

電話諮商的協助歷程：戒菸個案的觀點

張景然¹

王珮蘭²

摘要

本研究旨在探討個案在戒菸電話諮商中所出現戒菸前的心理衝突及面對與處理戒菸不同階段的體驗與歷程，藉由個案回溯諮商歷程中改變的契機，作為將來建立戒菸電話諮商中個案的改變模式。研究者採取質性研究中的文件分析法與深度訪談法進行資料收集與分析，藉此進行兩者相互資料比對，俾便以更為客觀的角度探討吸菸者在戒菸電話諮商中的歷程。透過三角校正工作進行分析、歸類與概念化，期使研究結果更具可信度。

研究結果發現十六名參與研究訪談的個案過去經歷數次戒菸失敗經驗，故一開始對於戒菸電話諮商抱著姑且一試的心態，在諮商員提供真誠、支持、關懷的態度中，個案才逐漸正視戒菸電話諮商，同時開始體驗戒菸歷程中出現種種生理不適應與心理掙扎，期間更面臨復發挑戰，甚至興起隱瞞諮商員的念頭，但在諮商員無條件的關懷與接納下坦接受復發的困境，並重新設定戒菸目標，藉由短期諮商尋找個案正向資源，並且搭配認知與行為上的調整逐漸戒菸成功。

本研究建議戒菸個案除了在戒菸行為上可以搭配多種戒菸方法，心理上也可以透過自我內在語言改變戒除心理依賴，並且提前做好自我認同角色的改變。諮商工作者也可以嘗試運用家庭系統觀詮釋個案戒菸歷程，並在初期仔細評估個案的期待以作為後續諮商計畫的參考。

關鍵字：戒菸、戒菸電話、質性研究、電話諮商、協助歷程

張景然¹ 彰化師範大學輔導與諮商系教授兼戒菸專線服務中心主任
(E-mail: cjchang@cc.ncue.edu.tw)

王珮蘭² 實踐大學諮商中心輔導老師

致謝：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」之研究計畫，特此致謝。



壹、緒論

隨著政府與相關民間機構對於菸害防制的推廣，國民對健康意識也逐漸抬頭，不只是公共場合開始強調無菸環境，吸菸所導致個人或是對周遭人的健康危害，均使得許多癮君子興起戒菸的念頭，衛生署國民健康局和國家衛生研究院（民 91）指出，在國內所有吸菸人口中，有高達百分之七十的吸菸人口曾經嘗試過戒菸，由此可見戒菸已經成為許多吸菸者期待達成的目標。然而吸菸者長期處於依賴菸品的狀態，不但生理上早已習慣尼古丁的存在，心理上更視菸品為生命的一部份，突然切斷身心長久以來的習慣，內心掙扎可想而知，尤其當吸菸成為習慣後，其力量是相當驚人的。潘震澤（民 89）曾比較酒癮與菸癮需求中便發現，有百分之九十酗酒者一旦想到酒精便會去喝酒，但是不想的時候會把酒放在一旁，此結果表示只有百分之十的人屬於強制性飲者，相反地，抽菸的人口卻只有百分之十是可抽可不抽，其餘百分之九十的菸癮卻是每隔一段時間就必須被滿足的，似乎菸癮一來，對大多數的吸菸者來說，是怎麼擋也擋不住的。也因為菸癮是這麼難以控制，一旦戒菸，將使得吸菸者的情緒永遠處於滿足或是克服菸癮的矛盾狀態，如同縱容與克制間的衝突，深受問題行為的痛苦卻苦於無法改變或是害怕失敗（Orford, 1985）。雖然許多的吸菸者下定決心戒除菸癮，在時間或經濟因素等考量下，多透過自我約束的方式進行戒菸，然而完全依賴自我管理的戒菸成功率卻只佔所有考慮戒菸人口的百分之二（衛生署國民健康局和國家衛生研究院，民 91），即使當下戒菸成功，復發機率卻隨著時間逐漸增高，吸菸者常常在抽了又戒、戒了又抽的循環下對自我是否可以戒除菸癮感到懷疑，也因而造成許多吸菸者對於戒菸感到深深的無力感，進而放棄戒菸。

為了給予吸菸者在戒菸過程持續性的心理支持，同時提供專業的戒菸諮詢，衛生署國民健康局於是引進美國加州成功實行多年的電話諮商戒菸服務，決定成立戒菸專線服務中心，並已於民國九十二年元月三日正式上線，期許可以協助國人運用更新且更專業的方式戒菸。戒菸專線自從正式上線以來，已經協助許多吸菸者成功降低或戒除菸癮，然而，影響戒菸成功

的因素，最主要的是動機與成癮。成癮的問題多可透過輔助藥物減輕上癮的症狀，但是動機的強烈與否，大多需要戒菸者本身的努力，然而，改變本身便是一件難事，每一位個案改變的背後必定有其獨特的經驗，探討這些個案的諮商協助歷程將可以更加瞭解戒菸歷程中所面臨的種種矛盾與衝突。因此，本研究的動機在於瞭解戒菸電話諮商對於個案的協助歷程，並試圖從中建立更加完整的戒菸諮商模式。

一、戒菸動機及其維持與復發行為探討

吸菸行為雖然在精神疾病與統計診斷手冊（American Psychiatric Association, 1994）是一種成癮的行為，卻又不若藥癮或酒癮令人有種失控的感覺，也不會使自我本身因為上癮處於幻覺或幻聽的狀態，進而影響個人的生活功能。有時吸菸行為甚至是建立特定人際關係的媒介（張景然和王珮蘭，民 93）。特別是身處在一些既定的工作場合、社交情境或是同儕團體時，即使吸菸者有戒菸的意圖，最終多會因為順從吸菸社交文化而遲遲無法下定戒菸的決心。除此以外，吸菸對於身體健康的負面影響並非立即性，因此吸菸者通常都會等到身體發生警訊才驚覺戒菸的必要。廖秀珠（民 84）的研究便發現戒菸者的菸害疾病罹患性認知與戒菸維持意向呈現正相關，此結果表示吸菸者若是對於菸害疾病罹患性認知程度愈高，其戒菸維持意向也就愈高。即使如此，此研究也顯示戒菸者對於菸害疾病嚴重性認知與戒菸維持意向之間卻沒有顯著的相關性。由此可見，戒菸者的健康狀況不但影響自己戒菸動機，甚至成為將來戒菸成功與否的關鍵。然而，一般人在青壯年階段的身體依舊健康，即使吸菸造成身體不適，似乎也沒有嚴重到需要戒菸的地步，因此吸菸者多等到年齡漸大，感到身體狀況出現警訊時，才感到戒菸的迫切性（謝淑卿，民 82）。

近年來由於政府及相關機構對於菸害防制的推廣，使得吸菸者或多或少也感到吸菸對於身體健康的危害，進而開始思索戒菸的可能性。一旦決定戒菸，吸菸者通常都會自尋方式，而較少求助專業醫療的協助。以美國吸菸人口比例來說，其中便有百分之七十至八十的吸菸者透過自我管理方式戒菸，對於專業戒菸治療計畫則興趣缺缺（McAlister, 1975），這樣的現象除了前述有關輕忽吸菸對健康的危害，參與治療所



需要的時間與金錢也是吸菸者常常選擇自行戒菸的原因之一。一般來說，吸菸者並非下定決心便可以立即戒除菸癮，多數吸菸者必須嘗試幾次戒菸之後才能真正戒菸成功 (Schwartz, 1992)，然而這種一而再，再而三回到原來熟悉吸菸模式，無非形成一種慢性的復發狀態 (Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson, 1986; Marlatt & Gordon, 1985)，此現象不但使得戒菸者對自我漸漸失去信心，生活也在不斷復發中循環著。以台大醫院戒菸門診在一份長達將近三年追蹤二百五十四位初次戒菸病人的研究中，發現治療過程中運用了行為治療合併尼古丁補充療法協助病人戒菸成功，然而成功率卻隨著時間而遞減，平均只有五分之一的病人能夠成功戒菸半年以上，大致上來說，一般病人要戒菸五至七次，才能成功的戒除 (郭斐然，民 90)。陳惠珍 (民 83) 的研究中也發現，戒菸者參加醫院戒菸班的活動後雖然獲得立即性的戒菸成功，但是後續追蹤其連續六個月不吸菸的成功率卻只有百分之四十至五十。因此，面對一次又一次的戒菸挫敗經驗，不但使得個人自我效能也逐次降低，甚至影響了後續再次戒菸的動機與成功率，廖秀珠 (民 84) 驗證了自我效能對於戒菸者戒菸成功與否具有高度相關，也就是說自我效能愈高的戒菸者對於戒菸成功的信心也愈高，反之則容易導致戒菸失敗。Baer、Holt 和 Lichtenstein 在 1986 年研究也指出，低自我效能的菸癮者可預見其故態復萌的機率也將隨之增高。除此以外，劉玉菁 (民 88) 針對某工廠男性吸菸員工戒菸行為研究中也發現對自我效能期待越高，其戒菸率也越高，由此可見，高度自我效能對於戒菸成功的重要性。

戒菸者的戒菸動機除了考量本身的身體健康，人際互動也是影響戒菸者戒菸動機及其維持與復發的重要因素之一，張景然和王珮蘭 (民 93) 的研究便顯示吸菸者的吸菸或戒菸的發展歷程與家庭或周遭人際有著顯著的相關。Mermelstein、Lichtenstein 和 McIntyre (1983) 在追蹤戒菸者接受戒菸治療活動後三個月及六個月之後也發現：比起復發者，戒菸者獲得較多的配偶或親近伴侶的協助。類似的結論也在 Lichtenstein、Glasgow 和 Abrams (1986) 的研究結果中得到驗證，戒菸者在戒菸過程若是獲得伴侶的支持，將可預測長期戒菸的成效。因此，戒菸者除了努力增強自我戒菸動機以及確實執行戒菸方法，若是可

以獲得周遭親朋好友的支持，將會協助自己持續維持戒菸的成效。除此以外，個人身處的環境也是戒菸者是否能夠維持戒菸的影響之一，特別是一些吸菸的高危險情境更容易引發個人吸菸的慾望或是導致戒菸後再度復發 (張景然和王珮蘭，民 93)。所以戒菸者在戒菸期間除了要做好自我管理的工作，如何在吸菸的高危險情境控制自己吸菸的慾望可說是戒菸歷程中的一大挑戰。近年來由於政府與民間單位對於菸害防制的努力，吸菸行為已經被許多公共場所限制，吸菸所造成的二手菸更是與傷害身體健康劃上等號，種種社會的壓力也使得吸菸者不得不考慮戒菸的可能，因此適度的社會壓力是會增加吸菸者的戒菸行為，對其戒菸行為也是有所幫助。我們可以從 Hellman、Cummings、Hanghey 和 Zielezny (1991) 的研究結果發現相同的結果，戒菸者若是明顯感受到社會壓力，其嘗試戒菸行為的可行性也會越高。

二、戒菸階段的歷程

吸菸者一開始進行戒菸，由於身體長期以來已經習慣固定的尼古丁劑量，一旦突然抽離尼古丁依賴，首先面臨的便是生理上的不適應，許多相關研究均證實戒菸將導致生理、主觀意識及行為功能的改變 (Ney & Anthony, 1989)，特別是針對一些長期吸菸者突然中斷或減少吸菸量，將會導致尼古丁戒斷徵候群。根據精神疾病與統計診斷手冊 (American Psychiatric Association, 1994)，其戒斷症狀包括心情惡劣或憂鬱的心情、失眠、躁動易怒、挫折感、憤怒、難集中注意力、不能靜止或不耐煩、心律變慢以及食慾增加或體重增加。醫學的進步，使得生理的成癮問題早就可以透過先進的藥物予以控制，然而是否有強烈的動機對抗心理一直以來對菸的依賴則取決於吸菸者改變的慾望。改變是需要動機，當事人的戒菸動機越強，越能促使吸菸行為的改變。依照 Prochaska 和 Diclemente (1992) 經過十多年針對吸菸者的戒菸歷程提出五階段理論，依序分別是：(1) 懵懂期，目前是吸菸者，在未來 6 個月不考慮戒菸，也不覺得吸菸是個很嚴重的問題，因此完全沒有想過戒菸；(2) 沈思期，目前是吸菸者，雖然有考慮在未來 6 個月內戒菸，但是還不確定是否應該真的要付諸行動，內心依舊掙扎於應該要戒還是不戒的矛盾心態；(3) 決定期，目



前吸菸者，過去 1 年中至少曾戒菸 24 小時，並計畫在最近 1 個月內戒菸是否要完全戒菸；(4) 行動期：已戒菸者，但尚未超過 6 個月；(5) 維持期，已戒菸者，而且已經維持超過 6 個月以上。

雖然有百分之七十的吸菸者表示想戒菸，但只有百分之十至二十處於準備期（陳晶瑩，民 90）。也就是說，處於考慮期吸菸者的內心交戰，常常便是可否順利轉換至下一個階段重要的挑戰。Prochaska 和 Diclemente（1992）回溯一份針對二百位處於考慮期的吸菸者的研究中表示，當這個計畫進行了兩年之後，所有二百位吸菸者依舊停滯在沉思期，由此可知，並非所有前來求助的當事人均已經準備好將戒菸的行動付諸實行，他們或許終於意識到吸菸對自己的負面影響，也開始願意正視自己吸菸的問題，但是內心卻始終有著兩種聲音在交戰著。衝突心理理論中提到的瞻前顧後型的衝突類型可說是成癮行為的最佳詮釋（Miller & Rollnick, 1991）。因此，廖秀珠（民 84）邀請戒菸者在戒菸後的心得發表中，戒菸者特別強調採取戒菸行動前的身心準備的重要性，將有助於度過內心充滿衝突與矛盾的戒菸過程。

因此戒菸的過程無法一蹴可及，否則在身心狀況尚未準備好之前，反而造成反效果，American Psychological Association（1998）的一份研究便呼應了戒菸欲速則不達的反效果，研究中邀請了 214 位每天都必須吸菸的受訪者在 24 小時不抽菸，這些受訪者均表示如此戒菸的方式，反而使他們在研究一結束之後，馬上就有想要吸菸的慾望，如此需求比起平常吸菸時還要強烈。Orford（1985）曾提過心理反彈的理論，似乎當人感受到個人自由受到威脅時，格外覺得問題行為本身的吸引力，因而增加該項行為的發生率。

除此以外，Miller 和 Rollnick（1991）也發現菸癮者試著要戒菸時，其中一個最大的心理挑戰便是自我形象的轉變，過程中，吸菸者必須同時經驗自己仍然是菸癮者，但是已經開始嘗試新的非吸菸者的行為，這種自我形象認知與行為的落差，造成菸癮者認知失調的狀態，這是相當不愉快的感受。有時我們會誤認上癮行為的改變不過是瞬間，其實改變都與外在因素以及個人是否願意下定決心有著很大的關係（Prochaska, Diclemente & Norcross, 1992）。

三、減少或消除吸菸行為的方法

真正有效的戒菸介入，通常需要整合個人在藥物上、行為上、認知上以及維持上做通盤的考量。潘怡燕和李蘭（民 88）的研究也指出，戒菸改變通常得隨著時間在不同動機階段間移動，並且主動在不同階段採取不同的改變方法去改變認知、情境與行為，最後才能達成戒菸目標。茲就目前常見戒菸療法整理如下：

(一)藥物治療法

這幾年由於藥物的進步，戒菸者在藥物治療的部分，多可以透過尼古丁補充療法，例如：尼古丁嚼片、尼古丁貼片、尼古丁噴霧劑、尼古丁吸入器或 Busprion 藥物解除尼古丁戒斷症候群（郭許智和謝文斌，民 86）。陳晶瑩（民 89）綜合國外相關研究均證實尼古丁取代療法為戒菸的有效療法。

(二)行為治療法

依照邱南英（民 88）整理出下列常用的行為治療有：

1. 替代式的戒菸方法：主要是使用對健康危害程度較低的物品替代吸菸行為，通常替代的物品分為兩種，一種是以實質物品代替吸菸，例如食用零食、水果、飲料或嚼食口香糖，另外一種則是透過行為轉移對吸菸的慾望，像是慢跑、散步、游泳、打球、聽音樂或看書等等。
2. 階梯式的戒菸方法：主要是透過減量的方式逐步減少吸菸的數量和頻率，使得身體對尼古丁的依賴也跟著逐漸減少，時間越久，身心對於吸菸的慾望越少，一直到完全不吸菸為止。此方法與 Cinciripini、Lapitsky、Seay、Wallfish、Kitchens 和 Yunakis（1995）所提及有計畫性減少吸菸相似，除了戒斷症狀可以減到最低，更可以協助戒菸者自我覺察到吸菸與吸菸的時間點自己可以抑制的程度，是一個較為符合戒菸者個人身體狀況與能力的戒菸方式。
3. 嫌惡制約：嫌惡制約是最常使用的行為治療，使用的方式有兩種，一種是將不愈快的外在刺激與吸菸配對，使吸菸者久而久之對吸菸產生嫌惡排斥，過程中再搭配心理支持與衛生教育來達成戒菸的目的，另外一種則是將內在刺激與吸菸配對，例如在短時間之類大量且不間斷的吸菸，一直到噁心嘔吐等身體不適應的症狀產生為止。



4.自我控制：主要是透過戒菸者記錄各種吸菸之前的事件，瞭解自我容易吸菸的高危險情境，再想方法可以如何避免與處理。另外也有透過存放保證金或訂立自我獎賞或懲罰的口頭或書面承諾，若是有社交吸菸壓力的戒菸者，醫院戒菸計畫的醫生多會替戒菸者寫一張拒菸身份卡，填上需要戒菸的健康問題，並且蓋上醫生的印章，戒菸者像是擁有一個護身符一般，避免因戒菸而無法社交的尷尬（李燕鳴，民 90）。

(三)戒菸電話諮商

電話諮商一向被視為具方便與經濟性的助人工作媒介，適合個案在承受壓力與情緒不佳時的協助方式（蔡幸蓉，民 91）。戒菸電話諮商則是以一對一的電話溝通方式，與戒菸者討論戒菸的計畫與動機，並給予其適當的支持、同理與關懷。從吸菸者的觀點來看，它主要的吸引力是易接近和方便，和大多數其他的戒菸計畫比較，它沒有輸送的困難，和較少的計畫性衝突。而且，在自己的家中接受指導可以提供治療給那些不想正規地尋求戒菸指導的人，這些因素會鼓勵吸菸者去使用這個服務。比較電話諮商和自助手冊的戒菸成效研究中，指出電話諮商的模式擁有更多的益處，包括電話諮商的隱密性以及一對一的電話諮商特色都提供戒菸者一個開放的空間針對個人去談論所遇到的問題（Zhu, Stretch, Balabnis, Rosbrook, Sadler & Pierce, 1996）。

根據 Zhu、Tedeschi、Anderson 和 Pierce（1996）的評估性研究顯示，吸菸者的戒斷率在接受電話諮商後三個月可達 50%，六個月達 40%，一個月只有 26.7%，但其戒菸成功率仍超過美國一般戒菸班或戒菸門診成功率。而衛生署國民健康局和國家衛生研究院（民 91）整理 11 篇國外文獻中，也發現個別行為戒菸療法比對照組的戒菸成功率高 1.55 倍，由此可見個別諮商對於戒菸維持有一定的成效。而戒菸電話諮商在使用上的方便與彈性，更是提供戒菸者另外一種協助自我戒菸成功的選擇，而且可以在家中接受戒菸計畫指導與執行，除了協助那些不太願意尋求醫療系統的戒菸者也可以擁有專業的戒菸服務，更可以幫助無法配合醫療機構戒菸計畫實施時間的民眾，更重要的，對於那些不習慣接受面對面諮商或直接服務的民

眾，戒菸電話諮商將有助於求助動機（California Department of Health Services, 2000; Zhu, Rosbrook, Anderson, Gilpin, Sadler & Pierce, 1995）。

綜合上述戒菸療法與相關實徵研究，戒菸電話諮商可說是戒菸者最容易取得專業協助的療法，然而在國內卻才正要開始，因此，本研究想要探討的問題有：

- 1.個案在電話諮商中所出現的戒菸前的心理衝突。
- 2.個案如何面對與處理戒菸歷程中的心理衝突。
- 3.個案在戒菸不同階段經歷何種變化與歷程。
- 4.藉由個案回溯諮商歷程中改變的契機，作為將來建立電話諮商中有關協助個案戒菸的改變模式。

貳、研究方法

一、研究取向與方法

本研究採用質性取向探討與理解戒菸在電話諮商中的戒菸歷程，除了較能回答研究問題，更重要的是本研究符合質性研究所重視研究對象的參與及觀點投入，同時強調各種資料收集方式以及完整且全面性的收集相關資料並對研究結果作深入的詮釋（徐宗國譯，民 86）。

本研究選擇質性研究文件分析法與深度訪談法進行資料收集與分析，透過諮商員的個案記錄文件，與從個案眼光了解諮商中協助歷程的結案後訪談記錄中，進行兩者相互資料比對，藉此比較為多元且客觀的角度探討吸菸者在戒菸電話諮商中的歷程。

研究者在取得戒菸專線中心諮商員與當事人同意之後收集個案諮商記錄，並且於諮商結束後三個月內進行深度訪談並謄寫成逐字稿，之後進行內容整理、歸納與分析，藉此發現當事人在電話諮商中與戒菸相關的認知、情緒及行為等歷程。以下分數兩種方法的執行過程：

(一)文件分析法

透過戒菸專線中心的協助，共取得十六位接受戒菸電話諮商的個案諮商記錄，每位進行諮商的次數約五至十三次，總計收集 121 份諮商記錄。

(二)深度訪談法



研究者在個案接受諮商過程結束立即安排邀約訪談，至執行結束均在三個月以內。在徵求受訪者的同意之下，使用錄音方式收集資料，方便往後整理資料時可反覆聆聽，期使資料可以更加貼近當事人的感受，每次約進行三十至四十分鐘左右，訪談後委請助理謄寫逐字稿，藉以作為整理與分析戒菸協助過程的依據。訪談的重點包括：(1) 諮商過程中改變的契機，(2) 諮商過程帶給自己的影響，(3) 對於諮商過程的整體評估。

二、研究參與者

(一)諮商員

本研究的諮商員均隸屬戒菸專線中心，除了本身皆具有諮商輔導相關教育或訓練背景，在中心更持續接受諮商繼續教育及專業督導的課程。在戒菸專線服務過程中，均以提供諮商服務為主。諮商員在選擇工作取向時多以個人中心學派所提到的同理心、無條件的積極關注以及真誠的態度作為建立諮商關係的基礎，並且透過上述助人技巧協助個案自我成長與覺察。而由於個案均期待可以運用有效且省時的戒菸方式，因此諮商員均選擇短期諮商輔以認知行為改變技術為主，藉此符合個案的需要，以下是透過訪談記錄整理出諮商員在諮商歷程中的工作模式：

1. 諮商以目標而非洞察為導向，因此當個案達成減量或戒斷時諮商即告結束，轉而進行定期追蹤工作，所以諮商次數通常不超過 15 次。
2. 諮商員採取主動且積極的角色，每次會談多透過諮商員主動聯繫，過程中除了積極引導及協助個案尋找個人內在戒菸資源，也透過鼓勵及真誠的態度增強個案戒菸動機，並於適當時機提供適合個案戒菸的認知行為改變技術或替代方法。
3. 諮商員對個案採取支持、包容、關懷及接納的態度，不會因為個案在戒菸過程中復發而予以批評或指責，也因而使得諮商員成為個案在戒菸過程中不可或缺的支持力量。
4. 諮商員與個案的關係建立在合作的基礎上，雖然諮商員會適時給予個案戒菸相關的建議，但決不是強迫性，也因此讓個案感受到尊重以及為自己做決定的能力。

(二)受訪者

研究者透過戒菸專線取得民國 93 年曾經接受戒菸電話諮商服務且順利結案的個案擔任受訪者。順利結案指的是順利完成連續電話諮商療程，並且截至接受本研究訪談時均維持戒菸的個案。由於戒菸專線一開始便規劃後續評估電話諮商相關研究，因此在個案初次來電時即由初談員解釋電話戒菸諮商服務與性質，並且詢問是否願意接受戒菸電話諮商，個案若是有意願將往後戒菸諮商過程的資料作為研究用途，則會進一步協助個案瞭解個人的權益、往後進行研究的程序及諮商倫理。在個案瞭解各種權益與義務之後簽署研究同意書，以作為往後合法取得諮商記錄的依據，因此本研究所收集的資料均獲得受訪者同意將其諮商歷程作為研究用途，茲就受訪者基本背景資料整理如表一。

三、研究步驟與資料分析

研究者在閱讀個案諮商經驗的相關文獻時，發現個案的樣本數大多低於十人，本研究在取材容易的考量下，從戒菸專線中心共取得十六位個案接受訪談後達到取樣的飽和度 (Saturation)，根據 Lincoln 和 Guba (1985) 所提出的質性樣本取樣標準，至此停止繼續取樣。

由於個案從一開始到結束均透過電話諮商與戒菸中心接觸，為避免個案臨時接獲研究者來電而感到突兀，研究者透過諮商員的協助先行與個案討論是否願意接受本研究的訪談，然而多數受訪者均表示進行面對面訪談的困難，但可以接受電話訪談，因此在十六位個案中，有十位是透過電話訪問，六位則是透過面對面訪問。在進行訪問前由二位研究者與研究助理根據之前所收集的相關文獻共同擬定訪談大綱後開始進行半結構式深度訪談。訪談並不侷限於大綱的內容，個案可隨時補充個人在戒菸電話諮商中的種種體驗。過程中，研究者與研究助理則會記錄訪談摘要，內容包括訪談時的觀察與反思，透過研究會議的討論統整訪談內容，並適時加以補充可以深入探索的問題。訪談內容則在每次訪談結束後，由研究者針對訪談大綱進行簡短討論，期使下次訪談大綱更接近研究的目的，以便從下一位受訪者身上收集更深入的資料。訪



談資料最後則由研究者委請助理謄寫成逐字稿後，進行資料編碼與歸類的分析工作。

本研究採取深度訪談與文件分析的方式，將逐字稿與諮商記錄內容逐一整理後，首先由研究者與研究助理各自針對逐字稿對照個別諮商記錄予以詳讀，以便對收集到的資料形成完整的印象，並且將有意義的談話段落或是諮商摘要加以劃記，之後透過三角校正的工作（Patton, 1990），反覆討論與釐清其定義，然後統整出較為明確的類別，接著將摘述內容依照意義相似度予以歸類、分析與概念化，進而給予適當標題。最後則將所有摘錄內容與其適切標題予以合併，藉由研究者充分討論輔以「研究日誌」進行最後部分修正內容歸類。

參、研究結果

根據個案受訪資料對照其諮商記錄發現戒菸歷程中的共同主題有：

一、個案進入戒菸電話諮商前的發展脈絡

(一)多次失敗的戒菸經驗

表一呈現十六位個案在接受戒菸電話諮商前，除了個案 W1 不曾戒菸，其餘均曾經使用過各種不同的戒菸方式。個案雖然都努力嘗試各種戒菸的方式，然而長期養成的吸菸習慣以及生活中無時無刻存在的種種壓力均使得個案依舊在戒菸又吸菸的反反覆覆經驗中，不斷經歷戒菸帶給自己挫敗的感受。

表一 戒菸電話個案接受面對面研究訪談的基本資料

受訪者代碼	文本編號	性別	年齡	職業	菸齡	吸菸頻率	是否曾戒菸	曾經使用戒菸方式	戒菸階段	接受電話諮商次數
L	1	男	22	學生	6年	一天約一包	是，試過多次	自動減量	沈思期	5次
T	2	男	42	工廠主管	24年	一天一包	是，試過3、4次	尼古丁貼片、口香糖	決定期	8次
L1	3	女	27	經營小吃業	6年	一天10-20根	是，試過1次	美國亞裔電話戒菸中心	沈思期	5次
W	4	男	不詳	經商	不詳	一天一包	是，試過1次	直接戒斷	決定期	12次
H	5	女	不詳	家庭主婦	不詳	一天約10根	是，試過數次	針灸、口香糖	沈思期	9次
S	6	女	30	美容、美髮	12年	一天一至二包	是	直接戒斷	沈思期	8次
T1	7	男	21	學生	3年	不詳	是，試過數次	吃東西、喝水、轉移注意力	沈思期	5次
L2	8	女	43	經營早餐店	6年	一天10根	是，1次	尼古丁貼片	沈思期	7次
L3	9	女	40多歲	上班族	4至5年	不詳	是，數次	忍耐及不去買菸	沈思期	13次
W1	10	男	30多歲	航空業	21年	一天5根	沒有	無	沈思期	3次
L4	11	男	20多歲	業務員	10年	一天一包多	是	減量、減少買菸	沈思期	6次
K	12	女	40多歲	兼職職業婦女	10多年	一天2-4根	是，數次	意志力	沈思期	11次
C	13	男	30多歲	經商	8-9年	一天10至15根	是，數次	意志力	沈思期	8次
C1	14	男	50多歲	務農	30多年	一天一包半	是，數次	意志力	沈思期	10次
L5	15	男	40多歲	經商	20多年	一天一包半	是	不詳	沈思期	6次
H1	16	男	不詳	經商	不詳	一天二包半	是	口香糖	沈思期	9次



(二)生活中偶然接觸戒菸電話諮商資訊

十六位個案均在生活中無意間取得戒菸電話諮商的資訊，有的個案便是於休閒時刻觀看到戒菸電話諮商的電視廣告，有的是在上班開車的途中收聽到廣播節目的介紹，也有的則在圖書館翻閱雜誌時恰巧看到戒菸專線的廣告，另外有個案前往衛生所檢查身體時剛好遇到戒菸電話諮商的推廣活動。除此以外，有個案則是透過友人推薦，進而獲得戒菸專線的資訊。

(三)身體狀況變化與電話使用便利性是嘗試戒菸電話諮商的關鍵

個案身體出現警訊時，通常會認真思索是否要將戒菸付諸行動。個案曾提到最近由於深感冒、氣管、喉嚨不舒服或是身體受傷的關係，使自己不得不考慮放棄吸菸的習慣，以免身體一直惡化下去。另外一個嘗試的關鍵也是和身體狀況變化有關，但都發生在女性的個案身上，她們均是因為懷孕或是想要提供孩子一個無菸的環境而興起嘗試戒菸電話諮商的念頭。而個案 T 則提到：「反正人不用去那裡或者還要配合一些醫療方式，所以一回到家就馬上打電話試試看」，可見得戒菸電話諮商的方便性也是個案願意使用的因素之一。

(四)對於戒菸電話諮商的期待

個案先前的戒菸經驗主要是透過自我控制或是其他替代方法，亦或尋求醫療系統的資源，因此在回溯過去戒菸失敗的經驗中，共有十五位個案好奇除了依靠意志力或是曾經嘗試的方法，是否還有其他方式可以讓自己可以戒菸成功，因此在一開始澄清對於戒菸電話諮商的期待，都抱著姑且一試的心情，並且把諮商員視為專家或老師的角色，希望諮商員可以提供有效的戒菸方法或是直接告訴自己可以如何戒菸成功，有位個案則懷疑自己長期以來吸菸的習慣透過電話談話便可以戒菸成功的可行性，可見得對於個案諮商的本質還是相當陌生。

二、持續接受戒菸電話諮商的調適歷程

(一)受訪者接受戒菸電話諮商的初次體驗

一旦個案願意接受戒菸電話諮商，後續的會談方

式則透過諮商員與個案的討論之後，除了找出彼此方便使用電話聯絡的時間，在尊重個案的前提之下，由諮商員配合個案是否需要主動聯絡亦或是等待個案來電。在本研究的個案中，是由諮商員負責主動聯絡，因此個案均表示一開始幾乎都會忘記與諮商員約定的時間，直到接到諮商員的電話才想起與諮商員會談的約定，也因此個案對諮商員感到不好意思，心情也覺得相當尷尬。

(二)諮商員態度帶給受訪者的影響

個案一開始除了容易忘記每週一次的電話諮商，也有的是因為受限於工作時間不定，因此深感事先與諮商員必須預約諮商的困難，然而透過諮商員不斷表達關懷以及重視個案戒菸的態度，使得也受個案到影響而逐漸開始正視戒菸電話諮商。有幾個案位便表示是自己主動要求戒菸專線的協助，諮商員都把戒菸看待是一件重要的事，自己豈能抱持著不在乎的心態；個案經過不斷的自我調整以及受到諮商員認真態度的影響，也開始調整自己的生活作息，並且嘗試與諮商員於每週固定的時間進行電話諮商，漸漸地讓戒菸電話諮商可以成為自己生活的一部份，而個案在逐漸穩定的諮商關係中開始認真實施戒菸計畫。

三、戒菸電話諮商歷程中出現的主題

(一)減量或戒斷的抉擇

吸菸者的身體若是立即阻斷長期以來依賴尼古丁的狀態，將會使得身體出現不舒服的戒斷症狀，進而增加復發的機會，因此戒菸專線諮商員一開始多會鼓勵個案運用減量的方式，以免身心一下子無法適應；基於尊重個案的選擇，諮商員仍將戒菸方式交由個案決定，所以個案接受戒菸電話諮商初期，首先必須決定要透過減量或直接戒斷的抉擇，對於多數個案來說，減量戒菸是項新的嘗試，畢竟在過去的戒菸經驗中，並不知道戒菸可以先從減量開始。經過諮商員的解釋，十六位個案中，只有一位個案不想讓整個戒菸的期限延長，決定使用直接戒斷的方式，不過他也是本研究所有的個案中，唯一沒有戒菸史的吸菸者。

(二)戒菸過程中生理產生的不適應



提個案到戒菸初期，均提到生理不適應，最明顯的感受以情緒不穩定居多，像是焦躁、精神恍惚或注意力無法集中。有位個案在戒菸初期則感到頭暈及噁心，也有一位個案覺得自己口腔唾液增加，甚至整天打哈欠且不斷流眼淚，身體因此特別容易感到疲倦，另外則有個案感到特別想吃東西，體重甚至因此而增加不少。

(三)戒菸歷程中所面臨的心理掙扎

所有的個案中，除了三位不太記得自己的菸齡，其他個案都有三年以上的吸菸史，雖然已經下定決心進行戒菸計畫，但是吸菸畢竟在生命中已經扮演相當重要的角色，因此在一開始戒菸的時候，心理都會產生一些矛盾與掙扎，個案在戒菸的初期，最深刻的感受莫過於在過去特定的時刻可以來上一根菸，如今卻必須信守戒菸的承諾而忍受吸菸的慾望，內心因此開始出現下列的掙扎於矛盾：

- 1.突然失去例行習慣的不適應：個案對於晨起、飯後及休閒時刻再也不能吸菸感到有些困難，如同人個案 L 便提到自己的感受：「幹嘛要戒，搞得自己現在心理很空虛」。由此可見，個案突然失去的例行性習慣的不適應。
- 2.對自我健康危害程度的認定：個案 L3 便因為減量後無法感受身體健康有顯著的改變，而興起復發的念頭；L4 個案則在減量初期掙扎於身體健康與身材維持的兩難中；另外則有二位提個案到自己的長輩抽了一輩子的菸，身體卻依舊硬朗，也因此開始懷疑戒菸對身體危害的真實性。
- 3.對自我身份的認同：在戒菸的個案過程中，對於自己是吸菸者亦或是非吸菸者感到困惑，特別是在戒菸的初期有著深刻的感受。由於一直以來自己都是以吸菸者自居，一下子失去吸菸者的身份，對個案於自己的身份定位多會感到疑惑，個案 L4 甚至形容當時的內心彷彿有天使與魔鬼兩種聲音在交戰，探討自己是個吸菸者還是個非吸菸者，自己也有種不知如何定義自我身份的困惑。
- 4.對於減量目標的承諾：個案都希望可以在有效的期限內戒菸成功，因此無不希望可以縮短減量的時間，同時盡快達到戒菸的目標，然而卻個案因此造成欲速則不達的現象。有二位在個案回顧戒菸經驗

時，便提到自己一開始若是減量目標太大，反而會讓自己抽得更凶，彷彿想要彌補之前無法吸到足夠菸量的缺憾。

- 5.工作中人際互動的壓力：個案提到戒菸的初期，因為同事及朋友均不知道自己訂下戒菸目標，甚至早已開始實行減量計畫，因此一旦周遭他人遞菸或敬菸予個案時，自己多會礙於情面而回覆吸菸的狀態，內心雖然感到懊惱，卻也因為不想戒菸而影響自己的人際互動；例如個案 L3 便說道：「辦公室大家都在抽，自己如果沒在抽的話好像沒有辦法融入」。
- 6.負面情緒宣洩的管道不在：個案都提到自己之所以養成吸菸的習慣，無非是因為吸菸可以減輕生活中發生的種種壓力，一些個案都是在工作、學業或家庭生活面臨壓力時，藉由吸菸作為情緒宣洩的管道，因此即使自己下定決心戒菸，內心卻被焦慮與不安的情緒所淹沒，擔心無處尋找往後宣洩負面情緒的管道，因此很想再回到吸菸狀態。

(四)回溯過去吸菸史，從中歸納吸菸的動機與習慣

個案在接受研究者訪談的過程中，提到諮商員陪同自己瞭解個人吸菸的動機與習慣是個令人印象深刻的體驗，若不是透過戒菸電話諮商，自己幾乎不會探索個人吸菸的原因，進而從中找尋適合自己替代吸菸的方法。有別於醫療系統多是直接提供吸菸者戒菸的輔助方式，戒菸專線的諮商員則以個案為中心，希望協助個案藉由探索過去吸菸史，找尋屬於完全適合個案自己戒菸的方式，討論個案的吸菸動機與習慣便成為戒菸電話諮商中必經的歷程。個案自己也覺得若是瞭解吸菸的原因，就會比較好戒除菸癮。透過諮商員的引導，個案在回溯過去的吸菸過程中，對於菸已經成為生活中不可或缺的物品有著深刻的感受，有的個案在回憶自己的吸菸習慣時，多發現自己總是會在特定的時刻一定要來上一根菸，例如每天早上起來的第一件事、工作休息的時候、談公事的過程、一個人無聊的時候或是開車等待紅燈的時刻等等；這些林林總總的習慣都在當事人接受諮商的過程中一一被探索，一旦個案覺察到自我吸菸的動機只不過是被習慣制約的結果，多會激發自我想要找回自我掌握的動力，期待自己不要再受到吸菸習慣控制。



(五)尋找個人戒菸的動力

爲了幫助個案可以釐清內在對於吸菸的矛盾與衝突，諮商員多鼓勵個案探索自我與菸的關係。在諮商員引導下，個案探索自己吸菸動機與習慣，逐漸發現自己與菸的不對等關係，也就是說菸一直扮演著控制個案的角色。一旦個案有了這份覺察，均增強其戒菸動力，進而試圖尋找其他取代菸品的替代品。

在戒菸電話諮商過程中，受訪個案個提及諮商員均會協助個案尋找個人的戒菸動力，主要從戒菸的動機進行探索，並從中歸納出三種主要的原因：第一種是爲了自己的健康；第二種則是爲了家人的身體健康；第三種則是自己身爲父母，必須作爲兒女楷模的角色。然而，個案縱使知道吸菸帶給自己或周遭他人可能的身體危害，卻也因爲現階段尚未感受到強烈的身體警訊而持續吸菸的行爲。因此個案會想要瞭解菸與自我的關係，好奇自己對於吸菸的不捨，竟然連身體健康都可以不顧。在諮商過程中，個案發現自己抽菸是一種對自我身份認同，一旦沒有抽菸，就好像自己某個角色也隨之消失；也有一位個案則是覺察到視菸爲自己的分身，需要獨處時，菸就成爲一種投射，可以讓自己與內心來一段對話。上述種種自我探索，讓個案也從中逐漸瞭解自己賦予菸過於脫離現實的象徵意義，因而更加增強自己改變的動機，進而想出一些替代的方法。像是前述將菸當成是分身的個案，便開始透過與錄音機對話來取代菸；另外則有個案透過家人的從旁鼓勵，像是運用打賭或激將法，使自己更有動力達成戒菸的目標。

(六)諮商員提供的戒菸資源

個案在一開始接受戒菸專線服務時，初談員或是諮商員均會提供戒菸相關手冊，協助其擁有更多幫助自己資源，因此個案均提到在戒菸初期收到一些相關的戒菸資料，也有一位個案在聽取諮商員提供的戒菸資源後，先去尋求醫療系統的協助，並在後續戒菸的過程中，同時前往戒菸門診與接受戒菸電話諮商，也使得自己可以從多元的資源中幫助自己運用更有效能的方式達成戒菸的目標。

(七)諮商員給予的戒菸方法

尋求戒菸電話諮商的個案無非是希望可以在有效

的期間內達成戒菸的目標，在諮商的過程中，諮商員除了擔任陪伴、鼓勵、支持與引導的角色，更是提供個案諮詢的角色，像是提供戒菸的替代方法。最常看到的便是透過時間切割的方式，所謂時間切割便是個案想要吸菸時，通常都是會在特定的時刻，例如開車或是早上起床那一瞬間，諮商員於是鼓勵個案暫時忍耐想要吸菸的慾望，等過了平常想要吸菸的時間再吸一根菸，接著在個案可以承受的範圍內逐漸拉長原本吸菸的時間，進而達成減量的目標。一些個案對於上述的方式表示肯定，雖然一開始有些辛苦，但是由於透過逐步減量，後來反而覺得這是一項既輕鬆又容易達成戒菸的方式，其他諮商員提供的替代法諸如嚼口香糖、喝水及運動均是個案在嘗試過後，認爲可以幫助自己戒菸成功的好方法。

(八)戒菸維持的方法

個案均感到自己不去抽菸是件容易的事，但是如何維持戒菸卻是個很大的挑戰，因此有些當事人便會開始思索如何可以讓自己一直保持戒菸的狀態。根據個案的經驗，可以分爲認知與行爲改變兩大部分：

1. 認知改變：個案戒菸成功之後，爲了持續保持戒斷狀態，會透過內在的自我對話，不斷鼓勵或警惕自己不要再抽菸，然而只是單純的告訴自己不要吸菸似乎欠缺一些說服自己的力量，有位個案不斷告訴自己：「菸已經不是生活中的一部份了，所以更不能被自己的慾望所控制」；也有的個案因爲逐漸認同自己是非吸菸者的身份，所以時時告訴自己已經是個不抽菸、不買菸的人，藉此更加確定自己非吸菸者的身份；有位個案則是在戒菸之後，不斷告誡自己：「新習慣已經取代舊習慣」，過去吸菸的習慣已經可以透過運動或喝水等方式取代；另外也有當事人不斷鼓勵自己：「不吸菸可以多存一筆錢」，藉此幫助自己轉移吸菸的注意力。
2. 行爲改變：爲了讓自己可以遠離吸菸的機會，個案均從家裡不放菸作爲改變的開始，讓自己即使想要抽菸也因爲無菸可抽而放棄，另外有個案透過運動、喝水、喝茶、咬筆、嚼口香糖等替代方式轉移吸菸的慾望，逐漸取代吸菸形成個人新的習慣。除此以外，個案 C 在一次偶然的機會中，對著錄音機開始述說自己生活當中的點點滴滴，同時也錄下自



己在戒菸過程中的各種體驗，久而久之竟然成爲情緒宣洩與自我統整的好方法，戒菸過程中所出現的壓力與情緒因此減輕不少。

四、減量或戒斷改變的契機

(一)覺察到吸菸行為與負向情緒的連結

個案在接受戒菸電話諮商的過程中透過諮商員的引導，回顧自己與菸的關係，試圖探索自己上癮的原因，一些個案便在體驗自我探索的經驗中，發現自己之所以吸菸多是透過菸來抒發生活中經歷的焦慮、憂鬱、煩躁、憤怒等負面情緒，於是覺察到自己一旦感受到負面情緒便吸菸的動作其實是一種依賴的行爲。一旦個案有了這份覺察，通常開始加強自我改變動機，有幾位個案便是發現自己其實只是透過吸菸來減輕工作壓力時，毅然決然做出戒菸的決定，同時開始與諮商員一同討論適合自己的替代方法；一位受訪者甚至提到：「自己過去相當依賴菸，然而當自己把菸戒掉了以後，其實我發現我變獨立了。」

(二)感受到戒菸後身體逐漸恢復健康

個案在戒菸過程中，最明顯的感受均是身體狀況隨著逐步減量而漸漸康復，特別是支氣管或肺活量都因爲戒菸使得呼吸比以前順暢許多，運動時也不會容易感到疲倦，喉嚨也不再感到有痰而不舒服。一位個案甚至因爲戒菸使得自己多年的氣喘逐漸康復，與人交談不再常常感到上氣不接下氣。另外則有一位受訪者從中醫的角度形容自己在戒菸後火氣不再那麼旺，身體也變得輕鬆許多。雖然個案透過減量的方式戒菸，也許不如一次完全戒斷來得快，然而從小而具體可以達成的目標開始改變，使得個案更能細心體會身體因爲減量而逐漸恢復健康的過程，此結果正呼應了焦點解決短期諮商（洪莉竹，民 87）提出「小改變造成大改變」的重要概念，諮商員不去深入探究個案問題背後深層的原因，而是從個案身上尋找資源，協助個案訂立小而具體且願意付諸實行的行動，進而逐步達成戒菸的目標。

(三)身份的認同

本研究女性當事人之所以選擇戒菸，是因爲懷孕或是準備懷孕，因此，戒菸無非是想要爲胎兒營造一

個健康的孕育環境。另外，有一位女性個案是因爲看到兒子開始吸菸而決定以身作則，希望自己先戒菸成功後再說服兒子戒菸，由此可見，當女性個案認同自我身份是位母親角色時，似乎也會喚起自己必須照顧及保護下一代的責任與義務，如果自己是一位吸菸者便會與身爲母親的角色有所衝突，此時當事人均會以孩子的利益爲優先，願意捨棄身爲吸菸者的角色而開始戒菸。也有的個案在戒菸的過程中，周遭親朋好友仍有敬菸或遞菸的動作，一開始多會因爲不好意思拒絕造成戒菸後復發，不過個案在逐步達成減量目標後，也會爲了要維持戒菸的狀態而拒絕敬菸或遞菸，於是向他人聲明自己已經是個非吸菸者，於是乎也在傳達自己是個非吸菸者的訊息中，認同自己是個非吸菸者的角色而達成戒菸的目標。

(四)對自我形象的肯定

有些個案回溯自己吸菸的歷程時，多會提及自己因爲吸菸導致皮膚暗沈，外表比起同年齡的同事或朋友蒼老許多，甚至擔心自己的健康是否出現了警訊，然而在開始戒菸之後，個案不但發現自己的氣色逐漸轉好、臉色也變得較爲紅潤，周遭他人也給予外表比實際年齡年輕的回饋，個案也從過去接受他人負面評價轉而獲得正面回饋的過程中，更加堅定持續戒菸的決心。

(五)親朋好友對受訪者戒菸所抱持的態度

個案周遭的親朋好友，特別是家人對於其戒菸多抱持著贊成的角度，然而卻用不同的方式對當事人表達關心。有位個案的妻子常常在其面前諷刺戒菸的速度過於緩慢，因而更加激發個案加速達成戒菸目標的決心；另外有幾位個案的家人則用打賭的方式，若是個案戒菸成功，將給予實質的鼓勵，也有些家人或朋友則以口頭鼓勵的方式支持當事人達成戒菸的目標。除此以外，有二位個案在戒菸的過程中因爲受不了菸癮而要求家人幫忙買菸，家人便以個案正在戒菸而一口回絕，進而加深個案戒菸的決心。由此可見，家人一同配合個案戒菸計畫的重要。

(六)戒菸目標的達成

個案提及過去的戒菸經驗時，多會表示自己失敗



的原因最主要都是缺乏自制力或意志力，於是在一次又一次的戒菸失敗經驗中對自己失去了信心，甚至不禁懷疑自己是否真能透過電話諮商戒菸成功。但是透過減量的方式戒菸，每減量成功一次，就是一次戒菸成果的展現，因此個案就在累積每一次成功經驗中對自我產生信心。另外也有個案在戒菸電話諮商一開始便期許自己可以在既定的期限內戒斷成功，透過與諮商員的反覆討論，個案可以在自己訂立的期限內逐步達成減量的目標，自己也在過程中無形增加自我效能，進而對自己的減量目標越來越有信心。

(七)當事人與諮商員的關係品質

個案過去的戒菸方式多是依靠自我控制，即使透過醫療系統的協助，戒菸過程依舊是由一個人獨立面對內心的矛盾與衝突，期間似乎沒有人可以討論戒菸歷程中所發生的種種困難，或是分享戒菸成功的喜悅。然而在這次戒菸電話諮商的經驗中，多數個案感受到自己並不是孤軍奮戰，反而有一個人可以定期給予鼓勵與支持，甚至個案都因為感受到諮商員的認真與用心，加強自己戒菸的決心，有幾位個案便提到同樣的感受：「對方都把戒菸當作一回事，自己怎麼可以不努力呢？」雖然一開始需要時間調適自己每週接受一次諮商的安排，但隨者減量目標的達成，個案最後多會期待與諮商員的晤談，藉此展現自己一週來戒菸的成果。而每一次與諮商員的約定也成為幫助自己持續戒菸的目標，久而久之甚至內化成自己與自己的約定，成為後續保持戒菸狀態的主要因素。有二位個案也提到自己一開始對戒菸非常沒有信心，一方面源自於過去的失敗經驗，另一方面也是擔心自己的自制力，然而在後續的諮商過程中，透過諮商員真誠、關心且相信個案的態度，使得個案也從沒有自信變為有自信，最後達成戒菸的目標。

戒菸的過程中，個案並非每週都達成減量的目標，一旦菸癮來得時候還是忍不住偷抽了回去，這時個案會對諮商員感到不好意思，原本都想隱瞞，但透過諮商員的細心問候與不斷確認，當事人還是會卸下心防，坦承面對自己復發的經過，諮商員此時不給予任何評價，反而給予同理與無條件關懷，此種不放棄個案的態度，不但再度增強個案戒菸的動機，更願意與諮商員調整諮商的腳步，重新確立戒菸的目標與

行動。

肆、討論

一、戒菸電話諮商個案所面臨心理掙扎對戒菸歷程的意義

本研究的個案都是在偶然的機會取得戒菸專線的資訊，而且多數都是當下立即決定嘗試運用戒菸電話諮商的服務，然而真正接受諮商並且開始實行戒菸計畫的過程中，所有的個案均面臨內心不同程度的心理掙扎，特別是要戒除自己長久以來的習慣，對於個案來說無非是最大的挑戰。因此個案在戒菸的過程中，依舊出現反反覆覆、舉棋不定的心理矛盾，特別是一開始戒菸的成效不如預期，身體狀況並沒有立即獲得改善，個案便會開始尋找各種不同說服自己復發的合理性，如此一來，一方面可以回復過去熟悉的生活模式，不用辛苦對抗身心因為戒菸的痛苦，一方面也不用再勉強自己改變舊有的習慣，使自己彷彿失去自由一般，無法隨心所欲照著自己意志生活，此結果正呼應 Orford (1985) 提出的心理反彈的理論，一旦個人感受自由受到威脅時，格外覺得問題行為本身的吸引力，因而增加該項行為的發生率。除此以外，個案的內心交戰，有時是因為外在環境的影響導致自己面臨多重角色的衝突，特別是吸菸已經成為工作場合約定俗成的規範，個案常常會有到底是要忠於自己的決定，還是要顧全職場人際關係的兩種聲音在內心掙扎，相同的狀況也發生在女性吸菸者的身上，特別是自己準備好懷孕時，初期依舊會掙扎於做個好母親的角色，亦或是做回熟悉的吸菸者角色。另外也有個案面對自己因為戒菸使得體重直線上升深感困擾，內心也不斷出現是要維持健康還是要保持體重的矛盾，因此個案除了要調整戒菸後的生活習慣與人際適應，另外還要面對身體形象的轉變，對於個案來說無非是多重的挑戰，也使得本研究的個案多有復發的衝動，甚至也有在減量之後反而抽得更凶的現象產生。

上述結果與 Miller 和 Rollnick (1991) 發現吸菸者決定要戒菸時，其中一個最大的心理挑戰便是自我形象的轉變的結果是相似的。如同本研究的多數個案的感受一樣，一旦進入戒菸減量的過程，便必須同時經驗自己仍然是吸菸者，卻已經開始嘗試新的非吸菸



者的行爲，這種自我形象認知與行爲的落差，造成吸菸者認知失調的狀態，其感受是相當不舒服而且矛盾的。

Prochaska、Diclemente 和 Norcross (1992) 也提出類似的結果，有時我們會誤認上癮行爲的改變不過是瞬間，其實改變都與外在因素以及個人是否願意下定決心有著很大的關係。

二、戒菸方法的運用對個案在戒菸電話諮商改變的效果

本研究的個案多使用認知或行爲改變幫助自己達成戒菸的目標，在初期戒菸階段由於一下子抽離有菸的生活，對於個案來說多是不適應的，因此多會使用行爲改變的替代方案，例如許多個案菸癮一來時，便會透過喝水、嚼口香糖、運動等轉移自己的注意力，久而久之便逐漸取代吸菸的習慣，當減量到達最後的階段，個案多會開始掙扎是否已經準備好面對無菸的日子，似乎只有行爲的改變欠缺一些說服自己完全遠離吸菸的理由，因此唯一可以協助自己完全戒斷的方式除了改變行爲，更重要的是改變自己的認知，協助自己不再被菸所控制。於是個案在每週定期約談的電話諮商中，不斷思索如何可以修正自己對於菸的看法，除了生理上可以透過替代方法改變行爲，心理上則透過認知轉變協助自己形成不同的思維。如同一位個案不斷提醒自己新習慣已經取代就習慣，而且新習慣比就習慣更加健康一般，讓自己身心都準備好告別吸菸的日子。

個案透過認知與行爲改變一同進行，最後達成戒菸的目標與廖秀珠(民 84)的研究結果相似，廖秀珠邀請戒菸者在戒菸後的心得發表中，特別強調採取戒菸行動前的身心準備的重要性，將有助於度過內心充滿衝突與矛盾的戒菸過程。

三、生理變化對個案在戒菸歷程中的影響

個案一開始接受戒菸電話諮商都是因為身體健康產生變化，此結果正好呼應了謝淑卿(民 82)的研究，吸菸者都是要等到年齡稍長，身體健康逐漸下滑時，才開始考慮戒菸的可行性。本研究的個案雖然一開始均下定決心進行戒菸，然而戒菸初期由於尼古丁戒斷症狀，常常使得個案因為生理不適應萌生放棄的念

頭，甚至因為身體戒斷症狀導致自己更加不舒服而頻頻尋找說服自己復發的正當性理由。誠如前述，多數個案因此抽得更多，或是興起吸菸的念頭，在這段戒菸的關鍵期間，若是可以克服身心的不適應，並且確實執行戒菸計畫，個案多會開始感受到身體逐漸恢復健康的事實，加上周遭他人對其外表變年輕、氣色也轉好的肯定，個案因此多會更加確定戒菸的決心。由此可見，生理變化在戒菸電話諮商個案的戒菸歷程佔有相當重要的因素，從決定減量到戒菸成功，個案最明顯的感受多是自己的身體變化，若是身體隨者戒菸目標逐一達成而逐漸康復，通常也會更加堅定個案維持戒菸的承諾。

四、諮商關係對戒菸電話諮商個案協助歷程的意義

本研究雖然著重於戒菸電話諮商個案的協助歷程，但是諮商員在整個協助歷程卻扮演著舉足輕重的角色。由於多數個案對於戒菸電話諮商的本質相當陌生，諮商員的引導相形之下變得相當重要，也因為諮商員認真、耐心與關心的態度，使得個案也深受影響，有些個案甚至從一開始的漫不經心到後來因為諮商員的認真態度使得自己也逐漸將戒菸電話諮商納入生活之中，進而堅定戒菸的承諾。在戒菸的過程中，個案由於身心的不適應，一時之間不知可以如何處理，親朋好友也因為無法同理自己在戒菸歷程所遭遇的種種挫折而給予立即性的指導與支持，在獨自面對戒菸的歷程中，此時每個禮拜定期的電話諮商便成為個案可以諮詢戒菸方法與尋求支持與鼓勵的重要來源，更重要的是可以透過諮商覺察自己心理內在動力，進而加強改變的動機，雖然過程中遇到復發的狀態，個案也在接受諮商員包容與不放棄的態度，重新修正減量的目標，之後漸漸成為自己每週可以展現戒菸成果、肯定自我的時機；有些個案甚至到後來會迫不急待想要向諮商員呈現自己達成減量目標的成績。當戒菸接近尾聲，個案也會為了不辜負諮商員的努力而想盡辦法維持戒菸的狀態，使得個案雖然在無形之中背負些許他人的期待，卻也成為幫助自己戒菸成功的力量之一。

五、自我控制感在戒菸電話諮商個案協助歷程中的消長

誠如本研究的發現，個案吸菸的原因不單單只是



因為習慣，也有的是因為對吸菸者角色或自我吸菸形象認同吸菸，一旦個案在覺察自己透過上述的吸菸行為認同自我時，多會開始希望找回自我控制的力量，而不再受到吸菸行為的控制，然而長久吸菸的習慣，並非人人可以依照自己的期待，在戒菸的過程中順利戒菸成功，特別是當事人多透過減量的方式戒菸，一旦沒有達成當週減量目標，甚至會因為對自我失去信心而復發。有位個案便提到自己在偷抽回去的時刻，有種想要放棄自己的感覺，甚至感到自己的意志力怎會如此薄弱，似乎自我已經受到吸菸的控制，於是在當週很想告訴諮商員就讓自己爛下去，不用再幫助自己了；正當自己即將失去自我控制而復發，諮商員提供的包容、支持與接納的態度，使得個案願意再度嘗試戒菸，重新與諮商員探索何以戒菸失敗的原因，其中不外乎因為自己仍舊無法認同自己非吸菸者身份，亦或是外表因戒菸逐漸發胖的身體形象，也有的是對自己是否能夠達成減量目標的信心程度。種種心理掙扎使得自己一度寧願回復吸菸的狀態，然而透過諮商員的鼓勵，當事人也開始重新設定減量的目標，並且從身體逐漸恢復健康、新習慣形成自動化以及自我非吸菸者身份認同中逐步找回自我控制感，而自己也在戒菸成功的過程中對自我增加信心，也因為信心水準提升，使得當事人最後達成戒菸的目標。

劉玉菁（民 88）在研究自我效能高低對於戒菸成功與否同樣發現類似的結果，其研究探討工廠男性實驗組在接受戒菸相關活動後，不但自我效能顯著提升，更使得減菸率高於對照組。

六、戒菸電話諮商的架構

本研究個案對於諮商本質基本上是陌生的，同時對於諮商員也有著專家的刻板印象，因此如何讓個案一方面瞭解戒菸需要諮商員與個案雙方的努力，一方面也要有諮商的過程並非三兩次即可結束的心理準備，若是個案沒有上述的認知，戒菸電話諮商將無法發揮功能，進而協助個案達成戒菸目標，因此諮商架構的維持可說是本研究個案戒菸成功值得討論的關鍵。

本研究的個案均在聽過初談員對於戒菸諮商的介紹後才大致瞭解戒菸電話諮商服務性質，然而這對於個案來說多是一個新經驗，若是個案願意進一步接受電話諮商，初談員便將個案轉介給諮商員，諮商員一

開始多會花些時間澄清彼此的期待以及往後合作的方式，特別是每週固定約談的時間以及聯絡的方式，在戒菸電話諮商初始常見的現象便是一些個案忘記與諮商員的約定，往往等到諮商員來電才猛然想起之前與諮商員預約電話諮商的時間，之後透過諮商員的認真與守時的態度使得個案才逐漸正視戒菸電話諮商，並且開始認真執行與諮商員一同訂立的戒菸目標。一旦當事人開始執行減量行為，接下來多會開始面臨生理戒斷症狀以及心理的矛盾與掙扎，嚴重的甚至又回覆吸菸行為，此時諮商員多會陪伴個案再度回到諮商初始階段，重新設定不會造成自己壓力，同時又可以輕鬆達成的減量目標，個案雖然反覆來回於減量與復發之間，透過諮商員的包容、接納、鼓勵的態度，使得個案多能在初期達成減量的目標。然而個案到達減量的最後階段，多表示只有透過行為改變的力量是不夠的，因此多會開始與諮商員討論可以說服自己完全戒斷的想法，所以在諮商的後期多會發現個案與諮商員一同努力找尋改變自我認知的想法，並且試圖將行為與認知改變形成自動化過程，此時諮商員則轉化為持續追蹤與關懷個案的角色，有些個案也提出諮商員可以在後續戒菸成功後再多預約幾次，做為監督自己維持戒菸的角色，之後再慢慢依靠自己的力量將新習慣取代就習慣，最後達成戒菸的目標。

伍、結論與發現

本研究的個案由於過去均是因為身體狀況產生變化嘗試戒菸，但是歷經數次戒菸失敗經驗，對於偶然接觸的戒菸電話諮商均抱持好奇的態度，一開始甚至會忘記與諮商員約定電話諮商的時間，然而在諮商員提供真誠、支持、關懷的態度中，個案才逐漸正視戒菸電話諮商，同時開始體驗戒菸歷程中出現種種身體狀況的變化與心理的矛盾與掙扎，期間甚至面臨復發挑戰，因而興起隱瞞諮商員的念頭，但在諮商員的關懷與接納下坦接受復發的困境，諮商員之後均會透過短期諮商的精神，不深入探究問題形成的原因，而是協助個案找尋自我正向資源，搭配認知與行為上的調整，訂定小而具體的戒菸行動，每一次的減量成功，諮商員均會給予個案支持與鼓勵，成為個案持續維持戒菸的動力，進而逐步達成戒菸目標。



儘管本研究發現以心理諮商方式鼓勵個案或直接戒斷，或採取漸進的減量方式可以達到戒菸效果，此種策略與醫學觀點（即戒菸過程以一次完全戒除而非減量）並不一致，這在本研究支持機構「戒菸專線服務中心」的另一份進展中的研究（蘇陳端和張景然，民 96）中，給了本研究的基本立場較為肯定的支持證據，間接地也使得本研究的立論具備了正當性。

一、研究結果對戒菸電話諮商實務的啟示

1. 透過家庭系統觀詮釋個案戒菸歷程：本研究個案接受訪談的過程中可以發現個案戒菸成功與否似乎與家人的態度有明顯的相關，從中也可以看到家人在個案戒菸過程中扮演著相當重要的角色，這似乎與我國文化重視家庭倫理有著一定程度的關係，因此在戒菸電話諮商中，諮商員可依照個案的狀況，嘗試運用家庭系統的觀點，試圖瞭解個案的家庭動力，進而整合個案的人際周遭資源，幫助個案在戒菸的過程中可以獲得更多的支持與協助。
2. 仔細評估個案的期待作為後續諮商計畫的參考：本研究的一位個案提及戒菸過程似乎只能感受到諮商員給予的支持與關懷，然而與自己所期待的是一位言談較具權威的諮商員有所差異，進而使得自己在戒菸的過程中感到缺乏一種指導的力量。雖然這是個案本身的議題，若是諮商員先行評估個案的諮商期待，進而瞭解彼此的未來諮商合作模式，若是自己評估過後可以與當事人進一步工作，可以針對不同個案適時調整不同諮商風格，以便協助更多個案願意使用戒菸電話諮商。
3. 適時主動邀請個案將諮商納入生活之中：本研究發現一些個案均會在電話諮商一開始忘記與諮商員預約的時間，然而因為本研究個案多選擇由諮商員主動聯繫，個案即使忘記也會因為諮商員主動聯繫而逐漸適應電話諮商的架構，加上諮商員認真的態度，更可以引發個案對於戒菸許下堅定的承諾，最後達成戒菸的目標，如此一來，若是諮商員能夠預先評估個案對於戒菸的意願，個案的戒菸意願如果仍屬於嘗試的階段，諮商員可以擔任更為主動的角色，藉此引發個案更強烈的戒菸動機。除此以外，本研究也發現一些個案即使處於準備期，仍會因為尼古丁戒斷症狀而復發，但有時會因為諮商關係建

立不足，使得個案不願意坦誠以對，因此即使個案每週仍持續達成減量目標，諮商員仍應定期具體評估個案的戒菸狀態，以便調整諮商的目標，更重要的是協助個案可以主動參與諮商歷程。

二、研究結果對戒菸實務的運用

1. 同時運用多種戒菸方法：諮商員在協助個案減量的過程，多提供理論證實有效的戒菸資源與方法，然而畢竟每位吸菸者的狀況不同，一些個案在嘗試諮商員提供的方法感到施行上有困難時，自己也開始不斷思索如何戒菸成功的方式，其中一些個案均認為不買菸以及不讓自己可以隨手取得菸品的方式是維持自己戒菸的好方法，若是加上重要他人一同參與自己的戒菸過程也是幫助自己隨時有人可以監督與鼓勵的方式，由此可知，吸菸者積極運用身邊多種戒菸方法將更容易達成戒菸的目標。
2. 透過內在自我語言的改變戒除心理依賴：個案在戒菸的歷程中多會遇到兩個關卡，一個是戒菸初期尼古丁戒斷症狀的復發，使得個案幾乎要放棄戒菸；另一個則是戒菸之後的維持。前者多可透過持續的行為改變方式，以及周遭家人甚至諮商員的支持與鼓勵度過難關，後者則需要個案本身在心理上多做調適。本研究的個案之所以可以持續維持戒菸狀態，除了後來已將戒菸視為自動化行為，更重要的是內心不斷進行認知上的調整，此部分可多與諮商員的討論，並且透過諮商員的引導與催化，協助個案逐漸內化成自我語言，進一步找到說服自己持續戒菸的力量。
3. 協助個案提前做好自我認同角色改變的心理準備：個案在戒菸電話諮商的歷程中多會面臨自我認同與自我形象轉變的心理調適，一旦認同自己是個非吸菸者的角色，多會幫助個案加強戒菸的動機以及維持動力，因此諮商員除了協助個案熟悉運用認知與行為技術，也可以協助個案釐清自我認同角色，持續強化個案認同自己新的非吸菸者或是健康形象的身份，使個案不只是在戒菸行為改變，內心也逐漸認同自我新身份，以避免個案改變了行為，卻依舊認為自己是個吸菸者而造成認知失調的現象。

三、研究限制



由於本研究當事人均透過電話進行戒菸諮商，因此對於面對面訪談均感到有所保留，基於尊重當事人的決定，最後只徵求十六位當事人的同意進行訪談，受限於樣本數使得本研究針對當事人在戒菸電話諮商的改變歷程代表性有限。除此以外，本研究雖同時透過深度訪談以及諮商員的個案記錄表進行研究結果交叉檢驗，然而部分諮商員個案記錄的內容僅止於每次晤談的摘要，因此較為無法直接從書面資料瞭解諮商歷程發生的種種現象，後續相關研究建議可以同時訪問諮商員，將可使得研究結果更具深度與可信度。

除此以外，本研究對於諮商成效主要是透過當事人自我陳述的訪談記錄，然而醫療體系則強調當事人戒菸成功與否主要可以藉由相關儀器檢測，後續也可以嘗試搭配尼古丁相關檢測，方能對於當事人的戒菸成效進行更為客觀的評估。

四、未來研究的建議

目前國內戒菸專線針對戒菸電話諮商以及戒菸諮詢的成效的研究結果顯示，電話諮商對於戒菸的立即成功率為 64.19%，六個月後追蹤成功率則為 11.48%，而戒菸諮詢的立即成功率為 15%，六個月後追蹤成功率為 3.58%，由此可見電話諮商在協助戒菸者的立即成效是相當顯著的（張德聰、潘瑞香和張景然，民 95）。然而戒菸電話諮商並非一蹴可及，有些個案甚至經歷三個月電話諮商，相當於 12 次的晤談才達成戒菸目標，此結果是否符合個人成本效益則有待進一步討論。因此往後研究可以比較個案接受電話諮商的次數，從中分析與比較接受一次或是數次電話諮商成功率，進而作為往後戒菸電話諮商架構參考。

個案接受本研究訪問的過程中，多一再重申諮商員提供的協助是其戒菸成功不可或缺的力量，除了肯定諮商員適時給予戒菸資源與方法，更感謝的是諮商員包容、接納與不放棄的態度，雖然諮商關係對於諮商效能的重要性仍舊引起不同的爭論，然而本研究卻印證了諮商關係在戒菸電話諮商扮演著重要的角色。由於戒菸電話諮商多以目標導向為主，相關實證研究多以戒菸電話諮商對於戒菸成效的量化研究，對於戒菸電話諮商歷程中的諮商關係建立與維持對於個案的意義較少著墨，建議未來研究可以更為深入討論諮商關係中的療效對於個案改變的意義，進而幫助諮商工

作者建立更為有效的戒菸電話諮商模式。

除此以外，本國對於諮商員的養成過程多以人本學派為主，因此個案多能感受到諮商員的同理、支持、接納與無條件關懷的態度。然而，誠如一位個案期待諮商員是個較為權威的角色，往後可以針對不同的諮商學派對於戒菸的成效進行研究，藉此作為實務工作者在協助個案戒菸的參考。

本研究也發現多數個案均認為周遭支持系統對於戒菸過程的重要性，不論家人或友人是透過鼓勵或是監督的方式，均可以作為幫助個案達成戒菸目標的支持力量，有二位個案因此提出自己本身是單身，家人又不在身邊，因而增加戒菸的困難度，由此可見周遭人際支持系統對於個案在戒菸歷程的意義是值得作為未來研究的議題。相反地，家人吸菸與否一直以來也是影響吸菸者持續吸菸的主要因素之一，未來研究也可以就家人吸菸與否與個人戒菸成功率的相關進行進一步的研究與討論。

參考書目

- 李燕鳴（民 90）。戒菸諮詢。**台灣醫界**，41 (5)，401-403。
- 邱南英（民 88）。非藥物的戒菸方法。**大豐醫療資訊**，166，5-6。
- Strauss, A., & Corbin, J. 著，徐宗國譯（民 86）。質性研究概論。台北：巨流。
- 洪莉竹（民 87）。由開始到結束：焦點解決短期諮商的基本流程。載於許維素、樊雪春、賈紅鶯、李玉嬋、張德聰和陳秉華等編，《焦點解決短期心理諮商》，頁 17-27。台北：張老師文化。
- 郭斐然（民 90）。戒菸不是一件容易的事。**台大醫網**，<http://ntuh.mc.ntu.edu.tw/edu/health/> 628.htm。
- 郭許智和謝文斌（民 86）。菸害危險性與戒菸研究之進展。**當代醫學**，24 (11)，16-19。
- 張景然和王珮蘭（民 93）。吸菸行為的形成、持續、戒斷與復發歷程。**中華心理衛生學刊**，17 (4)，29-66。
- 張德聰、潘瑞香和張景然（民 95）。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)，213-230。
- 陳晶瑩（民 89）。如何幫助病人戒菸。**當代醫學**，27



- (1), 49-56。
- 陳晶瑩 (民 90)。戒菸方法知多少。台大醫網，
<http://ntuh.mc.ntu.edu.tw/edu/health/331.htm>。
- 陳惠珍 (民 83)。戒菸活動之成本效果評估。台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 廖秀珠 (民 84)。戒菸者戒菸維持行為及其相關因素之探討。台灣大學醫學院護理學研究所碩士論文。
- 蔡幸蓉 (民 91)。生命線協會專線推廣策略規劃：一個社會行銷觀點的個案研究。台灣師範大學大眾傳播研究所碩士論文。
- Krogh, D. 著，潘震澤譯 (民 89)。幹嘛要吸菸？。台北：天下遠見。
- 潘怡燕和李蘭 (民 88)。台灣地區成年人吸菸盛行率及與教育和職業之關係：菸害防治法實施前的狀況 (1993-1996)。中華公共衛生雜誌，18，199-208。
- 劉玉菁 (民 88)。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。台灣大學護理研究碩士論文。
- 衛生署國民健康局和國家衛生研究院 (民 91)。台灣臨床戒菸指南。台北：作者。
- 謝淑卿 (民 82)。台灣地區成人菸害認知與行為衝突之探討。國防醫學院護理學研究所碩士論文。
- 蘇陳端和張景然 (民 96，投稿審查中)。立即戒斷法與漸進減量法之復發狀況研究：以戒菸專線服務中心為例。
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (1998). *Psychological research offers reasons for smoking behavior craving cigarettes not necessarily associated with abstinence heigh self-esteem impedes effort to quit*. American Psychological Association.
<http://www.selfhelpmagazine.com/articles/atd/reasons.html>
- Baer, J. S., Holt, C. S., & Lichtenstein, E. (1986). Self-efficacy and smoking reexamined: Construct validity and clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 846-852.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Cinciripini, P. M., Lapitsky, L., Seay S., Wallfish, N., Kitchens, K., & Vunakis, H. V. (1995). The effects of smoking schedules on cessation outcome: Can we improve on common methods of gradual and abrupt nicotine withdrawal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 388-399.
- Hellman, R., Cummings, K. M., Hanghey, B. P., & Zielezny, M. A. (1991). Predictors of attempting and succeeding at smoking cessation. *Health Education Research*, 6(1), 77-86.
- Lichtenstein, E., Glasgow, R. E., & Abrams, D. (1986). Social support in smoking cessation: In search of effective interventions. *Behavior Therapy*, 17, 607-619.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- McAlister, A. (1975). Helping people quit smoking: Current progress. In A.M. Enelow & J.B. Henderson (Eds.). *Applying behavioral science to cardiovascular risk*. New York: American Heart Association.
- Mermelstein, R., Lichtenstein, E., & McIntyre, K. (1983). Partner support and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 465-466.
- Miller, W.R., & Rollnick S. (1991). *Motivational interviewing-preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Ney, T., & Gale, A. (1989). *Smoking and human behavior*. New York: John Wiley & Sons.



- Orford J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. New York: Wiley & Sons.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Prochaska, J. O., DiClemente C. C., & Norcross J. C. (1992). In search of how people change: Application to addictive behaviors. *American Psychology*, 47(9), 1102-1114.
- Schwartz (1992). Methods of smoking cessation. *Medical Clinics of North America*, 76(2), 451-476.
- Zhu S.-H., Rosbrook, B., Anderson, C. M., Gilpin, E., Sadler, G., & Pierce, J. P. (1995). The demographics of help-seeking for smoking cessation in California and the role of the California Smokers' Helpline. *Tobacco Control*, 4(1), 9-15.
- 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. J., Anderson, C. M., & Pierce J. P. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: What's in a call. *Journal of Counseling & Development*, 75, 93-102.



The Helping Process of Quitline Counseling : Clients’ Viewpoints

Ching-Jan Chang o
National Changhua University of Education

Pei-Lan Wang
Shih Chien University

Abstract

The purpose of the present study was to understand the junior high school dropout-at-risk students’ dropout intention and related factors. The present study randomly surveyed 327 junior high school dropout-at-risk students. There were eight instruments applied in this study: “academic performance” scale, “school relationship” scale, “others way” scale, “dropout intention” scale, “external commitment” scale, “joining out-school deviant peer group” scale, “academic self-esteem” scale and “behavior” scale. The data were analyzed with a number of descriptive statistic methods, Person correlation t-test and structured equation model.

The results of this study were listed as follows.

- 1.The junior high school dropout-at-risk students had lower performance than the general junior high school students on the academic performance and academic self-esteem, rather than on deviant behaviors.
- 2.There was no significant difference in the school relationship between the junior high school dropout-at-risk students and the general junior high school students.
- 3.The academic performance and deviant behaviors of junior high school dropout-at-risk students were highly related to the school relationship.
- 4.The deviant behavior of junior high school dropout-at-risk students was highly related to joining out-school deviant peer group.
- 5.The academic performance, the school relationship, the deviant behaviors, and other behaviors of the junior high school dropout-at-risk students were highly related to the academic self-esteem.
- 6.The deviant behavior, joining out-school deviant peer group of the junior high school dropout-at-risk students were highly related to the external commitments.
- 7.The other behaviors and the external commitments of the junior high school dropout-at-risk students were highly related to the dropout intention.
- 8.The junior high school dropout-at-risk students’ dropout intention and its related factors model were supported.

According to the results, a number of specific suggestions for clinical workers and future researches were



provided.

Keywords: helping process, qualitative research, quitline, smoking cessation, telephone counseling

