

我國藥物濫用問題探討

台北醫學院公共衛生學研究所

呂淑好

摘要

藥物濫用為全球一致關切的問題。近年來，台灣地區隨著經濟發展，社會趨向富足與多元化，藥物濫用的問題也日益嚴重，在民國八十二年時達到最高峰。據估計，在當時非法使用成癮藥物及毒品的人數約有二十至三十萬人。

目前常被濫用的藥物主要有海洛因、安非他命、以及嗎啡等。使用方式以靜脈注射與吸入為主。藥物濫用的成因，一般認為是多重因子交互作用的結果；在個人方面，包括生物、心理、行為及人口學因素；在環境方面，包括家庭及社會因素。國內大部分的藥物濫用者集中在 11 歲至 40 歲；另外，男性、未婚、低學歷及無固定職業者較易有藥物濫用的行為。

儘管政府自民國八十二年五月正式向毒品宣戰以來，結合民間的力量全民反毒，頗具成效，犯毒人數及毒品查獲量已顯著減少；未來有關法令的修正頒布將更有助於提昇反毒的績效。然而，近年來毒犯累犯之比例仍高，且有替代性濫用藥物的出現，如：MDMA，FM2 等，可見反毒政策除防堵環境的毒品供給外，也應適當的疏導個體對毒品之需求。如何加強特殊群體之拒毒認知與能力，落實社區的反毒共識與行動，以及加強反毒策略的效益評估，應為未來主要努力之方向。

第一章 前言

自古以來，人類社會即或多或少存在藥物濫用的問題。魏晉南北朝（六朝）時代在貴族之間盛行的「五石散」，即是麻藥的一種，可刺激神經，使精神開朗。而在清朝鴉片戰爭後，中國鴉片的吸食人口約達兩千萬人，消費量曾於 1906 年時

達四萬公噸，佔全球鴉片供應量之百分之九十五^[1,2]。

近年來藥物濫用的問題也受到社會各界的重視。從歷年的司法案例統計資料觀察，煙毒與麻藥犯罪約可分為三個階段：第一階段為潛伏期（民國四十四年至六十九年），當時毒品案件判決確定有罪人數，都在千人以下，佔全體犯罪比例的1.5%以下；第二階段為發作期（民國七十年至七十九年），由於速賜康的盛行，犯罪人數增加為二至三千人，約佔全體犯罪比例4.5%；第三階段為氾濫期（民國八十年迄今），由於安非他命納入麻醉藥品管理處罰，毒品犯罪急遽增加至四萬多人，佔整體犯罪人數四分之一以上^[3,4]。自民國八十二年以來，台灣地區各監獄受刑人有一半以上為毒品犯。其中，純施用毒品（煙毒及麻藥）者歷年來都佔毒品犯百分之六十以上。以民國八十五年為例，台灣各監獄收容受刑人41,525人中，純施用毒品者高達14,536人，佔所有毒品犯受刑人（23,406）之62%，佔在監受刑人總數之35%^[5]。

此外，依據行政院衛生署八十六年之藥物濫用監測系統報告^[6]，目前使用藥物仍以海洛因為主（51%），其次為安非他命（30%）。使用途徑方面以靜脈注射最多（36%），其次是以香菸或煙管方式吸食（22%）藥物，再次為加熱成煙霧後鼻吸（19%）。值得注意的是：有百分之九十七的首次藥物濫用者為11歲至40歲；另外，男性，未婚、低學歷及無固定職業者較可能有藥物濫用的行為^[6]。由此可見，藥物濫用不僅是嚴重的社會問題，也是向公共衛生、醫學界極大的挑戰。

第二章 藥物濫用之定義及種類

台灣地區藥物濫用監測系統對於藥物濫用（drug abuse）之定義^[6]為：「不是為了醫療目的，不經醫師處方或指示的情況下，習慣性使用麻醉藥品或影響中樞神經作用的物質。」由於文化背景不同，各國對於藥物濫用與成癮之定義及其診斷標準也有差異，但目前國際潮流仍以世界衛生組織（World Health Organization, WHO）所公佈之「國際疾病分類系統」（International Classification of Diseases, ICD）與美國精神醫學會所公佈之「精神疾病診斷與統計手冊」（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM）為主要依據^[1]。

而隨著時代的不同，對於藥物濫用的問題，也賦予不同的意義。聯合國世界衛生組織（WHO）在1964年修訂藥物成癮定義，並以「藥物依賴」取代之。其定義乃是指：凡起因於重複使用某種藥物，產生必須依賴此藥物的狀況而言，其產

生之藥物依賴因隨藥物不同而有異。藥物依賴又分兩種^[7]：1. 心理依藥性（Psychological Dependence）：為了得到快感而持續或周期性地使用藥物，以達到精神上的滿足狀態而言。2. 生理依藥性（Physical Dependence）：受到重複使用藥物影響的一種生理狀態，需要持續使用藥物，否則會產生戒斷症狀（withdrawal symptoms）如流淚、打哈欠、嘔吐、腹痛、痙攣等現象。

另外，根據美國1952年公佈的「精神疾病診斷與統計手冊」第一版（DSM-I），將此類問題稱為藥癮（Drug Addiction），於1968年的第二版診斷標準（DSM-II）又稱之為藥物依賴（Drug Dependence），到了1980年的第三版診斷標準（DSM-III）則改稱為物質使用違常（Substance Use Disorders）。至於1994年的第四版診斷手冊（DSM-IV）則稱之為物質相關違常（Substance-Related Disorders），其對於物質濫用與物質依賴之診斷標準^[8]如下：

一、物質濫用（Substance Abuse）

- （一）某種使用成癮物質的不良適應模式，導致臨床上明確的障礙和困擾，在十二個月的期間中呈現下列現象一項以上；
1. 角色職責（role obligations）：由於重複使用成癮物質以致無法完成工作、學校、或家庭中主要的角色職責。
 2. 身體危險（physically hazardous）：由於重複使用成癮物質以致置身於可能導致身體危險的處境（如醉酒駕駛）。
 3. 法律問題（legal problems）：重複發生與成癮物質使用有關的法律問題（如使用海洛因被逮捕）。
 4. 社交與人際問題（social and interpersonal problems）：不顧成癮物質對社交與人際問題持續或重複產生影響仍然使用成癮物質。
- （二）症狀尚未符合該類成癮物質依賴的診斷要件。

二、物質依賴（Substance Dependence）

某種使用成癮物質的不良適應模式，導致臨床上明確的障礙和困擾，在十二個月的期間中呈現下列現象三項以上；

- （一）耐受性（Tolerance）其定義如下列任一項：
1. 需要顯著增加成癮物質的用量以達到中毒或期望的效果。
 2. 持續相同的用量及使用方式但藥效明顯下降。
- （二）戒斷症狀（Withdrawal）其定義如下列任一項：
1. 出現該成癮物質具特徵性的戒斷症狀。
 2. 持續使用相同（或相近）的物質以解除或避免戒斷症狀。
- （三）該成癮物質經常被大量使用或過長時間使用超過原先的使用企圖。

- (四) 持續想要戒掉或控制該成癮物質的使用，或有數次未能成功的努力。
- (五) 許多時間耗費在與成癮物質相關的活動，如取得、使用該成癮物質或自成癮物質的反應中回復。
- (六) 由於成癮物質的使用以致於減少或放棄重要的社交、職業、或娛樂活動。
- (七) 雖明知持續或重複使用該成癮物質，會導致或加重身體或心理問題卻仍持續使用該成癮物質。

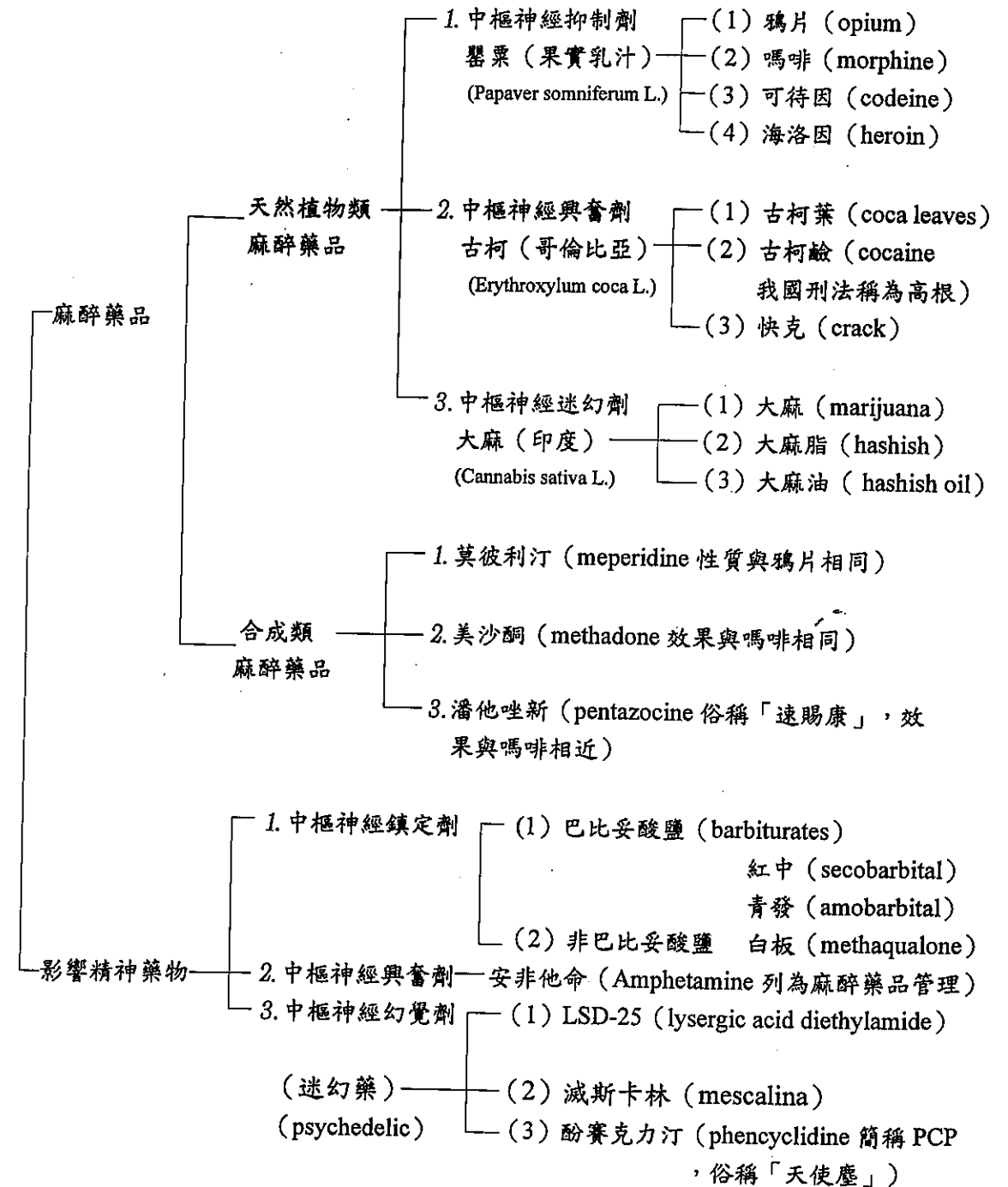
另外，依 1992 年國際疾病分類第十修訂版 (ICD - 10)，精神及行為疾病分類，藥癮係屬「依賴症候群」的一種。「依賴症候群」的特徵之一是使用精神作用藥物、酒精或煙類之慾望，時常甚為強烈，有時甚至令人難以抗拒。且在戒除一段時間後，若再度使用，可能會比別人更快復發依賴症候群，其診斷準則為在過去一年中，具有下列或三種以上之症狀，方能作成依賴之確定診斷^[1]：

1. 使用某一物質之強烈慾望或強迫意念。
2. 控制物質使用之行為有困難，包括何時開始、何時結束或使用至何種程度。
3. 當停止使用此物質或用量減少時，出現生理性之戒斷症狀。
4. 「耐受性」(Tolerance) 之產生：即指需使用更高量之精神作用物質，以產生原先較低劑量即可達到之效應。
5. 使用精神作用物質，而逐漸放棄了其他娛樂或休閒活動，而花越來越多的時間，去取得或使用此種物質，或自其藥效中恢復過來。
6. 即使事實清楚地顯示，使用該物質會導致嚴重之後果，如：大量飲酒會傷害肝臟；一段時間大量使用某一物質會導致情緒低落，或造成認知功能受損，卻仍持續使用。

基本上，DSM - IV 與 ICD - 10 之診斷標準極為類似，而藉由瞭解藥物濫用與藥物依賴之症狀差別，將有助於預防與治療處理之規劃。

依據 1988 年聯合國「禁止非法販售麻醉藥品及影響精神藥物公約」(簡稱「聯合國反毒公約」)，毒品種類的區分，主要分為麻醉藥品 (narcotic drugs) 及影響精神藥物 (psychotropic substance) 兩大類，詳如表一^[1]。

表一 「聯合國反毒公約」毒品種類表



台灣地區較常被非法使用或濫用的藥物包括嗎啡、海洛因、安非他命、速賜康、紅中、白板、強力膠、大麻等，茲分述於後。

一、嗎啡 (Morphine)

為鴉片的主要生物鹼。1806年由德國化學家 Serturmer 首先自鴉片中抽提出來，也是第一種純化的生物鹼，有鎮痛及催眠作用。於1820年由德國默克藥廠正式生產製造。1853年時發現皮下注射方法後，其中毒成癮性逐漸由歐洲蔓延開來。嗎啡最主要的功效在於其優異的止痛作用，但不會影響其它的感官功能（如觸覺）。通常皮下注射一至二分鐘後（口服三十分鐘至一小時內），便開始產生快樂感。其毒性較為溫和，但長期使用仍會產生耐藥性、依賴性及禁斷症狀。副作用很多，如：呼吸抑制、噁心、嘔吐、眩暈、精神恍惚等。部分病人會產生譫妄、失去方位感、運動不協調、失去性慾或性能力等現象^[7,9]。

二、海洛因 (Heroin)

為嗎啡之醋酸基衍生物，1874年由德國化學家首先合成，1898年德國 Bayer 藥廠即開始大量生產製造，並以 Heroin 之名銷售。其鎮痛功效為嗎啡之四至八倍，毒性為嗎啡之十倍。大部分國家均已禁止製造進口及醫療使用。目前大都以靜脈注射方式濫用，長期使用會產生強烈的耐藥性、依賴性及禁斷症狀。大量攝取會導致呼吸困難、昏睡致死^[7,9,10]。

三、安非他命 (Amphetamine)

於1887年首先由 Edeleano 合成（甲基安非他命於1919年被合成）。其主要的藥理功效包括：警覺作用、欣快作用及食慾抑制作用。我國於民國六十年將其列為禁藥，七十九年列為麻醉藥品管理。安非他命經吸入、口服或注射進入體內後，在血中濃度的半衰期平均為20（10~30）小時。安非他命自體內消失所需時間遠比欣快效應持續時間為長，以致有些濫用者一天之內注射高達十次之多。另外，濫用安非他命具有耐藥性以及非它不可的強烈精神依賴性。安非他命之急性中毒表徵包括：無法入眠、話多、頭痛、出汗、高燒、血壓上升、頻脈、散瞳、口渴、食慾減退等；慢性中毒症狀包括：中毒性精神障害（幻覺、妄想等）^[7,10]。

四、速賜康 (Pentazocine)

原為便宜而有效的鎮痛劑，但使用後會產生一些欣慰感、陶醉感及脫離現實的感覺。曾在民國六十年代盛行，又稱「孫悟空」。民國六十八年被納入麻醉藥品管理。此類藥品長期使用會導致成癮，並且對肝臟、腎臟功能以及中樞神經系統有實質性的傷害；濫用者常有違反社會秩序及法律

之行為，使用過量會抑制呼吸中樞而致死^[10]。

五、巴比妥酸鹽類 (Barbiturates)

此類藥品常被濫用者主要為紅中 (Seconal) 及青發 (Amytal)，原本均用於治療失眠。此類藥物會抑制中樞神經，造成意識障礙，偶而會有欣快感，並具有成癮性、耐藥性及禁斷症狀。服用過量會造成運動失調、暈眩、呼吸困難、低血氧、酸中毒、循環障礙、視覺障礙、昏迷，甚至致死。另外，同屬安眠鎮靜類而常被濫用的藥品為 Norminox，俗稱白板，亦有上述巴比妥酸鹽類之副作用，常被青少年當作迷幻藥來用。也會抑制中樞神經，造成意識障礙，易產生習慣性及耐藥性，服用過量會造成運動失調、暈眩、呼吸困難、視覺障礙、昏迷等，甚至可能致死^[10]。

六、強力膠 (Glue)

及有機溶劑吸食強力膠及其他有機溶劑，以國中生或年幼及低收入者較易濫用。這些有機溶劑包括汽油、煞車油、潤滑油、油漆稀釋劑、油污清除劑及去指甲油等溶劑。其內含有苯、甲苯、二甲苯、四氯化碳、氯仿、丙酮、乙酸戊脂、三氯乙烷、石油精、乙醇、異丙醇等揮發性物質。青少年在吸食時，通常將強力膠或揮發性物質裝在塑膠袋中，蓋住口鼻，將其揮發性氣體吸入體內。這些物質有的是中樞神經抑制劑，在高濃度下會產生麻醉現象，甚而致死。此類物質具有成癮性，主要毒害包括知覺遲鈍、運動失調、智能減低及失去自我控制能力等。經濟部於民國六十五年規定強力膠加添芥子油使產生惡臭，以防吸食^[9,10]。

七、大麻 (Marijuana)

大麻是印度大麻 (Cannabis sativa) 類之植物，依美國之定義，大麻植物之全部，其抽出物，衍生物統稱為大麻 (Marijuana)。通常吸食者利用其葉、花或其他部分切碎，製成捲煙，故稱大麻煙。其中含 THC (Tetrahydrocannabinol) 主要之成分。此類物質有心理依藥性，也有耐藥性，其症狀特徵為：①急性症狀包括陶醉感、飄飄欲仙的意識狀態、無方向感、對時間及空間的感覺也常扭曲，無法正確的判斷，脫離現實，無企圖心，對一切事物皆置身事外，產生所謂的「動機缺乏症」，妄想及疑心，因而導致的行為障礙。②對身體生理之影響有頻脈、發汗、雙目結膜紅腫、步行不穩、眼球震盪。在女性使用者中，月經週期之障礙也會發生。此外，長期使用，肺功能也會受到傷害，氣管之切片有上皮細胞之變性。雖然大麻不會引起精神分裂病，但如果精神分裂病人吸大麻，則會使精神病症加劇。如果懷孕之婦女吸用大麻，其嬰兒會體重下降，而其神經系統之活動可能

有變化^[10]。

另外，由於目前國內對毒品之定義侷限於煙毒及非法使用之麻醉藥品，因此，有些藥物濫用個案改以選擇部分影響精神藥品或未列入麻醉藥品管理的新化學結構藥品，或轉向醫療機構取得麻醉藥品予以濫用^[1]。近一、二年來發現的替代性濫用藥物以 MDMA 與 FM2 最受重視，茲分述如後。

一、MDMA (Methylenedioxy methamphetamine)

為亞甲雙氧甲基安非他命之簡稱。MDMA 為一種中樞神經興奮劑，俗稱忘我、亞當、狂喜、快樂丸；其藥理作用及結構與安非他命相似，在歐洲有濫用的情形。MDMA 一般濫用方式為口服，使用者的行為特徵有多話、喋喋不休、食慾降低、情緒及活動力亢進、產生幻覺及狂喜等。其對身體傷害為興奮中樞神經並具迷幻作用，其他症狀尚有食慾不振、牙關緊閉、噁心、肌肉痛、運動失調、流汗、心悸、疲倦及失眠。MADA 引起之毒性包括體溫過高、血管疾病、心率不整；致命的毒性包括橫紋肌溶解、散布性靜脈凝集及急性腎衰竭。另外，中毒時易發生體溫過高（可高達 43°C），甚至引發併發症，導致死亡。長期使用會產生心理依賴，造成強迫性使用，引致抑鬱及精神錯亂，亦時有惶恐不安感甚至自殺傾向。長期使用也會造成神經系統損傷，產生情緒不穩、憂鬱、視幻覺、失眠、記憶減退、妄想等症狀；而且因自我控制能力減弱及產生幻覺，易發生意外傷害。

二、FM2 (Flunitrazepam)

FM2 是 Flunitrazepam 2 毫克的縮寫，有些錠劑上打印「FM2」字樣及「+」圖案，俗稱十字架。Flunitrazepam 在分類上屬於影響精神藥品 (Psychotropic Substance)，是一種中樞神經抑制劑，誘導睡眠迅速，醫療上用來治療失眠症。FM2 一般濫用方式為口服，使用者的行為特徵有步履蹣跚、心神恍惚、注意力不集中及記憶力減退等。具心理及生理依賴性，過量使用會引起嗜睡、神智恍惚及昏迷現象，並造成反射能力下降、運動失調、頭痛、噁心、焦躁不安、性能力降低、思想及記憶發生問題、精神紊亂、抑鬱等情況。急性中毒時會因中樞神經極度抑制而產生呼吸抑制、血壓驟降、脈搏減緩、意識不清及肝腎功能受損終至昏迷而死。安眠鎮定劑是意外或非意外過量用藥事件中最常見者，不論劑量多寡，都可能對駕駛或操作複雜機器等技能造成不良影響。禁斷症候包括焦慮、失眠、發抖、妄想、顫語，亦可能致死。

一般常見之濫用藥物及其毒害可歸納如表二之簡表。

表二 常見濫用藥物種類及毒害分類簡表

毒品種類區分	種類	藥理學上分類	醫療用途	依賴性		成癮性	主要毒害症狀
				生理	心理		
麻醉藥品 (Narcotic drugs)	鴉片 (Opium)	中樞神經抑制劑	鎮痛、止瀉	高	高	有	知覺錯亂造成意外傷害，抑制呼吸可致死亡
	嗎啡 (Morphine)		鎮痛	高	高	高	
	海洛因 (Heroin)		禁止使用	高	高	有	
	美沙酮 (Methadone)		鎮痛	高	高	有	
	古柯鹼 (Cocaine)	中樞神經興奮劑	局部麻醉	可能有	高	有	被害妄想精神病 (疑心被人加害) 心臟衰竭、休克
影響精神藥物 (Psychotropic substance)	大麻 (Marijuana)	中樞神經興奮或抑制劑	禁止使用	沒有	輕微	有	產生幻覺，脫離現實，性能力下降，對時空認知錯亂造成意外傷害 (如墜樓)
	紅中 (Secobarbital)	中樞神經抑制劑	安眠、鎮定	高	高	有	運動失調，使用過度導致昏迷或死亡
	青發 (Amobarbital)		安眠、鎮定	高	高	有	
	白板 (Methaqualon)		安眠、鎮定	高	高	有	
	FM2 (Flunitrazepam)		安眠、鎮定	高	高	有	
安非他命 (Amphetamine)	中樞神經興奮劑	禁止使用	輕微	高	有	被害妄想精神病 (疑心被人加害)，意識不清造成意外傷害 (如衝撞汽車、自殺)，心律不整、心臟衰竭、休克	
LSD (Lysergic acid diethylamide)	中樞神經興奮或抑制劑	禁止使用	無	高	有	產生幻覺、精神異常	

第三章 藥物濫用之成因

雖然有關藥物濫用的成因，迄今尚無定論，但一般咸認藥物濫用絕非由單一因素即能解釋^[11]，而是由多種因素來造成個人的易罹病性 (individual susceptibility)^[12]；整體而言，強調個體—藥物—環境的交互作用^[13]。綜合國內外許多研究顯示，藥物濫用之危險因子可分為個人與環境兩大方面：個人方面包括生物因素、心理因素、行為因素及人口學因素；而環境方面則包括家庭因素與社會因素。茲分述於下：

一、個人方面：(一) 生物學因素：主要強調的是個體遺傳之易罹病性及藥物對中樞神經腦細胞之酬償機制和藥物相關之制約事件所形成的「渴求」(craving)，以及藥物對個體心智功能 (認知和動機) 損傷之惡性循環 (motivation distortion theories)^[13]。國內對於酒癮患者的流行病學研究發現台灣原住民酒癮比率較漢民族高出很多，可能與漢民族體內 ALDH 酵素缺少有關^[14]。國外研究亦認為遺傳的特質 (genetic predisposition) 與物質濫用有關^[15]。(二) 心理因素：國外研究發現有一些人格特質與物質濫用有關^[16]。例如：自尊的程度^[17] (level of self-esteem)、控制情況^[17,18] (locus of control)，以及憂鬱的感覺^[19,20]。國內研究則發現好奇心為首要的吸毒動機^[21-25]。其他使用毒品的原因尚包括：追求刺激^[4,21,24]及紓解壓力^[21-23]。(三) 行為因素：國外研究指出，有反社會行為^[26]及違法行為^[27]，課業成績不佳或失學者^[28-30]較易有藥物濫用的可能。國內亦有類似之研究結果^[4,22,23]。(四) 人口學因素：國內外研究都發現人口學因素，如：年齡^[4,19]、性別^[4,22,28,31,32]與藥物濫用有關。根據歷年統計資料顯示^[5]，民國八十年迄今，每年煙毒麻藥罪犯約有百分之八十五以上為 189 歲者，有百分之八十以上為國中或高中程度者，且職業狀況以無業者佔最大比例，佔百分之四十以上。行政院衛生署藥物濫用偵測系統^[6]亦發現從八十四年一月至八十六年二月期間，濫用藥物之個案男性佔 82%，女性佔 18%；年齡分布以 11 歲至 40 歲為主 (約 90%)；婚姻狀況以未婚者最多。此外，根據八十二年至八十五年台灣地區在校青少年藥物濫用盛行率之調查結果^[22]，其盛行率大約在 1.1% 至 1.4% 之間。

二、環境方面：(一) 家庭因素：國外研究指出，父母有藥物濫用行為^[33,34]及家庭失和者^[19,35]與青少年之藥物濫用有關。國內研究亦顯示家庭因素影響藥物之濫用行為^[22,23,25,37,38]及戒治^[24,39,40]之效果。(二) 社會因素：國外研究發現同儕使用藥物

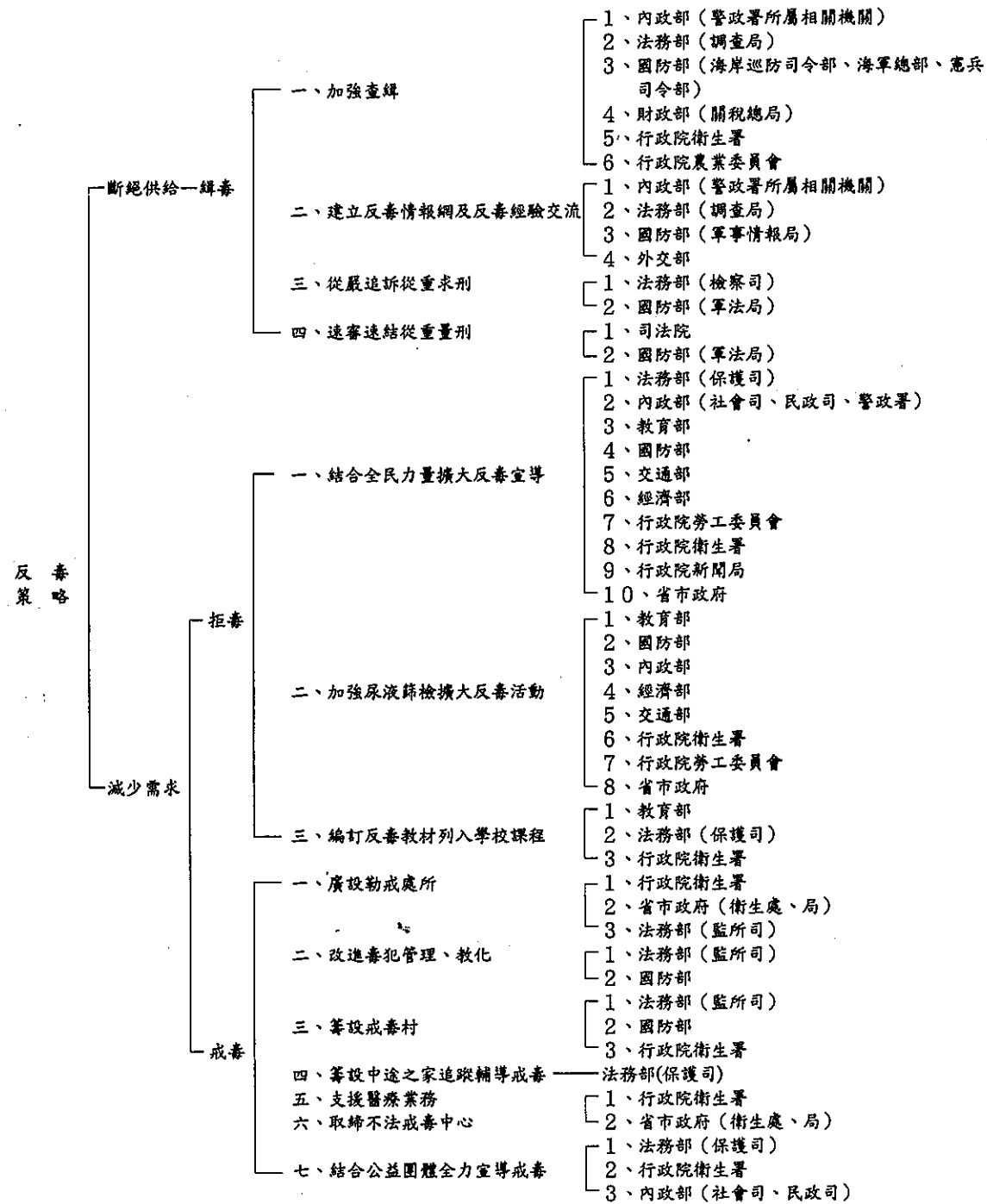
^[34,36,41]對於藥物濫用行為有顯著影響。國內亦有許多研究發現藥物濫用的主要原因之一為朋友引誘^[4,21-23]。

第四章 藥物濫用之防制

近年來，藥物濫用已成為全球一致關切的問題，聯合國於 1988 年制定「禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約」，並於 1990 年召開高峰特別會議，通過「全球行動綱領」，宣佈 90 年代為全球反毒年代^[2]。而國內反毒工作，則在民國八十二年五月，由政府正式「向毒品宣戰」，並於八十三年二月成立跨部會的「中央反毒會報」，以「斷絕供給」與「減少需求」為反毒目標，並依各機關的特性區分為緝毒、拒毒、戒毒三組，並積極研擬對策等，相互協調，統合執行。一般而言，濫用藥物防治工作之範圍^[42]包括：(一) 犯罪防制：毒品之流通與一般犯罪之防制；(二) 治療與檢驗：毒品之治療、復健、諮詢、勒戒與檢驗體系之建立；(三) 教育與宣導：校園、社區、工作場所之反毒宣傳；(四) 不法藥物流通之禁絕：原料、化學品、毒品輸送管道之查禁；(五) 國際合作與兩岸交流：東南亞及海峽對岸之來源；(六) 情報與資訊系統之建立；以及(七) 研究與發展：毒癮治療、盛行率調查、偵毒科技、毒癮之精神醫學與基礎研究。

有關反毒策略之內容及執行單位詳如表三^[3]。

表三 反毒策略圖解



根據統計，犯毒人數及查獲毒品數量，自民國八十二年之高峰後，已呈現下降趨勢，顯示反毒工作已有具體成果^[5]。在煙毒犯罪方面，已由八十二年的 12,887 人減至八十五年的 6,777 人。麻藥犯罪則由八十二年的 34,949 人減至八十五年的 19,716 人。另外，八十五年查獲的煙毒有 160.41 公斤，較八十二年減少 1443.77 公斤 (43%)^[6]。

第五章 討論與建議

從公共衛生預防醫學的角度來看疾病的防治，通常有所謂的三段五級^[43]的預防工作。藥物濫用雖被社會學家視為一種偏差行為，但其本質也是一種危害身心健康的衛生問題。因此，有關藥物濫用的防治，也應透過三段五級的觀念來推展。

在初段預防方面，首先找出藥物濫用的危險因子，藉著改變個人對於藥物濫用的易罹病性，或是降低暴露於濫用藥物的生態環境之機率，以達到避免危險因子發生作用的目的。換言之，即預防藥物濫用行為的發生。此階段之預防又可分為兩級：促進健康與特殊保護。在促進健康方面，近年來有關反毒、拒毒的教育宣導活動風起雲湧，並全面推廣青少年休閒生活輔導，減少毒品誘惑；而在特殊保護方面，則著重毒品的查緝、斷絕環境中的毒品來源和接觸的機會。

在次段預防方面，目的在於早期診斷和適當治療。主要任務則為找尋病例（濫用藥物者）及篩選檢定。目前的反毒政策除持續加強辦理部隊官兵、外籍勞工與學生之篩檢工作外，也辦理高危險群及公共相關行業人員篩檢工作，並加強濫用藥物尿液篩檢機構之認可與管理^[44]。

在末段預防方面，則在於藉著臨床的治療，使藥物濫用者戒除毒癮，防止濫用個案進一步形成人格與智能的殘障。此階段之工作又可分為兩級：限制殘障及復健。除適當的戒治以外，也應提供心理、生理和職能的復健，俾使濫用個案回歸社會。目前政府在末段預防的努力包括：研修相關法令、解除戒毒障礙、擴增藥癮治療設施、擴大收治濫用個案及發展本土化藥癮治療模式，增進治療效果^[44]。

藥物濫用不僅造成公共衛生極大的挑戰，其對於政治、經濟、文化等各層面均有影響，而且必須以永續經營的方式準備長期抗戰。以美國為例，其藥物濫用問題演變至今已近一世紀，但其政府仍需在八〇年代發動全面反毒戰爭，來避免社會危機^[45]。我國自民國八十二年以來，已進入如同「第二次鴉片戰爭」的奮鬥。近四年來，每年一度的全國反毒會議對於「緝毒」、「拒毒」與「戒毒」三方面的

反毒工作都做詳細的檢討與改進。從犯毒人數與查獲毒品總量的減少，似乎已顯示出政府反毒的績效，而未來有關法令的修正通過（如：毒品危害防制條例），亦將會對全民反毒有更大的助益。

然而，目前仍有多項問題值得深思。茲分述如下：（一）預防教育普及化而無法特殊化及深入化：根據統計，有關反毒宣導活動自八十二年五月至八十五年十二月止，共有 8,769 場次，而參加人數超過六百餘萬人次^[44]。在大眾傳播媒體宣導方面，至少發展出八十多種視聽媒體教材，一千多種平面媒體教材，宣導種類、方式不但多元化，發行數量總計更超過兩千餘萬份^[44]。相信如此波瀾壯闊的宣導資訊，已經引起一般民眾對於藥物濫用問題的注意（awareness）。然而，從行為科學的角度來看，行為的改變通常是經由信念（belief）影響知識（knowledge），進而影響態度（attitude）及意圖（intention），然後才影響行為（behavior）。所以知識只是影響行為的必要條件而非充分條件。此外，宣導教育亦多偏向於認知層面，對於用藥態度、溝通技巧與拒藥效能，無法有「深入化」的訓練。而且，目前反毒教育多偏向以在校學生及一般民眾為宣導對象，對於屬於藥物濫用之高危險群體，如：從事特種行業人員、公共安全相關行業人員、出獄毒犯及輟學青少年等，反而較無法觸及。因此，未來宜尋求適當管道將反毒教育「特殊化」，普及到特殊族群，同時重視藥癮次文化^[46]對行為之影響。（二）替代性毒品有濫用跡象：近一、二年來，國內已查獲 MDMA（Methylenedioxy methamphetamine，俗稱快樂丸、狂喜）及 FM2（Flunitrazepam，俗稱強姦藥片、十字架）之走私與濫用案例^[5]，顯示國人對濫用藥物仍有需求性。尤其是 FM2 目前仍屬合法藥品，管制困難，故在初段預防之「特殊保護」方面，亟待加強。（三）毒品犯再犯及累犯情形嚴重：自八十二年以來，毒品犯再、累犯情形有逐年遞增的現象。毒品犯中，再、累犯之比例從八十二年的 31.2% 增至八十五年的 52.1%^[5]。由於毒品犯中約有百分之九十為吸毒犯，因此再、累犯比例的遞增，充分反映出毒癮戒治之艱鉅。在末段預防之「復健」方面，尚待加強藥物濫用個案戒治出院後之追蹤訪視及社會支持系統的建立。目前國內藥物濫用個案兼有犯者與患者雙重身份。從另一個角度來看，這些個案亦可被視為毒品的「受害者」（victim）。在其戒治與復健過程中，亟需社會大眾以寬容的態度代替歧視。社會支持（social support）不僅可以強化個人調適行為，增進解決問題之能力，使個人產生自我保護，避免受到生理與心理上的傷害與影響，並具有緩衝或減輕生活壓力與挫折之作用^[47]。此外，由於靜脈注射毒癮者為吸毒犯中的最大群體，且可能經由共用針頭之危險行為感染愛滋病。截至八十六年六月為止，毒癮者已累計有 44 人經檢驗為愛滋病毒抗體呈陽性者，佔所有感染愛滋病毒個案之 3.3%^[48]。如何加強藥物濫用個案有關愛滋病的

宣導教育，應考慮併入有關之反毒教育宣導。（四）各項反毒策略缺乏成本效益之評估：大部分的衛生教育計劃無法在短期內觀察到其對行為改變的影響。在藥物濫用教育方面，由於吸食者多兼有藥物依賴。故對於藥物濫用的個案，通常可增進其藥物有關知識，較無法改變其吸食態度或抑止其吸食行為。因此，在宣導教育計劃之評估極為困難。無法確切地估算計劃之成本效益。然而，在政府投注許多人力及財力的反毒戰爭中，仍需逐漸發展計劃之評估方法來鑑定藥物教育的有效性（effectiveness）及整體反毒策略之成本效益分析。

第六章 結 語

藥物濫用是嚴重的社會問題，也是向公共衛生及醫學界極大的挑戰，其防治應以三段五級的理念為架構，從預防、篩檢、治療到復健，都有連續性的照顧及輔導。同時，對於目前各項反毒策略應予以有系統之評估，使投入的人力與財力都能做最有效的運用。此外，應加強特殊群體之拒毒認知與能力，將反毒的行動推展深入於社區之中，如：組織自助團體（self-help group），並結合社區資源，培養解決問題之能力，使全民反毒得以永續經營。

參考文獻

1. 法務部等（民 84）：反毒報告書。台北：法務部、教育部、行政院衛生署。
2. 法務部（民 86）：反毒讀本—八十六年全國反毒會議反毒成果展示導覽說明。台北：法務部。
3. 行政院衛生署等（民 85）：反毒報告書。台北：行政院衛生署、法務部、教育部。
4. 法務部（民 84）：毒品犯罪型態及相關問題之研究。台北：法務部犯罪研究中心。
5. 教育部等（民 86）：反毒報告書。台北：教育部、法務部、行政院衛生署。
6. 陳國東等（民 86）：國內精神醫療院所藥物濫用者的流行病學研究。1997 藥物

- 濫用防制研討會—藥物濫用預防及教育。頁 22-23。台北：行政院衛生署。
- 7.行政院衛生署（民 82）：防制嗎啡海洛因濫用宣導教育手冊。台北：行政院衛生署。
- 8.American Psychiatric Association (1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) .Washington , DC : American Psychiatric Association.
- 9.林漢堂（民 81）：藥物濫用問題之探討。警學叢刊，第 23 卷 2 期。頁 12536。
- 10.行政院衛生署（民 84）：防制安非他命濫用宣導教育手冊。台北：行政院衛生署。
- 11.Jones, C. and Battjes, R.J. (1985) . Etiology of Drug Abuse : Implication for Prevention . National Institute on Drug Abuse Research Monograph No.56.
- 12.Orford, J. (1985) . Excessive Appetites : A Psychological View of Addictions. New York : John Wiley and Sons.
- 13.唐心北（民 82）：藥物濫用成癮者之心理社會治療。藥物濫用防治研討會（II）藥物成癮者醫療戒治。頁 108-112。台北：行政院衛生署。
- 14.行政院衛生署（民 82）：中美藥物濫用研討會重點摘錄。台北：行政院衛生署。
- 15.Goodwin, D.W. (1985) . Alcoholism and Genetics. Archives of General Psychiatry, 42: 171-174.
- 16.Oettin, E.R. and Beauvais, F. (1990) . Adolescent drug use: Findings of national and local surveys. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58: 385-394.
- 17.Hawkins, J.D.; Lishner, D; and Catalano, R.F. (1985) . Childhood predictors and the prevention of adolescent substance abuse. In Jones, C.L., and Battjes, R.J. eds. Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention. National Institute on Drug Abuse Research. Monograph No.56 pp. 75-126.
- 18.Jurich, A. and Polson, C.C. (1984) . Reasons for drug use. Comparison of drug users and abusers. Psychological Reports, 55: 371-378.
- 19.Kandel, D.B.; Simcha-Fagan, O.; and Davies, M. (1986) . Risk factors from delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood. J Drug Issues, 60(1): 67-90.
- 20.Newcomb, M.D. and Bentler, P.M. (1986) . Frequency and sequence of drug use: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. J Drug Educ, 16(2): 101-120.
- 21.行政院青年輔導委員會（民 86）：青少年對毒品看法之研究。台北：行政院青年輔導委員會。

- 22.周碧瑟（民 86）：台灣地區在校青少年藥物濫用盛行率與危險因子的探討。1997 藥物濫用防治研討會—藥物濫用預防及教育。頁 34-39。台北：行政院衛生署。
- 23.傅瓊瑤、周碧瑟、劉美媛、王宗慧（民 85）：青少年用藥盛行率與危險因子之探討（五）。行政院衛生署八十五年度委託研究計畫研究報告。
- 24.陳朝灶、張文毅、唐心北（民 82）：藥物濫用者醫療處置服務初步評估性研究。行政院衛生署八十二年度委託研究計畫研究報告。
- 25.法務部（民 81）：青少年濫用藥物問題之研究。台北：法務部犯罪問題研究中心。
- 26.Wechsler, H. and Thum, D. (1973) . Teenage drinking, drug use, and social correlates. Journal of Studies on Alcohol, 34:1220-1227.
27. Hawkins, J.D.; Lishner, D.M.; Jenson, J.M.; Catalano, R. (1987) Delinquents and drugs: What the evidence suggests about prevention and treatment programming. In: Brown, B., and Mills, A., eds. Youth at Risk for Substance Abuse. Rockville, MD: Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, pp. 81-131.
- 28.Kellam, S.G.; Brown, C.H.; and Fleming, J.P. (1983) . The prevention of teenage substance use: Longitudinal research and strategy. In: Coates, T.J.; Petersen, A.C.; and Perry, C., eds. Promoting Adolescent Health: A Dialogue on Research and Practice, pp. 171-200.
- 29.Smith, G.M. and Fogg, C.P (1978) . Psychological antecedents of teen-age drug use. In: Simmons, R.G., ed. Research in Community Mental Health, Vol. 1. Greenwich, CT: JAI Press, pp. 87-102.
- 30.Jessor, R., and Jessor, S.J. (1977) . Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study Of Youth. New York: Academic Press.
31. Johnston, L. D.; O'Malley , P. M.; and Bachman, J. G. (1985) . Drug Use Among American High School Students, College Students and Other Young Adults: National Trends Through 1985. DHEW pub. No. 86-1450, Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- 32.李蘭、晏涵文、梁廣義、洪百薰、楊雪華、童淑琴（民 84）：台北市高職學生使用成癮藥物行為研究（I）：預防教育需求評估結果。行政院國科會專題研究。
- 33.Baumrind, D. (1985) . Familial antecedents of adolescent drug use : a developmental perspective. In : Jones, C. L., and Battjes, R. J., eds. Etiology of Drug Abuse: Implications for prevention. National Institute on Drug Abuse Research

- Monograph No.56. pp.13-44.34.Kandel, D.B. (1982) . Epidemiological and psycho social perspectives on adolescent drug use. J Am Acad Clin Psychiatry, 21(4):328-347.
- 35.Needle, R (1986) interpersonal influences in adolescent drug use: the role of older siblings, parents and peers. The International Journal of the Addictions, 21(7):739-766.
- 36.Jessor, R.; Close, J.A.; and Donovan, J.E. (1980) . Psychological correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. American Journal of Public Health, 70:604-613.
- 37.張珽、黃文鴻、鄭美貴、林弘崇、游壁如 (民 78) : 青少年藥物濫用調查研究。公共衛生。15 (4) : 388-402。
- 38.黃政吉 (民 85) : 毒品少年犯戒治成效之探討。警學叢刊, 第 26 卷 6 期, 頁 155-182。
- 39.葉紅秀、陳映雪、沈楚文 (民 84) : 台北榮總精神科青少年住院病患藥物濫用分析。中華醫誌, 56 : 325-330。
- 40.許秀琴 (民 81) 藥物濫用者之家庭結構分析—以安非他命濫用者為例。社區發展。60 : 112-120。
- 41.Swadi, H. (1992) : Relative risk factors in detecting adolescent drug abuse, Drug and Alcohol Dependence, 29: 253-254.
- 42.張鴻仁 (民 81) : 我國藥物濫用之現況。安非他命防治研討會實錄。頁 42-47。台北: 財團法人吳尊賢文教公益基金會。
- 43.陳建仁、蕭正光 (民 78) : 流行病學的原理與方法。公共衛生學。頁 77-134。台北: 巨流圖書公司。
- 44.法務部等 (民 86) : 八十六年全國反毒會議成果報告。台北: 法務部、教育部、行政院衛生署。
- 45.黃乃琦 (民 77) : 美國藥物 (毒品) 濫用之危機處理—美國藥物政策之探討。淡江大學美國研究所碩士論文。
- 46.文榮光 (民 83) : 從醫學人類學看藥物濫用問題。中國人的禁藥文化。頁 132-134。台北: 張老師出版社。
- 47.張平吾 (民 86) : 犯罪受害者社會支持體系探討。犯罪問題的因應: 社會與科技層面之探討研討會會議手冊。頁 161-169。台北: 行政院國家科學委員會。
- 48.行政院衛生署 (民 86) : 愛滋病統計報表。台北: 行政院衛生署。