[PG9303-0608] DOH93-TD-M-113-011 (65P)

行政院衛生署九十三年度科技研究計畫

DOH93-TD-M-113-011

簡短介入對危險性飲酒者之成效評估

期末成果報告

執行機構：台北醫學大學

計畫主持人：陳俊興

研究人員：沈武典，陳雅如

執行期間： 93 年 01 月 01 日至 93 年 12 月 31 日

＊＊本研究報告僅供參考，不代表本署意見＊＊

目錄

		頁數
	目錄	2
1	前言	3
2	材料與方法	6
3	結果	8
4	討論	9
5	結論與建議	10
6	參考文獻	11
7	表格	
	表一 完成篩檢與未完成篩檢之人口學分布	15
	表二 完成篩檢者之篩檢狀態與人口學分布	16
	表三 飲酒狀態及其基本人口學分布	17
	表四 完成動機量表與否與人口學分布	18
	表五 改變動機與飲酒狀態及人口學變項之關係	19
	表六 改變動機與飲酒狀態之關係	20
8	附件	
	附件一 健康行為調查表	21
	附件二 飲酒行為認知表	25

1. 前言：

飲酒會造成許多身體,精神疾病及意外為公共衛生的一大課題.根據2002年世界衛生報告[1],全世界因飲酒所造成的死亡人數約180萬人,佔所有死亡人數的3.2%;因飲酒造成的失能損失為5,830萬人年,佔所有失能人年數的4.0%.飲酒在已開發國家更是十大危險因子的第三名.早期針對飲酒行為被簡單歸為酒癮與非酒癮者（一般性或社交性飲酒）,由於許多飲酒所引起的傷害並不一定在酒癮者才會發生.且愈來愈多研究顯示飲酒的量與型態與所造成的傷害（包括酒癮）或死亡有關[2, 3].所以從預防的角度來看,在飲酒尚未造成傷害之前就給予適時的介入,可減少許多傷害的發生.

世界衛生組織在1980年代開始進行有關早期偵測及介入危險性或有害性飲酒的計畫.在該計畫中排除酒癮（酒精依賴）者,而特別著重在未達酒癮但可能造成傷害的飲酒行為,而引入危險性與有害性飲酒的概念,而目前有害性飲酒已在國際疾病分類第十版於酒精使用疾患[4]中形成一個獨立的診斷.而危險性飲酒到目前為止,則是未有共識,許多研究所用的定義不完全相同[5, 6],雖然如此,危險性飲酒也漸漸被認為是一種次閾值（subthreshold）的酒精使用疾患診斷[7].

一般而言,危險性飲酒與飲酒量及型態有關.雖然飲酒對身體的影響有許多個別的差異,各研究也有許多差異.但是WHO一份報告中建議男性飲酒以不超過40克/天,女性則是20克/天;一次的飲酒量不宜超過60克/天[8];上述建議為根據酒精對西方人所造成的健康影響而建議的數據.由於酒精在身體透過乙醇去氫酶與乙醛去氫酶代謝,而各種族的酒精代謝基因有顯著的差異[9];台灣漢民族對酒精的代謝較西方人為慢,且酒後的反應也明顯[10, 11],而到目前為止代謝酶基因型差異與酒精對身體各器官的健康影

響仍不清楚.所以本國在建議危險性飲酒的數值時,是否參考代謝酶差異值得進一步探討.

在危險性飲酒的篩檢工具方面,常用的有生物性標記及篩檢問卷兩種,前者例如 MCV, gamma-GT, 及 carbohydrate-deficient transferring(CDT)[12-14]等.後者如 CAGE[15], MAST[16], AUDIT[6]等.一般來說在偵測酒精使用疾患篩檢問卷比生物性標記佳[17].在篩檢問卷方面 CAGE 與 MAST 主要是早期針對酒癮病患所發展之工具.AUDIT 則是世界衛生組織為早期偵測危險性飲酒與有害性飲酒而發展,所以國外針對酒精使用疾患篩檢工具的綜合分析研究顯示 AUDIT 的表現較 CAGE 及 MAST 來得好[18].而 AUDIT 在經過跨國基層醫療試驗而後推廣.在各種場合及各種族群,例如在住院病人[5],急診[19]或是學生[20],不論在偵測危險性飲酒或是酒精使用疾患都有良好之信效度.

國外已有許多針對危險性飲酒者所做的介入性研究[21],其簡短介入成效的追蹤時間從 3-70 個月不等。在 WHO 所做的跨國研究中,共收集 1559 位過量飲酒的病人,予以做不同的介入:簡短介入,諮商(時間較簡短介入為長),與控制組.結果顯示簡短介入後 9 個月追踪,介入組的每日平均飲酒量比控制組(不做任何介入)在男性及女性分別減少 17%及 10%,而與更密集介入治療(諮商)並無顯著差異[22].而在基層醫療院所與綜合醫院對過量飲酒者所做的雙盲研究也顯示,與控制組相比,接受簡短介入者除了飲酒量的減少外,對 gamma-GT 的指數也有顯著的降低[23, 24].簡短介入不只有短期的成效,有些影響可以長達數年之久.Fleming 等人針對 482 男性與 292 女性的過量飲酒者做的研究顯示,簡短介入危險飲酒者或過量飲酒者,在四年後的追踪,與控制組相較,簡短介入不僅可以降低飲酒量,過量飲酒次數,在降低就醫及急診使用率方面也有明顯之差異[25].Hulse 等人利用 AUDIT

做為篩檢工具，以篩檢出危險性飲酒者（AUDIT），排除可能的酒精依賴者，共120位過量飲酒之精神病患，以簡短介入，給予手冊，或控制組，在五年的追踪後，在住院日數，住院次數等，簡短介入組與僅給予手冊者皆比控制組的少，前二組（簡短介入，手冊）則沒有顯著差異[26]. 雖然在最近一個研究則顯示，短期介入在短期（9個月）成效顯著，但是10年後的追踪則顯示在飲酒量，死亡率，及造成酒精使用疾患的比率與控制組沒有明顯差異[27]，因此更顯示定期飲酒的篩檢及適時介入，維持其改變的重要性.

到目前為止，國內有關酒精使用疾患的治療，大多是針對嚴重到酒精依賴者所做的研究. 然而站在公共衛生的立場，早期偵測出危險性飲酒或是有害性飲酒者，進行早期的介入，因而預防酒精使用相關傷害之發生至為重要. 而國內目前為止並沒有相關的研究. 所以本研究之研究目的在對危險性飲酒或有害性飲酒者做簡短介入之試驗.

2. 材料與方法

本研究為隨機雙盲分派研究設計. 由於考慮實際執行之可行性, 所以以每月收案二週, 其餘間隔時間減少介入與控制組之相互干擾. 每個月介入組與控制組輪流進行, 例如第一個月為介入實驗月, 第二個月則為控制月. 收案時間從 93 年 4 月至 11 月。

(一). 樣本:

樣本來自一家綜合醫院內外科住院病患, 年齡為 18-65 歲之病人, 排除住加護病房, 小兒科, 安寧病房, 及身體狀況不佳或認知功能太差而無法進入研究者. 共 2,552 人, 其中 1,340 人完成篩檢。

(二). 測量工具

1. 酒精使用疾患確認問卷 (AUDIT) (見附件 1):

AUDIT 是世界衛生組織為早期偵測出危險性或有害性飲酒所發展[6], 共有十題, 三題為飲酒量及頻率, 三題為飲酒相關行為, 四題飲酒之後果或傷害. 每一題分數為 0-4 分, 總分為 0-40. 除了最後二題外, 其餘詢問近一年之飲酒狀況. 中文版之 AUDIT 已由作者翻譯完成, 運用在酒精使用疾患方面在最佳切點 8 時, 敏感度 0.97, 特異度 0.90, Area under ROC curve 為 0.98[28]. 顯示中文版 AUDIT 對偵測酒精使用疾患有良好的效度.

2. 行為改變量表 (見附件 2)

Rollick 等人根據成癮行為改變之動機所設計之問卷[29], 將成癮者之行為改變分為前思期, 沈思期, 與行動期。

(三). 實驗步驟

研究進行前先告知個案, 本研究之目的在於瞭解健康行為與健康狀況. 在取得病患之書面同意後, 由有經驗之訪員進行問卷調查, 問卷內容包括人

口學基本資料,住院類別,飲酒史及其他物質使用史,運動等.AUDIT 則包含於飲酒史中.以個案依 AUDIT 分數分為 3 組,分別 0-7,8-13,14-40.此分法是根據作者先研究顯示,AUDIT=0-7 之酒精使用疾患相當低,而 14-40 分者之酒精使用疾患可能性高達近 9 成.而本研究之目標群為危險性飲酒或疑似酒精使用疾患,(1) AUDIT 為 8-13 分者或是 (2) AUDIT 為 0-7,但飲酒超過四單位的頻率為至少每個月一次者.(3) AUDIT>=14 者。請目標族群先給予完成準備改變問卷,然後進行介入或控制研究.

(四).簡短介入

簡短介入之材料參考世界衛生組織簡短介入手冊[30]及 NIAAA[31]所建議之內容加以整理,內容包含(1)飲酒者的分類,由社交性飲酒或低危險性飲酒,危險性飲酒到酒精依賴;(2)酒精對身體的影響;(3)酒品酒精量的計算,何謂一單位的酒精;及台灣地區一般酒品之酒精含量(單位)(4)安全性飲酒的建議.

上述之介入由訓練之研究人員,於完成評估後進行介入.

(五) 統計方法

1. 以描述性統計量做資料的描述。
2. 以卡方檢定或 Fisher's exact test 分析組間之類別變項之差異。
3. 三組以上連續變項之差異，以 ANOCA 分析。

3. 結果

表一為 1,340 位完成篩檢者（52.5%）與 1,212 位未完成篩檢者（47.5%）之人口學分布，二組之平均年齡並無差異，但完成篩檢者之女性比率較高。

在完成篩檢個案中，1,184 人（88.4%）為篩檢陰性，156 人（11.6%）為危險性飲酒或疑似酒精使用疾患（篩檢陽性），表二為二組之人口學分布，二組之平均年齡並無差異；性別比率有顯著差異，篩檢陽性者之男性比率較高、教育程度為中低程度（0-12 年）較多；職業分布也有顯著差異。

在 156 位篩檢陽性者，10 位(0.8%)為 AUDIT<8 但是飲酒量為每次至少 5-6 單位且每月大於二次者，77 位(5.8%)為 AUDIT=8-13，另外 69 位 (5.2%)為 AUDIT>=14。其中控制組 96 人，介入組 60 人。表三為將篩檢陽性分為三組後之基本人口學分布。

在 156 位危險性飲酒或疑似酒精使用疾患者中，有 103 位完成改變動機問卷，53 位未完成該問卷，表四為二組之人口學分布，除了教育程度外，其他變項皆無顯著差異。在 103 位完成改變動機問卷之個案中，只有 4 位（3.9%）改變動機為行動期，15 人（14.6%）為沈思期，84 人（81.6%）為前沈思期。表五為改變動機與基本人口學分布，由表中可知改變動機與年齡、性別、及職業類別無關；但是行動期者其教育程度皆為大學以下。表六則是根據不同的飲酒問題嚴重程度與改變動機的關係，結果顯示改變動機與飲酒問題程度無關。

4. 討論

本研究結果顯示在綜合醫院之非精神科住院病患中，約有 11.6%的病人為危險性飲酒或疑似酒精使用疾患，性別、教育程度、與職業類別為顯著有意義之相關因子。

在所有篩檢陽性的個案中，完成改變動機量表與否在教育程度分布上有顯著差異，特別是國小或國小以下者未完成的比率偏高，這與此量表為自填量表，若個案是不識字，在本研究並未給予特別協助以完成此量表。而從完成改變動機量表的個案分析，危險性飲酒或疑似酒精使用疾患者其改變動機大部分是處於前思期或沈思期，僅有少數個案認為自己的飲酒行為是有問題，且正在改變其飲酒行為（3.9%）。另一個值得注意的是，改變動機與飲酒問題的嚴重性（以 AUDIT 分數區分）並無相關，表示飲酒問題是一項普遍被忽視的問題，此現象在過去作者所做的研究也有類似的發現，也就是醫療人員對合併有酒精使用疾患者，常無法有效的偵測出來[28]。

雖然本研究有上述發現，但是仍有以下的限制。首先，本研究危險性飲酒的個案定義較為寬鬆（特別是 AUDIT<8 但是飲酒量為每次至少 5-6 單位且每月大於二次者），可能會影響結果。但是本研究上述族群的比率僅 0.8%，所以對盛行率影響不大。其次本研究並未對疑似酒精使用疾患者進行診斷性會談，如此無法確認個案是否的確罹患酒精使用疾患（特別是酒精依賴患者），該群患者對一般簡短介入並無反應，影響介入之成效。最後由於研究時間之限制，本研究對所進行介入之成果尚未進行追踪，無法得知介入對飲酒行為之改變為何。

5. 結論與建議

本研究的結果顯示約有 12%的非精神科住院病人為危險性飲酒或疑似酒精使用疾患者，但是其認為自己的飲酒有問題，而願意改變的比例卻是相當的低。所以適當的衛教及介入有其必要性，未來則需要針對介入後的改變進行追踪。

參考文獻

1. World Health Organization (2002) The world health report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life, pp. 65-6 (Geneva, World Health Organization).
2. Corrao, G., Bagnardi, V., NZambon, A. & Arico, S. (1999) Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis, *Addiction*, 94, 1551-73.
3. English, D. R., Holman, C. D. J., Milne, E. et al. (1995) The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia (Canberra, Coommonwealth Department of Human Services and Health).
4. World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders* (Geneva, Switzerland, Division of Mental Health, World Health Organization).
5. Bohn MJ, Babor TF and Kranzler HR: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. J Stud Alcohol 1995;56:423-32.
6. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR and Grant M: Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. Addiction 1993;88:791-804.
7. Saunders J and Lee NK: Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. Compr Psychiatry 2000;41(2 Suppl 1):95-103.
8. World Health Organization (2000) *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm* (World Health Organization)
9. Goedde HW, Agarwal DP, Fritzw G, et al.: Distribution of ADH2 and ALDH2 genotypes in different populations. Hum Genet 1992;88:344-46.

10. Chen WJ, Chen CC, Yu JM and Cheng AT: Self-reported flushing and genotypes of ALDH2, ADH2, and ADH3 among Taiwanese Han. Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 1998;22:1048-52.
11. Chen CC, Hwu HG, Yeh EK, Morimoto K and Otsuki S: Aldehyde dehydrogenase deficiency, flush patterns and prevalence of alcoholism: an interethnic comparison. Acta Medica Okayama 1991;45:409-16.
12. Wu A, Chanarin I and Levi AJ: Macrocytosis of chronic alcoholism. Lancet 1974;829-31.
13. Whitehead TP, Clarke CA and Whitfield AGW: Biochemical and hematological markers of alcohol intake. Lancet 1978;978-81.
14. Stibler H, Borg S and Joustra M: Micro anion exchange chromatography of carbohydrate-deficient transferrin in serum in relation to alcohol consumption. Alcohol Clin Exp Res 1986;10:535-44.
15. Mayfield D, McLeod G and Hall P: The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 1974;131:1121-3.
16. Selzer MI: The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiatry 1971;127:1653-58.
17. Bernadt MW, Mumford J, Taylor C, Smith B and Murray RM: Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. Lancet 1982;1:325-8.
18. Fiellin DA, Reid MC and O'Connor PG: Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. Arch Intern Med 2000;160:1977-89.
19. Cherpitel CJ: Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. J Stud Alcohol 1995;56:695-700.
20. Aertgeerts B, Buntinx F, Bande-Knops J, et al.: The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. Alcohol Clin Exp Res 2000;24:53-7.

21. Bien TH, Miller WR and Tonigan JS: Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction 1993;88:316-36.
22. WHO Brief Intervention Study Group: A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. Am J Public Health 1996;86:948-55.
23. Chick J: Early intervention for hazardous drinking in the general hospital. Alcohol Alcohol Suppl 1991;1:477-9.
24. Wallace P, Cutler S and Haines A: Randomised controlled trial of general prectitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. BMJ 1988;297:663-8.
25. Fleming MF, Mundt MP, French MT, et al.: Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. Alcohol Clin Exp Res 2002;26:36-43.
26. Hulse GK and Tait RJ: Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. Addiction 2003;98:1061-8.
27. Wutzke SE, Conigrave KM, Saunders JB and Hall WD: The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. Addiction 2002;97:665-75.
28. Chen CH, Chen WJ and Cheng ATA: Prevalence and identification of alcohol use disorders among non-psychiatric inpatients in one general hospital. Gen Hosp Psychiatry 2004;26:219-25.
29. Rollnick S, Heather N, Gold R and Hall W: Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. Br J Addiction 1992;87:743-54.
30. *http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm.*
31. *http://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures.htm.*

表一 完成篩檢與未完成篩檢之人口學分布

	完成篩檢 (N=1,340)	未完成篩檢 (N=1,212)	P value
Mean age (SD)	41.1 (12.6)	42.3 (13.1)	
Sex (M/F)	552/788	555/657	0.019

表二 完成篩檢者之篩檢狀態與人口學分布

	篩檢陽性 (N=156)	篩檢陰性 (N=1,184)	P value
Mean age (SD)	42.7 (11.2)	40.9 (12.8)	
Sex (M/F)*			0.000#
M	137	415	
F	19	769	
Education			0.024*
1	29 (18.6)	207 (17.5)	
2	29 (18.6)	138 (11.7)	
3	54 (34.6)	362 (30.6)	
4	40 (25.6)	428 (36.2)	
5	4 (2.6)	49 (4.1)	
Job			0.000*
1	107 (68.6)	643 (54.3)	
2	23 (14.7)	67 (5.7)	
3	11 (7.1)	73 (6.2)	
4	15 (9.6)	401 (33.9)	

#Chi's square test

*Fisher's exact test

表三 飲酒狀態及其基本人口學分布

	危險性飲酒狀態*			
	0 (N=1,184)	1 (N=10)	2 (N=77)	3 (N=69)
Age	40.9 (12.8)	50.0 (14.6)	42.6 (11.2)	41.9 (10.3)
Sex				
M	415	9	69	59
F	769	1	8	10
Education				
1	207	3	15	11
2	138	2	8	19
3	362	3	26	25
4	428	2	25	13
5	49	0	3	1
Job				
1	643	3	59	45
2	67	2	9	12
3	73	2	3	6
4	401	3	6	6
Percentage	88.4	0.8	5.8	5.2

*0: 篩檢陰性;1: AUDIT 為 0-7, 但飲酒超過四單位的頻率為至少每個月一次者;2: AUDIT 為 8-13 分; 3: AUDIT>=14

表四 完成動機量表與否與人口學分布

	完成 (N=103)	未完成 (N=53)	P value
Mean age (SD)	41.1 (10.8)	46.0 (11.3)	
Sex (M/F)*			0.452
M	89 (86.4)	48 (90.6)	
F	14 (13.6)	5 (9.4)	
Education			
1	12 (11.7)	17 (32.1)	
2	23 (22.3)	6 (11.3)	
3	38 (36.9)	16 (30.2)	0.03*
4	27 (26.2)	13 (24.5)	
5	3 (2.9)	1 (1.9)	
Job			
1	75 (72.8)	32 (60.4)	0.327
2	14 (13.6)	9 (17.0)	
3	5 (4.9)	6 (11.3)	
4	9 (8.7)	6 (11.3)	

表五 改變動機與飲酒狀態及人口學變項之關係

	前思期 (N = 84)	沈思期 (N = 15)	行動期 (N = 4)	P value
Mean Age** (SD)	41.4 (11.0)	40.5 (10.6)	36.3 (6.2)	0.635
Sex*				0.568
M	73	13	3	
F	11	2	1	
Education*				0.029
1	10	1	1	
2	21	0	2	
3	32	5	1	
4	18	9	0	
5	3	0	0	
Job*				0.247
1	61	12	2	
2	13	1	0	
3	4	0	1	
4	6	2	1	

*Fisher's exact

**ANOVA

表六 改變動機與飲酒狀態之關係

	前思期	沈思期	行動期	P value
危險飲酒狀態*				0.188**
1	4	1	0	
2	37	9	0	
3	43	5	4	

*1: AUDIT為0-7,但飲酒超過四單位的頻率為至少每個月一次者;2: AUDIT為8-13分; 3: AUDIT>=14

**Fisher's exact

附件一

健康行為調查表

個案編號：□□□□-□□

台北市立萬芳醫院

您好！本院（台北市立萬芳醫院）在行政院衛生署研究計畫贊助下進行一項有關健康行為與身體健康之研究，我們會針對部分不當的健康行為給予應有的建議與衛教；並且將在數個月後，以電話追踪您健康行為的變化與健康狀況。

本研究並無任何危險性，且問卷調查結果僅做為研究之用，個人之資料絕對保密。

如果您在研究過程中對研究有任何疑慮，隨時可以退出研究或與本院陳俊興醫師聯絡，其聯絡電話為（02）29307930 轉 53958。

同意人 _____

身分證字號 _____

聯絡電話 _____

評估者 _____

訪談日期 93-□□-□□

無法完成訪談之原因

□拒絕參與研究 □身體或認知功能不佳 □已出院 □其他_____

一、基本資料

（一）性別： （1）男（2）女	□
（二）年齡：（足歲）	□□
（三）婚姻： （1） 已婚（2）未婚（3）離婚（4）喪偶、（5）分居 （6）其他 _____	□
（四）教育程度： （1） 國小或以下（2）國中（3）高中職（4）大專或大學 （5）研究所以上	□
（五）工作狀態： （1） 有固定工作（2）無固定工作（3）失業 （4）其他，例如學生、家庭主婦或已退休	□

二、健康行為

（一）吸菸	
1. 你目前會吸菸嗎？ （1）是，目前仍在吸菸（2）否，戒菸不到 6 個月 （3）否，戒菸超過 6 個月 （4）從不吸菸 【回答（4）者則跳至（二）飲酒】	□
2. 你目前（或戒菸前）平均一天吸幾支菸？ （1）1-10 （2）11-20 （3）21-30 （4）31 支以上 【已戒菸者跳至（二）飲酒】	□
3. 過去一年你有幾次戒菸超過 24 小時？（住院期間除外） （1）0 （2）1-5 （3）6-10 （4）10 以上	□
4. 你有認真想過要戒菸嗎？ （1） 是的，在接下來的一個月內 （2）是的，在接下來的六個月內 （3） 不，沒有想過要戒菸	□
（二）飲酒	
1. 你多久喝一次酒？ （0）從未 （1）每月少於一次 （2）每月二到四次 （3）每週二到三次 （4）一週超過四次 【若回答為（0）從未，則跳至三、健康狀況】	□
2. 在一般喝酒的日子，你一天可以喝多少酒（單位）？喝什麼酒？喝多少？ （0）1 或 2 （1）3 或 4 （2）5 或 6 （3）7 到 9 （4）超過 10 （每瓶之酒精單位數（單位/瓶）：	□

罐裝啤酒：1　瓶裝啤酒：2.3　保力達、維士比：4.0 紹興酒：8.0　米酒：11　米酒頭：17.5 陳年紹興酒：9.0　參茸酒：7.5　葡萄酒、紅酒：4.2 威士忌、白蘭地（600cc）：20.5　高粱酒（300cc）：14.5）	
3. 多久會有一次喝超過六單位的酒？（可依個案常喝之酒類做例子） （0）從未（1）每月少於一次（2）每月（3）每週（4）每天或幾乎每天 （六單位酒精： 罐裝啤酒：6罐　瓶裝啤酒：3瓶　保力達、維士比：1.5瓶 紹興酒：3/4瓶　陳年紹興酒：2/3瓶　參茸酒：近1瓶 米酒：1/2瓶　米酒頭：1/3瓶　葡萄酒、紅酒：約1.5瓶 威士忌、白蘭地（600 cc）：1/3瓶　高粱酒（300 cc）：1/2瓶）	□
4. 過去一年中，你發現一旦開始喝酒後便無法停止的情形有多常見？ （0）從未（1）每月少於一次（2）每月（3）每週（4）每天或幾乎每天	□
5. 過去一年中，因為喝酒而無法做你平常該做的事的情形有多常見？ （0）從未（1）每月少於一次（2）每月（3）每週（4）每天或幾乎每天	□
6. 過去一年中，經過一段時間的大量飲酒後，早上需要喝一杯才會覺得舒服的情形有多常見？ （0）從未（1）每月少於一次（2）每月（3）每週（4）每天或幾乎每天	□
7. 過去一年中，在酒後覺得愧疚或自責的情形有多常見？ （0）從未（1）每月少於一次（2）每月（3）每週（4）每天或幾乎每天	□
8. 過去一年中，酒後忘記前一晚發生事情的情形有多常見？ （0）從未（1）每月少於一次（2）每月（3）每週（4）每天或幾乎每天	□
9. 是否曾經有其他人或是你自己因為你的喝酒而受傷過？ （0）無　（2）有，但不是在過去一年　（4）有，在過去一年中	□
10. 是否曾經有親友、醫生、或其他醫療人員關心你喝酒的問題，或是建議你少喝點？ （0）無　（2）有，但不是在過去一年　（4）有，在過去一年中	□
總分	□
飲酒的分數符合下列情形時，請個案另填【飲酒行為認知表】 *a. 飲酒行為總分大於等於8分* *b. 飲酒行為未達8分，但是（1）你多久喝一次酒？與（2）在一般喝酒的日子，你一天可以喝多少酒（單位）？皆大於2分*	

三、健康狀況

（一）近半年曾經看過幾次急診？（至急診後住院則算在住院部份） （0）0　（1）1　（2）2　（3）3次以上	□

（二）近半年曾經住過幾次院？ （0）0 （1）1 （2）2 （3）3 次以上	□
（三）過去是否曾經自行戒酒或住院戒酒？ （0）否 （1）是	□

附件二　　個案編號□□□□-□□

飲酒行為認知表

請根據下列所述，勾選您認為最接近對自己喝酒的瞭解。

	非常同意	同意	不確定	不同意	非常不同意
1. 我不覺得我喝得太多。(我並不覺得我喝太多或太兇)					
2. 我正在試著比以前少喝一點。					
3. 我喜歡喝酒，但是有時候我真的是喝得太多了(太兇了)。					
4. 有時候我想我應該減少喝酒(少喝一點)。					
5. 去思考關於我的喝酒問題是在浪費時間。					
6. 我最近才開始改變我的喝酒習慣。					
7. 任何人可以去談論要為喝酒作些什麼，但是我是確實正在為喝酒這件事作些什麼(而不是光說不做)。					
8. 我正處於應該去思考少喝一些酒的階段。					
9. 我的喝酒有的時候實在是個問題。					
10. 沒有必要去想要如何改變我的喝酒習慣。					
11. 我現在確實正在改變我的喝酒習慣。					
12. 少喝一些對我而言並沒什麼意義(少喝一點對我並沒有什麼用)。					

無法完成此問卷之原因

□個案拒絕 □身體或認知功能不佳 □不識字 □其他_____