

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

張德聰 潘瑞香 張景然*

研究目的：評估「戒菸專線服務中心」的個案多次電話戒菸諮商成效及追蹤個案戒菸維持成效，並藉由比較單次諮詢組與多次諮商組的戒菸成效，用以檢驗完整電話戒菸諮商的個案其戒菸成效及戒菸維持成效的效果是否較優。**研究方法：**研究分為實驗組及對照組兩部分：實驗組(即多次諮商組)在諮商完成後，與對照組(即單次諮詢組)在初談完成後的一個月、三個月及六個月等三個時段分別由電訪員做電話訪問調查，追蹤個案的戒菸持續情況。**研究結果：**經由t檢定比較兩組在追蹤菸量、戒菸信心指數及戒菸天數上均有顯著差異。而在戒菸戒斷成功率及戒菸維持成效的成功率兩方面，多次諮商組均優於單次諮詢組。**研究結論：**採用多次電話戒菸諮商方式其成效顯著優於單次諮詢，完整的電話戒菸諮商服務證實可行。

關鍵詞：吸菸、戒斷、復發、電話諮商

張德聰：台灣師範大學教育心理與輔導學系博士，國立空中大學生活科學系主任，兼任中華心理衛生協會理事長暨衛生署國民健康局戒菸專線服務中心負責人。主要研究興趣為生涯諮商和戒菸諮商相關議題。

潘瑞香：政治大學社會研究所碩士，衛生署國民健康局戒菸專線服務中心研究員。主要研究興趣為戒菸諮商相關議題。

張景然：美國北科羅拉多大學諮商員教育系博士，彰化師範大學輔導與諮商學系副教授兼衛生署國民健康局戒菸專線服務中心主任。主要研究興趣為團體諮商和戒菸諮商相關議題。(通訊作者；E-mail：cjchang@cc.ncue.edu.tw)

* 本研究為行政院衛生署國民健康局補助「戒菸專線服務中心」之研究計劃，研究過程中也承蒙許鄉左、張瑋玲兩位小姐協助整理資料，在此一並致謝。

收稿：2005年06月03日；接受：2005年09月13日

一、研究背景

許多流行病學的研究指出，不良的生活習慣為導致健康受損之最主要的因素，而其中吸菸更是嚴重的危險因子。吸菸對於身體的危害，已被國內外許多研究證實。世界衛生組織(World Health Organization)報告指出，2002年全世界有490萬人死於菸害(引自衛生署國民健康局，民92a)，更預測到2030年後，全球每年將會有1000萬人死於菸害(衛生署國民健康局，民92b)。根據國家衛生研究院所進行的台灣本土性菸害研究結果顯示，2001年台灣因抽菸而死亡的人數為17500人，到2020年將會高達67000人，每天約造成48人死亡。而吸菸除了傷害健康、奪走性命之外，在生產力方面也會造成相當可觀的折損，以目前約450萬吸菸人口統計，因吸菸所造成的經濟面之損失，每年將高達315億台幣(國家衛生研究院，民91)。

台灣地區臨床戒菸指南(衛生署國民健康局，民91)的資料顯示，有70%的吸菸者曾經嘗試過戒菸，也有研究發現，在18歲以上的吸菸者中，有47.41%的「每天吸菸者」以及65.74%的「偶爾吸菸」者均表示過去一年曾經戒菸，且有30.97%的「每天吸菸」者以及43.40%「偶爾吸菸」者表示在未來半年想戒菸(李蘭，民88)。

為了服務戒菸者並提供更為專業的協助，因此行政院衛生署國民健康局借助美國加州戒菸專線的成功經驗，在民國92年委託「張老師」基金會，成立了台灣也是亞洲第一個電話戒菸諮商機構「戒菸專線服務中心」，以期能夠幫助更多有意戒菸者。在台灣，以電話諮商達到戒菸的目的是首創的方式，除投入專業心理諮商人員外，並結合加州戒菸專線的經驗，透過戒菸資訊的提供，以及個別諮商的過程，加強戒菸者對戒菸問題的瞭解，強化戒菸之成效。

本研究的目的乃是評估「戒菸專線服務中心」的個案電話戒菸諮商成效及追蹤個案維持戒菸成效，並藉由比較單次諮詢組與多次諮商組的戒菸成效，用以檢驗完整電話戒菸諮商的個案其戒菸成效及戒菸維持成效的效果是否較佳。

二、文獻探討

(一) 影響戒菸之相關因素

過去的研究顯示戒菸與多項基本人口變項、戒菸後行為的變項以及情境變項有關(Shiffman, 1982)。

性別不同，吸菸行為的比率亦有所差異。有的研究結果指出：男性較女性容易吸菸(Marlatt, Curry & Gordon, 1988)。台灣地區2001年國民健康調查中，18歲以上成年男性之吸菸盛行率為46.5%，戒菸率為7.1%；女性之吸菸盛行率為4.2%，戒菸率0.5%(鄭丁元、溫啟邦、蔡夢娟、蔡善璞，民91)。因此，在台灣男性的吸菸盛行率高於女性，而男性的戒菸率同樣也高於女性。

青少年開始吸菸的年齡愈早，對戒菸行為產生的可能性就愈低。Naomi和Edward將開始吸菸年齡納入分析時，也發現愈晚開始吸菸者，戒菸行為的成功率便愈高(Naomi & Edward, 1996)。在台灣地區2001國民健康調查中，男性戒菸率隨年齡增加而上升，女性亦然(鄭丁元等，民91)。在台灣可以發現與過去相關研究有同樣的結果，男性與女性的戒菸率都是隨著年齡增加而上升。

教育程度較低者通常被認為比教育程度高者不易有戒菸行為產生，Marlatt等的研究發現，高社經地位者比低社經地位者較易成功，也較易持續戒菸(Marlatt et al., 1988)。

在台灣地區2001國民健康調查中，吸菸者之每日平均吸菸量，男性與女性都是45-64歲吸菸者的吸菸量最大；女性開始吸菸年齡下降的速率，較男性明顯(鄭丁元等，民91)。可以發現國人開始吸菸的年齡不斷下降，男性或女性之吸菸行為的變化有日益年輕化的趨勢。

自我效能是影響戒菸行為的重要治療變項。Bandura(1977)認為行為會受效能預期(efficacy expectation)和結果預期(outcome expectation)的影響，其中效能預期即自我效能，乃是指一個人對自己能夠成功執行某種特定行為所具有的信心。

自我效能(self-efficacy)會影響戒菸意願，也可預測戒菸後又吸菸的情況(Marlatt et al., 1988)。Baer、Holt和Lichtenstein(1986)的研究指出，自我效能在減量維持階

段，特別是在戒菸治療後的第二個月所測得的自我效能有預測復發的能力。一個針對70位曾經吸菸者的問卷調查發現，靠自己戒菸的人在嘗試戒菸之前有較高的動機(Oei & Hallam, 1991)。

另有研究針對36位想自我戒菸者作自我效能與吸菸行為的調查，結果顯示，若個人在克服吸菸誘惑時有較成功的應對方式，就能有較高的自我效能，而自我效能愈高，吸菸支數愈少。說明自我效能與個人能克服吸菸之誘惑成正相關，自我效能也可影響個人之戒菸意願(Gracia & Schmitz, 1990)。Mermelstein、Lichtenstein 和 McIntyre(1983)在他們的研究中也發現，成功戒菸者較復發吸菸者或短期戒菸者有顯著較高的自我效能，且自我效能愈高者持續戒菸時間愈長(Mermelstein et al., 1983)。Coeoho(1984)在成年吸菸者的戒菸治療期中，進行調查，發現治療後的自我效能高於治療前，且持續至三個月仍顯著高於治療前的程度；而其中不吸菸者的自我效能亦高於復發者，由此可知自我效能的增加對行為的改變與維持是有重大影響的。從以上研究可以發現，自我效能會影響戒菸意願，可以預測戒菸後又吸菸的情況，以及顯示自我效能愈高之戒菸者愈能克服吸菸的誘惑，並有較長的持續戒菸時間。

而謝淑卿和尹祚芊(民85)請吸菸者評估自己在不同情境下能夠不吸菸的信心程度，結果顯示，個人之自我效能愈高者其吸菸的頻率及吸菸量愈低。在電話戒菸諮商的過程中，諮商員可以讓個案訂定一個戒菸的日期，使個案從想戒菸的冥想階段，進入完成承諾的階段。當個案曾單純的擁有戒菸企圖，到準備戒菸時，要讓個案有樂觀的自信，使他們確信自己能夠戒菸成功，此時諮商員可協助個案訂定詳細的計畫，讓他們對於戒菸成功充滿期待，並給予許多的支持與鼓勵。

(二) 電話戒菸諮商相關研究

大多數關於戒菸之電話諮商的研究是集中在透過電話的簡短介入是否可以顯著地增加戒菸之成功率的問題上。已經使用的介入在兩方面不同：(1)電話諮商是由諮商員或是個案開始的(被動的或主動的)；(2)提供的諮商次數(範圍從1次到4次)。有些研究顯示諮商次數可以顯著地增加成功率(Orleans et al., 1991；Ossip-Klein et al., 1991)，有些研究報告則以為只有短期的效果，長期來看並不會比自我幫助來得更好(Lando, Hellertstedt, Pirie & McGovern, 1992)。

Zhu等(1996)在他們的研究中則進一步檢驗兩個假設：(1)電話諮商比自我幫助的戒菸工具(self-help quit kit)產生較高的戒菸率；(2)多次的電話諮商將比只有單次電話諮商產生較高的戒菸成功率。研究中將3,030個吸菸者隨機分成3組：(1)自我幫助的戒菸工具組(2)戒菸工具加上單次電話諮商(3)戒菸工具加上6次電話諮商。追蹤三組12個月持續戒菸率(12-month continuous rates)分別是自我幫助的戒菸工具組戒斷維持率為14.7%，單次諮商組維持率為19.8%，多次諮商組維持率為為26.7%，研究結果支持他們的假設。

另外，Zhu等(2000)的研究中以尼古丁替代治療法(NRT)為主要方式並以電話諮商為輔，在使用NRT之後，79%的個案繼續接受平均4.2次的電話諮商，21%的個案則僅接受一次電話諮商。結果顯示接受過多次電話諮商之個案戒菸的可能性為84.4%，而只接受過一次電話諮商之個案戒菸的可能性則為77.1%。接受過多次諮商的個案一年持續戒菸的比率為25.6%，接受過一次諮商的個案一年持續戒菸的比率為16.1%。因此在NRT的使用者中，接受過多次諮商服務的比僅接受過一次諮商的個案有更長期的戒菸成效。

從過去的研究顯示，只有自助手冊的戒菸者其戒菸的效果，不如有自助手冊且加上諮商員透過電話諮商的效果佳。戒菸者經由自助手冊的指導，並有諮商員在心理上的支持，以及有適合戒菸者的戒菸方案，使戒菸者增加戒菸動機與提升自我效能。

本研究主要比較諮詢組與諮商組的戒菸效果如何，諮詢組為自助手冊加上一次初談，諮商組則為自助手冊加上多次諮商，探討此兩組的戒菸者在各項成效比較上何有差異。

三、方法與步驟

(一) 戒菸專線服務中心的電話戒菸諮商模式

當個案來電進入戒菸專線服務中心時，戒菸專線服務中心的電話戒菸諮商模式，可分為兩個階段的電話諮商服務，第一個階段為初談工作可稱為諮詢，第二個

階段為諮商服務。諮詢(consultation)與諮商(counseling)都是一種專業的助人工作，目標皆以增進個人與組織之間的整合。諮詢與諮商兩者最大的區別是諮詢專指間接服務和資料提供，諮商則是直接協助個案作深度的問題探索及心理調適(張景然，民92)。

1. 諮詢階段

打電話來求助的個案與戒菸中心第一次接觸到通常是中心的初談諮商員，而戒菸專線服務中心的初談諮商員均具有諮商輔導相關訓練的背景。對於每一位第一次來電的個案，初談諮商員都會使用適合個案的語言，以大約15到20分鐘與個案談話並建立一份個案的初談記錄表。初談諮詢的內容通常包括瞭解個案的基本資料、吸菸的經驗、戒菸的動機、是否有戒菸的經驗、以及回答個案有關戒菸方面的疑問等等；而初談員並會解釋戒菸專線服務中心所提供的電話戒菸諮商服務，且說明完整諮商歷程所需的時間與次數。

2. 諮商階段

戒菸專線服務中心以戒菸者為諮商對象，個案可分為緊急與非緊急兩種。當初談員判斷個案為緊急個案時例如孕婦、重症病人，會立即為個案安排線上無個案的諮商員進行緊急電話戒菸諮商處理。非緊急個案就依照一般電話諮商程序由初談員預約電話諮商時間及安排諮商員。接著，諮商員會在初談員與個案約定好的時間撥電話給個案，或是由個案在約定好的時間進行第一次的電話諮商。每次的諮商時間約40至50分鐘，完整的諮商歷程為進行5到8次的電話諮商，當然諮商的時間及次數仍會視個案的狀況而有所調整。最後在結案前，諮商員會與督導一起討論並評估個案戒菸的情況，若諮商員與督導評估個案的戒菸狀況良好就可結案且填寫電腦系統中的結案記錄表。

另外，戒菸專線服務中心會免費寄給來電者一本頁數為38頁的電話戒菸手冊，其中的內容是簡單易懂的戒菸相關訊息為主，包括介紹中心所提供的服務、抽菸的原因、戒菸的準備、如何控制菸癮、如何度過開始戒菸的前幾天、戒菸的好處以及繼續抽菸的危害等等幾個主題。希望來電者能夠閱讀完電話戒菸手冊，藉由電話戒菸手冊的指導方式幫助欲戒菸者戒菸，知道中心可以提供欲戒菸者什麼樣的服務，以及瞭解何謂電話戒菸諮商並決定是否願意接受此種戒菸方式。有些個案則是在來

電時即決定以電話諮商的方式戒菸，中心初談員會將這些個案排入諮商預約時間表，同樣這些個案也會收到電話戒菸手冊，以期他們在閱讀電話戒菸手冊並接受電話諮商之後，可以達到戒菸的目的。

(二) 研究設計

本研究在研究方法上採準實驗設計及電話問卷調查法，進行結果評估。由於真正的實驗設計具有隨機分派受試者至實驗組和對照組的特徵，以達到兩組相等的要求。但是，在本中心如採隨機分派受試者，則不符合本中心的服務宗旨及運作流程，因所有的受試者皆是由其自行選擇出的團體，故使用準實驗研究法。另外以電話問卷的調查方法，追蹤個案戒菸持續的情況，抽選受訪者進行訪談，各依段時間後在進行下一次訪談，這種固定樣本的技術可以探討行為的改變。實驗組與對照組接受戒菸服務前先以電話問卷調查其吸菸狀況，然後再分別給予諮商或諮詢服務。兩組在結案後一個月、三個月、六個月以電話問卷調查方式進行後測，以瞭解其戒菸的效果。

(三) 研究變項之操作型定義

1. 戒菸方法：

- (1) 諮詢組：只有接受過一次初談服務及收到電話戒菸手冊的個案。
- (2) 諮商組：接受完整電話戒菸諮商並符合結案要件的個案。

2. 吸菸情形：

- (1) 開始養成抽菸習慣的足歲年齡至2003年12月止的時間
- (2) 第一次抽菸的年齡
- (3) 戒菸前每天平均抽菸支數

3. 戒菸情形：

分成以下幾個等級：(1)不到24小時；(2)超過24小時，但不及一星期；(3)超過一星期，但不及一個月；(4)超過一個月，但不及三個月；(5)超過三個月，但不及六個月；(6)超過六個月

4. 戒菸率：

- (1) 連續一個月不吸菸者，佔全體人數百分比
- (2) 連續三個月不吸菸者，佔全體人數之百分比
- (3) 連續六個月不吸菸者，佔全體人數之百分比

5. 減量率：

減少吸菸支數者，佔所有參與戒菸人數之百分比

6. 持續情形：

各組平均持續戒菸的天數

7. 戒菸成效：

諮詢或諮商後一個月的追蹤菸量、戒菸信心程度及已戒天數

(四) 研究對象

本研究以根據戒菸的方式，將「戒菸專線服務中心」來電戒菸諮商的個案分成二組：一組為諮詢組的個案，另一組為諮商組的個案。由於本研究並非為完全實驗性介入研究，因此在人力、經費、時間及行政的配合等限制下，僅選取十分之一的初談個案做為諮詢組。選取諮詢組個案的過程是從戒菸中心來電者經過初談並建立初談表單的民眾，從民國93年1月到同年8月共7,694位的個案建立初談表單，隨機在個案檔案資料庫中抽取十分之一樣本，扣除聯絡未果、特殊狀況的個案、生病、拒訪、無效問卷等，總共得到307位個案資料作為對照組的名單。所選取的個案並且同樣以電話問卷調查的方式，追蹤個案戒菸的成效與持續的時間，包括一個月、三個月及六個月等三個時間點。

而諮商組則是以民國93年8月前接受完整電話戒菸諮商包括初談及諮商，並符合結案要件(及完成連續諮商後結案)的個案。在7,694位接受初談並建立初談表單的個案，其中有232接受完整電話戒菸諮商且符合結案要件的個案，這些個案全數接受電話調查追蹤後，扣除因上述理由流失84位個案資料，總共建立148位個案資料，再同樣以電話調查的方式追蹤個案戒菸的成效與持續的時間，三個時間點同上。

(五) 研究工具

本研究的調查工具是參照「戒菸專線服務中心」的「初談記錄表」及「戒菸成效表單」而設計為結構式問卷包括「個案戒菸成效問卷」及「戒菸成效追蹤問卷」兩份問卷，如此才能更加符合中心的服務流程與個案實際情況。而「戒菸成效追蹤問卷」並分成一個月、三個月及六個月的戒菸成效追蹤問卷。「個案戒菸成效問卷」主要包括以下三個部份：(1)個人基本資料(性別、年齡、教育、學歷、地區、職業類別、如何得知「戒菸專線服務中心」的諮商服務)；(2)吸菸情況(第一次吸菸的年齡、菸齡、每日平均菸量、同住家人是否吸菸、戒菸信心指數)；(3)戒菸情況(戒菸動機、接受諮商服務後戒菸情形、是否使用戒菸輔助品、是否接受他戒菸相關服務)。「戒菸成效追蹤問卷」主要包括：(1)戒菸日期，(2)目前是否吸菸。其中戒菸信心程度的問題為「您繼續維持戒菸的信心有多少？」，採10點計分。研究人員為配合本研究之目的，進行文獻歸納與問卷研擬，經過多次的討論與彙整後完成問卷初稿。在正式調查前，利用訓練電訪人員的機會從選取出的個案進行預試，根據受訪者的反應及意見在加以修訂後定稿。

四、研究結果

本研究之資料採用套裝軟體SPSS-10.0版，進行研究所需之統計分析，並以 $\alpha = .05$ 為顯著水準進行統計考驗。

諮詢組與諮商組持續戒斷率及菸量與戒菸信心指數的比較，分為兩部分說明，一為諮詢與諮商一個月、三個月及六個月後兩組個案的戒斷率；二為兩組在一個月後追蹤菸量、戒菸信心程度及戒菸天數上的比較。

(一) 諮詢組與諮商組的戒斷率

諮詢組電話訪問持續追蹤之個案共有307位，持續戒斷一個月者為46位，滿一個月的戒菸維持成功率為15.00%。而持續戒斷三個月者為34位，戒菸維持成效為三個月的成功率為11.07%。而持續戒斷六個月者為11位，戒菸維持成效為六個月的成功

率為3.58%。因此，在追蹤成功戒斷個案之戒菸維持的情形上，戒菸維持成效為一個月的成功率是15.00%，戒菸維持成效為三個月的成功率是11.07%，戒菸維持成效為六個月的成功率是3.58%。

諮商組電話訪問持續追蹤之個案共有148位，諮商完成後有95位戒菸戒斷成功，戒菸戒斷成功率為64.19%。持續戒斷一個月者為91位，滿一個月的戒菸維持成功率為61.49%。而持續戒斷三個月者為39位，戒菸維持成效為三個月的成功率為26.35%。而持續戒斷六個月者為17位，戒菸維持成效為六個月的成功率為11.48%。因此，在追蹤成功戒斷個案之戒菸維持的情形上，戒菸維持成效為一個月的成功率是61.49%，戒菸維持成效為三個月的成功率是26.35%，戒菸維持成效為六個月的成功率是11.48%。

表一呈現諮詢組與諮商組戒菸戒斷成功率及戒菸維持成效的成功率，經由卡方檢定結果顯示：戒菸戒斷成功率在諮詢組和諮商組兩組之間有統計上的顯著差異；同時，戒菸維持成效為一個月、三個月和六個月的成功率在諮詢組和諮商組兩組之間也均有顯著差異；維持成效為三個月的成功率在諮詢組和實驗組兩組之間有統計上的顯著差異。

表一：諮商方式與戒菸成效之卡方檢定

成效時間	是否吸菸	單次諮商	多次諮商	總和	χ^2
立即	是	261(85.00)	53(35.81)	314(69.01)	118.142***
	否	46(15.00)	141(69.01)	95(64.19)	
一個月	是	261(85.00)	57(38.51)	318(69.89)	102.618***
	否	46(15.00)	91(61.49)	137(30.11)	
三個月	是	273(88.93)	109(73.65)	382(83.95)	17.301***
	否	34(11.07)	39(26.35)	73(16.04)	
六個月	是	296(96.42)	131(88.93)	427(69.01)	10.801***
	否	11(3.58)	17(11.07)	28(30.99)	

註：個數(百分率)；*** p <.001

(二) 諮詢組與諮商組在追蹤菸量、戒菸信心程度和已戒天數的比較

表二呈現諮詢組與諮商組研究對象在一個月後菸量的差異情形，經由T檢定結果顯示：兩組受試者在菸量的平均數諮詢組為14.87，諮商組為4.37，而變異數同質性的Levene檢定均已達顯著($F=27.092$ ， $p<.001$)，表示此兩組受試者的離散情形有明顯差別，二組研究對象的變異數並不具有同質性，必須採用校正後的t值。而由假設變異數相等的t值與顯著性，發現考驗結果已達顯著，表示實驗組與對照組兩組在初談或諮商完成一個月後的菸量在統計上有顯著的差異 $[t(415.022)=-10.715$ ， $p<.001]$ 。

從表二也可看出諮詢組與諮商組研究對象在一個月後戒菸信心程度的差異情形，經由T檢定結果顯示：兩組受試者在菸量的平均數諮詢組為5.53，諮商組為8.15，而變異數同質性的Levene檢定均已達顯著($F=23.801$ ， $p<.001$)，表示此兩組受試者的離散情形有明顯差別，二組研究對象的變異數並不具有同質性，必須採用校正後的t值。而由假設變異數相等的t值與顯著性，發現考驗結果已達顯著，表示實驗組與對照組兩組在初談或諮商完成一個月後的戒菸信心程度在統計上有顯著的差異 $[t(4359.781)=9.442$ ， $p<.001]$ 。

表二同時呈現出諮詢組與諮商組研究對象在一個月後已戒天數的差異情形，經由T檢定結果顯示：兩組受試者在已戒天數的平均數諮詢組為16.80，諮商組為28.84，而變異數同質性的Levene檢定均已達顯著($F=796.415$ ， $p<.001$)，表示此兩組受試者的離散情形有明顯差別，二組研究對象的變異數並不具有同質性，必須採用校正後的t值。而由假設變異數相等的t值與顯著性，發現考驗結果已達顯著，表示

表二：諮詢組與諮商組在追蹤菸量、戒菸信心程度和已戒天數之差異情形

變項	組別	平均數	標準差	t
追蹤菸量	諮詢組(N=286)	14.87	12.97	-10.715***
	諮商組(N=146)	4.37	7.64	
信心程度	諮詢組(N=286)	5.53	3.22	9.442***
	諮商組(N=140)	8.15	2.38	
已戒天數	諮詢組(N=289)	16.80	14.16	12.413***
	諮商組(N=133)	28.84	5.74	

*** $p < .001$

實驗組與對照組兩組在初談或諮商完成一個月後的戒菸天數在統計上有顯著的差異 [$t(415.022)=12.413, p<.001$]。

從以上的分析結果可知，諮詢組於初談與諮商組於諮商完成一個月後，在菸量、戒菸信心程度及已戒天數上都有顯著的差異，諮商組的平均菸量低於諮詢組，而諮商組的平均戒菸信心指數高於諮詢組，且諮商組的平均已戒天數也高於諮詢組。

五、討 論

本研究結果顯示，諮詢組與諮商組在戒菸戒斷成功率及戒菸維持成效的成功率比較上，諮商組均高於諮詢組，顯示多次諮商的效果優於單次諮詢，這也與Zhu等(1996)的研究結果相仿。從研究中可以發現諮商組戒菸維持成效為一個月的成功率與戒菸維持成效為三個月的成功率差距很大，為避免一個月到三個月復發率高，並使維持成效的成功率不致下降太多，可以考慮運用加州戒菸專線的多次追蹤諮商。

相對於傳統上使用每週進行諮商的方式，加州戒菸專線改良聯絡計畫表產生新制的戒菸後預防復發時間點的多次追蹤諮商(Relapse-Sensitive Scheduling of Multiple Follow-Up Sessions)，根據個案可能復抽的週期去安排追蹤諮商的時間點。這些晤談將會根據菸癮復發的可能性時間點來做安排，諮商員會在戒菸的24小時內、兩天內以及三、四天內分別安排個案電話晤談，而接下來的晤談時間距會拉長。此種根據菸癮復發的可能性來做安排晤談時間，可以幫助諮商員決定成效最大的追蹤時機(Zhu et al., 1996)。如此安排諮商時間的方式，將可有效克服菸癮復發的機率，而非使用傳統上每週進行諮商的方式，諮商完成之後由電訪員追蹤持續戒菸成效。

而在過去的研究都證實經由戒菸機構及諮商員的協助下，都能有效戒除菸癮，即使是一次簡短的諮商也能在增加戒菸者戒菸動機上及戒菸者戒菸行動的自我效能上獲得成效(Mary & Mark, 2000)。因此，只有單次諮商的初談個案，可能由於個人因素，例如時間無法配合、諮商後認為不適合自己等等，諮商員需要更加熟悉來電者在戒菸上的需求與想法，才能更有效幫助戒菸者戒菸。

另外，研究結果呈現諮商組在諮商後一個月的追蹤菸量、戒菸信心程度及已戒

天數上均與諮詢組在統計上有顯著的差異，諮商組在追蹤菸量上低於諮詢組，而在戒菸信心程度及已戒天數均高於諮詢組，這與國內外的研究結果(謝淑卿、尹祚芋，民85；Baer et al., 1986; Gracia & Schmitz, 1990; Marlatt et al., 1988; Mermelstein et al., 1983; Oei & Hallam, 1991)相當一致。健康信念模式指在實踐中產生促進健康行為，摒棄危害健康行為，藉由電話諮商使個案瞭解吸菸的害處，並增強個案的戒菸信心指數，協助個案度過戒菸時期的心理障礙，以達到戒菸的目標。在本研究中戒菸信心程度可以有效預測戒菸成效且有助於戒菸的維持成效，而研究也發現諮商組的戒菸信心程度高於諮詢組，因此發展如何加強個案戒菸信心程度的諮商方案是提高戒菸戒斷成功率及戒菸維持成效相當適合的方式。

本研究有以下幾項限制。(1)抽樣方法上的限制：由於戒菸專線成立的目標為服務大眾戒菸為主，因此諮詢個案流失率較高，抽樣名單上的個案往往無法聯絡並瞭解其戒菸情況，或是非因戒菸而來電，加上拒訪比例高，在不干擾民眾生活的情形下，隨機抽樣在實際執行上多有困難，需發展解決之道如戒菸諮商專業形象之提升，增加社會及個案之信任以克服此問題。再者，受到訪談時間的限制，評量戒菸信心程度的題目僅有「您繼續維持戒菸的信心有多少？」一題，對於個案戒菸自我效能(或信心)的檢測過於單薄，未來也有待進一步詳加探索。(2)戒菸成效的生理檢測：為避免戒斷成功率有所高估，並確實掌握個案的戒菸情況，未來在經費及人力的許可下，可以抽樣方法列出個案名單配合使用醫療化學儀器的生理檢測，如此可減少發生間斷成功率的現象。(3)未納入諮商歷程未完成個案：諮商組的個案只有電話戒菸諮商完整歷程的個案，限於人力不足並未納入諮商歷程未完成的個案。

六、結 論

本研究以「戒菸專線服務中心」的個案為樣本，選取多次諮商與單次諮詢等兩種不同服務方式的個案，比較兩組在戒菸成效上的差異。結果顯示多次諮商組在追蹤菸量、戒菸信心指數及戒菸天數等三方面的成效均顯著優於單次諮詢組，證實完整的電話戒菸諮商服務有其效果。

電話戒菸諮商是由諮商員主動建議並提供支持，協助個案克服搖擺不定的戒菸決心；運用具有結構性的諮商方案，考慮戒菸者在戒菸諮商的過程中有不同階段的需求，有助於諮商員瞭解個案在戒菸的各階段中可能面臨的問題，同時也固定安排電話諮商的時間，讓個案可有效抗拒菸癮的復發，並持續追蹤戒菸者的戒菸成效，日後將可以提供吸菸者另一個可行的求助管道。

七、參考文獻

- 李蘭(民88)：《民國八十八年台灣地區成年及青少年之吸菸率及吸菸行為調查：菸害防制法實施一年後之初評》。行政院衛生署八十八年度委託研究計畫成果報告。
- 張景然(民92)：〈加州戒菸專線的介紹〉。《諮商與輔導》，209，52-55。
- 國家衛生研究院(民91)：民國93年1月27日取自<http://www.nhri.gov.tw/nhriorg/pr/newspage/20021216.htm>
- 衛生署國民健康局(民91)：《台灣地區臨床戒菸指南》。台北：衛生署國民健康局。
- 衛生署國民健康局(民92a)：民國92年11月1日取自<http://www.bhp.doh.gov.tw/tobacco/share/index.asp?web-link=share/index5-2.htm>
- 衛生署國民健康局(民92b)：民國92年11月1日取自<http://www.cbay.com.tw/JetGo/nosmoke.htm>
- 鄭丁元、溫啟邦、蔡夢娟、蔡善璞(民91)：〈國人吸菸行為現況：2001年國民健康調查之分析〉。《台灣衛誌》，22，453-464。
- 謝淑卿、尹祚芊(民85)：〈成人菸害認知與行為衝突之探討〉。《護理研究》，4(3)，219-230。
- Baer, J. S., Holt, C.S., & Lichtentien, E. (1986). Self-efficacy and smoking reexamined: Construct validity and clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 54(6), 846-852.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

- Coeoho, R. J. (1984). Self-efficacy and cessation of smoking. *Psychological Reports, 54*, 309-310.
- Garcia, M. E., & Schmitz, J. M. (1990). A Fine-grained analysis of the role of self-efficacy in self-initiated attempts to quit smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(3), 317-322.
- Lando, H. A., Hellertstedt, W. L., Pirie, P. L., & McGovern, P. G. (1992). Brief supportive telephone outreach as a recruitment and intervention strategy for smoking cessation. *American Journal of public Health, 82*, 41-46.
- Marlatt, G. A., Curry, S., & Gordon, J. R. (1988). A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *Journal of Consulting Psychology, 54*, 447-453.
- Mary, G. S., & Mark, P. (2000). A comparison of successful smoking cessation intervention for adults and adolescents. *Journal of Counseling and Development, 78*(4), 448-453.
- Mermelstein, R., Lichtenstein, E., & McIntyre, K. (1983). Partner support and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 465-466.
- Naomi, B., & Edward, L. P. (1996). Smoking cessation in young adults: Age at initiation of cigarette smoking and other suspected influence. *American Journal of Public Health, 86*(2), 214-220.
- Oei, T. P., & Hallam, J. (1991). Behavioral strategies by long-term successful self-quitters. *International Journal of Addictions, 26*, 993-1002.
- Orleans, C. T., Schoenbach, V. J., Wanger, E. H., Quade, D., Salmon, M. A., Pearson, D. C., Fielder, J., Porter, C. Q., & Kaplan, B. H. (1991). Self-help quit smoking intervention: Effects of self-help materials, social support intervention, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 439-448.
- Ossip-Klein, D. J., Giovine, G. A., Megahed, N., Black, P. M., Emont, S. L., Shulman, E., & Moore, L. (1991). Effects of a smokers hotline: Results of a 10-country self-help trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 325-332.

- Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: a situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 71-86.
- Zhu, S. H., Stretch, V., Balabnis, M., Rosbrook, B., Sadler, G., & Pierce, J. P. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 202-211.
- Zhu, S. H., Tedeschi, G., Anderson, C. M., Rosbrook, B., Byrd, M., Jonson, C. E., & Gutierrez-Terrell, E. (2000). Telephone counseling as adjuvant treatment for nicotine replacement therapy in a "Real-World" setting. *Preventive Medicine, 31*, 357-363.

The Effects of Single-Session and Multiple-Session Telephone Counseling for Smoking Cessation

TE-CHUNG CHANG, RUEI-SHIANG PAN, CHING-JAN CHANG^{*}

The present study examined the follow-up effects of two types of telephone counseling service based on the data of “Taiwan Smokers’ Helpline”. The lower intensity counseling consisted of only one session. The higher intensity counseling included the same initial session plus an average of seven additional sessions. We tested the hypothesis that multiple sessions of counseling would produce a higher abstinence rate among participants than would a single session.

The results of the multiple-session group were significantly better than the single-session group regarding cessation rates, self-efficacy, days of cessation, and continuous one-, three- six-months abstinence rates. Multiple sessions did produce significantly higher abstinence rates compared with a single-session.

Key words: abstinence, relapse, smoking, telephone counseling

Te-Chung Chang: Department of Living Science, National Open University; Taiwan Smokers’ Helpline

Ruei-Shiang Pan: Taiwan Smokers’ Helpline.

Ching-Jan Chang: Department of Guidance and Counseling, National Changhua University of Education; Taiwan Smokers’ Helpline. (Corresponding Author)