

希望諮商團體對女性藥物濫用者戒癮希望感、認知與行為 改變與自我尊重之影響

郭國禎 駱芳美

摘 要

本研究的主要目的是在探討希望諮商團體對女性藥物濫用者戒癮的希望感、認知與行為改變與自我尊重之影響。首先,以隨機抽樣的方式抽取 20 位正在服刑的女性藥物濫用者參與本研究;之後,將其隨機分派至實驗組與控制組。10 位實驗組的成員參與每週一次共 12 次的希望諮商團體;另 10 位在本研究期間未接受任何諮商服務。兩組成員同時接受前測與後測的評量。統計分析是以兩組的前測分數做為共變量,進行共變數分析。結果顯示實驗組的後測分數在目標堅持、掌握路徑、能量充足、認識改變過程、克服藥癮的能力、適切的認知、情緒管理、他人與自我的接受、自我信任與自我評價等分量表上都顯著高於控制組。根據研究結果,研究者提出三項建議做為矯治單位進行戒癮輔導的參考;並提出五項觀點,做為後續相關研究的建議。

關鍵詞：女性藥物濫用者、希望、戒癮諮商

郭國禎 彰化師範大學輔導與諮商系

駱芳美 美國提芬大學犯罪防治與社會科學學院 (通訊作者, lawf@tiffin.edu)

緒 論

國際間藥物濫用的情況日益嚴重，在台灣我們也有著同樣的問題。根據法務部統計處的資料顯示，100 年 9 月底關在監獄的藥物濫用的受刑犯共計是 25,310 人，佔所有受刑人的 43.8%（法務部，2011a）。藥物濫用除了影響個人身心健康，產生不良後遺症和疾病(Leshner, 1997; Marlatt, 1998)外，也導致嚴重的社會問題，衍生層出不窮的偏差與犯罪行為(Glantz & Pickens, 1992; Marlatt, 1998)。因此如何協助藥物濫用者有效的戒除生理、心理藥癮，同時降低其復發的可能性，幫助他們成為健康的社會公民，減少對社會的危害，是刻不容緩的行動。值得慶幸的是，台灣的矯治機構自 1998 年起不再只將藥物濫用者當作犯人來處罰，而是將毒癮視為是一種心理疾病而強調矯治的重要性。順應這樣的改變，學者們陸續將諮商帶入矯治機構的系統中，探討心理輔導在協助藥物濫用者戒癮的成效。例如江振亨（1999）發現認知的戒癮諮商團體可有效的幫助男性藥物濫用者，經由認知的改變而提高戒癮成功的機率。江振亨（2005）再以認知取向的戒治策略對安非他命濫用者進行輔導，證實該戒治方式能有效的改善非理性的用藥理念，也幫助成癮者從自我了解的增進中，增加對戒癮的信心。之後，江振亨（2008）又指出結合藝術、家庭結構與團體動力三方面的效力，能有效的幫助男性藥物濫用受刑人增進其對戒癮的自信心、耐心與自我了解，而增進其追求戒癮的內在能量。除了認知取向的治療外，其他學者也加入研究的行列，考驗其他治療方式對戒癮的影響。其中，蕭同仁（2003）以現實治療法協助男性藥物濫用受刑人，發現該治療法對自我認同、戒毒想法與戒治生活的適應皆有改善。李俊珍（2004）也發現現實治療法可增進藥物成癮者之自我概念與自我控制力。駱芳美與郭國禎（2011）發展希望戒毒諮商團體，並將其實施於男性保護管束的藥物濫用者，而證實該團體諮商有助於

戒毒目標與方法的設定、克服藥癮能力的增加、有效的情緒管理，以及自我尊重的提高(Guo & Law, 2011)。

然而藥物濫用的問題不只出現在男性的身上，女性也有同樣的困擾。法務部統計處的資料顯示，女性因藥物濫用而入獄服刑的人數從 1999 年的 559 人，增至 2011 年的 1209 人。而且從 2008 年至 2011 年的統計顯示，與其同性別的受刑總人數比較，女受刑人以觸犯毒品危害防治條例而入監者的比例，比男性受刑人為高（例如男性歷年的比例依次是 29%、28%、29%、30%；女性的比例則依次為 43%、43%、43%、45%）（法務部，2011b）。美國的研究也有發現十二歲以上的女性非法使用藥物的比例約有 42.9%(U.S. Department of Health and Human Services, 2008)。Dodge 與 Potocky (2000)更指出男女濫用藥物的比例有接近一比一的趨勢。有鑑於此，學者們(Dodge & Potocky, 2000；莊淑婷，2005；楊惠如，2004；鄭寶玉，2010)開始探討導致女性藥物濫用的成因，發現女性在心理與生理結構、吸毒的原因、對藥物的反應及所面對的環境等因素，與男性皆有諸多差異(Molidor, Nissen, & Watkins, 2002; Shelton, 2000)。其一是，在體內的構造上脂肪與賀爾蒙所佔的比率，女性較男性高，所以對藥物的反應較快、較容易上癮，而且其身體的器官也較容易受到藥物濫用的破壞(Davis & DiNitto, 1998; Pape, 1993)。其二是，較多女性的成癮者是來自藥物濫用或功能失調的家庭(Finnegan & McNally, 1997; Pape, 1993)，或曾受到性侵犯(Hiebert-Murphy & Woylkiw, 2000)、家庭暴力(Najavits, Sonn, Walsh, & Weiss, 2004)的傷害。其三是，比起男性成癮者，女性成癮者較會認為既然先前已有上癮的紀錄，即使日後能戒癮成功，其改善生活品質的機會也是極微；另外，女性成癮者較常使用非理性無望(irrational hopelessness)的憂鬱性思考方式(depressive thinking)，認為如果一次戒癮不成功，就永遠是個失敗者(Weiss, 2004)，因而較易有憂鬱感(Finnegan & McNally, 1997; Pape,

1993)。此外，由於社會上對女性有較高的期望（例如強調婦德的重要性），很容易讓成癮的女性感到自卑與羞愧，常因而失去家庭、婚姻或親密的伴侶(Corrigan, 1980)，讓自尊心更降至谷底(Davis & DiNitto, 1998; Pape, 1993)。基於上數種種考量，Molidor 等人(2002)呼籲針對女性成癮者的需要，發展適用的戒毒諮商模式乃是當務之急。儘管如此，有關的實證研究仍不多見，其中之一是駱芳美與郭國禎（2011）發展的希望戒毒諮商團體，驗證結果顯示該團體可幫助正在服刑的女性成癮者積極的面對戒毒之事(Law & Guo, 2012)。但因希望諮商團體在戒毒上的應用仍處於初步發展階段，尚須諸多的科學驗證以確定其效益，因此本研究的主要目的是要再次驗證希望團體諮商對女性藥物濫用者戒癮希望感、認知與行為，以及自我尊重之影響。

根據希望理論，「希望」一詞指的是個人有能量從目標與方法的設定，進而達到目標的一股積極的動力。具體言之，「希望」可細分為目標(goal)、路徑(pathway)、能量(agency)三個要素（駱芳美、郭國禎，2011；Snyder, Irving, & Anderson, 1991）。其中，目標的設定是一個重要的前提，因為惟有確切的目標，人們才會有明確的追求方向。儘管如此，若沒有路徑，則所定的目標也只是空想罷了。在此理論中，路徑指的是針對目標所設定的計劃，以及對自己能夠按照目標規劃出清楚路線的自信心。然而在追求目標的過程中，光有目標與路徑其實是不夠的，人們必須要有意願跟著所設定的目標付諸行動，原所設定的目標才有實現的可能。所以希望理論的學者將能量這項動機要素加入理論中，其指的是催促人們往目標前進的動力。當然在追求目標的過程中遇到阻礙是在所難免的，在這個情況下，能量這項要素就顯得特別的重要。研究發現具有高目標導向能量者，較能有彈性的採用替代性的路徑往目標前進（駱芳美、郭國禎，2011；Snyder, 1994, 2000, 2002; Snyder, Lapointe, Crowson, & Early, 1998; Snyder, Ritschel, Rand, & Berg, 2006; Quinn,

2007)。末了，Snyder 強調希望是能量與路徑的加總，表示在構成希望的強度上，路徑與能量兩者是缺一不可的，任何其中一項的增減都會影響希望感的強弱(Snyder, 2000, 2002; Snyder et al., 2000)。

其實戒癮是個相當不容易的過程，根據希望理論的定義，戒癮的過程包括設定戒癮的目標、制定戒癮策略與路徑，以及將戒癮的策略付諸行動的能量。下面將探討如何透過這三要素的提升來幫助戒癮者增進其對戒癮的希望感：

一、清楚的目標對戒癮效果的影響

許多女性成癮者在戒癮時最大的阻礙就是不願意主動尋求協助，探究其因，可能是認為一次戒癮不成功，就永遠是個失敗者的這種非理性無望的憂鬱性思考方式在作祟(Weiss, 2004)。針對此方面的研究，學者們發現想戒癮者是否有清楚的目標(Jackson, Wernicke, & Hassga, 2003)，以及對結果有否正向積極的期望(Grencavage & Norcross, 1990; Pfeiffer, Feuerlein, & Brenk-Schulte, 1991)，是決定他們是否願意去尋求諮商協助的重要因素。

戒癮是個相當漫長的過程，DiClemente 及 Prochaska(1998)提出的動機轉換理論模式(transtheoretical model of motivation, TMM)，便將其分為五個階段，包括：意圖戒癮前(precontemplation)、意圖戒癮(contemplation)、準備要改變(preparation)、付諸行動(action)，以及維持戒癮的狀況(maintenance)。當處在意圖戒癮前的階段時，成癮者還未考慮到要戒藥，改變的動機還相當弱。進入意圖戒癮的階段後，成癮者願意開始去探討其濫用藥物的問題，已考慮到要戒藥且願意學習有關的資訊，只是在改變動機上仍搖擺不定。若能順利進入付諸行動的階段，其改變的意願就會增強，並開始修正導致其使用藥物的有關行為（但在此階段他們的壓力感極大，甚需要諮商師的支持與鼓勵）。在維持戒癮的階段，戒癮的意圖與行動進入巔峰狀態(Beck, Wright, Newman, & Liese,

1993)。在這戒癮的漫長過程中，戒癮者的希望感扮演相當重要的角色。學者發現成癮者對各個戒癮改變階段的認識，與達成各階段目標的期望，可預測他們是否願意接受戒癮諮商，及面對各階段所可能遇到的挑戰之程度(Jackson et al., 2003; Rollnick, Morgan, & Heather, 1996)。然而，即使能成功的達到戒癮目標，要堅持下去也非易事，針對此，學者發現當戒癮者對自己的戒癮目標越清楚時，其戒癮後能持續不再上癮的機率較高、維持在戒癮狀態的時間較長、較相信自己能堅持到底、與他人的人際關係較好，而這些優勢皆有助於其戒癮的成功(Irving, Seidner, Burling, Pagliarini, & Robbins-Sisco, 1998)。

總結來說，在戒癮諮商過程中幫助成癮者確切的訂定出戒癮目標是相當重要的。要達到此目標，學者(Lopez, Floy, Ulven, & Snyder, 2000)建議，在進行戒癮團體的初期應著重在幫助成癮者從自己的生命故事中尋找希望。因為Lopez 等人相信每個人的生活都是一個故事，成癮者可從述說自己的經歷中理出生活中積極與消極面，並找出導致自己感到消極的想法或行為。此外因為希望理論同時注重現在及未來，所以諮商師應鼓勵成癮者將過去所發生的重要事件講出來，並將它與現在的生活情況相聯結，以做為架構未來發展方向的起始點。另外，可鼓勵成癮者將目標細分為當日、該星期與長期的目標，並定時的審視自己在該三項目標進展的情形，以增進其對戒癮目標與進程的掌握程度。Law 與 Guo(2012)根據此建議設計希望戒癮團體幫助我國女性藥物濫用受刑犯，結果顯示參加希望戒癮團體諮商後，成員們願意堅持到底達到戒癮目標的程度顯著高於參與團體前。

二、路徑設定與路徑想法對戒癮效果的影響

如同前面所界定的，路徑指的是人們針對目標所設定的計劃以及相信自己具有規劃路線的能力。這個定義包括兩個要件，而後者更是不可輕忽，因為當人們相信自己具有規劃路線

的能力時，他們才會有付諸行動的動力。況且通常可達到同一個目標的路徑可能有數條，抱持高希望者較能根據實際上的需要採用較可行的路徑，並能在遇到阻礙時作出適當的轉變而達到預定的目標(駱芳美、郭國禎, 2011; Snyder, 1994, 2000, 2002; Snyder et al., 2006; Quinn, 2007)。不過有時雖有完善的計劃但實施時卻感到窒礙難行，學者探究其因後指出阻礙戒癮的原因之一是壓力(stress)，當成癮者未能適當的克服壓力，反將使用藥物當作是因應策略(江振亨, 2005)，就容易會再次上癮(relapse)(Dawes et al., 2000)、繼續使用藥物(Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey, & Fleming, 1998)及持續有吸毒的渴望(Sinha, Fuse, Aubin, & O'Malley, 2000)；反之，若能採用有效的壓力因應策略就會有助於減輕戒癮過程中的壓力感(Are'valo, Prado, & Amaro, 2008; Gil-Rivas, Fiorentine, Anglin, & Taylor, 1997; Najavits & Weiss, 1994)。所以在戒癮諮商教導成癮者設定戒癮路徑時，學習克服壓力的因應策略應是相當重要的內涵。針對何種壓力因應策略較為有效性的探討，早在 1940 年代即有學者(Are'valo et al., 2008)就提出精神力量(spirituality)在處理戒癮壓力時的效用，證實缺乏精神力量者較易沉溺於藥物濫用中(Miller, 1998)；反之，具有積極的精神力量者較能成功的戒癮(Brown, O'Grady, Farrell, Fechner, & Nurco, 2001)。Are'valo 等人(2008)就發現具有希望感的精神力量，有助於女性成癮者減低其戒癮中的壓力感及減輕創傷後的壓力失調症狀。Law 與 Guo (2012)針對我國成癮者的研究，也顯示以希望理論為主的壓力管理策略，可幫助藥物濫用的女性受刑人增進其克服戒癮障礙及掌握戒癮的路徑。

除此之外，很多學者也將戒癮能否成功的焦點放在成癮者情緒管理的能力，發現不適切的情緒管理(例如壓抑自己的情緒、負向或消極解釋所遇到的情境者)與藥物濫用有極高的相關性(Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper, & Sinha, 2007; Linehan et al., 2002; Sher & Grekin, 2007;

Tice, Bratslavsky, & Baumeister, 2001)。這其中，尤以生氣情緒的管理能力影響最大。未能適切的處理生氣者，很容易用藥物來自我麻醉以逃避現實，因而讓其癮頭繼續擴大，導致不可收拾或讓戒癮的努力功虧一簣的後果(Walfish, Massey, & Krone, 1990)。針對此，學者建議在戒癮諮商教導成癮者設定路徑時，學習情緒管理的技巧是相當重要的(Axelrod, Pereplechikova, Holtzman & Sinha, 2011)。特別是在幫助過去曾受過創傷的女性成癮者時，可鼓勵她們從分享過去的生命故事與成功的經驗中，體會生活中新的意義與尋找新的人生目標、學會做替代性的選擇與情緒管理，以增進戒毒的信心(Ford & Russo, 2006; Ford & Stewart, 1999)。Law 和 Guo(2012)根據此建議發展的希望團體諮商，成功的幫助我國藥物濫用的女性受刑者增強情緒管理的能力，並較能以適當的情緒來面對壓力情境。

三、充足的能量對戒癮效果的影響

很多時候人們會因缺乏能量按照所規劃的路線去作，因而無法達到目標，其中的原因之一是貶低自己，不相信自己有能力可達到目標。根據研究，成癮者的自我尊重程度與其戒毒是否成功具有很高的相關(Dodge & Potocky, 2000; Lewis, Philippi, & Neighbors, 2007; Rao, Czuchry, & Dansereau, 2009)，亦即藉著自我尊重的提高有助於增加成癮者達到戒癮目標的能量(Lewis et al., 2007)；相反的，自尊心低者較易藉助藥物濫用來增進興奮感與人際交往互動的樂趣、及逃避生活中的負向情緒(Cooper, 1994)。因此 Lopez 等人(2000)呼籲在幫助戒癮的過程中，除了幫助成癮者具體的設定戒癮路徑外，更應提升其能完成所設定路徑的自信。我國藥物濫用的女性受刑者參加完希望戒癮團體後，表示她們的戒癮與適應環境的內在能力增強，自信心提高，其週遭環境的人也較能接受她們(Law & Guo, 2012)。另外的一項研究也發現，接受戒癮諮商後戒癮者的自我尊重的程度比剛在戒斷階段者為高(Dodge & Potocky,

2000)。

此外，認知上的不適切也常易導致戒毒之路無疾而終的原因之一。Marlatt (1985)提出四個與成癮有關的認知過程因素：自我效能(self-efficacy)、結果的期待(outcome expectancies)、使用的歸因(attributions of causality)，以及決定的過程(decision-making processes)。自我效能指的是自認能處理高冒險情境的能力，高自我效能者自認有能力拒絕藥物的引誘；低自我效能者則認為自己已變成藥物的奴隸，已無能力拒絕藥物的引誘。結果的期待是指對使用藥物後結果的期望，正向期待者認為使用藥物後會產生很好的效果（例如會精神振奮或會讓自己感到很輕鬆等）。具有這種期望的人很容易會繼續使用藥物。負向期待者認為使用藥物會產生很不好的效果（例如會讓自己頭痛或不舒服等），具有這種期望者就較不會繼續使用。使用的歸因指的是個人認為自己使用藥物的理由是來自外在（例如週遭的人都在服用藥物，自己只是跟著去作罷了！）或內在的原因（例如不是自己想要使用藥物，只是如果沒有這些，身體好像就無法正常的運作），這兩種歸因者都很容易會繼續使用。另外，Marlatt(1985)指出是否會繼續使用藥物也是取決於成癮者的決定。不同的決定會有不同的結果。無奈，許多成癮者缺乏作正確決定的能力，常常因受不了癮頭、對藥物的認知扭曲、輕忽藥害或低估藥癮而復發（江振亨，2005；Marlatt, 1985）。所以在戒毒諮商中應增加成癮者能量的想法，例如教導他們以積極正向的自我語言（如我一定可以達成這個目標）來增加其達到目標的自信是相當重要的。而諮商師所示範積極正向的協助態度，可讓成癮者觀察到如何以積極的態度來面對人生的典範。除此之外，諮商師也可鼓勵成癮者針對即將面對的諮商過程做出口頭的承諾，相信即使在戒毒過程中遇到阻礙，也能夠全力以赴並克服萬難來達到目標(Cheavens, Feldman, Woodward, & Snyder, 2006; Snyder et al., 1998)。

Lopez 等人(2000)也同樣的呼籲，在戒癮過

程中難免會有遇到阻礙而讓人無所適從的情況，因此在諮商過程中要幫助案主找到其能量的強度所在。例如可教導成癮者學習區分出目標取向想法(goal thoughts)與阻礙性的想法(barrier thoughts)，及協助他們改變已成習慣性但卻不利的路徑想法。再者，可採 Michael(1999)所建議的，鼓勵成癮者當自己希望的提醒者(hope reminding)，亦即當發現阻礙性的想法出現時，就可從尋找及回想過去成功的經驗中振奮起來。如此做，可以擴大與增強成癮者往戒癮目標邁進的能量、學習處理攔阻及保持希望感。另外，Michael (1999)也建議在戒癮諮商的過程中，應幫助戒癮者成為自己希望的掌握者。例如成癮者常會有因無法突破某些困境而放棄努力的現象，所以應鼓勵他們針對自己在認知型態較困難突破的點找出其問題的根源（例如有些人也許對人際關係的問題特別消極、有些人則對自己我的能力缺乏信心等），然後針對該問題癥結處設定處理的目標與路徑。Law 與 Guo (2012)根據上述建議所設計的希望戒癮團體，成功的幫助我國吸毒服刑的女受刑人的認知信念變得較正向，對戒癮的態度也顯得較積極。

四、本研究的目的與假設

根據上述的文獻探討，顯示透過希望感的提升，可幫助戒癮者能以較積極的態度來面對成癮的問題，及了解戒癮時需遵行的路徑，可從學會處理戒癮壓力的技巧、增強自己內在的能量，並從獲得家人與社會的支持中，更加相信自己有能力遵循該路徑達到戒癮的目標。據此原理原則及女性成癮者的特質與需要，本研究設計十二次的結構性的希望戒癮團體，探討透過希望團體幫助成癮的女性受刑人在目標與路徑的設定、能量的增進、認知與行為改變，以及增進自我尊重的情形。本研究共有十項假設，茲列舉如下：

- (一) 參加希望戒癮諮商團體與未參加者，在堅持目標的分數會有顯著差異。
- (二) 參加希望戒癮諮商團體與未參加者，在掌握路徑的分數會有顯著差異。

- (三) 參加希望戒癮諮商團體與未參加者，在能量充足的分數會有顯著差異。
- (四) 參加希望戒癮諮商團體與未參加者，在認識改變過程的分數會有顯著差異。
- (五) 參加希望戒癮諮商團體與未參加者，在克服能力的分數會有顯著差異。
- (六) 參加希望戒癮諮商團體與未參加者，在適切的認知的分數會有顯著差異。
- (七) 參加希望戒癮諮商團體與未參加者，在情緒管理的分數會有顯著差異。
- (八) 參加希望戒癮諮商團體與未參加者，在他人與自我接受分數會有顯著差異。
- (九) 參加希望戒癮諮商團體與未參加者，在自我信任的分數會有顯著差異。
- (十) 參加希望戒癮諮商團體與未參加者，在自我評價的分數會有顯著差異。

研究方法

一、參與成員

本研究以參與希望戒毒團體的 10 位女性成員為對象，都有吸毒前科，目前正在中部一所監獄服刑。她們的平均年齡 35 歲，最年長為 53，最年輕為 22；婚姻狀態方面，已婚者 5 人，未婚者 2 人，離婚者 2 人，分居者 1 人；學歷為國小者 2 人，國中者 6 人，高中職 2 人；初次使用毒品之平均年齡為 19 歲；初次使用的毒品為安非他命為 6 人，海洛因為 1 人、安非他命及海洛因 2 人、k 他命及搖頭丸 1 人。

控制組的 10 位成員同樣有吸毒前科，目前正在監獄服刑。她們的平均年齡 34 歲，最年長為 52，最年輕為 23；婚姻狀態方面，已婚者 4 人，未婚者 3 人，離婚者 1 人，分居者 2 人；學歷為國小者 3 人，國中者 6 人，高中職 1 人；初次使用毒品之平均年齡為 20 歲；初次使用的毒品為安非他命為 5 人，海洛因為 2 人、安非他命及海洛因 2 人、k 他命及搖頭丸 1 人。將上述基本資料進行卡方考驗，皆未達到顯著性的差異($p > .05$)，顯示兩組成員的背景資料具有同質性。

二、研究過程

為能有效控制實驗研究上成熟（如成員在參加團體期間，生理或心理上自然的成長與改變）、歷史（如成員在參加團體期間，生活周遭所發生的事情）、測驗練習效果對後測的影響，以期能真正探測出希望團體在戒癮上的實際效用，本研究採實驗組與控制組前後測的實驗設計。參與對象是目前因違反毒品管制條例入監服刑的女受刑犯。由該矯治機構的社會工作人員隨機抽取 20 位成員，並隨機分派至實驗組與控制組。兩組人員同時參加前測，之後，實驗組的十位受刑人參加每周一次兩小時的希望團體，總共是十二次；控制組則未參與（但為顧及倫理考量，控制組成員在本研究後再參與另一梯次的希望團體）。十二週後，兩組成員同時參加後測。希望團體的進行方案是由本研究的第一作者根據希望理論的架構設計（駱芳美、郭國禎，2011；Lopez et al., 2000；Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney, & Abrams, 2002；Prochaska & DiClemente, 1983；Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992；Reilly & Shopshire, 2008；Velasquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001）。本研究的第一作者負責帶領團體的進行及前後測的施測工作。本研究十二次的希望團體，是屬於結構性的團體，其進行方案分別隸屬於三個階段中，茲介紹如下：

（一）第一階段：尋找希望感

此階段的目標是幫助成員彼此認識，瞭解希望理論與戒癮改變的過程。並學習透過述說故事中，找到自己生命過程中積極與消極性想法或行為，及其對希望感的升起與消滅的影響。

第一次團體的目標是制定團體規則與讓成員彼此認識。領導者首先介紹團體進行的主要理論架構與目的，以及鼓勵成員一起制定團體規範。之後，請每個成員輪流分享自己的故事（包括過去或現在對於戒癮的想法，自己戒癮的動機，與過去戒毒成功或失敗的經驗）以增進彼此的認識。最後請成員分享訴說自己的故

事與聽別人故事的感受，並給予彼此回饋。

第二次團體的目標是幫助成員認識戒癮改變的過程及分享自己在改變過程中的經驗。為此，領導者先介紹戒癮改變的過程(DiClemente & Prochaska, 1998)，然後讓成員分組從諮商師所發給的案例中學習指認每個改變階段。之後讓成員按下列的問題分享戒癮的心路歷程：(1) 自己在每個階段的行為特徵；(2) 自己從一個階段成功的進到下個階段的感受；(3) 自己從一個階段又退回到前一個階段的感受；(4) 參加此團體諮商期望能進到那一個階段。最後請成員分享了解戒癮改變過程與自己經歷的感受。

第三次的目標是幫助成員從回溯成功的故事中條理出成功的原因，並嘗試以過去的成功經驗去創造未來。為此，領導者首先介紹希望理論，再請每個成員根據第一次團體所分享的故事以此理論的概念加以分析：(1) 當初是如何設定該目標？(2) 想達到目標的動機有多強？(3) 該目標可達性及可行性有多高？(4) 在追求目標達成的過程中，其心情與態度是如何？(5) 在追求目標達成的過程中，其動力是如何？(6) 在達到目標的過程中遇到最大的攔阻是什麼？(7) 當遇到這些攔阻時的心情是如何？(8) 該成員如何克服攔阻以達到目標？除了使用藥物之外，自己曾試過什麼方法以達到目標？(9) 達到目標時感覺如何？(10) 如果現在再設一次同樣目標，情況會有何不同？然後請成員想一個目前遇到的問題，並思考：(1) 現在遇到的問題與上次活動中所分享的情況是否類似？(2) 先前設定的目標是否可用來處理目前的問題？(3) 先前為達成的目標所抱持的態度及採用的步驟是否適用在目前的問題上？(4) 要處理這個問題時所遇到的攔阻是否相同？(5) 先前用來克服攔阻的方法可否用在這個問題上？除了使用藥物之外，曾試過什麼方法是有助於問題的解決？(6) 期望能解決問題的動力有多強？(7) 覺得可以達到目標的程度有多強？最後，成員彼此給予回饋，並分享此團體活動對其希望感增強的幫助。

(二) 第二階段：增強希望感

此階段的目標是幫助成員從肯定自己、改變消極的想法、情緒與壓力管理技巧中，找到自己能量的來源；並從已設定目標與路徑的方法來處理生活的經驗中，增強希望感。

第四次與第五次團體的目標是幫助成員增進對自己的瞭解。為此，領導者鼓勵成員分享最能代表自己的三個形容詞、最能代表自己的動物與周哈里窗中的四我概念：包括公開我（別人知道而且自己也知道的部分）、隱私我（自己知道而別人卻不知道的部分）、盲目我（別人知道而自己卻不知道的部分）、潛在我（自己與別人都不知道的部分）（郭國禎、駱芳美譯，1986）等活動中，幫助成員探索自己的特質。另外透過「優點轟炸」的活動，請成員輪流坐到中間，讓其他的成員針對幾次活動下來對該成員的認識，輪流給予回饋。最後，幫助成員從對自己的認識與期望中，區分出理想我、真實我與他人我，學習肯定真實的自己，並針對想要追求成長的理想我列出具體的目標與追求該目標的具體步驟。

第六次活動的目標是透過思考「當癮來時你在想些什麼？」這個主題幫助成員了解其認知想法（包括自我效能、結果的期待、使用的歸因，以及決定的過程（Marlatt, 1985）對成癮的影響）。為此，領導者鼓勵成員寫下曾有過的最強烈的藥癮情境，並根據該情境，回答下面的是非題：(1) 我自己沒有能力度過這個癮除非我去吃藥（若回答「是」者是屬於低自我效能者）；(2) 吃藥後我就會精神振奮起來（若回答「是」者是屬於正向期待者）；(3) 他人若遇到跟我相似的狀況也同樣會以吃藥的方式來解決它（若回答「是」者是將其成癮行為歸咎於外在因素）；(4) 不是我自己願意去用藥而是我的身體需要（若回答「是」者是將其成癮行為歸咎於內在因素）；(5) 我吃藥是為了增加工作效率（若回答「是」者則是持此否定信念的）；(6) 我也知道吃藥對身體不好，但人在江湖身不由己，等老了再慢慢戒（若回答「是」者則是持此合理化信念的）。然後請成員算出答「是」

的題數與答「否」的題數，並分享該想法對其用藥行為的影響。之後，鼓勵成員發展出對抗認知扭曲的替代性想法，並根據 Wilde(1996)所提出的五個向度來評價其想法的真實性：「(1) 我能否證明這個想法的真實性？(2) 這樣的想法能否幫助我有健康快樂的生活？(3) 這樣的想法能否幫助我得到我所要的？(4) 這樣的想法能否幫助避免與他人有衝突？(5) 這樣的想法能否幫助我真正體會到我實際的感覺？」。

（如果有三題或以上的答案是肯定的，那個想法是較合乎實際的；如果只有兩題或以下不是肯定正向的答案，那個想法就較不合乎實際）。最後鼓勵成員分享，採用替代性的想法是否較原先的想法有助於希望感的提高。

第七次活動的目標是幫助成癮者瞭解生氣與藥物濫用的關係。首先領導者根據 Reilly 與 Shopshire(2008)的理論，教導成員生氣的三個階段：(1) 氣焰升高階段(escalation phase)中會出現生理、行為、情緒或想法的反應，如果未有適當的生氣控制就會進到下一個階段；(2) 爆發階段(explosion phase)中較會採用語言或身體上攻擊行為，常會因此導致消極的結果；(3) 爆發後階段(postexplosion phase)中人們嚐到爆發階段的後果（如被關到監獄、失去婚姻、感到罪惡感等）。然後請成員閉上眼睛回憶一個生氣的情境，並仔細回想當初感到生氣時生理、行為、情緒，以及想法上的反應。並請成員反應下面的問題：(1) 以 1 到 10 評量生氣的等級（在 1 到 9 之間你仍可以採用生氣控制的技巧避免其爆發，如果升到 10 就會是一發不可收拾，可能會出現暴力或出現失控的行為）；(2) 想想該生氣的情境導致什麼樣的結果？(3) 有否採用一些方法控制該情緒？是那些方法？效果怎樣？(4) 剛才想像的生氣情境是進展到那個階段，其後果是什麼？最後請成員互相分享他們的生氣循環、其處理方式與結果，及其與成癮行為的關係，並教導肌肉放鬆技巧的練習。

第八次活動的目標是協助成員探討生氣的來源及學習改善情緒的方法。首先領導者教導瞭解生氣情緒及其起因（生氣本身是一種感覺，

無所謂好或壞，生氣時所產生的行為反應可能是積極正向的效果（如透過生氣的反應提醒我們該事情需要處理，讓我們能付諸行動而有助於問題的解決、消除誤解，以及有助於關係的建立）；也可能是消極的（如因生氣產生的生理反應會使人們感到困惑，且容易在生理激動情況下作了錯誤的決定而導致無助感、與溝通不良）(Monti et al., 2002)。接著教導成員區別健康的生氣（是在自己理智的掌控中、在當時的情境下是適當的、生氣的方向是有建設性且是對的）與不健康的生氣（是來自負向思考的作祟、該反應與當時情況不相稱、生氣的表達方向不對）(Ellis, 1977; Miller & Guidry, 2001)，請成員針對最近遇到的生氣情境，學習區分是正向或負向效果，是健康或不健康的情緒，及體會對該情境想法對其情緒的影響（是否是藉著藥物的使用來忘卻自己的生氣情緒？如果是的話，是如何藉著藥物來幫助自己調解這不健康的生氣狀態？怎樣的生氣表達方式會比較健康？），並讓成員以角色扮演的方式練習以較建設性的方式表達。再來，領導者介紹四種生氣表達的方向：包括向外表達情緒(anger expression-out)（發洩在他人或外在的事物上）、對內表達生氣(anger expression-in)（發洩在自己身上）、控制對外表達生氣(anger control-out)（控制不發洩出來）、控制對內表達生氣(anger control-in)（想辦法讓自己冷靜下來）(駱芳美、郭國禎，2009；Spielberger, 1999)。讓成員以之前所舉出的生氣情境以角色扮演的方式進行練習，並找出最適當與最健康的生氣表達模式。

第九次活動的目標是幫助成員覺察自己的生活壓力來源與程度，及探討情緒與壓力與其使用藥物的關係。首先請成員列出生活上的壓力來源，及度過每個壓力情境的經驗。然後請成員思考自己是否會藉著藥物來忘卻壓力？如果是的話，是如何藉著藥物來化解壓力？是否有比較積極適切的因應策略？協助成員透過角色扮演與討論，找到適合自己且是積極正向的因應方式。

第十次活動的目標是幫助成員設定一個不再依賴藥物及被生氣操縱的新人之目標。為此，領導者鼓勵成員訂出目標達成的路徑：包括想達到的最終目標、要達到最終目標的子目標、選出一個子目標（第一個或是最重要的）、自信可以達成的程度、自信具備達成該目標的能量、自認可達到該目標的理由、列出會減緩自己進行速度的情況、思考如果持續跟著設定路徑進行的結果、如果改變所設定的路徑會有的結果、提出備案。完成該路徑圖後，請成員分享自認可完成此目標的程度。分享後請成員兩人一組互相給予回饋及做必要的修改。之後，領導者介紹設定路徑時應注意的事項：包括將大目標化分為小目標並從小目標著手、列出幾個具體可行的管道然後選出最好的、演練達到目標時所需做的事及遇到阻礙時應有的處理方式、要願意學習所需要的新技巧及尋求必要的協助（駱芳美、郭國禎，2011；Lopez et al., 2000）。修改後請成員輪流分享並標明可達到目標的程度(1-100%)。最後，讓成員以角色扮演的方式加以演練，增進其對路徑的熟悉感。

（三）第三階段：掌握希望感

本階段的目標是幫助成員學習從回想過去成功的經驗中來提高希望感，並從希望燈塔的建立中，瞭解自己才是掌握希望感的關鍵人物。

第十一次與第十二次的目標是鼓勵成員學習當自己的希望燈塔。為此，領導者請成員畫一個燈塔，將自己過去的成功經驗寫在燈塔上，並分享自己的希望燈塔，及製作這燈塔對目標達成的希望感增進的情形。然後鼓勵成員輪流從參與活動中的體會，並針對自己目前追求目標的情況，以希望理論的概念加以分享。最後鼓勵成員分享聽到別人希望的燈塔對自己的激勵，並互相給予回饋。

三、評估工具

（一）毒品戒癮希望量表

本研究的研究工具之一是毒品戒癮希望量

表，它是用來評估成員參加希望戒癮諮商團體前後，其具體設定戒癮目標、發展路徑及相信自己有能力達到戒癮目標等方面改變的情形。本量表共有 29 題，是研究者根據希望理論與實徵研究(Snyder, 1994, 2000) 編製而成。計分方式採用李克特六點計分法，全部採正向題方式來計分：1 (非常不同意)、2 (不同意)、3 (有點不同意)、4 (有點同意)、5 (同意)、6 (非常同意)。所以全量表與各分量表得分愈高表示受試者越能具體設定戒癮目標、發展路徑及相信自己有能力達到戒癮目標；各分量表得分愈低者表示受試者越無法具體設定戒癮目標、發展路徑且不相信自己的能力達到戒癮目標。量表編製後以 153 位藥物濫用的監獄受刑人進行預試，結果顯示，Kaiser-Meyer-Olkin 為 .936，根據 KMO 統計數量之判斷準則（吳明隆、涂金堂，2005），本預試樣本的因素分析的適切性良好(meritorious)。根據陡坡圖及主成分特徵值之顯示，可抽取出特徵值大於 1 的因素共三個，並以直交法進行轉軸。三個因素的特徵值分別為 8.747、7.153、4.81，其解釋變異量分別為 60.367%、5.879%、5.173%，累積的解釋變異量為 71.420%。其後再以 150 位藥物濫用的監獄受刑人進行結構方程模式分析，根據學者的建議，模式適配的評鑑標準為：CMIN/DF 小於 3、RMSEA 小於 .08（為適配合理），另外，NFI、CFI、IFI、RFI 皆大於 .90 者為適配度良好（李茂能，2006；余民寧，2006；邱皓政，2005；吳明隆，2007；黃芳銘，2002）。

結果顯示三因素的結構分析的適配指數：CMIN/DF 等於 4.322、RMSEA 等於 .149、NFI 等於 .766、CFI 等於 .808、IFI 等於 .809、RFI 等於 .745，與學者所建議的標準比較，雖未完全接近理想但尚接近標準，顯示本問卷的結構模式之適配程度尚稱合宜。三個分量表依其題項的性質，可分別命名為「堅持目標」、「掌握路徑」、「能量充足」。「堅持目標」主要是在評量成員能使用方法、克服障礙，以堅持達到目標的程度。「掌握路徑」主要是在評量成員能設定路徑，並願意跟隨遵循路徑達到目標的決心。

「能量充足」主要是在評量成員相信自己具有能克服萬難，達成目標的能力。量表的信度，是以 Cronbach's alpha 的內部一致性進行考驗，總量表的內部一致性信度是 .976，各量表的內部一致性信度則分別為「堅持目標」(.958)、「掌握路徑」(.955)、「能量充足」(.881)。比較驗證性分析中的三個因素之建構信度分別為 .962、.960，以及 .918，兩者之評估結果頗為一致。依據 Ornum、Dunlap 和 Shore (2008) 的判斷標準：內部一致性信度高於 .90 以上者，可稱為是極為優秀(excellent)的信度；高於 .80 是屬於好(good)的信度，顯示本量表的內部一致性信度極佳。

（二）毒品戒癮想法與行為量表

本研究是以毒品戒癮想法與行為量表來評估藥物濫用想法與行為的改變。本量表共有 31 題，是研究者根據根據行為學派在戒癮治療的理論與實徵研究 (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993; DiClemente & Prochaska, 1998; Newman & Ratto, 1999; Rotgers & Nguyen, 2006; Tiffany, 1990)編製而成。計分方式採李克特六點計分法，在計分上全部採正向題方式來計分，1 (非常不同意)、2 (不同意)、3 (有點不同意)、4 (有點同意)、5 (同意)、6 (非常同意)。所以全量表與各分量表得分愈高表示受試者越能以理智與積極的想法與行動去面對戒毒的情況。量表編製後以 153 位藥物濫用的監獄受刑人進行預試，研究者以原量表 31 題進行因素分析考驗，結果顯示，Kaiser-Meyer-Olkin 為 .890，根據 KMO 統計數量之判斷準則（吳明隆、涂金堂，2005），本預試樣本的因素分析的適切性良好(meritorious)。根據陡坡圖及主成分特徵值之顯示，可抽取出特徵值大於 1 的因素共四個，並以直交法進行轉軸。四個因素的特徵值分別為 6.466、4.893、4.751、3.655，其解釋變異量分別為 45.162%、7.167%、6.620%、4.808%，累積的解釋變異量為 63.757%。其後再以 150 位藥物濫用的監獄受刑人進行進行驗證性分析，

結果其後再以 150 位藥物濫用的監獄受刑人進行進行驗證性分析。結果顯示四因素的結構分析的適配指數：CMIN/DF 等於 2.988、RMSEA 等於 .116、NFI 等於 .752、CFI 等於 .818、IFI 等於 .820、RFI 等於 .713，與學者（李茂能，2006；余民寧，2006；邱皓政，2005；吳明隆，2007；黃芳銘，2002）所建議的標準比較，雖未完全接近理想但尚接近標準，顯示本問卷的結構模式之適配程度尚稱合宜。四個分量表依其題項的性質，可分別命名為「認識改變過程」、「克服能力」、「適切的認知」與「情緒管理」。「認識改變過程」主要是在評量成員對戒癮過程以及在此過程中影響其戒癮的因素的了解程度；「克服能力」主要是在評量成員在戒癮過程中能夠使用積極正向的克服技巧的能力；「適切的認知」主要是在評量成員在戒癮過程中能以積極的想法來面對改變的程度；「情緒管理」主要是在評量成員在戒癮過程中能有效的處理情緒並以積極的態度來面對改變的狀況。量表的信度方面，是以 Cronbach's alpha 的內部一致性進行考驗，總量表的內部一致性信度是 .972，各量表的內部一致性信度則分別為「認識改變過程」(.867)、「克服能力」(.898)、「適切的認知」(.946) 與「情緒管理」(.954)。比較驗證性分析中的三個因素之建構信度分別為 .872、.898、.947 以及 .959，兩者之評估結果頗為一致。根據 Ornum 等人(2008)的判斷標準，本量表的內部一致性信度極佳。

(三) 自我尊重量表

成員參加本方案前後，其自我尊重程度的改變是以自我尊重量表來評量。此量表共有 21 題，是研究者根據駱芳美（1989）所修訂的自我尊重量表的題項中加以修改而成。原量表是駱芳美參考 Robinson 與 Shaver (1975)及 Richmond 與 White(1971)所列的 Coopersmith 自我尊重量表之題目為藍本，加以翻譯與修訂而成。計分方式採李克特六點計分法，在計分上全部採正向題方式來計分，1（非常不同意）、

2（不同意）、3（有點不同意）、4（有點同意）、5（同意）、6（非常同意）。所以全量表與各分量表得分愈高表示受試者自我尊重的程度越高。量表編製後以 153 位藥物濫用的監獄受刑人進行預試，研究者以原量表 21 題進行因素分析考驗，結果顯示，Kaiser-Meyer-Olkin 為 .917，根據 KMO 統計數量之判斷準則（吳明隆、涂金堂，2005），本預試樣本的因素分析的適切性良好(meritorious)。根據陡坡圖及主成分特徵值之顯示，以主軸因子可抽取出特徵值大於 1 的因素有三個，並以直交法進行轉軸，結果顯示此三個因素的特徵值分別為 5.457、5.342、4.235，其解釋變異量分別為 25.985%、25.440%、20.166%，累積的解釋變異量為 71.591。其後再以 150 位藥物濫用的監獄受刑人進行驗證性分析，結果顯示三因素的結構分析的適配指數：CMIN/DF 等於 4.256、RMSEA 等於 .148、NFI 等於 .742、CFI 等於 .787、IFI 等於 .790、RFI 等於 .680，與學者（李茂能，2006；余民寧，2006；邱皓政，2005；吳明隆，2007；黃芳銘，2002）所建議的標準比較，雖未完全接近理想但尚接近標準，顯示本問卷的結構模式之適配程度尚稱合宜。三個分量表依其題項的性質，可分別命名為「他人與自我的接受」、「自我信任」與「自我評價」。「他人與自我的接受」主要是在評量成員認為他人對自己的接受以及她們能接受自己的程度。「自我信任」主要是在評量成員信任自己對情緒的掌握與相信自己能成功的程度。「自我評價」主要是在評量成員對自己的評價與認為受到家人接受的程度。量表的信度方面，是以 Cronbach's alpha 的內部一致性進行考驗，總量表的內部一致性信度是 .960，各量表的內部一致性信度則分別為「他人與自我的接受」(.938)、「自我信任」(.928) 與「自我評價」(.883)。比較驗證性分析中的三個因素之建構信度分別為 .938、.929 以及 .887，兩者之評估結果頗為一致。根據 Ornum 等人（2008）的判斷標準，本量表的內部一致性信度極佳。

四、統計分析

本研究是以共變數分析考驗實驗組與控制組兩組成員在堅持目標、掌握路徑、能量充足、認識改變過程、克服能力、適切的認知、情緒管理、他人與自我接受、自我信任與自我評價等變項之不同。進行共變數分析之前，根據吳明隆與涂金堂（2005）的建議，先以組別（實驗組與控制組）與前測分數的互動分數進行組內迴歸係數同質性考驗。符合組內迴歸係數同質性假設的變項，再以該變項中實驗組與控制組兩組成員的前測分數為共變量，分析其在後測分數上差異的情形。本研究的顯著水準訂為 .05。

結果與討論

一、結果

（一）希望團體經驗對戒癮希望感的影響

實驗組與控制組在毒品戒癮希望量表的前測與後測所得分數的平均數與標準差如表 1 所示。進行共變數分析之前，先以組別（實驗組與控制組）與前測分數的互動分數進行組內迴歸係數同質性考驗，結果顯示在毒品戒癮希望量表三個分量表上皆未達顯著水準：堅持目標 ($F = 3.158, p > .05$)、掌握路徑 ($F = 3.491, p > .05$) 與能量充足 ($F = 3.940, p > .05$)（如表 2 所示）。表 2 結果顯示實驗組與控制組迴歸線的斜率沒顯著差異，符合共變數組內迴歸係數同質性的假設，可繼續進行共變數分析。毒品戒癮希望量表三個分量表的共變數分析結果如表 3 所示。

表 3 共變數分析的結果顯示控制前測分數的影響後，實驗組與控制組在毒品戒癮希望量表三個分量表後測分數的差異上皆達顯著水準：堅持目標 ($F = 31.237, p < .01$)、掌握路徑 ($F = 9.699, p < .01$) 與能量充足 ($F = 5.173, p < .05$)。比較兩組在三個分量表的估計的邊際平均數 (estimated marginal means)，實驗組的分數顯著高於控制組：堅持目標（實驗組 = 5.435，控制組 = 4.393）、掌握路徑（實驗組 = 5.135，控制組 = 4.237）、能量充足（實驗組 = 5.216，控制組 = 4.484）。此結果顯示女性藥物濫用者在參加希望戒癮團體後比未參加此團體者，較有能力設定並堅持戒癮的目標、較清楚戒癮需採行的方法，也較有動機為達到目標而努力。

（二）戒癮希望團體經驗對毒品戒癮想法與行為的影響

實驗組與控制組在毒品戒癮想法與行為量表的前測與後測所得分數的平均數與標準差如表 4 所示。進行共變數分析之前，先以組別（實驗組與控制組）與前測分數的互動分數進行組內迴歸係數同質性考驗，結果顯示在毒品戒癮想法與行為量表四個分量表上皆未達顯著水準：認識改變過程 ($F = 2.182, p > .05$)、克服能力 ($F = .153, p > .05$)、適切的認知 ($F = 1.093, p > .05$) 與情緒管理 ($F = .056, p > .05$)（如表 5 所示）。表五結果顯示實驗組與控制組迴歸線的斜率相同，符合共變數組內迴歸係數同質性的假設，可繼續進行共變數分析。毒品戒癮想法與行為量表四個分量表的共變數分析結果如表 6 所示。

表1 實驗組與控制組在毒品戒癮希望量表的前測與後測所得分數的平均數與標準差

毒品戒癮 希望量表	實驗組				控制組			
	前測		後測		前測		後測	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
堅持目標	4.63	0.63	5.57	0.58	4.16	0.22	4.26	0.25
掌握路徑	5.09	0.72	5.35	0.58	4.10	0.44	4.02	0.49
能量充足	4.85	0.52	5.40	0.73	4.26	0.26	4.30	0.47

表2 毒品戒癮希望量表三個分量表迴歸係數同質性考驗結果摘要表

毒品戒癮希望量表	變異來源	Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig
堅持目標	迴歸係數同質性	0.380	1	0.380	3.158	0.095
	誤差項	1.926	16	0.120		
掌握路徑	迴歸係數同質性	0.378	1	0.378	1.675	0.241
	誤差項	3.611	16	0.226		
能量充足	迴歸係數同質性	0.590	1	0.590	1.894	0.188
	誤差項	4.985	16	0.312		

表3 毒品戒癮希望量表三個分量表的共變數分析結果

毒品戒癮希望量表	變異來源	Sum of Square	df	Mean Square	F
堅持目標	共變項(前測成績)	1.300	1	1.300	9.585
	組間	4.237	1	4.237	31.237**
	誤差	2.306	17	0.136	
掌握路徑	共變項(前測成績)	1.191	1	1.191	5.076
	組間	2.276	1	2.276	9.699**
	誤差	3.989	17	0.235	
能量充足	共變項(前測成績)	1.175	1	1.175	3.584
	組間	1.696	1	1.696	5.173**
	誤差	5.575	17	0.328	

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

表 6 共變數分析的結果顯示控制前測分數的影響後，實驗組與控制組在毒品戒癮想法與行為量表四個分量表後測分數的差異上皆達顯著水準：認識改變過程($F = 10.414, p < .01$)、克服能力($F = 25.224, p < .01$)、適切的認知($F = 6.524, p < .05$)與情緒管理($F = 7.655, p < .05$)。比較兩組在四個分量表的估計的邊際平均數，實驗組的分數顯著高於控制組：認識改變過程（實驗組 = 5.280，控制組 = 4.748）、克服能力（實驗組 = 5.434，控制組 = 4.133）、適切的認知（實驗組 = 5.515，控制組 = 4.847）與情緒管理（實驗組 = 5.401，控制組 = 4.839）。此結果顯示女性藥物濫用者在參加希望戒癮團體後比未參加此團體者，較清楚戒癮的改變過程、增強了克服壓力的能力、較能以積極的觀點認

知事物，也較有能力管理自己的情緒動機。

(三)戒癮希望團體經驗對自我尊重的影響

實驗組與控制組在自我尊重量表的前測與後測分數的平均數與標準差，如表 7 所示。

進行共變數分析之前，先以組別（實驗組與控制組）與前測分數的互動分數進行組內迴歸係數同質性考驗，結果顯示在他人與自我的接受($F = 3.187, p > .05$)、自我信任 ($F = 4.397, p > .05$)，以及自我評價($F = 3.149, p > .05$)三個分量表皆未達顯著水準（如表 8 所示）。

表 8 結果顯示實驗組與控制組迴歸線的斜率沒有顯著差異，符合共變數組內迴歸係數同質性的假設，可繼續進行共變數分析。自我尊重量表的共變數分析結果如表 9 所示。

表4 實驗組與控制組在毒品戒癮想法與行為量表的前測與後測分數的平均數與標準差

毒品戒癮想法 與行為量表	實驗組				控制組			
	前測		後測		前測		後測	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
認識改變過程	5.14	0.88	5.31	0.34	4.71	0.65	4.71	0.39
克服能力	4.70	1.15	5.43	0.42	4.72	0.56	4.13	0.67
適切的認知	5.13	1.10	5.53	0.43	4.64	0.75	4.84	0.65
情緒管理	5.04	1.07	5.44	0.46	4.77	0.58	4.80	0.54

表5 毒品戒癮想法與行為量表四個分量表迴歸係數同質性考驗結果摘要表

毒品戒癮希望量表	變異來源	Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig
認識改變過程	迴歸係數同質性	0.255	1	0.255	2.182	0.159
	誤差項	1.872	16	0.117		
克服能力	迴歸係數同質性	0.054	1	0.054	0.153	0.701
	誤差項	5.6464	16	0.353		
適切的認知	迴歸係數同質性	0.346	1	0.346	1.093	0.311
	誤差項	5.061	16	0.316		
情緒管理	迴歸係數同質性	0.012	1	0.012	0.056	0.817
	誤差項	3.403	16	0.213		

表6 毒品戒癮想法與行為量表四個分量表的共變數分析結果

毒品戒癮希望量表	變異來源	Sum of Square	df	Mean Square	F
認識改變過程	共變項（前測成績）	0.273	1	0.273	2.179
	組間	1.303	1	1.303	10.414**
	誤差	2.127	17	0.125	
克服能力	共變項（前測成績）	0.022	1	0.022	0.066
	組間	8.458	1	8.458	25.224**
	誤差	5.700	17	0.335	
適切的認知	共變項（前測成績）	0.026	1	0.026	0.081
	組間	2.075	1	2.075	6.524**
	誤差	5.407	17	0.318	
情緒管理	共變項（前測成績）	1.109	1	1.109	5.520
	組間	1.538	1	1.538	7.655*
	誤差	3.415	17	0.201	

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

表 7 實驗組與控制組在自我尊重量表的前測與後測所得分數的平均數與標準差

自我尊重量表	實驗組				控制組			
	前測		後測		前測		後測	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
他人與自我的接受	2.92	0.89	4.29	0.88	2.70	1.25	3.48	0.57
自我信任	2.98	0.74	3.94	0.49	3.21	1.60	3.41	0.54
自我評價	2.50	0.67	3.80	0.61	2.78	1.15	3.05	0.64

表8 自我尊重量表迴歸係數同質性考驗結果摘要表

自我尊重量表	變異來源	Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig
他人與自我的接受	迴歸係數同質性	1.454	1	1.454	3.187	0.093
	誤差項	7.302	16	0.456		
自我信任	迴歸係數同質性	0.001	1	0.001	0.003	0.959
	誤差項	4.397	16	0.275		
自我評價	迴歸係數同質性	1.114	1	1.114	3.149	0.095
	誤差項	5.661	16	0.354		

表9 自我尊重量表的共變數分析結果

自我尊重量表	變異來源	Sum of Square	df	Mean Square	F
他人與自我的接受	共變項 (前測成績)	1.253	1	1.253	2.433
	組間	2.833	1	2.833	5.499*
	誤差	8.756	17	0.515	
自我信任	共變項 (前測成績)	0.394	1	0.394	1.522
	組間	1.520	1	1.520	5.874*
	誤差	4.398	17	0.259	
自我評價	共變項 (前測成績)	0.299	1	0.299	0.751
	組間	3.031	1	3.031	7.605*
	誤差	6.776	17	0.399	

* $p < .05$

表 9 共變數分析的結果顯示控制前測分數的影響後，實驗組與控制組在他人與自我的接受量表($F = 5.499, p < .05$)、自我信任($F = 5.874, p < .05$)，以及自我評價($F = 7.605, p < .05$)後測分數的差異上皆達顯著水準。比較兩組在三個分量表的估計的邊際平均數，實驗組的分數顯著高於控制組：他人與自我的接受（實驗組 =

4.262，控制組 = 3.505）、自我信任（實驗組 = 3.953，控制組 = 3.938），自我評價（實驗組 = 3.819，控制組 = 3.031）。此結果顯示女性藥物濫用者在參加希望戒癮團體後比未參加此團體者，自我尊重的程度有顯著的增加。

二、討論

近年來，我國有關戒癮的研究雖開始受到重視，但多數皆著重在對男性藥物濫用者的處理（江振亨，1999，2005，2008；蕭同仁，2003；李俊珍，2004；Guo & Law, 2011）；然而女性因藥物濫用者而入獄的比例逐漸上升的情況（法務部，2011b），以及男女受生理(Davis & DiNitto, 1998; Pape, 1993)及所來自家庭背景的影響而導致藥物濫用情形的不同(Finnegan & McNally, 1997; Hiebert-Murphy & Woylkiw, 2000; Pape, 1993; Najavits et al., 2004)，提醒我們開發適用於女性的戒癮策略的重要性。基於女性成癮者較常因藥物濫用失去家庭、婚姻或親密的伴侶(Corrigan, 1980)，而使得自尊心降低(Davis & DiNitto, 1998; Pape, 1993)，憂鬱感增加(Finnegan & McNally, 1997; Pape, 1993)的現象，本研究設計 12 次的希望戒癮團體，目的是在幫助她們提高希望感、改變不當的認知與行為，與提升自我尊重程度，以期能有助於其戒癮的效益。結果顯示，本研究假設皆獲得證實，女性藥物濫用者參加希望戒癮團體前後，其戒癮希望感、戒癮的認知與行為改變，與對自我的尊重皆有顯著的提升。以下將所得結果依照目標、路徑與能量三要項分別加以討論：

（一）希望戒癮團體對增進成員戒癮目標的確定與堅持的助益

研究顯示有心戒癮者對目標的清楚性以及對結果能有正向積極的期望，有助於增強他們尋求諮商協助的意願（Grencavage & Norcross, 1990; Jackson et al., 2003; Pfeiffer et al., 1991；Synder, 2002）、較能勇於面對挑戰(Jackson et al., 2003; Rollnick et al., 1996)，且較能堅持到底(Irving et al., 1998)。而要達到此目標，學者建議可透過讓成癮者回溯過去的經驗中找到希望的源頭，並鼓勵他們試著以過去生活的經驗來處理目前的困境，並從小目標著手逐步完成戒癮的大目標（駱芳美、郭國禎，2011；Lopez et al., 2000）。本研究參照上述的建議，設計三個單元幫助成員彼此認識、協助成員從回溯曾有過的成功經驗中條理出自己成功的可能原因，

以及鼓勵成員用過去成功的經驗去設定未來戒癮與生活的目標。實驗結果本研究的第一項假設獲得支持，與 Guo 與 Law(2011)、Law 與 Guo(2012)的研究結果一致，顯示成員們參加希望戒癮諮商團體後或比未參加團體但背景相似的成員更能堅持戒癮的目標，意即較能從過去成功的經驗中找到自己擁有的內在資源，且相信這些資源有助於處理目前的問題，因而增強了他們戒癮的信心。這結果證實讓深感無望的成癮者，分享與訴說過去成功的生命故事，可增進他們設定戒癮目標的勇氣與決心。

（二）希望戒癮團體對路徑設定與路徑想法的助益

除了目標的設定之外，戒癮路徑的規劃也是相當重要的。不過戒癮是一個漸進的過程，所以在規劃戒癮的路線時，首先應幫助成員了解戒癮改變的過程(DiClemente & Prochaska, 1998)。然而在這過程中，有諸多因素會影響路徑設定與路徑想法，其中之一是壓力。很多學者指出未能適切的處理壓力，對戒癮會有負向的效果（江振亨，2005；Brewer et al., 1999; Dawes et al., 2000; Sinha et al., 2000）；反之，有效的壓力因應策略有助於減輕戒癮過程中的壓力感(Are'valo et al., 2008; Gil-Rivas et al., 1997; Najavits & Weiss, 1994)，及創傷後的壓力失調症狀(Are'valo et al., 2008)。而在諸多策略中，具有希望感的精神力量對女性戒癮者的幫助效益尤其顯著(Are'valo et al., 2008; Brown et al., 2001; Miller, 1998)。此外，很多學者也著眼於探討戒癮者的情緒管理能力對其戒癮能否成功的影響，他們發現不當的情緒管理與藥物濫用相當有關聯性(Fox et al., 2007; Linehan et al., 2002; Sher & Grekin, 2007; Tice et al., 2001)，尤其以處理生氣情緒的能力一項影響最大(Walfish et al., 1990)。根據學者的建議，在戒癮諮商中情緒管理技巧的教導是相當重要的(Axelrod et al., 2011)，特別是受過創傷的女性成癮者，若能鼓勵她們從分享過去的人生經歷與成功的經驗中找到新的人生目標與生活的意

義、學會以積極的觀點來代替消極性的想法，有助於改善心情而增進戒毒的信心(Ford & Russo, 2006; Ford & Stewart, 1999)。

當成員了解了戒癮改變的過程，以及如何處理壓力與生氣情緒的對策後，下一步則是幫助她們規劃出一個不依賴藥物及不輕易發怒的目標與計劃，及肯定自己的規劃能力。因為根據學者們(Snyder, 1994, 2000; Snyder et al., 2006; Quinn, 2007)的說法，人們對自己規劃路線能力的肯定是相當重要的，惟有當成癮者相信自己能為所要達到的目標規劃出可行的路線，才會有付諸行動的動力。尚且達到目標的路線可能有好幾條，高希望的成員較能設定出特定具體的目標，並能針對該目標發展出較可行的路線，且當原本設定的路線行不通時，能找出取代性的路徑；反之，低希望者較常有困難設定出有效的路徑，且在遇到逆境時，常會因無法找出取代性路線而放棄達到目標的希望（駱芳美、郭國禎，2011；Snyder, 2002）。

根據學者的建議，本研究設計一個單元幫助成員認識這個過程，並透過案例的討論與個人經驗分享中，了解自己在每個階段遇到的困境，再從角色扮演與討論中學習面對與克服這些困境的方法。然後，本研究設計四個單元幫助戒癮者瞭解生氣與藥物濫用的關係、探討生氣的來源及學習改善情緒的方法、覺察生活壓力來源與程度、及探討情緒和壓力與其使用藥物的關係。之後，教導成員如何根據所設定的不依賴藥物及不輕易發怒的新人生目標中，設定出具體的小目標，再據此去發展可行路徑，目的是要幫助成員學習能從諸多目標中鎖定其中較可行的一項，並能從付諸行動中建立戒癮的信心。實驗結果本研究的第二、四、五、六、七項假設獲得支持，與 Guo 與 Law(2011)、Law 與 Guo (2012)一致，顯示成員們在參加希望戒癮諮商團體後，比未參加團體的控制組成員更能了解自己戒癮的過程、較具有克服戒癮壓力與情緒管理的能力，且較能清楚掌握戒癮目標與路徑。

(三) 希望戒癮團體對鼓足戒癮能量的影響

希望理論所指的能量，強調的是人們追求目標達成的動機，也是人們自認有否能力隨著所設定的路徑完成目標的一種信念，而這個想法是推動人們朝向目標的重要心理能量。所以在戒癮過程中，除了清楚設定戒癮目標與路徑的之外，成癮者是否有能量遵循設定的路徑朝目標前進，更是戒癮能否成功的重要關鍵。尤其是若在追求目標的過程中遇到阻礙時，這股積極的能量想法，是激勵個體持續往目標前進的重要動力（駱芳美、郭國禎，2011；Quinn, 2007; Synder, 2000, 2002）。根據研究有幾個因素會影響戒癮者達到目標的能量，其中之一是適切的認知。Marlatt (1985)提出四個與成癮有關的認知過程，包括：自認已變成藥物的奴隸無力拒絕藥物的引誘；相信使用藥物後會有好效果；認為自己使用藥物不僅是來自外在的誘因，也有內在的原因；以及缺乏作正確決定的能力。許多認知學派的治療者（江振亨，1999, 2005, 2007；林瑞欽、黃秀瑄，2003；Beck et al., 1993; Marlatt, 1985; Rotgers & Nguyen, 2006）更再三強調，成癮案主若自認已無力拒絕藥物的引誘、相信毒品的使用會讓自己精神振奮或感到輕鬆、否認藥物濫用會有不良的結果，則戒癮就會相當困難且復發機率更會提高。

希望理論中所指的「希望」，並不是一種情緒或無目標的空想，而是如何透過理智的過程去確定目標與發展路徑，並強調積極的語言對希望感的增加與追求目標的動力之影響（駱芳美、郭國禎，2011；Synder, 2002）。而且希望感也是認知過程的產物，是當自覺能順利達到原所預定的目標時所引發出來的感受。由此可推論戒癮的成敗不僅是取決於目標的設定，也是在於個體是否有足夠的徑路方法與能量來克服困難。Lopez 等人(2000)也指出當成癮者抱持著希望性的信念時較易設定目標，並能保持著達到目標的能量。所以在戒毒諮商中可透過教導他們積極正向的自我語言與口頭上的承諾，可增加成癮者達到戒癮目標的能量(Cheavens et al., 2006; Synder et al., 1998)。根據此，本研

究設計三個單元幫助成員瞭解其認知想法，如自我效能、結果的期待、使用的歸因，以及決定的過程(Marlatt, 1985)對成癮的影響，鼓勵成員學習當自己戒毒成功的希望燈塔。從中不僅教導成員們了解其認知想法對自己設定路徑的影響，也教導他們如何以積極正向的言語去肯定自己所訂的目標與路徑。如此做的目的是要幫助成員改正其消極信念，以增強其戒癮成功的希望感。

另一個影響戒癮者達到目標的能量的因素是自尊心。諸多學者發現自尊心低者一旦遇到生活中的不順遂，較常會藉助藥物來增進興奮感或逃避面對問題(Cooper, 1994)；也常易使人們失去戒癮的能量，而導致戒癮的努力虧一匱(Dodge & Potocky, 2000; Lewis et al., 2007; Rao et al., 2009)。相反的，犯罪社會學家雷克利斯(Reckless)則指出提高正向的自我意象和自我強度的自重感有助於阻絕個人犯罪的發生(引自江振亨, 1999)。可見在協助成員戒癮時，增進其自尊心是相當重要的。根據上述學者的建議，本研究設計兩個單元幫助成員增進對自己的瞭解、肯定自我，及針對想要追求成長的理想列出具體的目標與步驟。希望透過讓成員分享成功的經驗、設定目標與路徑，及加強追求目標能量的各單元中，提升其自我尊重。實驗結果本研究的第三、八、九、十項假設獲得支持，與 Guo 與 Law(2011)、Law 與 Guo(2012)一致，顯示成員們在參加希望戒癮諮商團體後，比未參加團體的控制組成員較相信自己有充分的能量可以達到戒癮的目標，更能以積極的想法來面對改變的過程，其自信心與自我強度也相對增加。

結論與建議

隨著女性藥物濫用情況日益嚴重的今日，深入的了解影響女性藥物濫用的成因，以及發展適用於女性的戒癮模式乃是當務之急，然而據研究者所知，國內有關的研究尚仍闕如。為

彌補此鴻溝，本研究以希望理論的概念為著眼點，發展為期十二次的希望戒癮團體，以隨機抽樣隨機分派，實驗組與控制組前後測的實驗設計進行。並以該變項中實驗組與控制組兩組成員的前測分數為共變量，進行共變數分析檢定。結果發現希望戒癮團體對正在服刑的女性藥物濫用者的希望感的增加（堅持目標、掌握路徑與能量充足）、戒癮想法與行為（認識改變過程、克服能力、適切的認知與情緒管理）與自我尊重（他人與自我的接受、自我信任與自我評價）有顯著之影響。根據此研究結果，以下研究者提出三項建議做為矯治單位進行戒癮輔導的參考。最後，針對本研究所遇到的諸多限制，研究者提出五項觀點，做為後續相關研究的建議。

一、結論

其一、許多女性藥物濫用者可能因生理結構脆弱 (Davis & DiNitto, 1998; Pape, 1993)、家庭背景不良 (Finnegan & McNally, 1997; Hiebert-Murphy & Woylkiw, 2000; Najavits et al., 2004; Pape, 1993)，且常自認如果一次戒癮不成功，就永遠是個失敗者；既然先前已有上癮的紀錄所留下的汙點，即使日後能戒癮成功，生活品質改善也無法改善 (Weiss, 2004)，而較易引發憂鬱感 (Finnegan & McNally, 1997; Pape, 1993)，所以希望感極低 (Conrod, Pihl, Stewart, & Dongier, 2000)。本研究針對此方面進行探討，證實希望戒癮諮商團體有助於提高戒癮目標的堅持性、對戒癮路徑的清楚性，朝向戒癮目標來努力的能量。因此本研究建議矯治機構可藉由希望戒癮諮商模式來幫助女性藥物濫用者，根據自己的狀況設定具體可行的戒癮目標與路徑，透過分享自己的改變與成長的故事中找到希望的源頭，從記取過去成功的經驗來處理目前的困境中建立信心，並從按著計劃解決生活中遇到的困擾的經驗中可提昇其希望感，引燃戒癮的動力。

其二、戒癮是個相當漫長的過程 (DiClemente & Prochaska, 1998)，但若成癮者

對各個戒癮改變的階段的認識，並能清楚的設定在各階段想達成的目標，可增加他們接受戒癮諮商的動力(Jackson et al., 2003; Rollnick, Morgan, & Heather, 1996)。本研究針對此方面進行探討，證實希望戒癮團體有助成員熟悉戒癮改變的過程，因此建議矯治機構可開設希望戒癮諮商團體，幫助正在服刑的女性藥物濫用者了解戒癮改變的過程，根據自己改變的進展狀況設定下一步想要達到的戒癮目標及可採行的路徑，並從定期審視戒癮過程中改變的情況與分享戒癮路徑的進展狀況中，增進她們願意朝戒癮的目標前進的動力。在團體中也應著重幫助她們設定出獄後想繼續改變的目標，設定達成該目標的路徑，預想在路徑中遇到的困難可採用的因應策略並熟練必要的技巧（如克服藥物引誘的方法），以增強其往當個不用藥物的新人生之目標邁進的能量。

其三、研究發現很多女性藥物濫用者常缺乏情緒管理技巧(Diamond, 2000; Miller & Guidry, 2001)，常使用非理性且消極的憂鬱性思考方式(Weiss, 2004)，且常易感到自卑、羞愧、自尊心降低(Davis & DiNitto, 1998; Dodge & Potocky, 2000; Messina & Prendergast, 2001; Pape, 1993; Sowards, O'Boyle, & Weissman, 2006)，這種情形常會想戒癮者自暴自棄。本研究針對此方面進行探討，證實希望戒癮團體有助於增進克服的能力、有較適切的認知、增加情緒管理能力以及提高自我尊重。因此本研究建議矯治機構可透過將希望戒癮諮商團體，幫助正在服刑的女性藥物濫用者學習肯定自己的優點，鼓勵她們學習改變消極的認知與不當的行為模式來看到人生的積極面，並從熟練戒癮所需的認知與行為技巧中體會到不用藥物也可以解決生活中遇到的困擾。此外，團體中也應幫助她們學習如何處理出獄後可能會遇到的壓力與所需的情緒管理技巧，如此做可幫助她們為出獄、面對新的人生做好準備，而增進自尊心與希望感。

二、研究限制與未來研究的建議

其一、本研究為能有效控制實驗研究上成熟、歷史、測驗練習效果對後測的影響，以期能真正探測出希望團體在戒癮上的實際效用，實施時僅以單一個矯治機構的女性藥物濫用者為對象，採隨機取樣與隨機分派的實驗組與控制組前後測的實驗設計。如此的設計雖能確保本研究的內在效度，但卻在推論到其他機構的外在效度上卻有所限制。因此若要確保希望戒癮諮商團體的推論性，在未來研究時，建議應將此模式實施於在國內不同地區的矯治機構服刑的女性藥物濫用者，以考驗其有效性。另外，在未來的研究上可考慮加入三個月後或出獄後的追蹤測試，更能確切的評量出希望戒癮團體的效果。

其二、由於國內有關的研究正在起步中，所以本研究所參考的文獻仍大部分是以美國學者的研究為主。且由於文化的差異，對導致成癮或影響戒癮成功的因素也許不盡相同。因此國內未來在這方面的實證研究應多加強，充實適合我國國情的相關的文獻，以期能提供協助女性戒癮的實務工作者，以及與這方面相關議題的研究者有具體可遵循的梗概。

其三、為確保收集資料的可靠性，本研究以考驗過的客觀性量表，用 Likert 六點量表的題型收集希望感、認知與行為改變，以及自我尊重的情形，且採用量化的統計考驗分析資料。然而有些戒癮的改變過程相當複雜，成員在團體中如何改變的資訊，可能很難以客觀性的答題方式表達。所以未來的研究上，應考慮加上幾題開放性的主觀題型，讓受試者以問答题填寫或個別會談的方式收集資料，加入質性的資料分析，對研究主題較能做深入的探討。

其四、本研究進行的地點是在矯治機構內，雖然填寫的問卷並未具名，且實驗者也提醒成員對其資料採保密的原則。但也許填寫者會以較符合社會期望的答案填寫而非告知其心理真正的想法。或因不好意思承認自己的弱點，而填寫有虛實的答案。針對此顧慮，本研究已採用隨機抽樣、隨機分派、實驗組與控制組的實驗設計、自陳報告，以及共變數的統計分析考

驗等方式來控制實驗外的變異情況，相信此顧慮可減至極微。

其五、本研究人數極少，這雖然是在矯治機構的治療團體裡常見的現象(Pearson & Lipton, 1999)，但在進行實驗組與控制組的差異比較時，其統計考驗力卻易因樣本數不夠大而減弱(Sheppard, 1999)。因此未來的研究應考慮增加樣本人數，以強化統計的考驗力。

收稿日期：101.3.9

複審日期：101.4.3

完成修訂日期：101.5.3

正式接受日期：101.5.10

參考文獻

- 江振亨（1999）。**認知行為團體療法對濫用藥物者輔導成效之研究**。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 江振亨（2005）。**認知取向戒治策略對安非他命濫用者之戒治成效研究**。國立中正大學犯罪防治研究所博士論文，未出版，嘉義。
- 江振亨（2008）。**結合藝術創作、團體心理諮商與家庭關係重構之戒毒方案對吸毒者輔導效果之研究**。臺灣輔導與諮商學會 50 週年年會暨學術研討會論文集，頁 150-151。
- 余民寧(2006)。**潛在變項模式**。臺北：高等教育。
- 吳明隆（2007）。**結構方程模式 AMOS 的操作與應用**。臺北：五南。
- 吳明隆、涂金堂（2005）。**SPSS 與統計應用分析（修定版）**。臺北：五南。
- 李俊珍（2004）。**現實治療團體對戒治所藥物濫用者之自我控制、自我效能與自我概念之輔導成效研究**。國立高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 李茂能（2006）。**結構方程模式軟體 AMOS 之簡介及其在測驗編製上之應用：Graphics & Basic**。臺北：心理。
- 林瑞欽、黃秀瑄（2003）。**吸毒者認知行為策略戒治成效之研究（I）**。行政院國科會研究計畫（NSC 91-2414-H-194-007-SSS）。
- 法務部（2011a）。**毒品案件統計**。取自 <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=35128&CtNode=27434&mp=001>。
- 法務部（2011b）。**監獄新入監受刑人入監時罪名**。取自 <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=35128&CtNode=27434&mp=001>。
- 邱皓政（2005）。**結構方程模式—LISREL 的理論、技術與應用**。臺北：雙葉。
- 莊淑婷（2005）。**女性違法藥物濫用者其用藥行為與用藥信念之研究**。國立中正大犯罪防治研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 郭國禎、駱芳美譯（1986）。**諮商技巧**。高雄：復文圖書。Munro, E. A., Manthei, R. J., & Small, J. J. (1983). *Counseling: A skills approach*.
- 黃芳銘（2002）。**結構方程模式理論與應用**。臺北：五南。
- 楊惠如（2004）。**受戒治少女藥物濫用歷程中的母女關係**。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，未出版，臺北。
- 鄭寶玉（2010）。**婦女藥物濫用對家庭教養影響之研究**。國立中正大犯罪防治研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 蕭同仁(2003)。**現實治療團體對少年藥物濫用者處遇效果的研究**。私立靜宜大學青少年福利研究所碩士論文，未出版，臺中。
- 駱芳美（1989）。我國大專學生自我尊重量表之修定與年級、領導經驗、性別對自我尊重影響之調查研究。**實踐學報**，20，199-238。
- 駱芳美、郭國禎（2009）。**走出憂鬱：憂鬱症的輔導諮商策略**。臺北：心理。
- 駱芳美、郭國禎（2011）。**從希望著手：希望理論在諮商上的應用**。臺北：心理。
- Are'valo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and*

- Program Planning*, 31,113-123.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 37(1), 37-42.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, NY: Guilford Press.
- Brewer, D. D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey, R. R., & Fleming, C. B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93, 73-92.
- Brown, B. S., O'Grady, K. E., Farrell, E. V., Fechner, I. S., & Nurco, D. N. (2001). Factors associated with frequency of 12-step attendance by drug abuse clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 147-160.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Woodward, J. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 135-145.
- Conrod, P. J., Pihl, R. O., Stewart, S. H., & Dongier, M. (2000). Validation of a system of classifying female substance abusers on the basis of personality and motivational risk factors for substance abuse. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 243-256.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.
- Corrigan, E. M. (1980). *Alcoholic women in treatment*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Davis, D. R. & DiNitto, D. M. (1998). Gender and drugs: Fact, fiction, and unanswered questions. In C.A. McNeece & D.M. DiNitto (Eds.), *Chemical dependency: A systems approach* (pp. 31-56). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Dawes, M. A., Antelman, S. M., Vanyukov, M. M., Giancola, P., Tarter, R. E., Susman, E. J., Mezzich, A., & Clark, D. B. (2000). Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(1), 3-14.
- Diamond, D. (2000). *Sober means to narrative ends*. Oakland, CA: Guilford.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of changes: Stages of change and addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* 2nd (pp.3-24). New York, NY: Plenum Press.
- Dodge, K., & Potocky, M. (2000). Female substance abuse characteristics and correlates in a sample of inpatient clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 59-64.
- Ellis, A. (1977). *Anger: How to live with and without it*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Finnegan, D.G. & McNally, E.B. (1997). Chemically dependent lesbians and bisexual women: Recovery from traumas. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 6(1/2), 87-107.
- Ford, J. D., & Russo, E. (2006). Trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for post-traumatic stress and addiction: Trauma adaptive recovery group education and therapy (TARGET). *American Journal of Psychotherapy*, 60(4), 335-355.

- Ford, J.D., & Stewart, J. (1999). Group psychotherapy for war-related PTSD with military veterans. In B. Young & D. Blake (Eds.), *Approaches to group psychotherapy with PTSD* (pp. 75-100). San Francisco, CA: Taylor/Francis.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 298-301.
- Gil-Rivas, V., Fiorentine, R., Anglin, M. D., & Taylor, E. (1997). Sexual and physical abuse: Do they compromise drug treatment outcomes? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(4), 351-358.
- Glantz, M., & Pickens, R. (Eds.). (1992). *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology- Research and Practice*, 21, 372-378.
- Guo, G. J., & Law, F. M. (2011). *Hope and recovery from substance abuse for drug probationers in Taiwan*. Academy of Criminal Justice Sciences 2011 Annual Meeting, Toronto Canada.
- Hiebert-Murphy, D. & Woylkiw, L. (2000). A model for working with women dealing with child sexual abuse and addictions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(3), 387-394.
- Irving, L. M., Seidner, A. L., Burling, T. A., Pagliarini, R., & Robbins-Sisco, D. (1998). Hope and recovery from substance dependence in homeless veterans. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 389-406.
- Jackson, R., Wernicke, R., & Hassga, D. A. F. (2003). Hope as a predictor of entering substance abuse treatment. *Addictive Behavior*, 28, 13-28.
- Law, F. M. & Guo, G. J., (2012). Hope and Recovery from substance abuse for female drug offenders in Taiwan. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(8), 1258-1285.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45-47.
- Lewis, M. A., Philippi, J., & Neighbors, C. (2007). Morally based self-esteem, drinking motives, and alcohol use among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3), 398-403.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Lopez, S. J., Floyds, R. K., Ulven, J. C., & Snyder, C. R. (2000). Hope theory: Helping clients build a house of hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of Hope* (pp. 123-166). New York, NY: Academic Press.
- Marlatt, G. A. (1985). Cognitive factors in the relapse process. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 128-200). New York, NY: Guilford.
- Marlatt, G. A. (Ed.). (1998). *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York, NY: Guildford Press.
- Messina, N., & Prendergast, M. L. (2001). Therapeutic community treatment for women

- in prison: Some success, but the jury is still out. *Offender Substance Abuse Report*, 1(4), 49-58.
- Michael, S. (1999). *The effects of expressive and hopeful writing on coping with traumatic events*. Unpublished master's thesis, University of Kansas.
- Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, 93, 979-990.
- Miller, D., & Guidry, L. (2001). *Addictions and traumatic recovery*, New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Molidor, C. E., Nissen, L. B., & Watkins, T. R. (2002). The development of theory and treatment with substance abusing female offenders. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(3), 209-225.
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Najavits, L. M., Sonn, J., Walsh, M., & Weiss, R. D. (2004). Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 29, 707-715.
- Najavits, L., & Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*, 89(6), 679-688.
- Newman, C. F., & Ratto, C. L. (1999). Cognitive therapy in substance abuse. In Dowd, E. T., & Rugle, L. (Eds.), *Comparative treatments of substance abuse* (pp. 96-119). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Ornum, W. V., Dunlap, L. L., & Shore, M. F. (2008). *Psychological testing across the life span*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Pape, P. A. (1993). Issues in assessment and intervention with alcohol-and drug-abusing women. In S.L.A. Straussner (Ed.), *Clinical work with substance-abusing clients* (pp. 251-269). New York, NY: Guilford.
- Pearson, F. S., & Lipton, D. S. (1999). A meta-analytic review of the effectiveness of corrections-based treatments for drug abuse. *The Prison Journal*, 79(4), 384-410.
- Pfeiffer, W., Feuerlein, W., & Brenk-Schulte, E. (1991). The motivation of alcohol dependents to undergo treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 29, 87-95.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Quinn, C. M. (2007). *Hope theory: A formula for success*. Unpublished master's thesis, University of Toledo.
- Rao, S. R., Czuchry, M., & Dansereau, D. F. (2009). Gender differences in pysocial functioning across substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(3), 267-273.
- Reilly, P. M., & Shopshire, M. S. (2008). *Anger management for substance abuse and mental health clients: A cognitive behavioral therapy manual*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment.
- Richmond, B. O., & White, W. F. (1971). Sociometric predictors of the self concept

- among fifth and sixth grade children. *The Journal of Educational Research*, 64(9), 425-429.
- Robinson, J. P., & Snaver, P. R. (1975). *Measures of social psychological*. Michigan, MI: Institute for Social Research the University of Michigan.
- Rollnick, S., Morgan, M., & Heather, N. (1996). The development of a brief scale to measure outcome expectations of reduced consumption among excessive drinkers. *Addictive Behaviors*, 21, 377-387.
- Rotgers, F., & Nguyen, T. A. (2006). Substance abuse. In P. J. Bieling, R. E. McCabe, & M. M. Antony (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy in groups* (pp. 298-323). New York, NY: Guilford.
- Shelton, D. L. (2000). New study highlights gender's impact on addiction. *American Medical News*, 43(7), 30.
- Sheppard, C. R. C. (1999). How large should my sample be? Some quick guides to sample size and the power of test. *Marine Pollution Bulletin*, 38(6), 439-447.
- Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and affect regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560-580). New York, NY: Guilford.
- Sinha, R., Fuse, T., Aubin, L. R., & O'Malley, S. S. (2000). Psychological stress, drug-related cues, and cocaine craving. *Psychopharmacology*, 152, 140-148.
- Snyder, C. R. (1994). *Psychology of hope: You can get there from here*. New York, NY: Free Press.
- Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: There is hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope* (pp. 3-21). New York, NY: Academic Press.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
- Snyder, C. R., Ilardi, S. S., Cheavens, J., Michael, S. T., Yamhure, L., & Sympton, S. (2000). The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 747-762.
- Snyder, C. R., Irving, L., & Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 285-305). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Snyder, C. R., Lapointe, A. B., Crowson, J. J. Jr., & Early, S. (1998). Preference of high-hope and low-hope people for self-inferential input. *Cognitive & Emotion*, 12, 807-823.
- Snyder, C. R., Ritschel, L. A., Rand, K. L., & Berg, C. J. (2006). Balancing psychological assessments: Including strengths and hope in client reports. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 33-46.
- Sowards, K. A., O'Boyle, K., & Weissman, M. (2006). Inspiring hope, envisioning alternatives: The importance of peer role models in a mandated treatment program for women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(4), 55-70.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-trait anger expression inventory-2: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resource.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 53-67.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and non-automatic processes. *Psychological Review*, 97, 147-168.

- U.S. Department of Health and Human Services (2008). Results from the 2008 national survey on drug use and health: national findings. Retrieved from <http://oas.samhsa.gov/2k8/2k8Results.cfm>
- Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C. & DiClemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stage-of-change therapy manual*. New York, NY: Guilford.
- Walfish, S., Massey, R. F., & Krone, A. (1990). Anxiety and anger among abusers of different substances. *Drug and Alcohol Dependence*, 25, 253-256.
- Weiss, R. D. (2004). Treating patients with bipolar disorder and substance dependence: Lessons learned. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 307-312.
- Wilde, J. (1996). *Treating anger, anxiety, depression in children and adolescents*. Bristol, PA: Accelerated development.

Effectiveness of Hope-Based Counseling in Promoting a Sense of Hope, Cognitive and Behavioral Change, and Self-Esteem for Female Drug Abuser in Recovery

Guo, Gwo-Jen Law, Fang-Mei

Abstract

This study investigated the effectiveness of hope-based counseling in promoting a sense of hope, cognitive and behavioral change, and self-esteem for female drug abusers in recovery. Participants were 20 female drug abusers who were randomly assigned to experimental and control groups. The 10 experimental group participants received 12 sessions of hope-based substance abuse treatment while the 10 control group members did not receive any type of treatment. ANCOVA was used to test the effectiveness of the treatment model. The results indicated that members of the two groups showed significant differences in their post-test scores for goal pursuit, path control, adequacy of energy, knowledge of change process, ability to overcome addiction, appropriate cognition, management of emotions, acceptance of self and others, self-confidence and self-worth.

Keywords: Female Drug Offenders, Hope, Recovery

Guo, Gwo-Jen Department of Guidance and Counseling, National Changhua University of Education

Law, Fang-Mei Criminal Justice and Social Services, Tiffin University. (lawf@tiffin.edu)