

酒酣耳熱與酬酢： 原住民酒癮相關因子之探討*

賴力行

埔里基督教醫院
家庭醫學科

龍紀萱

國立臺中科技大學老人
服務事業管理系

李依霏

國立暨南國際大學社會政策與
社會工作學系

盧煜煬

元智大學管理研究所

施勝烽**

元智大學管理研究所

飲酒行為一直是原住民生活中重要的議題，本研究旨在探討影響原住民酒癮行為的相關影響因素。本研究為量化橫斷性研究，採用立意取樣，運用研究者設計之自填式問卷，以原住民部落具有飲酒行為之 493 位原住民為研究對象。以原住民的基本特質、健康狀況、嗜好習慣此三方面進行分析。「基本特質」，族群別、性別、年齡、教育、婚姻與酒癮呈顯著性差異；「健康狀況」，自覺健康狀況與酒癮呈顯著性差異；「嗜好習慣」，抽煙量、嚼檳榔、喜愛的酒類、開始飲酒年齡、常和誰飲酒、飲酒動機、飲酒時刻、飲酒量、是否瞭解飲酒壞處、飲酒後反應、自覺飲酒害處、節制飲酒意願與酒癮呈顯著性差異。「酒癮者之危險因子」，健康狀況、抽菸量、飲酒量、飲酒時刻為酒癮者之危險預測變項。酒癮者與非酒癮者之基本特質、健康狀況、嗜好習慣等因子呈顯著性差異，建議注意有飲酒行為者之飲酒時間、飲酒量與節制飲酒意願，將有助於控制原住民酒癮之危險因子。

關鍵詞：自覺健康狀況、原住民、酒癮

* 本文為行政院衛生署研究計畫補助 (DOH98-NNB-1037)，特別感謝埔里基督教醫院的協助及對所有接受訪問的原住民表達謝意，由於他們誠心分享自己的經驗與想法，使研究得以順利完成，作者一併致上感謝之意。

** 通訊作者：施勝烽，台中市霧峰區吉峰東路 168 號，e-mail：scftitan@yahoo.com.tw；0923-179-912。

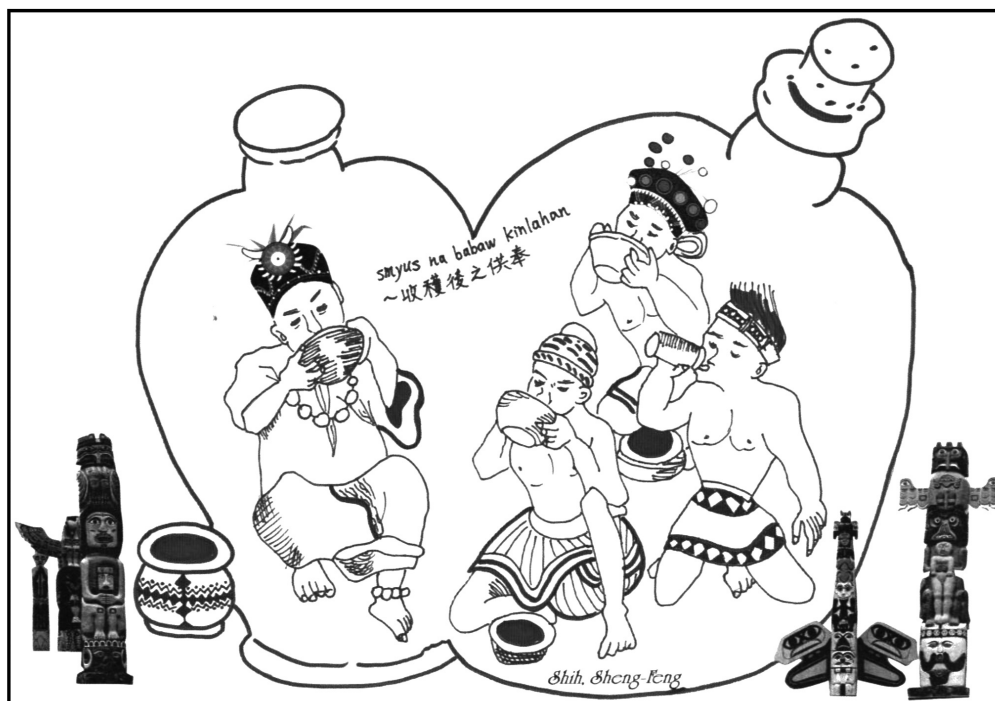
壹、緒論

許許多多不同的生活世界存在於我們的社會系統中。這些生活世界是一種社會排除 (social exclusion) 的現象，在我們生活周遭也隱性的充斥著，在這其中的組織成員及其活動，其實也是社會次系統裡活生生的呈現。

~Bauman (2000 : 25-26)

一、研究動機

山地鄉原住民互邀飲酒、勸客人飲酒為「酬」，而客人勸與回應主人飲酒為「酢」，作為雙方彼此酒後的酣暢適意為「酒酣耳熱」以達到交際應酬之意 (如圖一)，事實上，長期飲用酒精而上癮的情形，更應受到重視。然而，歷史上最常被使用來改變人們情緒或行為的物質，莫過於酒精。聖經上記載著：「大洪水之後，諾亞酩酊大醉，從此無數的貪杯者亦都有這樣的經驗」。在討論藥物上癮的問題時，我們最常想到的是安非他命、海洛因及古柯鹼。



註：布農族的射耳祭 (manahtinga)、泰雅族的祖靈祭 (smyus)、阿美族的豐年祭 (ilisin)、卑南族的大獵祭 (mangayau)、排灣族的五年祭 (maleveq)，以及鄒族的戰祭 (mayasvi) 等都是原住民最具代表意義的傳統祭儀 (ritual)；在他們互邀飲酒、勸客人飲酒為「酬」，而客人勸與回應主人飲酒為「酢」，作為雙方彼此酒後的酣暢適意為「酒酣耳熱」以達到交際應酬之意。

圖一 「酒酣耳熱與酬酢」示意圖

依據原住民健康狀況統計資料顯示，原住民死亡率之十大死因前三位順序為惡性腫瘤、事故傷害及慢性肝病肝硬化。累積五年來原住民健康狀況統計資料顯示，事故傷害在特殊別死亡率中佔有相當比率，長期以來，山地鄉事故傷害死亡率居高不下（行政院原住民族委員會，2005，2006，2007，2008，2009）。而根據原住民之主要死因，如事故傷害、慢性肝病及肝硬化、心臟疾病、痛風、心血管疾病及婦女生產胎兒疾病等，均與民眾過度飲酒有關（葛應欽、劉碧華、謝淑芬，1994）。人們喜愛使用酒精的原因之一是酒精能很快產生所預期的效果，酒精在口腔內就被吸收了，到了小腸之後亦會很快地大量吸收，主要是分佈在肝臟與大腦中，如果一個人暢飲酒精的速率比代謝速率快，則酒精便會開始在各器官內堆積，導致暈眩、視力模糊、嘔心、嘔吐、口齒不清、步伐蹣跚或恍惚，最後便不省人事（Mayfield, McCleod, & Hall, 1974）。長期喜愛喝酒的人如果愈喝愈多，就很容易造成酒精上癮，對身體健康會造成損害。

研究發現，山地鄉平均每人每月酒類消費量約為台灣地區的兩倍，而且山地鄉原住民酒精濫用(alcohol abuse)與酒精依賴(alcohol dependence)的比率亦較高(陳憲明、汪明輝，1993；Hwu, Yeh, & Wang, 1991)。根據吳聰能研究顯示，在台灣 15 歲以上人口之飲酒盛行率為 18.8%，其中男性為 29.18%、女性為 7.8%，而原住民每月有飲酒習慣者為 40.0%（吳聰能，1995）。然而，自 1950 年以來，原住民的酗酒問題日趨嚴重，山地原住民的酒癮盛行率從千分之 1.1，持續上升到了 1982 至 1986 年間泰雅族、排灣族及雅美族的酒精依賴盛行率更高達千分之 11.4、9.0 及 6.4（Hwu, Yeh, Wang, & Yeh, 1990）。而研究台灣原住民酒精濫用與酒精依賴之盛行率，在泰雅族為 30.2% 與 21.5%、阿美族為 27.1% 與 17.1%、布農族為 23.5% 與 32.0% 及排灣族為 23.7% 與 23.7%，都明顯地高於漢人的 3.4% 與 1.5%（Cheng，1995）。因此，本研究檢閱相關文獻與分析影響原住民部落酒癮之相關因素，包括：年齡、性別、族別、健康狀態、嗜好習慣等之相關性。研究結果及建議可提供相關單位參考，作為擬定酒癮介入模式之依據。

二、起事陳述：原住民及其健康議題

依據行政院原住民族委員會資料，台灣的原住民在族群類緣上屬於遍布東南亞島嶼及大洋洲的南島民族之一環。17 世紀荷蘭、明鄭時代以來，原住民即與外接觸，而根據歷史文獻的記載，清朝初期，根據馴服於其政令並接受漢人的風俗與否，大致上分類為「熟番」及「生番」兩類。日本統治台灣，將原住民泛稱為「高砂族」或「蕃族」。依據當時的官方調查，台灣島上的原住民族群至少有十九族之多。二次大戰後，國民政府於 1949 年遷台，在行政上沿襲原來日本人對於原住民族群的分類法，而將「高砂族」改稱為「山胞」，

基於行政管理上的考慮，又將山胞區分為「山地山胞」與「平地山胞」。1994年政府將「山胞」一詞改為「原住民」。而依原住民基本法之定義，原住民族係指既存於臺灣而為國家管轄內之傳統民族，包括阿美族、泰雅族、排灣族、布農族、卑南族、魯凱族、鄒族、賽夏族、雅美族、邵族、噶瑪蘭族、太魯閣族，及其他自認為原住民族並經中央原住民族主管機關報請行政院核定之民族（全國法規資料庫，2011）。

依據原住民族委員會統計：原住民族男性平均死亡年齡為 55.2 歲，女性為 64.8 歲，相較於非原住民族的存活時間分別少 12.8 歲與 8.0 歲，而整體原住民年齡標準化下，總死因的死亡率是每十萬人就有 722.6 人，平均死亡年齡 59.2 歲（較非原住民族少 10.6 歲）；此外，原住民族以慢性肝病及肝硬化的死因來看，高於非原住民族的 3.2 倍、事故傷害的死因高於非原住民族的 2.5 倍，及高血壓性疾病的死因高於非原住民族倍數的 1.5 倍（行政院原住民族委員會，2011）。由上述的統計資料顯示，原住民的健康議題與死亡原因分析，確實呈現與台灣地區的民眾有著不同的狀況。尤其在與飲酒有關的死亡統計資料上，包括事故傷害、慢性肝病肝硬化以及高血壓等，更是值得關心的議題。

三、承先啟後：飲酒及酒癮

自從公賣局製造的酒進入山地鄉後，在 1986 年以前原住民最常飲用的酒類是米酒，1987 年以後啤酒消耗量就超過米酒，至 1989 年啤酒消耗量佔 55.4%，遠超過米酒的 33.7%。台中縣和平鄉酒類消費以啤酒佔第一位，其次是米酒（陳憲明、汪明輝，1993）。另有調查顯示山地鄉婦女最常飲用的酒為啤酒佔 36%，其次是維士比佔 33.5%（楊美賞，1996）。飲酒通常被區分為兩大類：（1）正常的社交性飲酒；（2）不正常的飲酒，包括「場合性」不正常的飲酒和「習慣性」不正常的飲酒，而習慣性不正常的飲酒又可區分為「酒精濫用」與「酒精依賴」（胡海國、葉英堃、陳英璋，1991）。醫學上依據『精神疾病診斷準則手冊(DSM-IV)』（Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005）的定義，把酒癮(alcoholism)又分為酒精濫用(alcohol abuse)與酒精依賴(alcohol dependence)兩個類別。酒精濫用涵蓋較廣的狀況，包括醉酒後鬧事或酒後駕車肇事（鄭泰安，1993）。酒精濫用係指一種適應不良的酒精使用模式，導致臨床上的重大損害或痛苦在同一年出現以下各項中一項（或一項以上）：首先，一再地使用酒精造成無法實踐其工作、學業或家庭的主要角色責任；其次，在酒精使用對身體有害的狀況下，仍繼續使用酒精；再者，一再捲入與使用酒精有關聯的法律糾紛；最後，縱然由於酒精的效應，造成或加重此人的社會或人際問題，仍繼續使用酒精。酒精依賴係指一種適應不良的酒精使用模式導致臨床上的重大損害或痛苦在同一年期間內出現以下三項（或三項以上）：（1）耐受性的形成；（2）戒斷症狀；（3）酒精攝

取之量及時間，常超出此人的意願；(4) 對戒除或控制酒精使用有持續意願，或多次努力戒除或控制，但不成功；(5) 花費許多時間於取得酒精的必要活動，使用酒精或由酒精作用恢復過來；(6) 因酒精使用而放棄或減少重要社會，職業或休閒活動；(7) 縱然已知道自己已有持續或重複發生的身體或心理問題，極可能是酒精使用所造成或加重，此人仍繼續使用此酒精（孔繁鐘，2007）。耐受性的形成包含：(1) 需顯著增加酒精使用量已達到中毒或所欲效果；(2) 繼續原有酒精使用量，則效果大幅降低。戒斷症狀則包括：(1) 有酒精特徵性的戒斷症候群；(2) 必須使用酒精，以緩和或避免戒斷症狀（孔繁鐘，2007）。

依上述對酒癮定義，本研究採用台灣大學精神科胡海國的酒癮問題篩檢問卷（Hwu, Yeh, Yeh, & Chang, 1988; Hwu, et al., 2003），總共有 6 項問題，前 3 項都答「是」則判斷是「酒癮」，若 6 項問題中有四題答「是」，亦判斷是「酒癮」。問卷內容如下：

1. 您的家人曾因您喝酒過多而反對您嗎？
2. 曾經有任何人，為您（的好處）著想而說您酒喝太多了嗎？
3. 您曾經一天中，喝了一瓶烈酒（大麴酒、高粱酒、威士忌、白蘭地、竹葉青、茅台酒），或三瓶普通酒（水果酒、紹興酒、黃酒、米酒）或一打半的啤酒嗎？
4. 您曾經想戒酒，卻做不到嗎？
5. 您曾在喝酒時有喪失記憶的現象嗎？也就是說當您喝多了酒，以致您當時所說的話、所做的行為，隔天記不起來？
6. 您曾經想過，您是一個喝酒過多的人嗎？

此外，在了解台灣的飲酒盛行率，根據 1995 年的研究顯示在台灣 15 歲以上人口之飲酒盛行率為 18.8%，其中男性為 29.18%、女性為 7.8%，而原住民每月有飲酒習慣者為 40.0%（吳聰能，1995）。王燕惠（2002）針對台灣 31 個原住民鄉，年滿 18 歲以上成年人進行抽 調查，其中喝酒盛行率方面，有喝酒習慣的有 6.7%，已戒酒者 14.16%；另外，原住民平均於 23.93 歲即開始飲酒。黃淑珠（2001）研究屏東縣 730 名居民之飲酒盛行率，得知其飲酒盛行率為 17.86%（男性為 26.03%，女性為 8.58%），戒酒成功率為 7.42%。然而，根據酒癮的盛行率受不同地區人口特性、年齡及篩檢定義等有所不同。自 1950 年至 1980 年，不論漢人或原住民的酒精濫用及酒精依賴盛行率也分別增高約 10 倍（Liu, et al., 1998）。而許木柱（1996）研究指出，台灣原住民酒精濫用與酒精依賴之盛行率，在泰雅族為 30.2% 與 21.5%、阿美族為 27.1% 與 17.1、布農族為 23.5% 與 32.0% 及排灣族為 23.7% 與 23.7%，都明顯的高於漢人的 3.4% 與 1.5%。因此，建議需經常辦理與菸酒相關的健康危害防制宣導活動，以降低其使用率。

四、轉意為形：飲酒行為及酒癮與其他相關因素之探討

（一）飲酒與性別

過去的研究顯示，原住民中男性的喝酒頻率較女性為高（許木柱，1996；鄭泰安，1996）。亦有文獻指出，山地鄉酒精濫用及酒精依賴的盛行率高其相關因子除了男性之外，教育程度、勞工、配偶也嗜酒等都是危險因子（葛應欽、劉碧華、謝淑芬，1994）。陳順民（2004）之研究發現，男性會比較偏向正面飲酒態度，女性會偏向負面飲酒態度，且男性會較女性有較多的飲酒經驗。日本的研究指出，男性比較會有消化系統的疾病，而女性會有心理及行動上的障礙（Shinoda, Mizukami, Nakagawa, & Maruyama, 2008），另一研究顯示女性比男性初次飲酒的年齡較晚，飲酒量少且較少有犯法的情況發生，女性比較會私底下求助於私人專家（Avila & González, 2007）。至於其他國家的研究，顯示男性比女性更容易喝酒，而且男性對於酒精的消耗量較大且更頻繁也比女性更容易有酒精相關的問題（Wilsnack, Vogeltanz, & Wilsnack, 2000）。

（二）飲酒與婚姻狀況

根據研究顯示，單身的女性飲酒情形比已婚的女性嚴重，且未有飲酒問題的婦女離婚後飲酒的機會增加（Gentilello, et al., 2000）。1998 年的研究也顯示，目前酗酒者大部分也是獨身（Cerise, et al., 1998）。國內曾有一質性的研究顯示：一半以上的酒癮者其家族中有酗酒成員和 / 或有飲酒習慣的成員；研究發現酒癮者在家庭中的角色主要會有以下幾種：個人情感與痛苦的忽視者、事實或狀況的隱藏者、需求無法被滿足者、家庭中的失敗者和家庭問題的來源。至於酒癮者的配偶，則主要是忽視自我者、情感封閉者、家庭的奉獻者、問題適應者以及家庭中的生病者。這些角色的形成主要與其在家生活的適應過程有密切的關係，即這些角色可謂是酒癮者及其配偶家庭與婚姻生活適應的一種方式（陳怡青，1994）。婚姻家庭可使女性免於暴飲，但對男性則無此保護效果（Jukkala, Mäkinen, Kislitsyna, Ferlander, & Vågerö, 2008）。

（三）飲酒與年齡

在美國的研究指出，酒精依賴與年輕成年男性、單身、低收入及白種人有顯著相關（Hasin, Stinson, Ogburn, & Grant, 2007）。18 至 25 歲之間的年輕成年其豪飲及過量飲酒的盛行率最高（Rockville, 2001）。30 至 64 歲則是罹患酒精濫用的高危險年歲（O'Connell, Chin, Cunningham, & Lawlor, 2003）。老年人多有慢性病而常吃多種藥品，也比較容易受到藥物及酒精交互作用的危害（Rockville, 2001）。

（四）飲酒與種族

台灣的飲酒盛行率，根據吳聰能（1995）的研究顯示在台灣地區 15 歲以上人口之飲酒盛行率為 18.8%，原住民每月 40.0% 的人有飲酒習慣。反觀美國，Hasin、Stinson、Ogburn 和 Grant（2007）經由對 43,000 位成年人的調查結果，美國酒精濫用的終生盛行率及一年盛行率各為 17.8% 及 4.7%，而酒精依賴的終生盛行率及一年盛行率各為 12.5% 及 3.8%，且與年輕成年男性、單身、低收入及白種人有顯著相關。

（五）飲酒與職業

對職場有工作的婦女而言，其規律性飲酒及飲酒相關的問題，都比沒工作的婦女更常見，主要原因是女性進入職場之後，其社會角色的改變與角色衝突所造成（劉鴻徽、李嘉富、楊聰財、張敏，2003）。有些職業如軍人及酒廠職員，重度飲酒相較於其他職業更為常見，這可能是因為這些組織化的職業環境之特性所致，如酒精容易取得、與正常關係之疏遠、同事相互依存及社會壓力等，因此隨著進入職場酒精的消耗量及衍生的問題也隨之增加。利用比較分析法及民族誌分析法進行資料的分析及處理，在探討泰雅族婦女飲酒經驗之研究，結果顯示烏來泰雅族婦女在族群與性別的加乘壓迫下，被選擇進入就業市場後，促成婦女飲酒的情境（顏婉娟，2000）。此外，農人及其受雇者飲酒盛行率最高，其次為餐飲業工作人員；飲酒盛行率最低的是健康照護者，同時也發現豪飲者的健康保險含蓋率最低（Jarman, Naimi, Pickard, Daley, & De, 2007）。經濟狀況明顯差的男性有酒精暴飲的機會比經濟狀況好達二倍之多，但女性則無此種現象；相反的，女性如有規則的社交活動時，其酒精暴飲的機會比無社交活動的女性有二倍之多，但對男性則無此現象（Jukkala, et al., 2008）。

五、合成推理：酒癮的原因及防治模式

（一）酒癮的原因

酒癮的原因不外乎生理、遺傳、心理及社會文化等因素所造成的。首先，生理方面，飲酒後有一些正面的經驗，這包括輕度鎮定、輕飄飄的欣快感或興奮，還有酒後心情舒暢、舒解壓力、忘記煩憂、解除工作疲勞、感覺強精補身、對社交有幫助以及較容易入睡等趨使人們想要再度喝酒；其次，遺傳方面，Tatsuya、Yang、Yoshiki、Shigeaki 和 Kanehisa（2000）的研究發現帶有失活性 ALDH2*2 對偶基因的人其飲酒頻率較帶有 ALDH2 活化型基因的頻率低，且帶有失活性的 ALDH2*2 基因較容易有酒後的不適症狀。相對而言，漢人較容易臉紅，所以就會避免喝酒，而原住民一般都較不會臉紅，原住民飲酒及酒癮盛行率比非原住民高。遺傳基因是否也扮演了部份的角色，則有待釐清。至於

心理方面，由環境壓力調適觀點來看，人們可能為逃避無聊、焦慮的情緒而飲酒。林梅香（2003）指出：居住於都會區之原住民，往往因為精神壓力大、生活苦悶，產生適應不良現象，有些無法克服適應問題者，則形成酗酒的情形。最後，社會文化方面，顏婉娟（2000）利用比較分析法及民族誌分析法來探討泰雅族婦女飲酒經驗，以理解在其文化脈絡下飲酒的意義及內涵。結果顯示烏來泰雅族婦女處於族群與性別的加乘壓迫下，被選擇進入就業市場後，促成婦女飲酒的情境，因此，認為現在醫療專業視野下，飲酒成為主要影響原住民健康的重要問題之一。

若進一步從文化的角度來看，過去原住民自命是大自然界最偉大的子民，但演變迄今，他們在漢人的世界中，地位卻是相對卑微弱勢，且本身的原住民「小文化」也漸被漢人的「大文化」漢化及衝擊到社會傳統文化，在發生急速之文化解體後，產生嚴重的失落感，只好借助酒精來麻痺其意識知覺，以短暫解決精神焦慮、情緒低落的問題（胡海國，1993）。由社會學習理論觀點來看，父母的行為會成為子女模仿學習的對象，張欣萍（2000）研究泰雅族、賽夏族之飲酒行為時發現：飲酒者幼時被父母要求買酒、飲酒頻率越高者，成年後喜歡喝酒、喝酒頻率與喝酒量也較高，而喜歡喝酒、喝酒頻率與喝酒量較高之飲酒者，要求子女買酒與喝酒的頻率也較高，顯示飲酒者對於幼年時父母親以身教所展現的飲酒行為，在日後也容易以相同模式來教育子女。林美足（2002）取樣參與戒癮治療者，找出經過醫生診斷且確認的男性酒精依賴患者為受試者。其研究結論如下：（1）酒精依賴患者之生活品質與其飲酒行為密切相關；（2）兒童期的家庭衝突與酒精依賴有關；（3）兒童期家庭的衝突與情感過度涉入，及近期家庭的情感過度涉入與酒精依賴患者接受戒癮治療後之預後不佳有關；（4）近期的家庭功能與酒精依賴患者之生活品質間有高度相關；其中，家庭衝突高會影響生理健康、心理及環境範疇的生活品質；（5）酒精依賴患者的飲酒行為改善程度將直接影響患者的生理健康、社會關係及環境範疇的生活品質。

值得注意，陳妍翰（2001）以台灣 385 名原住民受刑人為研究對象，探索原住民犯罪問題與飲酒行為之關係，研究結果顯示：原住民受刑人之心理特質、情緒基調與憂鬱性皆與喝酒次數有顯著相關，表示喝酒次數愈多者，其憂鬱性愈高抑或情緒屬較容易低落。葉美玉、胡海國、林淑梅和李選（2000）研究發現，酒癮患者高憂鬱之危險指標為目前的飲酒習慣，而且目前有飲酒習慣的酒癮患者，發生高憂鬱的可能性是沒有飲酒習慣的 3.44 倍。另外，陳妍翰（2001）進一步指出，攻擊性則與喝酒份量多寡間達顯著水準。喝酒後曾發生的事則以被家人責罵占第一位，其次分別為意外跌倒與發生交通事故。對原住民受刑人偏差行為之探討中，發現案發前有飲酒之受刑人，在虞犯行為與犯罪行為中之比例高於沒有飲酒之受刑人，性犯罪之受刑人在案發前有飲酒者占 72.5%。綜合上述整理看似酒

癮的原因不外乎生物、遺傳、心理及社會文化等因素，但實際上，則是由以上各種原因之間交互作用等多重因素所造成。

（二）防治模式

疾病的預防重於治療，醫護人員或保健人員常經由衛生教育來傳遞衛生觀念及方法，試圖修正患者的健康行為，以預防疾病的發生。林梅香（2003）曾探討衛生教育介入對都市原住民之飲酒知識、拒酒自我效能、飲酒量改變之效果。結果顯示衛生教育介入對改善「飲酒行為」影響效果顯著。可見各級衛生單位及醫療院所目前常在實行的衛生教育，亦能對飲酒行為的改善有所助益。在治療藥酒癮的多種模式中，至目前尚未有一理想而有效的方法，主要模式有生理治療、精神及個人心理治療、團體心理治療等，依序說明以下：

1.生理治療

在急性酒精中毒或在身體戒斷期，因身體不適可能危及生命，所以多由醫療單位的醫師和護士照護治療，如應用以臨床路徑使用 Lorazepam 於酒精戒斷住院病患之成效，以驗證實施臨床路徑，不僅能節省醫療資源浪費、降低醫療成本，而且提昇了內在顧客滿意度（洪芬芳、李麗傳、胡維恆，2001）。酒癮治療模式之照護小組應秉持人性化照護，提供酒癮個案安全、無酒、溫馨的住院環境，由酒癮醫療團隊成員共同照顧。主要為協助個案渡過酒精解毒與復健的過程，讓個案脫離酒精中毒，恢復身體功能。急性酒精中毒或身體戒斷期過後經由醫師的評估得以參加其他心理或團體治療。生理治療最常用的方法是厭惡療法，使酒癮者對酒精產生排斥促其遠離飲酒，大多是使用藥物療法。十年前在國外就有研究顯示 Disulfiram 可有效降低飲酒慾望與飲酒行為，但可能有對肝臟損傷及其他的副作用（Chick, Gough, & Falkowski, 1992; Fuller, Branchey, & Brightwell, 1986）。國內以 Disulfiram 協助酒癮病人戒酒治療時，研究其肝功能和相關副作用之變化情形，在輕度副作用評估方面，患者隨使用 Disulfiram 時間增長，其出現比率有下降趨勢（黃名琪等人，2002）。近年來，許多研究顯示 Naltexaone 可有效減少飲酒慾望與飲酒行為（O'Malley, Jaffe, & Chang, 1992），其實此種藥物的使用常結合其他心理及團體治療如認知行為改變法，而達到比較好的效果（Anton, Moak, & Waid, 1999; Anton, O'Malley, & Ciraulo, 2006）。

2.精神及心理治療

心理治療包含個人心理治療及團體心理治療。每個病人對酒的認知與處理技巧都有所不同，以下兩種模式是很好且常用來作心理治療的方法，一是增強節酒動機

法 (motivational enhancement therapy) (Rollnick & Miller, 1995; Miller, Zweben, & DiClemente, 1992), 是以個案為中心的諮詢手法, 增強戒酒動機, 提供戒酒資源, 並對飲酒及其生活模式做周全的分析及回饋, 以改變規勸個案不健康的行為。其二是認知行為改變法 (cognitive behavioral therapy) (Cutler & Fishbain, 2005)。強調在於教導有關藥、酒與疾病的關係, 及教育如何改變飲酒成癮後所造成的後果。例如: 飲酒與你的關係、因飲酒成癮後在財富、健康、情緒、及人際關係的影響、辨識有那些誘因是觸發想使用藥、酒的念頭或拒絕飲酒的技巧等, 其他的主題設計則以人際關係、情緒、財富、精神等。其實很少以單一方式來治療酒癮, 大部分是綜合各種治療模式, 比較能達到好的節制飲酒的效果 (Carroll, et al., 2005)。

3. 嗜酒者互戒協會

嗜酒者互戒協會 (Alcohol Anonymous, 簡稱 AA) 是源於一個牛津 (Oxford) 的一個治療小組, 但後來脫離了宗教, 於 1935 年成立了超越宗教和政治組織的小組式的「戒酒會」, 社區中組織自助團體, 以十二種步驟的方法相互扶持。這種組織不收費也沒有治療者, 而是以各界贊助人襄助經費, 並以個人飲酒的經驗來引導新進酒癮者戒除或節制飲酒, 其效果顯著, 在各地非常普遍 (林幸魄, 1996; Alcohol Anonymous, 2001, 2010)。

4. 其他輔助療法

如宗教靈性法、一般基層醫療的諮詢 (Reiff-Hekking, Ockene, Hurley, & Reed, 2005)、藝術治療等。由於酒癮的原因不外乎生物、遺傳、心理及社會文化等因素, 但實際上, 是由以上各種原因交互作用所造成。因此, 酒癮的防治需要各方面的配合介入, 例如: 精神心理醫療機構、類似嗜酒者互戒協會的團體、宗教慈善團體、家庭支持及社會福利機構, 才能得到良好的效果 (Ammon, Bond, Matzger, & Weisner, 2008)。因此, 本研究認為, 在各個心理健康或衛生醫療機構相當重視酒癮或戒酒的議題, 透過不斷嘗試各種防治模式來協助酒癮者早日脫離酒精對其影響, 亦即是經由分析, 期待能探討出影響酒癮的重要相關因素, 以供酒癮戒治或介入方案之參考。

貳、研究方法

本研究資料分析對問卷內容進行校對、編碼、過錄、輸入、核對等程序，進行資料除錯與各種分析，並依研究的需要與分析項目來進行統計分析；茲將從研究樣本選取、研究工具設計、統計分析方法、信度與效度等進行說明如下。

一、研究樣本選取

本研究以立意取樣 (purposive sampling) 來選取山地原住民部落。首先，建立轄區內之人口名冊，研究「布農族」及「泰雅族」兩族部落原住民，由訪視員、志工或護士訪視村民，採用訪談方式進行資料蒐集，研究對象必須能與訪視員應答，故排除外流人口、死亡人口、啞瘖、非原住民、其他原住民及回流人口，由於回流人口的飲酒習慣，非由該部落之生活習慣所養成，易造成研究對象的本質差異過大，故予以排除，研究共蒐集 1,091 位原住民，經調查其中具有飲酒行為之 493 位原住民為研究對象，本研究係採用台灣大學精神科胡海國的酒癮問題篩檢問卷，篩檢出具有酒癮之原住民共 211 位。

二、研究工具設計

本研究採用研究問卷進行資料蒐集，由研究者自行設計之結構式問卷，經專家效度與試測後，始成為正式問卷，問卷內容包含酒癮者之「基本特質」、「健康狀態」、「嗜好習慣」三部分。第一部分，「基本特質」包含族群別、性別、年齡、教育、婚姻、職業；第二部分，「健康狀態」包含疾病史、慢性病數、自覺健康狀況；第三部分，「嗜好習慣」指抽煙、嚼檳榔、飲酒三種類型的習慣，包含是否抽煙、抽煙量、是否嚼檳榔、嚼檳榔數、家人飲酒史、開始飲酒年齡、飲酒年數、飲酒對象、飲酒地點、飲酒動機、飲酒時刻、飲酒量、自覺飲酒害處、節制飲酒意願、節制飲酒心理階段、節制飲酒方式。研究者訓練當地訪視員、志工及社區醫療部護士，以社區內布農族及泰雅族原住民為對象進行家庭訪視，針對有飲酒經驗者，施以問卷及建立酒癮個案資料，作為分析的依據。

三、統計分析方法

將收集的資料轉成 dbase 型態儲存建立，再使用 SPSS 12.0 中文版作統計分析。資料分析過程中，依描述性統計 (frequency analysis) 闡述研究對象「基本特質」、「健康狀態」、「嗜好習慣」各變項的分佈情形，並根據研究假設與變項屬性，使用卡方檢定 (χ^2 -test) 進行各自變項與依變項之顯著性差異分析，最後，並以是否「患有酒癮」為依變項，為一二元類別變項，進行邏輯斯迴歸分析 (logistic regression analysis)，探討哪些自變項為

影響「是否患有酒癮」的顯著因子。

四、信度與效度

預試問卷共發送 40 份（回收 40 份），將此 40 份有效問卷進行效度與信度的分析。效度的分析上，本研究以內容效度進行效度的檢測，經過公衛背景、藥學與流病、精神科醫師、社工背景之專家建議修改後，再進行問卷調查。本研究態度量表為「酒癮問題篩檢量表」，其 Cronbach's α Coefficient 為 .802，信度在 .80 以上，顯示具有內部一致性。

參、研究結果

針對研究蒐集的 1,091 位原住民，並針對具有飲酒行為的 493 位原住民透過資料的統計與分析，以獲知影響「是否患有酒癮」的顯著因子。首先，描述酒癮分布情形方面；其次，在各變項與酒癮分析方面，以卡方檢定分析「基本特質」、「健康狀態」、「嗜好習慣」與「是否患有酒癮」有無達顯著性差異，並呈現交叉分析的次數分配及百分比情況；最後，以邏輯斯迴歸方法預測及分析影響原住民患有酒癮之危險因子，各分析與探討如下所述：

一、酒癮分布狀況

在酒癮分布情形方面，患有酒癮之原住民其族群別、性別及年齡與酒癮的分布情況，發現 35-64 歲（51.6%）、男性（71.0%）、布農族（73.9%）的原住民患有酒癮比率較高，在許木柱（1996）、鄭泰安（1996）與 Cheng（1995）與也都曾提出類似的觀點與研究成果，而其中酒精濫用與酒精依賴的盛行率是最常被討論的主題。

二、原住民基本特質與酒癮之分析

原住民基本特質與酒癮之分析，以原住民的不同「族群別」（ $\chi^2 = 19.31$ ）、「性別」（ $\chi^2 = 29.53$ ）、「年齡」（ $\chi^2 = 10.90$ ）、「教育程度」（ $\chi^2 = 14.54$ ）及「婚姻狀況」（ $\chi^2 = 15.09$ ）之變項中，與「是否患有酒癮」達統計上顯著性差異（詳見表一）。國內外學者研究有相同發現，例如：吳聰能（1995）、陳順明（2004）、葛應欽（1994）、Gentilello（2000）、O'Connell（2003）等人，研究與論述都有指出原住民的基本特質是與酒癮有顯著性差異。

表一 基本特質與酒癮之卡方分析

變項名稱	無酒癮		有酒癮		χ^2
	次數	%	次數	%	
族別					19.31***
布農族	154	(49.7)	156	(50.3)	
泰雅族	128	(69.9)	55	(30.1)	
性別					29.53***
男	130	(46.6)	149	(53.4)	
女	152	(71.0)	62	(29.0)	
年齡					10.90**
34 歲以下	115	(54.5)	96	(45.5)	
35-64 歲	137	(55.7)	109	(44.3)	
65 歲以上	30	(83.3)	6	(16.7)	
教育					14.54**
未受教育	21	(84.0)	4	(16.0)	
小學	97	(50.0)	97	(50.0)	
國中	86	(55.8)	68	(44.2)	
高中以上	78	(65.0)	42	(35.0)	
職業					5.31
無工作	60	(58.8)	42	(41.2)	
農林漁牧	119	(62.6)	71	(37.4)	
其他行業	103	(51.2)	98	(48.8)	
婚姻					15.09**
未婚	56	(46.3)	65	(53.7)	
分居或離婚	10	(43.5)	13	(56.5)	
配偶死亡	39	(75.0)	13	(25.0)	
已婚	177	(59.6)	120	(40.4)	

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

三、原住民健康狀況與酒癮之分析

原住民健康狀況與酒癮之分析，以原住民的「自覺健康狀況」($\chi^2 = 18.41$) 在是否患有酒癮達統計上顯著性差異 (詳見表二)。

表二 健康狀況與酒癮之卡方分析

變項名稱	無酒癮		有酒癮		χ^2
	次數	%	次數	%	
慢性病					0.93
無	150	(59.3)	103	(40.7)	
有	132	(55.0)	108	(45.0)	
健康狀況					18.41***
不太好	15	(40.5)	22	(59.5)	
普通	89	(48.1)	96	(51.9)	
好	178	(65.7)	93	(34.3)	

註：* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

原住民的疾病史方面，以「痛風」($\chi^2 = 5.09$)、「憂鬱症」($\chi^2 = 4.12$)及「胃出血」($\chi^2 = 7.00$) 在是否患有酒癮達統計上顯著性差異 (詳見表三)，亦與葉美玉 (2000)、葛應欽等人 (1994)、Mayfield 等人 (1974)、Shinoda 等人 (2008) 等人皆有發現酒癮上癮者，容易損害身體健康。

表三 疾病史與酒癮之卡方分析

變項名稱	無酒癮		有酒癮		χ^2
	次數	%	次數	%	
高血壓					1.27
無	221	(55.9)	174	(44.1)	
有	61	(62.2)	37	(37.8)	
冠心病					0.01
無	277	(57.2)	207	(42.8)	
有	5	(55.6)	4	(44.4)	
腦中風					1.05
無	276	(56.9)	209	(43.1)	
有	6	(75.0)	2	(25.0)	

表三 (續)

變項名稱	無酒癮		有酒癮		χ^2
	次數	%	次數	%	
痛風					5.09*
無	212	(60.4)	139	(39.6)	
有	70	(49.3)	72	(50.7)	
精神病					1.07
無	278	(57.0)	210	(43.0)	
有	4	(80.0)	1	(20.0)	
肝炎					0.70
無	260	(57.8)	190	(42.2)	
有	22	(51.2)	21	(48.8)	
結核病					3.18
無	272	(58.1)	196	(41.9)	
有	10	(40.0)	15	(60.0)	
糖尿病					0.04
無	271	(57.3)	202	(42.7)	
有	11	(55.0)	9	(45.0)	
COPD					0.10
無	274	(57.3)	204	(42.7)	
有	8	(53.3)	7	(46.7)	
癲癇					0.129
無	279	(57.3)	208	(42.7)	
有	3	(50.0)	3	(50.0)	
憂鬱症					4.12*
無	279	(57.9)	203	(42.1)	
有	3	(27.3)	8	(72.7)	
肝硬化					2.68
無	282	(57.4)	209	(42.6)	
有	0	(0.0)	2	(100.0)	
胃出血					7.00**
無	278	(58.3)	199	(41.7)	
有	4	(25.0)	12	(75.0)	

註：1.* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

2.COPD (chronic obstructive pulmonary disease) 是指慢性阻塞性肺疾病。

四、原住民嗜好習慣與酒癮之分析

原住民嗜好習慣與酒癮之分析，以原住民的「抽菸習慣」($\chi^2 = 54.27$)、「抽菸量」($\chi^2 = 76.88$)、「嚼檳榔習慣」($\chi^2 = 37.65$)、「嚼檳榔量」($\chi^2 = 56.20$)、「開始飲酒年齡」($\chi^2 = 13.11$)、「飲酒量」($\chi^2 = 218.47$)、「自覺目前飲酒有無害處」($\chi^2 = 81.61$)及「節制飲酒意願」($\chi^2 = 66.43$)在是否患有酒癮達統計上顯著性差異(詳見表四)，這與許多原住民嗜好習慣與酒癮的研究有一致，例如：王燕惠(2002)、吳聰能(1995)、黃淑珠(2001)、Miller & Gold(1998)等研究。

表四 嗜好習慣與酒癮之卡方分析

變項名稱	無酒癮	有酒癮	χ^2
	次數 %	次數 %	
抽菸習慣			54.27***
無	188 (72.9)	70 (27.1)	
有	94 (40.0)	141 (60.0)	
抽菸量(平均每日)			76.88***
半包以下	40 (59.7)	27 (40.3)	
半包至一包	40 (41.2)	57 (58.8)	
一包以上	14 (19.7)	57 (80.3)	
嚼檳榔習慣			37.65***
無	157 (72.7)	59 (27.3)	
有	125 (45.1)	152 (54.9)	
嚼檳榔數(平均每日)			56.2***
1-9 顆	75 (57.3)	56 (42.7)	
10-19 顆	30 (42.3)	41 (57.7)	
20 顆以上	20 (26.7)	55 (73.3)	
家庭因素			0.7
低飲酒率	5 (62.5)	3 (37.5)	
中飲酒率	141 (59.5)	96 (40.5)	
高飲酒率	105 (63.6)	60 (36.4)	

表四 (續)

變項名稱	無酒癮		有酒癮		χ^2
	次數	%	次數	%	
開始飲酒年齡					13.11***
18 歲以下	93	(47.9)	101	(52.1)	
19-30 歲	149	(61.3)	94	(38.7)	
31 歲以上	40	(71.4)	16	(28.6)	
飲酒年數					0.24
10 年以下	101	(60.1)	67	(39.9)	
11-20 年	89	(52.0)	82	(48.0)	
20 年以上	92	(59.7)	62	(40.3)	
飲酒量 (量 / 日)					218.47***
0-10 克	205	(92.3)	17	(7.7)	
11-20 克	38	(45.8)	45	(54.2)	
21 克以上	39	(20.7)	149	(79.3)	
飲酒時刻					0.28
白天	113	(58.2)	81	(41.8)	
晚上	62	(57.9)	45	(42.1)	
隨性	107	(55.7)	85	(44.3)	
自覺目前飲酒有無害處					81.61***
無	152	(83.5)	30	(16.5)	
有	130	(41.8)	181	(58.2)	
節制飲酒意願					66.43***
無	127	(84.7)	23	(15.3)	
有	155	(45.2)	188	(54.8)	

註：1.* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

2. 抽菸量 (平均每日)：半包以下表 1-9 支；半包至一包表 10-19 支；一包以上表 20 支以上。
3. 家庭因素：低飲酒率為父親、母親、配偶與兄弟均沒有飲酒行為；中飲酒率為父親、母親、配偶與兄弟中一人以上具有飲酒行為；高飲酒率為父親、母親、配偶與兄弟均有飲酒行為。

原住民採用節制飲酒的方式，以「宗教」($\chi^2 = 6.93$)及「家人支持」($\chi^2 = 23.79$)在是否患有酒癮達統計上顯著性差異(詳見表五)。

表五 節制飲酒方式與酒癮之卡方分析

變項名稱	無酒癮		有酒癮		χ^2
	次數	%	次數	%	
宗教					6.93**
否	116	(50.9)	112	(49.1)	
是	166	(62.6)	99	(37.4)	
自我意志					0.99
否	21	(65.6)	11	(34.4)	
是	261	(56.6)	200	(43.4)	
節酒團體					0.11
否	158	(57.9)	115	(42.1)	
是	124	(56.4)	96	(43.6)	
戒酒成功者					3.45
否	168	(60.9)	108	(39.1)	
是	114	(52.5)	103	(47.5)	
家人支持					23.79***
否	91	(76.5)	28	(23.5)	
是	191	(51.1)	183	(48.9)	
醫護人員					0.22
否	141	(58.3)	101	(41.7)	
是	141	(56.2)	110	(43.8)	

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

五、酒癮危險因子之邏輯斯迴歸分析

健康狀況、抽菸量、飲酒量(量/日)、「隨性飲酒」相對於「晚上飲酒」有達顯著性差異，迴歸係數(β)依序分別為-0.538、0.435、1.806、0.843(詳見表六)。健康狀況方面，健康狀況愈差之原住民患有酒癮的比例愈高；抽菸量變項方面，抽菸量愈大之原住

民患有酒癮的比例愈高；飲酒量變項方面，飲酒量愈大之原住民患有酒癮的比例愈高；「隨性飲酒」之原住民患有酒癮的勝算比為「晚上飲酒」的 2.323 倍。

由此可知，就針對原住民「基本特質及嗜好習慣」與患有酒癮而言，健康狀況、抽菸量、飲酒量（量 / 日）、飲酒時刻為影響原住民患有酒癮之相關因素。

表六 影響酒癮因素之邏輯斯迴歸分析

層級變項	模式：基本特質、健康狀態、嗜好習慣			
	迴歸係數	OR	95%CI	
常數	- 5.184***	0.006	—	—
族群別				
泰雅族（參考組）				
布農族	0.337	1.401	0.698	2.812
性別				
女（參考組）				
男	- 0.111	0.895	0.461	1.734
教育程度	- 0.055	0.947	0.63	1.423
婚姻狀況				
單身（參考組）				
已婚	0.415	1.515	0.741	3.096
慢性病數	0.107	1.113	0.797	1.554
健康狀況	- 0.538*	0.584	0.353	0.967
家庭因素				
低飲酒率（參考組）				
中飲酒率	1.730	5.642	0.828	38.444
高飲酒率	0.531	1.700	0.930	3.106
抽菸量（平均每日）	0.435**	1.546	1.162	2.055
嚼檳榔數（平均每日）	0.272	1.312	0.948	1.816
開始飲酒年齡	- 0.154	0.857	0.569	1.291
飲酒量（量 / 日）	1.806***	6.085	4.231	8.752
飲酒時刻				
晚上（參考組）				
白天	0.819	2.268	0.960	5.354
隨性	0.843*	2.323	1.031	5.236

註：1.* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

2.迴歸模式依變項分為有與沒有，以沒有作為事件（event）

肆、討論與建議

我們如今彷彿對著鏡子觀看、模糊不清（模糊不清原文作如同猜謎），到那時就要面對面了；我如今所知道的有限，到那時就全知道。如同主知道我一樣。

——哥林多前書十三章 12 節（13:12）

一、綜合討論

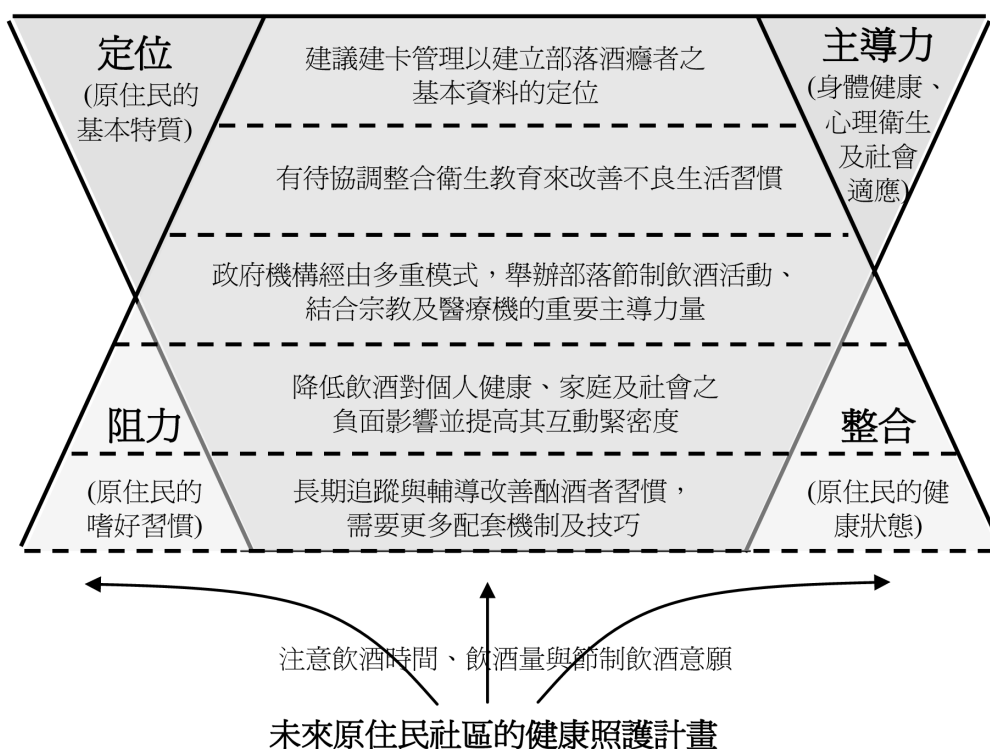
從本研究的結果可知，原住民的「基本特質」方面，有酒癮之原住民中以布農族、男性、未婚、分居或離婚者，其所佔之酒癮比例較高，與過去研究，吳聰能（1995）、許木柱（1996）、陳順明（2004）、葛應欽等人（1994）、鄭泰安（1996）、Cheng（1995）、Gentilello 等人（2000）等研究與論述都有指出原住民的基本特質是與酒癮之關係。此外，與過去研究結果呈現酗酒者大部分是單身（Cerise et al., 1998）現象吻合。過去文獻發現：酒精濫用也與藥物濫用、藥物依賴及煙癮的問題相關（Hurt, Offord, & Croghan, 1996）。會喝酒的人有 80% 同時也會抽煙，會抽煙的人也有 30% 同時也會喝酒（Miller & Gold, 1998）。在職業與酒癮的關係上，農牧業及其受雇者飲酒盛行率最高，其次為餐飲業工作人員，飲酒盛行率最低的是健康照護者。同時也發現豪飲者的健康保險含蓋率最低（Jarman et al., 2007），本研究在所從事的職業方面並未達到顯著的差異。值得注意的是，原住民健康狀況與酒癮之分析，過去研究（胡海國，1993；葉美玉，2000；Mayfield, 1974; Shinoda et al., 2008）也指出原住民在生理、心理與情緒上皆會受到酒癮之影響，本研究更發現痛風、憂鬱症與胃出血更加顯著。

本研究在相關分析印證了有抽菸習慣、每日抽菸量愈多、有嚼檳榔習慣、每日嚼檳榔量愈多、開始飲酒年齡愈輕、每日飲酒量愈多、自覺目前飲酒有害處、有節制飲酒意願者，患有酒癮的傾向愈高，在王燕惠（2002）、吳聰能（1995）、黃淑珠（2001）、Miller 與 Gold（1998）等研究，也都曾提出類似的觀點與研究成果。

二、研究發現的應用價值

原住民的「健康狀態」方面，有酒癮之原住民中以健康狀況不太好及普通，其所佔之酒癮比例較高。疾病史方面，原住民中以患有痛風、憂鬱症及胃出血者，其所佔之酒癮比例較高。原住民的「嗜好習慣」方面，有酒癮之原住民中以有抽菸習慣、每日抽菸量為半包至一包與一包以上、有嚼檳榔習慣、每日嚼檳榔 10-19 顆與 20 顆以上、18 歲以下開始飲酒、飲酒量 21 克以上、自覺目前飲酒有害處者（58.2%）及有節制飲酒意願所佔的比例

較高。經統計分析後，將顯著變項納入邏輯斯迴歸進行分析，健康狀況、抽菸量、飲酒量（量/日）、「隨性飲酒」相對於「晚上飲酒」有達顯著性差異。由此可知，就針對原住民「基本特質及嗜好習慣」與患有酒癮而言，健康狀況、抽菸量、飲酒量（量/日）、飲酒時刻為影響原住民患有酒癮之相關因素。本研究結果與上述的文獻不謀而合，由於酒精及尼古丁總是如影隨形，所以任何篩檢活動皆應同時考慮另一種嗜好，在台灣甚而還要考慮是否有嚼檳榔的嗜好。



圖二 原住民社區健康照護的構成要素之內涵

值得注意，因其個別性及文化特殊性，政府機構應經由多重模式，舉辦部落節制飲酒活動，並結合地方宗教的力量及醫療機構積極介入，即使無法完全戒除，也應可有效降低飲酒對個人健康、家庭及社會之負面影響。此外，注意有飲酒行為者之飲酒時間、飲酒量與節制飲酒意願，並增加就業機會，將有助於控制原住民酒癮之危險因子。

綜合結論與研究發現，在未來建議對原住民社區的健康照護計畫中（如圖二），除了身體的健康之外，尚應著重心理衛生及社會適應。此外，在原住民為溫飽向外就業之

際，建議在酒癮盛行率較高地區（如山地鄉），就如同高血壓、糖尿病等慢性病一樣，應該建立部落酒癮者之基本資料，亦即建卡管理的實施，以便長期追蹤，輔導改善酗酒者習慣，並落實衛生教育來改善不良生活習慣，而施教之教材應力求本土化。

參考資料

- 王燕惠（2002）。台灣地區原住民嚼食檳榔、吸菸、喝酒使用盛行率及其健康危害意識調查。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 孔繁鐘（1997）。DSM-IV 精神疾病的診繼與統計。台北：合記。
- 孔繁鐘（2007）。DSM-IV-TR 精神疾病診繼準則手冊。台北：合記。
- 行政院原住民族委員會（2005）。中華民國九十二年原住民健康狀況統計。台北：行政院原住民族委員會。
- 行政院原住民族委員會（2006）。中華民國九十三年原住民健康狀況統計。台北：行政院原住民族委員會。
- 行政院原住民族委員會（2007）。中華民國九十四年原住民健康狀況統計。台北：行政院原住民族委員會。
- 行政院原住民族委員會（2008）。中華民國九十五年原住民健康狀況統計。台北：行政院原住民族委員會。
- 行政院原住民族委員會（2009）。中華民國九十六年原住民健康狀況統計。台北：行政院原住民族委員會。
- 行政院原住民族委員會（2011）。中華民國九十八年原住民族人口及健康狀況統計年報。台北：行政院原住民族委員會。
- 全國法規資料庫（2011）。原住民族基本法。2011年8月30日，取自 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?pcode=D0130003>
- 吳聰能（1995）。國人吸煙、喝酒、嚼檳榔及上下班使用交通工具之盛行率狀況分析。台北：行政院衛生署檢疫總所。
- 林幸魄（1996）。現在社會的藥物濫用。福利社會雙月刊，52，1-4。
- 林美足（2002）。家庭功能與男性酒精依賴患者之飲酒行為與生活品質之相關性研究。國立成功大學行為醫學研究所碩士論文，未出版，台南。
- 林梅香（2003）。衛生教育介入對都市原住民吸菸飲酒行為之影響研究。國立臺灣師範大學衛生教育研究所博士論文，未出版，台北。

- 洪芬芳、李麗傳、胡維恆（2001）。應用臨床路徑於酒精戒斷病患之成效探討。國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學，11（1），30-35。
- 胡海國（1993）。山地社區酗酒之防治——理論與實際。「行政院衛生署與慈濟醫學院舉辦之山胞（原住民）飲酒與健康問題研討會」發表之論文，花蓮。
- 胡海國、葉英堃、陳英璋（1991）。飲酒問題：一個新展現的心理衛生問題。中華心理衛生學刊，5，1-9。
- 許木柱（1996）。台灣原住民飲酒問題的社會文化因素研究。行政院國家科學委員會專題研究成果報告（編號：NSC85-2331-B001-060-M31），未出版。
- 張欣萍（2000）。原住民飲酒行為與家庭相關之研究——以泰雅族、賽夏族為例。國立台灣大學農業推廣學研究所碩士論文，未出版，台北。
- 陳妍翰（2001）。原住民飲酒行為與偏差行為之探討——以原住民受刑人為例。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 陳怡青（1994）。酒癮患者的婚姻關係及其酗酒行為之研究。東吳大學社會工作學系碩士論文，未出版，台北。
- 陳順民（2004）。原、漢族群學童其心理、社會、家庭與飲酒關聯性之研究。國立臺東大學教育研究所碩士論文，未出版，台東。
- 陳憲明、汪明輝（1993）。台灣山地鄉的酒類消費與飲酒問題。師大地理研究報告，20，57-100。
- 黃名琪、劉士愷、游正名、黃智佳、陳俊興、黃碧琴、林式毅（2002）。酒癮患者使用 Disulfiram 之副作用評估。台灣精神醫學，16（3），213-221。
- 黃淑珠（2001）。屏東縣居民使用檳榔、菸、酒盛行率及其對健康危害意識之調查。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 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。
- 楊美賞（1996）。台灣南部地區菸、酒、檳榔使用之流行病學研究——以青少年及原住民婦女為對象之探討。高雄醫學大學醫學研究所博士論文，未出版，高雄。
- 葛應欽、劉碧華、謝淑芬（1994）。台灣地區原住民的健康問題。高醫醫誌，10，337-351。
- 劉鴻徽、李嘉富、楊聰財、張敏（2003）。酒癮心理社會成因研究的近期發展。臨床醫學，51（5），322-328。
- 鄭泰安（1993）。台灣地區原住民飲酒問題的流行病學研究。「行政院衛生署與慈濟醫學院舉辦之山胞（原住民）飲酒與健康問題研討會」發表之論文，花蓮。
- 鄭泰安（1996）。台灣地區原住民飲酒問題的十年追蹤研究。行政院國家科學委員會專題研究成果報告（編號：NSC85-2331-B001-059-M31），未出版。

顏婉娟 (2000)。烏來泰雅族婦女飲酒經驗之探討。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文，未出版，台北。

Alcohol Anonymous (2001). *Alcoholics anonymous*. Retrieved May 7, 2008, from [http:// www.alcoholics-anonymous.org](http://www.alcoholics-anonymous.org)

Alcohol Anonymous (2010). *Twelve steps and twelve traditions*. Retrieved September 21, 2010, from [http:// www.alcoholics-anonymous.org](http://www.alcoholics-anonymous.org)

Ammon, L., Bond, J., Matzger, H., & Weisner, C. (2008). Gender differences in the relationship of community services and informal support to seven-year drinking trajectories of alcohol-dependent and problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(1), 140-150.

Anton, R. F., Moak, D. H., & Waid, R. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: Results of a placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1758-1761.

Anton, R. F., O'Malley, S. S., & Ciraulo, D. A. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The combine study: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 295*, 2003-2005.

Avila-Escribano, J. J., & González-Parra, D. (2007). Gender differences in alcoholism. *Adicciones, 19*(4), 383-392.

Bauman, Z. (2000). Social uses of law and order. In D. Garland & R. Sparks, (Eds.), *Criminology and social theory* (pp.23-29). New York, NY: Oxford University Press.

Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., ... Woody, G. E. (2005). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisided effectiveness study. *Drug Alcohol Depend, 81*(3), 301-312.

Cerise, F. P., Scarinci, I. C., Thibodaux, R., Cannatella, M., Stark, S., & Brantley, P. J. (1998). Alcoholism among indigent inpatients: Identification and intervention by internal medicine residents. *Southern Medical Journal, 91*(1), 27-32.

Cheng, T. A. (1995). Alcoholism among four aboriginal groups in Taiwan: High prevalences and their implications. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 19*, 81-91.

Chick, J., Gough, K., & Falkowski, W. (1992). Disulfiram treatment of alcoholism. *British Journal of Psychiatry, 161*, 84-89.

Cutler, R. B., & Fishbain, D. A. (2005). Are alcoholism treatments effective? The project match data. *BioMed Central Public Health, 5*, 75.

- Fuller, R. K., Branche, L., & Brightwell, D. R. (1986). Disulfiram treatment of alcoholism: A veterans administration cooperative study. *Journal of the American Medical Association, 256*, 1449-1455.
- Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Villaveces, A., Daranciang, E., Dunn, C. W., & Ries, R. R. (2000). Alcohol problem in women admitted to a Level I trauma center: A gender-based comparison. *The Journal of Trauma, 48*(1), 108-114.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the united states: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry, 64*, 830-842.
- Hurt, R. D., Offord, K. P., & Croghan, I. T. (1996). Mortality following inpatient addictions treatment: Role of tobacco use in a community-based cohort. *Journal of the American Medical Association, 275*, 1097-1099.
- Hwu, H. G., Gorenc, K. D., Peredo, S., Hwang, T. J., Abreu, L. F., & Chen, C. C. (2003). Brief alcoholism screening questionnaire: Establishment and validity in Taiwanese. *Journal of the Formosan Medical Association, 102*(4), 250-256.
- Hwu, H. G., Yeh, E. K., Wang, J. D., & Yeh, E. K. (1990). Alcoholism among Taiwan aborigines defined by the Chinese diagnostic interview schedule: A comparison with alcoholism among Chinese. *Acta Psychiatrica Scand, 82*, 374-380.
- Hwu, H. G., Yeh, E. K., Yeh, Y. L., & Chang, L. Y. (1988). Alcoholism by Chinese diagnostic interview schedule: A prevalence and validity study. *Acta Psychiatrica Scand, 77*(1), 7-13.
- Hwu, H. G., Yeh, Y. L., & Wang, J. D. (1991). Risk factors of alcoholism among Taiwan aborigines: Implications for etiological models and the oncology of alcoholism. *Acta Psychiatrica Scand, 83*(4), 267-272.
- Jarman, D. W., Naimi, T. S., Pickard, S. P., Daley, W. R., & De, A. K. (2007). Binge drinking and occupation: North Dakota, 2004-2005. *Preventing Chronic Disease, 4*(4), 94.
- Jukkala, T., Mäkinen, I. H., Kislitsyna, O., Ferlander, S., & Vägerö, D. (2008). Economic strain, social relations, gender, and binge drinking in Moscow. *Social Science & Medicine, 66*(3), 663-674.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorder in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- Liu, J. D., Leung, K. W., Wang, C. K., Liao, L. Y., Wang, C. S., Chen, P. H., Chen, C. C., & Yeh, E. K.

- (1998). Alcohol-related problems in Taiwan with particular emphasis on alcoholic liver diseases. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 22, 164S-169S.
- Mayfield, D., McCleod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- Miller, N. S., & Gold, M. S. (1998). Comorbid cigarette and alcohol addiction: Epidemiology and treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 55-66.
- Miller, W. R., Zweben, A., & DiClemente, C. (1992). *Motivational enhancement therapy: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- O'Connell, H., Chin, A. V., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people-redefining an age old problem in old age. *British Medical Journal*, 327, 664-667.
- O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., & Chang, G. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 881-887.
- Reiff-Hekking, S., Ockene, J. K., Hurley, T. G., & Reed, G. W. (2005). Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking: Results at 12-month follow-up. *Journal of General Internal Medicine*, 20(1), 7-13.
- Rockville, M. D. (2001). *U.S. department of health and human services*. Baltimore, MD: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Shinoda, R., Mizukami, Y., Nakagawa, Y., & Maruyama, K. (2008). Difference in medical history classified by ICD-10 between male and female alcoholics. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, 43(1), 25-34.
- Tatsuya, T., Yang, X., Yoshiki, I., Shigeaki, S., & Kanehisa, M. (2000). *Cancer letters*, 149, 69-76.
- Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., & Wilsnack, S. C. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: Cross-cultural patterns. *Addiction*, 95, 251-265.

收件日期：99年11月29日

複審四日期：101年1月18日

複審一日期：100年1月30日

複審五日期：101年3月3日

複審二日期：100年8月19日

複審六日期：101年4月27日

複審三日期：100年11月1日

通過日期：101年5月16日

Merrily Drunk and Friendly Interchange: Factors Associated with Alcoholism in An Aboriginal Community

Li-Hsing Lai

Department of Family
Medicine, Puli Christian
Hospital

Chi-Hsuan Lung

Department of Senior
Citizen Service
Management, National
Taichung University of
Science and Technology

I-Ying Lee

Department of Social
Policy and Social Work,
National Chi Nan
University

Louis Y. Y. Lu

Graduate School of Management,
Yuan Ze University

Sheng-Feng Shih

Graduate School of Management,
Yuan Ze University

The purpose of this study was to explore the factors that were hypothesized to correlate with the development of alcohol dependence in aboriginal communities. This study used a cross-sectional design and purposive sampling. We modified the questionnaire CAGE for the survey of alcoholism. Data were collected from 493 aborigines who had drinking behavior in aboriginal communities. Data were analyzed based on fundamental characteristics, health status, and habits. The results showed that there were significant difference in occurrence of alcoholism among factors such as ethnic groups, gender, age, education level and marriage. Alcoholism occurred more frequently among individuals who were male, younger, with lower education level and unmarried. Individuals with better health status were less likely to become alcoholics. There are several habitual factors that affected the development of alcoholism. Factors that were associated with alcoholism included smoking, chewing betel nut, starting to drink in younger age, having drinking buddies, day-time drinker, drinking in a great amount of alcohol, having certain kinds of alcohol-containing drink, and realizing the bad effects of drinking. Among the risk factors that affected the person's alcoholism, self-conscious health condition, smoking, the amount of drinking, and drinking time during the day were critical elements. Because alcoholics showed significant difference to nonalcoholic ones distinguished by fundamental characteristics, habitual factors and health status, this

study recommended that attention should be paid to the drinking time during a day, the quantity of drinking and self-control capability to effectively reduce the ratio of alcoholics in an aboriginal community with drinking culture.

Keywords: aboriginal community, alcoholism, self-conscious health condition