

國立政治大學心理學系
碩士論文

指導教授:楊建銘 博士

提升減藥自我效能策略對原發性失眠患者
在助眠劑逐步減藥成效的影響

The Effect of a Self-Efficacy Enhancement Strategy on
Hypnotic Tapering in Patients with Primary Insomnia

研究生:曾承翔 撰

中華民國 99 年 12 月

致 謝

這一學期終於要結束我的碩士之旅了，雖然是一段非常漫長及辛苦的過程，但我從未想過要放棄，因為一路上到處都有我的貴人在幫助我，包括：指導教授、研究所同學、學長姐、睡眠研究室的大家、長庚許世杰醫師、兩位口試委員、實習的同伴、球隊的學弟們，以及我最親愛的家人及女朋友，有你們大家在背後鼓勵並支持我，我很幸福!!

接下來我要一一感謝大家，首先，感謝楊建銘老師四年多來的指導，除了臨床上的知識以外，我從其身上學到很多做事的態度及實事求是的精神更是我莫大的收穫。感謝長庚精神科許世杰醫師的大力協助，讓我得以順利收案，謝謝長庚精神科劉嘉逸醫師及輔大臨床心理系王鵬智老師願意擔任我的口試委員，並給我在研究上諸多具有建設性的建議。

感謝政大睡眠研究室的大家，首先是盈希學姐，在我研究過程當中給我很多建議及解決我很多大大小小的問題，其次是我的好同學彥霖及雅雯詹學姐，在研究等各方面只要我有需要都會給予我最大的協助，再來是失眠組的同伴們，包括昌偉學姐、涵茵學姐、明潔、佳琤、琬渝、裕婷，妳們都給我在研究上最直接且有效的建議，還有每次碰到都會關心我研究進度的晏瑄、鈺宸、映妤、哲虹等學弟妹，妳們的關心我都有感受到，最後也謝謝在我兩次口試都自發性的來協助我做記錄的偉誠。

感謝祝福我口試順利的各位，有你們的祝福我口試真的挺順利的，也祝福往後將要口試的同學及學弟妹一個個都比我還要更順利。

最後，感謝我的家人給我無條件的支持，沒有給我任何壓力，讓我在這求學

過程中都無後顧之憂，還有在我實習後一路陪伴我的偉婕，除了研究撰寫的協助，更重要的是心理上的支持，讓我可以持續保有完成論文的動力，謝謝妳。

2010/12



摘要

研究背景與目的：2008 年美國睡眠醫學會(American Academy of Sleep Medicine)對於失眠患者在助眠劑的臨床使用原則中(clinical guideline)，建議初次藥物治療的時間以 2 至 4 週較為適宜，後續是否繼續用藥則須專業醫師的重新評估，以降低身體對於藥物的依賴性及副作用的風險，但實際上許多失眠患者因擔心停用助眠劑就無法入眠，因此仍長期使用助眠劑。目前臨床上大都採用逐步減藥的方式協助患者降低助眠劑的使用，除了藥物因素會影響減藥成效之外，從心理因素來看，在過去研究指出自我效能會影響健康行為的改變，因此本研究將比較逐步減藥計畫加上提升減藥自我效能策略與單獨逐步減藥計畫對於原發性失眠患者在減藥上的成效。

研究方法：本研究的原發型失眠患者共 48 人(男 17 人，女 31 人，平均年齡 46.8 歲，平均使用助眠劑 66.7 個月)，被分為兩組進行 10 週的減藥介入計畫，一組為自我效能提升組($n=24$)，受試者減藥前先接受為期兩週的提升減藥自我效能策略，再進行 8 週的逐步減藥計畫，另一組為單純減藥組($n=24$)，受試者只進行 8 週的逐步減藥計畫。受試者每週均需填寫睡眠日誌、單題減藥自我效能量尺，以瞭解睡眠參數、減藥自我效能及助眠劑使用之情況。

研究結果：減藥成效方面，自我效能提升組在減少劑量的百分比顯著高於單純減藥組(自我效能提升組=78.62%；單純減藥組=64.10%)，且自我效能提升組在減藥前後劑量的改變也顯著高於單純減藥組(自我效能提升組=4.35 顆/週；單純減藥組=3.22 顆/週)，自我效能提升組在停藥人數的百分比上雖未顯著高於單純停藥組(自我效能提升組=29.2%；單純減藥組=16.7%)，但就整體結果來看均較為支持自我效能提升組在減藥的成效上是優於單純減藥組。減藥自我效能方面，在控制

住第 1 週的減藥自我效能後，提升減藥自我效能策略造成的減藥自我效能改變量仍可以有效解釋 21.9%的減藥百分比。

研究結論：自我效能提升組增加的提升減藥自我效能策略能有助於個案在執行逐步減藥計畫的成效，另外，提升減藥自我效能策略造成的減藥自我效能改變量是減藥百分比有效的預測因子。因此，減藥自我效能對於減藥成效來說，確實是一個可以著力的部分。

關鍵字：原發性失眠症、減藥、自我效能、助眠劑



The Effect of a Self-Efficacy Enhancement Strategy on Hypnotic Tapering in Patients with Primary Insomnia

Cheng-Hsiang Tseng

Abstract

Introduction : According to the 2008 clinical guidelines for insomnia by the American Academy of Sleep Medicine proposed, hypnotic use is recommended for short-term use for 2 to 4 weeks. However, many insomnia patients have difficulty to stop hypnotic use. In clinic practices, gradual tapering is usually applied in helping patients to reduce the hypnotic use. Previous studies have shown that self-efficacy of the patients are associated with medication tapering. The present study examine the effect of the institution of a self-efficacy enhancement strategy prior to gradual tapering plan on hypnotic tapering in patients with primary insomnia.

Methods : Forty-eight patients with primary insomnia (17 men, 31 women ; mean age of 46.8 years ; mean duration of hypnotics use of 66.7 months) were assigned to two groups: a self-efficacy enhancement group and a tapering group. Patients in the self-efficacy enhancement group ($n=24$) underwent a two-week self-efficacy enhancement strategy prior to an eight-week gradual tapering plan. Patients in the tapering group ($n=24$) participated in the eight-week gradual tapering plan only. The main outcome measures were sleep parameters from sleep diary, a single-item tapering self-efficacy rating scale, number of pills taken per week, and percentage of dosage reduction.

Results : The percentage of dosage reduction of patients in the self-efficacy enhancement group was significantly more than those in the tapering group (the self-efficacy enhancement group = 78.62% ; the tapering group = 64.10%). The number of pills taken per week also showed significantly more reduction for patients in the self-efficacy enhancement group than those in the tapering group (the self-efficacy enhancement group = 4.35 pills per week ; the tapering group = 3.22 pills per week). However, the percentage of drug-free patients at the end of the programs in the self-efficacy enhancement group was not significant different from those in the tapering group (the self-efficacy enhancement group = 29.2% ; the tapering group = 16.7%). Overall, the effect of hypnotic tapering in the self-efficacy enhancement group was better than those in the tapering group. In addition, linear regression showed that the tapering self-efficacy data showed that, after controlling baseline tapering self-efficacy, the change of tapering self-efficacy following the first two weeks of self-efficacy enhancement strategy can explain the variation of percentage of dosage reduction up to 21.9%.

Conclusions : The institution of self-efficacy enhancement strategy can increase the efficacy of gradual tapering plan for hypnotics. In addition, the level of tapering self-efficacy enhanced by the self-efficacy enhancement strategy is a good predictor for dosage reduction. This is a useful strategy that can be applied in clinical settings.

Key word : Primary insomnia; Tapering; Self efficacy; Hypnotic

目次

第一章 緒論	1
第二章 文獻探討	
第一節 失眠的流行病學研究.....	5
第二節 原發型失眠症的藥物治療.....	6
第三節 減藥計畫.....	8
第四節 減藥相關因子.....	11
第五節 自我效能.....	13
(一)自我效能來源.....	14
(二)提升減藥自我效能策略.....	17
第六節 研究架構與假設.....	17
第三章 研究方法	
第一節 研究對象.....	19
第二節 研究工具.....	20
第三節 研究程序.....	21
第四節 資料分析.....	24
第四章 研究結果	
第一節 受試者的人口學變項及其減藥前臨床特徵.....	27
第二節 人口學變項、睡眠參數與減藥百分比的相關.....	30
第三節 助眠劑的使用.....	31

第四節 睡眠資料.....	34
第五節 減藥自我效能.....	36

第五章 研究討論

第一節 減藥相關結果.....	39
第二節 減藥自我效能預測減藥百分比.....	41
第三節 研究限制與未來展望.....	42

參考文獻.....	46
-----------	----

附錄

附錄一 睡眠日誌.....	53
附錄二 減藥策略的療效研究.....	54
附錄三 成功減藥案例.....	55



表目次

表 3-3-1. 研究程序與工具使用時間.....	22
表 3-3-2. 提升減藥自我效能提升策略內容摘要.....	24
表 4-1-1. 自我效能提升組、單純減藥組之人口學變項及其減藥前臨床特徵....	28
表 4-1-2. 自我效能提升組、單純減藥組之使用藥物種類的人次分配.....	29
表 4-1-3. 自我效能提升組、單純減藥組之使用藥物數量的人數分配.....	30
表 4-2-1. 人口學變項與減藥百分比之相關.....	31
表 4-2-2. 睡眠參數與減藥百分比之相關.....	31
表 4-3-1. 自我效能提升組、單純減藥組減藥前後之助眠劑使用劑量.....	33
表 4-3-2. 自我效能提升組、單純減藥組之減藥百分比及停藥人數分配.....	34
表 4-4-1. 自我效能提升組、單純減藥組減藥前後之睡眠參數.....	35
表 4-5-1. 自我效能提升組、單純減藥組在減藥計畫前、中、後的減藥自我效能..	37
表 4-5-2. 減藥自我效能改變量與減藥百分比之階層迴歸.....	38
表 5-3-1. 自我效能提升組、單純減藥組在抗憂鬱劑使用與否的減藥百分比....	43
表 5-3-2. 自我效能提升組、單純減藥組在使用不同類型助眠劑的減藥百分比..	44

圖目次

圖 4-5-1. 自我效能提升組、單純減藥組在減藥計畫前、中、後的減藥自我效能..37



第一章 緒論

失眠是現代人常見的健康抱怨之一，過去流行病學研究調查指出，國外失眠的盛行率介於 10%~20%(Ford & Kamerow, 1989; Kim, Uchiyama, Okawa, & Liu et al., 2000; Pallesen, Nordhus, Niesen, & Johnson, 2001; Ohayon, 2002)，台灣地區失眠盛行率則介於 10%~25%，與國外相似，其中最常見的失眠類型為入睡困難(7.6%~14.6%)，其次為早醒(4.1%~13.9%)及睡眠維持困難(3.9%~13.4%) (Kao, Huang, Wang, & Tsai, 2008; Nomura, Yamaoka, Nakao, & Yano, 2005)。長期失眠除了造成夜間睡眠的困擾外，也造成病患的生活品質下降、憂鬱症風險上升及白天認知功能受損(Annie, Catherine, Celyne, & Charles, 2000)，同時也增加政府的醫療負擔(Morgan, Dixon, Mathers, Thompson, & Tomeny, 2003)。

當失眠患者就醫時，大部分仍是以藥物治療為主(Hajak & on behalf of the, 2001; Morin, LeBlanc, Daley, Gregoire, & Merette, 2006; Ohayon, Caulet, Priest, & Guilleminault, 1997; Ohayon & Hong, 2002)，也使得失眠患者使用助眠劑的比例偏高，在一般成人當中就約有3%~10%在使用助眠劑(Ohayon & Caulet, 1996)。雖然藥物有短期效果，但因為助眠劑可能會產生許多副作用，如：會改變睡眠結構(增加第1階段及第2階段的睡眠，減少慢波睡眠)(Parrino & Terzano, 1996)、夢遊及失憶(Ganzoni, Santoni, Chevillard, Sebillé, & Mathy, 1995; Praplan-Pahud, Forster, Gamulin, Tassonyi, & Sauvanet, 1990; Tsai et al., 2009)，且長期服用可能會出現對藥物的耐受性與依賴性(Gillin, Spinweber, & Johnson, 1989; Soldatos, Dikeos, & Whitehead, 1999)，因此在2008年美國睡眠醫學會(American Academy of Sleep Medicine; AASM)對於失眠患者在助眠劑的臨床使用原則(clinical guideline)中建議使用助眠劑應屬短期治療策略，在治療2至4星期後，是否持續用藥則須經由醫師再評估。另外，長期藥物治療方面，目前只有3種助眠劑(eszopiclone、ramelteon、

zolpidem extended - release)有研究支持在持續治療3至6個月下，相同劑量仍有療效，無明顯耐藥性及副作用的問題，但持續治療超過半年以上的時間，至今則未有充足的臨床證據支持其效用及安全性(Mayer et al., 2009; Krystal, Erman, Zammit, Soubrane, & Roth, 2008; Krystal et al., 2003; Perlis, McCall, Krystal, & Walsh, 2004)。

然而，目前很多助眠劑使用者的使用時間都超過建議的使用時間長度，由於減藥後的戒斷症狀，如：反彈性的失眠(入睡時間增加、睡眠持續時間減少、醒來時間增加)常常是會讓病人再次去用藥(Gillin et al., 1989)，因此為了使病人降低受到助眠劑的副作用及成癮依賴的影響，所以相繼出現一些減藥的計畫。從過去研究顯示失眠患者若使用逐步減藥的方式來進行減藥，會出現較少的反彈性失眠症狀(Belleville, Guay, Guay, & Morin, 2007; Greenblatt, Harmatz, Zinny, & Shader, 1987)，這類型的方式是目前較被支持及廣泛運用的減藥計畫。

從過去研究結果來看，逐步減藥計畫可幫助38%~64%(Baillargeon et al., 2003; Belleville et al., 2007; Morin et al., 2004)的長期失眠患者停止使用助眠劑，並減少在減藥的過程中可能發生的戒斷症狀(如：反彈性失眠、焦慮等)，雖然已有顯著的效果，但還可能有更加改善的空間。過去研究也曾在減藥過程加入失眠的認知行為治療(Cognitive Behavior Therapy for Insomnia; CBT-I)以了解其對於長期失眠患者減少助眠劑使用及維持停藥的效益，而從治療一結束後的助眠劑使用情形來看，研究結果並不一致，有兩個研究結果顯示同時進行CBT-I與減藥計畫的組別在停藥人數的比例上顯著高於只進行減藥計畫的組別(Baillargeon et al., 2003; Morin et al., 2004)，而在另一個的研究中，則未看到此顯著差異(Belleville et al., 2007)。然而再從追蹤結果發現，同時進行CBT-I與減藥計畫的組別與只進行減藥計畫的組別在長期追蹤停藥成效上並未達顯著差異(Belleville et al., 2007; Morin et al., 2004)。因此Morin等人認為CBT-I原本就是針對失眠困擾所設計的，對於減

少助眠劑此部分應屬於間接，所以對於失眠患者減藥來說，最重要的因素仍應為減藥計畫。

除了減藥計畫的不同對於減藥成效可能有影響之外，從失眠患者執行減藥的過程中，也發現一些影響減藥成功與否的因素，整體來說可以分為3類：藥物因素(如：初始的使用劑量、藥物依賴、藥物使用的時間長度等；Baillargeon et al., 2003; Gorgels et al., 2006; Voshaar et al., 2006)、心理因素(如：自我效能、高減藥動機，也就是減藥開始前病人靠自己將使用劑量大幅降低等；Belanger, Morin, Bastien, & Ladouceur, 2005; Voshaar et al., 2006)與其他因素(減藥計畫的有無、酒精使用與否、性別等；Voshaar et al., 2006)。然而過去研究失眠患者在減少助眠劑的使用上，著重心理因素的仍是相對少見，先前研究曾建議可以朝人格、共病、動機(Baillargeon et al., 2003)及用藥型態、準備好作改變的程度、自我效能、痛苦程度(Belleville et al., 2007)等變項作為未來研究的變項。這些變項當中的自我效能(self efficacy)在許多健康行為改變研究中，經常是重要的預測變項，不僅可有效預測戒菸(Baer, Holt, & Lichtenstein, 1986; Condiotte & Lichtenstein, 1981; Keller, Nigg, Jakle, Baum, & Basler, 1999)及減重(Linde, Rothman, Baldwin, & Jeffery, 2006)的成功與否，過去研究也顯示出自我效能與助眠劑減藥的成功與否有顯著相關(Belanger et al., 2005; O'Connor et al., 2004)，且在臨床上發現，因為患者害怕長期服用助眠劑可能產生的副作用及成癮依賴會對身體造成傷害，所以在心理上是想減藥的，卻又擔心自己沒辦法減藥，故行為上是繼續用藥的，顯現出患者在減藥上的自我效能可能是偏低的。因此，若能提升患者減藥時的自我效能，則將可能有助於減藥成效。

綜上所述，由於失眠的盛行率相當高，且失眠患者使用助眠劑的比例也偏高，因此眾多長期使用助眠劑的失眠患者除了可能需承受長期失眠所帶來的痛苦之外，同時也需面臨或擔心長期使用助眠劑可能產生的副作用及成癮依賴問題。

從過去失眠患者進行助眠劑減藥的研究中，可看到不同的減藥計畫方案，如：只進行逐步減藥計畫、CBT-I 加上逐步減藥計畫等，但減藥成效並未令人滿意。除了有無進行逐步減藥計畫明顯影響減藥成效之外，影響減藥成功與否的因素也不少，但目前大多數研究仍以藥物因素為主，心理因素相對較少。在眾多心理因素當中，自我效能(self efficacy)在許多健康行為改變研究中，經常是重要的預測變項，且過去研究也指出自我效能與減藥成效是有顯著相關的。因此，本研究從 Bandura(1977)提出的增進自我效能的 4 個方式(成就表現、替代經驗、言語說服、情緒激發)當中設計一套提升減藥自我效能策略，使失眠患者在進行逐步減藥計畫之前及過程中，能夠持續提升或維持其在減藥上的自我效能，以增加對於減藥計畫的執行力，使減藥成效有所提升。



第二章 文獻探討

第一節 失眠的流行病學研究

失眠是常見的心理健康問題之一，但由於不同研究對失眠的定義不盡相同，使得失眠盛行率的範圍有很大的歧異，根據 2007 年 Roth 針對不同失眠定義的盛行率所做的整理，從各國家或各區域其母群抽出的成人樣本當中，主要抱怨有一種或多種的失眠症狀，如：入睡困難、睡眠維持困難、睡眠無恢復性，其中部分研究也將早醒與睡眠品質不好納入失眠症狀之中，盛行率約有 30%，如：台灣的 25%(Kao et al., 2008)、義大利的 27.2%(Ohayon & Smirne, 2002)、加拿大的 29.9%(Morin et al., 2006;)、美國的 35.5%(Ohayon, 2008)及 36.3%(Roth et al., 2006)。其次，在 2005 年美國國家衛生研究院(National Institutes of Health; NIH)指出失眠診斷需增加由於失眠症狀所造成的白天功能受損或痛苦(distress)此條件，而符合此標準的失眠盛行率則一般約為 10%，如：葡萄牙的 10.1%(Ohayon & Paiva, 2005)。最後，若使用更嚴格的診斷標準，如：DSM-IV，額外增加的條件為失眠症狀至少持續一個月，且需排除是因為其他睡眠疾患、精神疾患、或其他一般性醫學狀況或物質使用的直接生理效應所造成，而符合此標準的失眠盛行率則仍有約 6%左右，如：德國的 4%(Hajak & on behalf of the, 2001)、南韓的 5%(Ohayon & Hong, 2002)、義大利的 7%(Ohayon & Smirne, 2002)。

綜上所述均明顯指出失眠問題不論是以何種標準來定義，盛行率皆相當高，因此是不容忽視的健康議題。

第二節 原發型失眠症的藥物治療

由於失眠的盛行率高，一般成人就約有 3%~10% 在使用助眠劑(Ohayon & Caulet, 1996)，因此在失眠患者族群當中使用助眠劑的比例相對更高。常見的助眠藥物就有好幾十種，大都作用於苯二氮平受體，助眠藥物的屬性即為此受體的促進劑(benzodiazepine receptor agonists)，其中包括新一代的非苯二氮平結構藥物(zolpidem、zopiclone、zaleplon 等)以及傳統的苯二氮平藥物(estazolam、flurazepam、quazepam、temazepam、triazolam 等)，而這兩類型藥物則主要是在半衰期長短及藥物作用位置有所差異(Korpi, Mattila, Wisden, & Luddens, 1997)。

傳統的苯二氮平藥物在西元約 1960 年開始用於治療失眠，這類型的藥物半衰期的範圍很廣泛，從數小時(如：triazolam)甚至到數天(如：flurazepam)都有，然而半衰期的長度與其殘餘效果是有相關的，半衰期較長的安眠藥物在隔日白天可能會有殘餘效果(如：白天嗜睡、頭暈眼花、頭暈等)，特別若是每晚使用更易造成其在血中濃度的上升而導致跌倒、車禍等意外發生，也可能影響認知表現(Gorenstein & Gentil, 1983)，故短效型的安眠藥物是較為被建議使用的。新一代的非苯二氮平結構藥物大都為短效型，半衰期從 1 小時(如：zaleplon)到 6 小時(如：eszopiclone)不等，故也減少殘餘效果對於失眠患者隔日白天的影響。

傳統的苯二氮平藥物與新一代的非苯二氮平結構藥物都是作用在 GABA_A 受器，GABA_A 受器又分成很多次型態(subtype)，新一代的非苯二氮平結構藥物作用的次型態位置較為專一，如：zolpidem 只作用於 $\alpha 1$ ，此位置與鎮定安眠及記憶功能相關，而傳統的苯二氮平藥物作用的次型態位置較多(如： $\alpha 1$ 、 $\alpha 2$ 、 $\alpha 3$ 、 $\alpha 5$)，部分位置則與認知、心理運動功能相關，故可以解釋可能會有認知及心理動作功能受損的副作用出現(Korpi et al., 1997)。

除了上述提及的殘餘效果、認知與心理運動功能受損之外，過去研究指出傳統的苯二氮平藥物也會改變睡眠結構，增加第 1 階段及第 2 階段的睡眠，減少慢波睡眠及快速動眼期睡眠(Parrino & Terzano, 1996)。然而，新一代的非苯二氮平結構藥物並非完全無副作用，從 1990 年使用至 2009 年陸續有由於 zolpidem 引起的前向失憶(anterograde amnesia)或夢遊(sleep walking)的個案報告(Tsai et al., 2009)及 3 個臨床研究(Ganzoni et al., 1995; Praplan-Pahud et al., 1990; Tsai et al., 2009)，第 1 個臨床研究指出 93 個手術病人使用 zolpidem 20 mg 與 midazolam 15 mg 相較於安慰劑(zolpidem 20 mg 與 midazolam 15 mg=45%；安慰劑=7%)明顯出現較多前向失憶(Praplan-Pahud et al., 1990)，第 2 個在瑞士地區的臨床研究指出 1972 個使用 zolpidem 的失眠患者當中約有 1.1% 的病人報告曾有出現過前向失憶或夢遊的副作用(Ganzoni et al., 1995)。第 3 個則是 2009 年在台灣地區的研究指出 255 個以 zolpidem(平均劑量 10 mg)治療失眠症狀的精神科病人當中(包括：精神分裂症、情緒疾患、睡眠疾患、焦慮疾患等)，有 5.1% 的病人報告曾有過前向失憶或夢遊的副作用(Tsai et al., 2009)。雖然只以原發性失眠患者為研究對象的臨床研究報告仍相對較少，但由於新一代的非苯二氮平結構藥物的副作用仍有其危險性存在，故目前已較被廣為注意及重視。

助眠藥物除了有副作用之外，還有長期使用可能造成的成癮依賴問題，因此美國食品衛生藥物管理局(Food and Drug Administration；FDA)在 2005 年前針對分類為助眠劑的藥物都有標示建議使用時間長度，大都以短期治療為原則，美國睡眠醫學會(American Academy of Sleep Medicine；AASM)對於失眠患者在助眠劑的臨床使用原則中(clinical guideline)建議在治療 2 至 4 星期後，醫師須再評估是否需要持續用藥。然而，由於美國國家衛生研究院認為失眠是長期的疾患，故需要長期的治療，也使得美國食品衛生藥物管理局在 2005 年通過 3 個新藥(eszopiclone、ramelteon、zolpidem extended-release)並不需標示建議使用時間長度此限制，但實際上可支持新一代的非苯二氮平結構藥物的長期治療的實徵研究仍

是相對較少，只有少數良好實驗控制的研究指出給予失眠患者新一代的非苯二氮平結構藥物治療(如：zolpidem、eszopiclone、ramelteon)，在持續3至6個月的治療下，相同劑量的藥物仍有效用，且停止使用後無明顯的反彈性失眠或成癮依賴問題，而常見的副作用為頭痛、焦慮及食慾降低等(Mayer et al., 2009; Krystal et al., 2008; Krystal et al., 2003; Perlis et al., 2004)，因此，目前大部份的助眠藥物仍是被建議短期使用，雖然少部份被認為可以長期服用，但若持續治療超過半年以上的時間，則未有充足的臨床證據支持其效用及安全性。

綜上所述，不論是傳統的苯二氮平藥物或新一代的非苯二氮平結構藥物，其可能產生的副作用及長期使用下可能形成的成癮依賴問題，會使失眠患者想要停藥，但長期使用後突然停藥可能出現的戒斷症狀(withdraw symptom)與反彈性失眠(rebound insomnia)，卻使失眠患者再持續服藥，因此當患者想減藥時，後續提及的逐步減藥計畫是可以在失眠患者進行減藥時有效降低戒斷症狀及反彈性失眠所造成的干擾。

第三節 減藥計畫

目前在臨床實務及研究上，被廣為使用的助眠劑減藥計畫為系統性減藥法(systematic discontinuation)，也稱作逐步減藥法(gradual tapering)。首先給病患逐步減藥的計畫表，說明將藉由約8至10週的治療時間來達到減藥或停藥的目標，由於減藥計畫表是個人化的，因此會針對病患使用藥物的類型、劑量及頻率做不同的設計。減藥計畫表的設計一般依以下原則：(1)目標設定，每週開始都會給予當週目標；(2)當病患使用的助眠劑超過一種類型以上，先幫其穩定使用單一種類；(3)每一至兩週減少一定比例的原使用劑量(如：25%)，直到最低有效劑量

為止；(4)加入不用藥的夜晚並逐漸增加天數；(5)進一步討論並計劃哪些夜晚可用藥或完全停藥，而且，此減藥計畫具有時間限制的本質，因此特別強調時間的設定(Voshaar et al., 2001)。

從過去研究結果來看，此減藥計畫可幫助 38%~64%(Baillargeon et al., 2003; Belleville et al., 2007; Morin et al., 2004)的長期失眠患者停止使用助眠劑，並減少在減藥的過程中可能發生的戒斷症狀(如：反彈性失眠、焦慮等)。然而，上述停藥成功率可能受到受試者流失率高或受試者動機高的影響而產生高估或低估的偏誤。首先，在 Baillargeon 等人(2003)的研究中，只有進行減藥計畫的組別其流失率相對較高，原有的 30 位受試者在減藥過程中就已流失了 6 位，但因為其中 5 位願意繼續填寫資料，故研究者仍將未完成減藥計畫的 5 人納入成為受試者，而使得停藥成功率可能因此降低成 38%。另外，在 Belleville 等人(2007)的研究中，研究者使用兩階段篩選受試者，在第 1 階段的電訪中 176 位可能的受試者除了不符合受試標準的 65 人外，還有 41 位也拒絕參加，且在進入第 2 階段臨床衡鑑過程的 70 位可能的受試者中，除了不符合受試標準的 12 人外，又有 5 位也拒絕參加，所以最後僅剩 53 位。而在進行減藥計畫過程中，未有任何受試者流失，顯示最終進入研究的受試者其減藥的動機可能較高，而使得停藥成功率可能因此高達 64%。

過去研究也曾加入失眠的認知行為治療(CBT-I)以了解其對於長期失眠患者減少助眠劑使用及維持停藥的效益，而從治療一結束後的助眠劑使用情形來看，研究結果並不一致，首先，在 Baillargeon 等人(2003)的研究中，同時進行 CBT-I 與減藥計畫的組別在停藥人數的比例上顯著高於只進行減藥計畫的組別(CBT-I 與減藥計畫組=77%；減藥計畫組=38%)，另外，在 Morin 等人(2004)的研究中，同時進行 CBT-I 與減藥計畫的組別在停藥人數的比例上也顯著高於只進行減藥計畫的組別(CBT-I 與減藥計畫組=85%；減藥計畫組=48%)，兩研究均顯示加入

CBT-I 對於長期失眠患者停藥的幫助相當顯著。然而，在 Belleville 等人(2007) 的研究中，同時進行 CBT-I 與減藥計畫的組別相較於只進行減藥計畫的組別在停藥人數的比例上並未達顯著差異(CBT-I 與減藥計畫組=72.7%；減藥計畫組=64%)，顯示加入 CBT-I 對於長期失眠患者停藥並未有明顯的幫助。

雖然加入 CBT-I 對於長期失眠患者在進行減藥計畫的停藥成效的研究結果並不一致，但是 CBT-I 在長期失眠患者進行減藥計畫時，對於睡眠指標的改善的研究結果則是一致的。首先，在 Morin 等人(2004)的研究中，從睡眠日誌的主觀睡眠指標上變化可發現，在治療前及治療一結束後的比較上，同時進行 CBT-I 與減藥計畫的組別及只進行 CBT-I 的組別，相較於只進行減藥計畫的組別，在總醒時間(total wake time)上都顯著降低的比較多。另外，在 Belleville 等人(2007) 的研究中，從睡眠日誌的主觀睡眠指標上則是看到同時進行 CBT-I 與減藥計畫的組別，相較於只進行減藥計畫的組別，在睡眠效率(sleep efficiency；SE)及總醒時間(total wake time；TWT)的改善上都是達顯著的，並且在睡眠嚴重度指標(insomnia severity index；ISI)的進步也是顯著的。

由於長期失眠患者在停止使用助眠劑後是很有可能再次使用的，因此過去研究大部份會進行半年至一年的追蹤，追蹤結果發現加入 CBT-I 對於長期失眠患者在進行減藥計畫的停藥成效也不一致。有研究顯示在第 3 個月追蹤時，同時進行 CBT-I 與減藥計畫的組別在停藥人數的比例上顯著高於只進行減藥計畫的組別(CBT-I 與減藥計畫組=67%；減藥計畫組=34%)，且在第 12 個月追蹤時，同時進行 CBT-I 與減藥計畫的組別在停藥人數的比例上仍顯著高於只進行減藥計畫的組別(CBT-I 與減藥計畫組=70%；減藥計畫組=24%)，顯示加入 CBT-I 幫助停藥的效益可維持長達一年以上，但此研究因為沒有安慰劑組(placebo group)，因此無法排除其他混淆變項(如：患者受到團體的支持與注意、治療師與患者的期待等)的影響，所以增加的成效不能完全歸因到 CBT-I(Baillargeon et al., 2003)。然

而，其他兩個研究顯示，同時進行 CBT-I 與減藥計畫的組別，相較於只進行減藥計畫的組別，雖然在治療一結束後停藥人數比例上是顯著較高的，但在追蹤階段，前組別的停藥人數比例下降，而後組別的停藥人數比例不變，因此兩組停藥人數比例差距變小，而分別在第 6 個月及第 12 個月的追蹤時，兩組的停藥人數比例已皆未有顯著差異存在，此結果顯示同時進行 CBT-I 與減藥計畫的組別其優勢隨時間下降，可能是因為受試者在 CBT-I 之中的行為治療的執行力逐漸降低所導致(Belleville et al., 2007; Morin et al., 2004)。

綜上所述，只進行減藥計畫約可幫助1/3~2/3的長期失眠患者停止使用助眠劑，加入CBT-I的介入方式，對於治療一結束及追蹤階段，對於停止助眠劑使用是否有增加的效益，研究結果則不一致，但對於睡眠的改善則有相當一致的結果。由於這方面的研究相對較少，且結果未有一致性，但從Morin等人一系列對長期失眠患者的減藥研究發現，加入CBT-I對於減藥可能是有效的，但是復發率可能也高，可能是因為CBT-I可減低減藥過程中出現的失眠症狀及焦慮，但治療結束後受試者對於行為治療的執行力降低。而且CBT-I原本就是針對失眠困擾設計的，對於藥物的影響應屬於間接，也就是說，此療法改善失眠後，藥物使用劑量才可能跟著下降；換句話說，對於失眠患者減藥最重要的成分之一為減藥計畫，而非CBT-I，Belleville等人(2007)的研究也認為減藥計畫及CBT-I是在處理不同的問題，減藥計畫主要是處理減藥上的問題，而CBT-I則是針對失眠上的問題。

第四節 減藥相關因子

除了減藥計畫的不同可能會影響減藥成效之外，從失眠患者執行減藥的過程中，過去研究也發現一些影響減藥成功與否的因素，但研究對象主要單以失眠患

者的研究相對較少(Baillargeon et al., 2003)，大多數則是以長期服用苯二氮平類藥物(BZD)的患者為研究對象，當中包括：失眠患者、焦慮患者等(Gorgels et al., 2006; Voshaar et al., 2006; Voshaar et al., 2003)，雖然研究對象不盡相同，但其大都是以苯二氮平類藥物(BZD)為主所進行的減藥計畫研究，並且大多著重在探討藥物相關的因素。過去研究指出「初始的使用劑量」可解釋減藥結果中13.7%的變異量(Voshaar et al., 2006)，若將初始的使用劑量分成高劑量組(高於5mg/day diazepam equivalent)與低劑量組，則勝算比(odds ratio)為0.07，顯著影響減藥成功與否(Baillargeon et al., 2003)，「藥物依賴」也可解釋減藥結果中4.8%的變異量(Voshaar et al., 2006)，再從「藥物使用的時間長度」來看，超過10年組相對於低於10年組的成敗相對比為0.2，也是顯著影響減藥結果(Gorgels et al., 2006)。其它因素中，影響力最大的為「減藥計畫的有無」，可解釋減藥結果中18.9%的變異量，「酒精使用與否」則可解釋減藥結果中8.2%的變異量(Voshaar et al., 2006)，而「性別」的勝算比為0.7(Gorgels et al., 2006)。因此，上述的研究結果顯示通常藥物使用劑量高、藥物依賴性高、藥物使用時間長、無執行減藥計畫、使用酒精者及女性，在進行減藥時需要較長時間且較難成功。

相較於藥物因素，心理相關的因素是較少被探討的，過去研究指出「高減藥動機」(減藥開始前病人靠自己將使用劑量降低至原使用劑量 50%以下)可解釋減藥結果中 12.5%的變異量(Voshaar et al., 2006)，而另一個較被重視的心理變項則為自我效能(Belanger et al., 2005; O'Connor et al., 2004)。在探討自我效能與 BZD 的減藥相關研究中，O'Connor 等人(2004)針對 33 名至少持續服用 8 週 BZD 為抗焦慮劑或助眠劑的焦慮症病人或失眠病人進行 20 周的減藥計畫研究指出，成功減藥組及未成功減藥組在減藥計畫前，兩組人的減藥自我效能分數沒有顯著差異，但在完成減藥計畫後成功減藥組的減藥自我效能卻有顯著的提高，針對成功減藥組 3 個月後的追蹤發現，復發的個案減藥自我效能分數有顯著的下降，甚至低於減藥計畫前的分數，而未復發的個案其減藥自我效能則有逐漸升高的趨勢。

另有 Morin 等人(2005)針對 52 名老年人的失眠患者進行 10 週的減藥計畫，研究中將受試分成單純減藥組及 CBT-I 合併減藥組，並要求個案每週自評減藥自我效能分數，結果顯示單純減藥組及 CBT-I 合併減藥組在治療結束後，兩組人的減藥自我效能分數未有顯著差異，然而，相較於未成功停藥組，成功停藥組的個案在第 10 週的減藥自我效能顯著較高，此臨床結果說明自我效能不是依個案接受的治療計畫變化，而是依照停藥是否成功而有所變化，另外，研究也指出成功停藥組及未成功停藥組在減藥計畫前的減藥自我效能分數是沒有顯著差異的。此研究的減藥計畫後的減藥自我效能與減藥結果有顯著相關此結果則是與上述研究一致，顯示可能是因為在減藥過程中，個案的減藥自我效能與減藥成效會互相影響所致，因此當個案知覺到成功的減藥後，其減藥自我效能也隨之提升，而提升的自我效能也會去影響減藥成效。

然而，過去減藥自我效能與減藥相關的研究只著重在現象的觀察，故僅能說明減藥自我效能對於減藥可能是重要的影響因素，而目前尚未有研究進一步去探討是否能藉由提升減藥自我效能來增加減藥成效，因此這是本研究欲探討的範疇。研究者從 Bandura(1977)提出的增進自我效能的 4 個方式(成就表現、替代經驗、言語說服、情緒激發)當中設計一套提升減藥自我效能策略，使失眠患者在進行逐步減藥計畫之前及過程中，能夠持續提升或維持其在減藥上的自我效能，同時也能增加失眠患者對於減藥計畫的執行力，以期在減藥計畫結束後，對於失眠患者在減藥成效上能有所提升。

第五節 自我效能

根據 Bandura 的定義，自我效能為個人在面臨各種情境下能夠產生特定行為

的自信能力。自我效能會持續影響行為的開始與維持階段：在開始階段，自我效能會影響行為的選擇；在維持階段，自我效能會影響個人願意付出多少努力以及面對各種阻礙與困難時，能夠繼續堅持下去的程度(Bandura, 1977)。

自我效能對健康行為的影響(如：減重、戒菸等)在許多研究中均已被證實。自我效能的程度可以用來預測行為的開始與維持，也就是說自我效能是個體願不願意從事健康行為以及會不會復發的有效預測因子。在針對體重過重的個案(87%為女性)進行 8 週的減重計畫研究發現，自我效能與減重行為有高相關，自我效能在減重計畫期間能夠預測體重控制行為與體重改變，也就是說在減重計畫期間，自我效能愈高，體重控制行為與體重改變也愈高(Linde et al., 2006)。

在針對吸菸者進行的戒菸計畫研究發現，計劃介入後的自我效能可以有效預測復發情況，也就是說高自我效能者復發率較低，低自我效能者較容易復發(Baer et al., 1986; Conditte & Lichtenstein, 1981)。在針對老年人的健康行為研究也發現，運動、飲食、體重控制、吸煙、喝酒此 5 項健康相關行為，都與自我效能有相關，有高自我效能的老年人在這 5 項健康相關行為的表現上，都優於低自我效能的老年人(Grembowski et al., 1993)。另外，從跨階段模式理論來看吸菸者處於不同階段與自我效能的關係，發現隨著越靠近成功階段，自我效能也越來越高，顯示出自我效能與戒菸行為的高相關(Keller et al., 1999)。因此，若能提高失眠患者的減藥自我效能，則有可能可以提升減藥的成功率。然而，如何提升及維持病患自我效能，應從 Bandura(1977)提出人們如何建構自我效能開始。

(一) 自我效能來源

Bandura(1977)提出自我效能信念主要是由以下 4 個主要的訊息來源所建構的：(1)成就表現(performance accomplishments)、(2)替代經驗(vicarious experience)、(3)言語說服(verbal persuasion)、(4)情緒激發(emotion arousal)。任何

已知的影響，可以透過各式各樣的形式出現，在其中可能包含一種或是多種有關效能訊息的來源，而從這些來源獲得的資訊，只有在我們解釋為自己能力的指標時才有影響，分為上述 4 點簡述如下：

1. 成就表現(performance accomplishments)

成就表現指的是個人行為表現結果或是過去熟悉的經驗。成就表現是最具影響力的效能訊息來源，因為它提供個人成功與否最具權威性的證據。成功經驗會對個人效能建立起一種強韌性的信念，但失敗則相反，失敗會對個人效能產生損害，特別是發生在效能感尚未建立穩固時更是如此。相較其他 3 個來源的影響，成就表現產生最強與最具類化性的效能信念。成功經驗通常會提高個人效能信念，重複的失敗則會降低它，特別是在事件的早期發生失敗，若同時無法將失敗歸因為努力不足，或是不利的外在環境所造成的更是如此。雖然成功經驗是個有力的說服者，但不必然一定會提高個人效能，相對來說失敗也並非一定會降低個人效能，因為效能的改變主要是受到訊息的認知處理歷程，也就是說個人如何解釋表現比表現本身重要。同理，相同的成功經驗可能會使個人效能提高、降低、或是不受影響。相較過去經驗，因為效能判斷包含更多訊息，所以個人知覺到的效能被認為對於行為結果是更好的預測因子。過去研究曾以提升大學生數學能力的自我效能為目的，其提升自我效能策略中運用成就表現為來源，進行方式為受試者完成一組難度適中的數字序列測驗後，控制組未得到任何回饋，而實驗組得到正向的回饋，結果得到正向回饋的受試者，對於未來選擇數學相關課程能得高分的信心是顯著較高的。此一結果說明正向的成就表現是有可能提升自我效能的 (Luzzo, Hasper, Albert, Bibby, & Martinelli, 1999)。

2. 替代經驗(vicarious experience)

人們不是只有靠成就表現此單一訊息來源來評斷自身的能力，效能評估有部份是透過模範者的成就所影響的，稱之為替代經驗。對大部分的活動來說，沒有

適當的絕對標準，所以當人們想知道自己能力時，常常需要從旁去做比較。當個人認為表現優於團體標準時，效能信念則會增強，反之則減弱。常被當作比較對象的有同學、同事、競爭對手、甚至在不同情況下卻付出相同努力的人。模範行為所伴隨的結果必須是清楚的，因為這樣可以傳達更多有關效能的訊息。多變化的模範比單一的模範來得有說服力，因為當不同特徵的人都可以成功的完成任務時，對於觀察者而言，就產生了一個合理的基礎去增進自我效能感。另外，當模範者與觀察者的相似性愈高，觀察者對於結果較不易做其他的歸因，就容易提高自我效能感。過去研究曾以提升戒菸的自我效能為目的，其提升自我效能策略當中，使用與受試者特徵(性別、年齡、工作型態…等等)的相似性高或低的戒菸書籍來提供替代學習的來源，結果特徵相似性高的戒菸書籍，提升受試者自我效能的程度顯著較高(Webb, Simmons, & Brandon, 2005)。另外，產後哺乳的母親觀看成功哺乳的影片，會有較高的哺乳自我效能，這也是藉由提供替代學習的來源所達成的結果(Kingston, Dennis, & Sword, 2007)。

3. 言語說服(verbal persuasion)

言語說服是一個被廣為使用的方式，因為它是簡單且容易進行的。它是一個增強人們擁有達成任務所需能力的信念之方法。當陷入困難時，重要他人表現對你能力的相信會比懷疑你的能力，更容易使自己維持效能感。單純的口語說服對效能感的提升是很有限的，但是在合理範圍內給予正向的評價是可以促進自我改變的。說服的訊息如果可以使個體有充分理由去相信時，個體就會透過行動展現出成果來。過去研究也指出產後哺乳的母親若有先生或母親的讚美，則會有較高的哺乳自我效能，這可能是藉由提供言語說服及成就表現的來源所達成的(Kingston, Dennis, & Sword, 2007)。

4. 情緒激發(emotion arousal)

人們某種程度上也會根據自己的生理狀態(如：心跳速率與呼吸)所傳達的訊

息來判斷自身的能力。在有壓力的情境下，人們常會將生理上的激發解釋成不祥的預兆，因為高激發通常會干擾表現。相較於高激發狀態，當人們沒有感受到嫌惡激發時，人們較易期待結果是成功的。效能的生理指標不單只限於生理激發，例如：當活動涉及力量與精力的展現時，疲勞、疼痛、喘氣都是低效能的指標。

(二) 提升減藥自我效能策略

經由上一小節可清楚了解自我效能來源為何，且透過研究證實是可以藉由前3個來源去提升自我效能，而第4個來源目前則未有相關文獻明顯佐證其效力，因此本研究將使用前3個來源來設計策略內容。

本研究的提升減藥自我效能策略，將應用到Bandura的3個訊息來源(成就表現、替代經驗、言語說服)，提升個案減藥自我效能以達到助眠劑減量的成效。此提升失眠患者減藥自我效能的策略，包括兩部份，分別為：「減藥計畫的認識」與「減藥成功個案的討論」，前者主要透過言語說服及成就表現此兩訊息來源，呈現失眠藥物的減藥計畫及其臨床研究證據，後者主要透過替代經驗及言語說服此兩訊息來源，呈現過去成功減藥的案例，目的均為提升患者對於減藥的自信心以改變健康行為。

第六節 研究架構與假設

回顧過去相關文獻，國外有關失眠患者執行減藥計畫後停藥的成功率為38%~64%(Baillargeon et al., 2003; Belleville et al., 2007; Morin et al., 2004)，因此還可能有改善的空間。過去許多文獻指出自我效能這項構念在健康行為改變上扮演重要的角色，因此本研究想藉由自行設計的提升減藥自我效能策略協助失眠患

者提升減藥自我效能，使其在減藥計畫的執行中，能夠更有效及確實，以提高失眠患者在減藥上的成效。

因此研究目的主要為探討減藥前提升減藥自我效能是否有助於逐步減藥計畫的成效。本研究將受試者分成兩組，第一組為自我效能提升組，主要接受本研究自行設計的提升減藥自我效能策略及逐步減藥計畫；第二組為單純減藥組，主要接受逐步減藥計畫。

本研究假設自我效能提升組因為額外接受提升減藥自我效能策略，使其在減藥前的減藥自我效能提升，因此在減藥上的成效會顯著的優於單純減藥組。具體假設如下：

1. 相較於單純減藥組，自我效能提升組有較高的平均減藥百分比 $\{[(\text{減藥前劑量}-\text{減藥後劑量})/\text{減藥前劑量}] \times 100\%$ 及平均每週使用劑量的減少較多。
2. 相較於單純減藥組，自我效能提升組的停藥人數比率較高。
3. 提升減藥自我效能策略造成的減藥自我效能改變量，能有效解釋減藥百分比。

第三章 研究方法

第一節 研究對象

本研究個案來自北部某醫學中心精神科、睡眠障礙門診，篩選出符合本研究目的之原發性失眠患者參與，患者需經臨床醫師晤談評估符合 DSM-IV-TR 原發性失眠(Primary Insomnia)的診斷，其主要診斷標準為患者抱怨有入睡困難、維持睡眠困難或睡眠無恢復性，且此症狀已持續 1 個月以上，其次，此睡眠障礙已造成臨床上顯著痛苦、損害社會或職業功能，另外，此睡眠障礙需排除是由於其它睡眠相關疾患、精神相關疾患、物質使用或一般性醫學狀況的直接生理效應所造成。除此之外，患者仍需經臨床醫師晤談評估，排除有睡眠相關疾患或精神相關疾患共病的情形。

此外，患者目前的失眠症狀在藥物治療後需達到穩定的狀態，即至少 4 星期助眠劑使用劑量沒有增加，並於門診時經臨床醫師評估後可以開始減少助眠劑使用者。臨床醫師初步篩選出合適患者並告知可參與本研究計畫後，再轉介於予研究者詳細說明研究流程與目的，並確認患者同時也符合以下的條件後，即邀請參與本研究：

- (1) 年齡介於 18~65 歲。
- (2) 學歷為國小畢業以上，能夠自行填寫問卷及評估量表。
- (3) 在過去 3 個月當中，使用助眠劑超過 50% 的天數，每星期至少使用 3 次。
- (4) 非輪班工作者，此類型人的工作特性容易引發晝夜節律性的睡眠問題。
- (5) 以 BZD 類或 BZRA 類藥物為助眠劑。若合併抗憂鬱劑使用者，抗憂鬱劑僅提供減緩失眠所造成的情緒症狀，且能配合在減藥期間不改變抗憂鬱劑治療劑量。
- (6) 為求減藥程序的一致性，使用單種助眠劑者劑量以 1 顆為限，使用兩種助眠劑者各為 0.5 顆。

本研究共由醫師轉介 77 名受試者，分別為單純減藥組 44 名及自我效能提升組 33 名。在 44 名單純減藥組的受試者當中有 3 人因為身體狀況而停止減藥(1 人因腸胃發炎、1 人因骨折跌倒、1 人因婦科問題)，3 人因為失眠症狀惡化而停止減藥(1 人因壓力因素、1 人因感冒、1 人因減藥加重焦慮症狀)，14 人在研究期間不願意配合填寫睡眠日誌與問卷，合計共排除 20 人，故此組別最後共有 24 名個案資料可供分析。在 33 名自我效能提升組的受試者當中有 4 人失眠症狀惡化而停止減藥(皆因壓力因素)，5 人在研究期間不願意配合填寫睡眠日誌與問卷，合計共排除 9 人，故此組別最後共有 24 名個案資料可供分析。

第二節 研究工具

一、睡眠日誌(Sleep Diary)(合併藥物使用日誌及單題減藥自我效能量尺)

「睡眠日誌」(附錄 1)在本研究中主要用以了解患者減藥歷程中睡眠狀態的變化及助眠劑使用狀況。患者在早上起床後評估前一晚的睡眠狀態，睡眠日誌所提供的參數包括入睡所需時間(sleep-onset latency, 簡稱 SOL；躺床後試圖睡覺，直到睡著為止的時間)、入睡後醒來總時數(wake after sleep onset, 簡稱 WASO；入睡後整晚醒來的時間總數)、總睡眠時數(total sleep time, 簡稱 TST；實際睡著的時間，由睡眠日誌中總躺床時間減去入睡時間及入睡後醒來總時數)、睡眠效率(sleep efficiency, 簡稱 SE；躺床總時間除以睡眠總時間的百分比)，並以 5 點量表評估夜間睡眠品質與白天嗜睡程度。參與本研究的患者在開始進行減藥前，需先填寫 1 週的睡眠日誌以建立基礎值(baseline)，在 8 週的減藥過程以及追蹤的 1 星期也都必須填寫，合計共需填寫 10 週。

「藥物使用日誌」是為了解病患每日藥物使用狀況及減藥進度，當中包含藥物的使用類型、每天使用劑量，若有減藥所產生的不舒服及任何戒斷症狀也請個案一併記錄在日誌中。在本研究進行的過程，病患須每日詳盡填寫助眠藥物使用的狀況。

「單題減藥自我效能量尺」，是參照 Belanger 等人在 2005 年自我效能與減藥相關研究中的測量方式，於 8 週減藥的過程中，每週測量個案減藥自我效能的強度，當為每位受試者設定下週的減藥目標後，再請個案評估並記錄對於下週能夠完成目標的減藥自我效能的強度。本研究減藥自我效能的評估，請個案自評對每週減藥的信心程度，由 0% 到 100%，0% 代表對於能否達成接下來一週的減藥目標「一點信心也沒有」，100% 則是代表對於能否達成接下來一週的減藥目標「充滿信心」。題目如下：

『您對於完成下週減藥目標的信心程度為何？0% 代表一點信心也沒有；100% 代表充滿信心，請從 0~100 選則一個最適合您目前信心程度的數字。』

第三節 研究程序

整體研究時間共計 10 週，於門診中經臨床醫師評估後符合診斷與納入條件，研究者將向個案解釋本研究的目的與流程，待其同意參與之後，填寫基本資料，教導個案填寫睡眠日誌及相關問卷。單純減藥組及自我效能提升組皆需進行「減藥計畫」，首先，在第 1 週(門診)設定第 2 週減藥的劑量，減藥過程中另需回診兩次，分別在第 5 週與第 10 週，除了需要回收個案在家填寫的日誌外，在兩次回診時間均提供與「電話追蹤」相同的訊息，並調整及訂定下週的減藥計畫，不教導任何行為改變的技巧。另外，只有自我效能提升組會在前兩週進行「提升減藥自我效能策略」。整體 10 週將進行的研究程序與工具使用時間如表 3-3-1 所示。

表 3-3-1

研究程序與工具使用時間

			第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週	第 5 週	第 6 週	第 7 週	第 8 週	第 9 週	第 10 週	
自我效能 提升組	減藥 計畫	自我效能問卷	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	
		睡眠日誌	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
		減藥計畫		v	v	v	v	v	v	v	v		
		減少劑量百分比	0%	12.5 ~ 25%	25%	37.5 ~ 50%	50%	62.5 ~ 75%	75%	87.5 ~ 100%	100%		
		門診	v				v	(v) ¹					v
		電話追蹤		v	v	v	(v)	v	v	v	v		
	提升 減藥 自我 效能 策略	減藥計畫的認識	v										
		減藥個案的討論		v									
	單純 減 藥 組	減藥 計畫	自我效能問卷	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
			睡眠日誌	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
減藥計畫				v	v	v	v	v	v	v	v		
減藥劑量百分比			0%	12.5 ~ 25%	25%	37.5 ~ 50%	50%	62.5 ~ 75%	75%	87.5 ~ 100%	100%		
門診			v				v	(v)					v
電話追蹤				v	v	v	(v)	v	v	v	v		

註¹：第 5 週若無法回診，可以選擇在第 6 週回診

減藥計畫

過去研究採用的減藥方式，大部分研究請個案在減藥的過程中，每週與治療者見面，進行約 10~15 分鐘的討論，討論內容包括檢視前一週減藥的概況、失眠症狀的改變程度、了解個案是否有身體的不適等(Morin et al.,2005; Belanger et

al.,2005)。近期針對失眠患者所作的減藥研究，調整患者回診時間為兩次，分別在第 5 週、第 10 週，未回診的時間則以電話追蹤方式進行(Belleville et al., 2007)，亦有類似過去每週回診的療效。本研究採取 Belleville 等人(2007)的減藥方式，程序如下：

1. 每個禮拜的開始設定當週的減藥目標。
2. 若使用兩種以上的藥物幫助睡眠，協助其減少劑量至可使用單一藥物。
3. 每兩週減少 25% 的劑量，直到最低劑量到達為止，原則上會設定減藥時間的基準點：第 3 週結束前減少 25% 的劑量、第 5 週結束前減少 50% 的劑量、第 9 週結束前減少 100% 的劑量。
4. 當達到最低治療劑量即加入不使用藥物的夜晚，可視病患準備程度以及戒斷症狀來調整，於設定減藥目標時與病患討論不使用藥物的日子，並事先設定哪幾天用藥或是不用藥。

電話追蹤

電話追蹤時間大約為 5~10 分鐘，主要目的係進行受試者下週減藥目標的調整及訂定，可回答病患詢問藥物相關問題及藥物的衛教，但不提供任何行為改變的技巧。在電話追蹤過程中需提醒受試者填寫當週應完成的問卷，在第 4 週、第 9 週時提醒個案下週須回診。

提升減藥自我效能策略

(1) 減藥計畫的認識

由研究者向受試者進行減藥計畫的講解(附錄2)，目的為使受試者了解並相信減藥策略，內容包括助眠劑的減藥原則、減藥前的準備工作、逐步減藥策略及其臨床研究證據。本研究將透過失眠藥物衛教使病人有正確的用藥觀念，減少對藥物的擔心，並了解逐步減藥的成效，進而增加後續減藥的信心。另外，並向受試者強調過去失敗的減藥經驗可能是由於沒有正確的減藥策略所致，以減少其過去失敗經驗的負面影響。此為利用Bandura自我效能理論的「言語說服」與「成就表現」來源。此部份進行約30分鐘。

(2) 減藥個案的討論

由研究者向受試者以影片及紙本方式呈現成功減藥患者的經驗談(附錄3)，目的為透過模範(modeling)使受試者了解在減藥過程中可能發生的真實歷程而有所心理預期，也透過與模範執行相同的減藥策略增加受試者對於能成功減藥的信心。個案討論內容包括成功減藥患者分享長期失眠的感受、減藥期間的感受、最好的經驗、最差的經驗、如何持續減藥、想要告訴減藥的人的話，並由研究者與病患進行相關討論。成功減藥患者經驗談是經由研究者與臨床個案訪談後改編而成，製成個案影片播出。紙本部份進行時會從受試者本人所填寫的基本資料中的性別、年齡、職業、失眠年數、使用助眠劑年數等，佯裝為另一位成功減藥患者的基本資料，以增加兩者的相似性。此為利用Bandura自我效能理論的「替代經驗」與「言語說服」來源。此部份進行約30分鐘。提升減藥自我效能策略內容摘要如表3-3-2所示。

表 3-3-2

提升減藥自我效能策略內容摘要

執行時間	內容摘要	理論依據(訊息來源)
第1週	減藥計畫的認識:失眠藥物的減藥計畫及臨床研究證據。	言語說服、成就表現
第2週	減藥個案的討論:呈現成功減藥患者的經驗談	替代經驗、言語說服

第四節 資料分析

資料分析程序將分成兩個部份，第1部份目的為確認兩組在人口學變項與

減藥前臨床特徵的差異，以獨立樣本 t 檢定及卡方檢定分析上述變項的差異。第 2 部份則針對不同研究假設進行驗證。

本研究第 1 項研究目的是想驗證除了逐步減藥計畫之外，若同時再給予提升減藥自我效能策略是否可使減藥成效表現更好，而由於減藥成效有 3 個不同的依變項，因此為了瞭解自我效能提升組與單純減藥組在減藥成效上的差異，分析方式將根據依變項的性質採用其合適的統計檢定，首先，當依變項為減藥百分比(%)時，使用獨立樣本 t 檢定，分析組別(自我效能提升組及單純減藥組)在減藥百分比上的差異，其次，當依變項為助眠劑使用劑量(顆/週)時，使用 2 因子混合變異數分析，分析組別(自我效能提升組及單純減藥組)與時間(第 1 週及第 10 週)在助眠劑使用劑量上的主要效果及交互作用效果，使用 t 考驗(單尾)進行交互作用的事後比較，以 Bonferroni 法校正其 α 值，最後，當依變項為完全停藥人數時，使用卡方檢定分析兩組(自我效能提升組及單純減藥組)在完全停藥人數比率是否有所差異。另外，再以減少劑量百分比達 50% 與否為切截點(Baillargeon et al., 2003)，將兩組(自我效能提升組及單純減藥組)個案再分成顯著減藥組(減藥百分比高於 50%)及未顯著減藥組(減藥百分比低於 50%)，當依變項為各小組的人數時，使用卡方檢定分析兩組(自我效能提升組及單純減藥組)在顯著減藥與否此變項，人數比率是否有所差異。

第 2 項研究目的是想瞭解提升減藥自我效能策略對於減藥百分比有多少的解釋力，因為減藥自我效能主要有 3 個測量的時間點，第 1 個為第 1 週的自我效能(SE1)，為提升減藥自我效能策略尚未實行之時，第 2 個為第 2 週的自我效能(SE2)，為提升減藥自我效能策略介入結束且開始減藥之時，第 3 個為第 10 週(SE10)，為追蹤階段之時，由於主要探討提升減藥自我效能策略造成的減藥自我效能改變與減藥成效的關係，因此將 SE2-SE1 表示尚未開始減藥前，提升減藥自我效能策略造成的自我效能改變量，再將 SE10-SE2 表示減藥開始至結束的自

我效能改變量，故自我效能有 3 個變項：SE1、SE2-SE1、SE10-SE2，本研究根據研究目的使用階層迴歸為統計方法，以減藥百分比(%)為依變項，先將 SE1 此變項放入階層迴歸，再將主要探討的 SE2-SE1 此變項放入階層迴歸，以瞭解在扣除 SE1 對於依變項的解釋力後，SE2-SE1 對依變項能增加多少的解釋力，最後再將 SE10-SE2 此變項放入階層迴歸進行分析。



第四章 研究結果

第一節 受試者的人口學變項及其減藥前臨床特徵

本研究收案人數共 77 人，排除不符合收案標準的個案 29 人(自我效能提升組 9 名；單純減藥組 20 名)，自我效能提升組有 24 人(女性 15 名與男性 9 名)，單純減藥組也有 24 人(女性 16 名與男性 8 名)，共計有 48 人納入統計分析，本研究以卡方檢定檢驗兩組個案流失的比率，結果顯示未達顯著差異($\chi^2_{(1)}=2.655$ ， $p=.103$)。同樣再以卡方檢定檢驗性別的比例分配上有無差異，結果顯示也未達顯著差異($\chi^2_{(1)}=.091$ ， $p=.763$)。其他的人口學變項及其減藥前臨床特徵如表 4-1-1 所示。人口學變項方面，年齡及教育年數於統計考驗均未達顯著差異。減藥前臨床特徵方面，包括失眠持續時間、助眠劑使用時間、每週使用劑量、減藥自我效能、睡眠參數(入睡所需時間、入睡後醒來總時間、總睡眠時數、睡眠效率)等變項於統計考驗也均未達顯著差異。

表 4-1-1

自我效能提升組、單純減藥組之人口學變項及其減藥前臨床特徵

變項	組別				t 值	p 值
	自我效能提升組		單純減藥組			
	(n=24)		(n=24)			
	Mean	SD	Mean	SD		
年齡(年)	48.29	9.92	45.37	8.60	1.088	.282
教育(年)	12.83	3.19	13.04	3.01	-.233	.817
失眠持續時間(月)	103.17	60.59	86.33	112.24	.647	.521
助眠劑						
使用期間(月)	79.50	48.74	53.83	71.47	1.454	.153
使用劑量(顆/週)	5.56	1.74	5.46	1.69	.210	.834
減藥自我效能(%)	52.50	17.32	61.67	26.48	-1.419	.163
睡眠參數						
SOL ¹ (分)	40.90	19.92	46.07	34.29	-.636	.528
WASO ¹ (分)	45.45	29.34	58.12	49.54	-1.072	.289
TST ¹ (分)	387.07	52.98	401.55	84.18	-.702	.487
SE ¹ (%)	81.72	8.06	78.94	10.99	.993	.326

註 1：SOL 表示入睡時間、WASO 表示入睡後醒來總時間、TST 表示總睡眠時數、SE 表示睡眠效率。

減藥前藥物種類及使用狀況

本研究個案在助眠劑的使用種類人次分配如表 4-1-2 所示，由於部分個案助眠劑合併抗憂鬱劑的使用，故以統計人次表示，自我效能提升組內使用短或中效助眠劑者 21 人次、使用長效助眠劑者 3 人次、合併使用抗憂鬱劑者 9 人次，單

純減藥組內使用短或中效助眠劑者 22 人次、使用長效助眠劑者 5 人次、合併使用抗憂鬱劑者 10 人次。

表 4-1-2

自我效能提升組、單純減藥組之使用藥物種類的人次分配

變項	組別	
	自我效能提升組	單純減藥組
	33 人次	37 人次
藥物種類		
短、中效助眠劑	21	22
長效助眠劑	3	5
抗憂鬱劑	9	10

註：各組人數實為 24 人，但因為部分個案同時使用兩種助眠劑或單種助眠劑及抗憂鬱劑，故統計量以人次表示之。

本研究個案在助眠劑的使用數量人數分配如表 4-1-3 所示，因為個案用藥的類別並未重複，故以統計人數及百分比表示，自我效能提升組內只使用單種助眠劑者有 11 名(45.8%)、使用兩種助眠劑者有 4 名(16.7%)、單種助眠劑合併抗憂鬱者劑使用者有 9 名(37.5%)，單純減藥組內只使用單種助眠劑者有 9 名(37.5%)、使用兩種助眠劑者有 5 名(20.8%)、單種助眠劑合併抗憂鬱者劑使用者有 10 名(41.7%)。

表 4-1-3

自我效能提升組、單純減藥組之使用藥物數量的人數分配

變項	組別	
	自我效能提升組	單純減藥組
	(n=24)	(n=24)
	人數(百分比)	人數(百分比)
藥物使用		
單種助眠劑	11 (45.8%)	9 (37.5%)
兩種助眠劑	4 (16.7%)	5 (20.8%)
單種助眠劑+抗憂鬱劑	9 (37.5%)	10 (41.7%)

第二節 人口學變項、睡眠參數與減藥百分比的相關

人口學變項與減藥百分比的相關

人口學變項與減藥百分比的相關如表 4-2-1，結果顯示減藥百分比與失眠問題持續時間有達顯著負相關($r = -.361, p < .05$)，顯示失眠問題持續越久則減少劑量百分比越低。減藥百分比與用藥持續時間有達顯著負相關($r = -.289, p < .05$)，顯示用藥時間持續越久則減少劑量百分比越低。減藥百分比與減藥前劑量有達顯著負相關($r = -.369, p < .05$)，顯示減藥前劑量越高則減少劑量百分比越低。其他變項則與減藥百分比皆未達顯著相關。

表 4-2-1

人口學變項與減藥百分比之相關

變項		性別	年齡	教育程度	失眠問題持續時間	用藥持續時間	減藥前劑量	減藥經驗有無
減藥百分比	<i>r</i>	-.033	-.151	.195	-.361	-.289	-.369	-.166
	<i>p</i> 值	.823	.305	.183	.012*	.047*	.010*	.261

* $p < .05$

睡眠參數與減藥百分比的相關

睡眠參數與減藥百分比的相關如表 4-2-2，結果顯示第 1 週所有的睡眠參數與減藥百分比皆未達顯著相關。

表 4-2-2

睡眠參數與減藥百分比之相關

變項		SOL ¹	WASO ²	TST ³	SE ⁴
減藥百分比	<i>r</i>	-.077	-.133	-.013	.132
	<i>p</i> 值	.605	.371	.932	.375

註 1：SOL 表示入睡時間；註 2：WASO 表示入睡後清醒總時間；註 3：TST 表示入睡總時間；註 4：SE 表示睡眠效率。

第三節 助眠劑的使用

兩組減藥前後的助眠劑使用狀況

本研究兩組個案減藥前(第 1 週)與減藥後(第 10 週)的助眠劑使用狀況如下，由於有個案在未滿 8 週即達成停藥的狀態，因此減藥期間此變項，自我效能提升組平均為 7.83 週($SD=.48$)，單純減藥組平均為 7.54 週($SD=1.28$)，未達顯著差異($t_{(46)}=1.041$ ， $p=.303$)。在減藥百分比上，自我效能提升組平均為 78.62%($SD = 18.26$)，單純減藥組平均為 64.10%($SD=32.27$)，達顯著差異($t_{(46)}=1.918$ ， $p<.05$)。在助眠劑使用劑量上，如表 4-3-1 所示，使用 2 因子混合變異數分析，以組別(自我效能提升組及單純減藥組)為獨立因子與時間(第 1 週及第 10 週)為相依因子，結果顯示組別($F_{(1,46)}=1.108$ ， $p=.298$)此效果項未達顯著差異，而時間($F_{(1,46)}=244.949$ ， $p<.001$)、時間 \times 組別的交互作用($F_{(1,46)}=5.483$ ， $p<.05$)此兩效果項均達顯著差異，而因為時間此效果項達顯著，使用 t 考驗進行事後比較，以 Bonferroni 法校正其 α 值為 .05/2(.025)，結果顯示自我效能提升組在第 10 週的助眠劑使用劑量上顯著小於第 1 週($t_{(23)}=14.037$ ， $p<.001$)，單純減藥組在第 10 週的助眠劑使用劑量上也顯著小於第 1 週($t_{(23)}= 8.669$ ， $p<.01$)。另外，因為交互作用此效果項也達顯著，使用 t 考驗進行事後比較，以 Bonferroni 法校正其 α 值為 .05/2(.025)，結果顯示自我效能提升組在第 1 週的助眠劑使用劑量與單純減藥組未達顯著差異($t_{(46)}= -.210$ ， $p=.834$)，而自我效能提升組在第 10 週的助眠劑使用劑量則顯著小於單純減藥組($t_{(46)}= 2.027$ ， $p=.024$)。

表 4-3-1

自我效能提升組、單純減藥組減藥前後之助眠劑使用劑量

變項	組別				ANOVA					
	自我效能提 升組 (n=24)		單純減藥組 (n=24)		時間		組別		時間 x 組別	
	Mean	SD	Mean	SD	F 值	效果量	F 值	效果量	F 值	效果量
時間(週)										
第 1 週	5.56	1.74	5.46	1.69	244.95***	.842	.298	--	5.483*	.107
第 10 週	1.21	1.01	2.24	2.27						

* $p < .05$. *** $p < .001$

兩組減藥百分比人數分配

兩組減藥百分比及停藥人數分配如表 4-3-2 所示，自我效能提升組內減少劑量百分比落在 0%~50% 有 6 人(25%)，51%~100% 有 18 人(75%)，其中完全未減藥者為 0 人，完全停藥有 7 人(29.2%)。單純減藥組內減少劑量百分比 0%~50% 有 9 人(37.5%)，51%~100% 有 15 人(62.5%)，其中完全未減藥有 1 人(4.2%)，完全停藥有 4 人(16.7%)，過去研究除了以停藥與否探討減藥結果，也曾以顯著減藥與否(減少劑量是否達 50%)來探討減藥結果(Baillargeon et al., 2003)，因此本研究使用卡方檢定中的百分比同質性檢定，分析組別(自我效能提升組及單純減藥組)與顯著減藥與否(減藥百分比超過 50% 或 50% 以下)此兩變項，以檢驗兩組減藥結果的比例分配上有無差異，結果顯示未達顯著差異($\chi^2_{(1)}=.873$ ， $p=.350$)。而使用卡方檢定分析兩組(自我效能提升組及單純減藥組)的停藥人數百分比，結果也未達顯著差異($\chi^2_{(1)}=1.061$ ， $p=.303$)。

表 4-3-2

自我效能提升組、單純減藥組之減藥百分比及停藥人數分配

變項	組別		卡方值	p 值
	自我效能提升組	單純減藥組		
	(n=24)	(n=24)		
人數(百分比)	人數(百分比)			
減藥百分比			.873	.350
0%~50%	6 (25.0%)	9 (37.5%)		
51%~100%	18 (75.0%)	15 (62.5%)		
停藥人數	7 (29.2%)	4 (16.7%)	1.061	.303

第四節 睡眠資料

兩組減藥前後的睡眠參數

本研究兩組個案減藥前(第 1 週)與減藥後(第 10 週)睡眠參數如表 4-4-1 所示，使用 2 因子混合變異數分析，以組別(自我效能提升組及單純減藥組)為獨立因子與時間(第 1 週及第 10 週)為相依因子，分析以下 4 個依變項(SOL、WASO、TST、SE)，結果顯示 SOL 在時間($F_{(1,45)}=.248, p=.621$)、組別($F_{(1,45)}=.000, p=.997$)及時間×組別의 交互作用($F_{(1,45)}=1.529, p=.223$)此 3 個效果項均未達顯著差異。WASO 在時間($F_{(1,45)}=1.724, p=.196$)此效果項未達顯著差異，但組別($F_{(1,45)}=5.169, p<.05$)及時間×組別의 交互作用($F_{(1,45)}=4.393, p<.05$)此兩效果項均達顯著差異，而因為交互作用此效果項達顯著，使用 *t* 考驗進行事後比較，以 Bonferroni 法校正其 α 值為 $.05/2(.025)$ ，結果顯示單純減藥組在第 1 週的 WASO 與自我效能

提升組未達顯著差異($t_{(45)}=1.072$, $p=.289$), 但單純減藥組在第 10 週的 WASO 則顯著大於自我效能提升組($t_{(45)}=3.047$, $p<.01$)。TST 在時間($F_{(1,45)}=2.190$, $p=.146$)、組別($F_{(1,45)}=.014$, $p=.907$)及時間×組別的交互作用($F_{(1,45)}=1.926$, $p=.172$)此 3 個效果項均未達顯著差異。SE 在時間($F_{(1,45)}=.903$, $p=.347$)、組別($F_{(1,45)}=3.163$, $p=.082$)及時間×組別的交互作用($F_{(1,45)}=1.380$, $p=.246$)此 3 個效果項也均未達顯著差異。

表 4-4-1

自我效能提升組、單純減藥組減藥前後之睡眠參數

變項	組別				ANOVA					
	自我效能提升 組($n=24$)		單純減藥 組($n=24$)		時間		組別		時間 x 組別	
	Mean	SD	Mean	SD	F 值	效果量	F 值	效果量	F 值	效果量
SOL(分)										
第 1 週	40.90	19.92	46.07	34.29	.248	--	<.001	--	1.529	--
第 10 週	44.00	22.31	38.79	21.53						
WASO(分)										
第 1 週	45.45	29.34	58.12	49.54	1.724	--	5.169*	.103	4.393*	.089
第 10 週	41.42	24.18	75.67	49.24						
TST(分)										
第 1 週	387.07	52.98	401.55	84.18	2.190	--	.014	--	1.926	--
第 10 週	386.25	39.91	376.07	90.56						
SE(%)										
第 1 週	81.72	8.06	78.94	10.99	.903	--	3.163	--	1.380	--
第 10 週	82.02	6.15	76.16	11.75						

* $p<.05$

第五節 減藥自我效能

兩組在減藥計畫前、中、後的減藥自我效能

本研究兩組個案在減藥計畫前(第 1 週、第 2 週)、減藥計畫中(第 5 週)及減藥計畫後(第 10 週)的減藥自我效能如表 4-5-1 及圖 4-5-1 所示。在第 1 週的減藥自我效能，自我效能提升組平均為 52.50($SD=17.32$)，單純減藥組平均為 61.67($SD=26.48$)，未達顯著差異($t_{(46)}=1.419$ ， $p=.163$)；在第 2 週的減藥自我效能，自我效能提升組平均為 74.58($SD=12.59$)，單純減藥組平均為 61.25($SD=25.76$)，達顯著差異($t_{(46)}=-2.278$ ， $p<.05$)；在第 5 週的減藥自我效能，自我效能提升組平均為 73.75($SD=9.47$)，單純減藥組平均為 58.42($SD=30.32$)，達顯著差異($t_{(41)}=-2.349$ ， $p<.05$)；在第 10 週的減藥自我效能，自我效能提升組平均為 77.50($SD=10.83$)，單純減藥組平均為 56.50($SD=32.04$)，達顯著差異($t_{(42)}=-3.017$ ， $p<.01$)。從折線圖顯示，相較於單純減藥組，開始減藥前的自我效能提升組在第 1 週的減藥自我效能較低(但未達顯著差異)，經過提升減藥自我效能策略後，第 2 週的減藥自我效能有顯著的增加，甚至顯著高於單純減藥組，在開始減藥後，自我效能提升組的減藥自我效能就無明顯的變化，而單純減藥組則是在減藥前、中、後都無明顯變化。

表 4-5-1

自我效能提升組、單純減藥組在減藥計畫前、中、後的減藥自我效能

變項	組別				t 值	p 值	效果量
	自我效能提升組		單純減藥組				
	(n=24)		(n=24)				
	Mean	SD	Mean	SD			
第 1 週 ¹	52.50	17.32	61.67	26.48	1.419	.163	--
第 2 週 ²	74.58	12.59	61.25	25.76	-2.158	.027*	.101
第 5 週	73.75	9.46	58.42	30.23	-2.349	.024*	.119
第 10 週	77.50	10.83	56.50	32.04	-3.017	.004**	.178

註¹：尚未有任何介入時

註²：自我效能提升組的提升減藥自我效能策略結束，即將開始減藥之時

* $p < .05$. ** $p < .01$

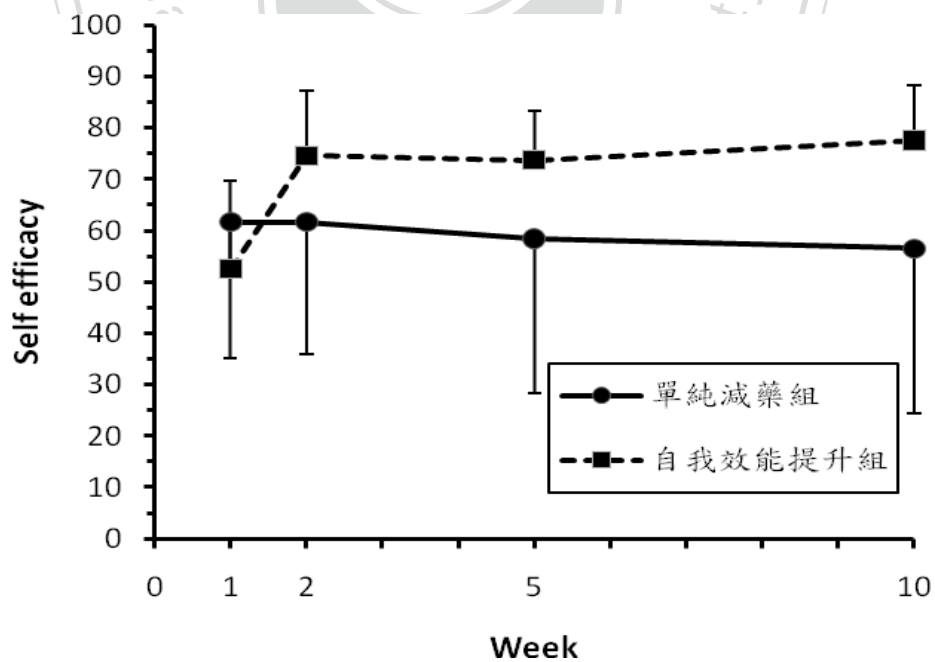


圖 4-5-1 自我效能提升組、單純減藥組在減藥計畫前、中、後的減藥自我效能

提升減藥自我效能策略與減藥百分比的關係

本節使用階層迴歸此統計法分析提升減藥自我效能策略與減藥百分比的關係，如表 4-5-2 所示，將 SE1、SE2-SE1、SE10-SE2 此三變項依序進入階層迴歸中分析，結果顯示只放入 SE1 此變項的解釋力($R^2=.151$)就已達顯著水準($F_{(1,42)}=7.487$, $p<.01$)，在控制 SE1 此變項後，SE2-SE1 此變項增加的解釋力($\Delta R^2=.219$)也達顯著水準($\Delta F_{(1,41)}=14.238$, $\Delta P<.01$)，最後，在控制 SE1 及 SE2-SE1 此兩變項後，SE10-SE2 此變項增加的解釋力($\Delta R^2=.321$)也達顯著水準($\Delta F_{(1,40)}=41.531$, $\Delta P<.001$)。

表 4-5-2

減藥自我效能改變量與減藥百分比之階層迴歸

預測變數	R	R^2	調整過 後的 R^2	ΔR^2	ΔF	ΔP
SE1	.389	.151	.131	.151	7.487	.009**
SE1, SE2-SE1	.608	.370	.339	.219	14.238	.001**
SE1, SE2-SE1, SE10-SE2	.831	.691	.668	.321	41.531	<.001***

註：SE1 為第 1 週的減藥自我效能，為提升減藥自我效能策略尚未實行之時；SE2-SE1 為尚未開始減藥前，提升減藥自我效能策略造成的自我效能改變量；SE10-SE2 為減藥開始至結束的自我效能改變量。

** $p<.01$. *** $p<.001$

第五章 研究討論

本研究目的主要探討原發性失眠患者在減藥時除了逐步減藥策略之外，若同時再給予提升減藥自我效能策略是否可使減藥成效表現更好，研究結果支持研究假設，原發性失眠患者接受提升減藥自我效能策略有助於提升減藥的成效。以下首先基於研究結果做一討論，然後再針對研究限制與未來建議做進一步說明。

第一節 減藥相關結果

本研究結果支持增加提升減藥自我效能策略有助於提升減藥的成效。此結果可從減藥成效的 3 個指標(減藥百分比、減藥前後劑量(顆/週)的改變及停藥人數)來看，首先，自我效能提升組在減藥百分比顯著高於單純減藥組(自我效能提升組=78.62%；單純減藥組=64.10%)，其次，自我效能提升組在減藥前後劑量的改變也顯著高於單純減藥組(自我效能提升組=4.35 顆/週；單純減藥組=3.22 顆/週)，最後，自我效能提升組在停藥人數的百分比雖未顯著高於單純停藥組(自我效能提升組=29.2%；單純減藥組=16.7%)，但就整體結果來看均較為支持自我效能提升組在減藥的成效上是優於單純減藥組。結果中也發現，除了自我效能提升組在減藥前後劑量的改變達顯著差異，單純減藥組也有達顯著差異，表示個案只接受逐步減藥計畫對於減藥來說就可能是有效的，若再增加提升減藥自我效能策略更可能提升減藥的成效。

相較於過去研究結果，單純的逐步減藥計畫就可幫助 38%~64% (Baillargeon et al., 2003; Belleville et al., 2007; Morin et al., 2004)的長期失眠患者完全停止使用助眠劑，比本研究的自我效能提升組及單純減藥組高出許多(自我效能提升組

=29.2%；單純減藥組=16.7%)，可能的原因有幾個：首先，可能個案動機較高所導致，Belleville 等人在 2007 年的減藥相關研究中，受試者須經過電訪及臨床衡鑑兩階段的篩選，第 1 階段有將近 4 成的可能受試者拒絕參加研究，第 2 階段也有將近 1 成的受試者拒絕參加研究，減藥過程中未有任何受試者流失，顯示進入研究的受試者的減藥動機可能較高，使其減藥過程中較不易放棄，而有較好的減藥成效。其次，可能為逐步減藥計畫形式不完全相同，本研究採取的回診方式較為精簡，雖然有研究支持與每週回診的效用是一致的，但目前支持研究仍較少 (Belleville et al., 2007)，而採取每週都必須回診的研究中 (Baillargeon et al., 2003; Morin et al., 2004)，願意接受此安排的受試者可能本身減藥動機就較高，而且相較於電話諮詢，每週固定時間的面對面諮詢，治療師可以接收到較多的非語言訊息，並讓受試者有足夠的時間及合適的空間完整表達想法，以利受試者與治療師進行藥物劑量的調整。另外，雖然本研究資料顯示不同性別在停藥與否的人數比例上無顯著差異 ($\chi^2_{(1)}=.006, p=.940$)，但過去研究曾指出相較於男性，女性在進行減藥可能需要較長時間且較難成功 (Gorgels et al., 2006)，而相較於本研究的女性比例 (單純減藥組為 66.7%；自我效能提升組為 62.5%)，過去兩個減藥相關研究的女性比例較低，各為 44% (Morin et al., 2004) 及 57% (Baillargeon et al., 2003)，因此可能影響過去研究的減藥成效。最後，受試者對於疾病治療方式的期待性可能存在著文化差異，如：國人對於藥物治療的期待性可能較高，面對可能再復發的失眠症狀，要其在沒有接受其他治療方式下最後完全不使用藥物可能會產生較高的不安全感，因此到了減藥中後期可能較難以繼續減藥或停藥，進而影響減藥成效，但此部分尚未有相關文獻佐證，有待未來研究作進一步的驗證。

進一步檢視本研究兩組減藥前後的睡眠狀況，結果顯示在入睡時間、總睡眠時數及睡眠效率均未有顯著差異，表示兩組不同的介入對於大部分的睡眠指標的影響並沒有差異，只有入睡後清醒時間此變項，相較於自我效能提升組，單純減藥組顯著地增加，可能是因為到了減藥後期，減藥的目標越困難，加上單純減藥

組的個案減藥自我效能較低，使其在入睡後一旦醒來，較擔心是否能再入睡，而延長入睡後的清醒時間，但從本研究資料顯示第 10 週的減藥自我效能與入睡後清醒時間未達顯著相關($r = -.191, p = .214$)，故此部份有待未來研究作進一步的驗證。

在人口學變項及減藥前臨床特徵部份，研究結果顯示使用助眠劑的時間越長 (Gorgels et al., 2006) 及減藥前劑量越高 (Baillargeon et al., 2003; Voshaar et al., 2006)，則減少助眠劑的劑量較低，此結果與過去研究結果一致，但失眠持續時間越久，則減少助眠劑的劑量越低此結果，因為在過去減藥相關研究並未納入此變項做探討，因此缺少相關文獻可佐證。在睡眠參數部份，研究結果顯示減藥前的入睡時間、入睡後醒來總時數、總睡眠時間及睡眠效率均與減藥百分比均未有顯著相關，也就是說不論個案減藥前的睡眠狀況，對於減藥結果未有太大的影響，可能是因為對於個案來說減藥前的睡眠狀況已趨於穩定並且是可以接受的，因此對於最後的減藥結果不會有太大的影響。

第二節 減藥自我效能預測減藥百分比

從研究結果可得知 3 個不同階段的減藥自我效能都可以有效解釋減藥百分比，而這 3 個減藥自我效能對於減藥百分比分別代表不同的意義。首先，減藥前的減藥自我效能(SE1)可以有效解釋減藥百分比，代表減藥前的減藥自我效能對於個案最後的減藥成效是重要的，因此如果可以提升個案減藥前的減藥自我效能，將可能提升其減藥成效，此結果也與本研究主題相呼應。其次，提升減藥自我效能策略造成的減藥自我效能改變量(SE2-SE1)也可以有效解釋減藥百分比，代表提升減藥自我效能策略對於減藥成效是有顯著影響的，因此個案若可以在減

藥前先接受此策略，將可能提升其減藥成效。另外，進行 8 週逐步減藥計畫之後的減藥自我效能改變量(SE10-SE2)一樣可以有效解釋減藥百分比，代表減藥後的自我效能提升的越高則減藥成效也越好，而這部分的減藥自我效能改變可能受到個案每週的減藥結果及減藥自我效能相互影響所致，也可能受到減藥前的提升減藥自我效能策略的持續影響所致，亦或兩者共同影響所致。

第三節 研究限制與未來展望

本研究雖然證實了提升減藥前的減藥自我效能對於個案在執行逐步減藥計畫能顯著提升減藥的成效，但仍有其方法上的限制。首先，研究對象方面，原發性失眠的診斷主要依賴臨床醫師的主觀評估，缺少夜間睡眠檢查等客觀評估方式，無法完全排除個案是否還有其他睡眠疾患共病，因此個案若同時有其他睡眠疾患(如：睡眠呼吸中止症或週期性肢體抽動症等)，在減藥過程中，由於助眠劑的減少可能使其他睡眠疾患對於睡眠的干擾變得明顯而降低個案減藥的成效，或是其他睡眠疾患對於睡眠的干擾本身就較為明顯而使得個案較容易減藥。其次，少部份個案使用抗憂鬱劑以減緩失眠造成的情緒症狀，而這些個案本身可能就有較多的情緒症狀表現，也可能會直接或間接干擾減藥成效，但從本研究資料進行 2 因子獨立變異數分析，如表 5-3-1 所示，以組別(自我效能提升組及單純減藥組)及使用抗憂鬱劑與否(有使用及未使用)為獨變項，減藥百分比為依變項，結果顯示只有組別有達顯著差異($F_{(1,44)}=3.519, p<.05$)，使用抗憂鬱劑與否未達顯著差異($F_{(1,44)}=.678, p=.415$)，交互作用也未達顯著差異($F_{(1,44)}=.001, p=.980$)，表示合併使用抗憂鬱劑的個案對於減藥百分比可能沒有顯著的影響，不過本研究並非以此為研究目的，故此部分仍有待未來研究作進一步瞭解。另外，個案使用的助眠藥物種類繁多，作用機制與半衰期也不完全相同，因此也無法完全排除藥物的不同

對於減藥成效的影響，但從本研究資料進行 2 因子獨立變異數分析，如表 5-3-2 所示，以組別(自我效能提升組及單純減藥組)及助眠劑使用種類(中短效型及長效型)為獨變項，減藥百分比為依變項，結果顯示組別($F_{(1,41)}=.239$ ， $p=.628$)，助眠劑使用種類($F_{(1,41)}=1.893$ ， $p=.176$)，交互作用都未達顯著差異($F_{(1,41)}=2.631$ ， $p=.112$)，表示個案使用不同類型助眠劑對於減藥百分比可能沒有顯著的影響，不過本研究並非以此為研究目的，故此部分仍有待未來研究作進一步瞭解。最後，個案的動機不一，部分個案動機可能較低，並未以停藥為主要目標，認為可以將助眠劑劑量減半或未每天使用就心滿意足，造成減藥歷程可能有所停滯，以致降低 8 週後的減藥成效。

表 5-3-1

自我效能提升組、單純減藥組在抗憂鬱劑使用與否的減藥百分比

變項	組別				ANOVA					
	自我效能提升 組(n=24)		單純減藥組 (n=24)		抗憂鬱劑的使 用		組別		抗憂鬱劑的使用 x 組別	
	Mean	SD	Mean	SD	F 值	效果量	F 值	效果量	F 值	效果量
抗憂鬱劑 的使用										
有	82.54	12.68	67.99	29.04	.678	--	3.519*	.074	.001	--
無	76.27	20.98	61.32	35.19						

* $p<.05$

表 5-3-2

自我效能提升組、單純減藥組在使用不同類型助眠劑的減藥百分比

變項	組別				ANOVA		
	自我效能提升 組(n=24)		單純減藥組 (n=21)		助眠劑使用種 類	組別	助眠劑使用種類 x 組別
	Mean	SD	Mean	SD			
助眠劑使 用種類							
中短效型	78.97	18.44	66.18	28.57	1.893	.239	2.631
長效型	76.19	20.62	100.00	0.00			

註：單純減藥組有 3 人因為同時使用中短效型及長效型助眠劑而無法進行此部分的資料分析，故此組為 21 人。

在研究流程方面，首先，個案流失的比率偏高主要原因大多是因為對於睡眠日誌的填寫較為排斥(自我效能提升組=15.15%；單純減藥組=31.82%)，可能是因為研究主要目的為減少助眠劑的使用，導致個案對於填寫睡眠日誌缺乏動機，因此若能使個案更瞭解睡眠日誌的重要性，且減少填寫上的不便性，或改變填寫的頻率(如：隔週填寫)或方式(如：睡的明顯不好才填寫)，將可能減少個案的流失率，但在臨床應用上患者在減藥時是否需填寫睡眠日誌應可採取鼓勵但不強制的彈性方式較為合適。其次，相較於單純減藥組，自我效能提升組的流失率是較低的，可能是因為自我效能提升組的個案在減藥前已願意投入較多的資源(如：時間)，因此對於填寫睡眠日誌的意願也會相對較高。最後，本研究的單純減藥組(控制組)的控制有所不足，未考量到研究者實際上與自我效能提升組的個案接觸時間較多可能帶來的影響，因此相較於單純減藥組，自我效能提升組在減藥的成效表現較好，可能無法完全歸因到是因為自我效能提升組增加提升減藥自我效能策略所致，有部分可能是因為自我效能提升組的個案與研究者前兩週接觸時間較

多，造成自我效能提升組的個案受到研究者的關注較多而提升個案減藥的動機與意願，使自我效能提升組的個案在減藥表現較好。這些部份都有待未來的研究作進一步瞭解。

過去的減藥計畫主要聚焦在減藥策略的執行，並未強調心理認知因素的影響，而從本研究結果顯示，減藥自我效能是一個可以著力的部份，後續研究可以再將此提升減藥自我效能策略更多元化及精緻化，如：以團體的方式進行，運用團體成員彼此為模範，以增加個案減藥自我效能，或是運用 Bandura 提出的第 4 個可以增加自我效能的方式，設計可以減少由於減藥引起的情緒激發(emotion arousal)的活動，以避免個案減藥自我效能的降低。



參考文獻

一、中文部分

精神疾病的診斷與統計 (孔繁鐘編譯) (民 88)。臺北市：合記圖書出版社。(原著出版年：1997 年)。

二、英文部分

Annie, V., Catherine, L., Celyne, H. B., & Charles, M. M. (2000). Effects of chronic insomnia and use of benzodiazepines on daytime performance in older adults. *The Journals of Gerontology, 55B*(1), P54.

Baer, J. S., Holt, C. S., & Lichtenstein, E. (1986). Self-efficacy and smoking reexamined: Construct validity and clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(6), 846-852.

Baillargeon, L., Landreville, P., Verreault, R., Beauchemin, J. P., Gregoire, J. P., & Morin, C. M. (2003). Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *Canadian Medical Association journal, 169*(10), 1015-1020.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.

Bastien, C. H., Morin, C. M., Ouellet, M. C., Blais, F. C., & Bouchard, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(4), 653-659.

Belanger, L., Morin, C. M., Bastien, C., & Ladouceur, R. (2005). Self-efficacy and compliance with benzodiazepine taper in older adults with chronic insomnia. *Health Psychology, 24*(3), 281-287.

Belleville, G., Guay, C., Guay, B., & Morin, C. M. (2007). Hypnotic taper with or

without self-help treatment of insomnia: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 325-335.

Condiotte, M. M., & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(5), 648-658.

Foley, D., Ancoli-Israel, S., Britz, P., & Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults: Results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(5), 497-502.

Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *Journal of American Medical Association*, 262(11), 1479-1484.

Ganzoni, E., Santoni, J. P., Chevillard, V., Sebillé, M., & Mathy, B. (1995). Zolpidem in insomnia: a 3-year post-marketing surveillance study in Switzerland. *Journal of International Medical Research*, 23(1), 61-73.

Gillin, J. C., Spinweber, C. L., & Johnson, L. C. (1989). Rebound insomnia: a critical review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9(3), 161-172.

Gorgels, W. J., Oude Voshaar, R. C., Mol, A. J., van de Lisdonk, E. H., van Balkom, A. J., Breteler, M. H., et al. (2006). Predictors of discontinuation of benzodiazepine prescription after sending a letter to long-term benzodiazepine users in family practice. *Family Practice*, 23(1), 65-72.

Greenblatt, D. J., Harmatz, J. S., Zinny, M. A., & Shader, R. I. (1987). Effect of gradual withdrawal on the rebound sleep disorder after discontinuation of triazolam. *The New England Journal of Medicine*, 317(12), 722-728.

Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., et al. (1993). Self-Efficacy and Health Behavior Among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(2), 89-104.

Hajak, G., & on behalf of the, S. S. G. (2001). Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(2), 49-56.

- Hindmarch, I. (1991). Residual effects of hypnotics: an update. *Journal of Clinical Psychiatry, 52 Suppl*, 14-15.
- Hohagen, F., Kappler, C., Schramm, E., Rink, K., Weyerer, S., Riemann, D., et al. (1994). Prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities (Vol. 90, pp. 102-108).
- Kao, C. C., Huang, C. J., Wang, M. Y., & Tsai, P. S. (2008). Insomnia: prevalence and its impact on excessive daytime sleepiness and psychological well-being in the adult Taiwanese population. *Quality Life Research, 17*(8), 1073-1080.
- Keller, S., Nigg, C. R., Jakle, C., Baum, E., & Basler, H.-D. (1999). Self-efficacy, decisional balance and the stages of change for smoking cessation in a German sample. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie, 58*(2), 101-110.
- Kim, K., Uchiyama, M., Okawa, M., Liu, X., & Ogihara, R. (2000). An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep, 23*(1), 41-47.
- Kingston, D., Dennis, C. L., & Sword, W. (2007). Exploring Breast-feeding Self-efficacy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 21*(3), 207-215.
- Korpi, E. R., Mattila, M. J., Wisden, W., & Luddens, H. (1997). GABA(A)-receptor subtypes: clinical efficacy and selectivity of benzodiazepine site ligands. *Annals of Medicine, 29*(4), 275-282.
- Krystal, A. D., Erman, M., Zammit, G. K., Soubrane, C., & Roth, T. (2008). Long-term efficacy and safety of zolpidem extended-release 12.5 mg, administered 3 to 7 nights per week for 24 weeks, in patients with chronic primary insomnia: a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, multicenter study. *Sleep, 31*(1), 79-90.
- Krystal, A. D., Walsh, J. K., Laska, E., Caron, J., Amato, D. A., Wessel, T. C., et al. (2003). Sustained efficacy of eszopiclone over 6 months of nightly treatment: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study in adults with chronic insomnia. *Sleep, 26*(7), 793-799.

- Lader, M., & Frcka, G. (1987). Subjective effects during administration and on discontinuation of zopiclone and temazepam in normal subjects. *Pharmacopsychiatry*, 20(2), 67-71.
- LeBlanc, M., Beaulieu-Bonneau, S., Merette, C., Savard, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2007). Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(2), 157-166.
- Linde, J. A., Rothman, A. J., Baldwin, A. S., & Jeffery, R. W. (2006). The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychology*, 25(3), 282-291.
- Luzzo, D. A., Hasper, P., Albert, K. A., Bibby, M. A., & Martinelli, E. A., Jr. (1999). Effects of self-efficacy-enhancing interventions on the math/science self-efficacy and career interests, goals, and actions of career undecided college students. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 233-243.
- Mayer, G., Wang-Weigand, S., Roth-Schechter, B., Lehmann, R., Staner, C., & Partinen, M. (2009). Efficacy and safety of 6-month nightly ramelteon administration in adults with chronic primary insomnia. *Sleep*, 32(3), 351-360.
- Morgan, K., Dixon, S., Mathers, N., Thompson, J., & Tomeny, M. (2003). Psychological treatment for insomnia in the management of long-term hypnotic drug use: a pragmatic randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 53(497), 923-928.
- Morin, C. M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., & Vallieres, A. (2004). Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 332-342.
- Morin, C. M., Belanger, L., Bastien, C., & Vallieres, A. (2005). Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse. *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 1-14.
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and

- determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7(2), 123-130.
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia : a clinical guide to assessment and treatment*. New York: Plenum Publishers.
- Nomura, K., Yamaoka, K., Nakao, M., & Yano, E. (2005). Impact of insomnia on individual health dissatisfaction in Japan, South Korea, and Taiwan. *Sleep*, 28(10), 1328-1332.
- O'Connor, K. P., Marchand, A., Belanger, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., et al. (2004). Psychological distress and adaptational problems associated with benzodiazepine withdrawal and outcome: A replication. *Addictive Behaviors*, 29(3), 583-593.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), 97-111.
- Ohayon, M. M. (2008). Nocturnal awakenings and comorbid disorders in the American general population. *Journal of Psychiatric Research*, 43(1), 48-54.
- Ohayon, M. M., & Caulet, M. (1996). Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(7), 457-464.
- Ohayon, M. M., Caulet, M., Priest, R. G., & Guilleminault, C. (1997). DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction (Vol. 171, pp. 382-388).
- Ohayon, M. M., & Hong, S.-C. (2002). Prevalence of insomnia and associated factors in South Korea. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(1), 593-600.
- Ohayon, M. M., & Smirne, S. (2002). Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. *Sleep Medicine*, 3(2), 115-120.
- Oude Voshaar, R. C., Gorgels, W. J., Mol, A. J., Couvee, J. E., van Balkom, A. J., & Zitman, F. G. (2001). Treatment methods for discontinuation of long-term benzodiazepine use. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 145(28), 1347-1350.
- Oude Voshaar, R. C., Gorgels, W. J., Mol, A. J., van Balkom, A. J., Mulder, J., van de

- Lisdonk, E. H., et al. (2006). Long-term outcome of two forms of randomised benzodiazepine discontinuation. *British Journal of Psychiatry*, 188, 188-189.
- Oude Voshaar, R. C., Gorgels, W. J., Mol, A. J., van Balkom, A. J., Mulder, J., van de Lisdonk, E. H., et al. (2006). Predictors of Long-Term Benzodiazepine Abstinence in Participants of a Randomized Controlled Benzodiazepine Withdrawal Program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 445-452.
- Pallesen, S., Nordhus, I. H., Nielsen, G. H., Havik, O. E., Kvale, G. & Johnsen, B. H., et al. (2001). Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. *Sleep*, 24(7), 771-779.
- Parrino, L., & Terzano, M. (1996). Polysomnographic effects of hypnotic drugs. *Psychopharmacology*, 126(1), 1-16.
- Perlis, M. L., McCall, W. V., Krystal, A. D., & Walsh, J. K. (2004). Long-term, non-nightly administration of zolpidem in the treatment of patients with primary insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(8), 1128-1137.
- Praplan-Pahud, J., Forster, A., Gamulin, Z., Tassonyi, E., & Sauvanet, J. P. (1990). Preoperative sedation before regional anaesthesia: comparison between zolpidem, midazolam and placebo (Vol. 64, pp. 670-674).
- Rickels, K., Case, W. G., Schweizer, E., Garcia-Espana, F., & Fridman, R. (1991). Long-term benzodiazepine users 3 years after participation in a discontinuation program (Vol. 148, pp. 757-761).
- Rickels, K., Schweizer, E., Case, W. G., & Greenblatt, D. J. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazepines. I. Effects of abrupt discontinuation (Vol. 47, pp. 899-907).
- Rocha, F. L., Guerra, H. L., & Lima-Costa, M. F. (2002). Prevalence of insomnia and associated socio-demographic factors in a Brazilian community: the Bambui study. *Sleep Medicine*, 3(2), 121-126.
- Roth, T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(5 Suppl), S7-10.

- Roth, T., Jaeger, S., Jin, R., Kalsekar, A., Stang, P. E., & Kessler, R. C. (2006). Sleep Problems, Comorbid Mental Disorders, and Role Functioning in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *60*(12), 1364-1371.
- Roth, T., & Roehrs, T. (2003). Insomnia: Epidemiology, characteristics, and consequences. *Clinical Cornerstone*, *5*(3), 5-15.
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Medicine*, *4*(5), 487-504.
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Whitehead, A. (1999). Tolerance and rebound insomnia with rapidly eliminated hypnotics: a meta-analysis of sleep laboratory studies. *International Clinical Psychopharmacology*, *14*(5), 287-303.
- Tsai, J.-H., Yang, P., Chen, C.-C., Chung, W., Tang, T.-C., Wang, S.-Y., et al. (2009). Zolpidem-induced amnesia and somnambulism: Rare occurrences? *European Neuropsychopharmacology*, *19*(1), 74-76.
- Vignola, A., Lamoureux, C., Bastien, C. H., & Morin, C. M. (2000). Effects of chronic insomnia and use of benzodiazepines on daytime performance in older adults (Vol. 55, pp. P54-62)
- Wagner, J., & Wagner, M. L. (2000). Non-benzodiazepines for the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, *4*(6), 551-581.
- Webb, M. S., Simmons, V. N., & Brandon, T. H. (2005). Tailored interventions for motivating smoking cessation: using placebo tailoring to examine the influence of expectancies and personalization. *Health Psychology*, *24*(2), 179-188.
- Xiang, Y. T., Ma, X., Cai, Z. J., Li, S. R., Xiang, Y. Q., Guo, H. L., et al. (2008). The prevalence of insomnia, its sociodemographic and clinical correlates, and treatment in rural and urban regions of Beijing, China: a general population-based survey. *Sleep*, *31*(12), 1655-1662.

姓名：_____

睡眠日誌

(注意：請於每日睡前填寫，回想昨晚睡眠情形)

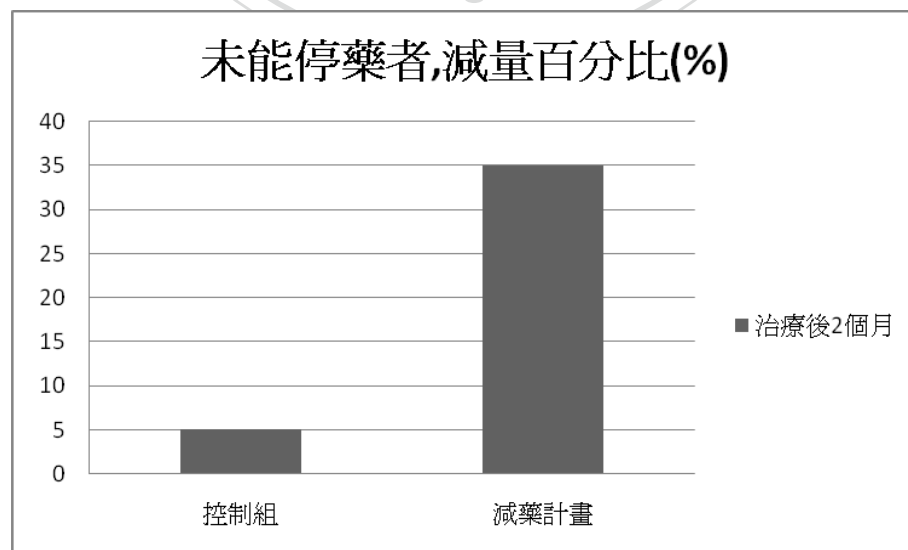
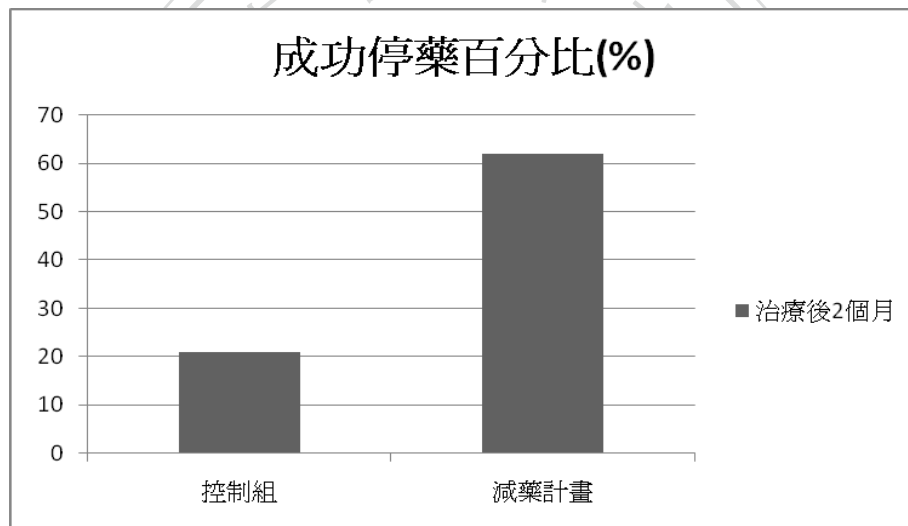
☆您對於完成下一週減藥目標的信心程度為何？_____%

日期 星期	本週 減藥 目標	是否服用 藥物？請 註明藥名 及劑量	你昨晚 幾點熄 燈準備 睡覺？	你躺了 多久的 時間睡 著？	你半夜醒 了幾次？ 一共多長 時間？	你早上醒 來時間？	你是幾 點從床 上起來 的？	睡眠品質 1-2-3-4-5 很好—很差	白天嗜睡程度 1-2-3-4-5 很清醒—很睏	你白天打幾 次瞌睡？共 睡了多久？	咖啡因的飲 用量？(咖 啡、茶、可樂) 請註明時間	飲酒量 及時間
12月 25日 (三)	1/2 顆	1/2 顆 stilnox	01 時 12 分	0 時 25 分	2 次 0 時 15 分	8 時 30 分	9 時 10 分	2	3	1 次 0 時 30 分	1 杯/罐 14 時	無杯/罐 時
月 日 ()			時 分	時 分	次 時 分	時 分	時 分			次 時 分	杯/罐 時	杯/罐 時
月 日 ()			時 分	時 分	次 時 分	時 分	時 分			次 時 分	杯/罐 時	杯/罐 時
月 日 ()			時 分	時 分	次 時 分	時 分	時 分			次 時 分	杯/罐 時	杯/罐 時
月 日 ()			時 分	時 分	次 時 分	時 分	時 分			次 時 分	杯/罐 時	杯/罐 時
月 日 ()			時 分	時 分	次 時 分	時 分	時 分			次 時 分	杯/罐 時	杯/罐 時
月 日 ()			時 分	時 分	次 時 分	時 分	時 分			次 時 分	杯/罐 時	杯/罐 時
月 日 ()			時 分	時 分	次 時 分	時 分	時 分			次 時 分	杯/罐 時	杯/罐 時

減藥策略的療效研究



目前已有許多實徵研究證實減藥計畫對於失眠病人在進行減藥的療效。例如，2003年英國精神醫学期刊(British Journal of Psychiatry)此期刊裡一篇針對失眠及焦慮症病人進行減藥治療的研究結果顯示，在治療結束後兩個月追蹤，減藥計畫對於藥物減量(完全停藥或使用劑量降低)是有明顯改善的效果。



成功減藥案例



案例一

29 歲男性、上班族、睡眠困擾為入睡困難及睡眠品質差，導致白天疲勞及記憶力變差。自從 4 年前換工作後，因為工作及經濟壓力大，開始出現失眠症狀。嘗試過換床鋪、聽放鬆音樂等方法，但是效用皆不明顯，服用安眠藥約 3 年之久，睡眠狀況穩定後，經過兩個月認真執行減藥計畫，藥物從原先每天使用兩顆 **stilnox**，到目前睡前可以**不靠藥物即可入眠**。

案例二

38 歲職業婦女，睡眠困擾為入睡困難、多夢及睡眠品質不佳，導致白天工作效率差及情緒易怒。八年前因為婚姻及工作問題，開始出現失眠症狀。近幾年生活壓力變小，睡眠趨於穩定，但無法靠自己停藥。去年間藉由為期 8 週的減藥計畫，由於認真配合，因此將藥物由每天 **eurodin(悠樂丁)**及 **stilnox(使蒂諾斯)** 各一顆，減至每天只使用 **stilnox** 半顆，後續仍積極減藥中。

案例三

45 歲家庭主婦，睡眠困擾為入睡困難及睡眠品質不佳，導致白天社交活動減少及情緒較為憂鬱。10 年前因為先生外遇，開始出現失眠症狀。近幾年婚姻關係趨於緩和，但安眠藥仍是需要天天服用，曾靠自己將藥物從一顆半減至一顆，但因擔心干擾睡眠，就不敢再繼續往下減。去年間參加為期八週的減藥計畫，過程中雖有遭遇挫折，但憑藉著不放棄的精神，目前已順利的將安眠藥物停用。

案例四

56 歲退休男性，睡眠困擾為睡眠時間短及睡眠品質不佳，導致白天精神狀況不佳及非常疲倦。六年前因為退休後生活作息改變，短時間無法適應而出現失眠症狀。在使用安眠藥的情況，且配合生活作息的調整，睡眠慢慢也恢復正常，但自行停藥失敗多次後，對於自己是否能拿掉藥物更加懷疑。去年間認真配合 8 週的減藥計畫後，從原先每天 1 顆 **eurodin(悠樂丁)**，到治療結束後已順利完全停藥。