

影響成年毒品施用者生活品質之相關因素探討

陳玟如

目標：近年台灣毒品政策已隨世界趨勢朝向減少犯罪與傳染疾病蔓延，從監禁與再犯預防觀點，轉向對毒品施用者營造友善醫療環境、提供跨專業成癮治療及完善社會支持網絡，以協助回歸正常生活。本研究旨在探討影響成年毒品施用者生活品質之因素，以找尋有效影響因子。**方法：**利用結構式問卷，立意抽樣探討380位年滿20歲居住在社區且有使用毒品經驗者。運用台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷、創傷經驗量表，以階層迴歸模型檢視象徵個人復元資本之物質資本與創傷經驗對成年毒品施用者生活品質在生理、心理、社會關係、環境等四個子範疇之影響。**結果：**階層迴歸證實物質資本與創傷經驗對生活品質四個子範疇均有顯著解釋力（35-38%），且創傷經驗得分越高者，在生生活品質四個子範疇之得分越差。**結論：**代表物質資本之財務自評（含每月收入與收支自評）、居住、可獲得公共福利資源數量，對生活品質各子範疇均發揮預測力，創傷經驗對成年毒品施用者生活品質各子範疇亦具顯著預測方向。（台灣衛誌 2023；42(4)：423-435）

關鍵詞：成年毒品施用者、生活品質、物質資本、創傷經驗

前 言

自衛生福利部2014年反毒報告書指出台灣毒品戒治工作不應僅侷限於醫療服務，而該跟上國際毒品危害防治目標趨勢，整合政府資源，例如司法、警政、勞政，共同協助毒癮者復歸社會[1]，顯見台灣對毒品政策的關注已有所轉向，不止步於再犯預防或成癮戒治，而是促其回歸穩定生活，並能順利取得醫療、司法、社會服務。依據台灣對法定毒品施用者之司法處遇主要依據《毒品危害防制條例》，人們因使用一、二級毒品之犯行未被逮捕前，可依該法第21條自行前往衛生福利部指定戒癮醫療機構請求治療，

以避免落入司法處遇，然而籠罩在被捕風險及毒品污名下，不僅少見人們因成癮而主動求助，遊走在觸法與主動就醫或求助的這群人，更時常面臨難以獲得家庭、社會或國家資源以協助戒癮或順利復歸社會[2-4]，因此有研究指出「生活品質」是象徵復元的重要元素[5]。根據國內研究指出有毒品犯罪紀錄者住院率比一般民眾高10倍，且因精神疾患、性傳染疾病、急性與亞急性心膜炎等原因之住院率，更高出同齡者甚多，實反映出毒品施用者戒癮以外的治療需求，使用一、二級法定毒品施用者不僅健康問題比使用三、四級娛樂性藥物者更多且不利外，更時常誤用/濫用非醫療處方藥並鮮少主動尋求專業協助[4]。

近年來，英、美在成癮治療政策與臨床實踐策略上，有感於過度強調成癮控制與減少病態行為，將落入「重大疾病控制、而輕復元生活」的服務思維與資源分配盲點，因而認為對成癮者的服務不應僅止步於臨床疾病治療與監禁，而應盡可能提供可協助

國立臺北大學社會工作學系

通訊作者：陳玟如

地址：新北市三峽區大學路151號

E-mail：wenju.chen@gm.ntpu.edu.tw

投稿日期：2023年3月14日

接受日期：2023年7月10日

DOI:10.6288/TJPH.202308_42(4).112022



維持復元 (recovery) 的各類資源，以期提升對復元的信心並進而脫離成癮與毒品誤用 (misuse) 的危害[6,7]，開始發展以「清醒、全人健康與福祉（含生理、情緒、關係、靈性的健康）、行使公民權」等象徵復元元素的新復元定義，取代傳統之「戒癮、停用」的概念，且強調復元是一個動態多變的歷程，且須對復元狀態的掌握需要透過多面向評估，才能對提出更有利個體發展之復元服務計畫[6-8]。有鑑於測量有物質使用障礙者復元狀態 (recovery) 不易、且復元歷程也時常充滿多變，National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine在《測量物質使用與心理疾病復元工作坊結案報告》中便指出生活品質 (Quality of Life, 簡稱: QOL) 不僅可反映象徵新復元元素的「全人福祉與公民權」[9]，且生活品質對有物質使用障礙者議題者的復元具高度解釋力[5,9]，不少研究亦已證實個人接受物質使用障礙治療的生活品質自評與後續復元需求和效果，呈現顯著相關，自評較低者對後續治療滿意度和參與度也較低，且有更多的復元需求[10,11]，且基於生活品質能綜合反應個人對身心健康、復元需求、特定資源等主觀評價，因此生活品質變成了衡量有物質使用障礙議題者特別重要的復元指標[5,10-12]。

在新復元定義下所發展之「復元資本理論」(Recovery Capital theory)，除運用實證研究發現復元資本不僅反映個人「能否獲得能以邁入或維持復元之實質資源總合」[8,13,14]，資源的多寡對復元維持之時間長短也具高度預測力[12]，該理論主要包含個人復元資本 (personal recovery capital)、家庭/社會復元資本 (family/social recovery capital)、社區復元資本 (community recovery capital)、文化資本 (culture recovery capital) 等四個範疇[6,15,16]，且基於家庭/社會復元資本、社區復元資本、文化復元資本較容易受到個人復元或復發 (relapse) 產生變化、出現時而增加或減弱，因而研究指出個人復元資本有單獨預測個人能否邁入或維持復元之評估依據，且在

個人資本累積足夠下，不僅能促使個人得以成長與更積極發展、有能力學習消除生活阻礙之能力[17,18]外，還可自動化結合物質資本 (physical capital) 與人力資本 (human capital) [16]。

「物質資本」(即個人有形資產) 指的是個人能在生活中取得的實質資源，包括食物與營養、實物服務 (衣服、家具、工作工具)、安全的居住資源、交通工具、公共福利服務項目數 (如現金補助、津貼、醫療服務、休閒娛樂)、生活資訊 (如就業機會與職訓管道) 等；而「人力資本」(即個人無形資產) 指的是能實現目標的個人特質或能力 (如常識、可謀生的職業技能、人際互動技巧、穩定的情緒或心理狀態的健康、問題解決的能力、生理健康、遺傳性優勢、自尊、自我覺察力、自我效能、感受力、生活技能、希望、抱負) 等[15,18]。且Burns和Marks更進一步指出「物質資本」對個人成癮嚴重程度的預測面上尤其重要，因為當用藥者面臨缺乏穩定居住、收入、交通與生活所需的基本資源時，將更有可能經歷更嚴重的成癮議題[3]；當有物質使用障礙之成年人在居住、食物、安全等基本需求未獲滿足或資源匱乏時，面對朋友與親人的失聯時，將更容易誘發自殺與嚴重的心理健康議題，進而影響復元意願或退出成癮治療計畫[19]。

再者，有研究指出童年創傷經驗不僅是個人使用酒精與藥物 (含法定毒品) 的危險因子[20]，且成長中的創傷性壓力、憂鬱、自殘、自殺、焦慮經驗，也是許多青少年使用酒精和藥物的共通特徵，並持續影響到成年生活[20,21]。Cuomo等人便發現因毒品犯罪收容人在被監禁次數、少年犯罪經驗、拘留期的暴力行為與自殺企圖等，不僅高於平均值，且兒童創傷得分與自殺意圖較高，但復原力卻較低[22]；國內研究則亦發現不少女性使用毒品/藥物的理由，是為了抵禦家庭與社會帶來的壓力與負面情緒，與因應在家庭暴力與親密關係中的挫敗與被虐待[2]，顯見創傷經驗與使用成癮物質行為的關係。心理學家Khantzian和Albanese

提出之「自我藥療理論」(Theory of Self-Medication and Addiction)便認為：「感受痛苦，是導致個人成癮的核心議題」，由於人在情緒、自我價值、社會關係與行等層面感知到巨大痛苦時，成癮物質（如酒精與藥物）能發揮強大地緩解、移除與改變痛苦地作用，因而促使個人易對成癮物質產生依賴並落入疾病風險中，而這些痛苦廣泛包含了童年創傷經驗、貧乏的情感調節能力、憂鬱、創傷後壓力症候群、人格違常、焦慮、精神分裂、過動、貧窮、有壓力且無支持資源的生活情境等，且基於個人面對因使用成癮物質衍生併發症時（如膽妄），常因正式醫療資源取得不易或有被捕憂慮，將會再次復用以減緩身心痛苦[23,24]，甚至個人在面臨生活性資源的消失或減損所帶來的壓力性創傷，亦容易進一步誘發復發或終止成癮治療[5]。由上可知，伴隨創傷經驗產生的痛苦，不僅加劇個人對成癮物質之渴求，也將促使毒品施用者以施用成癮物質、因應生活中各類挫折與生活適應不良。

本研究考量象徵個人復元資本的「物質資本」以及「創傷經驗」，透過近年不少實證研究反映對個人成癮嚴重程度具解釋力，且「生活品質」可反映復元狀態；基於台灣國民生活品質已逐漸備受重視，隨著疾病型態的變化，死亡已不再是考量醫學衛生成效的唯一指標，如何活得長、也活得好，更已成為人們追求的目標[25]，加上目前國內公共衛生與社會科學等領域已有不少探討影響社會弱勢處境者生活品質之研究，但仍未見毒品施用者在此之列，因而提出以下研究問題：(一)探討象徵個人復元資本之「物質資本」（如財務狀況自評、工作與居住狀況、每月收入及居住地可獲得公共福利項目數等自變數）對毒品施用者生活品質各子範疇的影響；(二)探討創傷經驗對毒品施用者生活品質各子範疇的影響。期透過本研究進行，累積對探討影響台灣成年毒品施用者生活品質因素之研究，以利發展具實證基礎之本土化成癮復元介入服務策略。

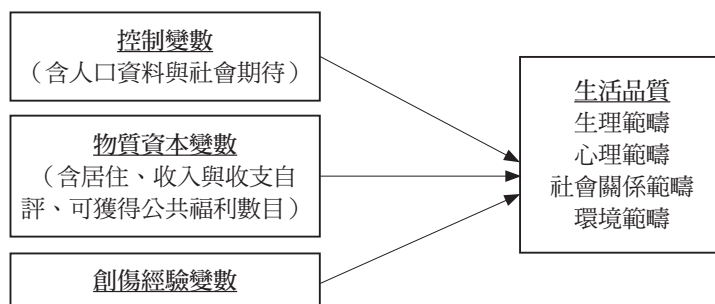
材料與方法

本研究資料來源為研究者博士論文，並進行重新分析與改寫。基於研究旨在探討影響成年毒品施用者的生活品質之相關因素，受訪樣本為已年滿20歲、有使用法定毒品經驗且現居在社區之成年毒品施用者。研究資料蒐集程序在通過台大研究倫理中心審查後，始進行問卷調查。基於施用法定毒品觸犯現行刑責之虞且實際母體未知，研究採立意抽樣，與藥癮社群網絡及社會服務單位合作（如毒品危害防制中心、更生保護會、醫院、社福團體），併行實體與網路問卷調查，資料蒐集時間為2018年5至7月。

實體調查前，研究者先提供服務藥癮者相關單位研究計畫綱要與訪談同意書，在獲得7個單位同意後，先排除處於急性戒斷期之對象，始發放231份實體問卷蒐集，計回收197份（回收率85.2%），有效問卷為184份（有效問卷率93.4%）。網路調查上，研究者是採用SurveyCake雲端網路問卷服務，進行前，先提供6個網路平台守門人研究計畫綱要與訪談同意書，以確保守門人充分了解研究目的，始提供受訪者招募訊息與網路問卷連結，訊息公布的同時，亦張貼不可公開標註符合受訪條件社員之提醒告示，以維護受訪者隱私；考量網路調查無機制可協助樣本代表性的篩選，因研究者以兩項原則進行篩選：(1)發現同一IP重複作答時，以第一份資料為主，(2)為維護填答品質，當填答時間低於5分鐘者亦予以剔除，共計觸及1,320人次，且回收221份網路問卷（回應率16.7%），有效問卷196份（有效問卷率88.7%）。

研究資料共計回收380份有效問卷，研究分析將依據研究問題中依變數（生活品質）與控制變數（受訪者基本資料、社會期待）、自變數（物質資本、創傷經驗）等研究關係進行，請見研究架構（圖一）：

生活品質測量，是運用姚開屏等人編譯之「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」（WHOQOL-BREF）[25-27]，此問卷涵蓋生理、心理、社會關係



圖一 研究架構

與環境四個範疇，包含兩題台灣本土化題項，總計28題，至少填答23題才算有效問卷。量表測量範疇包括：自覺健康2題，為整體評量題（題1,2）；生理範疇7題，含生理與獨立程度，Cronbach's α 為.76（含題3,4,10,15,16,17,18）；心理範疇6題，含心理、心靈、宗教、個人信念，Cronbach's α 為.70（含題5,6,7,11,19,26）；社會關係範疇4題，Cronbach's α 為.68（含題20,21,22,27）；4.環境互動範疇9題，Cronbach's α 為.75（含題8,9,12,13,14,23,24,25,28）。每題採Likert五點量表計分，分數越高表示生活品質越好，題3、4、26為反向題，其餘均為正向題；而反向題計分以6減去原始分數後，得出新得分。各範疇經標準化計分後加總，是先將各範疇題分加總後除以範疇題數，再乘以4，子範疇最低得分為4分，最高20分，總分80分。原始分量表內部一致性為0.70~0.77，整體問卷達0.91；再測信度為0.76~0.80[26]。本研究施測結果，整體生活品質各子範疇得分落在5~20分間，整體量表內部一致性為0.93，各分量表內部一致性為0.72~0.83。

個人基本資料上，包括生理性別、年齡、教育程度、婚姻狀況等人口變數，且為降低不同調查管道可能對資料蒐集結果產生的偏誤，參考劉素芬與孫世維之研究後[28]，將納入社會期待作為控制變數，並選取台灣本土社會讚許量表中因素負荷量最高的四題（0.46~0.79）[29]，以控制本研究之測量誤差。本研究施測結果，此量表內部一

致性為0.86。

對象徵個人復元資本之一的「物質資本」，其測量方式是根據文獻定義並蒐集受訪者財務自評狀況、工作、居住狀況，及居住地可獲得的公共福利項目數。財務狀況自評上，蒐集受訪者每月收入及收支狀況（包括入不敷出、收支平衡、有餘錢可以儲蓄三類）；工作狀況上，分為全職、兼職/打零工、待業/職訓輔導中等三類；居住狀況上，則分為自宅、租屋、借住或居無定所等三類；而上述變數放入階層迴歸模型前，均將重新編碼為虛擬變數。最後，以複選題方式蒐集受訪者在居住地可獲得之公共福利項目數（含生活性、用藥/成癮有關之資源），包括：完全沒有獲得任何福利項目、靈性輔導、同儕支持、心理輔導、一般醫療、美沙酮替代療法、福利補助、就業資源、家暴資源、娛樂資源、其他等11個選項，選擇完全沒有獲得者，以0分計，並將受訪者有勾選之項目數予以加總後，作為反映可實質獲得之公共福利項目總數，並以連續變數放入階層迴歸模型進行分析。

創傷經驗的測量是依據王藝陵改編陳淑惠等人在2002年本土化「創傷後心理症狀指標量表」（Posttraumatic Stress Reaction Index, PTSRI），涵蓋侵入、逃避、麻木與過度警醒四個創傷經驗範疇，發展出18題創傷後心理症狀指標短版量表（Posttraumatic Stress Reaction Index-Short Form; PTSRI-SF），原始量表內部一致性信度係數為0.91[30]。考量受訪者屬易受傷害族群，研究者獲原PTSRI作者同意更改量表內文，以

「負面經驗」取代「創傷經驗」，以降低受訪者答題時誘發之負面情緒；另第18題「刻意逃避醫院等地點」因不符合受訪者情境，予以刪除，其餘題項不變。綜上，本研究使用修正後17題創傷後心理症狀指標量表-短版，以測量受訪者創傷經驗，各題計分採Likert四點量表（0~3分），總分範圍為0-51分，分數越高表示創傷經驗越強，本研究此量表內部一致性為0.96。

本研究以SPSS22.0統計軟體進行資料分析，分析策略依序運用性統計分析各特性分布，並以皮爾遜積差相關檢視樣本基本特質，以單一樣本t檢定與台灣生活品質常模進行比較，最後再以階層OLS迴歸預測成年毒品施用者生活品質及其影響因素。為凸顯解釋變數關係及預測模型，進行階層迴歸時，先於預測模型中先放入控制變數與基本人口變數，在模型一加入物質資本自變數，模型二加入創傷經驗自變數，以檢視主要自變數對生活品質各子範疇的預測力。整體與各範疇生活品質之階層迴歸模型中，各自變數的變異數膨脹因子（VIF）分佈介於0.359~2.592間，且條件指數（CI）迴歸係數之變異數比例未有兩個以上大於50%，因此可排除階層迴歸模型中各自變數之共線性疑慮。

結 果

一、受訪者基本資料

整體受訪者以生理男性為多數（88.7%），年齡最年輕的為20歲，最年長的為63歲，平均年齡為35.45歲（SD = 9.14），將年齡分組後，以介於30-39歲的人數為最多（41.1%），20-29歲組次之（28.2%），40-49歲占22.1%，50-59歲占7.9%，60歲以上僅占0.8%。教育程度上，以大專/專科占最多數（43.2%），其次為國中以下（25.3%）、高中/職（22.6%）、研究所以上最少（8.9%）。婚姻狀況以未婚且單身者比例超過一半為最多（52.2%），其次為未婚有伴侶（27.2%）、已婚/離婚分居（12.4%），已婚且與伴侶同住者最少

（8.2%）。考量到受訪者可能有多元監禁經驗（如同時曾受被勒戒、戒治或入監），監禁經驗僅區分有與無，無監禁經驗者占46.6%，有監禁經驗者（含勒戒、戒治、入監）則有53.4%，詳見表一。

自變數中象徵個人復元資本的物質資本之各變數描述性統計，每月收入在3~4萬元（25.3%）和2~3萬元（24.2%）各約占四分之一，1萬元以下（20.5%）及4萬元以上（19.2%）則各約占二成。每月收支狀況有45.8%為收支平衡，25.8%有餘錢可儲蓄，28.4%為入不敷出。工作狀況以全職者最多（60.3%），其次為兼職/打零工（21.1%），待業/職訓/輔導中僅占18.7%。居住狀況以在自宅為最多（47.4%），其次是租屋（41.1%），有逾一成者借住他人家或居無定所。在目前居住地可獲得的公共福利項目數上，有14.5%表示完全沒有獲得任何公共福利。自變數的創傷經驗得分介於0~51分間，平均數為18.3。

依變數之生活品質各子範疇得分上，生理範疇介於7~20分間，心理範疇介於5~20分間，社會關係範疇介於5~20分間，環境範疇介於7~20分間，各子範疇平均數在13.0~14.1分間。各變數描述性統計請見表一。

二、毒品施用者物質資本、創傷經驗與生活品質四個子範疇的相關性分析

以皮爾遜積差相關檢視研究變數的相關性。結果顯示，生活品質各子範疇的相關係數介在0.63-0.76之間，表示彼此具顯著正向強相關，而創傷經驗則與生活品質各子範疇的顯著係數落在-0.44至-0.50之間，呈現顯著中等負向相關；可獲得公共福利項目數僅與環境範疇呈弱正相關，係數為0.15。詳見表二。

三、影響成年毒品施用者生活品質因素之階層迴歸分析

本研究先將控制人口變數（含生理性別、年齡、教育程度、婚姻狀況）與社會期待（控制變數）後，單純討論自變數與依變

表一 各變數描述性統計 (N=380)

		N	%	標準差
受訪者人口背景變數				
生理性別	男	337	88.7	
	女	43	11.3	
年齡	20-29歲	107	28.2	
	30-39歲	156	41.1	
	40-49歲	84	22.1	
	50-59歲	30	7.9	
	60歲以上	3	0.8	
教育程度	國小與國中（畢）	96	25.3	
	高中/職（畢）	86	22.6	
	大學/專科（畢）	164	43.2	
	研究所（含）以上	34	8.9	
婚姻狀況	未婚且單身	198	52.2	
	未婚有伴侶	103	27.2	
	已婚同住	31	8.2	
	已婚/離婚分居	47	12.4	
監禁經驗	無	177	46.6	
	有（含勒戒、戒治、入監）	203	53.4	
物質資本變數				
每月收入	不到1萬元	78	20.5	
	1~2萬元	41	10.8	
	2~3萬元	92	24.2	
	3~4萬元	96	25.3	
	4萬元以上	73	19.2	
收支狀況	入不敷出	108	28.4	
	收支平衡	174	45.8	
	有餘錢可儲蓄	98	25.8	
工作狀況	全職工作	229	60.3	
	兼職/打零工	80	21.1	
	待業/職訓/輔導中	71	18.7	
居住狀況	自宅	180	47.4	
	租屋	156	41.1	
	借住或居無定所	44	11.6	
可獲得公共福利資源項數	完全沒有	55	14.5	
	有1~9項	325	85.5	
自變數：創傷經驗			平均數（全距）	標準差
創傷經驗	侵入、逃避、麻木與過度警醒	380	18.31（5-51）	12.44
依變數：生活品質				
生活品質	生理範疇	380	14.1（7-20）	2.43
	心理範疇	380	13.1（5-20）	2.96
	社會關係範疇	380	13.0（5-20）	2.96
	環境範疇	380	13.9（7-20）	2.19

表二 創傷經驗、可獲得公共福利資源數與生活品質之相關分析 (N = 380)

變數	生理	心理	社會關係	環境	公共福利數量	創傷經驗
生理健康	1					
心理健康	.71***	1				
社會關係	.63***	.76***	1			
環境互動	.70***	.72***	.71***	1		
公共福利數量	.03	.07	.09	.15**	1	
創傷經驗	-.46***	-.50***	-.50***	-.44***	.00	1

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

數的關係（人口與控制變數迴歸分析結果，請見附表一）。分析策略，是在生活品質各子範疇之模型一，加入代表物質資本的財務自評（含每月收入與收支狀況）、工作狀況、居住狀況與居住地可獲得之公共福利項目數，考量部分變數為類別尺度，依據描述性統計將各虛擬變數得分最高者設為對照組，即將收支狀況之收支平衡為對照組、工作狀況之全職為對照組、居住狀況之自宅為對照組。爾後，再將創傷變數加入各子範疇模型二中，以進一步探討創傷經驗對模型的解釋力，詳見表三。

(一) 生理範疇生活品質的影響因素

生理範疇模型一顯示，控制人口變數與社會期待後，物質資本可解釋21%的生理範疇生活品質 ($F = 6.71, p < .001$)，每月收入與可獲得之公共福利數量是影響生理範疇模型一的重要因素，且有多餘錢儲蓄者較收支平衡者之生理範疇生活品質佳，借住或居無定所者較有穩定自宅居住者的生理範疇生活品質差。模型二加入創傷經驗後，模型解釋力增加10% ($F = 10.55, p < .001$)，在收支狀況與居住狀況的解釋結果與模型一相同，但可獲得公共福利項目數之解釋力變得不顯著，且可知創傷經驗得分越高者，生理範疇生活品質越差。

(二) 心理範疇生活品質的影響因素

心理範疇模型一顯示，控制人口變數與社會期待後，物質資本可解釋24%的心理範疇生活品質 ($F = 7.46, p < .001$)，每月收入與可獲得之公共福利項目數是影響生理範

疇模型一的重要因素，且有多餘錢儲蓄者較收支平衡者之心理範疇生活品質佳，借住或居無定所者較有穩定自宅居住者的心理範疇生活品質差。模型二加入創傷經驗後，模型解釋力增加10% ($F = 12.68, p < .001$)，且可知有相同創傷經驗得分者，居住狀況之組內差異將消失，且創傷經驗得分越高者，心理範疇生活品質也越差。

(三) 社會關係範疇生活品質的影響因素

社會關係範疇模型一顯示，控制人口變數與社會期待後，物質資本可解釋20%的社會關係範疇生活品質 ($F = 6.26, p < .001$)，每月收入與居住地可獲得之公共福利項目數是影響生理範疇模型一的重要因素，有多餘錢儲蓄者較收支平衡者之社會關係範疇生活品質佳，借住/居無定所者的社會關係範疇生活品質劣於自宅者。模型二加入創傷經驗後，模型解釋力增加12% ($F = 11.79, p < .001$)，且可知有相同創傷經驗得分者，居住狀況之組內差異將消失，且創傷經驗得分越高者，社會關係範疇生活品質也越差；值得注意的是模型二加入創傷經驗後，將釋放入不敷出者的社會關係範疇生活品質優於收支平衡者的效果，值得深究。

(四) 環境範疇生活品質的影響因素

環境範疇模型一顯示，控制人口變數與社會期待後，物質資本可解釋22%的社會關係範疇生活品質 ($F = 7.12, p < .001$)，每月收入、居住狀況、可獲得之公共福利數量是影響模型一的重要因素。有餘錢儲蓄者的環境範疇生活品質優於收支平衡組，租屋與

表三 毒品施用者生活品質影響因素之階層迴歸分析 (N = 380)

變數	生理		心理		社會關係		環境	
	b ¹ (SE)		b ¹ (SE)		b ¹ (SE)		b ¹ (SE)	
	模式一	模式二	模式一	模式二	模式一	模式二	模式一	模式二
人口與控制變數~物質資本	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
每月收入	.34 (.11) ***	.29 (.10) ***	.45 (.13) **	.39 (.12) ***	.28 (.13) *	.21 (.12) **	.39 (.11) ***	.34 (.10) **
收支狀況 (REF=收支平衡)								
入不敷出	-.17 (.27)	-.02 (.25)	-.04 (.33)	.16 (.30)	.56 (.33)	.77 (.30) *	-.41 (.27)	-.25 (.25)
有多餘錢儲蓄	.83 (.29) *	.85 (.27) *	.79 (.35) *	.82 (.32) *	1.20 (.36) **	1.23 (.32) ***	.82 (.30) **	.84 (.27) **
工作狀況 (REF=全職)								
兼職/打零工	-.11 (.34)	-.09 (.32)	.73 (.41)	.76 (.37)	.57 (.42)	.60 (.38)	.08 (.35)	.10 (.32)
待業/職訓/輔導中	-.20 (.46)	-.17 (.42)	.81 (.55)	.84 (.50)	.53 (.56)	.56 (.50)	.71 (.46)	.74 (.42)
居住狀況 (REF=自宅)								
租屋	-.35 (.25)	-.28 (.23)	-.46 (.29)	-.36 (.27)	-.43 (.30)	-.33 (.27)	-.58 (.25) *	-.51 (.23) *
借住/居無定所	-1.10 (.38) ***	-.83 (.36) *	-1.00 (.46) *	-.64 (.42)	-1.07 (.47) **	-.69 (.42)	-1.37 (.39) ***	-1.09 (.36) **
公共福利數量	.13 (.06) *	.10 (.05)	.24 (.07) ***	.20 (.06) *	.26 (.07) ***	.22 (.06) **	.24 (.06) ***	.20 (.05) ***
創傷經驗		-.07 (.01) ***		-.09 (.01) ***		-.10 (.01) ***		-.08 (.01) ***
模型顯著性 (F)	6.71***	10.55***	7.46***	12.68***	6.26***	11.79***	7.12***	11.65
R ²	.25	.35	.27	.37	.24	.38	.26	.38
ΔR ² (調整後的R ²)	.21	.32	.24	.40	.20	.35	.23	.35

¹: b為未標準化迴歸數值, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

居無定所者的環境生活品質均劣於自宅者。模型二加入創傷經驗後，模型解釋力增加12% (F = 11.65, p < .001)，且創傷經驗得分越高者，環境範疇生活品質也越差，其餘解釋結果與模型一相同。

討 論

受到過往犯罪與毒品多重污名的影響下，成年毒品施用者仍時常面對難以取得適切的生活資源，且也少有毒品施用者生活品質的本土研究。本研究聚焦於探討影響成年毒品施用者生活品質之因素，並透過研究分析，呈現影響成年毒品施用者生活品質之相關因素，整理二點研究發現與討論。

首先，回顧本研究動機即在反省受到犯罪預防意識形態的影響，臨床工作者可能時常擔心對用藥者提供有形之物質資源，將使其產生福利依賴或降低就業動機，提出研究問題(一)：探討象徵個人復元資本之「物質資本」對毒品施用者生活品質各子範疇的影響，經分析後之研究發現有：1.透過皮爾

遜積差相關之檢視毒品施用者居住地可獲得之公共福利項目數，僅與環境範疇生活品質為正相關，其餘則無；2.經階層迴歸分析可知，象徵個人復元資本之物質資本對生活品質的影響包括：(1)毒品施用者之每月收入與可獲得之公共福利數量，對生理、心理、社會關係與環境等生活品質子範疇，均有顯著解釋力；(2)毒品施用者之收支狀況自評上，可知有多餘錢可儲蓄者在其生理、心理、社會關係與環境等生活品質子範疇之表現，均顯著優於收支平衡者；(3)毒品施用者居住狀況上，借住或居無定所者在生理、心理、社會關係與環境範疇等生活品質範疇之表現，均顯著劣於自宅者；(4)毒品施用者工作狀況在本研究中，對生活品質各子範疇皆無發揮解釋力。本研究對物質資本影響生活品質之分析與討論，除呼應Burns和Marks對「物質資本」重視，值得探究的是發現工作狀況對生活品質各子範疇均無發揮解釋力，雖此變數解釋力可能是受到每月收入與收支狀況等變數所影響，但也可能反映出工作狀況並不具備直接預測這群

人生活品質之效果，並提出對成癮復元介入服務策略的建議，應反思當對毒品施用者提供以就業為導向的處遇服務時，應同時評估並看重他們的財務自評（含每月收入、收支狀況）、居住穩定度、可獲得之公共福利項目數，且不因其有全職工作，便停止輸送福利服務。

其二，針對研究問題(二)探討「創傷經驗」對毒品施用者生活品質各子範疇的影響，經分析後之研究發現有：1.透過皮爾遜積差相關之檢視，毒品施用者的創傷經驗與生活品質各子範疇（含生理、心理、社會關係、環境）皆為負相關，且達統計顯著；2.經階層迴歸分析可知：(1)創傷經驗在生活品質各子範疇之迴歸模型，均發揮顯著解釋力，且創傷經驗得分越高者，在生理、心理、社會環境與環境等生活品質範疇的表現也越差；(2)社會關係生活品質範疇之模型二在加入創傷經驗變數後，將釋放入不敷出者的社會關係範疇生活品質優於收支平衡者的效果，顯見收入平衡者之創傷經驗仍值得受到重視，且此結果很可能因收入平衡者外顯之生活需求不高，以至於內在創傷經驗容易被忽略所致；(3)根據研究分析，可支持「創傷經驗」確實應被視為是影響成年毒品施用者生活品質之重要因子。因此，本研究依據此研究結果挑戰過往常認為個人施用毒品（或復發）是為了追求快樂的通俗說法，在證實「創傷經驗」對生活品質各子範疇均能發揮統計上顯著之預測力下，呼籲應借重Khantzian和Albanese的「自我藥療理論」，以進一步探討成年毒品施用者施用與復發（relapse）之脈絡與動機。

最後，期透過研究之分析與發現，提供讀者了解「物質資本」與「創傷經驗」對成年毒品施用者「生活品質」之影響，提供對投身研究成癮復元領域或服務之研究者與實務人員，能進一步掌握象徵物質資本之變數、創傷經驗等二變數對生活品質各子範疇的解釋力，發展本土具實證基礎之成癮復元介入服務策略，累積有利這群人復元之物質資本（福利資源）及修復創傷經驗之助人服務。

研究限制

基於本研究為本研究採立意抽樣，且受訪者近九成為男性，故研究分析與解釋僅能代表以男性為主之成年毒品施用者生活品質分析，除推論上有其限制外，另提出三點研究限制。研究限制(一)：本研究為橫斷面研究，無法反應研究對象長期生活品質的變化，或廣泛地將影響生活品質之相關因素均一併納入(如家庭支持、戒治經驗、自我整飭等)。研究限制(二)：本研究資料蒐集上並無區分法定毒品施用類別、毒品等級、初次使用年齡，因此分析結果尚無法反映出異質性比較。研究限制(三)：本研究為降低不同調查管道可能對資料蒐集結果產生的偏誤，納入社會期待變數以做統計控制，且發現此變數在生活品質各子範疇階層迴歸模型一、二中皆具顯著解釋力，基於研究目的與問題，本研究未進一步解釋此變數對主要研究變數的影響。

致 謝

本篇改寫自作者博士論文，感謝指導老師台灣大學社會工作學系鄭麗珍名譽教授、接受問卷調查的毒品施用者、用藥者網路社群守門人、相關社福單位，及目前就讀美國亞利桑那州立大學社工學院博士班黃炤愷研究助理。

參考文獻

1. 衛生福利部、法務部、教育部、外交部：103年反毒報告書。<https://antidrug.moj.gov.tw/dl-78-3b2b4c5e-e9bb-4e00-8257-5211b3abcd57.html>。引用2023/01/10。
Ministry of Health and Welfare; Ministry of Justice; Ministry of Education; Ministry of Foreign Affairs, R.O.C. (Taiwan). Anti-drug report in 2014. Available at: <https://antidrug.moj.gov.tw/dl-78-3b2b4c5e-e9bb-4e00-8257-5211b3abcd57.html>. Accessed January 10, 2023. [In Chinese]
2. 林瑞欽、鄭添成、李易蓁：觸發不同用藥類型海洛因成癮者復發決意之生活事件比較研究。玄奘社會科學學報 2013；11：145-87。
Lin RC, Cheng V, Lee IC. Study on comparison of the critical life events which can enact the heroin abusers'

- relapse intention among single-drug-use group, double-drug-use group, and poly-drug-use group. *Hsuan Chuang J Soc Sci* 2013;**11**:145-87. [In Chinese: English abstract]
3. Burns J, Marks D. Can recovery capital predict addiction problem severity? *Alcohol Treat Q* 2013;**31**:303-20. doi:10.1080/07347324.2013.800430.
 4. Chen YC, Chen CK, Lin SK, Chiang SC, Su LW, Wang LJ. Health care service utilization and associated factors among heroin users in northern Taiwan. *Addict Behav* 2013;**38**:2635-8. doi:10.1016/j.addbeh.2013.06.023.
 5. Logan TK, Cole J. Subjective quality-of-life rating at substance use disorder treatment entry: associated client recovery needs and outcomes. *J Soc Work Pract Addict* 2023. doi:10.1080/1533256X.2023.2164967. [In press]
 6. Groshkova T, Best D, White W. The assessment of recovery capital: properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug Alcohol Rev* 2013;**32**:187-94. doi:10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x.
 7. SAMHSA. SAMHSA's working definition of recovery. Available at: <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Working-Definition-of-Recovery/PEP12-RECDEF>. Accessed January 10, 2023.
 8. White W. Toward a new recovery movement: historical reflections on recovery, treatment and advocacy. In: *Proceedings of the Recovery Community Support Program Conference: "Working Together for Recovery"*. Arlington, Va: Johnson Institute and Faces and Voices of Recovery, 2000.
 9. Committee on National Statistics; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Health Sciences Policy; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Measuring Recovery from Substance Use or Mental Disorders: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press, 2016; 20-4.
 10. Muller AE, Skurtveit S, Clausen T. Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health Qual Life Outcomes* 2016;**14**:39. doi:10.1186/s12955-016-0439-1.
 11. Muller AE, Skurtveit S, Clausen T. Validating the generic quality of life tool "QOL10" in a substance use disorder treatment cohort exposes a unique social construct. *BMC Med Res Methodol* 2016;**16**:60. doi:10.1186/s12874-016-0163-x.
 12. Kaskutas LA, Borkman TJ, Laudet A, et al. Elements that define recovery: the experiential perspective. *J Stud Alcohol Drugs* 2014;**75**:999-1010. doi:10.15288/jsad.2014.75.999.
 13. Granfield R, Cloud W. *Coming Clean: Overcoming Addiction without Treatment*. New York, NY: New York University Press, 1999.
 14. White W, Cloud W. Recovery capital: a primer for addictions professionals. *Counselor* 2008;**9**:22-7.
 15. Cloud W, Granfield R. Conceptualizing recovery capital: expansion of a theoretical construct. *Subst Use Misuse* 2008;**43**:1971-86. doi:10.1080/10826080802289762.
 16. Hennessy EA. Recovery capital: a systematic review of the literature. *Addiction Res Theor* 2017;**25**:349-60. doi:10.1080/16066359.2017.1297990.
 17. Daddow R, Broome S. Whole person recovery: a user-centred systems approach to problem drug use. *RSA Projects* 2010;**2010**:6-14.
 18. Duffy P, Baldwin H. Recovery post treatment: plans, barriers and motivators. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2013;**8**:6. doi:10.1186/1747-597X-8-6.
 19. Logan T, McLouth C, Cole J. Examining recovery status trends over 7-years for men and women clients of a substance use disorder recovery housing program. *J Drug Issues* 2022;**52**:527-46. doi:10.1177/00220426221083654.
 20. Kubany ES, Leisen MB, Kaplan AS, et al. Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychol Assess* 2000;**12**:210-24. doi:10.1037//1040-3590.12.2.210.
 21. Gonzales R, Anglin MD, Glik DC, Zavalza C. Perceptions about recovery needs and drug-avoidance recovery behaviors among youth in substance abuse treatment. *J Psychoactive Drugs* 2013;**45**:297-303. doi:10.1080/02791072.2013.825028.
 22. Cuomo C, Sarchiapone M, Giannantonio MD, Mancini M, Roy A. Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2008;**34**:339-45. doi:10.1080/00952990802010884.
 23. Khantzian EJ, Albanese MJ. *Understanding Addiction as Self Medication: Finding Hope Behind the Pain*. 1st ed., Lanham, MD: Rowman, Littlefield Publishers, 2008; 192.
 24. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of

- addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985;**142**:1259-64. doi:10.1176/ajp.142.11.1259.
25. 姚開屏、錢承君、張育誠等：台灣版WHO-QOL-OLD問卷之發展與驗證。台灣衛誌 2017；**36**：239-58。doi:10.6288/TJPH201736106018。
 - Yao G, Chien CC, Chang YC, et al. Development and validation of the WHOQOL-OLD in Taiwan. *Taiwan J Public Health* 2017;**36**:239-58. doi:10.6288/TJPH201736106018. [In Chinese: English abstract]
 26. 姚開屏：台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展與應用。台灣醫學 2002；**6**：193-200。doi:10.6320/FJM.2002.6(2).09。
 - Yao KP. Development and applications of the WHOQOL-Taiwan Version. *Formosan J Med* 2022;**6**:193-200. doi:10.6320/FJM.2002.6(2).09. [In Chinese: English abstract]
 27. 姚開屏：台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊。第二版。台北：國立台灣大學心理系，2005；171-2。
 - Yao KP. The Development and User Manual World Health Organization. Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) Taiwan Version. 2nd ed., Taipei: Department of Psychology, National Taiwan University, 2005; 171-2. [In Chinese]
 28. 劉素芬：權能激發觀點：受照顧者自我效能之量表發展與驗證。
 - Liu SF. Empowerment: development and validation of care-receiver self-efficacy scale. Available at: https://srda.sinica.edu.tw/datasearch_detail.php?id=1260. Accessed December 10, 2022. [In Chinese: English abstract]
 29. 廖玲燕：台灣本土社會讚許量表之編製及其心理歷程分析。台北：國立台灣大學心理學研究所碩士論文，2000。
 - Liao LY. The new scale of social desirability responding in Taiwan and psychological process analysis [Dissertation]. Taipei: Department of Psychology, National Taiwan University, 2000. [In Chinese: English abstract]
 30. 王藝陵：乳癌婦女的創傷後成長對其安適感之影響：手術距今時間、診斷期數及人格特質可能的調節角色。台北：國立台灣大學心理學研究所碩士論文，2010。doi:10.6342/NTU.2010.01373。
 - Wang YL. The effects of posttraumatic growth on well-being and moderating roles of time since surgery, stage of disease and personality traits in women with breast cancer [Dissertation]. Taipei: Department of Psychology, National Taiwan University, 2010. doi:10.6342/NTU.2010.01373. [In Chinese: English abstract]

附表一 毒品施用者生活品質影響因素之階層迴歸分析—人口與控制變數 (N = 380)

變數	生理		心理		社會關係		環境	
	模式一 b ¹ (SE)	模式二 b ¹ (SE)	模式一 b ¹ (SE)	模式二 b ¹ (SE)	模式一 b ¹ (SE)	模式二 b ¹ (SE)	模式一 b ¹ (SE)	模式二 b ¹ (SE)
常數	16.17 (1.04)	19.96 (.97)	16.09 (1.25)	17.4 (1.14)	15.37 (1.27)	16.49 (1.15)	15.53 (1.05)	16.38 (.97)
社會期待	-.18 (.03)	-.12 (.03)	-.28 (-.04)	-.20 (.04)	-.21 (.04)	-.12 (.04)	-.17 (.04)	-.10 (.03)
生理性別	-.07 (.38)	-.34 (.35)	-.49 (.45)	-.84 (.41)	-.03 (.46)	-.41 (.42)	-.39 (.38)	-.68 (.35)
年齡	-.03 (.01)	-.01 (.01)	-.04 (.02)	-.02 (.02)	-.06 (.02)	-.04 (.02)	-.02 (.01)	-.01 (.01)
監禁經驗	-.88 (.3)	-.79 (.28)	-.132 (.22)	-.120 (.33)	-.96 (.37)	-.36 (.41)	-.72 (.31)	-.62 (.28)
教育程度 (REF=大專/大學)								
國中 (含) 以下	-.11 (.37)	-.44 (.34)	-.32 (.44)	-.76 (.41)	.10 (.45)	-.36 (.41)	-.69 (.37)	-.104 (.35)
高中職	.17 (.34)	.05 (.31)	-.10 (.10)	-.26 (.37)	-.17 (.41)	-.34 (.37)	-.43 (.34)	-.56 (.31)
研究所	.37 (.44)	.09 (.41)	0.37 (.53)	0 (.48)	.19 (.54)	-.21 (.49)	-.05 (.45)	-.35 (.41)
婚姻狀況 (REF=單身且未婚)								
未婚有伴侶	.26 (.28)	.13 (.26)	.96 (.33)	.79 (.30)	1.52 (.34)	1.33 (.31)	.89 (.28)	.75 (.26)
已婚同住	.21 (.46)	.02 (.43)	.98 (.55)	.73 (.50)	2.23 (.57)	1.97 (.51)	.42 (.47)	.22 (.43)
已婚離婚/分居	.20 (.41)	.29 (.38)	.79 (.49)	.54 (.44)	1.17 (.50)	.91 (.45)	.25 (.4)	.05 (.38)

¹: b 為未標準化迴歸數值, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Factors influencing the quality of life of adults who use drugs

WEN-JU CHEN

Objectives: Following global trends, drug policy in Taiwan has shifted from goals of imprisonment and recidivism prevention to fostering a friendly medical environment and offering interdisciplinary addiction treatment and comprehensive social support networks to enable drug users to return to normal lives. This study investigated factors associated with the quality of life (QOL) of adults who use drugs. **Methods:** Using a structured questionnaire, this study investigated 380 individuals aged 20 years with experience of drug use through purposive sampling. Data were collected using the World Health Organization Quality Of Life Scale-BREF (Taiwan) to investigate the impacts of traumatic experiences and physical capital on QOL, and hierarchical regression was conducted. **Results:** Traumatic experiences and physical capital exhibited significant predictive power (35%–38%) for subcategories of QOL. Higher trauma experience scores were associated with lower QOL subcategory scores. **Conclusions:** Physical capital, including monthly income, revenue, expenditures, housing, and amount of accessible public welfare resources predicted subcategories of QOL. Furthermore, traumatic experience significantly predicted QOL among adults who used drugs. (*Taiwan J Public Health*. 2023;**42**(4):423-435)

Key Words: *adult drug user, quality of life (QOL), physical capital, traumatic experience*

Department of Social Work, National Taipei University, No. 151, University Rd., Sanxia Dist., New Taipei City, Taiwan, R.O.C.

Correspondence author E-mail: wenju.chen@gm.ntpu.edu.tw

Received: Mar 14, 2023 Accepted: Jul 10, 2023

DOI:10.6288/TJPH.202308_42(4).112022