菸行為事實上較男性而言是稍微保守一點（見表 15）。

表 15：吸菸情形（%）

	吸菸的量			是否會將菸吸入肺部		
	約吸一半	整支吸完	只吸幾口	部分吸入	全部吸入	從來沒有
女	60.1	36.0	3.9	55.9	26.0	18.2
男	41.9	55.9	2.1	50.1	37.9	12.0
P 值	0.000***			0.000*		

（二）影響男女性吸菸意願之因素

為了解影響男女性之間吸菸因素，本研究從基本變項（年齡、學歷、婚姻狀況、有無工作）等變項中，探究影響男女性之間的吸菸與否的差異。

討論影響男性吸菸與否的因素中分析結果顯示基本人口變項均達顯著。資料顯示年齡愈大的男性其吸菸的傾向愈高。學歷方面，大學以上程度（ $B=-0.981$ ）相對於國中以下程度的男性，其吸菸傾向愈低為參考組的 2.667 倍（ $1/0.375$ ）；高中職程度相對於國中以下的男性，其吸菸傾向亦較低，為參考組的 1.224 倍（ $1/0.817$ ），顯示學歷愈高的男性愈傾向不吸菸。而在婚姻狀況方面則皆有較高的吸菸傾向，其中以離婚分居或喪偶

（ $B=0.901$ ）的男性吸菸傾向最高，是從未結婚男性的 2.462 倍；已婚有偶或同居者相對於從未結婚者之男性亦有較高的吸菸傾向，是從未結婚男性的 1.550 倍，顯示有婚姻狀

況的男性若離婚或喪偶者有較高的吸菸傾向。而有工作的男性其吸菸傾向較高，相較於無工作之男性，為 1.763 倍。

在女性吸菸與否之模型下，分析結果顯示年齡愈大的女性其吸菸的傾向愈低。學歷方面亦與男性相同呈現教育程度愈高吸菸傾向愈低的趨勢。高中職 (B=-0.250) 程度相對於國中以下程度之女性有較低的吸菸傾向，是國中以下程度的 1.284 倍；大學以上 (B=-1.331) 程度的女性相對於國中以下程度的女性，有較低的吸菸傾向，為 3.788 倍。婚姻方面也有較高的吸菸傾向，離婚分居或喪偶 (B=1.454) 的女性相對於從未結婚的女性而言，吸菸傾向較高，為 4.281 倍；已婚有偶或同居則是從未結婚女性的 1.349 倍。而分析結果顯示女性在有無工作變項未達顯著，顯示女性有無工作對於吸菸傾向並無顯著差異。

整體而言影響男女性吸菸傾向之因素，在學歷及婚姻狀況大致呈相同的反應趨勢，惟年齡變項男女性呈反向關係，而工作方面僅有男性呈顯著。

表 16：影響男女性吸菸與否之因素

	男性 (N=13654)		女性 (N=12978)	
	B	OR	B	OR
年齡	0.005**	1.005	-0.047***	0.954
參考組：國中以下				
高中職	-0.203***	0.817	-0.250**	0.779
大學以上	-0.981***	0.375	-1.331***	0.264
參考組：從未結婚				
已婚有偶或同居	0.438***	1.550	0.299**	1.349
離婚分居或喪偶	0.901***	2.462	1.454***	4.281
參考組：無工作				
有工作	0.567***	1.763	0.045	1.046
Pseudo R ²		0.083		0.034

註：<0.05*；<0.01**；<0.001***

(三) 戒菸之描述性統計分析

在戒菸的部分，男女吸菸者想要戒菸的比例在統計上並沒有顯著的差異，想戒菸的男性 47%，想戒菸的女性為 50%（見表 17）。

表 17：戒菸意願 (%)

	想	不想	總和	P 值
女	50.0	50.0	100	0.296
男	47.1	52.9	100	

在所有戒菸方法中也看不出任何性別上的差異（見表 18），不論是政府補助、電話諮詢、靠意志力或支持團體等方面，在性別間都沒有差異。值得注意的是，無論是男性或女性都不希望藉由外在的環境去影響自己戒菸，都希望是完全靠自己的意志力來控制（64%）。

表 18：願意採用的戒菸方式（%）

	靠意志力	政府補助	尚無計畫	支持團體	電話諮詢
女	64.6	18.5	18.5	4.5	3.4
男	64.2	17.6	24.5	4.3	2.9
P 值	0.935	0.759	0.083	0.849	0.648

在不戒菸的因素上（見表 19），男女都認為如果不吸菸會很無聊的比例相對較高，女性佔 28.8%，男性佔 35.6%；有 16.9% 的女性及 21.9% 的男性需要靠吸菸來提神，此比例也相對的較高，這些在統計上並沒有達到顯著的水準。另外，女性主要不想戒菸的原因還包括認為自己吸菸量很少、沒有上癮，所以戒不戒菸都沒有關係（15.8%）。值得注意的是，女性因為壓力太大而無法戒菸的情況佔 8.5%，顯著的高於男性。女性因為怕戒菸之後體重會增加的因素顯著的高於男性，佔 8.5% 的女性吸菸者，美的社會規訓對女性而言還是相當重要。

在男性方面，比較重要的原因是因為生意或工作的因素不得不抽菸的比例相對的較女性為高（男 35%，女 11.9%），而男性認為吸菸是人生中很重要的樂趣的比例也較女性顯著為高（男 20.3%，女 11.9%）。

表 19：不想戒菸的原因（%）

	怕無聊	提神	人生樂趣	生意需要	怕體重增加	未上癮沒關係	已成癮	減輕壓力
女	28.8	16.9	11.9	11.9	8.5	15.8	14.1	8.5
男	35.6	21.9	20.3	35.0	3.2	4.6	12.1	1.3
P	0.073	0.131	0.006	0.000***	0.001***	0.000***		

值						
---	--	--	--	--	--	--

在最近戒菸的理由上，女性因為自己懷孕或家中有人懷孕而決定戒菸的比例為 18.6%，顯著的高於男性；另外，女性自己自動覺得不想再持續抽菸行為的比例也顯著高於男性（女 20.4%，男 12.9%）。男性則主要是因為已經產生身體不好的狀況而決定戒菸的比例高於女性，佔 29.8%，在其他的原因上性別間並沒有統計上顯著的差異（見表 20）。

表 20：最近這次戒菸的原因（%）

	怕影響未來健康	自己或家中有人懷孕	身體不好	應他人要求	花費太多	到處禁菸造成吸菸不便	菸害防制法施行	不想抽了
女	31.0	18.6	17.5	13.3	5.6	4.8	0.5	20.4
男	34.8	2.0	29.8	14.9	4.6	7.1	1.0	12.9
P 值	0.154	0.000** *	0.000** *	0.445	0.368	0.107	0.575	

而戒菸失敗又再度抽菸的情況顯著的男性高於女性（男 80.6%，女 65.5%），達到統計上的顯著水準。男性受到的社會誘惑顯然高於女性，包括：親友間的邀請、周遭的人都在吸而受到影響、為了挽回變差的人際關係或因為交際應酬的需要而恢復抽菸的情形都顯著的高於女性。女性再度吸菸的原因中，唯一比男性高的則是因為情緒不好而再度抽菸的情況，有 41.1% 的女性（男性 15.4%）表示因為情緒不好才發生戒菸後再度抽菸的情況，也顯示出在女性吸菸的議題中，心理健康是最重要需要協助的部分（見表 21）。

表 21：戒菸失敗再度吸菸的原因（%）

	情緒不好	無聊	週遭的人都在吸	親友的邀請	靈感減少	廣告刺激	挽回變差的人際關係	交際應酬所需
女	41.1	30.5	19.9	13.0	3.3	0	0	0.4
男	15.4	28.9	28.3	26.1	4.5	0.3	2.8	4.1
P 值	0.000***	0.608	0.005**	0.000***	0.421	1.000	0.002**	

在吸菸常識的部分，無論有沒有吸菸者，可以發現男女在吸菸常識上面的了解程度

及注意力上有一些差異，在許多項目上都達到統計上的顯著水準。女性特別注意到吸菸會造成肺病（86.9%）、導致胎兒發育遲緩（38.1%）、容易造成癌症（61.0%）、容易造成口臭（39.0%）、對皮膚不好（0.6%）、對肝膽腸胃不好（3.8%）、容易造成空氣污染影響自己及家人健康（5.9%），在這幾項知識方面女性顯著的高於男性。而男性則對吸菸容易得到心臟病（26.0%）、造成腸胃潰瘍（10.5%）、引發呼吸道疾病（3.4%）等方面的知識特別的注意。值得注意的是，男性知道孕婦吸菸容易導致胎兒發育遲緩的比例是顯著的較女性為低（23.5%）。除了男性可能不知道孕婦吸菸會導致胎兒發育問題外，可能有更多的男性根本不知道孕婦吸二手菸的結果是一樣的，因此未來在相關的禁菸宣導上應該加重這一點的宣傳（見表 22）。

表 22：吸菸常識（%）

	女	男	P 值	
易得肺病	86.9	84.4	0.000***	
易得癌症	61.0	54.9	0.000***	
易口臭	39.0	32.5	0.000***	
孕婦吸菸易導致胎兒發育遲緩	38.1	23.5	0.000***	
易得心臟病	22.4	26.0	0.000***	
對生殖系統有害	11.1	10.6	0.331	
易得腸胃潰瘍	8.6	10.5	0.000***	
其他	造成空氣污染影響健康	5.9	4.2	0.000***
	對肝膽腸胃不好	3.8	1.9	0.000***
	易引發呼吸道疾病	2.5	3.4	0.000***
	對皮膚不好	0.6	0.2	0.001**

（二）影響男女性戒菸意願之因素

為討論影響男女性戒菸意願之因素，本研究自變項篩選係以第一階段描述性之統計分析結果為基礎，將男女性之間變項達顯著差異的變項，再次納入邏輯迴歸分析中，更進一步了解兩性之間戒菸意願之差異。

為使模型之變項不互相影響，故本研究將各模型獨立探討以期更能看出變項對男女性戒菸意願之影響。本模型一首先探討年齡、學歷、婚姻狀況及有無工作等基本變項分別對男女性戒菸意願之影響。其次，模型二加入第一次吸菸的原因、及地點會不會影響

未來的戒菸的意願。另外，目前吸菸的情形及習慣亦可能影響戒菸之意願，故本研究將其放入模型三討論。最後，本研究亦想了解菸品漲價、香菸廣告及買菸則附贈贈品等商品化因素是否也會影響未來的戒菸意願，故菸品商品化因素則放至模型四加以討論。

1. 戒菸意願模型一

為了解影響男女性戒菸意願之因素，故本模型在男性吸菸者方面首先投入基本人口變項來討論，分析結果顯示年齡愈大的男性，其戒菸意願愈低。學歷方面大高中職、大學以上程度相較於國中以下程度者皆有較高的戒菸意願，其中大學以上程度 (B=0.430) 是國中以下程度之男性的1.538倍；高中職程度則是國中以下程度的1.251倍，顯示教育程度愈高，戒菸意願愈高。婚姻狀況之各變項未達顯著，有無工作變項對於男性戒菸意願亦未達顯著，顯示上述二項情況對男性戒菸意願無顯著影響。

而在女性戒菸意願方面，分析結果顯示與男性大不相同，在學歷、有無工作等變項未達顯著，僅年齡變項及已婚有偶或同居及離婚分居或喪偶達顯著，其中離婚或分居者 (B=-0.696) 相較於從未結婚者的戒菸意願較低，為2.004倍 (1/0.499)；已婚有偶或同居相對於未婚之女性，戒菸意願也較低，為1.605倍 (1/1.0623)。整體而言，從基本人口變項中可以發現年齡及婚姻狀況變項對於女性戒菸意願之影響較為明顯。

表23：影響男女性戒菸意願之因素（模型一）

	男性 (N=6195)		女性 (N=648)	
	B	OR	B	OR
年齡	-0.009***	.991	-0.014*	0.987
參考組：國中以下				
高中職	0.224***	1.251	0.113	1.120
大學以上	0.430***	1.538	0.219	1.245
參考組：從未結婚				
已婚有偶或同居	0.140	1.151	-0.473*	0.623
離婚分居或喪偶	-0.091	0.913	-0.696*	0.499
參考組：無工作				
有工作	-0.046	0.956	-0.211	0.809
Pseudo R ²		0.015		0.046

註：<0.05*；<0.01**；<0.001***

綜上所述，在基本人口變項中可以發現影響男女性之戒菸意願大不相同，影響男性戒菸意願之因素以年齡及學歷等變項達顯著；女性方面則是以年齡及婚姻狀況之變項達

顯著。而有沒有工作對於男女性之戒菸意願皆無明顯之關係。

2.戒菸意願模型二

本模型為討論第一次吸菸的原因及地點對於男性戒菸意願的影響，分析結果顯示第一次的吸菸的地方變項均未達顯著，顯示第一次吸菸的地方對男性未來的戒菸意願並無直接相關。而在第一次吸菸的原因中僅應酬社交及舒解壓力達顯著，應酬社交(B=0.508)相對於參考組(其他原因)有較高的戒菸意願，為1.661倍；而舒解壓力是參考組的1.596倍，由上可知，男性若是因應酬社交或是舒解壓力而吸菸者，當應酬及壓力減少時，其戒菸的意願則會相對提高。

女性戒菸意願模型二加入第一次吸菸的地點及原因後，分析結果與男性大不相同，在第一次吸菸的地點及原因均未達顯著。大致而言基本變項之結果與模型無明顯差異，在投入第一次吸菸的地點及原因後，只有婚姻狀況變項達顯著，且戒菸意願較模型一更低，以離婚分居或喪偶者(B=-0.837)為例，相較於從未結婚者戒菸意願較低，為2.309倍(1/0.433)。意味著若離婚者之第一次吸菸的地點及原因與未婚者相近，則其戒菸意願將會更低。

表24：影響男女性戒菸意願之因素（模型二）

	男性 (N=6195)		女性 (N=648)	
	B	OR	B	OR
年齡	-0.010***	0.991	-0.006	0.994
參考組：國中以下				
高中職	0.194**	1.214	0.087	1.091
大學以上	.0.391***	1.463	0.506	1.659
參考組：從未結婚				
已婚有偶或同居	0.133	1.142	-0.577*	0.561
離婚分居或喪偶	-0.082	0.921	-0.837**	0.433
參考組：無工作				
有工作	-0.066	0.936	-0.229	0.795
參考組：其他				
自己家中	-0.072	0.930	0.248	1.281
親戚家中	-0.091	0.913	2.107	8.224
同學、同事、朋友家中	-0.220	0.803	0.497	1.644
學校/工作場所	0.100	1.105	0.561	1.752
公共遊樂場所	-0.011	0.989	-0.466	0.628

餐飲店	-0.072	0.930	0.253	1.287
廁所	0.244	1.276	-0.149	0.861
軍中	0.210	1.234	-	-
參考組：其他				
好奇	0.279	1.322	0.443	1.558
應酬社交	0.508**	1.661	-1.133	0.322
別人吸跟著吸	0.222	1.249	0.145	1.156
生活無聊	0.305	1.357	0.056	1.057
舒解壓力	0.467*	1.596	0.409	1.506
Pseudo R ²		0.021		0.082

註：<0.05*；<0.01**；<0.001***

資料來源：本研究自行繪製。

綜上所述男女性在第一次吸菸的地點中皆未達顯著，顯示首次吸菸地點變項對於女性皆無明顯影響。而在第一次為何會去吸菸中，男性則以應酬社交及舒解壓力達顯著，且男性戒菸意願較高；女性則未達顯著，兩性之間有很明顯的不同。

3.戒菸意願模型三

男性戒菸意願模型三加入目前吸菸情形及習慣後，分析結果顯示未如預期，僅有幾乎每天吸菸者相較於偶而才吸者而言，可以看出幾乎每天吸菸者之戒菸意願較低，而習慣吸淡菸低焦油相對於習慣吸一般菸的男性，習慣淡菸低焦油之戒菸意願較高，為1.722倍，其餘變項未達顯著。在學歷方面，僅有大學以上程度下降幅度較大，係數由模型一的0.430下降至0.295，意味若大學大專幾乎每天吸菸的情況與國中以下程度相近，則其戒菸意願將減弱。

女性戒菸意願模型三係除基本人口變項外，再投入目前吸菸情形及習慣等變項，新投入之變項中，是否把菸吸入肺部之變項未達顯著，在習慣吸菸的類型中，女性習慣吸淡菸低焦油（B=2.009）、以前吸一般的菸現在吸淡菸者（B=2.766）達顯著，且這兩者相較於習慣吸其他類型的女性，戒菸意願較高，各為7.458倍及15.891倍。是否意味著吸食淡菸者其菸品較不易上癮，故戒菸意願高，則待進一步研究得知。

而通常習慣把整支菸吸完（B=-0.923）的女性，其戒菸意願也較只吸一、兩口之女性來得低，為2.519倍（1/0.397）。

表25：影響男女性戒菸意願之因素（模型三）

	男性 (N=6195)	女性 (N=648)
--	-------------	------------

	B	OR	B	OR
年齡	-0.009***	0.991	-0.015*	0.985
參考組：國中以下				
高中職	0.160*	1.173	0.117	1.124
大學以上	0.295***	1.343	0.112	1.119
參考組：從未結婚				
已婚有偶或同居	0.115	1.122	-0.648**	0.523
離婚分居或喪偶	-0.099	0.906	-0.805**	0.447
參考組：無工作				
有工作	-0.071	0.931	-0.326	0.722
參考組：偶而才吸				
幾乎每天吸	-0.401*	0.670	-0.022	0.978
參考組：其他				
淡菸低焦油	0.543*	0.722	2.009*	7.458
有時吸淡菸，有時吸一般的菸	0.559	1.749	0.595	1.813
以前吸淡菸，現在吸一般的菸	0.479	1.614	2.388	10.893
以前吸一般的菸，現在吸淡菸	0.515	1.673	2.766*	15.891
一般的菸（原味）	0.190	1.209	1.479	4.387
參考組：只吸一、兩口				
約只吸一半	0.186	1.205	0.150	0.575
整支菸吸完	-0.074	0.928	-0.923*	0.397
參考組：從來沒有吸入				
部份吸入	0.081	1.084	-0.048	0.953
幾乎全部吸入	0.106	1.112	-0.065	0.937
Pseudo R ²		0.029		0.094

註：<0.05*；<0.01**；<0.001***

資料來源：本研究自行繪製。

模型三為討論男女性目前的吸菸情況及習慣對於戒菸意願的影響，整體而言影響男女性的因素大不相同，男性方面只有幾乎每天吸達顯著，且戒菸意願低；女性方面則是以前吸一般的菸，現在吸淡菸者或者是大都會把整支菸吸完者達顯著，戒菸意願較高。

4.戒菸意願模型四

模型四為探討加入菸品漲價、廣告及贈品的商品化因素是否影響男性之戒菸意願，分析結果顯示僅菸品漲價對購買香菸有影響達顯著，意指若認為菸品漲價（B=0.417）對購買香菸有影響的男性，相較於認為菸品漲價對購買香菸沒有影響的男性，前者男性之戒菸意願較高，為1.517倍。而另兩項廣告及贈品影響則未達顯著。對於基本變項而言，

各變項變動幅度不大。

在女性方面投入菸品漲價、廣告及贈品之影響，分析結果顯示也是僅有菸品漲價對於女性戒菸意願有顯著影響，相較於無影響者認為菸品漲價（B=0.760）對購買香菸有影響之女性，其戒菸意願較高，為無影響者之2.139倍。而會不會因香菸廣告或是贈品而去購買香菸則未達到顯著水準。在基本人口變項方面，僅有已婚有偶或同居及離婚分居或喪偶達顯著，意味若已婚有偶或同居及離婚分居或喪偶女性之菸品商品化因素與未婚女性相近，則其戒菸意願將會降低。

表26：影響男女性戒菸意願之因素（模型四）

	男性 (N=6195)		女性 (N=648)	
	B	OR	B	OR
年齡	-0.008***	0.992	-0.014*	0.986
參考組：國中以下				
高中職	0.247***	1.281	0.159	1.173
大學以上	0.477***	1.611	0.330	1.391
參考組：從未結婚				
已婚有偶或同居	0.123	1.130	-0.491*	0.612
離婚分居或喪偶	-0.094	0.910	-0.697*	0.498
參考組：無工作				
有工作	-0.020	0.980	-0.199	0.820
參考組：菸品漲價無影響				
菸品漲價對買菸有影響	0.417***	1.517	0.760***	2.139
參考組：不會因廣告而買菸				
會因廣告而買菸	-0.016	0.984	0.518	1.679
參考組：不會因贈品而買菸				
會因贈品而買菸	0.067	1.069	-0.399	0.671
Pseudo R ²		0.023		0.090

註：<0.05*；<0.01**；<0.001***

資料來源：本研究自行繪製。

在菸品商品化因素下，分析結果顯示無論男女性，因香菸廣告或是贈品的吸引而去購買香菸等變項之戒菸意願不顯著，僅有菸品漲價影響達顯著，而且男女性對其皆有較高的戒菸傾向。

（三）影響男女性戒菸成功之因素

依前所述，在了解影響吸菸與否與戒菸意願之因素後，為進一步探究影響男女性戒

菸有無成功之因素，本模型首先投入基本人口變項，其次再投入戒菸次數、戒菸最長持續時間及戒菸前是否有醫師勸戒等變項，藉此分析戒菸有無成功的因素為何。

1. 戒菸成功模型一

在男性戒菸有無成功模型中，投入基本人口變項後之分析結果顯示除已婚有偶或同居者未達顯著外，其餘各項變數均達顯著。年齡愈大的男性吸菸者，其戒菸成功的傾向較高。而在學歷方面，大學以上程度相對於國中以下之男性吸菸者戒菸成功的傾向較高，為國中以下程度的 2.747 倍；高中職程度是國中以下程度的 1.434 倍，從資料中亦可看出教育程度愈高，戒菸成功的傾向愈高。婚姻方面曾有婚姻狀況相較於未婚之男性，其戒菸成功的傾向較低，離婚或分居 ($B=-0.841$) 相對於從未結婚的男性吸菸者，戒菸成功的傾向較低，為 2.320 倍 ($1/0.431$)。而相較於無工作的男性吸菸者，有工作之男性吸菸者 ($B=-3.067$) 戒菸成功的傾向較低，為無工作者的 1.404 倍 ($1/0.712$)。

在女性吸菸者方面，戒菸成功與否模型之分析結果顯示僅年齡、高中職及大學以上程度達顯著。資料顯著年齡愈大的女性吸菸者其戒菸成功的傾向愈高。高中職程度相對於國中以下程度之女性吸菸者，戒菸成功的傾向較高，是國中以下程度的 2.677 倍；而大學以上程度相對於國中以下程度的女性吸菸者戒菸成功傾向較高，為國中以下程度的 8.702 倍。顯示教育程度愈高的女性戒菸成功的傾向愈高。在此模型下之婚姻狀況及工作等變項未達顯著。

2. 戒菸成功模型二

男性戒菸成功與否之模型二係以模型一為基礎，再投入戒菸次數、戒菸最長維持多久及戒菸前是否有醫師勸戒等變項，投入新變項後，僅已婚有偶或同居及戒菸前有無醫師勸戒兩項變項未達顯著，顯示新投入之變項對其影響並無顯著差異。而分析結果顯示戒菸次數愈多男性吸菸者，戒菸成功的傾向愈低。而戒菸所能維持的時間愈久，則戒菸成功的傾向愈高。

加入新變項後，有無工作係數效果幅度減弱，意味若有工作的男性吸菸者之戒菸情況與無工作的男性吸菸者相近，則有工作的男性吸菸者之戒菸成功傾向將會下降。

在女性模型二中投入新變數後，戒菸次數及戒菸前有無醫師勸戒未達顯著。與模型一相較年齡及學歷變項轉為不顯著，顯示投入之新變項對此變項影響效果不顯著。分析

結果顯示若女性吸菸者的戒菸維持愈久，其戒菸成功的傾向愈高，此部分的結果與男性吸菸者相同。值得注意的是投入新變項後，有無工作變項轉為顯著，意味若有工作之女性吸菸者之戒菸情況與無工作之女性吸菸者相近，則其戒菸成功傾向將會增強。

表 27：影響男女性戒菸有無成功因素（模型一、二）

	模型一				模型二			
	男性 (N=4189)		女性 (N=494)		男性 (N=4189)		女性 (N=494)	
	B	OR	B	OR	B	OR	B	OR
年齡	0.054***	1.055	0.025**	1.025	0.025***	1.025	0.006	1.006
參考組：國中以下								
高中職	0.361***	1.434	0.985***	2.677	0.404**	1.498	0.608	1.837
大學以上	1.011***	2.747	2.164***	8.702	0.698***	2.010	1.554*	4.728
參考組：從未結婚								
已婚有偶或同居	-0.208	0.812	0.380	1.462	-0.162	0.851	-0.221	0.802
離婚分居或喪偶	-0.841***	0.431	-0.288	0.750	-0.504*	0.604	-0.664	0.515
參考組：無工作								
有工作	-0.340***	0.712	-0.326	.0722	-0.720***	0.487	-0.812**	0.444
戒菸次數					-0.051***	0.951	-0.011	0.989
戒菸維持期間					0.630***	1.877	0.583***	1.791
參考組：無醫師勸戒								
有醫師勸戒					0.118	1.125	-0.426	0.653
Pseudo R ²		0.148		0.096		0.478		0.435

註：<0.05*；<0.01**；<0.001***

男女性吸菸者在戒菸成功與否模型一之基本人口變項中，在年離婚分居或喪偶及有無工作兩變項有明顯的不同，男性吸菸者在上述變項中達顯著，對女性吸菸者而言則不顯著。意味年齡、有無工作變項對於女性吸菸者戒菸成功與否並沒有顯著影響。

模型二係以模型一為基礎再投入戒菸次數、戒菸維持期間及戒菸前有無醫師勸戒等變項，分析結果顯示，無論男女性吸菸者，若戒菸維持期間愈長，則其戒菸成功傾向愈高。而在有無醫師勸戒變項中，男女性均不顯著。男女吸菸者之間不同的是，男性吸菸者戒菸的次數愈多則其戒菸成功的傾向愈低；女性則未達顯著。

伍、公共戒菸資源使用的性別差異

台灣地區戒菸資源現況

我國自2002年1月起每包菸品開徵新台幣5元的菸品健康福利捐，其中10%（約新台幣10億元）專款專用於菸害防制工作，在兼顧資源公平合理使用之原則下，政府積極規劃利用部份經費回饋於吸菸成癮者之戒治補助（戒菸治療非屬全民健康保險給付範圍），於2002年9月開辦「門診戒菸治療服務試辦計畫」，由全民健康保險局協助代收代付作業，同年12月成立「門診戒菸治療管理中心」，負責推動門診戒菸治療服務品質監測；投注於醫療院所戒菸服務之經費約佔菸害防制預算之13%（菸害防治年報，2006）。為有效利用醫療資源並符合使用者付費原則，國民健康局補助戒菸治療服務費每週250元及戒菸藥品費每週250元，療程最長八週（健康保險法規定之低收入戶每週補助500元，共4,000元）。此一機制讓菸害防制工作可以更廣泛的深入到地方，增加民眾使用資源的方便性，間接地提升了戒菸的人口數，開辦以來提供超過34萬人次以上的門診戒菸治療（國民健康局門診戒菸治療管理中心，2008）。

國民健康局於2003年起為想戒菸但又不想到醫院的民眾，特別成立戒菸專線服務中心，透過專業心理諮商人員提供電話諮商，為亞洲第一個戒菸專線（戒菸專線服務中心，2008）。除了戒菸門診、戒菸班及戒菸服務專線之外，二十四小時無間斷的網路服務更提高了人們可隨時取得相關資訊的便利性。其他國家政府則有網路戒菸資源，如：澳洲維多利亞基金會設置Quit Victoria網站、加拿大衛生部自2002年啟用Quit Now網路戒菸服務、新加坡健康促進部設立「Quit 4 Life」網站，這三者對網路使用者有所影響。有鑑於此，董氏基金會便建構「華文戒菸網」網站，以服務全球的華裔人士，此網站提供正確的戒菸協助與支持以及二手菸害知識（華文戒菸網，2008）。

現行國內全國醫療院所在菸害防制業務的執行運作上主要可以分為兩個層面：一是針對吸菸者的戒菸行動支持服務，個案可自行選擇至鄰近有提供戒菸服務的醫療機構戒菸門診或戒菸班接受專業的協助；二是對一般大眾進行菸害防制及無菸環境的推廣，通常會以講座、活動形式在校園、社區進行。其中提供吸菸者的戒菸行動支持服務的醫護人員之臨床經驗是本研究所欲瞭解的；此外國民健康局建置的戒菸專線所提供戒菸服務模式，亦有其比較之價值。

根據國民健康局（行政院衛生署國民健康局，2011）提供資料顯示：全國參與國民健康局門診戒菸補助計畫的醫療院所計1,892家，其中基層醫療單位有1,598家（佔84.5%，包括基層診所1,305家、衛生所293家）；醫院有294家（佔15.5%，包括醫學中心

20家、區域醫院72家、地區醫院202家)。申請門診戒菸治療服務的醫師共4,442人，依醫師服務之醫療院所層級別區分，以基層診所之醫師最多，共1,926位(佔43.4%)、衛生所最少，共415位(佔9.3%)。戒菸成功率以地區醫院之30.7%最高，基層診所22.8%最低。

訪談結果分析

雖然部分醫療機構在其年度性的院內戒菸統計報表中會呈現男女個案比，但僅將其視為基本資料，並未進一步交叉分析男女間戒菸行為的差異。在整體訪談的過程中，由於女性個案進入醫療資源的戒菸情況較為少見，許多本研究受訪的臨床醫護人員過去不會特別注意戒菸個案的性別差異，訪談中多半是以個案型態談論女性戒菸者的特性，但也有少數擁有較多經驗的醫護人員能夠比較男女戒菸者之特性。在本研究結果的分析上，將由使用現行戒菸資源、戒菸教材、戒菸動機及戒菸成功情形等四層次，以主題式分析方式探討在使用公共戒菸資源上的性別差異及所代表的意涵。

使用現行戒菸資源的差異性

1. 戒菸門診

根據訪談得知：專門的戒菸門診平均門診量約4-6人/診次，看診人次明顯低於其他科別門診，而這樣的服務量除了戒菸諮商比一般門診的看診需要花更長的問診時間外，戒菸的市場需求面未達經濟規模更為主因，也使得開設單獨戒菸門診深受經濟成本壓力。但從健康經濟學的角度觀之，菸害防制的資源投入在預防醫學及公共衛生上的貢獻是很重要的；在國家政策的支持下，全國醫療院所均儘可能的配合提供戒菸服務。因此，基於成本效益的考量大部分的醫院會將戒菸門診和其他診療科(如減重、家醫科)門診合併看診。

本研究訪談的醫療機構也有少數提供團隊式的戒菸治療服務：開設專門的戒菸門診，門診醫師及護理人員(衛教護理師)都是專任的，除了醫師扮演核心的靈魂人物，掌握個案的吸菸史、動機以及生存條件提出因人而異的戒菸策略之外，從收案開始到整個治療過程由同一位衛教護理師進行個案管理，如此一來能提供個案高度的情緒支持力

量，也因此個案回診的比例比其他醫院高出許多。

據訪談結果瞭解：現行醫療院所的戒菸門診服務和其他科別門診並無太大的差異，以醫師為主要搭配輪班制的護理人力，而該護理人力並未被要求需接受戒菸治療訓練的課程；因此有超過一半的訪談醫師表示：戒菸個案的諮商是直接由醫師對個案進行全盤照顧(total care)，後續的個案追蹤管理工作才由護理相關單位所編制的個案管理師進行。基層診所的醫師則以給藥為主，在資源有限下，心理支持、衛教教材及後續追蹤都無暇顧及。

在就醫環境空間上，因為大部分醫院的戒菸診療並非單獨的戒菸門診，同一時段在候診區內求診者的需求多元，這樣的環境對敏感不願曝光的女性戒菸個案似乎比較自在，但進入公開場域的醫療院所，對於吸菸女性而言仍是非常大的挑戰，尤其在保守的客家村，女性更不敢進入戒菸門診。因此，可以發現台北市以外的其他縣市戒菸門診中的女性個案數量非常少。

不想去戒菸門診，就不知道為什麼不想讓人家知道我的名字。(B2，廠護兼總務，未婚)

但仍然還是有少數女性願意進入戒菸門診，其中一位受訪醫師提出一種想法認為：已經踏進診間的個案，而在決定到門診之前都做好了許多的準備，對戒菸門診進行的過程有一定基本的想像，如求診者以男性居多、空間隱私度低等等，在這之前或許有許多掙扎、抗拒或不自在等心理狀態，但當走進了診間，看到了醫師這些不安定感就淡化了，這可能是門診醫師在臨床上較不會感受到男女個案對就醫環境感受差異的原因之一；但也有可能是門診醫師缺乏性別敏感度訓練。

雖然大部分受訪的醫護人員認為：現有的就醫空間對女性個案不會造成不方便。但以男性醫生為主的氛圍，使求診的女性個案很難坦承吸菸背後真正原因，最後完成療程的情形也較男性求診者低。

因為門診的醫師是男生還是怎麼樣，女生比較不會輕易的就講出來是什麼事情讓她心情上的一個影響，男生比較會侃侃而談……女性常來看門診幾次就失聯，留的電

話也是假的。(H2, 區域醫院)

2. 戒菸班

戒菸班和戒菸門診最大不同之處：(1) 團體衛教形式，學員間能相互交流分享自經驗與情緒支持；(2) 無戒菸藥物的提供，尼古丁戒斷藥物輔助仍需於門診開立用藥處方；(3) 課程內容由各醫院自行規劃設計，根據戒菸過程中可能遭遇到的狀況，設計營養諮詢、運動及心理輔導等課程，較門診單一衛教諮詢的型態多元活潑。規模上，戒菸班學員數約 12-15 人一班。

根據訪談發現：雖然戒菸班運用團體力量來增加自信心，強化學員的自我效能，相較於戒菸門診有較高的成功率及持續性，是很好的戒菸模式；但大部分的醫療院所戒菸班的招生狀況卻每況愈下，除了國民健康局在這方面的經費補助比例日益縮小，民眾必須自費參加而影響參與意願外。此外，戒菸班一梯次至少 4-6 週，每次課程至少 2 小時，對於上班族而言全程參與有一定的壓力，服務利用的可近性較戒菸門診低。目前戒菸班傾向與公司行號、學校、社區合作開班招生，由醫護人員外送服務到點進行戒菸課程。機構內部的戒菸班由於成員彼此之間原先就相互認識，且在戒菸班後亦有機會接觸互動，因此較容易打造戒菸的支持環境，成員之間會產生共同體的氛圍，幫助成員相互監督與鼓勵，有些女性員工也較願意出席。反觀醫院的戒菸班成員所接受到的團體力量主要來自課堂中成員間的經驗分享及醫療團隊的鼓勵，在離開該場域後必須靠自己積極營造戒菸的情境，並獨自抵抗外在的誘惑，效果較差。

根據訪談得知：參與戒菸班的女性比例仍然很低，一班最多 1-2 位。雖然醫院對外招生的戒菸班偶有女性個案，這些女性個案在團體中的參與度也較低，經常是報名後沒來上課。過去，國健局曾經委託開辦女性戒菸專班，但沒有成功，仍然納入 1-2 位男性參與其中該專班才開成，人數限制是發展女性戒菸專班最大的問題。受訪者表示針對女性招生困難度高，一來女性吸菸個案原本就少，且高尼古丁成癮度者比例較低；二來戒菸專班開設多在晚間舉行，大部分女性晚上時間必須照顧家庭小孩，且女性吸菸者多半隱瞞家人其吸菸的事實，也難以向家人坦誠自己夜間外出是為了戒菸。因此，女性戒菸專班的規劃必須考量到婦女社會角色扮演的特性，提供其他配套的附加服務（如幼兒臨

拖) 或者是更多元的上課型態，增加女性個案利用戒菸資源的可近性。

倒是有一些女性她有說戒菸班安排在晚上，一般女性白天可能要上班，晚上可能以家庭為重，所以她想來參加這個活動，她可能就走不開，沒辦法過來。(H7, 醫學中心)

女性她家裡面不讓她抽菸，她是在外面職場抽，她回家可能就不抽拉！她不想讓她家人知道她有抽菸，爸爸媽媽都不知道，她跟我說你要留電話，你不能打電話到我家，我沒有煙牌的。(H6, 醫學中心)

以男性為主的戒菸班確實會讓女性戒菸者望之卻步，尤其戒菸班中有許多機會需要團體討論及發表意見，對女性戒菸者而言，在公開場合中暴露自己內在的心情原本就不容易，更何況要向一群不認識的男性表達自己的心得。受訪者表示過去願意參與戒菸班的女性，個性相對中性，也較為活潑，可以融入戒菸班的氛圍中；但在台灣社會文化之下，一般女性仍很難突破心理的障礙來參與這項公共資源。

我坐計程車是OO車隊的，他有一張戒菸班的合照，我看證書上面都是男生。當開設這樣的戒菸班的時候，我覺得女性要參加這樣的戒菸班，其實我覺得動力跟動機都會很低，為什麼？就像剛剛問我那個問題，覺得一個女生在一群男生中抽菸會是什麼樣？那個污名化太明顯了，好像這個人就是隨便的女人，參加的班叫做戒菸班。(A1, 出版行銷, 未婚)

3. 戒菸專線

台灣地區自 2003 年開始提供戒菸專線服務，在加州戒菸專線的經驗與協助下，建立服務架構及諮商模式，由具備心理輔導、諮商、社會工作等專業人員，提供免付費電話諮商戒菸服務，迄今提供約 43 萬 4,427 人次戒菸的民眾專業諮詢協助；2009 年因菸害防制新規定上路及菸品健康福利捐提高，服務量高達 83,839 人次，且諮商戒菸成功率達 30%。

戒菸專線和戒菸門診、戒菸班最大的差異在於，其透過諮商的過程讓個案內省思考吸菸的原因，提供個別關懷與心理支持，循序漸進地透過各種方式使吸菸者自己產生想戒菸的想法，除了當事人主動撥打專線諮詢外，中心亦主動定期追蹤個案；其便利性和

心理支持是戒菸門診所無法相比的。

因為我的動機不是在於身體的 physical 或是 mental 的問題，我的動機是比較內在的、儀式性的東西，我覺得我要解的是那個東西，因為我沒有尼古丁的癮，如果我有尼古丁的癮，我就會求助所謂的外援，就是說像貼片那樣的東西。(A13，編輯，未婚)

根據訪談得知：戒菸專線的個案來源主要是透過媒體訊息自行前來求助以及門診醫師轉介兩種方式；其中，經由醫師轉介的通常是需要較多心理諮商的個案。戒菸專線利用者在性別上仍以男性居多，受訪者認為這樣的現象應歸因於吸菸人口性別比例基本的差別。但相較於需要曝光的戒菸班及戒菸門診，隱密性高且提供心理支持的戒菸專線較為女性接受。

現在有戒菸的電話專線，你就看不到那個人，即便要告訴他名字，你也可以用假名，這樣的狀況會覺得比較好，因為這樣隱私可以被保密，所以會比較願意去使用。……戒菸門診這種跟人的互動的方式會是最後的選擇。(B2，廠護兼總務，未婚)

戒菸方式的選擇上，受訪者發現：男性戒菸個案傾向使用外在力量（如替代藥物、貼片）介入；戒菸策略的選擇上傾向「抽」與「不抽」之間的二元對立；而女性吸菸者則偏好內控方式，比較不希望依靠藥物，偏好使用遞減的方式慢慢減低吸菸量，但常會發生減到最後剩幾枝菸時戒不掉，或有壓力時又會復抽的現象。女性不喜歡外顯性的戒菸方式，所以使用戒菸班及吸入劑（吸入劑是拿在手上）的意願相對較低。

戒菸教材的性別差異

本研究訪談發現：不同類型的醫護人員對戒菸教材的使用很不一樣。一般而言，醫師偏好口頭衛教，簡單輔以藥廠或國民健康局所提供的衛教單張作為工具強化病人記憶，以個案的吸菸動機為主，提供個人化的戒菸策略。而衛教護理師、個案管理師則會透過各式衛教單張進行知識理論的傳遞，形式比較像是在上健康教育課；有實戰經驗的戒菸醫療團隊則傾向運用各種形式的輔助教具或手冊與個案進行互動，試圖透過視聽效果加強個案戒菸的信念及決心。

目前國內並未對女性發展出單獨的戒菸教材及戒菸手冊，因此醫護人員無論面對男性或女性所使用的衛教教材或單張都是相同的，但較有經驗的醫護人員面對女性戒菸求助者時，會調整衛教內容詳細的程度，針對女性較有興趣的議題更深入地講解。

所謂的衛教上的性別差異主要是聚焦在戒菸過程中體重增加的問題；臨床經驗指出由於香菸中的尼古丁成分會讓代謝快一點，戒菸後確實會讓代謝慢一點，因此戒菸後確實會胖約 2-3 公斤。這部份在戒菸班的團體治療課程中，無論男女個案都會進行此課程；但一半以上的受訪者皆表示女性比較容易擔心體重變動的問題，所以在面對女性個案時會特別加強這部份的衛教，並特別提供女性個案運動處方及飲食指導。

女性參加戒菸班方面，女性有戒菸的時候，她很怕發胖的問題，這是女性她比男性還要在乎的一件事。所以針對女性的話我們可能會請專業人員特地（課後）再跟他們說仔細一點，男性的話點到就好，女性他們就會很在意，他們到底要怎麼吃，他們怎麼算熱量，這部分我們會請老師再過來詳細的說明。（H7, 醫學中心）

部分戒菸門診的醫護人員在處理戒菸求助者時強調不需考量性別差異，但事實上，此種無性別的處遇方式，在訪談後可以發現該門診女性求助者回診的情況並不佳。

因為我們不管他是什麼動機，反正我們給的服務其實是一樣的，所以我們是沒有去想這個，我會花比較多的心思在跟她解釋這個東西（藥）要怎麼用，怎麼配合一些環境上的改變比較會成功。（H9, 基層診所）

我們就會針對她們一個不同的生活型態來做建議，但比較不會是去考慮到說男性或是女性。（H1, 區域醫院）

但也有醫護人員開始注意到女性戒菸者的需求，思考戒菸教材的轉變。考慮未來針對女性吸菸者相關的疾病要更深入講解；而在安排衛教人員時，也會指派較溫和的女性老師進行講解，並會考量到女性不願曝光的特殊性。

從今年開始，我就做修改，改成青少年戒菸、婦女戒菸、老年人戒菸…，我的感覺是，你與其去講整體大東西，不如是分組去一個一個介入會更好，才會達到婦女族群的回響，他才會有共鳴，「對~這就是講我」，不會有「哦！大家都這樣啊」。（H3, 醫學中心）

雖然還是用同一套教材，但是我們提到的重點可能會因對象的性別有差異，其實我們有一個單元，是女性的相關的疾病或者是荷爾蒙的一些影響；如果在我們班的裡面沒有女性，第一堂課可能就稍微帶過，提到一點重點；如果有女性的話，可能就

會稍微在講解比較仔細。……在外面辦講戒菸講座時，如果有女生在場，我會由抽菸容易長皺紋，按照這個下去講，女生就有興趣注意聽了。(H7, 醫學中心)

如果有女生比較敏感的來參加戒菸班，我們就會請一個非常有經驗、非常溫和的女性老師來，因為女生太敏感了，所以要用比較溫和的話語去講。下課後我們會再去跟她講，因為她有很多情緒的問題，下課後再找偏僻的地方慢慢講。(H7, 醫學中心)

受訪者表示具有性別敏感度的戒菸教材，女性吸菸者較容易聽進去，較願意與衛教人員對話及提問，並且表露自己的疑問，也較能達到幫助的效果。

戒菸動機的性別差異

所有女性受訪者皆表示自己在懷孕期間並不抽菸，尤其許多女性提到懷孕期間對於菸味有很強的排斥感，並不想抽菸，甚至聞到菸味會更加反胃，所以對她們而言孕期停菸並不見得很困難，而女性也都願意為了新生兒的健康停菸。懷孕期間女性停菸的行為反映出，在我國傳統文化中要求女性能為別人著想，也內化成為女生自我的要求。因此女性較會因為小孩的緣故選擇在懷孕期間或小孩出生後戒菸，而男性同樣了解吸菸對小孩健康的影響，但在妻子懷孕期間停止抽菸的男性卻不多。

我覺得女孩子在面對戒菸這件事情，其實要強化某一些跟自己有關的因素……。你要懷孕，你覺得小孩對你來講生命最重要，那你一定會戒菸，再怎麼菸癮強都會戒菸。(A1, 出版行銷, 未婚)

我們都要為別人(小孩)著想，不希望抽菸影響到任何人。(A6, 電腦講師, 已婚)

Foucault (1980) 的「身體政治」中提到:在社會化養成的過程中，女性身為一個社會成員，經由學習和內化一切父權結構下的政治規範、價值觀念和信仰，身體政治就是在女性在社會化養成的過程，被父權下的政治規範、價值觀念、信仰所形成的一股束縛、宰制、監控的力量在女性身體中運作，女性吸菸者也無法跳脫社會中對女性美的規訓。部分女性會因為社會中對於女性「美的規訓」之社會壓力而尋求戒菸，女性受訪者反映當發現自己牙齒及手指間的皮膚變黃，皮膚變差，或身上帶有菸味等形象問題時，而決定戒菸。

其實女性她可能不是第一次來戒菸，可能來個兩三次，其實她自己都會觀察到，皮膚的細紋有沒有增加，皮膚的彈性，這些他們其實都蠻 care 的……男生或女生比較不一樣的地方，是不會聽到男生因為皺紋而來戒菸！（H9, 電話諮詢）

另外，男女求助戒菸資源者也會因年齡而有差異。許多男性戒菸者是中老年以上的老煙槍，因為身體健康狀況出現問題醫師告誡已無「菸牌」而來戒菸；亦有部分年長的男性戒菸者是因為孫子嫌身上的菸味不願意跟其親近，而主動前來尋求協助；戒菸班中亦有些中年男性是由女兒、老婆「護送」出席。女性戒菸者年齡層分佈則較男性戒菸者多元，有部分是年輕上班族女性，戒菸動機來自於重要他人的期望(男朋友的要求) 或是形象上的問題（如被人說有菸味、不好看等）；亦有一些年長的女性是要帶孫子怕菸味影響小孩健康，而主動前來醫院求助的。

有爸爸是小孩一起，陪他一起來上課，爸爸都會說為什麼我今天來到這邊，因為我家裡的憲兵(女兒)把我帶過來。(H8, 地區醫院)

而公共政策的改變對不同性別有不同的意涵，由於女性較少在公共場合中吸菸，因為公共政策對於吸菸者的緊縮，對男性影響較大。

菸害防治法過了之後，他(男性)會覺得很麻煩，就是在法案剛過的那個時間，會有多一點個案；女性比較少在公共場所吸菸，所以比較不會因為法案因素來戒菸。(H5, 地區醫院)

受訪者進一步指出：由於校園宣導菸害訊息，小朋友回家會告訴家長吸菸不好，更進而希望說服家長戒菸。因為爸爸較難說服，因此小朋友常常會先從媽媽先下手；另外，丈夫也常常會叫妻子先戒菸自己才要戒菸，又或者叫太太戒菸自己卻不戒。這現象的背後亦透露著文化中要求女性保持「端正」品性的父權意象。

戒菸成功的性別差異

在本研究受訪的醫護人員中，無論受訪者性別為何，對戒菸個案認知的性別差異包括：大部分抽菸女性比較多愁善感，將抽菸作為壓力、情緒抒發的途徑，而男性基於人

際社交而抽菸的成分比較大。在戒菸行動上女性個案的意志力較男性弱，戒菸成功率較低；戒菸策略的配合度上女性的配合度比較男性低。女性容易因為情緒因素而半途而廢。因此，在臨床諮商的過程中發現雖然女性的健康意識明顯高於男性，清楚吸菸對健康的危害，但行為改變的決心容易受到情緒波動而影響。在戒菸過程中的阻力與遭受到的困難男女有很大的不同：男性容易受到同僚或朋友的引誘而吸菸，女性則傾向於情緒壓力無宣洩的出口時再度吸菸。

她可能戒菸成功，可是下個禮拜來，又復發很多，因為她家裡遇到了什麼事情，情緒的部分，就是女生很容易因為情感因素忽高忽低。(H7, 醫學中心)

來戒菸的人當中女性有增多的感覺，但是她不好接，一來我認為意志力不像男性這麼高，不像男生，成功率都還滿高的，我發現男性的動機都滿強，就好像要自殺男性燈比較容易成功，都比較會死，女生都比較不會死，在意義上我覺得有點類似，女生…我覺得她比較不怕死，她對自己的身體沒有那麼在乎，通常來戒，你問她動機通常都是，男朋友希望她戒，覺得這樣不好看，都只是這樣，男生來戒通常會說希望自己身體健康。(H3, 醫學中心)

由於女性吸菸的社會禁忌很強，女性在接近公共資源時常希望能夠保持低調，因此執行戒菸工作的醫護人員必須體諒，女性無論吸菸或戒菸都希望是一種隱藏性的行為。

女性常偷偷抽菸不讓人知道，連戒菸也偷偷戒，有些女性吸菸者怕人知道，所以會要求戒菸專線不要使用中心的信封寄資料給她。(H9, 電話諮詢)

因此同樣是戒菸沒有成功，男性可以坦然大方承認，而女性則自我背負著罪名，無法在他人面前表達自己的困境。兩者差異的背後蘊含著社會性別文化的期待：女孩必須溫柔乖巧，男孩可以桀驁不馴。戒菸失敗的女性，離公共戒菸資源更遠，而再進入的情形更難。

男生跟女生差別是在男生比較會侃侃而談他的吸菸史，他的狀況；女生可能就會保留一部分，她不見得今天就會跟你全部坦然，她可能會一部分一部分的釋出！可是她會覺得說○○○醫師好厲害，一直挖、一直挖，就是把她內心深處都挖出來，就是要幫你解決問題就對了。(H6, 醫學中心)

同樣戒菸失敗，男性比較會再次回到戒菸中心，女性則會因為怕復抽讓諮商人員失望，而不好意思回來。(H10, 電話諮詢)

此外，也因為女性吸菸不是社會可以接受的事，女性很難向家人坦白要參加戒菸，而難以。不若 Joossens (1999) 或 Sorensen and Pechacek (1987) 的發現，台灣女性吸菸者不但不接近公共戒菸資源，也很少運用非正式社會支持，如朋友或家人，無論吸菸或戒菸女性往往獨自承受，而增加失敗的風險。即使女性戒菸成功，也不希望如同美國戒菸班的模式一樣，回到戒菸班分享自己成功的經驗。

戒菸就是要說出來要去作宣示要跟身旁的人說我要開始戒菸，可能因為女生大家也不知道，所以他也沒辦法講，沒辦法宣示。(H8, 區域醫院)

有些女性比較不想要公開活動，我們會找之前戒菸成功的來鼓勵這次學員，像戒菸班裡面有一個女生，因為是她自己主動來戒菸，戒菸成功後我們大概都談一年以上了，她還是不會願意來分享，她會覺得有社會壓力。(H7, 醫學中心)

綜合上述討論：醫護人員臨床經驗上，女性戒菸的成功率確實比較低。進一步分析男女戒菸失敗的原因：男性失敗的原因來自工作壓力、社群網絡；女生則是情緒控管上的困難，情感因素較難拿捏，也驗證 Doyal (1995) 的發現：女性「缺乏自我控制感」是戒菸失敗的主要原因。

陸、結論

對於女性吸菸，政府防治宣導的部分還是主要從孕婦的這個訴求著手，其餘對女性有影響的部分較少著墨，國家政策視女性為母親的角色而要其去戒菸，卻沒有把女性本身的健康議題主體化，未把女性視為一個單純「人」的角色去關心(張珏、陳芬苓, 2000)。此外，在衛教傳播的過程中，看到示範的案例都是男生，女性很難接收到衛教要傳達的訊息；不若美國許多宣傳上都會同時出現男女面孔，不同年齡層男女的圖像，使閱聽者容易接收到媒材的訊息。

在國外也有部分的戒菸計畫是針對女性所展開的，例如以社區支持為主的計畫「QUIT」以及「Coventry」計畫，都是針對低收入戶婦女所執行的戒菸計畫，以改善婦女所處的困境，解決對菸的依賴(Crossan E, Amos A., 1994; Gaunt-Richardson P.; Amos A.;

Moore M., 1998)。由此可知，女性的吸菸與社會文化及女性所處的處境有相當大的關連性，由於國內外性別文化上有相當的差異性，而婦女的處境、家庭的型態、婦女工作的類型也有所不同，因此更深入的探索女性戒菸經驗並了解背後所隱含的困難度是相當重要的。

女性吸菸行為是一項複雜而隱密性的行為，使得長久以來我們的社會對於女性吸菸的行為缺乏深度的了解，即使是執行戒菸任務的醫護人員都仍然在知識建構中，本研究僅能視為一初探性研究。由本研究可以發現，女性無論是戒菸的動機或是背後的因素都與男性有所差異，未來在輸送公共資源時，應該具備性別敏感度，才能增加戒菸成功的機率。對於女性而言，戒菸不是只有個體與尼古丁之間的關係，若無法改善女性因社會角色所處的壓力及弱勢的社會處境，將難以達到使其戒菸的目的。

柒、參考文獻

1. 王維典 (1992)。醫師門診戒菸勸導的可行性及成效研究。行政院衛生署委託計畫。
2. 王濟川、郭志剛 (2003)。Logistic 迴歸模型—方法及應用。台北：五南圖書。
3. 江東亮、林瑞雄 (1994)。吸菸是否增加利用醫療服務？中華衛誌，13(3)：214-222。
4. 行政院衛生署國民健康局(2004)。台灣菸害防制。行政院衛生署國民健康局。
5. 行政院衛生署國民健康局(2005)。三年有成：成長、茁壯、飛越。蔡潔娃編，職場菸害防治輔導中心三週年專輯。行政院衛生署國民健康局。
6. 行政院衛生署國民健康局(2011)。門診戒菸治療服務通訊，<http://ttc.bhp.doh.gov.tw/quit/Document/DocA/new-56.pdf>，引用 2011/5/11。
7. 李家銘、葉春淵、洪榮耀(2007)。香菸及檳榔課稅效果之研究。台灣公共衛生雜誌，26(1)：17-25。
8. 李蘭(1993)。台灣地區成年人吸煙行為及對菸害警語、香菸廣告和反菸廣告之認知研究。行政院衛生署八十二年研究報告書。
9. 李蘭、晏涵文、高松景 (2005)。營造無菸校園：一個健康促進學校計畫。醫學教育，9(4)：333-343。
10. 李麗紅 (2002)。抽菸和二手煙暴露與子宮頸細胞病變相關性之研究。高雄醫學大學職業安全衛生研究所碩士論文。
11. 李建宏 (1999)。室內空氣污染因子與台灣不吸菸婦女肺癌之研究。高雄醫學大學醫學研究所博士論文。
12. 吳德敏、申慕韓、楊燦、祝年豐、賴香如、孫建安 (2005)。職場勞工吸菸情形之流行病學調查：吸菸盛行率及對菸害防制法的認知與菸害防制法於職場內執行之情形。中華職業醫學雜誌，12(1)：1-14。

13. 吳明隆、涂金堂 (2005)。SPSS 與統計應用分析。台北：五南。
14. 戒菸專線服務中心(2008)。 <http://www.tsh.org.tw/>，引用 2008/11/24。
15. 林紡而(2001)。台北地區年輕女性吸菸行為之初探性研究。國立台灣大學衛生政策與管理研究所所學位論文。
16. 孫智綺譯 (2002)。布赫迪厄社會學的第一課。台北：麥田。
17. 張景然、王珮蘭、許世慧(2009)。影響完成電話戒菸諮商個案戒菸成效及維持成效相關因素之探討。輔導與諮商學報，31(1)：1-15。
18. 張珏、陳芬苓(2000)。台灣婦女健康政策的性別分析。中華衛誌，19(5)：366-380。
19. 張珏、張心潔(2006)。台灣菸害防制政策的性別分析：以女性吸菸為例。台灣公共衛生雜誌，25(2)：115-124。
20. 張德聰、潘瑞香、張景然(2006)。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，19(3)：213-229。
21. 張淑如、江宜庭、謝功毅、陳秋蓉、宋鴻樟(2006)。晶圓製造廠女性員工抽菸行為探討。工業安全衛生，200：36-45。
22. 陳霈儒 (2000)。國中學生對菸害防制法之遵行意願與遵行行為相關因素研究。國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
23. 陳富莉、李蘭 (2004)。青少年菸品消費認同與吸菸行為之研究：以臺北縣某兩所高職學生為例。台灣公共衛生雜誌，23(1)：59-70。
24. 陳春如(2007)。職場女性吸菸行為研究。元智大學資訊社會學研究所學位論文。
25. 陳宙珍、李蘭、趙坤郁(2008)。門診戒菸治療之成效及其相關因素探討。台灣公共衛生雜誌，27(1)：44-56。
26. 陳麗如(2008)。菸品健康福利捐對目前吸菸者之戒菸想法及吸菸行為變化之影響探討——以台北市萬華區為例。臺北醫學大學護理學研究所學位論文。
27. 國民健康局門診戒菸治療管理中心(2008)。 <http://ttc.bhp.doh.gov.tw/quit/>，引用 2008/11/24。
28. 菸害防治年報(2006)。 <http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/doc/2006ch.pdf>，引用 2008/11/24。
29. 黃淑貞 (1998)。他們為何吸菸？—大學生樣本質性資料分析。學校衛生，33：2-15。
30. 華文戒菸網(2008)。 <http://www.e-quit.org/about/about.aspx>，引用 2008/12/9。
31. 楊銘欽 (1992)。我國吸菸經濟成本之研究。行政院衛生署委託計畫。
32. 葉春淵、邱城英、李家銘、黃玟儀、洪榮耀(2009)。香菸課稅效果之研究—門檻迴歸模型之運用。台灣公共衛生雜誌，28(4)：289-299。
33. 齊偉先(2008)。權力的身體與消費的身體：以身體為媒介的考察。政治與社會哲學評論，25：89-142。
34. 劉琦 (2005)。社會心理因素對個案的影響——以戒菸諮商個案為例。世新大學社會心理學研究所學位論文。
35. 劉玉菁 (1999)。以自我效能、社會支持探討某工廠男性吸菸員工之戒菸行為。國立台灣大學醫學院護理學研究所碩士論文。
36. 歐香縫 (2006)。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。中山醫學大學護理學系碩士論文。
37. 線上戒菸班(2008)。線上戒菸班

<http://www.e-quit.org/blog/kjhsuch/Article.aspx?PKID=1258>

38. 潘伶燕、李蘭(1999)。台灣地區成年人吸菸盛行率及其與教育和職業之關係：菸害防制法實施前的狀況（1993~1996）。中華公共衛生雜誌，18(3)：199-208。
39. 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(3)：223-230。
40. 薛光傑（2007）。門診戒菸之成效與成本效果分析：以台灣某醫學中心為例。高雄醫學大學醫務管理學研究所碩士在職專班學位論文。
41. 顏詩怡(2004)。女性抽菸行為的性別實作(doing gender)。清華大學社會學研究所碩士論文。
42. ACS (2009). Tobacco Atlas(菸草與健康圖鑑)。引用自行政院衛生署國民健康局，<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Show.aspx?MenuId=178>。
43. Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S (2004). Meta-Analysis of the Efficacy of Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation: Differences between Men and Women. (Journal Article. Meta-Analysis) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:712-722.
44. Crossan E, Amos A (1994). Under a Cloud - Women, Low Income and Smoking. Edinburgh: Health Education Board for Scotland.
45. Diclemente CC, Dolan-Mullen P, Windsor RA (2000). The Process of Pregnancy Smoking Cessation: Implications for Interventions. *Tob Control*, 9: 16-21.
46. Doyal L (1995). What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health. London, UK: Macmillan Press.
47. E Monsóaa, J Campbellb, P Tønnesenc, G Gustavssonb, J Moreraa (2001). Sociodemographic Predictors of Success in Smoking Intervention. *Tobacco Control*, 10: 165-169.
48. Erving Goffman (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. 徐江敏、李姚軍譯 (1992)，日常生活中的自我表演。台北：桂冠。
49. European Parliament (2006). European Parliament scraps smoking ban. http://www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/EP_ban_press_release-2.pdf
50. Foucault, M. (1978), *The History of Sexuality: An introduction*(Vol. One), Vintage.
51. Foucault M (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. New York: Panethon.
52. Gaunt-Richardson P.; Amos A.; Moore M (1998). Women, Low Income and Smoking: Developing Community-based Initiatives. *Health Education Journal*, 57(4): 303-312.
53. Greaves, Lorraine (1996). *Smoke Screen: Women's Smoking And Social Control*. Scarlet Press
54. Hurdle DE (2001). Social Support: A Critical Factor in Women's Health and Health Promotion. *Health Social Work*, 26(2): 72-79.
55. Jacqueline M, Royce KC, Glorian S and Judith O (1997). Gender, Social Pressure and Smoking Cessations: The Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT) at Baseline. *Social Science Medicine*, 44(3): 359-370.

56. Joossens L; Sasco, A (1999). Some Like It “Light”: Women and Smoking in European Union. Brussels: European Network for Smoking Prevention.
57. Judith Mackay and Amanda Amos (2003). Women and Tobacco. *Respirology*, 8(2): 123-130.
58. K Wisborg, U Kesmodel, TB Henriksen, et. (2001). Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life. *American Journal of Epidemiology*, 154(4): 322-327.
59. Krogh D. (2000). *The Artificial Passion*. 潘震澤譯，幹嘛要抽菸？台北：天下文化。
60. Lacey LP, Manfredi C, Balch G, Warnecke RB, Allen K and Edwards C (1993). Social Support in Smoking Cessation Among Black Women in Chicago Public Housing. *Public Health Reports*, 108(3): 387-94.
61. Lancaster T, Stead L, Silagy C, et al (2000). Effectiveness of Interventions to Help People Stop Smoking: Findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal*, 321: 355-358.
62. Lancaster, T. Stead, LF (2004). Self-help Interventions for Smoking Cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
63. Martin, J.; Jarvis, D. S. (2003). Epidemiology of Cigarette Smoking and Cessation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 18: 6-11.
64. Mary Douglas (2003). *Natural Symbolism*. New York: Routledge.
65. Perkins KA (2001). Smoking Cessation in Women: Special Considerations. *CNS Drugs*, 15(5): 391-411.
66. Pirie PL, McBride CM, Hellerstedt W, Jeffery RW, Hatsukami D, Allen S and Lando H (1992). Smoking Cessation in Women Concerned about Weight. *American Journal of Public Health*, 82(9): 1238-1243.
67. **Power C (2005).**
68. Rigotti NA, Regan S, Majchrzak NE, Knight JR, Wechsler H (2002). Tobacco Use by Massachusetts Public College Students: Long Term Effect of the Massachusetts Tobacco Control Program. *Tobacco Control*, 11(2): 20-24.
69. Sorensen and Pechacek (1987). Attitudes toward Smoking Cessation among Men and Women. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(2): 129-137.
70. S Anderson, S Glantz, and P Ling (2005). Emotions for Sale: Cigarette Advertising Campaigns and Women's Needs. *Tobacco Control*, 14(2): 127–135.
71. Tauras JA, Chaloupka FJ (1999). Determinants of Smoking Cessation: An Analysis of Young Adult Men and Women. NBER Working Paper No. W7262.
72. Wanqing Wen, Xiao Ou Shu, et al (2006). Environmental Tobacco Smoke and Mortality in Chinese Women Who Have Never Smoked: Prospective Cohort Study. *British Medical Journal*, 333: 374-376.
73. Weitz, Rose edited. (1998). *The Politics of Women’s Bodies: Sexuality, Appearance, and Behavior*. New York: Oxford University Press.
74. WHO (1992). Chollat-traquet Claire. *Women and Tobacco*.

75. WHO (1997). The Ottawa Chapter For Health Promotion.
http://www.iuhpe.org/upload/File/PE_Ottawa_07a.pdf
76. WHO (1999). International Conference of Tobacco and Health, Lobe: Avoiding the Tobacco Epidemic in Women & Youth.
77. WHO (2008). **Tobacco Free Initiative**
<http://www.whothailand.org/en/Section3/Section104.htm>
78. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA and Byers T (1991). Smoking Cessation and Severity of Weight Gain in a National Cohort. The New England Journal of Medicine, 324(11): 739-745.
79. Woodhouse K (1998). Cause for Concern: Women and Smoking. Doyal L ed. Women and Health Services. Buckingham: Open University Press.
80. Woodward, Kathryn (2004). 林文琪譯，身體認同：同一與差異。台北：韋伯。
81. Zatka JG, Pbert L, Stoddard AM, Ockene JK, Goins KV and Bonollo D (2000). Smoking Cessation Counseling with Pregnant and Postpartum Women: A Survey of Community Health Center Providers. American Journal of Public Health, 90(1): 78-84.

2011 國科會計畫出國田野調查報告書(7/19-7/28)

日期：7月19日（二）

工作內容：出發前往美國 Maine Portland 機場。

日期：7月21日（四）

訪談地點：Visit Partnership For A Tobacco-Free Maine

工作內容：緬因州為美國在戒菸預防方面成效最好的三州之一，每年花費在戒菸及預防吸菸上之預算高達百萬元，尤其在學校方面進行了許多預防工作。戒菸工作是由政府及許多團體共同合作發展，包括疾病管制局及健康部門，聯合 29 個全國聯邦或志願團體的組織一起推動。該組織多年來不僅建立十分完整的基本統計資料及基礎研究，並推出許多實際戒菸的方案，特別著力於學校推廣部分，由小學開始即進行相關的教育工作；在研究及報告部分同樣持續進行，以更深入瞭解菸品對不同類型之人口群所造成的可能傷害，亦提出各項完整且持續的統計報告，更重要的是其多年來已培訓許多專業人力，持續為醫療人員、推廣戒菸的團體等進行訓練及教育，讓更多人能夠投入戒菸的推廣工作；此外，另有成立一個推廣戒菸的專線，可免費提供相關的諮詢工作。由於該組織多年來持續進行研究，因此有許多相關資料可供閱讀及蒐集，今日的訪視主要是先行蒐集及影印組織的資料，並且安排與專門負責女性戒菸的人員進行諮詢工作。

日期：7月25日（一）

訪談地點：Interview with Catherine Ramaika, Partnership For A Tobacco-Free Maine

工作內容：與該組織專門負責女性戒菸的人員進行訪談，並藉由其協助以取得相關資料。該研究員提及緬因州開始投入女性戒菸專題的背景，其實最初是進行心臟病研究，後來發現女性心臟病問題的根源往往來自於抽菸，同時經由此研究發現緬因州女性抽菸人口相當多，因此後續才開始發展女性戒菸專題。工作初始，由於有一個強而有力的領導者進行協調、募款及籌劃工作，使此項工作在那幾年快速發展及完備，奠定整個後續工作的方向。在美國的研究中同樣發現貧窮女性特別容易依賴抽菸來解決生活壓力，女性亦較男性容易因情緒關係而戒菸失敗，男女性由於抽菸原因不同，導致戒菸方法不盡相同。雖然該組織目前並未有針對女性戒菸的專款，但「婦女健康」議題仍是州政府每年的推動重點—因此每年可能以不同婦女健康為標題，如：更年期、糖尿病、心臟

病等等，但都可以搭配該主題與吸菸的關聯性；即搭配其他婦女健康主題，一起推廣戒菸方案。且由該組織所發展出來的宣傳影片或海報等都能看出以結合主題的方式，推廣女性戒菸的模式。該組織在推廣女性戒菸方面有幾點特色：

- 一、讓戒菸成功的女性分享自身經驗，藉由實際故事的方式更能夠深入打動女性的心。
- 二、該組織有許多夥伴團隊，包括全國婦女健康網絡、國際婦女戒菸團體及 31 個在地的機構夥伴共同推動戒菸活動，除了在不同婦女健康主題中置入戒菸專題之外，每年亦會訂定一天以推動女性戒菸活動。31 個民間機構夥伴團體的經費支持往往來自於菸商，因美國法令規定菸商必須支付 15% 的費用來支持禁菸或反菸團體，因此讓美國許多反菸團體得以蓬勃發展。
- 三、長久以來，這些組織人員對於男女性為何吸菸的知識已經相當瞭解，因此他們能夠籌備課程來訓練醫生及一般組織的教育者，瞭解如何幫助不同性別的抽菸者戒菸。
- 四、該團隊亦會向企業募款，但通常不太會有企業願意花費經費來支持女性戒菸活動，雖然企業往往要的是別的成果，但他們會將菸的議題一起置入相關活動，使兩方面都能獲利。該研究員同時提供過去曾經針對女性發展過的戒菸專案以及許多相關資料，此可呈現出美國長期投入相關研究的結果，足以建立一套完整的資料庫。

日期：7 月 27 日（三）

訪談地點：訪 NY tobacco control New York City Department of Health and Mental Hygiene

工作內容：DOHMH 屬於紐約市政府的健康及心理衛生部門(公部門)，提供服務範圍甚廣，主題包括藥物依賴、數據統計、疾病和病症、環境健康、家庭健康、醫療保險、心理健康、精神發育遲滯、公共衛生服務、病蟲害、婦女健康等方面，常見服務如：危機干預、出生及死亡證書、預防接種、免費及保密診所、牌照及許可、中毒控制、懷孕及育兒、戒菸等等，並有發行健康公報及刊物進行相關的宣導。由於紐約州電影事業發達，與加州相同的是在媒體渲染下導致抽菸人口快速增長，因此紐約市採取五項主要措施，以達到減少菸品的目的：

- 一、加稅：比較高的菸品費用可預防兒童及青少年抽菸，且鼓勵現有的吸菸者能夠減量，因此美國的一項菸品有州政府及城市的稅合併，紐約市目前已超過 11 元美金，使菸品在美國

- 市場變成非常昂貴的物品。
- 二、立法行動：現有規範成為有力的工具以預防菸品使用，包括限制兒童購買菸品、保護工作者免於在職場上吸到二手菸、限制菸商以市場銷售方式增加抽菸人口、提供有效的戒菸服務方案讓抽菸者使用。
 - 三、戒菸工具：紐約市有超過一萬以上的抽菸人口想要戒菸，但多次戒菸都失敗，為了使其停止抽菸，該機構建立十分完備的網絡資料，使抽菸者得到更完整的資訊；另由於美國為土地廣大的地區，接觸醫療資源相對不便，網絡建構不僅有助於抽菸者瞭解相關資訊，同時有助於提供戒菸服務的醫療人員及機構能夠查詢資訊，瞭解如何協助不同類型的吸菸者。在職場上雖會推動戒菸方案，但往往是以婦女健康為主要主題，而非專指戒菸一項，通常推動婦女健康的主題會使女性願意參與，而在其中幾堂課程提供戒菸資訊便可達到教育效果。
 - 四、公共教育：每年菸商花費許多費用於廣告或贊助來促進人民吸菸，但許多人不知道抽菸對身體的實際傷害，因此政府會使用媒體以教育人民抽菸與二手菸的壞處，並提供資源協助戒菸。
 - 五、評估及監督：一項重要的工作必須要有監督機制，需有指標方能瞭解這些工作是否真正達到所預期的效果，因此美國特別重視評估機制及統計資料的建立，掌控所有戒菸的知識，更清楚未來政策的方向。

日期：7月28日（四）

訪談地點：New York City Health and Hospitals Corporation

工作內容：HHC為紐約市的公立醫院系統，是美國最大的市級醫療機構，通過11個急症護理醫院、4個專業護理設施、6個大型診斷與治療中心、80多個社區診所，提供醫療、心理健康以及藥物濫用服務；而HHC健康及家庭護理(HHC Health and Home Care)也為紐約市民提供家庭服務。HHC Quit Smoking Clinics提供各種戒菸方法，包括藥物治療、心理輔導以及個案管理，幫助患者持續參與處理。

日期：8月2-3日（二）

工作內容：由美國紐約甘迺迪機場返台。

參訪心得

- 由美國在女性戒菸工作上努力的方向，可以發現幾個值得學習的地方：
- 一、由於美國多年來花費許多經費從事相關研究，因此非常瞭解菸品對男女性影響的差異，無論是網站或機構手冊中都能明顯看出針對菸品影響男女性的差異性描述得相當清楚，這部分是國內有必要學習的。
 - 二、戒菸推動並不一定要單打獨鬥，由美國例子可以發現其每年都在進行女性戒菸活動的推廣，同樣十分困難去取得政府或企業經費的支持，但其有效地結合各項婦女健康議題，十多年來不僅讓女性戒菸活動有經費持續進行，更重要的是在每年針對不同疾病的研究，能發展出抽菸者與這些疾病之間的關聯性，使實務工作者及研究者更能瞭解女性抽菸對其最後所可能造成的影響。
 - 三、國內對菸商是採敵對態度，但根據研究者到美國或香港的經驗，戒菸團隊其實是有效地利用菸商的經費，發展機構本身對菸品的瞭解，對於吸菸者並不像國內採取鄙視與全面反對的態度，由國外發展的經驗可以發現，鄙視吸菸者的心態會使其反感，更遑論接受相關戒菸服務。
 - 四、國外的戒菸推動單位對於不同人口為何吸菸及為何難以戒菸的相關議題都非常瞭解，因此他們能夠訓練醫護人員及提供戒菸的教育者必要之訓練，使越來越多人力持續投入相關工作，但國內對於不同性別吸菸者的議題(如：吸菸者為何吸菸)其實沒有太多深入的瞭解，醫護人員及機構得自行摸索，或者是在不瞭解吸菸者需求的情況下就投入相關服務工作，導致其服務無法打中吸菸者的心，最後選擇離開政府資源的現象。
 - 五、在國內外的訪談中可以發現，職場中推動戒菸方案相對成功。職場是個很好的機制，能夠協助女性戒菸，而員工投入的意願亦會相對提高。此外，國內在學校教育部分顯得相對保守，國外則從小學開始就必須接受相關的課程，這些工作的成效值得國內學習。

帶回資料

1. American Heart Association. Women's Cardiovascular Health Links & Resources.(簡介)
2. Department of Health and Human Services (Center for Disease Control and Prevention, CDC). I can't breathe. A Smoker's Story. (光碟)
3. Department of Health and Human Services (Center for Disease Control and Prevention, CDC). Woman and Smoking: The Truth, The Lies, The Movement.(簡報)
4. Department of Health and Human Services (Center for Disease Control and Prevention, CDC). A Report of the Surgeon General – How Tobacco Smoke Causes Disease.(手冊)
5. Department of Health and Human Services. Women and Smoking: A Report

- of the Surgeon General. (光碟)
6. Department of Health and Human Services. If You Feel One or More of These Heart Attack Symptoms, Call 911.(磁鐵冊)
 7. Department of Health and Human Services. This is What A Heart Attack Feels Like to A Woman.(海報)
 8. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). Wisdom Gained from the Heart.(光碟及簡介)
 9. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). Live with Diabetes. Live without tobacco. (光碟及磁鐵冊)
 10. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). Smoking is No Way to Treat Diabetes.(簡易冊)
 11. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). Quit Tips.(簡易冊)
 12. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). Quit Tobacco Once and for All.(簡易冊)
 13. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). What Women Need to Know about Tobacco.(簡易冊)
 14. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). Ready to Quit Smoking?(簡易冊)
 15. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). Free Help to Quit Smoking!(簡易冊)
 16. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). Quitting Tobacco.(簡易冊)
 17. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). I Can Do It!(資源冊)
 18. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). The Partnership For A Tobacco-Free Maine (PTM) Awards Mini-Grants to Address Women & Smoking.(摘要)
 19. Healthy Maine Partnerships (Maine Department of Health and Human Services, Maine Center for Disease Control and Prevention). The Link:

Spring Issue 2007, Spring Issue 2008, Summer Issue 2009, Winter Issue 2009, Winter Issue 2010.

國科會補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2011/08/10

國科會補助計畫	計畫名稱: 禁忌中的煙味: 社會規訓與女性戒菸之研究
	計畫主持人: 陳芬苓
	計畫編號: 98-2629-H-155-001-MY2 學門領域: 性別研究
無研發成果推廣資料	

98 年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：陳芬苓		計畫編號：98-2629-H-155-001-MY2				計畫名稱：禁忌中的煙味：社會規訓與女性戒菸之研究	
成果項目		量化			單位	備註（質化說明：如數個計畫共同成果、成果列為該期刊之封面故事...等）	
		實際已達成數（被接受或已發表）	預期總達成數（含實際已達成數）	本計畫實際貢獻百分比			
國內	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	1	1	100%		
		研討會論文	0	0	100%		
		專書	0	0	100%		
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力（本國籍）	碩士生	1	1	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	1	1	100%		
國外	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	0	0	100%		
		專書	0	0	100%		章/本
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力（外國籍）	碩士生	0	0	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		

<p style="text-align: center;">其他成果</p> <p>(無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)</p>	<p>目前撰寫論文投稿中</p>
---	------------------

	成果項目	量化	名稱或內容性質簡述
科 教 處 計 畫 加 填 項 目	測驗工具(含質性與量性)	0	
	課程/模組	0	
	電腦及網路系統或工具	0	
	教材	0	
	舉辦之活動/競賽	0	
	研討會/工作坊	0	
	電子報、網站	0	
	計畫成果推廣之參與(閱聽)人數	0	

國科會補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以 100 字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以 100 字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 500 字為限）

本計畫學術成就主要在於過去吸菸研究較缺乏性別分析以及性別敏感度，極少用相關理論解讀吸菸的性別差異，亦鮮少瞭解因不同性別吸菸原因的差異，而必須在戒菸技巧上有所差別。本研究結果不僅具備學術貢獻，未來在實際政策執行方面更能夠具有菸品的性別敏感度，希望能夠結合衛生政策部門且以此方向訓練執行戒菸計畫的人員，使其更瞭解實際執行過程中必須知曉不同性別的差異；此外，出版以女性為主的戒菸宣導單張，或是能夠在網路上呈現更多資源，提供給欲戒菸的女性。