

計畫編號：DOH93-TD-M-113-003

行政院衛生署管制藥品管理局

九十三年度科技研究發展計畫

藥物濫用醫療成本效果分析

研 究 報 告

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：馬作鏞教授

研究人員：賴俊雄、郭憲文、林滄耀、楊翠蓉

執行期間：93年1月1日至92年12月31日

本研究報告僅供參考，不代表本局意見

目 錄

壹、前言	7
一、背景分析	7
二、研究目的	13
貳、材料及方法	15
一、研究流程	15
二、研究設計	15
三、研究樣本及收案標準	16
四、治療模式	17
五、研究工具	18
六、效能評估	18
七、成本評估	19
八、成本效能比	19
九、資料分析與統計方法	20
參、研究結果	21
一、描述性統計	21
二、藥癮戒治成本評估	24
三、藥癮戒治效果評估	36
四、成本效果	39
肆、討論	40
伍、結論與建議	42
一、結論與建議	42
二、研究限制	43
陸、參考文獻	45
一、中文文獻	45
二、英文文獻	47

表目錄

表 2-1 成本評估項目	48
表 3-1 藥癮病患基本資料---連續	49
表 3-2 藥癮病患基本資料---類別	50
表 3-3 藥癮病患(含酒精)使用情形---連續	51
表 3-4 藥癮病患(含酒精)使用情形---類別	52
表 3-5-1 每位藥癮患者之戒治成本分析表(台北)	53
表 3-5-2 每位藥癮患者之戒治成本分析表(台中)	54
表 3-5-3 每位藥癮患者之戒治成本分析表(高雄)	55
表 3-6-1 成癮嚴重度的兩次測量結果	56
表 3-6-2 台北成癮嚴重度的兩次測量結果	57
表 3-6-3 台中成癮嚴重度的兩次測量結果	58

表 3-6-4 高雄成癮嚴重度的兩次測量結果.....	59
表 3-7 WHOQOL 各構面之 Cronbach' α	60
表 3-8 WHOQOL 經重複校正後相關與其他量表相關之比較(n=138).....	61
表 3-9 WHOQOL 各次量表的幅合效度及辨別效度.....	62
表 3-10-1 WHOQOL-BREF 生活品質量表兩次測量結果.....	63
表 3-10-2 WHOQOL-BREF 生活品質量表兩次測量結果(台北).....	64
表 3-10-3 WHOQOL-BREF 生活品質量表兩次測量結果(台中).....	65
表 3-10-4 WHOQOL-BREF 生活品質量表兩次測量結果(高雄).....	66
表 3-11 複回歸分析表.....	67
表 4-1 藥癮病患及全國一般民眾 WHOQOL-BREF 各構面比較.....	68

圖目錄

圖 2-1 流程研究.....	69
圖 2-2 台北市立療養院、署立草屯醫院及高雄凱旋醫院之戒治模式.....	70

附 錄

成癮嚴重度量表(ASI)(含病患基本料)
 台灣簡明版生活品質量表 (WHO-QoI)

摘要

如何防止藥物濫用一直是各國衛生機構所探討的議題，而台灣八十年至八十九年間因毒品而裁判有罪確定之人數成長比例約為 96.8%；就毒品戒治後的再犯情形來看，自八十七年至八十九年再犯比例高達 33.7%，藥物濫用及成癮為當今台灣地區重要的社會問題。而國內目前則尚未建立任何藥癮戒治之成本效能評估模式，且無統一的藥癮治療模式，雖已有台灣本土藥癮治療模式的建構與成效衡量的相關研究，但未將成本真正量化進行評估。在資源有限的環境下，為使醫療資源獲得最適利用，建構國內藥物戒治的成本效能模式勢在必行。

本研究之目的即為建立一個成本效能評估模型，作為國內各種不同藥癮治療模式的戒治成效評估依據，本研究將採前瞻式研究設計，以台北市立療養院、署立草屯療養院及高雄市立凱旋醫院作為本研究對象，在合格收案者進入不同戒治模式後，即進行前測量表測量，量表包含：基本資料(病患人口數、生產力損失及時間成本)、中文版成癮嚴重度指標(Addiction Severity Index, ASI)及生活品質量表(簡明版世界衛生組織生活品質量表, WHO-QOL)，在前測完成後，將針對 ASI 及 WHO-QOL 二份量表進行信、校度檢定；並於接受生理戒治期完成三個月後的門診追蹤，再進行二項評估量表後測。醫療院所成本將以三家醫院之財務報表進行成本推估；效果則以治療前後成癮嚴重度差異、治療前後生活品質差異與 QALYs 進行衡量；成本效果比率(cost effectiveness ratio)則將於生理戒治完成後計算之。成本效果評估模型中，各項成本及效果如何評估，至此可建立完成，最後我們將以複迴歸模型進行影響治療成效之因素探討。

本研究期望透過文獻探討、問卷評估及各種資料收集方式，利用成本效果分析模式，進行國內主要藥癮戒治醫療機構藥物濫用醫療成效的評估，包括藥癮治療者於藥物治療期間於治療上的直接費用和間接費用，並進一步對影響治療成效及治療成本的相關因素進行探討，去評估藥癮治療的醫療成本效果比值和不同藥物戒治模式之成本效果，以作為藥物濫用防治政策之參考依據。

根據本研究計算出之成本效能比值，可推算出欲改善一位藥癮患者一單位的藥物使用嚴重度，需花費龐大的醫療成本（台北市立療養院需花 53,903.58 元，草屯療養院需花 21,798.15 元，高雄市立凱旋醫院需花 16,778.59 元）

本研究不分區的 ASI 在就業支持狀態、酒精使用、藥物使用、家庭社會關係在入院前後都有顯著改善，尤以藥物使用改善狀況為最佳（前測：後測= 5.85：3.79），可見藥物戒治對藥癮病人有一定成效。

Abstract

In Taiwan, the rate of drug abuse criminal had grown 96.8% from 1991 to 2000. In addition, the average recurrence rate of treatment for drug abuser was 33.7% between 1998 and 2000. Drug abuse is now one of the most serious social problems. Therefore, how to effectively treat drug abuser becomes urgent issue for policy makers and health care providers.

Currently, several treatment modalities have been developed. In order to efficiently allocate health care resource, health care researchers have to evaluate those modalities properly. The aim of this study is to evaluate one of the most adopted treatment modality by using cost-effectiveness analysis.

Our research is a prospective study. Subjects were sampled from Tsa-Tun Psychiatric Center, Taipei City Psychiatric Center, and Kaohsiung Kai-Suan Psychiatric Hospital. Several questionnaires including Basic personal information (the numbers of patients, productivity loss and time cost), Addiction Severity Index (ASI), WHO-QOL were utilized to collect data. After collecting these data, we aimed at ASI and WHO-QOL to examine the reliability and validity, and then implement the post-test. The hospital cost would be evaluated with the financial statements of these three hospitals. Besides, the effectiveness would be measured with the difference of habituating severity, the difference of life quality, and the QALYs. And the cost effectiveness ratio would be counted after the treating.

Our study expect to proceed the evaluation of the medical cost of drug abuse treatment and the cost effectiveness ratio of different treating models as the reference basis for future study.

Key words: drug abuse treatment, cost-effectiveness, Addiction Severity Index,
quality of life.

壹、前言

一、背景分析

藥物濫用一直是各國重視的社會問題，不分區域不分種族或文化背景地，藥物濫用對全球人類社會以及經濟的影響一直持續不斷的增加中（Huestis, 2002）。「藥物濫用」是指違反正當醫療用途在不經醫師處方或指示社會規範的情況下，而自行且經常過度的使用藥物的行為，其不僅危害個人健康，影響其社會及職業適應亦造成社會極大的損害（李志恒等，民 87；楊秋月、蕭淑真，民 87）。隨著全球資訊的發達以及交通旅遊方便性的提高，更加快毒品及非法藥物在全球快速的流通，1996 年的國外學者 Reuter 所做的一項研究估計，全球各地非法市場流通的藥物價值大約在一千億至五千億美元之間（WHO, 2000）。由法務部資料顯示，台灣因毒品而裁判有罪確定之人務由八十年 14,680 人漸增為八十九年 28,893 人，成長比例約為 96.8%；就毒品戒治後的再犯情形來看，自八十七年五月至八十九年十二月戒治出所人數為 31,779 人，而再犯人數為 7,879 人，再犯比例高達 33.7%（黃徵男，民 92），藥物濫用成癮已是當今台灣地區重要的社會問題。

藥物濫用問不只會對個人造成心理障礙、生理殘缺甚至等傷害；而對於社會及群體的影響除了衍生許多犯罪事件，更因使用毒品產生

自殺、自殘或攻擊殺害他人造成社會不安；藥物濫用者除了上述對個人及社會產生的不良影響外，還會引發各種疾病及散播傳染病（如肝炎、愛滋病），在美國異性戀愛滋病有四分之三為靜脈注射藥癮者；在泰國 16,359 名愛滋帶原者中，靜脈注射藥癮者佔 74%；依行政院衛生署的統計資料顯示至 83 年 12 月 31 日止，本國籍 686 位愛滋病毒抗體陽性個案，在所有感染途徑中靜脈藥癮者佔 50%（行政院衛生署）。此外，在英國，1986 年 B 型肝炎感染率，有藥癮者約佔 10%，根據劉宏文教授之研究指出國內藥癮者中 B 型肝炎之感染率為 93.3%，且年齡越大，B 型肝炎感染率越高（劉宏文等，民 85 年）。由此可見，藥物濫用對社會的衝擊極為廣泛，除了司法層面之查緝矯治以及訴訟成本等，也包括健康層面的傳染病與醫療利用，均需耗費極大的社會人力及醫療資源。因此藥物濫用不單單只會造成私人成本的發生，同時也會造成社會成本的增加，另外一些無形成本如罹病、死亡而造成的生產力損失或是生活品質的降低等，這些都是藥物濫用所可能造成的成本，其他因預防防制藥物濫用發生的防制成本或相關的有形無形成本更加難以估計。美國一項對藥物濫用所造成的經濟成本估計研究指出，1988 年藥物濫用所產生的經濟成本約 583 億美元，該研究所估計的成本包括直接成本及間接成本，直接成本即是因藥物濫用所產生的實際支付成本，間接成本則是因藥物濫用所造成的資源

損失，包含：罹病成本及死亡成本，以生產力的損失計算(Rice, Kelman & Miller, 1991)。Rice 於 1982 年指出，生產力損失尚包括：醫療利用時病患及陪病者之時間成本、陪病者請假之時間成本及罹病而導致不必要之工作更替或升遷機會喪失(李志恆，民 87)。1995 年 Rice 估計藥物濫用經濟成本約 1,142 億美元，該研究所估計的成本包含了醫療照護成本、罹病與死亡成本以及其他相關成本(Rice, 1999)。行政院衛生署疾病管制局以會計成本作為推估模式，推估民國 85 年國內藥物濫用導致醫療及監所的直接與間接成本約為 104.9 億這些社會成本將由全民共同支出(成百均，2001.04 管制藥品簡訊)。

國內醫療費用在近幾年中急劇上升，從民國 84 年全民健保實施，至民國 89 年底醫療費用申報總金額已上升至 2,968 億，上漲了 81% (全民健保保險統計，2001)，因此成本控制及有效地分配資源的利用成了當前醫療照護領域一個相當重要的議題。為了對有限的醫療資源做最有效的運用，使全民得到健康福祉的最大利益，所以經濟評估(economic analysis)可以作為探討資源是否有效分配的工具，將可提供衛生決策優先順序的重要資訊，幫助決策者從各種方案(alternative)中選擇一最佳方案(Risenberg, 1989)。成本效果分析(cost-effectiveness analysis, 簡稱 CEA)係經濟評估的一種基本分析工具，也就是比較成本與效果的分析方法(Weinstein &

Stason, 1997)。目前成本效益分析已被醫療、衛生決策者經常作為協助制定決策之工具，國內許多研究即運用成本效果分析進行疾病治療或預防篩檢的分析探討(黃金安，民 89；黃季怡，民 89)。一般 CEA 的「成本」皆以“金錢”之單位表示，成本之計算一般分為兩部分：直接成本(direct cost)與間接成本(indirect cost)。直接成本是指醫療資源所消耗之成本，間接成本則指人們因生病而影響社會生產力減少所需之成本(石美春，民 85)。CEA 效果(effectiveness)的衡量是以各種方案標準化目標的達成作為依據(鄒平儀，民 89)，單位則為自然單位或實際指標，如增加生命年數、減少早逝人數、減少疾病案數或發現病例數(Drummond et al., 1997)。過去國外在藥物濫用或其他物質成癮的成本效果分析研究已相當廣泛，Richman 在 1983 年探討酗酒及藥物成癮治療計畫的部分成本及效果；Lampinen 曾探討有 AIDS 病患增加藥物成癮費用，和其成本效益分析；之後陸續有學者提出對藥物濫用治療的成本效果評估新觀點及其應用(Hubbard et al., Hser et al., Apsler)；Willams 從經濟分析觀點已完成初步藥癮治療的成本效果評估模式(Willams, 1998)。

在藥物濫用戒治的成本效果分析研究部分，回顧國內的文獻相關資料仍付之闕如，目前尚未有任何藥物濫用醫療戒治的成本效果評估模式的建立或相關研究，雖有台灣本土藥癮治療模式的建構與成效評

量，但其並未將成本真正量化進行評估（吳就君等，民 87）；僅李志恆等人於民國 86 年及民國 87 年進行藥物濫用之在監費用與醫療費用比較分析，研究結果顯示，「全院」每人每次就醫之單位成本為 1,296 元，「成癮收治單位」每人每次就醫之單位成本為 200 元，「負責收治者」每人每次就醫之單位成本為 45,929 元。為了在資源有限下使醫療資源達最適利用，國內藥物濫用醫療戒治的成本效果評估勢在必行。而藥癮治療成本效果的分析首先必須將治療過程中的各種成本項目，逐項分析評估，如：醫療人事成本、醫療衛耗材等直接醫療成本，以及營運成本、行政管理等間接醫療成本進行成本之推估，在私人成本方面，藥癮戒治者及其陪同家屬於接受治療期間的時間成本和生產力的損失也應該計算在內。另外，藥癮治療的成果評估也要加以明確定義，一般以「成癮嚴重度指標」(Addiction Severity Index, ASI)、
「藥癮患者態度量表」、「藥癮患者對治療滿意量度」及「醫療處置服務現況評估研究問卷表」(陳朝炆，民 82；吳就君等，民 87；楊寬弘，民 83；張鈺姍，民 84) 作為藥癮治療成效的衡量。除了上述臨床評估項目之外，因藥癮患者於治療之後其生命存活年預期將會改善，此外藥癮患者在生理及心理的損害也將減少，進一步改善其整體生活品質，因此為了了解藥癮患者於治療前後生活品質改善情形，所以應以生活品質量表如 WHO-QOL 進行生活品質的評估，而生命存活年的改善

也將加入生活品質的衡量，進一步調整生命存活年，以品質調整生命年 (Quality adjusted-life years, QALYs) 的方式計算。在明確定義各項成本與效果之項目與獲得資料後，才能進一步進行成本效果比 (cost-effectiveness ratio, C/E ratio) 的計算。

綜觀上述，可發現藥物濫用會產生許多直接或間接成本，藉由評估藥物濫用醫療戒治的成本效果分析可達到下列之目的：

1. 可以了解目前藥物濫用醫療利用的情形與成本概況。
2. 可以了解目前藥物濫用醫療戒治的成效。
3. 可作為藥物濫用政策制定及執行之優先性參考。
4. 經濟成本研究可定義資訊缺口、研究需要及國家資訊報告系統、統計報告系統所需要改進的部份。

5. 幫助了解藥物濫用相關計畫及政策之績效。

本研究期望透過文獻探討、問卷評估及各種資料收集的方式，利用成本效果分析模式，進行國內主要藥癮戒治醫療機構藥物濫用醫療成效的評估，並進一步對影響治療成效及治療成本的相關因素進行探討，以作為濫用醫療戒治模式建立及防制政策之參考依據。

二、研究目的

在藥癮治療模式發展方面，國內過去相關研究甚少，且各戒治機構所執行之戒治方式僅只參酌國內外的相關研究進行各自的戒治方式；整體而言，台灣目前尚未有統一且一致的藥癮治療模式，目前有進行治療模式發展之研究且發表較完整的研究成果之戒治機構並不多，主要有台北市立療養院、衛生署草屯療養院及高雄市凱旋醫院的藥癮戒治模式(楊寬弘等，民 83；陳朝灶，民 82；吳就君，民 87)；民國 82 年高雄市立凱旋醫院進行實施凱旋戒治模式前後的療效比較，結果發現，實施凱旋戒治模式後，在出院三個月以後再度使用率較實施前為低，在持續追蹤一年的研究方面發現，鴉片組的平均未再使用率為 47.8%，再度使用率為 13.7%，安非他命組平均未再使用率為 63.6%，再度使用率 11.5%(張鈺珊，民 84)；82 年草屯療養院亦進行藥物濫用者醫療處置服務現況初步評估研究，其研究結果表示，有一半的受測者認為該院的治療可以幫助更堅定戒毒的決心，而且接受治療後戒毒動機提升越大，醫療處置的成效也越好(陳朝灶，民 82)；另外在未指名醫療機構的 A 戒治模式評估研究中顯示，治療計畫與患者的需求並不一致，且患者的成癮嚴重度在出院 4 個月後追蹤並沒有達到顯著的改善，該研究建議應建立清楚的醫療戒治模式(吳就君，民 87)。綜上可知，在眾多機構多樣的治療模式中，其治療成效究竟

如何，皆未能已明確的統計分析數據詳細描述，而在這些戒治模式中何者為較經濟且有效的治療模式，更未有實證的比較研究結果，因此目前台灣除了急迫需要建立一套適切的戒治模式，並應進一步利用一套有效的成本效果評估方式，以協助藥癮醫療戒治模式的建立以及成本效果的評估。

貳、材料與方法

一、研究流程

本研究將採前瞻式研究設計，以台北市立療養院、署立草屯療養院及高雄市立凱旋醫院的煙毒勒戒中心作為本研究對象之收案來源，在合格收案者進入不同戒治模式後，即進行前測量表測量，量表包含：基本資料(病患人口變數、生產力損失及時間成本)、中文版成癮嚴重度指標(Addiction Severity Index, ASI)及台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHO-QOL)，在前測完成後，將針對 ASI 及 WHO-QOL 二份量表分別進行信、效度檢定；於接受生理戒治期完成後，將另外再就後二項評估量表進行後測。後測醫療院所成本將以三家醫院之財務報表進行成本推估；效果則以治療前後成癮嚴重度差異、治療前後生活品質差異與 QALYs 進行衡量；成本效果比率(cost effectiveness ratio)則將於生理戒治完成後計算之

。成本效果評估模型中，各項成本及效果應如何評估，至此可建立完成。最後我們將以複迴歸模型進行影響治療成效之因素探討。本研究之研究流程圖如圖 2-1。

二、研究設計：

本研究採用前瞻式設計，將於個案收治後進行量表前測，於完成

住院治療療程結束後三個月進行後測，研究實驗設計如下：

前測	治療	後測
0	X	0

三、研究樣本及收案標準：

本研究之研究對象為 2004 年 2 月至 2004 年 9 月，於台北市立療養院、署立草屯療養院及高雄市立凱旋醫院進行藥癮戒治之住院病患，而收案標準為狹義的藥物濫用定義，也就是所謂的毒品氾濫及濫用，一般藥物濫用包含國內常見之藥物：(1)鴉片 opium(嗎啡、海洛因)(2)大麻 cannabis(3)古柯鹼 cocaine(4)安非他命 amphetamine(5)幻覺劑 PCP，LSD(6)巴比妥鹽酸類 barbiturates(紅中、青發)(7)強力膠(glue)及有機溶劑等，此未能清楚定義個案醫療院所之研究對象，因此在本研究中將以主診斷為海洛因成癮者或次診斷為安非他命、安眠藥成癮者為本研究對象，分別於台北市立療養院收取 46 位成癮病患，台中草屯療養院收取 30 位，高雄凱旋醫院收取 64 位。因藥物濫用者的個案流失率相當高，因此完成整個戒治模式的個案數，台北市立療養院為 4 位，台中草屯療養院為 24 位，高雄凱旋醫院為 5 位，共計完成總個案為 33 位。預計收案到 11 月中。

四、治療模式：

國內目前辦理藥癮戒治的醫療院所共有 134 家，其中有 88 家提供全日住院戒治服務，在治療模式上各醫院並不相同，而目前國內醫療戒治模式主要以台北市立療養院、署立草屯療養院及高雄市立凱旋醫院等三家醫院為指標，然因治療模式差異會影響成本效果評估的不同，因此將三家個案醫院的戒治模式詳述如圖 2-2。

台北市立療養院藥癮患者之初診屬於精神科一般門診，先針對個案做評估、診斷、藥物治療、住院安排或轉介。而住院治療主要以預防並處理戒斷症狀與急性精神病症狀，以環境隔離停止惡性循環，建立醫病關係以增強動機，並作整體性評估及安排進一步復健治療計畫。其中急性解毒治療(detoxification)以藥物治療減輕病人戒斷之痛苦，並輔以心理治療、團體治療、活動治療、衛教等協助個案渡過戒斷期。

住院治療時間鴉片類成癮病患為一週，安非他命及其他物質成癮病患約二至四週，視個別情況而定。於住院治療後於藥癮特別門診則為針對藥癮的個案設立的門診，提供藥物治療、諮詢、門診解毒治療、尿液檢驗、住院安排、追蹤治療等。

五、研究工具：

本研究將採問卷調查方式配合病患住院病歷進行各變項資料的收集，因此本研究的主要研究工具包含三份結構式問卷，包含：個人基本資料量表、成癮嚴重度指標、生活品質量表，各問卷內容如下：

(一)個人基本資料量表：

病患的人口統計變項與私人成本，在私人成本如：病患及家屬的時間成本、病患及家屬的生產力損失……等。

(二)成癮嚴重度指標(Addiction Severity Index, ASI)：

此指標可作為戒治療效的評估工具，評估向度包括：身體狀態、就業/支持狀態、酒精使用、藥物使用、法律狀態，家族史及家庭社會關係及精神狀態等七大項。

(三)生活品質量表 (WHO-QOL)：

為一般性健康相關生活品質的量表，針對個人在所生活的文化價值體系中的感受程度，這種感受與個人的目標、期望、標準、關心等方面有關。它包括一個人在生理健康、心理狀態、社會關係以及環境四大方面。

六、效能評估

一般藥癮戒治的效能評估有兩大類：臨床療效及生活品質的評

估。在臨床療效的評估方面，一般以「成癮嚴重度指標」(Addiction Severity Index, ASI)、「藥癮患者態度量表」、「藥癮患者對治療滿意量度」及「醫療處置服務現況評估研究問卷表」(陳朝炆，民 82；吳就君等，民 87；楊寬弘，民 83 年；張鈺姍等，民 84) 等量表作為藥癮戒治的療效指標，本研究採用包含完整向度較完整的成癮嚴重度指標(ASI)進行臨床療效的評估。另一方面，吸毒嚴重影響了藥癮患者的生理及心理健康，故療效評估亦進一步考量藥癮患者的整體生活品質，因此本研究為了解藥癮患者於治療前後生活品質改善情形，所以將以生活品質量表(WHO-QOL)進行生活品質的評估。

效能₁ = 治療後成癮嚴重度 - 治療前成癮嚴重度

效能₂ = 治療後 QoL - 治療前 QoL

七、成本評估

本研究綜合國內外的藥癮治療成本研究之成本項目，整理出成本項目如附表。本研究之成本定義，是以 Willams 對藥物濫用治療成本效能及效能的成本評估的項目，作為本研究於評估成本之依據，經修訂後之評估項目如表 2-1 所示，其中詳列所有成本之項目、操作型定義及資料來源。而於成本分析時本研究將所有成本項目歸類為直接成本、間接成本、生產力損失成本及退出成本，分項加以評估。

八、成本效能比(cost effectiveness ratio)

研究中將分別於治療完成後三個月追蹤後進行成本效能比的計算，戒治成本包括住院期間所有耗費之成本；戒治的成效則以藥物使用嚴重程度及生活品質的改善情形來衡量，成本效能比的計算公式如

下所示：

$$\text{成本效果比}_{\text{台北市立孫養院}} = \frac{\text{總成本}}{\text{成癮嚴重度改善程度}}$$

$$\text{成本效果比}_{\text{草屯療養院}} = \frac{\text{總成本}}{\text{成癮嚴重度改善程度}}$$

$$\text{成本效果比}_{\text{高雄市立凱旋醫院}} = \frac{\text{總成本}}{\text{成癮嚴重度改善程度}}$$

九、資料分析與統計方法

在量表信度的評估，採用 Cronbach α 來衡量其各問項的內部一致性；在效度部份，以相關係數來衡量聚合及離散效度，作為建構效度之依據。而後採用複迴歸探討藥癮戒治病患於生理戒治期退出(dropout)之影響因子，依變項為「成癮嚴重度改善程度」，變項之操作型定義如(表 3-10)所示。

壹、 研究結果

本研究之研究結果將分成六大部分加以敘述：敘述性統計、藥癮戒治成本評估、藥癮戒治效果評估、成本效果分析、及複迴歸。敘述性統計中針對研究對象的基本特質及藥物（含酒精）使用情形，進行平均數、標準差、次數、百分比等統計量的描述。成本評估中，分別對直接成本、間接成本、生產力損失成本、退出成本及門診追蹤成本加以評估；藥癮戒治的效果評估分成兩部份，首先描述成癮嚴重度指標(ASI)的各向度測量結果，其次進行 WHO-Qol 的信效度檢驗及各面向測量結果；成本效果分析部分，係將上述資料整理後計算出成本效能比值。最後以複迴歸探討藥癮嚴重度改善程度之影響因子。

一、 描述性統計

(一) 研究對象基本資料

本研究於民國 93 年 7 月至民國 93 年 10 月期間，依研究對象選取標準共收集 138 位藥癮戒治病患，首先請病患填寫「受訪同意書」聲明願意加入本研究，成癮嚴重度、WHO-Qol 等量表由會談者採面對面訪談的方式完成，以下即針對研究對象之基本資料進行描述性分析（如表 3-1、3-2）。

就本計畫研究對象之年齡而言，平均年齡為 32.61 歲（標準差 = 7.37 歲），年紀最小之戒治病患為 18 歲、年紀最大之戒治病患為 64 歲。在性別方面，男性佔大部分共有 112 位 (81.16%)，女性只佔了 9.42%。婚姻狀況則以未婚者及離婚者居多，分別皆為 35.52%，其次為已婚者(21.36%)，16 位分居(7.77%)，1 位個案再婚(0.5%)，1 位個案屬於鰥、寡(0.5%)。其中兩位未婚者平均育

有 1.50 名子女，已婚者之平均兒女數為 1.94 人，分居中之個案育有 1 名子女，離婚者之平均兒女數為 2 人。

研究對象中大部分教育程度為高、國中（國中畢 37.88%、高中職畢 25.76%），其次為高中職肄業(21.97%)、國小畢業(5.80%)，大專畢業及以上(5.30%)，佔最少數的分別為國中肄業(1.52%)與大專肄業(1.45%)。

全職者佔大部分(71.01%)，固定工時的兼職佔 2.9%，學生僅有一位(0.73%)，另外有 13.04%的藥癮病患為失業狀態。

加入本研究之藥癮病患最近一個月收入平 53,916.86 元，其金錢來源主要有兩大類：「薪水」及「配偶、家人、朋友」，其中平均薪資為 41,577.52 元，配偶、家人、朋友平均約給予 12339.34 元，而非法所得平均為 7598.43 元。

在宗教信仰方面，信仰佛教(37.79%)佔大部分，其次為無宗教信仰者(29.71%)、道教(21.74%)，僅有 2 位(1.45%)信仰基督教。且其中只有 11.6%的人有定期參加宗教活動。病患中 83.33%為閩南人佔絕大部分，其次為外省人佔 4.35%、客家人佔 3.62%。

加入本研究之藥癮病患進入個案醫院戒治，大部分為自行前往(65.22%)，由門診轉介的病患佔 25.36%。而這些病患中，罹患影響生活之慢性疾病者有 14.8%，慢性疾病的種類大部分為 C 型肝炎。

(二) 藥物（含酒精）使用情形

研究個案中，主要問題藥物亦以海洛因最高(99.28%)；其次為不含酒精之多種藥物濫用(0.72%)。(表 3-4 類別)。

此外，於過去 30 天，各類藥物使用之總平均天數，同樣以海洛因最高，平均使用 25.45 天；其次為酒精-喝的多（21.25 天）、其他鎮定安眠藥（19.75 天）、酒精-任何使用（11.33 天）；再其次為安非他命，平均使用 6.44 天、多種藥物(包含酒精)平均使用 1.75 天、大麻（0.80 天）。（表 3-3）。

而當藥癮發作時，患者之主要照顧者，僅有 31.88% 為父、母親；16.67% 為配偶；由兄弟姊妹僅佔 10.14%；大多(52.17%) 為其他，如男女朋友、朋友、或無人照顧（表 3-4 類別）。

而過去 30 天，全部收案之研究個案，耗費在藥癮戒治之總平均費用，為 47784.09 元（表 3-3）。

問及藥癮患者第一次用毒之原因，大多為受朋友引誘(50.72%) 或好奇(47.83%)；而導致其持續用毒之原因，則多為上癮(63.33%)；最後促使研究個案願意戒毒之動機，以家人禁止或勸導(56.52%) 最高，其次為覺得再吸毒沒有意思(34.78%) 及怕身體受傷害(30.43%)，再其次才為其他(15.22%)、醫療人員協助(6.52%)、及司法強制勒戒(5.07%)（表 3-4 類別）。

在停止用毒方面，138 位研究個案中，64 位(46.38%) 曾停止使用毒品連續兩週以上。其中，停止用毒之原因，以醫療人員協助(63.16%) 最多，其次為覺得再吸毒沒有意思(36.84%)。（表 3-4 類別）。

二、藥癮戒治成本評估

成本效果分析法係為比較效果與成本間之分析方法，即投入每單位之成本可產出多少效果，或產出之效果需花費多少成本。因此需先計算病患在藥物濫用戒治時所耗用之成本，這包含了：直接成本、間接成本、生產力損失成本及退出成本（周文鈺，民 92）。

本研究之成本評估方法為首先估算一年藥癮戒治所需耗用之成本，而後分攤至每個住院人日須耗用多少成本，再乘上藥癮戒治病患之平均住院天數，即為每位病患之戒治成本。一般成本估計的來源必須採用「市價」來評估，當有些項目資料無法取得市價時，必須使用「成本收益比(cost to charge ratio)」來將收費(charge)換算為成本，成本收益比的計算方法為：全院的總成本/全院的總收入。以下則將藥癮戒治時實際發生之醫療成本項目分別加以評估。

台北市立療養院成本估算：

92 年度台北市立療養院藥物濫用者住院人日為 3,154 人次，而由本研究所收集之問卷資料得知，藥物濫用者平均住院天數為 3 天。根據個案醫院之會計資料得知其成本收益比為 0.96。

(一) 直接成本：共分成人力成本、事務成本、病患伙食費、檢驗檢查成本、藥品成本，其各項成本計算如下：

I. 人力成本

1. 主治醫師：台北市立療養院藥癮病房中編制有 1.7 位主治醫師，全職於藥癮病房中服務，1.7 位主治醫師一年薪資共 1,695,000 元，故主治醫師成本計算如下：

$$1,695,000 \text{ 元} \div 787 \text{ 人日} \times 3 \text{ 日} = 6461.25 \text{ 元/人}$$

2. 護理人員：藥癮病房中編制有 4 位護士，皆全職於藥癮病房中服務，所有護士一年薪資共 5,597,160 元，故護理人員之成本計算如下：

$$5,597,160 \text{ 元} \div 787 \text{ 人日} \times 3 \text{ 日} = 21,336.06 \text{ 元/人}$$

台北市立療養院藥癮戒治病房無配置心理醫師、社工師、職能治療師、書記，其成本不列入考慮。

II. 事務成本

包含洗滌費、清潔費、業務費、水電費、衛材等費用，而將費用分攤到每位病患之計算方法為：

$$335,526.4 \div 787 \text{ 人日} \times 3 \text{ 日} = 1,279 \text{ 元/人}$$

另外，病患於戒治期間之食宿費用亦需列入成本的評估中，但住宿費用已於事務成本中估算過，只需針對伙食費加以評估，台北市立療養院對病患收取之伙食費為每天 190 元，將收費乘上「成本收益比(cost to charge ratio)」即為成本，因此伙食之成本為 182.4 元，而每位病患於戒治期間共需 574.2 元的伙食費。加總可得每位病患戒治時所需耗用之事務成本為 1,853.2 元。

III. 檢驗檢查及藥品成本

台北市立療養院每位病患於住院前都必須完成一系列的檢驗檢查，醫師會給予藥物治療，這一系列的檢驗檢查及藥物治療共收費 4,580 元，將收費乘上「成本收益比(cost to charge

ratio)」，可得每位藥癮患者之檢驗檢查及藥物治療成本為 4396.8 元。

(二) 間接成本：有行政管理成本、房屋及建築折舊、醫療設備折舊，根據台北市立療養院之會計資料，間接成本總計元/年，各項成本如下。

1. 行政管理成本：包含醫療事務費、教學研究、社會服務、電腦資訊、行政管理(會計、人事等)，依照收入比例分攤，攤後得到一年行政管理成本為 2,950,472.68 元。
2. 房屋及建築折舊：分攤基準為面積比(0.007)，分攤後一年之房屋及建築折舊費用為 119,166.29 元。
3. 醫療設備折舊：如果該設備直接歸屬藥癮病房，則直接由藥癮病房承受，若非直接隸屬於藥癮病房則依收入比(0.023)分攤之，分攤後一年之醫療設備折舊費用為 240,950.85 元。

綜觀上述，每位藥癮病患耗用之間接成本為：

$$3,310,589.82 \text{ 元} \div 787 \text{ 人日} \times 3 \text{ 日} = 12,619.78 \text{ 元/人}$$

(三) 生產力損失成本：藥癮病患於住院戒治期間無法工作，將造成生產力損失，藥癮戒治病患之平均薪資為 41,577.52 元，一個月以工作 30 天計算，平均住院天數為 3 日，可得每位病患住院戒治需損失生產力 4,157.75 元。

(四) 退出成本：投入於未完成治療而退出的患者上的醫療花費，因無治療成效而全部造成浪費，需分攤至所有完成治療的病患身上，未完成戒治之病患平均住院天數為 2.54 天，所需耗費的直接成本、間接成本及生產力損失成本總共為 38,944.26 元，依問卷所統計的未完治比例為 0.64，因此中斷治療成本之計算方法為：

$$38,944.26 \times 0.64 = 24,924.33$$

在直接、間接、生產力損失、退出成本分項逐一評估之後，可得到每位藥癮患者完成戒治所需耗用之成本(3-5-1)為 **75,749.17 元**。

台中草屯療養院成本估算：

92 年度草屯療養院藥物濫用者住院人日為 3,154 人次，而由本研究所收集之問卷資料得知，藥物濫用者平均住院天數為 3.93 天。根據個案醫院之會計資料得知其成本收益比為 1.3。

(五) 直接成本：共分成人力成本、事務成本、病患伙食費、檢驗檢查成本、藥品成本，其各項成本計算如下：

IV. 人力成本

3. 主治醫師：草屯療養院藥癮病房中編制有 2 位主治醫師，全職於藥癮病房中服務，2 位主治醫師一年薪資共 8,314,560 元，故主治醫師成本計算如下：

$$8,314,560 \text{ 元} \div 3,154 \text{ 人日} \times 3.93 \text{ 日} = 10,360.25 \text{ 元/人}$$

4. 護理人員：藥癮病房中編制有 9 位護士，皆全職於藥癮病房中服務，所有護士一年薪資共 6,534,000 元，故護理人員之成本計算如下：

$$6,911,568 \text{ 元} \div 3,154 \text{ 人日} \times 3.93 \text{ 日} = 8,612.07 \text{ 元/人}$$

5. 心理師：藥癮病房中編制有 1 位心理師，全職於藥癮病房中服務，心理師一年薪資共 755,244 元，故心理師之成本計算如下：

$$755,244 \text{ 元} \div 3,154 \text{ 人日} \times 3.93 \text{ 日} = 941.06 \text{ 元/人}$$

6. 社工師：藥癮病房中編制有 1 位社工師，全職於藥癮病房中服務，一年薪資共 726,000 元，故社工師之成本計算如下：

$$745,056 \text{ 元} \div 3,154 \text{ 人日} \times 3.93 \text{ 日} = 928.37 \text{ 元/人}$$

7. 職能治療師：藥癮病房中編制有 1 位職能治療師，全職於藥癮病房中服務，一年薪資共 745,056 元，故職能治療師之成本計算如下：

$$758,040 \text{ 元} \div 3,154 \text{ 人日} \times 3.93 \text{ 日} = 944.55 \text{ 元/人}$$

8. 工友及書記：藥癮病房中編制有 1 位書記、5 位工友，皆全職於藥癮病房中服務，一年薪資共 2,739,456 元，故工友及書記之成本計算如下：

$$2,739,456 \text{ 元} \div 3,154 \text{ 人日} \times 3.93 \text{ 日} = 3413.46 \text{ 元/人}$$

9. 藥劑師及檢驗人員：因藥劑師並非隸屬於藥癮病房，因此本研究以「住院收入比例」及「藥癮病患佔全院病患住院人日百分比」加以分攤，全院之藥劑及檢驗人員總薪資為 17,771,901 元，草屯療養院之住院收入比（住院收入÷全院總收入）為 0.74，藥

癮病患佔全院病患住院人日百分比為 1.04%，故藥劑師之成本計算如下：

$$17,771,901 \text{ 元} \times 0.74 \times 1.04\% \div 3,154 \text{ 人日} \times 3.93 \text{ 日} = 170.42$$

V. 事務成本

包含洗滌費、清潔費、業務費、水電費、衛材等費用，而將費用分攤到每位病患之計算方法為：

$$1203185.7 \div 3,154 \text{ 人日} \times 3.93 \text{ 日} = 1499.21 \text{ 元/人}$$

另外，病患於戒治期間之食宿費用亦需列入成本的評估中，但住宿費用已於事務成本中估算過，只需針對伙食費加以評估，草屯療養院對病患收取之伙食費為每天 130 元，將收費乘上「成本收益比(cost to charge ratio)」即為成本，因此伙食之成本為 122.2 元，而每位病患於戒治期間共需 667.21 元的伙食費。加總可得每位病患戒治時所需耗用之事務成本為 2166.42 元。

VI. 檢驗檢查成本

每位病患於住院前都必須完成一系列的檢驗檢查，這一系列的檢驗檢查共收費 3,475 元，將收費乘上「成本收益比(cost to charge ratio)」，可得每位藥癮患者之檢驗檢查成本為 3266.5 元。

VII. 藥品成本

每位病患入院接受戒治療成時，醫師會給予藥物治療，計算出每位病患戒治之藥品總費用為 1458.67 元，同樣將收費乘上「成本收益比(cost to charge ratio)」，可得每位藥癮患者之藥品成本為 1371.15 元。

(六) 間接成本：有行政管理成本、房屋及建築折舊、醫療設備折舊，根據草屯療養院之會計資料，間接成本總計 1,597,522.1 元/年，各項成本如下。

4. 行政管理成本：包含醫療事務費、教學研究、社會服務、電腦資訊、行政管理(會計、人事等)，依照收入比例分攤，攤後得到一年行政管理成本為 591,576.72 元。
5. 房屋及建築折舊：分攤基準為面積比(0.018)，分攤後一年之房屋及建築折舊費用為 417,471.44 元。
6. 醫療設備折舊：如果該設備直接歸屬藥癮病房，則直接由藥癮病房承受，若非直接隸屬於藥癮病房則依收入比(0.03)分攤之，分攤後一年之醫療設備折舊費用為 588,474.06 元。

綜觀上述，每位藥癮病患耗用之間接成本為：

$$1,597,522.1 \text{ 元} \div 3,154 \text{ 人日} \times 3.93 \text{ 日} = 1,990.57 \text{ 元/人}$$

(七) 生產力損失成本：藥癮病患於住院戒治期間無法工作，將造成生產力損失，藥癮戒治病患之平均薪資為 41577.52 元，一個月以工作 30 天計算，平均住院天數為 3.93 日，可得每位病患住

院戒治需損失生產力 5,446.65 元。

- (八) 退出成本：投入於未完成治療而退出的患者上的醫療花費，因無治療成效而全部造成浪費，需分攤至所有完成治療的病患身上，未完成戒治之病患平均住院天數為 2.54 天，所需耗費的直接成本、間接成本及生產力損失成本總共為 38,944.26 元，依問卷所統計的未完治比例為 0.64，因此中斷治療成本之計算方法為：

$$38,944.26 \times 0.64 = 24,924.33$$

在直接、間接、生產力損失、退出成本分項逐一評估之後，可得到每位藥癮患者完成戒治所需耗用之成本(3-5-2)為 63,868.59 元。

高雄凱旋醫院成本估算：

- (一) 直接成本：共分成人力成本、事務成本、病患伙食費、檢驗檢查成本、藥品成本，其各項成本計算如下：

I. 人力成本

1. 主治醫師：高雄市立凱旋醫院藥癮病房中編制有 1.5 位主治醫師，每一位醫師平均花 62.5% 的時間（每週約 25 小時）在藥癮病房中，其一年薪資共 1,427,475 元，故主治醫師成本計算如下：

$$1,427,475 \text{ 元} \times 62.5\% \div 1,803 \text{ 人日} \times 7.26 \text{ 日} = 3,592.44 \text{ 元/人}$$

2. 護理人員：藥癮病房中編制有 10 位護士，皆全職於藥癮病房中服務，所有護士一年薪資共 7,078,944 元，故護理人員之成本計

算如下：

$$7,078,944 \text{ 元} \div 1,803 \text{ 人日} \times 7.26 \text{ 日} = 28,504.23 \text{ 元/人}$$

3. 心理師：藥癮病房中編制有 1 位心理師，平均花 30% 的時間（每週約 12 小時）在藥癮病房中，一年薪資共 696,000 元，故心理師之成本計算如下：

$$696,000 \text{ 元} \times \frac{12}{40} \div 1,803 \text{ 人日} \times 7.26 \text{ 日} = 840.76 \text{ 元/人}$$

4. 社工師：藥癮病房中編制有 1 位社工師，平均花 4/5 的時間在藥癮病房中，一年薪資共 636,000 元，故社工師之成本計算如下：

$$636,000 \text{ 元} \times \frac{4}{5} \div 1,803 \text{ 人日} \times 7.26 \text{ 日} = 2048.75 \text{ 元/人}$$

5. 職能治療師：藥癮病房中編制有 1 位職能治療師，平均花 40% 的時間在藥癮病房中，一年薪資共 640,000 元，故職能治療師之成本計算如下：

$$640,000 \text{ 元} \times 40\% \div 1,803 \text{ 人日} \times 7.26 \text{ 日} = 1030.82 \text{ 元/人}$$

6. 工友及書記：藥癮病房中編制有 1 位書記，全職於藥癮病房中服務，一年薪資共 491,240 元，故書記之成本計算如下：

$$491,240 \text{ 元} \div 1,803 \text{ 人日} \times 7.26 \text{ 日} = 1978.03 \text{ 元/人}$$

7. 藥劑師及檢驗人員：因藥劑師並非隸屬於藥癮病房，因此本研究以「住院收入比例」及「藥癮病患佔全院病患住院人日百分比」加以分攤，全院之藥劑人員總薪資為 3,341,093 元，全院之檢驗人員總薪資為 3,453,688 元，高雄市立凱旋醫院之住院收入

比（住院收入÷全院總收入）為 0.84，藥癮病患佔全院病患住院人日百分比為 0.677%，故藥劑師之成本計算如下：

$$(3,341,093 + 3,453,688) \text{元} \times 0.84 \times 0.677\% \div 1,803 \text{人日} \\ \times 7.26 \text{日} = 259.03 \text{元}$$

II. 事務成本

包含洗縫費、清潔費、業務費、水電費、衛材等費用，共需 740,540.86 元，而將費用分攤到每位病患之計算方法為：

$$740,540.86 \text{元} \div 1,803 \text{人日} \times 7.26 \text{日} = 2982.06 \text{元/人}$$

另外，病患於戒治期間之食宿費用亦需列入成本的評估中，但住宿費用已於事務成本中估算過，只需針對伙食費加以評估，高雄市立凱旋醫院對病患收取之伙食費為每天 130 元，將收費乘上「成本收益比(cost to charge ratio)」即為成本，因此伙食之成本為 123.37 元，而每位病患於戒治期間共需 895.67 元的伙食費。加總可得每位病患戒治時所需耗用之事務成本為 3877.93 元。

III. 檢驗檢查成本

每位病患於住院前都必須完成一系列的檢驗檢查，這一系列的檢驗檢查共收費 6,300 元，將收費乘上「成本收益比(cost to charge ratio)」，可得每位藥癮患者之檢驗檢查成本為 5,978.7 元。

IV. 藥品成本

每位病患入院接受戒治療成時，醫師會給予藥物治療，其以七天為一單位，藥品項八至九項，費用在 1,400 元-1,500 元間，故本研究取平均值為 1,450 元，計算出每位病患戒治之藥品總費用，同樣將收費乘上「成本收益比(cost to charge ratio)」，可得每位藥癮患者之藥品成本為 1376.05 元。

(二) 間接成本：有行政管理成本、房屋及建築折舊、醫療設備折舊，根據高雄市立凱旋醫院之會計資料，間接成本總計 43,900,000 元/年，各項成本如下。

1. 行政管理成本：其中包含醫療事務、教學研究、社會服務、電腦資訊、行政管理（會計、人事），以收入比分攤，分攤後得到一年行政管理成本為 119,710 元。
2. 房屋及建築折舊：以面積比分攤之，藥癮病房之樓地板面積與全院樓地板面積比為 0.02，故藥癮病房所攤得之成本為 381,020 元。
3. 醫療設備折舊：如果該設備直接歸屬藥癮病房，則直接由藥癮病房承受，若非直接隸屬於藥癮病房則依收入比(0.01)分攤之，分攤後一年之醫療設備折舊費用為 336,500 元。

綜觀上述，每位藥癮病患耗用之間接成本為：

$$837,230 \text{ 元} \div 1,803 \text{ 人日} \times 7.26 \text{ 日} = 3371.21 \text{ 元/人}$$

(三) 生產力損失成本：藥癮病患於住院戒治期間無法工作，將造成生產力損失，藥癮戒治病患之平均薪資為 41,577.52 元，一個月以工作 30 天計算，平均住院天數為 7.26 日，可得每位病患住院戒治需損失生產力 10,061.76 元。

(四) 退出成本：投入於未完成治療而退出的患者上的醫療花費，因無治療成效而全部造成浪費，需分攤至所有完成治療的病患身上，未完成戒治之病患平均住院天數為 2.54 天，所需耗費的直接成本、間接成本及生產力損失成本總共為 62,919.71 元，依問卷統計之未完治比率為 48%。因此每位病患攤到的退出成本之計算方法為：

$$62,919.71 \times 48 \% = 30,201.46$$

在直接、間接、生產力損失、退出成本分項逐一評估之後，可得到每位藥癮患者完成戒治所需耗用之成本(表 3-5-3)93121.17 元。

三、藥癮戒治效果評估

本研究以「成癮嚴重度」及「生活品質」的改善程度來做為藥癮戒治的效果，因中斷治療者即無治療成效，故只計算完成戒治療程患者(78位)的效果，分析方法則以 T-test 檢定前測、後測間是否有顯著差異。

(一) 成癮嚴重度

本研究採用之 ASI 評估藥癮戒治病患之戒治成效，量表向度分為：身體狀態、就業/支持狀態、酒精使用、藥物使用、法律狀態家庭社會關係及精神狀態。分別計算出前測、後測，繪製折線圖(表 3-6-1~3-6-4)以比較三家醫院測量的結果，並採用 T-test 檢定三組間的差異。

若不分醫院，以三家醫院的前、後測資料檢定其差異(表 3-6-1)，發現在就業/支持、酒精使用、藥物使用、家庭/社會關係呈現顯著差異，表示藥癮戒治對病患藥物成癮的情形有顯著的改善。

以台北市立療養院的前、後測資料檢定其差異(表 3-6-2)，發現僅有家庭/社會關係上呈現顯著差異，表示若以台北市立療養院而言，其藥癮戒治對病患藥物成癮的情形較無顯著的改善。

以台中草屯療養院的前、後測資料檢定其差異(表 3-6-3)，發現身體狀態、藥物使用、法律狀態上呈現顯著差異，表示若台中草屯療養院而言，其藥癮戒治對病患藥物成癮的情形較有顯著的改善。

以高雄市立凱旋醫院的前、後測資料檢定其差異(表 3-6-4)，發現身體狀態、法律狀態、家庭/社會關係及總分呈現顯著差異，表示若高雄市立凱旋醫院而言，其藥癮戒治對病患藥物成癮的情形較有顯著的改善。

(二) 生活品質

本研究欲了解藥癮病患於戒治完成後生活品質之改善情形，因此採用台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷量表進行前測、後測，首先針對前測的調查結果進行信效度檢驗：

i. 信度檢驗

本研究以 Cronbach'α係數作為 WHOQOL-BREF 生活品質量表四個範疇的內部一致性信度(internal consistency reliability)分析，採用所有 138 位前測患者的 WHOQOL-BREF 生活品質量表資料進行探討。各面向的信度係數如(表 3-7)所示，生理範疇、心理範疇、社會範疇、環境範疇皆高於 0.7 以上，其中生理範疇與環境範疇又高於 0.8。本研究結果顯示，WHOQOL-BREF 生活品質量表應用在藥癮戒治患者上，四範疇皆有不錯的信度。

ii. 幅合效度

理論上，組成某面向的題目與該面向間會有相關，同時該題目與該面向間的相關程度應該大於與其他面向間的相關。為了求算各面向的幅合及辨別效度，因此須先將各題目與該面向的相關經重複校正(overlap)求得校正後相關如(表 3-8)所示，

同時以 0.4 作為的比較基準以計算幅合效度。本研究各面向的幅合效度計算結果彙整於(表 3-9)。本研究各面向的幅合效度皆為 100%，整體幅合效度亦為 100%。由此可知，本言就將 WHOQOL-BREF 生活品質量表應用在藥癮戒治患者上證實有極佳的效度。

iii. 藥癮病患之 WHOQOL-BREF 測量結果

本研究分別計算出全部個案數、台北市立療養院、台中草屯療養院、高雄市立凱旋醫院其前測、後測每個面向的平均值，並繪製折線圖(表 3-10-1~3-10-4)以比較前測、後測所測量的結果。

就全部個案數而言，其在生理範疇、心理範疇、環境範疇上呈現顯著差異，表示其後測之生活品質較前測差。

以各別醫院而言，在台北市立療養院、台中草屯療養院、高雄市立凱旋醫院，其四個範疇上皆為不顯著。

四、成本效果分析

總結上述藥癮病患於個案醫院戒治的成本與效果(包含成癮嚴重度及生活品質的改善)，可計算出藥癮戒治之成本效果比值。但可能因為結束住院後返家的那一段時間病患較不舒服，需要長時間的調養才能恢復，因此台北及高雄後測時病患之生活品質較前測時差。本研究分別出計算台北市立療養院、台中草屯療養院、高雄凱旋醫院之成本效能比值如下：

$$\text{成癮嚴重度成本效果比}_{\text{台北市立療養院}} = \frac{75749.17}{28 - 24.45} = 22,611.69$$

$$\text{成癮嚴重度成本效果比}_{\text{草屯療養院}} = \frac{63868.59}{18.13 - 15.21} = 21,798.15$$

$$\text{成癮嚴重度成本效果比}_{\text{高雄市立凱旋醫院}} = \frac{93,121.17}{15.35 - 9.8} = 16,778.59$$

$$\text{生活品質成本效果比}_{\text{台北市立療養院}} = \frac{75749.17}{209.5 - 236.15} = -2,842.37$$

$$\text{生活品質成本效果比}_{\text{草屯療養院}} = \frac{63868.59}{205.38 - 192.4} = 4,920.54$$

$$\text{生活品質成本效果比}_{\text{高雄市立凱旋醫院}} = \frac{93,121.17}{258 - 268.7} = -8,702.91$$

若要改善藥癮病患一單位的藥物使用嚴重度，台北市立療養院需花 22,611.69 元，草屯療養院需花 21,798.15 元，高雄市立凱旋醫院需花 16,778.59 元。而要改善藥癮病患一單位的生活品質台北市立療養院需花 -2,842.37 元，草屯療養院需花 4,920.54 元，高雄市立凱旋醫院需花 -8,702.91 元。

貳、討論

本研究中藥癮戒治患者之資料由北、中、南三家藥癮戒治醫院所得，用以比較三家不同戒治模式的成本效果，也可以消除因地域不同所造成的偏差，因此本研究之研究結果可推論至全國之藥癮戒治患者。

吳就君等學者（民 87）曾以成癮嚴重度指標(ASI)衡量南部某戒治機構之戒治模式成效，有效樣本 80 人，分別於入院前與出院後四個月以 ASI 測量病患之成癮嚴重度。入院時差異最大的向度為之酒精使用情形（中部：南部=0.32：1.3），本研究不分區的 ASI 在就業支持狀態、酒精使用、藥物使用、家庭社會關係在入院前後都有顯著改善，尤以藥物使用改善狀況為最佳（前測：後測=5.85：3.79），可見藥物戒治對藥癮病人有一定成效。但若從北、中、南分區來看，北部家庭/社會關係顯著，中部在藥物使用、法律狀態兩項顯著，高雄在法律、家庭/社會關係改善顯著，總體而言分區的 ASI 改善情形反而較不分區結果不明顯，可能醫院間的戒治效果有所差異。

以成本來看，以台中草屯療養院的成本最低，因其病患轉介至社區戒治機構，且其成本並不包含病患定期追蹤的成本；台北的戒治成本偏高，因台北市立療養院的治療型態不同於其他戒治程序，擁有長期的追蹤小組，因此提高其成本。

由三家的成本效果比得知在成癮嚴重度方面，改善藥癮病患一單位的藥物使用嚴重度台北的成本最高，可見其成本的改善效果不明顯；高雄凱旋醫院最低，可見高雄凱旋醫院的戒治模式（圖 2-2）為最佳。戒治模式的差異在於凱旋醫院於醫師診視後依藥癮患者的嚴重程度分別送至加護病房、成癮病房或藥癮病房，減少重複的檢查，提

高流程效率。

WHO-qol 的測量結果中，生理範疇、心理範疇、社會範疇、環境範疇四個面向，後測追蹤的分數較前測的低，可能因為住院只是單純急性解毒並輔以一些心理治療，但真正要戒除藥癮需要長時間與心理、生理抗戰，因此出院後短期內有較差的生活品質。

將 WHO-qol 調查結果，與蔡益堅(民 90)採用民國 90 年國民健康訪問調查所建立之國人自覺健康分數常模(norm)做比較，發現藥癮病患每個構面的平均分數皆低於一般民眾。其中，以本研究之前測結果而言，顯示藥癮病患與一般民眾相較，在社會範疇的構面上最差，其次為生理範疇構面，再其次為心理範疇構面；再以藥癮患者後測追蹤之結果與一般民眾相較，則以生理範疇構面差最多，其次為心理範疇構面，再其次為社會範疇構面(表 4-1)，由以上可知四個範疇的平均除前測的環境範疇以外，藥癮病人的生活品質在生理範疇(疼痛、醫療、精力、行動能力等)、心理範疇(享受生活、生命意義、安全感等)、社會範疇(人際關係、性生活、朋友等)都比一般民眾差。

在影響病患成癮嚴重度改善效果的因子中(表 3-11)，都沒有顯著影響，可能因後測追蹤的收案收案數較少，所以結果不明顯，計畫預計收案至 11 月中，到時可望增加個案數有利分析；另外可加入其他變項而使結果達到顯著，值得後續研究深入探討。

參、 結論與建議

一、 結論與建議

目前國內外有許多藥癮戒治模式，過去有關藥癮戒治模式的研究鮮少探討藥癮戒治的成本效能，多只著重治療效益的評估或治療成本的分析，但站在經濟考量的立場，應該建立一套良好的經濟評估模式，定義出最具成本效益的戒治模式，使醫療資源合理分配。本研究以台北市立療養院、草屯療養院、凱旋醫院為個案醫院，建立了藥癮戒治成本效能的評估模式，包含完整之成本評估項目（直接、間接、生產力損失、退出及追蹤成本）及生、心理效能評估。目前國內之藥癮戒治模式差異性極大，亦無被一致認同為最佳的戒治模式，期望能藉由此評估模式比較國內各戒治模式之優劣，找出一個最具成本效果的藥癮戒治模式，有效提升藥物濫用的戒治成效及降低戒治成本。

根據本研究計算出之成本效能比值，可推算出欲改善一位藥癮患者一單位的藥物使用嚴重度，需花費龐大的醫療成本（台北市立療養院需花 22,611.69 元，草屯療養院需花 21,798.15 元，高雄市立凱旋醫院需花 16,778.59 元），由數據面看來，藥癮戒治並不符合成本效益，建議政府可加強預防藥物濫用的發生，以節省社會成本。且因戒治的成效並不理想，可能源自於此戒治模式不適合所有藥癮戒治病患，除了使用其他較具成本效果的替代療法之外，建議未來研究者可進行病患治療配對(patient treatment matching)的研究，根據不同病患的特性發展不同的治療方法，增加藥癮戒治的成功率，使政府投入的資源獲得最佳的利用。

另外，建議政府可將藥癮病患之生活品質較一般民眾差的情形公

佈並加以宣導，以喚醒藥癮病患及其家屬的健康意識，增加藥癮戒治率及藥癮戒治成功率，並遏止吸毒人口的增加。

雖本研究之結果顯示此藥癮戒治模式之成本效果不佳，需花費許多金錢才能獲得一單位的改善，但藥物濫用的影響不只個人的戒治成本，仍有在監、緝毒犯罪等社會成本，若將所有成本列入考量，此藥癮戒治模式可能符合成本效益，因此有待未來研究進一步探討。

若藥癮戒治患者之共同居住者有藥物濫用的情況，中斷治療的機率高出許多，建議藥癮戒治機構於病患住院前評估病患共同居住人的藥物濫用情形，並針有此情形者加強其家庭及社會支持，例如：政府以補助方式鼓勵共同居住人一起戒治，增加戒治效益。

二、研究限制

1. 由於因無法得知追蹤不到的病患的生活品質及成癮嚴重度，可能造成高估或低估藥癮戒治的效果。
2. 毒癮患者追蹤不易，台北及高雄樣本流失率高，後測樣本數過少，統計效力不足。
3. 問卷的數量及題數過多，病患填答容易厭煩，使得問卷填答中斷率偏高及內容填答不確實。此外，ASI 內容多詢問過去疾病史、家族史、藥物使用史等問題，易有回憶偏差(recall bias)。
4. 在成本的評估上，因許多成本取得不易，而且每家醫院的成本會計分類不同，另外本研究採用替代估計的方法（如：成本收益比、門診住院比例、藥癮住院收入比等），可能使成本評估的結果產生誤差。

5. 北市療正於資訊系統改組，因此 92 年會計資料無法取得，改由 93 年會計資料進行推估（以病患成長量），可能使成本評估結果產生誤差。
6. 由於本計畫尚未收案完成（預計收案至 11 月中），台北及高雄後測追蹤的個案數較少，導致藥癮戒治效果較不顯著。
7. 在與一般民眾的比較上，因近年來國內缺乏相關研究，只能採用 90 年的資料，比較結果可能存在偏差。

陸、參考文獻

一、中文文獻

1. 吳就君、楊寬宏、蔡春美、施燦雄、周立修、余伍洋、林俊輝、陳原保(民 87)，台灣本土藥癮治療模式之建構及成效，中華心理衛生學刊，11(1)：11-32。
2. 余伍洋、成和玲、吳就君(民 86)，「藥癮患者態度量表」之信校度評估，中華心理衛生學刊，10(4)：129-138。
3. 鄒平儀(民 89)，醫療社會工作服務績效之成本效能分析，中華醫務社會學刊，第八期，p. 37-56。
4. 張鈺嫻、余伍洋、李家順、陳明招、楊寬弘(民 84)，出院藥癮病人的追蹤，中華心理衛生學刊，8(2)：17-30。
5. 楊寬弘(民 83)，凱旋模式—勒戒治療之成效評估，八十三年度行政院衛生署「精神醫療保健」研究計畫研究報告。
6. 陳朝炆(民 82)，藥物濫用者醫療處置服務現況初步評估性研究，八十二年度行政院衛生署「精神醫療保健」研究計畫研究報告。
7. 李志恆(民 86)，藥物濫用之在監費用與醫療費用分析比較(一)，八十六年度行政院衛生署委託研究計畫。
8. 李志恆(民 86)，藥物濫用之在監費用與醫療費用分析比較(二)，八十六年度行政院衛生署委託研究計畫。

9. 楊秋月、蕭淑真，藥物濫用個案家屬照顧需求及其相關因素之探討，護理研究，6卷4期，民國87年8月。
10. 程百君，國內藥物濫用現況與防治策略，學校衛生，第35期，民國88年12月。
11. 程百君，從社會事件看國內藥物濫用問題，管制藥品簡訊，第七期，2001.04
12. 石美春，成本效能、成本效果及成本效用分析法之簡介，醫院雜誌，第29卷，1996
13. 中央健康保險局，民國八十九年全民健康保險統計，中央健康保險局，June 2001
14. 行政院衛生署管制藥品管理局網站，<http://www.nbcd.gov.tw/>。
15. 行政院衛生署網站，<http://www.doh.gov.tw/>。
16. 法務部、教育部、行政院衛生署，九十一年反毒報告書，民國九十一年六月出版。

二、英文文獻

1. Hubbard RL. French MT. New perspectives on the benefit-cost and cost-effectiveness of drug abuse treatment. NIDA Research Monograph.113 : 94-113,1991.
2. Hser Yi. Anglin MD. Cost-effectiveness of drug abuse treatment : relevant issues and alternative longitudinal modeling approaches. NIDA Research Monograph.113 : 67-93,1991.
3. Apsler R Evaluating the cost-effectiveness of drug abuse treatment services. NIDA Research Monograph.113 : 57-66,1991.
4. Rice DP, Kelman S, Miller LS. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. Public Health Reports 1991; 106:280-92.
5. Rice DP, Kelman S, Miller Ls. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. Public Health Reports 1991; 106:280-92.
6. Rusenverg, J.M., Clinics Economics: A Guide to the Economic analysis of Clinical Practices. JAMA.1989, 262:20, 2879-86.
7. Stason, W. B., M. C. Weinstein, "Allocation of resources to manage hypertension." N Engl J Med, 1977; 296: 732-9.
8. Weinstein, M.C., W. B. Stason. "Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices." N Engl J Med, 1977; 296:716-2.
9. Drummond, M., B. J. O' brine, G. Stoddard, G. Torrance. Method of Economic Evaluation of Health Care Programmers, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.
10. French MT. Mauskopf JA. Teague JL. and Roland EJ. "Estimating the dollar value of health outcomes from drug-abuse intervention." Medical Care. 1996,34(9): 890-910

表 2-1 成本評估項目

成本項目	說明	測量計算
直接成本		
人力費用 主治醫師 護理人員 檢驗人員 社服人員 其他治療人員 批價掛號人員 清潔人員	直接參與醫療所需要的人力費用，包含：本薪、加級、各類津貼、獎金、加班費、值班費、勞保費、健保費、退休金	◎由各案醫院提供每月薪資 ※ 醫護人員薪資以主要照護者平均薪資計算 ※ 檢驗人員總薪資×藥物濫用檢驗件數/總件數 ※ 社服人員×藥物濫用收益比例 ※ 其他治療人員×藥物濫用收益比例 ※ 批價掛號人員總薪資×藥物濫用收益比例 ※ 清潔人員總薪資×藥物濫用收益比例
藥品衛材 藥品 檢驗耗材 衛材 醫療用品 其他	住院治療實際使用量 若無實際使用量則以比例攤	◎由會計室提供實際藥品衛材進貨單位成本 ※藥品衛材成本=單位成本×耗用量 ※藥品衛材成本×收益比例
醫療設備 建築設備 機器設備 檢驗設備 其他器具	包含：折舊及維修費用	◎由個案醫院提供該年度折舊成本資料及維修費用資料 ※ 總折舊及維修費用×藥物濫用收益比例
間接成本		
作業費用 業務費 (交際費、郵電費) 空調費 水電費 洗滌費 雜項購買	將作業費分攤至住院部，再以住院日數佔全年住院總人日比例分攤 將作業費用分攤至門診部門，再以門診人次佔總門診人次比例分	<u>住院</u> 作業費用=全院全年作業費用×住院部收入比例×藥物濫用住院日數/全年住院日數 <u>門診</u> 作業費用=全院全年作業費用×門診部收入比例×藥物濫用門診人次/全院門診人次
行政管理 醫療事務 教學研究 社會服務 電腦資訊 行政管理 (會計、人事等)	將行政管理費分攤至住院部，藥物濫用住院日數佔全年住院人日比率分攤 將行政管理費分攤至門診部門，再以門診人次佔總門診人次比例分攤	<u>住院</u> 行政管理費用=全院全年行政管理費用×住院部收入比例(藥物濫用平均住院日數/全年住院日) <u>門診</u> 行政管理費用=全院行政管理費用×門診部收入比例×藥物濫用門診人次/全院門診人次

表 3-1 藥癮病患基本資料—連續

	平均值	標準差	最小值	最大值
年齡	32.61	7.37	18	64
收入				
薪水(淨收入)	41577.52	78189.08	0	550000
失業給付	0.00	0.00	0	0
傷殘或醫療相關補助	0.00	0.00	0	0
救濟金/其他社會福利	0.00	0.00	0	0
配偶、家人、朋友	12339.34	31252.59	0	200000
非法	7598.43	59454.70	0	500000
子女數				
未婚者	1.50	0.71	1	2
已婚者	1.94	0.10	0	4
再婚者	0	0	0	0
分居者	1	.	1	1
離婚者	2	.	2	2

表 3-2 藥癮病患基本資料—類別

變項名稱	項目	次數	百分比(%)
性別	男	112	81.16
	女	13	9.42
	遺漏值	13	9.42
婚姻狀況	未婚(從未結婚)	67	32.52
	已婚	44	21.36
	再婚	1	0.5
	鰥、寡	1	0.5
	分居	16	7.77
	離婚	67	32.52
	遺漏值	10	4.85
教育程度	無	0	0
	國小肄	0	0
	國小畢	8	5.80
	國中肄	2	1.52
	國中畢	50	37.88
	高中(職)肄	29	21.97
	高中(職)畢	34	25.76
	大專肄	2	1.45
	大專畢及以上	7	5.30
	遺漏值	6	4.55
職業	有	55	39.86
	無	71	51.45
	遺漏值	12	8.79
工作型態	全職(每週 35 小時以上)	98	71.01
	兼職(固定工時)	4	2.9
	兼職(非固定工時)	7	5.07
	學生	1	0.73
	當兵	0	0
	退休/殘障	1	0.73
	失業	18	13.04
	遺漏值	9	6.52

表 3-2 藥癮病患基本資料—類別(續)

變項名稱	項目	次數	百分比(%)
宗教信仰	無	41	29.71
	佛教	48	37.79
	道教	30	21.74
	一貫道	0	0.00
	基督教	2	1.45
	天主教	0	0.00
	回教	0	0.00
	遺漏值	17	12.32
定期參加宗教活動	是	16	11.6
	否	88	63.77
	遺漏值	34	24.63
省籍	閩南	115	83.33
	客家	5	3.62
	外省	6	4.35
	原住民	0	0.00
	其他	0	0.00
	遺漏值	12	8.70
轉介來源	門診	35	25.36
	住院	0	0.00
	司法單位	0	0.00
	軍方	0	0.00
	私人戒治單位	1	0.72
	自行前往	90	65.22
	遺漏值	12	8.70
影響生活之慢性疾病	有	121	87.68
	無	10	7.25
	遺漏值	7	5.07

表 3-3 藥癮病患藥物(含酒精)使用情形—連續

	平均值	標準差	最小值	最大值
藥物/酒精過去 30 天平均使用天數				
酒精—任何使用	11.33	10.89	1	30
酒精—喝的多	21.25	8.54	10	30
海洛因	25.45	7.55	0	60
美沙酮	0	0	0	0
其他鴉片類/止痛劑	0	0	0	0
巴比妥鹽類	0	0	0	0
其他鎮定安眠藥	19.75	12.11	1.5	30
古柯鹼	0	0	0	0
安非他命	6.44	9.86	0	30
大麻	0.80	1.30	0	3
幻覺劑	0	0	0	0
吸入劑	0	0	0	0
多種藥物(包含酒精)	1.75	0.35	1.5	2
過去一年花在藥癮戒治的金錢	47784.09	52360.60	0	250000

表 3-4 藥癮病患藥物(含酒精)使用情形—類別

		次數	百分比(%)
主要問題藥物	海洛因	137	
	多種藥物(不含酒精)	1	
戒毒動機	醫療人員協助	9	6.52
	覺得再吸毒沒有意思	48	34.78
	沒錢買毒品	3	2.17
	買不到毒品(沒貨)	0	0.00
	怕身體受傷害	42	30.43
	家人禁止或勸導	78	56.52
	朋友勸告	7	5.07
	老師勸告	0	0.00
	公益節目宣導	0	0.00
	司法強制勒戒	7	5.07
	其他	21	15.22
	第一次用毒原因	朋友引誘	70
好奇		66	47.83
療病止痛		2	1.45
麻醉自己		4	2.90
提神		0	0.00
打發時間		1	0.72
尋求刺激		2	1.45
其他		8	5.80
持續用毒原因		朋友引誘	13
	好奇	4	2.66
	療病止痛	7	4.67
	麻醉自己	5	3.33
	提神	1	0.67
	打發時間	1	0.67
	尋求刺激	9	6.00
	上癮	95	63.33
	其他	9	6.00
	遺漏值	6	4.00

表 3-4 藥癮病患藥物(含酒精)使用情形—類別(續)

		次數	百分比(%)	
是否曾經停止用毒 (連續兩週以上未使用毒品)	是	64	46.38	
	否	68	49.28	
	遺漏值	6	4.34	
停止用毒原因—複選 (連續兩週以上未使用毒品，共**位)	醫療人員協助	12	63.16	
	覺得再吸毒沒有意思	7	38.64	
	沒錢買毒品	0	0.00	
	買不到毒品(沒貨)	0	0.00	
	怕身體受傷害	0	0.00	
	家人禁止或勸導	0	0.00	
	朋友勸告	0	0.00	
	老師勸告	0	0.00	
	公益節目宣導	0	0.00	
	司法強制勒戒	0	0.00	
	其他	0	0.00	
	毒癮發作時主要照顧者	配偶	23	16.67
		父、母親	44	31.88
公公、婆婆		0	0.00	
兄弟姊妹		14	10.14	
兒女		0	0.00	
祖父母		1	0.72	
外祖父母		0	0.00	
孫子、孫女(內)		0	0.00	
孫子、孫女(外)		0	0.00	
媳婦		0	0.00	
女婿		0	0.00	
醫療人員		0	0.00	
其他	72	52.17		

表 3- 5-1 每位藥癮患者之戒治成本分析表(台北)

成本項目	每位戒治病患之成本
直接成本	34,047.31
人力成本	27,797.31
事務成本	1,853.2
檢驗檢查及藥品成本	4396.8
間接成本	12,619.78
生產力損失成本	4,157.75
退出成本	24,924.33
住院戒治總成本	75,749.17

表 3- 5-2 每位藥癮患者之戒治成本分析表(台中)

成本項目	每位戒治病患之成本
直接成本	31,507.04
人力成本	25,370.18
事務成本	1,499.21
檢驗檢查成本	3,266.5
藥品成本	1,371.15
間接成本	1,990.57
生產力損失成本	5,446.65
退出成本	24,924.33
住院戒治總成本	63,868.59

表 3- 5-3 每位藥癮患者之戒治成本分析表(高雄)

成本項目	每位戒治病患之成本
直接成本	49,486.74
人力成本	38,254.06
事務成本	3,877.93
檢驗檢查成本	5,978.7
藥品成本	1,376.05
間接成本	3,371.21
生產力損失成本	10,061.76
退出成本	30,201.46
住院戒治總成本	93,121.17

表 3-6-1 成癮嚴重度的兩次測量結果

	前測(n=138)		後測(n=68)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
身體狀態	1.89	1.85	1.61	1.45	0.2367
就業/支持狀態	2.71	2.51	2.07	1.44	0.0243*
酒精使用	0.29	0.87	0.47	0.15	0.0239*
藥物使用	5.85	2.10	3.79	1.52	<.0001**
法律狀態	2.11	2.41	2.60	1.55	0.0793
家庭/社會關係	2.54	2.19	3.34	1.65	0.0049**
精神狀態	2.80	2.73	3.03	1.64	0.4616
總分	19.19	14.66	18.92	9.40	0.55497

*表示 $p < 0.05$ **表示 $p < 0.01$

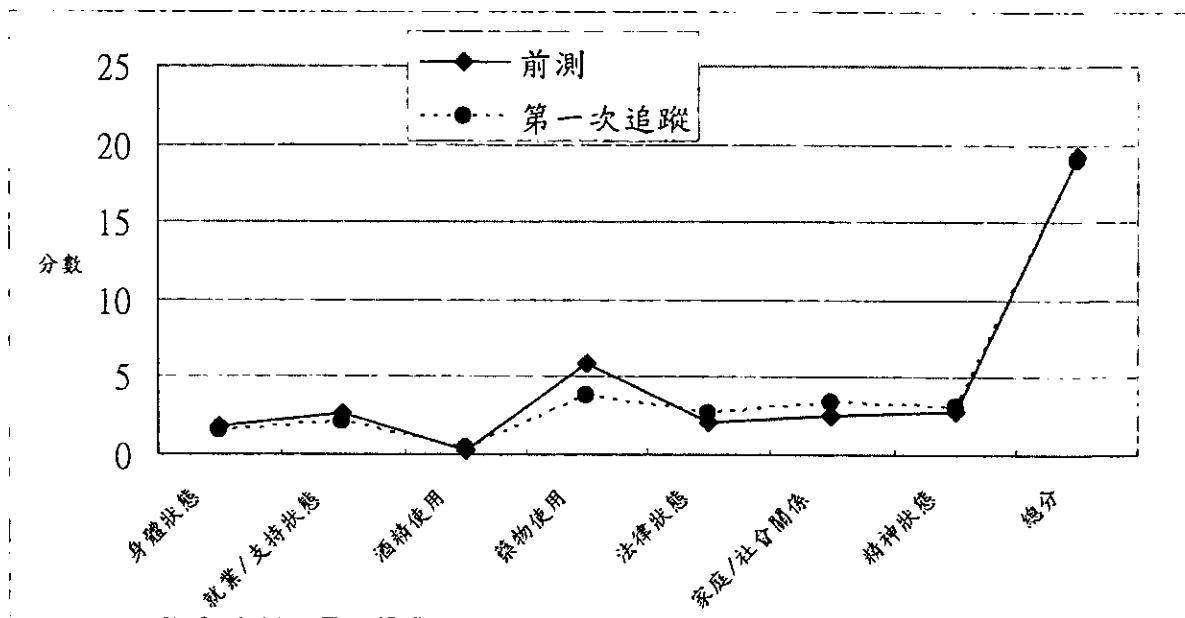


圖 3-1-1：成癮嚴重度的兩次測量結果 (Total)

表 3-6-2 台北成癮嚴重度的兩次測量結果

	前測(n=41)		後測(n=4)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
身體狀態	3.02	1.86	3.50	1.29	0.6223
就業/支持狀態	3.24	2.20	4.25	0.96	0.3737
酒精使用	0.65	1.48	0.25	0.50	0.5965
藥物使用	6.34	1.70	5.50	0.58	0.3340
法律狀態	3.46	2.53	2.75	1.26	0.5832
家庭/社會關係	3.59	1.86	6.75	1.50	0.0020**
精神狀態	4.15	2.48	5.00	2.94	0.5198
總分	24.45	14.10	28.00	9.03	0.31301

*表示 $p < 0.05$ **表示 $p < 0.01$

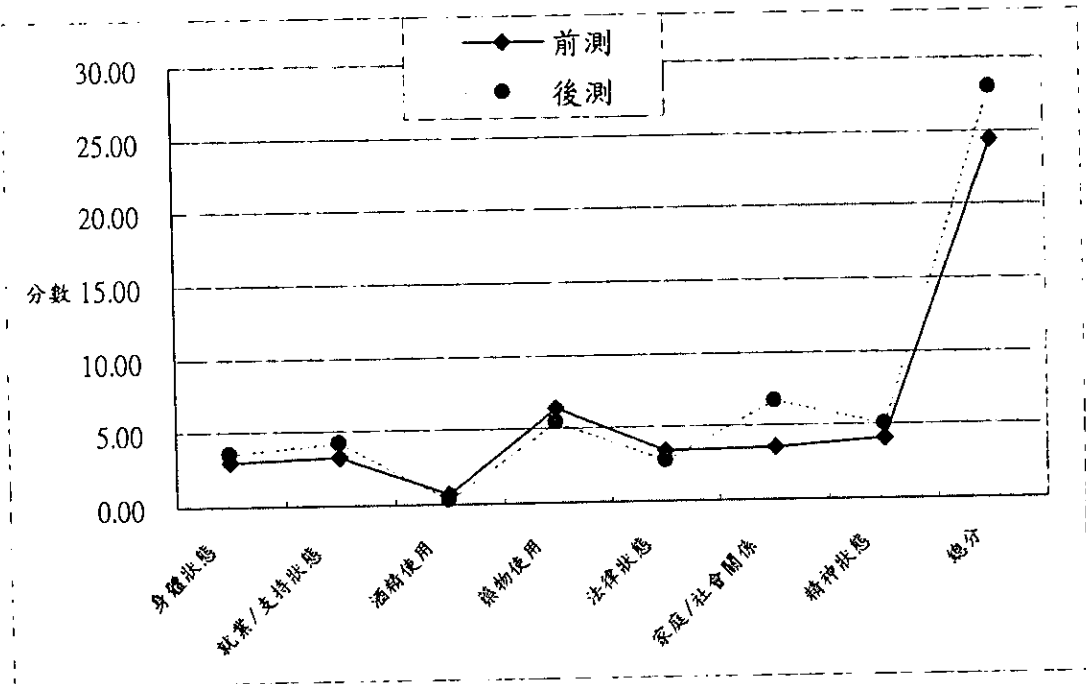


圖 3-1-2：台北成癮嚴重度的兩次測量結果

表 3-6-3 台中成癮嚴重度的兩次測量結果

	前測(n=30)		後測(n=24)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
身體狀態	2.41	1.65	1.40	1.33	0.0184*
就業/支持狀態	2.07	1.45	2.17	1.40	0.7993
酒精使用	0.40	0.20	0.48	0.10	0.0696
藥物使用	3.18	1.51	4.08	1.56	0.0367*
法律狀態	1.60	1.26	3.25	1.54	<.0001**
家庭/社會關係	2.45	1.60	3.33	1.66	0.0526
精神狀態	3.10	1.59	3.42	1.18	0.4196
總分	15.21	9.26	18.13	8.77	0.12196

*表示 $p < 0.05$ **表示 $p < 0.01$

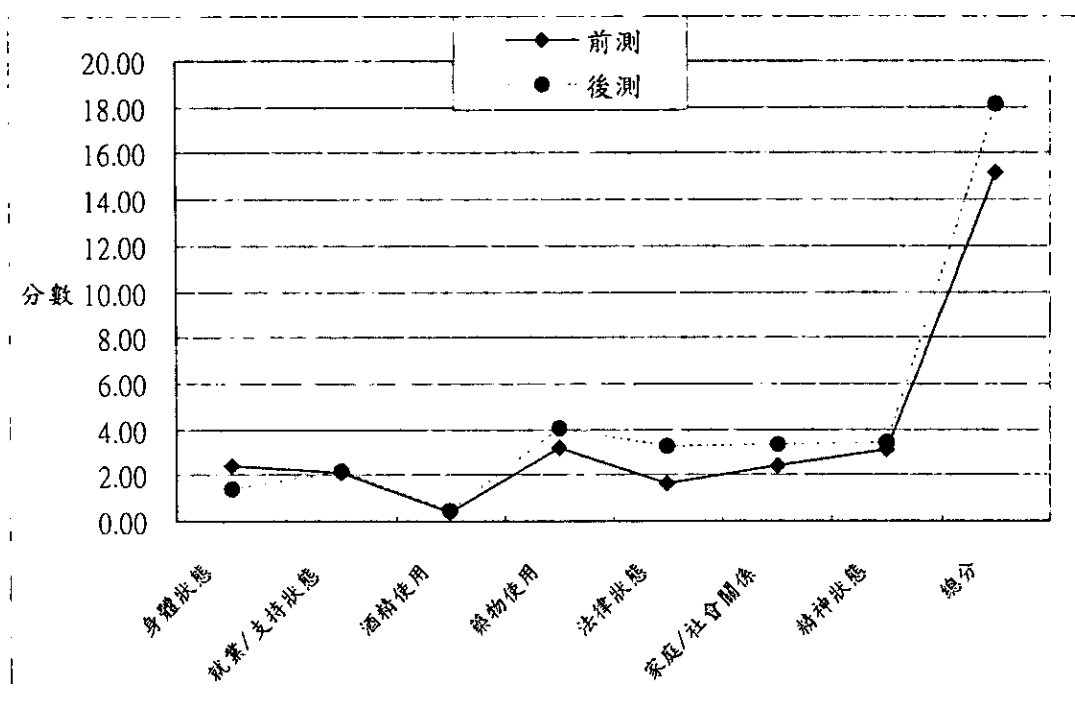


圖 3-1-3：台中成癮嚴重度的兩次測量結果

表 3-6-4 高雄成癮嚴重度的兩次測量結果

	前測(n=62)		後測(n=5)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
身體狀態	0.90	1.36	0.00	0.00	<.0001**
就業/支持狀態	2.66	3.01	1.60	3.58	0.4570
酒精使用	0.00	0.00	0.00	0.00	.
藥物使用	6.84	1.39	7.00	1.22	0.7996
法律狀態	1.44	2.42	0.00	0.00	<.0001**
家庭/社會關係	1.80	2.41	0.00	0.00	<.0001**
精神狀態	1.71	2.92	1.20	1.64	0.7015
總分	15.35	13.51	9.80	6.45	<.0001**

*表示 $p < 0.05$ **表示 $p < 0.01$

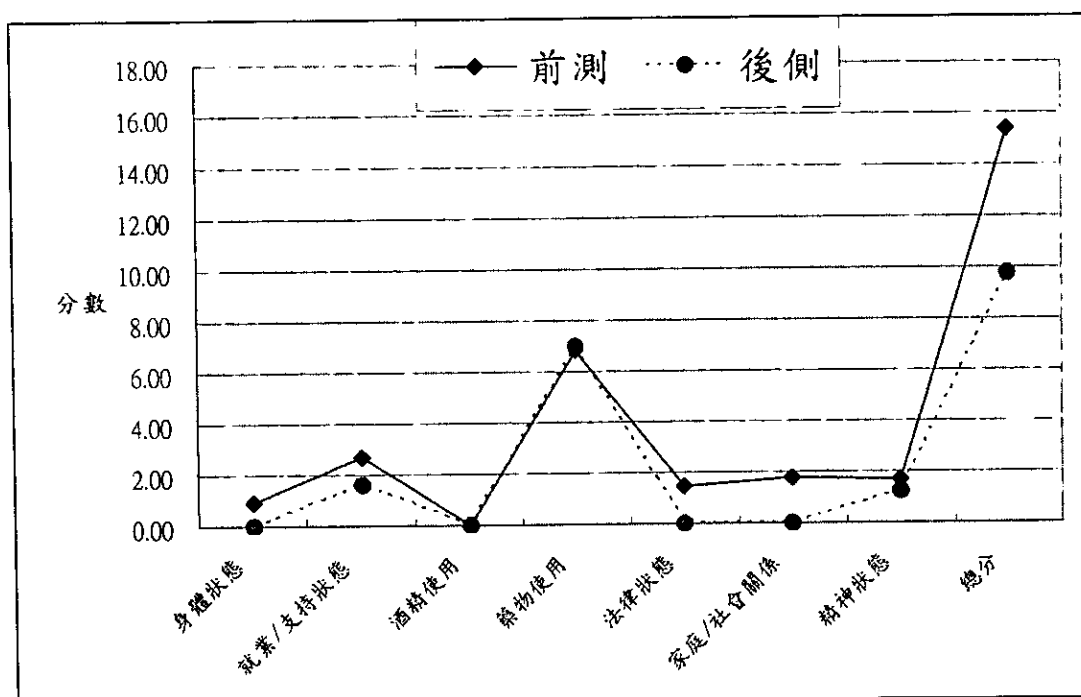


圖 3-1-4：高雄成癮嚴重度的兩次測量結果

表 3-7 WHOQOL-BREF 生活品質量表各範疇之 Cronbach' α

範疇	生理範疇	心理範疇	社會範疇	環境範疇
Cronbach' α	0.8174	0.7703	0.7045	0.8073

表 3-8 WHOQOL-BREF 經重複校正後相關與其他量表相關之比較(n=124)

面向	題目	題目與 面向相 關	相關 標準誤	重複校 正相關 係數	生理	心理	社會	環境
生理	PN3	0.72	0.06	0.62	*	0.38	0.34	0.46
	PN4	0.66	0.07	0.52	*	0.31	0.13	0.38
	PN10	0.68	0.07	0.58	*	0.31	0.37	0.47
	PN15	0.68	0.07	0.63	*	0.43	0.26	0.54
	PN16	0.61	0.07	0.42	*	0.21	0.27	0.23
	PN17	0.80	0.05	0.78	*	0.52	0.48	0.59
	PN18	0.67	0.07	0.68	*	0.52	0.42	0.52
心理	YN5	0.18	0.09	0.62	0.18	*	0.23	0.40
	YN6	0.30	0.09	0.52	0.30	*	0.44	0.45
	YN7	0.53	0.08	0.58	0.53	*	0.40	0.44
	YN11	0.43	0.08	0.63	0.43	*	0.20	0.47
	YN19	0.51	0.08	0.42	0.51	*	0.56	0.47
	YN26	0.36	0.08	0.78	0.36	*	0.20	0.40
社會	SN20	0.40	0.08	0.68	0.40	0.43	*	0.42
	SN21	0.20	0.09	0.35	0.20	0.31	*	0.18
	SN22	0.33	0.09	0.48	0.33	0.25	*	0.31
	SN27	0.40	0.08	0.57	0.40	0.39	*	0.34
環境	EN8	0.42	0.08	0.52	0.42	0.60	0.34	*
	EN9	0.35	0.08	0.62	0.35	0.31	0.23	*
	EN12	0.30	0.09	0.42	0.30	0.50	0.30	*
	EN13	0.45	0.08	0.51	0.45	0.25	0.21	*
	EN14	0.38	0.08	0.26	0.38	0.46	0.30	*
	EN23	0.31	0.09	0.39	0.31	0.34	0.28	*
	EN24	0.52	0.08	0.46	0.52	0.33	0.26	*
	EN25	0.47	0.08	0.56	0.47	0.32	0.24	*
EN28	0.31	0.09	0.43	0.31	0.16	0.14	*	

表 3-9 WHOQOL-BREF 各範疇的幅合效度及辨別效度

	幅合效度：題目與面向校正後 相關		辨別效度：題目與該面向相關 大於與其他面向相關	
	個數	百分比	個數	百分比
生理範疇	7/7	100	28/28	100
心理範疇	6/6	100	24/24	100
社會範疇	4/4	100	16/16	100
環境範疇	9/9	100	36/36	100
整體效度	26/26	100	104/104	100

表 3-10-1 WHOQOL-BREF 生活品質量表的兩次測量結果

	前測(n=124)		後測(n=33)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
生理範疇	63.85	16.92	55.36	16.49	0.0110*
心理範疇	56.41	17.77	49.3	15.54	0.0380*
社會範疇	57.26	16.08	54.7	16.28	0.4185
環境範疇	64.31	13.36	54.3	17.11	0.0004**

*表示 $p < 0.05$ **表示 $p < 0.01$

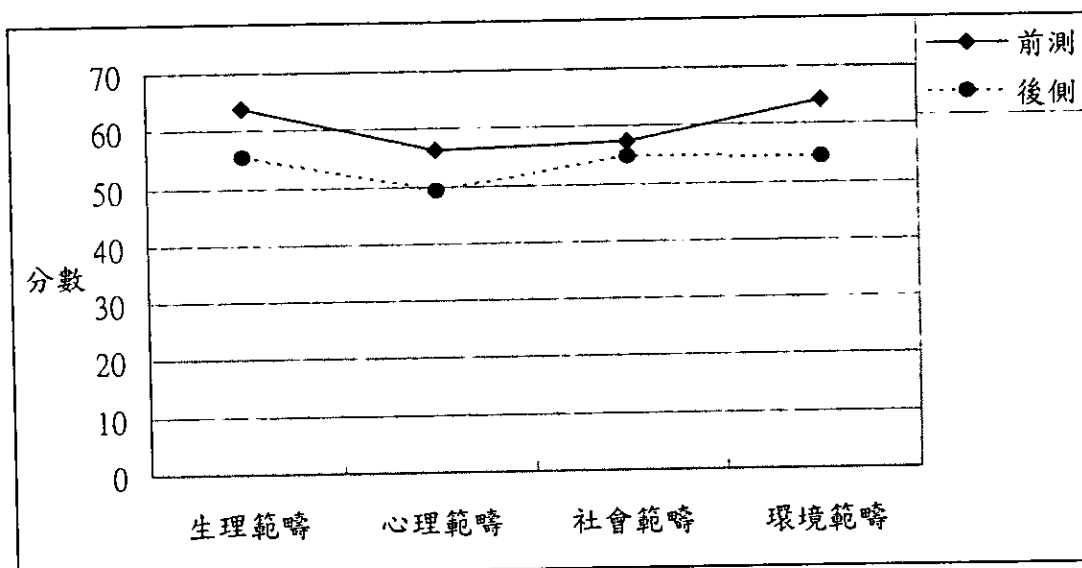


圖 3-2-1 : WHOQOL-BREF 的兩次測量結果 (Total)

表 3-10-2 WHOQOL-BREF 生活品質量表的兩次測量結果 (台北)

	前測(n=32)		後測(n=4)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
生理範疇	61.03	17.04	48.5	22.31	0.1876
心理範疇	56.72	21.5	53	29.77	0.7557
社會範疇	53.84	18.84	58	13.83	0.6737
環境範疇	64.56	11.6	50	25.78	0.3423

*表示 $p < 0.05$ **表示 $p < 0.01$

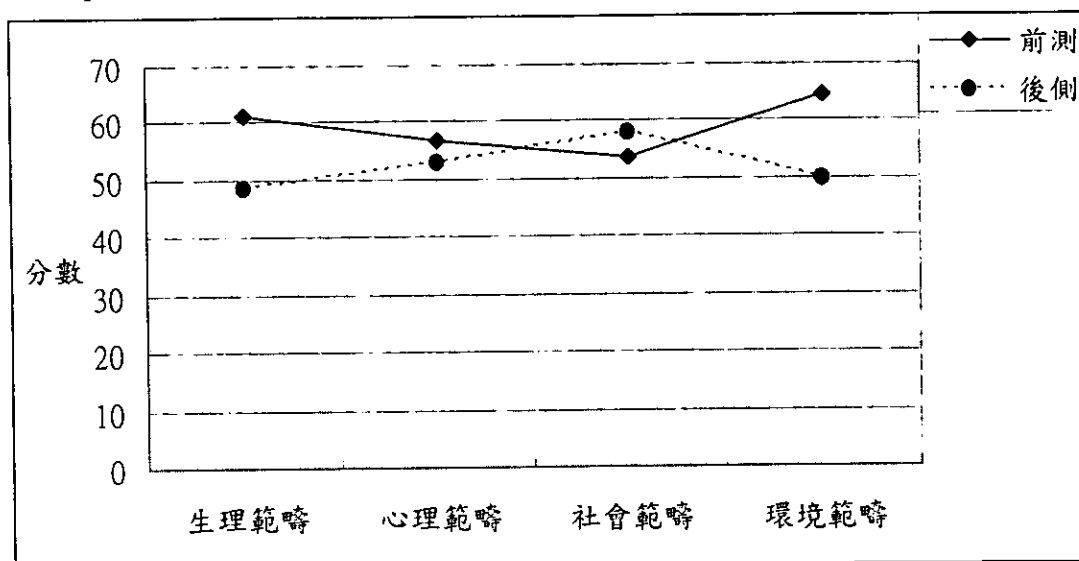


圖 3-2-2 : WHOQOL-BREF 的兩次測量結果 (台北)

表 3-10-3 WHOQOL-BREF 生活品質量表的兩次測量結果 (台中)

	前測(n=30)		後測(n=24)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
生理範疇	48.3	18.87	53.21	14.97	0.3037
心理範疇	44.07	15.89	47.71	12.72	0.3658
社會範疇	50	15.27	51.96	16.77	0.6558
環境範疇	50.03	14.85	52.25	16.31	0.6040

*表示 $p < 0.05$ **表示 $p < 0.01$

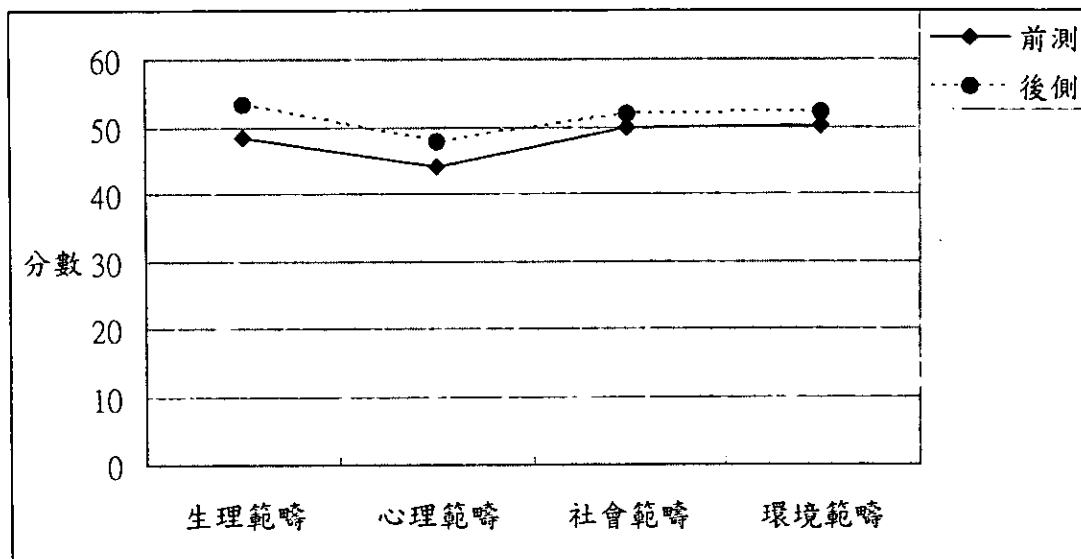


圖 3-2-3 : WHOQOL-BREF 的兩次測量結果 (台中)

表 3-10-4 WHOQOL-BREF 生活品質表的兩次測量結果 (高雄)

	前測(n=62)		後測(n=5)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
生理範疇	72.84	7.45	71.2	11.23	0.6502
心理範疇	62.23	13.14	54	16.75	0.1910
社會範疇	62.53	13.03	65.2	12.85	0.6609
環境範疇	71.1	6.28	67.6	6.99	0.2387

*表示 $p < 0.05$ **表示 $p < 0.01$

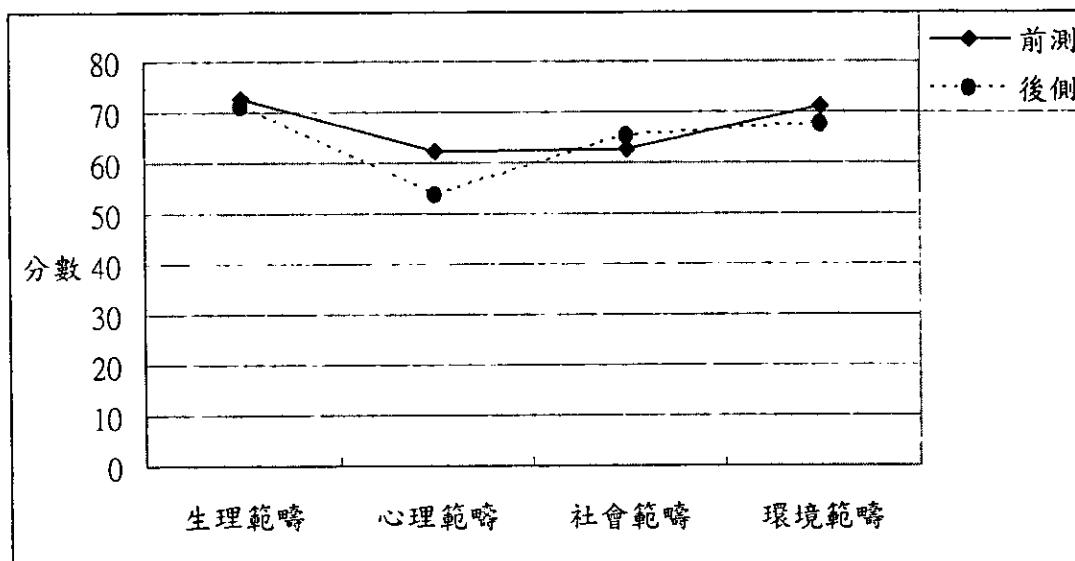


圖 3-2-4 : WHOQOL-BREF 的兩次測量結果 (高雄)

表 3-11 複迴歸分析表

變項	估計值	標準差	T 值	P 值
截距項	16.57872	20.58471	0.81	0.4414
性別				
女性(參考組)	0			
男性	-14.0727	8.466751	-1.66	0.1309
年齡				
20 歲以下(參考組)	0			
21-30 歲	-13.8292	13.86774	-1	0.3447
31 歲以上	-19.5554	14.85429	-1.32	0.2205
婚姻狀況				
離婚(參考組)	0			
未婚	-13.6252	12.56967	-1.08	0.3066
已婚	0.847719	16.90375	0.05	0.9611
教育程度				
國中畢及以下(參考組)	0			
高中(職)	6.728145	5.1718	1.3	0.2256
大專畢及以上	11.32945	13.71665	0.83	0.4302
職業類別				
失業(參考組)	0			
全職	10.43137	11.33422	0.92	0.3814
兼職	16.43905	13.17986	1.25	0.2438
總收入				
無(參考組)	0			
1-40,000 元	8.550373	7.9595	1.07	0.3107
40,001 元以上	-11.1556	6.939874	-1.61	0.1424
戒毒動機				
其他(參考組)	0			
醫療人員協助	11.57631	13.64138	0.85	0.4181
覺得再吸毒沒有意思	-1.56396	8.047252	-0.19	0.8502
沒錢買毒品	39.54751	24.02715	1.65	0.1342
怕身體受傷害	11.84269	12.60261	0.94	0.3719
家人禁止或勸導	12.19565	11.32347	1.08	0.3095
司法強制勒戒	-5.94126	11.40841	-0.52	0.6151
是否曾經停止用毒				
否(參考組)	0			
是	-0.71723	6.715866	-0.11	0.9173

附註：+p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01

表 4-2 藥癮病患及全國一般民眾之 WHOQOL-BREF 各構面比較

	一般民眾 (n=11119)		前測 (n=124)		後測 (n=33)	
	平均值	標準差	平均值	差異	平均值	差異
生理範疇	69.24	13.04	63.85	5.39	55.36	13.88
心理範疇	60.30	14.15	56.41	3.89	49.30	11.00
社會範疇	63.28	13.05	57.26	6.02	54.70	8.58
環境範疇	57.75	13.23	64.31	-6.56	54.30	3.45

一般民眾之資料來源：90 年國民健康訪問調查。

圖 2-1 研究流程

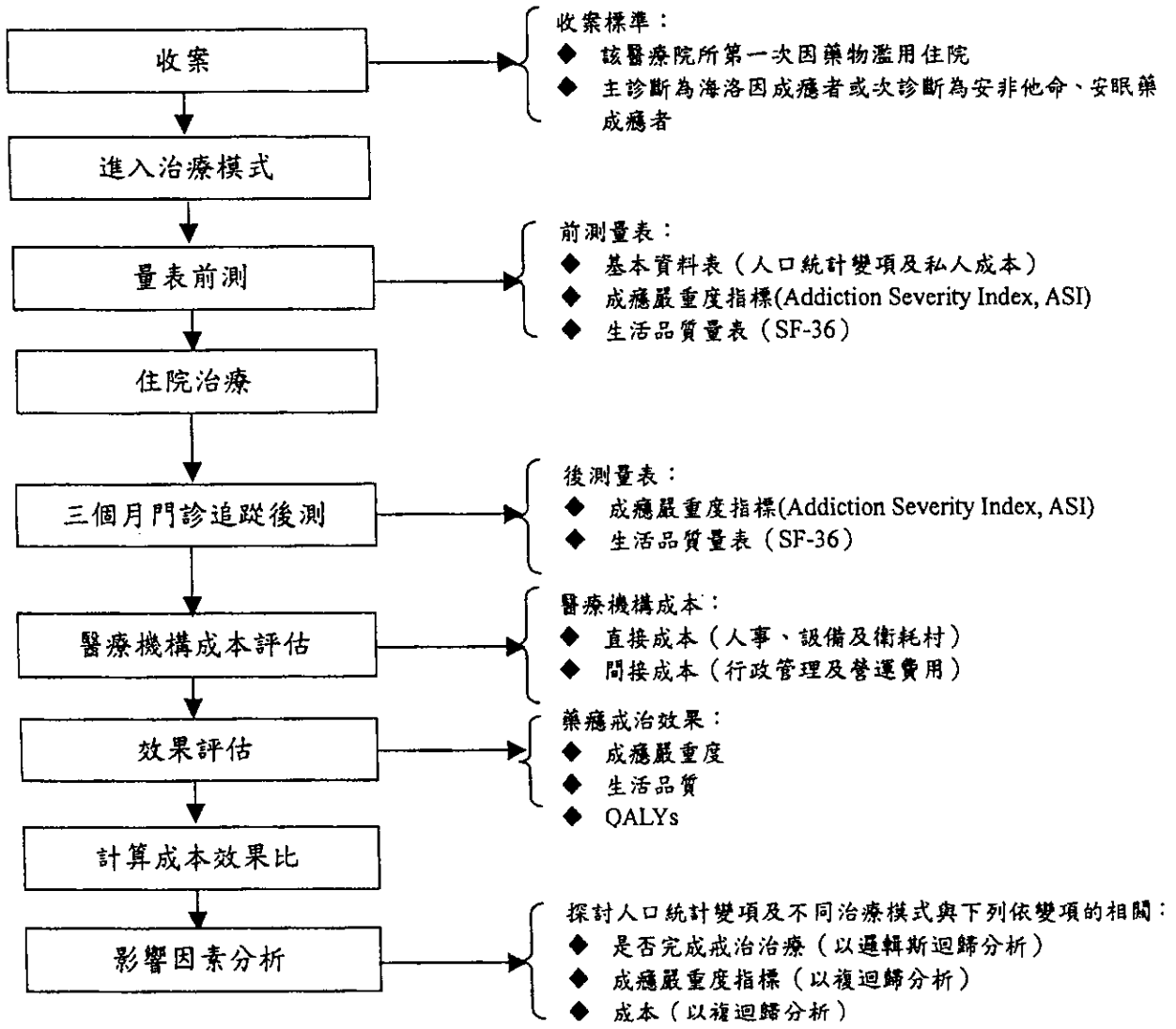


圖 2-2 台北市立療養院、署立草屯療養院及高雄市立凱旋醫院之戒治模式：

