

矯政

第

8

卷

第 2 期

2019



 法 務 部
Ministry of Justice

出版日期：民國 108 年 5 月

ISSN : 2224-1205
DOI : 10.6905/JC



矯政

Journal of Corrections 出版日期：民國 108 年 5 月

【第 8 卷】第 2 期

本期期刊選自創刊號至第 7 卷第 2 期毒品相關議題文章

本期要目 *Articles*

學術論著

4 毒品防制及戒治成效評估之研究

蔡田木 *Tyan-Muh Tsai*、謝文彥 *Wen-Yan Hsieh*、林安倫 *An-Lun Lin*
連鴻榮 *Hung-Jung Lien*

44 美國毒品法庭計畫與我國附命完成 戒癮治療緩起訴處分之比較

A Comparative Study on the Intervention between the Drug Courts Plans in the United States and Deferred Prosecution with Condition to Complete the Addiction Treatment in Taiwan
楊冀華 *Chi-Hwa Yang*

67 毒品成癮者及其家人在家庭功能 與家庭需求之比較

The comparison of the family functions and family demand among the drug abusers and those family members
劉亦純 *Yi-Chun Liu*、李昆樺 *Kun-Hua Lee*、蔡協利 *Shie-Lih Tsai*

100 毒品使用更生人不同犯次對 家庭功能及生活品質影響

The family function and quality of life influenced by crime frequency of drug abuse ex-offender
林俊宏 *Chun-Hung Lina*、蔡紫君 *Tzu-Chun Tsai*

118 藥癮者跨國婚姻文化適應教育團體初探

A Pilot Study of Educational Group of Culture Adaption for Drug Abusers of Transnational Marriage
郭玟蘭 *Wen-Lan Kuo*、吳迅寬 *Hsun-Kuan Wu*、
林正昇 *Cheng-Sheng Lin*、蔡協利 *Shie-Lih Tsai*

157 HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者接受戒治處遇前後之
心理適應比較評估研究

A Comparative Study of Psychological Adaptation between HIV Drug Abusers and Non-HIV Drug Abusers in Pre-test and Post-test of Treatment

江振亨 *Chen-heng Chiang*

194 園藝治療與毒品收容人在監生活適應關係

Horticultural Therapy and Prison Adaptation for Drug Addicts -A Case from A Northern Prison in Taiwan

溫敏男 *Min Nan Wen*

230 重新解讀毒品再犯數字背後的意義

Is abstinence difficult? Reinterpreting recidivism of the drug abuse offenders.

蔡震邦 *Cheng-Pang Tsai*

256 無犯罪計劃課程處遇者再犯情形之研究

Research on Recidivism Rate of Criminals Graduated for CRIMINON Program

葉長樹 *Chang-Shu Yeh*、林吟霞 *Yin-Hsia Lin*

279 家庭系統保護因子對於成年藥癮者
復原歷程作用之探討

Protective Factors in Family System How to Influence Recovery Process for Adult Drug Abusers

蔡震邦 *Cheng-Pang Tsai*、鍾孟惠 *Meng-Hui Chung*

學術論著

毒品防制及戒治成效評估之研究

蔡田木

中央警察大學教授

謝文彥

中央警察大學副教授

林安倫

嘉義縣政府警察局警務員

連鴻榮

法務部矯正署雲林第二監獄副典獄長

摘要

蔡田木、謝文彥、林安倫、連鴻榮

我國防治毒品犯罪的刑事政策，由嚴刑峻罰的肅清煙毒時期到除刑不除罪的戒治時期，在處遇政策的演變上有了突破性的發展。但迄今，毒品犯罪問題在累、再犯率仍居高不下的狀況下，實有進一步探討現行毒品防制及戒治成效的必要。本研究透過專家學者的訪談及座談，探討毒品防制及戒治成效，分析刑事執法人員、專家學者之執法或反毒經驗，歸納其對毒品防制及戒治成效之看法，希望對我國毒品犯罪的防制及戒治提出有效的建議。本研究發現，檢討現階段毒品防制策略方面：各縣市政府的毒品危害防制中心應法制化；戒毒上不只是單純進行個人的醫療戒癮，尚須社會支持、心理諮商、就業訓練同時兼顧；吸毒者資料應統整健保、警政與觀護資料以整合資料；應採不定期採尿措施，較易達到威嚇的效果；個案是否應接受戒治應由第一線實務工作者評估；戒治均需收費且須統一收費標準。在毒品成癮性與戒治困境方面，本研究發現：使用單一治療方式戒治可能性甚低；海洛因依賴性高戒治困難；全人治療才有可能戒治；毒品成癮性與戒治可能性會隨個人不同而有差異；需要支持系統激發戒毒意願。在戒毒戒治成效方面，本研究發現：戒毒工作是一種高投資低成效的行業；部分替代療法者缺乏戒毒決心；政府的反毒政策與戒治方式宣導不足，民衆不易理解；嚴格緝毒，造成價格飆漲，易引發犯罪問題；替代療法對毒品戒治效果不明顯。因此，本研究建議：社會資源應引進吸毒族群家庭，加強家庭支持宣導；政府公權力應提早以行政力量介入及處置，強制吸毒三、四級者接受毒品成癮性之戒治；抗制毒品犯罪須刑罰與醫療同時實施；應依吸毒者犯罪及再犯危險性分類治療及處遇；各縣市之毒品危害防制中心須法制化，發揮整合能力、統一窗口功能；擴大建置「毒品使用者資料庫」，以利追蹤輔導；增加醫療資源介入毒品戒治，並給予危險加給。

關鍵字：毒品、毒品防制、毒品戒治

壹、問題背景與研究目的

近年來新興毒品類型推陳出新，毒品犯的再犯與累犯比例亦不斷升高，大部份的治安案件，包括竊盜、強盜、擄人勒索等犯罪，都與毒品有直接或間接的關係。另外，在毒癮的驅使及毒品販賣暴利的誘使之下，造成鋌而走險犯罪之比例隨之日漸攀升。根據法務部統計，2011 年年底執行毒品案件判決確定有罪人數統計，毒品案件之累、再犯人數中具有毒品罪前科者，占毒品有罪人數比率為 88.9%。又從各監獄毒品受刑人收容情況分析，2011 年年底在監毒品犯計 25,257 人，占全體在監受刑人 43.9%（如表 1-1）。如此居高不下的再犯率與收容人數，顯示現行毒品防制策略及觀察勒戒、強制戒治之司法處遇措施有重新檢視之必要。

表 1-1 2002 年至 2011 年新入監及在監毒品受刑人再累犯情形統計表

年底別	新入監受刑人	新入監毒品犯	在監受刑人			在監毒品再累犯	
			總計 a	毒品犯總數 b	比例 c=b/a	小計 d	比例 e=d/b
2002 年底	27,003	5,844	39,825	16,321	41.0%	13,091	80.2%
2003 年底	28,966	5,988	41,245	16,013	41.1%	13,111	81.9%
2004 年底	33,346	10,946	45,955	18,599	40.5%	15,476	83.2%
2005 年底	33,193	10,988	48,779	19,775	40.5%	17,165	86.8%
2006 年底	37,607	12,419	51,381	20,671	40.2%	18,467	83.9%
2007 年底	34,991	10,093	40,461	14,162	35.0%	12,395	87.5%
2008 年底	48,234	14,492	52,708	20,933	39.7%	18,978	90.7%
2009 年底	42,336	12,440	55,225	23,636	42.8%	21,590	91.3%
2010 年底	37,159	11,247	57,088	24,480	42.9%	22,031	90.0%
2011 年底	36,459	11,474	57,479	25,257	43.9%	22,449	88.9%

資料來源：2011 年 12 月法務統計月報。

由於毒品問題的嚴重性，為探討我國現行毒品防制及戒治成效，本研究藉由刑事執法人員、專家學者之執法或反毒經驗，探討其對毒品防制及戒治成效之看法與建議，希望對我國毒品犯罪的防制及戒治提出有效的建議，本研究之具體研究目的包括：

- 一、探討及檢討並分析我國現階段毒品防制策略。
- 二、分析毒品施用之成癮性及其戒治之困境。
- 三、探討我國現階段戒毒戒治之成效。
- 四、根據上述研究發現，對毒品防制及戒治提出改進之建議。

貳、相關文獻探討

為探討毒品防制及戒治成效，本研究文獻探討首先分析毒品防制之立法演進，其次從我國毒品政策的歷史脈絡，檢視毒品施用者的處遇現況，茲分述如下：

一、我國毒品防制之立法演進

（一）由寬鬆時期的民國初年到嚴刑峻罰的動員戡亂時期

我國於 1935 年頒行的刑法，即有施用鴉片的處罰，惟因對於吸食施用毒品者之處查與刑罰過輕，難以抑制及遏阻毒害。台灣光復後政府大力禁煙，於 1955 年制定「動員戡亂時期肅清煙毒條例」，以特別刑法對毒販之處罰及對吸毒者的勒戒¹。

當年「動員戡亂時期肅清煙毒條例」制定目的在防止毒品惡化，貫徹禁毒政策，對於毒品犯罪中販賣者（第五條）與施用者（第九條），均採嚴刑峻罰的刑事政策。另一方面對於施用毒品成癮者，亦訂有自首請求勒戒（第四條）與移送勒戒（第九條）等相關規定，以求兼顧特別預防原則。就刑事政策而言，當時對毒品犯罪者，乃透過刑罰的手段，將其與社會隔離，以杜絕

¹ 林健陽、陳玉書、柯雨瑞（2003），毒品犯罪戒治成效影響因素之追蹤研究。2003 犯罪矯正與觀護研討會，頁 131-161。

其再接觸毒品，並藉由監禁的痛苦，以嚇阻其再吸食，並謂治療與矯正理念²。自 1987 年由總統蔣經國宣佈同年 7 月 15 日起解嚴為止後，「動員戡亂時期肅清煙毒條例」於 1992 年 7 月將該條例名為「肅清煙毒條例」，然而在反毒政策上並無大方向之改變。

（二）由嚴刑峻罰的肅清煙毒時期到除刑不除罪的戒治時期

自從 1990 年 10 月將安非他命類列入麻醉藥品管制條例後之十年內，各地方法院檢察署新收偵查案的煙毒麻藥案件（包含施用毒品行為及其它毒品犯罪）均高達上萬件，可見毒品犯罪之嚴重程度。因此，我國於 1999 年 5 月 12 日，在行政院長連戰先生之號召與領導下，正式向毒品宣戰，成立「中央反毒會報」，整合各部會之力量全力消滅煙毒，並將肅清煙毒條例大幅修正，提出「毒品防治危害條例」。修正後的條例當中，降低施用毒品及持有毒品的罪刑。修正重點包括，將毒品依成癮性濫用性及對社會危害性分為三級：第一級是海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼等；第二級為罌粟、大麻、安非他命、古柯鹼等；第三級為納洛芬、異戊巴比妥、西可巴比妥等。施用第一級毒品處六個月以上、五年以下有期徒刑，施用第二級毒品處三年以下有期徒刑。

針對施用毒品者實施除刑不除罪，亦即於犯罪未發覺前，自動向衛生署指定的醫療機構請求治療，醫療機構不必將其送法院或檢察機關，且在治療情況下「第一次」被查獲時，應為不起訴處分或為不附審理的裁定。另外施用毒品者再犯，規定吸毒者於保護管束期間及出獄兩年內強制採驗尿液，於五年內再犯者，於戒治後，視其戒治的成效，再決定是否仍需執行宣告刑。

由於「毒品危害防治條例」自 1998 年實施以來，有諸多問題：一、僅分三級與管制藥品管理條例無法互相配合，致搖頭丸、K 他命等第四級管制藥品施用人數日益增加，且年齡層有下降之趨勢，不僅危害治安，也嚴重戕害國民健康。其次，毒品刑事程序過於繁複，一般刑事訴訟程序與觀察勒戒、戒治程序交錯複雜，於法律適用上引發諸多爭議。第三，強制戒治執行時間滿三月，

2 賴擁連（2000），台灣地區毒品犯罪者戒治處遇成效之研究。中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。

即得停止戒治出所付保護管束，戒治執行時間實嫌過短，無法提升強制戒治之成效，再犯問題層出不窮。第四，勒戒處所，由法務部委託於醫院內附設之規定，有執行上之困難等問題，亟待解決³。

為防治新興毒品危害， 政院於 2003 年 4 月 6 日通過「毒品危害防治條例」修正案，乃增訂製造、販賣、運輸、販賣搖頭丸、K 他命等管制藥品之處罰規定。 法院於同年 6 月 6 日通過修正案，2003 年 7 月 9 日公佈實施之新修正「毒品危害防治條例」於第二條第二項明文規定，毒品依其成癮性、濫用性及對社會的危害分為四等級，其品項如下：第一級包括海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品。第二級包括罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相類製品。第三級包括西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品。第四級包括二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相類製品。有關毒品之分級及品項，由法務部會同行政院衛生署組成審議委員會，每三個月定期檢討，報由行政院公告調整、增減之。其他有關醫藥及科學上需用之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品之管理，另以法律定之。

二、我國毒品治療模式

我國目前戒毒方式，依 1993 年行政院之「中央反毒會報」決議確立是以「生理勒戒」、「心理戒治」，及「追蹤輔導」三階段之戒毒架構進行規劃。「生理勒戒」著重於吸毒犯毒癮發作之生理解毒。「心理戒治」則著重於心理輔導與復健，解除毒品之心理依賴。「追蹤輔導」除消極防止吸毒犯之毒癮復發再犯，更積極地藉由觀護及更生輔導協助其重歸社會。因此奠定了台灣的戒毒主軸與方向，不論是政府機關、矯正機構、醫療機構，及民間之宗教戒毒輔導機構，皆朝此三方向規劃施行。有關藥物濫用的控制、預防及治療方面所要做的努力，主要來自政府機關立法、教育單位、專業的醫療單位、宗教團體及矯治機構。茲分述如下⁴：

3 法務部（2003），毒品新制五年來實施概況。法務部網站：專案報告。

4 薛雅尹（2003），我國戒毒戒毒政策成效評估之研究。國立東華大學公共行政研究所碩士論文。

- 1、政府機關推動：透過立法、於社區照顧機構辦理教育訓練、進行研究，以提昇知能及方法。社會工作參與之方案有三：藥物濫用之預防工作、個別成癮者及其家庭之治療工作、減少易造成藥物濫用之社會情境。
- 2、教育單位宣導：從預防勝於治療的觀點，除導正學生對於毒品的認知外，避免其行為偏差，更重要的是，需整合不同領域之專家學者，一同推動進行，建立毒品手冊，增加學生對於毒品的認識。
- 3、醫療機構戒治：主要是以「醫療戒治」模式，來治療藥物濫用成癮者，分為生理解毒、心理治療（心理復健）及追蹤輔導（社會復健）。
 - (1) 生理解毒：主要在減緩成癮者因停止吸食毒品所帶來的生理不適症狀，一般是在醫護人員的照護下，進行生理解毒，為期 3 至 10 天，可能給予藥物治療、活動治療，及進一步之實驗室檢查或放鬆訓練睡眠衛生指導等協助。目前公立醫院精神科全面開辦藥癮治療特別門診，提供吸毒者能自動至醫療院所求治服務的管道。
 - (2) 心理治療（心理復健）：生理解毒後將施行心理治療、職能治療等心理復健戒治，為期約 15 至 30 天，除可能給予人格特質檢測等心理測驗外，另施予疾病認識、心理治療、團體治療、家屬會談、藥物治療及預備出院後生活安排等衛生教育；此時多以加強患者持續維持戒毒狀態的態度與毅力增加患者及家屬對藥物濫用身心危害知識的瞭解、強化患者自我調適及因應技能為主，基本上以透過統合個別心理治療、團體心理治療、家族治療等心理復健措施之提供，使成癮者進行重返社會之準備。
 - (3) 追蹤輔導（社會復健）：出院後之社會復健期，多以門診方式進行追蹤輔導或建議轉介至中途之家；近年來陸續有許多戒癮機構，注意到後續追蹤的重要性，逐漸加強有關後續追蹤輔導設計，及追蹤輔導。
- 4、宗教團體戒毒：目前民間之宗教戒毒輔導機構較具成效者，主要以基督教的福音戒毒為主，基督教的福音戒毒係經由福音課程，過來人的帶領，及提供身、心、靈全面教育，做全方位的協助戒除毒癮。較具規模者有基督教晨曦會福音戒毒中心、花蓮主愛之家、高雄市基督教戒癮協會附設「希望之家」，及財團法人基督教沐恩之家等。

5、矯治機構戒毒：法務部所屬矯治機構之戒治模式，其戒治對象係依據毒品危害防制條例第 29 條之規定，在矯正機構內實施觀察、勒戒或強制戒治，其戒毒模式自成一格，名為司法戒治模式，亦為我國戒毒政策之主要規劃。

吸毒者一旦觸法，即須依循司法戒治程式接受勒戒、戒治及追蹤輔導，茲將其三階段戒毒程式：(1) 生理解毒階段之觀察、勒戒；(2) 心理治療階段之強制戒治及 (3) 社會復健階段之追蹤輔導。

目前世界各國對於毒品問題之政策因應措施，主要以減少毒品供應與減少毒品需求為主要策略，但中國大陸、泰國對於毒品犯（製造、運輸、販賣者）採取嚴刑峻罰手段，荷蘭、澳洲對施用大麻採取容忍之態度，荷蘭、英國、澳洲採行減害之措施，美國對防堵毒品擴散所投注之大量經費預算與人力資源等，由於不同之觀點，亦隨之發展出不同之政策取向。目前各國毒癮戒治模式可概分為戒絕模式（Abstinence）、維持治療模式（Maintenance treatment）與戒毒村模式（Therapeutic community）等三大模式，但由於毒癮治療往往非一次可戒除即不再復發，亦非單一模式即可成功，必須從生理解毒、心理復健及追蹤輔導三方面著手⁵。

參、研究設計與實施

我國的毒品由嚴刑峻罰的肅清煙毒時期到除刑不除罪的戒治時期，在刑事政策的演變上有了突破性的發展，但在累、再犯率居高不下的情況下，實應進一步探討我國現行毒品防制及戒治成效。為達研究目的，本研究針對刑事執法人員、專家學者進行座談及訪談，藉由其執法或反毒經驗，探討我國現行毒品防制及戒治成效，希望對我國毒品犯罪的防制及戒治提出有效的建議。

5 謝文彥、蔡田木等（2008），吸毒行為除罪化之研究。台北：財團法人林心正教育基金會委託研究。

一、資料蒐集方法

- (一) 焦點團體座談法：焦點團體主要在使與會人員彼此對相關議題進行互動溝通，交換意見。焦點團體邀請毒品醫療政策制訂機構之人員、毒品醫療實務人員、法務機構毒品、戒治醫療管理人員、警務人員與刑法學者等，進行舉辦實務界及與學術界之座談會。
- (二) 深度訪談法：利用深度訪談法，針對實務界執法人員、學者專家進行訪談，以了解其實務工作上對毒品抗制政策與戒毒之看法。

二、研究參與者

本研究採非機率抽樣方法之立意抽樣，研究對象區分為兩大部分，第一焦點團體座談之專家，第二為深度訪談之學者專家，相互彌補彼此間的不足，增加研究之信度與效度。研究參與者以具有抗制毒品經驗五年以上者為取樣標準。

第一次焦點團體座談之專家包括衛生署官員、精神科主任、觀護人共 3 位，於 2008 年 6 月進行座談；第二次焦點團體座談之專家包括刑事警察局科長、法務部承辦官員與戒治所組長共 3 位，於同年 7 月進行座談。訪談對象為刑法學者、法務部保護司科長、資深檢察官、民間戒毒村負責人共 4 位，於 2008 年 6~7 月進行訪談，訪談基本資料表如表 3-1 所示。

表 3-1 焦點團體座談、深度訪談對象基本資料表

代號	服務單位	職稱
焦 1-1	衛生署官員	科長
焦 1-2	桃園榮民醫院精神科	醫師
焦 1-3	高雄地方法院檢察署	觀護人
焦 2-1	刑事警察局	科長
焦 2-2	法務部矯正署	科長
焦 2-3	新店戒治所	組長
深 -1	開南大學	教授
深 -2	法務部保護司	科長
深 -3	台北地方法院檢察署	檢察官
深 -4	民間戒毒村	負責人

資料來源：本研究整理

三、研究工具

一、焦點團體座談之討論議題

(一) 我國現行的毒品防制政策

1. 現行毒品防制政策之趨勢為何？
2. 現行毒品防制政策困境及缺失為何？

(二) 毒品成癮性與戒治可能性

1. 各種毒品之成癮性如何？
2. 各種毒品之戒治可能程度如何？

(三) 我國戒毒戒治成效

1. 我國戒毒戒治困境有那些？
2. 我國戒毒戒治成效為何？

二、深度訪談之訪談大綱

1. 我國現行的毒品防制政策及其困境為何？
2. 各種毒品之成癮性與戒治可能程度為何？
3. 我國毒品戒治困境及成效如何？
4. 其他可供我國政府部門作為推展毒品政策之參考意見？

四、資料處理與分析

(一) 資料處理

本研究將訪談錄音內容，透過電腦打字轉檔成文字，並將每個訪談對象，賦予代號，研究者以「焦 1-1」或「研 1」表示之，第一個研究對象為

01，如焦 1-1-1 代表為焦點團體座談第一個研究對象，第 1 句，並將所觀察到研究對象之情緒、肢體語言等，以括弧補充於逐字稿中。

(二) 資料分析

本研究具體分析程序有以下的步驟：(1) 謄寫逐字記錄。(2) 放入括弧：研究者保持開放的態度，進入受訪者個人的獨特世界。應用受訪者的世界觀來了解受訪者所談所說的意義。(3) 聆聽訪談內容：以掌握整體感。(4) 描述意義單元：以開放的態度，對每一個字、片語、句子、段落、非語言訊息的記錄，加以斷句，為的是引出特殊的意義。(5) 描述意義單元：描述與研究問題有關的意義單元。(6) 淘汰多餘不必要的資料。(7) 群聚意義單元：群聚相關的意義單元。(8) 決定主題：從意義的群聚中決定主題項。(9) 確認主題：對所有訪談做跨單元分析，完全參照受訪者的訪談內容寫出摘要。(10) 統整摘要：撰寫統整摘要。

(三) 可信賴性檢驗

質性研究長久以 倍受爭議與質疑的是信、效 問題。Lincoln & Guba(1984) 主張以確實性 (credibility)、可轉換性 (transferability)、可靠性 (dependability) 及可確認性 (confirmability) 四種方法 控制質性研究的信與效 (潘淑滿, 2003)，本研究採此種方式，對訪談所得之資料，進行檢核，以求其客觀及公正。

肆、研究發現與討論

為探討毒品防制及戒治成效，本研究以焦點團體座談、深度訪談等方法，進行 2 次焦點團體座談、訪談 4 位專家學者，探討毒品防制及戒治成效之看法與建議。茲就相關研究結果分述如下：

一、現行毒品防制策略之檢討與分析

自 1998 以來，「毒品危害防治條」歷經多次修正，相關單位亦如火如荼展開反毒大作戰，綜觀近年來的反毒、戒治成效並不理想。在面對如此高

比例之毒品累再犯情形，實有必要深入檢討我國毒品政策，希望能發展可行及適宜我國之毒品政策，針對我國現行的毒品防制政策，本研究提出二大議題：1. 現行毒品防制政策之趨勢為何？2. 現行毒品防制政策困境及缺失為何？茲就相關研究結果分述如下：

（一）目前戒毒工作的參與機構各自為政，應儘速落實「毒品危害防制中心」之功能

目前在毒品防治條例裡面找不到一個主管機關，只得由主管緝毒機關的法務部來做衛生署的戒毒工作，而衛生署對戒毒工作並沒有投入多少的資源。因此目前戒毒工作的參與機構可說是各做各的，如果在中央能夠成立一個單獨的跨部會的、集合各單位的機構，執行效率應可大幅提昇。此外，過去地方政府少能配合中央的抗毒政策，總是覺得那是中央政府的事，各縣市政府若能落實「毒品危害防制中心」，中央的一些政策就可以落實到地方去，反毒成效更可提升。

戒治所的人員去做戒治工作困難，變成說現在毒品防治條例結果是造成主管緝毒機關的法務部來做衛生署的戒毒工作，那衛生署就是…其實最近一、二年是比較有積極在做，原因是因為愛滋病的氾濫，愛滋病還沒有氾濫之前，衛生署根本就對戒毒這一塊，並沒有投入任何的資源。我們的看法是吸毒行為犯罪化的刑法基礎是很薄弱的。（焦-2-001）

現在是各做各的，所以我的建議是如果在中央能夠成立一個單獨的跨部會的、集合各單位的這樣一個情形的話，我認為就效率上來講會比較好。講簡單一點，現在戒毒的工作，毒品危害條例是法務部主管，但是法務部雖然主管，但是戒毒的部分，它能夠為衛生署做怎麼樣的情形嗎也沒辦法，所以除非院長給這個衛生署長很大的壓力，他才會接受、去思考法務部的建議、內政部警政署的建議是不是可行的，要不然增加工作負擔，你不給我錢，你不給我人，我就沒有辦法。（焦-2-006）

最顯著的就是從中央到地方成立「毒品危害防制中心」。以往的一個版圖都是中央，一直在大力鼓吹，而事實上在地方上能配合的單位並不多，而現在就是各縣市都成立的「毒品危害防制中心」，可以把中央的一些政

策等等，落實到地方去。我想這個對於反毒的成效來講，絕對是相當有利的。
(深-2-3)

毒品防治法令的主管機關是法務部，但這法令有很多都是主管機關。照理說戒毒本來是衛生署來負責，那緝毒其是法務部跟很多偵查機關都要負責，那還有其他防毒、緝毒的工作，有很多機關，所以我們。(焦-2-001)

(二) 各縣市政府的毒品危害防制中心應儘速法制化

各縣市政府少重視毒品戒治工作，而毒品危害防制條例也未有明確規定應編列多少的經費或配置一定量的人員等法源目為執行的依據，目前都是使用任務編組的方式，縣市政府並未正式編列毒品戒治的預算，且各相關局處都是找一個人兼辦，以致戒毒工作成效不彰，遑論從事後續毒品犯追蹤輔導的工作。

整個毒品危害防制中心法制化，除了各單位協助之外，還要必須要有專責的人員，也就是像家庭暴力防治中心一樣，設置有社工人員、警察、衛生人員，設置好專責人員進來之後，才有辦法去做追蹤輔導。強制追蹤輔導也把他納入我們法源的依據裡面，這樣子的話我們的追蹤輔導人員他有一個執行追蹤的法源依據，我想對於毒品犯整個資訊的交流上，就會比較明確。
(深-2-11)

全國有二十萬個毒品人口，但是我們不認為說全部都需要追蹤輔導，因為也沒有那個人力，所以我們就針對高危險群。我們先從監獄裡面篩選出高危險群，然後扣除掉觀護的可以做追蹤輔導之外的，這些高危險群我們納入強制追蹤輔導的範疇。(深-2-11)

毒品危害防制中心無論如何都一定要先把他法制化，目前是任務編組，任務編組就是衛生局那邊隨便找個人兼辦然後其他的教育局、社會局也都是兼辦嘛，都是本身的工作辦完之後業餘的才來辦這一看的業務，非常困窘，第一個人力的困窘，第二個沒有經費。那到目前為止，各地的防制中心都已經有一定的規模了，那運作方面也有他一定的制度了，可惜的是九十七年沒錢了，今年又沒錢啦。有好幾個防制中心上來反應沒有經費，雖然人力都是兼辦但是至少都有那個心去努力運作，但是現實上就是沒有經費。(深-2-17)

（三）目前戒毒只重視吸毒者本身，戒毒不只是單純進行個人的醫療戒癮，尚須社會支持、心理諮商、就業訓練

目前反毒三大策略為減少毒品供應、減少毒品需求與進行戒毒治療。可見反毒作戰基本上應從降低需求上著手，而降低需求的基本作法為拒毒與戒毒兩部分。在拒毒的宣導上，除列為學校的普遍宣導外，更應從高危險群者著手，對於有可能真正接觸到毒品的人，應想辦法多給予資源，並強化宣導效果，使他們能離開吸毒團體。在戒毒上也不只是單純進行個人的醫療戒癮，尚須社會支持、心理諮商、就業訓練。此外，反毒要成功，也要在家庭教育、學校教育、社會教育上積極努力。

戒毒可以從宣導的層面來看的話，我們過去是比較重視在校園的宣導，而這次的宣導面我們比較重視在高危險群，所謂高危險群我們是把他列為所謂檢查機關所言八大行業、特種行業之類的這些，或是夜間有像被警察局所謂春風專案抓到的少年，我們都會來結合作業宣導，所以在高危險群的部份這一部份宣導的比較多。（深-2-11）

在戒毒的部份呢，其實也不是很單純的只有戒癮而已，因為你要對於一個吸毒犯能夠完全戒癮，除了醫療之外還必須要社會支持。社會支持當然包括了心理諮商，包括他就業的職訓等。（深-2-11）

從很多方面上去做教育，家庭教育、學校教育、社會教育都要有，如果學校做得好，家庭卻沒做好結果還是一樣。如果家裡教育得好，但到了社會這個大染缸該怎麼辦。所以各個環節都要扣緊，這是很不容易的……所以你在防毒、反毒的時候，我們晨曦會是有做但是我做的大部分是教育、還有到學校，我覺得還是方法的內容比較重要，因為你講的東西，宣導的內容有時候有反作用…所以我們做反毒的要注意宣導的反效果，在內容的設計上要多注意。（深-4-14）

（四）吸毒者資料散在各種不同機關，應統整健保、警政與觀護資料

過去有關吸毒犯的資料未能擁有一個單一窗口，也缺乏資料整合的機構，吸毒者的資料散在各種不同機關，因而無法更清楚的了解吸毒者全面的問題，不但難以發揮戒治的效果，其後續追蹤輔導工作更是難以有效實施，

這是未來應該設法改善之處。

法務部希望把包括他的健保資料、就醫資料、警政資料及觀護的資料，全部整合在這個系統裡面，這樣的話未來我們在管理這些毒品犯的資料裡面，他的刑案資料、在監的執行資料、觀察勒戒資料，還有他的警政採驗尿液的紀錄，他的治安顧慮人口查訪的紀錄，健保的紀錄，就醫的紀錄，執行訓練的紀錄，都在裡面可以看得到。這樣的話未來我們在做整個追蹤輔導方面，資訊面向就可以將他整合在一起，還有法律面向整合在一起。（深-2-11）

（五）現行定期採尿措施容易規避，應採不定期採尿措施

毒品危害條例規定對吸毒者應定期驗尿，尤其是出所六個月以後每二個月才驗尿一次，但這容易讓吸毒者設法規避被驗出呈陽性反應的，若能有時不定期的驗尿，或許較易達到威嚇的效果。

毒品危害條例要求定期採尿，對他們來講就是我每個月至少要過來採一次尿，那在採尿之前，我大概就會估算一下，之前就不要去碰，所以這也是黑數啊，事實上他來這邊的報告都是過關的，但是你就是看這個人就是不對勁，臉色蒼白，然後身體狀況很糟，問他工作也一直都不穩定，但在我們這邊的驗尿是過關的。（焦-1-054）

毒品條例規定剛開始出所的二個月是每二個禮拜一次，二個月以後是一個月一次，六個月以後是二個月一次，那警政單位的介入其實滿重要的，因為警察他們有職權去不定期採尿嘛，對他們來講其實也有一些威嚇的效果。（焦-1-056）

（六）吸毒者危害程度及是否應接受戒治判定不易，個案是否應接受戒治，應由第一線實務工作者評估。

吸毒者的危害程度及是否應接受戒治，判定不易，如果將所有的吸毒者都加以監禁，將徒增監獄壓力，若能成立專業的藥物法庭，由此法庭來判定與篩選需入監的吸毒者，將可減少刑事司法的浪費，並減低監獄擁擠現象。至於該吸毒者是否應接受戒治，醫療判定也經常有疑慮，其解決方式可由心理師、社工師、矯治人員來綜合評估。

抽象危險犯到底他多危險，是少數人危險，所以少數危險的人才需要入監，而不是大多數人都入監，造成刑事司法的浪費。所以我們還需要去區分這些危險行為，怎麼發展出中間那些機制，怎麼讓那個危險找到…應該要個別處理，用藥物法庭的概念，個別認定這個個案的危險不危險比較適當…（焦-1-015）

戒治所跟醫療單位的合作，但是特殊醫療的部份，醫療在判定是否接受戒治是有所疑慮的，因為不是第一線人員，往往不能通盤了解而給予錯的評估。應由心理師、社工師、矯治人員來綜合評估…（焦-2-012）

（七）再犯後入監執行者不需負擔任何戒治費用，有如變相懲罰初次吸毒者之現象，戒治均需收費，且須統一收費標準

吸毒者接受戒治的費用，初次吸毒者的觀察勒戒費用需由受戒治的人負擔部分費用，至次再犯後入監執行者就不需負擔任何戒治費用，似乎有變相懲罰初次吸毒者之現象，因此應該重新檢討，並統一平治收費標準。

戒治收費的問題，現在很困擾我們，因為它執行率也不高…他就沒錢讓你扣，到時候再移到行政執行處，行政執行處也是要去追，那沒錢就多一條這樣子…他們就會覺得說我是初犯，結果進來這邊，政府給我扣錢，如果我是再犯，我多犯一條的話，就可以去監獄吃免費的牢飯，那對他們來說去戒治所跟去監獄都一樣，都是在關嘛，怎麼說我是初犯，政府要我罰錢，去那個監獄，政府不罰錢…你要你就乾脆二邊都收錢，不然就乾脆二邊都不收錢…以現在人民的思想，應報刑的觀念來說，…乾脆就給你收錢，那也是一種，不然就乾脆都不要收錢，一個收一個不收，這個道理是講不通的。（焦-2-012）

二、毒品成癮性與戒治困境之分析

吸毒行為之本質為何，除對個人之危害外，本研究亦從毒品本身著手，探討各種毒品之成癮性與戒治可能性，針對毒品成癮性與戒治困境，本研究提出二大議題：1. 各種毒品之成癮性如何？2. 各種毒品之戒治可能程度如何？茲就相關研究結果分述如下：

(一) 各類毒品互相牽連，使用單一治療方式戒治可能性甚低

大多數的學者認毒品戒治可能性甚低，因為各類毒品相互牽連，而且是一種全人的破壞，包含身心靈，社會行為的破壞，所以無法從單一治療行為獲得適當的解決，以致吸毒的復發可能性高，且吸毒再犯可能性亦高，至今各國仍難找到適當且有效的戒治方法。

…這些單一治療行為對一個上癮的吸毒者，怎麼可能解決這個問題呢？你看美國、日本花了多少經費在戒毒的研究上，還是沒有辦法。這是一種全人的破壞，包含身心靈，社會行為的破壞。一染上毒癮，不是腦神經就是心理狀況很扭曲，心靈上很空虛，然後連社會行為也都全部破壞了。你要康復要針對身心靈及社會行為，可是醫生只醫療身體，他們承認無法做到心理方面的治療。坦白說，心理專家他連煙毒心理也不懂…（深-4-5）

我也相信有戒治的可能性，但是一般有效的方法在現在很多的國家還是一直在尋求，怎麼樣才有效。那因為他目前還沒有真正找到說真的很有效的方式，所以他的我們看到的一些數據比如說再犯性，毒品的再犯率，或復發率，有一個研究文獻指出，他的復發率高達80%。那我們台灣我們一些統計數字也發現，他的再犯率大部分是60%到70%，從最近這幾年，大概從最近九十年到九十六年都是60%到70%中間。那所以可見這種毒品的一個當然是成癮性，那戒治是有可能，因為他不是百分之百你犯了以後就沒有戒治的可能，所以他還是有一些人不會再犯，所以只是說他這個再犯的比率這麼高，復發率這麼高，所以他的這個可能性，我覺得戒治的可能性還是有，但是比較低…（深-2-7）

(二) 海洛因依賴性高，戒治困難

吸食海洛因者常十分痛苦，無法自拔，只得繼續吸毒來解除戒斷作用的痛苦，因此難以戒毒成功。甚至政府提出美沙酮替代療法後，還產生一種「有錢就用海洛因，沒錢才喝美沙酮」的情形，戒毒不易，可見一斑。

本來沒有用的，你不會去使用美沙酮，施用美沙酮百分之九十九，百分之百都是因為海洛因，退而求其次用美沙酮，我們目前臨床上沒有我本來沒有用毒品，我開始主動來用美沙酮的，好像還沒見過。（焦-1-006）

美國、香港也是如此，發現他們一陣子怎麼不來，他們有錢就不來了，他們有那個紀錄，怎麼不來用美沙酮，他們美沙酮是很 free 的，我們現在還有半管制喔，我們有造名冊，你不來的時候，我們還會電話去追蹤，你為什麼不來，香港沒有，根本沒有管制，愛來就來，不來就不來，但是他們紀錄，這個人怎麼不來了，後來訪問時候，他們說有錢，所以就比較強的海洛因。（焦 -1-007）

（三）個人內在生理、意志因素與外在環境因素交互影響的結果，全人治療才有可能戒治

吸毒行為是個人內在生理因素、心理空虛、意志薄弱與外在不良環境交互作用的結果，也可以說是生物與環境因素交互影響的結果，若非作全人治療或多層面的關懷，難以產生療效。

有些人意志很堅強，但他再怎麼堅強也堅強不過他周遭都是吸毒的朋友。你九次拒絕，但有一次受到朋友的誘惑、刺激，他們也不是真的要害你，而你看久了心裡也會癢，所以吸毒是個人意志與環境互為影響的…「到底是毒品厲害，還是空虛厲害？」，不過從我們宗教的立場來講，空虛是談到生命，而毒品是物質性的，空虛是精神性的，我們認為人是因為空虛而產生物質的需求，才去濫用毒品的。（深 -4-7）

目前有許多的研究，腦部裡面缺乏某一個元素，多巴胺失調之下，會使用這些毒品，然後來平衡他腦中的內分泌…當然也有很多他是在一個犯罪的環境裡面，包括黑道來講，你不使用就不是我們這一夥的，你不使用擔心你去告密，他也會用。所以他不見得是生物因素引發，環境因素…，有很多中輟生一進入到幫派裡面，不吸都不行，人在江湖，身不由己，所以在監所裡面問，幾乎十個裡面都是交到壞朋友，每一個人說對方都是壞朋友，他自己看不到自己，這是我們永遠看不到自己，都看不到別人的錯，別人錯引起我的錯，所以他都沒有錯…這個我們可以從心理學去看，去輔導，如何建立他正確的態度…（焦 -1-003）

（四）毒品成癮性與戒治可能性會隨個人不同而有差異

除了毒品的藥理作用外，吸毒對吸毒者的影響也常隨個人體質、意志

力與工作責任感等情形的不同而有異，必須要從當事人的整個狀況去判斷。

單純只講大麻，只能從藥物特性去看它的問題，對於它吃進人體後，對那個當事人所造成的影響，必須要從當事人的整個狀況去判斷，所以很難簡化到變成只看藥本身，然後就說我們大麻應該要除罪化。……大麻是二級，它會興奮，它是屬於興奮劑，它吸的時候這種興奮到底劑量多少會造成他的失控，因人而異，有人吸的時候他只是爽快一下，他一樣照常工作，它是在pub、夜店裡面，它是讓你一直興奮，事實上這種狀況就像喝酒一樣也危害不大，但是過量隨著個人體質不同來講，會造成他失控的現象…他（病患）們反問啊我吸了很久的安非他命也沒有得精神病，也有這種個案啊，吸了十幾年，好好的一個人，他沒有生病…（焦-1-018）

（五）戒治成功不易，需要支持系統激發戒毒意願

想要讓毒品戒治成功，需要配合的條件甚多，包括提供家庭支持系統與社會支持系統、強化吸毒者內在的心理建設與自我價值感、激發吸毒者自動（或自願）戒毒的意願。

那我想一個收容人一個毒品的犯罪人，他出去後第一個部份家庭支持系統就把他往外推的話就沒有那個接受他的可能性的話，那當然這個再犯的機會就更大了。那社會如果對他不能接納，用異樣的眼光或很多的工作怎麼都不如意，那當然這個更不可能。……所以說有沒有哪些政府或社會戒治機構，可以比照國外，給他這個新加坡也好或者像美國、英國，他們那種過渡性的治療機構，可以讓他有一個支持，可以過度到前面這兩三年，度過以後可能未來他再犯的機會他的可能性就會比較低。（深-2-7）

第一次我就讓你都可以來，你可以自動去戒，警察抓到也可以去戒，但是自動戒是最好的啦，讓這個政策使全台灣的人都知道……對，但是如果完全沒有錢，由國家負責……所以毒品危害防治你要修，你從政策面看如果這樣的話，在法制面你就要去修法，觀察勒戒、戒治通通離開……更寬鬆的原因，第一個、我們把他當病人，對單純吸毒者。第二個、讓這個販毒集團要逞兇暴利沒有機會，因為這些毒蟲都在我們這些醫療院所裡面。第三個、隱藏的黑市通通會浮現。（深-4-6）

…戒毒成功的第一步就是他要有強烈的戒毒意願，如果沒有意願，再多的人力、物力、財力都沒有用。並且讓全民都知道我們有這個機制，如果萬一你很不幸沾染到毒品，不管你是基於好奇或基於被迫，你都可以趕快去醫療院所去戒。家裡如果沒有錢，政府應該想辦法負責。但這不是鼓勵他第二次再戒，因為第二次就要進入司法程序…（深-4-6）

他只是驗尿反應沒有毒，可是他心理還沒有建設好。很多在監房裡的諮商師，我不知道他怎麼評估他出獄會吸，他出獄會不吸。你連這個都不了解的話，要怎麼評估，那只是在做表象的測試，只是假象而已。他們心裡扭曲得很可怕，憤怒這個社會，憤恨家人和舉發他的人，憤恨老婆和別人跑掉，這些人心理都還沒建設，怎麼能夠就說他驗尿沒有陽性反應可以出去。再加上人還有一個靈魂，這個是最疏忽的，我們要如何在他精神上給他正確的價值觀引導，都沒有人做得到…因此要把這些事研究出來要有深度的訪談。（深-4-9）

三、毒品戒治成效之探討

法務部為強化毒品戒治的效果，於 2006 年起分別於北部、中部、南部與東部成立毒品戒治的專業戒治所，期能幫助毒品犯罪人完全戒除毒癮，其成效如何？實有深入探究之必要，針對我國現行毒品防制政策困境及缺失，茲分析如下：

（一）戒治須投入大量人力、物力與財力，戒毒工作是一種高投資低成效的行業

從事戒毒的人必須要有專業知識及豐富的經驗，而且戒治期間不宜太短，而這些條件的配合都必須投入很多的人力、物力與財力。換言之，戒毒工作是一種高投資、低成效，但又不得不作的行業。

煙毒犯的心理就是，你幫我讓我無法遁形我不喜歡，你不幫我，我又說你沒有愛心，不了解我的痛苦。這要怎麼幫助他？所以社會上有人稱這種工作叫厭惡性的行業，表示高投資低成效的行業…（深-4-8）

現在戒毒的人沒有 fighting 的知識、見識、經驗還有奮鬥力，他希

望人性化一點，你就配合的話，你永遠會被他牽著鼻子走…我們是很嚴，時間也很長，有人說我們花的成本效益很高，老實講在外面花的更高…而你用這個方法去做的話，還有人戒毒成功。你用教育、醫學、司法，你用關的、殺的有幾個可以戒毒？幾乎全部失敗…（深-4-8）

香港戒毒期間是設計六個月身體，六個月心理，六個月心靈，來台灣後怕太長，縮短為四個月、半年、一年，都不能成功的原因是，有些毒品幾個月他還迷迷糊糊沒有睡醒，就說驗尿沒有陽性反應可以走了（深-4-6）。

過去都強調緝毒、掃毒，當然是有拒毒和戒毒，但是戒毒所需的人力、物力、財力很多，但成效一定不好。但是現在政策稍微在轉了，需求面減少了，開始重視戒毒工作了，但戒毒工作的基本認識上是發揮了很多人力、物力、財力，但效果一定不好。但是你不發揮人力、物力、財力，你的所謂戒治處遇計畫、戒毒計畫那幾乎是全部沒有效，但你花了，只有一點點效。…你那3-6個月，我不相信。1年都不一定有效，反正就當作給你一次機會了，接下來就是要進入司法程序。但是我覺得要給兩年，才或多或少有一點效果。還要考慮到能不能落實，現在很多人力、物力、財力的限制，很多都未來落實，說難聽一點，就是做形式的，簡單做一做就好了，有沒有效不管啦。（深-4-1）

（二）部分替代療法者缺乏戒毒決心，戒毒不易

有些接受替代療法者未有戒毒的決心，只是心存僥倖而已，其暫時未吸毒可能只是期待獲得緩起訴或不付審理，或只是擔心其驗尿結果呈現陽性反應後假釋會被撤銷。

他可能在第一個時間點他會願意，但是他不是出自於內心他願意去做這樣子的替代療法，來把毒品戒掉，他可能打從心裡頭沒有要把毒品戒掉，因為他存有僥倖的心理，我做美沙酮前幾個月可能不需要驗尿，我其實還可以再撐一陣子，我還是可以併合使用一級或二級的毒品，只要我用的量比較少，不致於致命，他們可能還是有這種僥倖的心理，還是持續在用，那個動機是不一樣的，那可能他們希望因為是緩起訴嘛，所以假釋的部分不致於被撤銷…（焦-1-009）

他只是驗尿沒有毒，但心裡還沒建設好，那只是表象的測試，他的心理

仍舊憤恨社會、憤恨家人、憤恨抓耙子。再加上人還有靈魂，這是最受到忽視的，我們在精神層面如何給他正確價值觀，沒有人能做到，所以目前為止紀錄成功率很少。（深-4-6）

（三）政府的反毒政策與戒治方式宣導不足，民衆不易理解

政府的反毒政策與戒治方式宣導不足，吸毒者的角色經常改變，使用二級毒品美沙酮作為治療一級毒品海洛因的作法等反毒與戒毒策略不易使民衆理解，甚至常遭民衆的誤解。

我們國家有二套法制，毒品危害防制條例、管制藥品管理條例，合於醫藥科學之用者為管制藥品，所以這些替代藥品的身分是管制藥品管理條例的身分，是合法醫藥科學之用，所以今天我們使用一個合法的、醫藥科學之用的美沙酮，或者丁基原啡因在治療這個個案，所以我們是醫藥科學之用，它是管制藥品，並非用毒品去治療一個毒癮者，所以並非以毒攻毒的意思。但這種似是而非的見解會在社會上不斷出現，只是我們在適當的時間，我們會澄清這個事實，表示說很多的法理，在目前這麼複雜的法理機制之下，會不太容易讓社會大眾理解，這樣的問題會形成很多紛亂的現象……（焦-1-002）

（四）嚴格緝毒，造成價格飆漲，易引發犯罪問題

對毒品採取嚴格的政策可能使得毒品價格飆漲，反而衍生許多因需高額金錢買毒所引發的偷錢、搶錢的問題。

那以前安非他命還沒有列入管制藥品的時候，也沒有人因為施用安非他命去搶、去偷，因為沒有經過管制的時候，它的市場行情就不會這樣，就好像現在三、四級毒品便宜啊。就因為我們國家去管制這個毒品，造成毒品價格飛漲，所以他們為了去買毒品，衍生這個問題。如果國家提供替代療法，你不要去用海洛因，用美沙酮，那如果安非他命除罪化，安非他命是一種興奮劑，用完之後他戒斷症狀其實不嚴重，很多司機其實跟他喝蠻牛差不多，除罪化後是不是會衍生後續那些犯罪問題，就會大幅下降，因為他不會去為了取得這毒品高額的金額去衍生犯罪。

(五) 替代療法對毒品戒治效果不明顯，但在防止愛滋病漫延上有其成效

雖然替代療法對毒品戒治之效果並不明顯，但對防止愛滋病的氾濫卻有其不錯的功效。

衛生署會進入到戒治這個業務是因為愛滋病的氾濫，現在衛生署或者我們地檢署推動替代療法，這個也是在防止愛滋，衛生署有私心啦，透過檢察機關來替他們防制愛滋病的氾濫，那現在是確實有效降低了愛滋的流行，降得很快。很多地檢署的檢察官都認為我們是公義的代表人，欣然接受，但這其實違反了一般我們檢察機關，或是警察機關過度地介入到醫療的行為裡面去了，你要讓一個毒品犯接受替代療法是由檢察官來決定，檢察官決定這個要戒才送到醫院去評估。如果說我們從衛生署或者說世界各國的研究報告顯示說施用毒品本來就是一種病，那病本來就要去醫，而不是因為檢察官要不要讓他去。沒有醫療介入，在毒品戒治執行是很困難的…（焦-2-009）

四、受訪專家對毒品防制及戒治策略之建議

本研究希望檢討目前國內毒品政策之得失，並提出符合國情之作法與建議，以供我國政府相關部門作為推展毒品政策之參考資料，茲歸納受訪專家對毒品防制及戒治策略之建議如下：

1. 毒癮者危險程度上不一，應成立藥物法庭，依危險性分類處遇

毒癮輕重、犯罪前科、數量與類型，在危險程度上並不一樣，既然抽象危險是我國吸食毒品者刑罰的基礎，那麼依據行為人危險程度的不同加以區分，實屬必要，將具犯罪危險與不具危險的人區別開，做出不同的處遇，能符合刑罰經濟性、必要性與最後手段原則。因此，成立藥物法庭，依危險性分類處遇既能滿足刑罰一般威嚇的效果，又能解決目前戒毒及監獄人滿為患的困境。

這樣子的情形其實它就是藥物法庭處理的基本觀念，也就是說他不能把這個事情全部交給醫療機構去做，因為沒有強制力，就像我們今天看門診一樣，醫療機構的門診是開放的…醫院的情形是我門開放等你病人來，除非你是嚴重的精神病人，你才是強制的押送過來，所以在不是這樣的狀況之下，而且更何況你只能限制他一定的時間，所以在這樣的情況之下，不可能

期待他有可能治的好，所以他也只是隨機偶發治好或沒治好這樣的結果。

（焦 -1-063）

所以如果說是在一個藥物法庭下去建構，我們現在的刑法跟刑事訴訟法是足夠的，特別是刑法的那一段還沒做而已，緩刑比較少處理用替代療法來做，但緩起訴的部分已經有在操作了，所以緩起訴目前替代療法的概念，這個計畫基本上就是藥物法庭的某一個元素啦，只是藥物法庭在不同國家可能做法也有不同，這個時候有檢察系統的部分，也有法官系統的部分，所以我們會思考說未來在這一塊呢，如何有一個司法監督之下，去協助個案完成治療…（焦 -1-063）

2. 拒毒或戒毒方面效果不佳，應成立專責機關，發揮反毒功效

近年來我國除在緝毒方面有較佳的成效外，在拒毒或戒毒方面效果並不佳，反毒應同時兼具拒毒、緝毒及戒毒等各層面，行政院有意在法務部設置「毒品防制局」。既然毒品使用者是一特定群體，本研究認為，我國有必要設置專責之「毒品防制局」，同時強化緝毒、拒毒及戒毒之功能，整合很多的專業意見，包括毒品犯罪偵查、司法、矯正、醫藥衛生及毒品戒治，再運用建置的資料庫，追蹤輔導吸食毒品者，才能發揮反毒的實際功效。

我們期待未來這個法制有沒有辦法回歸一個法制，不要讓它在台灣變成一個獨特的法制，很多國家包括美國 DEA，它都是獨立的組織，專責的緝毒機關，專責的法制，所以它都是由一個主要的機關在主管，這些都是法務部，所以從毒品的刑事政策變成衛生政策，這也是我們台灣出現的另外一個看法。本來很多國家是在毒品刑事政策下，你可以諮詢很多的專業意見，包括醫藥衛生專業，以致於形成整體的毒品刑事政策，可是台灣的反毒從一開始就是分工、分部門去執行，以致於我們出現各行其是，難以整合…（焦 -1-002）

我是覺得不是政府沒有做，而是他們不曉得怎麼做，應該來說，我國在戒毒方面參照新加坡、香港還有其他，當然效果不一定很好，但起碼有個專責的部門，禁毒處，找一些專家、學者和過來人研討，在研討當中總會討論出辦法來，沒有研究的決策老實講跟他們的需求根本不符合，介入成效也不好。（深 -4-10）

3. 地方毒害中心須法制化，落實毒防中心，發揮整合能力、統一窗口功能
毒品危害防制中心的概念是一可行的作法，毒害中心可以直接面對面去接觸吸毒者，他也可以直接去整合地方的資源，以目前的毒品政策現況，地方毒品危害防制中心他面臨了一個很大的困境，就沒有法制化，法源、組織、編制、職掌、經費都沒有，實難發揮實際功能。

毒防中心的概念很好，只是我們現在沒有把它做得很好，就是沒有去發揮它的功能，事實上毒品防制中心它可以做的事情很多，除了去整合轄下的社政、警政之外，就我知道的防制中心它底下有設三、四組，各縣市不太一樣，它有一個伸縮，但原則上組織架構是不一樣的，然後毒防中心通常是由縣市長擔任主委嘛，它底下可能有校園宣導組、社會預防組還有轉介組，那每一個組就是一個體系，歸它們來負責，社會預防組就教育局嘛…如果由毒防中心來發揮它的功能，如果它的周邊是健全的，事實上我覺得再來談是不是讓它除罪，時機是比較成熟…（焦-1-073）

其實我們的毒防中心也是設在衛生署轄下的衛生局底下，通常都是由他們來做主導…事實上毒防中心應該要掌握最完整的數據，只是說每個地方的功能不彰，所以他們反而有些數據是要跟我們要的，需要我們提供…事實上他們應該去整合，比方醫政、社政的單位，上下游的資料去做一個整合，所以其實它的功能有發揮的話，去統合這些數據，去做分析的話，事實上是有這樣的可能…因為整個體系的連貫…最直接就是監所把資料給毒防中心，但是監所的電腦檔案有些都還是手記，最重要它們的系統不能轉換成word系統去列印出來…，所以它們要提供這些資料是一個很大的工程，那就很麻煩…不是麻煩就不做啊，為長遠性來考量，這是一定要做的。（焦-1-078）

因為需要有一個統一的窗口，而且那個窗口能夠掌握所有的資源，包括社政、警政等等的單位，它能夠把這些資源去整合出來，那我們有些個案，來自哪些單位不管，可以轉介到毒防中心，毒防中心對它轄下的單位很清楚，可以去做運用或轉介，所以如果以這個概念的話，毒防中心應該是最完整的，只是因為是去年才開始推嘛，各地方是慢慢才成立，陸陸續續成立，那可能每個地方的概念或者不是那麼樣的清楚，所以毒防中心雖然都已經成立了，是不是這樣子的運作有健全，那是還需要再加強的。（焦-1-043）

其實以現在的毒品政策來講，如果要讓他徹底的落實去執行的話，我想各縣市的地方毒品危害防制中心他是扮演一個最重要的關鍵角色，他是可以直接面對面去接觸吸毒者，他也可以直接去整合地方的資源，…但是地方毒品危害防制中心他面臨了一個很大的困境就是他沒有法制化，人員的編制沒有建立。倒是任務編組臨時性的，臨時性的你要去整合包括他不要說外面的資源，連縣市政府裡面各級處的相關資源去整合都有困難，因為你既然是臨時性的任務編組，沒有把工作當成是工作，他的專職化沒有，負責任的態度可能沒有等等都有關…（深-2-15）

…在毒品危害防制中心只是個任務編組，它沒有立法來保障他的機構、法源、組織、編制、職掌、經費都沒有，只是縣市政府下轄的一個單位，就是各縣市衛生局它去兼辦，我參觀了四、五家毒品危害防制中心，都跟我們講沒錢、沒人，叫我們不要把個案轉過去，轉過去他們負荷不了，連打個電話都沒有那個人力，更何況要去追蹤…

地方政府的首長要喚起他的重視，他必須要將反毒的工作相關毒品防制的政策將他列為重要的地方的防治事項，才可以動。如果沒有地方首長高一呼，那各級處也好，地方毒品危害防制中心也好他不會動員起來的。就是必須要他們都動員起來，再配合我們法務部所屬的更保還有監獄裡面也有監獄志工，統統把他納入以後，然後縣市政府他的防制中心他也可以自己招募志工，很深入的把那些家庭支持網路系統深根，再加上國家編列相關的預算，我想他們的成效才能很快的顯現出來…如果真的是沒有國家挹注經費、沒有法制化、沒有地方政府的支持的話，所有的這一些都是空談…（深-2-16）

*我覺得這個要逐步去推動啦，現在我們要求地方政府要加入，如果要執行除罪化，地方政府一定要加入，由中央來做這種工作是沒辦法，當然這個部分當然衛生署要有勇氣。其實如果把施用毒品除罪化，用內政部跟法務部，或海巡署來嚴格查緝毒品的交易行為的時候，讓大家沒有海洛因可以買的時候，當然就會慢慢的減少…（焦-2-011）

4. 整合警政、司法、矯正、醫藥系統，建立整合資料庫，長期追蹤

毒品使用者是一特定群體，本研究認為，建置毒品使用者資料庫，整合警政系統、司法系統、矯正系統、醫藥系統及毒品戒治系統的的資料，增

加資料能見度，追蹤輔導吸食毒品者，才能發揮反毒的實際功效。

假設今天有一個資料庫，中央健保局有一個資料庫，它的資料庫是什麼？是醫療機構，所有民眾到醫療機構看病，向健保局申報的資料，這樣的資料健保局把它交給國家衛生研究院，可以隨時提供學者專家切磋那樣的資料庫，但是去名化的，這個時候它是一個資料庫公開的狀態，它可以有效看到這個領域的資訊發展，會比較容易進入，它會很快速的找到正確的決策，因為它看得到的東西都能分析資料。但是毒品這個領域非常黑啊，它不容易看到以上的資料，這樣的資料一定要靠特定的人去建立那個資料庫…（焦-1-023）

*…如果有可能，如何嘗試性地將這一些資料庫整建出來，能夠比較清楚地實證，跟講出來的話都有科學的認證，我們才能清楚知道這個行為是什麼，否則講出來的都是印象、自己的經驗這樣。（焦-1-022）

他整個在吸食的時候的那個幻想那快樂似神仙的幻想，所謂的心理因素那心理層面永遠佔據他的大腦，沒有辦法去忘掉。所以當兩年過後，也就是戒治的黃金時期過後，他碰到哪一些比如說某一種不如意的事情，他就會回想我趕快再來回復我以前那快樂的生活，所以這個東西就是說必須要長期的輔導追蹤…（深-2-8）

5. 增加衛生部門介入毒品戒治，並給予危險加給

毒品使用是一種物質性的犯罪成癮問題，衛生署實應扮演最重要的角色，因此，加衛生部門介入毒品戒治，方可徹底解決毒品問題，但相關第一線人員應給予專業（危險）加給，尤其是矯治毒品愛滋的人員，更應給多鼓勵。

如果醫療資源沒有進入…其實他本來就是一個物質性的犯罪成癮問題…像美國他們聯邦的衛生福利部，都還是納入他們毒品的一個醫療體系裡面的一個重要部會，那我們的衛生署其實是應該扮演最重要的角色，反而他們有點抗拒不願意進來，那所以說這個戒治的成效你丟給法務部，再考評說這個戒治有沒有成效，你衛生署不進來，這個效果來講一定是大打折扣啦，所謂說的事倍功半這樣。（深-2-13）…有啦他們偶爾有進來衛教宣導啦，但是始終沒有真正的醫師，而且也是最近才進來的，更保介入之後他們才進去的。他們現在只有心理師、社工師在做，沒有醫生嘛。（深-2-14）

毒品愛滋這塊…同仁希望法務部給予這些矯治毒品愛滋的人員專業（危險）加給，因為這些第一線人員都蠻辛苦…（焦 -2-012）

6. 加強拒毒、虞犯及家庭支持宣導

拒毒宣導應考慮深度及廣度，若能深入每一個家庭，深入每一個國民，應該可以立即看得到效果的。除此之外，對有吸毒危險及已吸毒的族群應有不同的宣導與關懷，另外更應走入吸毒族群的家庭，他們是實質的受害人之一，也是能直接幫助吸毒者的當事人。

宣導拒毒這一方面，我想如果我們深入的層面夠深、夠廣的話，深入每一個家庭，深入每一個國民的話，那那個效果應該是可以立即看得到的。這一部份是做的越多，效果就越容易顯現對毒品越容易控制…只要有多出來的經費，我們就全部把它放到我們毒品防制方面的宣導。這一區塊我們就是要做到盡量要讓沒有吸毒者不要進入吸毒的行列，我想它的效果是可以馬上收到效能的，馬上可以看得見的。（深 -2-23）

我們教育部出來的經費，他到各學校去是普遍性的來宣傳，其實那樣子的宣傳產生的功能不大，倒不如把他集結起來，對那一些有虞犯的危險圈，那些危險圈少年警察有紀錄的知道，所以專注把那些危險圈的人看住，經常性的要求他們的行蹤，我想這樣會比普遍性的效果還好。而這個並不涉及不平的問題，這純粹是講求需要和功效的問題…（深 -1-4）

…只要你染上吸毒的話，家庭家人都會很討厭他，然後放任他自己一個人自生自滅…吸毒犯在監所裡面快出來之前，我們透過各地的志工先去訪視他的家庭，然後不是針對本身吸毒者做宣導而已，包括他的家庭內也必須要做宣導…只有他的家庭成員也願意站出來幫忙這個吸毒者，我想這樣的一個戒毒成效才比較可以成功…（深 -2-8）

7. 開發本土戒毒模式，戒治分二階段實施，先至醫療戒毒，無效後再施以重懲（再犯從嚴）

戒治分二階段實施，第一階段為醫療模式，將吸毒者視為病人，觀察勒戒、戒治，全部都到醫療院所，不在矯正或刑事司法機關。比較世界各國、專家學者認為期間需要兩年，才會有效果，目前戒治期間為六個月，應修正。

若再吸毒，第二階段即施以重刑，理由就是已給予一次機會，為防止一再復發，維護社會治安，第二階段則施以重懲已屬刑罰必要性及最後手段性。

先分階段，政策面當作前半段，第一次用醫療模式，把他當作病人，觀察勒戒、戒治的全部都到醫療院所，不在矯正或刑事司法機關。但是戒治期間世界各國專家、學者公認是要兩年，才會有一點點效果…像現在除刑不除罪，變得兩不像，所以政策面一定要這樣走，等他判刑了，我們再來擬一套戒毒計畫，那這個戒毒計畫就有別於戒治處遇計畫，否則的話，你就會重蹈覆轍。（深-4-1）

既然第一次不要進入司法程序、體系，你就是一般病人一樣，就沒有這些問題，你就照顧他們、醫治他們戒毒，反正就沒有關係了。第二次就要進入了，你既然已經有這麼多機會了，參加這麼多戒治計畫，你又無法完成，那就對不起了，你就一定要進來了。進來當然就是 Punish Mode 懲罰模式，戒毒就不再戒治了，因為你已經失敗了，就不能再重蹈覆轍了。（深-4-4）

…我們給你一次機會，讓你也參加了一年半到二年的戒斷處遇，那在醫療方面也花了這麼多的人力、物力、財力了，那你還是沒有效，所以我們要開始用強制的，用所謂比較嚴格的刑事政策來對付你了。所以就把吸毒視為犯罪了，這是第一個理由。那第二個理由就是防止一直復發，防止他再續打，他沒有辦法再續打，我們再採用較有效的戒毒計畫。（深-4-8）

我們台灣大概有分三種類型啦，第一個就是司法戒治，觀察勒戒。第二個就是宗教性的戒毒模式，我們目前像晨曦會啦，像主愛之家啦，我們有委託他們去開辦中途之家，讓他們去從事一種宗教式的戒除毒癮。最後一種就是醫療式的戒毒，目前就是茄萇山莊不知道你了解嗎，在草屯我們那邊有建立一個草屯分監整理環境之後交給衛生署，他們去辦一個醫療性的戒毒，就是全部用醫療、準醫療的模式…目前台灣有三種的戒治模式啦，至於這三種的戒治模式是哪一種比較好，我想這個喔，如果可以的話不妨也納入研究，當然我比較希望的是開發一種本土化的戒治模式，最適合我們台灣的國情本國文化的戒治處遇模式，大家在社會上能夠接受的…（深-2-10）

8. 掌握毒品流行趨勢，提前防範

各類迷幻藥品推陳出新，美、日對流行趨勢均十分重視，為提前防範，

相關單位（警政、法務、司法及衛生醫療）應預估流行趨勢，提前防範。

日本是非常非常重視的，那去年他們也做了一個叫做「五年的控制藥物」的一個計畫，那他們的這個剛好那個安非他命的高原期他過了，他們認為一個社會的一段期間這個使用藥物的情況會有一個「高原」跟「低原」的情形，那順勢推出什麼樣的作為的讓他趕快降下來，怎麼辦呢，就是等他下一次再來評估…

伍、結論與建議

本研究透過焦點團體座談、深度訪談方式，探討專家學者對毒品防制及戒治成效之看法與建議。茲就研究結論與建議分述如下：

一、結論

（一）現行毒品防制政策及其檢討

1. 各縣市政府的毒品危害防制中心應法制化：各縣市政府少重視毒品戒治工作，而毒品危害防制條例也未有明確規定應編列多少的經費或配置一定量的人員等法源為執行的依據，目前都是使用任務編組的方式，縣市政府並未正式編列毒品戒治的預算，且各相關局處都是找一個人兼辦，以致戒毒工作成效不彰，遑論從事後續毒品犯追蹤輔導的工作。
2. 戒毒須社會支持、心理諮商、就業訓練：目前反毒三大策略為減少毒品供應、減少毒品需求與進行戒毒治療。戒毒上不只是單純進行個人的醫療戒癮，尚須社會支持、心理諮商、就業訓練。此外，反毒要成功，也要在家庭教育、學校教育、社會教育上積極努力。
3. 吸毒者資料應統整健保、警政與觀護資料：過去有關吸毒犯的資料未能擁有一個單一窗口，也缺乏資料整合的機構，吸毒者的資料散在各種不同機關，因而無法更清楚的了解吸毒者全面的問題，不但難以發揮戒治的效果，其後續追蹤輔導工作更是難以有效實施，這是未來應該設法改善之處。

4. 應採不定期採尿措施：毒品危害條例規定對吸毒者應定期驗尿，由其是出所六個月以後每二個月才驗尿一次，但這容易讓吸毒者設法規避被驗出呈陽性反應的，若能有時不定期的驗尿，或許較易達到威嚇的效果。
5. 個案是否應接受戒治應由第一線實務工作者評估：吸毒者的危害程度及是否應接受戒治，判定不易，如果將所有的吸毒者都加以監禁，將徒增監獄壓力，若能成立專業的藥物法庭，由此法庭來判定與篩選需入監的吸毒者，將可減少刑事司法的浪費，並減低監獄擁擠現象。至於該吸毒者是否應接受戒治，可由心理師、社工師、矯治人員來綜合評估。
6. 戒治均需收費且須統一收費標準：吸毒者接受戒治的費用，初次吸毒者的觀察勒戒費用需由受戒治的人負擔部分費用，至次再犯後入監執行者就不需負擔任何戒治費用，似乎有變相懲罰初次吸毒者之現象，因此應該重新檢討，並統一平治收費標準。

(二) 毒品成癮性與戒治困境之分析

1. 使用單一治療方式戒治可能性甚低：大多數的學者認毒品戒治可能性甚低，因為各類毒品相互牽連，而且是一種全人的破壞，包含身心靈，社會行為的破壞，所以無法從單一治療行為獲得適當的解決，以致吸毒的復發可能性高，且吸毒再犯可能性亦高，至今各國仍難找到適當且有效的戒治方法。
2. 海洛因依賴性高戒治困難：吸食海洛因者常十分痛苦，無法自拔，只得繼續吸毒來解除戒斷作用的痛苦，因此難以戒毒成功。甚至政府提出美沙酮替代療法後，還產生一種「有錢就用海洛因，沒錢才喝美沙酮」的情形，戒毒不易，可見一斑。
3. 全人治療才有可能戒治：吸毒行為是個人內在生理因素、心理空虛、意志薄弱與外在不良環境交互作用的結果，也可以說是生物與環境因素交互影響的結果，若非作全人治療或多層面的關懷，難以產生療效。
4. 毒品成癮性與戒治可能性會隨個人不同而有差異：除了毒品的藥理作用外，吸毒對吸毒者的影響也常隨個人體質、意志力與工作責任感等情形的不同而有異，必須要從當事人的整個狀況去判斷。
5. 需要支持系統激發戒毒意願：想要讓毒品戒治成功，需要配合的條件甚

多，包括提供家庭支持系統與社會支持系統、強化吸毒者內在的心理建設與自我價值感、激發吸毒者自動（或自願）戒毒的意願。

（三）戒毒戒治成效之探討

1. 戒毒工作是一種高投資低成效的行業：從事戒毒的人必需要有專業知識及豐富的經驗，而且戒治期間不宜太短，而這些條件的配合都必須投入很多的人力、物力與財力。換言之，戒毒工作是一種高投資、低成效，但又不得不作的行業。
2. 部分替代療法者缺乏戒毒決心：有些接受替代療法者未有戒毒的決心，只是心存僥倖而已，其暫時未吸毒可能只是期待獲得緩起訴或不付審理，或只是擔心其驗尿結果呈現陽性反應後假釋會被撤銷。
3. 政府的反毒政策與戒治方式宣導不足，民衆不易理解：政府的反毒政策與戒治方式宣導不足，吸毒者的角色經常改變，使用二級毒品美沙酮作為治療一級毒品海洛因的作法等反毒與戒毒策略不易使民衆理解，甚至常遭民衆的誤解。
4. 嚴格緝毒，造成價格飆漲，易引發犯罪問題：對毒品採取嚴格的政策可能使得毒品價格飆漲，反而衍生許多因需高額金錢買毒所引發的偷錢、搶錢的問題。
5. 替代療法對毒品戒治效果不明顯，但在防止愛滋病漫延上有其成效：雖然替代療法對毒品戒治之效果並不明顯，但對防止愛滋病的氾濫卻有其不錯的功效。

（四）受訪專家對毒品防制及戒治策略之建議

1. 成立藥物法庭，依危險性分類處遇：毒癮輕重、犯罪前科、數量與類型，在危險程度上並不相同，將具犯罪危險與不具危險的人區別開，做不同的處遇，能符合刑罰經濟性、必要性與最後手段原則。成立藥物法庭，依危險性分類處遇既能滿足刑罰一般威嚇的效果，又能解決目前戒毒及監獄人滿為患的困境。
2. 地方毒害中心須法制化，落實毒防中心，發揮整合能力、統一窗口功能：毒品危害防制中心的概念是一可行的作法，毒害中心可以直接

面對面去接觸吸毒者，也可以直接去整合地方的資源，目前地方毒品危害防制中心他面臨了一個很大的困境，就沒有法制化，法源、組織、編制、職掌、經費都沒有，實難發揮實際功能。

3. 配合毒防中心，建立資料庫，長期追蹤：毒品使用者是一特定群體，建置毒品使用者資料庫，整合警政系統、司法系統、矯正系統、醫藥系統及毒品戒治系統的資料，增加資料能見度，追蹤輔導吸食毒品者，才能發揮反毒的實際功效。
4. 應增加衛生部門人力介入毒品戒治並給予危險加給：毒品使用是一種物質性的犯罪成癮問題，衛生醫療人員實應扮演最重要的角色，加衛生部門介入毒品戒治，方可徹底解決毒品問題，相關人員應給予危險加給，尤其是矯治毒品愛滋的人員，更應給多鼓勵。
5. 加強拒毒、虞犯及家庭支持宣導：拒毒宣導應考慮深度及廣度，若能深入每一個家庭，深入每一個國民，應該可以立即看得到效果的。另外，對有吸毒危險及已吸毒的族群應有不同的宣導與關懷，社會資源應引進吸毒族群的家庭，吸毒者之家人是實質的受害人之一，也是能直接幫助吸毒者的當事人。
6. 開發本土戒毒模式：戒治分二階段實施，第一階段為醫療模式，將吸毒者視為病人，觀察勒戒、戒治，全部都到醫療院所，不在矯正或刑事司法機關。比較世界各國、專家學者認為期間需要兩年，才會有效果，目前戒治期間為六個月，應修正。
7. 掌握毒品流行趨勢，提前防範：各類迷幻藥品推陳出新，美、日對流行趨勢均十分重視，為提前防範，相關單位（警政、法務、司法及衛生醫療）應預估流行趨勢，提前防範。

二、建議

根據研究發現，本研究提出下列作法與建議，以供我國政府相關部門作為推展反毒政策之參考。

（一）社會資源應引進吸毒者之家庭，加強家庭支持宣導

拒毒宣導應考慮深度及廣度，若能深入每一個家庭，深入每一個國民，

應該可以立即看得到效果的。除此之外，對有吸毒危險及已吸毒的族群應有不同的宣導與關懷，另外更應走入吸毒族群的家庭，他們是實質的受害人之一，也是能直接幫助吸毒者的當事人。

（二）政府公權力應提早以行政力量介入及處置，強制吸毒三、四級者接受毒品成癮性之戒治

日本對於毒品犯之戒治，可分為二部分進行。第一，已被執法人員取締之施用毒品的毒品犯，必須接受強制戒治。第二，針對麻藥成癮性，若麻藥中毒者成癮已深，則必須進入由厚生勞動部所指定之「麻藥中毒者醫療處遇戒治病院」接受毒品戒治。本研究建議，政府公權力針對三、四級毒品成癮性部分，宜提早加以行政力量介入，並進行適當之處置，如強迫毒品成癮性之患者接受戒治。場所方面，可採「醫療處遇」模式，由醫療單位進行三、四級毒品成癮性部分之戒治。

（三）抗制毒品犯罪須刑罰與醫療同時實施

根據「毒品危害防制條例」第 20 條第 3 項的規定，五年之後再犯者，才有機會接受觀察勒戒、強制戒治，反之，若是五年之內再犯者，則沒有上述機會接受觀察勒戒、強制戒治，而是直接接受徒刑之執行。接受徒刑之執行者則不賦予毒品犯毒品戒治之機會。本研究認為，有關五年再犯的規定，並不符合利用醫療手段抗制毒品犯罪之原則，似宜加以修正。亦即不論毒品犯是五年內或五年之後再犯，亦不論其再犯之次數為何，應以病犯之角色對待毒品使用者，給予適當之醫療。因此，本研究建議，本土戒毒模式應採取二階段實施，第一階段為醫療模式，將吸毒者視為病人，觀察勒戒、戒治，全部都到醫療院所，不在矯正或刑事司法機關。比較世界各國、專家學者認為期間需要兩年，才會有效果，目前戒治期間為六個月，應修正。若再吸毒，第二階段除再施予戒治處遇外，並施重刑處罰，理由就是已給予一次機會，為防止一再復發，維護社會治安，第二階段則施以治療及重懲已屬刑罰必要性及最後手段性。

(四) 應依吸毒者犯罪及再犯危險性分類治療及處遇

毒癮輕重、犯罪前科、數量與類型，在危險程度上並不一樣，既然抽象危險是我國吸食毒品者刑罰的基礎，那麼依據行為人危險程度的不同加以分類治療及處遇，實屬必要，將具犯罪危險與不具危險的人區別開，做出不同的處遇，能符合刑罰經濟性、必要性與最後手段原則。因此，依危險性分類處遇既能滿足刑罰一般威嚇的效果，又能解決目前戒毒及監獄人滿為患的困境。

(五) 各縣市之毒品危害防制中心須法制化，發揮整合能力、統一窗口功能

毒品危害防制中心的概念是一可行的作法，毒害中心可以直接面對面接觸吸毒者，他也可以直接整合地方的資源，以目前的毒品政策現況，地方毒品危害防制中心面臨了一個很大的困境，就是沒有法制化，法源、組織、編制、職掌、經費都沒有，實難發揮實際功能。

(六) 擴大建置「毒品使用者資料庫」，以利追蹤輔導

毒品使用者是一特定群體，目前法務部整合警政系統、司法系統及矯正系統，建置「毒品使用者資料庫」，已即將完成，本研究建議，未來若能再加入就業、戒治及醫藥系統的資料，增加資料庫之廣度及深度，完整掌握吸食毒品者資料，並長期追蹤輔導，才能發揮反毒的實際功效。

(七) 增加醫療資源介入毒品戒治，並給予危險加給

毒品使用是一種物質性的犯罪成癮問題，衛生署實應扮演最重要的角色，因此，加衛生部門介入毒品戒治，方可徹底解決毒品問題，但相關第一線人員應給予專業（危險）加給，尤其是矯治毒品愛滋的人員，更應給多鼓勵。

參考文獻

一、中文文獻

- 方啓泰（2006），臺灣毒癮愛滋疫情趨勢的流行病學模式分析。96年反毒報告書。台北：法務部。

- 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。嘉義：國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 江振亨、林瑞欽 (2000)，認知行為團體療法對濫用藥物者輔導成效之研究。犯罪學期刊，5：277-310。
- 李志恒 (2001)，赴北愛爾蘭貝爾法斯特參加「第十六屆國際減少毒品相關傷害會議」報告，行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書。
- 李志恒 (2001)，赴印度參加「第十二屆國際減少毒品傷害研討會」報告，行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書。
- 李志恒 (2000)，赴英國澤西島參加「第十一屆國際減少毒品傷害研討會」報告，行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書。
- 李志恒 (1996)，赴澳洲參加「第七屆減少毒品相關傷害國際研討會」暨考察「英國、法國、德國麻醉藥品及影響精神藥品使用之管理」報告，行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書。
- 李志恒 (2004)，赴澳洲墨爾本參加「第十五屆國際減少毒品相關傷害會議」報告，行政院衛生署管制藥品管理局。
- 李湧清 (1998)，毒品管制的政策討論。警學叢刊，28(6)：51-75。
- 李志恒 (1996)，考察英國、法國、德國麻醉藥品及影響精神藥品使用之管理報告。台北：行政院衛生署。
- 沈雅靜 (2002)，論施用毒品行為之除罪化。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 沈道震、劉進福、宋筱元、曾正一 (2003)，兩岸合作共同打擊毒品犯罪之研究。台北：財團法人兩岸交流遠景基金會，遠景基金會學術叢書政策研究系列。
- 周碧瑟 (1997)，台灣地區在校青少年藥物濫用盛行率與危險因的探討。學生輔導 50：35-41。
- 林長春 (2005)，毒品防治法制之研究。國立中山大學政治學研究所碩士論文。
- 林倩如 (2006)，同儕吸毒、家庭功能對戒治所男性海洛因使用者毒品再用的影響。國立成功大學行為醫學研究所碩士論文。
- 林健陽、柯雨瑞 (2001)，美國 1960 年代早期聯邦最高法院對「毒品成癮性」除罪化的態度——以 1962 年 *Robinson v. California* 案為例。中央警察大學學報，38:267-294。
- 林健陽、柯雨瑞 (2000)，毒品除罪化及其對犯罪矯治之影響。中央警察大學犯罪防治學報，(1)：63-112。
- 林健陽、柯雨瑞 (2003)，毒品犯罪與防治。中央警察大學。
- 林健陽、柯雨瑞 (2003)，國內外毒品戒治模式分析。中央警察大學犯罪防治學報 (4)，
- 林健陽、柯雨瑞 (2006)，新興毒品管理制度之國際比較分析。發表於 2006 年內政部犯罪防治中心、國立台北大學犯罪學研究所「2006 年犯罪問題與對策」學術研討會。

- 林健陽、陳玉書、呂豐足、陳俊宏、王儷婷、柯雨瑞（2004），毒品犯罪者社會適應與再犯之研究（第一年成果報告），國科會成果期中報告。
- 林健陽、陳玉書、呂豐足、陳俊宏、王儷婷、柯雨瑞（2005），毒品犯罪者社會適應與再犯之研究（第二年），國科會補助。
- 林健陽、陳玉書、張智雄、呂豐足、林澤聰、王秋惠、柯雨瑞（2007），95 年度除刑化毒品政策之檢討—論我國毒品犯罪之戒治成效。法務部委託研究案。
- 林健陽、陳玉書、曹光文、林秀怡、柯雨瑞（2002），毒品危害防制條例施行後毒品犯罪者矯治成效之研究。行政院國科會委託研究案。
- 林健陽、謝立功、范國勇、陳玉書、林佳璋、林干芩、柯雨瑞、江振維、朱柏萱、張鈞盛、林書琪（2005），分析聯合國及各先進國家新興毒品防制之作為，行政院衛生署管制藥品管理局九十四年度科技研究發展計畫。
- 林淑卿（1997），毒品防制政策之問題界定：社會建構論的觀點。政治大學公共行政研究所碩士論文。
- 林瑞欽（2006），成癮者的用藥行為特性與其對違法藥物戒治的啓示。刑事政策與犯罪研究論文集 (9)：121-144。
- 林瑞欽、黃秀瑄（2006），自我肯定訓練對女性海洛因濫用者戒癮成效研究。行政院衛生署管制藥品管理局。
- 林盈慧（2001），戒毒經驗之社會建構。中正大學心理研究所碩士論文。
- 林健陽、陳玉書、柯雨瑞（2003），毒品犯罪戒治成效影響因素之追蹤研究。2003 犯罪矯正與觀護研討會，頁 131-161。
- 法務部（2007），96 年反毒報告書。台北：法務部。
- 法務部、教育部、行政院衛生署（2004），93 年反毒報告書，頁 121。台北：法務部。
- 法務部、教育部、行政院衛生署（2005），94 年反毒報告書，頁 24。台北：法務部。
- 法務部調查局編（1996），法務部調查局簡介，新店：法務部調查局，頁 16-17。
- 邱淑筠（1994），毒品消費行為與刑罰制裁之研究。中央警察大學研究所碩士論文。
- 姚克明、李蘭、李景美、洪百薰、楊銘欽、鄭泰安（1995），成癮藥物濫用防制宣言。中華公共衛生雜誌，14(3)：213-219。
- 施志茂（1999），安非他命罪犯人口資料暨犯罪行為分析，警學叢刊，29(6)：77-146。
- 柯雨瑞（2006），百年來台灣毒品刑事政策變遷之研究。中央警察大學犯罪防治所博士論文。
- 韋若蘭（2003），成年吸毒者吸毒涉入程度、自我控制、非理性信念與再吸毒意向之關係研究。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 韋海浪（2007），海洛因成癮者接受美沙冬替代療法之短期戒癮效果。陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
- 張智雄、柯雨瑞（2005），毒品強制戒治處遇成效與再犯影響之研究，《更生保護實務與犯罪矯正學術研討會》。

- 張智雄。2002年。強制戒治處遇再犯研究。國立中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 張瑜真(2004)，危險遊戲-使用MDMA青年用藥行為、風險知覺與因應策略之質性研究。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 梁玲郁(1997)，成癮問題的諮詢與改變行為。學生輔導通訊，50：82-89。
- 許秀琴(1991)，藥物濫用者之家庭結構分析－以安非他命濫用者為例。東吳大學社會學研究所社會工作組碩士論文。
- 陳宜民、藍郁青(2006)，毒癮愛滋減害計畫整合型研究：臺灣地區毒品病患HIV感染盛行率、危險因子調查以及未來流行成長推估研究。96年反毒報告書。台北：法務部。
- 陳俊偉(2004)，入罪化與除罪化－刑事立法政策之基本思維。中正大學法律學研究所碩士論文。
- 陳益乾等(2006)，藥物成癮者衝動行為特質與治療模式研究。95年度法務部委託研究案，刊於「96年反毒報告書」。
- 程百君(1999)，國內藥物濫用現況及防制策略，學校衛生(35)，
- 黃育慧(2006)，台灣注射毒癮者感染HIV-1之分子流行病學研究。國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文。
- 黃富源、曹光文(1996)，成年觀護新趨勢。台北：心理出版社。
- 楊士隆、李宗憲(2006)，我國反毒政策檢討。毒品與防治研討會論文集，國立中正大學犯罪防治學系暨研究所編印。
- 楊士隆、林瑞欽、鄭昆山、李宗憲、潘昱萱(2005)，毒品問題與對策。台北市：行政院研究發展考核委員會委託研究。
- 楊惠婷(2001)，藥物濫用青少年生涯發展歷程與生涯建構之研究。高雄：國立高雄師範大學輔導研究所碩士論文。
- 楊瑞美(2003)，毒品政策對施用毒品者之影響－以某成年男性戒治所為例。國立臺灣大學社會工作學系碩士論文。
- 詹中原(2007)，我國地方毒品危害防制中心之研究。財團法人國家政策研究基金會國政研究報告。憲政(研)096-026號。
- 詹德杰(2002)，吸毒犯行認知基模之萃取研究。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 褚宸舸(2007)，懲罰吸毒的根據－禁毒法(草案)引發的思考。中國法學網：www.iolaw.org.cn/shownews.asp?id=16093。
- 蔡奇秀(2006)，影響毒品犯罪率因素之實證研究。國立成功大學高階管理碩士在職專班論文。
- 蔡維恬(2005)，國家管制施用毒品行為之正當性？國立台灣大學法律學研究所碩士論文。
- 蔡鴻文(2002)，台灣地區毒品犯罪實證分析研究。中央警察大學刑事警察研究所碩士論文。

- 鄭幼民 (2005) , 2005 日本藥物犯罪取締研討會。法務部調查局緝毒中心日本東京出國報告書, 頁 1-23。
- 潘淑滿 (2003) , 《質性研究：理論與應用》, 台北：心理出版社。
- 鄧學仁 (2005) , 日本反毒體制運作之概況, 「當前亞太地區反毒現況與未來發展」座談會, 中央警察大學恐怖主義研究中心主辦。
- 蕭開平 (2001) , 台灣地區濫用藥物致死探討。2001 年國際藥物濫用防制研討會, 管制藥品管理局編。
- 賴擁連 (2000) , 台灣地區毒品犯罪者戒治處遇成效之研究。中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 戴華、鄭曉時 (1991) , 正義及其相關問題。中央研究院中山人文社會科學研究所。
- 薛雅尹 (2003) , 我國戒毒政策成效評估之研究。國立東華大學公共行政研究所碩士論文。
- 謝立功、柯雨瑞 (2001) , 毒品合法化之爭論 --- 毒品與以經濟利益為導向之強制性暴力犯罪關連性之研究 (合著), 文教基金會會訊 (54) : 5-9。
- 謝立功、陳明傳、陳玉書 (2006) , 大陸地區非法在台人數之分析研究。行政院大陸委員會委託研究, 中央警察大學國境警察學系執行, 第 125-210 頁。
- 謝其演 (2002) , 毒品犯罪防制政策分析之法社會學觀察—以英美的發展為借鏡。國立台灣大學法律研究所碩士論文。
- 簡莉盈、鄭泰安 (1995) , 社會危險因子與青少年藥物濫用。中華心理衛生學刊, 8 (1) : 7-12。
- 蘇佩鈺 (1997) , 施用毒品行為之刑事立法問題。中興大學法律學研究所刑事法學組碩士論文。
- 蘇裕翔 (2005) , 我國毒品犯罪之立法研究 - 以毒品危害防制條例為中心。國防管理學院法律學研究所碩士論文。

二、外文文獻

- Bertram, E. (1996). Drug war Politics 「The Price of denial Berkeley」. University of California Press.
- Biklen, S.K. & Bogdan, R.C. (1982) . Qualitative Research for Education : An Introduction to Theory and Methods. Boston : Allyn and Bacon.
- Boyd, S & Faith, K. (1999) Women, illegal drugs and prison: Views from Canada. International Journal of Drug Policy, 10(3):195-207.
- Dwight B, Health. (1998) Prohibition Is a Losing Strategy in the War on Drugs, edited in the Stephen P, Thompson. The War on Drugs: Opposing Viewpoints, CA: Greenhaven Press, Inc. pp46-54.

- Fields, R. (1998). Drugs in Perspective. Personalized Look at Substance Use and Abuse. Director, FACES, Family and Addiction Conferences and Education/Counseling Services Center, Washington.
- Klinkenberg, W. D. & Sacks, S. (2004) Mental disorders and drug abuse in persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 16(Supplement 1): S22-S42.
- Friedman, M. & Szasz, T. (1992) On Liberty and Drugs, N.W.: The Drug Policy Foundation Press, pp149-153.
- Parker, J. (1987). *Crystal, Crank & Speedy Stuff: A Close-up Look at Stimulant Drug*. Phoenix: Do It Now Publications.
- Luan, R. et al. (2005) A Study on the Capture-Recapture Method for Estimating the Population Size of Injecting Drug Users in Southwest China, *Journal of Health Science*, 51(4) : pp.405-409.

學術論著

美國毒品法庭計畫與我國附命完成 戒癮治療緩起訴處分之比較

A Comparative Study on the Intervention between the Drug Courts Plans in the United States and Deferred Prosecution with Condition to Complete the Addition Treatment in Taiwan

楊冀華

中央警察大學犯罪防治研究所博士
臺灣臺北地方法院檢察署檢察官

摘要

楊冀華

我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分制度設計本意在於體現毒品施用者為「病犯」之本質，惟實務上撤銷緩起訴處分比例過高，導致成效難以彰顯。本研究蒐集相關著作、期刊論文等，以歷史／比較分析法（historical/comparative research），從程序與效能 2 面向切入，比較兩者在監督主體、處遇對象、程序設計、處遇內容、法律效果與實施成效之差異，檢討將毒品法庭計畫優點納入我國法制之可行性。研究結果認為，針對當前附命完成戒癮治療之緩起訴處分之缺失，似可仿效美國毒品法庭計畫，提供協助就業、教育訓練、家庭扶助等多元社會服務，並修正毒品危害防制條例，賦予檢察官增加被告驗尿頻率、強制住院解毒、額外增加觀護報到次數、延長緩起訴處分期間等手段。適度擷取美國毒品法庭計畫之優點，廣續發展本土特色之處遇內容，結合司法、醫療與社區之職能，發揮處遇效益。

關鍵字：毒品法庭、戒癮治療、緩起訴處分

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0002

A Comparative Study on the Intervention between the Drug Courts Plans in the United States and Deferred Prosecution with Condition to Complete the Addition Treatment in Taiwan

Abstract

Chi-Hwa Yang

The deferred prosecution with condition to complete the addition treatment is designed to realize the essence of that the drug users are patients; however, the ratio to withdraw the deferred prosecution is too high; as a result, it is difficult to see the effect of this intervention. The present study collects related books and journal articles, employing historical analysis/ comparative analysis approaches to compare the difference on supervised subjects, treated clients, procedure design, treatment contents, legal effect and effectiveness of implementation between two systems. The comparison is done with two dimensions – procedures and effectiveness. It also considers the feasibility to include the advantages of drug court plans into our current treatment plan for drug users.

The present study indicates that advantages of US drug court plans – help drug users to be employment, education training, family assistance and other multiple social service – could make up the current disadvantages of the deferred prosecution with condition to complete addition treatment. Meanwhile, it is necessary to modify Narcotics Hazard Prevention Acts, giving prosecutors more power to increase the frequency for urine test of the drug users, compulsory hospitalization to receive the detoxification, increase the addition time to report to the probation officers, extend the period for deferred prosecution. Proper adoption of the advantages of US drug court plans to develop Taiwan's specific treatment content. It is expected that combining legal, medical and social works to gain the best treatment effectiveness.

Keywords : drug court, addiction treatment, deferred prosecution intervention

壹、前言

隨著社會風氣開放，毒品危害社會並衍生其他犯罪，如竊盜、搶奪等，影響國家社會秩序甚為嚴重。根據法務部之統計，近年來，我國每年毒品罪新入監受刑人人數約萬入左右¹，占每年新入監受刑人之三成，為各監獄最主要之收容人。基於毒品具有成癮性，在耗盡家財後，可能衍生其他財產或暴力犯罪，例如竊盜、搶奪、強盜、擄人勒贖甚至殺人等，毒品犯罪與其他類型犯罪間存有強烈之關係（許春金，2010），危害社會治安至鉅。2016年3月28日國內發生4歲女童於光天化日公然遭具施用毒品前科之男子割斷首級之駭人聽聞慘案，震驚社會。毒品日趨氾濫，對於個人、家庭、社會之傷害益形嚴重，為此已付出巨大之社會成本。

行政院早於2005年12月6日通過「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，推動替代療法，其後多數地檢署全面推動與行政院衛生署（組織再造後為衛生福利部）合作試辦藥癮戒斷替代療法，立法院並於2008年通過毒品危害防制條例第24條條文修正案，將附命完成戒癮治療之緩起訴處分實務操作法制化。惟我國實踐之結果，刑事司法執行實務上未能充分體現毒癮問題之疾病特性（李宗憲，2010），個案遭撤銷附命完成戒癮治療之緩起訴比例甚高。毒品施用者一旦病情復發，未能完成戒癮治療，即遭檢察官撤銷緩起訴後訴究刑責。一旦撤銷緩起訴處分之比例過高，則附命完成戒癮治療之緩起訴處分對檢察官而言，無疑造成程序上之繁累，反不如直接起訴簡便。附命完成戒癮治療之緩起訴處分誘因不高，導致成效難以彰顯。

如何解決當前附命完成戒癮治療之緩起訴處分之困境？外國法制有無參考之實益？以美國毒品法庭（Drug Courts）計畫為例，乃針對受物質濫用困擾之非暴力犯，在司法強制力監督下，提供醫療與個案管理服務，以代替起訴或監禁之方案。其認為毒品濫用或依賴行為屬於精神疾患，個案亟需接受戒癮治療及多元社會服務。針對進入刑事司法體系之成癮者採取聽證會（status hearing）、尿液檢測等監督方式，並提供戒癮治療及其他就業輔導、家庭扶助等服務。參與者若完成毒品法庭計畫，將獲致免予訴究刑罰或免除其刑之利益；違反處遇內容者，毒品法庭可立即加重其負擔或給予制裁，

1 參見法務統計資訊網 http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/book/Book_Detail.aspx?book_id=135

最嚴重者恐於毒品法庭計畫中除名（楊士隆、李宗憲，2012；Franco, 2010；Heck, Roussell & Culhane, 2009；OPPAGA, 2014）。美國毒品法庭計畫不僅為毒品處遇之典範（Paradigm），且與我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分之原理類似，以司法強制力為後盾，軟硬兼施，鼓勵毒品施用者戒癮，復歸正常社會生活。因此，本文選擇美國毒品法庭計畫作為跨國比較之對象，比較美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療緩起訴處分之程序設計、實施成效之差異，提供現行實務操作面之改良及未來興革建議。

貳、研究設計

本研究所使用之研究方法為歷史 / 比較分析法（historical/comparative research），主要研究目的為比較美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分之程序與效能，研提未來興革之芻議。在程序方面，主要比較兩者在監督主體、處遇對象、程序設計、處遇內容及法律效果之區別；在效能方面，聚焦於檢討實務運作結果是否達成制度設計之目的，檢討兩者之程序運作價值，例如處遇完成率等，以及是否得以有效節省成本、預防再犯並協助毒品施用者復歸社會。本研究之研究設計如圖 1 所示。

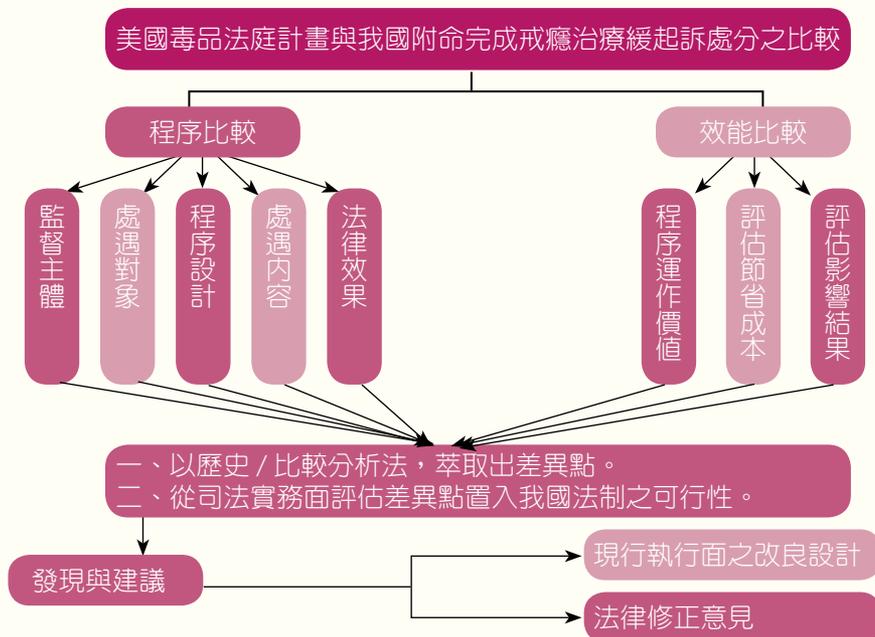


圖 1：研究設計圖

參、美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療之緩起訴程序之比較

一、制度之濫觴

美國毒品法庭計畫之司法處遇措施，係為解決其國內毒品氾濫問題。美國之毒品控制政策向來採取法律強制手段，企圖減少毒品濫用情形，然此種方法事倍功半，效果不彰。為處理 1980 年代古柯鹼濫用問題以及因此衍生之暴力犯罪，國會通過嚴厲之刑罰規定用以處罰毒品犯，包括針對特定毒品逾置之最低刑度。州政府亦加強執法，企圖達成防範毒品濫用之效果。然而由於施用毒品行為具有高復發性以及強烈之覓藥行為所導致之犯罪層出不窮，物質成癮之被告很難擺脫施用毒品與犯罪之輪迴。大量毒品犯進入刑事司法體系之結果，造成毒品犯高監禁率之問題。為解決此一問題，州與地方政府層級於 1980 年代開始出現毒品法庭計畫。

第 1 個毒品法庭計畫建立於 1989 年，此後 20 年毒品法庭之數量迅速增加。當時美國政府與社會飽受毒品濫用與毒品非法交易所苦，因此，毒品法庭計畫迅速地為美國政府與社會所接受。全美 1989 年成立第 1 個毒品法庭，至 10 年後之 1999 年，毒品法庭數已經暴增至 472 個。至 2009 年為止，全美毒品法庭數已經高達 2361 個。時至今日，50 州與哥倫比亞特區、北馬利亞納群島、波多黎各自由邦、關島，皆有運作中之毒品法庭計畫。2361 個毒品法庭當中過半數（1281 個）為成人毒品法庭。（Franco, 2010）

我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分則起源於減害計畫。當時之時空背景為後天免疫缺乏症候群（Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS）等疾病因毒品施用者共用針頭而危害愈烈，先由行政院於 2005 年 12 月 6 日通過「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，推動替代療法將口服藥物美沙冬作為第一級毒品海洛因之替代物，提供成癮者每日服用，以期降低毒品施用者對毒品之需求及經由注射途徑感染 HIV 之機率。繼而法務部與行政院衛生署（組織再造後為衛生福利部）合作推動「減少毒癮者對社會治安危害的醫療更生

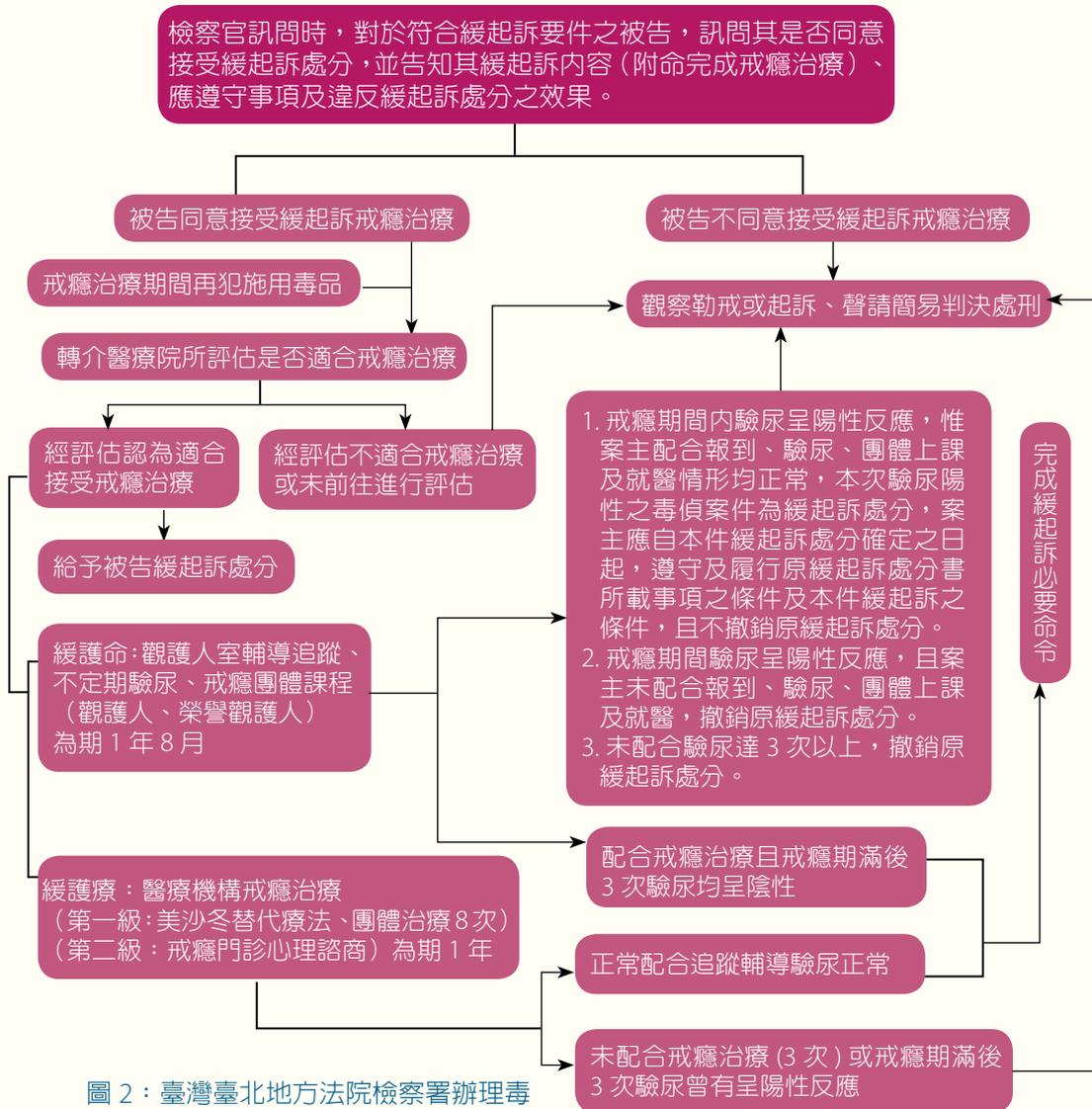
方案」，率先由臺灣臺南地方法院檢察署於 2006 年 9 月，與轄區之醫療院所開始試辦毒品減害計畫替代療法之刑事處遇模式戒毒。自 2007 年 7 月起，除澎湖、金門、連江地檢署因醫療資源缺乏無法施行外，全國各地檢署已全面推動與行政院衛生署合作藥癮戒斷替代療法之試辦（或稱減害計畫），以有效降低第一級毒品海洛因之吸毒人口，減少愛滋病之蔓延及毒品之需求，防制海洛因毒品之繼續氾濫，減少對整體社會之嚴重傷害。

立法院委員會於 2008 年討論毒品危害防制條例修正案時，在主席主導協商下，通過毒品危害防制條例第 24 條條文修正案，將附命完成戒癮治療之緩起訴處分實務操作法制化，明定檢察官依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用本條例本法第 20 條第 1 項（觀察勒戒）及第 23 條第 2 項（依法追訴或裁定交付審理）之程序。強制戒治或附命完成戒癮治療之緩起訴處分，在司法處遇上開啓機構外處遇之先河，標誌著我國毒品施用者處遇之重要里程碑。在戒癮治療實施對象方面，行政院更於 2013 年 6 月 26 日，以院臺法字第 1020138361 號令修正發布「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，復將施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及前開相類製品與第二級毒品者，均納入戒癮治療之實施對象。

二、程序之比較

毒品濫用屬於病因明確之慢性、難以治療、高復發之腦部疾病，整合刑事司法、醫療衛生與社會服務系統，於司法強制力監督下之進行治療、處遇，提供個案管理服務，才能幫助毒品施用者戒除毒癮（J. R. Volpicelli 等著，高淑宜、劉明倫譯，2003；賈少微，2013；國家衛生研究院，2012）。美國毒品法庭計畫將轉向制度運用於毒癮戒治，整合公共安全與公共衛生觀點，運作程序不同於一般刑事法庭。我國之附命完成戒癮治療之緩起訴處分，係由具司法官身分之檢察官，依據刑事訴訟法第 253 條之 1、第 253 條之 2 以及毒品危害防制條例第 24 條之規定，針對施用第一級、第二級毒品之被告，經參酌刑法第 57 條所列事項及公共利益之維護，認以緩起訴為適當，所為之處分。附命完成戒

癮治療之緩起訴處分係以被告同意參加醫療院所之戒癮治療為前提，並應轉介醫療院所評估是否適合戒癮治療。附命完成戒癮治療緩起訴處分之執行程序，除由執行檢察官²監督外，由地檢署觀護人負責追蹤輔導、定期驗尿及戒癮團體課程，並由醫療機構以門診方式執行戒癮治療。以臺灣臺北地方法院檢察署為例，附命完成戒癮治療之緩起訴處分之流程圖如下：



² 附命完成戒癮治療之緩起訴處分，係由偵查股檢察官作成，緩起訴處分確定後，執行案件（字軌：執緩字）則由專責執行檢察官負責。

以下分就監督主體、處遇對象、程序設計、處遇內容、法律效果 5 個面向比較兩者之異同：

(一) 監督主體

在司法監督方面，美國毒品法庭制度係在法官與其他法庭成員監督下，執行參與者之尿液檢驗及物質濫用療程，結合法院、檢察官、被告、辯護人、警察、醫療院所與社會福利機構，鑑別被告成癮程度，尋求個案適當之療程與服務 (Franco, 2010; Heck, Roussell & Culhane, 2009)；附命完成戒癮治療之緩起訴處分，係由檢察官依據毒品危害防制條例第 24 條第 1 項之規定，命被告前往戒癮治療機構接受之治療程序。檢察官負責監督附命完成戒癮治療之緩起訴之執行，責成地檢署觀護人追蹤輔導、定期驗尿及安排戒癮團體課程，並由醫療機構以門診方式執行戒癮治療。

(二) 處遇對象

美國毒品法庭計畫認為毒品濫用係刑事司法或法律執法問題，也是社會公共衛生問題，因此，處遇毒品施用者之通常司法程序必須轉向物質濫用療程。毒品法庭屬於「治療法學」(therapeutic jurisprudence) 之計畫，針對物質成癮之非暴力犯，提供物質濫用療程之方案。毒品法庭計畫在地方層級執行，參與毒品法庭計畫之資格，隨不同之法庭而有所差異，通常限於涉犯微罪，例如：持有毒品、與毒品有關之非暴力犯罪等 (Franco, 2010)。以佛羅里達州為例，適用毒品法庭計畫之被告必須符合非觸犯暴力重罪，其犯行在量刑計分表 (Criminal Punishment Code scoresheet) 上之分數為 60 分以下，經鑑別適合接受治療，且經被告同意等要件 (OPPAGA, 2014)。我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分之處遇對象則為施用第一級、第二級毒品之被告。

(三) 程序設計

美國毒品法庭制度在程序設計方面，分為 (a) 緩起訴或轉向程序與 (b) 宣判後執行程序 (Defendant has gone to court and been declared or found to be guilty of an offense)。緩起訴或轉向程序之設計，係由檢察官就被告涉犯之微罪，參酌觀護人之審前調查 (Pri-Trail Diversion)，綜合成癮分析報告，由

檢察官與被告、辯護人商議，得被告之同意後，向法院建議轉向戒癮治療。經法院核可後，檢察官乃暫緩起訴（罪名仍存在），被告必須參加治療，以替代刑罰（林健陽、柯雨瑞，2010）。戒毒需要貫徹意志力，持之以恆，被告若無意願，無法克竟其功。因此，被告涉犯微罪，具備參與毒品法庭計畫之資格，亦必須得到被告之同意，始能進入轉向程序。雖然被告參與毒品法庭計畫，然其涉犯罪名尚未消失，若被告未完成毒品法庭計畫，仍將以原罪名起訴。被告若能把握接受療程之機會，即可避免日後遭定罪或監禁。另外，宣判後執行毒品法庭計畫者，前提為被告認罪或遭定罪，若被告同意參加毒品法庭計畫，則暫緩執行刑罰。如被告順利完成毒品法庭計畫，則免除其刑（Franco, 2010）。我國之附命完成戒癮治療之緩起訴處分，屬於起訴前之猶豫程序，針對非重罪之案件，檢察官斟酌被告之品行及生活狀況（是否物質成癮等）、犯罪之輕重情狀、犯罪後之態度（有無悔悟之情等）等刑法第57條規範之事項，基於刑事政策之考量，研判能否促使被告復歸社會、維護公共利益後，決定是否諭知緩起訴處分。

（四）處遇內容

美國毒品法庭計畫之處遇內容並非一成不變，但必須遵守治療法學原則（therapeutic jurisprudence principles），通常包括命被告參與社區性之物質濫用療程，並提供其他多元社會服務。毒品法庭計畫乃司法機關與社區組織共同合作，協助被告門診戒毒或住院治療，課予被告遵期就診之義務，並提供協助就業、教育訓練、家庭扶助等多元社會服務。戒癮治療期間大約在8至16個月左右，平均期間為1年。以佛羅里達州新設毒品法庭為例，個案完成毒品法庭計畫平均費時約15個月。毒品法庭計畫治療內容廣泛，包含藥物檢測、解毒、門診治療、參加支持團體聚會以及住院藥物治療（Franco, 2010; OPPAGA, 2014）。國立毒品法庭專家協會（the National Association of Drug Court Professionals）指出毒品法庭計畫之重要特徵與內容如下（Franco, 2010）：（1）程序進行中實施毒品檢測、（2）法庭與被告屬於非敵對關係、（3）鑑別需要戒癮治療之被告並且儘速於逮捕後進入療程、（4）提供持續治療之機會與復健服務、（5）藉由經常性之強制驗尿監測戒癮、（6）毒品法庭參與者必須嚴格遵守規定、（7）法庭成員與參與

者保持互動、(8) 監測並判斷是否達成計畫目標並評估其成效、(9) 針對毒品法庭成員持續實施在職教育及(10) 公部門與社區組織之穩健關係創造地方支持力量。

我國之附命完成戒癮治療之緩起訴處分，被告應自費至指定之醫療院所，依醫師指示接受藥物治療、心理治療及社會復建治療，於1年之治療期程內完成戒癮治療。第一級毒品成癮之被告接受之戒癮治療主要為美沙冬替代療法；第二級毒品成癮之被告之戒癮治療模式，以心理社會治療模式為主，包括動機式晤談法、復發預防、情境處置管理模式、家庭治療等，並輔以相關藥物治療。被告於緩起訴期間屆滿前6個月止，應至指定之醫療院所，接受尿液毒品檢驗，查驗其戒癮成效。另被告於戒癮治療期間，仍應依照指定時間至觀護人室報到，接受追蹤輔導，並配合驗尿，藉以督促被告遠離毒品。以臺灣台北地方法院檢察署為例，參與戒癮治療之被告須參加「戒癮治療多元方案」之團體治療課程，包括正念減壓班、匿名談話會等³。

(五) 法律效果

毒品法庭計畫係運用司法強制力監督毒品施用者參與戒癮治療方案，而參與者亦非單純接受戒癮之醫療服務，完成計畫乃參與者之義務。參與者於毒品法庭裁定前必須定期到案接受審訊，確認適合接受處遇方案。參與者必須實際進入物質濫用療程並且接受尿液檢驗，讓法院能夠確認其等業已戒用毒品。毒品法庭為防範參與者虛以委蛇，藉以脫免刑責，乃監督參與者是否規律地接受戒癮治療，定期接收治療團體有關參與者治療進度之報告。若參與者未定期向法院報到，或未接受治療，或多次驗尿陽性反應，或在療程中因犯他罪遭拘捕，毒品法庭可立即加重其負擔或給予制裁，包括增加驗尿頻率、住院解毒、額外增加法庭報到次數、短期監禁、計畫期間延長等。若參與者仍不履行法院命令，恐將撤銷參與計畫（從計畫中除名）。在緩起訴程序中，則將被依照通常程序

3 「戒癮治療多元方案」乃臺灣臺北地方法院檢察署規劃之戒癮計畫。此方案認為應採取解毒之新思維，徹底解除毒品施用者之心癮，因此規劃正念減壓班，採用靜坐方式提升毒品施用者專注力及意志力，清除體內毒害，代之以正向思考與心靈安適，從意識層面清除心癮。另匿名談話會課程，類似美國「戒毒無名會」成長團體模式，匿名參與者相互分享生命歷程，堅定戒毒決心，共同承諾，相互監督，永續戒毒。「戒癮治療多元方案」由中華民國解癮戒毒協會主辦。

起訴。此外，為鼓勵參與者繼續完成計畫，毒品法庭亦採取獎勵措施，例如，減少尿液檢驗頻率、減少法庭報到次數、撤回起訴以及免刑等。換言之，毒品法庭計畫乃藉由審訊、鑑別、制裁與獎勵措施，課予被告遵守計畫內容之義務（Franco, 2010; Heck, Roussell & Culhane, 2009; OPPAGA, 2014）。我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分，若被告違反緩起訴命令，例如，未完成戒癮治療、觀護人室尿液毒品檢驗結果呈陽性反應或因他案經檢察機關或司法警察機關尿液毒品檢驗結果呈陽性反應者，檢察官得依據刑事訴訟法第 253 條之 3 第 1 項第 3 款之規定，撤銷緩起訴處分⁴。

肆、美國毒品法庭計畫與附命完成戒癮治療之緩起訴處分成效之比較

何謂處遇成效？刑事司法觀點與成癮戒治觀點不同。就刑事司法觀點言，毒癮戒治成效，係以有無再犯作為衡量之依據。然而自成癮戒治專業觀點言，毒癮問題之改善有程度上之差異，舉凡施用毒品之劑量、施用頻率、施用方式、社會生活改善情形、社會適應問題、違法行為之改善等，皆為戒癮成效之展現。國內學者對於司法戒治成效之評估，可歸納為用藥行為之改善（包括成癮行為之改善、用藥渴求、再犯情形等）、內在心靈之強化（包括自我觀點、憂鬱、焦慮、心理困擾、壓力因應與情感表達等）、戒治方案之持續參與（包括戒治意願、方案參與情形等）以及社會生活之改善（包括社會適應、社會功能、家庭互動、人際互動等）等層面（楊士隆、蔡德輝、張伯宏等，2008；楊士隆，2007）。因此，觀察美國毒品法庭計畫或附命完成戒癮治療之緩起訴處分成效時，似應兼顧刑事司法與成癮戒治之觀點。

如何評估毒品施用者處遇之成效？以美國毒品法庭計畫為例，過去文獻通常使用以下 3 種分析方式來評估毒品法庭之效果：（1）程序運作價值：檢驗或說明毒品法庭計畫完成之細節，例如，參與人數、轉介治療人數以及完成計畫人數等。（2）評估節省成本：比較毒品法庭服務所減少之判決、

⁴ 臺灣臺北地方法院檢察署近期研議針對被告於緩起訴戒癮治療期間驗尿呈陽性反應，亦屬於「病情之復發」，檢察官仍得斟酌個案配合報到、驗尿、團體上課及就醫情形，再次給予被告緩起訴處分之機會。

監禁、犯罪被害成本。(3) 影響評估：比較參與毒品法庭計畫者與歷經通常法庭程序之被告，其等再犯、物質濫用以及就業情形有無差異 (Franco, 2010)。以下分別就程序運作價值、評估節省成本以及影響評估 3 個面向比較兩者之差異：

一、程序運作價值

美國總審計局 (Government Accountability Office, GAO) 於 2005 年使用後設分析方法，分析 27 篇毒品法庭評估文獻，這些文獻之研究對象包括 39 個成人毒品法庭，研究期間從 1991 年至 1999 年，用以評估毒品法庭對於減少再犯及藥癮復發是否有效。GAO 研究發現：僅 27% 至 66% 之參與者完成毒品法庭計畫。換言之，即使毒品法庭計畫實施多年，最多僅有 2/3 之參與者完成處遇，其餘 1/3 屬於失敗之案例。程序因素 (program factor)，例如對未完成戒癮治療個案給予處罰之嚴重性，並無法預測個案之成功率 (Franco, 2010)。另根據 OPPAGA (2014) 之研究，佛羅里達州新設毒品法庭自 2010 年 1 月起至 2013 年 6 月間，約有 53% 之毒品法庭參與者完成毒品法庭計畫，完成率較高之地區包括 Broward (67%)、Hillsborough (66%) 以及 Pinellas (51%)。這些完成率較高之地區均有較多之醫療院所提供戒癮治療甚至住院治療，且參與者與法院之間互動密切，參與者必須出席法院所舉行之聽證會，討論毒品法庭計畫實施進展。

附命完成戒癮治療之緩起訴處分為當前重要刑事政策，法務部為定期追蹤各級地檢署執行成效，多次發函要求各地地檢署務必達成預定之績效目標⁵以上，並作為年度機關績效評比及機關人員考績、升遷、調動參考，執行成效不彰者，將要求提具檢討報告及改進措施。鼓勵檢察官於個案作成附命完成戒癮治療之緩起訴處分，目的在於增加程序運作價值。越多個案進入緩起訴程序，即有機率戒除毒癮，擺脫反覆吸毒、監禁之輪迴。惟近年來因緩起訴處分造成

5 法務部於 2011 年 5 月 5 日以法檢字第 1000802701 號函要求所屬地方法院檢察署，就「提高緩起訴處分附命戒癮治療人數」計畫部分，達到具體績效考核標準 12% 以上，將定期考核各地方法院檢察署執行成效，以求將毒品施用者處遇轉向醫療系統，導向正確之醫療戒治、身心復健與社會復歸管道。

刑事訴訟程序之繁累，增加檢察官之工作負擔，緩起訴處分成效未見彰顯。另適用觀察勒戒處分之被告人數佔各該年度施用毒品全部人數之比例亦逐年遞減。法務部為因應情勢變更，並採取較為務實之策略，乃於 2016 年 7 月 7 日以法檢字第 10504517640 號函調整（降低）績效考核指標為 8% 以上。雖然刑事政策上鼓勵檢察官為緩起訴處分，但司法實務上撤銷緩起訴甚高，第一級毒品部分，2012 年、2013 年撤銷緩起訴比例分別達 83% 及 78.6%；第二級毒品部分，2012 年、2013 年撤銷緩起訴比例亦分別達 51% 及 48.9%（詳參表 1）。

表 1：各地方法院檢察署實施附命完成戒癮治療人數統計

年度	第一級毒品					第二級毒品				
	起訴及 緩起訴 人數 (100%)	緩起訴		實施戒 癮治療 人數	撤銷緩起 訴人數	起訴及 緩起訴 人數 (100%)	緩起訴		實施戒 癮治療 人數	撤銷緩起 訴人數
		人數	%				人數	%		
2006	13,435	73	0.54	70	4	5,256	11	0.21	11	1
2007	15,128	718	4.75	695	91	6,894	42	0.61	37	6
2008	17,820	1,176	6.60	1,175	516	7,030	26	0.37	22	21
2009	14,102	1,326	9.40	1,324	532	7,871	351	4.46	339	40
2010	11,852	1,510	12.74	1,510	709	11,559	805	6.96	785	184
2011	11,035	1,868	16.93	1,868	830	12,392	1,839	14.84	1,825	461
2012	10,230	1,313	12.83	1,313	1,090	12,823	1,990	15.52	1,979	1,015
2013	8,574	794	9.26	792	624	12,890	1,968	15.27	1,964	963
合計	102,176	8,778	8.59	8,747	4,396	76,715	7,032	9.17	6,962	2,691

資料來源：臺灣高等法院檢察署統計室

二、評估節省成本

美國毒品法庭計畫是否能夠節省司法成本？依據前述 GAO 之研究指出，過去僅有 4 篇評估文獻（內容涵蓋 7 個毒品法庭）充分評估毒品法庭之成本與利益。實施毒品法庭計畫，需要法院、檢察官、被告、辯護人、警察、醫療院所與社福機構共同參與，所費不貲。在毒品法庭計畫之成本方面，每 1 位毒品法庭參與者所耗費之成本約美金 750 元至 8,500 元之間。但實施毒品法庭計畫獲益甚多，每 1 位參與者因為降低再犯而減少之犯罪成本大約為 1000 美元至 1 萬 5,000 美元之間。而這些毒品法庭評估報告可能低估了淨效益，因其等並未算入因參與者減少施用毒品而增加之間接社會利益，例如，不再因為藥癮而使用醫療成本、低失業狀態等。因此，實施毒品法庭計畫所

獲致之節省成本效益可能更高 (Franco, 2010)。另 OPPAGA (2014) 從節省監禁成本之角度切入發現，個案 (含完成毒品法庭計畫與未完成毒品法庭計畫者) 參與毒品法庭計畫之平均費用為 7,999 美元，而完成毒品法庭計畫之個案平均費用為 1 萬 6,934.16 美元，上開費用較受刑人監禁 18 個月平均成本 2 萬 6,851 美元為低。計算結果，769 名完成毒品法庭計畫者至少可節省 760 萬美元之司法成本。

我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分有無節省成本之效益？我國學者多從總體面觀察其效益，認為附命完成戒癮治療之緩起訴處分優點甚多，包括可減少疾病傳染、使毒品施用者恢復社會能力、降低因毒品所生之財產犯罪率等 (林健陽、裘雅恬，2009；黃慧娟，2010)，可降低社會處理毒品犯罪所付出之鉅額成本。惟尚無實證數據可供參考。

三、評估影響結果

影響評估包括 2 個部分，第 1 部分是評估毒品施用者處遇有無預防再犯之效果，其次則為評估有無預防物質濫用以及協助就業、改善生活之效能。

(一) 預防再犯

GAO 於 2005 年出版之毒品法庭計畫評估報告指出，美國毒品法庭計畫對於減少再犯施用毒品罪具有統計上之顯著性。完成毒品法庭計畫之參與者，與對照組比較，減少再犯情形較佳。參與毒品法庭計畫之個案，於計畫完成 1 年後，可降低再犯率 5% 至 25% (Heck, Roussell & Culhane, 2009)。如與其他司法處遇措施比較，其他司法處遇措施則成效不甚理想，例如，超過半數之附條件緩刑之被告皆無法遵守毒品檢驗與藥癮治療規定，大部分監禁後釋放之被告，於 6 至 12 個月之間再犯施用毒品罪 (Franco, 2010)。另 OPPAGA (2014) 以佛羅里達州新設毒品法庭於 2010 年 1 月起至 2013 年 6 月間完成毒品法庭計畫者為研究對象，同時期監禁釋放者為對照組，比較兩組於 2013 年 10 月之再犯情形發現，完成毒品法庭計畫者僅 9% 遭重罪定罪 (felony conviction)；而對照組則有 19% 遭重罪定罪，兩者差異已達統計上顯著程度 ($p < .05$)。另分析截至 2013 年 10 月為止，僅有 2% 之完成毒品法庭計畫者因再犯遭判徒刑 (prison

sentence)；而對照組則有 9%。相較於對照組，完成毒品法庭計畫者再犯遭判徒刑之機率降低 48%，已達統計上顯著程度 ($p < .05$)。毒品法庭計畫顯然具有較佳之預防再犯效果。Listwan、Shaffer 和 Hartman(2009) 以 1999 年 3 月至 2002 年 6 月參加毒品法庭計畫之被告為研究樣本，並將研究樣本分為甲基安非他命與非甲基安非他命 2 群，研究發現甲基安非他命與非甲基安非他命施用者再犯遭逮捕之次數統計上並無差異。

附命完成戒癮治療之緩起訴處分有預防再犯之功能，研究顯示，接受緩起訴強制參加毒品替代療法者於參與替代療法後，其犯罪率明顯較參與替代療法之前呈現大幅下降趨勢，對整體犯罪有明顯防治成效（謝政憲、林芳正、黃禮蘭、陳錦華，2009）。若進一步追問：戒癮治療預防再犯施用毒品罪是否有效？戒癮治療預防暴力犯罪較為有效？抑或預防財產犯罪較為有效？陳泉錫、季延平、詹中原（2012）之研究利用官方統計資料（毒品成癮者總歸戶資料庫），針對出監所之毒品施用者，調查其接受美沙酮替代療法之效果。此研究將出監所之毒品施用者分為 2 組，第 1 組個案 157 人，自出監所後半年內，以開始接受美沙酮替代療法第 1 次服藥日為起算基準日，觀察統計個案 18 個月內再犯情形。第 2 組則為未接受美沙酮替代療法之毒品施用者，以出監日為起算基準日，觀察統計其 18 個月內之再犯情形。研究發現，觀察組（持續接受替代療法組），其 18 個月之再涉毒品案件比率為 30.57%，對照組（未接受替代療法組）之再涉毒品案件之比率為 42.03%，效果顯著 ($P = .0084$)，2 組再犯率差異明顯。觀察組再涉財產犯罪之比率為 8.92%，對照組則為 12.65%，差異顯著 ($P = .0202$)。觀察組再涉暴力犯罪之比率為 0%，對照組為 1.61%，差異顯著 ($P = .0002$)。由上開調查研究結果可知，持續接受替代療法，對於預防再犯施用毒品罪、財產犯罪、暴力犯罪，均有較佳之效果。

（二）預防物質濫用以及協助就業、改善生活

前述 GAO 之後設研究指出，毒品法庭計畫能否減少參與者之用藥頻率？眾說紛紜。僅有 4 篇評估報告發現參與者之用藥頻率低於對照組；另 1 篇評估報告則未達統計顯著程度。但自陳施用毒品報告可能少報，並非可信賴之調查方法（Franco, 2010）。另美國毒品法庭計畫提供協助就業、教育

訓練、家庭扶助等多元社會服務，涵蓋面廣，有助於被告復歸社會。

而附命完成戒癮治療之緩起訴處分能給予毒品施用者在正常社會中重生之機會，重建毒品施用者社會網絡與正常工作關係，使其逐漸擺脫對毒品之依賴，恢復社會生活能力（林健陽、裘雅恬，2009；黃慧娟，2010）。在就業率及平均收入方面，參加「美沙冬替代療法」之毒品施用者，施用第一級毒品海洛因之次數、花費，以及就業率與平均收入均有顯著改善（謝淑芬，2008）。另附命完成戒癮治療之緩起訴處分確實可達成對 HIV 與其他傳染性疾病之控管（林健陽、裘雅恬，2009；黃慧娟，2010）。

伍、發現與建議

一、研究發現

比較美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分之程序面及成效面發現，在程序方面，有以下之差異：

（一）事權是否統一

美國毒品法庭計畫係由法院實施，法院負實質監督責任，針對被告配合良窳情形，掌握獎懲大權，得斟酌選擇增加驗尿頻率或報到次數，命被告接受強制住院或使用短期監禁手段，延長計畫期間等手段，使被告接受適當之療程。反觀我國涉及毒品戒癮治療之司法處遇，則切割為 2 部分，分別規定於毒品危害防制條例第 24 條、刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 及刑法第 74 條第 2 項第 6 款。偵查中為檢察官之職權；審判中則屬法官之職權，但無論附命完成戒癮治療之緩起訴處分抑或緩刑附戒癮治療條件，均交由執行檢察官執行，法院諭知緩刑後與戒癮治療之執行完全脫節，事權分散，多頭馬車。

（二）監督密度強弱

美國毒品法庭計畫參與之監督成員包括法院、檢察官、警察、醫療院所與社會福利機構等，為複數監督，在監督手段上，得使用限制人身自由（例如強制住院、短期監禁）之方式，監督密度甚高。我國附命完成戒癮治療之緩起

訴處分係由醫療院所以門診方式實施戒癮治療，未向觀護人報到追蹤輔導僅能書面告誡，監督密度甚低。被告未履行緩起訴條件、再犯施用毒品罪或有其他得撤銷緩起訴處分情事，檢察官僅得撤銷緩起訴，並無其他手段可供運用，設計上較為僵化。

（三）內容是否多元

美國毒品法庭計畫程序上較為靈活，鑑別後針對個案不同需求，提供協助就業、教育訓練、家庭扶助等多元社會服務，性質上屬於個別化處遇，類似我國縣市毒品危害防制中心。反觀我國毒品危害防制條例第 24 條第 1 項僅規定檢察官得命被告完成戒癮治療，並未規定其他緩起訴內容（例如，命被告接受諮商輔導）。實務上檢察官緩起訴之內容多為命令被告依照指定醫療院所醫師之指示，接受藥物治療、心理治療及社會復健治療，並諭知預防再犯所為之必要命令（例如，按時至觀護人室進行追蹤輔導及尿液毒品檢驗，且檢驗結果不得呈陽性反應）。行政部門所制定之毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準，處遇內容不具多元性。

在成效面，兩者亦有以下之異同：

（一）成敗比例

完成美國毒品法庭計畫者最多可達參與者總數 2/3 之比例（僅有 1/3 之參與者未能通過毒品法庭計畫），而我國動輒高達七、八成之緩起訴撤銷率，兩者相較，美國毒品法庭計畫似有較高之完成率。

（二）再犯控制

就刑事司法之觀點言，減少毒品施用者之違法或犯罪行為，為戒癮成效之具體展現。由前述分析內容可知，參與美國毒品法庭計畫之個案，於計畫完成 1 年後，可降低再犯率 5% 至 25%。且完成毒品法庭計畫者，因再犯遭重罪定罪及判處徒刑之比例均較一般出監者為低。我國之實證研究亦發現，接受附命完成戒癮治療之個案，其犯罪率明顯較參與戒癮治療前大幅下降。足徵，兩者在再犯控制面向均有成效。

(三) 節省成本

實施戒癮治療必須投入大量醫療資源以及刑事司法體系監督之勞費，必須具備經濟效益，始能說服民衆或民意代表繼續支持推動相關毒品政策。美國毒品法庭計畫實施迄今，經濟分析結果，平均每 1 位毒品法庭參與者所耗費之成本約美金 750 元至 8,500 元之間，但可獲致降低再犯之利益大約為 1000 美元至 1 萬 5,000 美元之間（獲益大於成本），有相當理由可認為此一政策具有可行性。且個案因完成毒品法庭計畫所需之費用亦較監禁為低，確實可以節省司法成本。反觀我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分理論上雖有減少疾病傳染以及降低因毒品所生之財產犯罪率等效能，惟迄無實證數據可供參考。

(四) 社會復歸

美國毒品法庭計畫係在司法監控下之社區處遇，毒品施用者並未遭剝奪人身自由，亦未脫離社區。其服務內容尚且提供協助就業、教育訓練、家庭扶助等多元社會服務，有助於幫助被告復歸社會。而我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分亦能給予毒品施用者在正常社會中重生之機會，重建毒品施用者社會網絡與正常工作關係，使其逐漸擺脫對毒品之依賴，恢復社會生活能力。

(五) 疾病控制

美國毒品法庭計畫係為降低監禁成本（prison costs），乃投入資金，廣建毒品法庭。根據 OPPAGA（2014）之研究，以佛羅里達州新設毒品法庭為例，46% 之毒品法庭計畫參與者之量刑計分表之分數超過 44 分，已達入監執行之標準。毒品法庭計畫似非解決因共用針具所導致之後天免疫缺乏症候群感染問題，而我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分確實可達成對 HIV 與其他傳染性疾病之控管。

(六) 威嚇效果

美國毒品法庭計畫法院與參與者之互動關係較為密切，毒品法庭巧妙運用棒子與胡蘿蔔理論，不僅提供戒癮治療及多元社會服務，如參與者消極不配合，可運用之懲罰手段眾多。針對參與者違反處遇情節之輕重程度，增加驗尿頻率、

法庭報到次數等，警惕參與者遵守處遇內容。如參與者仍執迷不悟，法院可運用之手段甚至包括短期監禁、計畫期間延長以及撤銷參與資格等，甚具威嚇效果。反觀我國之附命完成戒癮治療之緩起訴處分，監督密度甚低。檢察官僅得撤銷緩起訴，並無其他手段可供運用，威嚇效果較差。

茲將美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分之異同列表如後：

表 2：美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分比較列表

項目	毒品法庭計畫	附命完成戒癮治療之緩起訴處分
事權是否統一	統一	分散
監督密度強弱	強	弱
內容是否多元	提供多元社會服務	戒癮治療
成敗比例	完成率較高	完成率較低
再犯控制	可降低再犯率	可降低再犯率
節省成本	獲益大於成本	無實證數據
社會復歸	可幫助被告復歸社會	可幫助被告復歸社會
疾病控制	無實證數據	有效控制疾病傳染
威嚇效果	具威嚇效果	威嚇效果差

二、研究建議

毒品係非法精神活性物質，毒品濫用會造成精神活性物質依賴（psychoactive substance dependence），屬於病因明確之慢性、難以治療、高復發之腦部疾病，並非純由個人選擇、意志薄弱與缺乏道德意識等因素所導致。聯合國毒品與犯罪問題辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime；簡稱 UNODC）指出：研究顯示，最佳之毒品施用者處遇政策應採取下列原則：（一）視毒癮為慢性疾病，提供持續性戒癮治療。（二）能夠解決再犯風險所導致之多重問題。（三）藉由妥適監控與預防復發措施，促使毒品施用者復歸社會⁶。我國行政院研究發展考核委員會（組織再造後為國家發展委員會）綜合考量國際趨勢與我國國情，於 2010 年 2 月 2 日行政

6 United Nations Office on Drugs and Crime(2003). Investing in Drug Abuse Treatment—A Discussion Paper for Policy Maker. Retrieved 2016/8/1, from http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf

院毒品防制會報第4次會議提出「毒品防制政策整體規劃報告」。針對毒品施用者處遇政策，建議採取漸進式改革。在資源有限、民衆接受度低、短其內可能造成毒品施用者增加之顧慮下，立法政策上，短期先落實除刑不除罪各項政策，以司法監督毒品施用者社區治療為主，對不願參與社區治療或治療無效者，施以機構內治療為輔，達成以強制戒治替代刑罰。長期而言，除罪化後面臨龐大醫療、心理復健、追蹤輔導及提供就業機會等需求，需政府帶頭有效整合民間資源，共同防制。

本文贊同上述漸進式改革之觀點，現行檢察官附命完成戒癮治療之緩起訴制度，為現階段「將被告從司法系統轉介至醫療體系」之平台，符合聯合國毒品與犯罪問題辦公室所提出「視毒癮為慢性疾病，提供持續性戒癮治療」為最佳處遇原則。且司法強制力為後盾，毒品施用者與醫療體系之間並非單純醫病關係，可督促個案留置於醫療體系，完成戒癮治療。現行處遇政策雖非完備，執行層面仍存在諸多問題，但仍可補強或微調。因此，現階段衛生福利機關應適當提供戒癮資源，並且提供毒品成癮治療之理論與實務發展之相關課程，俾利檢察官在職進修，充實本職學能，鼓勵檢察官於個案諭知附命完成戒癮治療之緩起訴處分，實為必要。

目前相關法律所規定之附命完成戒癮治療之緩起訴處分內容不具多元性之問題，似可仿效美國毒品法庭計畫，提供協助就業、教育訓練、家庭扶助等多元社會服務，擴大醫療體系、社福體系參與之程度，幫助毒品施用者重建支持系統，早日復歸社會。

其次，為解決當前實務上撤銷緩起訴比例甚高，被告僅因病情復發即無法留置於醫療體系繼續接受戒癮治療之問題，應鼓勵檢察官就參加毒品戒癮治療之被告，於治療期間內驗尿呈陽性反應者，於符合一定要件之情形下，就本次驗尿之施用毒品案件（毒偵字案）再為緩起訴處分，並不須再轉介醫療院所評估，併由前案之專業醫師協助繼續參加療程，且不撤銷原緩起訴處分，以勵自新。換言之，如被告於戒癮治療期間再犯施用毒品罪，檢察官得依據戒癮機構評估報告、訪視調查報告，決定是否撤銷緩起訴處分，以及是否訴究被告於戒癮治療期間之施用毒品行為。而被告於緩起訴期間驗尿呈毒品陽性反應，應加強監督其行為。似可修正毒品危害防制條例，並參考美國毒品法庭之設計，賦

予檢察官增加被告驗尿頻率、強制住院解毒、額外增加觀護報到次數、延長緩起訴處分期間等手段。

綜上所述，可適度擷取美國毒品法庭計畫之優點，賡續發展本土特色之處遇內容，結合司法、醫療與社區之職能，發揮使附命完成戒癮治療之緩起訴處分之效益。

參考書目

一、中文部分

- 李宗憲（2010）。日據時期臺灣鴉片政策之探討—兼論當前臺灣毒品防制政策之反思。中央警察大學警學叢刊，41（1）：p203-224。
- 林健陽、柯雨瑞（2010）。《毒品犯罪與防治》。桃園：中央警察大學。
- 林健陽、裘雅恬（2009）。毒品施用者緩起訴接受替代療法現況與效果之研究。中央警察大學犯罪防治學報，10：p1-41。
- 法務部（2010）。行政院毒品防制會報第四次會議會議資料。
- 高淑宜、劉明倫譯（2003）。《「BRENDA 取向」戒癮手冊》。J. R. Volpicelli 等原著（美國）（2001）。臺北：心理出版社。
- 陳泉錫（2012）。利用 IT 支援毒品防制政策推動之研究—現行毒品防制策略之困境與改善芻議，國立政治大學資訊管理學系博士論文。
- 陳泉錫、季延平、詹中原（2012）。臺灣地區出監毒癮者接受美沙酮替代療法 18 個月之再犯率追蹤。臺灣公共衛生雜誌，31（5）：p485-497。臺北：臺灣公共衛生學會。
- 許春金（2010）。《犯罪學》。桃園：中央警察大學。
- 國家衛生研究院（2012）。藥物成癮防治策略論壇第一次分組會議資料。
- 黃慧娟（2010）。施用毒品行為之處罰與管制探討—毒品戒治醫療化。國立中正大學法律學研究所碩士論文。
- 賈少微（2013）。《精神活性物質依賴》。北京：人民衛生出版社。
- 楊士隆（2007）。毒癮戒治及減害計畫政策績效指標研究。行政院衛生署管制藥品管理局 96 年度委託科技研究計畫成果報告。
- 楊士隆、李宗憲（2012）。藥物濫用之處遇制度—美國毒品法庭，收錄於楊士隆、李思賢主編，《藥物濫用、毒品與防治》，p253-285。臺北：五南圖書公司。
- 楊士隆、蔡德輝、張伯宏、李宗憲、莊淑婷、黃天鈺（2008）。戒治機構內成癮性毒品施用者之管理與處遇模式建構。法務部 97 年度委託研究結案報告。

- 謝政憲、林芳正、黃禮蘭、陳錦華等（2009）。毒品犯罪之對策探討—以臺南縣「毒品減害替代療法」專案工作為例。中央警察大學警學叢刊，39（4）：p97-120。
- 謝淑芬（2008）。美沙冬替代療法的支持服務工作。社區發展季刊，122：頁 264-276。臺北：衛生福利部社會及家庭署。

二、英文部分

- Cary Heck, Aaron Roussell, Scott E. Culhane(2009), Assessing the Effects of the Drug Court Intervention on Offender Criminal Trajectories: A Research Note, 20,Criminal Justice Policy Review, 236,236-246.
- Celinda Franco(2010), Drug Courts: Background, Effectiveness, and Policy Issues for Congress, Congressional Research Service(CRS) Report for Congress,1-29.
- OPPAGA(2014), Expansion Drug Courts Can Produce Positive Outcomes Through Prison Diversion and Reduced Recidivism, , Report No. 14-02, January 2014, Retrieved 2016/12/17, from <http://www.oppaga.state.fl.us/MonitorDocs/Reports/pdf/1402rpt.pdf>.
- Shelley Johnson Listwan, Deborah Koetzle Shaffer, Jennifer L. Hartman(2009), Combating Methamphetamine Use in the Community: The Efficacy of the Drug Court Model, 55, Crime & Delinquency,627, 627-644.
- United Nations Office on Drugs and Crime(2003). Investing in Drug Abuse Treatment—A Discussion Paper for Policy Maker. Retrieved 2016/12/17, from http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf

三、網路資料部分

- 法務部法務統計網站：<http://www.rjsd.moj.gov.tw/rjsdweb/>，查詢日期：2016/12/17

學術論著

毒品成癮者及其家人在家庭功能與 家庭需求之比較

The comparison of the family functions and family demand
among the drug abusers and those family members

劉亦純

法務部矯正署高雄戒治所 臨床心理師

李昆樺

國立清華大學教育心理與諮商學系
助理教授

蔡協利

法務部矯正署高雄戒治所所長
現已退休

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0003

摘要

劉亦純、李昆樺、蔡協利

目的：毒品成癮者能否順利重返社會、戒除毒癮，家庭一直是重要關鍵因素之一；但毒癮者與不同家屬角色對於家庭需求、家庭功能與家庭支持的看法是否有差異，雖有少數研究探討，卻始終缺乏整合性論述。

方法：採用量化與質性研究並行，以南部某戒治所 2011 年接受戒癮處遇的毒癮者及其家屬為研究對象，共計 86 名家屬、164 名毒癮者完成基本資料表、家庭支持量表、家庭功能量表，並進行統計考驗比較；另有 5 組毒癮者及其家屬接受質性訪談，以釐清家庭需求、家庭功能與家庭支持，在吸毒前、吸毒後與戒治後的變化。

結果：量化方面，毒癮者自認為家庭功能優於家屬所認為，也認為家屬提供的實質性支持比家屬所認為還要高；以不同親等的家屬進行比較，以父母認為的家庭功能為最高、衝突最少；質性研究顯示，毒癮者的家庭功能本就較缺乏「督導功能」、「人際溝通」和「問題解決」，開始接觸毒品後，讓毒癮者原本不足的家庭功能出現更多危機，但在接受戒治之後，因家庭內聯繫的受限制、與專業輔導人力介入，而展現較多「家庭凝聚力」與「家庭責任」。

結論與建議：不論吸毒前後，毒癮者與其家屬原有的家庭功能與家庭支持即處於其特有的平衡狀態，原生家庭的父母親對於吸毒子女的高包容性、也更習於家庭內的責任分配與互動模式，入所戒治則提供整體家庭重新學習正向情感表達與情感支持的契機。另一方面，因毒癮者在家內角色功能的邊緣化，「戒癮」成為整體家庭議題，建議可強化毒癮者在家庭中的角色責任，祈能順利回歸家庭。

關鍵字：毒品成癮、毒癮者家屬、家庭功能、家庭支持、家庭需求

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0003

The comparison of the family functions and family demand among the drug abusers and those family members

Abstract

Yi-Chun Liu 、 Kun-Hua Lee 、 Shie-Lih Tsai

The Purposes :Family often plays as a crucial role for abstinence and life adjustment on illicit drugs abusers. In general, different perspectives of family interaction will be found between drug abuser and whose family. However, little study comprehensively identified the differences on families function, family needs and family support between drug abusers and whose families.

Method :Both qualitative and quantitative designs conducted in this study. In 2011, illicit drug abusers and whose families were recruited in the present study. After inform consented, 164 illicit drug abusers and 86 family members completed personal information, family support questionnaire and family function scale. Additionally, five-paired illicit drug abusers and whose families were interviewed in order to clarify the relationships among family demand, family support and family function.

Results :Regarding quantitative results, several significant differences were found in terms of subscale of substantial supports in family support questionnaire, sum scores, subscales of communication, problem-solving, independence, family duty and family conflict of family function questionnaire between illicit drug abusers and whose families. About qualitative results, we found perceived beliefs of family demand were inconsistent between illicit drug abusers and whose families, and they overly emphasized recent status and severity of addiction in illicit drug abusers rather than the whole family demand.

Conclusions and Suggestions :Our result showed a special balance between family function and family support on drug abusers and whose families. In other words, these families not only were used to highly accept drug-taking behaviors of drug abusers, but also developed compensatory roles in duty and family interaction for drug abusers who were away from family. During drug abuse treatment, drug abusers will have many chances to relearn to express positive feelings and provide supports. Finally, taking more responsibility in family is very important to strengthen when drug abusers undergo drug abuse treatment.

Keywords : drug addiction, family function, family support, family demand

壹、緒論

根據聯合國毒品暨犯罪辦公室估計，在全球 15 歲到 64 歲的人口中，有 5% 的人（約 2 億人）在過去 12 個月內曾經使用過非法藥物 (UNODC, 2006)。在台灣，依法務部統計資料顯示，2012 7 月底在監受刑人 58,746 人，其中以毒品犯為 26,783 人人，占全部 45.6% 居首（法務統計，2013），對於傳染病防治與治安維護是一大威脅。

臺灣民眾多認為只要將毒品成癮者監禁起來，無法繼續施用毒品，即是戒癮。但研究顯示，藥物濫用其實是一種大腦疾病，需透過生理、心理與環境因素的配合改善，才能真正的降低復發 (NIDA, 2002)。其中，社會因素中的家庭因素對於藥物的濫用與復發都有極為重要的影響。

顏正芳 (2003) 針對青少年使用安非他命狀況進行研究，發現比起未吸毒者，有使用安非他命的青少年，父母親的婚姻狀態較為不完整。洪宏榮 (2003) 訪談成年受保護管束人，發現再犯者的父母親婚姻不健全，原生家庭的父母教養方式不當。鄭峰銘 (2006) 則指出，若父母在監，其子女被監禁的機率是同輩中的 5.6 倍。

家庭因素對於藥物濫用再復發與戒癮行為的影響至為深遠。管制藥品管理局 (2007) 新聞稿指出：有較多的家人關懷、社會支持與協助資源，可以減輕其生活的緊張和壓迫，較不會出現再使用毒品的偏差行為。林健陽、陳玉書與柯雨瑞 (2003) 對受戒治人進行 2 年期縱貫性研究發現：離開戒治所後之「生活適應」、「對保護管束戒治處遇之認知」、進入戒治所前之「家庭附著」、「戒治所內之初步毒品戒治成效」…等 4 個因素對戒治成效具有正向且顯著的影響力。宋鴻樟 (2005)、楊惠婷 (2000) 皆發現家庭社經地位偏低、家庭結構不完整、家庭互動品質較差、父母有使用物質習慣者，皆是誘導青少年藥物濫用的危險因子。江振亨 (2005) 研究顯示，藥物濫用者自認為吸食毒品之後最大影響是「與家人關係質變」(45.5%)，顯示藥物濫用者在心中最在意的，是家人與他的關係改變。詢問藥物濫用者想要戒癮的最重要原因，則是「父母年紀已大或家庭因素」(27.3%)，顯示家庭具有一股強大的拉力，讓藥物濫用者維持戒癮。由此可見，家人的接納、關懷、支持與協助，可以有效增加毒癮受刑人不再使用毒品

的意願，提高戒治的成功率。蔡教仁 (2008) 針對戒治所內 393 名受戒治人，以問卷調查影響戒毒意願的相關因素，發現吸毒者在選擇戒癮途徑時，「尋求家人或朋友幫助」為主要戒癮方式之一，顯示毒品成癮者能否順利戒除毒癮、重返社會適應，家庭扮演關鍵因素。

但在國內，毒品防制較著重在吸毒者自身的康復、監督或其他處遇模式，鮮少有系統地關注毒癮者的配偶、父母、子女及相關親友在家人吸毒事件中所受到的影響與因應方式，也未有以家庭系統為主體進行戒癮服務，以協助毒癮者往後順利回歸社會、維持戒癮與家庭系統的平衡。

貳、文獻探討

研究顯示毒品成癮者無論接受何種處遇模式的治療，在結束處遇後的半年期間，都將是復發的高峰期 (NIDA, 2000)；法務統計 (2010) 針對戒治所出所毒癮者的追蹤報告亦明白指出，毒品成癮者復發的現象從回歸社會第一年的 20.8% 起，在五年之後復發的比率就提高為 54.8%。所以，如果能瞭解毒品成癮者及其家屬的相關家庭現況，或許就能夠在毒品成癮者離開監所後，在社區建構出更為直接且有效的保護網。

一、家庭功能與毒品使用和毒品再用

無論是從狹義的家庭概念 (具血緣關係) 或者是廣義的家庭概念 (共同生活照顧) 來說，家庭都提供了增進或滿足個體的學習成長、互助支持、情感交流與許多外在需求的功能。

柳正信 (2006) 針對 82 名二度觸犯毒品罪的少年進行家庭因素探討，發現父母離婚之少年中有 74.1% 為重度成癮者，進一步事後比較發現：中度成癮的少年，家庭功能中的「家庭督導」顯著差異高於重度成癮少年。楊士隆、吳志揚 (2009) 分析各國青少年藥物濫用防制政策與當前國內青少年毒品濫用現象，建議應該針對高危機家庭、高風險家庭進行干預，以及早強化家庭功能或者進行家庭功能重建。

然而部分研究卻呈現不同的訊息。顏正芳 (2003) 針對國內安非他命濫

用青少年的家庭衝突、家庭支持、家庭監督等進行研究，發現上述家庭功能未能有效預測青少年再次施用安非他命；林倩如 (2006) 對成年吸毒者的研究則發現，家庭成員間彼此情感涉入仍可做為毒癮使用、毒品復發的解釋或預測因子，但是文獻中關聯性最高的家庭衝突、情感表達、家庭溝通與家庭角色，卻無法呈現一致性的結果。

從上述文獻的內容我們可以發現到家庭功能的確對於個體是否濫用藥物有著明顯的影響，然而，家庭功能對於毒癮再用的預測能力卻呈現不一致的結果，顯示家庭功能可能並非一靜態因子，而會因應不同時期的家庭任務而調整。而且過去對家庭功能的研究，多只針對整體家庭進行了解，對於不同類別者在家庭功能上的差異，也未有進一步分析。

二、家庭支持與吸毒行為

家庭支持 (family support) 是人們最基本的非正式社會支持，在社會工作領域中，家庭支持不僅是問題預估的重要面向，更是資源聯繫的核心。Caplan (1974) 認為有關家庭的支持系統中是個人在面臨具有壓力的情境時，家庭成員、朋友、鄰居和其他人所能夠提供給個人的各種不同形式之援助與支持，包括：各種訊息與資料的提供，給予引導和適當的安慰與庇護。當家庭中其他成員對個人在面臨壓力情境時，家庭能提供照顧、關懷，並能提供個人情感的安慰與鼓勵、回應或建議 (李素菁，2002；黃俐婷，2004；陳毓茹，2005)。

胡萃玲 (1998) 指出：真實無條件愛與關懷，有助於戒癮歷程的持續，真實無條件愛與關懷與家庭支持中的情感支持類似。周碧瑟 (1997) 以高中職和專校學生為樣本，發現認為家人不信任自己的國中女性，抽菸的可能性是家人信任者的 7.2 倍。陳碧珍 (2007) 發現促成戒癮者自我復原的因素分別為「正向的環境與榜樣」、「家人支持」、「信仰的力量」。李思賢 (2005) 針對基隆戒治所於 2003 年接受強制戒治處分的 353 名毒癮者進行再犯回溯分析顯示，在監期間有無親屬接見對於毒癮者具有情緒支持的功能，同時有對其出監後再犯是否毒品罪具有保護作用。洪宏榮 (2003) 訪談成年受保護管束人 15 名，比較再犯與無再犯者的再犯因子，發現無再犯組的父母配偶的支持，會使得吸引犯罪

發生的偏差友伴因素相對遠離。詹哲峯及蔡俊賢 (2008) 發現：吸毒者無法擁有正常和諧家庭，常因吸毒導致離婚；或者因社經地位較低，難以覓得對象結婚，而無法有正常家庭生活及支持，導致身陷毒癮之中，不斷重複進出監獄；而約有 34.1 % 的毒癮者和家屬互動較少，且關係有待加強，這些人則屬於復吸高危險群。江振亨 (2009) 發現，因藥物濫用而接受強制戒治者，出所後進行追蹤 6 個月，追蹤最多 2 年，顯示再犯毒品罪組平均家屬接見次數為 4.65 次，而未再犯毒品罪組平均家屬接見次數為 6.42 次，二者達顯著差異，顯示家人較常接見的強制戒治者較少再犯毒品罪，而家屬接見，是家庭支持的外顯行為表現。王振宇 (2010) 對 285 名受戒治人進行問卷調查發現：家庭支持的功用在於可以協助藥物濫用者度過生活困擾或壓力事件引發伴隨的消極情緒；家人的情感性支持可以帶來愉快的感受，降低藥物濫用者的負向情緒。因此當家人的情感支持足夠的話，藥物濫用者就不需要依靠使用藥物來獲取愉快的感受，自然就會降低其用藥的渴求。周涵君 (2011) 針對 47 名受刑人進行復原力分析，復原力定義為「復歸正常社會，不會再犯的能力」，發現「復原力」佳的受刑人，均是家庭支持系統強。

由以上相關文獻看來，研究者大多以「毒癮者」為研究對象，卻很少針對「家庭」為研究單位，進一步瞭解不同類別的家庭成員在家庭支持的差別。

三、矯正機關收容人的家庭需求相關研究

一般而言，人類的基本需求包括生理需求及心理需求。生理需求所指的是維護個人生存的基本條件，這些需求遠遠強過其他的需求，然較高層次的需求，才能真正給予人們較持久的歡樂，這些高層次的需求多半來自於個人與環境互動後經由學習而產生，這類需求即所謂的心理需求 (王以仁，2001)。

Kazura(2001) 針對 500 受刑人 (450 名男性，50 名女性) 實施受刑人需求調查研究，發現受刑人的家庭需求包括：教養議題的教育需求、有關財物的憂慮、探視方案的需求、伴侶對矯正機關資料瞭解的需求、社會支持服務

的需求、生活技能訓練的需求。受刑人需要一個支持性的行動方案，讓他們出監後能重新融入家庭、建立健康社會的人際網絡與管理生活的基本技能。

林豐材 (2005) 自編「受刑人家屬需求問卷」及「受刑人家屬需求問卷」，並以北中南矯正機構男性受刑人 975 位及其家屬 224 位有效樣本來進行分析瞭解。研究發現，受刑人家屬的整體家庭需求平均高於受刑人，同時，受刑人及其家屬的前三項家庭需求相同 (經濟需求、社會支持需求、生涯規劃需求)，僅排序有所不同而已。此外，長刑期受刑人 (12 年以上)、家屬會客次數的多寡、受刑人年齡也明顯影響受刑人家屬需求的不同層面。

王以仁 (2001) 運用質性研究三角檢定法分析 30 位受刑人家屬心理需求發現，需求可概分為：安全需求、人際需求、家庭與情感需求、自尊需求、自我實現需求等五項，分析發現：家屬的類別不同，其需求的實質內涵就會有很大的差異。譬如在安全需求部分，受刑人家屬若為父母，其焦點就會聚焦在工作穩定與經濟穩定的生活狀態上，表示在經濟匱乏的情況下，生活壓力較大，尤其對每月必須寄給受刑人在監獄中花用的金錢最讓人傷神；家屬若為受刑人手足，安全需求的内容就會轉而聚焦在手足自己的生活穩定、手足自己的婚姻正常運作與成長、維持原生家庭的部份為主要擔憂來源。

從上述文獻，我們可以發現：不同群體自然會發展出不同的家庭需求向度，同時家庭需求之間的排序亦會隨著探討議題而有所變動；同時，收容人、家屬及機構人員對於家庭需求的看法也經常有所差異。

對於矯正機構中的毒癮者及其家屬來說，其家庭需求是否因為毒癮者在監禁後導致家庭需求的改變，或是在毒癮者吸毒時就開始變化，都未曾有相關研究進行瞭解。

因此本研究採取量化及質性研究方法，了解戒癮家庭中，家庭重要他人與成癮者本身於「家庭功能」、「家庭需求」、「家庭支持」實際需求內容為何並進行比較，並藉以作為往後矯正機關擬定戒癮家庭服務方案之參考。

參、研究方法

一、研究對象

本研究採取立意取樣。以南部某戒治所 2011 年期間，在所接受戒治處遇的毒癮者與其家屬為研究對象。每位受測者均已簽署研究同意書，毒癮者或其家屬均須完成「基本資料表」、「家庭功能量表」、「家庭支持量表」。

二、量化研究程序

對 2011 年 1 月~5 月間，在該所毒癮者及家屬收集資料。毒癮者資料收集部分，經過研究團隊成員解說、並徵得受試者書面同意後，進行相關問卷與測驗之施測。家屬取樣方面，該戒治所邀請家屬入所經過研究團隊解說、徵求研究同意後，施作相關量表與問卷，完成後並可與毒癮者進行約 30 分鐘的懇親時間。為擴大樣本，部分則以郵寄方式，請家屬填答問卷後寄回，如此毒癮者家屬同意接受研究之有效問卷共計有 91 人。家屬身分為「毒癮者的父母親」占最多 (27.5%)，最少為「其他類」(5.5%)。因「其他類別」的家屬(需符合曾經同住的條件)過少，只有 5 人，難以比較，故進行統計分析時，「其他」類別予以刪除，有效的家屬問卷共計 86 份，其身分類別如表 1。

表 1：毒癮者家屬的身分別

	人數	百分比
毒癮者的配偶	20	23.3
毒癮者的子女	21	24.4
毒癮者的父母	25	29.1
毒癮者的手足	20	23.3
總和	86	100.0

三、量化研究工具

(一) 基本資料表

分為「毒癮者版」與「家屬版」，分別調查：年齡、教育程度、工作類型與穩定度、家中經濟來源、婚姻狀況、家庭中主要支持毒癮者的家屬、家人到所會客與寄入物品的次數…等人口屬性變項；另對毒癮者詢問：

初次使用香菸與酒精的年齡、目前使用香菸與酒精的有無、初次毒品使用類型與年齡、初次毒品使用可能原因…等上癮相關問題。

(二) 家庭功能量表：

家庭功能的瞭解與測量，會受到文化差異的影響 (Fobair, 1995)。為了降低文化差異，本研究採用王淑惠 (2001) 新編的家庭功能量表 (The Family Functioning Scale, FFS)，藉以評估整體家庭的運作。其對於家庭功能的定義為：「係指家庭運作的歷程、特性與結果。所謂的家庭功能良好，即表示此運作的歷程與特性能滿足家庭本身與各個家庭成員的成長需求；反之則為功能缺失」。該量表共有 44 題，為 5 點量表，分為八個分向度：凝聚力、衝突性、情感涉入、情感表達、溝通、問題解決、獨立性；家庭責任。各分量表的內部一致性介於 0.75~0.89 之間。測驗的再測信度介於 0.68~0.84 之間 (王淑惠，2001)。

(三) 家庭支持量表

不同的學者對於家庭支持功能的分類不一樣，最簡要是將支持分為表達性支持、工具性支持兩大類 (宋麗玉，2002)。有些學者將支持分為情感性支持、工具性支持與訊息性支持 (呂寶靜，2000；曾慧雯，1999)；另外也有將支持分為情感性支持、訊息性支持與實質性支持 (Jacobson, 1986；李欣瑩，2001；黃俐婷，2004；余雅惠，2006；陳潔欣，2007)，亦有另一類分法，將支持分為給予尊重的支持、地位支持、訊息性支持、工具性支持、社會陪伴與動機性的支持 (Wills, 1985；邱文彬，2000)。本研究採用王振宇 (2010) 所編製「家庭支持量表」，該量表乃參考余雅惠 (2006) 的家庭支持量表，再並根據 Jacobson (1986) 之家庭支持定義加以修訂。涵蓋三部分：「情感性支持」、「實質性支持」及「訊息性支持」，原量表之 α 係為 .96，一致性良好。王振宇 (2009) 以高雄戒治所內之毒癮者共 89 人進行預試，並依據分析結果進行修正，該家庭支持量表預試之 Cronbach's α 值為 0.896，正式施測之 Cronbach's α 值為 0.925。本研究依需求區分受測者特性，將題目主詞稍加修飾，分為「毒癮者版」與「家屬版」。

四、質性研究程序

(一) 訪談者之選取

採取立意取樣 (purposeful sampling) 方式，由研究小組邀請曾參加南部某戒治所家庭日活動的家屬進行訪談。因毒癮者家屬接受面對面訪談的意願不高，且須符合「同住」要件，因此本研究乃針對五類別：毒癮者與母親 (父母親類)、毒癮者與岳母 (其他類)、毒癮者與太太 (配偶類)、毒癮者與妹妹 (手足類)、毒癮者與女兒 (子女類)，各一組、進行至少各 1 小時的深度訪談，以了解毒癮者在吸毒前、吸毒後、入所戒治當中，其在社會角色功能的改變，並與家人認知、感受做一比對。

本研究案實際執行時，願意接受本研究訪談之家屬，5 位全數皆為女性，此與我們所進入之該戒治所接見室所觀察到：來所探視毒癮者之家屬大多數為女性是一致的。接受質性訪談者之基本資料，詳見表 2。

表 2 接受質性訪談者之基本資料

研究參與者家庭別	受訪者	性別	年齡 教育程度	職業	婚姻 狀態	曾使用之 藥物	進監所的 次數
FA	I	男	34 歲 高中職	司機	已婚	安非他命 海洛因	勒戒:1 次 服刑:2
	M(母親)	女	57 歲 高中職	無	已婚	無	無
FB	I	男	36 歲 高中職	開山貓	已婚	安非他命 海洛因	3~4 次
	M(岳母)	女	53 歲 國小	無	已婚	無	無
FC	I	男	43 歲 高中職肆	工 中油	已婚	海洛因	勒戒:1 次 服刑:1 次
	W(配偶)	女	40 歲 高中職	護士	已婚	無	無
FD	I	男	39 歲 國中	工	未婚	海洛因	
	S(妹妹)	女	高中職	無	已婚	無	無
FE	I	男	39 歲 國中	工	已婚	安非他命 海洛因	入監多次
	D(女兒)	女	16 歲 高職	學生	未婚	無	無

(二) 訪談大綱編製

經研究團隊與質性訪談專家共同討論後，設計出「毒癮者」與「家屬」的二個版本。採「半結構式」的訪談大綱，主題以時間序列：「吸毒前」、「吸毒後」、「入所戒治前」，探討雙方在不同時間點在於「家庭功能」「家庭支持」和「家庭需求」的異同。

(三) 質性訪談進行與資料收集

從毒癮者的家庭角度出發，採半結構式深度訪談。為使受訪者願意並且安全的坦露其經驗，研究者持開放的心進入研究場域，引領雙方受訪者呈現出吸毒前、吸毒後、戒治後在家庭功能、家庭支持與家庭需求間的變化與異同。之後將訪談資料謄寫逐字稿、進行研究分析。

進行質性訪談之訪談員，均為從事戒癮工作至少八年以上、並通過國家考試及格的臨床心理師與社會工作員。在初次訪談進行前，訪談員先行自我介紹、說明訪談目的與進行過程，並獲得受訪者對訪談過程需全程錄音之同意。

四、研究分析方法

(一) 量化研究

量化資料以 SPSS for Windows 套裝軟體進行量化資料分析，分別進行 (1) 描述統計：分析毒癮者與家屬於各研究變項之表現結果；(2) 信度考驗，驗證本研究之測驗工具的內部一致性程度；(3) 相關分析，驗證毒癮者與家屬在各變項（家庭功能、家庭支持）間之相關性；(4) 差異檢定：以 one-way ANOVA 檢定了解毒癮者與家屬間，對於家庭功能和家庭支持的感受有無差異，若達顯著差異則進一步進行事後比較。

(二) 質性研究

本研究所採用的分析方法是依據 Hycner (1985) 的現象學內容分析法 (Phenomenological content analysis)。為展現量性資料中無法展現受訪者之生命經驗，研究者透過質性訪談方式，以自身與訪談大綱作為研究工具，試圖與

受訪者之生命經驗達到視野融合之情況。研究者在謄寫逐字稿後，反覆在文本中再次與受訪者之經驗交融。為符合研究倫理，以及保障研究參與者之個人隱私，本研究均以匿名方式處理參與者之資料。

肆、量化研究結果

一、基本資料描述

86 名毒癮者平均年齡為 42.36 ± 8.59 歲，有 65.3% 的毒癮者處於 36~50 歲的區間。毒癮者家屬平均年齡為 40.10 ± 17.0 歲。

教育程度方面，家屬受教育平均年數為 10.37 ± 3.89 年 (Range=1~17 年)，排除未成年的毒癮者家屬之後，與之前結果並無顯著差異。在毒癮者的部分，毒癮者平均受教育為 9.31 ± 2.10 年 (Range=1~15 年)。毒癮者與家屬的受教育程度達顯著差異 ($\chi^2=18.539, p=.018$)。

工作狀態方面，家屬自述自己目前的工作狀態以「一直有工作」為主 (44.19%)，其次為「無工作」(32.56%)。毒癮者自述自己入所前一年的工作狀態以「一直有工作」為主 (44.5%)，其次為「不固定工作」(26.8%)，家屬的工作狀態與毒癮者入所前一年的工作狀態達顯著差異 ($\chi^2=24.176, p=.00$)，詳見表 3。而毒癮者持續有工作的比例約四成五，但只有 37.5% 的毒癮者表示自己是家中的主要經濟來源。

會成癮的不只是非法毒品。由本研究的資料顯示，毒癮者最小自 8 歲、最大自 31 歲開始抽菸，以 15 歲開始抽菸為最多 (25.5%)，未滿 18 歲即初次抽菸比例達 74.8%；飲酒行為方面，毒癮者最小 10 歲、最大 32 歲開始飲酒，以 18 歲開始飲酒為最多 (18.9%)，平均初次飲酒年齡為 17.03 歲 (SD=3.26)，其中未滿 18 歲即初次飲酒比例達 62.6%，但也有 10.37% 的毒癮者，表示從不喝酒。而入所前經常性飲酒的，有 46.6%。在所仍有抽菸習慣的，高達 92.7%。

表 3：毒癮者與家屬基本資料特性分析

	毒癮者 (N=164)	家屬 (N=86)		P
年齡	42.36(8.59)	40.10(17.0)	t=1.049	ns
教育年數	9.31(2.10)	10.37(3.89)	t=-2.408	.018*
婚姻狀態				
結婚 / 同居	115(70.12%)	66(76.74%)	$\chi^2=18.539$.00*
未婚	0(0%)	0(0%)		
離婚 / 分居	44(26.83%)	8(9.30%)		
喪偶 / 其他	5(3.05%)	12(13.95%)		
工作狀態				
無工作	16(9.8%)	28(32.56%)	$\chi^2=24.176$.00*
工作不固定	44(26.8%)	12(13.95%)		
大部分有工作	31(18.9%)	8(9.30%)		
一直有工作	73(44.5%)	38(44.19%)		

二、毒癮者前科記錄與非法藥物濫用行為

(一) 毒癮者之前科記錄

依據毒品危害防制條例，五年內第一次施用一、二級毒品者，先行入觀察勒戒處所進行觀察勒戒，以判定有無繼續施用毒品傾向。因此觀察勒戒是我國國民吸食一、二級毒品的第一個法律處分。本研究中，本所毒癮者的觀察勒戒次數以 2 次為最多 (57.8%)，平均觀察勒戒 1.59 次 (SD=0.52)。在觀察勒戒時，被認定有繼續施用毒品傾向，則會被移送接受「強制戒治」處分。本研究中，該所收容人的強治戒治次數以 1 次為最多 (52.5%)，平均強制戒治為 1.49 次 (SD=0.54)。而入監執行的紀錄方面，該所毒癮者的入獄次數最少為 0 次，最高為曾入監服刑 7 次，平均入獄次數為 1.27 次 (SD=1.38)，約六成 (60.9%) 曾入獄服刑，詳見表 4。

(二) 毒癮者使用非法藥物使用相關描述

關於毒癮者第一次使用非法藥物的年齡為 23.20±6.53 歲 (14~42 歲)，而毒癮者自述開始習慣 (依賴) 用藥、需長期使用的年齡，最早為 15 歲，最晚為 46 歲，平均開始習慣用藥年齡為 26.37±7.29 歲 (15~46 歲)，也就是初次使用非法藥物與開始習慣使用非法藥物的平均年齡，只相隔約 3.17 年。第一次吸毒

以二級毒品「安非他命」最多 (66%)，其次為「海洛因」(24.2%)，現在青少年間常見的「K他命」，反而甚少為這些成年吸毒者的初次吸毒種類，詳見表 5。在本研究中，毒癮者使用的藥物種類，最少 1 種，最多高達 7 種，其中以 2 種最多 (43.9%)，其次為使用單一藥物 (37.2%)，平均每位毒癮者自陳使用過 1.94 種藥物 (SD=1.03)。而使用的藥物類型，以「安非他命」，為最多 (81.87%)，次之則為「海洛因」(65.24%)，這也與目前法務統計的全國性資料相吻合。

(三) 毒癮者的施用毒品相關行為的描述統計

以 Liker's Scale 的五點量表，請毒癮者評估與自己初次吸毒原因的符合程度。經統計後發現，本研究中毒癮者認為初次吸毒最常見的原因為「好奇」(3.43±1.16)，其次是「周遭朋友在用藥」(2.99±1.10)，最少見的是「家人也在使用」(1.20±0.62)。而吸毒成癮後，毒癮者是否曾試圖戒毒？本研究顯示，曾試圖戒毒為 129 人 (80.6%)，未曾試圖戒毒為 31 人 (19.4%)，顯示超過八成的毒癮者曾感受到吸毒的壞處，進而想要自己嘗試戒毒。

表 4 毒癮者觀察勒戒、強制戒治、入獄次數

次數	勒戒次數	戒治次數	入獄次數
0	--	--	61(39.1%)
1	68(42.0%)	85(52.5%)	37(23.7%)
2	92(57.8%)	74(45.7%)	29(18.6%)
3	2(1.2%)	3(1.9%)	20(12.8%)
4	--	--	5(3.2%)
5	--	--	2(1.3%)
6	--	--	1(.6%)
7	--	--	1(.6%)
總和	162	162	156

註 1: 觀察勒戒平均次數為 1.59 次 (SD=0.52)

註 2: 強制戒治平均次數為 1.49 次 (SD=0.54)

註 3: 入獄平均次數為 1.27 次 (SD=1.38)

表 5：毒癮者自陳的初次用藥種類

初次使用的毒品	人數
嗎啡	10(6.5%)
海洛因	37(24.2%)
K 他命	5(3.3%)
安非他命	101(66.0%)
總和	153

三、毒癮者的家庭互動描述

(一) 家人會客、寄物行為與家屬支持：會客次數部分，以會客 2 次為最多 (33.5%，Range=1~6)，平均會客次數 2.91 次 (SD=1.58)。在寄入物品次數部份，入所至今以寄物 2 次為最多 (32.9%，Range=1~13)，平均寄物次數為 3.27 次 (SD=1.66)，詳見表 6。而毒癮者自陳：最會支持他的家人，以「母親」為主 (70.73%)，其次是手足中的「姐妹」會提供支持 (37.8%)。

(二) 毒癮者自陳家人使用毒品之描述統計：由毒癮者自述家人是否曾施用過毒品：「你所知道的家人中有誰過去曾經用過毒品？」。其中以「兄弟」曾使用毒品最多 (14%)，其次是「表兄弟」曾使用過毒品 (5.5%)。顯示毒癮者的同輩男性親友使用毒品的比例較高。

表 6：毒癮者的家屬會客與寄物次數

次數	會客次數	寄物次數
1	28(17.1%)	9(5.5%)
2	55(33.5%)	54(32.9%)
3	35(21.3%)	53(32.3%)
4	15(9.1%)	12(7.3%)
5	9(5.5%)	11(6.7%)
6	21(12.8%)	24(14.6%)
13	0(0%)	1(.6%)
總和	163(99.4%)	164(100%)

註 1：會客平均次數為 2.91(SD=1.58)

註 2：寄物平均次數為 3.27(SD=1.66)

四、毒癮者與家屬在家庭支持量表、家庭功能量表的比較

(一) 毒癮者與家屬在家庭功能量表上的結果

家庭功能量表共分為八個向度，毒癮者與家屬的得分結果如表 7，其中在「衝突性」、「溝通」、「問題解決」、「獨立性」、「家庭責任」向度與「家庭功能量表總分」，得分達顯著差異。

整體來說，家屬認為自己家庭的家庭功能，明顯低於毒癮者所認為的 ($P=.021$)，並經過 LSD 法的事後比較 (post Hoc analysis)，顯示父母親認為整體的家庭功能明顯高於子女所認為的 ($p=.024$)。

在衝突性向度方面：家屬認為家庭內成員所表達出的忿怒、批評、攻擊與衝突等負向情緒的強度，高於毒癮者 ($p<.00$)，顯示家屬認為：家庭內的衝突是比毒癮者所認為的高，經事後比較，顯示配偶感受到的衝突性負向情緒明顯高於父母親 ($p=.023$)，子女感受到的衝突性負向情緒也明顯高於父母親 ($p=.033$)。

在溝通向度為：家庭成員間能直接表達出個人想法或意見並被了解的程度，毒癮者認為家庭內溝通順暢程度明顯高於家屬 ($p=.021$)，經過事後比較，顯示家屬身分的不同，其作答反應並無顯著差異。

在問題解決能力向度方面，毒癮者認為：家庭成員面對外界新的刺激或挑戰時的因應歷程與能力，比家屬所認為的為佳 ($p=.019$)，即毒癮者認為家庭內問題解決的能力比家屬所認為的好。並經過事後比較，顯示家屬身分的不同，其作答反應並無顯著差異。

在獨立性向度方面，比起家屬，毒癮者認為家庭成員的自主程度顯著高於家屬 ($p=.041$)，也就是毒癮者比家屬更認為：自己的家庭是獨立性高的，並經過事後比較，顯示家屬身分的不同，其作答反應並無顯著差異。

在家庭責任向度方面，比起家屬，毒癮者認為家庭成員對於自己的家庭角色均有盡其應有的責任 ($p=.010$)，換句話說，毒癮者認為家人都有盡自己的家庭責任，但家屬的看法卻不同。並經過 LSD 法的事後比較，顯示父母親

認為自己盡的家庭責任明顯高於子女 ($p=.025$)。以上向度事後比較結果見表 8。

表 7：毒癮者與家屬在家庭功能量表得分之比較

		毒癮者 (n=164)		毒癮者家屬 (n=86)		t
		M	SD	M	SD	
	家庭總功能	108.13	25.394	99.59	24.311	2.319*
1.	凝聚力	26.94	5.162	25.70	5.007	1.822
2.	衝突性	11.56	3.897	13.56	3.399	-4.205**
3.	情感涉入	8.88	2.691	9.33	2.703	-1.256
4.	情感表達	20.27	4.126	19.46	4.031	1.494
5.	溝通	22.08	3.768	20.78	4.162	2.485*
6.	問題解決	19.29	3.344	18.09	3.205	2.722**
7.	獨立性	23.43	3.769	22.33	4.163	2.079*
8.	家庭責任	16.54	3.088	15.42	3.205	2.684**

* $p < 0.05$.

** $p < 0.01$.

表 8：家屬類別在家庭功能量表事後比較達顯著之比較

組別	n	家庭總功能		衝突向度		家庭責任向度	
		M	SD	M	SD	M	SD
配偶	20	97.05	27.597	14.35	4.043	15.85	2.796
子女	21	91.83	21.418	14.20	2.526	14.15	2.961
父母	25	109.41	26.103	12.00	3.191	16.35	3.113
手足	20	101.00	18.716	13.58	3.305	15.22	3.703
多重比較達顯著 差異之結果		父母組 > 子女組		父母組 < 配偶組 父母組 < 子女組		父母組 > 子女組	

(二) 毒癮者與家屬在家庭支持量表上的結果

家庭功能量表共 11 題，在本研究中的有效問卷毒癮者 164 份，毒癮者家屬 86 份，以內部一致性來計算家庭功能量表，毒癮者版之 Cronbach's Alpha 值為 .944，家屬版之 Cronbach's Alpha 值為 .922，顯示毒癮者版與家屬版的內部一致性均良好。家庭支持量表共分為三個因素，分別為「情感性支持」、「訊息性支持」、「實質性支持」，毒癮者與家屬的得分結果如表 9，其中只有在「實質性支持」因素，家屬與毒癮者的得分達顯著差異，而毒癮者主觀認為家庭中的實質性支持是比家屬所主觀認為家庭中的實質性支持為高。經過事後比較，

顯示家屬身分類別的不同，其作答反應並無顯著差異。

表 9：毒癮者與家屬在家庭支持量表得分之比較

	毒癮者 (n=164)		毒癮者家屬 (n=86)		t
	M	SD	M	SD	
家庭總支持	41.68	9.24	39.83	10.07	.15
1. 情感性支持	19.39	4.23	19.01	4.69	.73
2. 訊息性支持	11.40	2.92	11.24	3.30	.51
3. 實質性支持	10.91	2.88	9.80	3.36	3.02**

** $p < 0.01$.

伍、質性研究結果

在 5 組 10 人的訪談文本中，研究者漸層地在文本脈絡中探索不同受訪者對於毒品戒治者在「家庭支持」、「家庭功能」與「家庭需求」的不同概念與面向。

此外為能展現吸食毒品到接受戒治之動態歷程，研究者將文本和分析結果以「吸毒前」、「吸毒後」與「接受戒治」等三個時間階段方式呈現，以瞭解在不同時間點，毒癮者與其家屬所經歷之家庭支持、家庭功能與家庭需求之脈絡表現。

一、家庭需求方面

(一) 吸毒前：有三種的家庭需求存在於當毒癮者未吸毒前的時期，包括：「不足或無力的教養需求」、「自給自主的經濟需求」和「不足或不力的典範學習需求」。

1. 不足或無力的教養需求

本研究中毒癮者或其家屬提到毒癮者在吸毒前，與家人互動有較多衝突或問題行為，始於青少年晚期或成人早期時，因家長的無力管教，使得與原生家庭之互動頻率或關係較為疏離。如：

對... 因為他是一個...很嚴格很嚴格的軍人，職業軍人是老榮民那種，是榮民，是一個非常非常正直的父親，阿他跟他爸爸不合，所以他從高中在外面讀書了，就很少回去...(FCW65)

2. 自給自主的經濟需求

因為早年的離家，讓毒癮者對於原生家庭的需求較少給予關注，也較少給予滿足的機會，換言之，讓毒癮者似乎較少有機會去學習如何滿足家庭需求。如：

（訪：那他做這個工作賺的錢，你印象中他是自己花還是他會拿來給家？）當然…自己花…(FDS73-74)

因為我們沒有住在一起，所以他的行蹤我沒有辦法去掌握…(FDS50)

3. 不足或不利的典範學習需求

早年經驗裡，雙親扮演著兒童典範學習的角色，然而若是其中一方因故無法陪伴，而讓孩子沒有機會學習扮演子女和父母的角色，將使得毒癮者日後在家庭互動顯得較無法融入，或需要花費更多力氣去維持。如：

好幾年的喔，因為我先生自己做的失敗，80…84、85、86 年的時候，我先生生意失敗，我先生就沒什麼責任就對了，阿就…就說要去大陸，阿小孩就…去當兵啦，啊我小兒子念國中，小兒子念國中啊他就說他要去大陸，就去了，就都沒回來了這樣，阿就不知道…房子就被拍賣掉了，阿我就搬…四處搬…搬到…○○去當兵了…(FAM51)

(二) 吸毒後：研究者發現當毒癮者開始接觸毒品後，對家庭需求似乎有明顯的負面影響，包括：「匱乏的情感需求」、「匱乏的經濟需求」、「潰堤的信任需求」與「不利的教養需求」。

1. 匱乏的情感需求

事實上，對毒癮者而言，當開始接觸毒品時，似乎有呈現某種程度的情感轉移：將情感的需求轉向於毒品或同樣有使用毒品的朋友方面，試圖減少家庭的衝突，如：

吸毒前幾乎下班時間、放學後就是都在家裡比較多，就偶爾出去、就有約人才會出去，那吸毒後就有時候會去朋友那邊啊，在家裡有時候怕被發現，還是說怕在那邊講你念你啊，就比較常跑出去…(FAI154)

2. 匱乏的經濟需求

當毒品使用的頻率增加時，造成作息上的改變，也讓毒癮者原本規律的工作習慣，漸漸地無法順利地配合工作的需求，也無法提供當時家庭的經濟，家庭經濟的重點也可能轉移到家中其他中的成員中，如：

阿有時候斷層的時候，因為有時候有一些像工程的工作因為天氣的關係，或是包商協調的問題，所以就沒有辦法繼續，沒有辦法每一天有…(FCW151)

對…可是等到我們知道有負債的時候，已經…(笑)沒有辦法彌補啦，因為東西該買的都買了，該裝潢的都裝潢了，可是到最後媽媽她累了，因為小孩子不上進，他該要去工作了可是他不上進，那媽媽也累了，因為你伸手跟我拿錢伸手跟我拿錢我沒有錢(台語)…(FDS364)

3. 潰堤的信任需求

吸毒會影響家屬間互動的信任需求，吸毒後，毒癮者生活作息和人際互動有明顯的變化，為降低家人的懷疑，毒癮者會使用不同的方式或理由，試圖維持家屬對自己信任之需求，但是吸毒被發現後，家人間的信任關係將猶如河水潰堤，難以重新建立，如：

就一些「你不要再吃藥啦(台語)」，「啊你又在吃藥了(台語)」就會出現此類的話出來，關心也有啦，就是懷疑說、譬如說我97年假釋回去也是馬上就去工作，但是就會那些…生活上就會出現「你又在吃藥了嗎」「啊你又在幹嘛幹嘛(台語)」就比較會出現這一類的話題，要不然其他是不會有什麼改變啦…(FAI90)

這樣…吼…很兇的這樣…有夠兇的…阿就跟我說吼…你吼…你為什麼會這樣子呢…說爸爸就去大陸不回來了這樣吼…就是你自己本身差啦…就是本身你差…所以人家才會這樣…吼…很兇的樣子(台語)…(FAM315)

4. 不利的教養需求

當毒品使用成為習慣，毒癮者和孩子的相處和關係將有所改變，有部分是毒癮者為了維持吸毒習慣、維持和毒品使用的人際關係，似乎會有情感外求的情況，進而造成親子關係的緊繃，如：

有吸毒之後他很少回家，就幾乎都在外面…(FED112)

就是因為他，就…有別的女人，阿所以我就有點不爽…(FED188)

(三) 接受戒治後：當毒癮者得知要戒治後、到執行戒治前，會出現試圖短暫滿足家人經濟需求的傾向。事實上，質性資料發現：當毒癮者進入戒治後，家庭需求轉變為「短暫彌補家庭的經濟需求」和「彌補的情感需求」。

1. 短暫彌補家庭的經濟需求

當毒癮者得知接受戒治處遇時，似乎對其生活與家庭互動出現新的契機，有些毒癮者在離開毒品使用後，比較能夠專注地投入工作中，提供短暫的經濟需求，如：

嗯他還再做，阿然後他後來有跟他一起做的那個 partner 講說，講說…喔…他沒有跟他說要來這個地方，因為他接到通知了，他就跟他說…我們現在跟我兒子也這樣講，我兒子只有11歲，他不想…因為我先生很愛他的兒子，所以他不想讓他的兒子，在他的心…在他的心裡只有爸爸，我們會覺得爸爸讓他的感覺爸爸都是好的…好的榜樣，不要讓他兒子知道說爸爸做錯了什麼事情，又是這樣的事情，所以都跟他說爸爸去大陸，去大陸工作，那他在進所的前一個禮拜他還在工作…(FCW342)

2. 彌補的情感需求

對毒癮者而言，當毒品使用不再充斥生活時，他和家人的互動似乎有了新的契機和情感的交流，這樣的互動隨著進入戒治處遇的時間逼近而增加，如：

那就會開始拿錢給我媽媽，喔雖然不多一天一千，但他有時候累積兩三千就會說「阿媽媽兩千給你」「阿媽媽一千給你(台語)」，阿我媽媽就會覺得這個孩子真的回來了，她生了一個兒子(笑)對對對對…所以我媽媽就…嗯…(FDS454)

二、家庭功能方面

(一) 吸毒前：毒癮者在接觸毒品之前，家庭功能之數個面向似乎無法彰顯：「監

督功能」、「人際溝通」和「問題解決」。

1. 監督功能

還未開始使用毒品時，毒癮者的家庭環境似乎無法提供有效地監控功能，雖有些毒癮者與原生家庭互動頻繁，但多局限在照顧功能，父母親或其他家人的監控功能似乎無法彰顯，進而使得毒癮者未能及時被阻止或中斷毒品使用的行為。如：

那時候我沒有跟家裡的人來往（台語）... (FDI46)

之前還沒有搬去住的時候，有時候都久久去一次（台語）... (FDI92)

沒做嘿沒做，沒做印刷就沒有在做，是我本身說有提供...以前不是都有那種***嗎，我都拿那種工作在做，代工的那種就對了，因為現在也沒辦法，沒有生活也沒辦法，阿他爸是去大陸就去大陸了，阿我就自己拿***的工作，阿給他做，阿他那時候就沒在工作（台語）... (FAM59)

2. 人際溝通

未使用毒品之前，毒癮者與家人的互動溝通似乎受限，甚至有不足或缺乏之情況，對吸毒者而言，家人間的溝通似乎比較多為間接溝通，因此使得彼此之間的意見交流較少，且比較少理解彼此的生活現況。如：

沒有吸毒前...就都會回家啊... (FED47)

（訪：哥哥和姊姊都住在一起，所以他賺的錢，他那個時候在中鋼工作的時候賺的錢有沒有拿回來養家你不是很清楚... (FED38) 不清楚，因為沒有在問... (FED39)

3. 問題解決

在毒癮者的經驗裡，家庭似乎未能及時提供適當的問題解決策略和討論的機會，當毒癮者遇到生活事件或問題時，傾向以逃避方式因應，進而開始接觸毒品。如：

我是都斷斷續續，因為有時候我出國幹嘛，剛去人生地不熟嘛，就沒有吸... (FAI12)

我從 17 歲就開始做修理重機械山貓、柴油引擎，17 歲開始學到當兵，當兵退伍回來有一個老闆就叫我去…看我還有沒有興趣跟他…他不會修理山貓可是他有錢、他出錢開一間工廠，當時他有跟人家合夥，可是那個師傅要離開他的那個工廠了，然後他就叫我去他那邊顧工廠，然後我就 23 歲退伍的時候去那邊幫他顧工廠差不多顧三年（台語），然後自己有獨當一面的功夫的時候就…27 歲就自己籌畫一間工廠，因為家境不好也不敢向父母說自己要去開工廠，而我也深刻感受我這樣去跟父母講的時候，父母會覺得他很內疚，為什麼一個小孩已經學到出師了要開工廠、沒辦法幫他忙，我不要給家裡的人造成這種困擾（台語）…(FBI04)

（台語）通通都不要，我也不要去管了不要去收拾，包括我店就…丟著了，租金也都丟著了，阿店裡面有機台有工具有什麼我都丟著都不要了，我全部都不要了，然後包括我外面的帳，我回家清醒…一時情緒控制不好，就是會做出就是比較…違背常理的事情啦，就是這樣說…我不會後悔過去就過去了，是說現在是 35 歲了，阿我在 34 歲還是 33 歲才開始碰毒品的，那時候我就是工作還是有在做…(FBI08)

（二）吸毒後：開始接觸毒品後，似乎讓毒癮者原本不足的家庭功能出現更多層面的斷裂和失功能，包括：「經濟供應」、「調節壓力」和「情感交流」等部分。

1. 經濟供應

受到毒品使用的量和頻率增加，讓毒癮者無法從原本的經濟中支應，進而轉向家人，多以不同的理由向家人尋求經濟上的支持，但多數的家屬並無法應付其日益增加的費用。如：

（台語）就久久會再用這樣，久久會再用一次這樣啊，會是這個情形嗎？有人會弄得就不可能再弄了嗎？還是說本來說像你們這個如果進來，比較常人家像譬如說以前用過的，那個再用第二次，再來第三次又用…(FAM179)

妹妹都會固定拿給媽媽當零用錢…(FDI310)

2. 調節壓力

如同前一個階段裡，家人因擔心或得知毒癮者吸毒而衝突，毒癮者無

法從家中獲得較多或適當的壓力調節策略或方法，僅能以吸毒方式調節自己情緒，如同：

可是之前就是因為他…他有…兩個月緝毒時間，吼常常吵…(FCW420)

譬如說如果在講什麼，我就跟他說你這樣用吼，我看你真的有在吃藥的樣子…他就跟我說沒有…阿有時候就說話口氣差…阿吼…青硬硬耶…這樣我看是有吃藥（台語）…(FAM311)

3. 情感交流

對於毒癮者而言，因擔心自己使用毒品被家人發現，會儘可能避免和家人互動，甚至家人間也會小心翼翼不去面對「吸毒」議題。若真的證實毒癮者吸毒，家人的勸告和協助都可能會造成家庭內衝突和減少情感交流的情況。

（台語）那時候不了解他有沒有吃藥我不知道，是最後…最後人家在跟我說，我說怎麼可能這樣…(FBM209)

吃驚吧，然後後來就…好像就知道，之後就想辦法要我去戒掉，然後就…本來是要送到外地去讀書去幹嘛，但我爸不放心，就繼續要我在家裡，就這樣反正就出國跑來跑去這樣子啊…(FAI60)

（三）接受戒治後：在接受戒治後，部分家庭功能似乎透過戒治處遇獲得較多的彰顯，如：「家庭凝聚力」和「家庭責任」。

1. 家庭凝聚力

對毒癮者而言，進入戒治處遇後與家人之分離，似乎可以重新觸發彼此對家庭功能之重新認識，在監禁環境下的面會或通信，讓彼此的情感有了交流的基礎，也比較有空間去傾聽彼此的心境。

（台語）進來才知道說用毒不好啊，但是出去如果再吃（笑）…我也不會說，現在我是比較知道說家裡的好，自己不能再走這條歹路了…(FEI280)

2. 家庭責任

在戒治處遇的場域中，毒癮者有了一個空間和時間重新審思自身在

目前家庭中的角色和責任，該家庭功能似乎是透過家屬得知毒癮者接受戒治後的反應中展現，家人的反應如同鏡子，反射了毒癮者內在，進而重新去思考未來的家庭角色。如：

如果○○出獄的話，還是要跟我住在一起的話，他有跟我保證，如果這樣他無條件轉頭就走，他也不會牽連我的女兒，他也跟所有的朋友說（台語），他要進來的時候跟所有的朋友說，我老婆要出來了誰要是敢打電話給我老婆的話，等我出來的話我就…我就…(FBM363)

場面很難看，所以他進去我女兒出來的時候，通通沒有跟外面的朋友連絡…(FBM365)

知道說她們在維持這個家庭也是很辛苦（台語）…(FEI284)

三、家庭支持方面

（一）吸毒前：當毒癮者尚未接觸毒品時，感受到的家庭支持以實質性支持居多、而情感性支持和訊息性支持較少，其中實質性支持多半以家庭起居的照顧為主，毒癮者在家中受到家人提供飲食和居住的協助，但是在情感上或訊息的提供方面似乎比較少，反而多數毒癮者是從同儕中獲得情感上和訊息性支持。如：

他爸爸…他爸爸因為愛之深責之切，他都說他不是一個好東西…(FCW71)

可是因為我先生不學好，所以當有發生事情的時候，我公公都是去當那種…擦屁股的那種…(FCW75)

要討多少錢多少錢就給他，啊為什麼會變成這樣我也不知道（台語）…(FAM01)

家事是會啦，只是說…後來長大這幾年比較多啦，因為小時候家庭的觀念就是吃完就放著，吃完就放著，那後來比較大了…就…也是會去洗、會去幫忙洗，只是說…應該講機會比較不常啦，到後來比較長大就放著，放著就忘了，吃完去把他洗起來，爸爸有時候都會說「放著就好等一下我再洗」、

「啊不用了我洗洗」爸爸就會講說「沒關係你放著等一下爸爸洗就好(台語)」就爸爸就會說放著就好他去洗，因為吃完一家也沒幾個人啊，碗盤也是幾塊而已，就洗一洗，看到地板髒了就掃拖，這都從小就會去做的事，沒有說刻意要說要幫忙幫忙…(FA138)

(二) 吸毒後：當吸毒後，毒癮者開始可能遇到許多問題，此時家人所給予的支持，似乎實質性和訊息性支持有增加的趨勢，這些支持包括金錢的給予，但似乎在情感上支持卻受到毒品使用和污名化的影響，使得家人給予比較隱晦或間接的情感性支持，如：

我被抓到的時候、我國中那時候、畢業那年被抓到的時候，就在開庭啊，啊我爸爸會有習慣性的咳嗽啊，就那種聲音，聽那麼多年一聽就知道是我爸在，啊就那時候開庭就在法院地下室拘留所裡面啊，但是我很早那時候就聽到我爸爸的咳嗽聲，所以我知道爸爸很早就在等我開庭要交保我出來，還有一些就…有時候晚上因為家裡爸爸在外面還有經營海釣場，那個時候他很忙沒什麼時間，但是他就是回來還是一定會到我房間去，沒有開門，但他還是會聽一下說我在幹嘛幹嘛，還是說如果我在地下室組裝我的摩托車，他都會去看一下，只是說他不叫你，但是我都會知道他來了，就是一些習慣或小細節的聲音我都知道，我所算是比較敏感的…(FA182)

他就講這樣，可是我覺得他好像也沒有辦法幫助他什麼吼，我覺得雖然公公他會透露…他後來退休嘛，後來我嫁給我先生大概沒有幾年我公公他就退休了，(公公)他退休之後他(毒癮者)就進去裡面，因為吸毒最後一定會延伸成這樣嘛，你開始就用家裡的錢，我曾經在上次那邊有跟你提過，薪水…我在醫院當護士，今天領了明天就不見，一家人就是這樣子，然後每天…就是說我下一餐要去哪裡我明天要去哪裡我都不曉得，我都不知道我怎麼熬過來的…(FCW112)

就說要幹嘛幹嘛啊，就…反正就說這一筆錢…因為我、我很少跟家人開口，但是我拿的數目不會很多啊，就先應急的而已，其他…需要比較大的支出我會另外、另外想辦法…(FAI243)

(三) 接受戒治後：當毒癮者開始戒治處遇後，家人似乎無法再提供更多的實

質性支持，部分原因可能礙於聯絡方式之受限，僅以通信或會客的方式給予支持，但在情感性支持方面，有較多的提升。如：

因為我感覺說我愛我老婆，我害我老婆受到這種刑期、保安處分，然後在家裡…因為她我老婆在家裡都是她在做啊，啊她進來就換我要去做，啊不然說一句直一點的（台語），我岳母今天會這麼挺我…我岳母很挺我對我很好…要做給人家看，我也是跟我岳母講說「媽，我被關完回去我會好好做，你不用擔心」，我岳母很挺我啦…(FBI100)

就自己在那邊想，真的有在關心我們的就只有家裡的人，如果沒有對家裡的人好一點，還是沒有做好一點給她們看是比較說不過去，我的想法是這樣（台語）…(FDS258)

但也有受到過去不利的家庭經驗，使得家人對於吸毒者情感性支持呈現負面的趨勢，認為戒治處遇能夠有效地隔離和降低家人的困擾。如：

嗯…因為他出來之後，又開始吸毒之後，我媽又要得憂鬱症…(FED368)

我…可能有想要替我媽出一口氣吧…(FED376)

陸、結果與討論

一、毒癮者家庭的情感互動與家庭支持情形，與過去研究比較

量化資料中，毒癮者與家屬在「情感表達」、「情感涉入」、「情感性支持」等向度均未達顯著差異，只有在家庭支持中的「實質性支持」達到顯著差異；質性訪談則可見到毒癮者吸毒前、吸毒後，家庭多半以提供「實質性支持」為主，直到進入戒治處遇後，因戒治所內連繫方式的限制，「情感性支持」才明顯提升。

林倩如(2006)指出，「情感涉入」是毒癮者再度吸毒的預測因子，但本研究中，毒癮者與家屬在情感涉入的主觀感受並無顯著差異，這可能不是因本研究中毒癮者家庭無情感涉入的情形，更可能是家庭內已習慣此種互動方式。李思賢(2005)則指出，情緒支持對毒癮者出監後是否再犯毒品罪具有保護作用，

質性研究結果呈現：吸毒前後，家庭支持以提供實質金錢、物質的實質性支持為主要方式，但直到入所戒治，家庭內的情感性支持才開始提升，這可能是戒治處遇受限制的聯絡方式、與心理師和社工員等專業人員的介入，正好可提供毒癮者家庭再一次學習正向情感表達與情感支持的契機。

二、毒癮者自陳的家庭功能高於家屬，不同家庭角色間的看法更存在差異

由量化資料來看，毒癮者在「整體家庭功能」、「衝突」、「溝通」、「問題解決」、「獨立性」、「家庭責任」等分向度與家屬有顯著差異，進一步分析：父母自陳在「整體家庭功能」與「家庭責任」又顯著高於子女，而感受到的「衝突」則是父母低於配偶與子女；由質性資料來看，吸毒者的家庭原本就較缺乏「監督」、「溝通」和「問題解決」功能，尤其在接觸毒品後，讓吸毒者原本不足的家庭功能出現更多層面的斷裂和失功能，顯示父母親對於吸毒子女的高包容性、但也可能父母親比起其他家庭成員，更習於家庭內的責任分配與互動模式。

另一方面，相較於家人感受，毒癮者認為自己在家中具備功能、可說是「自我感覺良好」，但這也可能是毒癮者與家屬在家庭功能的基礎本有差異：過去毒癮者在家庭動力的位階相對較低，為避免整體家庭因毒癮者再度吸毒而產生動盪，家人擔負大部分的家庭功能，毒癮者被要求的責任較少，因此由吸毒者的角度來看，自己已符合家人期待、在家庭內功能良好，但家屬卻因實際上擔負家庭大部份功能，故覺得吸毒者在家庭內功能不彰。

但在「接受戒治」之後，家庭反而會因此危機事件而激發家庭功能、展現較多「家庭凝聚力」與「家庭責任」，比起其他家庭成員，父母親更能感受到毒癮者在家庭責任上的提升，顯示了父母親對毒癮者永遠的包容與期待。

三、毒癮者在家庭內的角色功能邊緣化，「戒癮」成為整體家庭議題

在質性資料中可見：家屬會在毒癮者吸毒被證實前，避免碰觸吸毒議題，以維持家庭內的運作與平衡。當吸毒一旦被證實，整體家庭對毒癮者的

期待與需求即開始改變，以因應此一危機事件。之後為了預防因毒癮者再度吸毒而失功能、使得家庭再現危機，家屬雖然歡迎毒癮者回歸家庭，但已不再將家庭需求重心放在毒癮者上，所以毒癮者只要擔負相對較輕責任即可。更甚者，當家庭成員多將焦點放該如何協助毒癮者戒毒時，戒毒演變成整體家庭任務，毒癮者本身「戒毒」的責任變小，忽略毒癮者應盡的家庭角色功能。

柒、未來建議

本研究以比較家屬與毒癮者在家庭支持、家庭需求與家庭功能間的差異進行比較，家屬需要同意填答問卷、甚至接受訪談者，該家屬樣本可能本身就較其他拒絕研究的家屬族群來得開放、具支持性，因此，本研究是否能推論到整體戒毒族群有待進一步探討。

雖然如此，由研究結果可見：父母親可說是毒癮者最堅實的支持者，但另一方面，毒癮者自小成長在父母親所建構的家庭，毒癮者和家庭之間的需求確實為匱乏程度，進一步推論：或許是這些需求的匱乏對毒癮者而言，是種先天的缺陷和易弱性，當面對壓力事件時，讓毒癮者有較大的機會開始接觸並且習慣毒品的使用，而受監禁的戒治處遇下，若能改變家庭內慣有的互動模式，由專業輔導人員（如：臨床心理師與社會工作人員）介入協助，重新建立良好的而穩固的家庭互動模式，更可避免毒癮者出所後，又回到舊有的家庭運作模式中。

最後，無論是毒癮者或家屬都聚焦在如何協助毒癮者成功戒毒、回歸正常生活，卻鮮少談到「我（毒癮者）能為家屬做什麼」。建議可針對毒癮者家屬提供更多的支持管道，滿足「整體家庭」需求，未來規劃家庭服務方案時，可加入家屬自我照顧主題、好有能力去協助家人戒毒外，更應教導毒癮者對家庭責任的重視，行事以家庭整體需求為考量，才可順利再度融入家庭。

參考文獻

中文部份

- 王以仁 (2001)。受刑人家屬心理需求之調查。行政院國家科學委員會專題研究計畫。NSC89-

- 2413-H-415-003。
- 王振宇 (2010)。藥物濫用者家庭支持、用藥渴求與復發意向之研究。國 暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士 文。
 - 王淑惠 (2001)。由家庭功能與性格特質探討婦女憂鬱焦慮共病現象。國立成功大學行為醫學研究所碩士論文。
 - 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 中正大學犯罪防治研究所博士 文。
 - 江振亨 (2009)。多元整合戒治方案實施成效之心理變項效果評量與出所後再犯與否評估研究。 政院衛生署管制藥品管 局研究計畫。
 - 行政院衛生署管制藥品管理局 (2007)。避免毒癮者再犯，首重家庭支持與協助 新聞 稿。 民 國 97 年 05 月 24 日 取 自 <http://www.nbcd.gov.tw/admin/uploads/20070910113446515653342/960905新聞稿.pdf>。
 - 余雅惠 (2006)。已婚婦女之家務分工滿意度、婚姻信念、家庭支持與婚姻滿意度之相關研究。國立嘉義大學家庭教育與諮商研究所碩士論文。
 - 呂寶靜 (2000)。老人朋友網絡支持功能之初探。社會政策與社會工作學刊，4 (2)，43- 90。
 - 宋鴻樟 (2005)。國內藥物濫用之盛行率與追蹤研究 - 個案對照研究。行政院衛生署管制藥品管理局委託研究計畫。DOH94-NNB-1037。
 - 宋麗玉 (2002)。社會支持網絡、壓力因應與社會網絡處遇於社會工作理論—處遇模式與案例分析。臺北：洪葉。
 - 李欣瑩 (2001)。桃園市國中生主觀生活壓力、社會支持、因應行為與身心健康之關係研究。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
 - 李思賢 (2005)。藥癮再犯罪成因與心理治療介入的可行性：出監毒癮者之回溯性與前瞻性追蹤研究 (一)。行政院衛生署管制藥品管理局委託計畫。計畫編號 DOH94-NNB-1032。
 - 李素菁 (2002)。青少年家庭支持與幸福感之相關研究 -- 以台中市立國中生為例。靜宜大學青少年兒童福利學系碩士論文。
 - 周涵君 (2011)。更生人家庭支持性服務方案之執行效果。國立台北大學犯罪學研究所碩士論文。
 - 周碧瑟 (1997)。臺灣地區青少年藥物濫用盛行率與危險因子的探討。台灣輔導通訊，50:34-41。
 - 林倩如 (2006)。同儕吸毒、家庭功能對戒治所男性海洛因使用者毒品再用的影響。國立成功大學醫學院行為醫學研究所碩士論文。
 - 林健陽、陳玉書與柯雨瑞 (2003)。毒品犯罪戒治成效之追蹤研究。2003 犯罪矯正與觀護研討會論文集。中央警察大學、國立中正大學犯罪防治學系等主辦。

- 林豐材 (2005)。受刑人及其家屬家庭需求調查研究。國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文。
- 法務統計 (2010)。1998-2009 毒癮者出所再犯毒品罪追蹤統計表。法務部內部統計資料表。2011 年 01 月 01 日統計處提供。
- 法務統計摘要 (2012)。矯正統計。2012 年 9 月 9 日取自 <http://www.moj.gov.tw/site/moj/public/MMO/moj/stat/new/newtxt2.pdf>。
- 邱文彬 (2000)。社會支持因應效果的回顧與展望。國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學，11 (4)，311-330。
- 柳正信 (2006)。我國少年毒品再犯心理社會因素之研究。國立臺北大學公共行政暨政策學系碩士論文。
- 洪宏榮 (2003)。成人受保護管束人再犯歷程之質性研究。國立中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 胡萃玲 (1998)。藥癮復元者的藥癮歷程及相關要素之分析研究—以晨曦會受訪者為例。1998 世界心理衛生與輔導會議論文集，129-147。
- 陳毓茹 (2005)。高雄縣市成人宗教態度、家庭支持與幸福感之關係研究。國立高雄師範大學成人教育研究所碩士論文。
- 陳碧珍 (2004)。回家—藥癮戒治復原者重返家庭的歷程。國立嘉義大學家庭教育與諮商研究所碩士論文。
- 陳潔欣 (2007)。啓智教養機構教保工作人員工作壓力、家庭支持及工作適應關係之研究 - 以雲嘉南地區為例。國立嘉義大學家庭教育與諮商研究所碩士論文。
- 曾慧雯 (1999)。門診憂鬱症患者之社會支持與希望狀態之探討。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。
- 黃俐婷 (2004)。家庭支持的結構與功能分析。社區發展季刊，105，367-380。
- 楊士隆、吳志揚 (2009)。青少年藥物濫用防制策略評析。行政院研究發展考核委員會委託計畫。RDEC-RES-098-039。
- 楊惠婷 (2000)。藥物濫用青少年生涯發展歷程與生涯建構之研究。國立高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 詹哲峯、蔡俊賢 (2008)。澎湖監獄毒品犯戒治處遇「家庭支持」與「復歸社會前準備」方案介紹。矯正月刊，195 期。
- 蔡教仁 (2008)。藥物濫用者戒癮認知與戒癮途徑之研究。亞洲大學社會工作系碩士論文。
- 鄭峰銘 (2006)。更生人家庭復原力之研究。國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文。
- 顏正芳 (2003)。青少年使用安非他命研究 - 濫用與復發預測相關因子之調查。高雄醫學大學醫學研究所博士論文。

英文部分

- Caplan, G. 1974. Support systems and Community mental health. New York : Basic Book.
- Fobair PA, Zabora JR. 1995. Family functioning as a resource variable in psychosocial cancer research: issues and measures. *The hospice Journal*, 13(1/2),97-114.
- Hycner, R. H. 1985. Some Guidelines for the Phenomenological Analysis of Interview Data. *Human Studies* 8: 279-303.
- Jacobson, D. E. 1986. Types and timing of social support. *Journal of Health Behavior*, 27, 250-264.
- Kazura, K. 2001. Family Programming for Incarcerated Parents: A Needs Assessment among Inmates. *Journal of Offender Rehabilitation*, 32(4). 67-83.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2000. Approaches to drug abuse counseling. NIH Publication.
- National Institute on Drug Abuse(NIDA), 2002. Drug abuse prevention – A collection of NIDA Notes. NIDA Publication.
- United Nations Office on Drugs and Crime(NUODC), 2006. World Drug Report.
- Wills, T. 1985. Supportive functions of interpersonal relationships. In : S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp.61-82). New York, NY : Academic Press.

學術論著

毒品使用更生人不同犯次對家庭功能 及生活品質影響

The family function and quality of life influenced by crime
frequency of drug abuse ex-offender

林俊宏

法務部矯正署桃園監獄
臨床心理師

蔡紫君

桃園醫院醫師

摘要

林俊宏、蔡紫君

背景：在台灣藥物濫用是相當嚴重的社會問題，希望藉由探索現行毒品危害防制策略及分析社區中毒品使用更生人不同犯次對家庭功能及生活品質的影響。

目的：分析社區中毒品使用更生人家庭功能及生活品質，並分析不同犯次對兩者的影響。

方法：以北部某縣市政府毒品危害防制中心所追蹤之毒品使用更生人為主，並採取立意取樣，透過結構式問卷進行調查，收案期間為 103 年 2 月至 103 年 12 月。

結果：有效收案人數共 316 人，性別比例為 6.9，教育程度以高中職及中學為主 (97.2%)，有 54.5% 更生人未婚。有 82% 更生人生家庭功能障礙，卻有 88.6% 的更生人自認為生活品質不錯。初犯的更生人者其家庭功能及生活品質明顯優於累犯及再犯。毒品危害防制中心所擬定更生人關懷等級，無法鑑別更生人在家庭功能和生活品質之表現。

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0004

The family function and quality of life influenced by crime frequency of drug abuse ex-offender

Abstract

Chun-Hung Lin 、Tzu-Chun Tsai

Background : Drug abuse is a serious problem in Taiwan. To explore the narcotics hazard prevention strategy and to analysis the family function and quality of life (QOL) influenced by crime frequency of drug abuse ex-offender.

Purpose : The study is to explore the family function, quality of life and impacting of drug abuse ex-offender.

Methods : We included 316 subjects. The gender ratio is 6.9:1 (male: female). The 97.2% ex-offenders are graduated from high school and senior high school and 54.5% ex-offender s are single. The 82% ex-offenders has family function problem and 88.6% ex-offenders feel having a good quality of life. The family function and quality of life of first offender are better than recidivism and reconviction. The tracing level of drug abuse prevention center were not distinguished the family function and quality of life from ex-offender.

Keywords : family function, quality of life, crime frequency, drug abuse ex-offender

壹、前言

藥物濫用是世界各國共有的問題，根據聯合國毒品暨犯罪辦公室聯合國毒品與犯罪辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC）2014年世界毒品報告顯示，大約有 2.43 億人（約 5% 的世界人口）在使用非法藥物，而全世界有將近 1.62 至 3.24 億人在過去 12 個月內曾經使用過非法藥物，施用各類毒品，占 15 歲以上總人口的 3.5 至 7.0%（UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014）。而歐洲毒品與毒癮監控中心（European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA）估計，在歐盟中有近 1/4（約 8 千萬以上）的成人曾使用過非法藥物（European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014），可見藥物濫用現象已是全世界共有的問題。

依據我國檢察機關新收偵查毒品案件，近 5 年來每年均逾 6 萬人，以 99 年 7 萬 6,363 人居冠，其中 83.2% 為施用毒品者，計 6 萬 3,521 人；103 年新收毒品犯總計 6 萬 2,842 人，為近 5 年之最低，較 99 年減少約 1 萬 3,521 人（法務部統計處，2015）。目前我國毒品罪新入監受刑人人數占全體新入監受刑人人數達 3 成以上，為矯正機關最主要之收容人。合計 5 年新入監毒品受刑人占所有新入監受刑人比例為 30.5%，其中男性占 86.3%，女性占 13.7%，性別比為 6.3；而新入監非毒品受刑人中男性占 92.2%，女性占 7.8%，性別比為 11.8，顯示新入監女性受刑人在毒品罪的比重約為非毒品罪者之 1.8 倍（法務部統計處，2014）。

根據法務部統計處資料顯示，民國 103 年 12 月底在監受刑人共計有 5 萬 7,633 人（法務部統計處，2015），其中毒品犯以 2 萬 6,683 人居首，占全體受刑人的 46.3% 之多（法務部統計處，2015）。可見藥物濫用在台灣是相當嚴重的社會問題，且藥物濫用中共用針具特別容易讓使用者感染愛滋病及 C 型肝炎，對於治安維護與傳染病防治是一大威脅（UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014）。

貳、研究背景與動機

隨著醫學技術的提升及科技的進步，改善既有的藥物濫用治療模式，因而必須採用多重的角度介入，包含毒品成癮者的生理照顧、心理治療、生活技能之培養、社會支持的提升，方能達到成功戒癮的目標（林瑞欽，2004）。學者林健陽等人針對男性與女性戒治所戒毒者進行研究，結果顯示當「家庭附著」越強時，戒治成效會越佳（林健陽，2001）。而當家庭中展現出較多的情感性支持時，藥物成癮者的用藥渴求就會降低（江振亨，2003）。綜上所述，藥物成癮者能否順利重返社會適應的過程、戒除毒癮行為，家庭扮演著極為關鍵的角色。

有鑑於此，強化家庭功能對於毒品戒治與其未來再犯防治有很大助益，但目前尚未有人針對社區毒品使用更生人進行家庭功能調查分析。故本研究將試圖了解社區毒品使用更生人之家庭功能、生活品質及其不同犯次對家庭功能影響。

參、研究目的

本研究參考國內外相關論與實證研究，針對社區毒品使用更生人進行家庭功能評估及生活品質，並進一步分析比較社區毒品使用更生人不同犯次對家庭功能及生活品質的影響。根據上述背景及動機，本研究具體之研究目的羅列如下：

1. 探索社區中毒品使用更生人家庭功能。
2. 探索社區中毒品使用更生人生活品質。
3. 比較社區中毒品使用更生人不同犯次對家庭功能及生活品質的影響。

肆、文獻回顧

Walsh 認為家庭功能是在維持與統整一個家庭系統，協助家庭成員實現必要的任務，並讓家庭成員能夠成長（Walsh, 1993）。家庭功能一般是包括社會化、照顧、發展、財政支援、情緒支援。社會化和照顧是家庭的基本功能，且個人可以從家庭得到歸屬感、愛、接納、認同等。研究顯示，毒品使用者易因負面情緒及缺乏家庭支持，而再度使用成癮藥物（李思賢，2010），故家人的關懷與支持更扮演著重要的角色，當家庭關係愈親近、凝聚力增強，相對的衝突機會就會減少，負面情緒也可隨之減少（Knight, 1996）。倘若出獄後的更生人，能與

家人保持良好的關係將有效降低再犯率（莊耀嘉，1993）。藥物濫用高風險個人通常缺乏家庭之保護因子，如父母的監督與支持與家庭依附不佳等（楊士隆，2012）。歐洲毒品和毒癮監測中心 (EMCDDA) 研究指出寄養家庭之兒童或青少年容易因為被疏忽或虐待，比一般家庭之青少年有較多濫用藥物之行為（European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012）。因此，強化家庭成員的關係與親職技能，將能使家庭成為藥物濫用有效預防之基礎（European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014）。

Hirschi (1969) 所建構的社會鍵理論（Social Bond Theory）認為人與動物行為無異，天生具有犯罪的傾向，人需要社會鍵或社會聯結 (social bond) 來減少人犯罪的傾向。社會鍵的主要四個構成要素為（許春金，2013）：依附（attachment）、奉獻（commitment）、參與（involvement）及信念（belief），詳述如下：

一、依附（attachment）：

即一個人若愈附著於父母、學校及同儕團體，一個人愈不可能犯罪。

（一）依附於父母（attachment to parents）

家庭是人類第一個接觸到的社會化機構，父母的角色對孩童而言，是一個模仿及認同的對象，在教化的過程中，如果孩子能與父母之間建立一個強而有力的情感連結，則可使其不容易從事偏差行為。

（二）依附於學校（attachment to school）

愈附著於學校，則愈不可能從事非行，個人對學校的附著程度是取決於個人在學校的表現、能力及智商。因學業的低落及表現不佳，會減低他的學習興趣，進而可能不喜歡學校，因此不能附著於學校，而提高了非行的可能性。

(三) 依附於同儕團體 (attachment to peers)

若孩子愈在乎朋友對他行為的看法及表現，愈重視同儕團體的反應，則當他考慮從事偏差行為時，會因為同儕團體的看法而降低他非行的可能。

二、奉獻 (commitment)

社會連繫中的一種物質要素，例如從事犯罪行為時，會失去獎賞以及必須付出一些代價，另外也包括自己期許對未來的抱負，例如好的成績及事業等。

三、參與 (involvement)

對於每個人一生中擁有的時間與精力都是受到限制的，若能將時間與精力投入於正常活動，則能免於罪惡。

四、信念 (belief)

個人並不會為了犯罪而去建立另一套價值，致使個人從事犯罪的根源在於信仰價值的薄弱或瓦解，所以要使一個人不違反社會規範，根本方法在於增強其信仰價值，因此若偏差的信念是存在的，則不需要去解釋，需要解釋的是當人們破壞秩序時，他們合於道德的信念仍然存在。

因此，「好的社會鍵」可拒絕犯罪以及種種犯罪的誘因。因此，強化毒品使用者之家庭功能，將可有效降低其再度使用毒品之可能性。

伍、研究設計與實施

一、研究方法

本研究概念測量皆以目前國際上具有良好信度與效度之臨床衡鑑工具為主，期能有效檢驗研究架構，研究過程中採用臨床診斷晤談及問卷調查法，以量化研究進行實證性的調查研究。並以實證主義觀點，運用統計分析探究社會現象，試圖建立放諸四海皆準原 原則，更進一步解釋、預測和控制社會現象。

二、研究對象與抽樣技術

(一) 受試對象

本研究受試對象為於北部某縣市政府毒品危害防制中心所追蹤之毒品使用更生人為主，本研究採取立意取樣，收案時間 103 年 2 月至 103 年 12 月。

(二) 執行步驟

本研究資料搜集乃每日篩選符合收案標準的對象，並經由研究人員詳細說明研究過程並取得社區更生人同意後，才進行基本資料及量表資料之收集。

三、研究工具

本研究之問卷設計分為三大部分。

(一) 基本資料：收集社區毒品使用更生人之基本背景資料。

(二) WHO-5 幸福指標 (WHO-5 Wellbeing Index) WHO-5 (Bonsignore, 2001; Bech, 2004)：

WHO-5 是 WHO 設計來測量主觀幸福感，根據生活品質的建構概念，用於一般評估幸福指標和生活品質的心理健康工具 (World Health Organization, 1998)，WHO-5 主要涵蓋心靈愉悅層次。WHO-5 問卷是十分簡單的問題，共有 5 個題項，大多數民衆能快速的理理解，而且只需要幾分鐘時間就可以完成。WHO-5 為快速、有效評估生活品質工具之一，測量主觀的生活品質，包含正向情緒、活力和對事物的興趣等三個面向。該量表係根據生活品質的建構概念而成，從主觀經驗來看，生活品質是建立在每一個人都有屬於自己對生活品質的一套定義假設，而大多數人定義為一種正向心理觀點和幸福感情緒 (Bowling, 2003; Moons, 2006; WHOQOL Group, 1995; Fayers, 2007; Bowling, 2005)。

WHO-5 主要是涵蓋心靈愉悅層次，該問卷施測過程十分簡單，共有 5

個題項，大多數民衆能快速的理理解，而且只需要幾分鐘時間就可以完成。林俊宏等人在 2013 年時已驗證 WHO-5 在臺灣地區適用性，結果顯示 WHO-5 具有良好的信效度，且 Cronbach's α 值高達 .94 (Lin, 2013)。WHO-5 已被廣泛翻譯成各種語言，像是阿爾巴尼亞、阿拉伯、保加利亞、荷蘭語、英語、芬蘭語、法語、德語、希伯來語、匈牙利語、冰島語、日語、立陶宛語、挪威語、波斯語、羅馬尼亞語、俄語、西班牙語、瑞典語、土耳其語、泰語等語言 (Baksi, 2004; Awata, 2007; Saipanish, 2009)，並運用在測量生活品質 (Bech, 2003) 和作為憂鬱症篩檢，以及臨床治療成果評估之工具 (Henkel, 2003; Primack, 2003; Newnham, 2010)。

為確保本研究 表具有可 性與研究價值，依據本研究所蒐集的 316 個有效樣本進行信度檢定，發現該量表之內在一致性信度 Cronbach ' s α 為 .87 (>.80)，顯示出此量表的項目在本研究裡具有高度一致性，信度非常理想。

(三) 家庭功能評估表 (family APGAR) (Smilkstein, 1978)

家庭功能評估表 (family APGAR) 是由美國華盛頓大學 Smilkstein，以家庭成員的看法所發展出的問卷，是以五個層面的問題來分析家庭功能，包括適應度 (Adaptation)、合作度 (Partnership)、成長度 (Growth)、情感度 (Affection)、與融洽度 (Resolve)，以量化方式測量個人對家庭功能的滿意度 (Smilkstein, 1978)。家庭功能評估表已被證實具有良好信效度，為一經濟、省時、及適用性強的評估工具 (Smilkstein, 1982; Lee, 1993)。

為確保本研究量表具有可行性與研究價值，依據本研究所蒐集的 316 個有效樣本進行信度檢定，發現該量表之內在一致性信度 Cronbach's α 為 .93 (>.90)，顯示出此量表的項目在本研究裡具有高度一致性，信度非常理想。

四、資料處理與分析

擬將所收集各項有效量表及問卷之樣本資料，以 SPSS for Window release 19 統計軟體進行次數分配、百分比、平均數和標準差等描述性統計、卡方檢定、T 檢定及 F 檢定等統計檢定。

陸、研究結果

本研究共收案社區更生人共 434 人，排除無意願者及資料不齊全者，有效收案人數共 316 人，有效收案數達 72.8%。

從社區毒品使用更生人基本資料來看，男性 276 人（87.3%），女性 40 人（12.7%），性別比例為 6.9；教育程度以高中職及中學為主，佔全體更生人 97.2%，有 54.5% 更生人未婚，已婚和離婚分別為 18.4% 及 23.7%。薪資收入以 2-3 萬元（49.7%）最多，其次為 3-5 萬元（24.9%），2 萬元以下占 20%，且有 76.9% 更生人入監前是與家人同住並每天回家與家人同住，並有 62.7% 更生人薪資有提供家用，僅有 4.4% 更生人自陳與家人關係不佳，遇到問題會與家人討論也只有 42.1%，所面臨壓力事件以工作和人際為主，但有高達 57.9% 更生人拒答。從自陳家庭功能來看，無家庭功能障礙卻只有 18%，但卻有 88.6% 的更生人自認為生活品質不錯很幸福。從犯次來看，以累犯最多（39.2%），初犯佔 35.2%，而再犯 25.6%。從工作情況來看，仍有 9.8% 更生人處於無業狀態，須多加以留意，其他詳細資料詳見表 1。

表 1、社區毒品使用更生人人口學基本資料表

變項	分類	次數	百分比
教育程度	小學	9	2.8
	中學	132	41.8
	高中職以上	175	55.4
婚姻狀況	未婚	172	54.5
	已婚	58	18.4
	同居	8	2.5
	分居	3	0.9
	離婚	75	23.7
薪資收入	無	3	0.9
	2 萬以下	63	20
	2-3 萬	157	49.7
	3-5 萬	78	24.7
	5 萬以上	15	4.7
與家人同住	是	243	76.9
	否	73	23.1
提供家用	是	198	62.7
	否	118	37.3

變項	分類	次數	百分比
與家人關係	很好	183	57.9
	普通	119	37.7
	不好	14	4.4
家庭功能	重度家庭功能不足	57	18
	中度家庭功能障礙	103	32.6
	家庭功能無障礙	156	49.4
生活品質	不幸福	36	11.4
	幸福	280	88.6
面臨壓力事件	人際	4	1.3
	工作	56	17.7
	其他	4	1.3
	人際, 工作, 其他	3	0.9
	工作, 其他	2	0.6
	人際, 工作	64	20.3
	拒答	183	57.9
工作	無業	31	9.8
	有工作	285	90.2
犯次	初犯	111	35.2
	再犯	81	25.6
	累犯	124	39.2
關懷等級	高	105	33.2
	中	75	23.7
	低	123	38.9
	遺漏	13	4.1
使用毒品等級	一級	49	15.5
	二級	167	52.8
	三級	6	1.9
	運送或販賣	4	1.3
	一級, 二級	85	26.9
	三級, 運送或販賣	1	0.3
	二級, 三級	2	0.6
	二級, 運送或販賣	1	0.3
	一級, 二級, 三級	1	0.3

從年齡來看，社區毒品使用更生人年齡變項之最小值為 20 歲最大值為 67 歲，平均約為 38.08 歲 (SD=9.37)；社區毒品使用更生人生活品質最低分為 0 最高分為 25，平均分數為 17.54 分 (SD=4.27)；社區毒品使用更生人家庭功能最低分為 0 最高分為 10，平均分數為 6.37 分 (SD=3.14)，詳細資料詳見表 2。

表 2、生活品質及家庭功能分析表

	最小值	最大值	平均數	標準偏差
年齡	20	67	38.08	9.37
生活品質	0	25	17.54	4.27
家庭功能	0	10	6.37	3.14
適應度	0	2	1.21	0.73
合作度	0	2	1.19	0.74
成長度	0	2	1.29	0.70
情感度	0	2	1.29	0.71
融洽度	0	2	1.38	0.70

分析不同關懷等級社區毒品使用者的生活品質與家庭功能之 F 檢定結果顯示，從表 3 中生活品質部分 $F=.94, p=.39>.05$ 未達顯著水準，家庭功能部分 $F=.41, p=.66>.05$ 未達顯著水準，顯示目前毒品危害防制中心所制定不同關懷等級在家庭功能和生活品質上無顯著性差異存在。

表 3、不同關懷等級社區毒品使用更生人在生活品質、家庭功能之 F 檢定

		平方和	自由度	平均平方和	F 值	P 值
生活品質	組間	34.15	2	17.07	.94	.39
	組內	5431.29	300	18.10		
	總和	5465.43	302			
家庭功能	組間	8.15	2	4.08	.41	.66
	組內	2971.35	300	9.91		
	總和	2979.51	302			

* $P<.05$ ，** $P<.01$ ，*** $P<.001$

社區毒品使用者與家人關係在生活品質與家庭功能之 F 檢定結果顯示，從表 4 中生活品質部分 $F=25.33, p=.000<.01$ 達顯著水準，家庭功能部分 $F=121.91, p=.000<.01$ 達顯著水準，顯示更生人與家人關係好壞對生活品質及家庭功能上有顯著性差異存在，關係良好者其生活品質滿意度及家庭功能越佳。

表 4、社區毒品使用更生人與家人關係在生活品質、家庭功能之 F 檢定

變項	犯次	平均數	標準差	F 值	P 值	Post-hoc- test
生活品質				25.33***	.000	
	1. 很好	18.78	3.84			1>2 : 1>3
	2. 普通	16.18	3.86			2<1 : 2>3
家庭功能	3. 不好	12.93	6.15			3<1 : 3<2
				121.91***	.000	
	1. 很好	8.04	2.12			1>2 : 1>3
	2. 普通	4.43	2.75			2<1 : 2>3
	3. 不好	1.00	1.62			3<1 : 3<2

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

社區毒品使用者不同犯次在生活品質與家庭功能之 F 檢定結果顯示，從表 5 中生活品質部分 F=4.57, p=.011<.05 達顯著水準，家庭功能部分 F=6.80, p=.001<.01 達顯著水準，顯示更生人不同犯次對生活品質及家庭功能上有顯著性差異存在，初犯者在生活品質及家庭功能明顯優於再犯者和累犯者。

表 5、不同犯次社區毒品使用更生人在生活品質、家庭功能之 F 檢定

變項	犯次	平均數	標準差	F 值	P 值	Post-hoc- test
生活品質				4.57*	.011	
	1. 初犯	18.46	4.07			1>2 : 1>3
	2. 再犯	16.68	3.86			2<1
家庭功能	3. 累犯	17.27	4.56			3<1
				6.80**	.001	
	1. 初犯	7.23	2.95			1>2 : 1>3
	2. 再犯	5.74	3.02			2<1
	3. 累犯	6.01	3.24			3<1

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

社區毒品使用更生人是否與家人同住在生活品質與家庭功能之 T 檢定結果，從表 6 中顯示生活品質部分 T=1.95, p=.054>.05 未達顯著水準，在家庭功能部分 T=3.52, p=.001<.01 達顯著水準，表示社區毒品使用更生人是否與家人同住不影響其生活品質，但對家庭功能是有影響，且有同住者家庭功能較佳。

表 6、社區毒品使用更生人是否與家人同住在生活品質與家庭功能之 T 檢定

與家人同住		平均數 (標準差)	T 值	P 值
生活品質			1.95	.054
	是	17.83(3.97)		
	否	16.58(5.04)		
家庭功能			3.52**	.001
	是	6.75(2.84)		
	否	5.08(3.74)		

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

社區毒品使用更生人是否與提供家用在生活品質與家庭功能之 T 檢定結果，從表 7 中顯示生活品質部分 $T=.50$, $p=.62>.05$ 未達顯著水準，在家庭功能部分 $T=1.89$, $p=.06>.05$ 未達顯著水準，表示社區毒品使用更生人是否提供家用不影響其生活品質及家庭功能是有影響。

表 7、社區毒品使用更生人是否提供家用在生活品質與家庭功能之 T 檢定

提供家用		平均數 (標準差)	T 值	P 值
生活品質	是	17.63(4.03)	.50	.615
	否	17.38(4.66)		
家庭功能	是	6.64(2.89)	1.89	.06
	否	5.92(3.49)		

* $P<.05$ ，** $P<.01$ ，*** $P<.001$

柒、結論與討論

一、結論

根據本研究調查結果顯示家庭功能評估表 (Family APGAR) Cronbach Alpha 為 .93，WHO-5 幸福指標 (WHO-5 Wellbeing Index) Cronbach Alpha 為 .87，顯示家庭功能評估表 (Family APGAR) 及 WHO-5 幸福指標具有良好信度，適用於評估更生人。

社區毒品使用更生人性別比例為 6.9，年齡最小值為 20 歲，最大值為 67 歲，平均約為 38.08 歲 ($SD=9.37$)；生活品質最低分為 0，最高分為 25，平均分數為 17.54 分 ($SD=4.27$)；家庭功能最低分為 0，最高分為 10，平均分數為 6.37 分 ($SD=3.14$)；教育程度以高中職及中學為主 (97.2%)，更生人婚姻狀況以未婚 (54.5%) 和離婚 (23.7%) 居多，且薪資收入大多落在 2-3 萬元 (49.7%) 籍 3-5 萬元 (24.9%)。有 76.9% 更生人入監前是與家人同住，有 62.7% 更生人薪資有提供家用，僅有 4.4% 更生人自陳與家人關係不佳，且遇到問題會與家人討論也只有 42.1%，更生人所面臨壓力事件以工作和人際為主，但仍有高達 57.9% 更生人拒答。

從自陳家庭功能來看，無家庭功能障礙卻只有 18%，但卻有 88.6% 的更生人自認為生活品質不錯很幸福。從犯次來看，以累犯最多 (39.2%)，

初犯佔 35.2%，而再犯 25.6%。從工作情況來看，有 9.8% 更生人處於無業狀態。

目前毒品危害防制中心針對社區毒品使用更生人所制定不同關懷等級，無法鑑別更生人在家庭功能和生活品質之表現。另外，社區毒品使用更生人與家人關係良好者其生活品質滿意度及家庭功能越佳，社區毒品使用更生人是否與家人同住不影響其生活品質，但對家庭功能是有影響，有同住者家庭功能較佳；社區毒品使用更生人提供家用與否也不影響其生活品質及家庭功能。最後，更生人不同犯次對生活品質及家庭功能上有顯著影響，初犯者在生活品質及家庭功能明顯較再犯者和累犯者佳。

二、討論

從本研究可以得知家庭功能評估表 (Family APGAR) 和 WHO-5 幸福指標 (WHO-5 Wellbeing Index) 兩種臨床上常用衡鑑工具適用評估毒品使用之收容人及更生人的家庭功能和生活品質。

從結果可以得知，初犯的更生人者其家庭功能及生活品質明顯優於累犯及再犯，家庭緊密程度像是與家人同住為一有效保護因子，此與 Hirschi 所建構的社會鍵理論之依附（許春金，2013）相吻合，亦與過去研究結果（李思賢，2010；楊士隆，2012；江振亨，2003）一致。

本研究發現毒品危害防制中心針對社區毒品使用更生人所制定不同關懷等級，無法鑑別更生人在家庭功能和生活品質之表現，因此，現行關懷等級分類內容或方式是否有其修訂之必要，值得相關單位進一步去討論。

此外，有 82% 更生人生家庭功能障礙，卻有 88.6% 的更生人自認為生活品質不錯，這是一個十分有趣的現象，值得未來做深入分析。

三、研究限制

（一）抽樣上的限制

礙於研究時間與空間上的限制，本研究收案地點僅限於本部地區某一毒品危害防制中心所追蹤社區毒品使用更生人為對象，所收樣本無法進行全國性抽

樣調查，未來相關研究或許可以針對各縣市監所取樣，並規劃較長時段之取樣模式以彌補本研究之缺陷；另外，因該收案更生人性別比例為 6.9 高於矯正機關毒品收容人性別比例 6.3，未來可針對性別取樣進行改善。

（二）研究方法上限制

本研究範圍大多侷限於家庭依附因子上，並未將其他可能影響因素全都涵蓋，未來研究可將其他可能影響因素全都納入分析，讓研究內容更加周全。

（三）研究設計上的限制

因本研究設計屬於橫斷性研究且礙於個資法規定及時間上限制，無法將收案對象進行廣泛性內容評估，未來可朝縱貫性研究方式進行長期結構性追蹤，以獲得更加精準研究成果。

捌、致謝

本研究在法務部矯正署桃園監獄典獄長周輝煌大力支持，再加上桃園市衛生局心理健康科科長陳美宏及桃園市毒品危害防制中心全體工作同仁協助下才得以完成，謹此一併致謝。

玖、參考文獻

- Awata, S., Bech, P., Yoshida, S., Hirai, M., Suzuki, S., Yamashita, M., . . . Oka, Y. 2007. Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61(1), 112-119.
- Baksi, A. K. 2004. Keeping people at the centre of care: a challenge to health professionals? Putting people at the centre of care.
- Bech, P. 2004. Measuring the Dimension of Psychological General Well-Being by the WHO-5. *QoL Newsletter*, 15-16.
- Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M., & Rasmussen, N. K. 2003. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12(2), 85-91.

- Bonsignore, M., Barkow, K., Jessen, F., & Heun, R. 2001. Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251 Suppl 2, 1127-31.
- Bowling, A. 2003. Current state of the art in quality of life measurement. In A. J. Carr, I. J. Higginson & P. G. Robinson (Eds.), *Quality of Life* (pp. 1-8). London, UK: BMJ Publishing Group.
- Bowling, A. 2005. *Measuring health. A review of quality of life measurement scales* (3rd ed.). Maidenhead, England: Open University Press.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2012. 2012 Annual report on the state of the drugs problem in Europe. Lisbon.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2014. *European Drug Report 2014: Trends and developments*. Lisbon.
- Fayers, P. M., & Machin, D. 2007. *Quality of life* (2nd ed.). New York, USA: John Wiley & Sons.
- Henkel, V., Mergl, R., Kohnen, R., Maier, W., Moller, H. J., & Hegerl, U. 2003. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ*, 326(7382), 200-201.
- Knight, D. K., & Simpson, D. D. 1996. Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8(4), 417-429.
- Lee, L.-T., Chen, C.-J., Suo, J., Chen, S.-C., Chen, C.-Y., & Lin, R.-S. 1993. Family factors affecting the outcome of tuberculosis treatment in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association= Taiwan yi zhi*, 92(12), 1049-1056.
- Lin, C. H., Lee, S. M., Wu, B. J., Huang, L. S., Sun, H. J., & Tsen, H. F. 2013. Psychometric properties of the Taiwanese version of the World Health Organization-Five Well-Being index. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 331-331.
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. 2006. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International journal of nursing studies*, 43(7), 891-901.
- Newnham, E. A., Hooke, G. R., & Page, A. C. 2010. Monitoring treatment response and outcomes using the World Health Organization's Wellbeing Index in psychiatric care. *J Affect Disord*, 122(1-2), 133-138.
- Primack, B. A. 2003. The WHO-5 Wellbeing Index performed the best in screening for depression in primary care. *ACP J Club*, 139(2), 48.
- Saipanish, R., Lotrakul, M., & Sumrithe, S. 2009. Reliability and validity of the Thai version of the WHO-Five Well-Being Index in primary care patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63(2), 141-146.
- Smilkstein, G. 1978. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J fam pract*, 6(6), 1231-1239.

- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. 1982. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *The Journal of family practice*.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. 2014. *World Drug Report 2014*. New York: United Nations,.
- Walsh, F. 1993. Conceptualization of normal family processes In: Walsh F (ed) *Normal family processes*: New York: The Guilford Press.
- WHOQOL Group. 1995. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization. 1998. Use of well-being measures in primary health care—the DepCare project. *Health for All*.
- 江振亨 . 2003. 從「受刑人家庭支持方案」模式談社會工作理念在矯治機構之運用 . 社區發展季刊 , 103, 275-284.
- 李思賢, 吳憲璋, 黃昭正, 王志傑, & 石倩瑜 . 2010. 毒品罪再犯率與保護因子研究 : 以基隆地區為例 . 犯罪學期刊 , 13(1), 81-105.
- 林健陽, 陳玉書, 廖有祿, & 曹光文 . 2001. 「毒品危害防制條例」施行後毒品犯罪者矯治成效之研究 . 中央警察大學犯罪防治學報 , 2, 101-123.
- 林瑞欽, & 黃秀瑄 . 2004. 海洛因成癮者濫用藥物信念與用藥渴求信念初探 . [A Preliminary Study on Beliefs about Drugs Abusing and Craving for the Heroin Abusers]. 犯罪學期刊 , 7(2), 29-66.
- 法務部統計處 . 2014. 法務統計摘要 (103 年 12 月) - 新入監毒品受刑人統計分析 . from http://www.rjsd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list_id=1295
- 法務部統計處 . 2015a. 法務統計摘要 (103 年 12 月) - 在監毒品受刑人人數 . from http://www.rjsd.moj.gov.tw/rjsdweb/common/WebList3_Report.aspx?list_id=1287
- 法務部統計處 . 2015b. 法務統計摘要 (103 年 12 月) - 新收偵查毒品案件 . from http://www.rjsd.moj.gov.tw/rjsdweb/book/Book_File.ashx?chapter_id=108_11_1
- 法務部統計處 . 2015c. 法務統計摘要 (103 年 12 月) - 矯正機關收容人數 . from http://www.rjsd.moj.gov.tw/rjsdweb/book/Book_File.ashx?chapter_id=108_4_1
- 莊耀嘉 . 1993. 犯罪理論與再犯預測 : 以八十年減刑出獄人所做的實時性研究 . 臺北 : 法務部犯罪問題研究中心 .
- 許春金 . 2013. 犯罪學 (7 ed.). 台北 : 三民 .
- 楊士隆, & 李思賢 . 2012. 藥物濫用、毒品與防治 . 臺北 : 五南 .

學術論著

藥癮者跨國婚姻文化適應教育團體初探

A Pilot Study of Educational Group of Culture Adaption for Drug Abusers of Transnational Marriage

郭玟蘭

法務部矯正署臺南監獄社會工作師

吳迅寬

社團法人高雄市失智症協會社會工作師

林正昇

法務部矯正署高雄第二監獄科長

蔡協利

前法務部矯正署高雄戒治所所長 (現已退休)

摘要

郭玟蘭、吳迅寬、林正昇、蔡協利

政府致力於強化新移民家庭的服務，使其在生活適應、子女教養及婚姻問題上得到實質性幫助。然新移民女性若與藥癮者成婚，除了生活及文化適應面臨許多挑戰之外，婚姻過程中又須面對先生經常性的缺位，更容易使婚姻之路多舛，提高藥癮再犯之可能性。此一社會服務的缺角，便引發筆者研究並提供相關處遇的動機。

團體設計與研究方法

運用「儒家關係主義」為思考架構、「人情與面子理論」核心概念為基礎，以立意取樣方式篩選團體成員並設定相關主題，內容搭配影片的欣賞與討論進行結構式帶領，再以現象學資料分析法進行質性評量。

研究發現與討論

經研究分析，發現現今新移民家庭特質與過去的研究報告大異其趣：

一、澄清台籍先生的收入及其認識配偶的動機、角色期待、金援娘家等面向，並發現結婚為中斷用藥的重大原因，而文化適應對藥物濫用復發具有前導效果。

二、在學歷上的差距為生活出現問題的要因之一，但真正造成高離婚率的原因在於出入監所的頻率與刑期；而與一般在地婚配相較，具有藥癮的新移民家庭擁有高達 100 倍的離婚率更加值得重視。

三、台籍先生對配偶在台的適應協助呈現兩極化的差異，夫妻對相關社會資源利用的可及性與可近性偏低。

結論

藥癮須以個人特質輔以家庭的協助才能有效減緩復發。本團體針對台籍先生進行輔導處遇及研究，期盼能以此作為其他監所對是類收容人處遇的參考，並使大眾了解其在接受社會服務上的被動性，以使相關服務措施能更臻完善。

關鍵字：藥癮者、跨國婚姻、台籍先生、新移民女性

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0005

A Pilot Study of Educational Group of Culture Adaption for Drug Abusers of Transnational Marriage

Abstract

Wen-Lan Kuo, Hsun-Kuan Wu, Cheng-Sheng Lin, Shie-Lih Tsai

Introduction : The government has been contributing to the service of immigrant families in many aspects. But foreign spouses who marry drug abusers have to face their husbands' usual absence and often interfere their marriage adaptation to enhance the probability of re-use again. And this study wanted to discuss the issues.

Method

The group design in the study was taken “Chinese Relationalism” for its framework and “Theory of Face and Favor” for its base. The group techniques were included topic discussion and film-watching by structurally leading. As the group ended, the group participators were assessed qualitatively by Phenomenology data analysis.

Result

The study finds some difference from past studies: (1) The marriage is an important factor to protect abusers from drug re-use. (2) The divorce rate of the immigrant families with drug abusing problems is 100 times than the general local families. (3) Our results disclosures transnational couples have lower accessibility and utilization on social resources.

Conclusion : Overall, this study confirmed relapse for addiction could be effectively buffered by personality and family support. A pilot study was conducted to help transcultural couple in terms of family cohesion. Our findings could be not only feasible for incarcerated population, but could make people sense for absence of social resource in incarcerated population.

Keywords : drug abuser, transnational marriage, Taiwanese husband, new immigrant female

壹、前言

在婚姻關係中，夫妻是相互依存的，但新移民女性遠嫁來台後，其婚後家庭生活可能因其不同的語言、文化、風俗習慣，而造成在生活適應、家人關係、子女教養…等各方面的問題（朱玉玲，2002；李瑞金，2004），若在婚姻過程中又面對先生經常缺位（如吸毒、入監…），新移民女性除了在生活及文化適應上面臨許多困難及挑戰外，情感基礎的脆弱更容易使婚姻走上離婚之路，進而提高藥癮者再犯之可能性。

筆者回顧多年實務經驗中發現，藥癮者多半處在家庭關係不佳及婚姻失和的狀態，在不良的互動關係中，易引發再犯之可能性。我們從顏旻秀（2010）在毒品累犯受刑人再犯危險因子之研究結果發現，婚姻狀況及家庭成員關係兩者與毒品再犯行為之間有明顯相關，亦即當毒品犯婚姻關係越糟、家庭成員間的關係越不親密者，越可能提高毒品犯再吸毒的風險。又因台籍先生是新移民女性在台唯一能依靠的對象，是影響他們生活適應與婚姻滿意的樞紐（朱玉玲，2002；張鈺珮，2003；鍾重發，2004；葉肅科，2004），因此引發筆者想以迎娶新移民女性之藥癮收容人為研究對象之念頭。

此外，台灣迎娶新移民女性的比例有逐年攀升之趨勢，此一現象在本所亦可看見，本所去年 12 月底收容人娶新移民女性者有 10 人，佔全所人數的 2.60%；今年 4 月底人數增加為 17 人，佔全所人數的 3.91%，有遞增之現象，且這在實務及學術領域上是過去所從未涉獵過的，我們針對這群人進行婚姻或家庭服務方案的介入，有效地協同家人減緩毒癮問題的嚴重性，並可作為其他監所的借鏡。

另外，隨著新移民女性在台人數攀升所帶來之各類問題，已成為社會工作學術與實務關注的焦點，然大部份研究多以新移民女性為對象，鮮少針對台籍先生為研究對象，但這些台籍先生尤其是毒癮者更是社會較邊緣的一群人，我們發現是類收容人具有家庭或婚姻功能不全以及個人社經及學歷地位偏低等特質，他們亦是影響太太婚姻滿意及維持的重要關鍵人物，所以台籍先生娶新移民女性的適應能力及因應文化差異帶來的婚姻認知期待之差距亦值得瞭解。

有鑑於此，本研究運用黃光國(2001)所提之「儒家關係主義」概念為思考架構，以「人情與面子理論」核心概念為基礎，發展七次團體單元課程。除了探討台籍先生對跨國婚姻的期待及對藥癮行為的相互影響外，主要著重在四大主題(傳統習俗文化、語言表達、性別角色、財務觀)，檢視藥癮者在婚姻面臨文化差異下碰到之難處及可調整之處，提昇文化差異適應能力，學習用包容接納態度正視自己的婚姻，使其有彈性適應外來文化。同時本文在研究報告撰寫時以「新移民女性」一詞稱之，在實際團體帶領時則以「陸籍配偶」與「外籍配偶」稱之，較為貼近成員。為貼近口語化及符合大多參考文獻之引用，以藥癮者為研究對象的這群人稱為台籍先生。

貳、文獻探討

跨國婚姻較一般婚配組合比起來，面臨更大的壓力與更多的問題，尤其在新移民女性嫁來台灣後，又再面對自己的先生吸毒，對她們來說更是情何以堪，其在有限的社交範圍內，這樣的難處真不知向誰說起。筆者欲在華人文化的脈絡之下，運用黃光國(2001)所提之「儒家關係主義」概念為思考架構，以「人情與面子理論」核心概念為基礎，發展七次團體單元課程。主要理論核心概念簡述如后：

一、理論介紹

(一) 儒家關係主義

「儒家關係主義」是以「建構實在論」作為其方法論基礎所建構出來的理論，它包含有《人情與面子》的理論模型、儒家的「庶人倫理」及華人社會中的衝突化解模式(黃光國，2001)。

其意涵指人們在生存的真實世界中如何與「不同關係中的人」(person-in-relations)進行互動，會依循著某種道德秩序(moral order)對他人的行動做出反應，當個人與他人進行互動時，他所知覺到的社會世界將形成如費孝通(1948)所描述的「差序格局」或許烺光(1971)所描述的「心理社會圖」。而一般人在日常生活中所應遵循的「為人之道」(account of personhood)儒家稱「庶人倫理」，強調「仁、義、理」倫理體系、孝道及五倫，認為人際互動須遵循儒家

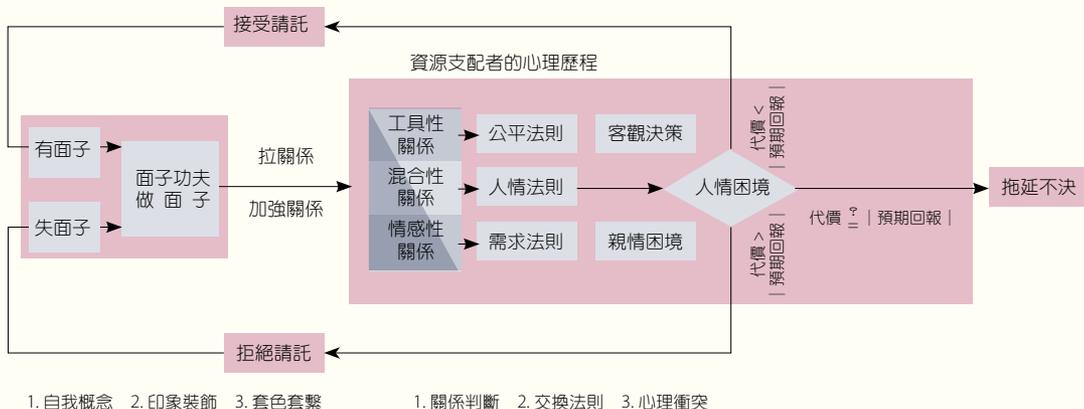
所提之「尊尊原則」及「親親原則」。

同時人們的關係親疏會促使個人採取不同法則與他人進行互動，是個人維持「社會心理恆定」的方法，然而並不是每個人在日常生活中都能維持「社會心理恆定」，當個人目標與他人目標發生衝突時，為「維護和諧關係」或「達成個人目標」，會採取「協調」(coordination)及「優勢反應」(dominantresponse) 因應，以化解衝突事件。

(二) 人情與面子理論

此理論模型將進行社會互動雙方界定為「請託者」(petitioner) 和「資源支配者」(resource allocator)，這兩個角色是可以互換的，也就是說人在和他人進行社會交往時，必須輪流扮演這兩種不同角色(黃光國，2001)。每個人為了達成目標，在過程中進行某種資源的獲取，而資源依照「具體性」和「特殊性」兩個向度，分為愛情、地位、服務、資訊、物品和金錢六種。

<人情與面子>理論模型的假設為，當「請託者」請求「資源支配者」將他掌握的資源作有利於「請託者」的分配時，「資源支配者」心中所作的第一件事是「關係判斷」，他要思考的問題是：「他和我之間有什麼樣的關係？」，促使支配者依心中的正義標準，採取不同法則而作出合於禮的外顯行動。理論如圖一所示：



圖一 人情與面子理論模型 (摘自黃光國,2009,p110)

綜合上述理論，我們知道跨國婚姻關係中的個人，因著原鄉文化背景差異及心中的道德標準與他人進行社會往來，新移民女性以其原價值體系包裝下的行為規範，帶著對未來生活的憧憬遠嫁台灣，希望能從夫家中獲得一種甚或更多的資源。然而面對先生因職業及求偶市場上居於劣勢所投射出自卑的自大，造就男性主權的高漲及華人傳統價值觀的文化衝突(culture conflict)，妻子的孤立感及基本需求不被滿足之心境下，婚姻關係轉趨緊張，衝突便油然而生。然華人社會的特質之一就是「避免衝突的發生」及「講求和諧的氛圍」，使得問題暫時獲得緩和的機會，但可能為日後婚姻埋下不定時的炸彈。

二、台籍先生之圖像

娶外籍配偶的台灣男性，在台灣多屬中低社會階層，常見的特質包括居住在農漁村偏遠地區、職業聲望不高、教育程度不高與社經地位較差，甚至有些是無工作、身心障礙者、中老年齡、酗酒、虐妻、施暴、騙婚或再婚者(薛承泰，2003；潘淑滿，2003a；李瑞金、張美智，2004)。

陳小紅(1999)的報告書中指出，其在探訪台灣地區大陸配偶來台生活狀況時，發現赴大陸地區娶妻者，可分成三類：其一為長期在大陸地區經商或派駐當地的技術人員，若恰逢適婚年齡，心靈寂寞且遇上溫柔主動之大陸女性者；其二為返鄉探親時，由長輩作主而決定娶同鄉女性為妻；其三為透過婚姻仲介媒合者。

台籍先生因多數屬於勞工階級，其原先所應擔負的生活壓力，在迎娶配偶後，也須負擔妻子在故鄉的家庭經濟。加上多數台籍先生對自我認知與對自身婚姻就帶著自卑感與不信任，而社會大眾對於台灣與東南亞跨國婚姻存有既定的刻板印象，也通常投予異樣的眼光與評價。在內外的壓力下，台籍先生們遂將家人與外界之間築起一道圍牆，排斥與抗拒外界的「關心」，以求保護自己和家人與維護自己僅有的尊嚴，藉由淡化或忽略跨國婚姻所存在的差異性，他們才可以過得如同常人一般的婚姻生活(陳亞甄，2006)。

綜上觀之，台籍先生因職業聲望的低落，本身對自我即存在著自信不足，面對新移民女性外來弱勢文化的介入，無形中促使男性父權主義的高漲，加上新移民女性嫁至台灣來的期待落差過大，婚姻關係就受到考驗，權力關係問題也就漸

漸浮上一面。這時候先生要如何協助妻子彈性地適應台灣文化，妻子要如何體認先生的心理感受，雙方彼此的協調與包容是維繫婚姻的重要態度。

三、跨國婚姻家庭相關議題

筆者於 2012 年 3 月實際拜訪岡山移民署，從陳盈智專員的實務經驗分享中得知，新移民女性與台籍先生之間的問題多集中在「工作」與「家計」。外籍與陸籍配偶會遠嫁來台幾乎是為了新生活的追求，可是很多台籍先生卻又不准她們外出工作，因為妻子多年輕漂亮，讓先生相當沒有安全感。在金錢方面：陸籍配偶多因與老榮民結婚而與老榮民原配的子女產生衝突；外籍配偶則多因寄錢回娘家而與台籍先生產生衝突。陳專員更指出新移民女性 50% 有兩大問題：一、嚴重的家庭衝突或經濟邊緣化問題。二、因文化差異造成關愛的缺乏，即無人對其生活或困境表達關懷或支持。

而媒體報導或學術一致發現，外籍配偶 (foreign bride) 在台面臨諸多困境，包括：生活適應、語言溝通、子女教養、婆媳問題、家務負擔、經濟拮据與束縛、社會網絡受限、家人與外界的歧視、自我認同與婚姻調適等 (謝臥龍，2003；張秋芬，2005；陳冠蓉，2005；陳光華，2007)。大陸配偶雖不若外籍配偶在語言溝通上有那麼大的障礙，但也有東南亞外籍配偶所不會面臨到的困擾，如法規上的諸多限制與來台前後對台灣的期待落差，乃大陸配偶在台灣生活適應上的主要困擾。不論從學術研究或實務經驗所得之結果，新移民女性在台所面臨之困境相差不遠。筆者歸納出下面常見之家庭問題：

< 一 >、文化衝擊與適應：

女性於婚後必須面臨離開原生家庭、身分轉換、適應新環境等三大課題，在身心兩方面皆須調整及重組 (顏錦珠，2002)。多數丈夫與夫家容易忽略妻子乃是來自於一個與台灣相差甚大的另一個國家，而總是單方面要求她們必須學習適應，以盡快融入夫家的生活習性，較少顧及與同理她們在面對文化適應過程中，所面臨的衝擊、挫折與無助。雖然台籍先生一開始面臨文化衝擊時，負面情緒與反應油然而生，不過會試著克服，雖然調適過程中難

免有衝突，但會慢慢地找出一個雙方都能接受的解決之道 (鐘重發，2004)。

< 二 >、語言隔閡及心理需求差異：

語言往往是跨國婚姻中一個最主要的問題 (Chikako, 1991)，而且是外籍配偶在台生活適應首要面臨的。絕大多數剛入境我國的外籍配偶無法運用語言溝通，使得人際關係的廣度及深度受到侷限，無法融入正常生活圈，形成社交面與資訊面的斷層，常需透過先生或其家人方可與外界交流互動，造就了對夫家的高度依賴。

另外，以 Maslow 需求理論言之，新移民女性滿足了生理和安全需求之後，對家庭歸屬感以及愛與被愛的需求渴望便會浮現，當夫家未展現對新移民女性的關懷、未感念新移民女性對家庭的付出等，致使之在情感上未能對家庭產生歸屬感，這份失落在不意之間遇到同文同種的同鄉人之後，具有相同語言和風俗習慣的同鄉人便會取代先生，給予必要的心理慰藉，成為新移民女性在思想和行為上的重要他人 (significant others)，進而引導「反抗」夫家的行為規範，使得夫家視同鄉人為毒蛇猛獸，禁止她們與同鄉人接觸，甚至禁止其與外界接觸。

< 三 >、經濟壓力：

從陳亞甄 (2006) 在「外籍配偶先生的婚姻觀與婚姻生活」研究中，以七位居住在花蓮地區且擇娶東南亞籍配偶的台籍先生為主要研究對象，並輔以訪問外籍配偶及提供服務的社工人員，採深入訪談及參與觀察方式進行 2 年 3 個月的資料收集，深入瞭解台籍先生的性別角色態度、對妻子的期待、追求婚姻的歷程、婚姻期待與現實間的落差，及面對落差如何因應與調整。研究發現，「個性期待的落差」與「金錢衝突」是大部分受訪台籍先生婚後遭逢的兩大問題。

結婚後家庭開銷勢必增加，夫妻間的相處不免環繞在有關金錢的話題上，其中以配偶寄錢回原生家庭的行為備受先生及夫家反感 (翁毓秀，2004)，若妻子太常關注娘家經濟狀況，容易讓先生懷疑娘家需要用錢的真假。畢竟在中國傳統社會中，妻子是嫁過來的，應該處處以夫家為重才是，因此先生及夫家大都不喜歡妻子常常以娘家為念。

< 四 >、子女教養及婆媳問題：

在傳宗接代的壓力下，多數外籍配偶來台約半年至一年時間很快就懷孕了(莫藜藜、賴珮玲，2004)，對於正處於最艱辛調適階段的外籍配偶而言，養育孩子將是另一個沉重的壓力。一旦外籍配偶為人母後，一方面自己要學習適應生活，一方面又要顧及小孩，所面臨的壓力比一般母親來得大(黃森泉、張雯雁，2003)。

兩岸對子女教養觀念的差異，使得大陸配偶撫育下一代時頗感疲倦，加上在大陸婚後多半是由老一輩父母照顧孫子女，女性不必然會被綁在家中照顧小孩，但陸籍配偶嫁至台灣後因無法外出工作，就得留在家中相夫教子。李瑞金、張美智(2004)研究更指出，在公婆心中多認為花錢買來的媳婦本該盡心盡力整理家務、孝順公婆與相夫教子，除了既有對媳婦角色的宿命觀外，還包括種族歧視。在劉千嘉(2004)研究中訪談13位大陸配偶發現，她們來台後並不幸福，夫家的態度很敵意，不僅婆媳問題不佳，連妯娌姑嫂間也不和睦，但為了孩子只能委曲求全。

< 五 >、權力關係問題：

台籍先生的權力基礎都遠優於他的配偶，所以無論是內外在或主客觀立場，這樣的婚姻關係本身就充滿著權力的不平衡(潘淑滿，2003a; 李桂松，2004; 林依瑩等人，2004)。如：外籍配偶為了「金錢因素」遠嫁來台，台籍先生遂以「酬賞」--幫助娘家改善生活來壓制妻子展露順從行為，以強化、肯定他們的「男性氣魄」；先生控制妻子社交網絡，不允許其參加生活適應班及外出工作等。

此外，大陸配偶則為了想自由開展自己的生活，但仍須以丈夫的意願為依歸，丈夫也曾以離婚作為要脅，要脅妻子當個順從者(劉千嘉，2004)。受到傳統性別及家庭觀念的影響，婚姻中普遍存有性別角色分工及權力不平等關係，配偶雙方的權力主要取決於個人在婚姻中所擁有的資源而定(陳亞甄，2006)。相當於黃光國(2001)所提「人情與面子理論」裡，用符號互動論角度看「請託者」及「資源支配者」間的互動關係，關係中的人們為獲取

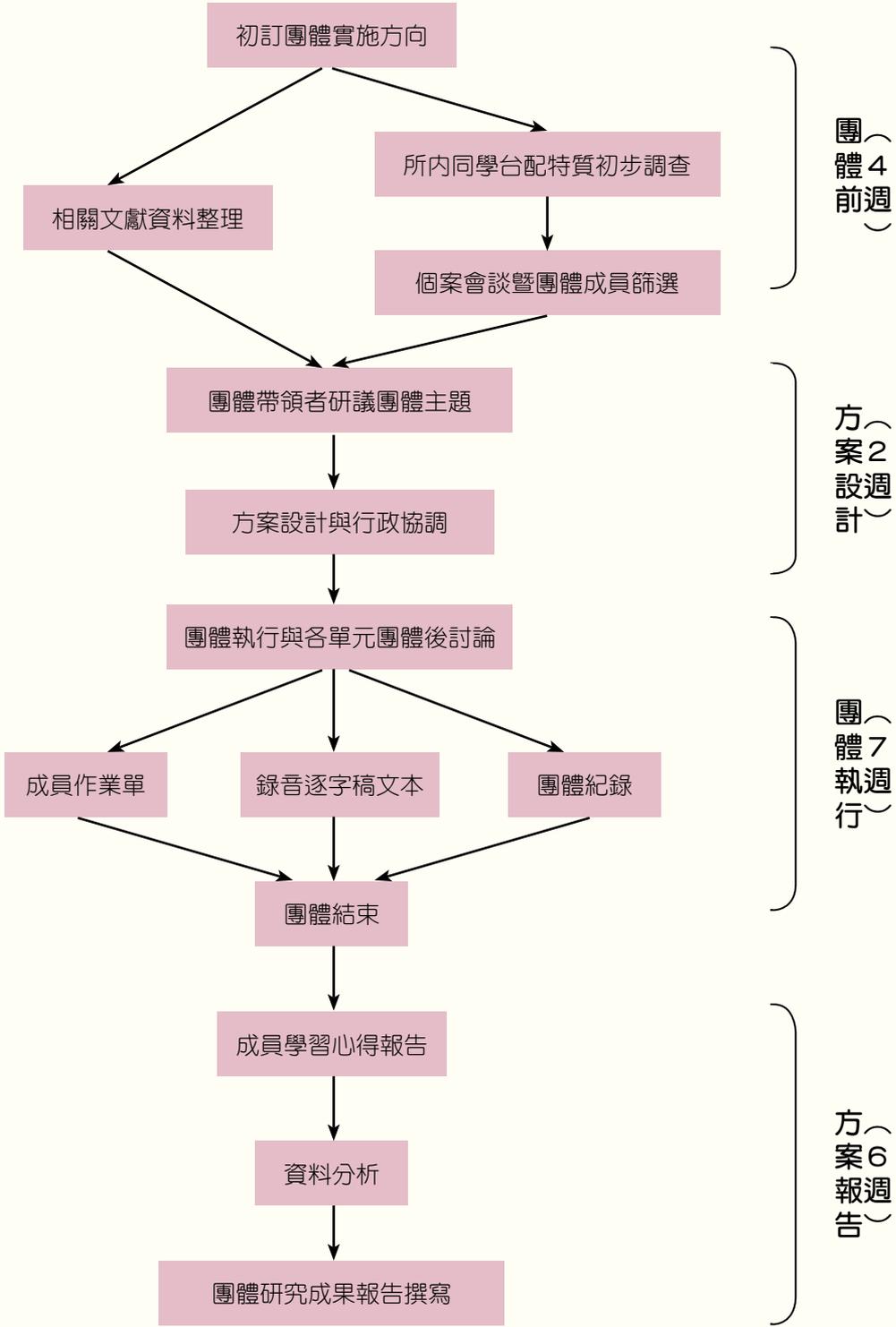
某種資源而與他人進行的一種社會互動，是個人為了達成其「宏觀動機」(macro motive) 而作出的一種「微觀行動」(micro behavior)。

參、研究方法

以下就研究架構圖、團體方案內容、研究工具、實施過程(包含成員篩選、師資來源、執行方式與過程)、資料收集與分析五大方面，闡述如下：

一、研究架構

筆者依循上述儒家關係主義闡述的精神，著重跨國婚姻常見之四大問題，運用人情與面子理論的核心概念，試著讓成員體認彼此在文化適應上的需求，進而能在婚姻中自我調適，日後學習以更彈性的方法處理跨國婚姻所延伸的問題。



圖二 研究架構圖

二、團體方案

基於以上的討論，為能從不同面向，檢視台籍先生在跨國婚姻中面臨之困難及挑戰，並經由同儕分享回饋及團體課程討論，讓台籍先生重視文化差異所延伸之難題。因此方案由團體帶領者陳馨輔導老師設計七次單元課程，團體課程簡案如表一所示：

表一 團體課程簡案

週數	主題	預期目標
第一週	相見歡 - 淺談跨國婚姻期待之探討	1. 建立信任關係及激發藥癮者主動參與課程及學習動機。
第二週	跨國婚姻文化差異與藥癮戒毒相互影響	2. 引導藥癮者對跨國婚姻期待扭曲之澄清，正視文化差異衝突與藥癮成因與再犯兩者的關係與影響。
第三週	藥癮者跨國婚姻 (1) - 面對傳統習俗文化之適應	1. 激發藥癮者能在團體中檢視跨國婚姻的難處及可調整的部份，對 (1) 傳統習俗能同理新移民的太太，主動介紹和說明協助更快適應新環境新婚生活。(2) 在語言障礙能找出夫妻共同溝通頻道。(3) 在性別角色方面能分工且合作各盡其職。(4) 在家事財務能以核心家庭為優先考量，但能理解和接納改善娘家經濟對太太而言是婚姻的價值。 2. 引導藥癮者在跨國婚姻文化差異下，一方面學習用包容接納態度、二方面正視婚姻難處和挑戰，試圖激發多方案及有彈性的解決能力。
第四週	藥癮者跨國婚姻 (2) - 語言表達文化之適應	
第五週	藥癮者跨國婚姻 (3) - 性別角色文化認知之適應	
第六週	藥癮者跨國婚姻 (4) - 財務觀文化差異之適應	
第七週	愛你永不棄	
第七週	愛你永不棄	1. 強化與激發藥癮者對跨國婚姻文化差異生活適應能力之提昇，有彈性適應外來文化。 2. 給予藥癮者支持與回饋。

三、研究工具

本研究以質性分析為主要方法，共有四份評量工具，說明如下：

- (一) **單元課程作業單**：由團體帶領者陳馨輔導老師依據每次團體主題自編 3~4 個問項，由成員先行書寫後再進行討論並撰寫成電子檔。
- (二) **成員學習心得報告**：為避免成員依研究者主觀認知回答已設計好之問項，

而未能真正反應出自己的想法，因此由筆者自行設計開放式問項交予每位成員書寫，並於團體結束後一個禮拜內收齊，同時撰寫成電子檔。

- (三) **團體紀錄**：為真實呈現團體內發生之事件，紀錄格式由筆者自行設計，每單元團體課程結束後由觀察者針對社會圖、活動流程和重點、團體動力、整體發展評量、團體後研討等面向記載。
- (四) **單元課程錄音逐字稿文本**：為避免遺漏成員在團體中重要討論事項內容，七次課程在口頭上徵求成員同意下，全程錄音，事後再撰寫成逐字稿進行分析。

四、實施過程

- (一) **研究對象**：本研究採取立意取樣 (purposeful sampling)，篩選本所有迎娶外籍配偶或大陸配偶之收容人參加，原本計 10 名，因其中一位收容人已先參加紙雕班訓練，無意願中止學習，一位收容人即將出所，因此最後參與團體之成員計 8 名收容人。
- (二) **師資來源**：團體領導者邀請在「外籍配偶」和「藥癮者家屬」團體帶領上學有專精之陳馨輔導老師擔任，協同領導者及觀察者分別由戒治所內專職社工郭玟蘭及吳迅寬擔任，並各司其職。
- (三) **執行方式與過程**：設計七次團體單元課程，透過分組討論、影片欣賞與討論 (黑仔娶某、我的強娜威、中國新娘在台灣)、體驗活動…等方法，以認知教育式、支持同理式及澄清引導式之行為技巧，激發和催化團體成員正向動力，試圖緩和對立、衝突及僵化等阻礙因素，並對成員行為予以認同及獎勵，以強化其參與動機。同時針對每次單元自編簡報來引導成員閱讀及討論，最後看到部分成員從原本抗拒到後來投入之轉變，以及對本身婚姻家庭觀念認知的轉變。

五、資料收集與分析

質性分析方法採現象學資料分析法為基礎，運用蒐集、閱讀資料與編碼技術初步對文本資料進行匿名編碼與統整，描述與研究問題有關的意義單元、資料比較與分類個別主題、將個別主題重組並精練共同主題，最後統整陳述現象本質。此部分資料分為四大類：1. 單元課程作業單、2. 成員學習心得報告、3. 團體紀錄、4. 單元課程錄音逐字稿文本。

在編碼方面，四份資料分別以 A、B、C、D 代表，A1-1-1 表示第一位成員之第一份資料上第一次單元之第一個問題回答內容摘述；B1 表示第一位成員之第二份資料上回答內容摘述；C1-1 表示第一位成員之第三份資料上第一次單元之回答內容摘述；D1-1-001 表示第一位成員之第四份資料上第一次單元之逐字稿第 1 句時所作的陳述摘述，以此類推。

肆、結果分析與討論

以下就質性資料分析來呈現本研究之結果，分為成員的基本資料、質性評量分析及綜合討論，說明如后：

一、成員基本資料分析

參與團體之成員共 8 名，以下就其基本資料整理如表二所示：

表二 團體成員基本資料表

	成員一	成員二	成員三	成員四	成員五	成員六	成員七	成員八
學歷	專科肄業	國中肄業	國中	高中	專科	高中	國小	國中
職業	自耕農	工	工	工	自營商	技術員	技術員	漁工
收入	不詳	45,000 元 / 月	45,000 元 / 月	30,000 元 / 月	50,000 元 / 月	42,000 元 / 月	85,000 元 / 月	100,000 元 / 月
年齡	40 歲	44 歲	44 歲	38 歲	37 歲	44 歲	53 歲	42 歲
婚次	1	1	1	1	1	2	1	1
結婚途徑	工作	仲介	朋友介紹	仲介	工作	工作	仲介	仲介
家庭型態	折衷家庭	折衷家庭	大家庭	折衷家庭	折衷家庭	折衷家庭	小家庭	折衷家庭

	成員一	成員二	成員三	成員四	成員五	成員六	成員七	成員八
婚姻狀態	持續中	持續中	離婚	離婚	持續中	持續中	分居	持續中
婚齡	11年	13年	6年	2年	9年	3年	15年	9年
資源知悉否	部份知悉	不知	不知	不知	不知	部份知悉	不知	不知
資源利用	未利用	未利用	未利用	未利用	未利用	未利用	未利用	未利用
配偶國籍	大陸	越南	大陸	柬埔寨	大陸	大陸	越南	越南
配偶學歷	國中	國小	高中	識字	高職	高中	高中	不詳
配偶年齡	36歲	32歲	43歲	30歲	31歲	43歲	45歲	29歲
婚次	1	1	2	1	1	1	1	1
子女人數	1子 1女	2女	無	1子 1女	1女	1子	2女	2女
職業	自耕農	檳榔攤受雇者	餐飲業受雇者	特種行業	自營攤販	攤販受雇者	餐飲業受雇者	餐飲業受雇者

上述資料係筆者於團體前和個案會談內容中摘錄出來，並再次逐一向成員確認過，得知本次團體成員中新移民配偶以大陸最多，占 50%；其次為越南，占 37.5%；再次為柬埔寨，占 12.5%。夫妻年齡差距平均 6.75 歲。新移民家庭平均育有子女 1.3 人。台籍先生認識新移民配偶的途徑以透過仲介的付費服務最多（占 50%），其次為因工作而認識者（占 37.5%），再次為朋友介紹者（占 12.5%）。在學歷方面：台籍先生學歷以國中（含肄業）最多，占 37.5%；其次為高中和專科（含肄業），各占 25%；再次為國小，占 12.5%。新移民配偶學歷以高中職最多，占 50%；其次為國小（含僅達識字程度），占 25%；再次為國中，占 12.5%。婚姻狀態中，以婚姻關係仍存續中最多，占 62.5%；其次為離婚，占 25%；再次為分居，占 12.5%。

家庭型態以與父母同住的折衷家庭為主，占 75%；其次為未與父母同住的小家庭，占 12.5%。在工作方面：台籍先生以體力工（含工廠及農漁業之從業員）最多，占 62.5%；其次為擁有特殊技能者，占 25%；再次為自營店面業主，占 12.5%。月平均收入為 56,700 元，屬中高收入階層。新移民配偶 100% 皆有工作且以服務業居多。

在社會資源的知悉與利用方面：此處所指的社會資源包含新移民服務專線（外國人在台生活諮詢服務網、外籍配偶諮詢專線）、公私立新移民服務中心（新移民家庭服務中心、南洋台灣姐妹會等）、公私部門舉辦的新移民課程等。完全不知道上述社會資源者最多，占 75%；其次為部份知悉者，占 25%。而在部份知悉者中，未曾利用過者高達 100%。

二、質性評量分析

以成員自陳問卷資料作為評量處遇效果的工具，筆者將成員單元課程作業單、團體紀錄及單元課程錄音逐字稿文本，透過資料整理歸納出其共同主題，說明如后：

（一）藥癮者對跨國婚姻的認知：

1. 台籍先生迎娶新移民女性的動機：成員迎娶新移民女性的原因大致分為四種類型：

一是華人社會所重視的延綿子嗣、傳宗接代、老來伴；

年齡太大、希望老來伴。(A4-1-1)

我為了排解心中的孤寂，亦為傳宗接代。(A7-2-5)

有緣份、為了傳宗接代、有伴。(A1-2-5)

二是友人娶外籍配偶經驗進而向受訪者推薦；

我是八十四年在一個偶然中去找朋友，當時朋友問我結婚了嗎？我說沒有，朋友告訴我他娶越南太太，就叫我試試看看，我就去了越南，然後就結婚了。(A5-1-1)

朋友娶越南新娘，介紹我娶。(A6-1-1)

因為仲介朋友的鼓舞而與母親前往越南，認識的外配勤勞又善於操持家務，連殺豬、種玉米、收割稻子等都十分熟稔。但人會變壞，往往是被人影響，可以在一瞬間，從好人變成壞人。(C4-1)

三是受訪者因毒品前科導致自卑在台灣找不到適合對象：

約民國 91 年因酒駕事件印染了前科，造成內心上的自卑，加上當時交往中的諸位女友，均讓我感到金錢、虛名至上。(A1-1-1)

由於父親要身為么子的我趕快結婚，而因為自己有在吸毒無意結婚，父親在台灣找不到適齡的對象就帶自己前往越南，因而結識外配。(C3-1)

2. 藥癮台籍先生對婚姻的期待：受訪者認為跨國婚姻要能維持得好，夫妻相處之道著為重要，希望妻子能重視華人社會文化，照顧長輩及子女的精神：

不計前嫌、相互尊重即可，暫時沒有缺點，目前夫人對家庭很照顧、尊重長輩。(A1-1-2)

照顧家庭、孩兒。(A2-1-2)

好好的一起生活。(A6-1-2)

(二) 跨國婚姻對藥癮行為的影響：

大部份成員於婚後，為維持家庭關係和諧而主動戒毒，停止使用毒品一段時間，盡到為人夫角色：

婚前有用，結婚後就沒用了 (A6-2-6)

結婚之前一直都有在用藥，結婚之後曾經停用一段時間，停用的原因是結了婚，必須要負起一定的責任。後來再用，但一直到被判戒治外配才知道。(C6-1)

在結婚之前有用藥，但婚後就戒了，一直到外配離家出走才又開始用。(和仔深表贊同的發言)(C5-1)

結婚之前已經在用藥了，但婚後就不要用了。(C7-1)

但約兩年後因雙方個人行為而中斷婚姻，如民情風俗不同，外配平日

有賭博習性，容易因在台沒有工作轉而向地下錢莊借錢；另外亦有因成員常因吸毒進出監所多年，妻子缺乏安全感紛紛離開而中止婚姻：

提到太太後來因賭博向地下錢莊借錢等等，因婚後經濟都交給太太，自己覺得婚姻走到這樣雙方都有責任，自己結婚十五年有十年在監所。就是結婚時那段婚姻是很美好的，我在吸毒讓這家，可以說是家破了。(A4-2-6)

我娶她 14 年，我在裡面的時間差不多 12 年，因毒品案進來 3 次，就是我家的家境給她很自由，她也有自己在上班 (D2-1-004)

對啊所以我說我自己也有不對，你想我的大女兒生出來載去看看守所跟我面會，我回來他在讀書讀幼稚園我又進去了，又出來我的小孩子又生出來了，生了我又進去了 (D2-1-005)

(三) 傳統習俗文化之調和：

1. 新移民女性來台如何適應台灣文化？

(1) 適應之問題：新移民女性依區域不同，來台後所遇到之問題也不盡相同，東南亞(越南、柬埔寨)一般有語言溝通及字詞表達問題，有時帶有基督教色彩導致與婆家衝突；

太太來台灣時很快就了解因越南文化與台灣差沒很多，只有言語方面較不習慣，大部都 ok。(A5-3-1)

太太嫁過來學習台灣語言但文字不懂，覺得這是比較不容易的適應。(A6-2-3)

初一、十五媽媽都有拜拜，老婆是基督徒就需要配合媽媽。(A2-3-1)

大陸配偶由於和受訪者文化背景較為相似在適應上較無太大問題；

她們多半信奉基督教，對於拿香確實是滿排斥的。(A4-3-1)

我的家庭和個人較重視家族倫理，平時互助、關心、聯繫，其它

的年節傳統與在大陸並無太大差異，唯一較大不同處在於地方廟會的盛事，異於大陸城市。(A1-3-1)

因娶的是大陸新娘所以一些傳統文化、過年過節大致上相差不多，所以適應上大致良好。(A3-3-1)

- (2) 婚後雙方在生活習慣之落差：受訪者中彼此於婚後在「飲食」、「生活作息」差異人數居多，其次為「溝通」與「年齡」問題；對是非的認知、食品口味的差異。(A7-3-2)

我沒去過他家吃東西，都出去外面吃，他們煮的那東西我們就不合啊，不是我們嫌棄 (D1-2-005)

飲食方面煮菜的方式，如：菠菜葉子摘掉只吃梗 (A8-2-3)

早上起來差不多 10 點吃早餐，下午三點四點吃完，晚上差不多六點就要睡了 (D2-2-001)

他們是比較會睡覺，很會睡 (D3-2-002) 過年那邊，像在路上隨時都躺在那邊，都躺在地上就睡 (D3-2-003)

對啊 (Q: 你就去買安眠藥？陪她睡覺就對了) (D2-2-004)

似乎並沒有太大差異之處，我們倆都融合的很互敬、和睦。(A1-3-2)

婚後我覺得老婆上床睡覺前都不會洗腳丫，一定要我催她她才洗。(A2-3-2)

生活的差異是溝通方面較困難，其於還好。(A5-3-2)

年紀差太多，想法、思想不同。(A6-3-2)

亦有些人表示雖然有一點差距，但能在短時間內適應

沒有太大的差異，只是一些生活習慣彼此有些落差，但也在短時間內適對方。(A3-3-2)

- (3) 協助太太適應台灣文化之行動：受訪者協助太太適應台灣文化的方式可分為三類型，一是採取順其自然的態度，久而久之新移民女性自己會調適好：

順其自然就好 (D2-2-005) 你硬要去教，兩個到時多吵架的 (D2-2-008)

船到橋頭自然直 (D5-2-001)

二是從旁陪伴，當個傾聽者：

我會解釋給她知道對她說：我就保護她的意思。(A2-3-2-1)

難免會有所不適應，但儘量陪伴身邊引導。(A8-3-2-1)

這種情形只能從旁勸導，並讓她多看一些台灣的習俗，自然是見怪不怪了。(A4-3-2-1)

三是受訪者以實際行動帶領太太走進婆家及社區，透過「以身作則」及「實際接觸」快速進入狀況：

鄰近廟宇、教堂、菜市場、醫院、派出所、公務機關都必需讓她知道身在何處，拿出街道圖讓她知道居住何處，聯絡各機關的電話、地址如何取得，如何自網路上辦理各種事務。(A1-2-3)

第一時間你報警，第二時間你打給家裡的人，因為如果我們沒跟他說，他可能在大陸的習俗還是越南的習俗，出車禍要怎麼辦，出車禍就是跟他輸贏，啊可能他們的認為就是這樣，就是跟他據理力爭，男生搞不好就全武行等等 (D4-2-006)

陪伴家人一同外出遊玩，讓她多接觸家人、多看看台灣。(A4-2-2)

太太剛嫁過來適逢舊曆年，帶著太太去賭博，越南人也很喜歡賭博，讓她知道台灣過年的習俗。(A6-2-2)

這是我家的傳統，一定要問好，我們自己要做給他看 (D4-2-004)

帶她走出家庭、瞭解宗教的分化。(A7-2-2)

2. 台籍先生如何適應太太原鄉文化？

- (1) 台籍先生需適應另一半哪些文化：由於在地者的本位主義，台籍先生較少主動瞭解太太家鄉文化，反倒認為太太應入境隨俗：不瞭解太太，也從未詳述。(A3-3-3)

覺得自己較少去想到要適應太太的家鄉文化，但覺得互相尊重就好。(A6-2-4)

在飲食的部份太太很聰明會煮給家人吃的，另外煮家鄉菜給自己吃，因此，覺得自己也不用適應太太家鄉的飲食等。(A7-2-4)

有些受訪者表示大陸酒的文化很盛行，在地人也很好客，但在傳統文化上則覺大同小異：

越南傳統文化與台灣傳統文化並無不同之處。(A8-3-3)

嫁女必需收下重聘，甚至購好房屋、養足存款，這點在台灣除了免了重聘外，其它的其實都大同小異。(A1-3-3)

- (2) 台籍先生適應及接受的方式：受訪者認為應以尊重的態度面對太太的原鄉文化，強調溝通的重要性。

自己就如同外配一樣都在學習和接受對方的文化，唯有「尊重的態度去面對，千萬不能以「嘲諷」的角度去看待異地風俗習慣，這才是所謂的「民主」、「文明」。(A1-3-3-1)

一切以溝通為原則，使雙方相處融洽。(A3-3-3-1) 沒有問題，儘量用溝通方式接納。(A8-3-3-1)

(四) 語言表達文化之調和：

1. 新移民女性如何學習與適應台灣語言？

- (1) 新移民女性適應台灣語言的方法：新移民女性學習台灣語言分為兩個不同階段，一是入境前就先學先生的語言，減少適應的問題：我去越南結婚也沒有想那麼多，因我們結婚了，我太太就去學我

們的語言，所以她來台灣就較能與家人溝通，所以還好，和家人相處也不錯。(A5-2-1)

二是入境後由先生協助，大多數受訪者認為太太入境就隨俗，在台生活久了自然而然就學會本國語言，這樣則有利夫妻溝通：

入境就隨俗這點我會同意，但是先決條件是學習必需先以「感受、體驗生活」，且循序漸近式的融入異境「文字」、「方言」裡，千萬莫給配偶太太學習壓力。(A1-4-1)

因太太來台灣是要長久居住的，必然她一定會隨俗認真學習，最主要做丈夫的也要幫助他，很多她不知道的，這樣太太在家才可以與長輩溝通。(A5-4-1)

因為入境嫁到台灣，所以必須學習台灣語言，以使夫妻溝通訊息。(A7-4-1)

(2) 先生協助太太適應台灣語言的方法：受訪者認為學習語言最快的方法，就是在生活中的學習，因此台籍先生藉由帶著太太參加社團活動來促進人際交流，使語言在地化。

因為個人參加多年的「國際青年商會」、「獅子會」社團，我常利用友誼之手、春季露營、秋季旅遊、慰勞機關、喜宴等交際活動時，攜妻前往之並學習方言，感受各種地方習俗。(A1-4-1-1)

一步一步的慢慢學習語言，而本身試著日常生活來教導。(A8-4-1-1)

2. 台籍先生學習太太家鄉語言的困難與適應？

(1) 學習之困難：受訪者認為若娶陸配較無語言溝通問題，由於外配的语言不好學習，因此僅在日常生活較常使用之字句，如：吃飽了嗎？睡覺了、我愛你，你快樂嗎？我會對你好，較為熟悉，至於想向太太表達情感卻一直是個困難。

我的內人家鄉均以「普通話」來表達居多，當然也有方言！至今

為止我僅會「聽」而已，但僅限在起居生活上的範圍內。(A1-4-2)

起居上的還可以，但如果是表達深入情感世界的方言，我認為是較難些的。(A1-4-2-1)

生活的小事能溝通，心理的快樂悲傷比較難。(A7-4-2-1)

- (2) 對下一代學太太原鄉語言的看法：受訪者認為若環境有需要並不排斥小孩學太太原鄉語言，因為多種語言可增加自己的國際觀與競爭力，但有太太則認為入境隨俗、順應現在潮流，將國台語學好即可。

因為畢竟啊他們的當地方言九江語，不適用於全中國，而且他跟我溝通也不用九江語，他用普通國語就可以，所以他不認為說我就一定要讓他學，我也曾經鼓勵說我們小孩子也學一下媽媽的當地母語，他說不用要學母語不如學日語學英語，來的比較符合現在生活的環境 (D1-3-001)

只要會國語就可以了 (D2-3-001)

環境、生活許可就可以，順其自然。(A6-4-4-1)

允許，並期望下一代能多學習其他語言。(A8-4-4-1)

- (3) 先生與太太語言差異發生衝突時解決之道：受訪者大多認為與太太發生衝突時「溝通」甚為重要，多用體諒的心態及軟姿態面對。衝突是一定在所難免的，但如碰遇爭執時，我通常會以「電影」、「電視」或「廣告」的劇情談諧笑話、片段帶過，或做為借鏡說明給對方聽。(A1-4-3)

都會互相體諒把話講開讓對方了解，去化解對方的難過的事情。(A2-4-3)

耐心的聽，冷靜溝通。(A4-4-3)

每次有衝突時我都先低頭以便達到溝通和好。(A8-4-3)

(4) 台籍先生對「母語尊重」及「語言融合」之看法：大多採取尊重母語，學習多國語言心態。

很贊成！要讓人重視自己的母語，就必需先尊重他人的家鄉話，絕對不能限制他人禁說母語，努力學習多種語言絕對是正面的。

(A1-4-4)

如果能夠有辦法學，當然學一點是很好。(A2-4-4)

如果各族群的母語能融合大眾，是該都學習。(A8-4-4)

母語當然不能忘，多學習必有好處。(A3-4-4)

(五) 性別角色文化認知的調和：

1. 先生與太太家鄉性別文化不同之處？

雖然東南亞國家之新移民女性係屬母性社會，婦女掌管家中一切大小事務，但仍存有重男輕女之思潮，相較於大陸由於與台籍先生文化背景相近，重男輕女的現象亦頗為明顯。

夫家與太太家鄉確實有著天南地北的不同，其實她也感受的很清楚，即女性一切不如男性的地位、待遇等現象。(A1-5-1)

我認為太太的家鄉人文比較重男輕女，大部份都是男主外女主內，先生出去賺錢太太在家裡。(A2-5-1)

中國大陸自古應是男尊女卑的形態，但近年來也有許多的省份已變為母性社會的形態。(A4-5-1)

2. 台籍先生對「男尊女卑」、「男主外女主內」的看法？

根據受訪者表示，隨著社會變遷及資訊可及性高，以往男尊女卑觀念已不存在，多數能接受「男女平等」觀念。

我不認為男就要尊、女就須卑，也不一定要男主外女就得主內，畢竟工商社會的大轉變之後，每位男、女因專業各長的因素；興趣志向的不同，方需尊重對方的選擇。(A1-5-4)

台灣文化現代來講男女平等，沒有所謂的男尊女卑，男主外女主內，而男性也可以在家帶小孩，女性也可以出去賺錢養家。(A2-5-4)

在現今大環境壓力下，無所謂男尊女卑的觀念存在。(A3-5-4)

那是古代的文化，現在都已經到二十一世紀，而我家裡也不會有這種理論的事，是平等的。(A5-5-4)

現社會已是男女平等的權利，並沒有早期的傳統，家庭需夫妻共同扶持，共同創造幸福之美滿。(A8-5-4)

3. 台籍先生對太太應順從「三從」觀念的看法？

受訪者對此議題呈兩種現象：一是認為太太應遵從「三從」

應該的，但！在要求太太前自己也必需做到（從母、從妻、從子）的要求，畢竟「男女平等」在刮別人鬍子前，試想自己的鬍子也刮乾淨了嗎。(A1-5-4-1)

太太是有傳統文化的觀念，還是很好。(A5-5-4-1)

太太需順從傳統文化的三從彼此互輔，但有違良心之事就必須堅持。(A8-5-4-1)

二是認為此觀念系屬傳統想法，在如今社會不一定遵守，只要家庭和諧即可：

我想三從應該是比較古早想法，每一個人都有他自己想法、觀念，只要是家庭能合諧、幸福圓滿，從或不從，從誰都不重要。(A2-5-4-1)

三從是過去封建時期下的產物，不應出現在現今的社會，誰說男人一定比女人有能力呢？(A4-5-4-1)

4. 台籍先生是否要求女性要有「刻苦耐勞」的觀念？

多數受訪者表示，並不會刻意要求太太要「刻苦耐勞」，但要以家庭為重，此外因太太本身就是節儉之人：

不會。而太太本身出身於漁村社會體系非常勤儉，刻苦耐勞已經是非賢慧的太太了。(A2-5-5)

我不會要求太太定要刻苦耐勞，但必須以家庭為重。(A8-5-5)

有一受訪者秉持家訓會要求太太要節省：

會！因為我的父、母及我本人都做得到。我和家人都秉持著一個家訓，即：「由儉入奢易；由奢入儉難」的祖上口訓，時時教訓自己。(A1-5-5)

(六) 財務觀文化差異之調和：

1. 金錢習慣的差異對跨國婚姻造成哪些影響？

受訪者多認為金錢運度上無太大差異，唯有不同之處在於太太過於節儉：

不會的，因為我倆都有共識及共通的一點，即由儉入奢易、由奢入儉難。還有共同存入、掙進的金錢扣除必要的生活支出金後，餘款都必需強制存進女兒的未來教育基金與郵政儲蓄壽險、災害時之預備金裡，以供未來之需。(A1-6-2)

差異很大，妻子太過於節儉，盡可能的溝通。(A2-6-2)

金錢使用都大致相同，所以我們的婚姻才能維持到現在。(A5-6-2)

2. 太太金援娘家之想法：

多數受訪者表示，只要是自己經濟能力許可下，會協助太太金援娘家：

個人是允許的，但要在經濟狀況許可下，未曾因此事吵。(A2-6-3)

我有錢我還是會叫太太拿些回去幫助娘家。(A4-6-3)

然在生活之中有剩餘的錢，我還是會支援娘家。(A5-6-3)

如果妻子只為了寄錢回娘家而外出工作，然後不煮三餐、把女兒托給褓姆帶，那麼一點也感覺不出來有意願共同經營這個家。如果妻子堅持要工作，至少要等小孩不需要人照顧的時候。(C6-6)
再怎麼寄錢回娘家也不可以造成家庭經濟危機。(C6-6)

但亦有受訪者認為婚後一切以夫家為主，除非自己有錢或娘家發生重大危機時，方支應：

婚後確實是應該以夫家為主，大都有私心太太儘量不要支援娘家人，但倘若我有了更大的財富或娘家人有了重大危難需動支金錢方可彌平時，我肯定絕對的相挺到底，絕無二話再議。(A1-6-3)

3. 台籍先生與太太之協調

當受訪者與太太對金援娘家態度不同時，雙方選擇以「溝通」方式處理，告之家中目前財務狀況：

我太太嫁我之時，我即以告知「公公」積欠貨款約一千餘萬元，目前我仍在償還債務中更是連帶保證人之事，年節、喜慶必要的娘家支出我沒有意見，只要是岳父母開口時、「災害時之預備金」馬上即可動用，至於隨時、月月供應娘家金錢，那當然是沒有多餘的金錢使用囉。(A1-6-4)

刻苦耐勞，拼命賺錢。讓其瞭解家中經濟情形。(A2-6-4)

三、綜合討論

(一) 人口變項方面

1. 本所藥癮台籍先生認識新移民配偶的途徑，因在境外工作或朋友的介紹下結識進而結婚比例佔 50%，彼此是在感情有一定基礎之下才結婚；而在境外工作才認識者，婚後皆先留在該地工作數月至一年，夫妻才聯袂回台定居工作。而透過仲介服務業求偶者，多集中在另一半係為外籍配偶。此與質性資料分析獲得一致性答案，即有藥癮之台籍先生與太太相識過程，大部份係透過朋友介紹認識，少數則是在當地自由戀愛認識進而交往，他們主要希望年老有伴，以傳宗接代為迎娶新移民女性的動機，也有因自己的前科或用藥因素等向外求偶。
2. 本所新移民家庭的離婚率達 25%，高於內政部 2012 年 4 月統計國內一般家庭的離婚率 2.52%，整整高於 100 倍左右，從質性分析資料得知，

成員認為跨國婚姻面臨的最大挑戰就是自己「入監服刑」，一方面感慨自己進出監所多次，未能陪伴兒女成長；一方面又自責給妻子太多自由，在補償的心理作用之下，讓其外出工作，順著她鄉文化使其養成賭博的生活習性，甚至因緣際會發生外遇行為。由此可見藥癮者入監，經常面臨家庭照顧責任的缺席，漸漸對家庭觀念薄弱而促使婚姻走上離婚之路，或再次淪為吸毒的循環。

3. 本研究團體成員的職業以體力工（含工廠及農漁業之從業員）最多，占 62.5%；其次為擁有特殊技能者，占 25%；再次為自營店面業主，占 12.5%。平均月收入為 56,700 元，屬中高收入階層，與多數研究有所不同。王宏仁（2001）研究結果指出，娶越南新娘的台灣郎職業多集中在工人、司機、自營商與農民，平均職業聲望並不高。且多數研究亦指出娶新移民女性之台籍先生社經地位皆不高，收入亦不穩定，此結果可能因職業類別、成員擁有特殊專長、及夫妻結婚婚齡有所相關。
4. 研究發現團體成員對新移民服務相關社會資源的可及性及可近性偏低，有七成五成員完全不清楚此類資源，更不用說懂得利用。此處所指的社會資源包含新移民服務專線（外國人在台生活諮詢服務網、外籍配偶諮詢專線）、公私立新移民服務中心（新移民家庭服務中心、南洋台灣姐妹會等）、公私部門舉辦的新移民課程等。統計數據顯示，完全不知道上述社會資源者最多，占 75%；其次為部份知悉者，占 25%。而在部份知悉者中，未曾利用過者高達 100%。此結果將是筆者日後帶領新移民團體之重要參考資訊。

（二）毒品與婚姻關係

本研究資料指出，「入監服刑」是造成跨國婚姻走上離婚的重要影響因子，多數成員提到結婚前有在吸食毒品，結婚後就戒掉了，一致認為婚姻對自己戒除毒癮有所助益。以儒家關係主義論之，為了符合「庶人倫理」（強調仁、義、理倫理體系，孝道及五倫）為人之道的要求，幾乎所有的成員會以婚姻作為中斷毒品使用的重要激勵動力，以滿足一己對家庭的責任（為人子、為人夫、為

人父)及改過遷善的表徵(父母的期望)。也因夫妻間存在著濃厚的「情感性關係」,為了讓丈夫繼續維持家庭經濟支柱者的角色,不願其吸毒後的「茫」狀影響到婚姻的經營,因此婚姻中若先生不小心再犯,太太雖然很生氣、傷心與哭泣,但仍鼓勵戒毒,依著需求法則與另一半進行互動。

台籍先生是新移民女性在台生活依靠的重要他人,但隨著他們的復發吸毒,致使其收入或家庭經濟的主要來源發生不穩固,繼之為警查獲而入監服刑,太太所承受之負向壓力與日俱增,進而造成婚姻關係的緊張。本研究發現成員婚姻持續中佔有七成五,但也有二成五比例係因吸毒行為進出監所頻繁而疏於經營婚姻,讓整個家庭破碎,增加出所後再犯之可能性。而從郭玫蘭、王振宇(2011)針對藥癮者家屬為對象探討其負荷程度之研究結果指出,社會對藥癮者的「負面刻板印象」及「錯誤認知」是引發照顧者負荷程度,且多數照顧者負荷皆在中度以上。所以實際照顧者所承受壓力之面向是值得筆者關注的。

(三)傳統習俗文化適應方面

以人情與面子理論模型概念說明本研究的發現,我們得知新移民女性與台籍先生因某種資源的互惠而結婚,初期在互動過程中存在著「工具性關係」,依循「公平法則」作出客觀決策行為,以各取所需,就會產生家庭權柄在先生手上,太太不得不接受所有的交易行為,這與本研究發現一致。太太剛至台灣時,雖然覺得原鄉的傳統文化與台灣有些許差別,且雙方於婚後亦感受到彼此在生活習慣上有些許落差,如:陸籍配偶多是基督教徒與先生佛教家庭,在宗教信仰及儀式上有較多需磨合之處,然語言隔閡及文字學習是外籍配偶來台適應的最大問題。但為維持彼此婚姻關係,太太多能主動適應台灣文化,並於短時間內進行適應及變通,如:飲食習慣及睡眠。

隨著關係濃厚程度的增強,雙方發展成「情感性關係」,台籍先生也較願意根據對方的需求,以實質性行動協助太太適應台灣文化。本研究即發現成員大多能以「實際行動」及「陪伴」協助太太適應台灣文化,告訴她家中附近景點、相關法律常識及在台遇到交通事故如何因應。如:帶領太太走出家門外,親身體驗台灣文化並多與夫家親屬接觸,協助她們盡快融入異國

風情，強調以身作則的重要性。但也有因在地者的本位主義，成員表示自己很少去想過及瞭解太太的家鄉文化，更不用說有適應上的問題，認為太太能自行融入台灣文化。

溝通分析理論基本假設提到：「任何個體都能學習自我信任、思考、認定及表達自己感覺」。本研究對象認為「尊重」及「溝通」是自己適應及接受太太家鄉文化最直接的方式，唯有耐心溝通及尊重不同國家的風俗習慣，方能用心體認並取得生活的平衡。

(四) 語言表達文化適應方面

黃光國 (2009) 的建構實在論認為，在當地文化的微世界裡，「各種關係中的人」(person-in-relations) 和「關係中的人們」(persons-in-relation) 運行並建構出彼此熟悉的「實在」。易言之，建構的實在由處於其中的人所詮釋，這所有的一切是由貫穿其中的語言文字所承載，可見關係中的人們要順利進行交流，語言就顯得格外重要。在新移民家庭中，太太初嫁來台與先生存有的「工具性關係」，與先生為獲取家庭權柄的合法性企圖相結合，往往會希望太太配合先生或夫家，此一只論角色關係與酬賞代價而採取的「公平法則」，便造就了「資源的支配與請託的從屬關係，是以先生無學習太太家鄉語言的必要，該語言的學習也無助於彼此的溝通，因為家庭及社區會迫使其入境隨俗地融入環境」。這與成員在團體中的發言，覺得太太本應勤奮主動學習台灣語言及文字，且儘早適應當地環境等主張不謀而合。

當新移民女性遠嫁來台之後，不熟悉的語言阻斷了她們與他人的互動，其塑模自原經驗匯聚中樞的「自我」，面對台灣社會關係與道德秩序的差異性，將產生經驗上的紊亂，此時台籍先生若能負起教導之責，多與太太交談互動，協助其善用政府所提供的免費新移民課程，才能促使現今的「建構實在」取代原有的「既予世界」，進而使新移民女性對家庭及社會的認同感與歸屬感。本研究對象對此一觀念頗為贊同，一致認為自己應從旁協助或依循序漸進方式，從生活中讓太太真正體驗台灣風俗民情，以利夫妻及家人的溝通。如：參加各社團時攜妻前往等。

此外，儒家關係主義提到，人們的關係親疏會促使個人採取不同法則與他人進行互動，是個人維持「社會心理恆定」的方法，然而並不是每個人在日常生活中都能維持「社會心理恆定」，當個人目標與他人目標發生衝突時，為「維護和諧關係」或「達成個人目標」，會採取「協調」(coordination)及「優勢反應」(dominant response) 因應以化解衝突事件。本研究質性分析資料顯示，成員不必然主動學習太太家鄉語言，但卻能認同如果能彼此早一點適應對方語言，則有利於夫妻關係變得親密點。如：吃飽沒、睡覺了、出去玩、你快樂嗎？我愛你、我會對妳好等日常生活常用的基本語句，而向太太表達內心感情及想法的用語，較為艱深的則難以學習發揮。然華人社會的特質之一就是「避免衝突的發生」及「講求和諧的氛圍」，因此成員表示若與太太引發衝突時，多能主動以溫和及理性方式來化解，如：傾聽、冷靜溝通、體諒、幽默、感性、非語言行為等。

此外，因著國籍與區域性不同，娶陸籍配偶的先生認為若環境許可下，希望下一代能多學習其他語言，以增進國際觀；然娶外籍配偶的先生則覺得學習越南或柬埔寨語言在台灣實用性不大。可見陸配先生多以積極的態度在子女教養上，外籍配偶的多以順其自然消極的態度因應。

(五) 性別角色文化認知調合方面

在台灣傳統婚姻關係中，仍有著「男尊女卑」的婚姻觀念，男性通常扮演一個資源支配者的角色，其責任在於保護與領導整個家族，以穩定其在家中的地位及金錢物品的控制；而女性則被期待為吃苦耐勞、孝順公婆、犧牲自我、作個賢內助與依賴丈夫的角色。由此可見受到傳統性別及家庭觀念的影響，婚姻中仍普遍存有性別角色分工及權力不平等關係，配偶雙方的權力主要取決於個人在婚姻中所擁有的資源而定(陳亞甄，2006)。在本文研究資料顯示，雖大陸與越南同屬華人文化圈，但大陸內地與越南相較於大陸沿海地區，更具有傳統的、農村型態的價值觀，而較抱持舊有的角色期待，與台籍先生原生家庭的角色期待相仿，較少適應上的困難。

而隨著社會型態轉變，在現今強調兩性平權與家庭責任分工的社會，性別角色的藩籬漸趨模糊。依「人情與面子理論」模型假設，「資源支配者」

在接受「請託者」的請求時，心中所作的第一件事是「關係的判定」，再來決定採取何種法則因應。然在跨國婚姻中隨著夫妻雙方關係的轉變，可能從一開始的「工具性關係」、「混合性關係」漸進為「情感性關係」，台籍先生從一開始對太太性別角色的高度期待，慢慢考量到家庭型態與太太的需求，本研究結果顯示；成員一致表示「男尊女卑」、「男主外女主內」是早期傳統觀念，如今社會變遷至巨，男女在家裏所扮演的角色已大不同於父執輩，雙薪家庭型態漸行，促使男女平等主義的高漲，台籍先生反倒覺得另一半是有資格扮演好一位好太太的角色，對自我丈夫角色評價低落。部份原因來自前科因素所造成之烙印而產生的自卑心理。

此外，研究發現成員多能接受太太不必然應順從「三從」（從父、從夫、從子）的觀念，只要雙方婚姻關係能維持良好狀態，順不順從不是重點，但亦有成員期待太太要遵循傳統文化的三從，端賴先生認為在強制與容許範圍內，衡量所應付出之「代價」與「預期回報」大小做出合於禮的外顯行為。

（六）財務觀文化差異調合方面

研究資料分析結果發現，成員覺得與太太雖然在金錢觀念上仍有落差，但透過溝通卻能獲得一致的共識，認為只要夫妻有心共同經營家庭，在金錢運用與調度上是可以協調的。如金援娘家乙事，先生一致認同太太可寄錢回娘家改善生活經濟，但卻又認為太太婚後仍應以夫家為重，好好經營自己的婚姻家庭，當個人有能力且有閒錢時肯定相挺，不要因想顧到人情及面子而因小失大，可能還賠上自己的婚姻或造成財務危機。筆者若以人情與面子理論來說明，所謂資源的支配不單指金錢供應，也包含了社會和人群關係、生活訊息的取得、理解和運用。資源支配者為了維持家庭中的社會心理恆定，對情感性關係中的請託者，在經濟上的請求盡量滿足其需求，但遇到親情困境時，仍會考量「代價」與「預期回報」間的大小，來作出適當之行為。

同時台籍先生提及，若薪資有限不足以供應娘家改善家庭生活時，自己會選擇「坦白告知」，讓太太知道家中目前經濟狀況，也期待太太能體諒自己賺錢的辛苦。

伍、結論與建議

一、結論

綜合上述討論，筆者歸納以下幾點發現：

- (一) 娶新移民女性之藥癮台籍先生與太太相識過程，大部份係透過朋友介紹認識及在境外工作，少數則是在當地自由戀愛認識進而交往，他們主要希望年老有伴，以傳宗接代為迎娶新移民女性的動機。而透過仲介服務業求偶者多集中在另一半係為外籍配偶。
- (二) 「入監服刑」是造成跨國婚姻走上離婚的重要影響因子，「結婚」則是對藥癮者戒除毒癮邁向復原之路的重要保護因子。
- (三) 藥物濫用原因面向多樣化，本研究以「文化適應」向度，探討台籍先生在跨國婚姻中常見之四大議題，發現文化適應對藥物濫用復發雖無直接影響，但卻又間接影響到婚姻關係進而再犯，具有「前導因子」效果。
- (四) 本研究團體成員的職業以體力工(含工廠及農漁業之從業員)最多，平均月收入為 56,700 元，屬中高收入階層，與多數研究有所不同。可能因職業類別、成員擁有特殊專長、及夫妻結婚婚齡有所相關。
- (五) 研究發現團體成員對新移民服務相關社會資源的可及性及可近性偏低，有七成五成員完全不清楚此類資源，更不用說懂得利用。顯示跨國婚姻中有藥癮者家庭，對社會資源知悉與可利用性有限。
- (六) 藥癮台籍先生在面對傳統習俗文化適應上之差異時，能以「實際行動」及「陪伴」協助太太適應台灣文化，並以「尊重」及「溝通」讓自己適應太太原鄉文化。但亦有成員因著本位主義並不覺得需要去瞭解太太原鄉文化，認為其應能儘快瞭解及適應，呈現兩極化之現象。
- (七) 無論迎娶哪一國籍新移民女性之台籍先生，隨著關係的轉變其協助

太太在語言表達文化方面之態度，由理所當然的認為轉變成主動積極的協助。且一致體認尊重母語的重要性，但卻也考量到語言實用性，對於本身較無語言隔閡的陸配而言，因某區域語言相通（如：原本就講福州話、客家話），尚能接納語言融合的觀念，鼓勵下一代多學習母親之家鄉話，對語言隔閡阻礙較大的外籍配偶而言，則採順其自然消極態度面對。

（八）在性別角色文化適應方面，因著國籍與區域文化之不同，大陸內地與越南相較於大陸沿岸地區，成員少有性別角色適應問題。另先生雖能接受太太不必然要遵從「男尊女卑」、「三從」、「刻苦耐勞」之精神，但仍抱有高度期待，若太太行為太過違背家庭倫理時，台籍先生亦會要求她們做出合於禮的外顯行為。

（九）成員認為夫妻對金錢使用習慣不同，可透過「坦誠」及「溝通」與太太取得共識，表示可認同太太寄錢回娘家改善生活經濟，但仍希望一切以婚姻家庭為重，待個人有能力及閒錢時方顧及人情及面子。

二、建議

（一）戒治處遇實務之建議

同時具有藥癮與迎娶新移民配偶等兩大特質的成員，在國內尚未見到相關研究或團體實務，在本所亦屬初探。筆者提出以下幾點實務上之建議：

1. 邀請家屬加入團體輔導課程

本團體的成員只限台籍先生，其對相關議題的重新思考甚或未來行為的改變等，未能有配偶的參與和肯定，戒毒成效的維持較令人存疑。故未來新移民團體的實施，宜邀請配偶及／或其他特定家屬（父母、子女等），共同探討親職教育、夫妻溝通等議題，協助新移民家庭在面對先生入監服刑這段期間，如何讓家庭系統維持平衡並減輕照顧者負荷為主題。

2. 結合所外資源，提高新移民家庭功能

跨國婚姻家庭的穩定及維持，除了有賴夫妻雙方溝通與包容外，家庭服務方案的延續亦屬重要。然移民署服務站及新移民家庭服務中心雖對新移民女性及其家庭已有多年的實務經驗，但因服務對象甚少涉及藥癮家庭，本所若可將戒癮相關衛教宣導擴及上揭單位，強化雙方的實務交流經驗及建立轉介機制，將有助於新移民家庭功能的健全發展。

3. 製作新移民家庭衛教宣導單

由於成員及其配偶對新移民服務相關社會資源的可及性及可近性偏低，宣導單位可針對她們可能遭遇到之問題，如：生活知識、法律問題、子女教養、夫妻婆媳相處之道、婚姻維持、藥癮衛教等資訊，以書面方式提供給家屬參考。

4. 建構長時期團體，促使成員行為改變

對人群的不信任是吸毒次文化的重要特質之一，而迎娶新移民女性的台籍先生在社會長期的污名化之下，更深化了對人的敵意及不滿。由於本研究以七次團體單元進行，在專業關係及議題討論深度上未盡周詳，因此為妥適運用專業關係的建立，持續對成員有正向影響，宜增加團體次數，強調「實際作為」的重要性，使團體成員能以開放的心胸融入討論與分享，團體領導者則以催化角色讓成員以自助團體之實，啟動其自我改變的意願。

(二) 未來研究之建議

1. 不同研究面向的確立

藥物的濫用可由社會功能、心理層面及醫療戒治等不同面向切入。本團體以文化角度，探討台籍先生在跨國婚姻中常見四大問題之適應，已獲致初步之結果。未來可朝其它面向出發，研究在跨國婚姻中是否會因其他相關因子而影響藥癮者再犯。

2. 了解結婚與用藥的關係

本團體有 87.5% 的成員因濫用藥物而進入本所；在這些成員中，又有 85.7% 因與新移民配偶結婚而曾中斷藥物的濫用，但在一定時期後再度復發用藥。哪些重要的變項具有關鍵性的地位，是文化上的不適應，導致生活習慣與行為模式的衝突，進而促成尋求藥癮的慰藉？還是因成員無力處理新移民配偶的某些特質（如：越南文化中部份人的嗜酒及賭博），引發退縮心態而再次用藥，值得再深入研究。

3. 質量並重之呈現

未來在新梯次團體實施之前，依研究主題編制所需量表，並進行預試以確立量表之信效度，並結合質化分性採三角檢定法進行研究，以多元面向探討研究主題，滿足真實需求。

4. 團體方案之適切性

若研究對象人數多寡許可下，未來在研究對象方面可增加對照組，以更確切反應團體方案的適切程度。

5. 資源支配者與請託者角色轉換的再研究

人情與面子理論模型中，「請託者」及「資源支配者」角色在台籍先生迎娶新移民配偶之時，與吸毒或 / 及入獄之時，似有角色轉換之發生，其轉換的原因似來自於藥癮而生的自卑或內疚；但也應考量家庭結構與權柄等變項。如前文所述，結婚對中斷藥癮具有正相關，但因不明原因而再度用藥之後，角色的轉換更加賦予協助維持戒癮狀態的功能。是以此轉換模型的建立，值得後續的深入了解。

參考資料

中文部份

- 內政部 (2012)。101 年 4 月戶口統計資料分析。
- 王宏仁 (2001)。社會階層化下的婚姻移民與國內勞動市場：以越南新娘為例。台灣社會研究季刊，41，p99-127。

- 朱玉玲 (2002)。澎湖縣外籍新娘生活經驗之探討。國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文。
- 李瑞金、張美智 (2004)。從文化觀點探討東南亞外籍配偶在臺灣之生活適應。社區發展季刊, 105, p101-109。
- 李瑞金 (2004)。新移民女性的文化適應問題—以外籍配偶大陸配偶為例。婚姻移民—外籍配偶與大陸配偶問題及對策研討會。
- 李桂松 (2004)。跨海建構的父權文化：宜蘭地區東南亞外籍媳婦於家庭中的權力關係。佛光人文社會學院社會學研究所碩士論文。
- 林依瑩、陳孝平、許春惠、黃于玲 (2004)。「古意尢婿乖巧家後」跨國婚姻型態之探討。第二屆民間社會福利研討會～台灣的社會福利發展：全球化 vs. 在地化, p195-210。
- 張鈺珮 (2003)。文化差異下「跨國婚姻的迷魅」—以花蓮縣吉安鄉越南新娘的生命經驗為例。國立花蓮師範學院多元文化教育研究所碩士論文。
- 翁毓秀 (2004)。外籍配偶家庭服務。社區發展季刊, 105, p109-115。
- 莫黎黎、賴珮玲 (2004)。台灣社會「少子化」與外籍配偶子女的問題初探。社區發展季刊, 105, p55-65。
- 陳小紅 (1999)。大陸配偶來台生活狀況案例訪視。行政院大陸委員會專案研究報告。
- 陳美惠 (2002)。彰化縣東南亞外籍新娘教養子女經驗之研究。嘉義大學家庭教育研究所碩士論文。
- 陳冠蓉 (2005)。越籍新移民女性自我認同形塑歷程之質性研究。國立中正大學教育研究所碩士論文。
- 陳亞甄 (2006)。外籍配偶先生的婚姻觀與婚姻生活。慈濟大學社會工作研究所碩士論文。
- 郭玟蘭、王振宇 (2011)。藥癮者家屬負荷量初探。社區發展季刊, 134, p559-567。
- 黃光國 (2001)。儒家關係主義的理論建構及其方法論基礎。教育與社會研究, 2, p1-34。
- 黃森泉、張雯雁 (2003)。外籍新娘婚姻適應與子女教養問題之探討。社會科教育研究, 8, p135-169。
- 葉肅科 (2004)。外籍配偶家庭：社會資本與社會凝聚力初探。社區發展季刊, 105, p133-149。
- 張秋芬 (2006)。看「我」、聽「我」—新移民性的自我概與族群認同。國 台南大學教育系輔導教學碩士文。
- 黃光國 (2009)。儒家關係主義：哲學反思、理論建構與實徵研究。心理出版社。
- 潘淑滿 (2003a)。通往彼岸的紅地毯：新移民婦女、公民權與婚姻暴力。意識、認同、實踐—2003 年女性主義學術研討會論文。
- 劉千嘉 (2004)。大陸新娘的台灣經驗：一個社會學的觀點。國立中山大學中山學術研究所碩士論文。

- 謝臥龍 (2003)。婚姻中性別權力關係的探討：以受暴國際東南亞新娘為例。外籍及大陸配偶受暴案例研討會。
- 薛承泰 (2003)。台灣地區婚姻的變遷與社會衝擊。國家政策論壇季刊秋季號，p245-259。
- 顏錦珠 (2002)。東南亞外籍新娘在台生活經驗與適應歷程之研究。國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文。
- 顏旻秀 (2010)。毒品累犯受刑人再犯危險因子之研究。國立中正大學犯罪防治所碩士論文。
- 鐘重發 (2004)。台灣男性擇娶外籍配偶之生活經驗。國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文。

英文部分

- Chikako,O.(1991).International Marriage: window for Understanding. Japan Quarterly,38(3),292-300.

學術論著

HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者接受戒治 處遇前後之心理適應比較評估研究

A Comparative Study of Psychological Adaptation between HIV Drug Abusers and Non-HIV Drug Abusers in Pre-test and Post-test of Treatment

江振亨

國立中正大學犯罪防治系博士
現任法務部矯正署嘉義監獄秘書

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0006

摘要

江振亨

一、研究目的

了解 HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者在進入戒治機構初期與後期在創傷自我檢測、用藥風險情境、情緒、身心狀況、強制戒治壓力、物質渴想、自我效能、風險情境之自我效能等差異，據以提出對 HIV 毒癮者處遇措施之建議。

二、研究方法

收集戒治機構內 HIV 毒癮者 46 位、非 HIV 毒癮者 268 位，分析其創傷自我檢測、用藥風險情境、情緒、身心狀況、強制戒治壓力、物質渴想、自我效能、風險情境之自我效能等量表前、後測資料，採用 t 檢定、卡方檢定等統計方法進行資料處理，了解兩組之差異。

三、研究結果

- (1) HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者在入所前主要施用毒品種類、主要施用毒品之方式有顯著差異，前者施用海洛因高達 95.5%，後者施用海洛因亦高達 75.9%。前者入所前主要施用方式為注射（高達 85.7%），而後者以吸食最多（占 51.2%），注射次之（占 42.3%）。
- (2) 在入所後兩週內新收調查發現，創傷自我檢測表之社交障礙、現實喪失及其總分，HIV 毒癮者顯著高於非 HIV 毒癮者；此外，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有較高的負向因應高風險情境的行為模式；有明顯較高的情緒失調與身體化症狀，且整體身心狀況較不佳；HIV 毒癮者有明顯較高的憂鬱傾向與焦慮傾向，且整體的情緒狀況亦較不良；HIV 毒癮者有明顯較高的比較擔心在戒治環境內會受到同儕欺壓之心理，與擔心未來社會生活之適應，且整體而言，HIV 毒癮者較明顯的感受到戒治的壓力。在物質渴想方面，HIV 毒癮者有明顯較高的情境誘發渴求的心理狀態、想要用藥的想法及整體的物質渴想。另則，HIV 毒癮者有較高的負向自我效能感，而整體的自我效能上 HIV 毒癮者也較低；至於在風險效能的因應方

面，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者明顯較低的毒品接觸因應效能、負向壓力因應效能與目的性因應效能，且整體的風險因應效能上，HIV 毒癮者亦明顯較低。

- (3) 個案完成戒治社會調應期後出所前進行之後測呈現多元整合戒治策略對 HIV 毒癮者具心理與生活調適作用，在前測時 HIV 毒癮者明顯表現不良非 HIV 毒癮者的心理變項中，僅有戒治壓力量表之分量表「擔心未來社會生活之適應」一項，HIV 毒癮者仍明顯高於非 HIV 毒癮者，其他變項在經過戒治各階段後，HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者已無明顯的差異，且從兩組風險情境自我效能總分觀之，平均分數均是向上提升，而情緒量表、身心狀況量表、強制戒治壓力量表、物質渴望量表等負向分數，HIV 毒癮者均已下降。戒治壓力量表之擔心未來社會生活之適應在前測及後測上，HIV 毒癮者均明顯高於非 HIV 毒癮者，此顯示 HIV 毒癮者面對未來出所後的社會生活適應將背負著更大的心理壓力，此與 HIV 者的身份應有直接相關連。

四、研究建議

- (1) 加強毒品注射之不安全用藥行為與 HIV 感染相關之衛教。
- (2) 在入所矯治難度條件上，HIV 毒癮者高於非 HIV 毒癮者。因此，加強初入所個案的心理評估與處遇，並注意其因感染 HIV 所呈現的身心症狀之困擾，對於情緒狀況不穩的個案加強心理諮商。
- (3) 就後測結果顯示以多元整合性的戒治模式，符合 HIV 毒癮者戒治處遇在實務推行的方向與需求，此外，應發展對 HIV 毒癮者專屬的團體方案。
- (4) 對毒癮 HIV 感染者出所的社區庇護轉銜機制將是持續治療的重要工作。此外，在戒治期間應加強毒癮者的家庭處遇與家屬衛教，提高家屬接納度將有助減緩毒癮 HIV 感染者將來出所後社會生活適應的壓力。

關鍵字：HIV、戒治、毒品、愛滋病、藥物濫用

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0006

A Comparative Study of Psychological Adaptation between HIV Drug Abusers and Non-HIV Drug Abusers in Pre-test and Post-test of Treatment

Abstract

Chen-Heng Chiang

Purpose

The purpose of this study was to investigate the differences between the HIV drug addicts and non-HIV drug addicts in trauma, risk situation of drug abuse, mood, physical and mental conditions, stress of mandatory treatment, craving for drugs and self-efficacy etc.

Methods

In total, 46 HIV drug addicts and 268 non-HIV drug addicts were surveyed in a compulsory drug detention centre. Statistical methods such as t-test and chi-square test were used to process the data to estimate the difference between the two groups.

Results

There were significant differences between the two groups in ways of drug using and drug types. HIV drug addicts used heroin up to 95.5%, and non-HIV drug addicts applied heroin was 75.9%. The pre-test surveys in this study showed that the scores of social barriers, lack of sense of reality and trauma scales for HIV drug addicts were significantly higher than those of non-HIV drug addicts.

HIV drug addicts have a high pattern of negative behavioral in response to high-risk situations; mood disorders and physical symptoms are significantly higher, and overall physical and mental conditions are poorer. HIV drug addicts have a significantly higher tendency to depression and anxiety tends, and a lower overall emotional state; HIV-infected drug abusers are much more fearful of being bullied by their peers and worry about social life in the future.

Compared with non-HIV drug addicts, HIV drug addicts have significantly higher cravings for induction of drugs. In addition, HIV drug addicts have higher negative self-efficacy, and have lower overall self-efficacy than non-HIV drug addicts. The two groups had positive psychological and life-

adjusting effects after multi-integrated treatment. After various stages of treatment, most variables were not significantly different between HIV addicts and non-HIV addicts. But the variable of “Worried about the adaptation of social life in the future” in the group of HIV drug addicts is still significantly higher than non-HIV drug addicts. About the variable of “fear of social life in the future” in the pre-test and post-test, the HIV drug addicts are significantly higher than the non-HIV drug addicts, which shows that HIV drug addicts will face social life adaptation problems after release.

Recommendations:

The implications of these findings for HIV drug abuser’ research and services are discussed in this study.

Keywords : HIV, drug treatment, drugs, AIDS, drug abuse

壹、前言

藥物濫用者因為共用針具、稀釋液導致愛滋病毒感染，已成為嚴重的公共衛生問題，李思賢(2006)研究顯示共用針頭的過程中不但有高危險的血液交換，亦常伴有危險性行為。血液交換與危險性行為兩者雙重營造出愛滋感染的高風險情境，加上藥癮族群此一次文化群體之社會網絡組織異常緊密，只要共用針頭的小群體中有愛滋帶原者，其餘共用者的感染機率直線升高，使其承擔高愛滋感染風險。依據衛生署疾病管制局 2010 年 12 月底之統計資料顯示，本國籍愛滋感染者共 20,057 例，已突破 2 萬大關，依危險因素分析，「不安全性行為」(佔 65.9%) 與「毒癮共用針具」(佔 32.2%) 是傳播愛滋病的主要途徑(衛生署疾病管制局，2011)。由於毒癮者具高復發率，因此藥癮者復發預防工作面臨極大的挑戰，若毒癮者本身又為愛滋病毒感染者，其所需投入的共病性治療恐需花費更多的時間與人力，惟毒癮愛滋共病者本身的特性究係如何，倘無深入的了解，則國內進行毒癮戒治工作的領域中，將獨缺對其專業性的衡判，因此本研究目的在探討 HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者接受戒治處遇前後之心理適應比較評估研究，藉以了解進入戒治機構初期的 HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者在創傷自我檢測、用藥風險情境、情緒、身心狀況、強制戒治壓力、物質渴求、自我效能、風險情境之自我效能等之差異，據以提出對 HIV 毒癮者應加強關注的處遇措施。另針對同一群個案在戒治處遇完成後即將出所前再次調查其情緒、身心狀況、強制戒治壓力、物質渴求、自我效能、風險情境之自我效能等之差異，以了解目前國內採行的多元戒治整合處遇方案對 HIV 毒癮者是否適切，研究結果將可提供國內機構性戒治處遇執行之參考。

貳、文獻探討

(一) 藥癮復發危機因素與多元整合戒治方案之需求

情緒、社會、經濟、壓力等問題是藥癮者最常面臨的問題，Llorente,Gomez 與 Fraile 等(1998)比較 130 位接受處遇後已持續使用 3 個月以上海洛因者和 130 位在處遇後持續 7 個月未再用海洛因者，發現復發者年紀較大、有較多醫療問題、教育程度較低、工作階層較低、海洛因濫用史較長、較常使用酒精、大麻、安非他命；且復發組長期為用藥渴求所苦、較少使用因

應策略去克服渴求、合理化用藥渴求與行為，且有較高生理與心理之改變、憂鬱、負向想法、負向因應行為等。Del Pozo, Gomez 與 Fraile 等 (1998) 研究指出對生活不滿意、感覺孤單、精神狀態不穩定、和用藥者接觸等為復發之因素。Gaily, Sheikh 與 Bashir (2004) 調查 180 位酒藥癮者發現，藉藥物來減輕生理痛苦或疾病困擾、負向情緒、社會壓力、衝動、誘惑物、及想測試自我控制力等為復發高危險情境。蔡學貞 (2005) 研究指出受到「心癮」所控制，失去生活的目標及交友的圈子，生活愈 愈單一無聊，家人或自我期待的壓 力，促使想藉由用藥 獲得輕鬆快 爽的感受。韋若蘭 (2003) 及江振亨 (2003) 研究指出復發的原因：朋友邀約吸毒、戒毒意志不堅、失業、家庭變故、遇到不如意，回憶起吸毒感受、受不了內心癮頭、無聊、工作上需求、工作不順利、心情不好、認知偏誤、僥倖心態等。林瑞欽、黃秀瑄、李易棻等 (2005) 研究指出男性在負面情緒、感官追求、接觸毒品等復發危機較女性嚴重，女性在家庭衝突復發危機較強，且較易受周遭重要他人影響。

多數有吸毒問題的犯罪人經歷多重且長期的社會心理問題，包括與家人相關的問題、無法維持長期穩定的關係、情緒及心理上的困難、教育及職業技能的缺乏、失業問題及多次的進出刑事司法體系。其無法成功處理家庭、職場、情緒問題等長期的困難並進而導致降低自重感、增加焦慮、憂慮、提高了再接觸藥物或酒精使用的預期效果，及試圖以藥物或酒精紓解負向的情緒。過去復發的經驗也增強認定自己是失敗者及成癮者的負向自我意象 (Gorsk, Kelley & Havens et al., 1993)。由於在進入監獄或戒治所前，多數在家庭關係上即已存在諸多的問題，而藥物濫用後面臨的各種健康、法律官司、經濟壓力等更加惡化其與家人的關係。此外，其家庭往往存在溝通模式不佳、家庭功能不良及因多次戒毒失敗而使家人對失去信任感。因為復發與個案社會支持及社會資源不良有顯著之關係，而社會支持與社會資源則會受到負面情緒的表達和缺乏自我控制而減損，因此除了對藥癮者進行醫療相關的協助外，在社會心理支持及家庭功能也應該加以輔導諮商，建立良好的家庭功能確實可以幫助藥癮者遠離毒品 (黃淑玲，2007)。

歸納上述相關研究顯示復發原因為：毒品的可近性與以前吸毒朋友的接觸、紓解家庭壓力或家庭衝突、處理負向的情緒 (含焦慮、憂慮與痛

苦)、工作的挫折、欠缺問題因應能力、用藥渴求或解癮、對毒品不正確的認知、經濟上的許可、低自我效能感、無聊、睡眠障礙。美國國家藥物濫用研究所(NIDA,2006)指出,自從1970年代中期,科學研究顯示治療可以有助人類改變破壞性的行為,避免復發及成功地將他們從物質濫用及成癮的生活中脫離。NIDA資料指出沒有單一治療是適合於所有的個案;治療需要易近性;有效治療能關照到個人的多重需求,而不僅是其藥物成癮的問題;個人的處遇及服務計畫必須時常加以評估與修正,以符合個人改變的需求;持續治療一段適當的療程對治療效果具有決定性;諮商及其他行為治療是所有有效的成癮治療之決定性要素;對某些種類的違常,醫療是治療的重要要素,特別當結合諮商及其他的行為治療;成癮或藥物濫用的個人若併存有心理的違常,應該以整合的方法將違常一併治療;戒斷症狀的醫療控制僅是成癮治療的第一步驟,且其本身對長期藥物使用的改變是短暫的;治療不需要是自願的才能有效;在治療中可能的藥物濫用必須被持續地監督;治療方案應該提供評估HIV/AIDS、B肝、C肝、肺結核及其他感染性疾病,且應該提供諮商以協助病人修正或改變置其本身或他人於感染風險的行為;當個案有其他慢性的、復發的疾病,藥物成癮的康復是一長期的過程,且基本上需要多重的治療療程與持續照顧。NIDA(2009)指出戒癮治療含蓋醫療(含戒斷及藥物治療)、行為治療(門診行為治療,含認知行為治療、多面向家庭治療、動機式晤談、動機式誘因;治療性社區)及刑事司法體系的治療等。戒斷治療並不是治療的本身,其僅是治療過程的第一階段,戒癮宜考慮對個案生活所有的面向,包括醫療及心理健康服務及善後跟進的選擇。

由上述分析顯見毒癮者之戒治需求是多元的,毒癮戒治不只是單純停止用藥而已,更需自我效能的強化、整體生活的重建、家庭失和與經濟困頓的解決(法務部等,2007)。因此,毒癮的戒治要符合多元的戒治需要,持續一段療程,且對個案的併發症或心理違常一併處理。根據林瑞欽、鄭添成、郝溪明等(2009)比較1232名未感染HIV/AIDS者及366名感染HIV/AIDS者發現,感染HIV/AIDS者有B、C型肝炎者近六成,顯示兩者有相當強的共病,此乃因感染者高達九成採針具注射藥物所致,且感染HIV/AIDS、B、C型肝炎者較為低估用藥感染疾病、施用針具與危險性行為引發的風險。男性感染HIV/AIDS者比未感染者有較強的用藥渴求、用藥非理性信念與復發決意。不分男女,感染HIV/AIDS者

比未感染者有較強的憂鬱、衝動性、攻擊性，也有較多的負面情緒。因此，如何針對高復發風險的已感染 HIV/AIDS 的毒癮者 化其處遇效果，恐是面臨比一般毒癮者更大的挑戰，評估毒癮者 HIV/AIDS 併發症者之心理調適整 改變情形為本研究所欲探討之重要課題。

(二) 毒癮愛滋者之心理調適與戒治需求

愛滋病感染者面對的不只是醫療、服藥副作用，社會歧視與污名化等社會觀感，家庭生活、感情世界與心理調適等均是刻需重視的問題。過去討論愛滋議題幾乎讓人感覺不到希望，角度偏向愛滋傳染途徑、醫療、生死的探討。多年後，國際愛滋團體探討的議題卻漸漸從醫療角度，延伸到愛滋感染者如何在社會上冒出頭來，尤其是在先進國家的愛滋感染者，大家更關心的議題更是在於交友、愛情、工作隱私、人權等話題（陳怡君，2007）。自從 1996 年發明合併療法（雞尾酒療法）之後，改變了悲慘的愛滋世界，死於愛滋相關疾病的人數已經大幅度地減少。愛滋病已經不再是立即致死的疾病，而是可控制的慢性病。藥物的治療誠然重要，但是如何以更適當的態度面對疾病則更加重要，個人對疾病的心理調適是保持健康、延長壽命、提升生活品質的重要因素。建立支持系統非常重要，若是感染者能感受到自我價值，仍充分享有親人、朋友的愛，即使身體衰弱，仍有力量活下去（謝菊英編譯，2007）。

根據心理學家研究發現，愛滋長期存活者多半具備以下的特質（謝菊英編譯，2007）：1. 被診斷出來感染愛滋後，能接受事實，不把它看作死亡的宣判。2. 有堅毅的奮鬥精神，不失望，有強烈的生存意志。3. 改變生活形態，注重生活的品質。4. 不設定長期目標，反而設定短期且可行的目標。5. 有自信，有能力處理壓力，面對困境。6. 留意自己在身體健康與心理支持方面的需要，並且妥善自我照顧。7. 能表達自己的需求，也不輕易答應別人自己辦不到的事。8. 找到新的生命意義。9. 增進人際關係，願意協助其他的愛滋感染者。10. 能坦然談論自己的疾病。11. 能得到親友或是其他愛滋感染者的支持。12. 能意識到自己對自己的健康有責任，他們積極參與治療計畫，與醫生建立良好的關係。

謝菊英、施夙真與徐森杰 (2007) 指出當得知感染愛滋病毒時，猶如創傷事件，他們可能有悲傷、憤怒、恐懼、罪惡感的強烈情緒反應。由於社會道德的判斷，感染者感到羞恥，低自尊，對過去的行為自責。積壓的情緒若得不到紓解與支持，可能會有自我孤立、依賴、失去生存意志等行為。身心困境包括：自殺傾向、面對未來的不確定性、生理上的疾痛與副作用、孤立與憂鬱。至於愛滋感染者社區照顧之需求，謝菊英等 (2007) 認為一旦感染愛滋，面臨的需求是多重的：因生病無法工作引起的經濟需求；因被家人排斥而出現的住屋需求；因需要醫療協助出現的照護需求；因對檢驗問題不了解、愛滋資訊缺乏、治療資訊的不足出現的愛滋知識需求；因生活失調、出現精神症狀、疾病與自我認同困擾的身心需求；因人際疏離、家人排斥而出現的關係需求；甚至因就學、就業、就醫等困擾而出現的權益需求等，可以說是一個跨專業需求的疾病。

台灣露德協會 (2006) 資料顯示愛滋感染者在愛滋知識、身心困擾、基本生活、支持網絡部分都有高於 50% 的需求，顯示愛滋感染者社會心理調適服務的需求性極高。感染後伴隨而來的社會污名化，個案無法隨意向他人談論，自我封閉，情緒低落時，原有的支持系統無法發揮功能。楊靖慧 (2009) 指出除了抗病毒藥物外，必須加上其他的相關醫療才能對愛滋感染者有完整的醫療照護。此外，愛滋病人常併有高比例的精神官能疾病如憂鬱症及失眠等，甚至導致藥物濫用的情形，適當的藥物治療與心理諮詢可以增加病人對雞尾酒療法的順服性，使得治療成功比例提昇。

一項探討毒癮愛滋感染者的生活世界的研究，邱美珠 (2007) 深度訪談 7 位在台灣關愛之家協會的愛滋中途之家的毒癮愛滋感染者，研究發現接觸毒品係生活失去目標的一種替代，卻因此走上關係斷裂及為毒所控的不歸路；自身的存在意義因為喪失生活目標而陷入無能的處境；感染愛滋病毒，在喪失身體控制感之外，更被社會文化嚴重歧視與污名；此一歧視與污名則是促使毒癮愛滋感染者面臨存在心理挫折的主因。研究也發現，毒癮愛滋感染者有以下的經驗特徵：(1) 在生理層面上，擔憂不確定的病症變化與死亡恐懼；(2) 在心理層面上，面對種種失落卻無力解決，時時沉浸在悲觀、絕望及無意義的負面情緒狀態中；(3) 在社會層面上，因負面觀感、家庭支持度低及種種社交隔離，故常有拒絕接受追蹤治療的傾向；(4) 在存在層面上，常透露出生活無趣、抑鬱的言詞，被挫

敗、自卑、孤獨及無望的深度挫折感糾纏，感受不到活著的意義與價值。

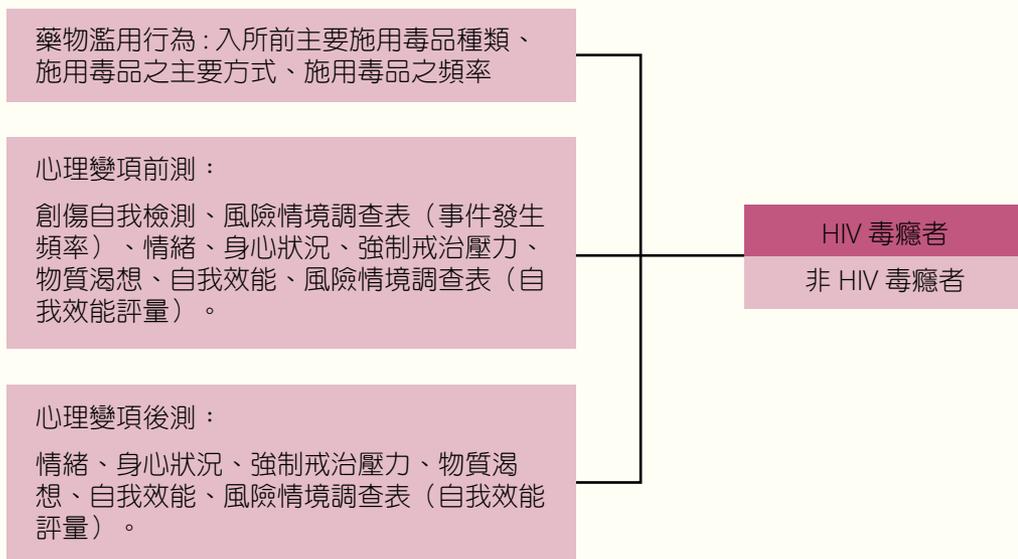
HIV 與物質濫用共病對 HIV 相關的健康與物質使用均有不良的後果，其影響結合了 HIV 與物質濫用共病等兩個面向治療的問題。Malow、Rosenberg 與 Devieux (2009) 指出物質濫用與 HIV 共病者除了面對成癮與 HIV 感染問題外，壓力事件與社會烙印是其最常面臨的經驗，他們不僅被社會所隔離，而且通常缺乏因應因成癮與 HIV 感染所導致之生理、心理、社會問題所需的技巧與資源。Malow 等指出對物質濫用與 HIV 共病者採用結合認知社會學習理論、復發預防理論及壓力因應理論的「認知行為壓力管理處遇」(Cognitive-behavioral stress management interventions) 可有效降低 HIV 傳遞的風險，且對 HIV 感染者的心理與社會層面具有效果。此外，Proeschold-Bell, Heine, Pence 等 (2010) 針對有物質濫用違常的 286 位 HIV 感染者，調查其接受持續 12 個月的整合型物質使用與 HIV 處遇計畫的結果，以了解受試者在酒精及毒品的嚴重程度是否改善。該整合治療的內容包括討論 HIV 相關的議題、討論物質濫用相關的問題、使用動機式晤談法、跨理論模式及改變階段技巧、認知行為治療法、單一電子醫療記錄法、每週的科際整合團隊會議個案討論、團體治療等。研究結果酒精嚴重程度在第 6 個月及第 12 個月有顯著的改善，藥癮的嚴重程度在第 6 個月尚無明顯改善，但在第 12 個月則有明顯的改善。由上述分析可知，HIV 感染者的照護含蓋身心靈與社會支持面向的介入。在本研究中研究者關注毒癮 HIV 感染者在戒治機構內的生活調適與處遇歷程的心理適應，藉由分析毒癮 HIV 感染者與非 HIV 感染者在戒治初期與後期心理適應之比較，了解多元戒治模式是否符合毒癮 HIV 感染共病者的需求，也透過統計上的比較，提供符合毒癮 HIV 感染共病者的處遇策略。

參、研究方法

一、研究架構

本研究收集樣本在戒治所期間之心理評估量表前、後測資料等，據以考究 HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者在入所初期與接受戒治處遇後期在各變項的

異差分析，關於受戒治人入所後及出所前所做之心理測驗，為法務部函令規定各戒治所於受戒治人入所之新收調查，及出所前之社會適應期後實施測驗，本研究架構見圖 1。



圖一：研究架構

二、研究對象

樣本取自衛生署管制藥品管理局 2009 年委託科技研究計畫「多元整合戒治方案實施成效之心理變項效果評量與出所後再犯與否之評估研究」計畫編號 DOH98-NNB-1038(江振亨、陳憲章、劉亦純等，2009)所建立的資料庫，原資料庫之樣本毒癮者共 623 人(HIV 計 71 位、非 HIV 計 552 位)為高雄戒治所 2007-2008 年出所之受戒治人，且無另案接續於監獄執行者。本次研究就上述母群體中擷取限其於戒治期間已完成各量表前測及後測問卷施測者為分析對象(扣除入所時新收調查問卷前測未完成、出所前之社會適應期實施後測測驗問卷未完成、或移所時資料不全、受試者在量表前測後測有明顯偏誤者、未完成戒治處遇社會適應期者)，計取樣 314 名，經統計屬 HIV 毒癮者 46 位、非 HIV 毒癮者 268 位(見表 1)。

從表 1 之基本資料顯示，兩組年齡均以 41-45 歲最多，36-40 歲次之。入所前工作均以工人最多。教育與婚姻兩組則呈現顯著差異，學歷雖均以國中畢

業最多，但 HIV 毒癮者以國中肄業次之，而非 HIV 毒癮者以高中（職）畢肄業次之。HIV 毒癮者的學歷顯比非 HIV 毒癮者為低。婚姻方面 HIV 毒癮者以離婚且單身為最多，而非 HIV 毒癮者以未婚且無同居最多。

表 1: 研究對象基本資料與兩組之卡方檢定

變項	非 HIV 毒癮者		HIV 毒癮者	
	人數	百分比 (%)	人數	百分比 (%)
年齡				
25 歲以下	4	1.5	0	0
26-30 歲	28	10.4	2	4.3
31-35 歲	50	18.7	6	13.0
36-40 歲	58	21.6	13	28.3
41-45 歲	69	25.7	17	37.0
46-50 歲	39	14.6	5	10.9
51-55 歲	16	6.0	2	4.3
56 歲以上	4	1.5	1	2.2
教育程度				
國小以下程度	19	7.2	7	16.3
國中肄業	30	11.4	10	23.3
國中畢業	106	40.2	17	39.5
高中（職）肄業	51	19.3	4	9.3
高中（職）畢業	51	19.3	4	9.3
專科肄業	1	.4	1	2.3
專科畢業以上	6	2.3	0	0
遺漏值	4		3	
婚姻狀況				
未婚且無同居	103	39.2	8	18.2
未婚但與人同居	16	6.1	2	4.5
已婚	79	30.0	13	29.5
已婚但分居	4	1.5	4	9.1
離婚且單身	57	21.7	17	38.6
喪偶且單身	4	1.5	0	0
遺漏值	5		2	
入所前工作狀況				
無業	6	2.2	3	6.8
公務員、教師	1	.4	0	0
農業	16	6.0	3	6.8
商	27	10.1	4	9.1
工	133	49.6	30	68.2
自由業	37	13.8	3	6.8
服務業	39	14.6	0	0
漁	1	.4	0	0
其他	8	3.0	1	2.3
合計	268	100.0	44	100.0
遺漏值	0		2	

註：年齡 $X^2=6.146$, $df=7$, $p=.523$; 教育 $X^2=14.888$, $df=6$, $p=.021$; 婚姻 $X^2=18.203$, $df=5$, $p=.003$; 工作 $X^2=13.557$, $df=8$, $p=.094$

三、本研究對象接受多元戒治處遇之內容

本研究以高戒所實施之戒治處遇為分析對象，研究樣本為 2007 年至 2008 年接受戒治處遇，該所戒治模式運作之策略採行模組 (Module) 的理念 (參閱江振亨，2007、2008)，以「多元戒治處遇模式」(Multiple Treatment Program) 為戒治處遇規劃之主軸，計包括 9 個處遇模組 (Module) 分別為：1. 心理衛生、藥物教育及健康生活管理方案。2. 認知重構方案。3. 自我效能方案。4. 生活技能方案與生涯規劃方案。5. 復發預防方案。6. 家庭重建方案。7. 生命教育方案。8. 宗教心靈教育方案。9. 通識教育課程方案 (體適能活動、法治教育、人文教育)。

2007 年至 2008 年該所推動多元整合戒治方案包括 1. 法務部訂三階段流程，調適期、心理輔導期、社會適應期。學員一律參加大班級教育課程。所內排訂各式各樣之課程，包括體育活動類、宗教教育類、生活適應類、成癮概念類、法治教育類、衛生教育類、人文教育類、專業處遇、諮商輔導類、工作與休閒類、生涯輔導類等。2. 特殊處遇方案 (家庭支持、家屬衛教團體、愛滋衛教團體、年邁戒癮團體、藝術治療團體、讀書治療團體、寫作治療團體、牧靈諮商團體、職業技能訓練班...)。依學員需求、團體挑選條件參加。參加此類課程時間完畢後成員需回到大班級教育課程上課。3. 循環處遇方案 (受戒治人衛教諮商團體、認知重構戒癮團體、焦點解決戒癮團體、自我效能 (含自我成長) 團體、生命教育團體 (含價值澄清團體)、生涯規劃團體、復發預防團體方案 (含壓力管理、情緒管理)。依學員期別、團體挑選條件參加，團體完畢後成員回到大班級教育課程上課 (高雄戒治所戒癮團體簡介見表 2; 江振亨，2011)。

處遇方案之規劃與執行方面，除該所心理師、社工員與輔導員外，2007 年及 2008 年行政院衛生署指定嘉南療養院派醫療團隊進駐所內執行戒治整合合作計畫 (戒治整合合作計畫合作模式見表 3)，服務內容以戒癮心理治療及衛教教育、職能評估與生涯諮商為主，並無醫藥侵入性處遇。此外，高戒所亦有與外聘鄰近醫療單位或個別師資入所進行戒治課程，或引進高雄地區公益團體及毒品危害防制中心之社會資源入所實施戒治課程。

表 2: 戒癮團體簡介

項次	團體名稱	團體性質與目標
1	短期家庭處遇 (BFT)~ 家屬衛教座談與輔導方案	(1) 家屬衛教暨家庭日活動。(2) 高雄戒治所介紹及家屬支持衛教。(3) 個別家庭諮商。(4) 受戒治人與家屬懇談時間、填寫意見調查表。目標：運用家庭社會工作與家庭諮商促進家庭連結與改善家庭關係，增進戒毒效能。
2	家庭與婚姻成長團體—愛很簡單	透過團體的方式來認識自己、覺察情緒表達與溝通技巧，以建立良好的家庭互動與婚姻關係。
3	棉畫班生命價值探索團體	藉由棉畫作品討論、影片賞析與討論、生命故事討論等方式，提升成員自我肯定，重塑自我生命價值。
4	讀書治療團體	結合讀書會形式與寫作分享之團體討論方式，帶領受戒治學員發掘內心真實的自我，閱讀與寫作成為治療的一種媒介。
5	結合棉畫藝術 - 心理諮商及家庭連結方案	結合藝術創作、團體心理諮商與家庭關係重構之戒毒方案，除了採行表達性藝術治療外，更將之結合於心理諮商及家庭關係重構中，成為整合性的戒毒方案。
6	牧靈諮商團體	以聖經為題材，透過靈性的討論，學習找到心靈的安頓，而不必依賴於毒品。
7	愛滋個案認知戒癮團體	(1) 降低成員出所後再使用藥物的機會。(2) 降低成員因使用藥物造成的犯罪活動。(3) 降低愛滋傳播的風險行為。(4) 使成員有正確的疾病認知。(5) 使成員思考及建構，出所後的社會、家庭網絡。
8	年邁戒癮團體	針對 50 歲以上長期吸毒而難以戒除的年老受戒治人，採取人本方式，由受戒治人自行決定團體議題，進行非指導性的團體治療。
9	焦點解決戒癮團體	採認知結構改變目的設計團體內容，團體過程合併使用焦點治療技術。
10	戒癮認知治療團體	採認知結構改變目的設計團體內容，團體過程合併使用焦點治療技術，從正負向思考、成本效益分析等探討毒品的危害。
11	整合認知行為 - 動機式晤談法 - 現實治療戒癮團體	以認知行為治療取向為主要治療模式，佐以動機式晤談法及現實治療等取向技術，增強戒治人戒除毒癮的動機。協助戒治者能夠辨識、避免與因應 -- 辨識出在哪些情境中最有可能去使用毒品，適當地去避免這些情境，也能有效地去因應那些與藥癮有關的問題行為。

項次	團體名稱	團體性質與目標
12	戒癮動機促進團體	(1) 降低成員對強制處遇的防衛。(2) 增進成員對自身戒癮動機強弱的了解。(3) 增進成員對成癮行為的正負面影響的了解。(4) 加強成員對戒癮之必要性的認識，並承諾改變。(5) 增進成員對其問題行為路徑與危險因子的了解，並探討有效的因應策略。
13	自我肯定成長團體	透過團體方式，增進彼此信任及凝聚力。藉用團體討論及活動進行，增加自我覺察能力，並提升自我概念、增進自我表達及肯定能力。
14	Agape 真愛生命更新成長團體	透過聖經的觀點，建立目標導向的人生。藉由團體討論方式認識自己並欣賞、接納自己，並能認識人我差異及尊重他人，重建信心與希望，建立積極的人生。
15	抒寫自我探索團體	透過事前選定之文章分享及特定議題，利用文字抒寫的方式來進行自我探索 / 自我復原的內涵。
16	壓力管理預防復發團體	以壓力管理理論討論如何針對因應高風險復發情境，並透過認知重構法學習正向的因應型想法。
17	壓力免疫復發預防教育戒毒團體	透過團體方式加強復發預防技巧、增加戒癮信心與因應能力。團體內容：壓力與健康、壓力下的認知與情緒、最毒第一口、因應技巧 - 生理與心理放鬆訓練、憂鬱情緒與健康因應、人際間的生活情境因應、知覺因應與焦慮管理、高風險情境與高風險想法之辨識、管理渴求與驅力及拒絕用藥技巧練習。
18	內觀基礎預防復發團體	從內觀的觀點，個案在渴求反應後出現的毒品使用行為是一種自動導航表現，藉由內觀的一連串體驗練習，幫助毒癮提高自我覺察的能力和對渴求反應的耐受力，降低衝動性使用的表現。
19	預防復發團體	從 Prochaska & DiClemente 的成癮階段與歷程談起，讓成員探索物質濫用對自己生活的影響及變化，透過演練與分享，促使成員學習辨識個人的高風險情境，並習得有效的因應策略。
20	生涯規劃團體	以「人類職能模式」理論基礎設計團體內容。透過「意志次系統」的改變發展職能角色認同與職涯計畫。
21	出所準備團體	藉由「出所計劃大拍賣」活動，確認成員出所計畫以及如何執行，並討論計畫之可行性。帶領受戒治人規劃自己出所的生活、探討本身特質及職業興趣。

表 3: 戒治醫療整合合作模式

階段	標準處遇		篩選條件
	一	二	
調適期	嘉南醫師： 「生理心理社會功能暨復發風險」初診評估	1. 家屬衛教團體：配合戒治所之家庭日及懇親活動辦理。每月邀請新收受戒治人家屬或即將出所之受戒治人家屬入所進行家庭支持方案與家庭衛教小團體會談。(由高雄戒治所與嘉南療養院所有團隊人員共同辦理，並結合高雄縣市政府毒品危害防制中心人力進行出所前個案會談)。 2. 愛滋衛教團體：由高戒所心理師與嘉南護理師共同帶領毒癮愛滋病患進行愛滋衛教與毒癮戒治治療。	無另案殘刑者優先 另案殘刑半年以內者次之
	嘉南社工師：家屬負荷量表評估		受戒治人家屬
心理輔導期	嘉南護理師：大團體衛教 12 次		無限制
	嘉南社工師與高戒所心理師：小豆苗戒癮團體 8-12 次（採認知行為治療模式、焦點解決模式）		無另案、國中以上學歷 50 歲以下、海洛因使用者
	嘉南職能治療師：職能評鑑（篩選生涯團體成員）		無另案、50 歲以下
社會適應期	嘉南職能治療師： 向日葵生涯與就業輔導團體 6-8 次 大團體就業輔導與生涯課程 9 次		團體：無另案、50 歲以下、經評估具參加團體的意願動機；個別諮商：視受戒治人需求
	嘉南社工師與護理師：個案管理評估		無另案，即將於社會適應期出所者
待釋期	高戒所社工師與嘉南護理師：個案管理評估、「生理心理社會功能暨復發風險」複評		無另案
出所	高戒所社工師與嘉南護理師、社工師：個案出所追蹤		台南縣市（其他縣市由高 雄戒治所追蹤）

四、研究工具

研究工具引自法務部頒訂之「社會工作處遇需求評估問卷」、「創傷自我檢測表」、「風險情境調查表（事件發生頻率篇）」、「情緒量表」、「身心狀況量表」、「強制戒治壓力量表」、「物質渴求量表」、「自我效能量表」、「風險情境調查表（自我效能評量篇）」等進行分析。「社會工作處遇需求評估問卷」於個案入所後兩週內由社工員施測完畢，本研究引用入所前職業、教育程度、本人婚姻等、本次施用毒品名稱、吸毒的方式、吸用頻率。其他心理測驗量表於個案進入調適期前由心理師施測，並於完成社會適

應期後再施以後測。若個案在所期間未能完成社會適應期，則不會再接受後測。本研究所收集心理測驗量表為法務部於 2004 年 4 月 15 日頒訂於各戒治所實施，並於 2006 年 9 月 28 日經專家學者檢討後修正實施。另江振亨、陳憲章、劉亦純、李俊珍、邱鐘德等 (2009) 收集 623 個研究樣本，就上列量表另行進行信度及內部一致性考驗，同時進行因素分析重新對量表因子命名 (以主成分分析找出共同因素，並以最大變異數加以轉軸，以特徵值大於 1.5 為取捨因素數目標準，因素分析後發現因素負荷量均在 .30 以上)，各量表說明如下：

(一) 創傷自我檢測表

本量表乃是法務部於 2004 年所編製，計 35 題，採用 Likert scale 五點量表，分別詢問受戒治人入所前一個月特定事件的「發生頻率」，分數為 0~4，分別為 0：完全不符合，1：少部份符合，2：部分符合，3：大部分符合，4：完全符合。江振亨等 (2009) 收集 623 個樣本另進行本量表的信度及內部一致性考驗，原始變項的 Cronbach' s α 為 0.96，顯示該量表具良好的內部一致性。因素分析結果顯示，可分成三個負荷因素：「社交障礙」、「現實喪失」、「過度警覺」。轉軸後平方和負荷量分別為 22.860%、15.086% 及 14.189%，累計可解釋之總變異量為 52.135%。

(二) 風險情境調查表 (事件發生頻率篇)

本問卷原為台北戒治所 (2003) 編製的「高風險情境調查表」，共 64 題。該量表題目分成「個人內在的一環境的決定因素」與「人際的決定因素」。本研究乃使用法務部於 2004 年改編「高風險情境調查表」而成的「風險情境調查表 (事件發生頻率篇)」，計 56 題，採用 Likert scale 五點量表，分別詢問受戒治人入所前一個月特定事件的「發生頻率」，分數為 0~4，分別代表：無、很少、偶爾、經常、總是。江振亨等 (2009) 收集 623 個樣本另進行本量表的信度及內部一致性考驗，結果得到 Cronbach' s α 為 0.96，顯示該量表具良好的內部一致性。經因素分析結果顯示，可分成五個因素：「負向情緒」、「吸毒線索誘發」、「生活壓力情境」、「正向情緒」、「工具性使用毒品」。轉軸後平方和負荷量分別為 17.642%、15.860%、9.809%、6.673% 及 4.886%，累計可解釋之總變異量為 54.689%。

(三) 情緒量表

情緒量表原為張雁虹 (2004) 編製，共 16 題，採用 Likert scale 五點量表，由 0~4 代表出現的頻率。該測驗詢問過去一週負向情緒出現頻率及強烈程度。在信度方面內部一致性係數為 0.92~0.93。部頒版本為張雁虹 (2004) 所編情緒量表。江振亨等 (2009) 收集 623 個樣本另進行本量表的信度及內部一致性考驗，結果其 Cronbach' s α 為 0.95，顯示極佳的內部一致性。測驗內容經因素分析，此量表更可簡化成二個負荷因素，分別為：「憂鬱」和「焦慮」。轉軸後平方和負荷量分別為 38.826% 及 26.273%，累計可解釋之總變異量為 65.099%。

(四) 身心狀況量表

身心狀況量表原採用吳英璋 (1993) 所編製的「身心症狀量尺—精簡版」，共 18 題，受試者須以過去一週情形回答身心症狀出現頻率。本量表採用 Likert scale 五點量表，由 0~4 代表出現的頻率。張雁虹 (2004) 以台中戒治所受戒治人 202 人為樣本，分別進行三次施測，所得內部一致性係數為 0.83 ~ 0.85，與吳英璋 (1993) 所得結果類似 (0.88)。部頒版本為張雁虹 (2004) 所編身心狀況量表。江振亨等 (2009) 收集 623 個樣本另進行本量表的信度及內部一致性考驗，結果其 Cronbach' s α 為 0.87。經因素分析，此量表具有三個負荷因素，分別為：「情緒失調」、「身體化症狀」、「習慣變化」。轉軸後平方和負荷量分別為 22.174%、15.311% 及 10.942%，累計可解釋之總變異量為 48.428%。

(五) 強制戒治壓力量表

原由張雁虹 (2004) 所編製，以做為測量壓力知覺的工具，共 68 題，採用 Likert scale 四點量表，由 1~4 代表「事件讓你困擾的程度」。張雁虹 (2003) 以強制戒治壓力量表中的壓力困擾程度做信、效度分析，計得四種負荷因素：「人際困擾」、「妻小問題」、「所內生活作息與規定」、「擔心再犯」，可解釋 35.03% 的總變異量。信度方面，第一週四個因素的內部一致性係數

依序為：0.91、0.74、0.85、0.71。本研究所使用的強制戒治壓力量表，乃法務部於 2004 年以張雁虹 (2004) 的強制戒治量表改編，由 68 題刪減成 62 題，測量「過去一週可能會心煩或困擾的生活事件造成受戒治人的困擾程度」，並改編成為五點量表，分別為 0：沒有發生，1：完全不困擾，2：有些困擾，3：困擾，4：非常困擾。江振亨等 (2009) 收集 623 個樣本另進行本量表的信度及內部一致性考驗，結果其 Cronbach's α 為 0.97，顯示極佳的內部一致性。測驗內容經因素分析，此量表可分成七個因素，分別為：「擔心受同儕欺壓」、「擔心未來社會生活之適應」、「對戒治法規涉及個人權利的壓力」、「戒治所內生活作息與管理的壓力」、「對戒治所內生活品質之擔憂」、「對家庭之掛念」、「擔心司法另案判決與接續執行」。轉軸後平方和負荷量分別為 14.190%、9.593%、8.938%、7.673%、6.598%、6.384% 及 3.367%，累計可解釋之總變異量為 56.744%。

(六) 物質渴求量表

此量表改編自洪嘉璣 (2003) 研究中所使用的「渴求認知反應量表」，用以評估受試者對抗拒用藥念頭之能力信念。原量表為 17 題，使用 Likert scale 五點量表。量表的內部建構方面，分析結果可分成三個因素：「毒品渴求」、「負向信念」、「結果預期」，可解釋 53.45% 的總變異量。信度方面，總量表之 Cronbach's α 為 0.91。本研究乃使用法務部於 2004 年改編「渴求認知反應量表」而成的「物質渴求量表」，用以測量「毒品相關經驗對受戒治人的影響」，增訂成為 35 題，使用 Likert scale 五點量表，分別為 0：完全不符合，1：少部份符合，2：部分符合，3：大部份符合，4：完全符合。江振亨等 (2009) 收集 623 個樣本另進行本量表的信度及內部一致性考驗，結果其內部一致性係數為 0.87，顯示具有極佳的內部一致性。測驗內容經因素分析，此量表可分成三個因素，分別為：「情境誘發的渴求」、「想用藥的想法」、「渴求抑制」。轉軸後平方和負荷量分別為 24.003%、15.277% 及 10.436%，累計可解釋之總變異量為 49.715%。

(七) 自我效能量表

此量表採用洪嘉璣 (2003) 研究中所使用的一般自我效能量尺，而該量尺乃參考吳英璋 (1993) 自我效能量表的部份題目、並根據臨床經驗修改而成，共 20 題，測量過去一個月以來，受戒治人對自己的看法。使用 Likert scale 五點量表，分別為 0：完全不符合，1：少部份符合，2：部份符合，3：大部份符合，4：完全符合。洪嘉璣 (2003) 的研究顯示，其自我效能部份可抽取出「正向自我效能」和「負向自我效能」二個因素，負向自我效能的内部一致性係數為 0.86，而正向自我效能的内部一致性係數為 0.78。江振亨等 (2009) 收集 623 個樣本經因素分析，可抽取出兩個因素：「正向自我效能」和「負向自我效能」，經反向記分處理後，得到 Cronbach' s α 為 0.86，顯示該量表具有良好的内部一致性。「正向自我效能」和「負向自我效能」兩個分變項轉軸後平方和負荷量分別為 28.865% 及 24.750%，累計可解釋之總變異量為 53.615%。

(八) 風險情境調查表 (自我效能調查表)

本量表原為台北戒治所 (2003) 所編製「高風險情境調查表」，共 64 題。使用 Likert scale 五點量表，分別為 0：完全沒影響，1：少部份影響，2：部份影響，3：大部份影響，4：完全影響。當時原始變項的 Cronbach' s α 為 0.97，因素分析結果將該量表題目分成「個人內在的一環境的決定因素」與「人際的決定因素」。本研究乃使用法務部於 2004 年改編而成的「風險情境調查表 (自我效能調查表)」，測量受戒治人對於「拒絕誘惑、抵抗想要施用毒品念頭而能拒絕，且不施用毒品的信心程度」，計 64 題，採用 Likert scale 五點量表，分別為 0：完全沒信心，1：低程度信心，2：中等程度信心，3：高程度信心，4：完全有信心。江振亨等 (2009) 收集 623 個樣本另進行本量表的信度及内部一致性考驗，發現新版「風險情境調查表 (自我效能調查表)」原始變項的 Cronbach' s α 為 0.99。經因素分析結果顯示，該量表可分成三個負荷因素：「毒品接觸風險情境的拒藥效能」、「負向壓力風險情境的拒藥效能」、「目的性風險情境的拒藥效能」。轉軸後平方和負荷量分別為 27.923%、22.350% 及 21.083%，累計可解釋之總變異量為 71.356%。

四、資料處理與分析

將受試者在各依變項前、後測資料計分與核對無誤後輸入 SPSS 13.0 統計軟體，針對 HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者在基本資料、藥物濫用行為等進行卡方檢定；針對 HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者在心理變項前測（創傷自我檢測、風險情境調查表 - 事件發生頻率篇、情緒、身心狀況、強制戒治壓力、物質渴求、自我效能、風險情境調查表自我效能評量）及心理變項後測（情緒、身心狀況、強制戒治壓力、物質渴求、自我效能、風險情境調查表自我效能評量）等依變項進行 t 檢定，以找出兩者間是否達統計上的顯著差異。

肆、研究結果與討論

一、HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者之藥物濫用行為分析

HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者之藥物濫用行為，本研究從入所前主要施用毒品種類、施用毒品之主要方式、施用毒品之頻率加以描述（見表 4），其中入所前主要施用毒品種類、施用毒品之主要方式兩組呈現顯著的差異，HIV 毒癮者入所前主要施用毒品種類為海洛因，且高達 84.4%，至於非 HIV 毒癮者雖亦為海洛因，但為 62.0%，較前者少二成以上，若將併用海洛因者亦算入，則 HIV 毒癮者入所前主要施用毒品種類為海洛因高達 95.5%，而非 HIV 毒癮者海洛因亦高達 75.9%。入所前主要施用方式，HIV 毒癮者主要係以注射為主，且高達 85.7%，至於非 HIV 毒癮者吸食最多，占 51.2%，而注射次之，占 42.3%。因為共用針頭與稀釋液為感染 HIV 的高風險行為之一，由兩組用藥行為的分析，可以發現本研究中 HIV 毒癮者感染 HIV 病毒與其用藥行為態樣有密切的關連性。

表 4: HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者藥物濫用行為與兩組之卡方檢定

變項	非 HIV 毒癮者		HIV 毒癮者	
	人數	百分比 (%)	人數	百分比 (%)
入所前主要施用毒品種類				
海洛因	165	62.0	38	84.4
海洛因與安非他命	36	13.5	4	8.9
海洛因、安非他命、嗎啡與鎮定劑或安眠藥	0	0	1	2.2
海洛因、安非他命與鎮定劑或安眠藥	1	.4	0	0
海洛因、安非他命與鎮定劑或安眠藥	1	.4	0	0
安非他命	61	22.9	0	0
安非他命、嗎啡	1	.4	0	0
嗎啡	0	0	1	2.2
搖頭丸	1	.4	0	0
其他	0	0	1	2.2
遺漏值	2		1	
施用毒品之主要方式				
吸食	127	51.2	3	7.1
注射	105	42.3	36	85.7
兩種方式以上	16	6.5	3	7.1
遺漏值	20		4	
施用毒品之頻率				
一天 5 次以上	6	2.3	0	0
一天 3~4 次	19	7.3	3	7.3
一天 1~2 次	157	60.4	30	73.2
二~三天 1 次	42	16.2	6	14.6
四~六天 1 次	15	5.8	2	4.9
一~三週 1 次	20	7.7	0	0
一個月以上 1 次	1	.4	0	0
遺漏值	8		5	

註：主要施用毒品 $X^2=32.338$, $df=9$, $p=.000$; 施用毒品之主要方式 $X^2=29.484$, $df=2$, $p=.000$; 施用毒品之頻率 $X^2=5.291$, $df=6$, $p=.507$

二、HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者之創傷自我檢測與風險情境調查結果分析

創傷自我檢測與風險情境 (事件發生頻率) 調查為受戒治人入所後兩週內新收調查期間所做之問卷調查，此兩項量表只調查一次，並無後測。從非 HIV 毒癮者與 HIV 毒癮者在創傷自我檢測表與風險情境調查表依變項之獨立樣本 t 檢定分析結果 (見表 5) 顯見，創傷自我檢測表之分量表社交障礙與現實喪失兩組達統計上的顯著差異，且創傷自我檢測表總分兩組亦達統計上的顯著差異。至於風險情境調查表 (事件發生頻率) 僅以工具性用毒分變項兩組達統計上的顯著差異。

檢視兩組的平均數發現，以上變項得分均為 HIV 毒癮者高於非 HIV 毒癮者，亦即在剛入所的調查中發現，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高的社交障礙 ($t=-2.904, p<.01$)、現實喪失 ($t=-2.866, p<.01$) 及整體的創傷經驗 ($t=-2.186, p<.05$)。現實喪失方面 HIV 毒癮者明顯比非 HIV 毒癮者高，此與邱美珠 (2007) 探討毒癮愛滋感染者的生活世界研究結果一致，其研究顯示毒癮愛滋感染者自身的存在意義因為喪失生活目標而陷入無能的處境，在心理層面上，面對種種失落卻無力解決，時時沉浸在悲觀、絕望及無意義的負面情緒狀態中；感染愛滋病毒，在喪失身體控制感之外，更被社會文化嚴重歧視與污名；此一歧視與污名則是促使毒癮愛滋感染者面臨存在心理挫折的主因。本研究亦發現 HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高的社交障礙，文獻 (邱美珠，2007) 指出 HIV 毒癮者具有負面觀感、家庭支持度低及種種社交隔離等社交層面問題，且其常透露出生活無趣、抑鬱的言詞，被挫敗、自卑、孤獨及無望的深度挫折感糾纏，感受不到活著的意義與價值。基於上述毒癮 HIV 感染者的特性，他們是一群極不容易與他人發生真誠接觸關係的人，社交障礙明顯高於非 HIV 毒癮者。另就整體的創傷經驗而言，本研究亦發現 HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者明顯較高，Pence(2009) 指出憂鬱、創傷及其他各種的社會心理因素在 HIV/AIDS 群體中十分常見。謝菊英等 (2007) 指出當一個人得知感染愛滋病毒時，猶如創傷事件，他們可能有悲傷、憤怒、恐懼、罪惡感的強烈情緒反應。積壓的情緒，若得不到紓解與支持，可能會有自我孤立、依賴、失去生存意志，面臨重重的身心困境。

本研究發現 HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高工具性用毒行為 ($t=-2.599, p<.05$)，所謂工具性用毒行為，包括以吸毒減肥、解酒或面對親友的過世等，屬於負向因應高風險情境的行為模式。由於情緒、社會、經濟、壓力等問題是藥癮者最常面臨的問題，Llorente 等 (1998) 研究亦指出復發者為較少使用因應策略去克服渴求、合理化用藥渴求與行為，且有較高生理與心理之改變、憂鬱、負向想法、負向因應行為等。由於 HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有更嚴重的身心困境，故本研究中發現其明顯有較高工具性用毒行為之心理意向。謝菊英等 (2007) 認為一個人一旦感染愛滋之後，面臨的需求是多重的，台灣露德協會 (2006) 指出愛滋感染者在愛滋知識、身心困擾、基本生活、支持網絡

部分都有高於 50% 的需求，顯示愛滋感染者社會心理調適服務的需求性極高。

表 5: 非 HIV 毒癮者與 HIV 毒癮者在創傷自我檢測表與風險情境調查表依變項之獨立樣本 t-test 分析

變項	非 HIV 毒癮者 (n=268)		HIV 毒癮者 (n=46)		t	df	p
	平均數	標準差	平均數	標準差			
社交障礙	15.62	12.398	22.02	17.082	-2.904**	282	.004
現實喪失	8.89	6.727	12.13	8.452	-2.866**	299	.004
過度警覺	8.76	5.196	10.20	6.765	-1.366	54.900	.177
創傷自我檢測表總分	33.07	22.214	44.17	31.190	-2.186*	47.204	.034
負向情緒	22.36	13.950	24.09	13.436	-.757	292	.449
吸毒線索誘發	13.50	9.899	15.16	9.005	-1.028	281	.305
生活壓力情境	8.06	7.047	9.57	6.527	-1.350	301	.178
正向情緒	10.33	5.073	11.22	3.954	-1.115	300	.266
工具性用毒	2.50	2.161	3.69	2.922	-2.599*	52.717	.012
風險情境調查表(事件發生頻率篇)總分	57.76	32.950	63.85	27.731	-1.101	264	.272

註：*p<.05 **p<.01 ***p<.001

三、HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者之情緒、身心狀況、強制戒治壓力、物質渴望、自我效能、風險情境調查表(自我效能評量)等前測調查結果分析

情緒、身心狀況、強制戒治壓力、物質渴望、自我效能、風險情境調查表(自我效能評量)等調查，為受戒治人入所後兩週內新收調查至進入調適期前所做之問卷調查，本項於個案出所前會進行同一問卷的後測。從非

HIV 毒癮者與 HIV 毒癮者在各量表依變項之獨立樣本 t 檢定分析結果 (見表 6) 顯見，身心狀況量表之分量表情緒失調與身體化症狀兩組達統計上的顯著差異，且身心狀況量表總分兩組亦達統計上的顯著差異。情緒量表之分量表憂鬱與焦慮及情緒量表總分，兩組達統計上的顯著差異。戒治壓力量表之分量表擔心受同儕欺壓與擔心未來社會生活之適應 - 兩組達統計上的顯著差異，且戒治壓力量表總分兩組亦達統計上的顯著差異。物質渴求量表之分量表情境誘發渴求與想要用藥想法及總分兩組達統計上的顯著差異。自我效能量表之分量表負向自我效能及自我效能量表總分兩組達統計上的顯著差異。風險效能量表之分量表毒品接觸、負向壓力與目的性因應及風險效能量表總分兩組達統計上的顯著差異。

表 6: 非 HIV 毒癮者與 HIV 毒癮者在各量表前測各依變項之獨立樣本 t-test 分析

變項	非 HIV 毒癮者 (n=268)		HIV 毒癮者 (n=46)		t	df	p
	平均數	標準差	平均數	標準差			
情緒失調	5.21	4.610	9.31	6.674	-3.966***	51.306	.000
身體化症狀	3.60	3.150	5.53	4.836	-2.593*	50.500	.012
習慣變化	3.39	2.297	3.85	2.338	-1.238	309	.217
身心狀況量 表總分	12.23	8.450	18.68	10.941	-3.729***	51.926	.000
憂鬱	9.02	7.870	12.67	10.016	-3.547***	311	.000
焦慮	6.34	4.610	7.83	4.489	-2.031*	309	.043
情緒量表總分	14.29	11.654	20.50	14.068	-3.228**	308	.001
擔心受同儕欺壓	11.79	10.123	16.83	12.815	-2.986**	308	.003
擔心未來社會 生活之適應	14.33	9.249	19.333	10.157	-3.331**	309	.001
對戒治法規涉及 個人權利的壓力	15.24	8.924	16.20	9.014	-.667	301	.505
戒治所內生活作 息與管理的壓力	6.21	4.916	7.61	6.053	-1.716	309	.087
對戒治所內生活 品質之擔憂	7.92	5.001	8.07	4.860	-.186	309	.852
對家庭的掛念	7.28	5.281	7.35	4.762	-.080	307	.936
擔心司法另案判 決與接續執行	.80	1.611	1.40	2.071	-1.862	53.406	.068

變項	非 HIV 毒癮者 (n=268)		HIV 毒癮者 (n=46)		t	df	p
	平均數	標準差	平均數	標準差			
戒治壓力量表 總分	62.74	35.639	78.36	42.949	-2.595*	291	.010
情境誘發渴求	11.92	10.419	17.65	14.396	-2.585*	53.480	.012
想要用藥想法	7.46	6.583	12.00	7.687	-4.171***	306	.000
渴求抑制	12.94	6.256	12.04	5.899	.907	307	.365
物質渴求量表 總分	32.37	14.486	41.89	18.816	-3.877***	301	.000
正向自我效能	26.05	8.925	25.00	8.414	.745	309	.457
負向自我效能	9.68	6.146	12.00	8.695	-2.205*	307	.028
自我效能量表 總分	56.47	10.999	53.00	10.752	1.978*	305	.049
毒品接觸	74.74	30.553	63.20	26.920	2.406*	312	.017
負向壓力	45.23	16.424	38.74	15.408	2.511*	312	.013
目的性因應	48.06	15.967	42.61	12.604	2.599*	72.281	.011
風險效能量表 總分	168.07	59.786	144.54	51.808	2.511*	312	.013

註：* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ ；表內已將渴求抑制從正向計分改為負向計分，故該變項意涵已成為去渴求抑制；自我效能總分為「正向自我效能」+ 轉為正向計分之「負向自我效能」。

檢視兩組的平均數發現，在「情緒量表」、「身心狀況量表」、「強制戒治壓力量表」、「物質渴求量表」等以上變項得分均為 HIV 毒癮者高於非 HIV 毒癮者，亦即在剛入所的調查中發現，在身心狀況方面，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高的情緒失調 ($t = -3.966, p < .001$) 與身體化症狀 ($t = -2.593, p < .05$)，且整體身心狀況 ($t = -3.729, p < .01$) 較不佳，至於在情緒方面，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高的憂鬱傾向 ($t = -3.547, p < .001$) 與焦慮傾向 ($t = -2.031, p < .05$)，且整體的情緒狀況亦較不良 ($t = -3.228, p < .01$)。至於戒治壓力方面，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高的比較為擔心在戒治環境內會受到同儕的欺壓 ($t = -2.986, p < .01$) 與擔心未來社會生活之適應 ($t = -3.331, p < .01$)，且整體而言，在剛進入戒治機構的二週期間內，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者較明顯的感受到戒治的壓力 ($t = -2.595, p < .05$)。在物質渴求方面，進到戒治機構的初期，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高的情境誘發渴求的心理狀態 ($t = -2.585, p < .05$) 以及與想要用藥想法 ($t = -4.171, p < .001$)，整體的物質渴求亦為 HIV 毒癮者明顯較高於非 HIV 毒癮者 ($t = -3.877, p < .001$)。

至於檢視在「自我效能量表」與「風險情境調查表（自我效能評量）」等量表依變項兩組的平均數發現，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有較高的負向自我效能感 ($t=-2.205, p<.05$)，而整體的自我效能上非 HIV 毒癮者比 HIV 毒癮者較高 ($t=1.978, p<.05$)，但單就正向自我效能而言，兩組則無顯著的差異。至於在風險效能的因應方面，非 HIV 毒癮者比 HIV 毒癮者明顯較高的毒品接觸因應效能 ($t=2.406, p<.05$)、負向壓力因應效能 ($t=2.511, p<.05$) 與目的性因應效能 ($t=2.599, p<.05$)，且整體的風險因應效能上亦為非 HIV 毒癮者明顯較高 HIV 毒癮者 ($t=2.511, p<.05$)。

本研究在剛入所的個案調查中發現，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高的情緒失調與身體化症狀，且整體身心狀況較不佳。此外，HIV 毒癮者有明顯較高的憂鬱傾向與焦慮傾向，且整體的情緒狀況亦較不良，本研究與林瑞欽等 (2009) 研究發現感染 HIV/AIDS 者比未感染者有較強的憂鬱、較多的負面情緒之研究結果一致。邱美珠 (2007) 指出愛滋感染者有高度焦慮，較有行為與情緒解離的模式與較有死亡焦慮有關。毒品的使用使人麻醉，它讓原本生活處境陷入深淵的痛苦能暫時得到紓解。而 Pence(2009) 指出憂鬱、創傷及其他各種的社會心理因素在 HIV/AIDS 群體中十分常見，情緒與焦慮等違常，特別是憂鬱是最普遍的精神病學上的診斷，且 HIV/AIDS 群體比一般人口群高出 5-10 倍。社會心理因子如憂鬱、物質濫用、壓力與創傷經驗等會影響 HIV 感染者對接受抗逆轉錄病毒治療 (antiretroviral therapy) 的依附及影響 HIV/AIDS 的治療效果。

對於剛入所的個案而言，在失去自由後，進入到完全禁絕毒品使用的機構內，失去掩飾自卑與逃避的工具，且由於飽受他人對毒癮愛滋病的唾棄與愛滋傳染途徑的恐懼與無知，使得在戒治壓力方面，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高擔會受到欺壓的心理，且較明顯感受到整體的戒治壓力。此外，由於毒癮愛滋者受到家人、社會的冷漠、疏離與排斥，因此使其深深感到自卑，更以負向優越感來自我陶醉或麻木自己陷入自欺中，漸漸脫離群體缺乏從屬感和社會興趣，被世界侮辱或遺棄 (黃光國譯，1971; 邱美珠，2007)，因此，本研究中發現，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高的與擔心未來社會生活之適應。

在物質渴想方面，本研究發現進到戒治機構的初期，HIV 毒癮者比非 HIV

毒癮者有明顯較高的情境誘發渴求的心理狀態，以及與想要用藥想法，整體的物質渴想亦為 HIV 毒癮者明顯較高於非 HIV 毒癮者，此與林瑞欽等 (2009) 研究發現一致，根據林瑞欽等 (2009) 比較 1232 名未感染 HIV/AIDS 者及 366 名感染 HIV/AIDS 者發現，男性感染 HIV/AIDS 者比未感染者有較強的用藥渴求、更消極的用藥非理性信念、更強的復發決意。

本研究發現 HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有較高的負向自我效能感，而整體的自我效能上 HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者低。Marlatt 與 Gordon(1985) 指出，自我效能為個人對挑戰或高風險情境處理能力的判斷，低度自我效能信念與復發相關，而高自我效能與戒除藥物使用有關。Marlatt 更指出自我效能可增進成功的效能，個人有效地選擇不去使用藥物的經驗將增加自我效能感。由於本研究發現 HIV 毒癮者有較高的負向自我效能感，及較低的整體自我效能感，若無適切的提高其整體自我效能，將比非 HIV 毒癮者有較高的復發可能性。此外，自我效能亦影響個人正向因應高風險情境的能力與信念，在本研究中亦發現，在風險效能的因應方面，HIV 毒癮者有明顯較低的毒品接觸因應效能、負向壓力因應效能與目的性因應效能，且整體的風險因應效能上亦明顯較低。

四、HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者之情緒、身心狀況、強制戒治壓力、物質渴想、自我效能、風險情境調查表（自我效能評量）等後測調查結果分析

情緒、身心狀況、強制戒治壓力、物質渴想、自我效能、風險情境調查表（自我效能評量）等調查，於個案完成戒治社會適應期後兩週內（出所前）進行後測。從非 HIV 毒癮者與 HIV 毒癮者在上述量表依變項之獨立樣本 t 檢定分析結果（見表 7）顯見，僅只有戒治壓力量表之分量表「擔心未來社會生活之適應」一項兩組達統計上的顯著差異 ($t=-2.805, p<.01$)，檢視兩組的平均數發現，此變項得分為 HIV 毒癮者高於非 HIV 毒癮者，至於其他變項在經過調適期 4 週、心理輔導期 12 期、社會適應期 8 週等戒治各階段後，原入所時 HIV 毒癮者高於非 HIV 毒癮者之情緒失調、身體化症狀、整體身心狀況、憂鬱傾向、焦慮傾向、整體的情緒狀況、擔心受到同儕欺壓的戒治壓力與整體的戒治壓力感受、情境誘發渴求的心理狀態、想要用藥想法、整體的物質

渴想及負向自我效能感等均已未見統計上的顯著差異。至於整體的自我效能、毒品接觸因應效能、負向壓力因應效能、目的性因應效能及整體的風險因應效能上，HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者已無明顯的差異。且從兩組風險效能量表總分觀之，平均分數均是向上提升，而非下降。

表 7: 非 HIV 毒癮者與 HIV 毒癮者在各量表後測各依變項之獨立樣本 t-test 分析

變項	非 HIV 毒癮者 (n=268)		HIV 毒癮者 (n=46)		t	df	p
	平均數	標準差	平均數	標準差			
情緒失調	5.90	5.078	7.24	5.590	-1.628	309	.104
身體化症狀	3.29	2.913	4.15	3.393	-1.799	312	.073
習慣變化	3.34	2.121	3.65	2.013	-.922	310	.357
身心狀況量表 總分	12.51	8.630	15.04	9.390	-1.812	308	.071
憂鬱	6.44	6.784	7.80	6.649	-1.262	311	.208
焦慮	4.46	3.809	4.83	3.199	-.614	309	.539
情緒量表總分	10.97	10.137	12.63	9.313	-1.040	308	.299
擔心受同儕欺壓	12.87	8.749	14.57	11.675	-1.149	310	.252
擔心未來社會生活之適應	13.37	7.771	16.96	9.297	-2.805**	310	.005
對戒治法規涉及個人權利的壓力	12.75	7.424	14.00	8.233	-1.035	312	.302
戒治所內生活作息與管理的壓力	6.79	4.623	8.00	5.578	-1.582	312	.115
對戒治所內生活品質之擔憂	9.29	4.553	9.89	5.551	-.804	312	.422
對家庭的掛念	6.41	4.502	7.15	4.903	-1.019	310	.309
擔心司法另案判決與接續執行	.76	1.479	1.09	1.942	-1.298	312	.195
戒治壓力量表總分	62.21	32.455	71.65	39.908	-1.754	306	.080
情境誘發渴求	10.52	10.990	10.91	12.619	-.219	311	.827
想要用藥想法	7.33	6.760	8.96	8.388	-1.246	55.559	.218
渴想抑制 (反向計分)	13.34	6.324	13.46	6.134	-.113	312	.910
物質渴想量表總分	31.25	15.232	33.33	18.329	-.829	309	.408
正向自我效能	27.73	9.517	28.00	8.496	-.183	311	.855

工之毒癮者與非工之毒癮者接受戒治處遇前後之心理適應比較評估研究

變項	非 HIV 毒癮者 (n=268)		HIV 毒癮者 (n=46)		t	df	p
	平均數	標準差	平均數	標準差			
負向自我效能	9.10	6.375	9.50	6.281	-.397	312	.692
自我效能量表 總分	58.66	12.205	58.50	11.865	.082	311	.935
毒品接觸	83.72	29.783	83.98	29.356	-.055	312	.956
負向壓力	47.63	15.789	48.93	15.199	-.519	312	.604
目的性因應	51.04	15.552	50.37	14.731	.274	312	.784
風險效能量表 總分	182.40	58.042	183.28	54.669	-.097	312	.923

註：* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ ；表內已將渴想抑制從正向計分改為負向計分，故該變項意涵已成為去渴想抑制；自我效能總分為「正向自我效能」+ 轉為正向計分之「負向自我效能」。

在戒治壓力量表之分量表擔心未來社會生活之適應一項，兩組仍達統計上的顯著差異，且為 HIV 毒癮者明顯高於非 HIV 毒癮者，亦即 HIV 毒癮者面對未來出所後的社會生活適應將背負著更大的壓力，此與 HIV 者的身份應有直接相關連。HIV 者在入所時因身份的敏感面臨戒治生活的壓力及各項身心狀況，在戒治期間受到輔導處遇與生活的調適，或許可逐漸改善與適應，但面對出所後的新環境將重啟新挑戰，此亦為 HIV 毒癮者在復原之路上與非 HIV 毒癮者最大的不同之處，未來社會生活之適應良窳，勢必將直接衝擊與考驗復發的可能性。

感染 HIV/AIDS 者對感染疾病的心理調適是保持健康、延長壽命、提升生活品質的重要因素 (謝菊英編譯, 2007)，因此戒治機構宜重視毒癮 HIV 感染者生活適應與心理輔導工作。由本研究在前測、後測的結果顯見符合多元戒治需要的多元整合模式不僅適用於一般毒癮者，對於有感染 HIV/AIDS 併發症者在心理調適上亦符所需。如同 Proeschold-Bell 等 (2010) 對 HIV 感染者整合型物質使用與 HIV 處遇計畫研究結果，整合治療對藥癮 HIV 感染者有明顯改善的效果。惟在本研究發現的重要課題是，在即將出所前的後測中，毒癮感染 HIV 者在「擔心未來社會生活之適應」仍明顯高於非 HIV 毒癮者，顯然毒癮 HIV 感染者對未來出所後必須面對的社會環境，特別對社會污名化之心理壓力，仍有極大的隱憂。

伍、結論與建議

本研究發現 HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者在入所前主要施用毒品種類、施用毒品之主要方式兩組呈現顯著的差異，HIV 毒癮者施用海洛因高達 95.5%，非 HIV 毒癮者海洛因亦高達 75.9%，雖入所前主要施用毒品均為海洛因，但前者比後者多出二成。HIV 毒癮者入所前主要施用方式為注射（高達 85.7%），而非 HIV 毒癮者以吸食最多（占 51.2%），注射次之（占 42.3%）。因此，就本研究發現的意義提示，對毒癮者加強衛教以建立 HIV 與不安全的注射用藥行為之關連性的基本認知。

從非 HIV 毒癮者與 HIV 毒癮者在創傷自我檢測與風險情境調查中發現，創傷自我檢測表之社交障礙、現實喪失及總分達統計上的顯著差異，均為 HIV 毒癮者較高，且 HIV 毒癮者有較高的負向因應高風險情境的行為模式。此外，他們也面臨重重的身心困境，在入所後兩週內新收調查中，從各量表依變項之調查結果顯見，在身心狀況方面，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高的情緒失調與身體化症狀，且整體身心狀況較不佳；在情緒方面，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者有明顯較高的憂鬱傾向與焦慮傾向，且整體的情緒狀況亦較不良；至於戒治壓力方面，HIV 毒癮者明顯較高的較擔心受到同儕欺壓的心理與擔心未來社會生活之適應，且整體而言，HIV 毒癮者較明顯的感受到戒治的壓力。在物質渴求方面，進到戒治機構的初期，HIV 毒癮者有明顯較高的情境誘發渴求的心理狀態、想要用藥的想法及整體的物質渴求。此外，HIV 毒癮者有較高的負向自我效能感，而整體的自我效能上 HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者較低；至於在風險效能的因應方面，HIV 毒癮者比非 HIV 毒癮者明顯較低的毒品接觸因應效能、負向壓力因應效能與目的性因應效能，且整體的風險因應效能上，HIV 毒癮者明顯較低非 HIV 毒癮者。顯然在入所矯治難度條件上，HIV 毒癮者高於非 HIV 毒癮者。因此，就本研究發現的意義提示，加強初入所個案的心理評估與處遇，對於情緒狀況不穩的個案加強心理諮商，同時對於所有受戒治人均應加強對 HIV 的基本認識，減少對 HIV 感染者的歧視。

至於個案完成戒治社會調應期後兩週內（出所前）進行後測，則呈現多元整合戒治策略對 HIV 毒癮者具有心理與生活調適作用，在前段所列的所有原來在前測時 HIV 毒癮者明顯表現不良非 HIV 毒癮者的心理變項中，僅有戒治壓力量表之分量表「擔心未來社會生活之適應」一項 HIV 毒癮者仍明顯高於非 HIV

毒癮者，其他變項在經過戒治各階段後，兩組已無明顯的差異。且從兩組風險情境自我效能總分觀之，平均分數均是向上提升，而非下降，而「情緒量表」、「身心狀況量表」、「強制戒治壓力量表」、「物質渴望量表」等負向分數，HIV 毒癮者均已下降 (見圖 2、圖 3)。因此，就本研究發現的意義提示，以多元整合性的戒治模式，在實務進行的方向是符合 HIV 毒癮者的需求，同時應發展對 HIV 毒癮者專屬的團體方案。

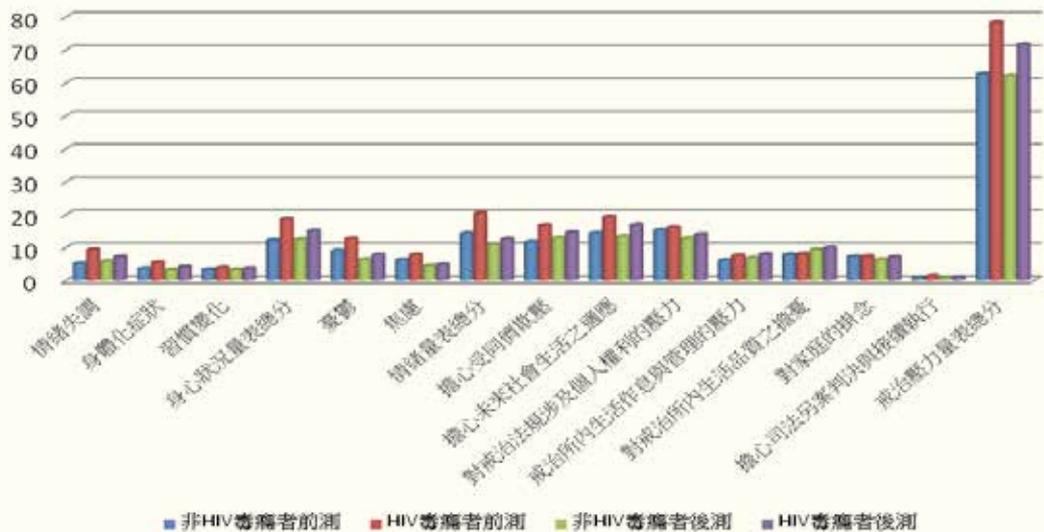


圖 2: 非 HIV 毒癮者與 HIV 毒癮者在各量表前測與後測得分情形分配圖 1

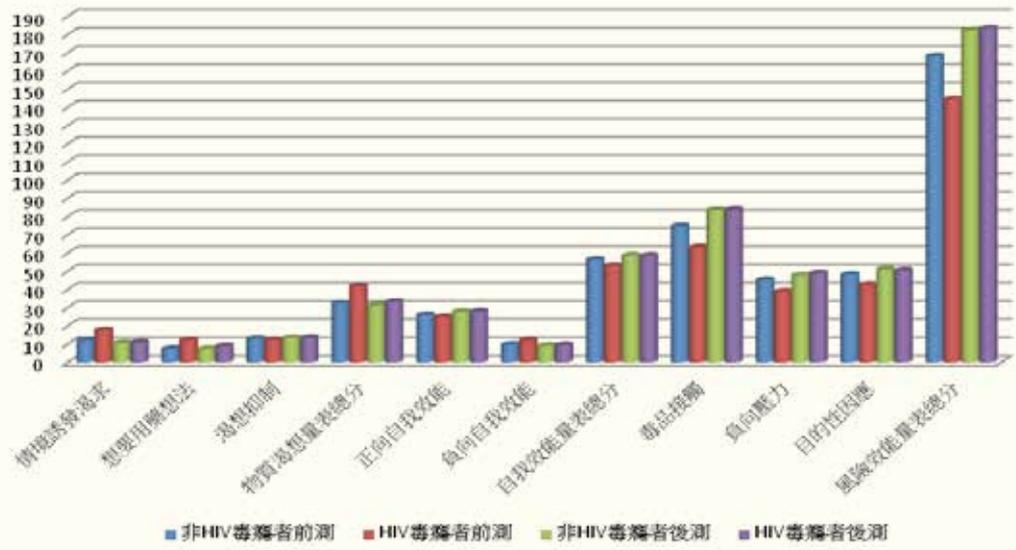


圖 3: 非 HIV 毒癮者與 HIV 毒癮者在各量表前測與後測得分情形分配圖 2

戒治壓力量表之分量表擔心未來社會生活之適應在前測及後測上，HIV 毒癮者明顯高於非 HIV 毒癮者，亦即 HIV 毒癮者面對未來出所後的社會生活適應將背負著更大的壓力，此與 HIV 者的身份應有直接相關連。HIV 者在入所時因身份的敏感，面臨戒治生活的壓力及各項身心狀況，在戒治期間受到輔導處遇與生活的調適，或許可逐漸改善與適應，但面對出所後的新環境將重啟新挑戰，此亦為 HIV 毒癮者在復原之路上與非 HIV 毒癮者最大的不同之處，未來社會生活之適應良窳，勢必將直接衝擊與考驗復發的可能性。由於毒癮 HIV 感染者對未來出所後必須面對的社會環境，特別對社會污名化之心理壓力，仍有極大的隱憂，且邱美珠 (2007) 研究指出毒癮 HIV 感染者在社會層面上，因負面觀感、家庭支持度低及種種社交隔離，故常有拒絕接受追蹤治療的傾向。此外，當毒癮 HIV 感染者回歸社會後，因其為 HIV 感染者，其所面臨的需求是多重的，舉凡基本的因生病無法工作引起的經濟需求、住屋需求、照護需求、愛滋知識需求、身心需求、關係需求、權益需求等，可以說是一個跨專業需求的疾病 (謝菊英等，2007)。因此，就本研究發現的意義提示，對毒癮 HIV 感染者出所的社區庇護轉銜機制將是持續治療的重要工作。而家屬的接納為保護因子之一，李思賢 (2009) 研究發現在監期間家屬前來接見，給予情緒支持對於出監後具有保護作用，沒有親屬接見者再犯機率为有親屬接見者的 21.782 倍。任何一個戒毒治療方案都不應該忽略家屬，不但要對他們善盡解說治療與藥物之作用與功效，以減除他的疑慮 (阻力)；更應加強家庭治療策略，提供家庭的支持方案，並加強社會工作中的家庭連結，發展網絡治療的功能 (謝淑芬，2008)。因此，在戒治期間應加強毒癮者的家庭處遇、家屬衛教等；另因「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第 14 條規定：「主管機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉感染者之姓名及病歷等有關資料者，除依法律規定或基於防治需要者外，對於該項資料，不得洩漏。」，因此從業人員在實務工作上應注意法令限制。在實務上會遇到家屬尚不知個案有 HIV 感染，個案常擔心告知家人會引起家人排斥而出現的關係變化，以致不想、不敢、或苦思不知如何告知，因此個案輔導時讓個案深思如何有技巧的處理毒癮 HIV 感染告知的問題，告知後如何面對家屬的反應等問題的諮商，最後仍應尊重個案的決定。如果個案選擇告知，專業人員或單位若能提供必要與適時的 HIV 衛教知識，將對個案及其家屬發揮有極大的幫助。

陸、參考文獻

- 台灣露德協會 (2006)。九週年年刊。
- 江振亨 (2003)。吸毒者用藥循環歷程之研究。彰師大輔導學報 25:25-62。
- 江振亨 (2007)。多元戒治整合模式戒治方案之規劃與實施。2007 全國戒治業務研討會論文集，頁 117-145。台北：法務部、新店戒治所。
- 江振亨 (2008)。從身心復原與社會網絡建構多元策略增進處遇效能。犯罪學會會訊 9(1):23-33。
- 江振亨、陳憲章、劉亦純、李俊珍、邱鐘德等 (2009)。多元整合戒治方案實施成效之心理變項效果評量與出所後再犯與否之評估研究。行政院衛生署管制藥品管理局委託計畫。計畫編號 DOH98-NNB-1038。
- 江振亨 (2011)。犯罪矯治團體諮商實務。諮商與輔導月刊，302，頁 2-7。臺北：天馬文化事業有限公司。
- 邱美珠 (2007)。毒癮愛滋感染者之生活世界。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 李思賢 (2006)。女性藥癮者共同注射海洛因之行為及其思維之探討。行政院衛生署疾病管制局九十五年度科技研究發展計畫，計畫編號：DOH95-DC-1110。
- 李思賢 (2009)。毒品再犯罪比率與保護因子分析。2009 年 5 月 26 日「2009 年毒品與防治研討會論文集」，頁 15-18。
- 林瑞欽、黃秀瑄、李易蓁等 (2005)。海洛因濫用者用藥渴求、復發危機之分析研究》，行政院衛生署委託計畫。計畫編號 DOH94-TD-M-113-042。
- 林瑞欽、鄭添成、郝溪明等 (2009)。男女非法藥癮者之社會 - 心理特性、用藥行為、施用非法藥物感染疾病風險認知之關係研究。行政院衛生署管制藥品管理局 90 年委託科技研究計畫。計畫編號 DOH98-NNB-1017。
- 法務部、教育部、外交部、行政院衛生署 (2007)。96 年反毒報告書 (95 年 1 月至 12 月)》。台北：法務部、教育部、外交部與行政院衛生署。
- 法務部 (2004, 2006)。「社會工作處遇需求評估問卷」、「創傷自我檢測表」、「風險情境調查表 (事件發生頻率篇)」、「情緒量表」、「身心狀況量表」、「強制戒治壓力量表」、「物質渴望量表」、「自我效能量表」、「風險情境調查表 (自我效能評量篇)」。未發表。
- 吳英璋 (1993)。青少年偏差行為的心理病理長期追蹤研究 (一)。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。
- 韋若蘭 (2003)。成年吸毒者吸毒涉入強度、自我控制、非理性信念與再吸毒意向之關係研究。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 洪嘉璣 (2003)。藥物濫用者之渴望心理歷程—以強制戒治者為例。國立台灣大學心理學研究所碩士論文。

- 郭文正、陳妙平、陳家雯、黃健 (2003)。點一盞燈照亮康復之路—以專業楚愈厚之再犯率調查暨復發因素探討研究。臺北戒治所未發表之研究報告。
- 張雁虹 (2004)。受戒治人於強制戒治期間壓力知覺、負向情緒與身心症狀之動力關係。國立台灣大學心理學研究所碩士論文。
- 陳怡君 (2007)。愛滋感染者誠實 反遭無情對待。2011/10/01 網路下載自 <http://www.lihpao.com/?action-viewnews-itemid-11470>。
- 黃淑玲 (2007)。藥癮再犯罪成因與心理治療介入的可行性：出監毒癮者之回溯性與前瞻性追蹤研究 (二)。衛生署管制藥品管理局 95 年委託計畫。計畫編號 DOH95-NNB-1032。
- 黃光國譯 (1971)。自卑與超越。志文出版社。原著 Adler (1932). What Life Should Mean to you.
- 蔡學貞 (2005)。藥物成癮者的自我概、世界觀及心癮程之研究。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 楊靖慧 (2009)。HIV/AIDS 相關資料庫分析五年計畫。行政院衛生署疾病管制局 98 年度科技研究發展計畫。計畫編號 DOH 98-DC-2027。
- 衛生署疾病管制局 (2011)。去年底愛滋感染者突破 2 萬大關，春節接續情人節，別讓激情沖昏頭忘了安全性行為。2011/1/29 新聞稿。2011 年 7 月 23 日下載於 <http://www.cdc.gov.tw/lp.asp?ctNode=1069&CtUnit=185&BaseDSD=7&mp=220>。
- 謝菊英編譯 (2007)。愛滋長期存活者。2011/10/01 網路下載自 http://www.lourdes.org.tw/list_1.asp?id=1035&menu1=2&menu2=98。
- 謝菊英、施夙真與徐森杰 (2007)。民間愛滋機構之社區照顧——以社團法人台灣露德協會為例。社區發展季刊 122 期，第 264-276 頁。
- 謝淑芬 (2008)。美沙冬替代療法的支持服務工作。社區發展季刊 119 期，第 193-205 頁。
- Del Pozo, J. M., Gomez, C. F., Fraile, M. G. & Perez, I. V. (1998). Psychological and behavioural factors asociated with relapse among heroin abusers treated in therapeutic communities. Addictive Behaviors 23:155-169.
- Gaily, S. E., Sheikh, E. & Bashir, T. Z. (2004). High-risk relapse situations and self-efficacy : Comparison between alcoholics and heroin addicts. Addictive Behavior 29:753-758.
- Gorsk, T. T., Kelley, J. M., Havens, L. & Peters, R. H. (1993). Relapse Prevention Substance-Abusing Criminal Offender. Rockville, MD: National Institute of Justice/NCJRS.
- Llorente, J. M., Gomez, C. F., Fraile, M. G., & Perez, I. V. (1998). Psychological and behavioural factors associated with relapse among heroin abuses treated in therapeutic communities. Addictive Behaviors 23(2):155-169.
- Malow, R. M., Rosenberg, R., & Devieux, J. G. (2009). Cognitive-behavioral stress management interventions for ethnic-minority HIV-positive alcohol/drug abusers in resource limited and culturally diverse communities. American Journal of Infectious Diseases, January, 2009.

- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Preventions : Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. NY: Guilford Press.
- National Institute on Drug Abuse. (2006). Treatment approaches for drug addiction. Info Facts 2006:1-5.
- National Institute on Drug Abuse. (2009). Treatment approaches for drug addiction. Info Facts September 2009:1-5.
- Pence, B.W. (2009). The impact of mental health and traumatic life experiences on antiretroviral treatment outcomes for people living with HIV/AIDS. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 63(4):636-640.
- Proeschold-Bell, R. J., Heine, A., Pence, B. W., McAdam, K., and Quinlivan, E. B. (2010). A Cross-Site, Comparative Effectiveness Study of an Integrated HIV and Substance Use Treatment Program. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(10): 651-658.

學術論著

園藝治療與毒品收容人 在監生活適應之關係－ 以臺北某矯正機關為例

Horticultural Therapy and Prison Adaptation for Drug Addicts -A
Case from A Northern Prison in Taiwan

溫敏男

中央警察大學犯罪防治研究所博士生
法務部矯正署新店戒治所科長

DOI: 10.6905/JC.201905_8(2).0007

摘要

溫敏男

本研究為探討系統性的園藝治療課程與受刑人身心狀況之間的關聯性，藉由園藝治療促進在監生活適應及社交互動獲得正面效益。

本研究採取實驗法再輔以質性訪談資料進行分析，透過園藝治療授課方式，探討課程對其精神福祉及園藝治療福祉之差異變化。以園藝治療調查問卷作為研究工具，分四梯實施，時間各為期二個月，俟就臺北監獄附設新店分監受刑人，進行前後測二階段問卷調查，共得有效問卷 86 份。

研究發現，課程方案可以安頓身心及穩定情緒，認同課程能帶給學員心理上的放鬆與解壓，研究結果可與「在監適應」及「園藝治療福祉效益」相互印證。受刑人入監時，因監禁效應產生壓力痛苦，導致身心失衡，造成適應困難，但融入園藝治療課程，顯可重塑受刑人生命價值、自我肯定，改善社交技巧、人際互動，調節情緒、復原身心，進而提升自我健康及福祉，重拾內在寧靜與安穩。

關鍵字：園藝治療、毒品收容人、在監適應

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0007

Horticultural Therapy and Prison Adaptation for Drug Addicts -A Case from A Northern Prison in Taiwan

Abstract

Min Nan Wen

This research is aimed at exploring the relevance between systematic Horticultural Therapy courses and inmates' physical and mental health, and promoting the benefit of their life adaptability in correctional institution and social interaction via Horticultural Therapy.

This study adopts experimental methods and qualitative interview. Through the Horticultural Therapy, we could understand how it affects inmates' mental health and the benefit of Horticultural Therapy, and also detect the changing difference in the meantime. The researcher used Horticultural Therapy -related questionnaire as instrument. All the interviewees were selected from prisoners in Sindian Drug Abuser Treatment Center as sample. They were separated into 4 shifts and were asked to complete the questionnaires (including pretest and protest) within 2 months. Totally, 86 effective questionnaires were returned.

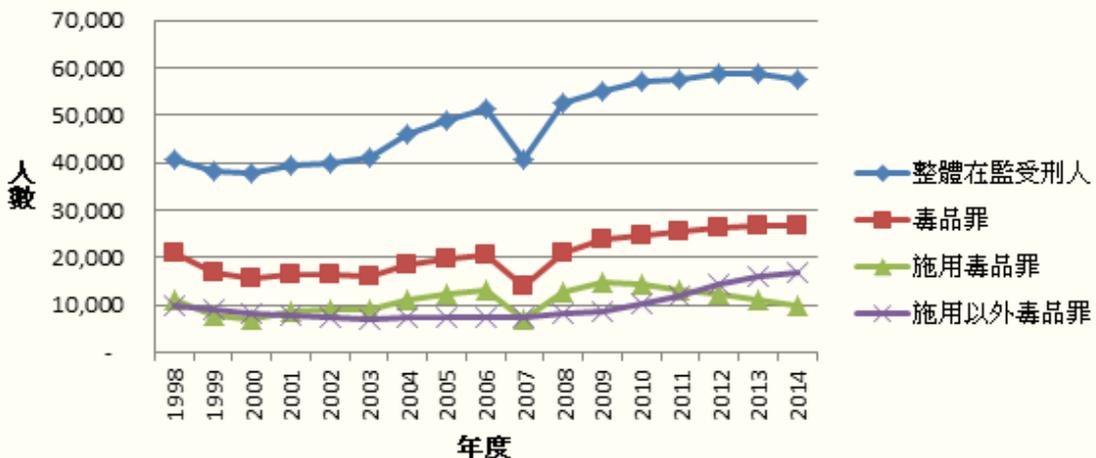
The result of the research is that Horticultural Therapy indeed brings comfort to inmates' physical and mental health. And it also calms inmates' emotion. Being Identified with the courses helps them be relaxed and be relieved mentally. Obviously, the result is consistent with the positive correlation between "life adaptability in correctional institutions" and "the benefit of Horticultural Therapy". When inmates first went into jail, they felt stressful due to the imprisonment effect. Then, they lost balance both physically and psychologically which influenced their life adaptability. However, through taking Horticultural Therapy, inmates' rebuilt their life value and self-affirmation, improved social skills and social interaction with others, adjusted emotional control and their physical and mental recovery. Furthermore, Horticultural Therapy not only promoted their health but brought inner peace and stability back to themselves.

Keywords : Horticultural Therapy, Drug abused inmates, prison adjustment

壹、研究動機與目的

歷年矯正機構在監毒品罪受刑人人數，占在監全體受刑人比率逾四成，兩者人數變動趨勢類似，1998年至2001年間微幅先降後升，且自2006年底起全體受刑人突破5萬人，毒品罪者逾2萬人，於2012年前為逐年增加之勢（除2007年實施減刑條例除外），2014年底全體受刑人數為5萬7,633人，毒品罪者則為2萬6,683人（占46.3%），如圖1；2017年7月超收人數為5,568人。爰此如何規畫收容人輔導處遇方案，緩和監獄超收人員情緒，促進在監適應，培養受刑人自尊自信，改善社交人際，協助順利復歸社會，減少再犯，實為刻不容緩議題。

監獄在監毒品罪收容人情形



圖一：1998年至2014年監獄在監毒品罪收容人情形

資料來源法務部矯正署統計網站

監獄已不再像從前只有單以懲罰、應報為主的特別預防作用，而是欲針對不同的受刑人特殊需求施以個別處遇，因而產生了各種矯治處遇措施。其中 Relf(1998) 提出觀賞自然景物或與植物接觸，可以改變人的生理、態度與行為反應，產生療癒的效果（盧嫵羽，2011）。園藝治療活動的實施，對於精神障礙、身障者及特殊學童可以提高自信心和專注力、增加溝通的技巧和表達能力，對於其生活適應能力有所助益（郭毓仁、王靖雯、李子芬，2000；梁仲容，2002；曾兆良，2003）。當收容人遭受監禁的五大痛苦，包括自由

被剝奪、物質享受與服務被剝奪、異性關係被剝奪、自主性被剝奪、安全感被剝奪(Sykes, 1985)時,更需要系統性教化輔導方案協助其調節情緒,療癒身心,促進生活適應。有鑑於此本研究將結合園藝治療教化方案,藉此紓緩監禁壓力,降低監禁所帶來的痛楚,強化生命教育,改善人際互動。

而園藝治療是促使我們感覺到有個生命需要照顧、呵護的時候,相對地便能夠增加自我的肯定,再度與生命連結,喚醒生命力(郭毓仁, 2015)。有鑒於上述研究動機,本研究目的『以實驗法探討系統性園藝治療課程對受刑人生理、心理狀況之影響』、『園藝治療課程是否能提昇受刑人社交互動』、『以實驗法及質性訪談探討園藝治療課程與受刑人在監適應之連結關係』,期探究透過園藝治療團體對於毒品收容人在監生活適應的介入效果。並針對研究發現,據以提出適切的教化處遇方案,提供矯正機關或主管部門參考。

貳、文獻探討

一、園藝治療的理論

廣義,美國園藝治療學會將之定義為「運用植物與園藝活動來促進人們在社交、教育、心理與生理等方面調適來提升身心靈之過程。」狹義,運用植物與園藝活動做為中介調節,幫助病患療癒、復癒以及促進他們的健康與福祉。

園藝治療是利用植物、園藝及人與植物親近的關係作為媒介和推力,結合了精神投入希望、期待、收穫及享受整個活動過程,協助當事人透過參與活動獲得特殊效益的一種方法(American Horticultural Therapy Association, AHTA, 2008)。也就是藉由園藝相關活動,讓參與者獲得生理、心理、教育、社交、精神以及創意等方面的好處,同時能夠了解自己及其所處環境的一種治療方式(王淑真, 2008; 鄭智勇, 2008)。

園藝治療所服務的對象是多元化的,經過適當且規劃完善的園藝活動,在其精神狀況、肢體功能、認知功能、創傷復健等身心狀態功能上都有顯著的改善。(張建隆, 2006)。

梁仲容(1996)說明園藝治療是參與者藉由從事園藝活動與植物一起工作的

過程中，體會到生命的意義。從關照植物的生長中，可以瞭解到生命的律動，從而珍惜生命。藉由照顧植物，易產生自信心與成就感(郭毓仁，2008)，體會新的生命意義，對人生會有不同的思考角度。陳美惠、黃雅玲(2005)認為人們接觸植物、操作園藝活動可以使人體身心復原、情緒控制、心理得到滿足與慰藉。

園藝治療不同於傳統的醫藥治療和心理治療，其治療原理和其他的職能治療(如：音樂治療、繪畫治療、表達性治療等)相同，都是一種轉移作用(陳美惠、黃雅玲，2005；鄭智勇，2008)，園藝治療師根據個案的目的來設計治療目標，透過人與植物的互動、具目的性的園藝體驗活動來滿足個案不同的需求，讓其心理及生理回復到原來健康狀態的療癒過程(鄭智勇，2008)。

Relf(1998)從景觀復癒的觀點提出觀賞自然景物或與植物接觸，都可以改變人的生理、態度與行為反應，產生療癒的效果(盧嫻羽，2011)。

二、國內園藝治療的相關研究

園藝治療在國外已有一段相當長遠的歷史，研究的目標均以促進生理、心理、認知和社交四個效益為主，廣泛運用於醫療院所、老人團體、學校機構，均有大量的且正面的研究成果。然而在國內階段仍屬初步發展階段，運用於醫院、療養院、教養院等機構者較多(王淑真，2008；王莞茜，2012；吳佳晏，2012；紀政儀，2011；劉亦中，2010)。目前，教學機構也紛紛設立園藝治療相關課程，除培育具有相關知識的專業人才外，也嘗試在校園中實施園藝治療活動於中輟學生、觀護所少年、特殊教育或成長團體。然相較於其他領域，相關的研究仍屬少數，且研究對象多為老人、精神障礙者、特殊兒童、大學生等。

經由園藝治療活動的實施，對於精神障礙者、肢體障礙者及特殊學童可以提高自信心和專注力、增加溝通和表達能力，對於其生活適應能力有所助益(郭毓仁、王靖雯、李子芬，2002；簡含青，2012；王麗華，2013；何致惟，2013)。經由實際操作的活動，提升其專注力及學習成就，懂得尊重

生命和關懷環境(王莞茜, 2012)。對高中職及大學生則可降低情緒壓力(郭毓仁、陳慧娟, 2012); 而年長者在園藝治療後可提高肢體的活動力、增加人際互動的機會, 並能達到感官刺激的功效, 增添生活的樂趣及生命的掌控力(辛樂琴, 2013)。

三、國內在監生活適應的相關研究

生活適應, Coan 於 1986 年提出, 是一個動態的過程, 是個體和環境交互作用的結果, 經由如此的作用達到兩者平衡的狀態(陳曉真, 2010)。國內學者研究, 生活適應情形出現問題, 如果沒有發覺並加以改善, 其自我概念、家庭關係、人際關係及情緒發展等, 都將造成不良的影響(薛靜如, 2006)。

學者任全鈞(2006)認為在監適應係指受刑人在監獄生活所產生的適應為與反應, 亦即個人面對與監獄外生活大 相同的情形下, 受到監禁環境的影響, 在情緒及認知上所產生的一 的反應。陳玉書、林健陽(2012)發現, 透過教化處遇、作業、技訓提升女性受刑人在監適應與復歸社會能力。在監適應、憂鬱傾向、生理適應, 越差的女性受刑人其在監的教化、醫療處遇需求與對更生問題的擔心及需協助的程度也越高。徐銘宏(2012)教化處遇對收容人適應能力有顯著之影響。張錦倉(2015)參加教化處遇班在自我情緒控制適應大於未參加者, 這也顯示教化處遇對於在監適應是有正向影響。黃俊棠、溫敏男、曾佳茂(2014)研究發現, 教化課程方案可以平緩受刑人心境及穩定情緒, 認同課程能帶給他們心理上的放鬆與解壓, 研究結果可與「在監適應」相互印證。戴麗淑、傅永助、張珈瑛(2016)在教化活動參與、監禁壓力及在監生活適應呈現相關性, 表示監獄內舉辦教化活動確實能緩解收容人之監禁壓力及生活適應。

爰此, 賴擁連(2016)矯正機關可以作為一個犯罪人中止的轉捩點(turning point)。因為矯正機關安排的適切教化處遇與技能訓練, 均可以讓一個犯罪人的犯罪生命, 中止、改邪歸正, 朝向正面的能量進行。本研究係以教化處遇之園藝治療團體介入, 探討受刑人身心狀況(精神福祉、園藝治療福祉)與在監生活適應之關係。

四、園藝治療提升生活適應能力

「園藝治療」(Horticultural Therapy)以「非語言」心理治療互動模式，達到解決心理問題、提升心理健康的目的，藉由身處綠自然的環境中，放鬆心情，紓解壓力。

「園藝治療」是運用植物、園藝活動以及自然環境為媒介物，透過人與自然、植物接觸、親近的關係，協助當事人獲得治療、增進身心健康的過程(林俊德，2012；陳惠美、黃雅玲，2005)。

在國外，園藝治療已進行發展了一段很長的時間，不僅醫療機構針對不同的病患運用植物的治療效果來設計適合的療程；許多的學校、養護機構也將這樣的模式加入了特殊兒童或失能老人的職能訓練課程中。Relf(2005)指出園藝治療之治療性因子為：互動(interaction)、行動(action)和反應(reaction)。意指在園藝治療的過程中，透過成員彼此的合作、達到人與人的互動；本身投入照顧植物的實際行動，獲得體會和學習；更在照顧植物的過程中，藉由觀察植物的生長、開花、結果和枯萎等現象，產生內化反應，而回觀到自我的生命歷程。

透過園藝活動，提供當事人觀察和參與植物的成熟過程，不但能勞動肢體、刺激思考、同時促使兒童運用五感觀察生活環境，提升感受力(許琳英、譚家瑜譯，2009)，也達到在認知、情感、社交(社會互動)、身體(生理)、行為、教育等方面的效益(林俊德，2012；郭毓仁，2008；梁仲容，2002)，增進兒童的自我概念以及人際關係，進而提高了生活適應的能力。

綜觀國內外學者的研究，生活適應問題一直是在人生每個階段都值得探究的議題，多項研究顯示生活適應良好的人，在各方面都能維持和諧、平衡。以全人發展的目標為依歸，引導學員肯定自我的正向思考、自我接納的態度，建立良好的人我互動模式，促進多元適性發展，進而提升良好的生活適應能力。

園藝治療團體是以植物、自然景觀為活動媒材，提供學員運用其「親生命性」的自然天性，透過栽種植物、瞭解植物的成長歷程，學習尊重生命，

而回觀自我內在的能量，整理自己的生活經驗。也藉由植物創意組合盆栽活動，表達個人的內在想法和情緒，並可激發潛能，提升自我概念，進而尊重他人，互相關懷，培養環境素養。同時在團體活動中，學習表達及紓解負向的情緒，建立正向、理性的溝通方式。因此園藝治療團體有助於生活適應，從觀察、照顧和分享中，體會生命的意義以及存在的價值，學習尊重自己、關懷他人，更能正向、積極的面對自己的生活。

五、園藝治療的效益

園藝治療的效益可歸納為，認知效益、社交效益、情感效益、生理效益、休閒效益及職業效益(洪瑜筑, 2010; 郭毓仁, 2008; 陳美惠、黃雅玲, 2005; 劉亦中, 2010)。本研究係針對毒品收容人之生活適應能力進行分析，因此以生理、心理及社交效益三個面向，探討如下：

(一) 生理效益

藉由園藝活動的操作技能，如搬運植物、鬆土、栽種、澆水、收成等，可以幫助參與者促進肌肉之協調與筋骨之勞動，達到肢體復健的功能；而接觸植物的顏色與氣味，可以使血壓下降、肌肉放鬆、舒緩疼痛和焦慮等功效。相關研究也證實：Lewis & Mattson(1988) 指出老人從事園藝活動可以降低血壓和飲食控制(陳美惠、黃雅玲, 2005)、園藝活動亦可提供身體五感的刺激及觸覺的訓練，幫助兒童感官的發展(Wagenfeld, 2009)。而從事園藝活動時舉手、下蹲與肢體伸展的動作，可運動到大小肌肉，訓練手眼協調能力和肢體的平衡(俞玫姩, 2003; 郭毓仁, 2008; 張小南, 2009)。

(二) 心理效益

園藝治療從栽種花木、澆水施肥、期待生長、開花到結果，培養出人與植物間的特殊依附情感，參與者投入了希望、期待，而能達到復健的效果(黎琬琦, 2004)。相關研究顯示學員參與園藝活動後對於其注意力之提升和成就感之獲得都有正相關(張元毓、蘇瑋佳、張俊彥, 2010)、有效降低犯罪者的暴躁情

緒、心靈平和，提供一種歸屬感（洪瑜筑，2010）。國內針對身心障礙者之照顧者透過園藝治療確實達到提升正向情緒、緩和負向情緒、紓緩焦慮以及降低生活壓力的效益（游慧珍，2012；黃惠琳，2013）。

（三）社交效益

在園藝活動中，由帶領者與個案，有著共同的目標、良善的接觸、心得與經驗的分享、分工合作及互助，進行了有意義的互動，建立了友誼（梁仲容，1996），因有共同的經驗和話題，獲得交流的機會，分享栽種過程和種植成果，甚至是生活點滴及心事，降低孤寂感（王淑真，2008；紀政儀，2011；林俊德，2012；周淑姿，2012；辛樂琴，2014）。參與成員亦可透過經驗的分享，成為彼此的支持力量（游慧珍，2012）。對於身受慢行疾病所苦之病患，經由活動改善溝通方式、增進社交技巧和表達能力（盧嫻羽，2011；王麗華，2013）。

園藝治療（horticulture therapy）是透過園藝等相關活動的參與，讓人與自然和植物產生心靈對話，並對身體及心理產生療癒的效果（沈瑞琳，2013；郭毓仁，2015）提到園藝治療最大的特色是運用「園藝植物」此生命體，在照顧的過程中，個體可以感覺到生命的變化。

目前在園藝治療的實務中，所處理的疾病種類主要有思覺失調症、情感性疾患、器質性疾患、厭食症及酒精和藥物成癮疾患（許琳英、譚家瑜譯，2009）；此外，園藝治療對於壓力及情緒相關的問題（如焦慮、憂鬱）能有效的緩解及治療（Adevi & Mårtensson, 2013）。在美國園藝治療是源自於處理 2 次大戰及越戰戰後士兵產生的創傷後壓力症候群（PTSD）而發展；在治療上是讓受過訓練的治療者應用植物和園藝治療的相關教育納入在治療或復健的過程，藉由植物的成長讓個體重獲健康及自我改善的動機及信心（Kotozaki, 2014）。

近期對藥物成癮之住院治療的研究中也指出，自然恢復療法計畫（含園藝治療）對於藥物成癮者的治療持續完成度，有提升的效果（Decker, Peglow, & Samples, 2014）；在針對酒癮的治療，園藝治療讓個案有重新培

養對個人有幫助之休閒活動和應對問題的機會，進而重獲新的人生意義，並有信心改變生活方式（許琳英、譚家瑜譯，2009）。Clatworthy, Hinds 與 Camic (2013) 在一回顧性研究中指出園藝治療被發現除了可有效的降低壓力及憂鬱的症狀外，也對個體的身、心、靈和社交等心理健康狀態有幫助；在針對職業壓力的相關研究中也指出以自然為基礎的治療有助個體重新詮釋和知覺個人的工作價值，緩解壓力提升心理健康（Pálsdóttir, Grahn, & Persson, 2014）。

綜合以上文獻所述，園藝治療概念、對心理或行為障礙者的助益；及實務上國內毒品犯之特質和處遇或治療場域上大多以治療室或教室為主，較缺乏有自然植物相伴的學習場地。故本計畫擬採園藝治療之介入方案融入生命教育，以期能讓參與者除了對於自我及自然有更多的認識外，並能有意願讓自己活得更健康，更進一步促進在監生活適應。

參、研究方法

一、研究參與者

團體成員部分，本研究以「園藝治療團體」方式，招募新店戒治所受刑人，成員 135 位報名，隨機抽取、分派的方式選取等組學員參與實驗，以亂數表隨機挑選研究個案，分別對實驗組和控制組成員施作測驗，刪除未完成介入課程者及答卷品質不佳、漏答者，得實驗組 43 名，控制組 43 名之研究參與者。

二、研究工具

本研究兼採量化與質性混合方法取向之研究設計，使用之研究工具如下：

（一）訪談員

為犯罪防治相關科系博士生，曾有接受質性研究課程的訓練。訪談員於每次訪談完後都撰寫訪談札記，以協助改進下次訪談經驗與技巧。

為深度瞭解課程對受刑人差異改變，並採以立意取樣，進行深度訪談。因為介入性團體，在研究倫理的處理上，告知受試者施測倫理及隱私保密原則，

基於對研究對象的尊重，倫理議題在知情同意下進行研究，研究者遵循研究倫理，確認研究參與者與受訪成員對研究目的之瞭解，以研究同意書說明研究目的、過程及保密原則，在其清楚瞭解之後簽名同意，獲得之個人資料只做學術使用，以保護其個人隱私。控制組學員則於實驗後，安排後續園藝課程，作為補償教學。

（二）訪談大綱

訪談大綱，由研究者參閱相關理論、文獻後，依據所欲探討的研究主題初步擬訂，續經過多次與園藝治療師（諮商心理師）討論後形成，並經由前導性研究修訂後確認。訪談大綱採半結構式深度訪談架構進行資料蒐集。訪談大綱讓受訪者可以延伸回答更深入之問題，研究者藉以滾雪球方式不斷發掘問題問下去，以豐富文本之內容。

訪談大綱，主要是瞭解評估成員參與團體的改變，內容包含成員近日的在監狀況，例如人際、學習、自信、情緒、行為等。對於成員參與團體之後的改變以及觀察。訪談大綱如下：(1) 描述家庭背景、家庭成員有哪些？(2) 園藝治療的課程內容有哪些？(3) 印象深刻的課程為何？為什麼？(4) 園藝治療團體與工場上課的差異為何？(5) 園藝治療團體對自我的影響，如植物認識、身心的改變為何？(6) 課程當中是否有肢體活動？(7) 課程中社交、人際互動如何？(8) 完成作品的感覺為何？(9) 對生命的意義、價值觀的看法為何？(10) 你對監獄生活的感覺如何？未來自我期待為何？

（三）精神福祉前後問卷量表（幸福感量表）

幸福感越高表示其對生活適應的滿意程度及感受的正向情緒也越強。在該狀態中，表示個體處於能夠展現其能力、應付平日的壓力。本部份採用郭毓仁（2015）所編訂之「精神福祉前後問卷量表」14題，採 Likert 五點量尺之計分方法，問卷構成面向，包括：樂觀、放鬆、興趣休閒、思考邏輯、自我滿足、自主性、自信、人際社交、正向情緒。量表之分數愈高表示幸福感愈高。本問卷之 Cronbach's α 值介於 0.868~0.886 間，研究者自行施測問卷 Cronbach's α 值為 0.912，顯示問卷具有可信度。

表 1 精神福祉量表依個人情況，圈選適當的數字來代表個人真實情況與每一題項描述之情況的符合程度。分數越高表示幸福感愈高，對生活適應的滿意程度及感受的正向情緒也越強。

表 1 精神福祉量表 (幸福感量表)

題號	題目	完全沒有	很少	偶而	經常	完全有
1	我對未來感到樂觀	1	2	3	4	5
2	我覺得自己是有用的	1	2	3	4	5
3	我覺得自己精神很放鬆	1	2	3	4	5
4	我對別人會感到興趣	1	2	3	4	5
5	我仍有休閒的能量	1	2	3	4	5
6	我可以妥當的處理問題	1	2	3	4	5
7	我的思路清楚	1	2	3	4	5
8	我對自己感到滿意	1	2	3	4	5
9	我覺得容易和別人親近	1	2	3	4	5
10	我覺得有自信	1	2	3	4	5
11	我對事情有下決定的能力	1	2	3	4	5
12	我感受被愛	1	2	3	4	5
13	我對新事物感到興趣	1	2	3	4	5
14	我感覺愉快	1	2	3	4	5

(四) 園藝治療福祉前後問卷表 (身心健康量表)

身心健康量表係指受試者接近植物、自然獲得到生活適應、為的改善程度。得分越高，表示生 及心 獲得健康程度越高。本部份採用郭毓仁所編製之「園藝治療福祉效益前後問卷表」。園藝治療福祉，包括身體健康 (physically)、正向情緒 (physiologically)、意識清楚 (cognitively)、社交人際 (socially)。因此園藝治療的目標都集中在於肢體活動、減低壓力、減低焦慮、增加自信心、自尊心、認知、平靜鬆弛、享樂、成就感、增加溝通技巧、社交能力、及培養園藝技能，(郭毓仁，2010)。本問卷有 7 題，採 Likert 五點量尺之計分方法。本量表經研發者多次實驗測試，Cronbach α 值介於 0.72~0.83 之間，研究者自行施測問卷 Cronbach' s α 值為 0.853。皆表示很可信。

表 2 為園藝治療福祉量表依個人情況，圈選適當的數字來代表個人真實情況與每一題項描述之情況的符合程度。分數越高表示表示生 及心 獲得健康程度越高，獲得到生活適應、為的改善程度越好。

園藝治療與毒品收容人在監生活適應之關係，以臺北某矯正機關為例

表 2 園藝治療福祉量表 (身心健康量表)

題號	題目	完全不同意	不同意	還好	同意	完全同意
1	我的肢體運動夠強	1	2	3	4	5
2	我有興趣嗜好	1	2	3	4	5
3	我覺得心情放鬆	1	2	3	4	5
4	我具有成就感	1	2	3	4	5
5	我的邏輯意識清楚	1	2	3	4	5
6	我有良好的社交技巧	1	2	3	4	5
7	我了解園藝栽培技術	1	2	3	4	5

(五) 活動滿意度回饋表

研究者自行設計「活動滿意度回饋表」(8題)，請團體學員於課程結束時填寫。回饋表內容包括內容豐富、心情放鬆、社交互動、獲成就感、瞭解園藝、尊重生命、肢體活動、自我反思，採 Likert 五點量尺之方式作答。

三、研究設計

(一) 研究模式

本研究採等組前後測設計，分為實驗組和控制組，實驗組接受「園藝治療團體」之活動介入。分 4 梯次完成，每梯次 11 名，分別對實驗組和控制組成員施作測驗，刪除未完成介入園藝課程者及答卷品質不佳者，得實驗組 43 名，控制組 43 名之受刑人施測資料。控制組事後以安慰劑影片課程作為補償教學，團體課程後進行討論分享，時間為期 8 週，每週 2 小時 (共 16 小時) 的實驗研究，藉由實驗組與控制組接受課程後，以 SPSS 統計軟體進行檢定，分析精神福祉 (幸福感量表) 及園藝治療福祉量表 (身心健康量表) 進而探討受刑人接受園藝治療團體介入後，其身心生活適應情形。並輔以質性訪談回饋資料、教學觀察與記錄分析作為相互驗證資料，實驗設計模式如表 3。

表 3 實驗設計模式表

組別	前測	實驗處理	後測
實驗組 (R 抽樣)	O1	X	O2
控制組 (R 抽樣)	O3	C	O4

O1, O3 : 表示實驗前測分數。
 O2, O4 : 表示實驗後測分數。
 R : 隨機抽樣。
 X : 實驗組接受園藝治療團體課程。
 C : 控制組接受影片欣賞安慰劑課程。

(二) 研究變項

本研究之變項分別為毒品受刑人參與研究前、後之量表分數；也就是主要針對毒品受刑人在參與園藝治療課程（自變項）前，與參與園藝治療課程後之精神福祉量表及園藝治療福祉量表等 2 量表（依變項）進行統計分析。

1. 自變項：

本所與園藝治療師討論自編之系統性園藝治療課程為自變項，將受刑人分為接受園藝治療課程之實驗組及安慰劑課程的控制組。

2. 依變項：

(1) 精神福祉：又稱幸福感 (Well-being) 亦翻譯為福祉。Andrews and Withey 於 1976 年提出的定義，幸福感是對生活的滿意程度及所感受的正負情緒強度，幸福感得分越高表示其對生活適應的滿意程度及感受的正向情緒也越強。

(2) 園藝治療福祉：身心健康量表，包括身體健康、正向情緒、意識清楚、社交人際。因此園藝治療的目標都集中在於肢體活動、減低壓力、增加自信心、社交能力及培養園藝技能 (郭毓仁, 2010)。園藝治療福祉得分越高，獲得生 及心 上的健康，生活適應及行為改善程度也越強。

3. 控制變項：

(1) 園藝治療成效研究：兩組毒品受刑人皆為報名園藝治療課程學員。

(2) 上課時間：兩班之課程時間相同，皆為 2 個月，實驗組以系統性園藝治療課程進行教化輔導，控制組則以安慰劑課程，影片欣賞替代，進行為期 8 週每週 2 小時(共 16 小時)的實驗研究。

希望能藉實驗之結果進行驗證，以證明園藝治療課程比影片欣賞實施安慰劑課程，更能帶給受試者身心狀況、社交互動、在監生活適應的正向提升。

四、活動方案

「園藝治療團體」之主要目標，希望藉由園藝治療團體培養創造力、建立成就感，進而提升自信心及促進在監生活適應，達到放鬆心情。

課程主要與園藝治療師討論修正，編製符合研究目的之主題，教學目標包含園藝治療對個體可能帶來的效益，如在生理上於之肢體活動量的提升，能有效讓身體恢復能量，而具有健康身軀對抗外在壓力；在心理上能重獲自信心、自尊心、增強成就感與建自我價值；在情緒上能抒發負面情緒，提升正向情緒之效益；在認知上可重新獲得對生活的選擇能力，和培養問題解決之態度，並能從操作過程中重新反思自己的生命歷程；在社交上則能增加與他人之互動頻率，學習正向經營人際關係之技巧，或是促進人際關係較為退縮之個體，能逐漸回歸社交生活。本研究 8 次單元中，均以系統性結構化方式實施，教學單元重點如表 4。

表 4 實驗課程各單元重點一覽表

週次	課程名稱	課程內容	課程目標
一	相見歡 花草五感刺激	<ul style="list-style-type: none"> * 透過圖卡小遊戲讓學員認識彼此。 * 藉由五感觸覺、味覺、聽覺、視覺及嗅覺體驗，建立園藝治療的基本概念並提升興趣。 	<ul style="list-style-type: none"> * 打破僵局，建立關係，團體成員彼此認識、熟悉。 * 提供不同質地植物給予參與者多元感官刺激，有助於刺激神經網絡的發展與連結，引發學員興趣，帶出愉快、平和、輕鬆、自信學習氛圍。
二	組合盆栽	<ul style="list-style-type: none"> * 從操作組合盆栽的過程中，活化成員對美學的感受。 * 人際你我他。 * 增加肢體運動量、分組相互合作。 * 照顧盆栽，承擔責任，提升正念。 	<ul style="list-style-type: none"> * 透過組盆，培養學員藝術創作，完成作品不僅滿足個案成就感，亦是拓展人際社交工具。增進成員彼此互動，協力合作，完成盆栽作品建立自尊、成就感。 * 參與園藝治療團體，從播種、替植物換盆、搬土、澆水、修剪枝葉、除草的過程中，需要舉手、伸展、下蹲等動作，有助於大小肌肉鍛鍊，對平衡力、手眼協調有促進運動肢體作用。 * 透過園藝治療活動，照顧盆栽，強化學員責任感，藉由參與者觀察、治療師適時生命教育，自然運行，花開花落皆有時，是生命道理，人生起落、生老病死，轉向正面積極態度，提升正念。
三	空氣風鈴	<ul style="list-style-type: none"> * 透過自我決定，選擇有限植物、飾品、麻繩與素材組成風鈴盆栽。引導學員構思、設計植物成為擺飾。 * 成品分享。 	<ul style="list-style-type: none"> * 藉由素材選擇，培養學員自我決定問題能力。 * 創造性療癒活動，培養創意設計、思考邏輯，刺激參與者創意潛能，從顏色搭配、擺設模式、花藝、手工藝，各自發揮藝術創作，過程中治療師適時鼓勵、讚美，帶給學員自我滿意、成就感。 * 倆倆分組相互合作，學習人際技巧拓展。學員相互溝通、接觸，從種植心得擴展分享內心深層情緒，到最後分享成果，這些合作與分享皆是療癒工具。

園藝治療與毒品收容人在監生活適應之關係，以臺北某矯正機關為例

週次	課程名稱	課程內容	課程目標
四	芳療精油	<ul style="list-style-type: none"> * 從精油製作，結合薰衣草精油，讓嗅覺的體驗，增加課程中之樂趣。 	<ul style="list-style-type: none"> * 藉由精油紓緩精神壓力，增進身體的健康。 * 透過對植物的嗅覺、觸覺喚起參與者連結以往正向記憶、感覺、經驗。
五	左手香認識壓花卡片製作	<ul style="list-style-type: none"> * 左手香果汁製作。 * 自行製作壓花素材，供成員製作卡片及當作日後結業證書之素材。 * 進行卡片延伸創作。 	<ul style="list-style-type: none"> * 左手香果汁製作，提升生活樂趣之豐富度。 * 自製壓花，作為卡片及結業證書之素材，押花卡片是一種創作藝術，搭配心情及期望寫出句子，是一種抒發情緒，將卡片做成書籤寄給朋友也具有社交功能，或寄回家人亦有強化家庭支持功能社會鍵。 * 押花組合需要美感、邏輯、專注力結合，完成作品也建立了自我價值、成就感。
六	艾草灸灸	<ul style="list-style-type: none"> * 植物草藥和生活連結，增加個人生活常識。自行製作艾草包。 	<ul style="list-style-type: none"> * 藉艾草及灸灸達紓壓之體驗。強化課程興趣。 * 自行製作艾草包，浸泡於舍房水桶，作為洗滌身體療癒紓壓。
七	神奇小麥草 (草頭娃娃之製作)	<ul style="list-style-type: none"> * 利用小麥種子及緞帶、絲質襪子、亮片飾品，製作人型草頭娃娃。課程期間澆水、觀察植物成長變化。 	<ul style="list-style-type: none"> * 兩兩一組，協力互助，增進學員社交技巧。 * 觀察麥草植物之變化，治療師引導，瞭解生命成長，連結正向生命經驗，反思內省，探索自我生命價值。
八	結業證書之製作	<ul style="list-style-type: none"> * 製作結業證書讓成員整理個人所學，寫下自我期許及感恩語並鼓勵嘗試多元正向的體驗。 * 珍重再見，彼此給予祝福。 	<ul style="list-style-type: none"> * 藉由之前壓製之壓花材料，自我完成證書，寫下自我期許、願景，自我覺察、省思，建立成就感。 * 整理團體心得，促使團體學員帶著學習與祝福面對樂觀的未來。

五、資料分析

本研究依據實驗組與控制組學員在前後測時所填寫的精神福祉前後問卷量表(幸福感量表)和園藝治療福祉前後問卷表(身心健康量表)、活動滿意度回饋表、學員訪談內容,以量化與質化混合方法進行資料的處理與分析。量化部分,本研究因採等組前後測實驗設計,透過成對樣本 t 檢定,檢驗實驗組與控制組前後測分數是否有顯著差異,自變項為實驗組、控制組,依變項為精神福祉前後問卷量表(幸福感量表)和園藝治療福祉前後問卷表(身心健康量表)測驗分數,將 α 值定為 .05 進行分析。量化資料以 SPSS 軟體運算。

質性部分,將 43 位實驗組學員以立意取樣 19 名受刑人,編碼方式為 E01 至 E19, E01 即代表編號 1 號,歸納受刑人的感受看法。

肆、結果分析與討論

本園藝治療方案主要與園藝治療師討論修正,以系統性、科學化設計編製園藝治療課程,希望受刑人藉由系統性主題解到蘊含在園藝的生命教育,並將這些價值規範融入運用於日常生活,結果分析如下:

一、實驗組與控制組之差異分析

本研究使用成對樣本 t 檢驗,對研究變項進行實驗、控制組的前後測比較,本研究樣本數 43 人,研究採 .05 作為顯著性標準,相關研究之假設詳述如下:

虛無假設:控制組研究變項的前後測結果與實驗組研究變項的前後測結果無差異。

對立假設:控制組研究變項的前後測結果與實驗組研究變項的前後測結果有差異。

實驗組、控制組各 43 人完成方案,各組基本資料如表 5、6、7、8、9、10、11 所示。從實驗組與控制組基本特性之卡方檢定,無論是年齡、教育程度、目前宗教信仰、刑期、因毒入監次數、婚姻狀況、接見頻率,兩組的變項均無差異,表示變項不會干擾實驗結果。

在基本特性以卡方檢定，年齡、教育程度、感情狀況、入監前職業、入監前罪名，兩組變項是否具有差異，是否干擾實驗，進行討論。

表 5 受試者年齡分布

年齡	實驗組		控制組		χ^2	df	P
	人數	百分比	人數	百分比			
18 歲至 26 歲	4	9.3%	3	7.0%	7.023	5	0.219
27 歲至 35 歲	9	20.9%	6	14.0%			
36 歲至 44 歲	15	34.9%	11	25.6%			
45 歲至 53 歲	8	18.6%	18	41.9%			
54 歲至 62 歲	7	16.3%	4	9.3%			
62 歲以上	0	0.0%	1	2.3%			
總數	43	100%	43	100%			

受試者年齡在實驗組與控制組的人數中分布，以卡方結果發現， $X^2=7.023$ ， $p=0.219 > \alpha=0.05$ ，未答顯著水準，兩個組別沒有差異。

表 6 受試者教育分布

教育程度	實驗組		控制組		χ^2	df	P
	人數	百分比	人數	百分比			
國小	2	4.7%	2	4.7%	1.866	3	0.601
國中	21	48.8%	16	37.2%			
高中職	18	41.9%	24	55.8%			
大學	2	4.7%	1	2.3%			
總數	43	100.0%	43	100%			

受試者教育程度在實驗組與控制組的人數中分布，以卡方結果發現， $X^2=1.866$ ， $p=0.601 > \alpha=0.05$ ，未達顯著水準，兩個組別並無差異。

表 7 受試者目前信仰分布

宗教信仰	實驗組		控制組		χ^2	df	P
	人數	百分比	人數	百分比			
無宗教	12	27.9%	10	23.3%	4.155	4	0.385
佛教	12	27.9%	17	39.5%			
基督教	7	16.3%	7	16.3%			
道教	5	11.6%	7	16.3%			
民間信仰	7	16.3%	2	4.7%			
總數	43	100.0%	43	100%			

受試者宗教信仰在實驗組與控制組的人數中分布，以卡方結果發現， $X^2=4.155$ ， $p=0.385 > \alpha=0.05$ ，未達顯著水準，兩個組別沒有差異。

表 8 受試者刑期分布

刑期	實驗組		控制組		x ²	df	P
	人數	百分比	人數	百分比			
1 年或以下	1	2.3%	2	4.7%	3.279	6	0.773
超過 1 年未滿 2 年	5	11.6%	5	11.6%			
2 年以上未滿 3 年	5	11.6%	9	20.9%			
3 年以上未滿 4 年	7	16.3%	7	16.3%			
4 年以上未滿 5 年	10	23.3%	5	11.6%			
5 年以上未滿 6 年	9	20.9%	8	18.6%			
6 年以上	6	14.0%	7	16.3%			
總數	43	100%	43	100%			

受試者本次刑期在實驗組與控制組的人數中分布，以卡方結果發現， $X^2=3.279$ ， $p=0.773 > \alpha=0.05$ ，未達顯著水準，兩個組別沒有差異。

表 9 受試者因毒入監次數分布

因毒入監次數	實驗組		控制組		x ²	df	P
	人數	百分比	人數	百分比			
一次	11	25.6%	11	25.6%	6.780	5	0.237
二次	11	25.6%	4	9.3%			
三次	4	9.3%	10	23.3%			
四次	9	20.9%	7	16.3%			
五次	3	7.0%	3	7.0%			
六次以上	5	11.6%	8	18.6%			
總數	43	100%	43	100%			

受試者因毒入監次數實驗組與控制組的人數中分布，以卡方結果發現， $X^2=6.780$ ， $p=0.237 > \alpha=0.05$ ，未達顯著水準，兩組沒有差異。

表 10 受試者婚姻狀況分布

婚姻狀況	實驗組		控制組		x ²	df	P
	人數	百分比	人數	百分比			
已婚	3	7.0%	8	18.6%	2.627	3	0.453
未婚	27	62.8%	24	55.8%			
未婚但同居	5	11.6%	4	9.3%			
離婚	8	18.6%	7	16.3%			
總數	43	100.0%	43	100%			

受試者婚姻在實驗組與控制組的人數中分布，以卡方結果發現， $X^2=2.627$ ， $p=0.453 > \alpha=0.05$ ，未達顯著水準，兩個組別無差異。

表 11 受試者接見頻率分布

接見頻率	實驗組		控制組		x ²	df	P
	人數	百分比	人數	百分比			
1 星期或以下	5	11.6%	2	4.7%	4.319	5	0.504
2 星期	6	14.0%	5	11.6%			
3 星期	1	2.3%	4	9.3%			
1 個月	13	30.2%	13	30.2%			
2 個月	3	7.0%	6	14.0%			
3 個月以上	15	34.9%	13	30.2%			
總數	43	100.0%	43	100%			

受試者接見頻率在實驗組與控制組的人數中分布，以卡方結果發現， $X^2=4.319$ ， $p=0.504 > \alpha=0.05$ ，未達顯著水準，兩個組別無差異。

精神福祉前後測驗分數(幸福感量表)之 t 檢驗分析，從表 12 可發現，自變項(實驗組)對依變項「精神福祉後測成績所造成實驗處理效果顯著($F=6.482$ ， $P=.000$)，顯著性機率值 $p<.001$ ，達顯著水準，表示精神福祉後測成績的高低會因受試樣本所接受的實驗處理(自變項，園藝治療介入)的不同，而有顯著的差異存在。即排除個人因素特質(卡方檢定)影響後，實驗組別的學員之精神福祉有顯著的差異存在，控制組則無差異。

園藝治療福祉(身心健康量表)方面，前後測之 t 檢驗分析從表 12 發現，實驗組具顯著差異($F=8.896$ ， $P=.000$)，表示園藝治療於實驗組與控制組在園藝治療福祉改變的效果不同，實驗組經園藝治療介入後，園藝治療福祉顯著與控制組出現顯著差異。受刑人普遍認同園藝治療可以幫助其解緩壓力，實驗組在精神福祉、園藝治療福祉，整體分數上有顯著差異。由數據分析得知實驗組於實施園藝治療，有正向提升受試者內外身心健康，進而促進在監生活適應。

表 12 成對樣本 t 檢定(實驗組、控制組)

項目	前/ 後測	平均值		最小值		最大值		標準差		後測 - 前測		t 值(顯著性)	
		實驗組 n=43	控制組 n=43										
精神福祉	前測	50.84	53.23	35	31	67	69	7.42	8.69	6.512	-0.674	6.482***	-0.672
	後測	57.35	52.56	42	28	70	70	7.29	9.01				
園藝治療福祉	前測	24.72	24.77	16	15	34	35	3.89	4.19	4.86	-0.744	8.896***	-1.318
	後測	29.58	24.02	24	16	35	33	3.08	4.08				

* $p<.05$ ，** $p<.01$ ，*** $p<.001$

綜上所述之文字、統計表、資料數據中可以發現精神福祉、園藝治療福祉之實驗組後測分數有顯著進步，並與控制組產生差異性，代表系統性園藝治療課程對於受刑人精神福祉、園藝治療福祉向度有所助益，分析其原因，可能是園藝治療課程藉由園藝操作，強化參與者肢體活動，亦使受刑人對生命價值開始轉變，人生態度更趨正向，更願意投入園藝活動，並學習拓展社交互動、人際關係，進而有意願與團體學員分享自己的想法，此外，從數據中亦顯示園藝課程在放鬆情緒及改善生理、心理狀況有亦顯著差異，而這些狀態都是促使受刑人在監生活適應重要因素。

二、實驗組質性回饋紀錄分析

藉由質性回饋紀錄 解受刑人喜好的園藝治療活動、對課程內容的建議及自我 思。施測資料時並告知受試者施測倫理及隱私保密原則。

(一) 課程內容

在課程內容的回饋，可分為課程活動滿意程度，依非常滿意、很滿意、普通、不滿意、非常不滿意。

1. 經統計滿意度最高的前五項課程活動為「獲成就感」（96%）、「心情放鬆」（95%）、「瞭解園藝」（95%）、「肢體活動」（95%）、「內容豐富」（93%）。如表 13。

表 13 實驗組課程滿意度分析

滿意度	非常滿意	很滿意	普通	不滿意	非常不滿意	人數
項目						
內容豐富	93%	7%	0%	0%	0%	N=43
心情放鬆	95%	2.5%	2.5%	0%	0%	N=43
社交互動	88%	5%	7%	0%	0%	N=43
獲成就感	96%	2%	2%	0%	0%	N=43
瞭解園藝	95%	5%	0%	0%	0%	N=43
尊重生命	86%	9%	5%	0%	0%	N=43
肢體活動	95%	2.5%	2.5%	0%	0%	N=43
自我反思	84%	2%	14%	0%	0%	N=43

2. 實驗組對整體課程的感受，有五個選項可以勾選，分別為「非常滿意」、「很滿意」、「普通」、「不滿意」、「非常不滿意」，皆為單選題。實驗組表達對各項課程「非常滿意」、「很滿意」度的受刑人，累計占實驗組人比 93%~100%；認為「普通」占實驗組人比 0%~7%；覺得「不滿意」、「非常不滿意」的為 0 位。

實驗組對課程很滿意理由大多為獲得成就感、心情放鬆。園藝課程有別於一般課程，能讓心情放鬆並對植物認識，瞭解園藝相關知識，因而提升對課程的喜愛程度。課程項目中需要活動肢體以及合作互助，進而學習人際技巧，拓展社交。

（放鬆、成就）E02：心情會比較開朗、放鬆。做那個組合盆栽或完成，滿有成就感的。

（園藝知識）E08：很多我們不懂的植物，老師都會跟我們講植物的由來，跟我們講一下這個植物要怎麼種。

（勞動、人際）E09：組合盆栽大家一起把土放在盆栽裡面，我們都是互相幫忙。

實驗組，喜歡園藝教案的原因可歸納為放鬆心情、獲得成就感、瞭解園藝知識，肢體活動、社交互動，而藉由養育生命的實體與他人分享可以轉移注意力、緩解生理的不適，專注可以讓一個人注意力集中在一件事情上，心中的憂慮也比以往緩和、安靜，獲得療癒放鬆。園藝治療課程對受刑人呈現生理、心理、社交的效益，進而促進在監適應。

3. 實驗組對課程很滿意並提升成就感（自尊感）

受刑人對課程很滿意原因，從課程中瞭解到園藝治療的面向並非是狹隘的，園藝治療是可以從多元角度切入，也因為融入生命教育，讓學員更認識生命可貴，透過方案學習處理人生重大意義事件，生命、成長、死亡，轉向提升正念，珍惜生命，積極面對人生，重新定位自我價值也找到了人生新目標方向。完成盆栽作品也能產生心理的成就感及自主意識，重新獲得自我

價值的正向自尊，自己種植的植栽成長，並與他人分享成功的感覺與喜悅，因而產生自尊改變。藉由自己選擇植物，「自我決定」的過程，將有助於養成獨立、自行思考，運用植物生命體，在照顧過程中，感覺生命的變化，發芽、長葉，感覺生命需要照顧，相對增加自我肯定，發展自信心、尊嚴、價值的自我實現。顯見園藝治療課程對受刑人呈現提升自尊的效益。

(自尊)E05：覺得花草其實也是一種生命，在外面都會忽略到花跟草這部分，在接觸園藝治療這部分後才知道萬物皆有生命，會覺得生命很可貴。E10：一周一周的去跟他那樣澆水，有感覺到他也是活著，生長很漂亮就覺得心裡很舒服，這是我們的成就感。E19：就像照顧一個東西，照顧到有一個成果，有一點滿足感。E15：反思就是生命都是有限的，那怎麼樣把自己的生命過得充實。E06：自己挑自己擺設排一個盆景，自己做調整，很多種花草自己排，從沒有變到有，慢慢疊上來。

由上述資 可知，系統性園藝課程讓學員找到生命價值，產生自尊、成就感，內在轉化開始關心周遭環境。對植物生命體，發芽、成長、衰老、死亡自然現象，連結自我生命經驗，產生自我生命價值觀。學員對整體課程表示很滿意，並培養出對生命價值之「成就感、自信心」。綜而言之，透過系統性園藝治療方案可能可以幫忙受刑人重建自信、自尊、成就感，促進在監適應。

(二) 綠參與的療癒力

1. 打開心靈之窗，瞭解園藝

運用植物素材，藥草、香草餅乾、精油，培養受刑人對園藝的興趣，強化團體動力。結合園藝素材，提供創作空間，如設計組合盆栽、苔球風鈴、草頭娃娃，給予受刑人建立自尊、成就感的機會。

E07：認識植物，還有種花。最喜歡的項目是認識藥草，譬如說甚麼花對我們人有一些幫助。

E02：幫助我們認識植物阿。有興趣老師教我們用香草跟餅乾一起做成餅乾。組合盆栽會有成就感，畢竟是自己組合種的。

E14：自己做完一樣完全沒有做過的東西，很有成就感，增加自信。

E15：精油，薰衣草是那個…療癒。

E06：最主要多一個興趣嘛，我們吸毒品的就是無聊才會去吸毒品，那如果有空閒的話就會去花市逛一逛，就買幾個回去自己養養看。

E09：組完盆栽，滿有成就感的，完成自己沒做過的事。

從上述質性資料中可知，受刑人參與課程後瞭解園藝相關知識、完成作品具有成就感。在對照受刑人在測驗的前後測表現可知，「園藝福祉」（題項：我具有成就感。我了解園藝栽培技術），對於瞭解園藝向 有相當幅度的進步。

2. 開啓希望之門，提升生、心、靈

受刑人表示從園藝治療團體中培養正當休閒，有些人藉由身體勞動、創意活動課程，自然的紓緩生理、心理壓力，尋回內心的寧靜。有些人則表示從課程中理解生命價值，透過分享與討論讓內心有所省思，重新整理自己的價值觀。透過合作互助的教學中習得社交技巧、關懷別人。從照顧植物中增加責任感，對自己的行為負責，學員表示不會逃避問題，開始面對問題。

（舒壓）E01：心情比較輕鬆，大家比較互動拉。E05：園藝課程操作讓我們了解說花園、園藝對身心的幫助，心靈療癒。

（自我省思）E14：照顧一個生命是一個責任嘛。我很少跟家人有互動，很想要彌補他們。

（社交技巧）E12：像作草頭娃娃，要請同學幫忙，大家三人一組分工合作。塞土的部分請同學幫忙，因為那個要拉開絲襪。

（責任感）E05：要細心的照顧，要給他陽光、空氣、水等等。我們做什麼事要付出，要讓植物長的好，你就要去幫他澆水施肥。

訪談中提及課程促進生理心理壓力舒緩，自我對人生省思，活動拓展社交人際以及多一份責任感。

（三）系統性園藝治療教案促進在監適應之可能性

本研究探討受刑人在監的生活適應層面包括生理適應（強化體能）、心理適應（情緒調節）及社交適應（人際互動）三部分。研究者透過半開放式問題讓受刑人自陳其學習後，產生哪些改變、收穫，茲將資料整理如下：

1. 生理適應（強化體能）

受刑人透過園藝治療課程刺激感官、促進肢體活動。參與學員從搬土移植、組合盆栽、苔球風鈴、草頭娃娃、押花卡片、澆水、除草，伸展肢體、舉足、下蹲等肢體活動，這些活動皆有助於身體鍛鍊及活化作用。對於長期收容於矯正機構疏於肢體活動，亦是強化肢體活動課程。

E05：組合盆栽…我覺得每堂課其實都有要用到手啦，像是整理…阿老師經常就是會讓我們去了壓花或者修東西是怎樣的。

E08：課程就像我剛剛講的算是都有在動一點，比較不會像是說整天坐在上課，如果稍微有活動，就感覺到身體經絡比較有在活動，比較不會整天坐著悶著這樣。

E18：把盆栽的花移植過來重新種。有時候人家不會綁苔球風鈴、草頭娃娃的話，我們就稍微幫他弄一下。

2. 心理適應（情緒調節）

園藝治療方案能改善長期監禁受刑人的緊張壓力。收容於矯正機構的學員，只能穿著機構的制服，無法擁有自己的器具，自由、物質、異性關係、自主性、安全感遭受剝奪，產生監禁五大痛苦，容易喪失對自己的認同感與控制生活的能力。

倘諾有自己的栽種的植栽，即可以重建私密空間感。盆栽可帶給學員個人化意識，觀賞、照顧植物，可以讓人情緒鬆弛、放鬆肌肉、調節情緒，緩和監禁壓力的痛楚。養護植栽讓學員減少關注內在的事件，將注意力轉移到另一個生命體。培育植栽並與他人分享植物成長的快樂，可以轉移監禁的痛苦，亦能恢復成就感與自主意識。

E08：園藝治療課程，心情不會感覺像其他課程，會輕鬆一點。就像照顧一個東西，照顧到有一個成果你會感覺，有滿足感這樣。

E10：心情也較開放一點，壓力也會往下下降。植物也是一個生命，看到他有活力就會想跟別人說，這是自己親手做的，感覺道心情比較愉快。一周一周去跟他澆水，有感覺到他是在活著，長的很漂亮就覺得心裡很舒服。

E13：改變自己最多…就是心情比較靜地下來，比較能夠專注來做事情。

E16：情緒放鬆阿，看到綠色植物當然會比較放鬆。組合盆栽有成就感，心情還不錯，完成他。

3. 社交適應（人際互動）、認知改變（正念提升）

園藝活動促進社交，相互協助，培養友誼，分享植栽製作經驗。藉由園藝治療課程，拓展學員社交活動，相互溝通、互相協助。分享話題從栽植心得擴展至家庭甚至心理層面。社交技巧訓練，如供給有限素材讓學員協調選擇，利用分組製作，讓學員分工合作，最後分享作品成果。

課程導入生命教育、正向人生觀，進而影響 為改變，減少偏差 為。透過園藝治療活動，讓學員親身接觸、觀察植物變化，瞭解花開花落皆有時，是自然定律，從植物中獲得生存的意義與希望。相對於人生亦是如此，起起伏伏，生老病死，應以正向積極的態度面對挑戰。並透過治療師，強化學員正向思考，迎向生命轉類點的可能性，並協助受刑人重拾信心迎向未來。

（人際互動）E01：苔球風鈴、盆栽，草頭娃娃，自己如果先做好，就幫旁邊左右的人做，大家比較互動拉。

E05：苔球風鈴，別人纏線的時候纏得不好啊，要纏我們就幫他抓。

E08：如果有同學這項比較快上手，那我們做同排的互相跟他請教這樣，就互相幫忙。

E10：四種到八種的花讓我們協調去挑組合盆栽，苔球風鈴是我們去拿然後用繩子一起綑綁。三至四個一組，我覺得同學的距離有拉近，互動率不錯。

E12：雖我什麼都沒有，但我看到路上有石頭我會撿起來，看到路上有洞，我會用個東西讓路人看到這條路上有個危險的標示。

E14：下課也會討論說怎樣用才會比較好。

(正念提升) E02：人也是需要一些養分，如果老是吸取一些壞的養分，所想的，所做的就會有所偏差。

E10：抱持虛心的態度去做一個學習，讓自己更充實。

E12：寫畢業證書的時候是最投入的，就是把它做好。期許跟家人感情好一點，因為在外面的時候就不懂得珍惜他們。

E14：回去社會，陪我的家人，很想要彌補他們，就是說…，對家人負責，我是有打算說正常的上下班，有空閒的時候就看要陪家人去哪邊玩啦，看我自己的阿嬤要陪她去哪裡就到哪裡去，自己的爸爸喜歡去哪裡就陪他去啊。

伍、結論與建議

一、結論

(一) 從量化檢定驗證

透過成對樣本 t 檢定發現，實驗組和控制組在精神福祉(幸福感量表)態度、園藝治療福祉(身心健康量表)的前後測表現有顯著差異性。由此得知實驗組精神福祉態度(題項列舉，我對未來感到樂觀。我覺得自己是有用的。我覺得自己精神很放鬆。我覺得容易和別人親近。我覺得有自信。我對事情有下決定的能力。我感覺愉快。)越顯著，心理狀態及自信、自尊可能更顯良好。園藝福祉(題項列舉，我的肢體運動夠強。我有興趣嗜好。我覺得心情放鬆。我具有成就感。我的邏輯意識清楚。我有良好的社交技巧。我了解園藝栽培技術。)越顯著，顯示學員參與園藝課程後，生理、心理狀況，社交技巧，人際互動，瞭解園藝知識都有正向提升。由量化資料得知園藝治療具有緩解壓力，轉移注意，平穩情緒，建立自信，拓展社交，而這些因子都是促進在監生活適應重要指標。

（二）從質性觀察發現

系統性園藝治療課程及治療師，扮演「促進在監生活適應」的重要關鍵，由於園藝課程，每單元都有顯明主題，因此受刑人比較容易理解吸收課程內容，並經由處遇活動，受刑人逐漸瞭解園藝，強化肢體勞動，調節緊繃情緒，學習社交技巧，建立正向生命觀，重拾自信心，提升責任感。

實驗組對課程介入促成內在改變，生理、心理狀況亦趨向放鬆，自我概念也呈現良善的改變。此外學員的收穫還包括照顧盆栽，培養責任感，讓成功經驗轉換正向經驗，達到提升自尊效果。受刑人完成組合盆栽建立成就，提升自信，理解植物之生命歷程，發芽、成長、衰老、死亡，屬於自然生命週期，更應把握當下，園藝能幫助學員連結過往正向經驗，帶來內在寧靜與和諧，復癒身心健康。

二、園藝治療與在監適應之關係

（一）園藝治療緩解監禁壓力，調節監禁痛楚

本研究顯示在禁錮的環境，透過與園藝治療團體，可改善生、心狀況，緩和監禁帶來的壓力，紓解壓力引發的痛苦，讓毒品受刑人勇於面對挫折、解決問題，調解身心變化，有助於在監適應。

（二）園藝治療減少監禁剝奪痛苦，促進在監適應

受刑人種植盆栽，建立自我認同，藉由培育植物，減少關注內在事件，將注意力轉移關心植物成長，重新獲得自我價值、自主意識，減少監禁剝奪痛苦，進而促進在監的適應。

（三）改變內在、培養社交，調節情緒、重建自尊

1. 園藝治療改變內在，有助建立生命價值

本實驗發現，受刑人因和植物互動，觀察植物成長變化，全心專注於植栽，對生命教育、自我價值有新的體悟。藉由大自然潛移默化，引導學員改變生命態，尋回自我正向人生目標，促進復歸社會。

2. 園藝治療學習社交，有利擴展人際互動

透過課程設計，兩兩相互合作，進而學習社交技巧。在互動過程中，受刑人開始卸下心防，信任同儕團體，強化人際關係，增進彼此信任感，開始對人際互動持較正面看法。

3. 園藝治療調節情緒，緩解監禁壓力

本研究透過園藝活動，提升學員專注力，透過肢體操作、組盆、押花，在量化分析上，實驗組與控制組在心情放鬆有正向差異，表示園藝治療可以幫助個體減少心理壓，療癒情緒，進而促進在監適應。

4. 園藝治療培養自尊，復育自信與成就

研究顯示受刑人接受園藝治療，完成植栽作品後具有成就感、自信心。透過調查問卷顯示，實驗組因有園藝治療的介入，其自尊、自信皆有正向提升。

精神福祉、園藝福祉在量化分析皆有顯著差異。表示受刑人接觸園藝課程，有助於適應環境、減緩情緒起伏，對他人產生良好社交互動。透過課程培養受刑人的自尊，拓展人際。投入較多園藝參與時間，轉移其注意力，進而減少監禁壓力。並與生命教育、大自然連結，有助受刑人內化自我，療癒身心，促進在監生活適應。

三、建議

(一) 納入系統性園藝治療課程，有助受刑人培養自信、自尊及成就感

本研究透過量化分析及質性觀察發現系統性園藝治療課程能培養受刑人自信與自尊，讓學員找到生命的價值與成就感，受刑人在生命歷程中多遭遇困境，導致自信不足、缺乏自我肯定。當園藝植物走進生活中，藉由活動設計與植物互動，專注心力於植栽並與同儕分享心路歷程，對自我更加了解，也願意付出努力，逐漸強化自信，對自我價值有正向的改變。

(二) 透過設計性園藝治療課程，緩解監禁壓力，復癒身心健康

從國內外文獻與本研究中發現，植物在獲得內心平靜中扮演重要的角色，尤其在身心狀況、情緒調節更為顯著。課程互動，拓展學員社交技巧，故建議

藉由系統性園藝課程介入緩和受刑人情緒起伏，培養學員自尊、學習社交技巧以利復歸社會。

實驗組有別於控制組，團體在精神福祉與園藝福祉，各項表現皆有正向的提升，在團體中每次的互動，透過植物療癒，穩定內心，且將自己的情緒表達出來，並與同儕分享面對問題的方法，培養良性溝通的模式，強化人際社交，進而激勵受刑人找到蛻變重生的契機。

四、研究限制

（一）研究樣本的限制

本研究雖以自願報名園藝治療團體方式選取受刑人。但實際上，實驗組、控制組個別程度、課程內容以及志工老師仍有一定的差異，可能影響到實驗的成效。另外，兩組學員皆選自新店戒治所，社經背景與婚姻狀況、刑期皆有所差異，若要以兩組受刑人之研究進行推論，必須謹慎。這些個案大多為毒品犯沒有被害人（無家庭暴力、無違反性自主、無肇事逃逸），適不適宜推論至所有犯罪類型應再進一步研究討論，且由於時間、人力、經費等因素限制，而未能擴及全國監所，本研究對象均為男性，對於受刑人樣本選取，僅能就新店戒治所附設臺北分監毒品受刑人為研究範圍。

（二）課程執行的限制

本研究課程的執行，雖儘可能依照原先設計好的教學方案運作，但實際執行卻因受刑人遲到提帶、出庭、看病、配合機關相關活動而停課，導致受刑人需以補課的方式進行教學實驗。然而，園藝治療課程相當注重團體、小組的搭配，補課的效果讓教學型態較為混亂，可能也多少會影響到教學成效。

（三）教學介入時間的限制

本研究囿於時間上的限制，於各二個月內進行8次的實驗課程。因為教學時間的長短會影響到受刑人瞭解課程之程度，因此對於此實驗課程的教學成效或許仍有提升的空間。

五、未來研究的建議

(一) 結合個別諮商

本研究以團體互動的方式進行，來探討學員在活動過程中的改變，建議實務承辦人亦可結合心理師進行個別諮商，依研究對象之個別特性，將園藝活動融入諮商主題，觀察、評估、研究園藝治療成效。

(二) 擴大團體人數

本研究以小團體進行園藝治療課程，一般矯正機關工場人數約 100 人至 200 人，適不適用於大班級授課也具有相同成效，有待未來研究進行效益最大化檢驗。

(三) 拓展研究範圍

目前國內之相關研究對象多在醫療院所、教育機構，亦可將園藝治療活動拓展至各矯正機構、輔育院、矯正學校之小團體輔導，運用園藝治療教案推廣至各矯正機構，探究不同犯罪類型適用之可行性。

參考文獻

一、中文部分

- 王淑真 (2008)，《阿公阿嬤の田—安養機構中老人參與園藝活動歷程及其對老人健康狀況、人際關係和自我概念之影響》，亞洲大學社會工作學系碩士論文。
- 王莞茜 (2012)，《園藝治療之效益 - 以育幼院院童為例》，國立虎尾科技大學休閒遊憩研究所碩士論文。
- 王麗華 (2013)，《園藝活動對精神分裂者專注力、情緒穩定、人際互動及自信心之成效對幼兒教育之啓示》，朝陽科技大學幼兒保育系研究所碩士論文。
- 任全鈞 (2006)，《台灣地區受刑人監獄化與生活適應之研究》，國立中正大學犯罪防治研究所博士論文。
- 何致惟 (2013)，《園藝課程介入對高職智能障礙學生之影響》，國立高雄大學運動健康與休閒學系研究所碩士論文。

- 吳佳晏 (2012) , 《園藝活動對癌症患者生活品質之效益》, 國立臺灣大學園藝學研究所碩士論文。
- 沈瑞琳 (2013) , 《綠色療癒力：台灣第一本園藝治療跨領域理論與應用大集》。臺北：麥浩斯。
- 辛樂琴 (2013) , 《園藝療法對改善機構老年人孤寂感、人際互動之成效分析》, 輔英科技大學護理系研究所碩士論文。
- 周淑姿 (2012) , 《園藝治療對社區老年人心理健康效益之研究》, 中臺科技大學醫療暨健康產業管理系研究所碩士論文。
- 林俊德 (2012) , 《園藝治療 (Horticulture Therapy) 活動在老人諮商實務上的應用》, 《諮商與輔導》315, 39-47。
- 俞玟玟 (2003) , 《都市園丁休閒園藝行為與休閒滿意度關係之研究》, 國立臺灣大學農業推廣學研究所碩士論文。
- 洪瑜筑 (2010) , 《治療性園藝活動應用於觀護少年之行動研究》, 國立臺灣大學園藝學研究所碩士論文。
- 紀政儀 (2011) , 《園藝治療對護理之家老人憂鬱與孤寂感之成效分析》, 中國醫藥大學護理學系碩士論文。
- 徐銘宏 (2012) , 《羈押被告適應能力之研究》, 朝陽科技大學保險金融管理系研究所碩士論文。
- 張錦倉 (2015) , 《青年監獄受刑人在監適應影響因素之研究》, 國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 張小南 (2009) , 《園藝治療活動對自閉症幼兒效益之個案研究》, 國立臺灣師範大學運動與休閒管理研究所碩士論文。
- 張元毓、蘇瑋佳、張俊彥 (2010) , 《學生從事園藝操作之表現與其提升注意 及獲得成就感多少之關係》, 《臺灣園藝》, 56(1) : 57-65。
- 張建隆 (2006) , 《園藝活動提升慢性精神病患認知功能》, 國立臺灣大學園藝學研究所碩士論文。
- 梁仲容 (1996) , 《園藝治療輔導方案對國小兒童自我概念、生活適應與休閒態度影響效果之研究》。《國立台南師院初等教育學報》, 9 : 333-374。
- 梁仲容 (2002) , 《園藝治療在兒童輔導上的應用》, 《諮商與輔導》, 196 : 2-7。
- 許琳英、譚家瑜 (譯) (2009) , 《植物的療癒力量：園藝治療實作指南》。臺北：心靈工坊。
- 郭毓仁 (2008) , 《治療景觀與園藝療法》。臺北：詹氏。
- 郭毓仁 (2015) , 《遇見園藝治療的盛放：啟動五感能力，接受植物療癒力量》。臺北：養沛文化。
- 郭毓仁、王靖雯、李子芬 (2000) , 《唐氏症患者在園藝訓練上之表現》。《中國園藝》, 46(4) : 443-449。

- 郭毓仁、陳慧娟 (2012)，《園藝活動對大學生福祉效益之研究》。《台灣農學會報》，13(4)：398-406。
- 陳玉書、林健陽 (2012)，《女性毒品施用及其矯治處遇之分析》。《刑事政策與犯罪研究論文集》，15：213-242。
- 陳惠美、黃雅玲 (2005)，《園藝治療之理論與應用》。《中國園藝》，51(2)：135-144。
- 陳曉真 (2010)，《國小高年級學童人格特質、自我概念與生活適應之相關研究》，國立嘉義大學家庭教育與諮商研究所碩士論文。
- 曾兆良 (2003)，《台北啟智學校園藝課程對智能障礙者身心差異之影響》，國立臺灣大學園藝學研究所碩士論文。
- 游慧珍 (2012)，《園藝治療活動對身心障礙兒童照顧者心理效益之研究》，國立新竹教育大學特殊教育學系研究所碩士論文。
- 黃俊棠、溫敏男、曾佳茂 (2014)，《以宗教教誨重建受刑人在監之社會鍵—以臺北看守所宗教教誨成效為例》，《犯罪學期刊》，17(2)：1-36。
- 黃惠琳 (2013)，《園藝治療對家庭照顧者情緒狀態及壓力知覺影響之探討 - 綜合質性與量性的研究》，慈濟大學人類發展學系研究所碩士論文。
- 劉亦中 (2010)，《對養護機構失智老人進行園藝活動適用性的初探》，國立臺灣大學園藝學研究所碩士論文。
- 鄭智勇 (2008)，《生命的更新 - 園藝療法對受戒治人的影響》，國立臺灣大學園藝學研究所碩士論文。
- 黎琬琦 (2004)，《校園 綠色 維他命：園藝治療》，《技術及職業教育》，83：31-32。
- 盧嬾羽 (2011)，《園藝治療團體方案對第二型糖尿病患者心理健康效益之研究》，國立臺北護理健康大學生死教育與輔導研究所碩士論文。
- 賴擁連、郭佩棻、林健陽、吳永杉、陳超凡、溫敏男、張雲傑、黃家慶 (2016)，《受戒治人再犯毒品罪風險因子之分析與對策》，《警學叢刊》，46(6)：1-28。
- 戴麗淑、傅永助、張珈瑛 (2016)，《矯正機關內教化活動、監禁壓力及生活適應關係之研究》，《中原體育學報》，8：120 - 128。
- 薛靜如 (2006)，《兒童情緒管理與人際問題解決態度、學校生活適應之相關研究》，國立臺南大學教育學系輔導教學研究所碩士論文。
- 簡含青 (2012)，《園藝治療活動隊亞斯伯格兒童增進社會互動之個案研究》，國立台北教育大學特殊教育學系研究所碩士論文。

二、外文部分

- Adevi, A. A., & Mårtensson, F. (2013). Stress rehabilitation through garden therapy: The garden as a place in the recovery from stress. *Urban forestry & urban greening*, 12(2), 230-237.
- American Horticultural Therapy Association, ATHA, (2008).
- Andrew, F. M. & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being*. New York, NY: Plenum.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215.
- Clatworthy, J., Hinds, J., & M. Camic, P. (2013). Gardening as a mental health intervention: a review. *Mental Health Review Journal*, 18(4), 214-225.
- Decker, K. P., Peglow, S. L., & Samples, C. R. (2014). Participation in a novel treatment component during residential substance use treatment is associated with improved outcome: a pilot study. *Addiction science & clinical practice*, 9(1), 7.
- Kotozaki, Y. (2014). Comparison Of The Effects Of Individual And Group Horticulture Interventions. *Health Care: Current Reviews*.
- Pálsdóttir, A. M., Grahn, P., & Persson, D. (2014). Changes in experienced value of everyday occupations after nature-based vocational rehabilitation. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 21(1), 58-68.
- Relf, P. D. (1998). People-plant relationship. In Simson, S., & Straus, M., *Horticulture as therapy: Principles and practice* (pp. 21-42). CRC Press.
- Relf, P. D. (2005). The therapeutic values of plants. *Pediatric Rehabilitation*, 8(3), 235-237.
- Sykes, G. (1958). *The society of captives* Princeton. NJ: Princeton Univer.

三、網站資料

- 法務部矯正署統計網站
- <http://antidrug.moj.gov.tw/dl-2307-173afd1d-2858-4635-a9cc-3da8f9c0d989.html> ,
- 查詢日期：2017/09/28

一般論述或譯文

毒癮難戒？如何重新解讀毒品再犯 數字背後的意義

Is abstinence difficult? Reinterpreting recidivism of the drug
abuse offenders

蔡震邦

法務部矯正署高雄戒治所臨床心理師

DOI: 10.6905/JC.201905_8(2).0008

摘要

蔡震邦

施用毒品犯再犯（或毒癮者復發）的現象一直是矯正機關長期關注的焦點，它不僅是造成監禁人口居高不下的主要原因之一，亦導致許多家庭經濟困境與社會功能崩解，甚至危害到整個社會國家安定的基礎；因此本文主要目的，在於說明不同戒癮處遇模式、不同統計分析概念下，如何務實探討、理性運用實證研究的結果，來思考不同樣態下毒品犯累再犯率（毒癮復發率）的意義。

筆者嘗試導入當前公共衛生「三段五級預防」的概念，結合司法戒癮的不同模式，分別詳述我國在初段預防（毒品製造轉運的C級名單、施用一級或二級毒品初犯人數下降）、次段預防（戒治再犯效益優於觀察勒戒）和後段預防（推動監獄毒品犯戒治輔導計畫），目前在毒品防制工作上已取得的實證成效；同時，亦簡述如何參考國內外相關研究的建議，在未來持續地改善我國的戒癮效益。

關鍵字：毒品犯、再犯、復發、戒癮療效、三段五級預防

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0008

Is abstinence difficult? Reinterpreting recidivism of the drug abuse offenders.

Abstract

Cheng-Pang Tsai

Over the years, recidivism of drug abuse offenders (or addicts relapse) has been a highlight issue in the correctional institutes. Recidivism is not only one of the main causes of the high population in prison, it has also led to the financial breakdown of many families. As a result, society as a whole is functionally impaired while the social security, which is the basis of national solidarity, is severely harmed. So, how to understand the significance of recidivism rate (or relapse rate)? Pragmatically, we use the results of evidence-based research, which is based on different drug abuse treatment models and different statistical analysis models, to interpret the significance of recidivism rate (or relapse rate).

We try to import the current public health concept, "3-stage and 5-grade of prevention," which combines different modes of Agency of Correction, Ministry of Justice, to illustrate various benefits in Primary Prevention (list C of INCSR, decreasing the number of new drug addicts of class A and class B), Secondary Prevention (some long-term correcting model for recidivism showing better benefits than short-term detention and rehab), and Tertiary Prevention (promoting drug abuse treatment programs in prison). Meanwhile, we also refer to some related research suggestions as to improve effectiveness of drug abuse treatment in future.

Keywords : drug abuse offenders, recidivism, relapse, effectiveness of treatment, 3-stage and 5-grade of prevention.

壹、前言

毒品問題對世界各國來說都是亟欲克服的重大議題，有些國家或部分地區甚至成立專責機構來因應，像美國的 FDA 與香港的禁毒處；台灣自 2006 年 6 月 2 日召開之「行政院毒品防制會報」中，裁示我國反毒策略應由原來之「斷絕供給，降低需求」，調整為「首重降低需求，平衡抑制供需」，並將反毒新策略工作區分為「緝毒」、「拒毒」、「戒毒」及「防毒」4 大區塊。對於降低毒品需求的部分，目標即以「拒毒」防止新的毒品人口產生、以「戒毒」減少原有毒品人口為核心；平衡抑制毒品部份，則輔以積極「緝毒」以減少供給，並將反毒戰略警戒線推展至「防毒」，管控原為合法用途之藥品及先驅化學工業原料或製品，同時為避免這些原物料被轉製成非法毒品，也增設了第五區塊「國際參與」的部份，以提昇我國在反毒國際合作上的行動，加強與美、日、澳洲及東南亞等鄰國增加簽訂相關協定。近廿年來的持續努力，不但使我國自 2000 年起從毒品主要製造及轉運國名單中除名（即從 A 級名單調整至 B 級名單），更在 2013 年起，正式被歸類至表現最優異的 C 級名單 (2013, 反毒報告書)，顯見十多年來的努力，我國整體的反毒成效在全世界是有目共睹的。

然而，在政府各部門積極投入反毒工作的同時，卻仍不斷面對國內各界與社會輿論對現有毒品防治成效的質疑。譬如：1999 年 11 月 3 日中國時報就曾報載提到監察委員在「毒品危害防制條例」實施一年後的檢討會中，表達出對戒毒成效不彰的指責和關切；監察院甚至在 2009 年 8 月、2011 年 6 月、2013 年 11 月，皆以糾正案正式對法務部及其他單位的戒毒成效提出評論意見，雖然文字中對矯正機關人力匱乏表示理解也支持增補人員的態度，但就當前戒毒成效部分，則嚴詞厲色地指責相關作為的不足並對再犯率居高不下表示不滿。就連天下雜誌亦在 2008 年 9 月第 405 期以「新鴉片戰爭」、2012 年 5 月第 498 期以「反毒戰爭」為標題，來進行專題式的深入報導，文章也引用許多圖表數據顯示近年來國內的毒品問題似仍未曾或歇…。

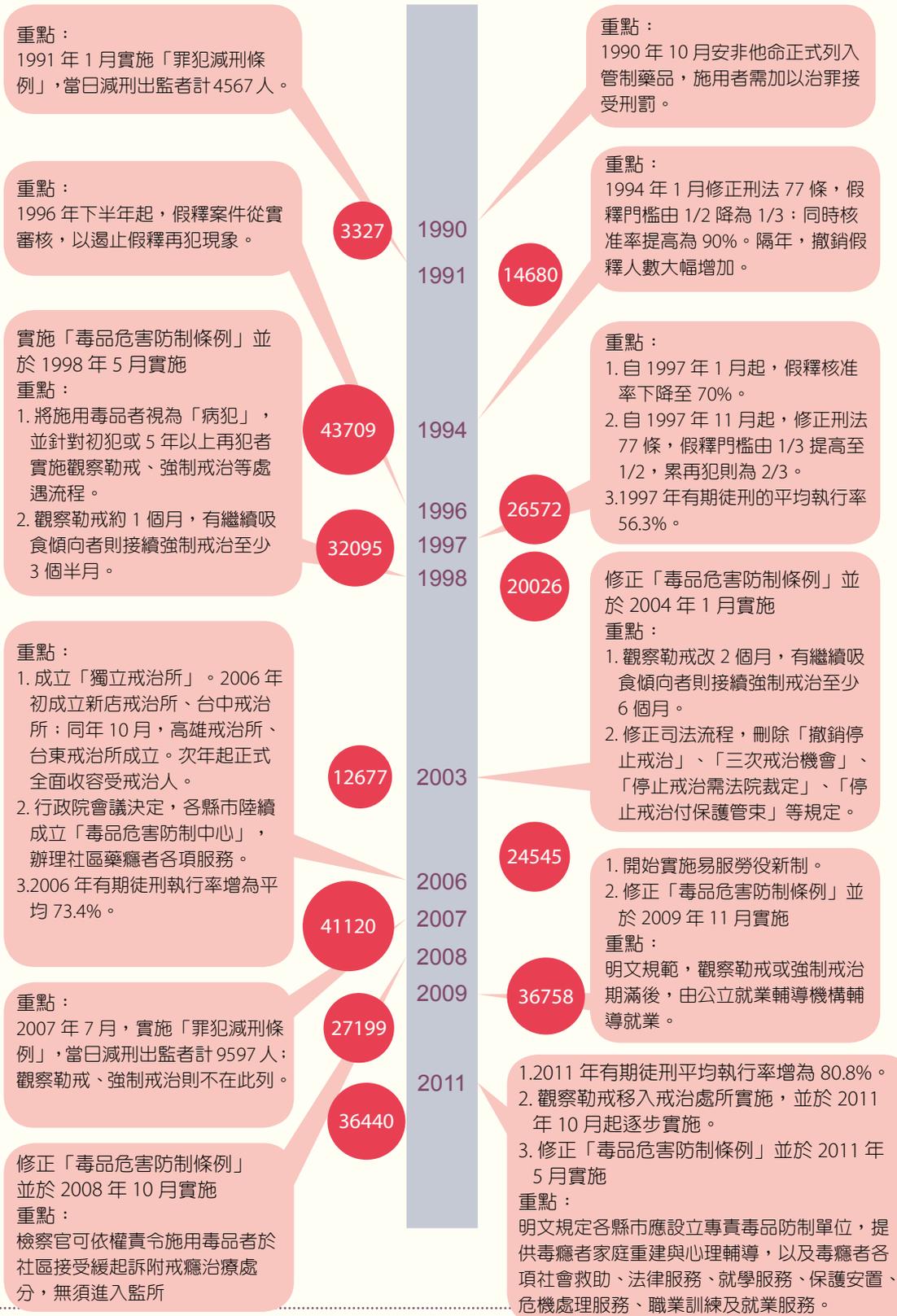
看到上述監委指摘與媒體報導，讓人不由得疑惑投入越來越多的戒毒資源，究竟是不是真如這些評論所言，依舊未見可令人肯定的成效？同時除

了社會大眾的觀感外，更重要的是，即便我們在與毒癮者共同努力邁向復原的過程中總能得到來自社區成功戒癮者的認同，此刻仍無法具體解釋為何戒癮的系統性療效如此不佳；此外，不同系統間的資料至今亦有整合的困難，目前雖有法務部所建構的「毒品犯資料平台」可供矯正署與各地毒防中心進行資料匯整，但對於處遇療效與社區環境等影響毒癮復發（再犯毒品罪）的重要因素，卻一如過去難以進行追蹤評量。

其實，關於戒毒成效不易顯現、讓人民無感的關鍵因素之一，起因於近廿年來我國攸關毒品防制的相關法令不斷變遷，加上許多時空背景改變導致相關政策更迭形成了再犯率、再犯人數的起伏，因此無法累計足夠穩定的資訊進行戒毒療效評估（詳見圖一）。舉例來說，1990年修正「麻醉藥品管制條例」將施用安非他命處以刑罰後，每年入監毒品犯人數便開始逐年增加，形成日後毒品犯總人數約佔同時期在監受刑人約40%左右；1998年實施「毒品危害防制條例」時，新入監毒品犯人數就立即大幅下降，原因在於施用毒品者轉為受戒治人而非受刑人所致，直到2004年該法修正實施新制，將三次戒治機會和撤銷停止戒治處分的條文刪除後，新入監毒品犯人數就隨之回升；1990年與2007年實施減刑條例後的兩年間，新入監人數也都有上揚趨勢，導致這段時間在監受刑人累再犯人數相對增加；而1994年假釋門檻曾放寬至1/3，1997年因為劉邦友、白曉燕、彭婉如等重大命案開始限縮假釋核准率、緊縮假釋門檻為初犯1/2和累再犯2/3，也間接影響了日後的再犯人數及比率。

本文並無意聚焦於法律修訂、制度更迭或系統性資源的討論，而希望將重點放在另一個同樣造成戒癮療效評估困難的關鍵因素：「為什麼每個官方報導看到的毒品再犯率都不一樣，有的說高達九成？有的卻說是六成多？」、「究竟該如何看待再犯率？」

筆者試圖透過國內相關政府公務統計、文獻資料或研究報告的彙整，並透過實務經驗來進一步做澄清與詮釋這些再犯數字更迭不一的樣貌，嘗試說明我們究竟該用何種角度來詮釋再犯率，以及如何透過不同面向來務實思考當前毒品戒治的成效？畢竟，在矯正機構中許多從事戒癮實務工作者面對這些質疑聲浪不免心生疑惑，自己往昔所投入的心力是否石沉大海難收效益。筆者認為，



圖一：近廿年來我國毒品政策、相關法律變遷及重點摘要（「●」為該年度執行毒品案件判決有罪人數）

混淆不一的訊息才是真正導致第一線工作者倦怠的因素，或許透過本文的分享，可以將紛亂的思維、失焦的論述做些整合，讓我們得以有機會不再以瞎子摸象的方式來看待毒癮戒治，而能運用實證、聚焦的目標來改善、提高我們未來的戒癮成效。

貳、解析數字陷阱 - 重新解讀毒品再犯率

熟悉統計研究的實務工作者心裏一定明白，採用何種統計模組、再犯計算基準、特定樣本群、隨機或分層採樣樣本，都會直接影響再犯統計的結果，同時「再犯」二字也經常以不同的概念來最作為定義。譬如法務統計中所謂的再犯，係為經檢察官偵查終結被提起公诉、聲請簡易判決處刑、緩起訴處分、職權不起訴處分及移送觀察勒戒或戒治等有犯罪嫌疑者；學者進行的研究則多以審判終結確定有罪為再犯依據；有時部分研究者則以地院一審結果判決有罪作為依據而非三審定讞；有些再犯統計限於再犯施用毒品罪而非再犯任一罪刑……等。由此可發現，光是「統計」這個單一因素的變化就足以讓再犯人數或再犯率出現差異，若再加上先前所謂政策變遷或系統性因素所導致的重大影響，相信大家便能明白為什麼再犯率或再犯現象經常存有無法切割、難以釐清的困境。周石棋(2012)認為，社會學研究幾乎不可能像實驗室一樣嚴謹地控制研究設計、研究條件、干擾變項與其他潛在因素，同時即便面對相同的研究結果或數據，不同學者亦可能依其專業背景也會出現詮釋出互異的結果，更不用說部分研究存有取樣偏誤，或者是錯誤的相關解釋等。

在本文中，我們將試著運用當前公共衛生與醫療保健所使用的「三段五級預防」概念(如表一)，來思考我們在施用毒品再犯率統計所遇上的難題。

以目前國人十大死因第二名的心臟疾病為例，相信多數人都能同意接受心臟外科手術(心臟繞道手術，後段第四級預防)比起心臟內科手術(心導管氣球擴張術，次段第三級預防)而言，前者心臟疾病術後復發再次住院接受手術的比率應高於後者，因為進行心臟繞道外科手術相對於心導管內科手術來說，外科手術患者本身的疾病嚴重度比較高，復發的預後當然也就較差；同理，因為心律不整(初段第二級預防)而常規在門診接受藥物治療者，因為復發需住院接受手術的比率就較前二者為低了。簡言之，就法律層面的觀點來說，觀察勒

戒這類保安處分係屬較輕微的犯行，相較之下判處徒刑就屬於較為嚴重的層級，當然後者再犯情形（預後）一般來說就比較不佳。

表一：從三段五級預防的概念來看毒癮防治在司法機關的現行樣態

階段	初段預防		次段預防	後級預防	
一般概念	日常生活和個體功能尚無影響或輕微影響		日常生活和個體功能已有明顯響者	日常生活和個體功能已受嚴重影響者	
	一級預防	二級預防	三級預防	四級預防	五級預防
	促進健康	特殊保護	早期診斷 適當治療	限制殘障	功能復健
	廣泛地促進身心健康，以抵抗各種疾病侵擾危機	採取各種防護保健措施，以避免或減少輕微症狀演進成為疾病	早期發現症狀與疾病診斷，以防止或阻滯病程繼續演變，同時亦可避免併發症、後遺症或殘障發生	控制疾病或症狀不再惡化，而維持於暫時性失能狀態，進而不再形成更嚴重的永久性殘障	對已遭受永久性殘障的患者，協助其恢復有限度的功能，使其有機會自主運用留存功能
毒癮防治 實施對象	一般民衆	* 初次吸毒者 * 戒毒 5 年以上再使用者	* 有繼續施用毒品傾向者 * 曾經戒毒卻復發者	在戒毒 / 吸毒歷程中不斷循環者	
現階段 法定處遇	反毒宣導教育	觀察勒戒	* 強制戒治 * 緩起訴付戒癮治療	* 因吸毒判處徒刑者 * 撤銷保護管束再入監者	
毒癮治療 策略	* 心理衛生教育 * 戒癮治療		* 心理衛生教育 * 輔導諮商 * 戒癮治療	* 法治教育 * 諮商與心理治療 * 認知重構 / 戒癮治療	

因此當前毒品再犯統計的趨勢之一，便是透過收容人出監所後的某一段時間內，是否出現因施用毒品而受偵查、起訴或緩起訴或者是再犯其他罪刑，而註記於個人犯罪紀錄中（前科資料），來追蹤不同處遇或身分的收容人離開矯正機關回歸社區的正常生活時間（醫療上則稱為無病存活期）。以 2007 年出監所之施用毒品收容人再犯施用毒品罪的比率來看（表二），施用毒品收容人出監所後追蹤半年時間，受觀察勒戒人再犯率為 11.16%、受戒治人 8.59%、受刑人則為 20.67%；追蹤累計一年期間，受觀察勒戒人再犯率

為 21.12%、受戒治人 24.75%、受刑人則為 40.36%；追蹤累計兩年，受觀察勒戒人再犯率為 31.59%、受戒治人 41.05%、受刑人則為 57.69%。透過這些統計數字，我們就能明顯發現到，一樣是因為施用毒品行為被強制進入司法處遇流程，但由於犯後所隸屬的司法流程不同（疾病嚴重程度不同），不同類別身份之施用毒品收容人原本就會有著輕重互異的再犯率（復發率）。

另一種現行的毒品再犯統計趨勢，則是檢視毒品案件裁判確定有罪當事人、新入監或在監的毒品罪受刑人，過去有無毒品或其他罪行的前科，來註記此次毒品犯罪行為係屬初犯或累再犯。這樣的思維就如同在心臟內外科門診、心臟內外科病房裡調查病人有無心臟病史，或者其他誘發心臟疾病如高血壓、高血脂、高血糖等重要罹病因素，其結果必然發現多數是高度關連的。

表二：不同身份之施用毒品收容人出監所後再犯施用毒品罪逐年追蹤表

對象	年度	出監所後再犯施用毒品罪時間之人數比 (%)					
		六月以內	一年累計	兩年累計	三年累計	四年累計	五年累計
出所受觀察勒戒人 (無繼續施用傾向者)	2001	9.36	16.99	27.16	33.56	38.95	42.24
	2004	11.76	21.14	30.70	36.40	40.22	43.08
	2007	11.16	21.12	31.59	38.11	42.40	45.31
	2010	15.71	27.99	38.88	*	*	*
直接出所受戒治人	2001	9.81	17.46	29.08	40.42	50.05	56.63
	2004	5.94	13.01	31.70	45.23	54.32	60.26
	2007	8.59	24.75	41.05	49.86	54.29	57.29
	2010	8.58	21.70	38.17	*	*	*
出監之施用毒品受刑人	2001	*	*	*	*	*	*
	2004	12.27	31.62	53.24	62.66	67.73	69.97
	2007	20.67	40.36	57.69	65.41	69.46	72.00
	2010	18.76	36.85	53.92	*	*	*

註 I：資料來源：法務統計再犯統計專區 (2013)；監察院糾正文 (2011)。
 註 II：** 欄位係目前仍無公開資料可供查詢。

例如在表三中，一樣以 2007 年的資料為例，就相對應的累再犯率來看，毒品案件裁判確定有罪當事人累再犯率為 90.2%、新入監毒品罪受刑人累再犯率為 94.3%、年底在監毒品罪受刑人累再犯率則為 87.5%，高累再犯率的表徵意義就如同在心臟內外科病房調查患者有無高血壓、高血脂等已知的心血管高風險因子一般；此外，倘若我們單純以施用毒品行為來看，毒品案件裁判確定有罪施用毒品當事人同罪名累再犯率為 82.5%、新入監施用毒品受刑人同罪名累再犯率為 83.6%，就等同於調查心血管患者有無相關疾病高風險因子或者過去有無就診和住院記錄一般，所以，無論是從何者來看，高比例的再犯現象也就不言而喻。

行筆至此，或許我們已經能對這些不同的數據有了基本的認識或區隔。接下來想要再釐清的一個重要概念是，「施用毒品收容人的累再犯率」、「出監所之施用毒品收容人追蹤的再犯率」，兩者原本就不應混為一談，雖然皆為特定時間的橫斷研究，再犯的意義卻是大相逕庭。

表三：近年來法務統計中不同累再犯率的相關統計資料

項目	執行毒品案件裁判確定有罪 (A)				新入監毒品罪受刑人 (B)				年底在監毒品罪受刑人 (C)			
	人數	累再犯率 (%)	純施用毒品		人數	累再犯率 (%)	純施用毒品		人數	累再犯率 (%)	純施用毒品	
			人數	同罪名累再犯率 (%)			人數	同罪名累再犯率 (%)			人數	同罪名累再犯率 (%)
2003	12,677	82.1	10,525	70.9	5,988	*	5,135	*	16,013	81.9	8,891	*
2004	14,640	82.7	12,477	68.8	10,946	*	9,955	*	18,599	83.2	11,235	*
2005	22,540	84.7	19,982	70.7	10,988	*	10,039	*	19,775	86.8	12,267	*
2006	24,545	87.7	21,324	77.9	12,419	89.0	11,134	78.0	20,671	89.3	13,201	*
2007	27,199	90.2	23,444	82.5	10,093	94.3	8,710	83.6	14,162	87.5	6,942	*
2008	41,120	93.7	36,563	89.1	14,492	95.6	12,623	82.7	20,933	90.7	12,893	*
2009	36,758	92.9	32,046	88.4	12,440	95.2	10,771	80.2	23,636	91.3	14,970	*
2010	35,460	91.0	29,428	85.8	11,247	92.2	9,110	77.8	24,480	90.0	14,213	*
2011	36,440	90.6	29,351	85.6	11,474	91.2	8,917	81.3	25,257	88.9	13,198	*
2012	36,410	*	28,553	*	10,971	*	8,160	*	26,326	*	12,141	*

註 I：資料來源：法務統計 2012 年報、法務統計 2013 年 8 月再犯統計專區資料。
註 II：* 欄位係目前尚無公開資料可供查詢。

施用毒品收容人的累再犯率所指的是，個人過去已發生的犯罪紀錄（病史），可回溯的時間長度是延伸至出生前，因此同樣是回溯廿年資料，對於現在年齡為廿歲、三十歲或四十歲的施用毒品者，其前科查詢結果可能大不相同，簡單說，年齡越大者可能累積的前科記錄通常機率較高較多，年輕族群則擁有可能相對較少前科記錄，就算追蹤時程一致，其立基點本質也充滿差異；不過，這些相關數據仍可提供毒品防制、公衛監控上的數據參考。

譬如毒品案件裁判確定有罪人數顯然在 2007 年實施減刑條例後，於 2008 年起大幅增加，然而新入監毒品犯人數與年底在監毒品犯人數增加幅度卻未見明顯，即可推測施用毒品者併有其他更重罪行審判確定的情形，隨著時間推移越加劇烈；譬如一樣從毒品案件裁判確定有罪人數及其累再犯率，與毒品案件裁判確定有罪之施用毒品者人數及其累再犯率來作逐年比對，就會發現，從 2003 年起這十年間，初犯施用毒品罪者每年皆在 4,000 人上下，然而初次犯罪即涉入毒品案件者（含製造販賣運輸與施用），卻從 2003 年的兩千多人逐年上揚至近四千人，若能配合更細部資料的研究，或許就可以釐清究竟是犯罪族群涉入毒品案件的比例提高，還是一般民衆或學生施用毒品的新生吸毒人口增加所致。

至於出監所後施用毒品收容人的再犯施用毒品罪之再犯率所指的是，個人戒除毒品賦歸社會後再次施用毒品而被檢警調所查獲的時間點，因此追蹤時間的長度可無限延伸至個體死亡；雖然每個人出監所的時間不一，但研究者通常會設定某個特定切截時間點來進行研究，即可獲取如追蹤半年、追蹤一年、追蹤三年、追蹤五年等再犯資料，並進一步做為當前處遇評估或規劃政策流程的參考。

像是呂源益、石玉華、王秀月(2008)分析 1990-2006 年高檢署的資料庫後發現，17 年來我國新生吸毒人口共計有 232,717 人，17 年內未再犯罪者共 44.81%，而再犯者中亦僅有 25.42% 再犯毒品相關罪刑(59,157 人)；束連文、林克明、陳娟瑜(2007)分析 2000-2004 年直接出所受戒治人中有效樣本計 54,897 人的再犯情形，追蹤半年再犯率為 6.85%~15.00%、追蹤一年累計再犯率為 14.19%~25.74%、追蹤兩年累計再犯率為 31.76%~37.63%；法務統計(2010)

六月份的專題報告就以 2004-2009 年出監受刑人計 218,692 人再犯情形進行分析，追蹤一年累計再犯率為 26.2%(2009 年出監者尚未滿一年追蹤期)，或者單以 2004 年的 9,948 名出監毒品罪受刑人來看，追蹤一年累計再犯率為 34.7%，追蹤五年累計再犯率達 76.0%。若能配合更細部資料的研究，或許就可以瞭解究竟 2004 年實施修正後的戒治處遇模式至今、成立獨立戒治所至今、實施毒品犯輔導處遇計畫至今，對於降低毒品再犯甚至是減少一般犯罪再犯是否發揮了計畫效益。

要提醒讀者的是，任何刑案加總後的再犯率當然會高於單純計算施用毒品罪（同罪名）的累再犯率，而目前法務統計的部份資料僅計入最重罪名的分類方式，再加上犯罪黑數…等因素影響，皆可能會導致低估再犯的實際情況；不過這些統計資料上的未盡之全，相信對於本文所欲探討的現象並不會形成太多的干擾便是了。

參、從三段五級預防來看毒癮戒治效益

現代醫學已走向預防醫學的領域與範疇強調「未病即癒」，若我們從三段五級預防的概念來思考毒癮治療如何推展（如上表一），就不得不審慎細究其毒癮戒除的效益該如何定義。整體來說，如果我們整體的毒品犯罪率下降、吸毒人口減少、緝獲毒品增減、社會安定平和，大概就不會有人質疑戒毒成就，然而就在我國緝毒成績屢獲佳績並於 2013 年獲得聯合國毒品與犯罪委員會 (UNODC) 肯定的同時，為何大家依舊仍對戒毒成效無感呢？主要原因在於多數民衆並不覺得國內施用毒品人口有下降的趨勢，反而覺得像 K 他命這一類型的俱樂部毒品甚至進入校園蠱惑莘莘學子，在出生率明顯下降的同時，校園染毒的新聞卻仍層出不窮，也莫怪乎毒品防治效益備受質疑：在 2005 年、2009 年所進行的「國民健康訪問暨藥物 用調查」似乎間接證實了這樣的訊息，就其結果顯示推估全國 12 歲至 64 歲的藥物濫用人口的確從 1.2% 增加至 1.43%，換句話說 2005-2009 的數年間，這份資料推估我國的藥物濫用人口終生盛行率就大約增加了數萬名。（衛生福利部，2011）

不過，當我們從理性、客觀的角度來思考戒癮效益時，究竟應該採取

何種效益評估模式，才能持平視之？同時，又應如何定義戒癮處遇的效益呢？

當前評估醫療處遇效益最簡單的思維莫過於成本分析。目前國內戒癮處遇模式或許可以概分為四大類：「醫療藥癮戒治模式」、「司法矯正戒治模式」、「司法監禁輔導模式」以及「社區戒癮模式」。

在醫療藥癮戒治模式部分，由於毒癮者接受戒癮醫療協助的方式多元，包括接受門診藥物或住院戒除、有無使用替代療法、有無中斷或持續整個療程、有無計入後續追蹤或復發治療的費用…等差異，所以就連最容易進行的成本效益分析也變得複雜難辨。倘若綜合近年來國內相關研究結果來看（如表四），則意指司法監禁輔導、司法矯正戒治是成本最低的戒癮治療型態，其與醫療戒癮模式的成本差異約為 5~25 倍；簡言之，司法戒癮模式是最具經濟效益的，所付出的成本最低，同一時間可同時容納的戒癮人數也是最多。

乍看之下，司法戒癮模式似乎是在成本考量之下的最佳選擇，然而由於司法戒癮涉及社會成本直接的負擔與有形的支出（如因毒品衍生出的其他犯罪或建造監獄與戒護管理人力），亦存在著間接且無形的減損（如喪失勞動力的產能或家庭結構的暫時性崩解），同時社會大眾也未認真細究，其實醫療戒癮模式主要是成癮者自費負擔支出（健保不給付）而司法戒癮模式則是社會成本居多（國家預算或僅部分自費），這些林林總總的重大成本差異，則從未被核實計入推算。

表四：近年來不同藥癮戒除成本之相關研究

項目	研究主題	醫療藥癮戒除模式	司法戒治模式	司法監禁模式	社區減害戒癮模式
李志愷 (2003)	藥物濫用概況及防制 (每人每日)	6,831 元	*	248 元	*
賴俊雄 (2003)	藥物濫用醫療成本效果分析 (以每一個療程費用)	72,118 元	*	*	*
楊士隆 (2006)	病患、病犯之毒癮戒治模式成本與效益評估 (以每一個療程費用)	急性期住院 7 天約 3 萬	15,472 元	*	*
馬作鏹 (2009)	藥癮減害執行成效評估之探討 (以兩個月療程計算)	57,584 元	*	12,713 元	29,033 元

由此可見，司法戒癮模式是否真的符合最大成本效益（或最少支出），實在令人商榷。最後還有民間個人或宗教團體的社區戒癮模式尚未論及，但由於這類單位或機構多半並未公開人事成本與資本結構，同時還併有宗教資源的挹注，因此就不放入表列中來同步進行比較了。

然而在成本效益之外，是否有其他可行的戒癮成效評估模式呢？其實，這些年來已有諸多學者嘗試從不同向度或學理來檢視，接下來在本文中，就讓我們開始運用三段五級預防的概念（如表五）來思考，如何評估毒癮戒治效益。

表五：從三段五級預防的概念來看我國毒品防制的效益

類別	初段預防 (一級、二級)	次段預防 (三級)	後級預防 (四級、五級)
一般概念	日常生活和個體功能尚無影響或輕微影響	日常生活和個體功能已有明顯影響者	日常生活和個體功能已受嚴重影響者
毒癮防治對象	一般社會大眾 初次吸毒者戒毒 5年以上再使用者	曾經戒毒 卻復發者	因吸毒判處徒刑者 撤銷假釋再入監者
現階段 法定處遇	反毒教育 / 觀察勒戒	強制戒治緩 起訴付戒癮治療	因吸毒判處徒刑者 撤銷保護管束再入監者
處遇效益 評估標的	1. 減少新興吸毒人口 2. 緝毒數量增加 3. 提升社區防毒意識 4. 再犯率下降	1. 成癮疾病嚴重程度的 有效控制（不再犯罪、 不使用進階毒品） 2. 聰明自行運用替代療 法戒癮比率提高 3. 成癮疾病 / 復發狀態下 的生活品質維繫 4. 再犯率下降	1. 延長復發 / 再犯時間、延 長壽命（感染傳染病 / 自 發性疾病） 2. 降低成癮程度 / 減少併發 症（其他犯罪行為） 3. 撤銷保護管束再入監者身 心疾病的共病 4. 再犯率下降

一、初段預防效益評估（緝毒數據、新興吸毒人口變化）

在初段預防部份，倘若我們可以防毒於境外、緝毒於前線、拒毒於社區、戒毒於初期，那麼必能大幅限制施用毒品人口的增加，然而我們又該如何評估這些努力的成效呢？或許可從社區防毒意識的良窳、緝毒數量、新興吸毒人口增減情形及該族群再犯現象來窺其一二。

就社區防毒意識的部分，其實政府各部會每年皆編列預算來進行反毒教育，譬如 2013 年教育部的紫錐花運動與春暉網站、2013 年法務部的戰毒記網路遊戲與無毒家園網站、2013 年衛生署的白天黑夜案例探討手冊及 K 他命濫用之臨床評估與處置建議、2013 年警政署的校園反毒戲劇宣導與刑事局網站青少年特區…等、都是為了要讓社會大眾知曉毒品的危害甚鉅不可不慎行，不過由於宣導工作難取得實際拒毒效益的證據，因此多數僅能以活動舉辦場次或人次來做為輔助說明。

而較易取得資料佐證的事實，來自於歷年緝毒防毒的成果（第一級預防），這也是我國 2013 年從毒品製造及轉運國 B 級名單中除名，正式被歸類至表現最優異的 C 級名單的主因（2013，反毒報告書）；因此當製造販賣運輸定罪案件數量與查獲的毒品重量增加的同時，也就代表毒品流通的困難度上升，而毒品取得不易，自然就會抑制毒品氾濫的現象。表六即為近年來的相關資料，我們可以發現被定罪的純製造販賣運輸的毒品人口雖然逐年提昇，不過由於毒品緝獲量多有起伏，同時毒品市場上的交易價格經過警政單位訪查結果亦高低不定，雖然可從總體經濟學的角度論述以價抑量的現象，卻甚難直接推論在戒癮部分的實證效益。

表六：近年來裁定有罪純製造販賣運輸毒品案件及緝獲量統計資料

年度	一級毒品		二級毒品		三級毒品	
	人數	重量 kg	人數	重量 kg	人數	重量 kg
2006	677	204.4	480	214.1	97	1,046.2
2007	783	136.7	560	262.3	166	810.2
2008	1,009	194.9	709	48.6	272	800.7
2009	993	62.5	748	179.2	356	1,201.8
2010	1,451	85.1	1,241	273.1	738	2,618.5
2011	1,646	17.8	1,818	166.9	1,002	1,436.0
2012	1,516	159.7	2,269	143.8	1,121	2,233.5

資料來源：法務統計 2012 年報。

不過當我們把眼光移向新生吸毒人口的變動時，就有明顯的證據來論述毒品濫用初段第一級預防的效益。呂源益、石玉華、王秀月(2008)調查司法記錄中自1990年到2006年這十六年之間，因為施用毒品初次被檢警調逮捕、查獲的藥物濫用者共有232,717人，若細究歷年各年齡層人數和人口比率(如表七)，我們就能發現新生吸毒人口多呈現逐年下降的趨勢，從1992年從每十萬人平均有150.6人發現為新生吸毒人口，到2006年降為每十萬人平均僅有29.8人為新生吸毒人口來看，已降低了80%新興吸毒人口的發生率；而束連文、林克明與陳娟瑜(2007)有關本土有效戒毒系統的研究分析，束連文(2008)運用重複捕抓模式來進行新興毒品使用族群的估計，也都印證了新興吸毒人口逐年減少的相同趨勢；由此可見，緝毒防毒拒毒在第一級預防的實質效益可謂相當顯著，毒品防制的整體措施已使得嘗鮮試用第一級或第二級毒品的人數減少許多，也就做到了預防醫學最重要未病即癒的目標，讓許多身心健康的民衆不至於因為嘗試施用毒品，因而陷入可能成癮、無法遠離毒品的終生遺憾。

表七：吸食毒品新生人口率(人/每十萬人)

年別	初次施用 毒品人數	19歲 以下	20-29歲	30-39歲	40-49歲	50-59歲	60歲 以上
總計人數	232,717	41,338	119,079	55,433	14,047	2,328	439
總計人口率	1,075.5	632.3	3,118.9	1,530.8	485.0	103.9	17.4
1990	25.5	12.6	59.6	40.0	16.6	10.6	1.9
1991	101.8	62.1	295.6	118.2	30.2	9.8	1.6
1992	150.6	81.7	415.2	218.7	57.9	14.2	2.3
1993	145.6	67.7	389.6	238.2	77.2	16.7	2.2
1994	85.4	42.9	216.8	140.9	54.1	12.3	2.6
1995	54.8	38.2	132.1	80.2	34.0	7.7	1.1
1996	59.2	47.0	151.4	74.3	30.5	7.0	0.8
1997	61.6	44.8	173.3	74.7	27.8	7.4	0.8
1998	50.7	33.1	151.1	61.8	22.4	6.1	0.7
1999	65.0	42.2	207.3	71.5	25.2	6.7	1.1
2000	57.9	33.7	192.9	64.9	22.4	5.7	0.7
2001	37.3	19.1	123.9	46.8	14.4	4.1	0.5
2002	38.8	24.0	135.0	40.2	11.6	3.2	0.3
2003	32.9	16.4	116.3	38.2	11.8	2.9	0.5
2004	33.5	12.3	119.8	44.1	13.1	3.3	0.5
2005	38.3	10.7	134.5	58.1	17.2	4.4	0.4
2006	29.8	7.4	102.9	49.3	15.9	3.4	0.3

資料來源：引自呂源益、石玉華、王秀月(2008)：吸食毒品新生人口統計分析。

二、次段預防效益評估（緩起訴附戒癮治療命令、強制戒治處分）

所謂的次段預防，就是針對因為施用毒品已經造成日常生活的明顯干擾或有限度的功能缺損，需要提供治療處遇來預防疾病程度加劇的階段；換句話說，若我們能協助有前科記錄者（無毒品犯罪）或虞犯少年拒絕染毒、定期追蹤社區戒癮者堅定無毒的生活型態、協助戒除毒品後復發者的身心復原，甚至善用現代醫療資源來幫助成癮者戒毒而非在成癮後嚴重影響到健康品質與生涯規劃，那麼或許就可以說已做到此階段預防最重要的任務：早期發現，早期治療。然而，要如何才能夠進行這個部份的療效評估呢？

對於有前科記錄者但未曾有毒品施用情形者，由於目前並無已公開可自由取得的政府紀錄（包括施用毒品犯罪紀錄、虞犯與少年紀錄、社區戒癮者追蹤記錄等）或研究結果可供直接查詢，因此，實在難以說明或證實近年來相關人數增減的情形；即便如此，我們或許仍可從近年來替代療法實施的情形來試著做些瞭解。

對於國外行之有年的替代療法，在 2008 年 10 月正式法制化之後，對於已戒除毒品後復發者，檢察官可以依權職有條件地給予緩起訴附戒癮治療命令的處分，而無須判刑入監或者隔離進入觀察勒戒處所，就不至於導致毒癮者日常生活、工作規畫、家庭功能的斷裂。表八的前端資料係彙整自監察院公佈的文件資料、反毒報告書內容，我們可以發現，接受緩起訴附戒癮治療命令的毒癮者人數從 2008 年起明顯增加，到 2012 年已達 3,687 人，然而一年內撤銷該緩起訴的比率 2010 年為 47.7%、2011 年為 36.5%、2012 年為 63.7%；雖然我們可以正面看待，每年皆有上千名毒癮復發者因為緩起訴附戒癮治療命令而無須中斷其家庭生活與工作，然而撤銷的比例過高卻也難詮釋替代療法政策是否具有好的效益，同時，撤銷緩起訴附戒癮治療命令的原因很多（如再犯其他罪名），並不一定是再繼續施用非法毒品所致，也因此難以推論實施緩起訴附戒癮治療命令實質效益的良窳。

不過從另一個角度來看，衛福部疾管署公告的資料則顯示，2013 年 7 月份有 10,933 人正在全國各縣市共 108 家醫療院所接受替代療法的協助，也說明了全面合法執行替代療法之後，已有許多成癮患者開始會主動透過醫療模式來

幫助自己戒除毒癮，雖然不同的研究取向對於目前醫療院所實施替代療法實質效益立場不一（陳快樂、周孫元、詹佳祥，2010；李思賢等，2010；張耿嘉，2009），但筆者認為，無論從減少司法逮捕、審理、監禁成本的支出，或者是增加社會勞動生產所得、持續肩負家庭角色功能的角度來看，相信替代療法都有其正面助益存在。

至於實施強制戒治處遇是否存有療效呢？表八亦羅列了無繼續吸食傾向出所受觀察勒戒人、直接出所之受戒治人、出監之施用毒品受刑人近幾年來的再犯追蹤情形。以追蹤一年時間的長度來看（短期再犯），我們可以發現到，無論是受觀察勒戒人、受戒治人、施用毒品受刑人的一年內再犯毒品罪的比率，在不同年度之間是更迭不一的，實在難以描述各個年度或者是不同身分處遇的毒癮者，接受不同型式的司法戒癮處遇後有無實際療效作用力存在。

但若我們從公共衛生三段五級預防的觀點來檢視強制戒治處遇療效，其答案反而是昭然若揭。從目前司法戒癮模式來區分觀察勒戒（初段第二級預防）、強制戒治（次段第三級預防）及毒品犯處遇（後段第四級預防）這些不同的司法處遇制度，我們就能從表八的資料中觀察到在一年內再犯施用毒品情形（毒癮復發率），自2004年到2012年間，受觀察勒戒人再犯率為16.8%~28.0%、受戒治人再犯率為12.9%~24.7%、施用毒品受刑人再犯率為31.6%~40.4%；接著我們透過 χ^2 百分比考驗來檢視，發現到觀察勒戒及強制戒治兩者之間再犯率雖無差異，但兩者與施用毒品受刑人再犯率則呈統計顯著性，若我們融合公共衛生三段五級預防的角度（初段再犯率 < 次段再犯率 < 後段再犯率），就可以大膽假設目前強制戒治的效益已經浮現。

簡言之，受戒治人是經由觀察勒戒判定有繼續吸食傾向者才會進入此強制戒治流程，所以，受戒治人的成癮性原本就高於受觀察勒戒人（或者說受戒治人預後原本就較差），而強制戒治的再犯率應高於觀察勒戒。但透過現行的戒治處遇模式，已使得成癮程度較高、復發機率較高的毒癮者（強制戒治，次段第三級預防），其再犯率下降至與觀察勒戒（初段第二級預防）再犯率無異，這樣的現象已能顯示強制戒治的確有其實證效益展現，讓受戒治

人出所後得以維繫較長時間的無毒生活，並在社區中展開復原之旅，藉以思考如何維繫家庭功能與個體的生活品質。

表八：近年來相關法務統計中不同累再犯率的統計資料 (追蹤一年)

項目	毒品罪經緩起訴處分附命戒癮治療			無繼續吸食傾向出所觀察勒戒人			直接出所受戒治人			出監之施用毒品受刑人		
	總人數	撤銷緩起訴人數	累計一年再犯率 (%)	總人數	再犯施用毒品罪		總人數	再犯施用毒品罪		總人數	再犯施用毒品罪	
					累計一年再犯人數	累計一年再犯率 (%)		累計一年再犯人數	累計一年再犯率 (%)		累計一年再犯人數	累計一年再犯率 (%)
2004	32	*	*	8,738	1,847	21.4	9,407	1,224	13.0	8,498	2,687	31.6
2005	68	*	*	10,028	1,864	18.6	2,990	578	19.3	8,795	3,101	35.3
2006	121	*	*	7,522	1,266	16.8	2,637	488	18.5	9,667	3,681	38.1
2007	543	*	*	7,189	1,518	21.1	2,772	686	24.7	14,933	6,027	40.4
2008	1,085	*	*	7,359	1,411	19.2	3,696	904	24.5	6,801	2,566	37.7
2009	1,389	*	*	6,216	1,445	23.2	3,145	706	22.4	7,887	2,694	34.2
2010	2,419	720	47.7	7,682	2,150	28.0	1,737	377	21.7	9,036	3,331	36.9
2011	3,533	1,290	36.5	7,681	1,790	23.3	1,344	261	19.4	9,030	2,978	33.0
2012	3,687	2,105	63.7	6,147	1,082	17.9	940	122	12.9	8,260	2,919	35.3

* 資料來源：法務統計 2012 年報、法務統計 2013 年 8 月再犯統計專區資料、2009 與 2011 監察院糾正文案、2013 反毒報告書、2011 年犯罪狀況及其分析

因此，雖然距離次段預防效益的全面推展尚待努力，現在我們或可說明實施強制戒治處遇、替代療法的戒毒成效已逐步顯現，而非如媒體所評論的一無是處；當前實際的情況是，毒癮者的再犯率（復發率）在接受強制戒治處遇後一直有穩定的固定效益，只是當前的療效對社會大眾而言，稱不上滿意就是了。

三、後段預防效益評估 (毒品犯再犯研究)

後段預防，就是針對因為施用毒品已經造成日常生活嚴重影響或生理心理

毒癮難戒？如何重新解讀毒品再犯數字背後的意義

社會功能的缺損已難復返，僅能提供治療處遇來控制疾病程度不再惡化（第四級預防），或者是透過緩和處遇促使個體有機會維持最大生活自主能力來減緩功能崩解的時程（第五級預防）。換句話說，若我們能協助有多次施用毒品前科反覆進出監所的成癮者，學習如何自我照護同時賦歸社會後延長其未施用毒品的無毒生活（可視為延長無病存活期）、或毒癮雖已復發但仍維持平穩狀態不再涉足其他非法行為（視為無併發症或誘發其他疾病）、或透過假釋付保護管束來確保無毒生活和檢核其生活型態（可視為出院病人門診定期追蹤控制病情），那麼，無論是達到哪一類型的效益，都應可視為此階段效益的展現。囿於篇幅限制與公開資料取得不易，此部分我們將僅以出監毒品犯再犯現象來作探討。

即便是美國每年投入 146 億美金在支出政府相關部門的毒品相關處遇（涵蓋監獄、公衛系統），仍僅有 14.8%~17.4% 的收容人得以接受戒癮醫療處遇（NIDA，2012）；而往年我國監禁在監所的毒品犯受刑人並無提供戒癮相關處遇內容，但 2006 年起實施「監獄毒品犯輔導計畫」、2012 修訂為「監獄毒品犯戒治輔導計畫」後，毒品犯便有機會接受三個階段（新入監、在監期間、出監前）的輔導服務，2012 年更加入家庭支持方案來擴大其輔導內容。

筆者曾於 2007 年於南部某監獄針對前科資料中註載有兩次或兩次以上施用毒品記錄之毒品累再犯受刑人，在「出監前階段」處遇中，實施每週 1 小時共 10 單元的戒癮衛教宣導課程（循環帶狀課程），運用藥物濫用和成癮防治相關短片的放映，以及心理師的輔助說明，透過預防復發為基礎的核心課程，來進行毒品犯輔導處遇。實施 9 個月後（共計實施三次循環、30 堂課、超過一千人次），該監 2007 年 1-9 月出監受刑人再犯情形，與 2006 年同時期或同樣基準點的資料透過卡方考驗後，在「受刑人再犯率」、「毒品受刑人再犯率」、「毒品受刑人再犯毒品罪」三個項目上，皆達到統計顯著上的改善（ $p < .05$ ）；而其中，又以毒品受刑人再犯毒品罪部份，再犯率下降程度最為顯著（如表九）。

表九：南部某監獄 2006 年 1-9 月、2007 年 1-9 月出監受刑人再犯情形分析

樣本	項目	全國平均再犯率	該監再犯率	該監再犯毒品罪部分	該監再犯非毒品罪部分
2006 年 (1-9 月再犯率)	受刑人再犯率	8.6%	12.6%(排名 6)	9.2%(排名 1)	3.4%(排名 28)
	毒品受刑人再犯率	10.9%	14.3%(排名 9)	11.2%(排名 11)	3.1%(排名 12)
2007 年 (1-9 月再犯率)	受刑人再犯率	7.1%	7.9%(排名 13)	5.8%(排名 4)	2.1%(排名 33)
	毒品受刑人再犯率	8.4%	7.5%(排名 24)	6.4%(排名 23)	1.1%(排名 27)

註 1：上述排名係指當時全國 45 個監（所）的再犯率排序，排名前者再犯率較高。

註 2：2007 年起該監依函示開始全面推行毒品犯輔導處遇計畫。

接著我們再把焦點擴大至全國出監毒品犯回歸社區後的現象來觀察，在表十的再犯統計數據中可發現，隨著毒品犯接受相關處遇計畫時程的推延，無論是出監毒品犯一年再犯率、出監施用毒品犯的一年再犯率，都明顯呈現下降趨勢（尚未達顯著水準），可見得毒品犯接受戒癮相關處遇計畫確能促使毒癮者出監賦歸社會後，維持更長時間的無毒生活（無病存活期），因此就能更有機會逐步開創新生、重新掌握人生的正確節奏。

國內外證據都一致顯示，針對毒品犯受刑人實施一系列的戒癮處遇課程，就能夠協助毒癮者在重獲自由後的一定時間內，降低其再次施用毒品的行為；而 Marlowe(2003) 接受 NIDA 委託所進行的一項大型研究中亦證實，在美國的監獄中對非自願性毒癮患者實施戒癮治療，若能落實得宜仍可有效降低 10% 左右的毒癮復發率。現在，我國實施監獄毒品戒治輔導處遇計畫至今，2006-2012 這六年間毒品犯（或施用毒品犯）再犯率雖有更迭，但追蹤一年再犯率仍持續向下減少約 5%(如表十)。由此可見，當前我國矯正機構持續實施更完整而全面的毒品犯戒治輔導處遇計畫後，未來必能呈現更好的可見效益。

表十：近年來相關法務統計中不同累再犯率的統計資料（追蹤一年）

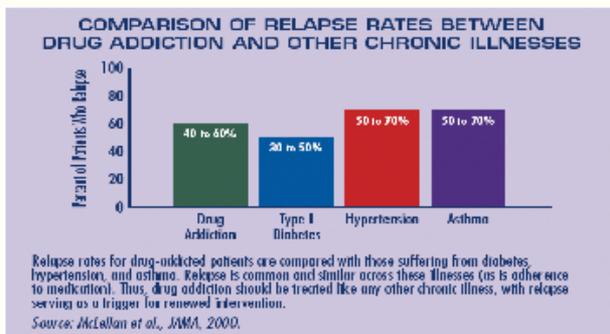
項目	出監之毒品受刑人			出監之毒品受刑人			出監之施用毒品受刑人			出監之施用毒品受刑人		
	總人數	再犯罪		總人數	再犯施用毒品罪		總人數	再犯罪		總人數	再犯施用毒品罪	
		累計一年再犯人數	累計一年再犯率(%)		累計一年再犯人數	累計一年再犯率(%)		累計一年再犯人數	累計一年再犯率(%)		累計一年再犯人數	累計一年再犯率(%)
2004	9,958	3,473	34.9	9,958	2,922	29.3	8,498	3,167	37.3	8,498	2,687	31.6
2005	10,278	4,107	39.9	10,278	3,343	32.5	8,795	3,792	43.1	8,795	3,101	35.3
2006	11,670	4,782	40.9	11,670	3,972	34.0	9,667	4,393	45.4	9,667	3,681	38.1
2007	17,009	7,473	43.9	17,009	6,448	37.9	14,933	6,942	46.5	14,933	6,027	40.4
2008	8,409	3,412	40.6	8,409	2,839	33.8	6,801	3,045	44.8	6,801	2,566	37.7
2009	9,492	3,495	36.8	9,492	2,931	30.9	7,887	3,169	40.2	7,887	2,694	34.2
2010	10,490	4,128	39.6	10,490	3,571	34.0	9,036	3,813	42.2	9,036	3,331	36.9
2011	10,871	3,834	35.3	10,871	3,199	29.4	9,030	3,520	38.9	9,030	2,978	33.0
2012	10,093	3,168	31.4	10,093	2,595	25.7	8,260	2,535	30.7	8,260	2,919	35.3

* 資料來源：法務統計 2010 受刑人出獄後再犯統計分析、法務統計 2013 年 8 月再犯統計專區資料

肆、結語、限制與展望

行筆至此，我想讀者已能概略瞭解從三段五級預防的觀點而言，我國在初段預防（毒品製造轉運的 C 級名單、施用一級或二級毒品初犯人數下降）、次段預防（戒治再犯效益優於觀察勒戒）和後段預防（推動監獄毒品犯戒治輔導計畫），經過政府與民間的共同努力下都獲得了初步成效，並非像是糾正案文或者是報載文章所評論的成效不彰甚至是毫無成效；然而，不可一日鬆懈的毒品防制工作，究竟要如何持續提升當前績效，來說服大院諸公以及社會大眾，明白戒癮療效並非一蹴可幾呢？

其實，NIDA(2005) 年便已依據美國境內醫療統計資料計算出，濫用非法藥物所造成的總體醫療支出一年大約是 1,610 億美金，跟所有癌症患者的 1,716 億美金、糖尿病患者的 1,317 億美金，並列於美國前五大醫療支出項目；此外，McLellan 等人 (2000) 則分析了不同慢性疾病與藥物成癮在復發部分的情形，發現從目前的臨床研究的觀察顯示 (如圖二)，藥物成癮的復發率約為 40%~60%、氣喘患者的復發率約為 50%~70%、高血壓疾患的復發率約為 50%~70%，這顯示出藥物濫用者復發現象其實和許多慢性疾病是相似的。由此可見，若要將施用毒品成癮行為僅單純視為非法行為，在接受強制戒治處遇或提供監獄毒品犯戒治輔導計畫之後，便要以「終生不再犯(不復發)」的角度來論斷戒治處遇成效或毒品輔導矯正成效良窳，緣木求魚的思維原本就難以實現其目標。



圖二：不同慢性疾病復發率之比較 (資料來源：Drug, brains and behavior – The science of addiction. 2007, p26.)

當前我們應當審慎思考的是，如何在相對匱乏的有限戒癮資源中創造更大的效益，或者是運用實證研究來調整、改善現行制度的目標，這樣才能真正達到戒癮療效，毒癮者也能因之受益；此外，我們亦須瞭解到，慢性疾病的復發率，原本就會隨著時間的遞延而增加，本文內容皆選擇以一年期間的再犯率 (復發率) 做為討論標的，主要原因便在於醫療上慢性疾病復發現象的討論，以及療效控制理論的研究，多數便是以半年期或一年期的追蹤來判定或評估治療的療效。因為慢性病患者經治療離院後，經常會因為無法保持規律的生活型態，或者是由飲食、壓力和其他身心疾病而誘發其疾病復發，甚至併發其他疾病，這些環境與個人等非治療處遇的因素，易隨著時間演進逐步影響患者的健康而可能導致發病。同樣的，接受強制戒治處遇或毒品犯戒治輔導計畫離開監所的毒品成癮者，隨著出監所回歸社區的時間越長，原本在監所期間提供戒癮處遇

的療效就會因之遞減，怎能將無時間區隔的再犯率視為矯正機關戒毒成效不彰的佐證。此外媒體經常報導毒品案件裁定有罪之累再犯率、或新入監毒品犯累再犯率為九成左右，就是上述各項統計資料誤用、以訛傳訛的錯誤定義所致。

未來，我們應當如何持續推展戒癮成效，並進一步透過實證研究來呈現佐證效益呢？其實，法務統計蘊含相當龐大的資料，已可提供學者來進行分析研究，這幾年就有相當多的法務統計專欄文章、戒癮處遇的内部研究和委外研究已發表或持續進行中，皆可讓實務工作者在實施機構内部戒癮處遇時，用更有效益且實證的方式來運用（請參考附錄資料）；許多國外的文獻資料與實證研究也針對如何改善戒癮計畫使其更具療效（TAP31: Improvement contributes to the improved efficiency of treatment facilities, 2007）、消除毒癮者抗拒或減少非個體層面的戒癮障礙（NIATx: ProcessImprovement in Addiction Treatment, 2007）、如何提供更有效率或更具成本效益的戒癮處遇（Addiction science & clinical perspectives: Cost evaluation of evidence-based treatments, 2011），提供了不少的建議可供參考。當然落實追蹤機制，一如慢性病患在治療後有無接受定期門診追蹤一樣重要，若能有效發揮各縣市毒品防制中心社區整合服務的能量，相信戒癮療效必能持續延宕。

最後想說的是，當矯正機構針對施用第一級毒品、第二集毒品成癮者的毒癮戒治處遇計畫正逐漸發揮其效益的同時，K他命濫用的現象則像是野火燎原般地在青年與青少年的世界蔓延，2013年11月監察院糾正案文中提到在施用第三級毒品的部分，2010年查獲有9,383人，2012年便上揚至20,915人；2013年12月台灣高等檢察署就「當前毒品情勢分析」在行政院院會報告中也指出，18歲到24歲未滿的青年階層，施用K他命、FM2等三級毒品的人口數亦較去年同期成長倍餘（轉載自悠活健康網電子報），或許這就是造成社會大眾普遍認為反毒作為供效不彰的重要因素之一。雖然，就政府總體思維策略而言，反毒拒毒戒毒防毒皆為毒品防制工作的一環，但將矯正機關、醫療單位在毒癮戒治數十年努力的戒癮成效跟近年K他命在社區蔓延現象混為一談，對於從事毒癮戒治臨床工作人員而言，實是非戰之罪。

盼望，有那麼一天，戒癮處遇的效益能夠全然展現在社會大眾面前，而再犯率或毒癮復發率的數字不再被誤用誤導時，我們也就可以讓毒癮收容人更加相信毒癮戒除的契機，誠摯地去接受強制戒治處遇或毒品犯戒治輔導處遇，就能有更多機會在社會上找到自己生活的重心，重啓復原之旅。

伍、參考資料

期刊論文

- 呂源益、石玉華、王秀月 (2008)：吸毒新生人口分析。矯正月刊，187，3-7。
- 周石棋 (2012)：犯罪學家如何獲得犯罪方面的數據及統計概念與技術的應用。犯罪、刑罰與矯正研究期刊，4(1)，219-250。
- Marlowe, D. B. (2003). Integrating Substance Abuse Treatment and Criminal Justice Supervision. Science & Practice Perspectives, 2(1),4-14.

專書

- 反毒報告書 (2013)：法務部、教育部、外交部、衛生福利部。網址 <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=309515&ctNode=27486&mp=001>
- 法務部 (2011)：100 年犯罪狀況及其分析。台北：法務部。

合輯專書

- 李志恆 (2003)：藥物濫用概況及防制。行政院衛生署管制藥品管理局出版。

相關研究

- 李思賢、王博思、任全鈞、林式毅、武維馨、段永章、莊莘、張君威、黃鈞蔚、顏慕庸、蔡偉德、劉宜廉 (2010)：台灣北部地區美沙冬替代療法實施背景成效及成本效益三年期追蹤研究 (第三年)。行政院衛生署食品藥物管理局委託科技研究案。DOH99-FDA-61501。
- 束連文 (2008)：運用重複捕取方法估計台灣歷年毒品使用族群數 - 新增與復發趨勢。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。DOH97-NNB-1017。
- 束連文、林克明、陳娟瑜 (2007)：95 年度建置本土有效戒毒系統之初探：法務系統資料分析。行政院法務部委託研究案。PG9509-0097。
- 馬作錐 (2009)：藥癮減害執行成效評估之探討。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。DOH98-NNB-1034。

- 張耿嘉 (2009)：台灣美沙冬替代療法外展服務對治療成效與社區的影響。行政院衛生署食品藥物管理局委託科技研究案。DOH98-NNB-1036。
- 陳快樂、周孫元、詹佳祥 (2010)：台灣藥癮替代療法整體成效及社會影響評估。行政院衛生署食品藥物管理局委託科技研究案。DOH99-FDA-61502。
- 楊士隆 (2006)：病患、病犯與罪犯之毒癮戒治模式成本與效益分析。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。DOH95-NNB-1039。
- 賴俊雄 (2003)：藥物濫用醫療成本效果分析。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。DOH92-NNB-1024。

其他

- 法務統計再犯統計專區 (2013)：網址 <http://www.mjac.moj/lp.asp?CtNode=26280&CtUnit=4185&BaseDSD=7&mp=043>
- 法務部 (2010)：受刑人出獄後再犯罪統計分析。法務統計專題分析。
- 法務部 (2010)：新入監受刑人再累犯統計分析。法務統計專題分析。
- 法務部 (2012)：101 年法務統計年報。網址 <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=319430&ctNode=28166&mp=001>
- 衛生福利部 (2011)：2009 年國民健康訪問暨藥物 用調查報告。網址 <http://nhis.nhri.org.tw/>
- National Institute Drug Abuse Publication.(2005)：Drug Abuse and Addiction: One of America's Most Challenging Public Health Problems. Retrieved 01/01/2014 from <http://http://archives.drugabuse.gov/about/welcome/aboutdrugabuse/magnitude/>
- National Institute Drug Abuse Publication.(2007). Drugs, brains, and behavior - The science of addiction. Retrieved 01/01/2014 from <http://http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction>
- National Institute Drug Abuse Publication.(2012). Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations - A research-based guide. Retrieved 01/01/2014 from <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations>

一般論述或譯文

無犯罪計劃課程處遇者再犯情形之研究

Research on Recidivism Rate of Criminals Graduated for
CRIMINON Program

葉長樹

法務部矯正署臺東戒治所秘書

林吟霞

社團法人中華民國無犯罪促進會研究員

DOI: 10.6905/JC.201905_8(2).0009

摘要

葉長樹、林吟霞

毒品防治，是世界各國亟欲克服的重大議題，筆者因工作之故，在臺南監獄與「無犯罪計劃課程」有所接觸，該課程以專業戒毒輔導處遇課程自居，是否真如上過課的受刑人所說的：「和其他戒毒班很不一樣」？是否可擴大推廣至各矯正機關以降低毒品犯再犯率的教化課程？實為筆者意欲探究、驗證的主題。本研究採實證研究的方式，探討無犯罪計劃課程對監獄吸毒受刑人的處遇成效。研究對象為民國 100 年至 105 年當中，參與臺南監獄無犯罪計劃課程，通過課程拿到結訓證書後出監的 183 位結訓男學員，進行出監後再犯調查。自變項為無犯罪計劃課程的介入；依變項為出監後再犯調查結果，並依此結果與全國矯正機關最新公布毒品再犯率做比較、與同樣執行無犯罪計劃課程的美國新墨西哥州 Second Chance Center 的再犯率做比較。研究結果如下：

- 一、無犯罪計劃課程結訓學員近五年的出監毒品再犯率為 33.3%，且再犯毒品的高峰期往後遞延至出監後 2-3 年，此與全國矯正機關 58.3% 的毒品再犯率，且出監 6 個月內再犯率最高的狀況，確實具十分明顯的改善。
- 二、臺南監獄無犯罪計劃課程結訓學員出監一年的再犯率為 4.6%，優於 Second Chance Center 的無犯罪計劃課程結訓學員出所一年的 34.3% 再犯率。

本研究發現，無犯罪計劃課程經過學理上的剖析，以及近幾年課程執行後的本土化調整，已臻於成熟。建議將無犯罪計劃課程推廣到全國各監所，成為各監所共通且系統性之戒毒課程。

關鍵字：戒毒課程、毒品再犯率、吸毒受刑人

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0009

Research on Recidivism Rate of Criminals Graduated for CRIMINON Program

Abstract

Chang-Shu Yeh, Yin-Hsia Lin

Drug Abuse Prevention, it's an important issue every country desperate to overcome. And because of my profession, I contacted "Criminon Program" in Taina Prison, and the courses take itself as the professional intervention courses of drug detoxification. Is it really the same as what inmates say, "Very different from other detoxification classes"? Does it could expand and promote into the enlightenment courses of Correctional Facilities, with effectiveness of lowering recidivism rate? Those are actually the subjects I want to explore and validate. This research is based on empirical research; discuss the intervention results of "Criminon Program" for drugged inmates. The subjects are 183 male students: they have participated in Criminon Program in Tainan Prison, and passed through it, got the certificate and went out of prison. The independent variable is intervention of Criminon Program; the dependent variable is the investigation result of the recidivism after prison. Then we compare the results with the latest drug recidivism rate released from national Correctional Facilities, and we also compare it to the recidivism rate of Second Chance Center located in New Mexico, America which executes Criminon Program, too. The research conclusions are:

1. The latest 5-years drug recidivism rate after prison of students completing Criminon Program is 33.3%, and the peak period of drug recidivism delays to 2~3 years after prison. Indeed, it's obviously improved, comparing to 58.3% drug recidivism rate of national Correctional Facilities, along with its highest recidivism rate is within 6 months after prison.
2. The recidivism rate of the students completing Criminon Program in Tainan Prison after prison for 1 year is 4.6%, and it's superior to 34.3% recidivism rate of Second Chance Center's students after prison for 1 year.

This research discovers: Criminon Program have reached into maturity, through the practical analysis and the adjustment in recent years after completing it. It's suggested that we promote Criminon Program into each and every prison in our country, and make it the common and systematic detoxification courses all over them.

Keywords : detoxification courses, drug recidivism rate, drugged inmates

壹、前言

毒品防治，因其牽涉的社會議題十分廣泛(如：治安、健康、教育…等)，是世界各國亟欲克服的重大議題。目前國內關於毒品防治的戒癮處遇模式可概分為四大類：醫療藥癮戒治模式、司法矯正戒治模式、司法監禁輔導模式，以及社區戒癮模式。其中，以司法監禁輔導、司法矯正戒治是成本最低的戒癮治療型態，與醫療戒癮模式的成本差異約為 5-25 倍(李志恆，2003；賴俊雄，2003；楊士隆，2006；馬作鏘，2009)。表示司法戒癮模式是最經濟效益的，所付出的成本最低，同一時間可同時容納的戒癮人數也是最多。

國外學者 Marlowe(2003) 接受 NIDA(National Institute Drug Abuse Publication) 所委託進行的一項大型研究中亦證實，在美國的監獄中，對非自願性毒癮患者實施戒癮治療，若能落實得宜，可有效降低 10% 左右的毒品復發率。而國內學者蔡震邦(2015) 分析我國在 2006- 2012 的六年間，對毒品犯實施監獄毒品戒治輔導處遇計畫後，實施追蹤出監毒品犯再犯率雖有更迭，但追蹤一年再犯率仍能持續向下減少約 5%。由此可確信，矯正機構若能持續實施更完整而全面的毒品犯戒治輔導處遇計畫，未來必能呈現更好的可預期效益。

現今毒品處遇方案眾多，各模式與方案強調的戒治重點不一，對於毒品成癮性較重之高再犯危險群，予以適當的藥癮醫療處遇；而有戒毒意願及改善可能性之毒品施用者，另於出監前施以密集系統性輔導措施，以提升戒毒成效及預防再犯，故各監所之「戒毒班」便因應而生。根據法務部矯正署各監所官方網站上教化活動(<http://www.mjac.moj.gov.tw/mp801.html>) 的資料顯示，自民國 84 年開始至今，監所開辦之戒毒班課程設計，大致包含以下學科：衛教宣導、宗教輔導、生命教育、家庭支持、法治教育、體能活動、經驗分享、技能訓練、就業輔導、心理諮商與團體輔導、讀書會、才藝活動…等；另外亦有各類主題式戒毒班：園藝操作戒毒班、靜坐禪修解毒班、焦點團體戒毒班、藝術治療班、正念戒毒班、台塑彩虹計畫與向陽計畫戒毒班，以及無犯罪計劃課程班…等。戒毒班課程所加入的各學科，皆有其立意的理論基礎，但理論與實際執行必須相配合，才能達到實質的成效、穩定持續的效益。

雖然學者楊士隆 (2006) 認為戒毒成效評估應從戒毒者的生理、心理、社會、行為四面向來廣泛評估，才能透視毒癮戒治的全面成效。且許多學術研究的評估上，有針對特定戒治方案或實驗課程，對心理特質或藥物濫用渴求、生活適應影響的成效評估；或分析影響戒治之人口特質、家庭或同儕、社會相關因素；或評估戒毒者對戒治機構內的各項處遇課程、生活適應、衛生醫療、技藝訓練等內容，對其戒癮治療之滿意度、肯定、適應與主觀感受 (李宗憲，2010)。但是，站在司法戒治處遇與社會安定的角度，處遇的重點仍在於毒癮者不會再犯，所以「再犯率」仍被認為是主要的評估指標 (張伯宏、鄭安凱、洪嘉璣，2007)。筆者因工作之故，在臺南監獄與「無犯罪計劃課程」有所接觸，該課程一直以來，皆以專業化毒品犯戒治輔導處遇課程自居，是否真如上過課的受刑人所說的：「和其他戒毒班很不一樣」？是否可擴大推廣至各矯正機關以降低毒品犯再犯率的教化課程？實為筆者意欲探究、驗證的主題。

貳、文獻探討

一、無犯罪計劃課程

無犯罪組織 (Criminon International) 是一個全球性的犯罪復健計畫，使用 L. 羅恩 賀伯特 (L. Ron Hubbard) 所發展出來的社會改善技術，致力於使世界免於毒品藥物、犯罪、文盲，以及道德淪喪為宗旨。1972 年，在紐西蘭開啓了第一個監獄無犯罪計劃，目前全球共有超過 1700 間機構在致力於提供這個服務，執行此計畫的國家累積有：美國、英國、南非、法國、德國、以色列、義大利、西班牙、印度尼西亞、匈牙利、加拿大、哥倫比亞、墨西哥、委內瑞拉、俄羅斯、巴基斯坦和臺灣…等。在監獄、假釋犯、法院、緩刑處…等地方都有提供無犯罪 (Criminon) 的課程，某些國家也有替矯正官員和矯治計畫人員提供訓練服務 (Criminon International, 2005)。

1998 年，現任中華民國無犯罪促進會 (The Association For No Crime, R.O.C.) 榮譽理事長的淨耀法師，在參訪墨西哥安瑟那達監獄及美國猶他州的少年感化院，所實施的罪犯矯正計劃，並實際了解其成效後，回國將此計劃介紹給當時的法務部廖正豪部長，即在臺北監獄施行一期實驗計畫，成果卓越。之後派遣

無犯罪促進會前理事長林珈甄女士，以及理事陳昭銘醫師到美國培訓，培訓人員回國後隨即成立「新生活教育中心」以教育的方式幫助毒癮者戒除毒品（無犯罪促進會，2014）。爾後在前花蓮地檢署主任檢察官孫進興先生，以及社會各界熱心公益人士的支持下，社團法人中華民國無犯罪促進會於2009年正式立案成立，陸續在花蓮監獄、花蓮看守所、臺東泰源技訓所、新店戒治所、屏東監獄、臺南監獄明德戒治分監、臺北看守所、臺南監獄、宜蘭監獄、綠島監獄、彰化監獄與嘉義監獄開設「無犯罪計劃課程」，藉由給予受刑人自我改善課程，使其在監教化期間就能重建返回社會自信心、改變與社會的疏離關係，進而出監後持續追蹤關懷，減少受刑期滿或假釋返回社會後的再犯罪問題。

無犯罪計劃課程是依據受矯治人的生活基本技能 (Life Skills) 而組合設計的專業化毒品犯戒治輔導處遇計畫，提供四步驟計劃課程 (La Vigne, Naser, & Owens, 2006) 給受刑人，其課程大綱及簡介詳附表 1。

學者林瑞欽 (2007) 指出，在矯正機構內處遇課程的設計上，近年來國內外研究多認為「認知改變」是較有效解決與疏緩犯罪再度發生的關鍵。無犯罪計劃四步驟課程大多以閱讀、討論、寫作、實作練習、反覆演練的方式，對於藥物濫用者的濫用藥物傾向 (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993) 進行一系列循序漸進的「認知改變」。

(一) 面對能力與溝通課程

毒品犯出獄後面對的是社會的現實，人際關係是第一個難關，因為毒品犯本身有一個緊而密的副文化團體，從製毒、藥頭到吸食者之間有著非常親密的關係，所以他們不容易與他人有良好的人際關係。林健陽、柯雨瑞 (2002) 針對衛生署草屯療養院出院毒品戒治者，所進行之家庭訪視和電話訪談追蹤，發現毒品戒治者出院後最迫切需要協助的問題為：交友問題、毒癮克制與家人的溝通障礙。本課程提供一些良好溝通構成的元素，以及不構成溝通的說明，藉由夥伴配對的反覆演練，加強學員與他人在非對抗性方式中達到溝通舒適性，且降低潛在不愉快狀況的敏感度。林瑞欽 (2007) 的研究亦指出，出獄人在復歸社會的過程中常常會遭遇許多工作上的困難，或者因

「自我概念低下」、「好逸惡勞」、「低挫折容忍力」與「眼高手低」等特質，導致高比例的更生失敗。本課程中的面對溝通所強調的，不是讓學員只有知道怎麼做，還要讓學員真的在演練中「做出來」，例如：「TRO 面對」的演練，就要學員實實在在與夥伴面對面坐著一個小時，什麼都不想、什麼都不做，如果中途有抓癢、因痠痛而移動位置…等，都會給予「不及格」，然後與夥伴一起重新計算演練的時間。用循序漸進做演練的方式，提高學員的挫折容忍力、耐心與挑戰成功的自信。

此外，劉濤(2014)的研究亦指出，犯罪行為也是環境激發下的行為，具體的情境能夠激發犯罪的發生，犯罪人的非理性主要表現在低自控與低自珍。低自控即自我控制不足，指個人「不能」考慮行為的長遠後果，而追求短期滿足的傾向；低自珍即自我珍惜不夠，指個人「不願」考慮行為的長遠後果，而追求短期滿足的傾向。本課程中的每一項演練，都要經過一次又一次增加難度的反覆演練，來提升學員自我控制與自我珍惜的能力。尤其是「TRO 逗弄」，找出會引起學員起反應的動作、話語(如：三字經)、主題(如：黃色笑話)、故事或腔調…等，來考驗學員的理性控制。預期效果是增加信心，使其能處理爭議和口頭上的沮喪事件，進而改善人際關係、減少語言和身體方面的衝突。

(二) 增進學習能力課程

根據學者李信良(2009)對矯治機構藥物濫用青少年的研究結果來看，青少年藥物濫用最具有影響的是「社會環境」(同儕影響、媒體廣告、自我角色認同)和「家庭環境」(父母感情、父親關係、母親關係、父母用藥、家庭經濟、父母教育)，然後才是「學校狀況」(學業成績、人際關係)、「心理因素」(追求刺激、好奇心、追求獨立、逃避心態)。雖然乍看之下，藥物濫用和學習能力好像沒什麼關係，但是仔細想想，青少年運用錯誤的學習方法(如：死背、抄襲)也是能得到不錯的學習成就，但是其對學習的樂趣會減少、會抗拒逃避學習、會對父母隱瞞或逃避談論學校學業的議題，轉而依賴同儕肯定、受同儕影響，對自我角色認同不一，且容易無知地受到媒體廣告、社會大眾的影響而錯誤的認知，接著做出錯誤的判斷。

人類最重要的生活技能(Life Skills)是學習能力和學習意願，透過學習新技

能，增加我們對周遭世界的了解，並能為自己生活所需提供更多的生產力、更充實的生活，還能尋找方法來解決生活中不可避免的挑戰。本課程透過閱讀來提升學員獲得、理解，及運用資訊的能力，教導學員會運用工具（如：字典），定義出學習中被使用到的字之重要性與如何做；了解以適當的梯度（難度）來學習事物的重要；並理解到在他們學習知識時，應用在此課程中所學技術的重要性。啟發學員自主學習的樂趣，去除生活中許多一知半解、人云亦云、錯誤理解的字詞。長期預期效果是使學員能在任何領域上成功的學習，並在日後的課程及出監適應社會生活、學習工作技能時應用它。

（三）快樂之道

生物學家 Pavlov(1927) 提出「增強理論」，認為「行為」受個體內在「痛苦與快樂」所控制，個體因受外界物質的刺激引發行為的增加，稱增強(Reinforcement)；反之，造成行為的減少稱「懲罰」。個體施用毒品後一旦感覺到欣快感或能解除渴癮的痛苦，即會一再重複施用毒品的行為，這過程可能為正面或反面的增強作用。本課程依此主題而展開，一開始即和同學討論什麼是真正的快樂？而什麼才是痛苦？依據 Beck, Wright, Newman 與 Liese(1993) 的研究發現，藥物濫用者具有：1. 對不愉快情緒的過度誇大、敏感化；2. 對控制行為欠缺動機；3. 衝動；4. 刺激尋求及對無聊感低度容忍力；5. 低度挫折容忍力；6. 對獲得愉悅情緒缺乏利社會的替代行為，以及 7. 在達到這些目標上的無助感，使他們容易傾向於濫用藥物的特性。由於上述性格特質，當其面對復發高風險的情境，倘若欠缺因應反應，將減弱自我效能，並增加嘗試用藥的預期效果，增加復發的可能性。所以，從「認知取向」治療的內涵出發，針對藥物濫用者的自動化信念予以中斷，並以適應性的想法替代，可以中斷引發用藥行為的信念，進而化解用藥的風險行為（江振亨，2005）。

心理學家 Maslow (1970) 從人的需求滿足觀點解釋「行為」的成因與動機，認為人類的行為動機是有其「目的」，人生追求的需求階段亦不同，其分為生理需求、安全需求、愛與隸屬需求、尊重需求、自我實現需求、知識與理解需求以及審美需求，這種詮釋一直是行為研究上探討的理論依據。

人生的需求目標是人類行為之動力，人存在的意義是在滿足各階段及過程，而毒品的效力卻能超越時間與空間，立即性的達到人之需求感（欣快感）。成癮者能為了毒品對親人施暴（愛的需求）、放棄安全需求（不畏刑罰）、不知存在的價值感何在，甚至傷害自己的健康（安全需求）亦無所謂。毒品所產生的副作用讓腦神經產生非現實感，扭曲對外界事物評價的看法，對於吸毒者來說，生命意義及目標已不存在，除了毒品能滿足他的需求外，一切對他而言都是空。快樂之道課程涵蓋個人的、健康的、心理的、公民的、工作的、法律的…等社會道德領域，藉由閱讀、討論、寫作與演練方式，幫助學員認知、採用並實踐快樂之道守則所列之一般常識價值和原則。如：2-1「不要吸毒」，課堂中會討論到，為什麼要吸毒？為什麼不要吸毒？吸毒之後，生活上的問題就解決了嗎？引導學員從各種不同角度去想、去同理，提升學員利社會行為的覺醒，並找到自我控制的動機、人生的意義。

課程預期效果是讓學員關注於生活、應用於生活，學會以社會可接受的方式去行動，感覺依此方式行動是有能力、有價值的、有目標的，藉此恢復學員對自己的信任、對他人的適切反應，使其有能力避免重蹈覆轍。

（四）社會人格者與反社會人格者

吸毒者在人格方面有其特殊性，無法與一般人相處，他活在自己的副文化中，也因此同類相聚，造成吸毒者是一群退縮的社會邊緣人，他們僅認同在此副文化的價值體系。Watson 與 Clark(1993) 的研究發現，吸毒者的人格特質，往往具有以下特點：1. 對社會習俗規範存有敵意；2. 情緒極為不穩；3. 強烈的自我矛盾及自戀傾向；4. 行為的極度不負責；5. 好奇心強且興趣廣泛，但卻不願真實投入等。以上幾點人格特質，正與本課程中所陳述的「反社會人格者」的 12 項特質不謀而合。本課程教導學員如何識別人格特質，並藉由課程引導，讓學員察覺自己的行為模式，感知自己有吸毒和沒有吸毒之間的人格差異，接著克服那些反社會人格者和潛在麻煩來源者（與壓抑者有所接觸，並蒙受其不良影響者）的類型。

大部分吸毒者經過矯正機關的矯治出獄後，無法戒除毒品而再吸毒，「周遭環境」是主要的影響因素，尤其是他的朋友及該結構化的生活型態，因為他

們有很緊密的「毒」副文化繫屬，是一種難分難離的共同利益關係，他們的生活型態及範圍是非常封閉的，是一群社會邊緣次團體。所以林健陽、陳玉書、林禎鴻與呂豐足(2014)針對吸毒者個人特性與再犯之關聯性研究中提及，要減少再犯應鼓勵毒品更生人與正向同儕互動，維繫與同儕間的良好關係，協助有效處理與同儕間的衝突，並勸導其避免出入複雜場所，以避免與不良同儕接觸的情境。本課程要學員能根據人格特質辨認出「社會人格者」並與其親近，進一步使學員採用更多親社會的生活方式，幫助學員成功達到人生的預設目標，且運用課程所學的方法，使自己能處理因個人所受到的壓抑而造成的不穩定狀態。

以上四步驟的課程內容與執行方式，具有矯正諮商中有效元素，如：認知行為、技能學習、家庭與人際關係…等(LaVigne, Naser & Colleen, 2006)。國際間，在處理藥物依賴等複雜慢性疾病及預防復發方面，已證實「長期處遇方案」是最為有效的策略(UNODC, 2012)。無犯罪計劃課程班，一期 20 至 30 位學員，參與每週一至週五全天（每天至少四小時）密集性的課程，達三至四個月，合乎聯合國處遇平台(TREATNET)以及美國藥物濫用研究所(NIDA)，對藥癮處遇原則中所提及 90 天（三個月）以上之充足處遇時間(UNODC, 2012; NIDA, 2012)。而且，一個無犯罪教室由一位研修過理論課程、在監所實習完整課程，且通過能力檢定的專業指導員來執行課程的推展，符合 UNODC(2012) 對藥物依賴處遇與照顧服務品質管制準則「3.13. 專業處遇人員有必要在職涯初期接受在職教育或進修相關課程」之建議。另外，為了延續課程成效、方便給予社會支持與出監關懷、諮商，完成課程學員在課程結束之前，均有簽署「追蹤授權同意書」，同意接受出監之後由無犯罪促進會辦公室職員對其做出監追蹤、生活協助與調查。綜合以上，無犯罪計劃課程與臺灣各監所其他戒毒課程確實有很大的不同。

二、無犯罪計劃課程的相關實證研究

筆者以搜尋引擎(如 google 及 yahoo…等)尋找有關無犯罪計劃課程(Criminon)的執行實證研究，且以學術中立角度探索其效能者有兩篇：一篇由美國新墨西哥大學(The University of New Mexico)社會研究中心 Paul

Guerin(2008) 博士所寫的研究論文，該文乃由新墨西哥州參眾議院提供經費，請其檢視該州同為執行 Criminon 課程的 Second Chance Center，所做的成效研究報告；一篇由臺灣中正大學犯罪防治學系林明傑、陳建霖、李宗憲 (2017) 對臺南監獄參與無犯罪計劃課程的吸毒受刑人所做的成效研究。

Second Chance Center [SCC] (2015) 是一個運用無犯罪計劃課程 (Criminon) 於幫助出監更生人過渡到成功、實現生活的機構，目的在減少社會再犯率，並保護更生人後代免受犯罪思想、藥物濫用而經常入監的狀況在家庭中世代延續。該研究論文指出，2006 年 9 月至 2008 年 5 月中，位於新墨西哥州伯納利歐縣的 Second Chance Center 接收由州法官篩選 6 個月至 1 年刑期，且診斷有慢性藥物濫用問題的罪犯，判處以 SCC 代替監獄的方案，共有 147 名受刑人參與課程，有 105 名於期間被釋放。

該研究指出，2006 年 9 月至 2008 年 5 月的 105 位出監學員中，因疾病而未完成課程者佔 16%；因刑期屆滿而未完成課程者佔 16%；因讀不下去而未完成課程者佔 17%；因其他原因被停止上課而未完成課程者佔 16%；完整上完 12 個課程者只佔 35%。另外，檢視一年後不同結案者之再犯狀況 (如表 1)，在出監的學員當中，完成完整 12 個課程的 35 人中，經過平均一年的追蹤發現 8.6% 再犯罪；22.9% 被撤銷假釋；而無犯罪、無撤銷假釋者有 65.7%，亦即追蹤一年的再犯率為 34.3%。

此外，尚有因疾病而未完成課程者、因刑期屆滿而未完成課程者，以及因其他原因而未完成課程者，其再犯率各為 43.8%、43.6% 與 47.0%，均比完成課程者追蹤一年之成功率低 (詳見表 1)。

表 1 SCC 出監學員一年後不同結案者之再犯狀況

一年後出監狀況	完成完整課程		因疾病而未完成課程		因刑期屆滿而未完成課程		因其他原因而未完成課程	
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
再犯罪	3	8.6%	4	25.0%	2	18.8%	3	17.6%
撤銷假釋	8	22.9%	3	18.6%	2	18.8%	3	17.6%
無犯罪 / 撤假	23	65.7%	7	43.8%	7	43.6%	8	47.0%
失聯	1	2.8%	2	12.6%	3	18.8%	1	5.8%
再犯率	34.3%		43.8%		43.6%		47.0%	

註：遺漏 7 人

資料來源：“Second Chance Center Preliminary Process Evaluation Study,” by G. P. 2008, University of New Mexico, Institute of Social Research.

但是該方案與臺南監獄的無犯罪計劃課程不盡相同，臺灣各監所推行的無犯罪計劃課程由監獄指導員配合監所作息時間，入監為受刑人教授四步驟的 Criminon 課程；SCC 則是受刑人住宿於該中心，接受長期的、具修復功能的 12 步驟模組課程，完整的 12 步驟課程幾乎需要 215 個全天。兩方案相對應之課程名稱比較如下 (表 2)：

表 2 Second Chance Center 與臺灣 Criminon 計畫課程之比較

課程模組	Second Chance Center 12 步驟計畫課程	臺灣 Criminon 4 步驟計畫課程
藥物康復模組	環境定位、適應	
	溝通	面對能力與溝通
	桑拿排毒	
	進階溝通 A	
	進階溝通 B	
學習技巧模組	學習技術	增進學習能力
自尊模組	自尊 1	
	自尊 2	
	自尊 3	
	快樂之道	快樂之道
生活技能模組	改變生命歷程	
	克服生命高低潮	
	處理潛在麻煩來源	社會人格與反社會人格者
復歸模組	重返社會準備	

資料來源：“Second Chance Center Preliminary Process Evaluation Study,” by G. P. 2008, University of New Mexico, Institute of Social Research. 與無犯罪促進會 (2012)。CRIMINON(克明納)無犯罪監獄計畫課程報告專刊。花蓮縣：無犯罪促進會。

同樣是藥物濫用問題的罪犯接受無犯罪計劃課程 (Criminon)，一者是在美國以社區中心性質來執行 12 步驟課程；一者則是在臺灣配合監所作息進教室執行 4 步驟課程。何者之毒品處遇成效較佳？實為筆者有興趣欲探討之，且期望作為學術界與實務界之參考。

另一篇，由中正大學犯罪防治學系的林明傑、陳建霖與李宗憲 (2017) 所撰，對臺南監獄完成四步驟無犯罪計劃課程 14 位毒品受刑人為實驗組，另以同監獄背景相仿無參加課程者為對照組，並以李俊珍 (2004) 在某監獄戒

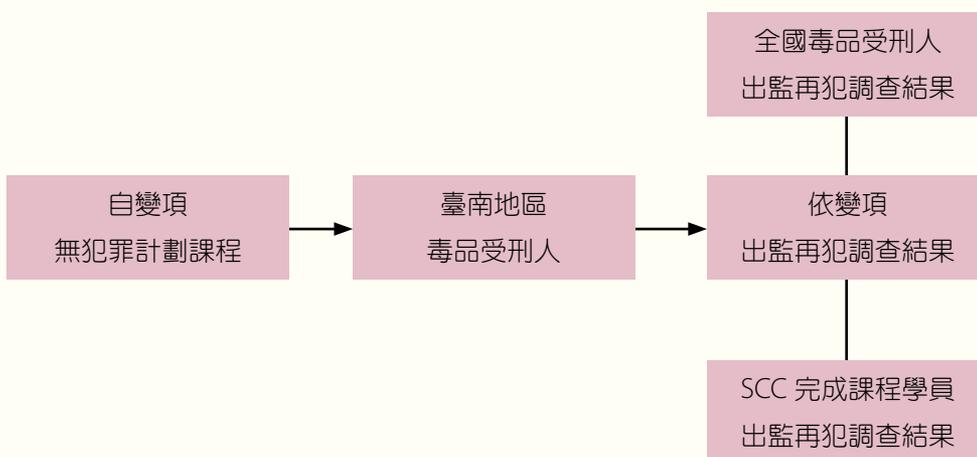
毒方案所用之田納西自我概念量表、戒毒自我控制量表與戒毒自我效能量表為測量工具，做前後測對照變項分析的成效研究。研究發現，無犯罪計劃課程在提升毒品罪犯之自我概念與自我控制上確實有其功效，尤其在生理自我、道德自我、心理自我與社會自我方面皆達顯著差異。

但是，該研究在設計上以多種心理測驗量表比較生理自我概念、道德倫理自我概念、心理性自我、家庭自我、社會自我、學業 / 工作自我概念等變項的差異，至多只能推論其人格的改變，實無法評估其後是否會再進入吸毒的循環。若以其出監是否再犯毒品為依變項，或可使研究發表臻於完善。

參、研究方法

一、研究架構

毒品犯戒毒是否成功，應以毒品犯出監後有無再繼續接觸毒品、吸食毒品，亦即有無再犯為主。故本研究採實證研究的方式，探討無犯罪計劃課程對監獄吸毒受刑人的處遇成效。自變項為無犯罪計劃課程的介入；依變項為出監後再犯調查結果，並依此結果與全國矯正機關最新公布毒品再犯做比較、與 Second Chance Center 的研究結果 (Guerin, P., 2008) 做比較。



二、研究對象

本研究以民國 100 年至 105 年當中，參與臺南監獄無犯罪計劃課程，通過課程拿到結訓證書後出監的 183 位結訓男學員為對象，進行出監後再犯調查。研究對象基本特性分布如下表所示，年齡分布以 31-40 歲所佔比例最高 (50.3%)，其次為 41-50 歲佔 28.4%，教育程度為國中居多，以單純施用一、二級毒品佔多數 (42.6%)，而未婚單身者有 106 人 (佔 57.9%)。

表 3 研究對象基本特性分佈表 (N = 183)

	變項	N	百分比
年齡	21-30 歲	13	7.1%
	31-40 歲	92	50.3%
	41-50 歲	52	28.4%
	51 歲以上	26	14.2%
教育程度	國小	18	9.8%
	國中	107	58.5%
	高中職	53	29.0%
	大專以上	5	2.7%
施用毒品狀況	單純施用 1 級	43	23.5%
	單純施用 2 級	32	17.5%
	單純施用 1、2 級	78	42.6%
	施用 1、2 級併其他	24	13.1%
	持有或販賣	6	3.3%
婚姻狀況	未婚	106	57.9%
	已婚	28	15.3%
	離婚	49	26.8%

三、研究工具

完成課程學員在課程結束之前，均有簽署「追蹤授權同意書」，同意接受出監之後再犯的調查。故於民國 105 年 11 月以全國刑案查詢系統，調閱此 183 位出監結訓學員的判刑資料，以次數分配方式來統計出監再犯、再犯經過時間。

肆、研究結果與討論

一、與全國矯正機關出監毒品再犯做比較

調閱臺南監獄無犯罪計劃課程之 183 位結訓出監學員，從民國 100 年至 105 年 11 月之近五年當中，統計有 61 位再犯毒品罪(表 4)，毒品再犯率為 33.3%，此數據優於最新的法務部(2016 年 7 月)公布之「毒品情勢分析」所示之全國矯正機關出監毒品受刑人再犯毒品統計之 58.3%。

表 4 出監毒品受刑人再犯毒品罪比較表

出監毒品受刑人數	全國矯正機關 (97-104 年底)		無犯罪課程結訓出監學員 (100-105 年 11 月)	
	人數	百分比	人數	百分比
再犯經過時間	79156		183	
0-6 個月	13694	17.3%	0	0%
6-12 個月	12348	15.6%	4	2.2%
1 年-2 年	11794	14.9%	20	10.9%
2 年-3 年	4512	5.7%	22	12.0%
3 年-4 年	1979	2.5%	12	6.6%
4 年以上	1821	2.3%	3	1.6%
總計	46148	58.3%	61	33.3%

說明：1. 本表再犯人數為受刑人出監後再犯罪，至統計截止日止經檢察官偵查終結，被提起公訴、警請簡易判決處刑、緩起訴處分、職權不起訴處分及移送觀察勒戒或戒治等有犯罪嫌疑者。

2. 「再犯經過時間」係指自出監日至偵查案件新收分案日之時間。

依據法務部統計處(法務部, 2016 年 7 月)的統計資料顯示，毒品犯出監後再犯毒品的高峰期為出監後 2 年內。因藥物濫用者出監後的個人問題或需求、介入與服務，以及對藥物濫用者有正面影響的家庭、工作場所與社會是重要的(NIDA, 2012)。為延續毒品受刑人在監接受無犯罪計劃課程之學習成效，課程結訓之前會宣導請學員簽署「追蹤同意書」，讓無犯罪促進會辦公室職員定期以電話訪談輔導個案或其家屬，追蹤關懷個案生活穩定度及工作情況，並適時給予課程複習。或許由於有此課後追蹤的流程，表 4 呈現的資料顯示出無犯罪課程結訓學員出監後再犯毒品的高峰期往後遞延至出監後 2-3 年(12%)，此與全國矯正機關再犯經過時間最多在出監 6 個月內(17.3%)的數據有十分明顯的差異。

誠如林明傑、陳建霖與李宗憲 (2017) 的研究所述，臺南監獄的無犯罪計劃課程在參與方案者的自我控制與自我概念上，確實有所幫助，也的確如其在文章中所預期之，學員上升的自我概念與自我控制，將會在參與者未來的戒毒過程中發揮功效。且本研究結果證實無犯罪計劃課程確實有效降低毒品再犯率，可見無犯罪計劃課程適合在我國刑事司法環境之下運作，一班 20 至 30 位學員，班期三至四個月，由一位專職教室指導員進行每週一至五全天密集性的專業課程，相較於一般多位志工老師每週一次的大班教學方式，更能輔導到毒品受刑人的錯誤認知、非理性情緒與曲解的價值觀、人生觀，或可擴大推廣為各矯正機關具經濟效益、有效降低再犯率的教化課程。

二、與 SCC 結訓出所再犯做比較

在美國，根據國家藥事法庭專業人員協會 (National Association of Drug Court Professionals, n. d.) 的估計，施用毒品受刑人出監後再犯吸食毒品者高達 95%，而且出監後受藥物的驅動而犯下新罪行就佔 60%-80%。新墨西哥大學 (The University of New Mexico) 社會研究中心的 Paul Guerin(2008) 博士針對 Second Chance Center 所做的 Criminon 課程成效研究報告發現，參加 Second Chance Center 後而出所的 51 人當中，完成完整半年課程的 35 名出所結訓學員，經過平均一年的追蹤調查有 3 位 (8.6%) 因新犯罪而被逮捕；有 8 人 (22.9%) 因撤銷假釋再入監，而完全無以上兩種者有 65.7%，表示 Second Chance Center 的 Criminon 課程追蹤一年的再犯率為 34.3%(表 5)，確實已經低於美國整體的毒品再犯率很多。

但是，臺南監獄自民國 100 年 6 月至 105 年 11 月，共有 338 位完成 Criminon 課程結訓，追蹤課程結訓後一年出監學員有 132 位，其中有 3 人 (1 竊盜，2 毒品) 因再犯罪而被捕；3 人因故 (1 竊盜，1 毒品，1 酒駕) 被撤銷假釋；完全無以上兩種者有 126 位 (95.4%)，表示臺南監獄的 Criminon 課程追蹤一年的再犯率僅只為 4.6%(表 5)。以上臺南監獄與 SCC 的 Criminon 課程成效結果，雙雙印證了美國藥物濫用研究所 (NIDA, 2012) 提出「處遇不必然是自願的才有效」之藥癮戒治處遇原則，家庭禁令、工作配套或刑事司法體系的強制處遇，都能增加藥物濫用者的留置率、增加處遇介入的成功率。

Second Chance Center 的 Criminon 課程是由州法官篩選 6 個月至 1 年刑期，且診斷有慢性藥物濫用問題的罪犯，判處受刑人住宿於 SCC 接受全天式、具修復功能的 12 步驟模組課程，以代替入監的方案。此即近期臺灣司改委員所投書，倡議要參照美國某些州對毒癮者成立「藥事法庭」(Drug Court) 模式，來協助毒癮者擺脫反覆吸毒、入監服刑的「旋轉門」現象(賴佩璇，2017 年 5 月 25 日)，欲整合司法、矯正、醫療、保護、檢察、教育與執法單位，對成癮之毒品施用者給予主動進入法院監督治療計劃的選項，作為交換較短刑期的模式。所以，有些毒品犯罪者可能被判在社區接受中等程度的懲罰以替代入獄，像是軍事化訓練營、中途之家、每日向中心報到、在家監禁或是電子監控…等(李思賢等，2015)。而 SCC 即為其中之一的轉介教育機構。

或許因為美國與臺灣的國情、制度、毒品氾濫程度…等大環境的不同，導致相類似的兩個課程運作後一年的再犯率為 34.3% 與 4.6% 之差別。例如：中美文化中，家庭關係差異就很大，美國人成年後的家庭關係非常疏離，許多人出監後沒有家庭或社交情感上的支援；反觀臺灣就有很多不放棄的爸爸、媽媽。此 34.3% 與 4.6% 的再犯率比較(表 5)，或可作為司改國是會議中兩派論戰是否有必要設立「藥事法庭」一案之參考，以提供政府規劃未來有效方案之決策。

表 5 Second Chance Center 與臺南監獄結訓 1 年後出監狀況比較

完成課程 1 年後 出監(所)人數	Second Chance Center		臺南監獄	
	人數	百分比	人數	百分比
再犯罪	3	8.6%	3	2.3%
撤銷假釋	8	22.9%	3	2.3%
無犯罪 / 撤假	23	65.7%	126	95.4%
失聯	1	2.8%	0	0%
再犯率	11	34.3%	6	4.6%

伍、結論與建議

國內外的研究顯示，沒有任何單一的犯罪處置可適用於所有的毒品犯罪者 (李思賢等, 2015)，為受刑人提供適當的戒毒治療方案，可以顯著減少毒品再犯率 (Gossop et al., 2005; Holloway et al., 2006; Marlowe 2003; Predergast et al., 2002)。本研究結果發現：

一、無犯罪計劃課程結訓學員近五年的出監毒品再犯率為 33.3%，且再犯毒品的高峰期往後遞延至出監後 2-3 年，此與全國矯正機關 58.3% 的毒品再犯率，且出監 6 個月內再犯率最高的狀況，確實具十分明顯的改善。

江振亨、陳憲章、劉亦純、邱鐘德、李俊珍 (2011) 曾對 2007 至 2008 年高雄戒治所參與多元整合戒治模式之 623 名出所個案，調查出所後再犯毒品罪比例，發現在多元戒治模式之中，以參與「認知團體類」的再犯率最低 (16.2%)，其次為「生涯團體類」17.8%、「家庭支持方案」再犯率為 23.1%。由此更可印證，以「認知改變」教育方式來進行的無犯罪計劃課程，適合在我國刑事司法環境之下運作，且確實能有效幫助出監毒品再犯率的降低。

無犯罪計劃課程有制式的四步驟執行教案、本土化統一的上課方式，以及嚴格受訓合格的專業指導員，進行每週一至五全天密集性的戒毒課程，目前全臺 49 個監所，目前只有 5 個監所 (花蓮看守所、屏東監獄、臺南監獄、彰化監獄與嘉義監獄) 在推行無犯罪計劃課程，甚為可惜。建議更多的矯正機關能與無犯罪促進會積極合作，將此優質的戒毒課程推廣到各監所，嘉惠更多毒品受刑人與其家人、朋友，以提升監所教化矯治的量能。此外，本研究只有以臺南監獄上無犯罪計劃課程結訓出監學員為研究對象，建議未來應將有運作此計劃課程的其他 5 個監所都納入研究，可使研究更紮實。

二、臺南監獄 Criminon 課程結訓學員出監一年的再犯率為 4.6%，優於 Second Chance Center 的 Criminon 課程結訓學員出所一年的 34.3% 再犯率。

雖然「他山之石可以攻錯」，但在監戒毒處遇方面，我們其實做得還不錯。無犯罪計劃課程使用 L. 羅恩 賀伯特 (L. Ron Hubbard) 所發展出來的

社會改善技術，經過學理上的剖析，以及近幾年課程執行後的本土化調整，已臻於成熟。美國藥物濫用研究所 (NIDA, 2012) 認為，有效的藥癮處遇必須關照毒品成癮者的多重需求，處遇內容還須提供其醫療、心理、社會、工作與法律問題方面的需求。而無犯罪四步驟的計劃課程內容也確實有涵蓋到以上範疇，或可成為黃俊棠 (2004) 對毒品犯的研究中所建議之，應設計「共通且系統性之戒毒課程」，做為統合式的輔導。因此，建議將無犯罪計劃課程推廣到各監所，成為各監所共通且系統性之戒毒課程，再利用個案評鑑與諮商方式，針對個別毒品犯輔以其他處遇方案，以達到全面降低毒品再犯率之目標。另外，本研究與美國 Second Chance Center 性質類似的 Ciminon 課程做比較，建議未來能夠進一步研究國內外其他戒毒課程來進行對照，以提供政府規劃未來有效降低毒品再犯率決策之參考。

參考文獻

- 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、陳憲章、劉亦純、邱鐘德、李俊珍 (2011)。戒治團體方案對受戒治人心理變項與再犯與否之成效評估研究。犯罪學期刊，第 14 卷，第 2 期，頁 45-112。桃園：中華民國犯罪學學會。
- 李志恆 (2003)。藥物濫用概況及防制。臺北：行政院衛生署管制藥品管理局出版。
- 李宗憲 (2010)。我國毒品犯戒癮治療政策之評估研究。國立中正大學犯罪防治研究所博士論文。未出版，嘉義。
- 李信良 (2009)。青少年與非法藥物。高雄市：高雄復文。
- 李俊珍 (2004)。現實治療團體對藥物濫用者之自我控制自我概念自我效能之輔導成效研究。國立高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。未出版，高雄市。
- 李思賢、Festinger, David、楊士隆、楊浩然、吳慧菁、廖文婷、林依真、鄭凱寶、Dugosh, Karan、Seymour, Brittney (2015)。毒品再犯風險與醫療需求分流處置評量工具之研究。刑事政策與犯罪研究論文集 (18)，頁 157-183。臺北：法務部。
- 林明傑、陳建霖、李宗憲 (2017)。無犯罪監獄戒毒課程成效研究。矯政，第 6 卷，第 1 期，頁 84-122。桃園：法務部矯正署。
- 林健陽、柯雨瑞 (2002)。毒品犯罪與防治。桃園：中央警察大學出版社。
- 林健陽、陳玉書、林禎鴻、呂豐足 (2014)。初次毒品施用者個人特性與再犯毒品罪之關聯性。法務部刑事政策與犯罪研究論文集 (17)，頁 139-172。臺北：法務部。

- 林瑞欽 (2007)。刑事司法機構內與機構外處遇與連結一對再犯之研究成果報告，法務部 95 年度委託研究計畫 (p950630-2)。臺北市：法務部。
- 法務部 (2016 年 7 月)。毒品情勢分析 (下)。2017 年 9 月 1 日，取自 http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/common/WebListFile.ashx?list_id=1444
- 馬作鏘 (2009)。藥癮減害執行成效評估之探討。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。DOH98-NNB-1034。
- 張伯宏、鄭安凱、洪嘉璣 (2007)。本土化戒治模式成效評估，2007 年全國戒治業務研討會。
- 國際生活與教育改善協會 (譯) (1991a)。面對能力與溝通 (原作者：L. R. Hubbard)。Los Angeles, CA：國際生活與教育改善協會。
- 國際生活與教育改善協會 (譯) (1991b)。增進學習能力 (原作者：L. R. Hubbard)。Los Angeles, CA：國際生活與教育改善協會。
- 國際生活與教育改善協會 (譯) (1991c)。社會人格與反社會人格者 (原作者：L. R. Hubbard)。Los Angeles, CA：國際生活與教育改善協會。
- 國際快樂之道基金會 (譯) (2007)。快樂之道 (原作者：L. R. Hubbard)。California：國際快樂之道基金會。
- 黃俊棠 (2004)。毒品犯觀察勒戒成效之實證研究。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。未出版，嘉義。
- 無犯罪促進會 (2014)。CRIMINON(克明納)無犯罪監獄計畫課程報告專刊。花蓮縣：無犯罪促進會。
- 楊士隆 (2006)。病患、病犯與罪犯之毒品戒治模式成本與效益分析。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。DOH95-NNB-1039。
- 劉濤 (2014)。犯罪人真的是不理性的嗎？ - 與陳和華教授商榷。犯罪學期刊，第 17 卷，第 1 期，頁 107-120。桃園：中華民國犯罪學學會。
- 蔡震邦 (2015)。毒癮難戒？如何重新解讀毒品再犯數字背後的意義。矯政，第 4 卷，第 1 期，頁 74-106。桃園：法務部矯正署。
- 賴佩璇 (2017 年 5 月 25 日)。司改國是會議 兩派論戰是否設「毒品法庭」。聯合新聞網。2017 年 9 月 1 日，取自 <https://udn.com/news/story/7315/2484014>
- 賴俊雄 (2003)。藥物濫用醫療成本效果分析。行政院衛生署管制藥品管理局委託科技研究案。DOH92-NNB-1024。
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse. NY: The Guilford Press.
- Criminon International (2005). A Program Making Criminon Rehabilitation Possible. Hollywood: ABLE Internatinal.
- Gossop, M., Tradaka, K., Stewart, D., & Witton, J.(2005). Reductions in criminal convictions

- after addiction treatment: Five-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 295-302.
- Guerin, P. (2008). Second Chance Center Preliminary Process Evaluation Study October 2008. Prepared for: State of New Mexico and the Second Chance Center. University of New Mexico, Institute of Social Research. 2016/12/28 Online Available.
 - Holloway, K. R., Bennett, T. H., & Farrington, D. P. (2006). The effectiveness of drug treatment programs in reducing criminal behavior. *Psicothema*, 18, 620-629.
 - La Vigne, N. G., Naser, R. L., & Owens, C. (2006). *The Criminon Program Evaluation: Phase I*. Washington DC: Urban Institute.
 - Marlowe, D. B. (2003). Integrating Substance Abuse Treatment and Criminal Justice Supervision. *Science & Practice Perspectives*, 2(1), 4-14.
 - Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
 - National Association of Drug Court Professionals (n. d.). *The Facts on Drugs and Crime in America*. Retrieved August 28, 2017, from <http://www.nadcp.org/learn/drug-courts-work/drugs-and-crime-america>
 - National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2012, Dec). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>
 - Pavlov, I. P.(1927). *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex*. Translated and Edited by G.V. Anrep. London: Oxford University Press.
 - Predergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 53-72.
 - Second Chance Center (2015). *What We Do*. Retrieved August 29, 2017 from <http://www.scccolorado.org/what-we-do/>
 - United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2012, April). *Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Service*. Retrieved from https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf
 - Watson, D., & Clark, L. A. (1993). Behavioral disinhibition versus constraint: A dispositional perspective. In Wegner, D. M., & Pennebacker, J. W. (Eds.), *Handbook of Mental Control* (pp. 506-527). New York: Prentice-Hall.

附表 1 無犯罪計劃課程大綱表

步驟	課程名稱	課程目標	課程簡介
一	面對能力與溝通課程	<ol style="list-style-type: none"> 1. 增加信心，使其有能力處理爭議和口頭溝通上的沮喪事件，進而改善人際關係、減少使用語言和身體方面的衝突。 2. 增加學員的面對、溝通和控制所有環境事務的能力。 	<p>以夥伴配對的反覆演練方式進行：</p> <p>初級 TR0 TR0 面對 TR0 逗弄 TR1 傳遞溝通 TR2 示意 TR2 1/2 半示意 TR3 溝通週期 TR4 處理表白</p>
二	增進學習能力課程	<ol style="list-style-type: none"> 1. 改善學員的閱讀和學習的技術。 2. 學員運用學習技術在之後的課程與日常生活中，以建立新知識、發展新技能，使其能在任何領域上成功學習。 	<p>以閱讀和實作練習方式進行：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 辨認及處理學習障礙 缺乏實體物 梯度過陡 誤字 2. 學習技術練習 清字法 示範模擬 理論教練 理論查核
三	快樂之道	<ol style="list-style-type: none"> 1. 重建學員的道德標準，使其能較正確的評斷自己過去、現在和未來的行為。 2. 使學員以社會可以接受的方式去行動，感覺依此方式行動是有能力、有價值的，恢復學員對自己的信任與自尊。 	<p>以閱讀、討論、寫作與演練的方式進行，使學員了解、採用並實踐以下 21 條守則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 照顧你自己(疾病、清潔、牙齒、飲食、休息) 2. 有所節制(不吸毒、不飲酒過度) 3. 不要有雜亂的性關係 4. 愛孩子並幫助他們 5. 敬重並幫助你的父母 6. 樹立一個好榜樣(職場、家庭、朋友) 7. 試圖生活在真相中(謊言與隱瞞) 8. 不要謀殺 9. 不要做非法的事 10. 支持為全民設計並為全民運作的政府 11. 不要傷害善意的人 12. 捍衛並改善你的環境(衣著、生活空間、環境保護)

步驟	課程名稱	課程目標	課程簡介
			13. 不要偷竊 14. 做個值得信任的人 15. 履行你的義務 16. 做個勤勉的人 17. 做個能幹的人 (觀察、學習、練習) 18. 尊重他人的宗教信仰 19. 試著不去做你不喜歡別人對你做的事 20. 試著以你希望別人對待你的方式來對待別人 (美德) 21. 興盛與繁榮 (遭受挫折、嘲弄、攻擊的因應方式)
四	社會人格與反社會人格課程	1. 學員會識別人格特質，並主動親近社會人格者、克服反社會人格和壓抑者對自己的影響。 2. 使學員察覺自己的行為模式，採用更多親社會的生活方式，並運用課程所學來處理個人所受到壓抑而造成的不穩定狀態。	以閱讀、討論和示範模擬的方式進行： 1. 認識兩種人格特質在生活上的展現，以及安全對應的方式。 2. 定義出敵意、貶低、壓抑…等詞彙，並討論潛在麻煩來源者 (與壓抑者有所接觸，受其不良影響者) 的成因與類型。 3. 解決潛在麻煩來源者狀況的方法 發覺 處理 (避免敵意、運用一路順風法的溝通技巧) 隔離

註 1 資料來源：整理自國際生活與教育改善協會 (1991a, 1991b, 1991c) 與國際快樂之道基金會 (2007)

註 2 TR(Training Routines) 意為訓練程序，TR0-TR4 表示課程演練進行常規順序由 0 至 4。

一般論述或譯文

家庭系統保護因子對於成年藥癮者 復原歷程作用之探討

Protective Factors in Family System How to Influence Recovery
Process for Adult Drug Abusers

蔡震邦

法務部矯正署高雄戒治所臨床心理師

鍾孟惠

法務部矯正署高雄戒治所社會工作師

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0010

摘要

蔡震邦、鍾孟惠

國內外研究都會強調家庭系統的良窳對於藥癮者的重要性，並且不斷在各種宣導手冊與文宣刊物中提及，而家庭系統中的風險因子對於藥物成癮的影響已有許多實證研究確認，但是對於家庭系統中的保護因子對藥癮者究竟帶來何種方式、何種程度的保護作用，卻未有一致性的實證結果。本文除分別說明家庭系統保護因子在預防、治療、復原等階段的不同工作重點外，同時也彙整了家庭結構及家庭需求、家庭關係及家庭溝通、家庭功能及家庭支持…等家庭系統不同層面保護因子的相關研究，來說明家庭系統保護因子影響藥癮者復原歷程有其複雜性，實難一言以蔽之。

透過分享一位藥癮者的生命故事並以生涯建構理論來呈現家庭系統與保護因子之間錯綜複雜的關係，且提出反思，我們藉以說明不同個體對家庭系統保護因子之定義可能相當迥異，最後並邀請諸位一同來重新檢視家庭系統保護因子的意涵。

關鍵字：家庭系統、保護因子、成年藥癮者、復原歷程

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0010

Protective Factors in Family System How to Influence Recovery Process for Adult Drug Abusers

Abstract

Cheng-Pang Tsai, Meng-Hui Chung

Many studies will emphasize the importance of family systems for drug addicts and constantly mention in various brochures and publications all the time. We know the risk factors how to impact people addiction by evidence-based studies, but the protective factors is not. In this paper, we try to describe the protective factors of the family system in the prevention, treatment and recovery, have different essentials to work with drug abusers. On the other hand, we also summarize the studies of family structure and family needs, family relationship and family communication, family function and family support, and hope to explain the intangible means and to examine family as an influential factor for adult drug abusers.

A case report is presented to reflect upon the intertwined relationships between family system and protective factors. The theory of career construction is applied to examine our case. Hopefully, the case study can help us gain a better understanding of family as the protective factors, and identify different meanings for individuals ,more than before.

Keywords : family system, protective factor, adult drug abuser, recovery

壹、前言

家庭對於個體的學習發展、自我概念 (self-concept) 與社會化 (socialization) 具有深刻的影響，多數學者皆同意家庭是人類社會最重要的初級團體 (primary group)，同時亦是形塑兒童及青少年行為的第一個社會化單位；此外，關於家庭結構 (family construction)、家庭關係 (family relationship)、家庭功能 (family function)、家庭溝通 (family communication)、家庭需求 (family demand)、家庭負荷 (family burden)、家庭支持 (family support)……等因素與藥癮者的成癮行為 (addiction behavior)、藥癮復發 (relapse) 之間的關聯性，無論國內外皆已有不少研究可供參酌。

長久以來，矯正機關皆不遺餘力地推展各項家庭方案，並透過社區資源協力合作，期能透過家庭力量讓收容人穩定心性並反思自我價值。例如 2001 年起嘉義大學家庭教育中心開始與嘉義監獄合作，並彙整成果提出報告，逐步系統性地運用家庭方案來協助監所收容人；2006 年頒訂「監獄毒品犯輔導計畫」，正式規範各矯正機關應如何積極融入家庭方案並提供家屬衛教活動，希望藥癮者家屬若能對於毒品成癮行為有了明確認知後，就能更明白如何幫助施用毒品的家人出監復歸社會後來維持平穩生活；2012 年頒行為「監獄毒品犯戒治輔導計畫」，把原本的處遇內容擴大並轉變為家庭支持方案，除強化家庭資源外，更期許透過家屬衛教、親子家庭日、家屬團體、家屬諮詢及座談等方式，讓藥癮收容人在監期間便開始有機會得以修復家庭關係且增加良性互動，不至於因為自己受到監禁而中斷其家庭角色功能。

由此可知，家庭對於個體的重要性不言而喻，多數在矯正機關工作的同仁皆可感受到，收容人得到家人關懷時對其心境總會有很大的撫慰效果。所以在本文中，我們無意挑戰這些關聯與意義，聚焦的是，自己在臨床工作中對家庭系統之於戒癮保護因子普同性觀點揮之不去、難以釋懷的疑惑：

表一：有關家庭系統保護因子之普同性觀點所衍生的疑惑

普同性觀點	我們的疑惑
<p>好的家庭功能有助於收容人復原，而家庭功能不佳者則再犯率亦相對增加。 (李思賢，2005；江振亨，2009)</p>	<p>我們會說家庭功能較佳、家庭溝通良好的藥癮收容人出監後通常應有較佳的家庭支持，當出現再施用毒品的行為，就可能會認為是個體未能妥善珍惜其家庭資源因而導致再犯；然而若是家庭經濟狀況不佳且無家人給予關懷的藥癮收容人出監後再犯，我們就會容易歸因於是其擁有較低（較弱）的家庭支持所致。我們困惑的是，當個體同樣出現了再犯施用毒品的行為時，好的家庭功能究竟曾帶給收容人甚麼樣的保護，所以才會歸因家庭功能不佳者未能擁有同樣的保護力呢？</p>
<p>家人願意持續入監探視、收容人心繫家庭者，必能惕勵其自我省思減少再次犯錯。 Martinez(2009)</p>	<p>如果說父母對子女是永不放棄的愛，那麼伴侶或配偶、手足或子女也必然如此嗎？如果說收容人擔心家人往返監所路途遙遠或舟車勞頓，不忍年邁雙親或年幼子女探訪而甚少接見和懇親，這樣應歸類為家庭支持系統不佳嗎？如果父母持續探視而配偶訴訟離異，如果家中經濟無虞而手足爭產，如果子女輟學工作維生以便照顧祖父母，或者是孩子有祖父母照顧卻出現隔代教養的問題…等，又該如何定義家庭功能的良窳？更不用說，倘若已無親人在世或者家庭成員疏離的收容人，難道就必然陷入高再犯風險？難道就找不到其心之所繫的港灣？</p>
<p>家人不放棄的關懷，就是收容人最重要的復原力量所在。 NIDA(2015)</p>	<p>對藥癮者家屬來說，我們認為這樣的觀點無疑再次加重家屬的罪惡感與負擔，彷彿家屬未能持續提供關懷和無法一次次寬容時，更生人戒除毒癮賦歸社會後若因此再犯，其家人就得為此負些責任。然而我們都明白藥物濫用除了影響個體自己的身心健康外，其家庭也會因之而受到影響或破壞；畢竟，無論是因為施用毒品而造成有形財物的耗盡，或者是在成癮過程導致與家人的衝突或爭執…等無形的傷害皆然，當我們期待家屬應給予藥癮者較好的家庭支持以利其復原，期盼藥癮者家屬不棄前嫌、包容寬恕的同時，不正是將戒癮復原的責任或任務，無形中從藥癮者自身移轉至其他家庭成員身上嗎？不正是要求藥癮者家屬必須一而再再而三接受這些有形無形的創傷嗎？</p>

其實，聯合國毒品與犯罪辦公室 (United Nations Office on Drugs and Crime, 以下簡稱 UNODC) 在 2009 年便已公開揭示，在藥物濫用的議題上，家庭因素可以是保護因子也能成為風險因子，就如同水能載舟亦能覆舟的概念，雖然諸多家庭因素的良窳都可能直接或間接影響家中成員是否陷入藥物濫用困境，但真正關鍵在於個體對於家庭功能所賦予的意義而非絕對的客觀要件，因此實不可一言以蔽之。論及至此，或許我們暫且拋下前面這些價值、道德與責任的論述，回歸矯正實務工作者在本質上最重視的事情：在「家庭系統」的概念下，究竟何者才是避免藥癮者再次施用毒品的保護因子呢？

貳、國內外文獻對於家庭系統保護因子的概述

SAMHSA(2004)、NIDA(2014) 都在藥癮治療手冊中載明，當藥癮者家庭系統愈完整、家庭功能愈健全、家庭支持程度愈高者，其投入戒癮治療意願、維繫無毒生活的動機也就愈強；國內學者所進行的相關研究也同樣支持家庭系統的重要性。譬如鄭瑞隆、陳慈幸、戴伸峰與曾淑萍 (2009) 的研究發現犯罪青少年對於健全家庭功能的需求十分強 (包括經濟、親子溝通、親職教育、就業就學…等議題)，並認為健全的家庭功能可幫助青少年在發展過程中減少接觸犯罪的機會；不過李思賢 (2008) 針對矯正機關收容少年進行的質性研究卻呈現出不一樣的結果，該研究顯示雖然親友施用毒品會提高青少年接觸毒品、濫用毒品的現象，但是這些青少年卻未有人認為自己使用毒品與其家庭支持充足與否是有關係的。

簡言之，或許對於青少年來說，家庭系統的保護作用是顯而易見的，然而，相對於成年人而言，當身心發展並非必須仰賴家庭 (或者監護人) 來給予照護時、當成年藥癮者戒除毒品賦歸社會後，家庭系統如何才能發揮保護作用，讓戒除毒品時間得以有效延續甚至終生遠離毒品？美國物質濫用與心理健康服務部 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 以下簡稱 SAMHSA) 早在 2004 年就提出兩個主要重點，說明成年藥癮者家庭功能所提供的有效因素有二：一是家庭功能必須有效協助成癮者戒除毒品並邁向無毒生活狀態，才具有保護關鍵；另外則是家庭成員 (包括藥癮者自己) 必須能夠檢視並重新詮釋成癮行為帶給個體和家庭的影響，同時賦予其意義才能讓保護作用

持續。

由此可知，家庭因素帶給個體在不同年齡、甚至不同階段的保護作用，實在不能一概而論；接下來讓我們試著從預防 (prevention)、治療 (treatment)、復原 (recovery) 三個階段的觀點來探討，國內外文獻所提家庭系統帶給藥癮者的保護因子究竟為何？

一、預防層面：

鄭瑞隆 (2011) 彙整了數個地區、國家的藥物濫用預防策略或方案後，發現到多 國家在家庭層面的初級預防階段都十分強調下列三個部分，包括：重視反毒宣傳與教材、強化家庭功能、提供親職課程與相關講座。簡單來說，除利用傳統紙本文宣製作反毒手冊到家庭系統外，也利用多媒體與社群網絡的現代科技力量，以達到普及性、廣被性；而親職教育課程則是自家庭新添成員即啟動，並非是高風險家庭才有其需要，同時讓不同家庭共同參與討論，彼此分享各自在家庭中的經驗。該研究亦已協助彙整如下表二 (鄭瑞隆，2011)。

表二：不同地區 / 國家在家庭系統方面有關藥物濫用的預防策略

地區 國家	中國	香港	日本	美國	歐盟	澳洲	英國
家庭 預防 方針	<ul style="list-style-type: none"> * 提供資訊 * 提供資訊與諮詢管道 * 提昇家庭技巧 	<ul style="list-style-type: none"> * 提供資訊 * 加強親子互動 * 減低親職壓力 * 提昇家長對預防藥物濫用的相關知 	<ul style="list-style-type: none"> * 提供資訊 * 加強親子互動 * 注重家人預防藥物濫用教育 	<ul style="list-style-type: none"> * 親子溝通技巧 * 家庭管理 * 改善父母教養品質 * 家庭輔導治療 * 寄養服務 * 家庭訪問 	<ul style="list-style-type: none"> * 擴展家庭和雙親對於藥物濫用的認知 * 提昇父母及小孩的自尊 * 提昇責任感 * 提供諮詢 	<ul style="list-style-type: none"> * 製造青少年和家人共處機會 * 建立青少年對家庭歸屬感 * 減少家庭成員間的衝突 	<ul style="list-style-type: none"> * 使青少年與家長成為夥伴關係 * 加強抗拒誘惑能

資料來源：引自鄭瑞隆 (2011)：藥物濫用預防介入策略及成效之比較研究，第 95 頁。行政院衛生署食品藥物管理局委託科技研究計畫案。DOH100-FDA-61205。

不過，若我們仔細詳看這些地區或國家所提出的政策說明，就能發現其實多數談及家庭層面的藥物濫用「預防」概念時，其所指對象皆是以兒童和青少年為主體，也就是說，上述的反毒活動、宣導文宣、講座與課程，主要是希望強化父母親的親職知能、讓兒童和青少年瞭解毒品對身心的嚴重影響與危害；也就是說，多數的預防策略並未為了成年人而設計。或許，成年人被視為有行為能力者，具備有足夠的知能蒐集資訊並做理性判斷，應能思考自己的所欲所求，所以才未見以成年人為主體的藥物濫用預防計畫。

二、治療層面：

SAMHSA(2004) 出版一份以家庭系統為觀點的藥癮治療手冊，詳述在不同家庭狀態下(如獨居或與人共宿但非伴侶、有配偶或伴侶、子女同住、年邁長者同住、繼親家庭、隔代家庭…等)的家庭成員如何幫助藥癮家屬接受治療戒除毒品，甚至是一起接受家族治療來共同面對困境；不過，該手冊特別在第一章就先強調，就現代社會的家庭結構來說，家庭成員並非一定要有血緣關係，只要提供心理層面或情緒支持、居住處所與經濟援助，就可認定為廣義的家庭成員。

不同於其他戒癮療法，以家庭系統為主的治療處遇模式，不會將藥物濫用獨立於其他治療目標，而是會將改善家庭溝通型態、重建家庭功能、促進家庭凝聚力、鼓勵覺察/負責任/袒露/盡義務、促發改變歷程、幫助戒癮者回歸社區…等目標視為一樣重要的任務，家族治療師相信當家庭系統邁向更有功能、家庭成員更能用有效的方式袒露情緒分享想法感受時，藥癮者就會得到更多的力量戒除毒品。

SAMHSA 亦提醒以家庭系統為主的治療處遇方案須先思考下面議題：(一)、父母親是藥癮者時，未成年人如何受其行為影響？(二)、父母親是藥癮者時，家中的未成年人如何看待治療、如何投入？(三)、當未成年人是藥癮者時，家中其他成年人(父母、手足…等)如何面對？(四)、家中其他未曾陷入藥物濫用者，如何與藥癮者互動或被影響？從上面的問題可以窺知，家庭系統就如同

Kaufman(1999) 所定義的是一種生態系統 (ecosystem)，家中成員無論何者是藥癮者，都會對家庭系統、家庭成員彼此造成影響。因此，除了藥物協助或住院治療之外，對於社區藥癮者來說，如何才能運用家庭系統讓治療處遇有其保護作用，讓藥癮者戒除毒品呢？表三摘錄該份手冊中對不同家庭型態促進療效的工作要點差異，提供大家作為參考。

表三：不同家庭型態在藥癮者家族治療上的差異

藥癮者家庭狀態	工作要點	
獨居	<ul style="list-style-type: none"> * 提供經濟協助，並以此鼓勵個案參與治療 * 協助面對心理困境並提供資訊 * 邀請非同住家屬進行數次協同治療 	
與伴侶同住	伴侶為藥癮者	<ul style="list-style-type: none"> * 先進行個別治療再做伴侶治療 * 協助伴侶間處理情緒 (特別是憤怒)
	伴侶非藥癮者	<ul style="list-style-type: none"> * 需處理共依附 (codependency) 議題 * 協助家庭成員有效表達彼此感受
與伴侶及未成年人同住	<ul style="list-style-type: none"> * 運用社區資源提供父母及兒童所需之協助 (如臨托)；對青少年則另提供個別諮詢 * 提供經濟協助，並以此鼓勵個案參與治療 * 強化非藥癮伴侶的角色功能 * 注意未成年人的身心發展方向，以降低其陷入高風險困境，導致家庭資源 / 家庭支持轉向失焦 	
未成年藥癮者與家人同住	<ul style="list-style-type: none"> * 檢視有無成年家屬亦為藥癮者，需共同進行戒癮治療 * 注意其他子女的身心發展方向，以降低其陷入高風險困境，導致家庭資源 / 家庭支持分散失焦 * 注意藥癮議題是否引發家庭凝聚或分離，或者是反應出家庭衝突 / 家內性侵 / 肢體虐待…等議題，需適切處理之 	
繼親家庭	<ul style="list-style-type: none"> * 若有未成年子女，鼓勵定期進行家庭會議 / 家庭聚會 * 協助家庭成員面對繼親關係間的適應 (家庭規範、教養型態) * 注意未成年藥癮者是否利用此行為來拉近離異的親生父母 * 注意藥癮議題是否引發家庭凝聚或分離，或者是反應出家庭衝突 / 家內性侵 / 肢體虐待…等議題，需適切處理之 	
年邁藥癮者或隔代教養家庭	<ul style="list-style-type: none"> * 以健康照護資源取代經濟為主的協助，並以此鼓勵個案參與治療 * 協助重建藥癮者家庭角色功能、對未來的希望感 * 鼓勵家庭成員連結社區資源，以紓解家庭負荷程度 	

資料來源：編譯自 SAMHSA(2004)：Substance abuse treatment and family therapy, p1-p29.

三、復原層面：

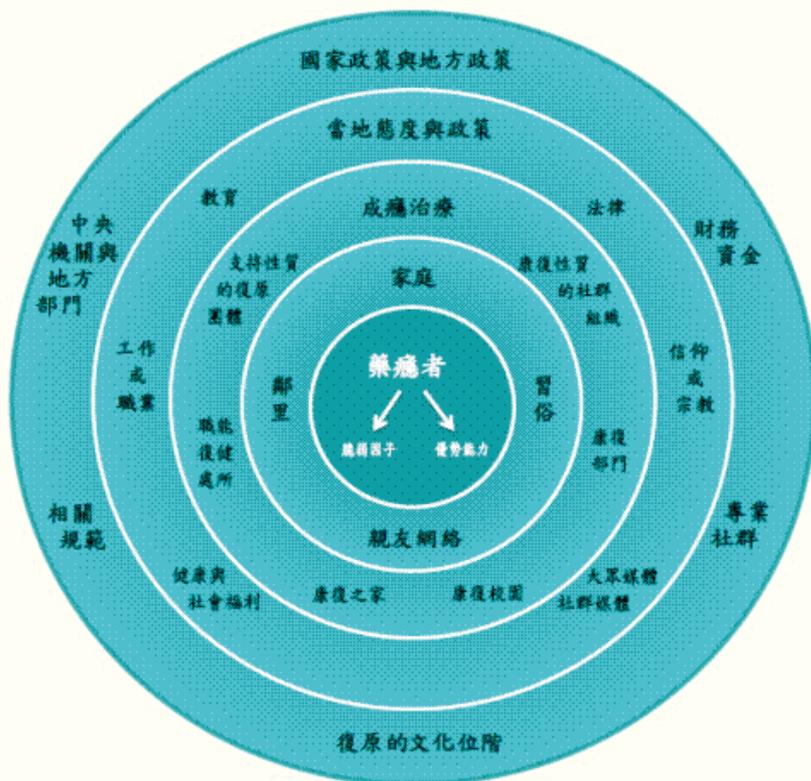
復原取向的家庭系統，除了以幫助藥癮者戒除毒品為目標之外，也同時會涵蓋了改善身心健康、增進生活品質等目的。2007 年美國 The Addiction Technology Transfer Center Network(以下簡稱 ATTC) 開始嘗試整合並推動以復原取向為概念的藥癮協助系統，並說明其與藥癮治療模式或復發預防模式兩個主要差異的核心概念在於：(一)、從醫療急性介入處遇模式轉變為多系統的持續性照顧模式，並以生態系統的思維來協助藥癮者面對所處的環境與挑戰；(二)、不再以描述藥癮者的症狀或復發風險因子為基礎，轉而思考非治療性策略(調適症狀→管理資源)，以提供整體性照顧來發展藥癮者的各種功能(家庭功能、職業功能、社交功能…等)，並著重增強其保護因子和維繫身心健康為主的目標。此外，ATTC 亦彙整出 12 個原則與 17 個要素，讓復原取向的藥癮工作者得以思考一個「復原取向」而非「戒癮治療」「疾病控制」的系統該如何來建構與執行(詳見表四)。

表四：建構復原取向藥癮協助系統的原則與要素

原則 (Principles)	要素 (Elements)
1. 不同的方式皆可走向復原	1. 個案中心取向
2. 是一種自決與賦能的歷程	2. 重要他人(伴侶、家人)的共同投入
3. 是自我認知與內在需求的轉變	3. 全人生的整合性協助
4. 必須誠實面對自我	4. 社區資源的投入
5. 是個人、文化與環境的調和	5. 不間斷的協助與照護
6. 持續改善身心健康與增加幸福感	6. 與治療系統的協同合作
7. 擁有希望感	7. 個體身心狀態的維繫
8. 是自我重構的療育過程	8. 特殊文化的考量
9. 必須面對羞愧與罪惡感	9. 信仰的融入
10. 需要同儕與親人的支持	10. 持續參與自助團體或社區活
11. 是重建生活與再投入社區的過程	11. 以藥癮者與重要他人的需要與復原經驗做為基石
12. 具有現實感	12. 整合模式而非教育、醫療、社政…等的個別協助
	13. 蘊含復原概念的教育與訓練
	14. 具有定期檢核與外展服務功能
	15. 定期做效益評估
	16. 以實證研究作為基礎
	17. 充滿彈性並適時調整服務內涵

資料來源：編譯自 ATTC(2007): Addiction Messenger,10(10),p1-p3. : 10(11),p1-p4. : 10(12),p1-p3.

由上述觀點我們得知，以復原為取向的家庭系統或許就如同White(2008)提出的藥癮者復原生態系統概念般(詳見圖一)，期待在藥癮者、家庭和社區、資源和地域文化…等諸多不同的次系統中力求保護因子的置入；同時，無論處於何種單位、機構或社區所建置的服務資源也都需要明白，復原取向將不再以戒癮治療為主，取而代之的是健康、教育、工作、經濟、法律、家庭與人際關係...等各個層面的協助。因此，復原取向的生態系統強調的是各個系統之間的連結作用，由內而外、由個體到群體、由環境文化到法規政策都會相互影響，沒有任何子系統可以免除各系統間的交互作用，也就是因為如此，當我們著力於任何一個子系統(如家庭或國家政策)時，同時也就有機會影響其他系統因子。越接近核心的系統(如個體或家庭)對於藥癮者在復原過程中的助力(或阻力)就會越直接且明顯，但也具備特殊性(如習俗)和專一性(如血緣關係)；而越外層的系統(如國家政策或宗教信仰)則會對復原歷程或復原環境的影響深遠，幾乎多數藥癮者皆能受惠(或受限)，雖對個體具有一定程度的影響，卻不會具備特殊性與專一性。



圖一：藥癮處遇復原取向之生態系統（作者自行翻譯製圖）

資料來源：引自 Recover management and recovery-oriented systems of care: scientific rationale and promising practices. By White, 2008, p20.

倘若再結合我們所熟知的生態系統觀 (Bronfenbrenner,1979) 概念來說明的話，由內而外的個體核心區域與第二層的鄰里親友等部分就是 Microsystem，其意涵在於個體自己及直接互動的場域人物，出現任何變動都會對 Microsystem 有明顯的影響作用，並且有相當程度決定了個體的日常活動型態、角色功能和人際關係；而中間第三層關於成癮治療、教育與康復機構 ... 等資源則可視為 Exosystem，這個系統包括有特定的社會結構或非正式的社會網絡，所以和復原相關的服務與單位都包含其中；最後第四層、第五層可歸類至 Macrosystem，是一種間接影響個體康復的地域環境及社會觀點，例如國家政策及法律、宗教信仰與媒體、專業團體 ... 等，都會影響到是否有足夠的正向資源投入當前藥癮復原的整體規劃。

舉例來說，當個體開始戒除藥癮、逐漸恢復原本的身心功能時，就能明確地發現沉溺於藥癮狀態下自己脆弱的部份 (vulnerabilities) 是如何讓自己身陷毒品同時又破壞原有的家庭和諧，此刻如果能有機會在康復機構中學習如何重建親密關係 (或改善親子互動)，藉由過去的錯誤來創造未來更好的因應能力時，當下的囹圄又何嘗不是復原的過程呢？高雄戒治所曾邀請配偶為新移民的藥癮收容人參加「親密關係教育團體」，就是希望連結個別 / 易感性 - 家庭 / 習俗文化 - 藥癮團體 / 復原支持團體 - 法律 / 地方社群態度 / 教育 - 次文化 / 國家政策 ... 等這樣的概念，試圖將藥癮治療、家庭關係、新移民文化與法規等不同系統的多元面向融入團體中，讓藥癮收容人有機會習得不同視野，而非以單一文化 (如閩南文化) 或單一觀點 (父權主義) 來做為唯一思考的標的。我們相信這便是體現復原取向生態系統的嘗試，無論在社區、醫療甚至是矯正機關，都能在生態系統的概念下找到更佳的模式。

綜而論之，家庭系統的保護因子在預防藥物濫用、藥癮治療和戒癮復原歷程三個階段各有其不同工作重點與策略模式，我們不應將其簡化為單一概念或單一方案來推動，否則便十分容易會落入成效有限或效益不佳的困境。目前，司法系統實為收容國內最多藥癮者的單位，2017 年 6 月底公佈的法務統計資料，就顯示出至少有 11,525 名施用毒品者留置在矯正機構內，而當我們推動諸多藥癮治療處遇計畫有關家庭系統方案時，又是如何思考上述文獻所載明的要素，在降低風險因子外能否再融入保護因子的概念呢？矯正機關所推行的家庭

處遇方案，或許應以藥癮治療階段為核心並輔以戒癮復原階段相關概念作為主要的工作方向，同時參考 White 所提的藥癮者復原生態系統來做為推動的基礎，較能符合當前的機關屬性及發展任務。

接下來，我們將簡述近年來國內有關家庭系統保護因子的研究結果，同時亦透過個案研究 (case study) 來向各位先進分享我們所理解的觀點。

參、從實務研究到接案反思

我國矯正機關在這些年來，除了持續建構、深化家庭方案的處遇內容外，亦逐漸透過研究來瞭解如何更有效、務實地推展相關工作。其中，有些研究是以在監收容人及其家屬之「家庭需求」為主要的研究對象的，譬如林豐材 (2004) 從家庭需求 (包括教養需求、經濟需求、社會支持需求、家庭與情感需求、生涯規劃需求等 5 個面向) 出發，檢視受刑人及其家屬之間的異同。研究發現兩者皆認為有其必要但次序不同，收容人前 3 需求依序是經濟、家庭與情感、生涯規劃；而收容人家屬之需求依序則為生涯規劃、經濟、家庭與情感。該研究也發現，受刑人不同年齡、不同法定刑期、不同服刑時間之於部分家庭需求具有差異；然而受刑人在不同教育程度、不同犯次、與家屬連繫次數多寡皆對其家庭需求無顯著差異存在；而鄭麗珍 (2012) 同步進行質性研究和量化研究則發現到，在監期間、出監之後，個體在家庭支持系統上的需求是會改變的，特別是有性別差異存在；即便僅以在監期間的角度來看 (七成涵蓋率)，男性在家庭支持上所需要的依序是家庭經濟 (40%)、家屬照護 (21%)、就業協助 (11%)，女性依序為家庭經濟 (24%)、家屬照護 (13%)、就業協助 (13%)、心理諮商 (12%)、協助安置 (12%)，男性收容人及女性收容人的需求便有所不同。由此可見，若以家庭需求來思考藥癮者復原歷程中的保護因子，存在著相當的變異性。

倘若以「家庭功能」的角度來進行研究，蔡協利與劉亦純 (2012) 是透過質性研究與量化研究發現有部分結果顯示差異存在，其中藥癮收容人在衝突性、溝通、問題解決、獨立性與家庭責任等五個面向上的感知是優於家庭成員並達顯著差異，簡單來說，藥癮收容人比起其家屬來說，傾向感覺家庭功能較好。此研究也比較了不同類別家屬對家庭功能的感受，達顯著差異

的部分則是藥癮者子女普遍比起藥癮者父母，感受到家庭功能是較易衝突、藥癮者較無家庭責任感的。這樣的結果也呼應了 Visher, Vigne 與 Travis(2004) 及 Hairston 和 Oliver(2006) 研究的部分結果，簡單來說，該研究發現即便家庭面臨藥癮者入監前後對其家庭生活、經濟、社會所帶來諸多層面的巨大變動，受刑人仍然自我感覺良好，覺得自己和家屬之間的關係「很好」，也認為自己對家庭是有所貢獻的，所以返家應該不是很困難的一件事。由此可見，藥癮收容人與家屬之間在家庭功能良窳程度的感受，是具有差異性的。

從「家庭支持」的面向來看的話，Martinez(2009) 針對美國數篇有關家庭支持與再入監的研究進行文獻探討，發現多數研究都同意家庭支持越高，對於更生人再犯罪是具有保護作用的，這些研究強調家庭支持的多種形態（情感、支持、住居、經濟…等），都值得深入討論；而王振宇(2010) 用家庭支持的實質性、訊息性、情感性三個層面來探討藥癮者用藥渴求、復發意向三者的關聯時也得到類似結果，簡單來說藥癮者的家庭支持越高，其用藥渴求和復發意象就會越低。不過，曾富良(2015) 以經濟支持、情感支持及訊息支持作為家庭支持的三個構面來進行研究時，發現到收容人認為是訊息支持最多而非是情感支持，同時雖然收容人的教育程度、職業技能、宗教信仰等背景資料一致顯示出家庭支持多寡與收容人在監適應狀態具有正向關聯，但卻在藥癮者年齡、婚姻狀態 / 家庭結構、刑期長短等重要條件，未見家庭支持對藥癮收容人亦有相同顯著意義；蔡震邦(2015) 的研究則是說明家庭支持對於藥癮者復發的保護力可能是具有時效性，並非是一種恆定狀態。或許，未來仍需要更多的研究才有機會釐清其中不同之處。

有些家庭系統的研究則是以「更生人或社區戒癮者」為主要對象。譬如林俊宏、蔡紫君(2016) 以戒癮更生人為研究對象，來探索其不同犯次、家庭功能及生活品質之間的關聯性，並採用美國華盛頓大學 Smilkstein 博士 1978 年所發展出來家庭功能評估表 (family APGAR)：包括適應 (Adaptation)、合作 (Partnership)、成長 (Growth)、情感 (Affection)、融洽 (Resolve) 等 5 種家庭功能；研究結果發現近九成的更生人自認生活品質不錯，但也有八成的更生人認為存有家庭功能障礙；研究亦顯示，初犯更生人相較於累犯及再犯者，其家庭功能及生活品質也都明顯較佳。林瑞欽、黃秀瑄與江振亨(2007) 針對在社區戒

癮中心戒除毒品 1 以上的藥癮者，進行質性訪談及問卷調查後發現，在家庭系統的保護因子方面，不僅有性別差異存在（維持性戒癮動源是子女，男性則為家庭支持），隨著戒癮期間的遞延，家庭支持程度有會有不同狀態的起伏。簡言之，更生人或社區戒癮者所感知的家庭功能、家庭支持，亦尚未見到一致性的結論。

當我們把焦點聚焦在「家庭系統與收容人再犯率」之間的關聯性研究時，也會發現研究結果大不相同。譬如李思賢(2005)、江振亨(2009)針對不同受戒治人的兩份研究皆發現，當家屬接見次數、懇親次數或參加家庭日等活動的次數越多時，其出所後追蹤一年再犯毒品相關罪名的情形相較對低；然而江振亨(2013)對施用毒品受刑人進行類似研究做為檢核重驗時，卻未能得到相同的結論，亦即家屬接見次數、懇親次數或參加家庭日等活動次數的多寡，和多數毒品受刑人出監再犯高低並無直接關聯，僅有部分樣本符合特定現象。林倩如(2006)的研究發現施用毒品收容人出監後隨著其個體狀態與家庭結構的各項條件差異影響下，不同面向的正向家庭功能不一定會有降低再犯率的正向關聯，該研究僅有家庭成員「情感涉入」程度與再犯率存在部分預測力；宋鴻樟(2007)的研究雖然同意家人關心程度是藥癮復發與否的保護因子，但是就戒癮者在一年內、一年至兩年內、兩年至三年未滿就再次施用毒品的復發樣本來看，家人關心程度高低與藥癮者再犯時間的長短卻無顯著差異存在。上述研究顯示出家庭功能良窳，是否能降低賦歸社會後的再犯率，目前應尚無定論。

由此可知，矯正機關致力於家庭支持方案的處遇措施，不僅是舉辦活動而已，更期許能不斷深化其效益，進而達到協助藥癮收容人賦歸社會後的穩定型態。對我們來說，帶著疑惑同時進行臨床實務工作是常態，但在進行心理治療過程中映照出解惑的曙光卻難能可期。接著分享一位藥癮者的生命故事並以生涯建構(career construction)理論來思考家庭系統與保護因子之間，難以詮釋的特殊狀態，希望能在自曝其短的文字裏，我們有機會自我檢視在實務工作中家庭系統與復原歷程的意涵，彼此惕勵。

生涯建構理論及個案研究

諸多文獻提及生涯建構理論應源自 Kelly 的個人建構論 (constructivism therapy)，Kelly 認為個體對自我狀態與外在情境的覺知、交互作用的影響，就是形成個體自我概念的基石 (李茂興譯，1998)；亦有許多學者傾向認為生涯建構理論實應緣起於生涯諮商，目前則以 Savickas 為主要倡導者之一。Savickas 採用故事敘說的方式來形成其生涯建構理論，他強調對個體來說，生涯是一連串以自我概念及社會真實環境互動為基礎的自我建構歷程，因此揚棄過去的職涯適配理論和客觀職務分析的概念，他相信每個人的生涯都是他自己的主觀經驗和生命事件所共同發展出來的，而生涯建構則是一種創造意義的過程，因此也就沒有所謂的生涯專家或適配分數；Savickas(2015) 撰文說明了用故事敘說來協助個體進行生涯建構或生涯設計的步驟程序，同時提醒治療師應透過個體自行選擇的故事，在敘說中讓個案有機會重新洞察自己的狀態，並在其生涯脈絡中尋找正向的意義與價值。

吳芝儀 (2005) 將生涯決定和建構理論運用在非行行為發展的研究，以敘事取向生涯諮商模式來對受保護管束 5 位少年、輔育院接受感化教育 5 位少年及矯正學校執行徒刑的 5 位少年進行探索，除希望透過故事敘說來瞭解其生涯發展歷程及影響其犯罪行為形成的因素之外，更盼望同時探討如何來協助非行少年重新省思與解構其生涯歷程，再重構出屬於他自己新的生涯意義，找到生涯發展的正向契機。這也將是本文個案研究所採用的主要模式。

而個案研究法則是質性研究法的方式之一 (瞿海源、畢恆達、劉長萱、楊國樞，2012)，在本文的個案研究中，除法定實施的相關心理測驗及晉級考試會與個案有所接觸外 (兩者皆為團體形式)，另外也進行了 12 次的個別會談 (錄音存檔)，前後持續時間共計約 8 個月；上述測驗資料與會談紀錄皆於當下或事後以文字呈現，並交與個案確認有無誤植或誤解後，方登錄為文本。我們取得當事人瞭解且簽署研究同意書，於個案離開矯正機關後方重新開啓相關文本和紀錄來進行資料分析，以避免影響其在監執行之權益和被指認之風險。生涯關鍵事件為個案自行挑選 (正負向事件皆然)，我們引導其思考生涯事件的起源和影響，並協助個案用不同的視野來思考生涯抉擇，同時進行未來事件的討論與預演。

仍要提醒各位讀者，個案研究帶領我們得以一窺當事人心理演進歷程及其生涯建構過程，卻無法代表所有個體皆是以同樣的脈絡來發展，我們呈現此個案研究內容，僅是希望開啓協助藥癮者復原模式的不同樣貌，畢竟 NIDA(2012) 在藥癮治療原則所載明的 13 項要點中，第一點便開宗明義指出：沒有一種治療模式適用所有人。以下，便是我們跟大家分享的個案故事及自我省思。

個案帶來的治療反思

2013 年有位個案因為經常性頭痛、情緒低落並會以額頭撞地板的方式來減輕不適(檢查無明顯生理病因)，就診精神科服用藥物後症狀改善十分有限，因此場舍戒護同仁轉請心理師協助；此個案共計進行了 5 次標準化的戒癮心理門診治療及 7 次的深度心理治療(註一)。心理治療療程除以個案自陳重大生命事件的回顧方式，來建立生涯發展序列的風險因子與保護因子外，並引導個案重新建構各事件所形成的意義或自我價值，藉以調整其舊有的認知型態。最後在個案離開監所前，貝克憂鬱量表(BDI- II)分數從第 4 次會談(第一次心理治療)的 33 分、第 8 次會談(第三次心理治療)的 25 分，到最後一次結案會談降至 12 分；貝克焦慮量表(BAI)實施程序同上，分數則為 20 分、17 分、25 分；而 2017.08.30. 進行出所個案追蹤(前科查詢)時，尚無任何新的毒品或其他犯罪紀錄在錄。

整體而言，個案除持續門診治療與服用藥物外，透過這 12 次的會談與心理治療，其憂鬱現象的確獲得改善，因此頭痛和撞地板的症狀幾近消失，個案雖然還是會擔心父親的病況，但不再陷入「自己現在什麼都不能做」的思維；不過其焦慮狀態則無顯著效益，結案會談 BAI 分數不降反升，其原因則不外乎所有將離開監所的收容人都會面臨到的共同議題：包括如何穩定工作與收入、如何與家人重新和解、如何抗拒不良生活型態的誘惑... 等。表五簡述了個案其他基本資料，圖二則是簡列其重大生命事件，希望大家對此個案能有進一步的瞭解，最後則是我們的思緒整理。

表五：個案基本資料

個案背景概述	個案藥癮史、犯罪史
◎男、38 歲、有精神科病史 (酒精中毒、安非他命引發幻覺)。 ◎兩次婚姻 (皆離異)、第一次婚姻育有 1 子由個案監護養育、第二次婚姻育有 1 女由前妻監護養育，個案本次入所前有女友 (未同住)。 ◎從事過搭建鐵皮屋包商、聯結車司機及車行老闆，同時亦為乩童。 ◎在小康家庭成長；案父早年從事漁業與個案較疏離，2010 年診斷出失智症現因中風安置於療養院；與案母關係良好，2003 年個案在監服刑時病逝。	◎10 歲起抽菸、13 歲接觸酒精、18 歲接觸安非他命、22 歲接觸海洛因。 ◎物質濫用史為 28 年、毒癮史為 20 年。 ◎可確認的犯罪紀錄：12 歲重傷害未遂罪、14 歲賭博罪、15 歲妨害性自主罪、26 歲毒品罪、28 歲毒品罪、33 歲殺人未遂、38 歲毒品罪。 ◎監禁時間累計近 7 年。
家庭圖	
<p>案父中風生活無法自理，安置於療養院中</p> <p>2003 年心肌梗塞病逝，生前為個案主要支持者</p> <p>與個案常聯繫</p> <p>與個案常聯繫</p> <p>與個案常聯繫會接見探視</p> <p>案弟亦吸毒年輕時就離家與家人疏離</p> <p>案妹與個案節慶時偶有聯繫，會探望父親</p> <p>個案入監時，案子會先與母親同住</p>	

註一：已獲得此個案同意進行研究發表，同時亦於 2015 年臨床心理年會暨學術研討會張貼個案研究之論文海報。

一、為何形成疾病因素 (成癮) 的致病因子可尋，而促使個體邁向復原或平穩生活的保護因子卻隱晦不明？

我們若從生涯建構理論來檢視犯罪的風險因子，個案的非行行為與多重藥物成癮之間則有著明顯的交互作用。譬如從兒童時期的行為規範障礙症 (Conduct Disorder) 到成年時期的反社會型人格障礙症 (Antisocial Personality Disorder，以下簡稱 APD)，皆可發現隨著年齡發展，個案涉入非法行為、多重物質濫用等違法行為是逐漸加劇的；然而，若從保護因子來看，似乎不同時期具有保護作用的因素卻不盡相同。譬如 15 歲因妨害性自主 (兩小無猜) 和解後

家庭系統保護因子對於成年藥癮者復原歷程作用之探討

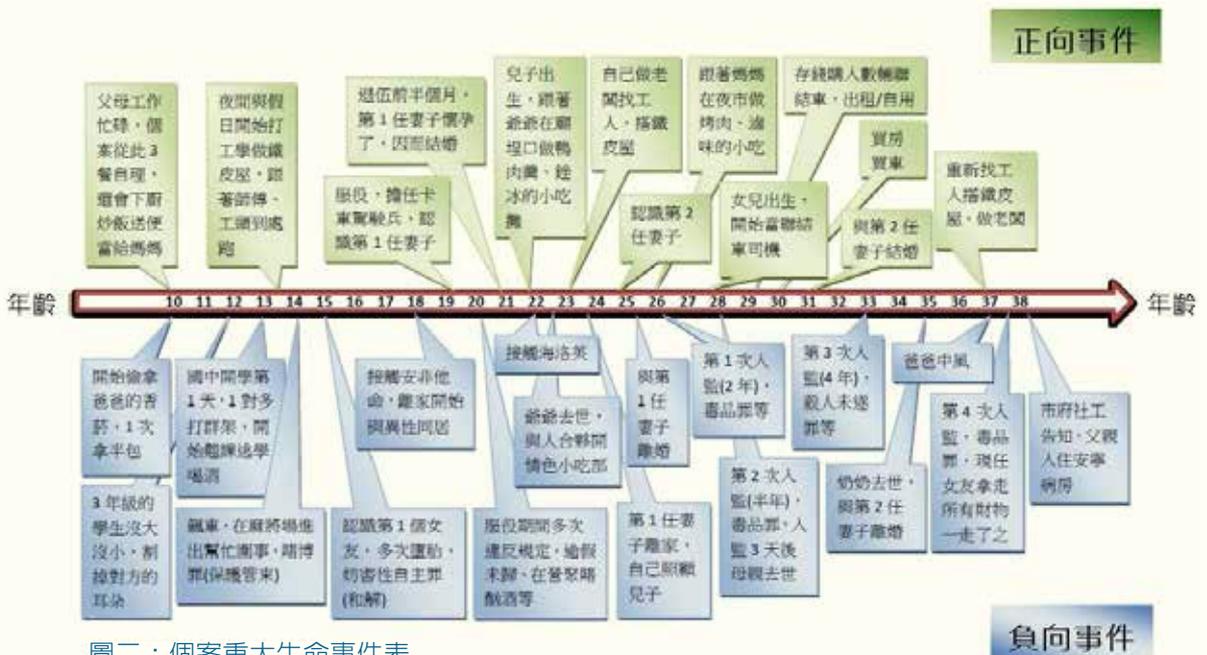
便得以穩定工作 3 年，28 歲戒治出監 / 女兒出生後就穩定工作近 4 年，38 歲入所戒治前因必須看顧中風父親（父子過去十分疏離），一改所有非行行為專心照顧其父直到個案必須入監所（提前將父親送至安養院並付清所有費用）為止。

反思：保護因子若能提供個體較好的正向力量，那麼與個案親近的母親在世時不斷給予的關懷支持為何無法奏效？反倒是當長期疏離的父親中風需要照護，個案實際上處於經濟及生活重大壓力的高風險情境時，卻反而開始回歸正常生活以便協助和陪伴父親。因此，當風險因子並非導致絕對風險（甚至轉變為保護因子？），而保護因子卻難以顯現出其保護作用時，我們又該如何來客觀評估呢？

二、家庭系統之保護因子究竟是天秤的兩端，還是如同 XY 雙軸必須加入個體的詮釋？

Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano 與 Bagloini JR (2002) 便以文獻回顧來做研究檢視，在預防的層次上，增加保護因子跟降低風險因子兩者皆很重要不可偏頗，同時認為保護因子的主要作用機制在於緩衝風險因子帶給個體的影響，而非是直接降低風險或減少風險因子的發生；因此保護因子若要真正發揮功能，其作用力勢必得大到足以阻斷或減損風險因子的影響時方能奏效。

以先前個案 28 歲出所當時面臨的狀態來說，當離婚（或感情糾葛）是風險因子時扶養女兒的責任感就提供了保護作用，可是與女兒母親結婚後一年（感情穩定）卻再次入監；簡言之，對個案來說，照顧幼兒、生活與經濟的壓力對其並非明顯的風險因子，當養育女兒的責任感大過自身的好惡時就發揮了其保護作用（之前養育兒子卻無同樣保護作用），可是更多的支持系統投入後（與女兒母親共同生活感情穩定），反而影響了原有的保護機制（有人幫忙照顧女兒），顯見對個案來說家庭系統中客觀保護因子的多寡，與保護作用強弱並非正向關聯。



圖二：個案重大生命事件表

家庭系統保護因子對於成年藥癮者復原歷程作用之探討

反思：個案數次邁向穩定生活型態的關鍵因素皆非普遍定義的保護因子(但風險因子則無異)，所以，保護因子 / 保護作用存在與否，會不會其實從無真正的客觀標準；同時有無可能，唯一的標準仍得視個案自身對於周遭環境人事物的正向詮釋或負向詮釋，才是評估的有效標的？然而個體的詮釋亦經常會隨著時空環境而有所改變，這樣一來不就無法找出真正的風險因子 / 保護因子，也就難以預備復原方案和策略？個體自我效能與自我概念(或自尊)，會不會才是實際具有預測力的效標？

雖然單一個案的復原歷程並不足以說明、或代表全體藥癮戒除者的實際狀態，但從此個案復原過程中所能辨識的家庭系統保護因子來看，我們便可歸納出三個主要發現：第一、原有的家庭系統保護因子(養育女兒)可能會因為生態系統的轉變(與女兒生母共組家庭)，保護作用便會受到影響，同時，生態系統注入正向資源，並不同於保護作用相對提升(此個案反而下降)；第二、家庭系統的風險因子跟保護因子會因時空環境變遷而有所改變，不宜視為靜態因素，對此個案來說過去家庭系統中的風險因子(父子關係疏離)現在卻成為保護因子

(照護中風父親)，也就是相同因子在不同條件下其正負向作用力可能會互換；第三、個案對於家庭系統保護因子的自我認知才是發揮保護作用的關鍵，保護因子並無單純客觀的標準（譬如並無家庭經濟負擔、有家族事業無須尋覓工作），唯有戒癮者對於家庭系統保護因子（或風險因子）的詮釋才是真正影響保護作用強弱的要素。

其實關於家庭系統保護因子的思緒（或自問自答）我們並無最終答案，然而，就是一個又一個不同個案的治療歷程，讓我們有機會探索不同心理狀態的變化與演進，或許最終才能找到更有療效、更有效益的戒癮模式；2015年完成此個案報告後，我們便著手彙整國內有關家庭系統中保護因子的研究論述，因此才有本文的呈現，一方面希望能釐清疑惑，也希望能在幽暗未明的戒癮復原之路上，與藥癮者一起撥開荊棘走向平和旅程。

肆、結語

無論是個案研究，或者是運用生態系統進行團體處遇的經驗，都讓我們深刻瞭解到家庭系統中的保護因子，經常看似清楚可認但卻又時常會錯認誤認，所以 ATTC(2007) 提醒我們，運用復原取向的策略與實際執行時，其處遇內涵都應累積自戒除藥癮者復原歷程的經驗所得，而非單純仰賴學理架構來設計，畢竟復原路上究竟何處荊棘何處甘泉，還是藥癮者方自身心明。同時 NIDA(2009, 2012) 也一再強調，無論從預防觀點、治療層面或者是復原歷程來看，協助個體不至於陷入藥物濫用危機或者是幫助藥癮者降低復發風險，皆非單一面向可盡全功，也就是說，單獨仰賴家庭系統的正向支持力量並非幫助個體戒除毒品、維繫無毒生活的萬靈丹。

因此 McKay, Van Horn, Rennert, Drapkin, Ivey 與 Koppenhaver(2013) 針對 14 項過去有效協助藥癮者戒除毒品、維繫無毒生活型態的因子進行縱貫研究後發現，並非所有因子都有實質效益，而有些因子的療效僅止於協助個體戒除藥癮卻無法對維繫無毒生活具有相同效益，家庭系統的正向支持及正向社交網絡雖對兩者皆有助益，卻僅能提升 10%~15% 的藥癮者戒除毒品和維繫無毒生活，屬於次要療效因子；而該研究進行文獻探索後認為真正的主要療效因子（或預測因子）依序應為：高自我效能 (high self-efficacy)、參與

自助活動 (self-help participation)、承諾改變 (readiness to change) 與憂鬱狀態 (depression) 這 4 個重要因子。

由此看來，或許戒癮與否的主要療效因子仍存於個體自身狀態，家庭系統和其他社會系統（例如社區、職業訓練、法律諮詢…等）支持與否，在複雜的戒癮生態系統中可能只能提供有限度的協助。林瑞欽、鄭添成 (2011) 在桃竹苗地區針對使用非法藥物少年所進行的研究也支持這樣的看法，即便有諸多的家庭風險因子和保護因子的共同作用，少年是否使用非法藥物主要關聯仍是在於其心理適應能力的良窳，個體若擁有較好的心理調適能力便有足夠的保護作用，藉此來拒絕毒品誘惑。謝臥龍、陳正宗與黃光國 (2014) 則結合 Bronfenbrenner(1979) 所提出的生態系統取向，並試圖運用華人世界的觀點來探討海洛因毒癮者復發的動態因子 / 靜態因子與正向回饋 / 負向回饋之間的關聯，研究者在質性訪談的文稿中發現，戒癮者（無論是在監或已出監）都會提及家庭支持的重要性，然而當家庭成員忽視 / 疏離藥癮者甚至是其已無家人提供支持時，戒癮者是選擇用正向回饋或者是負向回饋來詮釋此訊息，才是牽動復發與否的關鍵所在。

周涵君 (2011) 以即將出監、接受家庭支持方案的 47 名藥癮收容人為樣本群來進行資料收集，並針對出監後 6 個月內藥癮未復發和已復發各 3 名更生人進行半結構式訪談的質性研究後發現，雖然多數更生人皆認同家庭支持對於自己復原的重要性，但是出監後半年內藥癮復發與否卻和家庭支持良窳沒有直接關聯；而黃耀興 (2013) 利用資料庫進行回溯性分析，針對國內某一醫療機構的治療性社區 (therapeutic community) 70 名個案及接受替代療法 (maintenance therapy) 門診的 273 名海洛英戒癮患者的研究結果發現，對戒癮者而言，在不同追蹤時期，其家庭支持系統並未隨著戒癮者身心狀態漸趨穩定、自我效能逐漸提升而有所變化，簡單來說，其家庭系統並未因為藥癮者戒除毒品後的正向轉變就同步隨著提升其家庭支持程度。

對於成年藥癮者家庭系統的保護作用機轉以及如何運用復原取向的生態系統進行家庭處遇方案，在文中所呈現的各項研究結果或經驗分享，相信僅是投石問路之舉，大規模樣本或具有縱貫性質的國內研究，則尚待各位專家先進投

入方可知其所以然。對我們來說，每每望著三節懇親時，收容人焦急等待的神情和家屬緊握藥癮者潸然淚下的慰藉，家庭系統的效益便已是顛撲不破的道理。18年前，吳英璋老師對於在矯正機關服務的臨床心理師有兩個期許——「在實務工作中莫忘研究探索、在實證研究中淬煉臨床知能」，相信在理性與感性之間，我們總有機會可以找到前進的道路，揭開層層疊疊的面紗，梳理錯綜複雜的緣由，運用專業知能來幫助藥癮者戒除毒品，也協助藥癮者家屬明白如何一同邁向復原旅程，或許這樣就能讓收容人與其家屬的眼淚有了更豐富的意義、實質的安慰。

參考資料

一、主要參考資料

- Addiction Technology Transfer Center Publication. (2007). Addiction Messenger, 10(10). 2017.06.30. from: http://lib.adai.uw.edu/pubs/addictmessenger/am2007_10_10.pdf
- National Institute Drug Abuse Publication. (2012). Principles of drug addiction treatment:—A research-based guide (3nd). 2017.06.30. from: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2004). Substance abuse treatment and family therapy. 2017.06.30. from: <https://store.samhsa.gov/product/TIP-39-Substance-Abuse-Treatment-and-Family-Therapy/SMA15-4219>

二、其他參考資料

- 王振宇 (2010)：藥物濫用者家庭支持、用藥渴求與復發意向之研究。暨南大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
- 江振亨 (2009)：多元整合戒治方案實施成效之心理變項效果評量與出所後再犯與否之評估研究。行政院衛生署管制藥品管理局研究案。DOH98-NNB-1038。
- 江振亨 (2013)：毒品犯之家庭支持與毒品再犯危險評估分析。2013年暴力與毒品犯罪心理與矯治國際學術研討會暨玄奘大學社會科學院學術研討會大會手冊，153-176頁。
- 吳芝儀 (2005)：少年犯罪生涯研究暨敘事取向生涯諮商之應用。行政院國家科學委員會專題研究案。NSC92-2413-H-415-007。

- 宋鴻樟 (2007)：藥癮戒治復發因子及保護因子相關研究。 政院衛生署管制藥品管 局委託科技研究計畫案。DOH96-NNB-1035。
- 李思賢 (2005)：藥癮再犯罪成因與心理治療介入的可行性：出監毒癮者之回溯性與前瞻性追蹤研究 (一)。行政院衛生署管制藥品管理局研究案。DOH94-NNB-1032。
- 李思賢 (2008)：青少年毒品戒治者之認知、態度、行為與因應方式之質性研究。2008 年青少年藥物濫用與防治研討會論文集，17-42。
- 李茂興譯 (1998)：生涯諮商理論與實務。揚智文化：新北市。
- 林俊宏、蔡紫君 (2016)：毒品使用更生人不同犯次對家庭功能及生活品質影響。矯政期刊，5(2)，70-93。
- 林倩如 (2006)：同儕吸毒、家庭功能對戒治所男性海洛英使用者毒品再用的影響。國立成功大學醫學院行為醫學研究所碩士論文。
- 林瑞欽、黃秀瑄與江振亨 (2007)：藥物濫用者復發危險因子與保護因子之分析研究。 政院衛生署管制藥品管 局委託科技研究計畫案。DOH96-NNB-1036。
- 林瑞欽、鄭添成 (2011)：桃竹苗地區少年對使用非法藥物認知與態度、及其家庭危險與保護因子之性別差異研究。 政院衛生署食品藥物管 局委託科技研究計畫案。DOH100-FDA-61106。
- 林豐材 (2004)：受刑人及其家屬家庭需求調查研究。嘉義大學家庭教育研究所碩士論文。
- 法務統計 (2017)：網址 http://www.rjsd.moj.gov.tw/RJSDWEB/book/Book.aspx?category_id=5
- 郭玟蘭、王振宇 (2011)：藥癮者家屬負荷量初探。社區發展季刊，134 期，559-567。
- 曾富良 (2015)：家庭支持對藥癮受刑人在監適應之研究 - 以東部某矯正機關為例。國立台東大學公共與文化事務學系碩士論文。
- 黃耀興 (2013)：海洛英使用者相關心理社會復原指標之改變 - 治療性社區與美沙冬替代療法之比較。彰化師範大學復健諮商研究所碩士論文。
- 蔡協利、劉亦純 (2012)：毒品成癮者之家庭功能與需求研究。法務部科技研究案。PG10011-0023。
- 蔡震邦 (2015)：個案報告 - 從生涯建構觀點來思考多重物質成癮者的復原旅程。台灣臨床心理學會年會暨學術研討會壁報論文。
- 蔡震邦 (2015)：藥癮者心理社會因子與復發現象的關聯研究。台灣臨床心理學會年會暨學術研討會壁報論文、口頭報告。
- 鄭瑞隆 (2011)：藥物濫用預防介入策略及成效之比較研究。行政院衛生署食品藥物管理局委託科技研究計畫案。DOH100-FDA-61205。

- 鄭瑞隆、陳慈幸、戴仲峰與曾淑萍 (2009)：青少年犯罪之家庭支持系統建構之研究。法務部委託研究案。於 2017.06.30. 下載自 028。
- 謝臥龍、陳正宗、黃光國 (2014)：以生態系統取向探討華人海洛因毒癮復發動靜態與正負向回饋之相關因素。科技部補助專題研究計畫案。MOST 103-2410-H-017-017。
- 瞿海源、畢恆達、劉長萱、楊國樞 (2012)：社會及行為科學研究法 (二)- 質性研究。東華書局：台北市。
- 張君涵 (2011)：更生人家庭支持性服務方案之執行效果。台北大學犯罪學研究所碩士論文。
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., CatalanoR. F., and Bagloini JR, A. J. (2002): Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The Communities That Care Youth Survey. Evaluation Review, 26(6), 575-601. 2017.06.30. from: http://www.pridesurveys.com/supportfiles/CTC_reliability.pdf
- Hairston, C. F. and Oliver, W. (2006) Women' s experiences with men' s incarceration and reentry, Women, Girl, and Criminal Justice, 7 (5): 65-80.
- Savickas, M.L. (2015). Life-Design Counseling Manual. 2017.06.30. from: <http://www.vocopher.com/LifeDesign/LifeDesign.pdf>
- Martinez, D. J. (2009). Family Connections and Prisoner Reentry. Researchgate.net. 2017.06.30. from: https://www.researchgate.net/publication/310460284_Family_connections_and_prisoner_reentry
- McKay, J. R., Van Horn, D., Rennert, L., Drapkin, M., Ivey, M., and Koppenhaver, J. (2013). Factors in sustained recovery from cocaine dependence. Journal of Substance Abuse Treatment, 45(2), 163-172.
- National Institute Drug Abuse Publication. (2014). Principles of adolescent substance use disorder treatment:- A research-based guide. 2017.06.30. from: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/acknowledgements>
- National Institute Drug Abuse Publication. (2015). Family checkup – Positive parenting prevents drug abuse. 2017.06.30. from: <https://www.drugabuse.gov/family-checkup>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). Compilation of evidence-based family skills training programmes. 2017.06.30. from: <https://www.unodc.org/documents/prevention/family-Compilation.pdf>

- Visher, C., La Vigne, N., and Travis, J. (2004) Returning home: Understanding the challenges of prisoner reentry. Maryland pilot study: Findings from Baltimore. Justice Policy Center, Urban Institute. 2017.06.30. from: <http://www.urban.org/sites/default/files/publication/42841/410974-Returning-Home-Understanding-the-Challenges-of-Prisoner-Reentry.PDF>
- White, W. L. (2008). Reconvict management and recovery-oriented systems of care: scientific rationale and promising practices. Addiction Technology Transfer Center Publication. 2017.06.30. from: https://www.naadac.org/assets/1959/whitewl2008_recovery_management_and_recovery-oriented_systems_of_care.pdf

〈矯政期刊〉稿約

- 一、本刊係以探討各種有關矯正業務專業發展之理論和實務，呈現國內外學者專家之創新研究發現，以及當前矯正政策之重要內容與析，以促進學術交，提升專業水準為主旨。
- 二、本刊每年出版 2 期，分別於每年 1 月及 7 月出刊。
- 三、投稿須提供電子檔，請以 Microsoft Word 文書軟體繕打編排；圖表儘量整合於檔案中。文長以五千字以上為原則，最多請勿超出兩萬字。繕打格式為：A4 直向橫書，邊界上下各 2.5cm、左右各 3.17cm，固定行高 20pt，標楷字體 12 號字。
- 四、本刊對稿件有審查權；稿件一經本刊採用，著作權乃屬著作人所有，惟未經本刊同意不得轉載或他投。其未被採用者，概由本刊退回。著作人勿同時一稿兩投，否則不予刊登。
- 五、來稿由本刊編輯委員或送請相關學者專家審查、簽注意見或修改。

稿件內容如需修改者，本刊將再送請作者自行補充修正，作者應於收稿二週內完成修正，如於收稿一個月後仍未將修正稿件寄回者，視同放棄投稿。此外，稿件於確認後付印前，作者應負責校對。
- 六、來稿一經採用，本刊將酌致稿酬（一稿兩投者除外）。
- 七、來稿時填具投稿者基本資料，請註明中英文題目、中英文摘要、作者中英文姓名、通訊處、聯絡電話及行動電話，並檢附中英文摘要。書面文稿（附光碟片）請寄：33307 桃園市龜山區宏德新村 180 號矯政期刊編輯委員會收；或以電子檔電郵至 E-mail：acpe@mail.moj.gov.tw。
- 八、來稿如係譯文，請附授權書，採用節譯、意譯方式譯述，並註明出處及附寄原文。本刊文稿由作者依著作權法之規定自負文責。

九、來稿請依標準格式編排，格式不符者，本刊得拒絕刊登，格式如下：

1. 文獻引用，中文作者顯示全名，英文作者顯示姓氏，年代、日期一律以西元顯示，例如：孫得雄 (1985); Doyle(1988)。
2. 註釋：需說明或引申行文的涵意時，在正文中用阿拉伯數字於註解之詞的右上角，並把詳釋內容列於當頁之最下方，例如：受到人口分佈不均的影響⁵
on recent arrivals gathered in the 1990 Census⁵。
3. 中英文單位請用公制之符號，例如：kg、mg、ml、ppm、pH、cm 等，數值請以阿拉伯數字表示之。
4. 章節編號順序：
中文用：壹、一、(一)、1、(1)。
英文用：I、(I)、1、(1)、A、a、(a)
5. 引用文獻：以文內引用的文獻為限，其餘請勿羅列；中文文獻請按作者姓氏筆畫順序排列，英文文獻依作者姓氏字母順序排列於中文文獻之後；體例如：

期刊論文

- Burnett, J. A. 1990 .A new nannofossil zonation scheme for the Boreal Campanian. *Int. Mannoplankton Assoc. Nwesl.* 12(3); 67-70.
- Crame, J. A. and Luther, A. 1997. The last inoceramid bivalves in Antarctica. *Cretac. Res.* 18:179-195. (2 個作者)。
- Crame, J. A., ; Lomas, S. A. ; Pirrie, D. ; and Luther, A. 1996. Late Cretaceous extinction patterns in Aantarctica. *J. Geol Soc. Lond.* 153:503-506. (2 個以上作者)

專書

- Halam, A. 1994. *An outline of Phanerozoic biogeography.* Oxford, Oxford University Press.

合輯專書

- Carne, J. A. 1983. Cretaceous inoceramid bivalves from Antarctica. In
- Oliver, R. L.; James, P. R. ; and Jago, J. B., eds. Antarctic earth science. Canberra. Australian Academy of Science; Cambridge, Cambridge University Press, 298-302.
同一作者同一年有兩篇以上之文獻，於年代後加上英文小寫字母
- Olivero, E.B. 1988a. Early Campanian heteromorph ammonites from James Ross Island, Antarctica. Natl. Geogr. Res. 4:259-271.

十、矯政期刊編輯委員會電話：(03)320-6361 轉 8543。

十一、矯政期刊經審核通過刊登者，敘獎原則如下：

- (一) 文章字數（含參考資料）一萬五千字以上，且經匿名雙審通過者，每篇最多敘獎 2 名，每名嘉獎 2 次。
- (二) 文章字數（含參考資料）未滿一萬五千字或經匿名單審通過者，每篇最多敘獎 2 名，每名嘉獎 1 次。
- (三) 非本署及所屬同仁投稿經錄取刊登者，本署將比照上述敘獎規定，具函建議至投稿人之服務單位敘獎。

《矯政期刊》投稿者基本資料

姓名 (請以 * 標示通訊作者)	中文： 英文：
投稿篇名	中文： 英文：
投稿類別	<input type="checkbox"/> 學術論著 <input type="checkbox"/> 一般論述或譯文 <input type="checkbox"/> 實務交流與報導 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請註明)
稿件字數	全文共 _____ 字 (含中英文摘要、正文、參考書目、附錄、圖表等)
服務單位及職稱	中文： 英文：
最高學歷 (校名與系所，國外學歷請附上原文)	
通訊住址	
通訊電話	
電子郵件 Email	

* 請依序填寫，檢附此表於投稿首頁。

著作財產權授權同意書

本人所作刊載於矯政期刊（第 卷第 期）

文章名稱：

同意授與法務部矯正署於該文之著作財產權存續期間，享有在任何地點、任何時間以任何方式利用或再授權他人利用該著作之權利，且法務部矯正署不需因此支付任何費用。

著作人擔保本著作係著作人之原創性著作，僅投稿矯政期刊，且從未出版過。若本著作之內容有使用他人受著作權保護之資料，皆已獲得著作權人（書面）同意，或符合合理使用規定於本著作中註明其來源出處。著作人並擔保本著作未含有誹謗或不法之內容，且未侵害他人之權利。

若本著作為二人以上之共同著作，下列簽署之著作人亦已通知其他共同著作人本同意書之條款，並經各共同著作人全體同意，且獲得授權代為簽署本同意書。

立同意書人（著作權人姓名）： （簽章）

身分證統一編號：

戶籍地址：

聯絡電話：

電子郵件信箱：

中華民國 年 月 日

備註：立同意書人即本文作者，並享有著作財產權者

本刊發行宗旨、編輯準則

一、發行宗旨：

探討各種有關矯正業務專業發展之理論和實務，呈現國內外學者專家之創新研究，以及當前矯正政策之重要內容與析論，以促進學術交流，提升專業水準為主旨。

二、主要內容：

- (一) 編輯室：主編的話。
- (二) 特稿：特邀稿件。
- (三) 學術論著：學術論述。
- (四) 一般論著與譯文：一般論述及譯著。
- (五) 實務交流與報導：工作心得及法規報導。

三、發行對象：

- (一) 內政部、教育部及法務部等有關單位。
- (二) 全國各縣市圖書館。
- (三) 大專院校相關科系。
- (四) 法務部矯正署各組室與所屬各機關。

四、各類文稿審核程序

- (一) 投稿者先自選投稿類別。
- (二) 投稿文章送本署彙整後，由各編輯委員檢閱簽註意見後依下列方式審查：
 1. 特稿：得免審。
 2. 學術論著：由各編輯委員推薦之專家學者二人匿名審查、簽註意見或修改，複審意見仍相左時，由召集人另請專家學者複審，修改完畢通過後由主編核定刊登。

-
3. 一般論述與譯文：由各編輯委員推薦之專家學者一人匿名審查、簽註意見或修改，修改完畢通過後由主編核定刊登。
 4. 實務交流與報導：依來稿性質由召集人決定交由本署相關業務主管審查，修改完畢通過後由主編核定。
- (三) 審查後修正稿由原審查人員複審，有爭議時由召集人開會決定。
- (四) 所有投稿文章經審稿彙整後，由召集人開會決定刊登內容與順序。

矯政

Journal of Corrections

【第 8 卷】第 2 期

發行人

黃俊棠

總編輯兼召集人

周輝煌

編輯委員

葉貞伶、陳世志、賴政榮、邱煥棠、張聖照、謝秉睿

執行秘書：鄭哲成

執行編輯：陳俞亨

創刊年月：2011 年 7 月

出版年月：2019 年 5 月

刊期頻率：（半年刊）每年 1 月、7 月

出版者：法務部矯正署

聯絡地址：33307 桃園市龜山區宏德新村 180 號

聯絡電話：(03) 3206361 轉 8543

傳 真：(03) 3188550

網 址：<http://www.mjac.moj.gov.tw>

設計印刷：群御廣告 (04) 2422-2277

定 價：每本新臺幣 300 元

統一編號 (GPN)：2010000680

ISSN：2224-1205

DOI：10.6905/JC

◎著作權利管理資訊：

著作財產權人保留對本書依法所享有之所有著作權利，欲重製、改作、編輯本書全部或部分內容者，須先徵得著作財產權管理機關之同意或授權。

【請洽法務部矯正署（計畫研考科，電話 03-3206361 轉 8543）】



法 務 部
Ministry of Justice

www.mjac.moj.gov.tw



GPN : 2010000680