



# 自行研究計畫成果報告

## 成立酒癮諮詢轉介櫃檯之成效- 以板橋監理站為例

研究單位：臺北區監理所板橋監理站

研究人員：王梅香、林材忠、余念儒、蕭文琪

交通部公路總局

中華民國 108 年 10 月



## 108 年度自行研究計畫成果摘要表

板橋監理站108年度自行研究計畫成果摘要表		填表人：板橋監理站 填表日期：108 年 10 月	
研究報告 名 稱	成立酒癮諮詢轉介櫃檯之成效-以板橋監理站為例		
研究單位 及人員	臺北區監理所板橋監理站 王梅香、林材忠、余念儒、 蕭文琪	研究時間	自 108 年 5 月 1 日 至 108 年 10 月 31 日
成果摘要			
<p>(一) 研究動機與目的</p> <p>板橋監理站與馬偕醫院於108年攜手合作，設置全國第一座「酒癮諮詢轉介櫃檯」，希望能讓酒駕專班學員正確了解飲酒觀念與對酒癮疾病的認識，且藉由馬偕醫院心理師與酒駕專班學員接觸互動，即早發掘問題性飲酒或酒癮患者，以避免其飲酒問題惡化，進而預防酒駕再犯致造成交通事故的發生，減少醫療資源負擔與降低社會成本。本研究的目的是在於探討酒癮諮詢轉介櫃檯設置是否符合當初設置的8種計畫性策略預期，引發具有問題性飲酒的學員願意接受治療的動機，並以學員轉介率作為關鍵績效指標，衡量酒癮諮詢轉介櫃檯的執行成效。</p> <p>(二) 研究方法與過程</p> <p>本研究採取質性研究方式，透過與道安講習酒駕專班學員與馬偕醫院醫療團隊的心理師一對一深度訪談了解酒癮諮詢轉介櫃檯設置的執行成效，由研究人員針對訪談資料內容做分類，再歸納條列出共同特徵與相關因素結果，經統整綜合後提出可行的建議。</p> <p>(三) 研究結論與建議</p> <p>1. 酒癮諮詢轉介櫃檯的設置，透過心理師專業和及時性主動關懷的互動，發掘潛</p>			

在具酒癮的學員，並讓其了解自身的健康狀況，建立信賴基礎，激發學員轉介就醫治療的動機和意願，成功轉介至醫院接受治療的成功轉介率也從酒癮諮詢轉介櫃檯設立前的10%以下，提升至93.6%，至少成長80%以上。

2. 經由酒癮諮詢轉介櫃檯專業的諮詢，得以正確診斷病因進而預約掛診完成轉介治療，透過對症下藥，根除酒精依賴，進而達到預防酒駕再犯等交通事故的發生。
3. 藉由本次的研究及訪談，酒癮諮詢轉介櫃檯設立對於酒癮患者在酒精的認識與提升轉介治療的動機，都有正面的執行成效。目前全國只有板橋監理站設有常態性酒癮諮詢轉介櫃檯，建議交通部及衛福部門共同將這項設施推廣至全國各地，讓酒癮防治的工作達到更高的成效，降低酒後駕車事件。

## 目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究目的.....	4
第二章 文獻回顧.....	6
第一節 酒癮理論基礎.....	6
第二節 現行酒癮評估方式.....	10
第三節 酒癮戒治資源現況.....	13
第四節 社會支持.....	16
第三章 研究架構與方法.....	18
第一節 研究架構.....	18
第二節 研究範圍與限制.....	20
第三節 研究方法.....	22
第四節 研究流程與進度.....	25
第四章 訪談結果與分析.....	26
第一節 櫃檯諮詢執行成效訪談結果與分析.....	26
第二節 轉介治療執行成效訪談結果與分析.....	32
第三節 心理師諮詢過程探討訪談結果與分析.....	37
第五章 結論與建議.....	41
第一節 結論.....	41
第二節 建議.....	43
參考文獻.....	44
中文文獻.....	44
網路資料.....	44

## 表目錄

表 4-1 受訪學員背景資料統計表.....	27
表 4-2 受訪學員印象深刻的講習課程內容統計表.....	27
表 4-3 受訪學員酒癮狀況自覺統計表.....	28
表 4-4 受訪學員於諮詢後獲得的幫助統計表.....	29
表 4-5 受訪學員於諮詢後飲酒行為改變統計表.....	29
表 4-6 受訪患者背景資料統計表.....	32
表 4-7 受訪患者接受治療項目統計表.....	33
表 4-8 酒癮諮詢轉介櫃檯給予受訪患者協助統計表.....	34
表 4-9 受訪患者轉介治療後的改善統計表.....	34

## 圖目錄

圖 1-1 酒駕違規肇事死傷趨勢圖 .....	1
圖 1-2 酒駕違規與累犯人數件數趨勢圖 .....	2
圖 1-3 酒癮諮詢轉介櫃檯運用的8種計畫性策略 .....	4
圖 2-1 華人飲酒問題篩檢問卷 .....	10
圖 2-2 酒精使用疾患確認檢測 .....	11
圖 2-3 酒癮評估流程圖 .....	12
圖 3-1 馬偕醫院針對酒駕專班學員設計的服務流程圖 .....	18
圖 3-2 研究架構圖 .....	19
圖 3-3 分析架構流程圖 .....	25
圖 3-4 自行研究計畫甘特圖 .....	25
圖 4-1 受訪學員印象深刻的講習課程內容統計圓餅圖 .....	27
圖 4-2 受訪學員酒癮狀況自覺統計長條圖 .....	28
圖 4-3 受訪學員於諮詢後獲得的幫助統計圓餅圖 .....	29
圖 4-4 受訪學員於諮詢後飲酒行為改變統計長條圖 .....	30
圖 4-5 受訪患者接受治療項目統計長條圖 .....	33
圖 4-6 酒癮諮詢轉介櫃檯給予受訪患者協助統計圓餅圖 .....	34
圖 4-7 受訪患者轉介治療後的改善協助統計圓餅圖 .....	35





# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景

酒後駕車肇事案件頻傳，全臺要求修法提升罰則的呼聲越來越強烈，盼透過修法加重處罰酒駕產生嚇阻，我國現行法律中，就酒駕行為本身的罰則，主要規範在《道路交通管理處罰條例》以及《刑法》的公共危險罪，其中道路交通管理處罰條例，於第35條將汽車駕駛人酒精濃度超過規定標準列為裁罰對象，而後經過十多次修法，逐漸加重罰則，例如91年將禁止其駕駛修正為「移置保管其車輛」、吊銷修正為「當場移置保管其車輛及吊銷」；100年則新增附載兒童加倍處分，更在108年4月17日最近一次針對酒駕的修法中，嚴格規範加重酒駕違規罰則及增修酒駕者「同車共責」及「酒精鎖」條款等，另刑法也於108年6月19日修訂提高因酒駕致人於死最重處無期徒刑等。

伴隨每次酒駕法令修正，酒駕人數與肇事傷亡人數、案件數都在逐年下降中，根據內政部警政署統計，酒駕造成人員傷亡之交通事故，已從105年的9,049人降至107年的7,910人。

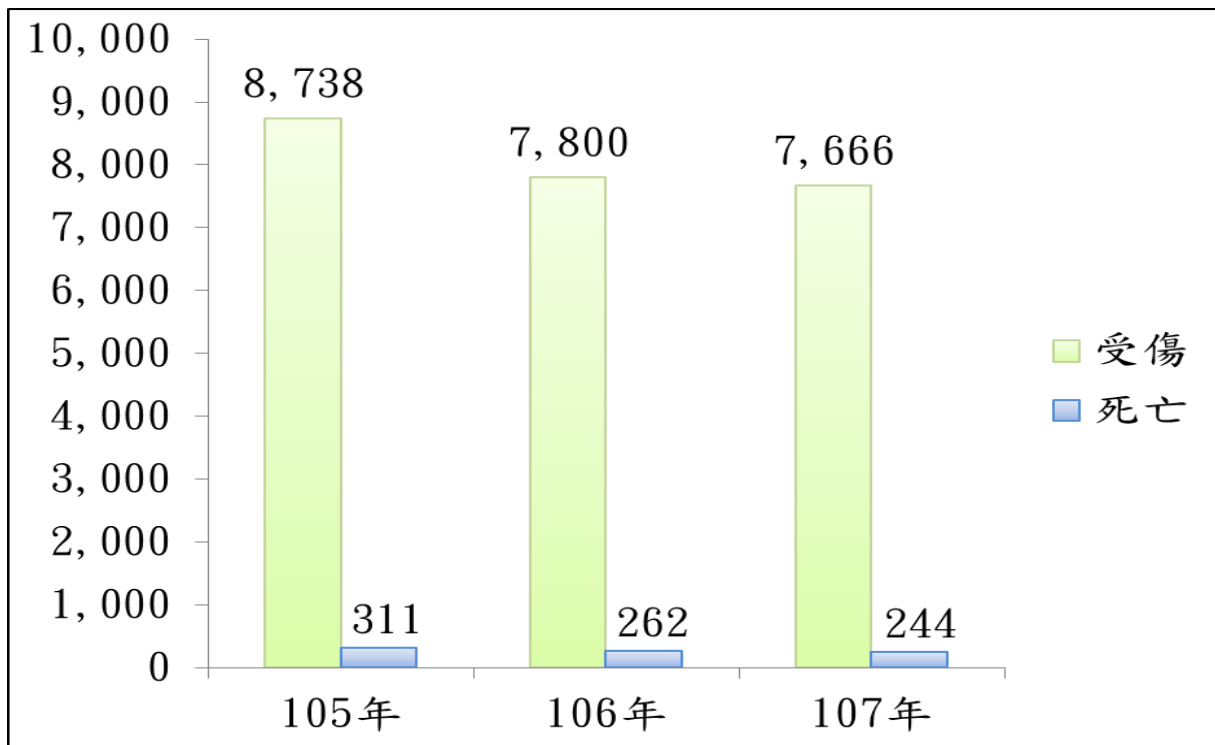


圖 1-1 酒駕違規肇事死傷趨勢圖（資料來源：內政部警政署）

儘管酒駕人數與造成的事故傷亡人數逐年減少，值得注意的是，酒駕的再犯率卻正緩緩上升，顯然酒駕現象其實並未真正改善。根據法務部調查，酒駕累犯人數從105年的1萬4,189人，106年的1萬5,884人，增加了1,695人，107年再增加到1萬7,606人，比率達31.3%，等於每3人酒駕就有1人是累犯，可見遏止酒駕再犯將成為各相關政府部門努力的方向。

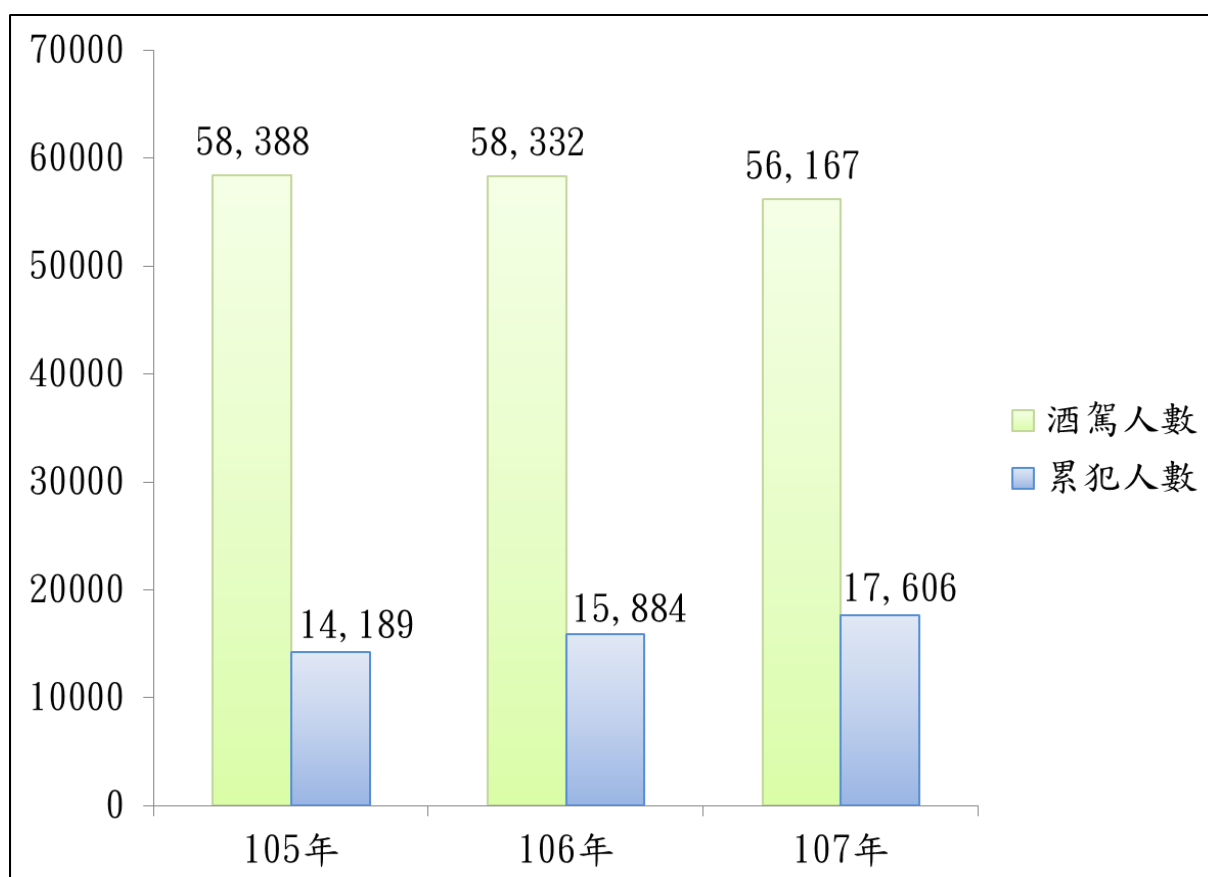


圖 1-2 酒駕違規與累犯人數件數趨勢圖（資料來源：東森新聞/法務部）

酒駕除了罰鍰規定外，依據《道路交通管理處罰條例》規定，酒駕者應施以道路交通安全講習，講習時數初犯須上6小時課程，再犯須上12小時課程，課程內容包含酒精對人體健康之心理及醫學分析、酒癮預防與治療、安全防禦駕駛、肇事預防與處理及法律責任等。其中酒精對人體健康之心理及醫學分析、酒癮預防與治療之課程係聘請醫療專業人員講授，其餘道路交通安全相關課程則由監理機關道安講師授課。

酒駕零容忍已是全民共識，防治酒駕每年都是各縣、市重點業務，對於酒駕累犯問題，不只是抱持僥倖心態或者為貪圖一時方便，自我控制能力較低落，

更多數酒駕累犯者在使用酒精行為及習慣皆已達危險性飲酒類型。因此，現行各區監理所（站）辦理道安講習酒駕專班時，會以問卷調查方式（華人飲酒問題篩檢問卷或酒精使用疾患確認檢測）讓學員勾選是否同意將個人資料由監理機關轉給相關衛生機構或戒治機構，作為問題性飲酒評估與協助。

為防治酒駕再犯，板橋監理站與馬偕醫院跨機關合作，於108年在板橋監理站設置全國第一座「酒癮諮詢轉介櫃檯」，並於道安講習酒駕專班課程中由馬偕醫院指派心理師進駐櫃檯進行酒精知識諮詢及酒癮評估，並針對有意願者，提供辦理掛號約診服務，從個人健康著手，積極治療酒癮，以根絕酒駕再犯違規行為，進而有效提升交通安全。

## 第二節 研究目的

馬偕醫院從104年投入「建構問題性飲酒與酒癮者醫療處置及社會復健服務模式計畫」開始，即積極與雙北地區社政單位、地檢署與監理機關合作辦理問題性飲酒或酒癮患者的轉介治療工作。其中，監理機關的酒駕專班是包括了最多酒駕人員與最多不同的酒精使用樣態，故監理機關成為馬偕醫院在計畫執行上的合作首選。為提升計畫成效，於108年與板橋監理站合作，設置全國第一座「酒癮諮詢轉介櫃檯」。

酒癮諮詢轉介櫃檯的設立是參考Miller於1985提出的8種計畫性策略，引發具有問題性飲酒的學員願意接受治療的動機原因與可行的方式，進而提升酒癮戒治的發生機率，這8種策略字首剛好是A-H，如下所示：

Advice	給予建議 - 建議學員解決方案
Barriers	移走障礙 - 協助學員克服障礙
Choice	提供選擇 - 提供學員選擇方案
Desirability	降低渴求 - 降低學員酒精渴求
Empathy	施以同理 - 舒緩學員戒酒困難
Feedback	提出回饋 - 回饋學員相關疑問
Goal	澄清目的 - 告知學員轉介目的
Helping	主動協助 - 協助學員辦理掛號

圖 1-3 酒癮諮詢轉介櫃檯運用的8種計畫性策略

透過「酒癮諮詢轉介櫃檯」的設置，讓酒駕專班學員正確了解飲酒觀念與對酒癮疾病的認識，並藉由馬偕醫院心理師與酒駕專班學員接觸，即早發掘問

題性飲酒或酒癮患者，並促其接受醫療處置與協助其社會復健，故酒癮諮詢轉介櫃檯的設立是為提高轉介動機，讓學員能對於酒癮危害早期預防、早期治療，以避免飲酒問題惡化乃至上癮，進而預防酒駕累犯等社會事件的發生，減少相關醫療資源負擔與社會成本。

馬偕醫院從104年開始參與酒駕專班相關課程，於課程結束後也有收到學員的轉介單，但實際就醫與接受治療的學員轉介率均在10%以下。本研究的目的在於探討酒癮諮詢轉介櫃檯設置是否符合當初設置的8種計畫性策略預期，引發具有問題性飲酒的學員願意接受治療的動機，並以學員轉介率作為關鍵績效指標，衡量酒癮諮詢轉介櫃檯的執行成效。

## 第二章 文獻回顧

### 第一節 酒癮理論基礎

#### 一、問題性飲酒

飲酒在人類歷史中已存在數千年，更是現代社會的一項社交行為，喝酒和社會中許多習俗或儀式也有很大相關，在國人的文化中佔有重要的地位。在臨床的工作經驗上也確實發現，多數人對酒很少有防備，因為酒在我們生活週遭普遍的存在並被使用，大約有90%的成人在某些時候喝酒，正常社交飲酒、問題性飲酒、和酒精依賴之間有一個連續性，而這些狀況可能困難被區分（Stevens & Rodin，國外酒癮患者可使用之酒癮戒治資源現況，2013年）。

早年部分研究認為，少量飲酒對心臟有益，這項觀念早已被最新研究推翻。知名醫學期刊The Lancet於2018年發表一項大型研究強調沒有所謂無害的飲酒量，唯有把飲酒量降至零，才能避免酒精對身體的各種危害。其中，「問題性飲酒」還不到酒癮程度，雖然經常想要喝酒，但還不至於因為沒有酒喝而出現失控、影響日常生活運作、或強迫性買酒的行為，但如果這種潛藏的問題性飲酒情況沒有適時的改善，則很有可能演變為酒癮。

#### 二、國內酒癮現況

「酒」是日常生活中常見的成癮物質之一，臨床上對「酒癮」定義為，酒量愈喝愈多、無法自行停酒、出現酒精性戒斷症候群，而且影響到生理、心理社會功能，但仍持續飲酒。由於酒精在人體內的作用類似安眠鎮定藥物，有抑制部分中樞神經系統的功能，所以長期飲酒的酒癮患者，大腦與中樞神經系統長期處鎮定抑制的環境，一旦突然停止飲酒，則大腦與中樞神經系統將會變得過於興奮，導致手抖、心跳加快、焦慮、痙攣、抽搐、甚至癲癇發作，嚴重時甚至會死亡。

臺灣至目前針對過度飲酒的防治策略有：法律面清楚明定禁止未成年人飲酒、禁止酒駕及提高罰則；教育面則在國中小的課程中納入

節酒的教材；媒體層面則規定要標示酒類警語、限制媒體播放酒類廣告時間及內容；經濟面則尚未執行酒品的健康捐（菸品已實施健康捐）；社區層面則罕見以酒為主題的社會層面相關研究，在社區健康營造，除了原住民鄉多將節制飲酒列為工作計畫的一部分外，其餘社區並無相關計畫措施。由此可知，目前臺灣在過度飲酒的防治策略仍相當不足，而以國內現有的酒癮戒治資源更是相當稀少。（曾維英，酒癮者原生家庭經驗之研究：家庭系統觀點，2005年）

### 三、酒癮成因模式

酒癮成因模式大致分為：成癮基因、道德模式、疾病模式、心理動力模式、社會學習理論模式、行為模式等幾種，詳細介紹如下：

#### （一）成癮基因

認為酒癮患者可能是基因構造不同一般人所導致，且指出不論有關家族、領養的研究均顯示酒癮與遺傳有關，酒癮者被認為具有遺傳傾向或特殊體質，故有些人時常喝酒但不會成癮，而有人偶爾飲用即會上癮。此模式也同時釋圖解釋為何酒癮難以戒治，且復發率高，其原因可能是先天基因所導致。

#### （二）道德模式

認為酒癮患者之所以成癮是因為缺乏責任感，不自制，放縱自己，意即認為酒精濫用是出自於個人自願的選擇，而這些人可能有道德上的缺陷。因此，以此模式而言，最好的處理方式就是施予這些酒癮患者（有罪的人）懲罰或制裁，而不會想到酒癮患者或許需要關懷或協助。

#### （三）疾病模式

認為上癮本身是一種疾病，酒癮患者是因為某種因素失去控制力或缺乏控制能力，並不是出於酒癮患者自主的選擇，這些人反而是疾病的受害者，他們並非不道德或沒有責任感，他們只

是生病了。疾病模式提供開始進行康復過程的個案一個新的機轉，協助其得以處理過去錯誤行為所產生的罪惡感及愧疚感，讓他們可以將自己的行為歸於疾病過程的症狀，除卻其內在的罪惡感，專心於戒治的工作。

#### **(四) 心理動力模式**

精神分析論認為酒癮者乃是口腔需求期未獲得滿足，他們很容易受到挫折，並轉而從飲酒中獲得紓解。另外，當他們在面對自己問題飲酒的狀況時，會以否認及合理化的心理防衛轉變成他們繼續濫飲的藉口，並且使他們逐漸失去正常功能。早期精神分析的論述，堅持化學藥物依賴是起源於本我之潛意識中對死亡的願望以及對自我毀滅的傾向，當代精神分析學家則傾向將化學藥物依賴當成是一種自我匱乏的症狀，相信物質濫用只是一種深層人格問題之顯性外露行為，治療的目標通常以建立自我強度為主。

#### **(五) 社會學習理論模式**

認為酗酒是從麻醉劑與鎮靜劑兩種藥物中與受到環境的增強所學習而來的，個人特質與社會環境的交互作用下，使的酒癮者學習到飲酒行為，而這樣的社會學習經驗亦強化了酒癮者所知識到的飲酒能為其帶來快樂，減輕痛苦，例如正向酒精效果預測與飲酒行為有正向關係存在。（林本堂，成癮行為及復發預防—以酒癮治療為例，2008年）

#### **(六) 行為模式**

認為酒癮患者飲酒行為是可以被了解的，可能因為某些事件的影響所造成，如家庭因素（聒噪的伴侶）、社會因素（工作壓力）、情境因素（應酬）、認知因素（自我否定）、身體因素（疼痛或戒斷症狀）、或情境因素（焦慮或生氣）等等，另外



對於成癮物質使用的開始，有下列三個原因：1. 取得的便利性、2. 其他可替代的行為缺乏強化、3. 在試驗酒精或其他藥物時，缺乏懲罰。（張宇岱、楊重源，酒精效果預期與飲酒行為之關係，2009年）

酒癮成因模式也就是我們解讀酒癮的方式，這會影響我們怎麼看待酒癮患者，進而選擇給予他們何種待遇或提供他們何種協助與服務。就研究人員觀察，一般社會大眾對酒癮者的認知與態度與道德模式較吻合，對酒癮患者的觀感較為負向，也較容易責難酒癮患者；而醫療從業人員較是以疾病模式來看待酒癮患者，但會將各種不同模式觀點融入處遇治療中，如提供認知行為治療。

## 第二節 現行酒癮評估方式

酒癮，以美國精神醫學會之DSM-IV診斷標準，把酒癮患者（alcohol use disorder）區分為酒精濫用（alcohol abuse）和酒精依賴（alcohol dependence）二種疾患，國內亦常使用這準則來診斷酒癮病患。簡單地定義酒精濫用是指無法停止飲酒，導致認知與生理功能的障礙或損傷；而酒精依賴簡約定義為不喝酒時會產生各種生理與心理之戒斷症狀，所以會越喝越多而產生耐受性。目前國內以華人飲酒問題篩檢問卷（C-CAGE）搭配酒精使用疾患確認檢測（AUDIT）使用來評估患者的酒癮程度。

### 一、華人飲酒問題篩檢問卷（C-CAGE）

華人飲酒問題篩檢問卷（C-CAGE）係以國外的飲酒問題篩檢問卷（CAGE，Cut down, Annoyance, Guilt, Eye opener）為藍本，再融入華人的飲酒文化，而發展的自填式華人飲酒問題篩檢問卷（The Chinese CAGE, C-CAGE），問卷內有四題題目。當中若有二題（含以上）為「是」，可預估受測者近一年內有問題性飲酒或酒癮（酒精濫用及酒精依賴）之虞，建議轉介醫師做進一步評估，C-CAGE篩檢問卷旨在找到那些過度飲酒並需要治療的人，是相當不錯的篩檢工具。（湯華盛、葉英堃，酒精性疾患（酒精依賴/濫用）之社區流行病學，2010）

自填式華人飲酒問題篩檢問卷(C-CAGE Questionnaire)			
第一題	你曾經不想喝太多，後來卻無法控制而喝酒過量嗎？	是	否
第二題	家人或朋友為你好而勸你少喝一點酒嗎？	是	否
第三題	對於喝酒這件事，你會覺得不好或感到愧疚嗎？	是	否
第四題	你曾經早上一起床尚未進食之前，就要喝一杯才覺得比較舒服穩定？	是	否
若以上四個問題，有一題為「是」，請接續酒精使用疾患確認檢測(Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT)			

圖 2-1 華人飲酒問題篩檢問卷

## 二、酒精使用疾患確認檢測 (AUDIT)

酒精使用疾患確認檢測 (AUDIT, Alcohol Use Disorder Identification Test) 內有10題題目，由受測者對自己過去一年使用酒精的情況進行評估，在每一個題目內的選項都有一個對應的數值，在問卷填寫完畢後，把所有題目選項的數值加總，所得出的分數就是受測者測試的總分。男性若大於或等於8分，女性若大於或等於6分就可能有問題性飲酒或酒癮（酒精濫用及酒精依賴）之虞，應減少飲酒量並建議轉介醫師做進一步評估或診治。

下列問題是詢問您過去一年來使用酒精性飲料的情形：				
1. 你多久喝一次酒？				
(0)從未	(1)每月少於一次	(2)每月二到四次	(3)每週二到三次	(4)一週超過四次
2. 在一般喝酒的日子，你一天可以喝多少酒精單位？				
以下為參考用—每瓶酒之酒精單位數(單位/瓶)				
罐裝啤酒：1	瓶裝啤酒：2.3	保力達、維士比(600cc)：4		
紹興酒：8	米酒：11	高粱酒(300cc)：14.5		
陳年紹興酒：9	參茸酒(300cc)：7.5	葡萄酒、紅酒：4.2		
米酒頭：17.5	威士忌、白蘭地(600cc)：20.5			
(0)1或2	(1)3或4	(2)5或6	(3)7到9	(4)高過10
3. 多久會有一次喝超過6單位的酒？				
(0)從未	(1)每月少於一次	(2)每月	(3)每週	(4)幾乎每天
4. 過去一年中，你發現一旦開始喝酒後便會一直想要繼續喝下去的情形有多常見？				
(0)從未	(1)每月少於1次	(2)每月	(3)每週	(4)幾乎每天
5. 過去一年中，因為喝酒而無法做好你平常該做的事的情形有多常見？				
(0)從未	(1)每月少於1次	(2)每月	(3)每週	(4)幾乎每天
6. 過去一年中，經過一段時間的大量飲酒後，早上需要喝一杯才會覺得舒服的情形有多常見？				
(0)從未	(1)每月少於1次	(2)每月	(3)每週	(4)幾乎每天
7. 過去一年中，在酒後覺得愧疚或自責不該這樣喝的情形有多常見？				
(0)從未	(1)每月少於1次	(2)每月	(3)每週	(4)幾乎每天
8. 過去一年中，酒後忘記前一晚發生事情的情形有多常見？				
(0)從未	(1)每月少於1次	(2)每月	(3)每週	(4)幾乎每天
9. 是否曾經有其他人或是你自己因為你的喝酒而受傷過？				
(0)無	(2)有，但在過去一年		(4)有，在過去一年中	
10. 是否曾經有親友、醫生、或其他醫療人員關心你喝酒的問題，或是建議你少喝點？				
(0)無	(2)有，但在過去一年		(4)有，在過去一年中	
總分：				

圖 2-2 酒精使用疾患確認檢測

### 三、酒癮評估流程

請受測者填寫華人飲酒問題篩檢問卷（C-CAGE），做初步的篩選，如在問卷中有2題（含以上）勾選為「是」，則接續填寫AUDIT酒精使用疾患確認檢測，若受測者為男性，算出來的得分 $\geq 8$ 分；或是受測者為女性，算出來的得分 $\geq 6$ 分，就透過2種問卷相互配合施作，更能準確評估受測者問題性飲酒或酒癮程度。有問題性飲酒或酒癮的受測者轉介至醫療機構，再由醫師做進一步諮詢，並透過詳細的身體檢測，評估病患對酒精的依賴程度與酒精對病患造成的器官及系統功能受損害嚴重程度再進行療程規劃與診治。

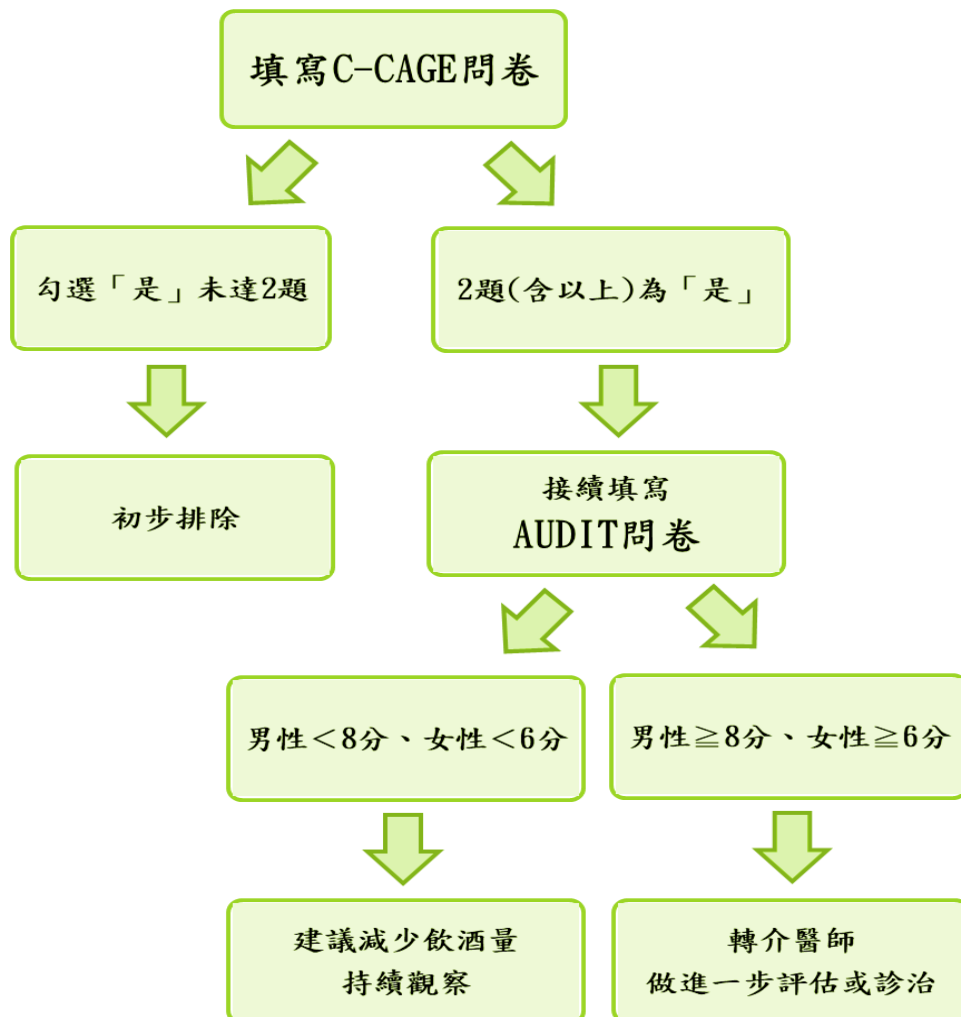


圖 2-3 酒癮評估流程圖

### 第三節 酒癮戒治資源現況

酒癮是慢性易復發的腦部疾病，需要藥物、人際互動，以及社會支持等多方面協助戒癮。然而，許多酒癮患者並不會去尋求協助，甚至否認自己有飲酒問題，不願意承認自己是個酒癮患者，而另一個潛在的問題則是當酒癮患者願意尋求協助時，臺灣目前卻沒有那麼多合適的酒癮戒治資源能提供給他們使用。

國內現行戒酒療程包括藥物治療、心理諮商治療等，其中藥物治療方面是採用國外行之有年的「戒酒發泡錠」，服用後若再飲酒，將會出現噁心、頭痛等極度酒醉不適感，進而使患者排斥酒精，是為「嫌惡療法」，但因為在臺灣尚無藥物許可證，只能由醫院專案進口，而專案申請的缺點是，如果病人吃藥發生副作用，將完全沒有藥害救濟管道，且若發生醫藥相關事件，醫療院所負責人需負起全責，自行承擔醫療糾紛。（行政院衛生署，酒癮防治手冊，2003年）

另外，在上述酒癮戒治的藥物及諮商治療醫療費用上，全民健保均不給付，雖然中央政府與地方政府每年均有編列酒癮治療的預算，但分散於需參與酒癮戒治患者上幾乎不敷使用，所以這些補助均設有上限且設定經費用罄為止，因此，酒癮患者若是住院戒酒，一個月可能需負擔數萬元的治療費用，對於可能已經工作不穩定或是沒有工作的酒癮患者而言，是很難負擔的。

依據我國精神衛生法第3條，「酒癮」屬於衛生主管機關所認定的精神疾病，所以在臺灣負責酒癮戒治的醫院通常是將酒癮與藥癮或精神科病人併同處遇未作區隔，也導致很多酒癮患者擔心被標籤化或無法適應環境而不願住院，且醫院所能提供的酒癮治療模式也因業務發展狀況、專業人員訓練、以及專業人員人力狀況而有所差異。在臺灣的酒癮戒治資源主要區分為四類：

#### 一、醫療資源

自願或非自願戒酒者由醫療機構提供酒癮戒治服務，並針對戒治

期間的戒斷症狀提供藥物減緩身體與精神上的不適。另外還有個別心理治療、家庭治療、及團體治療，目的在提供心理支持及諮詢，預防復發，但費用除部分政府補助外，大多需自行負擔，住院每日平均費用約2,000元至4,000元不等。

## 二、民間戒治資源

民間的教會、關懷協會發起的戒酒單位，其功能以戒毒為主、戒酒為輔，藉由宗教信仰或是愛與關懷做為酒癮戒治的重心，透過研讀聖經、生活戒律、團體生活和相互支持來完成改造，使戒癮者重拾正確人生觀，無適當的醫療處遇，成功與否全賴戒癮者的意志力。

## 三、自助性團體資源

戒酒無名會，主要是自願戒酒者以定期聚會、個別輔導以及家屬服務來協助戒酒癮，透過團體相互支持來完成自我救助戒癮，但戒治成效同樣取決於戒癮者的意志力與決心。

## 四、酒癮戒治方案：

當酒癮者同時有違反家庭暴力防治法之行為，家屬到警察局申請保護令，並要求強制戒癮治療或戒酒教育，目標為減少當事人及因飲酒導致的身體、心理及家庭關係的傷害，並停止暴力行為。另外，也有針對兒童少年保護個案、高風險家庭成員中具戒治意願之酒癮個案提供免費酒癮戒治服務。（魏廉中，酒癮醫療處置現況與精進措施，2014年）

整體而言，對於普遍存在於社區中且多數與家庭、社區關係緊張的酒癮患者來說，在臺灣可供運用的酒癮戒治資源真的太少了，且酒癮患者因長期飲酒已造成大腦部分結構損傷，自我控制的能力已有待商榷，因此，酒癮戒治不能僅單仰賴患者「意志力」，從常用於臨床心理學與精神醫學解讀，酒癮患者係同時受到來自生理、心理與社會等三種層面的多因素影響，亦即，患者的成癮問題往往不單純因為生理上的身體變化，更要靠專業的醫療協助。（黎士鳴，放下執著—成癮心理學理論與應用，2013年）

然而，政府在這方面卻並未投入相對應的社會資源，以及提出適當防堵的公共政策，舉凡酒癮戒治補助低微與醫療健保不給付等，但對於酒癮造成的後端傷害及併發症，例如憂鬱症、肝硬化治療、髖關節手術、外傷等，健保卻是有給付的，而這些行為其實已是後端，追根究柢，問題都在於「酒」，因此不論站在公共衛生或醫療預防的角度來看，臺灣在酒癮戒治資源的分配上，應更著重於酒癮戒治前端的預防。除了從醫學角度進行治療幫助患者戒除酒癮，對於患者的心理及社會層面亦應同時提供輔導，使病患達到長期戒酒的目的。尤其女性患者的酒癮成因往往糾結著文化、職業特性、家庭成員的飲酒模式等因素。是故，惟有透過心理諮商的共同介入，才有可能根本性的解決其酒癮問題。（曾慧雯，被酒精綁架的臺灣，2016年）

## 第四節 社會支持

### 一、社會支持的定義

社會支持是指一種廣泛存在的社會現象，個人藉由與他人的互動中，得到情緒支持、訊息支持及工具支持，緩和因負向衝擊所帶來的生理及心理上不平衡，增進個人對生活的適應（張尚文、胡海國、葉英堃，生活事件、社會支持與精神疾病，2007年），J. S. House指出社會支持功能可區分為四種類型：

- （一）情緒性支持：提供同理、尊重、關懷、鼓勵及信任等情緒上的支持與宣洩管道。使酒癮患者在面對壓力時，能感受安心、被愛及有歸屬感，藉此增強個人自我價值並維持其自尊。
- （二）訊息性支持：給予酒癮患者勸告、建議或提供知識性資料，當酒癮患者在面臨問題與未來感到迷茫時，給予實質上的回饋及建議，減少患者的不確定感。
- （三）實質性或工具性支持：提供酒癮患者實質的行動或直接給予物質的幫助，包含提供服務、金錢或物質資源等。
- （四）評價性或自尊性支持：給予正向的回饋及肯定，價值觀的支持，注重在教導方面，讓患者透過目標活動的指引產生成就感。

社會支持是一種人際訊息的交流活動，使患者在交流過程中感受到被愛、關心、受到尊重、具有價值及肯定，以及在社會網絡上具有歸屬感。

### 二、社會支持的來源

社會支持多是來自多方面系統的社會網絡，主要來源有五個方面：

- （一）家庭支持系統：以家庭成員為主，提供患者生活上照護與精神上支持的系統，並與患者建立有效的溝通，透過成員與患者間親密的情感關係，使患者有能量去面對一切，在社會支持中具有重要的獨特性。



- (二) 同儕支持系統：藉由患者與同輩、朋輩間較為貼近的態度、價值觀、行為等共同語言予以患者鼓勵與經驗、心理上同理支持。
- (三) 宗教組織系統：藉由患者與宗教組織的連結，讓患者於主觀意識對信仰的執著而產生的強大精神依靠，並透過宗教信仰使行為、觀念、態度有了準則，在心靈層面則有了安身立命之感。
- (四) 專業支持系統：透過與酒癮專業的醫師、心理諮詢師互動，獲得較前述三者更正確的知識及方針。
- (五) 非專業健康支持系統：主要為志工及互助團體。當患者無法獲得前述資源時，透過民間公益團體資源的介入給予支持。

社會支持系統透過情緒、實質及訊息上協助患者處理其因酒癮帶來的負向壓力，經由減少其壓力感受，進而影響患者神經及內分泌反應、免疫功能、情緒反應、健康行為、親密感、自尊及自控力而產生促健康行為。良好的社會支持網絡能使患者在生活上穩定，增加自信與自尊，並避免不健康的生活環境，維持個人身心健康。

在社會支持的文獻中，強調患者自主的同時，更重視患者和社會資源間的互動，是患者在復原過程裡重要且必要的一環。社會支持能為酒癮患者在面對負向衝擊帶來的壓力感受時帶來緩衝的效能，提供患者實質上、情緒上、訊息上的支持，除了鼓勵患者堅持信念，遵從計畫，更能提升患者自信，減輕壓力帶來的負面衝擊，進而達到較好的戒治結果。（張尚文、胡海國、葉英堃，生活事件、社會支持與精神疾病，2007年）

### 第三章 研究架構與方法

#### 第一節 研究架構

監理機關與醫療戒治機構長期合作以來，發現道安講習酒駕專班課後是個案戒酒動機最高的時候，馬偕醫院與板橋監理站率先合作設立全國第一座常設「酒癮諮詢轉介櫃檯」，於酒癮諮詢轉介櫃檯設立後，馬偕醫院針對酒駕專班學員設計專屬的服務流程，共分5大步驟，首先由道安講習課程中安排馬偕醫院心理師為酒駕專班學員講解酒精對身體的影響，於課程結束後對學員實施華人飲酒問題篩檢問卷，篩選出於問卷中勾選2題以上為「是」的學員，並安排心理師於酒癮諮詢轉介櫃檯對這些學員做進一步的諮詢與評估，如果學員酒癮狀況經心理師評估後尚屬輕微，無須轉介醫院進行醫療，則再加強實施酒精知識衛教；如果學員酒癮狀況經心理師評估已有問題性飲酒的酒癮狀況，則於當下與學員溝通並安排掛號，轉介至馬偕醫院進行後續治療。

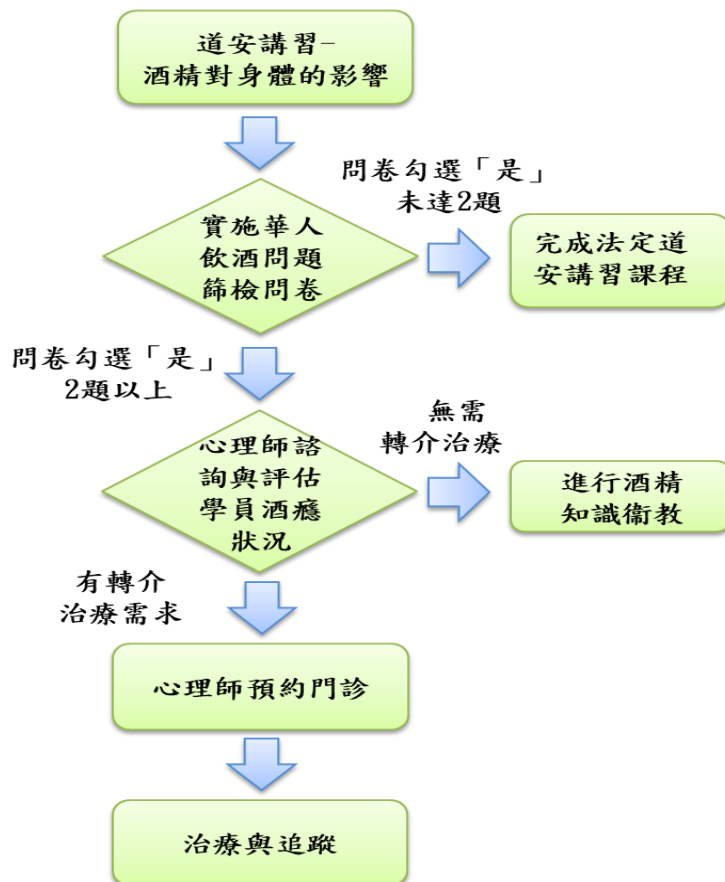


圖 3-1 馬偕醫院針對酒駕專班學員設計的服務流程圖

「酒癮諮詢轉介櫃檯」的設置幫助馬偕醫院專業醫療團隊進一步了解個案、篩檢評估、最後分級分流將個案轉介至醫療院所，節省社會資源成本，同時提供酒駕專班學員「酒精知識衛教」、「減害飲酒諮詢」、「酒精使用疾患評估與轉介治療」，讓酒駕學員更便利獲得協助，學習節制性飲酒及降低酒駕再犯率。因此本研究依據「酒癮諮詢轉介櫃檯」設置的目的採取立意取樣，質性分析的研究方式，透過與道安講習酒駕專班學員與馬偕醫院醫療團隊的心理師進行訪談收集資料進行分析。本研究架構如下圖所示：

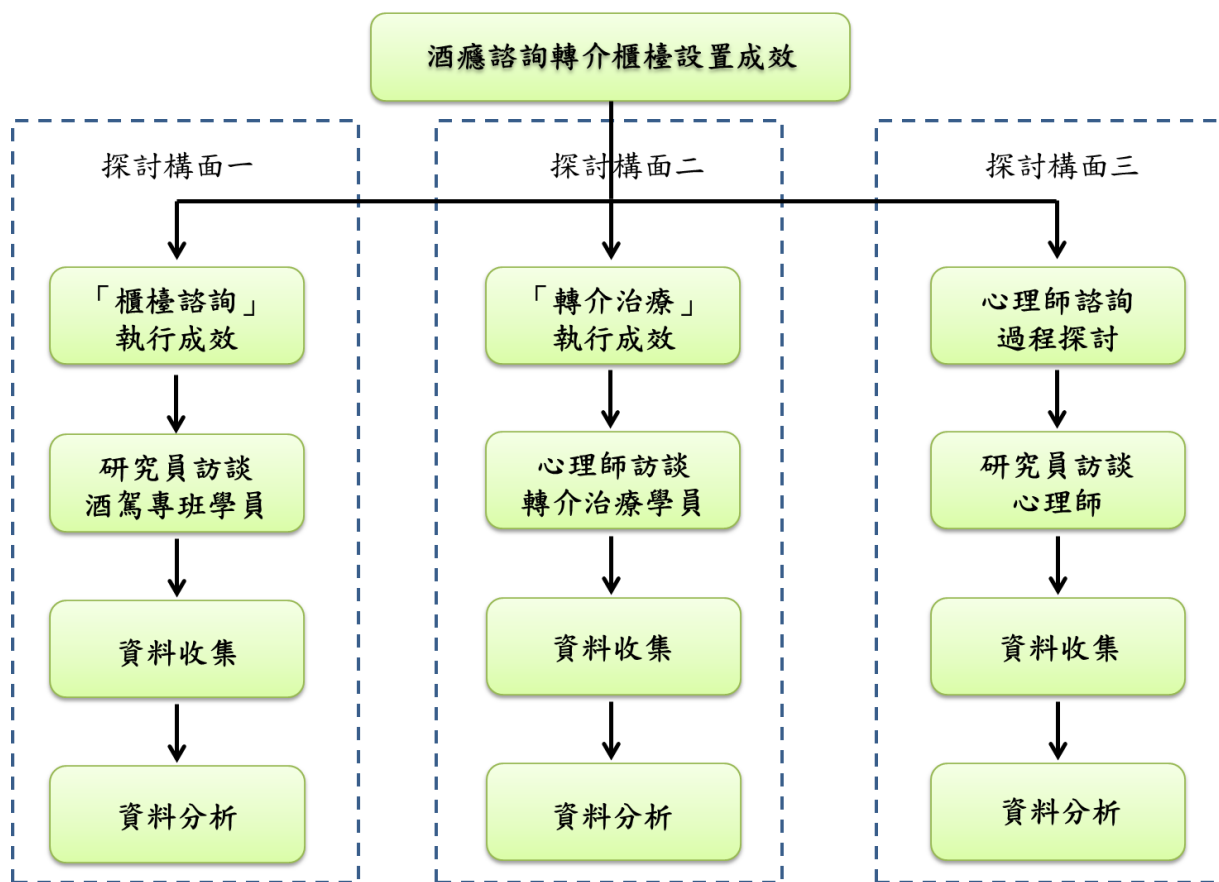


圖 3-2 研究架構圖

## 第二節 研究範圍與限制

### 一、研究範圍

本次研究範圍共區分三個構面研究探討，酒癮諮詢轉介櫃檯設置後的成效。在第一個構面是探討「酒癮諮詢轉介櫃檯的諮詢成效」，故以於板橋監理站接受道安講習酒駕專班學員，藉由華人飲酒問題篩檢問卷（C-CAGE）測試，有勾選二題（含以上）為「是」而接受酒癮諮詢轉介櫃檯的諮詢為第一個構面訪談對象。

第二個構面是探討「具有問題性飲酒的學員在經過酒癮諮詢轉介櫃檯轉介至醫療機構後的效果」，所以在這個構面是以經酒癮諮詢轉介櫃檯轉介至醫療機構接受治療的學員為訪談對象。

第三個構面則是探討「學員在經過酒癮諮詢轉介櫃檯諮詢後，願意接受轉介至醫療機構的執行成效」，在這部分則以在諮詢轉介櫃檯服務的馬偕醫院醫療團隊心理師為訪談對象。

而本次訪談的對象，不論是學員或心理師，由於地理位置關係，多居住於雙北地區，因此研究的結果可能僅能解釋該區域人員在與板橋監理站設置的酒癮諮詢轉介櫃檯接觸後的看法。

### 二、研究限制

（一）由於法規的限制以及對酒癮患者權益的保護，非醫療相關的人員不得在醫療機構中對病患進行任何形式的調查與訪問，即使是醫護人員發起的有關病患的醫療學術研究計畫或是臨床試驗，也都必須經過醫療機構的人體試驗委員會核准後始能進行（醫療法第8條；人體研究法第4條第1款）。因此，本研究無法對已轉介至馬偕醫院接受酒癮治療的酒癮患者進行直接訪談，所以在第二個構面的研究訪談是透過馬偕醫院醫療團隊的心理師協助，完成相關研究資料的收集。

（二）因為酒癮諮詢轉介櫃檯目前全國僅有板橋監理站一個據點，因

此研究的對象也侷限於雙北地區，在臺灣其他地區的酒癮患者可能從未接觸過諮詢轉介櫃檯這類型的諮詢與轉介模式，此部分是否也會影響他們對於櫃檯設置的使用評價，可為往後再深入研究。

### 第三節 研究方法

#### 一、訪談方法

本研究目的在於探討有問題性飲酒的學員在接受酒癮諮詢轉介櫃檯的諮詢或轉介後之現況差異，因為議題的內容不易以量化研究的方式呈現，所以選擇搭配社會學研究方法中較常被使用的質性研究。質性研究的目的主要在於建構社會真相，相較於單由研究人員設計問卷，再依研究結果推論到母群體的量化研究，更能全方面了解問題本質，合理說明一些細緻複雜，甚至是研究人員於設計問卷時忽略掉的情況。

透過少量個案研究，於訪談過程中觀察、與受訪者互動以及讓受訪者充分思考，進行完整且豐富的資料收集過程，更能進一步詮釋受訪者之行為，瞭解其發生、過程，以及其與環境的重要關聯，對研究整體而言，較有全面性及更深入的理解，更有利深入瞭解事物的本質，獲得較為豐富的實務資料。雖然量化研究係對預設相關的假設，運用問卷取得研究資料加以測試、檢驗、證實、演繹的方法並加以歸納分析以突顯問題的說服力，但卻無法深入瞭解受測者細膩的思維及受測者的行為模式演變過程與相關影響因素，這無疑是質化研究的優點，應可補量化研究的缺點。（簡春安、鄒平儀，社會工作研究法，1998年）

深度訪談（或稱個別訪談）最大的優點是可以獲得更詳細深入的資料。成功的個別訪談應具備（1）受訪者能提供所需要的資訊（2）受訪者能明瞭他在訪談中的角色（3）受訪者具有合作的意願等3個條件。而訪談的方式又依是否有訪談大綱而區分為（1）開放式-著重於研究人員與受訪者的互動以收集到豐富資料；（2）結構式-可比較性較高，但相對的問題較缺乏彈性無法讓受訪者暢所欲言；（3）半結構式訪談法-結合前面兩者優點，具有比較性及問題彈性，較能讓受訪者呈現真實的面貌。（Donald R & Pamela S. Schindler，Business Research Methods，2003）

綜上，本研究若單以量化統計方式（如以問卷調查收集資料），較難具體呈現，研究結果恐怕不夠深入，效果可能有限，所以考量研究主題設計的適切性與資料收集可能性等因素，所以本研究設計在第一個構面與第二個構面是採取半結構式訪談法，設計訪談大綱與道安講習酒駕專班學員進行訪談，而在第三個構面上則是採取開放式訪談法，由馬偕醫院心理師以學員在經過酒癮諮詢轉介櫃檯諮詢後，願意接受轉介至醫療機構的執行成效為主軸進行訪談。

## 二、抽樣方法

質性研究中的樣本選取多採「立意抽樣」或「理論抽樣」，在第一個酒癮諮詢轉介櫃檯諮詢成效與第二個酒癮諮詢轉介櫃檯轉介治療成效這兩個構面，主要考慮的角度是以道安講習酒駕專班學員與轉介至馬偕醫院接受治療的學員「主觀」的角度去研討，所以樣本的選擇就需要符合：（1）接受過酒癮諮詢轉介櫃檯諮詢（2）受訪意願高（3）能充分配合研究等三個條件；這三個基本條件所挖掘到的資料須具備「真實性」及分析的「深入性」。

另外在第三個探討學員在經過酒癮諮詢轉介櫃檯諮詢後，願意接受轉介至醫療機構的執行成效這個構面上，則以馬偕醫院心理師「主觀」的角度去研討，所以重點應該是訪談者所採用的訪談方式是否具有說服力。因此，選擇的樣本須具有「深度」，同時可以呈現「多元社會實際情況之廣度」的資料，才是質性研究抽樣的重點。另外，本研究亦應用了Kuzel（1992）提出質性研究抽樣3種策略：（1）同質性策略-焦點化、單純化（2）符合標準策略-針對研究人員自訂的取樣標準，確保品質（3）方便策略-省時、省錢、省力。

## 三、資料收集與分析

本研究採用Moustakas（1994）深度訪談收集資料的方法，先就訪談錄音內容做整理，將逐字稿內容畫記、斷句與進行現象摘述，再參考原始訪談稿中的重要敘述，採用以受訪者代號為稱謂的第三人稱

敘述方式，敘寫出受訪者個人的經驗描述文及相關因素。在描述文完成後，即送交受訪者，請受訪者檢核描述文與其真實經驗相符合的程度。確認訪談資料能正確表達受訪者意思後，由研究人員針對訪談資料內容做分類，並歸納出共同特徵，萃取出條列式相關因素結果，統整出綜合發現。



#### 第四節 研究流程與進度

依據上述研究範圍與方法，將收集來的資料，進行質化的分析、總結，並進行推斷和預測，作為相關決策的依據和參考，針對研究架構與流程大致上分為五個步驟，設計流程如圖所示：

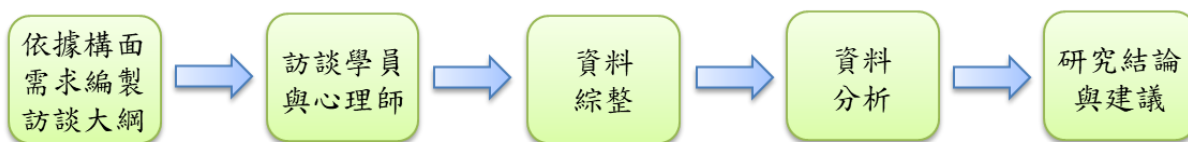


圖 3-3 分析架構流程圖

為了準確掌握研究報告執行進度，針對研究架構與流程，設計進度甘特圖（Gantt Chart），將工作項目、開始執行和完工時間排定進度控制，並定期檢討執行狀況，讓報告如期達成，如下所示：

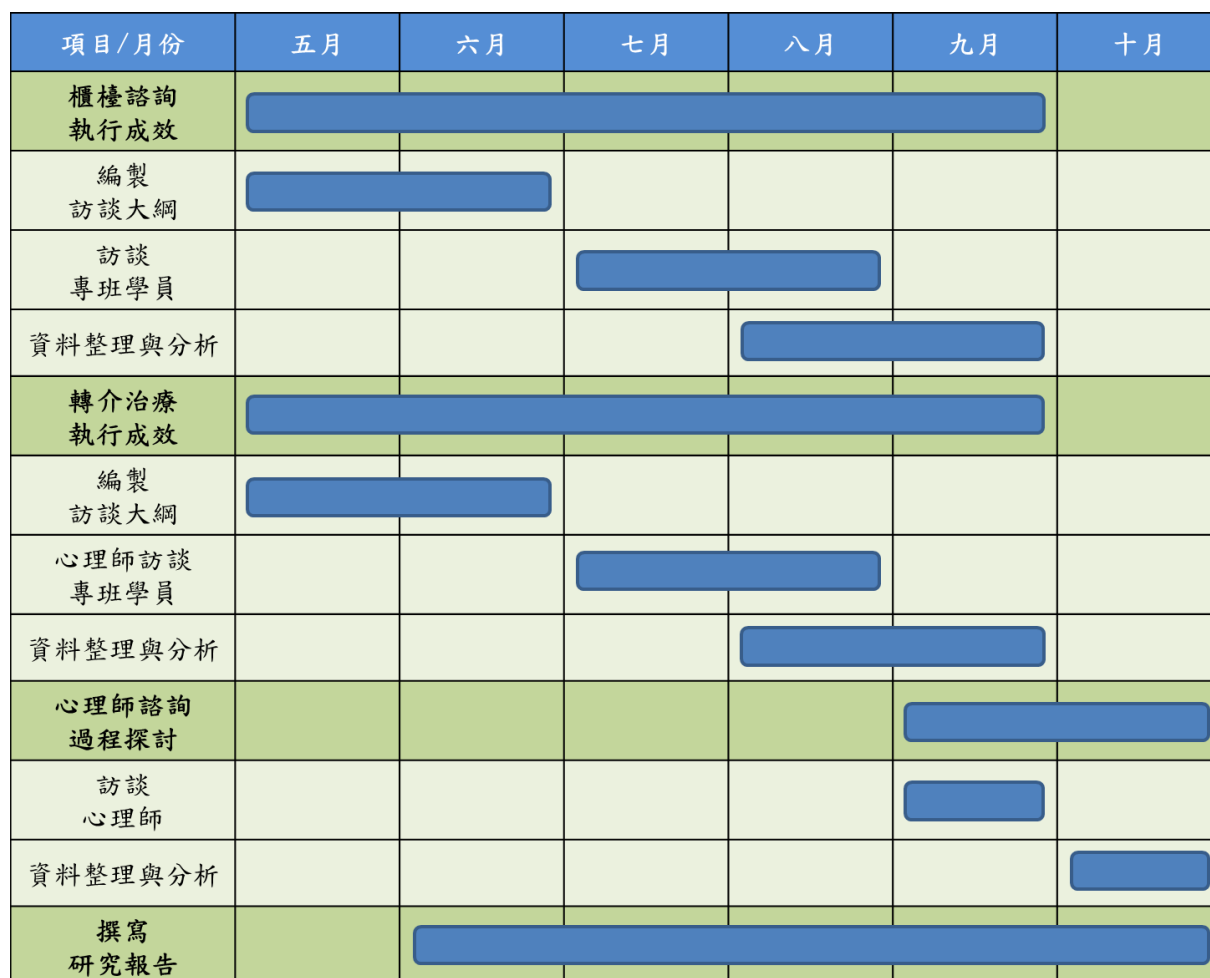


圖 3-4 自行研究計畫甘特圖

## 第四章 訪談結果與分析

本研究為探討酒癮諮詢轉介櫃檯設置的執行成效，共針對「櫃檯諮詢執行成效」、「轉介治療執行成效」、「心理師諮詢過程探討」等三方面分別和酒駕專班學員與馬偕醫院心理師做進一步的訪談與研究。

### 第一節 櫃檯諮詢執行成效訪談結果與分析

在研究的第一個構面是在探討酒癮諮詢轉介櫃檯諮詢執行成效，以在板橋監理站接受道安講習酒駕專班學員，經華人飲酒問題篩檢問卷（C-CAGE）測試，有勾選二題（含以上）為「是」而接受酒癮諮詢轉介櫃檯的諮詢為第一個構面訪談對象，透過研究人員對酒駕專班學員進行半結構式訪談，資料收集自108年7月至8月止，由研究人員訪談36位酒駕專班學員，於訪談進行前，反覆閱讀訪談大綱及熟記研究問題重點，且於每次訪談之後，不斷修正受訪者不易了解或進行不順暢的問題進行調整，以使訪談能順利進行。訪談地點選在板橋監理站的會議室，以避免其他人員或環境的干擾，並配合學員上課時間施行，訪談以輕鬆、彈性的方式進行，於過程中記錄當時對談的重點，並以錄影輔助，以備事後整理，確保資料的完整性。此外，研究人員也會一邊記錄，並確認學員表達的內容，然後再進一步詢問更詳細的資料，整個訪談時間約為20分鐘。

#### 一、訪談結果與分析

##### （一）基本資料描述

受訪學員當中以男生佔大多數，共有35人（97.2%），女生只有1人；年齡則以40-49歲區間之中壯年14人為最多（38.9%），50歲以上12人次之；教育程度以高中（職）16人為最多（44.4%），專科、大學8人次之；工作狀況以無業15人居多（41.6%），有固定工作者其次，見表4-1。

表 4-1 受訪學員背景資料統計表

變項名稱		人數	百分比 (%)
性別	男	35	97.2
	女	1	2.8
年齡	50 以上	12	33.3
	40-49	14	38.9
	30-39	7	19.5
	30 以下	3	8.3
教育程度	研究所	2	5.6
	大學	8	22.2
	高中 (職)	16	44.4
	專科	8	22.2
	國中	2	5.6
工作狀況	固定工作	11	30.6
	不固定工作	10	27.8
	無工作	15	41.6

(二) 道安講習課程中，印象深刻的課程內容

綜整受訪學員的訪談內容發現，學員在道安講習課程中，印象深刻的課程不僅是單一項目，因此經研究人員歸納統整後，以人次與百分比方式呈現，見表4-2、圖4-1。

表 4-2 受訪學員印象深刻的講習課程內容統計表

變項名稱	人次	百分比 (%)
道安法規	6	8.0
酒駕危害	16	21.3
酒精知識	21	28.0
酒精傷害	32	42.7

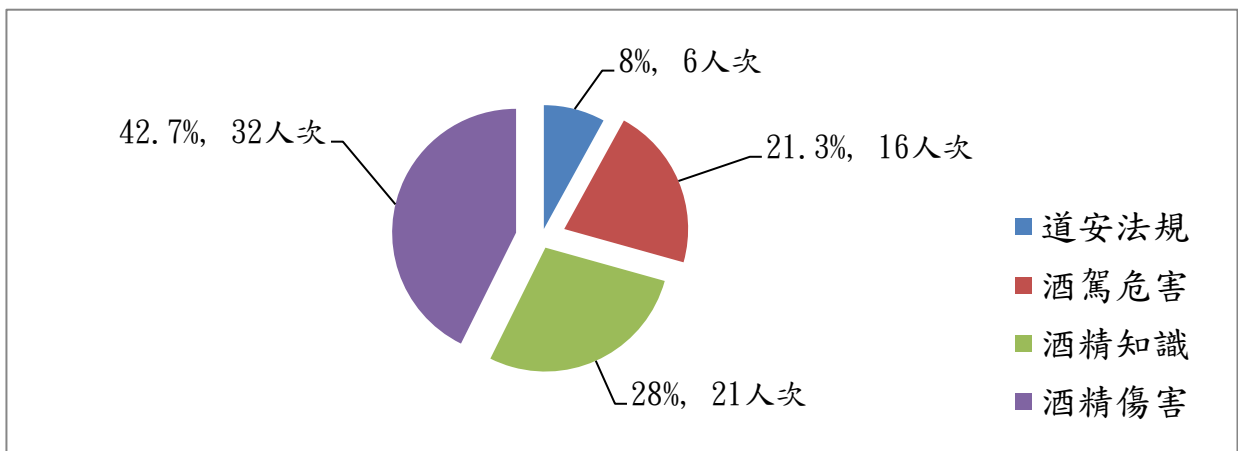


圖 4-1 受訪學員印象深刻的講習課程內容統計圓餅圖

### (三) 在接受本次C-CAGE問卷測驗前，知道自己有酒癮的狀況

受訪學員當中在本次講習課程中接受C-CAGE問卷測驗前，就知道自己有酒癮狀況3人為最少（8.4%），而不知道自己酒癮狀況25人為最多（69.4%），懷疑自己有酒癮狀況8人（22.2%）居中，見表4-3、圖4-2。

表 4-3 受訪學員酒癮狀況自覺統計表

變項名稱	人次	百分比 (%)
知道	3	8.4
不知道	25	69.4
懷疑有	8	22.2

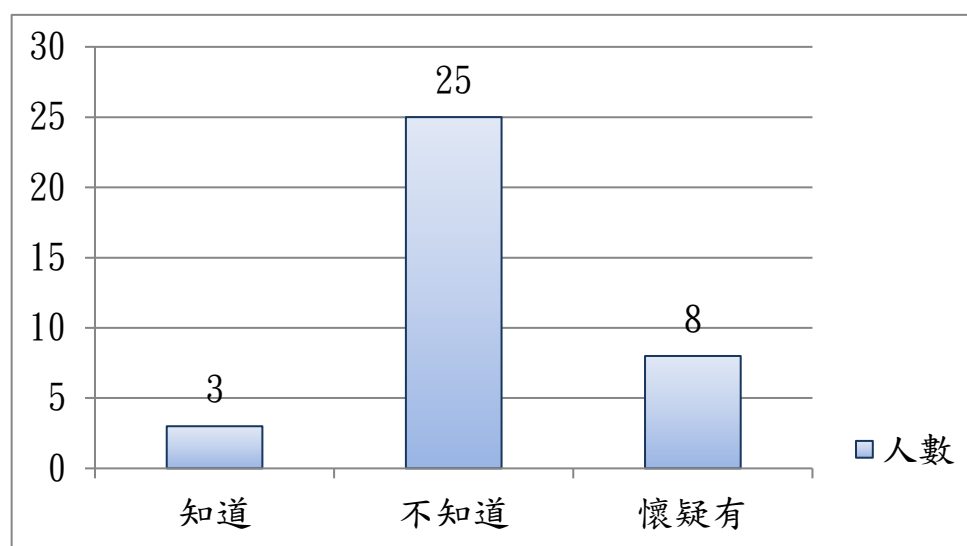


圖 4-2 受訪學員酒癮狀況自覺統計長條圖

### (四) 在接受諮詢轉介櫃檯諮詢前，參加戒酒團體或接受治療的狀況

訪談的36位酒駕專班學員均沒有在本次接受諮詢轉介櫃檯諮詢前，參加任何的戒酒團體或接受醫療機構的治療。

### (五) 在接受諮詢轉介櫃檯諮詢後，得到哪些幫助

綜整受訪學員的訪談內容發現，學員接受諮詢轉介櫃檯諮詢後所得到的幫助不僅是單一項目，因此經研究人員歸納統整後，以人次與百分比方式呈現，見表4-4、圖4-3。

表 4-4 受訪學員於諮詢後獲得的幫助統計表

變項名稱	人次	百分比 (%)
身體狀況評估	32	33.0
酒精成癮評估	22	22.7
就診需求諮詢	18	18.5
酒精知識衛教	11	11.3
戒酒方式諮詢	10	10.3
營養飲食建議	4	4.2

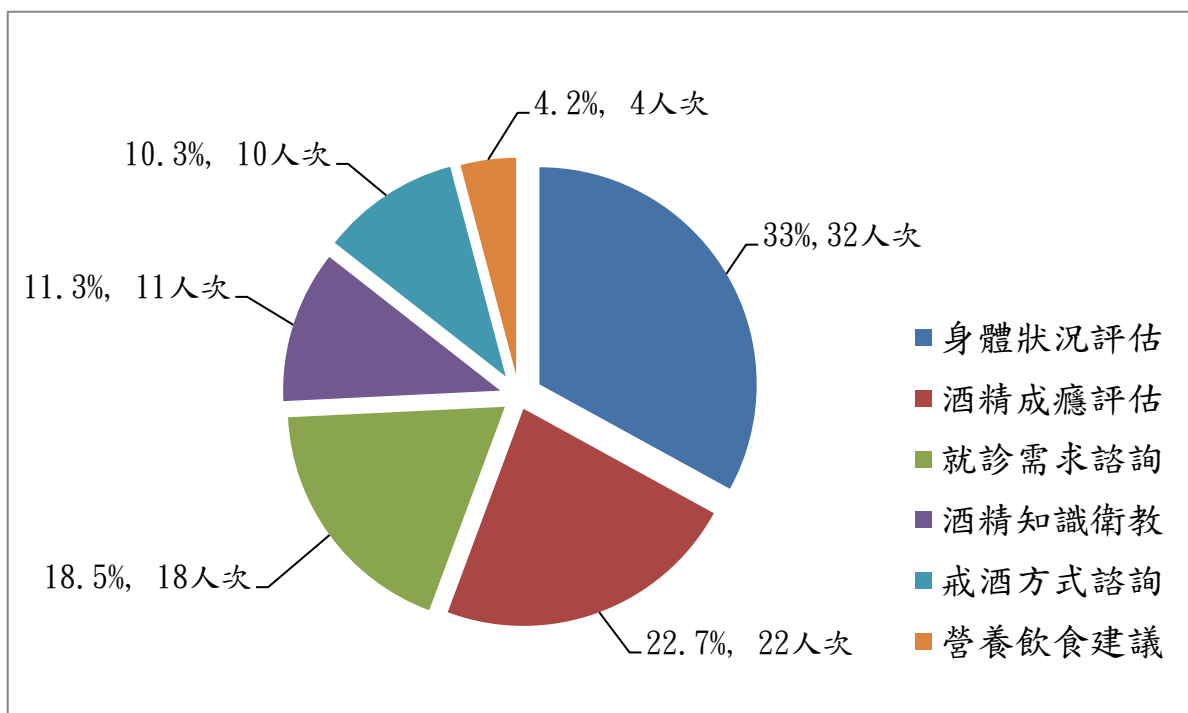


圖 4-3 受訪學員於諮詢後獲得的幫助統計圓餅圖

#### (六) 在接受諮詢轉介櫃檯諮詢後，在飲酒行為上的改變

受訪學員在接受諮詢轉介櫃檯諮詢後，許多學員因為身體健康考量，在飲酒行為上有了觀念的改變，其中願意嘗試戒酒的有15人為最多（41.7%），而堅決戒酒的有12人（33.3%），仍有部分學員9人（25%）因工作性質必須飲酒，但會要求自己適當飲酒不過量，見表4-5、圖4-4。

表 4-5 受訪學員於諮詢後飲酒行為改變統計表

變項名稱	人次	百分比 (%)
嘗試戒酒	15	41.7
堅決戒酒	12	33.3
會適當飲酒	9	25.0

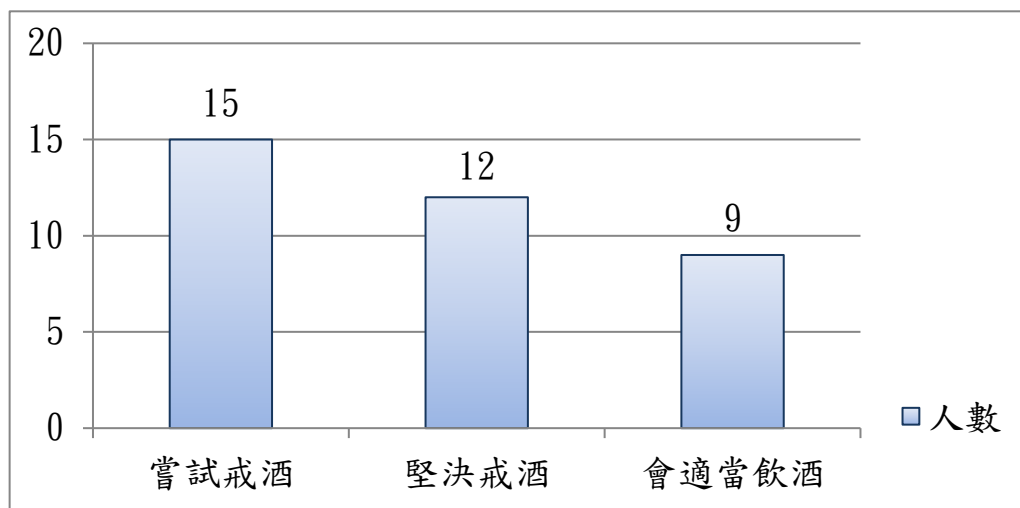


圖 4-4 受訪學員於諮詢後飲酒行為改變統計長條圖

**(七) 在接受諮詢櫃檯諮詢後，由心理師協助掛號，接受治療的意願**

訪談的36位酒駕專班學員均認為在接受諮詢轉介櫃檯諮詢後，由心理師協助掛號，會提升接受治療的意願，歸納原因為兩點，一點是相信心理師的專業評估且能依學員身體狀況判別應接受之治療種類，另一方面是便利性，即學員無須自己再額外致電或到醫院辦理手續，所以於接受諮詢轉介櫃檯諮詢後，由心理師協助掛號，確實能提升學員就診意願。

**二、小結**

經研究人員歸納統整與36位酒駕專班學員訪談紀錄後，發現以下結論：

- (一) 接近7成左右接受訪談的學員在工作方面是處於失業或是打零工的狀態，也因此有經濟困頓，生活壓力大的情形，因為從事工作往往工作時間長或生活作息顛倒，而造成飲酒紓壓情形較嚴重；另外3成有固定工作者中，經後續統計，其中又約有3成是從事建築工地工作，比例相當高，進一步探討，工作場所存在飲酒文化，則易造成工作者有「入境隨俗」的心態，而導致長期性酒精依賴情形顯著。
- (二) 接近7成左右接受訪談的學員在接受講習課程中安排的C-CAGE問卷測驗前，是不知道自己已有酒癮的狀況，即使知道或是懷疑

自己有酒癮的狀況，也沒有主動參加戒酒團體或至醫療機構接受相關的檢查或治療。在訪談中進一步瞭解，主要是因為酒癮並沒有帶來立即性的不舒服，讓學員很難意識到酒癮是一種疾病，會對身體帶來諸多的傷害，另外學員也表示，醫院沒有設置「酒癮科」，平常也很少接收到這方面的資訊，就算想醫治也不知道要掛哪一科門診，從何著手。所以受訪學員對於透過C-CAGE問卷測驗發掘本身的酒癮問題與酒癮諮詢轉介櫃檯協助轉介至醫療機構來協助解決酒癮問題，是持肯定的。

- (三) 學員在參與整個道安講習課程中，對於酒精知識與對身體的影響這部分的課程內容印象深刻，受訪學員在訪談過程中也表示，雖然有飲酒的習慣，但仍然會擔心酒精造成身體功能的損傷。另外在經過酒癮諮詢轉介櫃檯與心理師做進一步的評估、諮詢與討論後，更加深了學員對於酒精的感觸，除了部分學員因工作性質必須飲酒外，幾乎都願意嘗試戒酒，甚至堅決的希望接受轉介治療改善酒癮問題，所以利用道安講習的課程安排與酒癮諮詢轉介櫃檯相互配合，除了提升學員對於酒精與酒傷的認知，也對學員未來在酒精的使用上，是有達到改變與警惕的效果。
- (四) 酒癮諮詢轉介櫃檯的心理師除了提供戒酒的管道資訊、酒精對身體影響的諮詢，也協助學員初步評估酒精對目前身體狀況的影響，以及營養飲食的建議，學員透過與心理師諮詢的互動過程中，感受到了專業的知識與熱忱的服務，也因此學員在接受諮詢轉介櫃檯諮詢後，大幅度的提升接受治療的意願，願意接受心理師的建議與協助掛號轉介，另外酒癮諮詢轉介櫃檯的設置也讓學員感到便利，因為能由專業的醫師現場評估自身身體狀況，判別應接受之治療種類，無須自己再額外致電或到醫院辦理手續。

## 第二節 轉介治療執行成效訪談結果與分析

在第二個構面是探討「具有問題性飲酒的學員在經過酒癮諮詢轉介櫃檯轉介至醫療機構後的效果」，由於酒癮在治療上如同慢性病一般，無法立即性的坐收成效，依據馬偕醫院過去的臨床經驗，輕度的酒精依賴大概在3個月至6個月左右就能有不錯的成效，而較嚴重的則需要治療一年至一年半，在與馬偕醫院醫療團隊的心理師討論後，安排於108年7月至8月進行資料收集，由心理師協助針對10位經酒癮諮詢轉介櫃檯轉介至馬偕醫院接受3個月以上治療時間的學員進行諮詢，訪談地點選在馬偕醫院診療室，以避免其他人員或環境的干擾，在施測之前，心理師針對本次研究進行說明並回答患者提問，訪談全程以輕鬆、彈性的方式進行，並於過程中記錄當時對談的重點，並輔以錄音，確保資料的完整性，整個訪談時間約為30分鐘。

### 一、訪談結果與分析

#### (一) 基本資料描述

受訪患者當中全為男生（100%），年齡以40-49歲區間之中壯年5人為最多（50%），50歲以上3人次之；教育程度以高中（職）4人為最多（40%），專科3人次之；工作狀況以無業4人居多（41.6%），見表4-6。

表 4-6 受訪患者背景資料統計表

變項名稱		人數	百分比 (%)
性別	男	10	100
	女	0	0
年齡	50 以上	3	30
	40-49	5	50
	30-39	2	20
教育程度	大學	1	10
	高中（職）	4	40
	專科	3	30
	國中	2	20
工作狀況	固定工作	3	30
	不固定工作	3	40
	無工作	4	40



## (二) 轉介至醫院後，是接受哪方面的治療

經酒癮諮詢轉介櫃檯轉介至醫療機構的受訪患者當中，接受精神科治療佔大多數，共有5人（50%），接受肝功能與失眠治療各為2人次之，見表4-7、圖4-5。

表 4-7 受訪患者接受治療項目統計表

變項名稱	人次	百分比 (%)
精神科	5	50.0
肝功能	2	20.0
失眠	2	20.0
其他	1	10.0

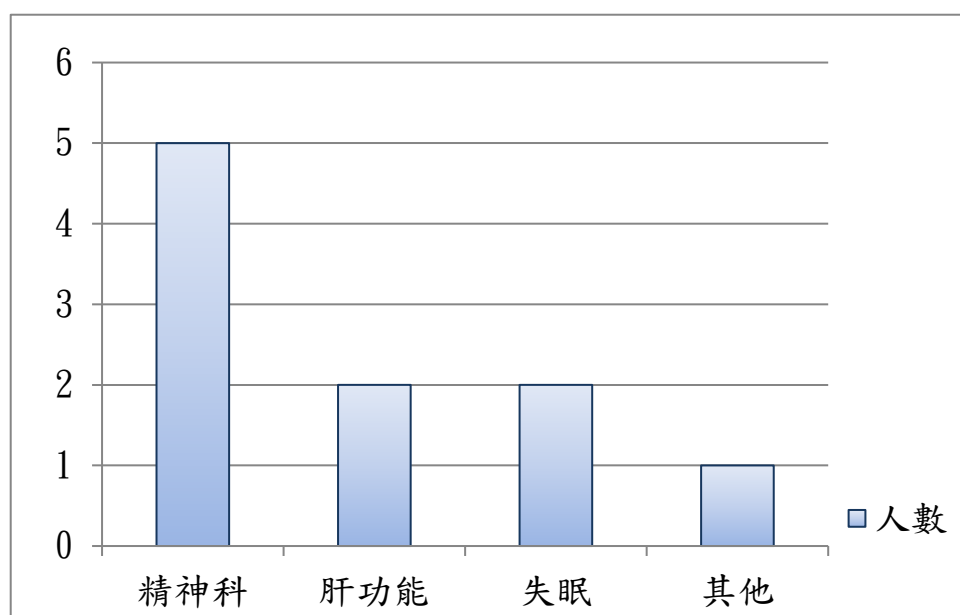


圖 4-5 受訪患者接受治療項目統計長條圖

## (三) 酒癮諮詢轉介櫃檯給予哪些幫助

綜整受訪患者的訪談內容發現，患者當初在接受酒癮諮詢轉介櫃檯諮詢，除了得到協助轉介醫院的幫助外，還有其他的收穫，由於這些幫助不僅是單一項目，因此經研究人員歸納統整後，以人次與百分比方式呈現，見表4-8、圖4-6。

表 4-8 酒癮諮詢轉介櫃檯給予受訪患者協助統計表

變項名稱	人次	百分比 (%)
提早發現身體問題	10	23.8
改變飲酒觀念	10	23.8
正確掛號看診	8	19.0
提高就診意願	8	19.0
提升戒酒信心	6	14.3

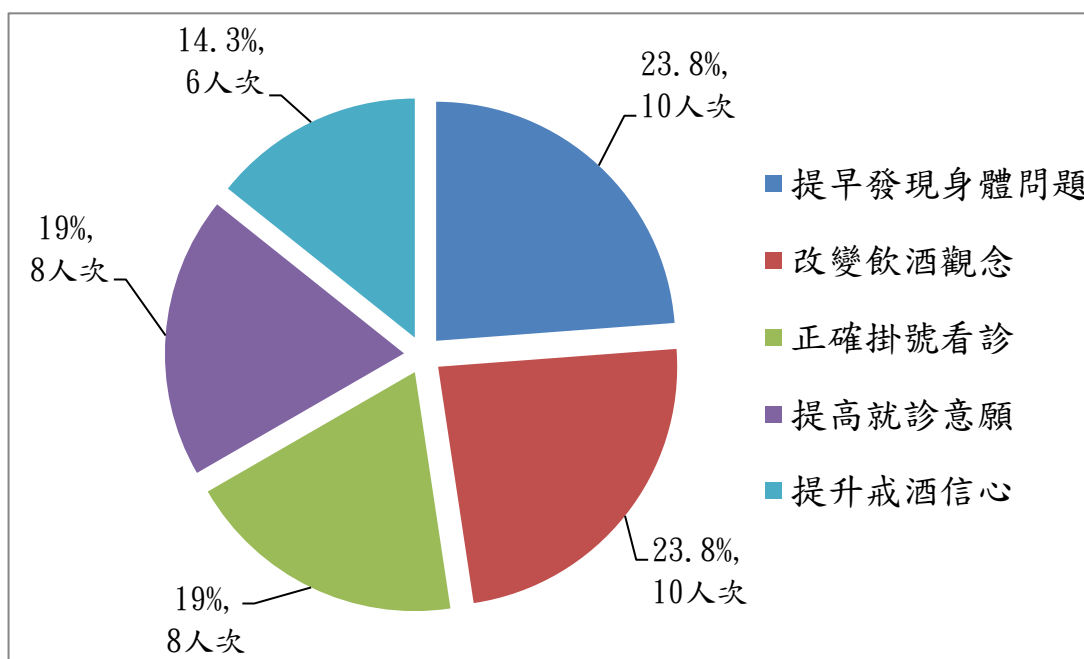


圖 4-6 酒癮諮詢轉介櫃檯給予受訪患者協助統計圓餅圖

#### (四) 在接受轉介治療後，得到了哪些改善

綜整受訪患者的訪談內容發現，患者在接受轉介治療後，所得到的改善不僅是單一項目，因此經研究人員歸納統整後，以人次與百分比方式呈現，見表4-9、圖4-7。

表 4-9 受訪患者轉介治療後的改善統計表

變項名稱	人次	百分比 (%)
身體較健康	9	27.3
精神較良好	7	21.2
心情較開朗	7	21.2
家庭互動較好	5	15.2
改善睡眠	3	9.1
記憶力變好	2	6.1

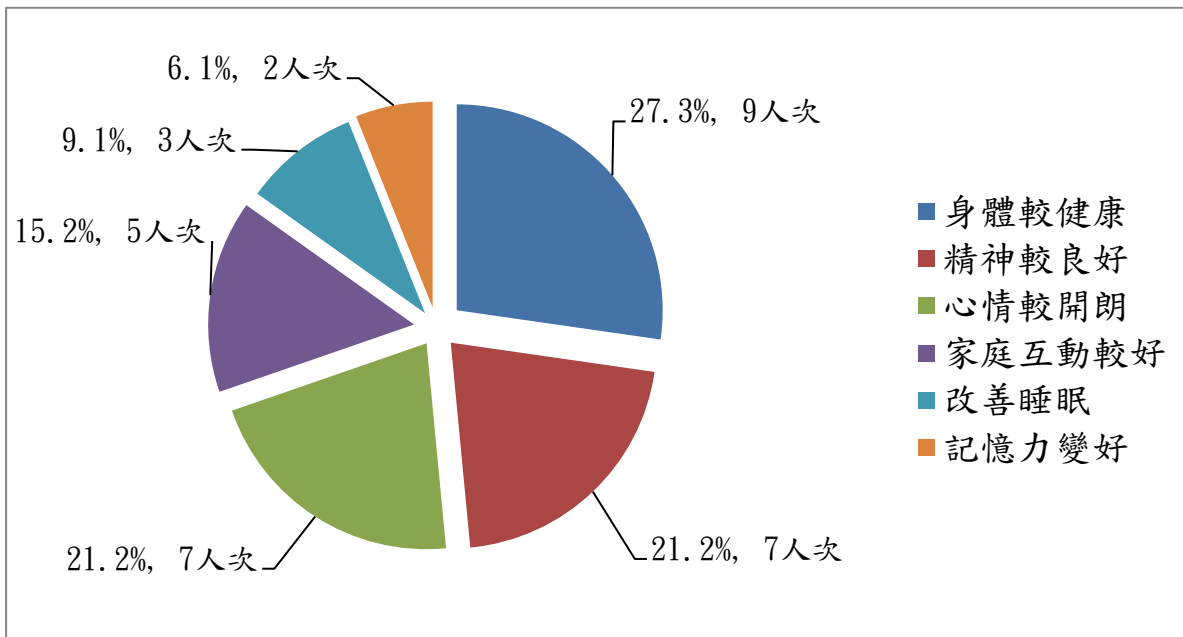


圖 4-7 受訪患者轉介治療後的改善協助統計圓餅圖

## 二、小結

經研究人員歸納統整與10位經酒癮諮詢轉介櫃檯轉介至馬偕醫院接受治療的酒癮患者訪談紀錄後，發現以下結論：

- (一) 本次接受訪談的患者裡有2位是因為失眠問題而透過酒精助眠因而逐漸造成酒精依賴，經過醫院專業評估後，從失眠問題開始解決，目前正在接受失眠的治療。另外還有幾位酒癮患者因酒精造成的肝功能及消化系統受損而優先治療。所以酒癮患者經酒癮諮詢轉介櫃檯轉介至醫院後，不是強制性的實施酒癮戒治，而是從源頭或是目前已造成身體嚴重傷害的部分開始著手治療，降低患者對酒精的依賴，讓患者逐步恢復健康，脫離酒癮。
- (二) 在戒解的過程中，身體會產生酒精戒斷症狀，心理上也會有不適的情形，受訪患者在轉介至醫院後，有各方面專業醫師評估與安排完整療程，並妥善運用藥物降低對酒精的依賴。受訪患者均表示，在接受治療後，可以感受到自己在身體或精神上有明顯的的改變與進步，相較於其他的戒治團體主要仰賴患者的

「意志力」，轉介至醫療機構確實能大幅提升患者戒酒成效。

- (三) 受訪患者均表示，在酒癮諮詢轉介櫃檯與心理師諮詢，讓他們發現自己酒癮的問題與注意到酒精對身體的傷害，諮詢轉介櫃檯除了這些專業協助外，也在諮詢與互動過程中，感受到有人在意自己的問題，且願意提供協助，增加了自己對戒酒的信心，與接受醫療的意願。

### 第三節 心理師諮詢過程探討訪談結果與分析

在第三個構面之資料收集，安排於108年9月與馬偕醫院醫療團隊的心理師進行訪談，由馬偕醫院心理師以透過「酒癮諮詢轉介櫃檯」轉介之問題性飲酒者後續治療的執行成效與困難為主軸進行開放式訪談。訪談地點選在板橋監理站的會議室，以避免其他人員或環境的干擾，整個訪談時間約為1個小時。

#### 一、訪談結果

##### (一) 選擇監理機關設置酒癮諮詢轉介櫃檯設的緣由

監理機關的酒駕專班是包括了最多酒駕人員與最多不同的酒精使用危險等級與樣態，故酒癮諮詢轉介櫃檯的設立是為提高轉介動機與讓學員能對於酒癮危害早期預防、早期治療。

看守所或監獄的酒駕專班或更生保護會的酒駕家庭支持方案的學員，其酒精使用問題是更為嚴重或複雜與社經地位更弱勢，更多是家破人亡妻離子散的，需要的不只是醫療，更多是需要家庭社會重建。而相對於監理機關的酒駕專班學員，其酒精使用有許多可能是有酒精使用疾患，但也有一些是屬危險性用酒或是因失眠、情緒或家庭問題藉酒澆愁，正走在酒精依賴的初期，早期發現早期治療，不讓學員的酒癮問題演變到很嚴重，就在道安講習課程中有機會接受相關服務而更能達到預防酒駕與降低酒精危害的目的。

整體而言，監理機關的酒駕專班學員其社經條件相較看守所或監獄的學員不會那麼弱勢，透過自主與高動機轉介來醫院，其進入醫療後，門診就醫與完成減害飲酒與戒酒的成效是比較好的。

##### (二) 設立酒癮諮詢轉介櫃檯的目的

一個人會不會對某種事物做出改變策略的投入與持續動機

並不是一種與生俱來的人格特質，而大部份是與環境和人際互動有關，意即學員的動機是可以藉由課程講師的互動與櫃檯簡短晤談過程被激發，增加他按照所擬定的行動計畫去做的機率。

透過酒癮諮詢轉介櫃檯的設立，我們馬偕醫院的醫療團隊會配合專班課程指派心理師到現場，針對學員做簡短評估釐清需求，並立即協助掛號。如睡眠困擾失眠而需要藉酒助眠或是關注自己的肝功能與健康問題，可以掛身心科、腸胃科、睡眠障礙或是其它內科等，增加學員在問題性飲酒戒治上的需求選擇性。

### (三) 酒癮諮詢轉介櫃檯成立前後對學員成功轉介治療的差異

1. 酒精使用危險評估與是否需要專家評估諮詢與轉介這個制度，應該可以追溯自有酒精對生理心理傷害的課程開始就已有在執行時，但幾乎沒有學員勾選有轉介需求，就算勾選了需求，也沒有明確的轉介管道與窗口。

酒癮諮詢轉介櫃檯的設立，讓學員可以在櫃檯洽詢有關酒精的相關問題，進而釐清自己的就醫需求與困惑，另外透過心理師約10-20分鐘的簡短評估與提高動機式的晤談方式，提高學員轉介與立即就醫需求。經統計，自酒癮諮詢轉介櫃檯於108年4月設立起至108年9月，願意接受諮詢轉介櫃檯心理師評估與面談需求的學員計有241人，相較於107年同期114人，增加了127人，增加率達111%。

2. 馬偕醫院約從約104年開始參與酒駕專班相關課程，透過課程與學員接觸，而每次課程結束，大概都會有2-3張的轉介單，但之後交由心理師做後續追蹤與約診，幾乎都沒有辦法有效接觸到個案，電話不是沒有人接，就是掛電話，或是向心理師表示目前已經沒有轉介就醫的需求，也就是雖有轉介數，但實際就醫與接受治療的學員轉介率均在10%以下。

在酒癮諮詢轉介櫃檯設立後，學員就醫的時間是心理師現場與學員討論後排定的，因為先與學員做過溝通，學員也就比較會依約前往，通常第一次來院的醫院，都有心理師或醫師協助，並進一步討論接續的治療計畫。讓學員在這整個過程裡能很清楚知道，1. 我為何要去醫院 2. 去哪個醫院 3. 何時去 4. 到了醫院又有誰會幫助我 5. 他們將如何幫助我。經統計，自酒癮諮詢轉介櫃檯於108年4月設立起至108年9月，經諮詢轉介櫃檯心理師協助掛號轉介的學員計有125人，後續實際至醫院報到與接受治療的學員計有117人，成功轉介率達93.6%，較設置前轉介率增加80%以上。

#### (四) 執行過程所遇到困境

1. 講師課程的鋪陳上，需要有能力100分鐘的課程中，不斷的和提高轉介動機與覺察酒精問題的觀點與其真正需求，環環相扣，將學員的需求與動機拉到最高點。
2. 提高動機的晤談與完成評估並協助掛號約需要15-20分鐘，當酒駕專班學員多時，醫療團隊沒有額外的個管人力與心理師能及時支援，協助完成晤談與轉介。然而，這些動作如果沒有在櫃檯第一時間完成，學員接受轉介的動機也會隨著時間而下降，甚至變成無效轉介。
3. 酒駕學員的轉介不應該只是醫療，應將社會福利與就業服務資源合併進來有許多的學員在評估中，發現有社會福利需求或因找不到工作的就業需求，甚有許多學員主要問題是憂鬱症或其它精神情緒問題與有自殺意念，多容易在諮詢過程中發現，而這些需求的學員，只有馬偕單一的醫療轉介窗口是不夠的。可以將社會福利與就業服務資源合併進來，至少能提供學員資源窗口電話。

## 二、小節

經研究人員歸納統整與心理師訪談紀錄後，發現以下結論：

- (一) 在所有政府機關當中，監理機關的酒駕專班學員是包括了最多酒駕人員，且在講習課程結束後，是學員戒酒動機最高的時候，透過酒癮諮詢轉介櫃檯的設立，讓學員可以在櫃檯洽詢有關酒精的相關酒精問題，並透過心理師的評估，願意接受轉介的學員明顯的增加。
- (二) 心理師在與學員互動與諮詢過程發現，許多學員有社會福利需求或因找不到工作的就業需求，甚有些學員飲酒的問題是源自於憂鬱症或其它精神情緒問題，建議酒癮諮詢轉介櫃檯在酒駕學員的轉介上，可以納入社會福利與就業服務資源。



# 第五章 結論與建議

## 第一節 結論

### 一、酒癮諮詢轉介櫃檯運用Miller提出的8種A-H計畫性策略執行成果

(一) 在受訪的 36 位酒駕專班學員中，接受 C-CAGE 問卷測驗前，均沒有參加任何的戒酒團體或接受醫療機構的問卷測驗，但知道自己有酒癮狀況 3 人，佔整體 8.4%，其他 91.6% 則是不知道或只存疑。可以得知問題性飲酒不會有立即性的不舒服，透過本次 C-CAGE 問卷測驗與酒精知識諮詢櫃台的評估，學員才發覺本身潛在的酒癮問題。

受訪的學員在接受諮詢轉介櫃檯諮詢後，得到「身體狀況評估」、「酒精成癮評估」、「就診需求諮詢」、「酒精知識衛教」、「戒酒方式諮詢」、「營養飲食建議」等多項目的協助，符合 Miller 提出 8 種計畫性策略的 A-C 預期。

(二) 受訪的 36 位學員在接受諮詢後得到的幫助，以「身體狀況評估」有 32 位學員回答最多，佔整體 88.9%；以「酒精成癮評估」，有 22 位學員回答次多，佔整體 61.1%。另外，在接受諮詢後飲酒行為上的改變，堅決戒酒的有 12 位，願意嘗試戒酒的有 15 位，有 9 位學員因工作性質必須飲酒，但會要求自己適當飲酒不過量。

可以得知在透過酒癮諮詢轉介櫃檯與心理師諮詢互動後，除了更加了解身體狀況，也同時提升學員對於酒精與酒傷的認知，進而在酒精的使用上，達到改變與警惕的效果，符合 Miller 提出 8 種計畫性策略的 D-F 預期。

(三) 在接受諮詢轉介櫃檯諮詢後，讓學員更相信心理師的專業，由心理師協助掛號，會提升接受治療的意願，佔整體 100%。另外，心理師依據學員狀況的評估結果判別應接受的治療種類，再協助掛號，無須自己再額外致電或到醫院辦理手續，更提升

學員就診意願，符合 Miller 提出 8 種計畫性策略的 G-H 預期。

## 二、酒癮諮詢轉介櫃檯成功轉介的執行成效

在酒癮諮詢轉介櫃檯設立前，馬偕醫院雖然也有參與酒駕專班相關課程與學員接觸，並沒有立即與學員諮詢及協助掛號轉介，實際就醫與接受治療的學員轉介率在 10% 以下。而在酒癮諮詢轉介櫃檯的設立，讓學員可以洽詢有關酒精的相關問題，並透過心理師的評估，讓學員了解自己的狀況，提高學員轉介與就醫需求。

自 108 年 4 月設立酒癮諮詢轉介櫃檯起，經由心理師協助掛號轉介的學員計有 125 人，後續實際至醫院報到與接受治療的學員有 117 人，成功轉介率達 93.6%，與設置前成長 80% 以上。

綜上，「酒癮諮詢轉介櫃檯」的設置，讓酒駕專班學員正確了解飲酒觀念與對酒癮疾病的認識，並藉由馬偕醫院心理師與酒駕專班學員接觸，即早發掘問題性飲酒或酒癮患者，並促其接受醫療處置與協助其社會復健。酒癮諮詢轉介櫃檯的設立是為提高轉介意願，讓學員能對於酒癮危害提早預防、提早治療，避免飲酒問題惡化乃至成癮，進而預防酒駕累犯等社會事件的發生，減少相關醫療資源負擔與社會成本。

## 第二節 建議

### 一、鼓勵推廣設立酒癮諮詢轉介櫃檯，提高具酒癮之講習者接受治療的動機及意願

藉由本次的研究及訪談，酒癮諮詢轉介櫃檯設立對於酒癮患者在酒精的認識與提升轉介治療的動機，都有正面的執行成效。目前全國只有板橋監理站設有常態性酒癮諮詢轉介櫃檯，建議交通部及衛福部門共同將這項設施推廣至全國各地，讓酒癮防治的工作達到更高的成效，降低酒後駕車事件。

### 二、擴大跨機關合作，納入社福及就業等社會資源

酒駕學員的轉介不應該只侷限於醫療，在轉介評估過程中，有因經濟需求或就業需求，甚有學員是長期憂鬱症或有自殺傾向的精神情緒等，需要社會福利救助，建議衛福部將社會福利與就業服務資源納入「建構問題性飲酒與酒癮者醫療處置及社會復健服務模式計畫」。

### 三、善用酒癮諮詢轉介櫃檯達到普及化

建議能透過各種里民會議加強宣導，對於有需求的民眾藉由醫療團隊進駐提供酒精知識衛教服務，協助諮詢轉介治療，化被動為主動，將諮詢轉介櫃檯的功效發揮至最大化，降低酒癮者社會事件。

### 四、經由酒癮諮詢轉介櫃檯轉介成功的學員後續追蹤探討

對於成功轉介的學員，除了持續追蹤有無再酒後駕駛的違規外，對於個人酒精依賴、健康狀況及生活品質等的改善成效，可成為另一個研究探討議題。

## 參考文獻

### 中文文獻

1. Stevens & Rodin, 2013, 國外酒癮患者可使用之酒癮戒治資源現況
2. 曾維英, 2005, 酒癮者原生家庭經驗之研究：家庭系統觀點
3. 林本堂, 2008, 成癮行為及復發預防-以酒癮治療為例
4. 張宇岱、楊重源, 2009, 酒精效果預期與飲酒行為之關係
5. 湯華盛、葉英莖, 2010, 酒精性疾患(酒精依賴/濫用)之社區流行病學
6. 行政院衛生署, 2003年, 酒癮防治手冊
7. 黎士鳴, 2013, 放下執著—成癮心理學理論與應用
8. 張尚文、胡海國、葉英莖, 2007, 生活事件、社會支持與精神疾病
9. 簡春安、鄒平儀, 1998年, 社會工作研究法
10. Donald R&Pamela Schindler, 2003, Business Research Methods

### 網路資料

1. 內政部警政署統計查詢網  
(<https://ba.npa.gov.tw/npa/atmain.jsp?sys=100>)
2. 東森新聞 - 2018年酒駕1/3是累犯，法務部修法嚴懲  
(<https://news.ebc.net.tw/News/living/152344>)
3. 魏廉中, 2014, 酒癮醫療處置現況與精進措施  
(<https://www.mohw.gov.tw/dl-1351-ddefe09e-2b51-4ff9-815f-342a8239bae9.html>)
4. 曾慧雯, 2016, 被酒精綁架的臺灣  
(<https://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?nid=72981>)