

跨理論模式於台灣酒依賴住院病人改變歷程的質性研究

葉美玉* 李絳桃** 吳淑美***

摘要

本研究旨在以跨理論模式為架構，以深度訪談收集資料及內容分析法分析20位臨床酒依賴住院病人行為改變階段歷程。結果發現，病人在改變成癮過程中，歷經無意圖期、意圖期、準備期、行動期，與維持期，每階段皆有其特徵。在無意圖期，病人缺乏改變飲酒動機，相信自己能控制並合理化問題飲酒行為，在意圖期，病人承認飲酒造成自己身心社會各方面失去功能，感受到自己無法控制飲酒行為及心靈的無助與痛苦，並想挽回自己喪失的身體與社會功能。在準備期，則承認自己不易戒酒，有強烈口頭意願戒酒但行動遲疑，會出現掙扎退縮意圖。在行動期，病人開始嘗試戒酒方法，接受戒酒處置，但易故態復萌。進入維持期時，病人已從酒精中康復，呈現正向的日常生活功能。此一改變歷程，酒癮患者易於意圖期、準備期或行動期反覆復發，而這也是戒酒成功與否的關鍵所在。處在不同改變階段宜採取不同戒治策略，本研究結果期能作為酒依賴病人臨床評估及治療策略依據。

關鍵詞：成癮、改變階段、飲酒、跨理論模式、質性研究

* 長庚技術學院護理系教授

** 長庚大學護理系助理教授

*** 長庚技術學院護理系講師，長庚大學臨床醫學科學研究所博士班研究生

通訊作者：李絳桃

聯絡地址：333桃園縣龜山鄉文化一路261號A1010研究室

聯絡電話：(03)2118999-5682 傳真號碼：(03) 2118866

E-MAIL：yehdiana@mail.cgit.edu.tw

壹、前言

臨床酒依賴病人雖然會尋求醫療處置，但由於問題複雜，治癒康復的困難度相對較高（Jakobsson, Hensing, & Spak, 2005; Peteet, Brenner, Curtiss, Ferrigno, & Kauffman, 1998）。如：酒依賴可能導致身體疾病或情緒障礙，甚至合併精神症狀，出現社會合併症（如家庭或工作問題、經濟困難、酒醉開車、流浪無家可歸、暴力或犯罪等），除個人深受濫飲酒的傷害外，對家庭社會的安寧舒適（well-being）亦有相當深遠的影響（Edwards, Marshall, & Cook, 1997；葉美玉、胡海國、林淑梅、李選，2000）。根據台灣一項酒依賴病人治療後兩年追蹤的研究報告指出，163位住院的酒依賴病人在接受解毒（detoxification）與復健治療計畫後，有24位（15.3%）在出院後兩年完全緩解。有56位（34.3%）屢戒屢喝，出院至追蹤期間仍在喝，但未達酒依賴程度。46位（28.2%）持續飲酒，仍處在酒依賴狀態。有36位（22.1%）已去世（陳喬琪、游正各、廖琪郁、郭額千哲、蔡尚穎，1999）。由上述資料顯示，酒依賴病人在接受臨床的解毒與復健治療後，只有少數人能從酒依賴中康復，多數的酒依賴患者無法持續戒酒。

文獻報告，健康行為改變必經一系列的歷程，1990年學者即建議應用跨理論模式的行為改變階段在酒依賴病人的治療模式中（DiClemente & Hughes, 1990）。跨理論模式（trans-theoretical model, TTM）主張行為改變歷程是動態性發展歷程，它包括無意圖期（precontemplation）、意圖期（contemplation）、準備期（preparation）、行動期（action）與維持期（maintenance）等五個改變階段（stage of change）（Prochaska & DiClemente, 1982）。此五個階段的改變，係以計畫行為改變的時間作為改變階段區辨的依據，它並非直線的移動，而是以螺旋模式（cyclical manner）在改變（Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992）。任何一個行為改變階段，都可能故態復萌，回復至無意圖期或意圖期，並且在改變階段中一而再的循環（DiClemente, 2003; Joseph, Breslin, & Skinner, 1999; Leukefeld, Godlaski, Clark, Brown, & Hays, 2000; Donovan & Rosengren, 1999）。

1992年Prochaska等人將之應用於協助酒依賴病人改善飲酒行為，並主張改變健康行為時，應選擇於適當時機，使用適當策略，才能奏效（Prochaska, et al., 1992）。Peteet 等人（1998）建議改變傳統的成癮行為治療策略，應用行為改變階段與行為改變策略協助戒癮病人。依據DiClemente & Prochaska（1998）估計不同行為改變階段的分佈，約40%在無意圖期，40%在意圖期，20%在準備期。是以，因應不同行為改變階

段，提供當下病人所需的介入策略，完成該階段病人可達成的階段性目標；換言之，對不同行為改變階段的病人因材施教，設計與提供不同目標的教材與策略，是成癮行為得以改變的重要基礎（DiClemente, Nidecker, & Bellack, 2008）。

文獻報告，跨理論模式已廣為應用於各類型的健康行為（Joseph, et al., 1999）。應用在戒菸行為時，五個改變階段有不同的定義，舉例來說，無意圖期，係指尚未有戒菸動機、意圖期則是指未來六個月可能改變、準備期是指未來一個月考慮改變、行動期是指戒菸未超過半年，維持期指的是戒菸超過半年（Macnee & McCabe, 2004）。除此之外，跨理論模式也提出行為改變策略，及影響行為改變的因素，如衡量作決定（decisional balance）以及自我效能等（DiClemente, 2003; Michie & Abraham, 2004）。但是，Sutton（2001）回顧跨理論模式應用於物質濫用的相關文獻時指出，跨理論模式以「未來行為改變意向」的時間作為切割點，並將之界定為不同的行為改變階段，使改變階段之間的界線模糊，不同改變階段的轉換徵象及影響因素不易被區辨。因此，他建議跨理論模式應用在成癮行為時，宜採質性研究法，經由行為改變過程的分析，加以定義成癮行為改變歷程的各階段特徵，藉以區辨不同行為改變階段的轉換徵象及影響因素（Sutton, 2001）。綜上，本研究旨在以跨理論模式為架構，運用深度訪談收集資料，以質性研究法，分析臨床酒依賴病人行為改變階段歷程及其特徵，期能作為評估酒依賴病人不同改變階段，及採取有效戒癮治療策略的依據，增進治療效能。

貳、材料與方法

一、研究對象

為使研究現象之範圍更加確立，本研究採立意取樣法，以北部某教學醫院酒依賴病房就醫的住院病房為取樣場所，凡符合取樣條件並願意參與研究且同意接受錄音的病人，則列入研究對象，取樣條件係依精神疾病診斷手冊第四版（American Psychiatric Association, APA）由精神科專科醫師診斷為酒依賴的病人，住院治療至少三天以上，排除合併精神症狀，憂鬱症或器質性腦症的病患，能以國台語溝通者。本研究經醫院研究審查通過後，配合病房作息時間進行深度訪談。20位受訪者，皆係研究期間正於研究醫院住院酒依賴病房就醫的住院病人。

二、資料收集方法與步驟

資料收集以面對面深度訪談，運用觀察及半結構式訪談指引收集資料。訪談指引係根據文獻與預試研究修正所得。正式訪談指引主要問句包括：（一）請你談一談第一次飲酒的狀況？當時情緒如何？（二）第一次喝酒以後再喝的情境？（三）第一次喝醉是什麼狀況？結果如何？（四）長期喝酒對你的影響是什麼？（五）曾經戒過酒嗎？怎麼做？用過何種方法戒酒？結果呢？（六）戒酒最長那次維持多久？能維持這麼久的原因是什麼？（七）停酒後又再喝？是怎麼了？發生什麼事？

正式資料收集時，以書面及口頭說明研究目的及步驟，並徵得病人同意參與研究，若病人同意並願接受錄音而符合取樣條件者，則列入研究對象，在簽署研究同意書後，始正式訪談。所有訪談，都由研究者與具有8年以上精神科臨床經驗的兩位護理師共同完成。研究者為得到研究對象真實的經驗，訪談前，研究者參與病房晚間活動，與受訪者建立關係。除此之外，為使受訪者能自在輕鬆的表達，選擇病人熟悉隱密的小型討論室，進行面對面的深度訪談。會談中為確定受訪者所表達的意義，對質疑處會進行澄清。訪談後完成的文字稿，提供給受訪者以確認資料的真實性。訪談過程全程錄音紀錄，並觀察受訪者的語言與非語言反應。於正式訪談完成後，隨後將錄音資料轉換（transcribing）為文字稿，並提供給受訪者確認資料的真實性。

三、資料分析與嚴謹度

本研究以內容分析法分析酒依賴住院病人改變成癮行為的歷程。首先將深度訪談資料轉錄成文字，且不斷反覆閱讀與理解，在空白處註記研究者的想法，將每一段有意義的內容，加上研究者主觀直覺的註解和詮釋。檢視研究者對每段註解與詮釋的內容，並反覆參考文本脈絡和訪談對象的社會文化背景，萃取相關意涵面向，再與之分類對比，確認意義單元。再將意義單元的陳述轉化為可表達明顯或隱藏意義的陳述。將已轉化之意義單元統合成整體經驗的陳述，即推論的「情境層面的描述」，爾後再將「情境層面的描述」轉化並建構為酒依賴病人的經驗層次，並闡明酒依賴病人改變成癮行為於社會脈絡事實所存在的現象。

研究資料內文分析的信效度，信度包括：（1）研究者的內在一致性（intra-rater reliability）研究者於分析資料後，隨機抽取資料內容記錄十分之一，重覆分析測得一致性達87%。（2）不同編碼員間一致性（inter-rater reliability）研究者對資料內容記錄自行分析後，隨機抽取十分之一，請本研究曾受過質性研究分析訓練的碩士級研究

助理，分析內文並與研究者所做分析之分類及操作性定義進行一致性檢定，結果達84%。以三角檢測進行效度檢定，包括請一位臨床精神科護理人員、一位受訪者，及研究者共同檢測研究結果詮釋的合宜性。

四、研究倫理考量

本研究首先取得研究場所同意後，並經醫院研究審核通過後始進行研究。由於本研究主題涉及個人隱私，為考量研究倫理原則之隱私性、自主性與保密性，會談場所安排研究者與受訪者在安靜的會談室內。會談前向受訪者說明研究主題、目的及會談錄音進行過程，及受訪者可隨時停止錄音、會談等權利，並重申受訪者於會談中可隨時中斷會談、錄音或退出本研究之權利，在受訪者表示清楚研究主題、過程及權利後，始簽署會談同意書，會談進行方開始。研究過程錄音內容均保密並妥善保存，直到研究結束後便刪除所有錄音內容。

參、結果

本研究共收集20位住院病人，受訪病人中，有18位男性，2位女性。平均年齡約42歲，最大56歲，最小30歲。開始喝酒至收案時最長達28年，最短者達8年，平均18.13年。

本研究結果發現，臨床酒依賴住院病人的問題飲酒行為的改變歷程如圖1，在成癮行為的改變歷程中，病人歷經無意圖期、意圖期、準備期、行動期與維持期，此一改變歷程，具有反覆再發的循環特徵，特別是意圖期、準備期與行動期是反覆再發循環的重要階段。此一改變歷程並非直線的移動，當病人由無意圖期，進入意圖期後，易反覆來回在意圖期與準備期之間移動。之後即使進入行動期，亦可能回到準備期或意圖期。甚至進入維持期的病人，仍可能回至意圖期或無意圖期。

除上述外，在酒依賴病人的改變歷程中，每個改變階段皆有其特徵。在無意圖期，是缺乏改變飲酒動機的階段，病人對飲酒有正向的預期，認為自己的問題不嚴重，相信自己可以控制飲酒行為，及合理化自己的問題飲酒行為。無意圖期的階段特徵有：「對飲酒正向預期及依賴」、「高估控酒自我效能」、「飲酒行為合理化」。在意圖期，承認自己的飲酒行為有問題、成癮，醞釀了戒酒想法或動機，此階段的酒依賴病人雖然已覺察飲酒帶來的負面影響，承認自己的飲酒問題，產生飲酒之趨避衝突，醞釀戒酒動機。意圖期的特徵包括「覺察飲酒失控問題」、「覺察飲酒之負面

影響」、「承認自己成癮」以及「飲酒之趨避衝突」。在準備期，病人呈現出願意戒酒的動機及企圖，但是尚未付諸戒酒的行動，此階段特徵包括：「表明戒酒意願」、「感受到戒酒阻礙」以及「戒酒行為遲疑」。在戒酒的行動期，則將戒酒的企圖付諸行動行為，但戒酒行為之維持尚未能持之以恆，因此可能產生恢復飲酒的行為，其特徵包括：「控酒行為」、「接受戒酒處置」與「故態復萌」。在維持期的階段，酒依賴患者則出現不再依賴酒精，恢復日常生活功能的行為。本研究結果依酒依賴病人改變成癮行為的過程階段分述如下：

無意圖期

病人對飲酒有正向預期，或對飲酒的負面影響尚未覺察，認為飲酒具有可控性，並合理化自己的飲酒問題，甚至認為飲酒可以改善身心問題，在這個階段，病人對戒酒一事尚未考慮。因此，無意圖期病人具備之特徵包括：「對飲酒之正向預期及依賴」、「高估控酒自我效能」、以及「飲酒行為合理化」。

（一）對飲酒正向預期及依賴

是指病人對飲酒所帶來的影響作用持正向期待，或對飲酒的負面影響尚未覺察或因而對飲酒持續產生依賴的行為。例如：案19「那個時候從來都沒有想到酒精中毒、酒癮，根本沒有想到這些，那時是朋友聚在一起就喝了。」又如，案2「……………只有喝到酒才會覺得很輕鬆，後來就變成一直想喝，例如說心情不好、家庭的壓力、工作不順都會想要喝酒。」

（二）高估控酒自我效能

個案相信自己可以控制飲酒行為，認為可以自我控制喝酒的酒量及次數。如案1所說的「我喝一點就好啦，我也不喝多ㄚ……………對，覺得自己可以控制。」又如案5「……………因為我會控制……………不能再喝了，我就會不喝了。」

（三）飲酒行為合理化

是指病人合理化自己的問題飲酒行為，找尋各種理由持續飲酒的理由。如：案1「……………其實啦，這只是一個藉口，這個據於我所知道都是個藉口啦。因為自己想喝ㄚ，他就編個理由出來ㄚ，就這樣子。」以及案4「……………真的，真的愛喝啦…找藉口就是什麼要應酬啦，我跟家裡的人吵架，這些都是藉口。」

意圖期

是指病人開始覺察飲酒帶來人際關係、家庭功能及社會功能的負面影響，承認自己的飲酒行為有問題、成癮，以及飲酒所造成的問題，而產生飲酒之趨避衝突，這也醞釀了戒酒想法或動機的空間與情境。因此，意圖期的特徵包括「覺察飲酒失控問題」、「覺察飲酒之負面影響」、「承認自己成癮」以及「飲酒之趨避衝突」。

（一）覺察飲酒失控問題

開始注意到自己的飲酒行為是無法控制的、有問題的，並出現審視自我飲酒問題行為。例如案4所說的「人家喝酒是在控制酒...我是被酒控制。」或如案8「問題是說我控制不了，賭下去了，我控制不了。反而我不喝，他們看我這樣痛苦會買酒給我喝。」

（二）覺察飲酒之負面影響

是指病人開始覺察飲酒帶來人際關係、家庭功能及社會功能的負面影響。在覺察飲酒之負面影響上，例如案1會體認到社會功能的負面影響「而且對自己傷害更大就是會生活不正常，失去工作啊，有時候找到很好的工作，因為喝酒然後工作就沒有了。」案2亦察覺「最重要來講還是家庭，事業，影響非常的大」。

（三）承認自己成癮

是指承認自己的飲酒行為有問題、成癮，而承認自己有酒癮則是意圖期病人的重要特徵，例如案8所說的「就是這樣，那後來大概差不多在三年前，我才知道我的酒癮，白天也喝，晚上也喝，我才知道事態嚴重了，得到酒癮了。」或如案3認為要體認到自己成癮才有飲酒問題的病識感「……………有時候你告訴他，他不相信，除非他說自己上癮了，……要自己體會才有辦法啦！」。

（四）飲酒之趨避衝突

是指病人對於飲酒帶來的負面影響與對酒精依賴及眷戀之間，產生了飲酒與否之猶疑不定與迷惘。例如案4的描述就是一個典型的寫照「單獨一個人出去就會想去碰酒，一想……真的……像我跟我女朋友出去就不會碰它，他們在他們同事在喝酒，我連碰都不會碰，我要顧她的面子，……………我本身也想碰碰看，但是也有想回來，又不行吶，酒再碰下去就完蛋了。」

三、準備期

是指病人呈現出願意戒酒的動機及企圖，但是尚未付諸戒酒的行動。準備期的特徵，包括「表明戒酒的意願」、「感受到戒酒的阻礙」以及「戒酒行為的遲疑」。

（一）表明戒酒的意願

是指病人表示願意戒酒的動機及企圖，例如案19「後來是我自己感覺說我這樣喝也不行，我跟我太太講，乾脆我自己去戒酒」。

（二）感受到戒酒的阻礙

是指病人產生戒酒動機之後，在付諸戒酒行動前，考量戒酒所需花費的代價與阻礙重重。例如案2「因為在外面看到酒碰到酒是很簡單的事，所以戒酒比戒毒還要難，毒品要拿不容易，酒則是每家超商都有又不違法，所以比戒毒還要難，而且幾乎每個人每天都在服用都在吃，所以說真的比戒毒難，這是我自己認為。」

（三）戒酒行為的遲疑

病人基於感受到戒酒阻礙重重，因而對戒酒遲遲未能付諸行動。如案5所說「我難過阿，因為我想戒呀，可是我自己沒有辦法戒掉。」例如案19「我現在是變成說有二個難題，第一方面是自己身體不舒服；第二方面是自己變成酒癮，所以我自己也是很糊塗找不出頭緒，到底要怎麼辦？」。

四、行動期

是指病人將戒酒的企圖付諸行為，欲獲致戒酒的目的，但戒酒行為之維持尚未能持之以恆或未能超過三個月，因此可能產生恢復飲酒的行為。該期病人之特徵包括「控酒行為」、「接受戒酒處置」與「故態復萌」。

（一）控酒行為

是指病人出現控制飲酒的行為，包括逐漸減少飲酒量、轉移對酒的注意力或製造無酒的環境，試圖達到戒酒的目的。例如案17試圖以減少飲酒量來「戒斷酒癮」……所以我才說要完全戒掉是不可能的事嘛！只是說我們自己控制，譬如說一罐控制到三分之二，三分之二慢慢控制到剩半罐。你說要完全戒掉是不太可能的。」又如案18嘗試營造無酒環境「我就盡量躲避，看那邊在喝酒，我就從這邊走；看那邊在喝酒，我就從這邊走。要是沒事我就趕快離開，跑回家裡。」而案5則以喝茶等活動企圖轉移注意力來努力獲致戒酒目標，「以我的話我可以用別的東西代

替。……………像喝茶嘛……泡茶喝呀、喝飲料，這樣子把他混過去就好，不然你就吃東西，就不會想要去喝酒，會想說以東西來代替過去就好了。……………轉移注意力，不要去想他，想到就找事情做。」又如案12「我會轉移注意力跟目標啦！……………想要喝酒的時候去看電視啊，打球，做運動。……………做運動讓它累，一回家洗完澡就睡覺了。」

（二）接受戒酒處置

是指病人欲獲致戒酒的目的而接受戒酒的醫療處置措施，包括服藥控制、心理治療等。例如案2「多多少少都有幫助到，因為我以為有吃戒酒的藥，就是讓你吃了以後喝酒會很難過的，我這次出院我也要再繼續服用，我已經停了一年了，因為吃那個藥一喝酒會很難過，所以我跟我們醫生講說決定要吃那個藥，幫助意志力提升。」又如案20「其實他們這裡禮拜四下午有一個戒酒團體的會議，差不多一、二十六個人，大家講心得也是沒什麼結果啦!!只是講那個酒的前因後果，啊你頭先怎樣喝會變成怎樣。」

（三）故態復萌

是指病人雖已出現控制飲酒行為或接受戒酒處置，但仍會有恢復飲酒的行為出現。有些個案戒酒行為維持一星期就恢復飲酒，如案21開始有戒酒行動一星期後，又復發恢復喝酒「就是我不是說不喝啦！就是沒喝睡不著啦！戒了一個禮拜，沒辦法，就睡不著，我要工作阿！那乾脆再來喝。……………前前後後戒了好像兩次吧！不會超過四個禮拜。那個時候睡不著阿！沒有辦法，去買那個鎮定劑，一顆15塊，三顆也沒有用，阿乾脆雙管齊下，這也下去、這也下去、酒下去，看電視就睡著了啦！因此神經在討酒，神經麻痺嘛！好像我們那個馬達，好像沒有力的那種感覺，酒喝下去，嘔！馬達就正常了，就是那個意思啦！最久多久沒有喝酒？最久就一個禮拜阿!然後就一直喝下去。」也有些個案戒酒行為可維持三個月，之後又恢復飲酒的問題，例如案19「應該是三個月吧（指維持三個月不飲酒）。那是都是意志力硬撐的呀，久了你還是一樣會失敗的，除非你不會再見到酒，但是開會呀什麼的都會看到，雖然你沒有喝酒在你前面你的意志力就會下降，第一次下降一些，第二次又下降一些第三次第四次可能就會喝了。」

五、維持期

是指病人控制飲酒行為或接受戒酒處置後，出現不再依賴酒精或恢復日常生活功

能的行為。

例如案1「……最主要的是得到正向的回饋，心裡面好像有了要向自己挑戰的毅力，開始就會找一些比較正向的同事，開始作一些正當的娛樂啦，下了班還去找那些喝酒的朋友，就去找一些好一點的朋友，有時候就去打打保齡球啊有時候禮拜天就去KTV唱唱歌啊，不喝酒啊，就這樣子。」但是也有些個案的維持期儘管大於兩年，仍有恢復飲酒問題行為的情形產生。例如案22「我有一次曾經住過（住院戒酒）二年沒有喝過酒。……因為那時在上班，生活正常，跟同事相處的也不錯，大家都互相幫忙。……，久而久之四、五個月後想喝酒的念頭就沒有了。……我也不敢保證那個癮不在，我覺的不管你戒了幾年那個癮還是會有一點點在。只要有喝就會被帶來（指一喝酒就會無法控制而酒醉，故被帶入院治療）。」

肆、討論

一、酒依賴行為的改變階段歷程與改變策略

本研究結果顯示，在病人成癮行為改變的過程中，歷經無意圖期、意圖期、準備期、行動期與維持期，它具有反覆再發循環的特徵，特別是意圖期、準備期與行動期是反覆再發循環三個重要的階段。五個改變階段有其不同的行為特徵，此一改變歷程亦如文獻所述，並非直線的移動，它具有反覆再發的循環特徵（DiClemente, 2003; Donovan & Rosengren, 1999; Joseph, et al., 1999; Leukefeld, et al., 2000）。本研究亦發現，在酒癮行為的改變歷程中，特別是處在意圖期、準備期與行動期時，極易復發，而且即使進入行動期的病人，亦可能故態復萌的回到準備期或行動期。甚至進入維持期的病人，仍可能回至意圖期或無意圖期。此結果與臨床觀察酒依賴病人經常反覆住院治療相當一致，同時也是酒癮患者不易戒治的關鍵所在。

Peteet 等（1998）認為改變階段模式，提供臨床人員對酒依賴患者每一階段的評估、諮商與轉介（referral）的重點，及不同改變階段治療策略的依據。本研究結果顯示，處於無意圖期的患者，對飲酒之正向預期及依賴、高估控酒自我效能、飲酒行為合理化。由於此階段的酒依賴患者，缺乏改變動機。因此，此階段應藉由提升病人變與不變的內在心理矛盾，來增強改變的動機（DiClemente, 2003; Jarvis, Tebbutt, & Mattick, 1995）。可利用攜帶式手冊提供健康行為訊息，加強提供成癮的相關資訊，增強酒依賴負面後果的認知，及改變的利益與誘因，並介紹參照對象，以建構參照

力量（Leukefeld, et al., 2000）。本研究結果發現，處於意圖期時的病人，能覺察飲酒失控問題、飲酒負面影響、承認自己成癮以及呈現飲酒與否之趨避衝突。Peteet 等人（1998）認為，當評估病人進入意圖期時，應運用成功的戒酒經驗，協助病人了解行為改變的好處，增加改變的可能性。因此，病人處在此階段，臨床人員應協助患者回顧過去改變飲酒行為的歷程，推薦戒酒行為並期望患者承諾改變。為協助病人運用參照力量及自我形象的評價，引發改變動機，宜提供參照團體的錄影帶、照片，運用行為改變思考圖與現身說法的解說，來發揮參照力量（Leukefeld, et al., 2000）。

本研究發現正準備改變的酒依賴病人，能表明戒酒的意願、感受到戒酒的阻礙，但戒酒行動遲疑。文獻報導，此時必須介紹戒癮方法，運用參照力量，引發人們行為改變的動機，增加行為改變的可能性。相信病人有能力改變，並承諾願意去改變，而且公開宣示（DiClemente, 2003; DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez, & Rossi, 1991; Jarvis, et al., 1995; Peteet, et al., 1998）。Leukefeld等（2000）指出，病人處在準備期，宜採取說故事與情境模擬的人物圖解為教材，提供憤怒管理、問題解決與社交技巧訓練，製作訓練操作流程手冊，並以正式且公開的宣示典禮，與簽署書面的改變契約書為正式進入行動期的開始。

文獻報告，臨床成癮嚴重度高的酒依賴病人雖然承認問題飲酒，但認為自己的飲酒問題受外在因素所影響，並非自己所能控制，並未考慮採取改變飲酒的行動（Yeh, 2008）。多數病人係在歷經許多行為改變挫折後，才萌生接受戒癮醫療的念頭或意願（Jakobsson, et al., 2005）。因此，當病人自願接受正式治療時，即顯示患者進入成癮行為改變的行動期。文獻報告，針對行動期，如果酒依賴病人有戒酒動機，應介紹行為漸進改變的成功經驗，以圖文解說及示範，協助學習獲取及累積成功經驗。教導病人在擺脫不健康行為後，能嘗試體驗來自生理反應的改變與身體的訊號。此時，可引導病人訂定飲酒行為的改變計畫，提升酒依賴者的自我效能信念，並採取行為酬賞契約，選擇性增強等行為面向的策略（Leukefeld, et al., 2000）。其中，有關提升酒依賴者的自我效能信念，根據Bandura所提的四項提升自我效能方法的建議：一、幫助成癮者獲得成功經驗，二、當成癮者無法實地體驗時，採取示範教導策略，三、說服成癮者相信他們自己有能力改變，四、改變成癮者對生理反應的負面解釋（Joseph, et al., 1999; DiClemente & Prochaska, 1998）。

一旦酒依賴患者呈現正向的日常生活功能特徵，即顯示患者從酒精中康復，正式進入維持期階段，此時，提供必要的社會支持、減少與酒接觸與預防復發，應是最重要的策略及目標（DiClemente & Prochaska, 1998）。此期可以繪製復發思考圖，解析

復發徵兆過程與因應策略，來確認改變障礙的來源。文獻報告，任何一個行為改變階段，都可能故態復萌，即使是維持期，都可能回復至無意圖期或意圖期（Joseph, et al., 1999; Leukefeld, et al., 2000; Donovan & Rosengren, 1999）。因此，除上述外，在預防酒癮復發的維持期，亦應採行Marlatt's 建議的認知行為預防復發策略模式，此一模式包括協助酒依賴患者持續性的改變生活型態、協助辨識及處理渴求驅力（urge）、減低酒的作用迷思、提升自我效能、辨識高危險情境、調適技巧訓練、初次復發的管理策略等（Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999）。上述維持期的預防復發訓練，是病人持續維持正向日常生活功能的重要策略，一旦酒依賴患者能持續維持正向的日常生活功能，即顯示患者已從酒精中康復，因此，持續維持正向的日常生活功能，應是患者康復的重要指標（The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; White, 2007）。

二、臨床應用

現況醫療情境提供的傳統成癮治療模式，如藥物治療、團體衛教、團體心理治療等，其對改變複雜的成癮行為甚難奏效，臨床必須發展有效的介入策略，才能減低濫飲酒或成癮的傷害（Peteet, et al., 1998; Tinsley, Finlayson, & Morse, 1998）。Arthur（1998）建議臨床人員應與病人建立良好的信任關係，並依據病人行為改變階段的評估結果，提供其必要的介入措施。以酒依賴患者為例，依據病人行為改變階段的需要提供介入後，持續追蹤出院病人一年，有35%追蹤一年仍持續維持戒酒的狀況，僅40%回復至重度飲酒（Soyka, 1999; Tinsley, et al., 1998）。可見，改變健康行為，宜選擇於適當時機，使用適當策略，才能奏效（DiClemente, 2003）。

總之，酒依賴病人在改變成癮過程中，須歷經系列性的過程，在無意圖期，病人具有對飲酒正向預期及依賴、高估控酒自我效能、飲酒行為合理化之特徵。在意圖期，病人能覺察飲酒失控問題、覺察飲酒負面影響、承認自己成癮以及飲酒趨避衝突。在準備期，雖表明戒酒意願、但感受到戒酒阻礙，及戒酒行為遲疑。行動期時，病人開始嘗試戒酒方法，接受戒酒處置，但易故態復萌。維持期的病人則逐漸呈現正向的日常生活功能，從酒精中康復。其中，對住院酒癮患者而言，意圖期、準備期，與行動期，是不易戒治的關鍵。因此，本研究結果建議為協助酒依賴病人改善成癮行為，除與病人建立良好的信任關係外，應依據病人行為改變階段的評估結果，採取有效的戒癮策略；特別是針對不易戒治的三個階段特徵，建議未來可進一步研究階段的轉換徵象與影響因素，以協助病人有效的克服成癮。

誌謝

本研究係由行政院國家科學委員會提供研究經費補助，計畫編號為NSC91-2413-H255-002。

參考文獻

一、中文部份

- 葉美玉、胡海國、林淑梅、李選（2000）。酒癮患者憂鬱之研究。*護理研究*，8（2），241-248。
- 陳喬琪、游正名、廖琪郁、郭千哲、蔡尚穎（1999）。男性的酒癮患者：分類及兩年預後。*台灣精神醫學*，13（2），27-36。

二、英文部份

- Arthur, D. (1998). Alcohol-related problems: A critical review of the literature and directions in nurse education. *Nurse Education Today*, 18, 477-487.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. New York: Guilford Press.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, trans-theoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors* (2nd ed., pp. 3-24). New York: Plenum.
- DiClemente, C. C., Nidecker, M., & Bellack, S. A. (2008). Motivation and the stages of change individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 25-35.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S., Velicer, W. F., Velasquez, M., & Rossi, J. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of pre-contemplation, contemplation & preparation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295-304.
- Donovan, D. M., & Rosengren, D. B. (1999). Motivation for behavior change and treatment among substance abusers. In J. A. Tucker, D.M. Donovan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Changing Addictive*

- Behavior: Bridging Clinical and Public Health Strategies* (pp. 127-159). New York: Guilford Press.
- Edwards, G., Marshall, E. J., & Cook, C. C. H. (1997). *The Treatment of Drinking Problem: A Guide for the Helping professions* (3rd ed.), New York: Cambridge University Press.
- Jakobsson, A., Hensing, G., & Spak, F. (2005). Developing a willingness to change: Treatment-seeking processes for people with alcohol problems. *Alcohol & Alcoholism*, 40(2), 118-123.
- Jarvis, T. J., Tebbutt, J., & Mattick, R. P. (1995). *Treatment Approaches for Alcohol and Drug Dependence*. New York: John Wiley & Sons.
- Joseph, J., Breslin, C., & Skinner, H. (1999). Critical perspectives on the transtheoretical model and stages of change. In J.A. Tucker, D.M. Donovan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Changing Addictive Behavior: Bridging Clinical and Public Health Strategies* (pp.160-190). New York: Guilford Press.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151-160.
- Leukefeld, C., Godlaski, T., Clark, J., Brown, C., & Hays, L. (2000). *Behavioral therapy for rural substance abusers: A treatment intervention for substance abusers*. Kentucky University Press.
- Macnee, C., & McCabe, S. (2004). The Transtheoretical Model of behavior change and smokers in Southern Appalachia. *Nursing Research*, 53(4), 243-250.
- Michie, S., & Abraham, C. (2004). Interventions to change health behaviours: Evidence-based or evidence-inspired? *Psychology and Health*, 19(1), 29-49.
- Peteet, J. R., Brenner, S., Curtiss, D., Ferrigno, M., & Kauffman, J. (1998). A stage of change approach to addiction in the medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 20, 267-273.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 7, 1102-1114.
- Soyka, M. (1999). Efficacy of outpatient alcoholism treatment. *Addiction*, 94, 48-50.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance abuse. *Addiction*, 96, 175-186.
- The Betty Ford Institute Consensus Panel (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221-228.
- Tinsley, J. A., Finlayson, R. E., & Morse, R. M. (1998). Developments in the treatment of alcoholism. *Mayo Clinic Proceedings*, 73(9), 857-863.

- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229-241.
- Yeh, M.Y. (2008). Measuring readiness for change and locus of control belief among male alcohol dependent patients in Taiwan: A comparison of the different degrees of severity of alcohol dependence. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 533-539.

投稿日期：2008.10.09

修正日期：2009.03.27

接受日期：2009.06.19

Qualitative Study for Processes of Stage of Change by Transtheoretical Model among Alcohol Dependent Inpatients in Taiwan

Mei-Yu Yeh* Jian-Tao Lee** Shu-Mei Wu***

Abstract

The purpose of this research is to study the behaviors of alcohol dependent patients during stage of change under a framework of the trans-theoretical model. We studied 20 patients in total by in-depth interview and content analysis. The result show that the alcohol dependent patients would experience five stages, namely pre-contemplation, contemplation, preparation, action, and maintenance, in the processes of stage of change and each stage was marked by specific nature. In the pre-contemplation stage, the alcohol dependent patients were short of motive for change. The visited patients had positive expectancy for drinking alcohol and did not consider their drinking problems seriously. The patients rationalized their behaviors of problem drinking and believed they were able to take full control of their drinking behaviors. In the contemplation stage, the patients realized their problems in drinking behavior and were willing to listen to their own inner voice at heart and also admit their failure in health and social function due to drinking. They figured out that they had lost control in drinking behavior and felt hopeless and painful, and thought about to retrieve their failed health and social function. In the preparation stage, the patients admit the difficulty in quitting drinking and show strong desire for abstinence. However, they hesitated to

* Professor, Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology

** Assistant Professor, School of Nursing, Chang Gung University

*** Lecturer, Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology; Doctoral Student, Graduate Institute of Clinical Medical Sciences, Chang Gung University, Taoyuan

take action and showed the intention of withdraw. The patients begin to try various ways to quit drinking during the action stage, and recover from alcohol dependence and demonstrate positive characteristics towards to normal daily life function during the stage of maintenance. In the processes of stage of change, the alcohol dependent patients had recurrent relapse easier during the contemplation, preparation, or action stage. However, this is key focus on successful abstinence from alcohol dependence. The different stage of change has to apply the appropriate strategies, and we hope that the results will serve as criteria for evaluating alcohol dependent patients in stages of change and adopting treatment strategies, which will benefit the efficiency of alcohol treatment.

Key words: addiction, drinking, qualitative study, stage of change, trans-theoretical model

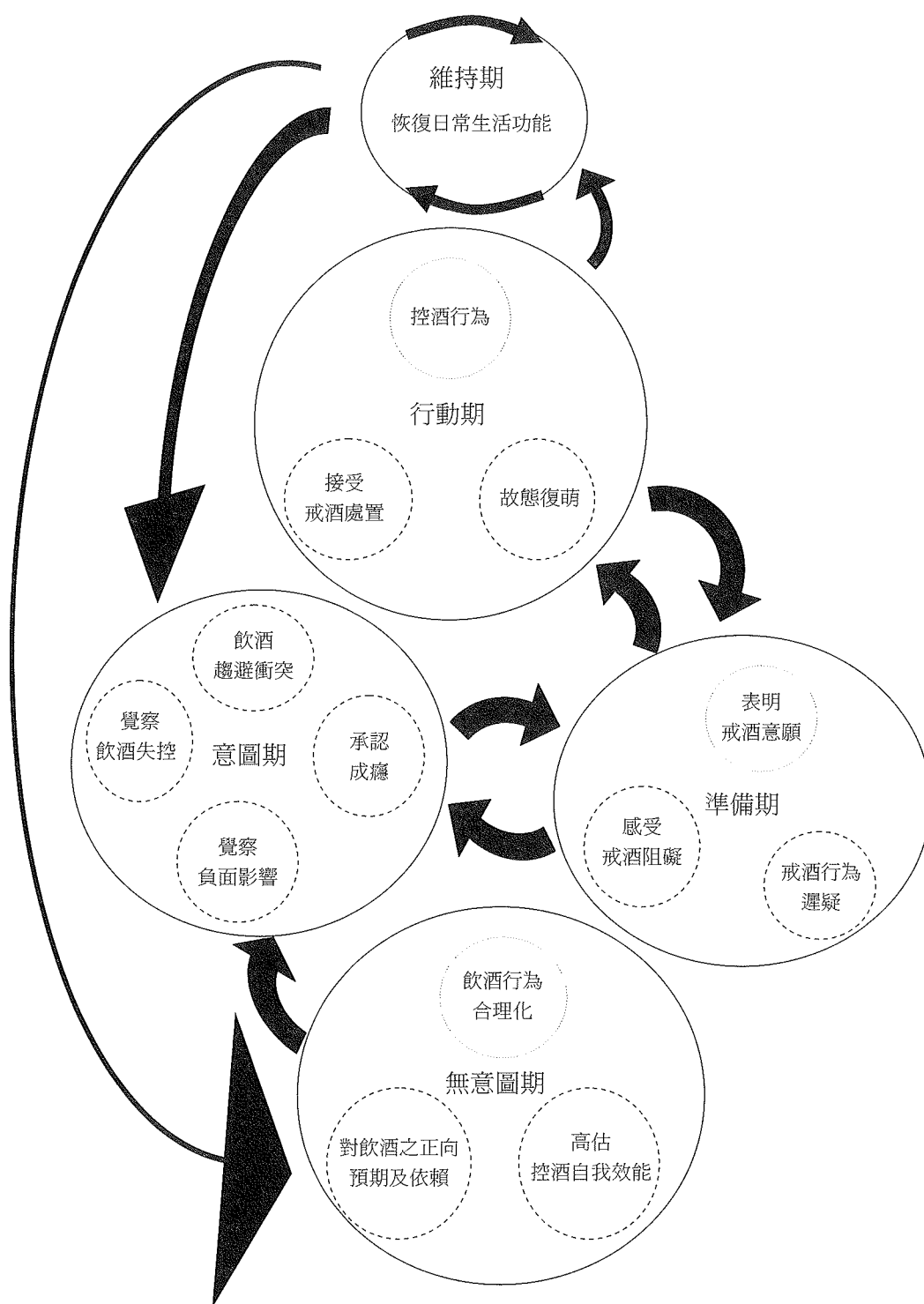


圖1 臨床酒依賴住院病人問題飲酒行為的改變歷程圖