



## 壹、前言

根據聯合國毒品與犯罪辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime，簡稱 UNODC）估計，全世界有超過 2 億人施用各種毒品，占 15 歲以上總人口的 4.8%（World Drug Report, 2007）。另依法務部統計處資料顯示，98 年 9 月底在監受刑人 5 萬 4,782 人，較上年同期 5 萬 312 人，增加 8.9%。在監受刑人中，以毒品犯 2 萬 3,434 人占 42.8% 居首。由此可見藥物濫用在臺灣是一件相當嚴重的社會問題，毒品對於社會治安而言更是一大威脅。

根據臺灣地區各地方法院「少年事件個案調查報告」，將少年犯罪成因分成生理因素、心理因素、家庭因素、學校因素、社會因素及其他因素等項目，其中最多者為家庭因素，包括犯罪家庭、破碎家庭、父母和睦、親子關係不正常、子女眾多、管教較嚴、貧窮難以維生等，該因素所占百分比為 42%，所以家人關懷影響犯罪與否甚多。然支持家庭因素與兒童觸法行

為、少年犯罪行為有關之研究與理論，可以將其統稱為家庭動力論(Theory of Family Dynamics)（Newman & Ferracuti, 1977；馬傳鎮、黃富源，1985）。家庭動力論主張，如果個體處於一個病態的家庭，而親子關係不佳時，將導致不良的社會化而終至促成少年犯罪行為。

現今，犯罪矯正的處遇方案內容顯少有系統性地關注收容人的父母、配偶、子女及親友，而較著重在收容人本身的康復與監督。但是當家庭中出現一位毒品犯，不僅家屬必須承擔相當大的經濟負擔，且亦須面對親友們的異樣眼光、子女教養、婚姻危機及出所後親友死亡等家庭重建問題，主要照顧者在照顧、陪伴過程中，更嚴重到會影響其身心健康、生活品質與家庭關係的改變。Hamada 等(2003)認為從社區精神照護觀點，不只要指導病人，也要關注家屬的心理健康。

隨著獨立戒治所成立之後，法務部即積極尋求與相關醫療單位合作推動「戒治醫療整合模式計畫」，期待透過彼此合作建立新的本土化戒治模式。醫療觀點視藥

癮為精神疾病的一種，需要適當的治療及照顧過程才得以康復，然而當社會賦予藥癮者家屬照顧責任時，若未提供其足夠的訓練及準備，家屬對於照顧者角色將是充滿矛盾，照顧負荷也將隨之增加。因此作者希望透過「家屬負荷量表」，瞭解藥癮者家屬的主要負荷因子為何，做為實務處遇上之參考。

## 貳、文獻回顧

由於家屬負荷之研究多針對中風、具癡呆症、慢性病、社區失能或病殘老人的主要照顧者為對象，特別是精神病患之主要照顧者而設計的，顯少針對藥癮者。精神衛生法第三條第一項將精神疾病定義為：係指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，因此藥癮亦視為精神疾病的一種，家屬同樣承受著相當程度之壓力。以下就國內外相關文獻進行論述：

### 一、家庭負荷概念

關於「家庭負荷」(family burden)的概念最早係由 Grad 及 Sainsbury 於 1966 年調查社區精神疾病照護中發展出來的，他們認為「家庭負荷」是任何成本的負向結果，負荷是居於病人與家屬之間衝擊的媒介力量。

Hoenig 和 Hamilton (1966)則首次將負

荷分為「主觀負荷」及「客觀負荷」，前者指的是照顧者於照顧工作時的主觀情緒反應，後者是照顧者生活及家庭中可觀察到的潛在不同層面受到影響的情形或活動。

Dillehay 及 Sandys (1990)對「照顧者負荷」定義為“一種因生理情緒和社會壓力所導致之精神狀態，如照顧病患所造成的經濟限制”(轉引自 Gutierrez-Maldonado 等，2005)。然對於家庭支持系統較薄弱的照顧者則會面臨婚姻危機、家庭緊張及衝突、家庭經濟困窘...等危機。

## 二、家庭負荷相關研究

### (一)國內研究

楊秋月、蕭淑貞(1998)在藥物濫用個案家屬照顧需求及其相關因素之探討中，針對北部某療養院接受藥癮戒治個案之主要照顧者，進行結構式會談，發現家屬照顧需求因素有六，分別為：互動問題、經濟問題、負性副作用、再犯問題、自尊問題、同儕問題。

胡海國等(2000)也指出照顧者感受到各種的負擔，包括「疾病治不好」、「經濟損失」、「生活常規受干擾」、「暴力行為之干擾」、「干擾家庭關係」，研究結果也顯示出這些負擔均有高的盛行率，然而照顧者並沒有獲得良好的社會性支持；而且病程較長與所獲得社會支持差者，其主要照顧者可能會有明顯的負擔，長期的照顧責任也給照顧者極大的緊張感。

侯淑英(2004)指出精神分裂症患者之主要照顧者的負荷，以緊張感的負荷量最高，其次為病患的依賴。陳季員、陳育志(2006)以質性研究法，針對養育罹患杜顯氏肌肉失養症(Duchenne muscular dystrophy, DMD)兒童之 35 位父母親為研究對象，來探討其壓力與需求間之相關因素，結果顯示照顧負擔與病童疾病進展、睡眠不足、擔憂病童未來無人照顧及無法掌控疾病進展之無力感因素成正相關，換言之即病童時間越長，父母親身心俱疲狀態越明顯。

溫如慧(2008)針對急性醫療機構門診、康復之家、日間病房與慢性療養院精神病友主要家庭照顧者之身心健康狀況之研究指出，有 40%的受訪者呈現憂鬱傾向，總覺得不被他人瞭解、對許多事情失去興趣、常有比不上別人的感覺，而這些負面的心理狀況女性照顧者大於男性照顧者。然而在與家人的關係中發現，人數多的家庭，照顧者從中得到的協助也較多，家人可以分擔照顧責任，因此較滿意其日常的生活。

## (二) 國外研究

Chappel & Reid (2002)研究發現，照顧者在照顧慢性病患過程中之情緒反應、社會支持與家庭關係會直接影響到照顧者的生活品質。

Ferrario, Baiardi & Zotti (2004)運用家庭負擔量表(Family Strain Questionnaire, FSQ)為工具，測量特定疾病病患主要照顧者在照護工作上的困境，特定疾病病患係

指住院病患(N=260)、居家照護病患(N=297)及特殊或日間留院照護病患(N=254)。其以因素分析方法得到五個因素，為照顧者在照顧病患時認為面臨到的最大問題，分別為(1)情緒負擔、(2)社交參與問題、(3)與疾病相關知識需求、(4)對家庭關係滿意度、(5)對死亡相關的想法。

外國多位學者指出，罹患嚴重精神疾病對患者本人及家庭而言，是一生中最巨大的傷害之一。照護精神病患的家庭通常有以下幾種負荷：(1)經濟困難，(2)社會歧視，(3)由於長期照顧病患導致身心俱疲，如患者的暴力行為、自殺、逃跑、拒絕治療、責備家庭等，(4)家庭成員之間的關係增加摩擦和壓力，(5)家庭與治療者醫院及其他有關機構之間發生複雜而不愉快的關係，(6)家庭與鄰居警察之間的衝突。(吳就君，1995)

Stam (2004)研究顯示，對精神疾病患者的焦慮和緊張關係與主觀負荷有密切關係，家屬愈焦慮患者，彼此間關係愈緊張，他們就更容易耗弱(burnout)。透過協助指導家屬如何調適憂慮及改善他們與病患關係的家庭支持團體，將可增進支持團體的能力，以減少耗竭與負荷。

Gutierrez-Maldonado (2005)指出精神病患治療趨向去機構化，強調社區居家照顧，家庭成員面臨照護困擾不知所措；當家屬們被賦予照顧責任，卻未曾接受足夠的訓練與準備，家屬對於照顧者角色將是充滿矛盾複雜情節，照顧負荷也在增加中。Hamada 等(2003)認為從社區精神照護觀點，不只要指導病人，也要關注家屬

的心理健康。

從上述文獻綜合歸納出，照顧者的負荷會來自於三方面，即(一)情緒負擔(如：經濟困窘、婚姻危機、無法掌控個案藥癮行為)、(二)家庭關係緊張(如：摩擦、壓力、互動及自尊)、(三)社會支持系統薄弱(如：社會歧視、與鄰里警察的衝突、社會參與度低)。此外，根據各縣市毒品危害防制中心 98 年度戒成專線服務項目統計數據顯示，打電話尋求協助者又以婚姻與家庭、心理支持、情緒管理三類問題最高，分別為 61.71%、30.30%及 2.52%。顯示不論藥癮者、家屬或親友，在面臨家中成員有人施用毒品，往往家庭結構、互動關係的改變、社會烙印，對他們而言都是一種負向壓力，進而尋求心理支持比率自然就高。因此，照顧者的需求及藥癮者出監所後與家庭關係的修復、溝通型態調整就顯得格外重要。

## 參、研究方法

### 一、研究工具

1.『受戒治人主要照顧家屬負荷量表』(FBQ)係改編自宋麗玉教授(2001)針對門診與社區復健服務機構(日間留院、居家治療、庇護工廠與康復之家)的病患照顧者，所編製之主要照顧者負荷量表簡短版問卷修飾而成。

2.本量表採 Likert 五點量表，寄發給新收入所受戒治人主要照顧者，詢問其在面對藥癮者照顧時的負荷程度，分數為 1~5 分，分別為 1：從未，2：很少；3：有

時；4：經常；5：幾乎都是。共計 18 題，其中第 6、18 等 2 題，係屬正向題，並不併入計分，分數愈高表示負荷程度愈重。

## 二、研究樣本

針對高雄戒治所 96 年 10 月 30 日~97 年 10 月 30 日期間新收入所受戒治人之家屬，寄發『受戒治人主要照顧家屬負荷量表』請家屬填寫後並寄回高雄戒治所，共回收 276 份，將漏答二題以上者扣除，有效問卷 243 份，無效問卷 33 份。

## 三、研究方法

本研究採專家訪談法及問卷調查法方式進行量表修定及樣本收集，並採用描述性統計、因素分析及相關分析進行量表分析。專家係訪談學術界學者及實務界工作者各乙名，對量表內容進行評估。

## 肆、結果分析

### 一、信度及內部一致性考驗

整份量表經因素分析後得到五大負荷因子，即家庭干擾、烙印、愧疚、照顧者緊張及案主依賴，檢視量表信度及內部一致性，結果得到整份量表之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.889；各向度之 Cronbach's  $\alpha$  值如下：家庭干擾向度之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.836；案主依賴之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.751；烙印之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.954；愧疚之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.912；照顧者緊張之 Cronbach's  $\alpha$  為 0.859。

筆者針對五大負荷因子做名詞定義，

說明如下：

### (一) 家庭干擾

指因照顧藥癮者付出相當大的體力、金錢與時間，而對照顧者家庭成員生活之干擾。干擾的面向又分生理、日常生活作息、工作、家庭關係、休閒、社交與經濟。

### (二) 烙印

指照顧者或其他家人因社會對藥癮者的刻板印象或錯誤認知而產生之負面感受。

### (三) 愧疚

指照顧者將藥癮者吸毒的行為，視為自己的責任與疏失所引起的心裡感受。

### (四) 照顧者緊張

指在照顧藥癮者的過程中引發照顧者的精神壓力。

### (五) 案主依賴

指照顧者感受到藥癮者對他/她的過度要求或期待及被照顧者只尋求他/她的協助。

## 二、各向度負荷量平均數表

從表 1 得知五個負荷因子中，照顧者認為「烙印因子」、「照顧者緊張」在照顧藥癮者過程中較常發生，而「愧疚」及「案主依賴」因子較少發生。也就是說照顧者認為，在照顧家中的藥癮者時常會感受到生活作息、工作、社交及經濟受干擾，並且常承受著社會對藥癮者刻板印象所帶來之負面感受。

表 1

	平均數	標準差
家庭干擾	1.95	.792
烙印	3.02	1.515
愧疚	2.52	1.195
照顧者緊張	2.91	1.244
案主依賴	2.26	1.049

## 三、相關分析

從表 2 各負荷因子間相關分析結果顯示，五大因子即：家庭干擾、烙印、愧疚、

照顧者緊張、案主依賴各因素間均呈現正相關，其中家庭干擾與照顧者緊張（ $r=.579(**)$ ）相關程度較高，與案主依賴（ $r=.559(**)$ ）次之；烙印因子與照顧者緊

張 ( $r=.633^{**}$ ) 相關程度較高，與家庭干擾 ( $r=.439^{**}$ ) 次之；愧疚因子與其他四個因子相關程度差距不大，唯其中與案主依賴 ( $r=.252^{**}$ ) 較高；照顧者緊張與烙印

印 ( $r=.633^{**}$ ) 相關程度較高，與家庭干擾 ( $r=.579^{**}$ ) 次之；案主依賴與家庭干擾 ( $r=.559^{**}$ ) 相關程度較高，與照顧者緊張 ( $r=.462^{**}$ ) 次之。

表 2

	家庭干擾	烙印	愧疚	照顧者緊張	案主依賴
家庭干擾	1				
烙印	.439 **	1			
愧疚	.155 *	.127 *	1		
照顧者緊張	.579 **	.633 **	.156 *	1	
案主依賴	.559 **	.326 **	.252 **	.462 **	1

\* $p<.05$  \*\*  $p<.01$

#### 四、負荷等級次數分配表

因照顧負荷程度並沒有所謂的「正常」與「不正常」之區分，只能說有程度之別，試著就分數判別嚴重度，共分為四等級：

1. 平均數 8-20 分為輕度至中度負荷。
2. 平均數 21-32 分為中度負荷。
3. 平均數 33-44 分為中度到重度負荷。
4. 平均數 45 分以上為極重度負荷。

由表 3 得知，藥癮者主要照顧者之負荷程度，大多傾向中度負荷以上程度，累積百分比為 92.6%，顯示家人照顧家中有藥物濫用者在任何方面皆承受沉重壓力。其中極重度負荷共計 76 人，佔全樣本 31.3%；中度至重度負荷共計 76 人，佔全樣本 31.3%；中度負荷共計 73 人，佔全樣本 30.0%；輕度至中度負荷共計 18 人，佔全樣本 7.4%。

表 3

		次數	有效百分比	累積百分比
有效的	極重度負荷	76	31.3	31.3
	中度至重度負荷	76	31.3	62.6
	中度負荷	73	30.0	92.6
	輕度至中度負荷	18	7.4	100.0
	總和	243	100.0	

## 伍、結論與建議

戒毒不是吸毒者個人之事，而是需要家人支持與協助，方能有效，在戒毒及復歸社會的過程中，家庭所扮演的角色相當重要，家人的支持與否更是戒毒成功的關鍵。然而家屬面對藥癮者往往感到心力交瘁，力不從心，同時本研究結果指出，社會對藥癮者的負面刻板印象及錯誤認知是引發照顧者負荷程度，且多數照顧者負荷皆在中度以上。國外研究亦指出，可待因成癮者不僅影響家庭系統及個別成員，照顧者在照顧他們的過程中負荷及情緒亦隨之增加，家庭其他成員想幫助成癮者，但往往獲得負面的衝擊。(Dennis C. Daley et al., 2002)。Velleman 等人(1993)指出，43%的藥物濫用者之家屬認為需要協助及支持他們適應個案的狀況。

因此，若能針對藥癮照顧者提供更多支持管道，藉由政府及民間單位協助，讓照顧者彼此有互動、資源共享之機會。據此，筆者提出幾點實務上之建議：

一、提供交換戒癮訊息及紓解情感等空間：機構可設置家庭諮商室與臨時會談空間，提供專業人員立即性與長期性諮商服務，以協助藥癮照顧者減輕負擔、建立社會支持網絡。

二、開辦持續性家庭支持團體：為提供藥癮家屬訊息性支持、實質性支持及情感性支持，讓其對藥癮知識有所了解，不

僅可提升案家幫助家人戒毒的能力，亦可透過生命經驗相似者的共同分享及回饋，在團體動力的運作下賦予照顧者能力與信心。

三、協助發展家屬自助團體：目前社區戒癮處遇為政府機關及民間團體所重視，近年法務部保護司、更生保護會、各縣市社會局、各縣市毒品危害防制中心及宗教戒癮機構亦積極辦理藥癮家屬支持團體。若戒治所能與外界機構進行橫向資源整合，讓照顧者更加瞭解社會資源，在自我效能增強狀態下促使自己更有力量幫助藥癮者，甚至其他藥癮照顧者，漸漸在社區發展成自助性團體，將更能有效解決照顧者負荷問題。

四、設置衛教諮詢服務站：透過衛教佈告欄設置，提供家屬藥物濫用的特性及其危害資訊、如何檢視家人吸毒、如何協助其戒毒、社區戒癮機構...等訊息。由專業社工師及心理師教導家屬自我照顧和面對社會烙印壓力時因應之道，來提升案家增權的能力。

筆者針對研究結果提出未來後續研究上之建議：一、使用負荷量表檢視家屬支持團體，發展有效減低藥癮者家屬負荷量之處遇方案。二、瞭解藥癮者的特質與藥癮照顧者負荷程度之關聯性與差異。

(本文作者：郭玫蘭現為法務部矯正署高雄戒治所社會工作人員；王振宇為獨立執業社工師)

## 📖 參考文獻

- 宋麗玉(2001)。具實務應用性之量表發展：精神病患社會功能量表與照顧者負荷量表。行政院國家科學委員會委託計畫。計畫編號 NSC89-2412-H-260-006-SSS。
- 吳就君(1995)。精神病患家庭照顧者的負荷研究：跨國文化比較。中華心理衛生學刊，8(1), 37-52.
- 侯淑英(2004)。精神分裂病患者生活品質及主要照顧者負荷之探討。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。高雄：高雄醫學大學。
- 胡海國、吳就君、鄭若瑟、黃梅羹、胡小萍、黃宗正、陳珍信、葉玲玲、張宏俊(2000)。臺灣精神醫學，14(3), 45-57。
- 溫如慧(2008)。精神病患家庭主要照顧者之身心健康狀況。嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告。
- 陳季員、鐘育志(2006)。杜顯型肌肉失養症病童之父母面臨的壓力模式。護理雜誌，53(3)，44-51。
- 法務部(2009)。98 年 10 月法務統計摘要。資料來源：<http://www.moj/mp.asp?mp=301>
- Gutierrez-Maldonado, J & Caqueo-Urizar, A & Kavanagh, D (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*. 40(11), 899-904.
- Hamada, Y. & Ohta, Y. & Nakane, Y. (2003). Factors affecting the family support system of patients with schizophrenia: A survey in the remote island of Tsushima. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 161-168.
- Dillehay, R & Sandys, M (1990). Caregivers for Alzheimer's patients: what are learning from research. *Int J Aging Hum Dev*, 30:263-285. as cited in Gutierrez-Maldonado, J & Caqueo-Urizar, A & Kavanagh, D (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*. 40(11), 899-904.
- Chappel, N.L., & Reid, R.C. (2002). Burden and well-being: among caregivers: *Examining the distinction*. *Gerontologist*, 42(6), 772-780.
- Ferrario, S.R., Baiardi, P., Zotti, A.M. (2004). Update on the family strain questionnaire: A tool for the general screening of caregiving-related problems. *Quality of Life Research*, 13(8), 1425-1434.



Dennis C. Daley, Ph.D., Delinda Mercer, Ph.D. & Gloria Carpenter, M. Ed. (2002). Drug Counseling for Cocaine Addiction: The Collaborative Cocaine Treatment Study Model. *NIH Pub.* No. 02-4381.

United Nations Office on Drugs and Crime (2007). World Drug Report.