



Misuse, 25(10), 1127-1149.

Rosenberg, D. N. (1981-1982). Holistic therapy with alcoholism families.

Alcohol, Health, and Research World, 6, 30-32.

Rounsville, B.J., & Carroll, K.M. (1992). Individual psychotherapy for drug abusers. In: Lowinsohn, J.H.; Ruiz, P.; and Millman, R.B. (Eds.), Comprehensive Textbook of Substance Abuse. Second Edition. New York: Williams and Wilkins. 496-508.

Schmidt, S.E., Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1996). Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. Journal of Family Psychology, 10(1), 12-27.

Volpicelli, J.R., Alterman, A.I., Hayashida, M., & O'Brien, C. P. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Archives of General Psychiatry, 49(11), 876-880.

Woody, G. E., McLellan, A. T., Alterman, A. A., & O'Brien, C. P. (1991). Encouraging collaboration between research and clinical practice in alcohol and other drug abuse treatment. Alcohol, Health, and Research World, 15(3), 221-227.

Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. Journal of the American Psychoanalytic Association, 22, 820-843.

Wurmser, L. (1980). Drug use as a protective system. In D. J. Lettieri, M. Sayers, & H.W. Pearson, (Eds.), Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives (DHHS Publication No. ADM 84-967). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.



〔一般論述〕

矯正機關收容人

吸菸行為、認知及態度之研究

李明謹

〔法務部矯正署專員〕



矯正機關收容人吸菸行為、認知及態度之研究

摘要

吸菸對人體危害頗大，然其對健康的危害是緩慢且非立即可見，所以容易被忽視，目前國內相關研究偏向青少年及一般民衆，鮮少關於受刑人吸菸或戒菸行為的文獻報告，故本研究以臺北監獄等15所矯正機關收容人為研究對象，以量化問卷探討收容人吸菸與戒菸行為、態度、吸菸危害認知、拒菸效能等。研究結果顯示，樣本在第一次吸菸年齡方面，以18歲以下最高，顯見收容人吸菸初始年齡甚早。另，不論吸菸者或非吸菸者，大多明白吸菸對身體的影響及其壞處，但有些人卻無法停止吸菸行為。此外，有/無吸菸之收容人在反菸態度分量表、正向吸菸態度分量表、菸害知識程度、正向戒菸態度分量表、負向戒菸態度分量表以及拒菸自我效能分量表上有顯著差異存在。樣本菸害知識程度與反菸態度分量表、正向戒菸態度分量表、拒菸自我效能分量表成正相關，另與正向吸菸態度分量表、負向戒菸態度分量表成負相關，顯示菸害知識程度與吸菸態度、戒菸態度及拒菸效能等確實存有顯著之關聯性。二元邏輯斯迴歸分析結果發現，性別、反菸態度分量表、正向戒菸態度分量表、拒菸自我效能分量表等為影響收容人不吸菸之顯著因子。最後根據研究結果提出相關建議。

壹、前言

吸菸行為普遍存在於人類社會，惟其有害身體健康一再獲得醫學、流行病學及公共衛生等專業領域之證實。世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 於2009年的報告「Report on the Global Tobacco Epidemic」中指出，使用菸草是早逝、疾病與失能的重要病因之一，每年全球約有500萬人死於菸害相關疾病，該報告預估2030年時，每年因吸菸致死之人數將超過800萬人，成為各項死因之首。另吸菸傷害人們身體器官、造成疾病、影響生活品質、導致喪失生產力，甚至更是致癌的主因，目前已知香菸包含至少60種致癌物，而所有癌症死亡者中有30%可歸因於與吸菸行為有關。

吸菸除造成個人經濟負擔外，也造成國家的經濟損失，包括吸菸者因病曠工或因吸菸相關疾病提早死亡等所導致生產力的損失、因吸菸相關疾病醫療支出以及菸害防制費用等，根據保守估計，台灣每年在這方面的損失超過新台幣500 億元以上，對於國家社會成本的額外支出浪費，每年累積下來，相當可觀（衛生署，2005）。此外，吸菸是一種習慣，不斷練習而累積的行為。其實不管是「成癮」還是「習慣」，菸在不知不覺中都會影響吸菸者的情緒與思考，進而「控制」吸菸者的生活。然而要能成功戒菸常需要有外力的刺激再加上吸菸者自身的毅力，而且戒菸的期間需一年以上才能達到不再吸菸的效果；決定戒菸的人，也常因為在有壓力的情形下而再度吸菸，故尋求可能影響戒菸的因素，為重要之課題。

綜上，吸菸對人體危害頗大，然其對健康的危害是緩慢且非立即可見，所以容易被忽視，目前國內有關抽菸之研究文獻多偏向青少年及一般民衆，較少針對特殊族群，且鮮少關於受刑人吸菸或戒菸行為的文獻報告。爰此，本研究以矯正機關收容人為研究對象，以量化問卷探討收容人吸菸與戒菸行為、吸菸危害認知、態度、拒菸效能等，期能將研究成果提供協助收容人戒菸之參考。

貳、文獻探討

一、吸菸行為之影響因素

吸菸與性別、年齡、教育程度等有關，茲分述如下：

(一) 性別

國內外的研究皆顯示性別是吸菸行為的顯著影響因素之一，在吸菸族群中，男性的吸菸率大於女性。如美國健康與人類服務部於1996–2000年的調查報告中指出，在美國



50州以及哥倫比亞行政區男性吸菸的盛行率為14.6%及31.7%，女性則為12.1%及30.1%，成年男性的吸菸盛行率高於女性，但差別性不大(U S Department of Health and Human Services, 2000)。李蘭、陸均玲、李隆安(1995)研究台灣地區成人的健康行為指出，與經常吸菸相關的背景因素為性別，男性為女性的13.2倍。馬藪屏等(2000)以台灣地區國中、高中及高職學生為研究母群體，對樣本學生進行問卷調查，發現包含性別、居住地都市化程度等社會人口學變項都與受試者是否曾經吸菸以及現在之吸菸行為之間有顯著關聯。不過，近年來台灣呈現男性吸菸率下降，女性吸菸率向上攀升的狀況，根據行政院衛生署國民健康局(2007)統計資料顯示，2006年男性的吸菸率39.56%比1980年的60.04%降低；在女性方面，2006年的4.12%，卻比1980年的3.4%上升。歸納以上資料顯示，男性吸菸率大於女性，且男性吸菸率有下降趨勢，但女性的吸菸人口比例卻有逐漸上升的趨勢。

(二) 年齡

國內外研究發現，年齡對於吸菸行為是一個顯著的影響因素。李蘭及潘怜燕(2000)研究發現，每年吸菸者第一次吸菸之平均年齡為18.5歲(該年齡層涵蓋部分大專生)，偶爾吸菸者中，有近半數的人在18歲以前第一次嘗試吸菸，已戒菸者中，有半數的人在18歲以前吸第一根菸，顯示高中階段是養成吸菸習慣的關鍵時刻。美國疾病管制局(Center for Disease Control and Prevention, 1994)調查結果顯示，有80%的成人吸菸者，是在18歲以前開始抽第一支菸。行政院衛生署國民健康局(2007)調查台灣地區2005年成人吸菸行為也指出，有63.3%的曾吸菸者吸第一支菸的年齡在18歲以前，且有51.8%的人在18歲即已養成吸菸習慣，而大多數青少年都想戒菸，且嘗試過戒菸，但是成功率都不高。Landers and Orlandi(1987)指出在青少年就吸菸的人，較有可能在日後成為重度吸菸者。以上研究皆顯示吸菸行為與年齡相關，且多數吸菸者在18歲以前即有吸菸經驗。

(三) 教育程度

國內外研究顯示，教育程度越高，其吸菸率較低，戒菸率越高。如潘怜燕、李蘭(1999)研究顯示有吸菸及曾經吸菸的可能性，以大專及以上教育程度者最低，高中程度者次之；相反的，戒菸的可能性則是隨著教育程度的遞增而逐漸升高。Croghan(2001)研究在美國，接受教育時間超過16年以上者相當於台灣大專以上之教育程度，其戒菸率達七成；其次為接受教育時間13至15年者，相當於台灣高中、職之教育程度，其戒菸率約達五成。吳敏德等(2005)針對南部大型造船廠之職場勞工進行吸菸情形調查發現，教育程度愈低，勞工會吸菸的可能性愈高。台灣省菸酒公賣局所做的菸酒消費調查資料(1996)發現，在吸菸族群中，以中學及小學程度比例最多，為57.02%以及26.04%，合計占了83.06%，不識字者占18.85%，大專以上教育程度者則占了12.81%。以

上可知，教育程度較低者其吸菸比率較高，而教育程度愈高者，吸菸率愈低。

(四) 吸菸行為之特性

菸一直是各種藥物濫用的入門物質，李景美(2008)研究指出，我國青少年成癮物質使用情形，多由吸菸、飲酒及嚼檳榔開始，再進而使用強力膠、搖頭丸、大麻等藥物，最後再進入其他烈藥諸如海洛因、速賜康等使用。Kandel(1993)提出成癮藥物使用的進階理論，認為成癮藥物之使用具有階段性的發展過程，從喝啤酒開始，進階到吸菸、喝酒、進而吸大麻，最後進入非法藥物的使用，因此菸酒被視為入門藥(gate waydrug)。羅鈺婷(2004)指出尼古丁成癮後，約有85%的青少年在克服剛開始吸菸的不舒服後，會變成經常吸菸的人，一旦開始吸菸就容易帶進其他藥物濫用的成癮，將造成社會更大的負擔。此外，吸菸行為有所謂階段性，通常先嘗試吸菸，變為偶而吸菸，最後變為習慣吸菸，吸菸會逐漸地發展為具有成癮性。以上可知，吸菸行為是漸進式的，如對照矯正機關收容人之特性，渠等應是具有高度吸菸可能性之對象。

二、吸菸態度、菸害認知、拒菸自我效能與吸菸行為的相關研究

(一) 吸菸態度與吸菸行為

Gazdic(1999)調查174名員工吸菸習慣及其菸害知識及拒菸態度等研究，發現吸菸者對於吸菸會造成健康問題的態度上較不足夠。Engels等人(1998)針對215名14-15歲的吸菸青少年調查發現吸菸態度越正向及自我效能較低者對戒菸的動機較低。賴明瑩(2007)指出意向與態度會影響行為，吸菸態度與吸菸行為的關係是可以預測的，吸菸態度越正向，愈能顯著預測其吸菸行為。溫宜芳(2004)和張玉青(2005)的研究結果也發現反菸態度愈正向，其吸菸行為愈少。黃璉華(1996)指出態度可測吸菸行為，態度越正向，其吸菸行為的比例越低，拒菸態度越負向，較有可能從事吸菸行為；另外，研究也發現，吸菸知識和拒菸態度得分呈正相關及知識愈正確其態度愈正向。以上研究可知，吸菸態度傾向越正向者，吸菸比率則越高，另反菸態度越低者，亦越容易吸菸。

(二) 菸害認知與吸菸行為

謝淑卿(1996)研究成人菸害認知、吸菸行為及相關因素之探討，發現研究樣本的菸害知識與其吸菸行為有顯著相關；且發現「菸害知識」影響「對戒菸利益性的認知」最大，且二者成正相關，及當個人對菸害認知、菸害致病機轉、二手菸害、及戒菸常識的瞭解越多，便越容易將其內化、思考成對戒菸利益性的認知。姚博文(2005)針對高雄縣市青少年的研究指出，高中職學生之菸害認知、反菸態度、拒菸行為間，皆呈現顯著正相關；進一步分析發現，「反菸態度總分」及「拒菸行為總分」影響菸害認知最大。Radius and Horrath(1980)指出，不論吸菸者或非吸菸者大多數都明白吸菸是有害的，



幾乎有90%的吸菸者知道吸菸對身體的影響，吸菸者既然瞭解吸菸的壞處，卻又無法停止吸菸行為，顯示只由生理層面來強調吸菸之害是不夠的，必須進一步探討社會因素與心理因素對吸菸行為的影響。黃璉華(1996)對國中學生進行吸菸知識、態度與行為之探討，調查發現，國中生吸菸行為與同輩團體的吸菸情況有密切關係，且與學生的吸菸態度和知識有關，吸菸知識和吸菸態度呈正相關，影響國中生吸菸知識、態度和行為有關的因素有學生特質和家庭環境因素，如性別、智育成績、父母社會階層、父母婚姻狀況及管教方式。邱柔蒲(2008)調查高中職學生吸菸行為及其相關因素中發現，大多數人都知道菸害對身體健康的危害，但仍有不少青少年存有僥倖心理，不認為疾病會發生在自己身上。以上文獻可知，不論吸菸者或非吸菸者，大多明白吸菸的害處、吸菸行為對身體的影響，但卻無法停止吸菸行為。

(三) 拒菸自我效能與吸菸行為

自我效能是由Bandura於1977年提出，是社會認知理論(Social Cognitive Learning Theory)的核心概念之一，指出影響個人行為改善或持續的原因，在研究操作上，評量個體自我效能可從信心測量或誘惑評估著手。在吸菸行為的相關研究中，自我效能對拒菸行為也是重要的影響因素，通常具有高自我效能吸菸者對於吸菸會有高度的忍耐與堅持，較容易成功戒菸；低自我效能吸菸者會因不能抵抗環境及外在的誘惑而持續吸菸，較不容易成功戒菸。

Gracia, Schmitz, Doerfler(1990)研究指出自我效能與克服吸菸誘惑成正相關。謝淑卿與尹祚芊(1996)請吸菸者評估自己在不同情境下能夠不吸菸之信心程度，結果顯示，個人之自我效能愈高者其吸菸之頻率及吸菸量愈低。黃淑貞(1997)針對大學生探討吸菸行為與健康信念、自我效能、社會支持的關係，認為不吸菸的自我效能是區別學生吸菸與否的重要因素之一。Kinard & Webster(2010)指出，反拒菸自我效能薄弱者，較容易出現吸菸行為。劉玉菁(1999)針對某工廠男性吸菸員工戒菸行為的研究中，也發現對自我效能期待越高者，其減菸率越高。綜上，從國內外研究文獻中可知，自我效能對拒菸行為是重要的影響因素之一，拒菸自我效能愈高者，吸菸比率愈低，自我效能可當作再度吸菸與否的重要參考指標之一。

三、矯正機關收容人之吸菸情形

矯正機關內收容人之吸菸情形部分，澳洲受刑人健康報告(Australia: Smoking, mental illness concerns in jails, 2011)顯示，吸菸和精神疾病在澳洲監獄中是受刑人最大的健康問題之一，菸品在監獄內是一種貨幣。此外，每5個新進受刑人中就有4個吸菸者，且每4個就有3個每天抽菸者及超過一半飲酒超過危險量。另報告發現原住民受刑人比非原住民受刑人的吸菸和喝酒等危險行為多。超過四分之一的受刑人有慢性

疾病，例如氣喘、關節炎、心血管疾病或糖尿病。

陳嫚翎(2003)研究顯示受刑人入獄前吸菸的使用率為85.3%，其中50-64 歲組平均抽菸年數為31.9年，顯著高於18-34歲的11.8年($p=0.0102$)。而每日平均抽菸包數則以年輕族群18-34歲組的1.5包最多，高於其他兩組。吸菸年數在婚姻狀態之分佈，以已婚但單身者的22.3年最長，未婚的15.3年最短，其中達顯著差異，亦以已婚但單身者的抽菸包數1.5包最多，但與其他組別間並無明顯不同。教育程度僅對抽菸年數有影響，但在數量上並無作用，以小學以下的抽菸年限最長(26.2年)，小學的22.0年次之，兩組平均數並無二致，均顯著大於國初中及其以上者的近似17年。未婚者抽菸年數多分布在10-20年之間，已婚者則在20-30年間；教育程度在小學以下者以30年以上最常見，到專科以上時則以10-20年佔最多。整體來看，平均抽菸年數是10-20年的40.8%最多，20-30年居次，30年以上(10.4%)最少。18-34歲與35-49歲者以1-2包最多，約有一半(49.1%，47.5%)，而小於1包的比例相較下不多，介於10-20%間。至於50-64 歲在三組的分布上很平均，沒有明顯的高低之別。以整體平均來看，介於1-2包的人數最多(47.0%)，2包以上次之(36.3%)，小於1包的最少(16.7%)。

法務部於2009年6月為確實掌握矯正機關菸害防制事項辦理情形，經調查收容人吸菸情形，以作為相關管理措施修正之參考，該問卷調查於98年6月25日至7月3日對各機關收容人共64,283人進行普查，扣除因外醫、出庭及接見等因素無法接受調查者及無效問卷外，共回收有效問卷54,776人，男性49,940人(91.2%)，女性4,836人(8.8%)，有效回收率達85.2%。報告結果摘要如下：(1)入矯正機關執行前有抽菸習慣者，共計51,931人(94.8%)，其中男性47,909人(87.5%)、女性4,022人(7.3%)，另入矯正機關執行前無抽菸習慣者，合計2,845人(5.2%)，其中男性2,031人(3.7%)、女性814人(1.5%)；如僅觀察成年男性收容人入矯正機關前有抽菸習慣者為46,566人，佔成年男性樣本的96.1%；如僅觀察成年女性收容人入矯正機關前有抽菸習慣者為3,817人，佔成年女性樣本的83.1%。顯示不分性別入矯正機關前有抽菸習慣者均較不吸菸者高。(2)約有9成收容人認同吸菸行為的確會影響身體健康，且約3成收容人同意購買香菸會有經濟負擔。(3)約7成收容人藉吸菸行為打發時間，讓監禁生活不那麼枯燥乏味。(4)吸菸行為可能被收容人當做社交方式，以請人抽菸為交際或交友手段，且是否吸菸會受到身旁的人所影響。(5)大部分收容人認同吸菸行為會變成習慣，吸菸可以紓解壓力，放鬆情緒及感覺舒服，且約有6成的收容人吸菸時會感到快樂或滿足，可能影響戒菸動機及決心，亦可解釋矯正機關內吸菸比例高居不下之原因。

四、戒菸相關研究

吸菸屬於上癮行為，吸菸者一旦決定戒菸，並非說斷就斷，Lichtenstein(1982)的分析，吸菸行為的改變可分為開始吸菸、持續吸菸、戒菸與回復吸菸四期；而



且戒菸者在戒菸的過程中常面臨維持戒菸或復發的抉擇，許多接受戒菸治療的戒菸者雖然很快可以戒菸，但多會在之後數個月復發而再度吸菸。陳惠珍(1994)發現參加戒菸班活動的戒菸者維持六個月不吸菸的成功率在40%至50%之間。廖秀珠(1995)針對台北市某家醫院戒菸班學員追蹤其戒菸成效也指出，學員的立即戒菸成功率在92.7%，但在六個月之後，其持續戒菸的比例只佔31.7%。由上述國內外有關戒菸行為研究均顯示，戒菸者的立即戒菸成功率雖然很高，但在戒菸成效的維持卻會隨著時間增長而遞減。

在年齡方面，Kendrick(1996)研究美國大於65歲婦女戒菸率最高，佔了70.7%，其次為45歲到64歲婦女，佔54.1%。潘怜燕(2001)以全台灣有吸菸經驗的成年男性為研究對象，探討影響其戒菸階段的相關因素，發現年齡為18-24歲者，其考慮戒菸的比例最高，佔75%；而45-64歲者，其已經戒菸的比例為最高，佔37.91%。

在教育程度方面，Croghan(2001)研究發現在美國，接受教育時間超過16年以上者相當於台灣大專以上的教育程度，戒菸率達到七成，其次為13到15年者相當於台灣高中、職的教育程度，戒菸率達到約五成。在挪威亦以大學程度的戒菸率為最高，其次為高中程度，戒菸率分別為56%與41%(Eriksson, 1998)。大致來說，教育程度越高，戒菸率也越高。

此外，國內外研究皆指出，大多數吸菸人都想戒菸，且嘗試過戒菸，但成功率不高，如全球青少年菸草調查(GYTS, 2002)顯示，平均68.4%的吸菸青少年現今都想戒菸，且63.1%的吸菸青少年於過去一年曾經嘗試戒菸。Hollis 等(2003)針對2,526位14-17歲之青少年所作的調查發現，77%吸菸青少年在過去一年至少嘗試過一次戒菸。行政院衛生署國民健康局於2004年所進行的GYTS發現，吸菸國中生現今想戒菸者有49.5%，而目前吸菸國中生過去一年曾經戒菸者達64%。可知，吸菸者多數想要戒菸，但成功戒菸有其困難性。

綜上相關研究可知，男性吸菸率大於女性，且男性吸菸率有下降趨勢，但女性的吸菸人口比例卻有逐漸上升的趨勢。另吸菸行為與年齡相關，且多數吸菸者在18歲以前即有吸菸經驗。此外，教育程度較低者其吸菸比率較高，而教育程度愈高者，吸菸率愈低。在吸菸態度、菸害認知及拒菸效能方面，吸菸態度傾向越正向者，吸菸比率則越高，另反菸態度越低者，亦越容易吸菸。且不論吸菸者或非吸菸者，大多明白吸菸的害處、吸菸行為對身體的影響，但卻無法停止吸菸行為。至於自我效能對拒菸行為是重要的影響因素之一，拒菸自我效能愈高者，吸菸比率愈低，自我效能可當作再度吸菸與否的重要參考指標之一。相關研究亦證實，吸菸者多數想要戒菸，但成功戒菸有其困難性。

參、研究設計與實施

一、研究架構

本研究架構如圖3-1所示：



圖3-1 研究架構圖

二、研究對象

本研究調查對象為法務部矯正署臺北監獄、桃園女子監獄、新竹監獄、臺中監獄、雲林第二監獄、臺南監獄、屏東監獄、宜蘭監獄、花蓮監獄、澎湖監獄、新店戒治所、臺中戒治所、岩灣技能訓練所、臺北看守所及臺中看守所等15所機關。由各機關遴選自本(100)年5月1日起至施測時之曾吸菸新收收容人、戒菸滿6月之收容人及參加戒除菸癮實施計畫之收容人等三類收容人進行全面性之調查研究，有效樣本數為2,850人。

三、研究工具與資料分析

本問卷內容分為五大部分：

- (一) 個人基本資料：係指研究對象的性別、年齡、教育程度等。
- (二) 吸菸經驗與現況：係指受試者的吸菸行為，包括第一次吸菸年齡與地點、過去30日內之吸菸情形、持續吸菸原因等。
- (三) 吸菸態度：指研究對象的吸菸態度，包含正向吸菸態度與反菸態度，經參考張玉青(2005)、賴明瑩(2007)、邱柔蒲(2008)等吸菸態度量表加以修訂後編制而成，用以評估研究對象之吸菸態度，並採Likert五點量表，作答時由受測者依據題意勾選符合個人狀況的選項。
- (四) 菸害知識程度：係指受試者有關吸菸對健康危害之相關認知，分為「菸品中的成分」與「吸菸對健康(疾病)的影響」二部分，共有13題。按研究對象答題程度，答對給1分，答錯為0分。分數越高，表示菸害知識程度越高。
- (五) 戒菸經驗與現況：係指受試者戒菸行為的經驗與現況，包括是否曾戒菸、戒菸原因與方式、戒菸維持期間等。



(六) 戒菸態度：指研究對象對於戒菸的看法，包含戒菸好處與戒菸之負面影響，用以評估研究對象之戒菸態度，並採Likert五點量表，作答時由受測者依據題意勾選符合個人狀況的選項。

(七) 拒菸自我效能：指研究對象主觀評估在特定情境中，受到誘惑想吸菸的程度而採拒絕吸菸的信心把握程度，即研究對象評估自己在不同情境之下不吸菸的把握程度，經參考邱柔浦(2008)及賴明發(2007)等拒菸把握度量表並加以修訂編製。採Likert五點量表，作答時由受測者依據題意勾選符合個人狀況的選項。

本研究利用SPSS 18.0中文版，進行統計分析，包含描述性統計以及推論性統計等。另，量表的信度方面，係以Cronbach's Alpha係數作為考驗之方法；效度方面為提高本問卷能測量到理論、文獻上的構念或特質，則採用因素分析(Factor Analysis)針對問項進行檢驗，淘汰與理論或文獻概念相左的題目，以使問卷的建構效度可獲得最大支持。本研究具抽象概念之變項，其內涵及信效度之測量，經運用統計分析後彙整如表3-1，顯示各分量表之測量有相當之內部一致性，且能有效測量各概念之特性。

表3-1 各分量表之信效度分析

概念	測量	因素負荷量 特徵值	可解釋之總 變異量	Cronbach's α
正向吸菸態度 分量表	衡量研究對象對於吸菸好處的看法，得分越高，表示吸菸態度越正向，越容易有吸菸行為；分數越低者，表示其吸菸態度越負向，越不容易發生吸菸行為；共14題。	.666～.749 6.967	49.761%	.922
反菸態度 分量表	指研究對象反菸的態度，得分越高，表示越反對吸菸，不容易有吸菸行為；分數越低者，表示越不反對吸菸，容易發生吸菸行為；共6題。	.771～.847 3.954	65.905%	.896
正向戒菸態度 分量表	指研究對象對於戒菸好處的看法，得分越高，表示戒菸態度越正向，越容易有戒菸行為；分數越低者，表示其戒菸態度越負向，越不容易發生戒菸行為；共5題。	.764～.867 3.303	66.056%	.871
負向戒菸態度 分量表	指研究對象對於戒菸壞處的看法，得分越高，表示越反對戒菸，不容易有戒菸行為；分數越低者，表示越不反對戒菸，容易發生戒菸行為；共6題。	.712～.889 4.096	68.267%	.906
拒菸自我效能 分量表	指研究對象主觀評估在特定情境中，受到誘惑想吸菸的程度而採取吸菸的把握程度。得分越高，表示拒菸自我效能越高，越不容易有吸菸行為；分數越低者拒菸自我效能越低，越容易發生吸菸行為；共21題。	.743～.942 17.254	82.160%	.989

四、施測程序

本問卷調查分兩階段進行，第一階段為試測，主要為修改問卷，施測對象為台北監獄收容人50位，預測後針對問卷措詞及設計不詳處進行修改，且針對填答等狀況做為正

式調查的預測問題，再修正後問卷則應用於第二階段執行正式問卷調查。資料收集步驟部分，本研究經由法務部矯正署簽奉核可後，發公文至選取之矯正機關，並連繫各機關菸害業務之承辦人員，先與承辦人員說明調查的目的與過程，施測時由機關承辦人進行問卷講解，確保施測過程的完整性。

肆、研究結果與討論

一、樣本基本人口特性

由表4-1可知，本研究對象男性共2519人(88.4%)，女性331人(11.6%)，以男性為大多數。在教育程度方面，以高中職畢、肄業最高(1153人，40.5%)，其次是國、初中畢、肄業人數(1145人，40.2%)，再其次為小學畢、肄業(237人，8.3%)，此三者共佔樣本之89.0%，可知樣本之教育程度普遍偏低。在年齡分布方面，以31歲以上40歲未滿人數最高(1172人，41.1%)，其次是41歲以上50歲未滿(741人，26.0%)，再其次是21歲以上30歲未滿(500人，17.5%)，可知樣本以青壯人口居多。

表4-1 樣本基本人口特性

	變項	次數	百分比
	男	2519	88.4
性別	女	331	11.6
	總和	2850	100.0
	不識字	39	1.4
教育程度	小學畢、肄業	237	8.3
	國、初中畢、肄業	1145	40.2
	高中職畢、肄業	1153	40.5
	專科畢、肄業	158	5.5
	大學畢、肄業	110	3.9
	研究所及以上	8	.3
	總和	2850	100.0
年齡	20歲以下	16	.6
	21歲以上30歲未滿	500	17.5
	31歲以上40歲未滿	1172	41.1
	41歲以上50歲未滿	741	26.0
	51歲以上60歲未滿	323	11.3
	61歲以上	98	3.4
	總和	2850	100.0



二、吸菸行為歷史與現況分析

由表4-2可知，研究對象在第一次吸菸年齡方面，以18歲以下最高（2443人，85.7%），其次是19歲至25歲間（357人，12.5%），兩者已占樣本之98.2%，顯見收容人吸菸初始年齡甚早，多數是在18歲以前，與國內外相關研究相似（李蘭及潘怜燕，2000；Center for Disease Control and Prevention, 1994；行政院衛生署國民健康局，2007；Landers和Orlandi，1987）。

在第一次吸菸地點方面，以學校最高（962人，33.8%），其次是家中（763人，26.8%），再其次為同學、朋友家中（487人，17.1%），三者已佔樣本之77.7%。可知，吸菸者第一次吸菸多是在學校、家裡，或同學朋友家中。在第一次吸菸菸是誰給的方面，以同學為最高（1033人，36.2%），其次是自己買的（734人，25.8%），再其次是朋友（719，25.2%），三者已佔樣本之87.2%。

在持續吸菸原因部分（複選題），以習慣為最高（1699人，59.6%），其次為紓緩壓力（1034人，36.3%），再其次為打發時間（510人，17.9%）、接觸人多數吸菸（491人，17.2%）與心情不好（410人，14.4%）等，由於人要改變習慣是件困難的事，研究對象多數吸菸已成習慣，可預期戒菸之困難，故應針對持續吸菸原因思考協助戒菸之方式。在維持每日吸菸習慣之時間方面，以20年以上為最高（1061人，40.0%），其次是15年以上，未滿20年（590人，22.3%），再其次是10年以上，未滿15年（520人，19.6%），吸菸10年以上者共占82.6%，可知樣本菸齡偏高。

表4-2 樣本吸菸行為之歷史

變項		次數	百分比
第一次吸菸年齡	18歲以下	2443	85.7
	19至25歲	357	12.5
	26至40歲	46	1.6
	41歲以上	4	.1
	總和	2850	100.0
第一次吸菸地點	家中	763	26.8
	學校	962	33.8
	同學、朋友家中	487	17.1
	網咖	21	.7
	泡沫紅茶店	31	1.1
	KTV、卡拉OK等	68	2.4
	撞球場	121	4.2
	檳榔攤	16	.6
	公園	125	4.4
	速食店	4	.1

表4-2 樣本吸菸行為之歷史（續）

第一次吸菸地點	在工作的地方	182	6.4
	其他	70	2.5
	總和	2850	100.0
第一次菸誰給的	同學	1033	36.2
	同事	127	4.5
	朋友	719	25.2
	父母親	54	1.9
	兄弟姊妹	33	1.2
	親戚	35	1.2
	偷來的	71	2.5
	自己買的	734	25.8
	其他	44	1.5
	總和	2850	100.0
持續吸菸原因 (複選題)	打發時間	510	17.9
	習慣	1699	59.6
	耍帥耍酷	21	.7
	心情不好	410	14.4
	紓緩壓力	1034	36.3
	模仿家人	4	.1
	朋友慫恿	27	.9
	成熟	9	.3
	提神醒腦	313	11.0
	接觸人多吸菸	491	17.2
維持每天吸菸習之歷史	未滿一年	39	1.5
	一年以上，未滿三年	85	3.2
	三年以上，未滿五年	97	3.7
	五年以上，未滿十年	258	9.7
	十年以上，未滿十五年	520	19.6
	十五年以上，未滿二十年	590	22.3
	二十年以上	1061	40.0
	總和	2650	100.0



在樣本吸菸情形方面，係指最近30日是否曾有吸菸行為，由表4-3可知，目前仍有吸菸者為1228人（43.1%），無吸菸者為1622人（56.9%）。在過去30日吸菸日數方面，有吸菸者以每日吸菸為最高（751人，61.2%），且超出吸菸人口之半數，其次為20至29日者（129人，10.5%），可知吸菸行為已是收容人之生活習慣。在吸菸數量方面，以每天2至5支為最高（446人，36.3%），其次是每天6至10支（427人，34.8%），值得注意的是每天31支以上有55人（4.5%）及21-30支者共65人（5.3%），此類人應列入輔導減少吸菸數量之對象。在購菸數量方面，以10包以下為最高（856人，69.7%），其次是15包以上（195人，15.9%），再其次是11至14包（177人，14.4%）。由過去30日之吸菸統計來看，矯正機關內之吸菸或戒菸管理方式仍有可注意改善之處。

表4-3 樣本過去30日吸菸行為之相關統計

變 項		次 數	百 分 比
目前吸菸情形	有	1228	43.1
	無	1622	56.9
	總和	2850	100.0
過去 30 日 吸菸天數	1 至 2 天	70	5.7
	3 至 5 天	84	6.8
	6 至 9 天	75	6.1
	10 至 19 天	119	9.7
	20 至 29 天	129	10.5
	每天	751	61.2
	總和	1228	100.0
	每天 1 支	66	5.4
	每天 2 至 5 支	446	36.3
過去 30 日 吸菸數量	每天 6 至 10 支	427	34.8
	每天 11 至 15 支	65	5.3
	每天 16 至 20 支	104	8.5
	每天 21 至 30 支	65	5.3
	每天 31 支以上	55	4.5
	總和	1228	100.0
	10 包以下	856	69.7
	11 至 14 包	177	14.4
	15 包以上	195	15.9
	總和	1228	100.0

本研究由表4-4可發現，樣本中男性吸菸人數及比例較高（1190人，47.2%），女性則以不吸菸人數及比例較高（293人，88.5%）。另性別與是否吸菸經卡方檢定結果達顯著水準（ $\chi^2=152.567***$ ），顯示有/無吸菸之收容人在性別上有顯著差異存在，男性吸菸率大於女性，此與國內外相關發現結果相符（李蘭、陸均玲、李隆安，1995；U.S. Department of Health and Human Services, 2000；馬藹屏，2000；行政院衛生署國民健康局，2007）。在教育程度方面，樣本中吸菸人數及比例最高者分別是高中職畢、肄業者（514人，44.6%）與國初中畢、肄業者（511人，44.6%），其次是小學畢肄業者（98人，41.4%），另大學以上教育程度者吸菸人口最低（34人，28.8%），即其不吸菸人口與比例占最高（84人，71.2%）。另學歷與是否吸菸經卡方檢定結果達顯著水準（ $\chi^2=16.357**$ ），顯示有/無吸菸之收容人在教育程度上有顯著差異存在。

表4-4 樣本基本特性與有/無吸菸之卡方獨立性檢定

性 別	目前 吸 菸 情 形			自由度	χ^2 值與顯著水準
	有 吸 菸	無 吸 菸	總 計		
男 性	1190 (47.2%)	1329 (52.8%)	2519 (100.0%)	1	152.567***
女 性	38 (11.5%)	293 (88.5%)	331 (100.0%)		
總 和	1228 (43.1%)	1622 (56.9%)	2850 (100.0%)		
學 歷	目前 吸 菸 情 形			自由度	χ^2 值與顯著水準
	有 吸 菸	無 吸 菸	總 計		
不識字	15 (38.5%)	24 (61.5%)	39 (100.0%)	5	16.357**
小學畢肄業	98 (41.4%)	139 (58.6%)	237 (100.0%)		
國中畢肄業	511 (44.6%)	634 (55.4%)	1145 (100.0%)		
高中職畢肄業	514 (44.6%)	639 (55.4%)	1153 (100.0%)		
專科畢肄業	56 (35.4%)	102 (64.6%)	158 (100.0%)		
大學以上畢肄業	34 (28.8%)	84 (71.2%)	118 (100.0%)		
總 和	1228 (43.1%)	1622 (56.9%)	2850 (100.0%)		

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

三、個人菸害知識認知程度

表4-5為樣本對於菸害知識認知程度之分布情形，答對正確率最高者題項為「吸菸容易導致牙齒與手指變黃且容易口臭」，答對2534人（88.9%），其次是「吸菸會使一個人的肺活量變差」，答對2458人（86.2%），再其次為「孕婦長期吸入二手菸，可能造成胎兒體重過輕、早產」，答對2435人（85.4%）。此外，多數問項答對者均超出樣本比例之一半以上，僅有1題「吸菸容易導致骨骼疏鬆症」，答錯1555人（54.6%）。結果可知，不論吸菸者或非吸菸者，大多明白吸菸對身體的影響及其壞處，但有些人卻無法停止吸菸行為，結果與國內外相關研究相同（Radius and Horrath, 1980；謝淑卿，1996；邱柔蒲，2008）。



表4-5 樣本菸害認知分布情形

變項	答對人次 (百分比)	答錯人次 (百分比)	總和 (百分比)
吸菸的人罹患癌症的機會大於不吸菸的人	2106 (73.9%)	744 (26.1%)	2850 (100.0%)
吸菸容易導致牙齒與手指變黃，且容易口臭	2534 (88.9%)	316 (11.1%)	2850 (100.0%)
越早吸菸越易造成肺部永久傷害，得肺癌機率越高	2408 (84.5%)	442 (15.5%)	2850 (100.0%)
香菸中會使人上癮的主要物質是尼古丁	2404 (84.4%)	446 (15.6%)	2850 (100.0%)
吸菸會使身體心跳加快、血壓上升	2068 (72.6%)	782 (27.4%)	2850 (100.0%)
吸菸會使一個人的肺活量變差	2458 (86.2%)	392 (13.8%)	2850 (100.0%)
吸菸容易導致口腔癌、食道癌及肺癌	2258 (79.2%)	592 (20.8%)	2850 (100.0%)
菸品燃燒產生一氧化碳，會影響紅血球輸送氧氣功能	1766 (62.0%)	1084 (38.0%)	2850 (100.0%)
香菸燃燒後會產生多種致癌物質	2148 (75.4%)	702 (24.6%)	2850 (100.0%)
孕婦長期吸入二手菸，可能造成胎兒體重過輕、早產	2435 (85.4%)	415 (14.6%)	2850 (100.0%)
菸品中的尼古丁會造成動脈血管中的阻塞	2008 (70.5%)	842 (29.5%)	2850 (100.0%)
香菸的焦油容易導致慢性支氣管炎、肺氣腫	2177 (76.4%)	673 (23.6%)	2850 (100.0%)
吸菸容易導致骨骼疏鬆症	1295 (45.4%)	1555 (54.6%)	2850 (100.0%)

四、樣本戒菸經驗與現況分析

由表4-6可知，在入監前戒菸經驗部分，樣本以沒有戒菸經驗者占最高（1948人，68.4%），其次是有1次戒菸經驗（489人，17.2%），值得注意的是有57名樣本戒菸高達11次以上，顯見收容人戒菸經驗偏低，且戒菸成功之困難。在參加戒菸諮詢或醫療服務意願方面，考慮看看者為1018人（35.7%），一定會者462人（16.2%），此二類人應是機關協助戒菸之重點對象。

在入監後戒菸時間方面，以已滿1年以上者最高（514人，30.0%），另6個月以上，未滿1年者次之，為418人（24.4%），二者約占54.4%，再其次為1個月以上，未滿3月者

為242人（14.1%）。在戒菸原因方面（複選題），以為健康為最高（1015人，59.1%），其次是想早點回家（425人，24.8%），應是機關的獎勵措施發揮其效用，再其次是吸菸不是件好事（423人，24.7%）與節省開銷（369人，21.5%）。在戒菸方式部分，以靠意志力自行戒菸（1185人，69.1%），其次是減量（214人，12.5%），再其次是使用戒菸藥物（204人，11.9%）與參加戒菸班（188人，11.0%）等。由收容人戒菸經驗與現況分析可知，如欲協助收容人成功戒菸，應加強其戒菸原因動機，且應視收容人特性給予必要之戒菸協助。

表4-6 戒菸經驗與現況分析表

變項	次數	百分比	
入監前是否有戒菸經驗	沒有	1948	68.4
	有過1次	489	17.2
	有過2-4次	303	10.6
	有過5-7次	42	1.5
	有過8-10次	11	.4
	11次以上	57	2.0
	總和	2850	100.0
是否願意參加戒菸醫療服務	一定會	462	16.2
	考慮看看	1018	35.7
	一定不會	496	17.4
	已戒菸	874	30.7
	總和	2850	100.0
入監後戒菸時間	未滿1個星期	162	9.4
	1個星期以上，未滿1個月	163	9.5
	1個月以上，未滿3個月	242	14.1
	3個月以上，未滿6個月	217	12.6
	6個月以上，未滿1年	418	24.4
	已滿1年以上	514	30.0
	總和	1716	100.0



表4-6 戒菸經驗與現況分析表（續）

入監後戒菸 原因 (複選題)	為了健康	1015	59.1
	醫護人員規勸	60	3.5
	家人規勸	192	11.2
	管教人員規勸	270	15.7
	節省開銷	369	21.5
	有親友死於菸害疾病	35	2.0
	戒菸新聞或廣告影響	51	3.0
	所處環境不便於吸菸	333	19.4
	得知家人或朋友戒菸成功	60	3.5
	參加反菸活動	131	7.6
	吸菸不是件好事	423	24.7
	朋友規勸	31	1.8
	想早點回家	425	24.8
入監後戒菸 方式 (複選題)	戒菸門診	165	9.6
	使用戒菸藥物	204	11.9
	戒菸班	188	11.0
	戒菸比賽	38	2.2
	減量	214	12.5
	靠意志力自行戒菸	1185	69.1

五、樣本吸菸態度、菸害認知、戒菸態度及拒菸自我效能之差異/相關分析

由表4-7可發現，有/無吸菸之收容人在反菸態度分量表 ($t=-13.391^{***}$) 上有顯著差異存在，其中無吸菸者 ($M=24.2522$) 平均得分高於吸菸者 ($M=22.2150$)，顯示無吸菸者比較反對吸菸行為。另有/無吸菸之收容人在正向吸菸態度分量表 ($t=12.333^{***}$) 上有顯著差異存在，其中吸菸者 ($M=43.2549$) 平均得分高於無吸菸者 ($M=39.1227$)，顯示吸菸者比較認同吸菸的好處，可能容易吸菸行為。研究結果與國內外相關研究相符 (Gazdic, 1999; Engels, 1998; 賴明巒, 2007; 溫宜芳, 2004; 張玉青, 2005; 黃璉華, 1996)。

另有/無吸菸之收容人在菸害知識程度 ($t=-8.859^{***}$) 上有顯著差異存在，其中無吸菸者 ($M=10.3748$) 平均得分高於吸菸者 ($M=9.1507$)，顯示無吸菸者比較瞭解吸菸之害處及吸菸對身體健康之影響。研究結果亦與國內外相關研究相符 (Radius and Horrath, 1980; 謝淑卿, 1996; 邱柔蒲, 2008)。

另有/無吸菸之收容人在正向戒菸態度分量表 ($t=-13.908^{***}$) 上有顯著差異存在，其中無吸菸者 ($M=21.2534$) 平均得分高於吸菸者 ($M=19.5204$)，顯示無吸菸者比較認同戒菸的好處，且其戒菸態度較正向。有/無吸菸之收容人在負向戒菸態度分量表 ($t=19.512^{***}$) 上有顯著差異存在，其中吸菸者 ($M=17.2858$) 平均得分高於無吸菸者 ($M=13.9125$)，顯示吸菸者比較不認同戒菸的好處，可能不容易有戒菸行為。

此外，有/無吸菸之收容人在拒菸自我效能分量表 ($t=-33.210^{***}$) 上有顯著差異存在，其中無吸菸者 ($M=81.9081$) 平均得分高於吸菸者 ($M=54.5912$)，顯示無吸菸者拒菸自我效能越高，比較有信心不會有吸菸行為，較容易持續戒菸。研究結果亦與國內外相關研究相符 (Gracia, Schmitz, Doerfler, 1990; 謝淑卿與尹祚芊, 1996; Kinard & Webster, 2010; 劉玉菁, 1999)。

表4-7 樣本吸菸態度、菸害認知、戒菸態度及拒菸自我效能之差異分析

變項	組別	樣本數	平均數	t值及顯著性
反菸態度分量表	有吸菸	1228	22.2150	-13.391^{***}
	無吸菸	1622	24.2522	
正向吸菸態度分量表	有吸菸	1228	43.2549	12.333^{***}
	無吸菸	1622	39.1227	
菸害知識程度	有吸菸	1228	9.1507	-8.859^{***}
	無吸菸	1622	10.3748	
正向戒菸態度分量表	有吸菸	1228	19.5204	-13.908^{***}
	無吸菸	1622	21.2534	
負向戒菸態度分量表	有吸菸	1228	17.2858	19.512^{***}
	無吸菸	1622	13.9125	
拒菸自我效能分量表	有吸菸	1228	54.5912	-33.210^{***}
	無吸菸	1622	81.9081	

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

在相關分析部分，由表4-8可發現，樣本菸害知識程度與反菸態度分量表 ($r=.373^{**}$)、正向戒菸態度分量表 ($r=.360^{**}$)、拒菸自我效能分量表 ($r=.253^{**}$) 成正相關，另與正向吸菸態度分量表 ($r=-.133^{**}$)、負向戒菸態度分量表 ($r=-.258^{**}$) 成負相關，以上均達.01以上顯著水準，顯示菸害知識程度與吸菸態度、戒菸態度及拒菸效能等確實存有顯著之關聯性。再結合以上研究發現，建議可藉由改變吸菸者之菸害知識，強化其反菸態度、正向戒菸態度與拒菸自我效能，相信能提高戒菸人口。



另反菸態度分量表與正向吸菸態度分量表 ($r=-.192^{**}$)、負向戒菸態度分量表 ($r=-.411^{**}$) 成負相關，且與正向戒菸態度分量表 ($r=.438^{**}$)、拒菸自我效能分量表 ($r=.322^{**}$) 成正相關，以上均達.01以上顯著水準。另正向吸菸態度分量表與正向戒菸態度分量表 ($r=-.237^{**}$)、拒菸自我效能分量表 ($r=-.404^{**}$) 成負相關，且與負向戒菸態度分量表 ($r=.507^{**}$) 成正相關，以上均達.01以上顯著水準。另正向戒菸態度分量表與負向戒菸態度分量表 ($r=-.310^{**}$) 成負相關，且與拒菸自我效能分量表 ($r=.337^{**}$) 成正相關，以上均達.01以上顯著水準。另負向戒菸態度分量表與拒菸自我效能分量表 ($r=-.556^{**}$) 成負相關，且達.01以上顯著水準。

表4-8 樣本吸菸態度、菸害認知、戒菸態度及拒菸自我效能之相關分析

項目	菸害知識程度	反菸態度分量表	正向吸菸態度分量表	正向戒菸態度分量表	負向戒菸態度分量表	拒菸自我效能分量表
菸害知識程度	1					
反菸態度分量表	.373 ^{**}	1				
正向吸菸態度分量表	-.133 ^{**}	-.192 ^{**}	1			
正向戒菸態度分量表	.360 ^{**}	.438 ^{**}	-.237 ^{**}	1		
負向戒菸態度分量表	-.258 ^{**}	-.411 ^{**}	.507 ^{**}	-.310 ^{**}	1	
拒菸自我效能分量表	.253 ^{**}	.322 ^{**}	-.404 ^{**}	.337 ^{**}	-.556 ^{**}	1

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

六、有/無吸菸預測模式

為了解何種因子對有/無吸菸較有影響力，經事先將具有顯著性因子加以過濾後之變項，計有：性別、學歷、維持吸菸習慣幾年、入監後戒菸多久、菸害知識程度、反菸態度分量表、正向吸菸態度分量表、正向戒菸態度分量表、負向戒菸態度分量表、拒菸自我效能分量表等10項，經以二元Logistic迴歸分析後，由表4-9可發現，拒菸自我效能分量表 ($B=.053$, $Wald=532.390^{***}$)、性別 ($B=2.841$, $Wald=202.065^{***}$)、反菸態度分量表 ($B=.043$, $Wald=10.616^{**}$)、正向戒菸態度分量表 ($B=.042$, $Wald=7.194^{**}$) 等4項對於有/無吸菸具有顯著影響力，可知性別、反菸態度分量表、正向戒菸態度分量表、拒菸自我效能分量表等4項對於有/無吸菸具有顯著影響力。代表著收容人如果拒菸自我效能越高、戒菸態度越正向、反菸態度越強、以及為女性者，不吸菸之可能性較高。

表4-9 有/無吸菸預測模式

自變項	B 值	標準誤	Wald 值與顯著水準	自由度	勝算比 Exp(B)
性別(1)	2.841	.200	202.065 ^{***}	1	17.131
反菸態度分量表	.043	.013	10.616 ^{**}	1	1.044
戒菸益處分量表	.042	.016	7.194 ^{**}	1	1.043
拒菸自我效能分量表	.053	.002	532.390 ^{***}	1	1.054
常數	-5.455	.358	232.327 ^{***}	1	.004

伍、結論與建議

一、結論

(一) 吸菸行為歷史與現況

研究對象在第一次吸菸年齡方面，以18歲以下最高，其次是19歲至25歲間，顯見收容人吸菸初始年齡甚早，多數是在18歲以前（李蘭及潘怜燕，2000；Center for Disease Control and Prevention, 1994；行政院衛生署國民健康局，2007；Landers和Orlandi, 1987）。在第一次吸菸地點方面，以學校最高，其次是家中，再其次為同學、朋友家中，三者已佔樣本之77.7%。可知，吸菸者第一次吸菸多是在學校、家裡，或同學朋友家中。在第一次吸菸菸是誰給的方面，以同學為最高，其次是自己買的，再其次是朋友，三者已佔樣本之87.2%。在持續吸菸原因部分（複選題），以習慣為最高，其次為紓緩壓力，再其次為打發時間、接觸人多數吸菸與心情不好等，由於人要改變習慣是件困難的事，研究對象多數吸菸已成習慣，可預期戒菸之困難，故應針對持續吸菸原因思考協助戒菸之方式。在維持每日吸菸習慣之時間方面，以20年以上為最高，其次是15年以上，未滿20年，再其次是10年以上，未滿15年，吸菸10年以上者共占82.6%，可知樣本菸齡偏高。

(二) 個人菸害知識認知程度

多數問項答對者均超出樣本比例之一半以上，僅有1題「吸菸容易導製骨骼疏鬆症」，答錯人數占54.6%。結果顯示，不論吸菸者或非吸菸者，大多明白吸菸對身體的影響及其壞處，但有些人卻無法停止吸菸行為，結果與國內外相關研究相同（Radius and Horrath, 1980；謝淑卿，1996；邱柔蒲，2008）。

(三) 樣本戒菸經驗與現況



樣本在入監前戒菸經驗部分，以沒有戒菸經驗者占最高，其次是有1次戒菸經驗，值得注意的是有57名樣本戒菸高達11次以上，顯見收容人戒菸經驗偏低，且戒菸成功之困難。在參加戒菸諮詢或醫療服務意願方面，考慮看看者為1018人，一定會者462人，此二類人應是機關協助戒菸之重點對象。在入監後戒菸時間方面，以已滿1年以上者最高，另6個月以上，未滿1年者次之，為418人，二者約占54.4%。在戒菸原因方面（複選題），以為健康為最高，其次是想早點回家，應是機關的獎勵措施發揮其效用，再其次是吸菸不是件好事與節省開銷。在戒菸方式部分，以靠意志力自行戒菸，其次是減量，再其次是使用戒菸藥物與參加戒菸班等。由收容人戒菸經驗與現況分析可知，如欲協助收容人成功戒菸，應加強其戒菸原因動機，且應視收容人特性給予必要之戒菸協助。

(四) 樣本吸菸態度、菸害認知、戒菸態度及拒菸自我效能之差異/相關分析

有/無吸菸之收容人在反菸態度分量表上有顯著差異存在，無吸菸者平均得分高於吸菸者，顯示無吸菸者比較反對吸菸行為。另有/無吸菸之收容人在正向吸菸態度分量表上有顯著差異存在，吸菸者平均得分高於無吸菸者，顯示吸菸者比較認同吸菸的好處，可能容易有吸菸行為。研究結果與國內外相關研究相符 (Gazdic, 1999; Engels, 1998; 賴明瑩, 2007; 溫宜芳, 2004; 張玉青, 2005; 黃璉華, 1996)。另有/無吸菸之收容人在菸害知識程度上有顯著差異存在，無吸菸者平均得分高於吸菸者，顯示無吸菸者比較瞭解吸菸之害處及吸菸對身體健康之影響。研究結果亦與國內外相關研究相符 (Radius and Horrath, 1980; 謝淑卿, 1996; 邱柔蒲, 2008)。另有/無吸菸之收容人在正向戒菸態度分量表上有顯著差異存在，無吸菸者平均得分高於吸菸者，顯示無吸菸者比較認同戒菸的好處，且其戒菸態度較正向。有/無吸菸之收容人在負向戒菸態度分量表上有顯著差異存在，吸菸者平均得分高於無吸菸者，顯示吸菸者比較不認同戒菸的好處，可能不容易有戒菸行為。此外，有/無吸菸之收容人在拒菸自我效能分量表上有顯著差異存在，無吸菸者平均得分高於吸菸者，顯示無吸菸者拒菸自我效能越高，比較有信心不會有吸菸行為，容易持續戒菸。研究結果亦與國內外相關研究相符 (Gracia, Schmitz, Doerfler, 1990; 謝淑卿與尹祚芊, 1996; Kinard & Webster, 2010; 劉玉菁, 1999)。

在相關分析部分，樣本菸害知識程度與反菸態度分量表、正向戒菸態度分量表、拒菸自我效能分量表成正相關，另與正向吸菸態度分量表、負向戒菸態度分量表成負相關，以上均達.01以上顯著水準，顯示菸害知識程度與吸菸態度、戒菸態度及拒菸效能等確實存有顯著之關聯性。再結合以上研究發現，建議可藉由改變吸菸者之菸害知識，強化其反菸態度、正向戒菸態度與拒菸自我效能，相信能提高戒菸人口。

(五) 有/無吸菸預測模式

經以二元 Logistic迴歸分析發現，拒菸自我效能分量表 ($B=.053$,

$Wald=532.390***$)、性別 ($B=2.841, Wald=202.065***$)、反菸態度分量表 ($B=.043, Wald=10.616**$)、正向戒菸態度分量表 ($B=.042, Wald=7.194**$) 等4項對於有/無吸菸具有顯著影響力，可知性別、反菸態度分量表、正向戒菸態度分量表、拒菸自我效能分量表等4項對於有/無吸菸具有顯著影響力。代表著收容人如果拒菸自我效能越高、戒菸態度越正向、反菸態度越強、以及為女性者，不吸菸之可能性較高。

二、建議

(一) 發展合適之菸害防制教育課程，導正收容人吸菸與戒菸態度及加強拒菸效能訓練：

建議矯正機關發展適合收容人的菸害防制教育課程，加強與衛生局或相關專業單位合作辦理菸害防制及戒菸教育講座，進行法令、衛教宣導並佐以實際案例，使收容人瞭解吸菸之危害及戒菸之益處，改變其對吸菸與戒菸行為之認知與態度，並教導拒絕的技巧和抗拒壓力之拒菸效能訓練等，期以藉此提高收容人不吸菸比例。

(二) 以持續吸菸與成功戒菸影響因素之研究結果思考協助收容人成功戒菸的方式：

由於研究對象多數吸菸已成習慣，可預期戒菸之困難，故應針對其持續吸菸原因思考協助戒菸之方式。此外，不論吸菸者或非吸菸者，大多明白吸菸對身體的影響及其壞處，但有些人卻可以停止吸菸行為，因此，建議可運用吸菸者戒菸成功之影響因素，作為機關推動本項業務之參考。此外，建議加強收容人戒菸原因動機，且視其特性給予必要之戒菸協助。

(三) 持續加強不同吸(戒)菸類型收容人之吸菸管理與協助戒菸方式

建議矯正機關落實將收容人分類，對於有戒菸意願者視其需求提供不同之戒菸協助、另無戒菸意願者應再加強吸菸管理方式，如吸菸與購菸數量等，並定期辦理菸害防制及戒菸教育宣導，期能提升此類收容人菸害知識程度，以逐漸強化反菸態度、正向戒菸態度與拒菸自我效能等，並由吸菸者之角色轉化戒菸者。

三、研究限制

(一) 本研究受限於人力、時間，僅以15所矯正機關收容人為研究對象，研究結果僅能推論至此母體群。

(二) 本研究調查方式採取自填式問卷，無法完全避免研究對象之回憶偏差，故可能會影響研究結果。

(三) 本研究實施乃採取橫斷式研究，只能探討各變項間的相關性，無法提供明確的因果關係。



參考書目

台灣省菸酒公賣局(1996)。台灣地區菸酒市場調查總報告：民國八十五年(第二十三次)。台北市：台灣省菸酒公賣局。

行政院衛生署國民健康局(2007)。我國成人吸菸行為現況。2008年1月23日，取自 http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/PressShow.aspx?No=2007_122502760

李景美(2008)。臺北縣高職一年級學生成癮物質濫用之危險與保護因子研究。衛生教育學報，17，73-88。

李蘭、陸均玲、李隆安、黃美維、潘怜燕、鄧肖琳(1995)。台灣地區成人的健康行為探討：分佈情形、因素結構和相關因素。中華衛誌；14:358-67。

李蘭、潘怜燕(2000)。台灣地區成年人之吸菸率與吸菸行為：1999年度之全國性調查，中華衛誌，19：423-436。

邱柔蒲(2008)。高職學生吸菸行為及其相關因素之研究-以新竹市某高中進修學校為例。未出版碩士論文，國立台灣師範大學健康促進與衛生教育研究所，台北市。

姚博文(2005)。大高雄地區青少年學生吸菸盛行率與其影響因子之探討，高雄醫學大學健康管理學院公共衛生研究所碩士論文。

馬藪屏、嚴道、黃松元、陳政友(2000)。臺北地區國小高年級學童之自我概念、親子適應及友伴關係與其吸菸行為之研究。衛生教育學報，13，37-52。

張玉青(2004)。台北市某國中生菸害知識、菸害態度、吸菸自我效能及吸菸行為意向之探討。國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，台北。

陳惠珍(1994)。戒菸活動之成本效果評估。台灣大學公共衛生學研究所碩士論文。未出版，台北市。

陳嫚翎(2003)。高雄監獄受刑人入獄前嚼食檳榔、吸菸盛行率及其健康危害意識調查高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文。

黃淑貞(1997)。大學生健康信念、自我效能、社會支持與吸菸行為研究。學校衛生，31，30-43。

黃璉華、左如梅、尹祚芊、楊瑞珍、黃子庭(1996)。國民中學學生吸菸知識、態度與行為之探討。護理雜誌，43(2)，35-45。

溫宜芳(2004)。菸品廣告的成效與挑戰—大學生背景變項、媒體接觸對反菸態度與吸菸行為的影響。未出版之碩士論文論文，國立政治大學 廣播電視學研究所，台北。

廖秀珠(1995)。戒菸者戒菸維持行為及其相關因素之探討—以台北市某醫院之戒菸班為例。台灣大學護理學研究所碩士論文，未出版，台北。

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。台灣大學護理學研究所碩士論文，未出版，台北市。

潘怜燕、李蘭(1999)，台灣地區成年人吸菸盛行率及其教育和職業之關係：菸害防制法實施前的狀況，中華衛誌，18(3)：199-208。

衛生署國民健康局(2006)。國中生吸菸行為調查 (Global Youth Tobacco Survey, GYTS)，行政院衛生署。

賴明發(2007)。國中學生吸菸行為之相關因素探討-以桃園縣新明國中為例。未出版碩士論文，國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系。台北市。

謝淑卿、尹祚芊(1996)。成人菸害認知、與行為衝突之探討，護理研究，4(3)：219-30。

行政院衛生署國民健康局(2005)。台灣菸害防制2005。台中：行政院衛生署國民健康局。

CDC (Center for Disease Control and Prevention) (1994). Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General-2000. Atlanta, Georgia: CDC.

Croghan, I. T., O'Hara, M. R., Schroeder, D. R., Parren, C. A., Croghan, G. A., Hays, J. T., Dale, L. C., Bowen, D., Kottke, T. & Hurt, R. D. (2001). A Community-Wide Smoking Cessation Program: Quit and Win 1998 in Olmsted County. Preventive Medicine, 33, 229-238.

Denise Kandel, Kazuo Yamaguchi (1993). From Beer to Crack: Developmental Patterns of Drug Involvement; 83(6): 851-5

Eriksson,K.M.(1998).Smoking Habits Among Pregnant Woman in Norway 1994-1995. Acta Obstet Gynecol Scand, 77,159-164.

Fiore,M.C., Bailey,W.C., Cihen,S.J., Dorfman,S.F., Goldstein,M.G., Gritz,E.R., & Heyman,R.B. (2000) Treating tobacco and dependence. Rockville,M.D : U.S. Department of Health and Human Services.

Gazdic, A. (1999). Smoking among employees of the Health Center of Novo