

原發性失眠患者的心理認知因素與 減藥行為之關係

賴盈希

彰化基督教醫院精神科

楊建銘

政治大學心理學系暨心
智、大腦與學習研究中
心

許世杰

長庚紀念醫院桃園分院
精神科

本研究探討原發性失眠患者的心理認知因素與減藥行為之關係，並檢視不良的睡眠信念是否透過自我效能及決策權衡的中介效果影響減藥行為。研究當中的 37 位原發型失眠患者主要來自醫院轉介，所有受試者在進行減藥計畫前及完成減藥計畫後，填寫睡眠失功能信念與態度量表 (Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire, 簡稱 DBAS)、決策權衡問卷 (Decision Balance Questionnaire)、單題自我效能量尺 (Single-Item Self-Efficacy Scale)，並在為期 10 週的減藥計畫期間每天填寫睡眠日誌以了解其睡眠參數變化及藥物使用狀況。研究結果顯示，不良的睡眠信念與減藥行為的相關未達顯著，顯示不良的睡眠信念與減藥行為沒有直接效果，不良的睡眠信念與減藥的決策權衡、減藥的自我效能的相關皆未達顯著，而減藥行為與決策權衡及自我效能分別達到顯著性的相關。階層迴歸進一步發現，當控制人口學變項及疾病與藥物相關變項後，心理認知變項仍然能夠有效解釋減藥行為變異性達 37.3%，達統計水準。我們發現減藥的自我效能以及決策權衡可以預測減藥行為，患者若有較高的自我效能以及傾向評估減藥的好處，則可以減少較高百分比的助眠劑劑量。整體而言，患者的減藥行為除以藥物觀點來評估外，心理認知因素更是影響其減藥行為的重要指標。

關鍵詞：原發性失眠症、減藥、睡眠信念、決策權衡、自我效能、助眠劑

失眠的治療包含非藥物以及藥物治療兩大類，非藥物治療除包括刺激控制

法、睡眠限制法、睡眠衛生、放鬆訓練等行爲治療方法，還有認知治療以重建患者對睡眠的失功能信念，這些心理或行爲取向的方法目前皆有相關研究證實有效，且持續穩定的改善失眠問題，也能應用於減少助眠藥物之使用（Morin, Culbert, & Schwartz, 1994; Murtague & Greenwood, 1995; Morin, Colecchi, Stone, Sood, & Brink, 1999; Smith, et al, 2002）。在藥物治療的部份，目前常用來治療失眠的藥物主要包括 Benzodiazepine (BZD) 類藥品以及作用於 BZD 接受體之非 BZD 類安眠鎮靜劑 (Benzodiazepine Receptor Agents; 簡稱 BZRA)、抗憂鬱劑及抗組織胺等藥物，臨床上會視個案的狀況使用不同種類的藥物，急性失眠的個案通常會被建議短期使用藥物，以避免惡化爲慢性失眠，雖然藥物有短期效果，但卻不適合做爲長期治療的方式，因爲助眠劑有許多副作用，例如會改變睡眠結構（增加 beta 波、減少深度睡眠）(Parrino & Terzano, 1996)、記憶力受到影響……等等 (Gillin, Spinweber, & Johnson, 1989; Soldatos, Dikeos, & Whitehead, 1999)，所以助眠劑被建議使用的時間長度只有兩到四週，但臨床上仍有許多病患在失眠症狀穩定後，依然繼續使用助眠劑促進睡眠，使用時間早已遠遠超過建議的使用時間長度。持續使用助眠劑雖然改善了失眠，但很多患者卻因此漸漸對藥物產生依賴、耐藥性或是反彈性失眠等戒斷症狀 (Kupfer & Reynolds, 1997)，美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 也只核准鎮靜安眠藥物用於短期的失眠治療。

長期使用助眠藥物促進睡眠的個案，一部分可能因爲外在因素（如持續性的壓力）影響到睡眠狀況；另一些人在服用助眠藥物改善了失眠症狀後，但爲了預防失眠復發仍繼續服用藥物；但更多是因爲害怕停用藥物就不能睡覺 (Morin & Espie, 2003)，漸漸的對藥物產生耐受性並增加劑量，過程中病患可能會嘗試減藥，但因爲不了解藥物的特性與忽然停用的戒斷、反彈性失眠等症狀，反而加深了不吃藥就會睡不著的不合理想法，最後掉入依賴助眠劑的惡性循環。減少助眠藥物使用的過程，除了藥性、戒斷症狀等會影響病患的停藥外，失眠病患對於睡眠的擔心與不合理想法，也會影響患者是否停止使用助眠劑幫助睡眠，患者對於睡眠的擔心還會讓他們懷疑自己是否有能力減少藥物，或者傾向高估於減少藥物會帶來的壞處，因此，失眠患者在減少助眠劑的使用時，以藥物觀點出發來預測減少助眠藥物的行爲已經不夠完整，其他預測指標如心

理認知變項的加入是必須的。

用來預測失眠患者減少助眠劑使用的指標，目前已有大量從藥物的觀點出發的相關研究，如初始的使用劑量、種類 (Baillargeon, et al., 2003)、藥物依賴、藥物使用的時間長度 (Gorgels, et al., 2006) 等，探討其所產生的耐受性、停用的戒斷等症狀如何影響個案減藥 (Belanger, Morin, Bastien, & Ladouceur, 2005)，然而會影響減藥的相關因素不僅只有藥物本身，其他如心理、社會的因素，如自我效能 (O'Connor, 1999; O'Connor, et al., 2004)、結果期待、壓力、減藥開始前病人靠自己將使用劑量大幅降低。另外，減藥計畫的有無 (Baillargeon, et al., 2003)、非酒精使用者、性別 (Gorgels, et al., 2006) 等也可能會影響病患減少藥物的使用。而上述關於減藥的研究個案當中大多包含主要診斷為焦慮症個案或失眠病人，少有僅針對原發性失眠個案所做的減藥研究。

綜合上述，減少助眠劑的使用會受到許多因素的影響，藥物觀點、是否有可靠的方法、人口學變項、其他物質的使用等，但失眠患者更容易受到不合理的睡眠信念所影響，且其他心理相關因素如何影響減藥的過程，至今缺乏相關的研究探討。本研究將減藥視為一個行為改變的歷程 (Morin & Espie, 2003)，在健康行為領域當中，自我效能 (self-efficacy) 以及決策權衡 (decision balance) 常被用來預測健康行為的改變 (DiClemente, et al., 1991)。因此，本研究將以不合理的睡眠信念合併自我效能、決策權衡等心理相關變項，探討原發性失眠者的減藥行為。

文獻探討

失眠是現代人常見的健康抱怨之一，也是病患最常見的主訴之一。失眠除導致夜間睡眠的困擾外，對於患者白天的認知功能、社會功能、情緒狀態及生活品質等，亦有不同程度的影響。流行病學研究調查指出，國外失眠的盛行率介於 10-20% 左右 (Ford & Kamerow, 1989; Kim, Uchiyama, Okawa, Liu, & Ogihara, 2000; Pallesen, et al., 2001; Ohayon, 2002)，由於不同研究對失眠的定義、詢問方式不同，失眠盛行率的範圍介於 6-36% (Ohayon, 2002)。進一步分析失眠者的特性，年齡較高者和女性較容易有失眠的抱怨 (Kim, et al., 2000;

Pallesen, et al., 2001), 離婚、鰥寡、獨居者、失業者、社經地位較低的人也較容易出現失眠的問題 (Ford & Kamerow, 1989)。針對台灣、日本、韓國三個北亞國家所做的調查研究, 將失眠定義為有入睡困難、睡眠中斷或早醒其中一個症狀, 並至少持續兩個星期以上, 其盛行率分別為 10.3%、4.0%、9.9%, 台灣略高於其他兩個國家 (Normura, Yamaoka, Nakao, & Yano, 2005)。在台灣地區, 民國 94 年行政院主計處所做的「國人健康概況與健康檢查情形」調查, 國人睡眠品質自我評估概況結果顯示, 有失眠困擾者占 24.4%。蘇東平 (2000) 針對台灣中部地區進行失眠流行病學調查, 研究指出鄉村地區民眾中, 一生中有過失眠者為 9.2%, 一個月內曾有失眠者為 9.5% (女性 11.4%, 男性 7.3%)。根據韓國所做的跨國性研究調查、行政院主計處所做的大規模調查及針對鄉村地區所做的流行病學調查, 國內的失眠盛行率大致介於 9.2-24.4% (Nomura, et al.), 且上述數據亦顯示, 失眠不管是在國內外均是普遍的健康問題。失眠人口的普遍, 加上嚴重影響個人白天與夜晚的生活, 顯示失眠是極需被重視處理的問題。

失眠的成因相當複雜, 一般醫學疾患、其他睡眠疾患、物質使用會造成失眠, 某些精神疾病如焦慮症、憂鬱症、精神性疾病, 也會出現失眠的臨床症狀。然而, 部分病患失眠是找不到原因的, 根據「精神疾病的診斷與統計 (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder)」第四版 (簡稱 DSM-IV) 診斷準則 (孔繁鐘譯, 1999), 這樣失眠問題, 被稱為原發性失眠 (Primary Insomnia)。

原發性失眠症的治療可以分為兩大部分: 非藥物治療與藥物治療。在非藥物治療部分, 除包括刺激控制法、睡眠限制法、睡眠衛生、放鬆訓練等行為治療方法, 還有認知治療以重建患者對睡眠的失功能信念。這些方法通常合併使用成為失眠的認知行為治療 (cognitive-behavior therapy for insomnia, 簡稱 CBT-I), 且不管是單獨使用或是合併藥物治療, 皆能持續穩定的改善失眠問題, 也能應用於減少助眠劑之使用, 其療效在國外已被許多相關研究證實 (Morin, et al., 1994; Murtague & Greenwood, 1995; Morin, et al., 1999; Smith, et al., 2002), 國內亦有類似的研究結果 (林詩維, 2007)。

在藥物治療方面, 目前常用來治療失眠的藥物主要包括 Benzodiazepine (BZD) 類藥品, 以及作用於 BZD 接受體之非 BZD 類安眠鎮靜劑 (Benzodiazepine Receptor Agents, 簡稱 BZRA)。BZRA 類安眠鎮靜劑與 BZD

類安眠鎮靜劑相較之下，較少產生依賴、戒斷、耐藥性、記憶損傷及忽然停藥所產生的反彈性失眠(rebound)的症狀，目前已越來越廣被採用(Roehrs & Roth, 2003)。此外，抗憂鬱劑(antidepressant)、抗組織胺(antihistamines)、抗精神病劑(antipsychotic)、巴比妥鹽(Barbiturates)也被用來治療失眠。巴比妥鹽類雖然曾是重要的安眠鎮靜劑，但是因為副作用大，會迅速造成耐受性與成癮性，目前除了偶而在住院中使用外，原則上不讓病人帶回家當作鎮靜安眠劑使用。抗憂鬱劑、抗組織胺、抗精神病劑中鎮靜作用較強的藥，雖然有時也被用來改善失眠，但會有白日嗜睡等副作用(Neubauer, 2003)。

助眠劑雖然有其療效，但使用以短期治療為原則，美國國家衛生研究院(National Institute of Health)指出，如需連續每晚使用一般建議避免超過四星期(Kupfer & Reynolds, 1997)，儘管如此，臨床上還是常見失眠病患仍因害怕睡眠不能持續，而長期使用助眠劑，甚至有依賴成癮的情形。失眠者對於助眠劑的依賴成癮有以下三個主要的原因(Morin & Espie, 2003)：耐受性(tolerance)、戒斷症狀(withdraw symptom)與反彈性失眠(rebound insomnia)對睡眠狀態的錯誤知覺。

長期使用助眠劑的失眠患者，經常在睡眠改善之後想要停藥卻無法達成，因此，臨床上通常會建議病患採用逐步減少(step by step)的方式，來降低助眠劑的使用，此種方法已應用在失眠以及其他疾患以減少BZD使用的研究上(Morin, Colecchi, Ling, & Sood, 1995; Rickels, Case, Schweizer, Garcia-Espana, & Fridman, 1990; Schweizer, Case, & Rickels, 1989)，然而，漸進式減藥可以讓病患在減藥的過程中感覺較舒適，但成功率卻不盡理想，且在1至2年的追蹤研究顯示病患復發率超過50%(Rickels, et al., 1990)。此外，過去用以說明減藥是否成功的研究，大多著重在藥物相關的因素，如：藥物的長效或短效性(type of action)、半衰期(half-life)、每天使用劑量(daily drug dosage)、使用期間(length of utilization)(Belanger, et al., 2005)。通常使用長效、使用時間較久、每天使用劑量較高者，減藥會需較長時間且較難成功(Rickels, et al., 1990; Schweizer & Rickels, 1989)。然而，透過藥物相關因素僅能說明部分的減藥結果。O'Connor等人(1999, 2004)的研究建議加入心理相關因素(psychological factor)來解釋長期使用BZD患者如何面對戒斷症狀，以及如何完成減藥。研究針對焦慮相

關疾患（恐慌症、廣泛性焦慮疾患、社交恐懼症及其他未特定的焦慮疾患）與失眠患者進行 BZD 減藥研究，研究中預測減藥的變項除藥物相關因素之外，亦納入焦慮程度、神經質、社會支持度、心理脆弱性（包含：焦慮、憂鬱、易怒、認知）、自我效能、生活品質及正負向的生活事件等心理相關變項，整體減藥期間以 21 週為限，21 週後分成減藥成功組以及減藥失敗組，研究結果顯示減藥失敗者有較高的神經質傾向、生活品質較低、心理脆弱性程度較高，而自我效能可以預測減藥成功與否及是否復發，能夠成功減藥且後續沒有復發者自我效能有逐漸升高的趨勢。

由上述文獻可知，過去減少 BZD 使用的相關研究主要著重在藥物因素，探討心理相關因素如何影響 BZD 減藥的過程與結果的研究相當有限；而且 O'Connor 等人的研究對象同時包含焦慮患者與失眠患者，從病理角度來看，原發性失眠患者與焦慮症患者本質上即有相當大的差異，目前研究結果對於預測原發性失眠患者減藥的結果仍有所不足。可能影響助眠劑減藥行為的心理相關因素眾多，包括人格特質、心理脆弱性、自我效能、生活品質等心理相關變項，臨床上，更可以看見失眠患者除了對於不能睡眠的擔心與害怕外，大部分患者還會擔心需長期用藥才能幫助睡眠，在擔心用藥與失眠的情形下，反而使患者掉入使用藥物、嘗試減藥失敗的惡性循環，擔心的想法與上述惡性循環交互影響下，最終漸漸變成對助眠劑產生依賴，使患者變成需長期使用助眠劑幫助睡眠，因此，本研究擬針對認知相關因素加以探討失眠患者的減藥行為。

研究指出，失眠患者較正常睡眠者有更多關於睡眠的負向認知及災難化想法，這些認知信念可以歸納出五種類型：失眠造成的結果、對睡眠的控制力與預測力、對睡眠的需求與期待、失眠的歸因、改善睡眠的方式（Morin, Stone, Trinkle, Mercer, & Remsberg, 1993）。後續研究亦支持上述結果，Edinger、Wohlgemuth、Radtke、Marsh 與 Quillin（2001a）指出，病患失功能的睡眠信念程度越高，其失眠嚴重度也越高。此外，失眠患者除了有較正常睡眠者有較多的負向睡眠信念外，失眠者也較正常睡眠者在失眠所造成的結果、對睡眠的預測力與控制力兩個因素有較高的負向認知（Carney & Edinger, 2006）。因此，在失眠的病程中，不合理的睡眠信念是一項重要的心理因素。近期的研究探討了病患接受治療後其負向認知信念改變的程度，結果發現病患在認知上作調整，

失眠症狀可以獲得改善 (Edinger, Wohlgemuth, Radtke, Marsh, & Quillian, 2001b; Morin, Blais, & Savard, 2002)，也就是說，認知改變可能對失眠症狀有所改善。此外，減少助眠劑的使用可視為一個行為改變的歷程，在健康行為領域當中，自我效能 (self-efficacy) 及決策權衡 (decision balance) 等認知因素，可有效用來預測行為的改變 (DiClemente, et al., 1991)，而針對助眠劑使用的自我效能及決策權衡又可能受到患者本身對睡眠認知信念的影響，因此，本研究將同時納入決策權衡、自我效能合併睡眠認知心理相關變項以探討失眠者的減藥行為。

過去有研究採取 CBT-I 搭配減藥計畫協助個案減少助眠劑的使用，相關研究發現在 8 週的減藥計畫之後，CBT-I 合併減藥組與單純減藥組兩組在減藥結果有著不一樣的表現，合併組有 77% 完全減藥，單純減藥組則有 38% 的病患完全減藥 (Baillargeon, et al., 2003)。另外 Morin、Belanger、Bastien 與 Vallieres (2005) 在 CBT-I 合併減藥計劃的研究亦有類似的結果，在 10 週的介入之後，CBT-I 合併減藥組 (85%) 相較於單純減藥 (48%) 與單純 CBT-I 組 (54%)，有較高比例的病患可以減少 BZD 的使用。另外，在一自助減藥的療效研究當中發現，CBT-I 組合併減藥組與單純減藥組在 8 週的治療後，兩組皆大約有 2 / 3 的人可以完全停止藥物的使用，有無合併使用 CBT-I 協助患者減藥並沒有明顯的差別 (Belleville, Guay, Guay, & Morin, 2007)。綜合上述研究，搭配 CBT-I 的漸進式的減藥計劃對於個案減少助眠劑的使用，已經有部分的療效研究證實，但上述的研究當中並沒有再深入探討哪一些因素可以預測病患的減藥行為，雖然在研究當中測量了認知信念，但結果並沒有呈現，無法得知減藥成功及減藥失敗者之間的差異為何，不合理的睡眠信念等認知因素影響了患者的失眠嚴重度，但認知因素在減少助眠劑的過程中所扮演的角色仍不清楚，睡眠信念影響失眠個案的減藥行為似乎沒有太多相關的研究探討。

由於減少助眠劑的使用可視為一個行為改變的歷程，在健康行為領域當中，自我效能 (self-efficacy) 及決策權衡 (decision balance) 等認知因素，可有效用來預測行為的改變 (DiClemente, et al., 1991)。Bandura (1982) 提出自我效能 (self-efficacy) 的定義為，在特定情境中，個人相信自己能夠達成任務的信念。自我效能影響個人在面對重大決定時是否有能力去面對問題、解決問

題，因此，自我效能首先會影響個人是否產生行動，例如當一個人相信某個狀況超過他的能力所能處理，他就會避開這個狀況。

Bandura 認為情緒、認知過程沒有直接影響行爲，自我效能作為情緒及認知（個人變項）與行爲的中介因素影響表現。以原發性失眠患者使用助眠劑為例來說明，患者如果有「為了保持白天的清醒與工作，會認為比較好的方式是讓自己使用助眠藥物，而不是讓自己睡不好」的睡眠信念，而相信助眠劑對於提升睡眠是很有幫助的，在這些狀況下患者即便用藥使睡眠的狀況穩定了，但患者對睡眠的不合理想法與擔心容易讓患者懷疑自己是否有能力減少藥物的使用，減藥的自我效能也因此較低，漸漸的無法減少藥物的使用。

自我效能的通則在不同健康行爲的領域已獲得證實，如運動、吸煙等，自我效能的程度可以用來預測是否產生行爲改變或維持新行爲（Velicer & Diclemente, 1990; O'Hea, Boudreaux, Jeffries, Carmack Taylor, & Scarinci, 2004）。在 BZD 減藥的相關研究當中，O'Conner 等人（2004），以持續服用八週 BZD 為抗焦慮或助眠劑的焦慮症病人或失眠病人為對象的研究指出，減藥成功組以及減藥不成功的個案在進行減藥計畫前，兩組人的自我效能分數沒有顯著的差異，但在完成減藥計畫後成功減藥組的自我效能分數卻有顯著的提高，針對減藥成功組三個月之後的追蹤，顯示復發的個案自我效能分數有顯著的下降，甚至低於未進入減藥計畫前的分數，而減藥成功組當中後續沒有復發的個案，自我效能分數則有逐漸升高的趨勢。

另有針對慢性失眠之老年人的助眠劑減藥計畫，想要瞭解有些個案透過自助式的治療方案可以自行減藥成功，研究將個案分成單純減藥組及 CBT 合併減藥組，過程中記錄每週對於減藥計畫的順從度，及覺察到的自我效能。可以順從減藥計畫的個案在第 6、8、9、10 週自評有較高的自我效能，在治療結束後成功減藥的個案也同樣在這四週評出有較高的自我效能，透過統計方法控制戒斷症狀與睡眠效率條件下，上述的差異依然存在，此臨床結果說明透過評估自我效能可以瞭解失眠個案在減藥過程中是否經驗到相關的困難，然而，減藥成功組與減藥失敗組在減藥前的自我效能沒有顯著差異（Belanger, Morin, Bastien, & Ladouceur, 2005）。

綜合上述減少助眠劑使用的研究結果顯示，減藥前的自我效能在減藥成功

與減藥不成功兩組人並無顯著的差異，在減藥當中的自我效能會隨減藥成功與否提升或下降，減藥成功者的自我效能在減藥後皆有顯著的提升。然而，在減少助眠劑的使用部分，其扮演預測的角色還不夠清楚，由於自我效能在預測是否能成功的減藥尚未有定論，且認知因素會影響個體自我效能的評估；因此，自我效能與不合理的睡眠信念如何影響失眠患者減少助眠劑的使用，將是本研究欲探討的範疇。

除了自我效能的評估會影響個案的減藥行為外，失眠個案存在的不合理睡眠信念如何影響其決策權衡的結果，且失眠患者減少藥物使用時對於減藥的好處及壞處的評估，也可能會與執行減藥行為相關。決策模式會影響個人做重大決定或是否決定從事行為改變，是了解行為改變的一個重要概念。該概念應用的行為領域相當多元與廣泛，過去研究包括以下幾個範疇：戒菸、戒毒、體重控制、飲食控制、青少年犯罪行為、安全性行為、保險套使用、防曬、規律運動、胸部 X 光檢查等 (Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988)。以下將針對決策理論做更詳盡的介紹。

在 Janis 和 Mann (1977) 的決策模式 (model of decision-making) 中，包括八個權衡的中心概念：自我本身利益、他人利益、自我本身贊成、他人贊成、自我本身成本、他人成本、自我本身不贊成、他人不贊成。目前研究大多將其簡化採用兩個因素—好處 (pros) 和壞處 (cons)，或執行一個行為的利益 (benefits) 和成本 (cost)，或稱為利益 (benefits) 和障礙 (barriers)，當個人權衡採取行為的利益或障礙後，如果利益大於障礙則傾向採取行為，當障礙大於利益時則傾向不採取行為。因此，決策理論是一個權衡的概念 (gain and loss model)，並非全有全無 (all or none) 的概念 (Velicer, DiClemente, Prochaska, & Brandenburg, 1985)。行為是否開始改變除了根據個體權衡的結果外，新的行為建立的過程中，個體也會持續的評估行為的利益與障礙，在此歷程中，越在行為改變的後期，採取行為的自覺障礙就會越小、自覺利益越大，當利益大於障礙，行為就不在準備階段，而是能夠根據專家所訂定的行為標準，對所欲改變的行為做了特定的修正。因此，決策權衡除可以預測行為改變的結果外，若採取有系統的介入以改變障礙與利益，將有助於個體採取行動。

Morin 等人 (2005) 提出失眠患者的減藥可視為行為改變的歷程，因此，

在病患減藥前先了解其權衡減藥的利益與障礙，可以幫助減藥行為的介入及持續改變。舉例來說：失眠病患擔心減少使用助眠劑會帶來一些障礙（如：沒吃藥會睡不好、產生身體的不適），另一方面也知道減少助眠劑的使用會帶來一些好處（如：避免依賴藥物、可以自然入睡）。但對長期使用助眠劑的病患來說，權衡減藥的障礙與好處後，如果發現減藥的障礙大於好處，他們仍傾向持續使用助眠劑；相反的，若患者評估減藥的好處大於減藥的壞處，則傾向持續減少或是停止藥物的使用。

決策權衡被證實與戒菸、運動、飲食控制等健康行為的培養與維持有關，同時也被應用來減少物質使用，如：酒精等，長期使用助眠劑的失眠患者，常常能希望減少助眠劑的使用，但大部分人仍無法如願而繼續使用助眠劑，因此，在失眠患者決定繼續使用與停止使用助眠劑間的利益、障礙權衡間，可能會影響患者減少助眠劑使用的行為。此外，決策權衡還可能會受個案的睡眠信念所影響，例如：個案若有「藥物是解決失眠的唯一方式」之睡眠信念，在評估是否減少藥物的使用時容易傾向評估減藥的壞處，漸漸變成需持續藥物才能睡著，因此，睡眠信念可能會影響患者在決策權衡的結果，信念如何透過決策權衡影響減藥行為，將是本研究欲探討的另一重要部份。

相關信念與減藥關係的文獻仍然有限，認知信念對失眠患者來說是相當核心的問題，除睡眠信念的改變可以減少病患對睡不好的擔憂外，也有可能影響病患是否願意減少助眠劑。以失眠造成的結果為例來說明，失眠患者可能會有「如果晚上沒有適當的睡眠，隔天我簡直沒有辦法做事情」的不良信念，所以仍持續使用助眠劑以避免失眠。另外，病患可能還會有「為了保持白天的清醒與工作表現，比較好的方式是吃助眠藥物，而不是讓自己一整晚都睡不好」之想法與信念，由此可見，不良的睡眠信念有可能會影響病患持續使用助眠藥的行為。基於過去缺少睡眠信念與減少助眠劑行為的相關探討，且安眠藥的依賴循環可能會受到不合理的睡眠信念所影響。因此，本研究將討論失眠失功能信念與減藥的關係。由於信念除會影響個案的減藥行為外，患者對睡眠的不合理想法與擔心也讓患者懷疑自己是否有能力減少藥物，也因為有這樣的擔心與懷疑，即便評估減藥可能會為自己帶來好處之外，但若過於擔心減藥帶來的負面影響，患者很有可能還是持續使用藥物不傾向減藥。如前所述。健康行為領

域中，自我效能（self-efficacy）與決策權衡（decision balance）常被用來預測健康行為的改變（DiClemente, et al., 1991）。針對減藥而言，自我效能即是個案覺得自己有沒有能力減少助眠藥物的使用，而決策權衡即是對於減藥利益與障礙的評估，這兩者皆有可能會受到患者的睡眠信念所影響。

本研究將探討心理相關因素與減藥行為的關係，所提出的研究假設為：不良睡眠信念程度透過「決策權衡」與「減藥的自我效能」的中介而呈現較高的減藥行為。

假設 a：不良睡眠信念程度越低，則減藥行為越高

假設 b：不良睡眠信念程度越低，則越傾向決策權衡的利益

假設 c：越傾向決策權衡的利益，則減藥行為越高

假設 d：不良睡眠信念程度越低，則減藥的自我效能程度越高

假設 e：減藥的自我效能程度越高，則減藥行為越高

假設 f：決策權衡與減藥的自我效能是信念與行為間的中介變項，

即當控制「決策權衡」和「減藥的自我效能」對減藥行為的影響後，睡眠信念與減藥行為的解釋力會由原本的顯著下降，或變得不顯著。

研究方法

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原發性失眠患者，患者需經由臨床醫師評估符合 DSM-IV 原發性失眠診斷。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，即至少四星期助眠劑使用劑量沒有增加，於門診時經醫師評估後可以開始減少助眠劑使用者。

臨床醫師初步篩選合適患者告知可參與本研究計畫後，再轉介予研究者詳細說明實驗流程與目的，在確認受試者符合以下的條件後，即邀請參與本研究：

1.年齡需介於 18 至 65 歲。

2. 學歷為國小畢業以上，能夠自行填寫問卷與評估量表。
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. 無其他睡眠相關疾患。
5. 無其他精神相關疾患。
6. 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
7. 排除過去曾接受失眠的認知行為治療以及心理治療患者。
8. 以 BZD 類或 BZRA 類藥物為助眠劑。若合併抗憂鬱劑使用者，抗憂鬱劑僅供減緩失眠所造成的情緒症狀，且能夠配合在減藥期間不改變抗憂鬱劑治療劑量。
9. 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 顆為限。

自民國 96 年 10 月至民國 97 年 3 月，醫師總共轉介 57 人參與本研究，其中 3 人因身體狀況停止減藥（1 人腸胃發炎、1 人跌倒骨折、1 人婦科問題住院），4 人合併其他睡眠疾患（2 人睡眠呼吸中止症、2 人肢體抽動疾患），4 人藥物使用不符合收案標準（3 人使用三種助眠劑、1 人使用抗癲癇藥物），3 人失眠症狀惡化（1 人因壓力因素、1 人因感冒、1 人因減藥加重焦慮症狀），4 人在研究期間不願意配合填寫睡眠記錄及問卷，合計共排除 18 人，故最後共有 39 名個案資料可供分析（其中 26 人完成研究流程、13 人因不願填寫睡眠日誌，僅有最後減藥劑量及基準值資料）。

研究工具

1. 睡眠失功能信念與態度量表 (Dysfunctional Belief and Attitudes about Sleep Questionnaire, 簡稱 DBAS)

睡眠失功能信念與態度量表由 30 題題目組成，題目是根據治療者的臨床經驗，以及參考慢性失眠相關理論所編制成，目的在瞭解與睡眠或是失眠相關之信念、態度、期望與歸因 (Morin, et al., 1993)。量表作答方式為請受試者在 10 公分的線段中，於適當的位置標示出最符合自己狀況，最左邊代表非常不同意，最右邊則代表非常同意。因素分析結果顯示本量表包含五種不同的信念與態

度，分別為（1）失眠造成的結果（例如：失眠可能導致神經系統失調）、（2）對睡眠的控制力與預測力（例如：當有一天晚上睡不好，我知道整個星期的睡眠狀況都會變糟）、（3）對睡眠的需求與期待（例如：每天要睡八小時以上才足夠）、（4）失眠的歸因（例如：失眠是因為身體的化學平衡失調）、（5）改善睡眠的方式（例如：躺床的時間越久，可以睡著的時間就越多）。儘管國外相關研究顯示 DBAS 全量表總分有良好的區辨效度與內部一致性（Cronbach's $\alpha=.72-.81$ ）（Espie, Inglis, Harvey, & Tessier, 2000; Morin, et al., 1993），但在驗證型因素分析下，上述五因素結構只有部份的支持（Espie, et al., 2000），因素間內部一致性的差異程度大，其中因素一的 Cronbach's $\alpha=.77$ ，因素二的 Cronbach's $\alpha=.41$ ，因素三的 Cronbach's $\alpha=.23$ ，因素五的 Cronbach's $\alpha=.34$ ，因素四因為題目過少而無法計算，Morin 等人（1993）也提出此量表各因素間內只有尚可至不佳的內部一致性。因此，後續為了睡眠不適當認知信念有更好的測量概念。Morin、Vallieres 與 Ivers（2007）發展 DBAS-16 簡式作為測量工具，其分量表結構與原來 30 題類似，包含四個不同的態度與信念：（1）失眠造成的結果（consequence），包括第 10、12、18、21、30 共五題；（2）對失眠的擔憂與無助（worry/helplessness），5、8、17、19、20、25 共六題；（3）對睡眠的需求與期待（expectations），1、2 共兩題；（4）失眠與藥物（medication），11、24、27 共三題。DBAS-16 簡式顯示有穩定可接受的內部一致性（Cronbach's $\alpha=.77-.79$ ），再測信度 $r=.83$ 及建構效度，於此量表理論概念下，亦可區辨失眠者與正常睡眠者的差異（林詩淳、楊建銘、許世杰，2006）。量表作答方式為請受試者在 0 至 10 的數字當中，圈選出最符合自己狀況的數字，0 代表非常不同意，10 則代表非常同意。由於 DBAS-16 有較佳的量表信、效度，本研究將選取 DBAS 全量表中 DBAS-16 簡式部分的項目作後續的統計分析。

2. 決策權衡問卷（Decision Balance Questionnaire）

由於過去無針對減藥決策權衡所做的相關研究，查閱國內外文獻，未尋得適當的量表，故研究者自行編制決策權衡問卷，以探討原發性失眠患者如何評估減藥之好處與障礙。在題目部份，研究者參考 Velicer 等人（1985）建議編制問卷的方式將決策權衡區分為兩大部份：好處（利益）與壞處（障礙），利用開放式問卷蒐集使用助眠劑的患者對於減藥相關看法。

量表編制先於北部某醫學中心精神科與睡眠門診蒐集為以失眠為主訴，過去曾有減藥的經驗、現在正進行減藥、即將進行減藥的患者，填寫人數共計 43 人。根據問卷回收的資料，刪除反應人次 1 以下的回答，編製出決策權衡問卷，其中利益部份 7 題（第 1、3、5、6、8、9、11 題）、障礙部份 6 題（第 2、4、7、10、12、13 題），共 13 題。本問卷以李克特式六點量表（6-point Likert scale），由 1 代表非常不同意到 6 代表非常同意，請患者自評減藥的利益與障礙程度由於利益與障礙兩部分題數不同，因此，計分方式為：

$$\text{減藥的決策權衡} = \text{利益總分} / 7 - \text{障礙總分} / 6$$

透過 99 位門診助眠劑使用患者為預試樣本進行分析，得到內部一致性 Cranach's α 係數為 .63。利益分量表部分與個案自評減藥好處相關達顯著正相關 $r=.525, p<.001$ ，障礙分量表部分與個案自評減藥負面影響相關達顯著正相關 $r=.283, p<.01$ ，整體決策權衡分數與失眠持續期間達顯著相關 $r=-.242, p<.05$ 。

3. 單題自我效能量尺（Single Self-Efficacy Rating scale）

單題自我效能量尺參照 Belanger 等人（2005）自我效能與減藥相關研究中的測量方式，於八週減藥的過程中，每週測量個案自我效能的強度，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自我效能的強度。

本研究自我效能的評估，將請個案自評對每週減藥的信心程度為何？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% 代表對於能否達成接下來一週的減藥目標「充滿信心」。單題自我效能量尺將合併於減藥決策權衡問卷中，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。』

4. 睡眠日誌（Sleep Log）

睡眠日誌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以及藥物使用的狀況。患者在早上起床後，回想前一天晚上的狀況，評估以下睡眠相關的數值，包括：幾點熄燈準備睡覺、躺床多久的時間睡著、半夜總共醒來幾

次與多少時間、早上醒來的時間、幾點離開床鋪，並以五點量表評估睡眠品質與白天嗜睡程度，此外，個案尚須在日誌上註明前晚的助眠劑使用劑量及種類。

根據患者所記錄的睡眠日誌，可以估計各項睡眠參數，包括：每週平均的入眠時間（sleep-onset latency, SOL）、入睡後醒來總時數（wake after sleep onset, WASO）、總睡眠時數（total sleep time, TST）、睡眠效率（sleep efficiency, SE）（Buysse, Ancoli-Israel, Edinger, Lichstein, & Morin, 2006），各項睡眠參數的詳細定義請參照表 1。

參與本研究的患者在開始進行減藥前，需先填寫一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（follow up）的一星期也都必須填寫，合計共需填寫 10 週。

表 1 睡眠參數的英文縮寫與定義

睡眠參數	英文縮寫	定義
入眠時間	SOL	躺床後試圖睡覺，一直到睡著為止的時間
入睡後醒來總時數	WASO	入睡後整晚醒來的時間總數
總睡眠時數	TST	整晚實際睡著的時間，由睡眠日誌中的躺床總時間減去其他清醒的時間所計算出來
睡眠效率	SE	躺床總時間除以睡眠總時間的百分比

研究程序

整體研究流程共計 10 週（見圖 1），病患於門診中經醫師評估符合診斷與納入條件後，將與個案解釋本研究目的與流程，待其同意參與，填寫基本資料及問卷，教導個案填寫睡眠日誌後，設定第一週減藥的劑量。

1. 減藥程序

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舒服等（Morin, et al., 2005；Belanger, et al., 2005）。Belleville、Guay、Guay 與 Morin（2007）的失眠患者減

藥相關研究中，考量經濟效益後將減藥方式做了調整，個案回診時間從過去的每週回診，治療過程修改為八週減藥計畫中的第四週與第八週，共計二次，2/3 的人在治療結束之後完全停藥，和先前每週與治療者見面的回診方式數據差不多。由於本研究之目的在探討認知因素的影響，因此盡量避免會影響認知因素的介入方式，參考 Belleville 在 2007 年使用的方式，分別在第 5 週或第 6 週、第 10 週請個案回門診進行減藥的諮詢，未回診的時間則以電話諮詢方式進行。以下為減藥的程序：

- (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，依序減少兩種藥物。
- (3) 每週減少 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；第二週結束前減少 25% 的劑量、第四週結束前減少 50% 的劑量、第八週結束前減少 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不用藥。

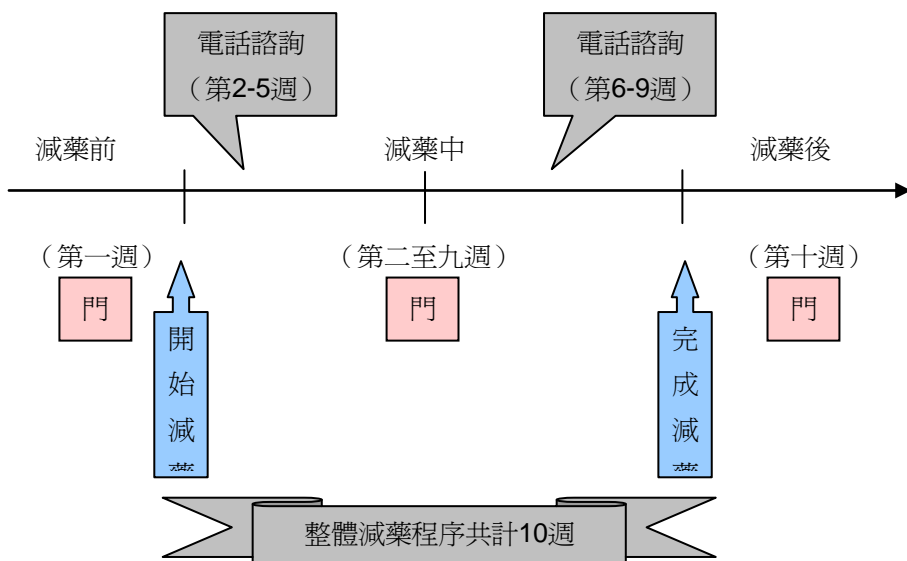


圖 1 研究流程

2. 電話諮詢

電話諮詢時間大約 10-15 分鐘，主要目的為提供病患支持與鼓勵，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。另外，電話諮詢將調整、訂定下週的減藥目標，提醒病患填寫當週應完成問卷，在第 3 週、第 8 週時提醒個案下週須回診。

3. 門診時間

除個案門診（第 1 週）個案確定納入研究的門診時間外，減藥過程中另需請個案回診時間兩次，分別在第 5 週或第 6 週、第 10 週，兩次回診時間提供與電話諮詢相同的訊息，也不教導任何行為改變的技巧，除調整、訂定下週的減藥計畫外，尚需回收病患在家填寫的問卷。

資料分析

本研究以 SPSS 中文版第十版做為統計運算工具進行資料分析。根據研究目的及資料蒐集的結果，進行以下幾部分的分析。首先，先對人口學及藥物使用變項進行描述統計。其次，以相依樣本 t 檢定分析減藥相關的變項及睡眠參數在減藥前（第一週）及減藥後（第十週）之差異。

接著，以皮爾森相關（Pearson's Correlation）檢視不合理的睡眠信念、決策權衡、減藥的自我效能及減藥行為等變項兩兩間的相關。第一部份先瞭解不合理的睡眠信念與減藥行為是否有主要效果存在，倘若有主要效果，再以階層迴歸將分別控制決策權衡與自我效能檢視睡眠信念與減藥行為是否有中介效果存在。本研究除想瞭解以認知心理因素當作減藥行為的指標外，將利用三階層迴歸的方式，同時納入人口學變項及失眠問題持續期間與藥物使用期間，除共同解釋減藥行為（依變項）之外，亦想瞭解控制人口學變項後，心理認知因素對於依變項的解釋力是否有增減。最後，將個案以減少劑量是否達成 50% 分成兩組，並以獨立樣本 t 檢定分析兩組，在基準值時各變項的差異。

研究結果

人口學資料、疾病與藥物使用狀況

1. 受試者的基本人口學資料

本研究收案人數共 57 人，排除不符合的個案 18 人，共計有 39 人納入統計分析，包含女性 23 名（59%）、男性 13 名（41%），所有個案平均年齡為 46.7 歲（ $SD=9.76$ ），平均教育年數為 12.51 年（ $SD=3.42$ ），失眠持續時間平均為 80.41 個月（ $SD=96.22$ ）。

2. 失眠與藥物使用狀況

本研究個案失眠持續時間平均為 80.41 個月（ $SD=96.22$ ）、平均助眠劑使用期間為 57.95 個月（ $SD=65.22$ ）、減藥前使用的劑量為平均每週 5.91 顆。受試者在助眠劑使用種類的人次及百分比，在藥物種類部分，由於部分受試者助眠劑合併抗憂鬱劑使用，故統計人次後以用百分比表示，使用短、中效助眠劑者（34 人次）61.8%、使用長效助眠劑者（8 人次）14.5%，合併使用抗憂鬱劑者（13 人次）23.6%。受試者藥物使用部分，僅單種助眠劑使用者共 18 人，佔 46.2%，使用兩種助眠劑者共 8 人，佔 20.5%，單種助眠劑合併抗憂鬱劑使用者共 13 人，佔 33.3%。

減藥前後相關變項之差異

1. 受試者的基本人口學資料

本節以相依樣本 t 檢定的統計方法，檢視個案在減藥前後的心理認知相關變項及睡眠參數之差異。本研究個案減藥前後助眠劑的使用狀況如表 2 所示，個案使用助眠劑期間平均為 57.95 個月（ $SD=65.22$ ），由於個案當中有人在未滿十週達成停藥的狀態，因此，減藥期間平均為 7.64 週（ $SD=1.11$ ），減藥前平均一週劑量為 5.9 顆（ $SD=1.56$ ），減藥後平均一週劑量為 3.20 顆（ $SD=2.64$ ），個案在減藥前後所使用的劑量有顯著性的不同（ $t_{38}=8.446, p<.001$ ），追蹤期間減

藥的百分比平均為 51.35% ($SD=36.45$)。

2.減藥前後睡眠參數的差異

表 3 呈現減藥前及減藥後睡眠參數的差異，四個睡眠參數在第一週及減藥後的平均數差異皆未達顯著水準，SOL 減藥前後平均數各為 49.21 ($SD=36.89$) 與 39.08 ($SD=21.10$) ($t_{(23)}=1.215, p>.05$)；WASO 減藥前後平均數各為 109.46 ($SD=54.74$) 與 117.84 ($SD=53.97$) ($t_{(23)}=-.736, p>.05$)；TST 減藥前後平均數各為 393.54 ($SD=91.21$) 與 370.82 ($SD=92.23$) ($t_{(23)}=1.472, p>.05$)；最後，睡眠效率 (SE) 亦呈現與上述相似的結果，減藥前與減藥後平均數各為 77.63 ($SD=12.51$) 與 75.32 ($SD=12.20$) ($t_{(23)}=.966, p>.05$)。

表 2 受試者減藥狀況

變項	統計值個數 (39 名)			
	平均數	標準差	最小值	最大值
減藥期間 (週)	7.64	1.11	3	8
減藥前劑量 (顆 / 週)	5.91	1.56	2.0	7.0
減藥後劑量 (顆 / 週)	3.20	2.64	0	7.0
減藥的百分比 (%)	51.35	36.45	0	100
減藥前後劑量的差異	t=8.446, p<.001			

註：減藥的百分比=[(baseline dose - follow dose) / baseline dose]*100%

表 3 減藥前後睡眠參數的差異

變項	第一週		第十週		統計值	
	平均值	標準差	平均值	標準差	t 值	p 值
SOL (分)	49.21	(36.89)	39.08	(21.10)	1.215	.237
WASO (分)	109.46	(54.74)	117.84	(53.97)	-.736	.469
TST (分)	393.54	(91.21)	370.82	(92.23)	1.472	.155
SE (%)	77.63	(12.51)	75.32	(12.20)	.966	.344

註：SOL 表示入眠時間；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。

不合理的睡眠信念、自我效能、決策權衡與減藥行為之關係

本節除將呈現減藥相關的心理認知變項與減藥行為的統計結果外，人口學變項、減藥前睡眠參數與減藥行為的相關也將在此一併呈現。由於會影響減藥行為的因素不僅是減藥相關的心理認知變項，最後一部份，將同時納入減藥相關人口學變項，並以階層迴歸方式解釋減藥行為。

1. 心理認知變項與減藥行為之相關

表 4 所呈現的為第一週時的心理相關變項與減藥行為的相關，其中睡眠信念總分與減藥行為未達顯著相關 ($r=.215, p>.05$)，顯示睡眠信念與減藥行為沒有主要效果，睡眠信念與決策權衡 ($r=-.162, p>.05$) 與自我效能 ($r=-.156, p>.05$) 皆未達顯著相關。因此，不繼續討論睡眠信念、決策權衡、自我效能與減藥行為的中介效果。另外，減藥行為與決策權衡 ($r=.358, p<.05$) 及自我效能 ($r=.632, p<.001$) 分別達到顯著性的相關，各變項相關性如圖 2 所示。在睡眠信念量表中因素一(失眠所造成的結果)與減藥行為的相關接近統計的顯著水準 ($r=.309, p=.056$)，其他因素部份與減藥劑量、自我效能及決策權衡的相關皆未達統計顯著水準。

表 4 心理認知變項與減藥行為的相關

變項	減少劑量百分比		決策權衡		自我效能	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
不合理的睡眠信念	.215	.189	-.162	.324	-.156	.345
失眠造成的結果	.309	.056	.017	.919	.085	.608
失眠的擔憂與無助	.075	.650	-.294	-.069	-.210	.200
睡眠的需求與期待	.117	.479	.089	.589	.052	.751
失眠與藥物	.065	.694	-.127	.411	-.286	.078
決策權衡	.358	.025			.318	.048*
自我效能	.632	<.001	.318	.048*		

2.人口學變項與減藥行為之相關

所有人口學變項與減藥行為的相關如表 5，結果顯示減少劑量與失眠問題持續期間有顯著的負相關 ($r=-.321, p<.05$)，失眠問題持續越久減少劑量百分比越低。減少劑量與用藥持續期間有顯著的負相關 ($r=-.333, p<.05$)，用藥持續期間越久藥物減少劑量百分比越低。最後，減少劑量與減藥前使用劑量有顯著的負相關 ($r=-.580, p<.001$)，減藥前使用助眠劑劑量越高則減少劑量的百分比就越低，其他變項與減少劑量百分比皆未達顯著水準。

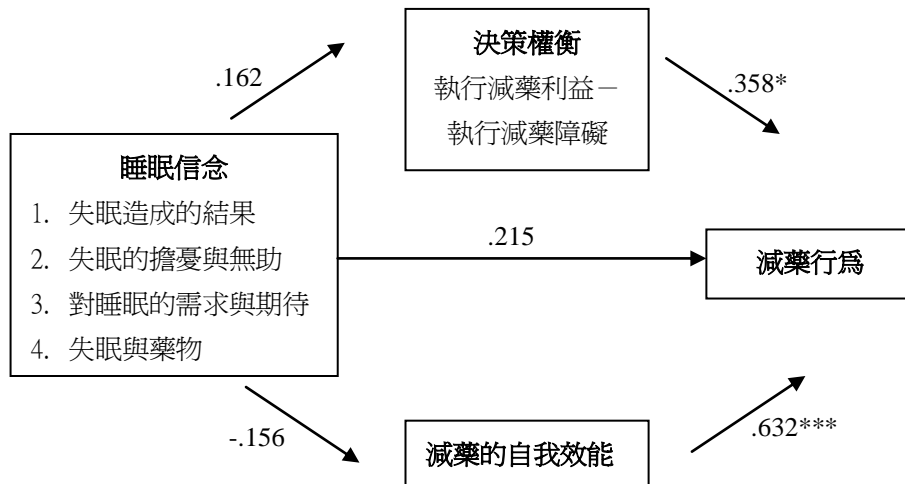


圖 2 研究模式圖

表 5 人口學變項與減藥行為的相關

	性別	年齡	教育程度	失眠問題持續期間	用藥持續期間	減藥經驗有無	減藥前劑量
減少劑量百分比	r	-.209	-.273	.309	-.321	-.333	-.120
	p 值	.201	.093	.056	.046	.039	.468
							<.001*

3.睡眠參數與減藥行為之相關

第一週時的睡眠參數與減少劑量百分比皆未達到統計的顯著水準，其結果如下表 6。第一週入睡時間($r=-.085, p=.694$)與第一週入睡後醒來總時數($r=-.128, p=.551$)與減少劑量百分比分別是負相關，第一週的入睡時間及入睡後醒來總時數越短，減少劑量百分比越高。另外，入睡總時數($r=.122, p=.571$)與睡眠效率($r=.148, p=.491$)分別與減少劑量百分比成正相關，亦即第一週的總睡眠時數與睡眠效率越高，則減少劑量百分比越高。

表 6 睡眠參數與減藥行為的相關

	SOL1	WASO1	TST1	SE1
<i>r</i>	-.085	-.128	.122	.148
減少劑量百分比				
<i>p</i> 值	.694	.551	.571	.491

註：TST1 為第一週入睡總時數；SE1 為第一週睡眠效率；SOL1 為第一週入睡時間；WASO1 為第一週入睡後醒來總時數。

4.減藥相關之人口學變項、減藥相關心理認知變項與減少劑量百分比

由於本研究所假設的睡眠信念與減藥行為之主要效果不存在，無法繼續探討睡眠信念、決策權衡、自我效能與減藥行為之中介關係，但認知因素對減藥行為的影響可能是存在的，因此，進一步透過階層迴歸的方式來探討人口學變項、疾病與藥物相關變項、心理認知變項共三個區組對減藥劑量的影響，這三個區組的順序是考量三種不同性質變項的先後次序關係。階層內不採取變項選擇程序，使用同時進入法檢驗。得到的結果發現三個區組能夠有效解釋依變項減藥行為的 64.7% ($F_{(30, 3)}=6.865, p<.001$)，以調整後 R 平方來解釋仍有 55.3% 的解釋力。由各階層的個別解釋力來看，第一階層的人口學變項未達統計水準 ($F_{(35, 3)}=2.679, p=.061$)，第二階層的整體解釋力接近顯著水準 ($F_{(33, 2)}=2.485, p=.051$)，但解釋力增加量未達統計水準 ($\Delta F_{(33, 2)}=1.948, \Delta p=.159$)，第三階層的整體解釋力接近顯著水準的解釋力 ($F_{(30, 3)}=6.865, p<.001$)，增加量達統計水準

($\Delta F_{(30, 3)}=10.564, \Delta p<.001$)。

由表 7 可以得知，在第二區組年齡與教育年數的影響力增加，但皆未達顯著水準，問題持續時間 $\beta=-.031$ ($t_{(33)}=-.106, p=.916$) 及助眠劑使用時間 $\beta=-.288$ ($t_{(33)}=-.975, p=.337$) 皆未達顯著水準，控制了第一區組的人口學變項後，第二區塊增加的解釋力未達顯著水準。

表 7 階層式迴歸分析表

	階層 1			階層 2			階層 3		
	標準 化 β 係 數	t 值	p 值	標準 化 β 係 數	t 值	p 值	標準 化 β 係 數	t 值	p 值
性別	-.249	-1.549	.130	-.239	-1.530	.136	-.287	-2.271*	.031
年齡	-.028	-.147	.884	.106	.533	.597	.061	.421	.677
教育年數	.365	1.928	.062	.418	2.230	.033	.180	1.25 2	.220
問題持續 多久				-.031	-.106	.916	.087	.388	.701
助眠劑使 用時間				-.288	-.975	.337	-.225	-1.016	.318
不合理的 睡眠信念							.313	2.691*	.012
自我效能							.615	4.674*	<.001
決策權衡							.106	.840	.407
R^2			.188			.274			.647
調整後 R^2			.118			.163			.553
F			2.697			2.485			6.865
p			.061			.051			.000*
ΔR 平方			.188			.086			.373
ΔF			2.697			1.948			10.564
Δp			.061			.159			.000*

註：依變項為減少劑量百分比

在第三區組控制了人口學變項、問題持續時間以及助眠劑使用時間後，認知心理變項增加的解釋力達顯著水準，其中不合理的睡眠信念 ($\beta=.313, t_{(30)}=2.691, p<.05$) 及自我效能 ($\beta=.615, t_{(30)}=4.674, p<.001$) 達顯著水準，但決策權衡部分則未達顯著水準 ($\beta=.106, t_{(30)}=.840, p=.407$)。另外，性別在第三區組的影響力增加，並達到統計的顯著水準 ($\beta=-.287, t_{(30)}=-2.271, p<.05$)。

減藥結果

在臨床上，治療方式的介入是否有成效是很重要的，因此，探討減藥計畫介入之後，患者能否成功的減少藥物的使用之差異，將對往後臨床應用有相當大的助益。參考 Baillargeon 等人 (2003) 的減藥相關研究，減藥結果除以完全減藥區分外，同時以減少劑量是否達 50% 為切截點，探討減藥是否達成 50% 兩組個案的差異，發現結果分成與減藥成功組與不成功組相似，可以解釋減藥成功與否間的差異，因此研究達成減少 50% 劑量者 24 人 (61.5%)，未達成減少 50% 劑量者 15 人 (38.5%) (見表 8)。後續將討論減少劑量是否達成 50% 的兩組個案，在第一週的人口學變項以及減藥相關的心理認知因素是否有差異。

比較減少劑量是否達 50% 的兩組個案分別在失眠問題持續的期間、決策權衡、自我效能、失眠造成的結果達顯著性的差異 (見表 9)。失眠問題持續的期間部分兩樣本未達成 50% 為 120.00 ($SD=117.47$)、達成 50% 為 55.67 ($SD=55.67$)， $t_{(37)}=2.123, p<.05$ 。在減藥相關心理認知變項部分，不合理的睡眠信念在總分或是對睡眠的擔憂與無助、對睡眠的需求與期待及失眠與藥物等三個因素皆未達顯著的差異，僅在失眠造成的結果部分達統計的顯著水準 ($t_{(37)}=-2.374, p<.05$)，心理認知變項部分中的決策權衡 ($t_{(37)}=2.333, p<.05$) 及自我效能 ($t_{(37)}=-4.056, p<.001$) 達統計的顯著水準。減少劑量是否達 50% 在睡眠參數部分則皆未達統計的顯著水準。

表 8 減藥成功與否的獨立樣本 *t* 檢定

變項	減藥未達 50% (15 名)		減藥達成 50% (24 名)		統計值	
	平均 數	標準 差	平均 數	標準 差	<i>t</i> 值	<i>p</i> 值
疾病與藥物相關變項						
失眠問題持續期間(月)	120.00	117.47	55.67	72.37	2.123	.041
使用助眠劑期間(月)	80.33	68.27	43.95	60.49	1.793	.090
減藥前助眠劑劑量(顆)	6.90	.39	5.29	1.71	3.577	<.001*
心理認知變項						
不合理的睡眠信念	89.93	17.35	98.29	14.82	-1.605	.117
失眠造成的結果	26.40	6.70	31.29	5.98	-2.374	.023*
對失眠的擔憂與無助	11.33	4.79	11.62	3.26	-1.003	.323
對睡眠的需求與期待	36.87	8.12	37.75	8.22	-.328	.745
失眠與藥物	15.33	5.59	16.63	5.56	-.704	.486
自我效能	43.33	26.64	71.67	17.11	-4.056	<.001*
決策權衡	.24	1.17	1.04	.96	-2.333	.025*

表 9 減少劑量達 50%與否在睡眠參數的差異

變項	減藥未達 50% (6 名)		減藥達成 50% (18 名)		統計值	
	平均數	標準差	平均數	標準差	<i>t</i> 值	<i>p</i> 值
睡眠參數						
SOL (分)	55.71	47.59	47.05	33.99	.490	.629
WASO (分)	67.02	74.23	57.99	41.00	.379	.708
TST (分)	386.40	86.66	395.91	94.99	-.217	.831
SE (分)	75.59	13.43	78.31	12.51	-.453	.655

討論

本研究目的主要探討原發性失眠個案減藥相關的心理認知相關變項與減藥行為之間的關係，進一步瞭解不合理的睡眠信念是否透過自我效能、決策權衡等心理相關變項的中介作用影響減藥行為。研究結果顯示，不合理的睡眠信念與減藥行為無主要效果存在，與自我效能及決策權衡亦皆未達顯著相關，因此，與原研究假設模式不符合。此外，自我效能越高與決策權衡分數越傾向減藥的好處，個案減少的劑量百分比就會越高。以下除針對上述研究結果逐一討論外，個案在減藥前後的心理認知相關變項與睡眠參數之差異，以及減少劑量是否達成 50% 目標兩組人在基準值時相關變項的差異等結果，將在下面各節說明。

減藥相關結果

本研究避免會影響心理認知因素的減藥策略，因此採用最少的介入方式為患者減少助眠劑的使用，減藥前與減藥後患者助眠劑使用劑量仍達顯著的差異，最少的介入方式仍能讓大部分患者減少至少 50% 的助眠劑，此結果雖與 Belleville 等人 (2007) 的研究中有近 60% 的人可以減少助眠劑之使用有段差距，若此一方式實際應用在臨床上，不但可以協助個案減少助眠劑之使用，更考量了個案回診的方便性及整體的經濟效益。

減藥前後的心理變項包括自我效能以及決策權衡皆未達到顯著性的差異，在不合理的睡眠信念總分部分亦是同樣的結果，但統計結果顯示在減藥後整體的不合理睡眠信念較低，顯示在減藥的過程中，個案對於睡眠的不合理期待也許會有些許的調整，雖 DBAS-16 總分未達統計顯著，但其中的因素三（對睡眠的需求與期待）則達到顯著的差異，平均分數由原本的 11.91 減少為 10.00，失眠的患者無法減少藥物的使用，很大一部份就是來自於擔心減少藥物後睡眠會再度變差，該數據顯示個案對於睡眠時間的需求之不合理想法會因為減藥而調整。在睡眠參數部分包括入眠時間（SOL）、入睡後醒來時間（WASO）、總睡眠時數（TST）、睡眠效率（SE），在減藥前後皆未達顯著的差異，雖然入睡醒

來的總時數、總睡眠時數以及睡眠效率較減藥前有些微的降低，然而患者在第一週時雖因症狀穩定而開始減少藥物的使用，但就減藥前後的幾個睡眠參數指標來看，本研究個案的睡眠仍是有改善的空間，近期更有研究者清楚的指出，減藥計畫主要是處理患者減藥上的問題 (Belleville et al., 2007)。Belleville 等人更指出單純減藥的個案與與減藥合併 CBT-I 兩組人雖然減藥劑量沒有顯著的差異，但在睡眠參數部分，合併組較單純減藥組在入睡時間 (SOL)、睡後醒來的時間 (WASO) 及總睡眠時間 (TST) 有顯著的進步，很有可能，本研究所處理的僅是持續因子當中的一小部分，若要改善失眠的症狀，則需合併認知行為治療 (CBT-I) 來協助患者。

在疾病與藥物變項部分，研究結果顯示失眠問題持續的時間越長、使用助眠劑的時間越長、減藥前使用的劑量較高，則患者藥物減少的劑量較低，此結果和過去的研究一致，國外研究結果也同樣發現，使用助眠劑期間時間較久、每天使用劑量較高者減藥會需要較長時間且較難成功 (Belanger, et al., 2005; Rickles et al., 1990; Schweizer et al., 1989)。由先前研究缺少以單純失眠患者為受試樣本，因此在失眠持續時間部分則沒有相關的文獻可以互相佐證。另外，在睡眠參數部分，減藥前的入睡時間、入睡後醒來的總時數、入睡總時數皆和減藥行為沒有顯著的相關，不管在減藥前的睡眠狀況如何，對於其減藥行為都不會有太大的影響，可能的原因是這些患者已經使用一段時間的藥物，所以失眠症狀已經趨於穩定，因此對於減藥沒有太大影響。減藥前睡眠狀況對減藥多寡無預測力所以決定是否減藥似乎睡眠相關參數不是最主要的考量。

綜合上述，本研究除顯示失眠持續時間、使用助眠劑期間及減藥前使用劑量與過去的研究有相似的結果外，睡眠參數與減藥行為並無顯著的相關，但以上述的結果來預測減藥的行為仍嫌不足，下節將說明心理認知相關變項來預測減藥行為的結果。

認知變項用以預測減藥行為

在心理認知變項預測減藥行為部分，不合理的睡眠信念與減藥劑量、決策權衡和自我效能未達顯著的相關，決策權衡、自我效能分別與減藥行為達到顯

著的相關，統計結果顯示直接效果不存在，即無法繼續探討研究所假設的中介效果。睡眠信念與減藥行為未達預期結果，可能原因為信念的測量與其他兩個變項的概念不同所致，研究中所測量的為自我效能及決策權衡為「減藥的」自我效能及「減藥的」決策權衡，而認知信念所測量的為「睡眠的」不合理信念，失眠患者對於睡眠整體的不合理想法，與減藥時會產生的睡眠相關的不合理信念可能不同，然而，不合理睡眠信念當中的因素一（失眠造成的結果）和減藥行為接近顯著相關，顯示該因素較不合理的睡眠信念整體量表分數更能預測減藥行為，可能原因為整體量表所包含的因素較多，但與減藥相關的不合理信念可能與因素一（失眠所造成的結果）有關係。

上述結果雖然不支持原來模式中的中介效果，但仍有部分與研究假設符合，自我效能（self-efficacy）及決策權衡（decision balance）等認知因素，與減藥行為有顯著預測力（DiClemente, et al., 1991）。在不合理的睡眠信念方面雖然與減藥行為無顯著的預測力，但與原先預期的患者如果有較高的睡眠信念會對減藥行為造成阻力相反，亦即患者有較高的睡眠信念越能出現減藥行為，探討其可能原因如下：首先，本研究轉介的個案非隨機取樣，乃透過醫師評估患者失眠症狀後，建議其參與研究以減少助眠劑。再者，DiClemente 等人提出行為改變的歷程有五個階段（無意圖期、意圖期、準備期、行動期與持續期），個案在不同的行為改變階段還會有不同主要的因素（如：動機），影響了個案的認知評估與執行減少助眠劑的使用，當個案透過醫師建議，願意參與減藥計畫者，極可能處於改變的不同階段中，在意圖期或準備期的個案在進行減藥前也傾向更在意睡不好所造成的結果，因為即將面臨減藥的可能會造成的反彈性失眠，但若個案處在無意圖期，除了尚未計畫減藥外，也沒有如同其他時期個案會面臨到的減藥壓力，但本測量沒有個案目前處在那個改變階段，無法印證上述的討論結果。

雖然本研究結果並未支持原來所提出的模式，但仍支持減藥相關的心理認知因素對於減少助眠劑使用的重要性。當僅有人口學變項或控制疾病與藥物相關變項之後的階層迴歸結果，整體解釋力皆未達顯著水準，但當同時納入人口學變項、疾病與藥物相關以及心理認知變項以解釋患者減少藥物的行為時，統計結果顯示整體解釋力達 64.7%。另外，即使控制人口學變項以及疾病與藥物

相關變項後，心理認知變項對於減藥劑量增加的解釋力仍有 37.3%。雖然本研究結果並未支持原來所提出的模式，但仍支持減藥相關的心裡認知因素對於減少助眠劑使用的重要性。當僅有人口學變項或控制疾病與藥物相關變項之後的階層迴歸結果，整體解釋力皆未達顯著水準，但當同時納入人口學變項、疾病與藥物相關以及心理認知變項以解釋患者減少藥物的行為時，統計結果顯示整體解釋力達 64.7%。另外，即使控制人口學變項以及疾病與藥物相關變項後，心理認知變項對於減藥劑量增加的解釋力仍有 37.3%。此外，在同時納入不合理的睡眠信念、自我效能及決策權衡等三個變項以預測減藥行為後，不合理的睡眠信念 (β 係數=.313) 及自我效能 (β 係數=.615) 對減藥行為的預測力達統計的顯著水準，而決策權衡 (β 係數=.106) 則無統計的顯著性，與前段呈現不合理睡眠信念與減藥行為無直接效果但自我效能與決策權衡與減藥行為成顯著相關之結果不一致，探究其原因為，在進行階層迴歸分析時，同時考慮了三個的變項間的共變關係以預測減藥行為，自我效能削弱了決策權衡對減藥行為的預測力，因此出現此迴歸分析與前述相關分析不一致的結果。此外，不合理的睡眠信念對於減藥行為有部分的預測力，決策權衡在統計分析結果亦然，然而本研究結果顯示對減藥行為最具影響力的預測變項則為自我效能，建議在未來研究方向可就自我效能對於減藥歷程的影響更深入的探討，除了透過對於自我效能變項更細緻的測量外，也可以嘗試透過各種方式（如：個案本身的表現成就、替代經驗、言語說服或情緒經驗等方式）來提升個案自我效能，在檢視自我效能的提升與減藥行為之間的關係，後續並可將之應用在臨床場域上，透過增進個案自我控制感的治療技巧（如生理回饋），也可能對於失眠患者減少助眠劑的使用會有明顯的助益。

綜合上述，減藥行為除需要以更多面向的觀點來評估之外，心理認知因素更是影響原發性失眠個案減藥行為的重要指標，臨床上若能在失眠個案開始減藥時，評估其自我效能及睡眠信念並參照其他指標的影響，相信對於提高失眠患者減藥的百分比會有相當大的助益。

減藥成功與否

臨床上，治療方式的介入是否有成效是很重要的，因此，探討減藥計畫介入後，患者能否成功的減少藥物的使用，將對往後臨床應用有相當大的助益。Baillargeon 等人（2003）的減藥相關研究提出，將患者分成減少劑量達 50% 組以及減少劑量未達 50% 組，與分成與減藥成功組與不成功組相似，可以解釋減藥成功與否間的差異。在本研究中經過 10 週的減藥計畫後，大部分的個案可以維持低頻率的助眠劑使用，6 成左右的人（61.5%）可以減少 50% 的助眠劑劑量。進一步比較減藥是否達成 50% 兩組個案在第一週時各變項的差異，在疾病與藥物相關變項部分，減藥未達 50% 組平均失眠持續的期間（120 個月）顯著高於減藥達 50% 組（55.67 個月），另外，減藥劑量未達 50% 組在減藥前的助眠劑使用劑量也顯著高於減藥達 50% 組，此結果顯示容易減藥成功的個案，助眠劑使用時間較短或減藥前使用較低劑量的助眠劑。在臨床上，患者會短期使用助眠劑以改善失眠，倘若能在其症狀穩定後即進行減藥，便能夠避免長期使用助眠劑造成依賴成癮之狀況。

在減藥相關的心理認知變項部分，兩組個案在不合理的睡眠信念總分差異未達顯著，但在因素一（失眠所造成的結果）達到顯著性的差異（ $t_{(37)}=-2.374$, $p<.05$ ），在 10 週的時間裡減少劑量達 50% 的患者，相較於未達成 50% 的個案更在意睡不好所造成的影響，減少劑量百分比較多者可能會比減少較低劑量者、或根本沒有減藥的人碰觸到更多睡不好的狀況，因為減藥的過程中就會有反彈性的失眠等狀況，對於睡不好所造成的結果也會更在意。在不同的認知因素中的因素四（失眠與藥物）部分，預期在減藥成功與否的個案會有所差異對於藥物的兩組未達顯著性的差異，檢視該因素的內容：「為了維持白天的清醒與工作表現，比較好的方法是吃助眠藥物，而不是讓自己一整晚都睡不好」、「藥物是解決失眠唯一的方式」，通常大部分失眠患者都會期待可以不用助眠劑自然入睡，加上本研究的個案為失眠症狀穩定且減藥中的患者，因此，不管是否達到減藥 50% 的目標，個案對於使用助眠劑的認知與想法是一致的。

在能否完整追蹤部分，兩組個案僅在減藥前助眠劑使用劑量以及減少劑量百分比達到顯著的差異，在減藥的決策權衡則接近顯著差異。減藥前使用劑量較高者較難完整追蹤，且可以減少的劑量也較低，此一結果顯示助眠劑使用劑量較高者，在臨床上若執行減藥計畫時，會較難遵循治療者的指示減少助眠劑

的使用，在後續的追蹤上也會比較容易流失。另一個可能預測個案是否能完整追蹤的指標為減藥的決策權衡，此一指標在分析中雖未達統計的顯著差異，但我們可以知道失眠患者若傾向評估減少助眠劑的壞處時，同樣的，在後續減藥計畫的介入也會比較容易流失。

上述研究結果顯示，若將個案區分為減少劑量是否達到 50% 兩組以探討減藥成功與否，在決策權衡與自我效能部分皆達顯著的差異，能夠減少劑量達 50% 的患者相較於未達 50% 的患者，除了傾向評估減藥的好處優於壞處外，對能否減少助眠藥物的使用也較有信心達成。因此，自我效能以及決策權衡除可以預測個案的減藥程度之外，減藥成功以及減藥不成功的失眠患者也同時在這兩個變項上有顯著的不同。

研究限制與未來展望

本研究雖證實了認知因素對減藥行為的重要性，但卻有部分受試及研究流程上的問題限制了研究結果的解釋力，以下，將根據研究結果提出幾項研究中的限制與未來進一步探討的方向。在研究對象部分，本研究個案的原發性失眠診斷主要依賴醫師的主觀評估，缺少夜間睡眠檢查等客觀的評估方式，無法完全排除患者的失眠是否還有其他睡眠疾患共病。另外，本研究有部分病人（13 人）使用抗憂鬱劑以減緩失眠所造成的情緒症狀，無法完全排除抗憂鬱劑對減藥行為的影響。然而，由於影響睡眠的藥物種類繁多，且作用機制有所不同，而臨床實務在開立藥物時，若要納入僅吃單種助眠劑且同一劑量的研究個案，有實際執行上的困難度在，未來研究若能改善這樣針對此一限制提出解決的方案，將有助於後續實驗結果的解釋。此外，本研究為實驗控制的考量，除使用單一助眠劑的個案，至多納入使用兩種助眠劑、各使用半顆的個案，因此排除了一些使用多重藥物的個案，因此，也限制了本研究結果的推論廣度，僅能反映部分臨床上的現況。對於多重藥物使用者的減藥策略及相關因素，有待之後的研究進一步探討。

就研究流程部分，劑量的減少主要請病人使用切藥器自行切藥，執行上僅能以個案填寫的睡眠日誌來確認藥物使用的狀況，有可能不夠精確，若先準備

好藥物劑量以膠囊方式交予個案，由研究者確認藥物的使用情形，這樣的資料將更能確實反應個案的用藥狀況。另外，睡眠日誌的填寫對於失眠患者監控晚上的睡眠以及治療有相當大的助益，但在本研究中，主要的目的在於藥物的減少，部分研究個案會因為不想填寫睡眠日誌而拒絕繼續參與研究，因此在本研究資料收集缺少部份個案的睡眠日誌資料，只能繼續監控其減藥的狀況。後續研究如何讓個案清楚了解到填寫睡眠日誌對於他們的助益，同時減少睡眠日誌填寫的不便性，將更有助於減少個案的流失率。最後，也由於有將近 1 / 3 的個案沒有完整的睡眠參數資料，此一現象亦反映了在臨床介入時個案遵從醫囑（compliance）經常不足的程度，也限制了本研究結果能推論的程度，僅能反映出較遵從醫囑個案之狀況。

本研究僅追蹤患者 10 週的時間，減少助眠劑的使用可視為一個行為改變的歷程，DiClemente 等人（1991）曾提到改變過程如螺旋方式（cyclical fashion）呈現，在任何一改變階段都是循序漸進，也可能故態萌發，如此循環不已形成一前進或是後退之動態架構，而每個個案減少助眠藥物的同時，一定會有前進或停滯的時候。本研究資料僅呈現兩個測量時間點，不能完整反映減藥歷程的變化，且不同個案在開始進行減藥時可能會處在不同的改變階段，不同的改變階段除會影響個案評估自我效能及決策權衡，也可能會有不同程度的不合理睡眠信念，間而影響減藥行為的表現。因此，對於未來研究的建議除增加測量時間點，以探討減藥歷程中的心理因素與其他各項如睡眠參數的變化外，若能區分個案在減藥前的改變階段為何，探討在各不同時期個案減藥行為的表現，對於臨床實務上在幫助個案完成減藥將會有更大的助益。另外，為了解患者完成十週減藥計畫後的長期改變，建議增加後續長期追蹤的時間，對於患者的療效變化及復發情形甚至於減藥的認知歷程等，皆會有更深入的了解。

助眠劑可以有效地降低患者的生理激發狀態，促進睡眠，短期的使用經常對於立即減輕患者的痛苦有很大的助益，但使用之後漸漸對藥物產生依賴、耐藥性或是反彈性失眠等戒斷症狀（Kupfer & Reynolds, 1997），經常讓患者無法停藥，而對於藥物有又愛又怕的衝突。因此，若能對於減藥的策略有更進一步的了解與更佳的设计，將可讓藥物的效能有更恰當的發揮。過去的減藥計畫強調的是減藥策略的執行與否，忽略了個案在減藥時的心理認知因素，若能在進

行減藥的同時合併增加患者的自我效能的方案，或給予認知上的調整使其增加對於減少助眠劑的好處之權衡，或許可以增加個案減少助眠劑劑量的百分比。最後，減藥策略僅能協助患者減少助眠藥物的使用，在研究當中也發現個案的睡眠相關參數在減藥前後沒有顯著性的差異，且夜間睡眠還有很大的進步空間，後續若合併認知行為治療（CBT-I）的介入，可能可以改善患者的睡眠參數，其他的持續因子（如睡眠衛生、不合理睡眠信念以及生理激發等）亦會有所助益。

參考文獻

- 孔繁鐘（編譯）（1999）：《精神疾病的診斷與統計》。台北：合記圖書。
- 林詩淳、楊建銘、許世杰（2006，3月）：〈失眠嚴重度量表、睡前激發程度量表及睡眠失功能信念及態度量表中譯版之信效度研究〉。發表於台灣睡眠醫學學會所主辦「台灣睡眠醫學年會」第四屆研討會之壁報論文。台北：長庚醫院。
- 蘇東平（2000）：〈睡眠障礙症之診斷分類及臨床評估〉。《台灣醫學》（台灣），4卷，665-672。
- 林詩維（2007）：《失眠認知行為之療效與心理相關因素之改變》。輔仁大學心理學系，碩士論文。
- 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. *CMAJ*, 169(10), 1015-1020.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- 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 Clinical Psychology*, 75(2), 325-335.
- Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M.

- (2006). Recommendations for a standard research assessment of insomnia. *Sleep*, 29(9), 1155-1173.
- Carney, C. E., & Edinger, J. D. (2006). Identifying critical beliefs about sleep in primary insomnia. *Sleep*, 29(4), 444-453.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasques, M. M., Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001a). Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA*, 285(14), 1856-1864.
- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001b). Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep*, 24(5), 591-599.
- Espie, C. A., Inglis, S. J., Harvey, L., & Tessler, S. (2000). Insomniacs' attributions: Psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(2), 141-148.
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA*, 262(11), 1479-1484.
- 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., ...Zitman, F. G. (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.
- Janis, I. L. & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. London, England: Cassel & Coolier Macmillan.
- 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.

- Kupfer, D. J., & Reynolds, C. F. (1997). Management of insomnia. *New England Journal of Medicine*, 336(5), 341-346.
- 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., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia : A clinical guide to assessment and treatment*. New York, NY: Plenum.
- Morin, C. M., Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 741-752.
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R. K., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA*, 281(11), 991-999.
- Morin, C. M., Culbert, J. P. & Schwartz, S. M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1172-1180.
- Morin, C. M., Colecchi, C. A., Ling, W. D., & Sood, R. K. (1995). Cognitive behavior therapy to facilitate BZD discontinuation among hypnotic-dependent patients with insomnia. *Behavior Therapy*, 26, 733-745.
- Morin, C. M., Stone, J., Trinkle, D., Mercer, J., & Remsberg, S. (1993). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychology and Aging*, 8(3), 463-467.
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547-1554.
- Murtagh, D. R., & Greenwood, K. M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 79-89.
- Neubauer, D. N. (2003). Pharmacologic approaches for the treatment of chronic insomnia. *Clinical Cornerstone*, 5(3), 16-27.
- 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., Belanger, L., Marchand, A. L., Mainguy, N., Dupuis, G., Elie, R. & Boyer, R. (1999). Psychological distress and adaptational problems experienced during discontinuation of benzodiazepines. *Addictive Behaviors, 24*(4), 537-541.
- O'Connor, K. P., Marchand, A., Belanger, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., ...Lachance, L. (2004). Psychological distress and adaptational problems associated with benzodiazepine withdrawal and outcome: A replication. *Addiction 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.
- O'Hea, E. L., Boudreaux, E. D., Jeffries, S. K., Carmack Taylor, C. L., Scarinci, I. C., (2004). Brantley PJ Stage of change movement across three health behaviors: The role of self-efficacy. *American Journal of Health Promotion, 19*(2), 94-102.
- Pallesen, S., Nordhus, I. H., Nielsen, G. H., Havik, O. E., Kvale, G. & Johnsen, B. H., Skjøtskift, S. (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.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Application to cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 520-528.
- Rickels, K., Case, W. G., Schweizer, E., Garcia-Espana, F. & Fridman, R. (1990). Benzodiazepine dependence: Management of discontinuation. *Psychopharmacol Bull, 26*, 63-68.
- Roehrs, T. & Roth, T. (2003). Hypnotics: An update. *Current Neurology and Neuroscience Reports, 3*(2), 181-184.
- Schweizer, E., Case, W. G., & Rickels, K. (1989). Benzodiazepine dependence and withdrawal in elderly patient. *American Journal of Psychiatry, 146*, 529-531.
- Smith, M. T., Perlis, M. L., Park, A., Smith, M. S., Pennington, J. & Giles, D. E. (2002). Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *American Journal of Psychiatry, 159*(1), 5-11.

- 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 Psychopharmacol*, 14(5), 287-303.
- Velicer, W. F. & DiClemente, C. C. (1990). Relapse situations and Self-efficacy: An integrative model. *Addiction Behavior*, 15, 271-283.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985). Decision balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.

初稿收件：2010年05月14日

二稿收件：2010年8月09日

審查通過：2010年07月06日

責任編輯：張貴英

作者簡介

賴盈希

輔仁大學心理學系碩士（臨床心理學組）

彰化基督教醫院精神科臨床心理師

通訊處：（50042）彰化市南校街135號

電話：0958020700

E-MAIL：kimisky1128@yahoo.com.tw

楊建銘

紐約市立大學心理學系博士

政治大學心理學系教授 / 心智、大腦與學習研究中心教授

通訊處：（116）台北市文山區指南路二段 64 號 政治大學心理系

電話：（02）29387383

E-mail：dryangcm@gmail.com

許世杰

台北醫學大學醫學系（精神醫學、睡眠醫學）

長庚紀念醫院桃園分院精神科主任 / 林口分院精神科系復健及社區精神科主任

通訊處：（330）桃園縣桃園市國豐六街 60 巷 19 號

電話：（03）3281200 轉 2479

傳真：（03）3280267

E-mail：hsu3160@cgmh.org.tw

The Association between Cognitive Factors and Hypnotic-Tapering in Individuals with Primary Insomnia

Ying-Si Lai

*Department of Psychiatry
of Chang-Hua Christian
Hospital*

Chien-Ming Yang

*Department of
Psychology,
National Cheng-Chi
University*

Shih-Chieh Hsu

*Department of Psychiatry
of Tao Yang,
Chang-Gung Memorial
Hospital*

The present study aims to investigate the association between cognitive factors and hypnotic tapering, with the hypothesis that dysfunctional beliefs affect hypnotic tapering through the mediating effects of self-efficacy and decision balance. Thirty-seven patients with primary insomnia were recruited from a general hospital to participate in a 10-week hypnotic tapering program. All participants completed a set of questionnaires, including the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire (DBAS), the Decision Balance Questionnaire that assesses the perceived pros and cons of hypnotic tapering and a single-item Self-Efficacy Scale. The data were obtained both before and after the hypnotic tapering program. During the 10-week tapering period, each participant was required to keep a sleep diary, which was used to evaluate the changes in sleep parameters and the use of medications. The results showed that the correlation between dysfunctional beliefs and the amount of drug tapering was not significant. Therefore, the hypothesis that dysfunctional beliefs affect hypnotic tapering through the mediating effect of self-efficacy and decision balance was not proven. However, decision balance and self-efficacy were found to be correlated with tapering behavior. Further analyses with hierarchical multiple regression revealed that after controlling demographic variables and variables relevant to disease and drug use, cognitive variables can still account for the amount of drug reductions up to 37.3 %. In sum, the results indicate that the level of drug tapering can be predicted by self-efficacy and decision balance. The higher the level of self-efficacy and the more positive evaluation of drug discontinuation a patient has, the more reduction of a hypnotic dose can be obtained following a graduate tapering program. This implies that psychological factors may be important for the evaluation and intervention of drug reduction in clinical patients.

Keywords: primary insomnia, tapering, dysfunctional beliefs, decision balance, self-efficacy, hypnotic