



## 建置在地化正確使用鎮靜安眠藥 暨藥物濫用防制衛教模式

臺灣健康促進學校協會教授 紀雪雲

### 一、前言

依據台灣睡眠醫學會 2019 年調查，全台白班工作人員慢性失眠盛行率為 10.7%；輪班工作者慢性失眠盛行率為 23.3%，顯示失眠的普遍性，不少人選擇鎮靜安眠藥作為解決失眠方法之一，但因該藥品具依賴性及成癮性，需透過醫師處方才能取得。為強化民眾正確使用鎮靜安眠藥暨藥物濫用防制認知及能力，避免藥物濫用危害，持續辦理衛教推廣向在地民眾傳遞正確用藥知識、避免不當使用（誤用或濫用）及分讓管制藥品之情形發生，乃本教育計畫重點。

### 二、實施過程

- (一)設置在地化教育中心：於臺灣北、中、南、東地理區設10個衛教中心，中心性質以過去曾執行過正確用藥教育或反毒教育之機構，計有德育護理健康學院、臺北市立聯合醫院松德院區、黛田國際芳療學苑、聯新國際醫院、社團法人台灣幸福園親子教育推廣學會、中國醫藥大學附屬醫院、雲林縣青創樂活推展協會、嘉藥學校財團法人嘉南藥理大學、奇美醫療財團法人柳營奇美醫院、中華夢想推恩關懷協會。
- (二)發展公版教材：以食藥署原五不四要海報(五不-「不自行購買鎮靜安眠藥」、「不擅自增量或停藥」、「不併用酒精性飲料」、「不開車或操作機具」、「不轉售或轉讓」；以及「四要」為「用藥要遵照醫師處方」、「用藥要配白開水」、「用藥後要馬上就寢」、「要配合調整睡眠作息」)，再依據文獻發展以健康生活為基礎的「好好睡不要毒」海報、單張以及公版簡報(網址：<http://drug.loveheart.com.tw/>)。
- (三)培訓師資：將上述教材介紹給10個衛教中心，並成立公版教材製作小組轉化為民眾喜歡的互動式教材、教具。因此師資培訓亦分成二層，即由10個衛教中心依其服務對象人口學特性和文化特質，融合在地語言、文化，培訓相關專業師資(醫護人員、老師)和互動遊戲關主、教練等計611位。
- (四)教育推廣：由10個衛教中心分別尋求合作機構至少10處，分別去職場、校園、社區推廣，其中正確使用鎮靜安眠藥教育計144場9,009人；藥物濫用防制教育計115場7,452人，兩類主題均有宣導114場6,428人，三種統計373場，受益人數22,889人。
- (五)成效評價：合併宣導通常以闖關活動、營隊、遊戲等進行，當場的QA答對給獎，反應踴躍計贈送宣導禮品3,850份，而專題教育場次，則依教材內容設計認知、效能前、後測問卷，以方便取樣，各中心至少100份，計回收有效問卷正確使用鎮靜安眠藥問卷2,050份。鎮靜安眠藥教育分原住民、職場、長者三類，其認知前測平均 $0.93 \pm 0.12$ (滿分1.00)，後測平均 $0.96 \pm 0.11$ (三類詳見表1及表2)，除原住民已達天花板效應外，職場和長者後測的改善均達統計上的顯著差異；其效能則較低，滿分5分，三類前測平均 $4.23 \pm 0.85$ ，後測平均 $4.31 \pm 0.90$ ，後測也都有改善；藥物濫用防制教育分青少年、新住民、原住民、職場、長者五類，其認知前測平均 $0.89 \pm 0.14$ ，後測平均 $0.94 \pm 0.11$ ，後測改善均達顯著差異；其效能五類前測平均 $4.46 \pm 0.78$ ，後測平均

4.58±0.69，後測均有改善，但新住民和青少年的改善未達顯著差異，而五類中青少年和新住民認知和效能都較低(詳見表3及表4)，是未來要加強教育的對象。

### 三、結論與建議

本計畫以健康信念模式 (Health Belief Model, HBM) 來預測教育介入，以自我導向決定理論 (Self-Determination Theory, SDT) 鼓勵各衛教中心採互動式教學法，增加學員的參與，而在地紮根則鼓勵以社區結盟理論 (Community Coalition Action Theory, CCAT) 橫向尋求穩固合作的團體，計畫執行期間，10 個衛教中心曾和 149 個機構合作，其中 97 個機構持續在地耕耘正確使用鎮靜安眠藥教育和藥物濫用防制教育，顯示建構正確使用鎮靜安眠藥教育暨藥物濫用防制教育的防護網絡已具雛型。這些機構有公司行號、扶輪社、獅子會、社區藥局、診所、里辦公處、學校等。

由不同族群蒐集意見和教學效果，可見政府和民間的結合努力，在認知的提升已有顯著成績，但行為的改變和效能關係較密切，未來在教育計畫的規劃可參酌本計畫的互動模式，再研議提升效能的方案於正確使用鎮靜安眠藥教育暨藥物濫用防制教育，方能更有效改善民眾正確使用鎮靜安眠藥的行為和防制藥物濫用的行為。

表1：正確使用鎮靜安眠藥使用認知分析(分眾)

族群/變項 鎮靜安眠藥使用認知總平均 (5)	前測 平均數±標準差	後測 平均數±標準差	後測減前測 平均數±標準差	p value
總計(N=2050)	0.93 ± 0.12	0.96 ± 0.11	0.03 ± 0.11	<0.001***
原住民族(n=150)	0.97 ± 0.09	0.98 ± 0.07	0.01 ± 0.05	0.207
職場(n=1672)	0.94 ± 0.11	0.96 ± 0.10	0.02 ± 0.09	<0.001***
長者(n=316)	0.92 ± 0.15	0.96 ± 0.10	0.04 ± 0.14	<0.001***

註：1. 本表不含未填答者；本表填答者有具雙重身分者。

2. 答案正確得1分，答案錯誤得0分。

3. 鎮靜安眠藥使用認知(是非題共5題)總平均分數為加總得分除以題數，得分範圍0~1分，得分越高代表對正確使用鎮靜安眠藥認知越高。

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, NA: 無法計算

表2：正確使用鎮靜安眠藥使用效能分析(分眾)

族群/變項 鎮靜安眠藥使用效能總平均 (6)	前測 平均數±標準差	後測 平均數±標準差	後測減前測 平均數±標準差	p value
總計(N=2050)	4.23 ± 0.85	4.31 ± 0.90	0.07 ± 0.60	<0.001***
原住民族(n=150)	3.78 ± 1.18	3.81 ± 1.19	0.02 ± 0.19	0.143
職場(n=1672)	4.29 ± 0.84	4.33 ± 0.92	0.04 ± 0.60	0.006**
長者(n=316)	4.02 ± 0.94	4.23 ± 0.91	0.21 ± 0.62	<0.001***

註：1. 本表不含未填答者；本表填答者有具雙重身分者。

2. 鎮靜安眠藥使用效能(選擇題共6題)總平均分數為加總得分除以題數，得分範圍1~5分，得分越高代表對正確使用鎮靜安眠藥效能越高。

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, NA: 無法計算

表 3：藥物濫用防制知分析(N=604)(分眾)

族群/變項 藥物濫用防制認知總平均(6)	前測 平均數±標準差	後測 平均數±標準差	後測減前測 平均數±標準差	p value
總計(N=604)	0.89 ± 0.14	0.94 ± 0.11	0.06 ± 0.12	<0.001***
新住民(n=32)	0.83 ± 0.24	0.92 ± 0.16	0.09 ± 0.19	0.009**
原住民族(n=85)	0.94 ± 0.10	0.99 ± 0.07	0.05 ± 0.08	<0.001***
青少年(n=171)	0.86 ± 0.14	0.91 ± 0.13	0.04 ± 0.12	<0.001***
職場(n=357)	0.90 ± 0.14	0.96 ± 0.09	0.06 ± 0.12	<0.001***
長者(n=78)	0.91 ± 0.08	0.94 ± 0.12	0.04 ± 0.12	0.010*

註：1. 本表不含未填答者；本表填答者有具雙重身分者。

2. 藥物濫用防制認知總(是非題共6題)平均分數為加總得分除以題數，得分範圍1~5分，得分越高代表對藥物濫用防制效能越高。

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, NA: 無法計算

表 4：藥物濫用防制效能分析(N=604)(分眾)

族群/變項 藥物濫用防制效能總平均(6)	前測 平均數±標準差	後測 平均數±標準差	後測減前測 平均數±標準差	p value
總計(N=604)	4.46 ± 0.78	4.58 ± 0.69	0.12 ± 0.55	<0.001***
新住民(n=32)	4.38 ± 0.96	4.40 ± 0.96	0.02 ± 0.07	0.103
原住民族(n=85)	4.94 ± 0.33	4.95 ± 0.32	0.02 ± 0.06	0.012*
青少年(n=171)	4.11 ± 0.85	4.19 ± 0.85	0.08 ± 0.63	0.093
職場(n=357)	4.65 ± 0.60	4.73 ± 0.52	0.08 ± 0.29	<0.001***
長者(n=78)	4.49 ± 0.89	4.83 ± 0.50	0.34 ± 0.94	0.002**

註：1. 本表不含未填答者；本表填答者有具雙重身分者。

2. 藥物濫用防制效能(是非題共6題)平均分數為加總得分除以題數，得分範圍1~5分，得分越高代表對藥物濫用防制效能越高。

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, NA: 無法計算

參考文獻：限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。