

# 成癮者復原力和治療成效 相關因素之初探

呂興軍、陳政智

## 壹、前言

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）指出，吸毒成癮是嚴重的健康問題，對個人及家庭皆造成嚴重負擔，若能提供好的治療及處遇系統，對成癮者個人及其家庭，以至於整個社會都可獲益。

因應不斷攀高的吸毒人口，司法部門與矯治機關以往採取嚴刑峻法與隔離拘禁的方式，冀能達到嚇阻接觸的心理作用與止癮斷根的效果。政府於2008年修正《毒品危害防制條例》第24條，毒品防治重點從司法的重刑防堵轉向多元減害，認定單純施用毒品個案為「病患型犯人」，將藥物濫用視為生病行為。從減害（harm reduction）的角度來看，病人的角色提升為「需要被幫助的人」，成癮相關研究在病理與公共衛生的基礎上，增加了從個人心理與家庭社會支持層面的視角，藥癮處遇實務除以醫療為核心，也兼容社會心理

的工作模式。

研究指出，藥物成癮是大腦功能違常導致的結果，可視為一種慢性疾病（吳佳儀，2018），具高復發性。監禁只是讓成癮者處於無法取得毒品的環境中，表面上確實達到未使用的狀況，但實際的戒治成效或可從再犯率居高不下窺知一二，戒毒真正的挑戰還是在回歸社會之後（武維馨，2012）。

筆者任職的醫院精神科已開設成癮門診多年，並在2019年加入衛生福利部《建置整合性藥癮醫療示範中心先期試辦計畫》，與地檢署合作執行緩起訴附命戒癮治療。在服務過程裡，發覺諸多個案，同為戒癮者，亦同樣面對生理上戒斷症狀與心理上渴求難忍的處境，但仍會有個別化的展現。身兼「違法者」與「戒癮者」兩種角色，成癮者復原之路上其實面對百般質疑，充滿各種挑戰。個案的回饋，引發筆者了解醫院門診成癮者復原力樣貌之動

機。探討成癮者復原力與各類戒癮成效因子的表現與關係，對倡議增權、發展正向及優勢觀點的社會工作者來說亦有其價值與意義。

翻查國內相關文獻，許多以藥物成癮為題，關於戒癮過程導致成效或復發的各類研究，以矯治機關或收容人居多（林雅秀，2012；張麗玉、林子菲，2018；蔡震邦、鍾孟惠，2018；韓意慈，2016），研究者則以司法相關人員為主（林瑞欽等人，2013；郭文正，2011；楊士隆等人，2021）。本研究欲從門診成癮者的就醫行為，透過量化研究，探討復原力與治療成效相關因素現況，檢視成癮者主觀性認知與客觀性結果的差異。

## 貳、文獻探討

### 一、何謂成癮

WHO將成癮（addiction）定義為「強烈渴望或急迫的使用某特定物質、對使用某物質的之控制能力降低、以及出現戒斷症狀」。2013年出版的《精神疾病診斷準則手冊》（DSM-5）以物質使用障礙症（Substance Use Disorders）取代成癮的負面意涵，是目前國內醫學界做為物質相關障礙症臨床診斷之參考依據。

成癮是因為大腦被致癮物質改變，成癮者的決策能力與情緒平衡的機制被嚴重破壞（何逸群、黃凱琳，2020），所

以才有可能讓一個原本善良的人做出脫序的事，若將其視為道德失敗而不是健康問題，會導致強調懲罰而不是預防和治療。而成癮也被視為慢性疾病或是一種由多種成因所形成的精神疾病（Sussman & Sussman, 2011），具有慢性化與反覆復發的性質。

成癮可分無限制的大量使用與中毒、戒斷與負面情感、沉浸與期待三階段（何逸群、黃凱琳，2020；秦文鎮，2018），研究顯示以罰款或是監禁處理成癮效果有效，成癮行為較適合被視為一種需要醫療介入的後天腦部疾病，藥物治療可以回復受到影響的腦部迴路功能，同時以社會心理模式介入，方能帶來行為上的改變。

### 二、復原力

復原力（Resilience）的概念源於1955年Wenner與Smith在美國夏威夷針對高危險情境下的兒童進行長達數十年的縱貫性研究（張曉筱，2017）。復原力的產生或養成不只來自於個體原本的特質或能力，也涉及個人內部和外部保護因子與風險因子之間的相互作用，以改變不利事件對生活的影響（Masten et al., 1990; Rutter, 1999）。

復原力的表現是個別化的，因人因事因時而異，有復原力並不表示對壓力就無懈可擊，而是指從負面事件中恢復的能力（Garmezy, 1991）。復原力包含

兩個關鍵條件：（一）面臨重大威脅或嚴重逆境；（二）儘管發展過程中受到重大衝擊，但仍達到了積極與良好的適應狀況（Masten et al., 1990; Rutter, 1999）。

儘管復原力研究和理論關注個體，但除了個體特質外，復原力發展的過程中也受到外部因子影響（Cicchetti, 2010），可分為保護因子與風險因子兩種（Lee et al., 2013）。保護因子指可讓個體免受逆境危害，促使個體因應與克服逆境挑戰的正向特質皆可稱之（Murphey et al., 2014）。保護因子又可分為內在保護因子與外在保護因子，內在保護因子指個體的認知及特質，如自我效能、挫折忍耐力、問題解決能力等，外在保護因子則是家庭、學校、社區等環境中能促進個體復原力的因素（張淑慧，2007；Hess et al., 2002）。家庭是最能提供個人關懷與支持的地方，家庭凝聚力、家庭功能、親子關係的良窳都與復原力有關，學校與社區則能提供同儕支持、歸屬感、正向學習等，各層面的因子會經常變動與交互影響，並形塑個體的適應歷程（曾文志，2006）。

復原力理論備受關注的原因有二，首先是復原力帶來的正面意義，經過資源的提供或支持，就能讓高風險群體有復原力，並獲得良好適應成果；其次，復原力並非著眼於個體的限制與困難，而是從個體優勢本位出發，探討有益於個體的內外因素，及其與環境互動之結果（張萬

烽，2020；Masten, 2001）。

國內關於成癮與復原力的研究不少，雖然將成癮視為慢性疾病，將成癮者視為病人已是近期研究與政府政策之共識，有助於減少成癮者汙名化，使其更願意接受治療，惟目前在醫療體系內關於成癮者復原力的研究並不多見，多半在矯正機構對於勒戒者的觀察與理解。醫院門診中處於治療過程中的成癮者，其復原力的表現為何，對於治療結果有什麼關聯，是本研究想了解的重點。

### 三、戒除動機

動機可以被視為是成癮者準備程度或迫切程度的狀態（Miller & Rollnick, 2002）。動機是成癮者接受治療及成功戒除的一項重要預測因子（王鵬為，2010；郭文正，2022），因為成癮者接受治療屬於一種改變毒品使用行為的具體表現，但此種行為改變必須要有動機才會發生。成癮者若無足夠動機來激發改變，行為就很難發生，遑論維持（馬榮梨等人，2021）。故改變毒品使用動機可視為成癮者接受成癮治療成功與否的關鍵因素之一。

關於戒除動機與成癮的研究，不少研究者在探討成癮者目前處於何種階段，及該採取何種治療策略，如接受美沙冬的海洛因成癮者改變動機相關因子（王鵬為，2010）、監所服刑的毒品犯戒癮動機與復

發的關係（De Leon et al., 2000）、觀察勒戒中的毒品犯之戒癮動機評估（劉明倫等人，2009）、戒治時期藥癮者改變動機（郭文正，2022）之研究等。

在矯正機構的成癮者其戒癮動機的基礎與醫院門診的成癮者略有不同，醫院門診的成癮者並非全部都有著司法壓力，多數的他們面臨的是更為現實的生活負擔，不論是自發性的想要戒除藥物，或是被動接受專業治療，他們的戒除動機呈現何種樣貌，不同人口學變項的戒除動機是否有差異，與復原力的關係為何，是本研究欲將探討的。

#### 四、家庭支持

Caplan（1974）在研究心理健康時提出了社會支持的概念，Caplan（1979）將社會支持的來源分為正式與非正式兩種，家庭支持屬於後者。由於家庭的高度緊密性，能提供家庭成員支持與認同感，因此諸多研究者一致認為，家庭支持雖為社會支持之一，卻是社會支持極重要的一環（李素菁，2002；李康泰，2015；周月清，2001；陳冠蘭，2010；陳香吟，2011）。

許多研究已指出成癮行為與家庭息息相關（李思賢等人，2010；林易司，2019）。家庭功能與父母支持是預防子女藥物使用的保護因子，家庭支持是避免成癮者復發的最大影響因素，也就是避免再

犯的保護因子（Azmi et al., 2018），若能同時增強自我效能，則可有效防止成癮者再使用毒品。

在過去，矯正機關一直以來是處理毒品犯與戒治毒品的主要場域，方式則以處罰性的隔離與剝奪自由為主，所持觀點乃基於毒癮可透過長時間的不使用達到戒斷的效果，是故許多研究焦點與資源都投入在矯治階段，或是避免青少年接觸毒品的預防措施。隨著看待成癮者從犯人到病人的視角的改變，到緩起訴附命戒癮治療等方式的倡導，在醫療單位成癮門診的成癮個案相較在矯正機構個案，接觸家庭的頻率與緊密程度是不同的，也就是家庭支持對門診的個案可以有更直接的影響。本研究將了解醫院門診成癮者的家庭支持程度為何，並加入居住狀況作來與婚姻狀況對照，以了解不同人口學變項在家庭支持上是否有差異，並探究與復原力的關係。

## 參、研究方法

### 一、研究對象

本研究採便利取樣，選取南部某醫學中心成癮門診之個案為母群體，根據個案管理師提供之名單共205位。收案條件為滿20歲至65歲、經精神專科醫師診斷符合藥物成癮患者並同意參與本研究，排除合併嚴重精神疾病（如思覺失調症、躁鬱症、憂鬱症等）及筆者負責處遇之個

案。實際參與研究樣本為190位，占樣本母群體92.7%，剔除任意填答或作答不全的樣本後，全部共得有效樣本為176位成癮者，實際可用率為研究樣本的92.6%，樣本母群體的85.8%。

## 二、研究工具

本研究以調查問卷為研究工具，探討成癮者復原力和治療成效相關因素。研究問卷包含個人背景資料以及四種量表，分別為「Connor-Davidson中文復原力量表（CD-RISC-25）」、「戒除毒品動機量表」、「戒毒有效性量表」、「家庭關懷指數量表（Family APGAR Index）」，同時連結衛生福利部之酒藥癮醫療個案管理系統，統計受試者之出席率、檢體結果以做對照比較。茲將本研究工具的內容及其相關資料分述如下。

### （一）個人基本資料

此部分根據研究目的與文獻探討設計而成，主要在蒐集研究對象人口學背景變項，以利本研究分析之用，包含性別、年齡、教育、婚姻、職業、經濟狀況、居住狀況、是否因故服刑或有案、是否曾以實際行動嘗試戒毒。

### （二）復原力量表

本研究所採用之復原力量表為「Connor-Davidson中文復原力量表（CD-

RISC-25）」，是美國學者Connor與Davidson（2003）將復原力視為可測量的壓力因應能力所發展的，共25題。筆者取得原作者之同意並由原作者處購得中文版量表進行研究。原量表信度採Cronbach's  $\alpha$  內在一致性係數考驗，全量表之 $\alpha$ 係數為.89，一致性良好。

### （三）戒除毒品動機量表與醫院門診有效性量表

本研究所使用之「戒除毒品動機量表」與「戒毒有效性量表」乃顏正芳（2005）編製，分別是共11題與4題。顏在擬定初步問卷時，邀請使用毒品的個案30位，進行深度訪談，再邀請6位專家學者，針對初步問卷的合宜性進行專家效度檢驗，依據專家意見進行問卷修訂，完成研究問卷。

### （四）家庭關懷指數量表

本研究使用之「家庭關懷指數量表（Family APGAR Index）」，是美國學者Smilkstein在1978年發表，經過多年的驗證，已是國內外最常為人使用於臨床診斷與研究上之家庭支持評估量表，且信效度良好（馬榮梨等人，2021；周騰達等人，1991；Smilkstein et al., 1982; Yen, C. F. et al., 2011）。

## 肆、研究結果與討論

### 一、樣本與各研究變項之狀況

本研究有效回收問卷176份，男性（150位）多於女性，占全體有效樣本之85.2%；年齡以「51~60歲」占多數，學歷多為「高中職」，婚姻狀況以「未婚」者居多，「有工作或就業中」者較多，自評經濟「小康以上」者最多，居住狀況「與家人同住」者為多。「曾因故服刑或有案者」占71%，「曾經嘗試戒過」者占58.5%，皆逾半數以上。

檢體結果方面，「檢體陰性」者47.7%，較「檢體陽性」者42.6%稍多。出席率方面，「80%以上」者為82.4%，多於「80%以下」者（詳見表1）。

### 二、醫院門診成癮者復原力、戒除動機、醫院門診有效性、家庭支持之現況

#### （一）復原力方面

從分析結果顯示，醫院成癮者之復原力方面呈現「中間偏高」的程度，表示成癮者具有中等以上的復原力。「正向」在復原力中是很重要的概念（劉俊良、陳意文，2019），學者認為復原歷程是一個動態的過程，個體發展出正向的自我概念及認知態度、正向的生活適應能力，建立正向的自我價值感，以正向面對生活困境，將有助於激發復原力的運作與產

生。針對成癮者的研究發現，正向情緒如希望感與自我效能，對於協助從物質依賴的狀態中恢復是很有幫助的（Irving et al., 1998）。此外，脫離對毒品的依賴必須保持決心，擁有正向情緒的人會以此為動力，同時擬定策略應對復發的風險因子（Snyder, 1996）。

#### （二）戒除動機方面

從分析結果顯示，醫院成癮者之整體戒除動機達到「偏高」的程度，其中以「用毒品會對身體產生害處」為最高分，顯示成癮者最先感受到毒品的壞處是對身體生理的負面影響，此結果與顏正芳（2005）的研究是類似的。

馬榮梨等人（2021）研究指出，超過一半的成癮者生理狀況不佳，將近七成有慢性病。周呈霽與黃名琪（2021）針對184位毒品緩起訴個案研究，藥癮者「病識感」低落是成癮者復發與再犯率高的原因之一，若能讓成癮者了解毒品對身體的傷害，可藉此提升病識感，加強自我健康管理的認知與動機。

對於病識感的研究發現：病人若狀況越嚴重，則對其疾病認知的病識感越高（Yen et al., 2005）。王鵬為（2010）的研究結果也持相同論點：成癮者若自覺使用毒品的缺點越高，則戒除動機越高。而動機與接受成癮門診治療有關，動機越高，越能持續回診，治療時間越長，回診

表 1 研究樣本分布情形 (N=176)

人口學統計變項		項目	人數	%	備註
個人基本資料	性別	男性	150	85.2	
		女性	26	14.8	
	年齡	40歲以下	24	13.6	
		41-50歲	66	37.5	
		51-60歲	67	38.1	
		61歲以上	19	10.8	
	教育程度	國中(含)以下	47	26.7	
高中職		94	53.4		
大學(專)		35	19.9		
婚姻狀況	未婚	65	36.9		
	已婚	54	30.7		
	離婚或分居	57	32.4		
職業狀態	無業或待業中	27	15.4		
	有工作或就業中	131	74.4		
	自己開店或做生意	18	10.2		
經濟狀況	中低以下	47	26.7		
	小康以上	129	73.3		
家庭狀況	居住狀況	獨居	56	31.8	
		與家人同住	120	68.2	
用藥史	是否有因故 服刑或有案	無	51	29	
		有	125	71	
治療狀況	曾以實際行動嘗試戒毒	不曾戒過	73	41.5	
		曾經戒過	103	58.5	
檢體結果		陽	75	42.6	* 摻水、 過淡
	陰	84	47.7		
檢體有問題 *	17	9.7			
出席率	出席率	80%以下	31	17.6	
		81%以上	145	82.4	

資料來源：作者自行整理。

出席率也就越好（馬榮梨等人，2021）。協助讓成癮個案正視已發生或可能發生在自己身上的使用毒品負面結果，方能有助於提升成癮者的戒除動機。

### （三）醫院門診有效性方面

從分析結果顯示，醫院成癮者自覺醫院門診有效性達到「偏高」的程度，以「醫院門診對於增加我對使用毒品對身心健康影響的知識是有用的」分數最高。顯示成癮者認為醫院門診對自己戒癮幫助最大的是在關於知識面的衛教，此結果與其他相似研究結果略有不同。顏正芳（2005）以勒戒所477位個案為對象，調查自覺對外求助的機構對於戒毒的有效性，勒戒個案認為最有效的協助是處理急性戒斷症狀。

在戒癮方面，增加毒品對身心健康影響的知識對戒癮的持續力與有效力，應高於短期的急性期戒斷症狀。成癮的復發率極高，僅僅處理戒斷症狀可能無法滿足預防所需，深化戒癮知識與提升因應技巧，方能有助長期的戒毒決心。

### （四）家庭支持方面

從分析結果顯示，醫院成癮者家庭支持達到「中間偏高」的程度。家庭支持對成癮者在戒癮過程中屬保護因子，許多研究指出再犯或復發的成癮者，其家庭支持存在偏低的情形（林明傑、陳珍亮，

2006；張麗玉、林子菲，2018）。本研究的家庭支持度與其他研究相較為高，可能與醫院門診的成癮者並未限制與家人親友往來或隔離，因此感受程度較高，但此種感受是來自於受試者本身的實際體會或心理期待的投射，以往的研究較少探討，本研究透過問卷瞭解成癮者的婚姻狀態與居住狀況進行了解。根據統計結果，不同婚姻狀況成癮者在整體家庭支持達顯著差異，經Scheffe事後比較法結果可得知，已婚成癮者的家庭支持高於未婚及離婚或分居成癮者之家庭支持；不同居住狀況的成癮者在整體家庭支持亦達顯著差異，與家人同住的成癮者其家庭支持高於獨居成癮者的家庭支持。再以卡方檢定分析不同婚姻狀況的不同居住狀況的分布情形，顯示不同婚姻狀況的居住狀況分布有顯著差異，已婚的成癮者與未婚的成癮者與家人同住的比率高於離婚或分居的成癮者。

成癮研究中關於家庭支持的探討不少，多數的研究從婚姻狀況切入，婚姻存續或可是一種心理狀態，獨居或與家人同住則是一種實質的感受，本研究將居住狀況列入作為婚姻狀況的對照。前開不同婚姻狀況的成癮者其家庭支持達顯著差異，已婚的成癮者在家庭支持程度高於未婚及離婚或分居的成癮者，可以看出婚姻及與家人同住對於成癮者來說都可以提供良好的家庭支持。

### 三、醫院門診成癮者復原力、戒除動機、醫院門診有效性、家庭支持之差異

#### (一) 復原力方面

男性成癮者整體復原力高於女性成癮者 ( $t=2.43, p<.05$ )；大學(專)學歷的成癮者其復原力高於國中(含)以下的成癮者 ( $F=3.66, p<.05$ )；已婚的成癮者其整體復原力高於離婚或分居的成癮者 ( $F=7.41, p<.001$ )；就業中的成癮者在復原力「正向接受改變，以及安全的人際關係」構面高於待業中的成癮者。

#### (二) 戒除動機方面

61歲以上年齡層成癮者的戒除動機高於40歲以下及41~50歲兩個年齡層成癮者的戒除動機 ( $F=4.14, p<.01$ )；經濟狀況中低以下成癮者其戒除動機高於經濟狀況小康以上成癮者 ( $t=2.55, p<.05$ )；曾因故服刑或有案的成癮者其戒除動機高於不曾因故或有案的成癮者 ( $t=-2.08, p<.05$ )；曾以實際行動嘗試戒毒的成癮者其戒除動機高於不曾以實際行動嘗試過戒毒的成癮者 ( $t=-3.12, p<.05$ )。

#### (三) 醫院門診有效性

61歲以上成癮者的醫院門診有效性高於41~50歲及40歲以下的成癮者 ( $F=3.92, p<.01$ )；曾因故服刑或有案的成癮者之醫院門診有效性高於不曾因故服

刑或有案的成癮者 ( $t=-3.14, p<.05$ )。

#### (四) 家庭支持方面

61歲以上的成癮者、51~60歲的成癮者及41~50歲成癮者的家庭支持皆高於40歲以下的成癮者 ( $F=17.98, p<.05$ )；已婚的成癮者的家庭支持高於未婚及離婚或分居的成癮者 ( $F=7.42, p<.05$ )；就業中與待業中的成癮者其家庭支持程度高於自己開店或做生意的成癮者 ( $F=9.28, p<.05$ )；與家人同住的成癮者在整體家庭支持與「融洽度」構面高於獨居的成癮者 ( $t=-2.21, p<.05$ )；曾因故服刑或有案的成癮者其整體家庭支持高於不曾因故服刑或有案的成癮者 ( $t=-2.79, p<.05$ )。

### 四、不同檢體結果與出席率的醫院成癮者之復原力

檢體結果與出席率屬於客觀的資料，用於對比受試者自評的主觀感受，比如自覺成效呈現的是成癮者對於醫院門診對其處理急性戒斷症狀、幫助提升長期戒毒決心、指導處理復發的因應技巧與相關知識的感受程度，但自覺成效是否真「有效」？是否能反應在實際結果上？本研究將檢體結果與出席率列入做為客觀因子以對照比較，分別說明如下。

#### (一) 檢體結果

本研究顯示，不同檢體結果的成

癮者其復原力達顯著差異 ( $t=-4.06$ ,  $p<.05$ )，檢體陰性的成癮者復原力皆高於檢體陽性的成癮者。先前文獻探討得知復原力是成癮者的保護因子，本研究結果與其相符。

## (二) 出席率

出席率又可稱藥物信守，指病人了解治療內容及對生活型態的改變，有意願並主動持續參與藥物治療方案，藥物信守不佳的結果就是中斷治療 (馬榮梨等人, 2021)。

本研究顯示，不同出席率的成癮者其復原力達顯著差異 ( $t=-4.17$ ,  $p<.05$ )，出席率較高的成癮者之復原力高於出席率較低的成癮者。學者指出接受戒癮治療時間越長，戒治成功機率越高 (李思賢、石倩瑜, 2015)，本研究結果與先前文獻相符。

## 五、成癮者的復原力與戒除動機、醫院門診有效性、家庭支持之相關

(一) 醫院門診成癮者戒除動機與復原力有顯著低度正相關 ( $\gamma=.364$ ,  $p<.01$ )

過去關於成癮的研究中已經表明，動機與復原力是人們決定使用藥物的重要預測因素。動機是人們評估目標成敗與否的策略，透過對目標的理解、控制與承諾而決定開始行動 (Cox et al., 2004)，過

程中受到遠因 (文化、家庭) 與近因 (個人因素) 的影響其適應性。Fadardi與Cox (2008) 則認為復原力是決定適應良好與否的原因之一，但這兩個變項在預測藥物濫用方面的關係尚不清楚。

Fadardi等人 (2010) 採用與本研究相同的Conner-Davidson復原力量表，調查120位大學生在物質使用、動機與復原力的關係，研究結果發現復原力與動機是藥物濫用的負向預測因子，中介分析顯示，復原力與物質使用之間的關係透過動機調節，研究結果支持動機在物質使用中的重要性，與本研究結果相同。

(二) 醫院門診成癮者醫院門診有效性與復原力有顯著中度正相關 ( $\gamma=.451$ ,  $p<.01$ )

門診有效性表示成癮者認為醫院在其急性戒斷症狀的處理、提升長期戒毒決心、提升處理復發的技巧、增加關於毒品的衛教上，對其是有效的。對於一個身陷癮頭的成癮者來說，透過醫療得到協助遠離毒害是很重要的，有效的意義代表著希望與信心，有助於持續回診 (Harris et al., 2011)，而良好的出席率將更有助於戒癮成功。

復原力的研究顯示，復原力與希望感、自我信心有關 (何秀玉等人, 2012; 陳建璋, 2018)，復原力本身也包含了樂觀與希望的因素。國外研究發現當成癮者

在困境中越能感到對未來的希望與信心，也越有助發展復原力（Burke, 2006）。國內並無成癮者自覺有效性與復原力的相關研究，但從上述的研究發現，可與本研究結果相互呼應。

（三）醫院門診成癮者家庭支持與復原力有顯著低度正相關（ $\gamma=.340$ ， $p<.01$ ）

國內目前關於門診成癮者家庭支持對復原力影響的研究並不多，若參考其他研究對象之研究，本研究結果與王圓晴等人（2021）、柯又嘉（2018）及蔡素惠（2019）之研究結果相同。

本研究將居住狀況與婚姻狀況並列對比，發現與家人同住的成癮與已婚者的家庭支持皆高於獨居者及單身與離婚或分居者，可推斷家庭支持不只表現在名分關係上，也表現在實際的相處陪伴中。

## 六、醫院門診成癮者戒除動機、醫院門診有效性、家庭支持對復原力的預測

研究統計結果發現，只有醫院門診有效性對成癮者的復原力有預測性，意即醫院門診有效性感受程度的高低可預測醫院成癮者的復原力程度，具有23.6%的解釋能力。引發醫院門診成癮者復原力生成之主要因素可能與成癮者在醫院門診中認為醫院在其急性戒斷症狀的處理、提升長期

戒毒決心、提升處理復發的技巧、增加關於毒品的衛教上的感受程度有關。

## 伍、建議與研究限制

### 一、建議

#### （一）復原力的運用

本研究發現醫院成癮者具有中等以上的復原力，成癮者的戒除動機與復原力呈現正相關，戒癮工作者可在動機式晤談的基礎上，以復原力概念為核心，協助個案發展出正向的自我概念及認知態度、正向的生活適應能力，建立正向的自我價值感。此外，研究者建議運用復原力量表作為預測或評估的參考架構，讓工作者更能掌握成癮者內在的復原力傾向，為後續工作提供明確目標。

#### （二）醫院門診有效性的運用

自覺成效是成癮者康復過程中的重要指標。本研究發現，成癮者認同醫院門診對戒癮的有效性屬偏高的程度，提升其門診有效感受程度並維持是重要課題。

自覺成效的認知包含了理性的評估與感性的感受，協助成癮個案正視發生在自己身上的使用毒品負面結果，藉此提升病識感，加強自我健康管理的認知，讓成癮者理解就醫前後的轉變，檢視進展並給予鼓勵，讓成癮者早日看到他的第一個成效，有助長期的戒毒決心、耐心與恆心。

### (三) 家庭支持的運用

成癮者的家庭關係普遍不佳，也是成癮的風險因子，但成癮者被發現有成癮行為甚至是面臨司法裁處時，可能激發成癮者的與家庭成員的自我檢討，是修復家庭關係的契機。家庭支持在成癮者的康復過程中扮演著重要的角色，戒癮工作者關心與處遇的對象，除成癮外，也要包含其家庭成員。戒癮工作者可協助成癮者與家屬保持開放的溝通，鼓勵成癮者分享他們的感受和困境，建立健康的家庭環境。

### (四) 持續推動緩起訴政策以利成癮者就業

本研究發現就業中的成癮者復原力與家庭支持較佳，就業對於成癮者來說，不僅是經濟上的收入，象徵著身心穩定，對家庭有貢獻，就業也降低再犯的可能。緩起訴附命戒癮治療政策可避免單純使用的成癮者入獄失去工作而收入中斷，建議持續推動進行；另一方面，成癮者可能因為汙名導致求職不易或是症狀導致就業不穩，為避免上述問題形成就業障礙，成癮者被就業市場所排除淪為長期失業者，政府亦可提供針對成癮者的生涯規劃輔導或就業媒合，透過就業服務員與成癮個管人員追蹤成癮者的就業狀況。

### (五) 協助年長成癮者建立新的社會支持網絡

本研究發現年長的成癮者在復原力、戒除動機、自覺有效性與家庭支持皆達顯著差異。年長成癮者出席率較好，檢體陰性的比率較多，顯示若投入在年長成癮者的戒癮資源，其效益較高。但年長者的家庭支持可能因年齡導致來自父母的支持偏低，需依賴手足或晚輩，社會支持也因人際與社交的侷限性或恐不彰。除現行在矯正機關的家庭支持方案外，社政衛政主管機關應延伸資源至社區中，配合強化社會安全網計畫，趁早介入協助年長成癮者，一方面盤點與穩固既有資源，如舉辦家屬團體，提升包容與接納性；一方面建立新的社會支持網絡，必要時提供中途之家或中介安置機構服務，同時鼓勵成癮者參與支持性團體，擴展家人以外的正向支持量能。

## 二、研究限制

(一) 本研究並未針對使用不同種類毒品的成癮者分類探究，後續可進一步納入討論，以更為完備。

(二) 在成癮者的社會支持中，本研究僅針對家庭支持設計問卷進行了解，未來可將醫療機構戒癮過程中的社會支持與影響納入考量。

(三) 本研究並未細究緩起訴與否對成癮者戒癮成效差異的影響，作為支持減

害治療的工作者，未來可進一步釐清以提出更多實證。

（四）戒癮治療乃一長期之過程，橫斷性的研究只能得知當下研究對象各變項的概況，應可考慮縱貫性的研究以更進一步探討成效變化及預測關係。此外，研究對象為某醫院成癮門診的個案，僅能代表該場域的結果，無法外推至其他醫療機構。問卷屬主觀性填答，難以避免個人感受造成之偏誤。

（本文作者：呂興軍為高雄醫學大學附設中和紀念醫院社工師；陳政智為高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系副教授）

**關鍵詞：**成癮者、復原力、戒除動機、醫院門診有效性、家庭支持

## 📖 參考文獻

- 王圓晴、葉建宏、邱浩彰、張宏哲（2021）。〈重症肌無力症患者壓力源、社會支持及復原力〉。《台灣醫學》，25（6），707-719。[https://doi.org/10.6320/FJM.202111\\_25\(6\).0001](https://doi.org/10.6320/FJM.202111_25(6).0001)
- 王鵬為（2010）。《接受美沙冬維持治療之海洛因成癮者改變動機之相關因子研究》（碩士論文，高雄醫學大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/3qrt97>
- 何秀玉、李雅玲、胡文郁（2012）。〈老人復原力之概念分析〉。《護理雜誌》，59（2），88-92。<https://doi.org/10.6224/JN.59.2.87>
- 何逸群、黃凱琳（2020）。〈從神經生物學角度看大腦成癮疾病〉。《臨床醫學月刊》，85（4），197-201。[https://doi.org/10.6666/ClinMed.202004\\_85\(4\).0035](https://doi.org/10.6666/ClinMed.202004_85(4).0035)
- 吳佳儀（2018）。〈兒虐議題之教育推廣與提升警政人員專業兒保效能〉。載於論壇「藥物濫用對健康與社會之衝擊：問題與對策」委員會（編），《藥物濫用對健康與社會之衝擊：問題與對策》（頁14-79）。國家衛生研究院。
- 李思賢、石倩瑜（2015）。〈藥癮者對於美沙冬維持療法、海洛因輔助療法與安全注射室的認知與態度：採減害觀點之質性研究〉。《刑事政策與犯罪研究論文集》，18，185-207。<https://doi.org/10.6482/ECPCR.201511.0008>
- 李思賢、吳憲璋、黃昭正、王志傑、石倩瑜（2010）。〈毒品罪再犯率與保護因子研究：以基隆地區為例〉。《犯罪學期刊》，13（1），81-105。<https://doi.org/10.29607/ZHWG.201006.0003>

- 李素菁（2002）。《青少年家庭支持與幸福感之相關研究 —— 以台中市立國中生為例》（碩士論文，靜宜大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/z28vu8>
- 李康泰（2015）。《視覺障礙工作者家庭支持與工作適應之相關研究》（碩士論文，國立臺灣師範大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/dp6nfx>
- 周月清（2001）。《家庭社會工作：理論與方法》。五南。
- 周呈囊、黃名琪（2021）。《探討採用生理量測與回饋提升毒品緩起訴個案病識感與戒治效果之研究計畫案》（計畫編號：1091203-01）。法務部。<https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=13719332>
- 周騰達、蕭添木、黃洽鑽、劉宏文（1991）。〈家庭關懷度指數的初步研究〉。《高雄醫學科學雜誌》，7（1），27-31。<https://doi.org/10.6452/KJMS.199101.0027>
- 林明傑、陳珍亮（2006）。《藥物濫用者有無繼續施用傾向量表之建立研究》（計畫編號：DOH95-NNB-1047）。行政院衛生署。<https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=1182122>
- 林易司（2019）。《藥癮者社會復歸之支持系統對戒毒協助經驗之研究 —— 以臺南市為例》（碩士論文，國立中正大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/aqgtxf>
- 林雅秀（2012）。〈違反毒品危害防制條例之藥癮者「戒癮團體輔導」經驗：以台灣某監獄為例〉。《中華團體心理治療》，18（2），19-30。<https://doi.org/10.30060/CGP.201206.0003>
- 林瑞欽、鄭添成、李易蓁（2013）。〈觸發不同用藥類型海洛因成癮者復發決意之生活事件比較研究〉。《玄奘社會科學學報》，11，145-188。
- 武維馨（2012）。《緩起訴毒品犯完成美沙冬戒癮治療之因素分析》（碩士論文，國立臺北大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/2zuhhn>
- 柯又嘉（2018）。〈收容人社會支持、復原力與心理健康之關係研究〉。《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，18，33-45。[https://doi.org/10.6460/CPCP.201809\\_\(18\).04](https://doi.org/10.6460/CPCP.201809_(18).04)
- 秦文鎮（2018）。〈成癮的腦部疾病模式新進展〉。《臺灣醫界》，61（3），38-41。
- 馬榮梨、張曉雲、劉芊葳、顏正芳（2021）。〈探討美沙冬替代治療者其藥物信守之相關因素〉。《精神衛生護理雜誌》，16（2），31-41。[https://doi.org/10.6847/TJPMHN.202109\\_16\(2\).04](https://doi.org/10.6847/TJPMHN.202109_16(2).04)
- 張淑慧（2007）。〈中輟輔導的思考 —— 談中輟少年的復原力〉。《中等教育》，58（5），56-73。
- 張萬烽（2020）。〈保護因子對於不同復原力類型學習障礙學生之影響〉。《特殊教育研究學刊》，45（1），65-96。[https://doi.org/10.6172/BSE.202003\\_45\(1\).0003](https://doi.org/10.6172/BSE.202003_45(1).0003)
- 張曉筱（2017）。《知覺健康長者復原力與成功老化之研究》（博士論文，東海大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/d7xd64>

- 張麗玉、林子菲（2018）。〈台灣男性毒品犯再犯者之支持網絡與再犯影響之研究——以南台灣矯正機構收容人為例〉。《藥物濫用防治》，3（2），75-98。[https://doi.org/10.6645/JSAR.201806\\_3\(2\).4](https://doi.org/10.6645/JSAR.201806_3(2).4)
- 郭文正（2011）。《藥癮者社會支持、壓力知覺與戒癮改變階段之模式建構》（博士論文，國立臺灣師範大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/en2n2a>
- 郭文正（2022）。〈戒治時期藥癮者戒癮改變動機之影響因素探討〉。《矯政期刊》，11（2），3-30。[https://doi.org/10.6905/JC.202207\\_11\(2\).0001](https://doi.org/10.6905/JC.202207_11(2).0001)
- 陳冠蘭（2010）。《自閉症兒童主要照顧者家庭支持與兒童適應行為之相關性研究》（碩士論文，國立臺中教育大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/v6543h>
- 陳建璋（2018）。〈運動心理資本量表之修訂以及對大學網球選手之應用〉。《臺灣運動心理學報》，18（1），21-42。[https://doi.org/10.6497/BSEPT.201805\\_18\(1\).0002](https://doi.org/10.6497/BSEPT.201805_18(1).0002)
- 陳香吟（2011）。《家庭支持、遵醫囑行為與血糖控制之相關研究——以某區域教學醫院為例》（碩士論文，國立高雄應用科技大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/z3wsm4>
- 曾文志（2006）。〈復原力保護因子效果概化之統合分析〉。《諮商輔導學報》，14，1-35。<https://doi.org/10.6308/JCG.14.01>
- 楊士隆、曾淑萍、林鴻智、許俊龍（2021）。〈毒品收容人其施用毒品行為之性別差異分析〉。《藥物濫用防治》，6（1），27-47。[https://doi.org/10.6645/JSAR.202103\\_6\(1\).2](https://doi.org/10.6645/JSAR.202103_6(1).2)
- 劉明倫、楊延壽、吳四維、吳承江、許鶯珠（2009）。〈觀察勒戒毒品犯之戒癮動機評估〉。《台灣公共衛生雜誌》，28（1），35-45。<https://doi.org/10.6288/TJPH2009-28-01-04>
- 劉俊良、陳意文（2019）。〈藥物濫用戒治成功者復原力敘事研究〉。《藥物濫用防治》，4（2），1-23。[https://doi.org/10.6645/JSAR.201906\\_4\(2\).1](https://doi.org/10.6645/JSAR.201906_4(2).1)
- 蔡素惠（2019）。《臺北市國民小學校長全面領導、社會支持與教師復原力關係之研究》（博士論文，臺北市立大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/s6ekk4>
- 蔡震邦、鍾孟惠（2018）。〈家庭系統保護因子對於成年藥癮者復原歷程作用之探討〉。《矯正期刊》，7（1），133-156。[https://doi.org/10.6905/JC.201801\\_7\(1\).0005](https://doi.org/10.6905/JC.201801_7(1).0005)
- 韓意慈（2016）。〈探究藥癮者之社會支持網絡樣貌——以某戒治所之男性個案為例〉。《東吳社會工作學報》，31，31-59。
- 顏正芳（2005）。《海洛因、安非他命和搖頭丸使用者戒除毒品動機、求助管道和自覺成效調查》（計畫編號：DOH94-NNB-1033）。行政院衛生署。<https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=1055425>

- Azmi, A. A., Hussin, H., Ishak, S., & Fhiri, N. S. D. (2018). Drug addicts: Psychosocial factor contributing to relapse. *MATEC Web of Conferences*, 150, 05097. <https://doi.org/10.1051/mateconf/201815005097>
- Burke, P. (2006). Enhancing hope and resilience through a spiritually sensitive focus in the treatment of trauma and addiction. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 8(2), 187-206. [https://doi.org/10.1300/J034v08n02\\_10](https://doi.org/10.1300/J034v08n02_10)
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Behavioral.
- Caplan, R. D. (1979). Social support, person-environment fit, and coping. In L. A. Ferman & J. P. Gordus (Eds.), *Mental health and the economy* (pp. 89-138). W.E. Upjohn Institute for Employment Research.
- Cicchetti D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(3), 145-154. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00297.x>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2004). *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment*. Wiley.
- De Leon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D., & Wexler, H. K. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(1), 33-46. <https://doi.org/10.1081/ada-100100589>
- Fadardi, J. S., & Cox, W. M. (2008). Alcohol-attentional bias and motivational structure as independent predictors of social drinkers' alcohol consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(3), 247-256. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.027>
- Fadardi, J. S., Azad, H., & Nemati, A. (2010). The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 5, 1956-1960. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.395>
- Garmezy N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20(9), 459-466. <https://doi.org/10.3928/0090-4481-19910901-05>
- Harris, K. S., Smock, S. A., & Tabor Wilkes, M. (2011). Relapse resilience: A process model of addiction and recovery. *Journal of Family Psychotherapy*, 22(3), 265-274. <https://doi.org/10.1080/08975353.2011.602622>

- Hess, C. R., Papas, M. A., & Black, M. M. (2002). Resilience among African American adolescent mothers: Predictors of positive parenting in early infancy. *Journal of Pediatric Psychology, 27*(7), 619-629. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/27.7.619>
- Irving, L. M., Seidner, A. L., Burling, T. B., Pagliarini, R., & Robbins-Sisco, D. (1998). Hope and recovery from substance dependence in homeless veterans. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*(4), 389-406. <https://doi.org/10.1521/jscp.1998.17.4.389>
- Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A.-R., Kim, B., & Lee, M. Y., & Lee, S. M. (2013). Resilience: A meta-analytic approach. *Journal of Counseling & Development, 91*(3), 269-279. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *The American Psychologist, 56*(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.227>
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*(4), 425-444. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Guilford.
- Murphey, D., Stratford, B., Gooze, R., Bringewatt, E., Cooper, M., Carney, R. & Rojas, A. (2014). *Are the children well? A model and recommendations for promoting the mental wellness of the nation's young people*. Robert Wood Johnson Foundation. <https://cms.childtrends.org/wp-content/uploads/2014/07/2014-33AreChildrenWellRWJF.pdf>
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy, 21*(2), 119-144. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *The Journal of Family Practice, 15*(2), 303-311.
- Snyder, C. R. (1996). To hope, to lose, and to hope again. *Journal of Loss & Trauma, 1*(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/15325029608415455>
- Sussman, S., & Sussman, A. N. (2011). Considering the definition of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 8*(10), 4025-4038. <https://doi.org/10.3390/ijerph8104025>
- Yen, C. F., Tsai, J. J., Wang, P. W., Yeh, Y. C., Liu, S. C., Wang, S. H., & Wang, C. C. (2011). Unfavorable attitudes toward receiving methadone maintenance therapy and associated factors among the inmates using intravenous heroin. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 27*(1), 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2010.12.002>