

東海大學社會工作學系碩士班

碩士論文

指導教授：呂民璿教授

問題解決模式對毒品受戒治人出所計畫

之影響-----以台中戒治所為例

The impact of the problem solving model on the drug
abusers before discharging

-----an example of Taichung drug abuser treatment center



研究生：王媿慧

中華民國九十三年五月

致謝

~Don't be afraid to be weak;don't be proud to be strong.~

終於要寫致謝詞了！在工作、學業、婚姻、生活多頭蠟燭燒的情況下，可謂是生活緊湊，每晚一到就寢時間，累的倒頭就睡，一覺到天亮。

~Don't

be afraid to be weak;don't be proud to be strong.~是民國 87 年當我陷入工作低潮時，此為我工作職場上一位留美的前輩，激勵我的一段話，這段話在我往後的生涯中，影響我很深，不僅使得我對於自己的生涯規劃不敢懈怠，更使得我在待人接物的態度上有更好的表現。

大學畢業時，一心只想趕快獨立，減輕家裡的經濟負擔，毫不猶豫的進入職場，幾年後開始嚐到工作疲乏的滋味，開始嚐到生活無目標的恐慌，覺得自己身為一位助人者，竟然開始陷入低潮，顯得相當無奈。考上專技社工師、進入東海社工系碩士班，這二個轉折讓我不僅忘卻了工作疲乏，還加入了活力、智慧、與專業能力的提昇。進入戒治所，是因為陳源社工師初步與我聯絡，「專技社工師資格」、「法院觀護人室的實習經歷」、「醫務社會工作經驗」，使我快速地通過法務部的相關審核，以約聘戒治教師的身分支援戒治所。支援戒治所對於醫院評鑑業務中屬於社區醫療之一環，得以使我公假前往支援，最後竟成為我論文的研究題目，此是始料未及的。

論文完成了，要感謝的人很多，學術方面當然最重要的是謝謝指導教授呂民璿老師辛苦的指導，口試委員林仁和老師、賈廷詩老師，以及中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系穆仁和系主任；機構方面謝謝中山醫學大學附設醫院同意我在職進修、法務部及戒治所同意進行研究、謝謝當我請假上課時代理我工作的同事們；家庭方面謝謝我的先生政潔的全力支持及協助，母親、大哥大嫂、二哥二嫂的精神鼓勵；好朋友方面有蔡美華學姊、龍紀萱學姊的解惑及教導、護理人員張美惠的生活協助；同學方面謝謝慧君、祖順大哥的紀錄。

要感謝的人其實還很多，請原諒我無法一一列出，在此獻上我的祝福，祝大家健康快樂！

媿慧 2004.6.1.

論文提要

在今日科學昌明的時代裡，犯罪矯治工作已不單純只是執法者的專利，社會工作者為矯治團隊工作之一員，與其他關切犯罪者的努力目標為，革除矯治體系中對待案主的去人性化（Dehumanize）的因素，而培養對案主復健有益的因素，因此為犯罪者提供人道服務是今日社會工作的重要趨勢。民國 87 年「肅清煙毒條例」名稱修正為「毒品危害防制條例」，最重要的立法精神為將施用毒品犯視同病患，本著除刑不除罪原則，先以觀察勒戒及強制戒治替代原有「刑罰」之矯治措施；又依「醫院附設勒戒處所委託辦法」勒戒處所由法務部委託於醫院內附設之規定有執行的困難，民國 88 年社會行政高考始陸續分發社工人員進駐全省戒治所，但因人力有限，而採請醫院人員支援戒治所，此實務執行之成效有待評估。

矯治社會工作指社會工作實施於矯治體系（Correctional system）中，協助犯罪者自我瞭解、與他人建立關係，並擁有社會所期待的生活方式。在矯治體系中，社會工作者的角色是協助復健而非懲罰，故社會工作者在受戒治人出所計畫方面，扮演的角色是協助受戒治人自我瞭解、學習與他人建立關係、提昇問題解決之能力，以能正常適應生活。西元 1995 年版的美國「社會工作辭點」對於「矯治」曾作出的定義為：矯治是法律的特殊產物，透過拘禁、假釋、緩刑以及教育方案與社會服務，來改變與改善觸法犯罪者的行為。

「問題解決模式對毒品受戒治人出所計畫之影響」是指從毒品受戒治人基本特質、戒治狀況、問題種類、自我瞭解、對社會資源的認識、問題解決模式的應用，分析自我轉變的程度與自我信心程度。使用的研究方法為量化研究法，問卷前測方面，抽取 30 份檢測信度與效度，問卷信度測量採問卷信度測量採 Cronbach's alpha 的方式來檢驗研究量表，以檢視量表內部一致性是否達可信程度。效度採專家效度（expert validity）及題目總分相關法。正式抽樣時，抽樣方法為集叢隨機抽樣法（Cluster random sampling），共計抽取 203 份問卷，其中無效問卷有 3 份，有效問卷為 200 份。採用的資料分析方法為次數分配法（Frequency distribution）、卡方檢定（Chi-square）、單因子變異數分析（Oneway ANOVA）、皮爾遜積差相關分析（Pearson product-moment correlation coefficient）。

研究結果為受戒治人平均年齡為 36 歲，主要集中在 31 至 40 歲，可謂集中於青壯年，受戒治人正值國家社會中堅份子對國家社會是依重要的警訊；代表國家社會的資源耗損，代表受戒治人之家庭重要力量的削弱，代表受戒治人進入成年期後，不若青少年可塑性高，對於戒治工作是一大挑戰。在受戒治人教育程度方面與前人研究同，為國中畢業佔最高，且受戒治人輟學的比例亦不容忽視，其中特殊處為研究對象中不乏不識字者、碩士畢業者，對於高學歷吸毒者的原因及影響，留待有興趣者再深入研究之。婚姻方面，此研究結果無法顯示婚姻關係之有無與吸毒之關係，但未婚與離婚之比例高，可知受戒治人普遍有尋不到結婚對象的困擾，所以不管未婚或已婚皆有婚姻方面之困擾。宗教方面，信奉佛教的比例佔最高，但目前有基督教戒毒之研究，但無法說明基督教戒毒成效較佛教佳，或與無信奉佛教戒毒之差別，欠缺佛教與吸毒之間的研究，亦留待有興趣者再深入研究。態度量表方面，研究結果為教育程度高者，對自我瞭解程度、對資源認識程度亦高，但對問題解決模式的應用程度，教育程度高者（碩士）與教育程度低者（國小）竟一樣低。在受戒治人父母婚姻狀況與對資源認識之變異程度方面、教育程度與出所計畫方面、是達顯著水準的。宗教信仰的不同，在自我轉變方面未達顯著水準，但在信心程度的增加達顯著水準。問題解決模式與出所準備具有顯著的正相關。

研究結論為量表檢測結果多數達到顯著、相關性強，顯示整套教學已形塑出套裝課程內涵：簡單、明瞭，易接受、易瞭解；對受戒治人施以基礎認知建設後，也形成一個被期待的反應，出現整套套裝課程的反應，此反應可維繫多久有待觀察，是經常性的或者是偶然性的很難說。就業問題、問題解決模式的應用皆和戒毒成功無關，顯示受戒治人在現實生活的不良、沒有成功的經驗、環境不允許成功、自己持續力亦無法延續的情況下，如何達到戒治的實際成效，仍無相當把握，此需要長期努力、需要人為環境，我們再次發現回到一個難題：人為環境的塑造及改良。

關鍵詞：問題解決模式、受戒治人、出所計畫、治療

問題解決模式對毒品受戒治人出所計劃之影響 -----以台中戒治所為例

		頁數
第一章	緒論-----	8
	第一節 問題陳述-----	9
	第二節 研究問題-----	13
	第三節 研究目的-----	14
第二章	文獻探討-----	15
	第一節 藥物濫用的原因-----	16
	第二節 藥物濫用的類別與作用-----	27
	第三節 藥物濫用的治療-----	38
	第四節 問題解決模式之內涵與應用-----	46
	第五節 出所計畫-----	56
第三章	量化研究方法-----	60
	第一節 研究架構與研究假設-----	61
	第二節 名詞與變項-----	63
	第三節 研究對象-----	65
	第四節 抽樣方法-----	65
	第五節 研究測量工具-----	66
	第六節 資料分析方法-----	69
第四章	研究結果與分析-----	71
	第一節 基本特質、戒治狀況特性分析、交叉分析---	72
	第二節 基本特質、戒治狀況與問題解決模式之 變異性分析-----	80
	第三節 基本特質、戒治狀況與出所計劃之 變異數分析-----	82
	第四節 問題解決模式之應用與出所準備之 關聯性分析-----	84
	第五節 開放性問題-----	89

第五章	討論、結論與建議	90
	第一節	討論
		91
	第二節	結論
		97
	第三節	建議
		98
	第四節	研究限制
		101
參考書目		102
附錄		106
附錄一	：問卷	107
附錄二	：公文	113
附錄三	：毒品危害防制條例	114
附錄四	：毒品危害防制條例施行細則	133
附錄五	：觀察勒戒處分執行條例	138
附錄六	：法務部戒治所組織通則	141
附錄七	：戒治處分執行條例	146
附錄八	：「林文忠公戒煙丸」	150
附錄九	：「戒煙四物飲」及「戒煙藥酒法」	151

圖表次

圖 2-1	螺旋模式的改變階段論-----	19
表 2-2	海洛英吸食者的行為模式-----	41
表 4.1-1	毒品受戒治人個人基本特質分析-----	74
表 4.1-2	施用毒品的情形-----	77
表 4.1-3	毒品受戒治人戒治狀況分析-----	78
表 4.1-4	教育程度與婚姻狀況之交叉分析-----	79
表 4.1-5	使用頻率與宗教信仰之交叉分析-----	79
表 4.2-1	受戒治人教育程度與問題解決模式之變異數分析-----	80
表 4.2-2	受戒治人父母婚姻狀況與問題解決模式之變異數 分析-----	81
表 4.3-1	受戒治人教育程度與出所計劃之變異數分析-----	82
表 4.3-2	受戒治人宗教信仰與出所計劃之變異數分析-----	83
表 4.4-1	受戒治人問題解決模式之應用與出所準備之相關 分析表-----	84
表 4.4-2	受戒治人自我瞭解與自我轉變之相關分析表-----	85
表 4.4-3	受戒治人對資源的認識與自我轉變之相關分析表-----	86
表 4.4-4	受戒治人對模式的應用與自我轉變之相關分析表-----	86
表 4.4-5	受戒治人對自我的瞭解與信心程度之相關分析表-----	87
表 4.4-6	受戒治人對資源的認識與信心程度之相關分析表-----	87
表 4.4-7	受戒治人對模式的應用與信心程度之相關分析表-----	88

第一章 緒論

第一節 問題陳述

第二節 研究問題

第三節 研究目的

第一章 緒論

第一節 問題陳述

在今日科學昌明的時代裡，犯罪矯治工作已不單純只是執法者的專利，矯治工作人員除必須具備現代犯罪學的理論基礎外，更須具備其他學科的基礎知識，例如社會學、人類學、心理學、精神醫學、犯罪心理學、社會工作以及法律知識。而從事矯治所需要的方法與技巧，則應包括社會工作、心理測驗、輔導技術、作業治療等。在分工精細、知識暴漲的現代社會裡，讓一個人擁有如此眾多的知識與技巧，似不容易。所以團隊工作（Team work）乃成為最可行的一種方式。社會工作者與其他關切犯罪者的努力目標，在革除矯治體系中對待案主的去人性化（Dehumanize）的因素；而培養對案主復健有益的因素。因此，為犯罪者提供人道服務，是今日社會工作的重要趨勢（李增祿，1995）。十九世紀時，社會工作專業快速地發展，而犯罪者處遇則為其專業領域之一，例如，在 1885 年召開的美國全國慈善與矯正研討會時，其手冊（Proceeding of the National Conference of Charities and Correction）中即有一部份是在探討如何將社會工作運用在感化院、獄政教化、看守所與警政，甚至討論到對相關社會問題的預防（Skidmore/Thackeray, 2002）。目前法務部所設立的戒治所（Drug abuser treatment center），結合心理、衛生、社會工作、獄政管理等不同專業，一同提供矯治服務予受戒治人，即是以團隊方式運作。

矯治社會工作指社會工作實施於矯治體系（Correctional system）中，協助犯罪者自我瞭解，與他人建立關係，並擁有社會所期待的生活方式。在矯治體系中，社會工作者的角色是協助復健而非懲罰。故社會工作者在受戒治人出所計畫方面，扮演的角色是協助受戒治人自我瞭解、學習與他人建立關係、提昇解決問題之能力，以能適應正常之社會生活。西元 1995 年版的美國「社會工作辭典」對於「矯治」曾作出如下的定義：矯治是法律的特殊產物，透過拘禁、假釋、緩刑以及教育方案與社會服務，來改變與改善觸法犯罪者的行為。

物質濫用（Substance abuse）對人類的影響由來已久，在我國亦然，這些被濫用的物質因非全屬藥物，故有「物質濫用」一詞為稱呼，惟國內仍較普遍使用「藥物濫用」一詞（行政院衛生署，2003），因而本研究

仍予沿用。藥物濫用由來已久，於近年更趨嚴重。我國在百餘年前，即飽受鴉片荼毒，導致國弱民窮，時至今日，科技日新月異，社會多元發展，物慾橫流的社會風氣，更造成毒品濫用的社會問題。有鑑於毒品已成為世界公敵，聯合國特別於西元 1961 年、1971 年、1988 年分別制定「麻醉藥品單一公約」、「精神藥物公約」及「禁止非法販運麻醉藥品和精神藥物公約」，並於 1990 年通過「全球行動綱領」，期能透過各會員國的合作與努力，共同防制毒品氾濫（反毒報告書，2001），可知毒品是一個具國際性、世界性的問題。

我國的反毒策略，於民國 44-69 年為潛伏期，主要濫用藥物及毒品為大麻、嗎啡，最高佔全部犯罪總人數比例 1.17%，毒品防治著重禁藥方面查報；民國 70-79 年為發作期，主要濫用藥物及毒品為紅中、白板、速賜康、強力膠，最高佔全般犯罪總人數比例為 4.48%，著重毒品杜源查緝的供給方面；民國 80-83 年主要濫用藥物及毒品為安非他命、海洛因，最高佔全部犯罪總人數比例 31.66%，毒品防治方面為全面性整合方面---反毒、緝毒、拒毒；可看出藥物濫用及毒品佔全部犯罪總人數，80 年代比 40 年代成長了約 30 倍，80 年代比 70 年代成長了約 8 倍，成長速度相當驚人。簡言之，民國 44 年至 79 年間，著重於斷源，直到民國 80 年毒品氾濫，始警覺打擊供給面不足以解決問題，開始發展出各種戒癮宣傳與預防政策（施志茂，2000）。近年來，因為急速社會變遷、人際疏離、家庭解組，毒品犯濫問題趨於嚴重，吸毒人數驟增，危害國民身心健康至鉅，更成為危害社會治安淵藪。

吸毒人數始終不減，已成為嚴重之社會問題。在全國監獄受刑人中，煙毒犯約佔全部受刑人百分之 60，已成為犯罪人口之主流（林健陽等，2000）。近年來，我國為配合聯合國相關公約及我國防制策略之需，陸續完成毒品相關的立法，民國 87 年將「肅清煙毒條例」名稱修正為「毒品危害防制條例」，其中最大的變革為將施用毒品犯視同病患，本著除刑不除罪原則，先以觀察勒戒及強制戒治代替原有「刑罰」之矯治措施。此一戒毒新措施，係參考世界先進國家之醫療經驗及醫學界之共識，將吸毒犯先安置於「勒戒處所」觀察其有無成癮並戒斷其身癮發作之症狀，即所謂之「生理治療」，如無顯著成效仍有繼續施用毒品傾向者，則進一步送由「戒治處所」執行強制戒治，於戒治處所另設治療、復健、心理諮詢等設施，使其堅定其意志，增加其戒毒之決心，以戒除其對毒品之心理依賴並於戒治後能使生活邁入正軌，遠離毒害。亦自民國 87 年依毒

品危害防制條例第 28 條、第 29 條制定了「法務部戒治所組織通則」、「觀察勒戒處分執行條例」、「戒治處分執行條例」，作為落實強制吸毒者心理及生理戒治之依據，同年遂成立了 17 個戒治所、16 個法務部所屬看守所指定設置戒治所分所。由於「毒品危害防制條例」認為施用毒品者具「病患性犯人」之特質，降低施用毒品罪之法定刑，並兼採以觀察勒戒方式戒除其「身癮」及以強制戒治方式戒除其「心癮」之措施，使我國反毒政策產生重大變革。民國 88 年 6 月政府並通過「管制藥品管理條例」，將「生理勒戒」、「心理勒戒」、「追蹤輔導」三階段之戒毒體系予以明文體現，成為戒毒工作之重要依據。又依「醫院附設勒戒處所委託辦法」，勒戒處所由法務部委託於醫院內附設之規定有執行的困難，無法落實觀察勒戒業務等問題，而採請醫院人員支援戒治所，此實務執行之成效有待評估。

依據法務部民國 92 年 4 月 16 日公佈的強制戒治收容統計分析，凡施用毒品犯經一犯觀察勒戒後認有繼續施用毒品之傾向、二犯曾受強制戒治、二犯觀察勒戒後認有繼續施用毒品之傾向或三犯以上者，令入戒治處所接受強制戒治。自民國 87 年 5 月實施毒品危害防制條例，至 91 年底止，四年多以來，受強制戒治處分者共 59,616 人，施用第一級毒品者 25,410 人佔 42.6%，第二級毒品者 34,206 人佔 57.4%，歷年來所佔比重，均較第一級毒品多，88 年、89 年甚至多出將近一倍，而 91 年卻有反轉趨勢，第一級毒品（佔 58%）反較第二級毒品（佔 42%）多出四成。四年多以來新入所或撤銷停止戒治再入所執行戒治者，經完成戒治程序者計 62,682 人，其中經評定合格獲停止戒治處分出所者 49,943 人，佔出所人數之八成，其餘二成（12,739 人）為強制戒治期滿出所者。由於強制戒治期滿出所者，超過八成為之前曾獲停止戒治處分出所，於保護管束期間因再施用毒品等原因，被撤銷停止戒治入所執行殘餘戒治處分者，因此隨著時間愈久，此項比重會逐漸增加，91 年期滿者佔 32%，較 89 年之 22%，增加 10 個百分點。強制戒治處分期間一年，受戒治人戒治處遇屆滿三個月後，其戒毒成效經評定合格者得報請停止戒治提前出所，初期受戒治人平均在所接受戒治期間約四個半月，之後鑑於再犯率偏高，研判因戒治期間過短，無法達到戒毒效果，於是延長戒毒時間，由 87 年之 135 日，逐年增長，91 年達 197 日，約六個半月，至今 92 年，實務上，戒治達一年才出所的佔四分之一左右，期能加強戒治，提昇戒毒成效，降低再犯率及累犯率。

依據上述法務部資料可知，許多毒品犯雖經判刑並移監執行，服刑過程因監所的嚴格管制，或能暫離毒品，但出獄後一有機會即再身陷毒癮，不能自拔。其他未被檢警單位發現的毒品濫用者，自願或非自願利用各種方式，企圖斷戒毒癮失敗者更不知幾何。原因可能係一般吸食毒品者對毒品的依賴性，可分為生理與心理的依賴。生理的依賴現已有各種藥物及方法（如針灸、美沙酮之使用），減輕成癮患者毒品戒斷過程的痛苦，使有志於戒除毒癮者在短期內，解除生理上對毒品的依賴。然而，絕大部份的成癮患者，縱經生理之戒斷，心理上的依賴或稱「心癮」仍難以根除，以致戒斷之時間無法持久，一有機會即會再犯，終成監所之常客。

有鑑於染上毒品者，常是面臨生活挑戰與壓力適應失調，產生焦慮與挫折，或因好奇、社會次文化誤導、同儕不良影響，無解決問題之能力，藉毒品逃避現實暫獲慰藉，而落入犯罪深淵；戒治所目前實施的階段處遇課程，包括諮商輔導類、生涯輔導類、勞動工作與技藝訓練、衛生教育、體能訓練與活動類、公民教育、宗教教誨類。因支援戒治所，感受到問題解決模式對受戒治人適應社會具一定程度之影響，有興趣再深入瞭解，因此選定作為碩士論文之主題。二年來，針對受戒治人施以諮商與輔導，編寫教案的同時，發現目前安排的課程，關於「諮商與輔導」課程方面，雖名為「諮商與輔導」，但實際上為大教室上課，以加強受戒治人問題解決之能力為主，改變受戒治人的認知、觀念與態度，協助受戒治人出所計畫順利進行，以適應社會生活；而此研究之出所計劃界定於自我瞭解、資源認識、問題解決模式的應用。欲藉此研究，探知問題解決模式對受戒治人出所計劃的影響程度、毒癮累犯出所計畫是否良好與問題解決能力是否充實有關、吸毒史之長短是否影響課程之吸收、或哪些人對課程能充分吸收，以開發出有效的戒治方式，不但使吸食毒品成癮者，有脫離毒品毒害之機會，更期待降低再、累犯率，不致使毒品吸食或販賣，散佈社會各角落，造成社會不安與浩劫。

第二節 研究問題

在戒治所內，受戒治人日常起居皆於舍房中，實施戒治處遇課程時，才開封入教室上課，就如同一般上課般，教室內有桌椅，採集體上課之方式，更確切地說，配合獄政制度的管理，不僅受戒治人被限制在座位上，戒治教師亦被限制在固定範圍，以避免發生獄政制度無法掌控之狀況，雖然此會有某種程度的影響專業發揮空間，但畢竟比隔離至舍房又多予受戒治人被教化及被塑造的機會，也符合法務部戒治處遇之期待，更能使社會大眾知道戒治制度對社會治安有一定的貢獻。

戒治所於民國 87 年始成立，至今有關戒治所的碩博論文鮮少，且多為心理學研究所及犯罪防治研究所撰寫，由社會工作研究所撰寫有關戒治所之論文較少，實務上除了以有限的實務經驗運作戒治課程外，就只有透過少數的書籍及期刊，透過實務經驗修改成適合戒治所之實施教案，提昇社會工作與戒治處遇課程之專業效能，且累積社會工作在戒治所領域之實務經驗，期待透過撰寫論文，供已投入或即將投入此業務之社會工作者參考，亦提供矯治社會工作另一專業發展之方向。

問題解決是一個可以直接付諸行動的策略，而且可以很快的看到成果；問題解決已被使用於許多範圍、不同的團體（Sherry Cormier & Bill Cormier, 1998；王文秀等，2000）。依據各毒品特性不一，毒品受戒治人離開戒治所時，不全然代表毒癮已戒，且不代表其有足夠的能力及條件去面對自己的問題，只代表司法界之受戒治期已滿，為避免再、累犯持續增加，為避免受戒治人無法面對問題而回所率高，此研究不研究受戒治人出所後是否會再吸毒，而是鎖定問題解決模式的學習對毒品受戒治人出所計畫之影響，此出所計畫定義為努力自我轉變及信心建立。因此，本研究的研究問題為：

- 一、問題解決模式的學習對受戒治人出所計畫是否有影響？
- 二、問題解決模式的團體輔導如何對受戒治人產生影響？
- 三、入所之前施用毒品的類型對受戒治人輔導需求的影響為何？

第三節 研究目的

研究者教案實務執行已二年，想瞭解受戒治人對戒治課程與出所後生活之意見程度，此研究之研究目的包括有三：

- 一、檢視問題解決模式的學習與受戒治人出所計畫之關聯性。
- 二、檢視問題解決的團體輔導課程對受戒治人產生影響之因素。
- 三、探究入所之前施用毒品的類型，對問題解決模式學習之接受度。

透過關聯性、影響因素、接受度之調查研究，可瞭解目前整個套裝戒治課程對受戒治人的影響程度，作為實務運作修正之參考。

第二章 文獻探討

第一節 藥物濫用之原因

第二節 藥物濫用的類別與作用

第三節 藥物濫用的治療

第四節 問題解決模式之內涵與
應用

第五節 出所計畫

第二章 文獻探討

第一節 藥物濫用之原因

一、藥物濫用之定義

談藥物濫用之前，先針對藥物濫用予以定義，藥物濫用(Drug abuse)之含義不甚明確，常隨時間之推移、不同社會環境及個人主觀詮釋而呈現差異。例如美國「全國大麻與濫用藥物委員會」(National Commission on Marijuana and Drug Abuse)指出藥物濫用涉及：(1) 非醫療之目的 (Nonmedical purpose); (2) 有過度或超量使用之傾向 (Prone to excess); (3) 形成習慣 (Habit forming); (4) 損害健康 ; (5) 尋求快樂感 (To get high) (高金桂，1984) 美國精神醫學會 (American Psychiatric Association) 出版「心理異常的診斷與統計手冊」(DSM-)，在早期將藥物濫用定義為「藥物成癮」(Drug addiction)，後又改稱為「藥物依賴」(Drug dependence) (DSM-)，迄至 1980 年，復修正為「物質使用違常」(Substance use disorder) (DSM-)。依照「心理異常的診斷與統計手冊」(DSM-) 之分類，物質使用違常 (Substance use disorder) 可區分為物質依賴 (Substance dependence) 與物質濫用 (Sub - stance abuse) 二大類：

(一) 「物質依賴」之診斷、衡量標準

1. 一種適應不良的物質使用模式，導致臨床上重大損害或痛苦，在同一年期間內出現下列各項中三項 (或三項以上)：
 - (1) 用藥量較多，使用時間較長。
 - (2) 渴望戒毒，或戒毒數次失敗。
 - (3) 花很多時間去得到藥，去使用藥，或從藥效中恢復過來。
 - (4) 有中毒或戒斷現象。
 - (5) 放棄或減少重要的社交、職業或休閒活動。
 - (6) 明知吸毒有害健康，仍繼續使用。
 - (7) 明顯的耐藥性增加，必須使用更多的藥量，才能達到相同的
效果。
 - (8) 使用不同的藥物去減輕戒斷症狀。
2. 症狀至少持續一個月。

(二)「物質濫用」之診斷、衡量標準

1. 下列症狀中，至少出現一個：

(1) 明知藥物對社交、職業、心理或身體健康有損害，仍繼續使用。

(2) 重複於身體有害的情況中使用藥物，例如重複在酒醉時駕車。

2. 症狀至少持續一個月。

3. 未達藥物依賴的診斷標準 (林家興, 1991)。

參酌上述見解，可知藥物濫用為非以醫療為目的，不當或過度使用藥物，使身心受到損害，並影響行為表現，製造社會失序現象或形成犯罪行為，危害社會安全與安定。

二、藥物濫用成癮之歷程與特徵

藥物濫用成癮，係指漸進的、有階段性的形成，可分為幾個階段(楊士隆, 2001)：

(一) 起始階段：係指在好奇心驅使或為解除憂慮痛苦，而開始吸食或施打藥物。

(二) 繼續階段：係指週期性或間歇性的繼續使用藥物，尚未達到成癮階段。

(三) 沉迷階段：指已重複使用藥物而成為習性，且有部分心理依賴產生。

(四) 成癮階段：重複使用藥物後，產生生理、心理依賴 (Physical & psychological dependence) 及耐藥性 (Tolerance) 情形，而有持續使用之衝動。

(五) 戒斷症狀：此階段為成癮者最嚴重的成癮階段，此時藥物已改變行為人之生理狀態，若不繼續用藥，會產生噁心、嘔吐、腹瀉、流鼻水、發抖等戒斷症狀 (Withdrawal symptom or abstinence syndrome)，危及生命安全。

藥物濫用者常是不知不覺的上癮後，落入螺旋模式的改變論所說明的情況。

根據世界衛生組織（WHO，1964）之介紹，藥物成癮的特性包括：

- （一）強烈之慾望想重複使用某種藥物。
- （二）有增加藥物劑量之傾向。
- （三）產生生理與心理之依賴。

而周震歐於 1981 年提出，依學理上研究，吸食成癮之毒品，具有三種特性：

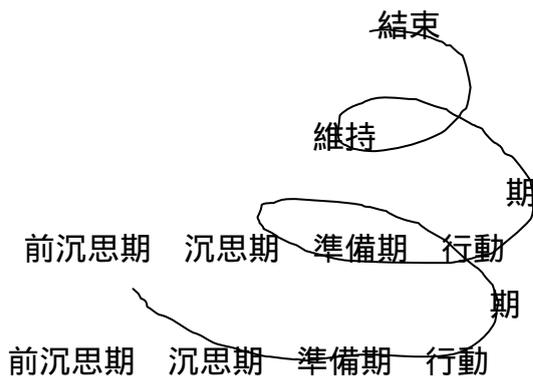
- （一）依賴性（Dependence）：指吸毒者成癮後，心理上及生理上與毒品有不可分離之互相依賴關係；心理上呈現異常反應，生理上會顯示出病症現象，此現象，無論生理上或心理上，均可因重新獲得毒品而消失。
- （二）耐用力（Tolerance）：耐用力指吸食毒品者，吸食後將逐漸增加其份量，第一次吸食僅一分，第二次第三次會增加更多份量。即普通人對毒品，身體忍耐力原有一定的限度，因連續吸食毒品後，加大其需要量，其忍耐力亦同時增大。
- （三）習慣性（Habituation）：個人吸食毒品後積有習慣，成為日常生活不可缺少之東西，就如吸食香煙或任何生活中之習慣，定時需要，若未能適時吸用，好像缺乏什麼似的，直接影響到生活之穩定性，及顯示出坐立不安的情緒。

毒品常見之攝取方法有：

- （一）經口攝取：將藥品以口服用，讓胃腸加以吸收。
- （二）皮下注射：將藥物溶液注入皮下組織，由毛細血管來吸收。
- （三）吸入、吸煙：經由肺部流入血中之方法。
- （四）靜脈內注射：將藥物注射到靜脈內之方法。

改變成癮疾患過程包含五個階段----前沉思期、沉思期、準備期、行動期和維持期，在一個人完全戒除成癮疾患之前，通常會在這幾個階段中來回循環好幾次。Prochaska, Diclemente & Norcross 於 1992 提出螺旋模式的改變階段論（A spiral model of the stages of change），說明了大多數的人會出現的成癮復發現象，並不是無窮止境的在階段中一再循環，也不是一再退回原來的起始點（見圖 2-1）

圖 2-1：螺旋模式的改變階段論 (A spiral model of the stages of change)



三、藥物濫用的原因

在史前時代，人們即有物質濫用之情形，酒精在新石器時代、石器時代即被使用，迷幻劑、水煙筒、鴉片在西元 1700 年代即已興起(Petersen, T. & McBride, A., 2002)。早期歐美社會視酗酒、嗑藥為社會所不允許的行為，將它們和犯罪、暴力等扯上關係，這是對物質濫用的道德觀。一般人認為酗酒、嗑藥者為缺乏自制力、缺乏意志力的人，試圖以法令制止人們使用心理刺激物質，但已被證明是失敗了 (McCaghy, 1980)。也因為疾病觀 (Disease-concept) 的興起，認為酗酒、嗑藥是問題行為 (Reed, 1990)，而不全然認為皆是法律問題了。

為什麼會有物質濫用的情形？有許多原因，許多學者或機構也有不同看法：

(一) Petersen, T. & McBride, A. 於 2002 指出物質濫用的原因為：

1. 年齡 (Age): 有一大樣本的研究結果為歐洲有超過 40 %，15-16 歲之青少年使用不法藥物，但不能確定這些青少年有多少比例會一貫持續物質濫用。但在英國 45 % 的青少年中，只有 15 % 在先前幾個月服用過不法藥物；在性別方面，物質濫用男女比例為 3 : 1，女性比例快速攀升是因為酒精及香煙。

2. 類群的自尊心 (Ethnicity)

藥物使用不限於特定族群，但因貧窮、剝奪、歷史問題，較缺乏地區性的研究，卻有需要認識物質濫用不同文化造成的影響及如何影響多種的文化。

3.社會階層 (Social class)

主要在受僱階層，此有複雜的因素，例如貧窮、地形、有效益、文化、失業者，被發現有較多的可能性服用不法藥物。

4.同儕及家庭的影響 (The impact of peers and family)

同儕對青少年服用不法藥物雖是重要因素，但同儕對青少年亦有正面的影響，包括友誼、支持、接納，此在治療團體中是重要的力量。家庭的角色方面，常是破碎家庭為問題的根源，Wells and Rankin (1991) 的研究建議家庭必須溫暖、充滿愛、穩定、父母具監督功能，此比處理越軌行為更重要。

5.效益及可近性 (Availability and accessibility)

因為毒品買賣效益高，且猖獗到易取得，使物質濫用已漸成為趨勢及潮流，難以控制。

6.文化及規範 (Culture and norms)

可近性不只是易取得，還包括社會觀點，有些物質濫用和文化流行有關，特別是和年輕文化及音樂場景有關，例如俱樂部毒品，1980s 年代至 1990s 年代，藥物使參加者變成狂喜的狀態。

7.物質令人快樂 (Substances are enjoyable)

物質濫用讓人感覺很好，是因使用後，會覺得易與他人接近而拉近與他人之距離，會有放鬆、冷靜、有精力的作用。

簡言之，物質使用不同於依賴或上癮，物質濫用可能是 1.經驗：個人嚐試第一次；2.娛樂作用：此以偶然性或社會性作基礎；3.依賴：發展出一依賴模式，如同依賴工作、經驗、逛街、巧克力之感覺。

(二) 衛生署於 2003 年指出物質濫用之原因有：

- 1.個人因素：包括體質缺陷、人格發展缺陷、偏差、好奇及尋求刺激。
- 2.環境因素：包括家庭方面，指婚姻不完整、管教不當、冷漠、衝突性家庭、生活習慣之偏差；社經地位方面；社會風氣方面；醫源性方面。
- 3.教育因素：包括缺乏正確人生觀及價值觀、自我表現及成就未受肯定、缺乏自我表現機會、錯誤行為未即時導正。
- 4.社會因素：包括文化風氣、金錢、奢靡、娛樂、生活空間。

- 5.較易染上毒藥癮之特徵：包括生活沉悶無目的、失業、自信心不足、家庭不和諧、居住地區吸毒率高、與濫用者為友、加入幫派、傳統觀念薄弱、與家庭學校聯結性差、缺乏成就感。

簡言之，衛生署指出物質濫用之原因包括個人因素、環境因素、教育因素、社會因素、「易染上毒癮之特徵」，此可簡要物質濫用之原因為個人因素與環境因素。

(三) 學者指出藥物濫用的原因為個人因素與環境因素

楊士隆、林健陽於 2001 年引用 1992 年林圳義所指吸毒之原因為：

1.個人因素：濫用毒品、藥物與個人特性之關係，可分以下幾種：

- (1) 性格：指人之穩定性心理特徵，例如衝動性高、自制力弱、追求刺激(自尊心低)，此等性格均易導致濫用藥物之行為。

青少年犯罪研究者發現：足夠之自尊心係防止青少年犯罪(包括濫用藥物之行為)之絕緣體。

- (2) 心情：青少年因為學業及家庭等內外因素產生焦慮、不安、恐懼、悲觀、厭世等情緒，此等不良情緒使其無法忍受，如有人告以某種藥物可立即解除痛苦，則其可能嘗試。

- (3) 某種特殊意識：例如女子與父母關係不佳，形成反抗意識，以濫用藥物作為反抗之手段，父母不喜歡之事，偏要去做；父母說吸食禁藥對身體不好，兒子則認為：我是你兒子，「我」濫用藥物把「你」兒子之身體搞壞，「我」就有報復之快感。

- (4) 病態心理：如反社會性格等。某種人，其整體個性係反社會性者，濫用藥物及反社會之行為，故其濫用藥物，並不覺得有何不妥。

2.環境因素：造成藥物濫用之環境因素有四種：

- (1) 教育措施：目前之教育制度，認為只要成績好就是好孩子，成績不好就是壞孩子，此標籤殊為徹底而無情，亦無自尊可言，長期生活在沮喪的心情中-----老師放棄、父母不諒解、社會瞧不起，而發展出一套次文化，再加上物以類聚、同儕壓力，形成特殊行為，甚至一同吸毒，愈加沉淪。

(2) 社會變遷：台灣由傳統農業社會轉為工商業社會之過程中，其中甚為重要之一項轉變即為從集體主義社會轉為個人主義社會。在社會急遽變遷之下，有幾點改變為濫用藥物之誘因：

①家庭之改變。在工商業社會中，家庭逐漸解體，家人關係不如從前親密，家長權威減弱，個人主義增強，遇到問題無力解決，易使毒品有機可趁。

②社會已變成高度競爭之所。農業社會以家庭為單位，工商業社會，無論工作、休閒、評價皆以個人為單位，自己必須為自己努力，為在社會上力求表現，須與人爭高低，因此易產生緊張、焦慮、壓力，而濫用毒品即成為暫時解除心靈桎梏之急救方法。

(3) 工商社會之消費型態：工商社會，許多事物皆商品化，包括人亦幾乎成為商品；社會以金錢作為評價，販毒牟取暴利，亦成為一種行銷市場，透過各式各樣之人際關係及銷售管道，隨時隨地引誘大眾。

(4) 同儕朋友：同儕能引誘吸食毒品，考其原因，通常為：

①自我保護之心理。人一旦有不良行為，往往希望他人亦有，才不致凸顯自己與他人的不同，若眾人皆行惡行，自己即可隱而不彰，如此可減輕自己心理及自我評價之壓力。

②不健全之心理。即我有不幸，他人亦不得好過，此心理已含有報復之成分，其病態程度已遠超過自我保護。

3.個人因素與環境因素之結合影響：例如因好奇心而濫用毒品藥物之人，係因已有用藥榜樣（環境因素），再加上追求刺激之逸樂性格（個人因素），從而產生好奇心，發生濫用毒品藥物（幻覺劑、興奮劑、麻醉劑、鎮靜劑）之行為。嘗試之後，若再有同儕影響，毒品藥物易得、衝動性格、自制力低及個人體質等相關因素結合，則濫用毒品藥物之行為將持續不斷，以致成癮。

上述原因之說明，很符合生態系統理論所強調的，人與環境中的其他人和系統維持一種持續性的交流，透過交流的過程，這些系統和個人也不斷的彼此影響。生態系統理論對人和環境間相互關係的強調，改變了過去對個人問題的評估方式。以肢體殘障為例，目前大多以社會心理的觀點加以評估，而不是以醫學或經濟的觀點，來評估肢體殘障的社會問題。因此以生態系統理論言，若人面對生活壓力而又缺乏支持性社會網絡時，則會出現嚴重沮喪、濫用藥物、酗酒、暴力或其他的偏差行為（Hepworth,D.H.,Rooney,R.H. & Larsen,J.A. , 1997；許臨高，1999），此研究即是探討受戒治人面臨生活各種問題及壓力時，自我功能調整程度與資源網絡之運用，與生態系統理論相互呼應。

（四）Cancrini et al., (1988) 以宗教的觀點來看吸毒的原因：

認為人們使用毒品可視為是為了解決身、心、靈三方面的需求，以及來自社會層面的衝擊。在生理上，藥物具有各種功能，也讓使用者有舒暢的感覺，長久使用之後，人對藥物形成了生理依賴。在心理上，人們依賴藥物來解除生活的緊張，緩和心中的恐懼和焦慮，消除煩悶和孤獨，受到創傷的人，就用藥物來發洩、補償和逃避。（轉引自蔡佩真，1990）此簡單地說明，從宗教的觀點看吸毒的原因。而實務上亦見最積極參與戒治工作的團體為基督教宗教團體、其次為佛教團體。由於針對宗教戒毒之研究很少，較難比較出有無宗教、或不同宗教在戒治成效的差異程度。

四、藥物濫用者行為表徵

任何藥物對心理或精神都有顯著的影響(Petersen,T. & McBride, A. , 2002), 藥物濫用者行為表徵會因使用的藥物而不同，大致歸類如下：

（一）衛生署（2003）指出藥物濫用者行為表徵包括：

- 1.情緒方面：多話、躁動不安、沮喪、好辯。
- 2.身體方面：嗜睡、食慾不振、目光呆滯、結膜紅腫、步履不穩、靜脈炎。
- 3.感官表達方面：視幻、聽幻、無方向感。
- 4.社會適應方面：多疑、誇大、好鬥、無理性行為、缺乏動機。

(二) 其他相關觀點及理論

1. 採質性研究法

李孟珍 (1998)「成癮行為再犯因子之研究」研究發現絕大多數教育程度都偏低；賭場、電動玩具場、24 小時營業場所都與吸毒的起因有關，其中以「提神」為理由，覺得自己使用，沒請別人享用不好意思；吸毒因子以「好奇心」佔一半以上，次為朋友引誘、不好意思拒絕，但在毒品危害的傳染途徑上，以朋友引誘最為嚴重；開始吸毒尚有一原因即無犯罪感，認為這是個人的事情而非傷天害理的事，殊不知如此危害個人、家庭，甚至於社會的損害無法衡量。此研究之限制為研究對象限於監獄戒治班，不能代表監獄外吸毒者之想法；研究對象共 45 位男性，採非匿名性的方式收集資料，恐有遺漏真實資料之可能性。

林盈慧 (2001)「戒毒經驗之社會建構」的研究結論指出，吸毒者對自己的看法為，吸毒之後命運便脫離了自己的掌控，覺得自己是全天下最可憐的人，想戒毒，又無法自拔，就像玩火自焚，對自己感到消極，人生沒有目標、生活頹廢、增加家庭的負擔、對家庭沒有責任，毒癮發作什麼都做的出來，例如偷、搶、騙，無所不用其極；認為「無法控制的控制」，即「想戒戒不掉」，不時出現在戒毒過程中，而終究無法戒掉。此研究無特定的研究人數，只能稱是談話記錄，研究結果只是呈現談話過程的整理，

沈靜雅 (2002)「論施用毒品行為之除罪化」的研究中亦指出，從民國 87 年通過之「毒品危害防制條例」之立法精神言，施用毒品者視為「具病患性之犯人」，即正式將醫療模式注入至對於施用毒品者之處遇方式中，並將戒毒工作發展成為「生理勒戒」、「心理戒治」、「追蹤輔導」三階段之戒毒體系；其中「生理勒戒」係著重在施用者毒癮發作之治療，「心理戒治」則著重其心理輔導及對毒品心理依賴之解除；俟其心理戒治完成回歸社會後，再配合追蹤輔導階段之心理輔導、監督、觀護、更生保護措施，以防止再犯。此亦說明要戒除吸毒者行為表徵之方式。此研究限制為使用文獻探討法，整理目前法制度、政策面、戒毒體系現況之文獻。

2.採量化研究法

依呂民璿、莊耀嘉(1992)「單親家庭與青少年違規犯罪行為」之研究，家庭是社會的一基本單位，單親家庭的特質是需要被重視的，研究結果發現單親家庭之中，以離婚分居家庭青少年其違規犯罪情形雖比父或母之青少年略為嚴重，但卻明顯地比家庭結構正常的青少年嚴重，當中尤以疏離行為、少年本身的性格特質、因應策略及其人際關係等多種因素，更經由各主要因素互動性影響，才使得問題出現及惡化。再者，將各項違規行為歸類後，發現「離婚分居組」比「正常家庭組」顯然較常有搶奪行為(包括搶奪他人錢財或物品、借錢不還) 依賴藥物菸酒(包括抽煙、服食興奮劑或迷幻藥劑、吸強力膠、喝酒) 疏離行為(包括在外成群結夥一起混、不願意回家、逃學、離家出走)。簡言之，當其家庭結構變動時，常是親職功能不當、社會支援少、社經壓力大的時候，青少年因此有不良交往、不良性格、不良的問題因應方式，而致有違規或犯罪年齡早、種類多、次數多的情形(呂民璿、莊耀嘉，1992)。此研究對象為單親家庭與青少年，可做為現行成人戒治前導因素之參考。

劉郁芳(1993)「藥物濫用青少年之壓力、因應策略與生活適應關聯性研究」研究結果顯示，持續使用藥物時間愈久，經濟因素的壓力愈大；經濟因素壓力愈大時，影響其生理、心理、社會及整體生活適應愈不好。藥癮的治療與復健需要長時間的人力與財力支出，常常造成家庭很大的經濟負擔，亦有賴政府伸出援手。其中最重要的是使藥癮治療也能列入保險給付，避免為了張羅醫療費用與毒販打交道，或中途放棄治療，形成永難解決的惡性循環。此篇研究對象包括少年觀護所、少年輔育院、煙毒勒戒所、療養院煙毒勒戒中心、醫院煙毒勒戒科，選定12歲以上、20歲以下因吸食、施打煙毒、麻醉藥品或迷幻物品(包括虞犯行為)的藥物濫用青少年，回收537份問卷，扣除回答不全、年齡不符者，有效問卷共524份；研究限制為研究結果限於上述八個機構，不能類推至機構外之藥物濫用青少年。

杜聰典(2002)「台灣地區少年毒品犯戒治處遇成效之實

證研究」結論為受戒治少年中，國中肄業的輟學生所佔比例高達 62.7 %，顯示吸毒行為與輟學間存在關聯性；少年吸毒行為再犯情況嚴重。環境適應方面，規律正常的作息，使其心情開朗，增加其戒毒毅力。妥適的宗教教誨課程的安排，在少年拘禁心境上，亦可獲得紓解，並能適度提振其戒毒信心。課程方面，受戒治少年對法律課程、輔導諮商、輔導課程、宗教信仰有正面且良好的反應；其中法律課程方面，受戒治少年與管教人員均認可法律知識的傳授，可增加少年是非善惡的能力，並了解毒品對社會之危害。此研究題目雖範圍為台灣地區，但實際上問卷樣本只是民國 90 年 12 月至 91 年 1 月份收容於台中少年戒治所之少年，不能代表全台灣之少年戒治所。

和物質濫用有關的理論有動力的、有系統的、解釋的(Petersen,T. & McBride,A. , 2002)：

- 1.道德模式 (The moral model): 通常物質濫用者是有罪惡感的、意志薄弱的。
- 2.生物學的解釋 (Biological explanations): 個人和物質之間產生生物、化學反應，經遺傳而獲得的性格、特徵等。
- 3.神經元和神經傳送素 (Neurons and neurotransmitters): 導致上癮行為。
- 4.遺傳及遺傳學 (Heredity and genetics): 有證據顯示遺傳在物質濫用扮演一誘因的角色。
- 5.個性 (Personality): 包括類型、特徵、社會學習理論、心理分析的、現象學等所致。
- 6.心理學的解釋 (Psychological explanations): 包括古典制約、操作制約、對立過程、期望理論、社會學習理論、問題行為理論、控制、改變的階段。

依上述可簡單分為生理與心理兩個部分，生理包括生物學的解釋、神經元和神經傳送素、遺傳及遺傳學；心理包括道德模式、個性、心理學的解釋。

第二節 藥物濫用的類別與作用

一、國外之分類

(一) 世界衛生組織之分類

世界衛生組織 (WHO, 1964) 將藥物分為四類：

1. 麻醉劑類 (Narcotics)：例如鴉片、嗎啡、海洛因等。
2. 鎮定劑類：例如紅中等巴比妥劑。
3. 迷幻劑類：例如大麻、LSD 等。
4. 興奮劑類：例如安非他命、高根等。

(二) 美國司法部之分類

美國司法部將列入管制之心理活動藥物，分為五大類 (楊士隆, 2001)：

1. 麻醉劑 (Narcotics)，又稱鴉片類止痛劑，可細分為：
 - (1) 天然成品：例如鴉片 (Opium) 可待因 (Codeine) 蒂巴因 (Thebaine) 嗎啡 (Morphine) 等。
 - (2) 半成品：例如海洛因 (Heroin) 等。
 - (3) 合成品：例如 Methadone, Meperidine, Pentazocine 等。
2. 中樞神經抑制劑 (Central nervous system depressants)，例如三氯乙二醇 (Choral Hydrate) 巴比妥酸鹽 (Barbiturates) 精神安定劑 (Tranquilizers) 紅中、白板、青發等。
3. 中樞神經興奮劑 (Central nervous system stimulants)，例如安非他命 (Amphetamines) 高根 (Cocaine) 其他強心劑之一衍生物及甲基之衍生物等。
4. 幻覺誘發劑 (Hallucinogens) 亦稱精神興奮劑 (Psychedelics)，例如 LSD、梅斯卡林 (Mescaline) MDA、PCP 等。
5. 大麻類 (Cannabinoids)，例如大麻煙 (Marijuana) 大麻脂 (Hashish) 及大麻油 (Hashish oil) 等。

(三) 聯合國的分類

毒品種類的區分，聯合國在西元 1988 年 12 月 29 日通過「聯合國禁止販運麻醉藥物和精神藥物公約」，依此反毒公約，有關毒品的分類，主要區分為麻醉藥品 (Narcotic drugs) 及影響精神藥物或物質 (Psycho-tropic substance) 二種。麻醉藥品又可分為天然植物及化學合成類兩種；若依藥理學上的分類，即可歸納為：1. 中樞

神經抑制劑（例如鴉片、嗎啡、海洛因、紅中、青發、白板等）；2. 中樞神經興奮劑（例如古柯鹼、安非他命等）；3. 中樞神經幻覺劑（例如大麻、LSD、天使塵 PCP 等），分述如下：

1. 麻醉藥品（Narcotics）

麻醉藥品可以分為自然和合成兩類。在自然植物中提煉者，例如罌粟果實中取出鴉片劑及衍生物，在高根葉中煉製之古柯鹼，及在大麻花蕊、莖葉、種子中製成之大麻煙與大麻脂等。合成方面，則種類繁多，均與鴉片衍生物有相似性質，例如美沙冬（methadone）潘他唑新（Pentazocine）

（1）罌粟類（Poppy）：有①鴉片（Opium）；②嗎啡（Morphine）；③可待因（Codeine）；④海洛因（Heroin），被譽為毒品之王，於西元 1874 年英國首先製造，至 1897 由杜勒貝（Dresper）推介為鎮痛劑後，德國拜耳（Bayer）藥廠即大量製造，並命名為海洛因，當時被公認為對肺病及其他呼吸系統疾病之最佳藥品，但由於毒性遠超過嗎啡，且迅速產生生理及心理上的損害，各國無不禁製、禁售、禁用。目前海洛因為全世界各國最普遍禁用的麻醉藥品，因在醫療上毫無價值，任何國家均不准合法煉製。

（2）高根（Cocaine）：為一種興奮劑，刺激中樞神經，可以抵抗疲倦飢餓，可使深夜不眠者持續工作，惟藥力消失後，即感疲乏痛苦。醫療上雖可作局部麻醉，但對人體纖維與末梢神經有影響，一般醫生多不使用。

（3）大麻類（Cannabis）：吸食大麻後，毒素會很快地進入血液，立即影響心境與思考，有陶醉愉快的感覺，轉入無憂鬆弛之境地，而漸漸陷入幻覺、心神恍惚、視覺誇大，對時間、距離、聲響、嗅覺等發生錯亂，易被暗示導致衝動或暴行。禁斷戒絕後雖不致影響生理，但經常服用仍會造成心理依賴。大麻類製劑有下列兩種：①大麻煙（Marihuana），常壓成扁塊狀或磨成粗碎狀，供應成癮者利用捲煙紙捲成紙煙吸食，或使用煙斗抽吸，亦有作配料製成糕餅、香料酒、糖果等食用。②大麻脂（Hashish）：麻醉性較強，成癮程度深重者，喜愛使用，使用方式同大麻煙。

(4) 合成類：①美沙冬 (Methadone)，原作用為治療緩解海洛因成癮者之用，但性質與嗎啡相似，經常服用，會產生心理與生理之依賴，且目前在歐美逐漸成為猖獗之毒品，而被非法普遍濫用。②潘他唑新 (Pentazocine) 商標名稱「速賜康」，俗名「孫悟空」，服用後有輕微呼吸抑制與輕度迷幻興奮作用，且有輕飄愉快感覺。最常見的副作用為出汗、頭昏或輕飄感及恍惚幻覺，因其被非法濫用為海洛因成癮者之代用品，亦列為麻醉藥品管制之禁藥。

2. 影響精神藥物

目前世界各地青少年濫用之鎮靜劑、安眠藥、興奮劑、迷幻劑等，均屬於危險藥物 (Dangerous drugs)，經常濫用即成習慣性，不但影響身體健康，亦易造成強暴殺人等嚴重治安事件，世界各國莫不重視，在國際間並有心理代替物質公約 (Convention On Psychotropic Substances) 共同加以管制。

(1) 興奮劑 (Stimulants)：被非法濫用之興奮劑以安非他命 (Amphetamine) 為主，安非他命在醫療上雖可控制顛瘋症與治療麻醉性昏睡、鼻塞及減肥等用途，但其藥性主要在提神興奮，服用後雖可產生充沛精力，惟因過分刺激而產生不可預測之心境變化，容易導致暴力或犯罪行為，若經常濫用成癮，會有高血壓與心跳不正常現象、喪失食慾、激動、多汗、瞳孔放大等現象，嚴重時會發展為發狂性精神病。

(2) 鎮靜劑 (Depressants)：目前台灣被青少年濫用之鎮靜劑，以諾米諾克斯 (Norminox) 居多，俗稱「白板」，商標名稱為「腦可舒」；另一種為西可那爾 (Ssseconal)，俗稱「紅中」，商標名稱為「舒可腦」。兩者雖具有鎮靜催眠作用，但服用後神智不清，且有醉態，走路搖擺不定，有輕微幻覺，一般人士以「迷幻藥」稱之，實則為鎮靜劑。

(3) 迷幻劑 (Hallucinogens)：最為人熟知的迷幻劑為 LSD (Lysergic acid diethylamide)，服用後 35 分鐘藥性發作，高潮期間達 8 小時，16 小時候才漸恢復正常，藥性致中樞神經失去作用，產生幻覺，使視覺、味覺、聽覺產生極大的歪曲及錯亂。

二、國內之分類

(一) 法律

依毒品危害防制條例第二條所稱毒品，指具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品。毒品依其成癮性、濫用性及對社會危害性分為四級，其品項如下：

第一級 海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品。

第二級 罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他唑新及其相類製品 (如附表二)。

第三級 西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品。

第四級 二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相類製品。

前項毒品之分級及品項，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。

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。

簡言之，我國法規上所稱管制藥品係依其習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性之程度，將成癮性麻醉藥品、影響神經藥品及其他認為有加強管理必要之藥品分成四級管理，限供醫學及科學上使用，而前三級管制藥品又稱為毒品。我國藥物濫用之簡史為：光復前，鴉片；民國 50 年代，強力膠；60 年代，速賜康；70 年代，紅中、青發、白板；民國 79 年之後，(甲基) 安非他命；目前，(甲基) 安非他命、海洛因、FM2 安眠鎮靜劑、強力膠、快樂丸 (MDMA) 大麻、愷他命 (Ketamine) 等 (衛生署，2003)。上述，可清楚地說明法條之規定，法條在毒品防制上，佔極具關鍵性地位，不同國家針對毒品之規定，會因國情的不同而法律規定不一，法律具赫阻及懲罰的功能，但也因此使得違法之毒品，轉為地下交易產品，使得以量制價的效應，延燒至社會亂源之問題，在臺灣毒品合法化之議題，目前是不被討論的。

(二) 行政院衛生署的分類

關於藥品方面，若非醫療用途之濫用者，則為藥物濫用。依行政院衛生署常見濫用藥物分類圖鑑 (Common substances of abuse) 說明如下：

1.中樞神經抑制劑（麻醉藥品類）

濫用藥物	俗名	分級	醫療用途	濫用方式	濫用危害
鴉片 Opium	福壽膏 芙蓉膏		鎮痛 止瀉	經口 吸食	1.嗜睡、噁心、嘔吐、呼吸抑制、便秘、尿滯留、瞳孔縮小。 2.海洛因主要濫用方式為靜脈注射，常因針頭不潔造成感染，共用針頭更可能造成愛滋病、病毒性肝炎、梅毒等血液傳染疾病具有極強生理及心理成癮性
嗎啡 Morphine	魔啡		鎮痛	注射 口服	
海洛因 Heroin	白粉、四號 細仔		無	注射 口服	
潘他唑新 Pentazocine	速賜康、孫 悟空、猴仔		鎮痛	注射 口服	
美沙冬 Methadone			鎮痛 戒癮治療	注射 口服	
配西汀 Pethidine			鎮痛	注射	
可待因 Codeine		--	鎮痛、止咳	注射、口服	
丁基原啡因 Buprenorphine			鎮痛 戒癮治療	注射、口 服、舌下	
特拉嗎竇 Tramadol			鎮痛	注射 口服	

中樞神經抑制劑（麻醉藥品類）之戒斷症狀為：打呵欠、盜汗、流眼淚、流鼻水、皮膚起疙瘩、失眠、焦慮不安、易怒、發抖、嘔吐、腹痛、肌肉痙攣、皮膚蟲鑽感。

2.中樞神經抑制劑（鎮靜安眠類）

濫用藥物	俗名	分級	醫療用途	濫用方式	濫用危害
西可巴比妥 Secobarbital	紅中		鎮靜安眠	注射 口服	屬巴比妥酸鹽類----- (Barbiturates) 意識障礙、運動失調、暈眩、嗜睡、視覺障礙、迷糊、健忘、注意力不集中、記憶力受損、呼吸抑制
異戊巴比妥 Amobarbital	青發		鎮靜安眠	注射 口服	
甲? 酮 Methaqualone	白板		無	注射 口服	
三唑他 Triazolam	小白板		鎮靜安眠	口服	屬苯二氮平類----- (Benzodiazepines) 嗜睡、精神恍惚、運動失調、頭痛、噁心、焦躁不安、健忘、注意力不集中、意識不清
氟硝西洋 Flunitrazepam	十字架		鎮靜安眠	口服 注射	
二氮平 Diazepam	安定 煩寧		鎮靜安眠	口服 注射	
三氮二氮平 Alprazolam	蝴蝶片		鎮靜安眠	口服	

中樞神經抑制劑（鎮靜安眠類）屬巴比妥酸鹽類之戒斷症狀為：頭痛、噁心、嘔吐、虛弱、焦慮不安、易怒、失眠、盜汗、顫抖、痙攣。

中樞神經抑制劑（鎮靜安眠類）屬苯二氮平類之戒斷症狀為：焦慮、失眠、憂鬱、顫抖、暈眩、妄想、痙攣。

3. 中樞神經抑制劑（其他類）

濫用藥物	俗名	分級	醫療用途	濫用方式	濫用危害
GHB	液態快樂丸		無	注射 口服	噁心、嘔吐、呼吸困難、頭痛、失去意識、昏迷及死亡，與酒精併用會加劇其危險性 戒斷症狀：失眠、焦慮、顫抖、流汗
Ketamine	卡門、K他命、K仔		手術麻醉	注射、口服 鼻吸、煙吸	心博過速、血壓上升、噁心、嘔吐、流淚、複視、視力模糊、影像扭曲、頭暈、暫時性失憶症、無法行走及急性精神病。高劑量會呼吸抑制致死

4. 中樞神經興奮劑

濫用藥物	俗名	分級	醫療用途	濫用方式	濫用危害
古柯鹼 Cocaine	可卡因 快克		局部麻醉 止流鼻血	經口 鼻吸 煙吸	興奮、瞳孔擴散、失眠、躁動、沮喪、焦慮不安、食慾不振、噁心、嘔吐、妄想型精神病、心律不整、痙攣 戒斷症狀：呆滯、嗜睡、焦慮、煩躁不安、憂鬱
安非他命 Amphetamine 甲基安非他命 Methamphetamine	冰塊 安公子 冰糖 泡仔 鹽		無	經口 煙吸 注射	1.精神方面不良作用： 失眠、焦慮、暴躁易怒、情緒不穩、記憶減退、妄想、視幻覺、聽幻覺、譫妄、具攻擊性、自殺及殺人傾向、精神分裂症、神經系統傷害等。 2.心臟血管不良作用： 心跳加速、心悸、心律不整、高血壓、腦溢血。 3.過量時會造成昏迷、體溫過高、橫紋肌溶解及急性腎衰竭甚至導致死亡 戒斷症狀：沮喪憂鬱、全身乏力、睡眠異常、焦慮易怒。
亞甲雙氧甲基安非他命 methylenedioxy-methamphetamine	搖頭丸 快樂丸 狂喜 忘我 綠蝴蝶 MDMA		無	口服	1.精神方面不良作用： 失眠、焦慮、暴躁易怒、情緒不穩、記憶減退、妄想、視幻覺、聽幻覺、譫妄、具攻擊性、自殺及殺人傾向、精神分裂症、神經系統傷害等。 2.心臟血管不良作用： 心跳加速、心悸、心律不整、高血壓、腦溢血。 3.過量時會造成昏迷、體溫過高、橫紋肌溶解及急性腎衰竭甚至導致死亡 戒斷症狀：沮喪憂鬱、全身乏力、睡眠異常、焦慮易怒。

5.中樞神經迷幻劑

濫用藥物	俗名	分級	醫療用途	濫用方式	濫用危害
大麻 Cannabis Marijuana Hemp	草 麻仔 老鼠尾		無	口服 煙吸	吸食後會產生心跳加速、妄想、幻覺、口乾、眼睛發紅等現象，長期使用會造成記憶、學習及認知能力減退、體重增加、免疫力降低、不孕症及動機缺乏症候群，孕婦吸食會造成流產或死產。 戒斷症狀：易怒不安、食慾減退、失眠、出汗、震顫、噁心、嘔吐
麥角乙二胺 Lysergide (LSD)	搖腳丸 ELLISA 加州陽光 白色閃光 Acid		無	口服 舌下	瞳孔擴散、欣快感、焦慮、頭痛、噁心、嘔吐、妄想、幻覺、恐慌、肌肉僵直及發抖，過量可造成精神病或死亡。
苯環利定 Phencyclidine (PCP)	天使塵 Love boat		無	口服 煙吸	瞳孔擴散、步態不穩、眼球震顫、激動、失憶、妄想、焦慮不安及幻覺，過量可造成精神病或死亡。

三、學者的分類

常見被濫用物質及其危害簡介（蔡惟禎等，2000）：

（一）中樞神經興奮劑

包括安非他命及古柯鹼兩類。用以刺激神經興奮精神，使反應敏捷情緒高昂。

1.安非他命（Amphetamines）

（1）來源及使用：自1887年合成而來，已經有30多種類似衍生物，俗稱安仔、安、吃冰、安公子、安超人。加熱後吸食其氣體，也有直接口服或注射。吸食後，尿中可檢測到物質的存在，但過了48-72小時就幾乎測不到。台灣流行的為

甲基安非他命，對腦部作用較強烈，也因此更容易造成精神或

神經的傷害。

- (2) 作用：安非他命可增加神經末梢的神經傳導物質的濃度，如多巴胺等。其毒性作用不一定，隨使用者的體質、使用期間的長短、是否藥物耐受性等多種因素決定。有人用了 0.1 公克安非他命即死亡，但長期使用者有人用到 5 公克仍未致死的報告。吸食此藥約 5 至 10 分鐘內會有提神振奮及欣快感覺；藉此可得到滿足及安全感、自信心，但重複使用數次或數個月後，感覺會變得非常短暫甚至消失。
- (3) 毒性：反而是不用藥時，會覺得非常沮喪、乏力、情緒低落，甚至症狀長達數個月或數年之久。症狀包括：猜忌多疑、被害妄想、被監視感、易怒、不穩定、幻聽、幻視及觸幻覺、強迫性或反覆性行為，易併有自殺、自殘或攻擊之暴力行為。生理急性期時之症狀：心臟衰竭、心肌梗塞、心律不整、休克死亡、腦部血管出血及抽搐、昏迷、死亡。亦有併發腎臟衰竭、尿毒症、肺水腫、感染等。
- (4) 戒斷症狀：習慣使用安非他命的人，突然中斷吸食，就會有冷淡、無表情、沮喪、疲倦、焦慮、腹痛、肌肉疼痛、暴飲暴食、嗜睡的症狀發生，有些甚至深沉的沮喪到自殺的傾向，此種情形戒斷後 2-3 天會發作到高峰，約持續一星期左右。

2. 古柯鹼(Cocaine)

- (1) 來源及使用：由中南美洲之古柯 (Erythroxylum) 葉子萃取而成，為白色古柯膏。將古柯膏加入鹽酸，即變成粉狀結晶的鹽酸化古柯因，可直接用於鼻腔黏膜或靜脈注射。若加入混合有機溶劑，進一步萃取即變成無色、無味、不溶於水的結晶，即快克 (Crack)，成為目前除大麻外在美國最流行的毒品。
- (2) 作用與毒性：經由抑制神經傳導物質在經末端及神經元的再吸收，而產生神經刺激興奮作用，只要 0.2 公克的鼻黏膜吸收即能致死。吸食後 5 至 10 分鐘內作用，會有激動興奮、發抖、瞳孔擴張、心跳加速、血壓上升、呼吸急促，進而發生噁心嘔吐、頭暈頭痛、發燒、幻覺，甚至和安非他命一樣亦引起精神分裂症。
- (3) 戒斷症狀：病人常會有妄想躁動、憂鬱疲倦、失眠、流汗發抖、

噁心嘔吐、及找尋藥物的衝動，一般在 3-4 天內明顯，約一週後漸緩解。此時期亦會有類似安非他命戒斷後之暴力及自殺的情形。

(二) 中樞神經抑制劑

包括麻醉性止痛劑，安眠藥、鎮靜劑、酒精及有機溶劑等。

1. 酒精類

(1) 血中酒精濃度與中樞功能的影響 (非絕對性):

0.03 % : 輕度影響。

0.05 % : 認知及反應遲鈍，技巧性動作會受影響。

0.05 % -0.1 % : 工作能力降低。

0.1 % -0.15 % : 粗動作失調、語言不清。

0.2 % -0.3 % : 記憶力喪失。

0.4 % 以上 : 昏迷。

0.5 % 以上 : 死亡。

除中樞神經系統之影響外，尚包括：

腸胃道----出血性胃炎、潰瘍、嘔吐致食道黏胃膜撕裂等。

胰----急性胰臟炎、胰臟機能不全、糖尿病等。

肝----肝炎、脂肪肝、肝硬化。

心臟血管系統-----血管擴張、心肌病變。

周邊神經-----感覺神經病變，嚴重時運動神經病變致下肢無力。

胎兒-----低出生體重、小頭、面部畸形。

其他---利尿、交感神經興奮、高血糖、瞳孔擴張、高血壓等。

耐受性----未曾沾酒的人血中酒精濃度達 0.03 % ，工作能力便受影響。而經常飲酒的人可能血中濃度達 0.07 % ---0.1 % 時，才受影響。

(2) 戒斷：意識混亂、妄想幻想、焦慮失眠、自律神經興奮、顫抖、抽搐、甚至死亡。

2. 有機溶劑

- (1) 來源及使用：吸食強力膠 (Glue) 內之甲苯，甚至含苯、二甲苯，使用者稱吸膠為「煉丹」或「扒糊子 (台語)」。這些有機溶劑包括汽油、油漆稀釋劑、去指甲由之酮類及修正液之三氯丹乙烷。
 - (2) 作用與毒性：強力膠作用似酒醉一樣茫茫，欣快興奮、知覺遲鈍、注意力不集中、視覺模糊、步態不穩、運動失調、講話不清，若繼續施用，便會有各種幻覺、視幻覺及聽幻覺最為常見，脫離現實感、有游泳的感覺、無方向感、失去控制力。高濃度時，會有心臟、腎臟麻痺之現象，週邊神經麻痺造成智能減低、小腦平衡異常、心肌病變、腎間質病變造成腎衰竭。
 - (3) 戒斷：有機溶劑戒斷症狀不明顯，偶會有焦慮、情緒低落等。
3. 安眠及鎮靜劑：指短中效的巴比妥鹽類，有小白板之稱。
- (1) 來源及使用：紅中 (Secomal, 紅色膠囊) 藥效 4 小時，青發 (Amytal, 青色膠囊) 藥 8 小時，白板 (Norminox, 白色錠劑) 藥效 4 小時。
 - (2) 作用與毒性：嗜睡、口齒不清、步態不穩、運動失調、暈眩、思考力減弱，大量服時，會昏迷、呼吸困難、呼吸循環衰退並呈現呆滯。
 - (3) 戒斷症狀：具有成癮性及耐藥性，突然停藥會有焦慮、頭暈頭痛、噁心嘔吐、腹痛、盜汗、畏寒、發抖，嚴重者死亡。
3. 麻醉性止痛藥：重複使用的依賴成癮，不易戒斷。
- (1) 鴉片類
 - (2) 速賜康
4. 幻覺劑類
- (1) 大麻 (Marijuana)
 - (2) 麥色酸二乙? 胺 (LSD)
 - (3) 天使塵 (Phencyclidine)

第三節 藥物濫用的治療

社會工作參與藥物濫用的治療，已愈來愈深（Farley ,O.W. & Smith L.L. & Boyle S.W. , 2000），矯治社會工作指社會工作實施於矯治體系（correctional system）中，協助犯罪者自我瞭解，與他人建立關係，並擁有社會所期待的生活方式。在矯治體系中，社會工作者的角色是協助復健而非懲罰。故社會工作者在受戒治人出所計畫方面，扮演的角色是協助受戒治人自我瞭解、學習與他人建立關係、提昇解決問題之能力，以能適應正常之社會生活。西元 1995 年版的美國「社會工作辭典」對於「矯治」曾作出如下的定義：矯治是法律的特殊產物，透過拘禁、假釋、緩刑以及教育方案與社會服務，來改變與改善觸法犯罪者的行為。但平情而論，社會工作實施於犯罪矯治體系的情況，相當有限，因較矯治機構的經費及人力大部分花費在監獄管理上，以防止犯人脫逃，而治療或輔導工作淪為次要目標（林勝義，2001）；的確，目前於實務運作上，確實是如此，身為一社會工作者，秉持專業精神的持續運作，相信會發展更有貢獻之模式與制度。且處理與人相關之專業人員，具備不同的專業認知是必要的。沒有一個單一機構或少數機構團隊，可以單獨面對藥物濫用的問題。對藥物濫用的受害者言，需要有整體社區的努力與協助，包括教育、預防措施、各式治療模式與復健服務。未來在藥物濫用的控制、預防及治療方面所要做的努力，主要來自社區的關注、法令的強制執行、專業的醫療、學校、立法機關以及社會福利等單位（Farley ,O.W. & Smith L.L. & Boyle S.W. , 2000），分述如下：

一、政府機構

包括相關立法、辦理教育訓練於社區照顧機構、進行研究，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。新法於民國 93 年 1 月 9 日解套，毒癮問題的處理已斷線，強大社會藥癮問題，若無國家贊助的機構，是無法解套的，依現行法令觀之，衛生署對藥物濫用者的積極處置是值得鼓勵的，例如成立專科醫院，專司戒毒任務，提昇醫院為社區照顧的機構與角色。

二、教育

從預防勝於治療的觀點，在藥物濫用的治療這一節，對教育方面的

策略，是應提及且重視的。藥物濫用屬個人問題，但很多源自家庭互動關係不良。社會工作除了進入校園，外展服務多元角色亦需發揮，例如舉辦團體活動、提供職業訓練方案、提供更多樣化的休閒措施，教導民眾如何拒毒、接受或鼓勵親友戒毒、教導民眾熟習壓力之有效因應技巧、人際關係溝通技巧及家庭成員溝通技巧（林信男，1997）。當然，需整合不同領域之專家學者，一同推動進行，可達社區預防之效。整合的過程，有賴社會工作專業知能及技巧的發揮，例如資源手冊之建立、機構運作的交流、人力資源之動員，資源網絡的整合條件與能力，是社會工作較難被其他專業取代的條件與能力。

反毒教育主要策略一覽表

理 論	著 重 點	方 法
藥物教育	增加藥物作用及副作用的知識；促進抗藥態度	演講、討論、視聽教育、藥物展示、海報、小冊子、學校集會活動
人格教育	增加自尊心，做負責任的決定，人際關係的成長	演講、討論、實驗性活動、問題解決的練習
取代法	增加自尊心，自我信賴；提供使用藥物以外的不同方法；減少厭煩與孤獨錯亂的感覺	成立青少年活動中心、提供休閒活動；參與社區服務計劃；職業訓練
拒毒技巧法	增加對抽煙喝酒或使用藥物的社會影響覺知；發展對抗藥物使用的技巧；增加藥物立即負面影響的知識；建立不用藥物的生活模式	課程討論；拒毒技巧訓練；行為演練；「回家作業」延伸練習；以同年齡或較大的同儕做領導者
個人勝任力促進法	增加作決定、改變行為、減少焦慮、促進溝通、增進社會性與勝任力的技巧	課程討論；認知行為技巧訓練（指示、示範演練、練習、回饋、增強）

資料來源：Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG(eds):Substance

Abuse A Comprehensive Textbook.2nd Ed. Baltimore, Williams &

Wilkins,1992,P913；林信男 1997 轉載。

三、治療

由於不同藥物濫用者需要治療的方法不同，因此，需要發展出多元的治療模式。筆者融合實務與前人看法，認為治療的計劃有三種：

- 1.個案式：包括緊急照護、住院服務、門診服務、化學治療、轉介服務。
- 2.團體式：包括自助團體、社區熱心團體。自助團體指由戒毒者及其家長組成，轉向社區照顧政策，無人承接，只好當事人承擔，且使當事

人有積極尋求受助之機會。社區熱心團體指可交由宗教團體協助，善

用現有龐大的宗教力量與網絡，一同消弭或抑制毒品造成的社會亂源。

- 3.治療性社區：包括住宿、小團體治療、參與職業復建計劃，以協助藥物濫用者重回社會。特點為大多使用非專業人員（通常是戒癮成功者），提供諮詢服務、角色模範、加強照護、團體接觸。目前台灣宗教戒毒之機構，採此法。

藥物濫用的治療有醫療、社會心理、環境等層面，簡言之，治療包括生理及心理治療，以心理治療任務較為艱鉅。心理治療包括支持性心理治療、團體心理治療、社區式增強式諮商、家族治療（林信男，1997）。社會工作在治療層面，目前是受到心理背景之專業人員質疑，認為社會工作者不可從事治療工作，但探究目前社會工作實務、探究支持性心理治療、團體心理治療、社區式增強式諮商、家族治療，社會工作者是一直投入其中，且透過實務成果的展現，能力並不亞於心理背景人員。從優勢觀點（strengths perspective）言，社會工作者可用實務運作成果，理論與實務兼顧之方式，不僅協助案主，也建制特有的社會工作治療模式。

除了學習國外模式外，本土化模式，現在是應受重視與矚目的，戒治所漸進式累積出的實務經驗，是台灣戒治制度重要的里程碑，社會工作的介入處遇，為獄政管理制度，帶來不同的人性化觀點與專業處遇方式，相信社會工作再持續投入獄政，會型塑出矯治社會工作在獄政的具體地位。當然，就如同社會工作的內涵不是一體成形或一次就完成，而是逐一加入，隨著時代的變化，慢慢組合而成（簡春安，2004）；此發展本土化的觀點，道出在藥物濫用領域中累積社會工作專業的另一開端。

本研究討論醫療之外的藥物濫用治療。從心理學的觀點言，認為藥物濫用者因為趨避衝突（approach-avoidance conflict）（張春興，2002）而難以戒癮。換言之，即吸毒者不得不戒毒時，一方面會好而趨之，另一方面又會惡而避之；如此造成成癮不易戒除。從建立生活模式的觀點言，C.E.Faupel 和 C.B.Klockars（1987）發現有兩個因素，會構成並影響毒犯之吸毒與犯罪行為模式。這兩個因素分別為：獲得毒品的可能性、生活結構。獲得毒品的可能性指包括毒犯獲得毒品（海洛英）的所有機會和資源，也包括所有會妨害毒犯獲得毒品的障礙。例如：和毒販接觸的機會，吸毒的資金來源，和其他獲得毒品的技巧等等。值得注意的是：吸毒者對毒品的抗藥性，並非決定因素。即便毒品供應驟降的時期，吸

毒者也可以調整自己的毒癮以適應；若毒品之獲得變得較輕易，即若將毒品除罪化後，吸毒者只會更加大量的吸毒。生活結構指吸毒者每天在家中、職場、娛樂及犯罪場所等，會定期發生的行為模式。例如：就海洛英吸食者而言，其生活的一部分扮演著傳統角色（如從事生活事務或從事一般工作），及一部分扮演犯罪次文化的角色（如習慣的竊盜、販毒、購毒及吸毒等），其所有的角色綜合互動，便成為吸毒者的「生活結構」。簡言之，Faupel 和 Klockars 的研究認為「獲得毒品的可能性」和「生活結構」，是毒犯「吸毒動力」的兩個決定性重要因素，即其吸毒模式變化的兩個動力（劉勤章，2002）。

表 2-2：海洛英吸食者的行為模式

獲得海洛英的可能性	生活結構	
	高	低
高	固定的癮君子	隨性的癮君子
低	偶爾的吸毒者	街頭的癮君子

由上可知，生活管理鬆散、容易接近毒品，易受毒品侵襲，建立規律的生活模式、縝密的生活結構是吸毒者或落入毒品的高危險群遠離毒品的積極做法。從去機構化的觀點言，談解決藥癮問題之社區照顧設計，在世界各地，毒品的使用持續的增加，致使個人及其家庭與社會產生怪異與無法控制的行為（Farley, O.W. & Smith L.L. & Boyle S.W., 2000），由實務經驗得知，吸毒者常是生活上出現許多不同的問題，未即時解決或根本無好方法解決，而致愈陷愈深，出戒治所後，問題仍在，甚又持續發生，愈加提昇藥物濫用者社區照顧的重要性。基於社區照顧的特性為長期照顧、去機構化、轉機構化（transinstitutionalization）減少對公共照顧的依賴、非正式照顧、參與和選擇的增加、需求導向的服務、成本抑制（黃源協，2000），社區照顧對於目前監獄式戒治制度，是一個解套的方式，只是該如何做？是個值得討論的議題。

台灣第一座公辦之吸毒犯戒治分監（馬英九，2000）因應「毒品危害防制條例」，台灣於民國 83 年 12 月即成立第一座公辦之吸毒犯戒治分監——台南明德戒治分監，位於山明水秀的台南縣山上鄉，舍房皆為小木屋，每十二人一屋，戒治人犯分為二組，分由基督教更生團契及佛光會負責心靈戒治，成效佳，再犯率約 10% 左右。與法務部統計資料比較，透過宗教戒治堪稱成效較佳。有關宗教戒毒之成效方面，蔡佩真（1990）研

究發現研究對象在戒毒後，有 40 % 恢復了正常的社會生活和家庭生活，能夠就學就業，也紛紛建立新的家庭，此說明宗教信仰在戒毒方面之成效。

有關於毒品防制措施，勒戒治療方面說明如下（楊士隆等，2001）：
染上毒癮，最好儘速送往煙毒勒戒所實施勒戒，目前勒戒處所可分為公設及私立二種，公設之處所有四：

- （一）台北市立療養院防治科（82 床）
- （二）署立草屯療養院附設煙毒勒戒中心（50 床）
- （三）高雄市立凱旋醫院煙毒勒戒科（83 床）
- （四）署立花蓮醫院精神科（34 床）

公設勒戒所採用症狀療法，醫師先給予藥物治療，讓吸毒者戒斷中全無痛苦，之後心理產生仰賴毒品的需求時，所出現關節酸痛、煩躁、睡不好的現象時，醫師再針對症狀給藥，並輔以心理治療及追蹤治療。

而據悉部分私立勒戒所，進去就打藥讓吸毒者昏睡一週，度過發作期後而算是戒毒了，但出來不久又故態復萌，主要是因為生理上雖戒毒，但心靈上仍十分空虛，無寄託、無目標，因而又回頭找老朋友---「毒品」。

戒毒最重在於「戒心」。通常生活上之吸毒行為，一至三週即可解除，但最重要為心理上之戒除，因此事後尚需長期心理重建工作，針對每個吸毒者吸毒背景，或因家庭、學業、工作壓力或個人因素，例如無知、無助、逃避現實等，將其心靈導向正軌，從心理上完全抹除吸毒知慾望，才能徹底擺脫毒品。

馬模貞（1996）提出世界各國對於吸毒者，大體採取三種態度：

（一）強制戒斷

- 1.指對吸毒者採用嚴格管理、強制戒斷辦法，輔之以教育和感化，啟發自覺。
- 2.世界上，採取強制戒斷的國家為中國、新加坡、泰國。
- 3.泰國：收容於矯正機構，強制戒毒一年半。該機構的工作人員，一律身著警服，採用監獄式的管理辦法。

（二）自願戒斷，種類有

- 1.在家戒斷：指在家庭成員的協助下，輔之以藥物治療，完成戒斷；
- 2.移地戒斷：到一個陌生、沒有毒源的外地。既無法獲得毒品，

又切斷與毒友的聯繫；

3.住院戒斷：經過醫師與藥物的治療，實現戒斷。

4.自願入戒毒所。

(三) 放任自流

1.是一種消極的、無所作為的、不負責任的態度。

2.基於「人權」和「自由」，但造成嚴重的社會問題。

戒斷方法，歸納起來，不外以下二種：

(一) 自然戒斷法

1.又稱「乾戒法」。即不給吸毒者供應任何藥品，強制其戒斷。

2.適用對象：適用於經濟條件較差，缺乏戒毒藥品，以及一些輕度的癮君子。

3.優點：

(1) 所需的戒斷時間短。

(2) 戒斷率能達百分之一百，且後遺問題少。

4.缺點：

(1) 吸毒者戒斷症狀嚴重，甚至有人會因引發其他疾病而死亡。

(2) 由於此法，戒斷時十分痛苦，甚至發生一些意外，有些國家是不願意採用的。

5.說明：

(1) 今日的新加坡、泰國等地，即使用此所謂的「冷火雞」法，實際上就是將吸毒者隔離關押起來，實行「乾戒」。

(2) 針對輕度的癮君子使用，且最好在自願和醫療條件允許下實行，較佳。

(二) 藥物戒斷法

即用各種藥物來減輕吸毒者在戒斷過程中的痛苦，或用其他藥物來替代對毒品的依賴。目前國內外主要有遞減法、取代法、亞冬眠療法等。

1.遞減法：即採用毒品減量直至停止供應的辦法。戒斷的民間方法有「林文忠公戒煙丸」(請參見附錄七)「戒煙四物飲」(請參見附錄八)「戒煙藥酒法」(請參見附錄八)

(1) 優點：戒斷症狀反應小，痛苦少，生理、精神上的轉變有漸

進過程。受到吸毒者與家屬、社會輿論的支持。

(2) 缺點：藥材煎煮較費時。

2. 取代法：

(1) 以毒攻毒法：即鹽酸美沙酮(Methadone) 鹽酸美沙酮(Methadone) 也是一種毒品，對人體具有傷害作用，但尚未被西方國家列入非法毒品之列。

(2) 它是由美國紐約市的文森特·多爾和瑪麗·奈斯旺醫生 1964 年推出的。到 1973 年，美國約有 7 萬餘人接受這種以毒代毒的戒毒治療。

(3) 美沙酮治療，一般要經過三個療程：

- ① 先按吸毒者能維持日常活動的量，服用鹽酸美沙酮；
- ② 對毒品的依賴程度降低後，減低鹽酸美沙酮用量；
- ③ 最後，設法擺脫對鹽酸美沙酮的依賴。

(4) 戒斷者的復吸率，雖因社會綜合因素而居高不下，但鹽酸美沙酮療法仍是西方國家一種重要的藥物戒斷辦法，輔以針灸、中草藥、精神治療、心理治療等。

3. 亞冬眠療法

(1) 即使用藥物，使吸毒者處於亞冬眠狀態，以減少戒斷症狀，減少其痛苦。

(2) 目前中國較多採用肌肉注射氯丙嗪或異丙嗪，使戒毒者進入亞冬眠狀態。經過 5 至 7 天，再合併胰島素低血糖療法，以減少戒毒者對毒品的依賴。

(3) 優點：戒毒者戒斷症狀輕，痛苦小，處於冬眠狀態，精神壓力小，且價格不貴。

(4) 缺點：強制性差，要求戒毒者自願、有毅力、且有家屬陪伴和監護。

以上戒斷方法，包括藥物治療、中藥療法各種方式，堪稱完整呈現。吸毒者於日常生活中，常是躲起來吸毒的，戒斷方法的找尋，除了吸毒者自發性的願意戒斷外，大多是週遭焦急的家屬或摯友，四處找尋戒斷方法，協助吸毒者。戒治所屬於強制戒斷，受戒治人若要嘗

試其他戒斷方法，必須於出所後嘗試，若實務可行，也許可讓受戒治人嘗試不同的戒斷方法。

第四節 問題解決模式之內涵與應用

藥物最終總是會上癮，甚至死亡？讓人迷惑的是成人及青少年會持續藥物濫用的危機是什麼？藥物上癮通常會使人停止工作、停止正常生活作息，甚至影響思想、行為、情感，此現象會傳播至全世界。對多數

人而言，飲酒是一社會的潤滑劑，物質包括酒精、咖啡因、鎮靜劑，濫用後，會產生問題，包括生理、心理及精神層面的（Kendall. P. C. & Hammen C.，1998）。每個人對問題的解決方式，會因個性、經驗、知能、環境、資源等不同，造成生理、心理及精神狀態不同而形成每個人的問題解決模式。

在戒治系統中，問題解決模式的課程被歸類為諮商與輔導領域。諮商與輔導是現代社會倍受矚目的一門學問。我國輔導工作之推展，始於民國 40 年左右，當時政府播遷來台，開始建設工作，海外僑胞歸心，大量將子弟送回國內接受教育，僑生大都自幼居住國外，語言與生活習慣均與國內有所不同，政府為協助他們適應環境，乃開始是行輔導工作。約經四十年餘的發展，學校、民間機構、企業轉型、人事管理部門，皆應用諮商與輔導的理念，以電話、晤談、訓練或規劃員工生涯，發揮輔導工作個體實現自我之功能。諮商理論之發展，由精神分析學派啟蒙、行為學派力主科學化的取向，個人中心學派強調建立真誠接納協助關係的重要性，到認知行為學派著重個體不良認知的改變，每一個學派都曾風靡一時，也都有其特殊的協助效果，但是近年的研究趨勢卻逐漸走向依個體困擾或發展問題的類型，尋求適合接受某種諮商學派取向的協助，以及具有某種特質的諮商員適合發展某類諮商取向的適配原則。（廖鳳池、鈕文英，1990）。此可簡約地知道我國輔導工作發展歷史，且可知不同學派，有不同的特殊協助效果。

根據民國 90 年杜聰典之研究發現，諮商與輔導在全省戒治所戒治課程中，獲得戒治所管教人員及受戒治少年高度的認同，此研究結果確認了本研究欲進行之方向。Berthold（1989）指出，當人們的生活遇到問題時，宗教從二個方向來診斷問題：1.靈的起因（Spiritual causes）：包括人的精神和心靈層面的根源，或是邪靈的干擾，例如基督教認為是人犯罪或是人的心靈遠離神；2.物質的起因（Material causes）：例如體力的限制、肉體私慾太放縱、環境不良、資源不足而導致問題和困擾的產生（轉引自蔡佩真，1990）。閱讀宗教戒毒及非宗教戒毒之相關文獻後，再加上實務上發現受戒治人，遇到生活上關鍵問題時，大多採逃避、忽視或混亂之方式解決，故期待此研究，以問題解決模式作為主軸，檢視出問題解決模式之學習對受戒治人出所計畫之影響。

一、問題解決派模式

1930 年代以後，當時大多數社會人士不滿意，以精神分析理論為主的診斷派個案工作和功能派個案工作，覺得必須尋求新的個案工作理論，因此產生折衷派的問題解決個案工作理論，其中心思想為 1950 年代，當心理暨社會個案工作正盛極一時之際，海倫柏曼·波爾門（Perlman, Helen Harris）提出問題解決模式的工作方法。此派看法為人的一生其實就是解決問題的過程，從出生到死亡，人處處須解決所面臨的問題，以獲得快樂、酬償、安定、舒服以及良好的適應，而盡量避免痛苦、懲罰、偏頗不安或不能適應的情形發生。人每天常不自覺地作出無數的決定之時，便是不斷地練習「自我功能」（ego functions），因此，問題解決模式的主要目標，是協助案主有效且滿意地解決他所不勝負荷之社會任務（social task）或人際關係的問題（呂民璿，1995）。此明確地說明受戒治人學習問題解決模式之功能，在戒治課程實施過程中，必須對受戒治人引導相關概念，引發其自我覺察的敏感度，增進其對自我的瞭解。

問題解決模式有所謂的「4Ps」，即「Person」指求助者，「Problem」指所遭遇的問題，「Place」指社會服務機構，「Process」指問題解決的過程。社會工作者能在三方面協助案主（呂民璿，1995）：

- （一）引發案主之動機，指示其方向，即減輕案主因無力感帶來的焦慮、恐懼或逃避的行為，而同時給予支持和安全感，企望成功，將自我的活力投注於應做的工作；
- （二）激發案主的心智、情緒和行動能力，且經由重覆練習，使案主的自我功能伸展（包括覺察、認知、理解、選擇、判斷和實行等多方面的伸展）以應付問題；
- （三）找尋可消弭問題之資源及機會，使案主能較順利地完成所應該做的事。

此說明了問題解決模式簡單地操作方式。同樣地，在戒治所實施課程的過程中，必須使用文具及器材，採匿名的方式，請受戒治人寫出其 4Ps，因為是匿名的，且採分組小團體方式運作，可迅速的收集到受戒治人內在的想法，再加以整合與治療。

再者，若從問題解決模式之診斷與治療談起，以解決問題的過程、

專業關係、診斷、治療說明如下（廖榮利，1987）：

一、解決問題的過程

- 1.解決問題的過程，就在嘗試激發並支持案主的自我功能，有效運作。
- 2.問題解決模式之中心，在於使案主有能力去觀察與察覺，也是要使案主能承認他的困難，瞭解他應如何選擇與決定，才會有助於其對問題之解決。過程中再加上「意義他人」(Significance others) 之協助，更能協助案主。
- 3.案主與工作者之間維持良好的取給 (Give-and-take) 關係，有助於雙方對問題本質的認識與瞭解。

二、專業關係

- 1.工作者與案主的關係 (The caseworker-client relationship) 是指當案主與工作者合力處理問題，且工作者運用專業關係時，個案工作關係即已開始。
- 2.任何持續成長的個案工作關係，必包含四個要素，即接受 (Acceptance) 期待 (Expectation) 支持 (Support) 以及激勵 (Stimulation) 藉由此四個要素之作用，工作者可促使案主產生自信心。
- 3.案主獲得工作者的接納、同理心的反映及溫暖的感受，此協助關係可促使案主改變自己及所處環境。

三、診斷

- 1.此處之診斷 (Diagnosis) 是指在問題解決初期，工作者必須對問題的本質、問題的顯著性、問題的起因開始與突發性、致力於問題的解決、機構特性與解決問題之方式，做確認與澄清。
- 2.診斷案主人格動力與行為功能，包括自我功能 (或潛在功能) 情緒困擾、求助動機與意願、案主對目前生活經驗的滿意程度評估等。
- 3.進而言之，案主問題往往是他過去生活經驗造成的果，當前的問題也很有可能會延續下去而成為日後問題的肇因。
- 4.故診斷不僅要消極的找出不適當的處置方式，更重要的，還要積極找出對案主最有利的行為模式，或行事方向，如此不僅解決當前之困難，更能預防日後問題之出現。

四、治療

- 1.此處之治療（treatment）是指在整個問題解決的過程中，診斷與治療隨時都在進行。
- 2.工作者提供給案主之協助，可分為二：
 - (1)提供必要且可適用的資源，促使案主利用這些資源，以利其解決問題。
 - (2)引導（或啟發）案主，使其能運用自己能力，以面對其情緒、思考（或行為）方式，達成解決問題的目標。
- 3.確認解決問題模式的治療目標，大致包括四項：
 - (1)對問題或對自己（或其中大部分）的認知、瞭解、以及釐清。
 - (2)提供獲致解決方法或機會來源。
 - (3)強化並修正案主與他人的溝通或聯繫，同時尋覓社會工作網絡中，對其較有助益之方式。
 - (4)反覆指引或運作其處理問題之能力，以獲取較大之能力或較佳之適應力。

綜合觀之，社會工作服務本身就是一種解決問題的程序。解決問題包含兩個部分：其一是處理外在明顯可見的問題，並致力於合理的解決；其二是解決深植於內在的衝突與抗拒，以獲得個體的成長與成熟，以及改變。故說問題解決是一種將外在具體問題與內在隱含之情緒衝突的解決方式，應是一種更為客觀與周全的界定。所以社會工作以受戒治人問題為中心，衍生的協助關係，不僅可引起受戒治人的興趣，還可轉化受戒治人不同的概念，進而增進自我覺察之能力，也相對的提昇解決問題的能力。

在概念層次上，解決問題模式建基於「此時此地」的概念，並將認知行動區分為必須階段，每個階段均有特殊目標，前一個階段之有效性有助於下一階段目標之達成，就如人類成長及發展的生活模式一般，有一定的次序。解決問題是為了一種有目的的改變，循序漸進，並配合案主之人格動態，始能獲得一種最佳處理問題之模式或行事方向。根據上述可知，在運作過程上，解決問題模式的實施，宜留意案主所界定之目前問題及其感覺，盡力配合案主期待，同時提昇其動機、自我形象、以及自我認同。接著，若能引起案主焦慮不安或功能失調之問題獲致解決，那麼案主自然可以重獲生活之均衡。所以解決問題乃是個人遭逢困難之時，所極欲處理解決之危機狀態，也基於此，解決問題在整個社會工作

專業活動裡，有其深遠的影響和不變的價值。

生存空間是指人在社會扮演的地位，此亦是人成長過程的任務之一，自尊心和自我認同的發展與個人的生存空間有關，若將生存空間套在問題解決模式「4Ps」中的「Place」，受戒治人的生存空間為戒治所，台灣的戒治所是在監獄內的，管理上比照獄政制度管理，所以毒品危害防治條例「病患性犯人」之精神，其實是和一般犯人沒有太大的差別。生態系統理論認為，個體須握有取得資源的機會，否則無法建立自己的生存空間（許臨高，1999），從此觀點出發，可知受戒治人在戒治所接受戒治，取得資源的機會是很重要的。故在戒治處遇課程中，會加入「社會資源」的介紹、運用、應具條件、應備文件，部門包括公私部門，且為了增加受戒治人的興趣，會依社會資源介紹內容，設計有獎徵答，並當場發給獎品，透過現場互動，一次一次地累積專業關係，當然仍須善用匿名的方法，針對受戒治人問題予以適當的專業治療與修正。因受限於獄政制度，支援的角色發揮空間有限，但可以與戒治所正式編制之社工師（員）接軌運作，透過個案方式補充團體治療不足之處。

二、其他相關資料

（一）問題解決諮商模式

諮商心理學家認為問題解決訓練適用於諮商情境，乃基於兩項基本假定（廖鳳池等譯，1990）：

- 1.對於問題情境無法進行有效的應對，會為個人及社會帶來負向後果，因此經常會造成個體情緒或行為的困擾。
- 2.透過問題解決技巧的訓練，可以增進個體解決問題的效率，使其能夠獨立處理日常生活所面臨的挑戰。

就許多層面而言，問題解決訓練可視為協助個體發展一套「學習心向」（learning set），這種學習心向可以促進個體對廣泛情境中的問題，增強其應付的能力。因此，問題解決訓練可使個體的獨立性、能力感，及自我信賴感獲得提昇。

問題解決諮商模式甚多，例如 D'Zurilla & Goldfried (1971), Urban & Ford (1971), Eisenberg & Delaney (1977), Carkhuff & Anthony (1979), Kanfer & Busemeyer (1982), Egan (1975, 1982, 1986A), Yates (1986) 等皆是。Egan (1982) 綜合了 Roger, Carkhuff 及 Krumboltz 等人的理論為基礎，提出了三個階段的問題解決模式，Egan 的模式承襲

Carkhuff 模式系統性明確步驟的優點，又結合了同理心及其他認知行為治療的技術，被喻為受歡迎及有效的諮商模式之一。以下將介紹 Carkhuff 及 Egan 二個模式，建構出進行問題解決諮商模式的主要架構。

Carkhuff 的發展性問題解決諮商模式認為，助人工作最重要的特徵是：所有的助人工作不是使人變得更好，就是使人變得更糟糕，從來沒有一個求助者經過他人的協助後是毫無改變的。決定助人工作成功或失敗的關鍵因素，不是助人者的學歷或工作資歷，而是助人者所具備的技術。經過深入的觀察及仔細的分析，Carkhuff 發現求助者在接受協助歷程的活動，可區分為投入諮商情境（Involvement）、自我探索（Exploration）自我瞭解（Understanding）及採取行動（Action）四個階段。

Egan 的三階段問題解決諮商模式，將諮商歷程分為澄清問題、設定目標，及促成行動三個階段，這三個階段是系統性及具累積性的。階段一、澄清問題時，針對問題情境加以探討及澄清。階段二、設定目標，此階段要協助將求助者片斷資料加以組織，針對問題情境統整及具動力性的了解。階段三、促成行動，是要建構達成目標的途徑，並加以完成。

（二）心理學的問題解決模式

在心理學中，將問題解決稱為問題索解，且從認知開始談起。認知（cognition）指吾人對事物知曉的歷程，包括對事物的注意、辨別、理解、思考等複雜的心理活動。簡言之，認知為「知的歷程」，包括行為與心理歷程。認知心理學，實際上涵有廣狹兩種意識，廣義言之，凡記憶、理解、想像、思考等行為與心理歷程均屬認知心理學，即凡採用「知之歷程」來解釋行為現象者，泛稱認知論（cognitive theory）；狹義言之，認知心理學與訊息處理心理學（information-processing psychology）涵義相同，訊息處理心理學（information-processing psychology）也稱作訊息處理論（information-processing theory）（張春興，2002）。故可知認知在問題解決上為極重要的關鍵之一。

認知論是現代心理學的五大理論之一，廣義泛指對一般「認知歷程」的解釋，狹義僅指對「訊息處理」行為的解釋。在現代心理學的主題中，認知論主要偏重在學習、智力發展、情緒、心理治療等各方面的研究與應用（張春興，2002）。而後效強化是構成學習的關鍵因素，當個體（人或動物）對目前環境變化，完全無法控制，或對未來將要發生的事情無

法預測時，個體的認知功能，勢必因無法解決困難而解體。若此種情況長期延續下去，個體將無法克服焦慮、恐懼、痛苦的壓力，而喪失求生鬥志，放棄一切追求，進而陷入絕望的心理困境。從學習心理學的觀點看，此種絕望心境，按行為主義者制約學習理論言，是經由操作制約的過程學得的，故稱學得無助感（learned helplessness）。解釋學得無助感的歷程時，不能完全按斯肯納（Burrhus B. Skinner）所強調的外因控制的說法，因為在學得無助感的絕望心境中，另外包括了認知的、動機性的及情緒性的三種因素（張春興，2002）。簡言之，認知、動機、情緒影響行為甚鉅。

觀察學習是形成社會行為的基礎。觀察學習是在社會情境中，經對楷模所表現行為的觀察與模倣間接學到的。所謂「見賢思齊」中的「見」與「思」二者，在意義上即為認知。觀察學習的歷程中，有兩個重要因素：一為自我規範，另一為自我增強；前者是學習者據以觀察別人行為的標準，後者是根據標準對自己行為的肯定（張春興，2002）。自我規範及自我增強亦一直是戒治所對受戒治人之期待與盼望。

問題索解（problem solving）（張春興，2002）包括構成問題的條件、問題索解的心理歷程、影響問題索解的心理因素（指心向作用、功能固著、認知結構）。認知類型（cognitive style）是指個體在認知活動中所表現的行為特徵。認知類型是在性格與能力兩因素影響下，經與環境交互作用的學習歷程而形成的，因此認知類型又稱認知學習類型（cognitive learning style）。

（三）各學派觀點

依據 D'Zurilla 和 Goldfried(1971)的說法，問題解決諮商模式主要分為五個步驟，即定義問題、選擇目標、選擇策略、實行策略及評量結果。根據此架構將問題解決諮商模式與其他助人模式的結合，從廖鳳池等 1990 譯自 Dixon & Glover 之說明，綜合如下：

（一）個人中心學派（person-centered counseling）

1. 定義問題：認為定義問題是求助者的責任。助人者經由對求助者內在參考架構正確而同理的了解，幫助求助者探索問題。
2. 選擇目標：應由求助者決定。幫助求助者重新建構自我，以達自我成長之目的。

- 3.選擇及實行策略：助人者使用正確的同理心、真誠溫暖的接納，創造一個良好的諮商環境，以協助求助者自我實現。
- 4.評量結果：只要求助者能做到以下的情況，就表示效果已達成：
 - (1)提昇解決問題的能力；(2)一致的情緒和行動；(3)真實我和理想我更一致；(4)減輕壓力和焦慮；(5)對他人持實際的看法；(6)增加對自己行為的責任和控制；(7)創造力和適應力的提高；(8)正向的自我評價；(9)更實際的知覺；(10)有更好的自我發展；(11)更能接納別人。

簡言之，問題解決的過程端賴助人者能否建立一個給予求助者自我實現的氣氛。問題之所以能夠被解決，是因為求助者洞察出自己有解決問題的能力和自信心。

(二) 完形學派 (Gestalt therapy)

- 1.定義問題：在辨認求助者需要去改變的問題上，採取較主動的角色。這些問題包括：逃避責任、缺乏自我瞭解、僵化和可預期的控制行為等特徵（可說是一種性格）。
- 2.選擇目標：並沒有設定明確的目標，而是更關切此時此地。若是硬要舉出一個目標，即是發展求助者的成熟度，也就是希望從環境中得到支持，轉變到自我支持的超越態度，包括：
 - (1)對自己的行為更能負責；(2)使用更多的自我指示；(3)多歸因於內在因素。
- 3.選擇及實行策略：
 - (1)拒絕回答求助者的問題：助人者拒絕回答問題，而要求求助者再將自己的問題陳述一遍，以增進其自我覺察。
 - (2)挫折的使用：助人者不允許求助者以控制別人的方式控制他。
 - (3)直接的覺察：助人者詢問是什麼問題，和問題如何導致求助者口語和非口語的矛盾和衝突。
 - (4)對話遊戲：可運用空椅子方式讓求助者表達出極端的情緒，並分析衝突的本質。
 - (5)使用投射的方式：使用投射必須讓求助者在生活中一直被他們將某些特質投進去的那個人，使他清楚自己無法接受的事情。

(6)反向技巧：反向技巧幫助求助者了解一直被他們否認的部分。

(7)認清責任：助人者要求助者了解他對其行為和情緒所應負的責任。

(8)把情緒留住：將情緒留住是幫助求助者經驗他一直想逃避的不愉快情緒，以使他能面對這樣的情緒。

4.評量結果：主要評量求助者是否已達到自我了解、自我負責和成熟的目標。

簡言之，完形治療學派認為了解及解決問題能力的提昇，端賴求助者全人的發展，努力尋求自我實現。

(三) 行為學派 (behavioral counseling)

1.定義問題：將定義問題稱為評估或功能分析。在定義問題時，必須說明問題的前因後果，及問題的深度、頻率及持續時間。其步驟為：(1)求助者對問題的知覺；(2)助人者對問題的知覺；(3)分享和磋商對問題的知覺。

2.選擇目標：在行為學派裡，目標選擇的過程是求助者和助人彼此者分享的過程。Kruboltz(1966)認為目標必須符合三項標準：

(1)目標必須是求助者想達到的；(2)助人者必須願意幫助求助者達成目標；(3)它必須能夠評估目標達成的程度。

3.選擇和實行策略：助人者可以選擇系統減敏法、自我管理、後效契約、後效管理、前因處理.....等策略，以進行行為改變。

4.評量結果：行為學派對於協助效果的評量特別加以強調。

總言之，行為學派諮商發展許多能夠面對問題情境的技巧。

(四) 認知---行為學派 (cognitive-behavioral counseling)

1.定義問題：認為情緒的結果不是因為事件而產生，而是信念或想法所導致的。

2.選擇目標：助人者的目標是要幫助求助者將非理性的觀念，改變成理性的觀念。這些理性的目標有：(1)喜歡自己；(2)自我引

導-----認定自我生命的責任；(3)寬容心態-----給別人做錯的權利；(4)接受生活中的不確定性；(5)有彈性；(6)科學的思考-----應用客觀、理性的科學思考在自己和外在此事件上；(7)付出-----投注身外的一些事物；(8)冒險-----願意嘗試新事物；(9)自我接納；(10)非理想主義-----接受生活中一定會遇到的一些挫折或困難的現實。

3.選擇和實行策略：助人者可以使用質疑非理性觀念，進行正向的內在對話來代替非理性觀念，或以技巧訓練和家庭作業等方式，來選擇執行策略。

4.評量結果：認知-----行為學派的諮商不像行為學派一樣那麼強調求助者行為的結果，而強調觀念的改變。

綜言之，問題解決理論係出於比較複雜的人類思考模式，運用於社會中對個人暨其家人之助人服務時，指案主有顯著化和具體性的生活難題而求助於專業社會工作者時，工作者不僅要瞭解案主實質需求，更應探究案主難題有關之相關問題，以確認案主真正問題所在。

第五節 出所計畫

因人類智慧的本質不同及每個人認知功能不同，使每個人問題解決能力和智慧不同。解決問題的能力是人類生存不可或缺的能力，過程似一智力競賽；智慧通常是人類歸因的基礎，但此亦是會持續爭論下去且

具不確定性的。Wechsler 於 1958 年認為智慧影響問題解決能力，而問題解決需要及反映出智慧。撇開心理測量，智慧的累積來自社會態度、教育、認知技能的可鍛性；簡言之，人類智慧的原動力來自經驗，特別是問題解決的經驗。人類複雜的行為在進行中包括心理過程、環境影響、個人各式需求及目標導致不同的結果、不同的問題解決能力、不同的智慧（Helga A.H.Rowe, 1985）。依據法務部資料顯示，受戒治人再、累犯比例高，且由實務經驗得知，吸毒者常是生活上出現許多不同的問題，未即時解決或根本無好方法解決，而致愈陷愈深，出戒治所後，問題仍在，甚又持續發生，戒治所只是短暫的讓受戒治人遠離毒品，真正長遠的路在於出戒治所後，個人與環境之關係、人在環境之中之生活方式，所以不僅是將焦點放於受戒治人出所後是否會再吸毒而已，必須更關心受戒治人出所後的社會適應，受戒治人面臨生活各式問題時如何解決，亦是其是否再度下陷入毒海的關鍵，因此研究者認為在出所計畫中下功夫，改變受戒治人是重要的且努力可以有成效的，不應該放棄他們。

依「毒品危害防制條例」第 28 條規定設立，收容被裁定施以強制戒治之第一、二級毒品施用者。而處分之執行是以「戒治處分執行條例」為根據，將戒治處遇分為三個階段，依序實施戒治，且期間至少應有三個月：

（一）調適期

處遇重點在培養受戒治人之體力及毅力，增進其戒毒信心。

（二）心理輔導期

處遇重點在激發受戒治人之戒毒動機及更生意志，協助其戒除毒品之心理依賴。

（三）社會適應期

處遇重點在重建受戒治人之人際關係及解決問題能力，協助其復歸社會。

戒治所實施階段處遇課程，包括：

（一）諮商輔導類：包括認識自己、自我概念、價值澄清、自我肯定、人際關係、家庭關係、壓力調適、自我表達技巧、問題解決能力、社會資源運用。

（二）生涯輔導類：包括生涯規劃、職業認識與介紹、職業道德與

企業倫理、就業準備、就業市場分析、擇業與求職技巧、勞工法規介紹。

(三) 勞動工作與技藝訓練：包括勞動工作、工場作業、技藝訓練。

(四) 衛生教育：包括心理衛生、生理衛生、藥物教育、醫療保健、安全急救常識。

(五) 體能訓練與活動類：包括基本教練、球類活動、田徑活動、體育常識、認識休閒。

(六) 公民教育：包括法律常識、法治教育、倫理教育、時事講析、民俗文化、國民生活須知。

(七) 宗教教誨類：宗教入門、教義介紹、宗教與人生。

李孟珍(1998)「成癮行為再犯因子之研究」的研究建議為：

(一) 在預防初次吸毒之建議

- 1.各界協助戒毒之力量：社會大眾的接納態度，可使吸毒犯不自暴自棄，對其戒毒有信心。
- 2.協助其自我健康的關注：各界輔導毒品犯時，應從其自身健康關注談起，使其瞭解吸毒之後遺症。
- 3.輔導建立正確的人生觀及培養興趣：一方面回想吸毒時的挫折與痛苦，另一方面瞭解正常生活之必要與生活目標的訂定。
- 4.加強親職教育，發揮家庭功能：家長能即時發現，即時制止可避免吸毒者愈陷愈深，但多數以「打罵責備」即了事，少數送醫療機構進行戒斷，應加強宣導親職教育與家庭功能。
- 5.加強社會教育，舉辦反毒講座：避免社會成為毒品需求的市場，使每個人在心態上應先具有抵抗毒品的態度和免疫力。
- 6.強化公共教育使大眾瞭解用毒心理及毒品的危害性：使社會大眾接納吸毒者係心理病態的徵象，不再鄙視吸毒者，使吸毒者重返社會生活。

(二) 在次級預防吸毒之建議

- 1.徹底打擊毒梟，切斷來源。
- 2.採重懲政策，以嚴厲的刑罰，杜絕毒品來源。

(三) 在司法矯治之建議

- 1.販賣、運輸與吸食施打之煙毒犯，應分別監獄執行，避免毒品

- 犯原只有一二處毒品來源，入監執行後，反而多了七八個來源。
- 2.加強煙毒犯在監教化工作及技能訓練，以灌輸其正確的思想，與培養其勤勞習慣並謀得一技之長。
 - 3.修改法令對煙毒初犯，假釋宜寬，對累犯及販賣毒品宜嚴。
 - 4.加強安全檢查，避免監所機構內蘊藏犯罪，致使毒品交易無法根絕。
 - 5.肯定監獄、看守所一再舉辦戒毒班，有雙向溝通管道，甚至培養戒毒信念、堅定戒毒決心。
 - 6.設立煙毒犯中途之家，給予煙毒假釋出獄人回歸社會之緩衝時期，不致一踏出監獄就面對五花八門的社會，容易再度迷失自己。

(四) 在觀護工作上之建議

- 1.加強對毒品犯受保護管束人之追蹤輔導、就業輔導及必要之心理輔導。
 - (1) 追蹤輔導：協助受保護管束人遠離毒品來源，堅定其戒毒決心，尤其當其遇到挫折與困境時，隨時予以支持與鼓勵。並應主動瞭解其面臨之高危險情境，給予高度之警覺心，協助其遠離墮落之環境。
 - (2) 就業輔導：輔導其有一份正當工作。
 - (3) 協助其自我瞭解、自我悅納及自我肯定：協助受保護管束人瞭解自己之優缺點、並能接受自己、欣賞自己，最後能從生活中去肯定自己，避免自暴自棄。
 - (4) 價值澄清：協助其建立正確的價值觀，在生活中能有正向的行事準則。
 - (5) 生涯規畫：協助個案做好短期、中期及長期之規畫，讓保護管束人在社會生活能夠有良好適應，對社會有所貢獻。
- 2.加強實施尿抽驗工作：不定期施行尿液抽驗工作。
- 3.運用社會資源，加強追蹤輔導：增聘醫療、宗教、社會工作或具有輔導經驗的團體、人士為榮譽觀護人，運用民間資源加入追蹤輔導工作。相關反毒教育仍需持續，例如舉辦反毒活動，邀請專家學者講解毒害、請戒毒成功者現身說法、舉辦反毒有獎徵答、反毒巡迴展覽等方式。

- 4.增加觀護人員編制，落實吸毒犯受保護管束人之輔導工作。
- 5.強化更生保護會之輔導功能，協助其受訓謀生技能，使煙毒犯出獄後能有正當職業，而無後顧之憂，減少再犯之機會。特別針對煙毒出獄人加強各項保護工作，實施技藝訓練、安置參加生產，輔導就業、就醫、就養、就學，以及創業貸款、急難救助、資助醫療費用等，直接、間接及暫時保護，助其自立更生，適應社會生活，以預防再犯。
- 6.加強勒戒治療工作並鼓勵民間成立戒毒團體，協助吸毒成癮者之心理治療，以消除其心理依賴。吸毒犯出獄人員中途之家業務的單位，為台灣更生保護會以輔導出獄人自立更生，適應社會生活，預防其再犯為目的，並設有輔導所，收容受保護人，法務部為配合當前反毒之策略，督導更生保護會與民間團體（例如佛教佛光山寺、基督教晨曦會、主愛之家等）合作，籌設成立「吸毒犯出獄人員中途之家」，借重民間團體之輔導戒毒知識與經驗，以擴大對離開矯治機構吸毒者的追蹤輔導效果。並積極開設生涯規畫、攝影、烹飪、美髮、電腦、園藝、陶藝、美工設計等心理輔導及技藝訓練課程，以加速社會復健，深化追蹤輔導工作。

本研究之出所計畫按相關法條及獄政制度屬於教育觀點，而非管理觀點，指在戒治所期間，對問題解決模式的學習，是否有助於自我轉變及增加信心，以做好出所前的準備，再回到社會時，能適應社會生活。

第三章 量化研究方法

第一節 研究架構與研究假設

第二節 名詞與變項

第三節 研究對象

第四節 抽樣方法

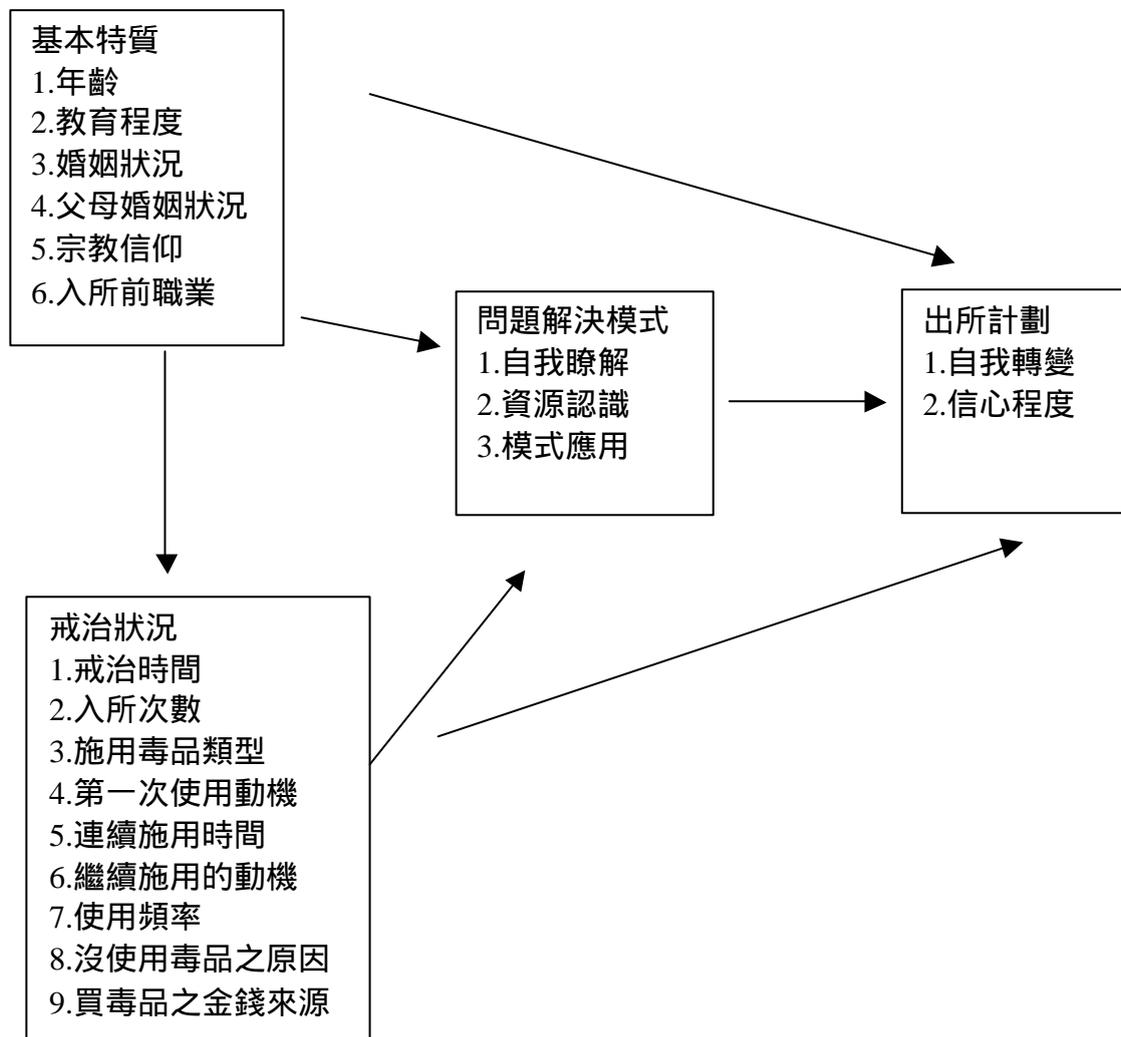
第五節 研究測量工具

第六節 資料分析與方法

第三章 量化研究方法

第一節 研究架構與研究假設

一、研究架構



二、研究假設

本研究不探討受戒治人出所後是否會繼續施用毒品，只鎖定受戒治人經過戒治所套裝課程的訓練後，認知、態度、自我層面是否有所改變，對其日後生活是否有所影響。所以研究假設如下：

- (一) 受戒治人對問題解決模式的應用程度，因不同的基本特質、戒治狀況而有顯著性的差異。
- (二) 受戒治人的出所計畫，因不同的基本特質、戒治狀況而有顯著性的差異。
- (三) 問題解決模式之應用與出所準備有關。
 - 1.問題解決模式之應用與受戒治人認知、態度的轉變有關。
 - 2.問題解決模式之應用與受戒治人的信心有關。

第二節 名詞與變項

一、名詞界定

- (一) 問題解決模式：問題解決模式，在社會個案工作領域、諮商

領域、心理學領域皆有述明。1950 年代，當心理暨社會個案工作正盛極一時之際，海倫柏曼（Perlman, Helen Harris）提出問題解決模式的工作方法。這派看法的出發點是認為，人的一生其實就是一種解決問題的過程，從出生到死亡為止，人處處須解決所面臨的問題（呂民璿，1995）。此觀點不僅與目前戒治所套裝課程設計之內容相符，且是社會工作重要專業方法之一，亦為本研究基礎立論之一。

（二）受戒治人：依 87 年 5 月 20 日公佈實施「毒品危害防制條例」，針對施用毒品者之「病犯性犯人」，實施除刑不除罪之處遇，希望透過觀察勒戒及強制戒治的方式，來協助其戒除毒癮，而稱戒治所內戒毒者統稱為受戒治人，意與吸毒者、毒癮勒戒者同。簡言之，「受戒治人」乃沿用自法律用語。

（三）出所計畫：當人每天自覺或不自覺地做出無數決定時，便是不斷地在練習其「自我功能」（Ego functions），並且學著去適應各樣情境和所遭遇的問題，若一個人無法應付自己的問題，通常是由於缺乏動機、能力或是機會去運用適當的方法減除問題，因此問題解決模式主要目標在，協助案主有效且滿意地解決案主不勝負荷的社會任務（Social task）或人際關係等方面的問題（呂民璿，1995）。因此本研究之出所計畫，以戒治所實施階段處遇課程中的諮商與輔導課程為架構，不設定受戒治人出所後是否再吸毒，而是將研究所定在受戒治人出所前後之自我轉變程度及信心增加程度，程度高低影響其社會適應情形。

（四）治療

本研究的藥物濫用的治療指醫療之外的方法，包括心理、社會工作、輔導系統等稱之。

二、變項描述

（一）受戒治人基本特質：包括年齡、教育程度、婚姻狀況、父母婚姻狀況、宗教信仰、入所前職業。

（二）戒治狀況：包括戒治時間、入所次數、施用毒品類型、第一

次使用動機、連續施用時間、繼續施用的動機、使用頻率、沒使用毒品之原因、買毒品之金錢來源。

(三) 問題解決模式：

- 1.自我瞭解：指瞭解自己對毒品心理依賴之程度、自己處理問題之能力.....等。
- 2.資源認識：指認識社會資源之內容、功能、申請方式、相關機構....等。
- 3.模式應用：指課程對出所之助益程度、模式應用之難易程度、模式應用之認知及態度。

(四) 出所計畫：由於本研究不研究受戒治人出所後是否會再吸毒，而是測受戒治人自我功能之狀況，所以出所計畫指自我轉變、信心程度。

第三節 研究對象

台中戒治所男受戒治人，年齡為 18 歲以上，施用毒品包括施用第一級、第二級，例如海洛因、安非他命等法定毒品，但有少數受戒治人，

亦有施用第三級、第四級。

由於戒治所的硬體與軟體皆附屬於監獄，雖法令規範實務執行，對於受戒治人以「病犯性特質」之精神輔導之，但事實上受戒治人在獄政管理系統中，與刑事案件之罪犯管理，差異不大，甚至管理規則更多、更嚴。為避免研究對象擔心填寫資料披露，而填答不實，問卷採書面及口頭告知絕對匿名性，以確保研究資料之準確度。

第四節 抽樣方法

當調查人數眾多，且各區域分子複雜、異質性高的母全體時，集叢隨機抽樣 (Cluster random sampling)，是很好的抽樣方法，步驟如下：

1.先將母群分類；2.分成集叢時，最好每個集叢的異質性愈大愈好（簡春安，1998）。採集體填表之方式，此法是為避免樣本過於分散，而使之集中，以節省調查經費和時間的一種選樣方法，係將母體分為若干類群 (Cluster)，每一類群稱為一個團體，團體內分子盡量不同，但包括母體內各種特性，以隨機抽樣方式，抽取幾個團體，針對這些團體內之個體全部加以訪問（王淑芬，2003）。由於台中戒治所，針對待釋放區有 6 個工場，每一工有 100 至 140 位不等的受戒治人，戒治所受戒治人總計約 1200 人至 1600 人左右。依法務部民國 91 年全國戒治所統計資料顯示，年齡層 18 歲至 24 歲未滿，24 歲至 30 歲未滿，30 歲至 40 歲未滿，40 歲以上，分配比例約為 4：3：2：1。

而實務上初步調查亦發現，台中戒治所每一個工場內年齡層分布比例亦如法務部統計資料之比例為 4：3：2：1，故預測時將 6 個工場編號，採抽籤的方式，抽取其中 1 個工場，預測 30 份問卷，正式施測時採集叢隨機抽樣 (Cluster random sampling)，亦採抽籤的方式，抽取 3 個工場，當面分發問卷，施測完成 203 份問卷，排除無效問卷 3 份，研究有效問卷共 200 份。

第五節 研究測量工具

一、問卷內容

本研究採問卷調查法，為探索性研究，參考相關文獻或研究，結

合實務運作內容，依研究目的編定成問卷。

第一部份屬於類別性測量（類別變項），以下（一）及（二）參考劉郁芳（1993）「藥物濫用青少年之壓力、因應策略與生活適應關聯性研究」之問卷，但依民國 87 年後之實務現況修改而成；（三）參考鄭晃二、陳亮全（1999）「社區動力遊戲」一書，且實際執行團體戒治課程。

- （一）基本個人特質：包括年齡、教育程度、婚姻狀況、父母婚姻狀況、宗教信仰、入所前職業。
- （二）戒治情形：戒治時間、入戒治所次數、入所前施用毒品的類型、第一次使用毒品的動機、使用毒品的時間長短。
- （三）關鍵問題：孩提階段、求學階段、離家階段、就業階段、當兵階段、結婚階段、育子階段、退休階段。

第二部分至第六部分屬於連續性測量（順序變項或等距變項），即以下（一）及（二）二個總量表，細分為五個分量表，分別為自我瞭解、資源認識、模式應用、自我轉變、信心程度，依據台中戒治所戒治課程內容編寫而成，全然為實務操作之測量。量表設計採李克特氏量表（Likert Scale）之方式，又稱總和評量量表（Summated Voting Scale），此類量表最早是由李克特氏（R. Likert）於 1932 年所發展出來的，現為社會科學中最常使用的量表建構方法，適合態度測量或意見的評估，要求受戒治人指出其對於每一個陳述句同意或不同意的程度，因研究者希望受戒治人有具體的意見傾向，避免回答中間傾向的意見，採用偶數格式，例如 4 點或 6 點之李克特氏量表（邱皓政，2000），本研究採 4 點量尺的意見評估，使用四種同意尺度（非常不同意、不同意、同意、非常同意），每一尺度具有同等態度數值，由非常不同意到非常同意，給分 1~4 分，受戒治人依據個人的意見或實際感受作答，分數越高，代表同意程度越高，所有項目分數的總合即為個人的態度分數，此分數之高低即代表個人在量表上的位置，以示同意或不同意的程度。

- （一）問題解決模式的學習與應用：包括關於問題解決模式的學習中對自我瞭解的同意程度、對資源認識的同意程度、模式應用的同意程度。
- （二）出所計畫：指出所前的準備，包括關於問題解決模式後對自我轉

變的同意程度、對信心程度的同意程度。

二、問卷信度、效度分析

(一) 信度

從資料分析的觀點，Likert 量尺是對於特定概念或現象測量的良好工具，主要在於 Likert 量尺簡易的編製過程、簡單的計分過程，以及題目的可擴充性等優點。在統計分析上，以 Likert 量尺所計算出的分數是一種連續分數，具有豐富的變異量，得以進行線性分析或平均數差異檢定。但是，由於 Likert 量尺建立在量尺的等距性以及題目的同質性兩項假設上，Likert 量尺必須先行經過信度考驗，以確認量表的穩定性與內部一致性（邱皓政，2000）。本研究於民國 92 年 11 月實施問卷試測，計試測 30 份，問卷信度測量採 Cronbach's alpha 的方式來檢驗研究量表，以檢視量表內部一致性是否達可信程度。

試測結果，以四分量表，中間值為 2.5、各項平均數為 1.8 至 3.2 之間、標準差 0.72 至 1.01 言，整份量表之信度係數（Cronbach's alpha）為 0.8952，高於 0.7，達標準。分量表方面，以第二部分，信度係數（Cronbach's alpha）為 0.3393，稍低外，其他第三部分至第六部分之分量表，信度係數（Cronbach's alpha）分別為 0.7563、0.7542、0.8459、0.8809，高於 0.7，達標準。

針對分量表方面，以第二部分，信度係數（Cronbach's alpha）為 0.3393，係數稍低，未再重新設計題目再測的原因為，即使修正後再測也不能保證信度係數就能提高，所以維持原本之分量表進行施測。

第二部分關於問題解決模式的學習中對自我瞭解中的第 3 題、第 4 題、第 5 題；第五部分關於問題解決模式的學習中對自我的轉變中的第 4 題、第 5 題呈現低變異量，即鑑別度稍低，其他題目，內部一致性及平均偏離程度，均達標準以上。

(二) 效度

除了專家效度（expert validity）外，另採題目總分相關法，即以計算各層面分項總分與總分間的相關來測量效度。測量數值之簡單積差相關係數，一般要求在 0.3 以上。試測結果，可知自我瞭解程度與信心程

度有關，達 0.472；資源認識程度與問題解決模式應用，達 0.698，有高度相關，而資源認識程度與信心程度達 0.430，亦有關；問題解決模式應用與自我轉變及信心程度，分別達 0.446 及 0.430，亦有關。自我轉變與信心程度之間，達 0.746，具高度相關。可知本研究之量表，皆達效度標準以上。

第六節 資料分析方法

本研究之問卷分為七大部分，第一部分為基本資料（包括年齡、教育程度、婚姻狀況、父母婚姻狀況、自己的居住狀況、宗教信仰、入所

前職業、戒治時間、入戒治所次數、入所前施用毒品的類型、第一次使用毒品的動機、使用毒品的年數、持續使用毒品的動機、使用頻率、沒使用毒品的原因、使用毒品所需費用主要來源、認為自己出戒治所後，將面臨的問題）。

第二部分為問題解決模式的學習中對自我瞭解之感受；第三部分為關於問題解決模式的學習中對資源的認識之感受；第四部分為關於問題解決模式的學習中對模式的應用之感受；第五部分為關於問題解決模式的學習後對自我的轉變之感受；第六部分為問題解決模式的學習後對自己信心的程度之感受；第七部分，屬於開放式的問題：「您認為還有哪些意見想要表達？」。

簡言之，第一部分為類別變項，第 10、11、13、15、17 題，為複選題；第二部分至第六部分，為順序變項，以態度量表檢測，第七部分，開放式問題，綜合列表，組織整理之。計採用之資料分析方法有：

一、次數分配法 (Frequency distribution)

為分析受戒治人基本特質、戒治狀況之次數分配及其所佔的百分比，以瞭解其特性，而採用次數分配法，變項屬性為類別變項 (Nominal scale)，顯示不同類別及變量出現的次數。

二、卡方檢定 (Chi-square)

欲推論母體中兩個變項是否相關，本研究採用卡方檢定之交叉分析，分析基本特質與戒治狀況之特性。卡方檢定是一種無母數統計法 (Nonparametric statistical test)，也就是一種不受母群體分配所限制的統計方式，特別適用於交叉表的分析上。在基本假定方面，無需對母群體的特性做任何假定，即可進行檢定，適用於自變項與依變項皆為類別變項 (Nominal scale)。

三、單因子變異數分析 (Oneway ANOVA)

本研究探討受戒治人基本特質中，教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、入所前的職業在問題解決模式之學習、應用與出所計劃之準備是否有顯著差異。

變異數分析的方法是分析一個（或多個）類別變項（Nominal scale）與一個等距變項（Interval scale）間之關係。即為協助研究者釐清依變項分數的變動是否受到自變項的影響，而自變項多是類別變項，因此也涉及平均數差異檢定。

四、皮爾遜積差相關分析（Pearson product-moment correlation coefficient）

本研究欲探討受戒治人年齡、連續施用時間與問題解決模式、出所計劃的相關情形，採用皮爾遜積差相關分析。

相關分析法為探討多個變項之間關聯性的問題，即兩個以上的連續性變項，其間的關係強度可以藉由相關係數（Correlation co-efficient）來表示，正相關代表兩個變項具有相同的變動方向，負相關代表兩個變項數值的變動方向相反（邱皓政，2000）。

第四章 研究結果與分析

第一節 基本特質、戒治狀況特性分析、交叉分析

第二節 基本特質、戒治狀況與問題解決模式之變異性分析

第三節 基本特質、戒治狀況與出所計劃之變異性分析

第四節 問題解決模式之應用與出所準備之關聯性分析

第五節 開放性問題

第四章 研究結果與分析

本研究共施測 203 份問卷，有效問卷 200 份，無效問卷 203 份。依研究假設，分別從幾個方面做分析。一、毒品受戒治人個人基本特質、

戒治狀況特性分析；二、受戒治人對問題解決模式之應用，與不同的基本特質、戒治狀況之差異性分析；三基本特質、戒治狀況與自我瞭解、資源認識、模式應用的程度之關聯性分析；四、問題解決模式之應用與出所準備之關聯性分析；五、問題解決模式之應用、出所準備的同意程度；六、開放性問題的整理。

第一節 基本特質、戒治狀況特性分析

一、毒品受戒治人之基本特質

(一) 年齡方面

由表 4.1-1 顯示研究結果發現，平均年齡為 36 歲（36.48 歲）。受戒治人之年齡分布以 31 歲至 40 歲者為最多，佔 41.5 %；且 21 歲至 50 歲，佔 91 %，戒治所屬於成人監，平均年齡 36 歲，以青壯年為最多，從研究結果分析得知，受戒治人之年齡層，亦屬年輕化現象，且正值國家社會中堅份子之年齡層。但因年齡層遍及 18 歲至 60 歲，使得戒治課程面臨年齡層廣之挑戰，必須因應不同年齡層做分類調整。

受戒治人正值國家社會中堅份子之年齡層，對國家社會是一重要的警訊；代表國家社會的資源耗損，代表受戒治人之家庭重要力量的削弱，代表受戒治人進入成年期後，不若青少年可塑性高，對於戒治工作是一大挑戰。

(二) 教育程度方面

由表 4.1-1 顯示研究結果發現，受戒治人之教育程度遍及國小至碩士，但以國中畢業為最多，佔 40 %，顯示受戒治人多數學歷不高，此研究結果是與前人研究相同的。學歷肄業者，佔 22 %，可知受戒治人輟學問題，對於相關單位是一種省思，此研究結果亦與前人研究一致。此研究結果，教育單位也許已知，只是仍無力改善。

但施測問卷時，亦有受戒治人為不識字者（未予施測）及最高學歷為碩士此二點是前人研究所沒有的，所以事實顯示吸毒者其實亦有高學歷碩士的，此在實施戒治課程時，必需深入淺出，兼顧不同程度之受戒治人，此對戒治老師是一大挑戰。

（三）婚姻方面

受戒治人之婚姻狀況，以未婚者最高，佔 51.5 %；其次才分別為已婚（25.0 %）、離婚（19.0 %）。綜合觀之，此研究無法顯示婚姻關係之有無與吸毒之關係，但受戒治人普遍有尋不到結婚對象的困擾，不管未婚或已婚，婚姻狀況是受戒治人普遍共同的問題。

由表 4.1-1（續）顯示研究結果，受戒治人其父母婚姻狀況，以其「父母同住」佔最高，為 41.5 %。其自己的居住狀況，以「與父母同住」佔最高，為 53.5 %，可知受戒治人其父母同住、和父母同住的比例佔最高，此與前人研究認為藥物濫用者多來自破碎家庭不符。

（四）居住狀況方面

居住狀況方面，受戒治人與父母同住為最高，此與實務資料顯示，吸毒者大多於自己住所被補、大多固定處所且與家人同住，大致吻合。

（五）宗教方面

由表 4.1-1（續）顯示，宗教信仰以信仰「佛教」者佔最高，為 45.0 %，前人研究中，有基督教戒毒之研究，但無佛教戒毒之研究。以另一種總加結果顯示受戒治人，有 87.5 % 信奉佛教、道教、民間信仰，而前人研究顯示有信奉基督教者戒毒成效比無信奉基督教者佳，但信仰佛教之戒毒成效為何？目前仍有待研究，是否信仰佛教亦有可能協助受戒治人，此為可再做研究之方向。

但受戒治人於開放性陳述那題表示不喜歡上宗教課程，因為課程內容太枯燥、太制式，可能必須調整宗教課程教師之上課方式。

（六）入所前職業

入所前的職業，以「服務業」最高，佔 26.0 %；其次為商業（23.0 %）、工礦運輸業（11.0 %），pub、24 小時夜店、酒店，皆屬服務業；商業方面，受戒治人將販毒列為商業；工礦運輸業，吸毒的原因為「提神」。

受戒治人入所前職業以服務業、商業為最多，次之為無業，此結果與實務相呼應，大致不正當職業例如販毒、電玩等，及游手好閒亦內涵其中，可知受戒治人無一技之長的比例甚高。

（七）戒治時間、入戒治所次數

至於戒治時間、入戒治所次數，以毒品危害防制條例之舊法實施期間，是值得探究的研究變項，但新法實施後，受戒治人必須是初犯，戒治期為半年至一年，最高至一年，此研究進行問卷施測之過程，正好跨新舊法時期，故此研究在戒治時間、入戒治所次數方面，採保留態度，

不予研究。

表 4-1.1：毒品受戒治人個人基本特質分析 (N = 200)

變項名稱	類別	人數 (%)
年齡	19 歲~20 歲	4 (2.0)
	21 歲~30 歲	48 (24.0)
	31 歲~40 歲	83 (41.5) *
	41 歲~50 歲	51 (25.5)
	50 歲~60 歲	8 (4.0)
	未答	6 (3.0)
教育程度	國小肄業	1 (0.5)
	國中肄業	13 (6.5)
	高中 (職) 肄業	25 (12.5)
	大學 (專) 肄業	5 (2.5)
	國小畢業	5 (2.5)
	國中畢業	80 (40.0) *
	高中 (職) 畢業	59 (29.5)
	大學 (專) 畢業	11 (5.5)
	碩士班	1 (0.5)
婚姻狀況	未婚	103 (51.5) *
	已婚	50 (25.0)
	同居	6 (3.0)
	分居	3 (1.5)
	離婚	38 (19.0)

表 4.1-1 (續)：毒品受戒治人個人基本特質分析 (N = 200)

變項名稱	類別	人數 (%)
父母婚姻狀況	父母同住	83 (41.5) *
	父母分居	8 (4.0)
	父母離婚	12 (6.0)
	再婚	17 (8.5)

	父存母亡	46 (23.0)
	父亡母存	30 (15.0)
	父母雙亡	2 (1.0)
	未答	2 (1.0)
自己的居住狀況	獨居	25 (12.5)
	與父母同住	107 (53.5) *
	與妻同住	6 (3.0)
	與妻及小孩同住	30 (15.0)
	與小孩同住	7 (3.5)
	與異性友人同住	13 (6.5)
	與同性友人同住	4 (2.0)
	三代同堂	8 (4.0)
宗教信仰	佛教	90 (45.0) *
	道教	40 (20.0)
	一貫道	3 (1.5)
	民間信仰	25 (12.5)
	天主教	2 (1.0)
	基督教	15 (7.5)
	其他	20 (10.0)
	未答	5 (2.5)
入所前職業	農林漁牧業	16 (8.0)
	工礦運輸業	22 (11.0)
	商業	46 (23.0)
	服務業	52 (26.0) *
	軍	11 (5.5)
	學生	1 (0.5)
	無酬家屬工作者	12 (6.0)
	無業	29 (14.5)
	其他	11 (5.5)
戒治時間	1-3 個月	5 (2.5)
	3-6 個月	31 (15.5)
	6-9 個月	58 (29.0)
	9-12 個月	95 (47.5) *
	其他	10 (5.0)
	未答	1 (0.5)
入戒治所次數	一次	164 (82.0) *
	二次	26 (13.0)
	三次	10 (5.0)

二、毒品受戒治人戒治狀況特性分析

由表 4.1-2 可發現，受戒治人使用毒品之年數，以「三年以上」佔最高，佔 47.5 %。使用頻率，以「一天數次」佔最高，佔 79.0 %。使用毒品所需費用主要來源，以「從事正當工作」最高，佔 65.8 %，其次為「從事不正當工作」，佔 16.8 %；「跟朋友借」，佔 10.0 %；「跟家人要」，

佔 6.8 %。

由上述結果可知，受戒治人使用毒品的年數，普遍為年數長且一天數次，表示上癮之後，日常生活是很難擺脫毒品的。

由表 4.1-3 可發現，雖然受戒治人被查獲而入戒治所，皆因施用第一級或第二級毒品，但事實上，其中不乏受戒治人亦有使用第三級、第四級毒品者。在第一次使用毒品的動機方面，以「好奇心」，佔最高人次（145）；其次，為「朋友唆使」（37）「心理困擾」（26）「提神工作」（21）。在持續使用毒品的動機方面，以「上癮」，佔最高人次（97）；其次，為「心理困擾」（61）「提神工作」（32）「好奇心」（30）。沒有使用毒品的原因，以「家人勸告」，佔最高人次（85）；其次，為「怕受法律制裁」（62）「其他」（42）「怕家人責罵」（37）。認為自己出所後，將面臨的問題，以「就業問題」佔最高人次（125）；其次，為「經濟問題」（105）「人際問題（含親友）」（65）「生活習慣（含吸毒）」（49）。

研究結果顯示受戒治人第一次使用毒品的動機，以「好奇心」佔最高人次，顯示回溯源頭，若截斷其踐行好奇心的管道或來源，讓社會大眾人避免接觸毒品是重要的，此涉及國家社會杜絕毒品的力量及能力。持續使用毒品的動機方面，以「上癮」佔最高人次，可見毒品不可擋之威力。

在沒有使用毒品的原因方面，以「家人的勸告」佔最高人次，其次為「怕受法律制裁」，可知非正式系統支持，排序在正式系統之前，此研究結果可明示出非正式系統之重要性。在出所後面臨的問題方面，以「就業問題」佔最高人次，其次分別為「經濟問題」、「人際問題（含親友）」、「生活習慣（含吸毒）」，可見受戒治人出戒治所後之就業問題，是相關單位應協助的項目。

表 4.1-2：施用毒品的情形

變項名稱	類別	人數（%）
使用毒品已有	半年以內	37（18.5）
	半年~一年	31（15.5）
	一年~一年半	11（5.5）

	一年半~二年	14 (7.0)
	兩年~兩年半	5 (2.5)
	兩年半~三年	7 (3.5)
	三年以上	95 (47.5) *
使用頻率	一天數次	158 (79.0) *
	兩、三天一次	28 (14.0)
	一週一次	5 (2.5)
	十天一次	1 (0.5)
	一個月一次	1 (0.5)
	總共只使用過兩、三次	5 (2.5)
使用毒品所需 費用主要來源	從事正當工作賺取	125 (65.8) *
	從事不正當工作	32 (16.8)
	跟朋友借	19 (10.0)
	跟家人要	13 (6.8)
	其他	1 (0.5)
	未答	10 (5.0)

表 4.1-3：毒品受戒治人戒治狀況分析 (N = 200)

變項名稱 (複選)	類別	人次
施用毒品類型	第一級	173 *
	第二級	77
	第三級	3
	第四級	2

第一次使用毒品的動機	朋友唆使	37
	好奇心	145 *
	療病止痛	18
	心理困擾	26
	提神工作	21
	打發時間	10
	上癮	4
	其他	7
	持續使用毒品的動機	朋友唆使
好奇心		30
療病止痛		22
心理困擾		61
提神工作		32
打發時間		18
上癮		97 *
其他		5
沒使用毒品的原因		怕身體受傷害
	怕受法律制裁	62
	怕家人責罵	37
	怕錢不夠用	24
	朋友的勸告	21
	家人的勸告	85 *
	老師的勸告	10
	公益節目的宣導	7
	沒什麼意思	42
	其他	25
	出所後面臨的問題	經濟問題
居住問題		23
婚姻問題		28
育子問題		25
就業問題		125 *
健康問題		29
人際問題 (含親友)		65
生活習慣 (含吸毒)		49

三、基本特質、戒治狀況之交叉分析

由表 4.1-4 可知，受戒治人未婚者，佔最高，為 51.5 %，且其中以國中畢業，佔最多，為 22.5 %；受戒治人總人數中，亦以國中畢業，比例最高，為 40.0 %。

表 4.1-4：教育程度與婚姻狀況之交叉分析

變項名稱 / 類別	婚姻狀況人數 (百分比)					總和
	未婚	已婚	同居	分居	離婚	
教育程度						
國小肄業	1(0.5)					1(0.5)
國中肄業	7(3.5)	4(2.0)		2(1.0)		13(6.5)
高中(職)肄業	14(7.0)	5(2.5)		6(3.0)		25(12.5)
大學(專)肄業	1(0.5)	3(1.5)		1(0.5)		5(2.5)
國小畢業	1(0.5)	2(1.0)		2(1.0)		5(2.5)
國中畢業	45(22.5)	19(9.5)	3(1.5)	2(1.0)	11(5.5)	80(40.0)
高中(職)畢業	29(14.5)	14(7.0)	3(1.5)		13(6.5)	59(29.5)
大學(專)畢業	5(2.5)	3(1.5)			3(1.5)	11(5.5)
碩士班畢業					1(0.5)	1(0.5)
總和	103(51.5)	50(25.5)	6(3.0)	3(1.5)	38(19.0)	200(100)

由表 4.1-5 可知，受戒治人使用毒品之使用頻率集中在一天數次，佔 80.2 %；使用頻率為一天數次者，且其中以信仰佛教者佔最多，為 36.5 %。

表 4.1-5：使用頻率與宗教信仰之交叉分析

變項名稱 / 類別	使用頻率人數 (百分比)						總和
	一天數次	兩三天	一週	十天	一個月	二三次	
宗教信仰							
佛教	72(36.5)	10(5.1)	3(1.5)	1(0.5)	1(0.5)	2(1.0)	89(45.2)
道教	32(16.2)	8(4.1)					40(20.3)
一貫道	2(1.0)	1(0.5)					3(1.5)
民間信仰	21(10.7)	3(1.5)	1(0.5)				25(12.7)
天主教	2(1.0)						2(1.0)
基督教	11(5.6)	2(1.0)				2(1.0)	15(7.6)
其他	16(8.1)	3(1.5)					19(9.6)
未填答	2(1.0)	1(0.5)	1(0.5)				4(2.0)
不詳							3
總和	158(80.2)	28(14.2)	5(2.5)	1(0.5)	1(0.5)	4(2.0)	197(100)

第二節 基本特質、戒治狀況與問題解決模式之變異性分析

本節就基本特質與自我瞭解、資源認識、模式應用程度之變異性分析，以下以各變項，逐一說明：

由表 4.2-1 可知教育程度與自我瞭解程度之變異，具有顯著性。其

中以受戒治人大學（專）畢業，對自我瞭解程度最高；自我瞭解程度最低者，分別為國小肄業、碩士畢業。對資源的認識程度，以大學（專）畢業者，最高；國小肄業者，最低。對模式應用程度，以大學（專）畢業者最高；國小肄業、碩士畢業者，為最低。

表 4.2-1：受戒治人教育程度與問題解決模式之變異數分析

解決模式/ 教育程度 組別	平均數	變異數分析						
		變異 來源	自由 度	平方和	均方	F 值	P 值	
自我瞭解	國小肄業	13.00	組間	9	100.937	12.617	2.965	.04 *
	國中肄業	17.00	組內	188	799.936	4.255		
	高中（職）肄業	16.72	總和	196	900.8773			
	大學（專）肄業	18.40						
	國小畢	16.60						
	國中畢	16.61						
	高中（職）畢	17.27						
	大學（專）畢	19.00 *						
	碩士	13.00						
資源認識	國小肄業	13.00	組間	8	50.979	6.372	.976	.456
	國中肄業	15.00	組內	189	1233.728	6.528		
	高中（職）肄業	14.76	總和	197	1284.707			
	大學（專）肄業	16.00						
	國小畢	14.40						
	國中畢	14.85						
	高中（職）畢	15.28						
	大學（專）畢	16.73 *						
	碩士	14.00						
模式應用	國小肄業	13.00	組間	8	55.663	6.958	1.391	.203
	國中肄業	13.92	組內	190	950.236	5.001		
	高中（職）肄業	14.68	總和	198	1005.899			
	大學（專）肄業	16.40 *						
	國小畢	14.61						
	國中畢	14.93						
	高中（職）畢	16.09						
	大學（專）畢	15.00						
	碩士	13.00						

* P<0.05

** P<0.01

*** P<0.001

由表 4.2-2 可知，受戒治人父母婚姻狀況與對資源的認識之變異，達顯著水準，受戒治人的心情大多認為自己進了戒治所，不能父母做些什麼，若能多知道社會資源，可告知父母，或因自己入戒治所能因此減輕父母負擔，會覺得對父母是一種補償，能降低自己的罪惡感。而自我瞭解程度與模式應用程度最高者，為父母雙亡者；父母雙亡之受戒治人，

有著與其他父母健在的受戒治人不同的家庭成長環境，且塑造出不同的性格，因為必須靠自己解決自己所遭遇的問題，透過不同生命經驗的累積，造就成自我瞭解程度高、模式應用程度高，是可以想見的。

表 4.2-2：受戒治人父母婚姻狀況與問題解決模式之變異數分析

解決模式/ 教育程度 組別	平均數	變異數分析						
		變異 來源	自由 度	平方和	均方	F 值	P 值	
自我瞭解	父母同住	17.45	組間	6	68.253	11.376	2.584	.02 *
	父母分居	16.50	組內	188	827.726	4.403		
	父母離婚	16.64	總和	194	895.979			
	再婚	16.63						
	父存母亡	17.22						
	父亡母存	15.80						
	父母雙亡	17.50 *						
	其他	16.99						
資源認識	父母同住	15.65	組間	6	109.054	18.176	3.033	.007 * *
	父母分居	14.75	組內	189	1132.757	5.993		
	父母離婚	14.94	總和	195	1241.811			
	再婚	15.48						
	父存母亡	13.57						
	父亡母存	16.00						
	父母雙亡	15.13						
	其他	19.00 *						
模式應用	父母同住	15.22	組間	6	64.624	10.771	2.226	.042 *
	父母分居	15.63	組內	190	919.254	4.838		
	父母離婚	14.83	總和	196	983.878			
	再婚	14.18						
	父存母亡	14.72						
	父亡母存	13.77						
	父母雙亡	16.50 *						
	其他	14.80						

* P<0.05

* * P<0.01

* * * P<0.001

第三節 基本特質、戒治狀況與出所計畫之變異性分析

由表 4.3-1 可知，教育程度與出所計畫之變異程度，達顯著水準。以大學畢業或肄業者之反應，為最強，可知教育程度愈高，對自我轉變程度高、信心程度有增強方面，同意程度愈高；亦認為學習問題解決模

式，對自我轉變程度、信心程度有增強，可知教育程度在戒治套裝課程中之重要性。此與實務相互呼應，實務上亦發現教育程度高低影響課程運作之方式、順暢、受戒治人之配合程度；教育程度落差大，執行戒治套裝課程時，戒治教師會備感艱辛，且必須慮及課程之深淺，才能使課程運作順暢，發揮戒治成效。

表 4.3-1：受戒治人教育程度與出所計劃之變異數分析

解決模式/ 教育程度 組別	平均數	變異數分析						
		變異 來源	自由 度	平方和	均方	F 值	P 值	
自我轉變	國小肄	13.00	組間	8	100.937	12.617	2.965	.004 * *
	國中肄	17.00	組內	188	799.936	4.255		
	高中(職)肄	16.72	總和	196	900.873			
	大學(專)肄	18.40						
	國小畢	16.60						
	國中畢	16.61						
	高中(職)畢	17.27						
	大學(專)畢	19.00 *						
	碩士畢	13.00						
信心程度	國小肄	15.00	組間	8	178.953	22.369	3.173	.002 * *
	國中肄	13.08	組內	189	1332.319	7.049		
	高中(職)肄	15.12	總和	197	1511.273			
	大學(專)肄	17.40 *						
	國小畢	13.00						
	國中畢	15.01						
	高中(職)畢	15.91						
	大學(專)畢	17.00 *						
	碩士畢	13.00						

* P<0.05

* * P<0.01

* * * P<0.001

由表 4.3-2 可知宗教信仰的不同，在自我轉變程度方面未達顯著水準，但在信心程度方面達顯著水準；即信仰不同的宗教，受戒治人認為對其自我轉變程度並沒什麼影響；但信仰不同的宗教，受戒治人認為對其信心程度的增加有影響。所以宗教在戒治課程中，受戒治人認為宗教不一定會讓其更清楚其生涯規劃、不一定會改變其和家人的關係及人際關係、不一定會讓其改變解決問題的想法與態度，但受戒治人認為宗教

會讓其在專業人員的協助下更有信心戒毒、會加強其適應社會的信心、會加強其改善家庭狀況的信心、會加強其就業的信心、會加強其達成人生目標的信心。

表 4.3-2：受戒治人宗教信仰與出所計劃之變異數分析

解決模式/ 教育程度 組別	平均數	變異數分析						
		變異 來源	自由 度	平方和	均方	F 值	P 值	
自我轉變	佛教	16.96	組間	7	58.873	8.410	1.898	.072
	道教	17.25	組內	188	833.107	4.431		
	一貫道	16.67	總和	195	891.980			
	民間信仰	16.24						
	天主教	20.00						
	基督教	18.07						
	其他	16.42						
	未答	17.50						
	信心程度	佛教	15.46	組間	7	112.754	16.108	2.177
道教		16.10	組內	189	1398.444	7.399		
一貫道		16.00	總和	196	1511.198			
民間信仰		13.92						
天主教		17.00						
基督教		15.53						
其他		14.21						
未答		14.00						

* P<0.05

** P<0.01

*** P<0.001

第四節 問題解決模式之應用與出所準備之 關聯性分析

本節探討受戒治人問題解決模式之應用與出所準備之關係。詳言之，指受戒治人關於問題解決模式的學習中，對自我的瞭解、對資源的

認識、對模式的應用和受戒治人認知、態度、信心的轉變之關係。統計結果分析如下：

由表 4.4-1 可知問題解決模式之應用與出所準備具顯著的正相關。顯示在戒治所之受戒治人認為對自我瞭解的程度、對資源的認識、對問題解決的模式和自我轉變、信心增強的程度，有顯著的正相關。顯示套裝戒治課程仍有實施之必要，對毒品戒治制度有重要貢獻。

表 4.4-1：受戒治人問題解決模式之應用與出所準備之相關分析表

變項名稱	自我轉變	信心程度
自我瞭解	.463 P = .000 * * *	.465 P = .000 * * *
資源認識	.513 P = .000 * * *	.502 P = .000 * * *
模式應用	.463 P = .000 * * *	.494 P = .000 * * *
	* P<0.05	* * P<0.01
		* * * P<0.001

由表 4.4-2 可知，受試者發現自己現在沒有強烈服用毒品的慾望、認為自己學會抗拒依賴毒品的的方法、認為除了戒毒還要學一技之長，和生涯規劃、家人關係、人際關係、改變解決問題的想法及態度，具有顯著的正相關。

但同時，研究結果亦可發現受試者認為學習問題解決模式會增進對

自己的瞭解，和會改變自己及家人的關係，具有顯著的正相關。而，受試者認為學習問題解決模式會增進對自己的瞭解，和生涯規劃、改變解決問題的想法及態度，未達顯著相關。

受試者認為學習問題解決模式，會較能處理自己的各種問題，和生涯規劃、家人關係、人際關係、改變解決問題的態度，具有顯著的正相關。

表 4.4-2：受戒治人對自我的瞭解與自我轉變之相關分析表

變項名稱	生涯規劃	家人關係	人際關係	想法	態度
毒品的慾望	.320 P = .000***	.308 P = .000***	.214 P = .002*	.314 P = .000***	.253 P = .000***
抗拒依賴	.415 P = .000***	.318 P = .000***	.281 P = .000***	.312 P = .000***	.291 P = .000***
一技之長	.301 P = .000***	.318 P = .000***	.303 P = .000***	.306 P = .000***	.297 P = .000***
增進瞭解	.185 P = .009	.293 P = .000***	.222 P = .002*	.144 P = .42	.224 P = .001*
處理問題	.252 P = .000***	.315 P = .000***	.319 P = .000***	.151 P = .033*	.267 P = .000***

* P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

由表 4.4-3 研究發現，受戒治人在問題解決模式的學習中，對資源的認識，與自我的轉變，具有顯著的正相關。即受戒治人認為介紹戒毒機構之戒毒方式、教導認識如何運用社會資源、學會如何使用社會資源、覺得家人需要申請使用社會資源、覺得學習如何使用社會資源也是一種自己的責任，與生涯規劃、改變和家人的關係、改變人際關係、改變解決問題的想法及態度。具有顯著的正相關。

表 4.4-3：受戒治人對資源的認識與自我轉變之相關分析表

變項名稱	生涯規劃	家人關係	人際關係	想法	態度
戒毒機構	.419 P = .000***	.313 P = .000***	.364 P = .002*	.335 P = .000***	.369 P = .000***
認識資源	.362 P = .000***	.401 P = .000***	.427 P = .000***	.307 P = .000***	.404 P = .000***
使用資源	.386 P = .000***	.408 P = .000***	.420 P = .000***	.327 P = .000***	.379 P = .000***
申請資源	.241 P = .000***	.301 P = .000***	.314 P = .000***	.221 P = .000***	.225 P = .000***
責任	.361 P = .000***	.449 P = .000***	.443 P = .000***	.330 P = .000***	.352 P = .000***
* P<0.05		** P<0.01		*** P<0.001	

由表 4.4-4 顯示，受戒治人認為問題解決模式的應用是每個人應具備的能力、方法具體、是個好方法、模式期待要積極面對問題，和生涯規劃、家人關係、人際關係、改變解決問題的想法及態度，有顯著的正相關。但受戒治人認為問題解決模式很容易實行，它和生涯規劃之關聯，未達顯著水準，表示受戒治人可能不重視生涯規劃，也可能不願將問題解決模式應用在生涯規劃上。

表 4.4-4：受戒治人對模式的應用與自我轉變之相關分析表

變項名稱	生涯規劃	家人關係	人際關係	想法	態度
應用能力	.215 P = .002*	.378 P = .000***	.398 P = .000***	.276 P = .000***	.260 P = .000***
容易實行	.177 P = .012	.263 P = .000***	.219 P = .002*	.269 P = .000***	.202 P = .004*
方法具體	.302 P = .000***	.337 P = .000***	.365 P = .000***	.320 P = .000***	.310 P = .000***
好方法	.384 P = .000***	.461 P = .000***	.492 P = .000***	.462 P = .000***	.505 P = .000***
面對問題	.415 P = .000***	.530 P = .000***	.512 P = .000***	.513 P = .000***	.553 P = .000***
* P<0.05		** P<0.01		*** P<0.001	

由表 4.4-5 可發現受戒治人認為學習問題解決模式，會較能處理自己的各種問題，但和有專業人員協助戒毒成功的信心程度、和增強就業信心，沒有顯著相關。且受戒治人認為學習問題解決模式，會增進對自己的瞭解，但和加強就業信心，沒有顯著關係。

表 4.4-5：受戒治人對自我的瞭解與信心程度之相關分析表

變項名稱	戒毒成功	適應社會	家庭狀況	就業信心	人生目標
毒品的慾望	.264	.294	.297	.280	.283

	P = .000***	P = .000***	P = .002*	P = .000***	P = .000***
抗拒依賴	.338	.350	.308	.308	.348
	P = .000***				
一技之長	.140	.242	.281	.187	.254
	P = .048*	P = .001*	P = .000***	P = .008	P = .000***
增進瞭解	.224	.206	.218	.153	.222
	P = .001*	P = .003*	P = .002*	P = .31	P = .002*
處理問題	.097	.206	.203	.184	.158
	P = .171	P = .003*	P = .004*	P = .009	P = .025*

* P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

由表 4.4-6 可發現學會如何申請社會資源和加強適應社會的信心、加強就業的信心，沒有顯著相關。

表 4.4-6：受戒治人對資源的認識與信心程度之相關分析表

變項名稱	戒毒成功	適應社會	家庭狀況	就業信心	人生目標
戒毒機構	.550	.446	.362	.364	.410
	P = .000***				
認識資源	.346	.366	.206	.334	.285
	P = .000***	P = .000***	P = .004**	P = .000***	P = .000***
使用資源	.291	.387	.304	.305	.309
	P = .000***				
申請資源	.234	.119	.196	.136	.170
	P = .001*	P = .094	P = .005*	P = .055	P = .016*
責任	.268	.376	.332	.220	.307
	P = .000***	P = .000***	P = .000***	P = .002*	P = .000***

* P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

由表 4.4-7 可發現受戒治人認為問題解決模式的應用是每個人應具備的能力，但和更有信心戒毒成功、加強改善家庭狀況的信心，沒有顯著相關。

表 4.4-7：受戒治人對模式的應用與信心程度之相關分析表

變項名稱	戒毒成功	適應社會	家庭狀況	就業信心	人生目標
應用能力	.106	.222	.137	.150	.154

	P = .134	P = .002*	P = .053	P = .034*	P = .030*
容易實行	.168 P = .018*	.315 P = .000***	.266 P = .000***	.250 P = .000***	.243 P = .001**
方法具體	.288 P = .000***	.345 P = .000***	.274 P = .000***	.326 P = .000***	.295 P = .000***
好方法	.302 P = .000***	.513 P = .000***	.353 P = .000***	.330 P = .000***	.336 P = .000***
面對問題	.233 P = .001*	.383 P = .000***	.397 P = .000***	.427 P = .000***	.430 P = .000***
	* P<0.05		** P<0.01		*** P<0.001

第五節 開放性問題：您認為還有哪些意見想要表達？

本研究問卷於最後保留一開放性問題，供受戒治人表達意見，整理之內容如下：

分類	內容	人次
戒治無成效	在戒治所機械式生活，根本無法從內心根治，只是浪費時間與金錢	1
	認為應多加強心理輔導，因為心癮難改	3
	若未能杜絕走私毒品，一定無法戒毒	1

	戒治是無效的	3
	認為戒毒靠自己，不需老師	1
法制面 問題	希望吸毒能合法化	4
	認為現在吸毒的刑罰太重了	4
	認為現在吸毒的刑罰可再重一些，以杜絕毒品	1
	戒治時間太長	8
	對不同戶籍地，刑期不同不滿	25
	修法頻率高，不公平	8
	戒毒和刑期無關	1
	前科使自己無法在社會上生存	3
	戒治課程	建議廢除靜坐
希望增加運動時間		1
希望加強看影片		1
認為宗教課程過多，尤其是佛教課		2
上課能得到對毒品的認知與害處，但能達到改善的不多		1
有些戒治課程，索然無味		1
部分老師不適任		3
期盼有戒毒成功者經驗分享		2
希望增加更多的專業人員入戒治所輔導		2
上課沒用		2
需要就業資訊		2
希望用選課方式，安排上課		2
因為被當做犯人，所以排斥所有的戒治課程		2
問卷方面		認為問卷只是短暫的想法，而自己面臨的是殘刑
	學到社會資源的訊息很有用	1
	應該學習一技之長	5
	認為學習使用社會資源沒有用，應該要學習一技之長	1
個人方面	早日出監	1
	希望能心理治療	2
	吸毒不僅傷身，且造成家庭破碎	1
	因至醫院治療腫瘤，為減輕痛苦而施用毒品	1
獄政管理 方面	希望不要收戒治費（每個月 3300 元）	14
	管理制度待改善	3
	飲食差	1
	建議用美沙酮戒毒	1

第五章 討論、結論與建議

第一節 討論

第二節 結論

第三節 建議

第五章 討論、結論與建議

戒治所是一個特殊的機構，經費、組織獨立卻又實質附屬於戒治所，於民國 87 年依毒品危害防制條例成立至今，邁入第七個年頭，相關單位一路走來，摸索、探究皆花了不少心力，實務中發現受戒治人，因為環境、家庭、個人所產生的問題，會導致其生活結構崩解，甚至造成個人

一再陷入毒海，無法自拔。

本章就分析結果進行討論、結論，期待透過研究發現提出建議，作為國內戒治相關單位擬具處置服務之參考。

第一節 討論

討論方面，研究者可用自己的語言，提出自己的論證，甚至採取立場性的主張，與他人或其他的理論進行對話。科學的價值，在最富有創造力、批判性、與啟蒙性的結果討論中，得以發揮無遺（邱皓政，2000），依據上述，本研究討論部分如下所示：

一、本研究研究假設與研究結果一致的部分

（一）研究假設一方面

研究假設一：受戒治人對問題解決模式應用的程度，因不同的基本特質、戒治狀況而有顯著性的差異；研究結果為此假設得到部分的驗證。

- 1.受戒治人教育程度的不同，對自我瞭解的程度就不同。
- 2.受戒治人父母婚姻狀況的不同與自我瞭解的程度、資源認識的程度、模式應用的程度，有顯著的差異。

所以教育是重要的一環，戒治課程的設計及運作是重要的，一般學理及實務的觀點，總認為成人的行為、性格已定型，對他們付出是無效的，從研究結果可知，對於成人的矯治仍是值得努力的。另外，從受戒治人父母婚姻狀況的影響結果，可知受戒治人家庭狀況，亦是需要重視的；於戒治所專業人員的角色分工中，可知社工師（員）輔導員在受戒治人、戒治系統、家庭系統之間扮演重要的協調及聯繫的角色，而目前有些戒治所善用社工師（員）輔導員，但有些戒治所卻不然，實甚為可惜；戒治除了生理層面的戒癮外，心理層面亦佔重要戒癮地位，社工師（員）輔導員可發揮教化、催化、整合受戒治人個人與社會環境之間的問題與關係，進而協助其自我重整，有些戒治所未能讓專業人員發揮專業長才，反而安排專業人員領域之外的公務，實為人力及人才的浪費。

（二）研究假設二方面

研究假設二：受戒治人出所計畫，因不同的基本特質、戒治狀況而有顯著性的差異；研究結果為此假設得到部分的驗證。

- 1.受戒治人教育程度的不同，與自我轉變程度、增加信心程度，有顯著

的差異。

2.受戒治人宗教信仰的不同，與增加信心的程度，有顯著的差異。

此結論為受戒治人的教育程度、宗教信仰，分別在增加信心方面，有值得努力的空間。但值得注意的是教育程度、宗教信仰並不會造成自我轉變的差異，此值得後人再深入研究之。

（三）研究假設三方面

研究假設三：問題解決模式之應用與出所準備有關。（一）問題解決模式之應用與受戒治人認知、態度的轉變有關。（二）問題解決模式之應用與受戒治人的信心有關。研究結果得到驗證：若從整份量表而言，問題解決模式之應用與出所準備具有顯著的正相關的。所以問題解決模式的學習與應用，是可以於戒治所進行的。

二、本研究研究假設與研究結果不一致的部分

（一）研究假設一方面

研究假設一：受戒治人對問題解決模式應用的程度，因不同的基本特質、戒治狀況而有顯著性的差異；研究結果為，受戒治人之年齡、婚姻狀況、宗教信仰、入所前的職業、戒治狀況，與模式應用的程度，均未達顯著的差異。

可知受戒治人個人狀況與模式應用的同意程度，是沒有顯著差異的，什麼原因造成沒有差異，此有待有興趣者再深入研究，是因為受戒治人已放棄自己了？還是受戒治人感到無奈不願意積極面對生活？抑或是受戒治人根本無心於此，只想出所後繼續吸毒或販毒？因從戒治課程中，採匿名性運作時，有些受戒治人直接於匿名性紙片上，寫明出所後仍會吸毒或販毒。

（二）研究假設二方面

研究假設二：受戒治人出所計畫，因不同的基本特質、戒治狀況而有顯著性的差異；研究結果為受戒治人年齡、婚姻狀況、父母婚姻狀況、入所前的職業、戒治狀況的不同，與自我轉變程度、增加信心程度，均未達顯著的差異。

（三）研究假設三方面

研究假設三：問題解決模式之應用與出所準備有關。（一）問題解決

模式之應用與受戒治人認知、態度的轉變有關。(二)問題解決模式之應用與受戒治人的信心有關。研究結果從各分量表，各檢測項目細部探究為：

- (1) 受戒治人認為學習問題解決模式會增進對自己的瞭解，可是和生涯規劃、改變解決問題的想法及態度，沒有顯著的相關。
- (2) 受戒治人認為問題解決模式很容易實行，但和生涯規劃沒有顯著的相關。
- (3) 受戒治人認為較能處理自己的各種問題，和有信心戒毒成功（在專業人員的陪同下），沒有顯著的相關。
- (4) 受戒治人認為學會如何申請社會資源，和加強適應社會的信心、加強就業的信心，沒有顯著的相關。
- (5) 受戒治人認為問題解決模式的應用是每個人應具備的能力，但和更有信心戒毒、更有信心改善家庭狀況，沒有顯著相關。

結論為問題解決模式之應用和有信心戒毒成功、生涯規劃、加強適應社會的信心，沒有顯著相關。再次驗證，即使外在的問題解決，內在心理的轉變仍然不易。

三、本研究發現印證前人研究的部分

(一) 年齡

受戒治人之年齡以 31 歲至 40 歲佔最多，由於戒治所屬於成人監，當然皆以成年，但年齡層仍以青壯年為最多，此年輕化現象與前人研究是一致的。

受戒治人有高比例正值國家社會中堅份子之年齡層，對國家社會是一重要的警訊，代表國家社會的資源耗損；代表受戒治人之家庭中堅份子力量的削弱；代表受戒治人進入成年期後，不若青少年可塑性高，對於戒治工作是一大挑戰。

(二) 教育程度

前人研究中顯示吸毒者學歷以國中畢業者佔多，佔 40 %，本研究與此是一致的，再加上輟學的佔 22 %，加起來為高達 62 %，超過半數以上。輟學問題對於相關單位是一種省思，相信教育單位一直對此問題再設法改善，可以發現仍需努力。

(三) 吸毒史方面

與前人研究同的是第一次吸毒為好奇心所致，會持續吸食是因已經

上癮佔最大比例。

(四) 入所前職業

受戒治人入所前職業以服務業、商業為最多，次之為無業，此結果與前人研究及實務相呼應，大致不正當職業例如販毒、電玩等，及游手好閒亦內涵其中，可知受戒治人無一技之長的比例甚高。

但在「使用毒品所需費用主要來源」變項方面，「從事正當工作賺取」的受戒治人佔 65.8%，「從事不正當工作賺取」的受戒治人佔 16.8%，此數據必須採保留態度，因為在戒治處遇課程進行時，有部分受戒治人認為販毒是從事不正當工作，但有些認為其販毒是正當買賣行為、是從事正當工作，在台灣毒品是違法的現今，此價值觀是偏差的。所以在上述兩個數據中，會因受戒治人對「正當工作」的定義不同，而有所不同，僅供參考。

四、本研究發現未印證前人研究的部分

(一) 教育程度

前述本研究發現印證前人研究吸毒者學歷大都落下國中程度，但施測問卷時，亦有受戒治人為不識字的（未予施測）及最高學歷此二點是前人研究所沒有的，所以事實顯示吸毒者其實亦有高學歷碩士的，並非前人研究所言，皆為低學歷者。至於碩士高學歷為何會吸毒？在戒治所出所計畫相關戒治處遇課程會的轉變會有多大？有待有興趣之研究者再深入研究之。

(二) 戒治次數及時間

由於本研究問卷施測期間，歷經民國 93 年 1 月 6 日毒品危害防制條例新修正正式實施，戒治所從 1800 餘人，驟降為 500 人，屆時已抽取了二個工場，尚缺一個工場，再抽取的工場，皆為初犯之受戒治人，使得犯次及戒治時間這兩個變項變成分析意義，故未予分析。

(三) 家庭方面

研究者發現前人研究多認為吸毒者常是來自破碎家庭或不完整家庭；相關文獻中亦提及在世界各地，毒品的使用持續的增加，致使個人及其家庭與社會產生怪異與無法控制的行為（Farley, O.W. & Smith L.L. & Boyle S.W., 2000），但本研究之結果為受戒治人與其父母同住，且其父母亦同住，佔最高比例，此與前人研究是不同的，研究者認為可能與前人研究之研究對象有關：例如前人研究之年齡層大多落於青少年，或

者雖研究之年齡層落於成年人但研究對象數目少，或者研究單位非戒治所...等。

（四）婚姻方面

婚姻方面，受戒治人以未婚者居多，但已婚者其次，此研究無法顯示婚姻關係之有無與吸毒之關係，但從戒治處遇課程書面回應資料顯示，受戒治人未婚者普遍認為自己有找尋不到結婚對象的困擾，受戒治人已婚者則普遍害怕另一伴感情走私，或者害怕另一伴未能照顧好其父母及小孩，若是家中未有書信或電話聯繫，會覺得相當沮喪與悲傷。

（五）宗教方面

研究結果在宗教方面顯示，受戒治人有 45 % 信奉佛教、20 % 信奉道教、12.5 % 信奉民間信仰，加總之，有 77.5 % 的受戒治人信奉佛教、道教、民間信仰，而有 7.5 % 信奉基督教、有 1.0 % 信奉天主教。

前人研究中顯示，有信奉基督教者戒毒成效比無信奉宗教者戒毒成效佳，但本研究結果發現受戒治人信奉佛教系統的宗教佔最大比例，此為一重要發現，信仰佛教系統的宗教，戒毒成效為何？目前仍有待研究，亦有可能協助受戒治人，此為可努力之方向。但受戒治人於開放性陳述那題表示不喜歡上宗教課程，因為課程內容太枯燥、太制式，可能必須調整宗教課程戒治教師之上課方式。

五、其他方面

（一）有關戒治處遇課程設計方面

從研究數據可知受戒治人年齡層廣，從 18 歲至 60 歲，有的甚至已忘記自己幾歲了，使得戒治課程面臨年齡落差大的挑戰，必須因應不同年齡層做分類調整，穿插進行；且因為獄政制度的限制，例如基於管理不能讓受戒治人離開座位，限制了團體治療運作方式、限制了專業發揮方式，只要戒治所仍實質附設於監獄內，此點目前是無法突破的。

（二）有關支持系統方面

在沒有使用毒品的原因方面，以「家人的勸告」佔最高人次，其次為「怕受法律制裁」，可知非正式系統支持，排序在正式系統之前，此研究結果可明示出非正式系統之重要性。在出所後面臨的問題方面，以「就業問題」佔最高人次，其次分別為「經濟問題」、「人際問題（含親友）」、「生活習慣（含吸毒）」，可見受戒治人出戒治所後之就業問題，是相關單位應協助的項目。

（三）有關開放性問題

經過整合分類後，受戒治人之意見整理如下：認為戒治無成效、法制面問題、戒治課程、問卷方面、個人方面、獄政管理方面。其中雖不乏極端或者落差大之反應，但可知受戒治人對課程設計的不適應、不滿；對靜坐、公民教育、宗教課程戒治費用、戒治期不一不滿，這些影響受戒治人情緒之項目，若能於戒治課程實施過程中，提昇受戒治人之認知層次，也許能改善反彈，由戒治教師說明方法、意義及功能，例如因為靜坐會讓情緒寧靜、腦內平衡，受戒治人瞭解靜坐之方法、意義及功能後，應較能確切的作為；當然，要給予人性化的環境，例如不應大冷天，未有任何鋪墊，受戒治人直接坐於地上，一動也不能動的呆坐致多數人感冒...等。

第二節 結論

綜合上述，量表檢測結果多數達到顯著、相關性強，顯示整套教學已形塑出套裝課程內涵：簡單、明瞭，易接受、易瞭解；對受戒治人施以基礎認知建設後，也形成一個被期待的反應，出現整套套裝課程的反應，此反應可維續多久有待觀察，是經常性的或者是偶然性的很難說。就業問題、問題解決模式的應用皆和戒毒成功無關，顯示受戒治人在現

實生活的不良、沒有成功的經驗、環境不允許成功、自己持續力亦無法延續的情況下，如何達到戒治的實際成效，仍無相當把握，此需要長期努力、需要人為環境，我們再次發現回到一個難題：人為環境的塑造及改良。

戒治所中因為醫療、心理、社會工作專業人員的加入，現已有執行個案、團體之工作方法協助受戒治人戒治，依毒品危害防制條例「病犯性特質」之精神，受戒治人應被當作病人作矯治與治療，但現今的戒治所是在監獄的空間實行戒治，被當作犯人對待，而非病人，此與毒品危害防制條例「病犯性特質」之精神是相違背的。研究者認為這可能與獄政人員的價值觀認為「這些成人犯（受戒治人）」是沒有救的有關，普遍的獄政人員認為在受戒治人身上的付出是無效的，這使得戒治處遇課程進行時，成為一個關鍵性的阻礙。但研究者認為其實監獄戒治的威權壓迫隨著時代的脈動，已不再只是唯一途徑，從此一觀點出發，有可為目前戒治所運作方式解套的辦法，即社區的力量是不容忽視的，社區的全面努力，尤其是病患性人口群的自我努力（指包括受戒治人及其家屬），須受社會的鼓勵與支持，只是該如何做？由誰先引導？需要政府與民間一同重視。

戒治不是法律鬆綁即可，必須喚起民眾自我覺醒，透過層級關懷，在社區照顧的理念下成立的相關單位，使用可求助與自助的照顧設計，大量的自助團體必須因此產生，大量的公共支出是必須的，政府不是將受戒治人（吸毒者）釋放，就是任務完成，受戒治人（吸毒者）進入社會，其實才是任務真正的開始。

第三節 建議

本研究結果顯示微視面為部分戒治課程、法制面、個人方面、獄政管理方面需調整；鉅視面為基於社區照顧的特性為長期照顧、去機構化、轉機構化（transinstitutionalization）、減少對公共照顧的依賴、非正式照顧、參與和選擇的增加、需求導向的服務、成本抑制（黃源協，2000），社區照顧對於目前監獄式戒治制度，是一個解套的方式，只是該如何做，

是個必須規畫的。

一、政府方面

除了關注法令的修訂外，亦需要關注矯治機構的層面，包括公私部門。

（一）有關公部門的實質運作

公部門方面例如戒治所的管理方式應與治療人員一同配合，而非一味地顧及管理層面，使得受戒治人受到比重罪犯更嚴格之獄政管理，使得受戒治人在失去自尊的監獄生活之餘，只是更加增加病態的心理，及對戒治制度的仇視，這是全省戒治所普遍的情形，但鮮有人提出改善之道，不知是放棄受戒治人，認為受戒治人是無救的，還是認為受戒治人就是罪犯，就是要如罪犯一般的管理。

研究者在此提出既然依「醫院附設勒戒處所委託辦法」，勒戒處所由法務部委託於醫院內附設之規定有執行的困難，而採請醫院人員支援戒治所，就該予以醫院專業人員在藥物治療之外的社會心理環境之治療發揮空間，才真的能身心靈治療雙管齊下。

（二）有關公部門與私部門的合作

可透過政府方案委託的方式，進行專業人員的整合，密集的施以受戒治人治療，以加強公部門對戒治工作的努力。受戒治人除了出戒治所之前的改造及轉換很重要外，出戒治所不代表已遠離毒品、不保證受戒治人就不再吸毒，社會問題的危機意識，在受戒治人出所後就啟動。

受戒治人走進社區，社區就應重視而非排斥，但就是排斥，受戒治人也一樣是回到社區的，這個事實不容否認的，現今社會社區意識抬頭，有一股社區照顧的浪潮早已掀起，但常被倡導的案主群為老人、身心障礙者、愛滋病患者，研究者認為藥物濫用者的社區照顧亦是重要的，善用社區資源網絡，將會節省社會更多的獄政、警政、教育、治安成本。

二、民間方面

從醫院或福利機構接受政府方案委託建議，醫院接受或是福利機構接受委託方式有些不一樣，敘述如下：

（一）醫院接受委託之方式及內容

目前全民健保制度對於戒毒治療計畫，是沒有給付的，當然讓戒毒治療計畫納入全民健保是戒治工作努力的目標之一，本研究建議採由醫院可執行的個案式、團體式的治療計畫，是在不討論經費的前提下，說

明如下：

- 1.個案式：目前戒治所有與特定醫院合作，做到緊急救護及部分門診服務，但無住院服務（指戒治所內的住院服務）化學治療、轉介服務，此可試著評估可行性，不應一味地拒絕，而持續僵化的將受戒治人當犯人一般的管理。
- 2.團體式：包括自助團體、社區熱心團體。自助團體指由戒毒者及其家長組成，使當事人有積極尋求受助的機會。社區熱心團體指可交由宗教團體協助，善用現有龐大的宗教力量與網絡，一同消弭或抑制毒品造成的社會亂源。

（二）福利機構接受委託之方式及內容

從治療性社區的想法談起，包括住宿、小團體治療、參與職業復健計畫，以協助藥物濫用者重回社會，特點為大多使用非專業人員（通常是戒癮成功者），提供諮詢服務、角色模範、加強照護、團體接觸。目前台灣有作工作的宗教機構採此法。

研究者認為政府可編列經費，委託福利機構執行上述方法，除了可增加受戒治人出所後的工作機會，也可使受戒治人在戒治所之自我轉變的成果，在社會上展現，進而確保戒治結果的持續性及長久性，此亦為另一種工作治療的方式。

由福利機構接受委託有許多好處，例如受戒治人出所後，除了面臨是否會再吸毒的考驗外，還面臨個人身心適應、社會適應、生活適應的考驗，當其面臨多項考驗或難題時，透過福利機構的專業體制，受戒治人不僅能找到一個暫時的依靠港，還可有專業人員的支持與指導，協助其面對生活的種種問題，延續在戒治所的成效，不致受戒治人出所後又面臨生活的惡性循環，製造社會問題。

綜合言之，經過此實證研究，證明問題解決模式對受戒治人出所計畫有影響力存在，雖然有若干未完整之處，持續透過治療、教育仍是有一定的成效，加上政府與地方機構通力支持，其作用將有擴大的效果；所以結合社會工作、政府的支持（例如戒治課程）社區自助精神（指案家的力量、志工系統），可延續戒治所之力量，增強受戒治人回到社區的信心與勇氣，且使受戒治人獲得社區實質之支持，回歸正常生活。

第四節 研究限制

本研究研究對象為受戒治人，與一般研究對象為吸毒者的研究，所處的研究環境是不同的。

一、研究問卷之成熟度

樣本群來自戒治所待釋放區，且受過套裝課程之受戒治人，故

本研究問卷，不能適用其他未受過套裝課程之受戒治人。

二、變項及量表方面

戒治次數方面，因為民國 93 年 1 月 6 日適逢新舊法交替，累犯之受戒治人全數出戒治所，使得橫跨新舊法時期之問卷施測結果，戒治次數此變項，變成無法施測。量表方面，自我瞭解之信度係數 (Cronbach's alpha) 為 0.3393，較低，較不具參考價值。

三、統計數據方面

- (一) 由於量表之間相關程度都達顯著，細部項目達顯著之項目，比例亦高，故此研究針對未達顯著差異、未達顯著相關之項目探討研究發現與結果。
- (二) 本研究態度量表方面，採用相關分析，此研究限制是只能說明變數之間的相關，但不能推斷因果關係與影響的方向 (邱皓政, 2000)，與真實的因果關係尚有一段距離。

參考書目

參考書目

- 王文秀等譯（2000） 助人者的晤談策略---基本技巧與行為處遇；譯自 Interivewing strategies for helpers：fundamental skills and cognitive behavioral interventionns,4th ed.Bill Cormier,Sherry Cormier 原著。台北市：心理。
- 王淑芬（2003） 社會研究法。台北市：保成。285-287.

- 行政院衛生署管制藥品管理局（2002）常見濫用藥物分類圖鑑。行政院衛生署。
- 行政院衛生署、法務部、教育部（2001）反毒報告書。
- 呂民璿、莊耀嘉（1992）單親家庭與青少年違規犯罪行為。東海學報，33。
- 呂民璿（1995）社會個案工作。李增錄編，社會工作概論第四章。台北市：巨流。
- 李增祿（1995）社會工作概論。台北市：巨流。
- 李孟珍（1998）成癮行為再犯因子之研究。台灣雲林地方法院檢察署。
- 沈靜雅（2002）論施用毒品行為之除罪化。中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 邱皓政（2000）社會與行為科學的量化研究與統計分析：SPSS 中文視窗版資料分析範例。台北市：五南。1-12,1-20,2-15~2-16,3-4~3-19。
- 林健陽、柯雨瑞（2000）毒品除罪化及其「犯罪矯治」之影響。中央警察大學犯罪防治學報，1,63-112。
- 林家興（1991）藥物濫用與心理輔導。諮商與輔導,62。
- 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。
- 林萬億（2002）當代社會工作：理論與方法。台北：五南。3,4,7,8。
- 杜聰典（2002）台灣地區少年毒品戒治處遇成效之實證研究。中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 高金桂（1984）青少年濫用藥物與犯罪之研究。台北市：文景。
- 馬模貞（1996）毒品在中國。台北市：一橋。
- 黃源協（2000）社區照顧---台灣與英國經驗的檢視。台北市：揚智。
- 許臨高（1999）社會工作直接服務：理論與技巧。譯自 Direct social work practice：theory and skill,5th ed.Dean H. Hepworth,Ronald H.Rooney,Jo Ann Larsen 著。台北市：洪葉。
- 管制藥品管理局（2003）藥物濫用防制宣導教材。行政院衛生署。
- 蔡佩真（1990）宗教戒毒之探究-----以基督教戒毒輔導為例。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 蔡維禎（2000）煙毒輔導面面觀。台北市：天恩。
- 劉郁芳（1993）藥物濫用青少年之壓力、因應策略與生活適應關聯性

- 研究。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 劉勤章 (2002) 《毒品與犯罪關連性探討》。中央警大學學報, 39,277-290.
- 廖榮利 (1987) 《社會工作理論與模式》。台北市：五南。
- 廖榮利 (1993) 《精神病理與社會工作》。台北市：五南。
- 廖鳳池、鈕文英 (1990) 《問題解決諮商模式》。台北市：張老師出版社。
- 楊士隆 (2001) 《犯罪心理學 (三版)》。台北市：五南。
- 楊士隆、林健陽 (2001) 《犯罪矯治問題與對策 (三版)》。台北市：五南。
- 施志茂 (2000) 《安非他命危害與犯罪防治》。台北市：華泰。
- 張慧瓊 (2002) 《毒品防制法規及實務》。法務部司法官訓練所檢察事務官班第三期講義。
- 張春興 (2002) 《現代心理學》。台北市：東華。
- 廖榮利 (1996) 《社會工作理論與模式》。台北市：五南。
- 鄭晃二、陳亮全 (1999) 《社區動力遊戲》。台北市：遠流。
- 顏迺偉 (2002) 《毒品防制法規及實務》。法務部司法官訓練所檢察事務官班第三期講義。
- 簡春安、鄒平儀 (1998) 《社會工作研究法》。台北市：巨流。316.
- Dakof,G.A.,Quille, T.J.,Tejeda,M.J.,Alberga,L.R., & Band stra,E.(2003).
Enrolling and retaining mothers of substance-exposed infants in drug
abuse treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(4),
764-772.
- Dixon, D. N., & Glover, J.A.(1984).Counseling: a problem-solving app-
roach. New York: John Wiley & Sons.35-61.
- Dugan,M.A.(1996).The role of resilience and protective factors in predict-
ing alcohol, tobacco and other drug abuse in youth.(Doctoral
Dissertation,
Claremont Graduate University,1996).(AAT 9707501 UMI Pro-Quest
Digital Dissertations-Full Citation& Abstract).
- Farley ,O.W. & Smith L.L. & Boyle S.W. (2000) .Charppter17 : Drug Abuse
and Social Work. Introduction to Social Work. (Skidmore,R.A. & Thacke-
ray M.G.) , Eighth Edition . United States of America.
- Helga A.H.Rowe.(1985).Problem solving and intelligence.Australian coun-
cil educational research.Lawrence erlbaum associates,Hillsdale,New
Jersey,London.1,3,4,8,15

- Kendall,P.C.&Hammen,C.(1998).Abnormal psychology understanding human problems.Printed in the U.S.A.by Houghton Mifflin Company.332 .
- McDowell,D.M. & Spitz,H.I.(1999).Substance abuse: from principles to practice.USA:Brunner/Mazel.
- Petersen,T. & McBride,A.(2002).Working with substance misusers: a guide to theory and practice.USA and Canada.23-27,29,92.
- Skidmore,R.A. & Thackeray M.G. (2000) .Charppter17 : Drug Abuse and Social Work. Introduction to Social Work.United States of America.
- Steven, B.,Michelle, A. L., & Lisa A.O.(2003).Self-Reported psychiatric treatment needs among felony drug offenders. Journal of Contemporary Criminal Justice,19(1),9-29.
- William, R.M.,Carolina E.Y., & Tonigan J.S.(2003).Motivational interviewing in drug abuse services:a randomized trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology,71(4),754-763.

附 錄

附錄一：問卷

附錄二：公文

附錄三：毒品危害防制條例

附錄四：毒品危害防制條例

施行細則

附錄五：觀察勒戒處分執行條例

附錄六：法務部戒治所組織通則

附錄七：戒治處分執行條例

附錄八：「林文忠公戒煙丸」

附錄九：「戒煙四物飲」及

「戒煙藥酒法」

附錄一：問卷

問題解決模式對毒品受戒治人出所計畫之影響

---以台中戒治所為例

您好！

本問卷所得資料僅供專業人員參考之用，採不記名方式，不需填寫姓名、編號，填寫完畢後全部保密收回，不必擔心填答的內容外洩而影響自身權益。

問卷中的題目沒有標準答案，也沒有對與錯、好與不好，請您根據自身真實狀況回答即可。請看清題目後據實作答，如有疑問，可直接詢問，以即時提供協助。謝謝您的填答。

敬祝 健康快樂

王媿慧

第一部分：基本資料

1. 年齡是_____足歲（民國_____年出生）
2. 教育程度：（畢業者請在 打✓，肄業者請在 打×） ①不識字
②國小 ③國中 ④高中（職） ⑤大學（專） ⑥碩士班
⑦博士班
3. 婚姻狀況： ①未婚 ②已婚 ③同居 ④分居 ⑤離婚
4. 父母婚姻狀況： ①父母同住 ②父母分居 ③父母離婚
④再婚 ⑤父存母亡 ⑥父亡母存 ⑦父母雙亡 ⑧其他
（請
說明）_____
5. 自己的居住狀況： ①獨居 ②與父母同住 ③與妻同住
④與妻及小孩同住 ⑤與小孩同住 ⑥與異性友人同住
⑦與同性友人同住
6. 宗教信仰： ①佛教 ②道教 ③一貫道 ④民間信仰 ⑤
天主教 ⑥基督教 ⑦其他_____
7. 入所前職業： ① 農林漁牧業 ②工礦運輸業 ③商業
④服務業 ⑤軍 ⑥學生 ⑦無酬家屬工作者 ⑧無業
⑨其他_____
8. 戒治時間： ①1-3 個月 ②3-6 個月 ③6-9 個月 ④9-12
個月 ⑤其他_____
9. 入戒治所次數： ①一次 ②二次 ③三次 ④四次 ⑤五
次 ⑥六次以上
10. 入所前施用毒品的類型（可複選）： ①第一級 ②第二級

③第三級 ④第四級

11. 第一次使用毒品的動機 (可複選): ①朋友唆使 ②好奇心
③療病止痛 ④心理困擾 ⑤提神工作 ⑥打發時間
⑦上癮 ⑧其他 (請說明) _____

12. 使用毒品已有: ①半年以內 ②半年~一年 ③一年~一
年半 ④一年半~二年 ⑤兩年~兩年半 ⑥兩年半~三年
⑦三年以上

13. 持續使用毒品的動機 (可複選): ①朋友唆使 ②好奇心
③療病止痛 ④心理困擾 ⑤提神工作 ⑥打發時間
⑦上癮 ⑧其他 (請說明) _____

14. 使用頻率: ①一天數次 ②兩、三天一次 ③一週一次
④十天一次 ⑤一個月一次 ⑥兩、三個月一次 ⑦總
共只使用過兩、三次

15. 沒使用毒品的原因 (可複選): ①怕身體受傷害 ②怕受
法律制裁 ③怕家人責罵 ④怕錢不夠用 ⑤朋友的勸告
⑥家人的勸告 ⑦老師的勸告 ⑧公益節目的宣導
⑨沒什麼意思 ⑩其他 (請說明) _____

16. 使用毒品所需費用主要來源: ①從事正當工作賺取 ②從
事不正當工作 (例如販毒、色情交易等) ③跟朋友借
④跟家人要 ⑤其他 (請說明) _____

17. 你認為自己出戒治所後, 將面臨的問題為 (可複選): ①經
濟問題 ②居住問題 ③婚姻問題 ④育子問題 ⑤就業
問題 ⑥健康問題 ⑦人際問題 (含親友) ⑧生活習慣
(含吸毒)。

第二部分：關於問題解決模式的學習中對自我瞭解，請依據自己感受，在適合的項目中勾選。

非同不非
 常意 常
 同不
 同 同
 意 意意

- 1.我發現自己現在沒有強烈服用毒品的慾望。-----
- 2.我認為我學會「抗拒對毒品依賴」的方法-----
- 3.我認為戒毒的目的除了戒除毒癮外，應該還要學得一技之長-----
- 4.我認為學習問題解決模式，會增進對自己的瞭解-----
- 5.我認為學習問題解決模式，會使我較能處理自己的各種問題-----

第三部分：關於問題解決模式的學習中對資源的認識，依據自己感受，在適合的項目中勾選。

非同不非
 常意 常
 同不
 同 同
 意 意意

- 1.我認為課程中，介紹戒毒機構戒毒方式，對我很有幫助----
- 2.我認為課程中，教導認識如何運用社會資源，對我是很重要的-----
- 3.我覺得我學會如何使用社會資源-----
- 4.我覺得我的家人需要申請使用社會資源-----
- 5.我覺得學習如何使用社會資源也是一種自己的責任-----

第四部分：關於問題解決模式的學習中對模式的應用，依據自己感受，在適合的項目中勾選。

非同不非
常意 常
同不
同 同
意 意

- 1.我覺得問題解決模式的應用是每個人應具備的能力-----
- 2.我覺得問題解決模式很容易實行-----
- 3.我覺得問題解決模式方法很具體-----
- 4.我覺得按照問題解決模式，解決問題是個好方法-----
- 5.我覺得問題解決模式期待我要積極面對問題-----

第五部分：關於問題解決模式的學習後對自我的轉變，依據自己感受，在適合的項目中勾選。

非同不非
常意 常
同不
同 同
意 意

- 1.剛入所時，我的生涯規劃並不清楚，現在變得比較清楚---
- 2.我認為問題解決模式會改變我和家人的關係-----
- 3.我認為問題解決模式會改變我的人際關係-----
- 4.我認為問題解決模式會讓我改變解決問題的想法-----
- 5.我認為問題解決模式會讓我改變解決問題的態度-----

第六部分：關於問題解決模式的學習後對自己信心的程度，
依據自己感受，在適合的項目中勾選。

非同不非
常意 常
同不
同 同
意 意意

- 1.我認為這裡有專業人員從旁協助，讓我更有信心戒毒成功
- 2.我認為問題解決模式的學習，會加強我適應社會的信心-----
- 3.我認為問題解決模式的學習，會加強我改善家庭狀況的信
心-----
- 4.我認為問題解決模式的學習，會加強我就業的信心-----
- 5.我認為問題解決模式的學習，會加強我達成人生目標的信
心-----

第七部分：您認為還有哪些意見想要表達？

附錄二：公文

附錄三：毒品危害防制條例（民國 92 年 07 月 09 日 修正）

第 1 條 為防制毒品危害，維護國民身心健康，制定本條例。

第 2 條 本條例所稱毒品，指具有成癮性、濫用性及對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品。

毒品依其成癮性、濫用性及對社會危害性分為四級，其品項如下：

一 第一級 海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品（如附表一）。

二 第二級 罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他啞新及其相類製品（如附表二）。

三 第三級 西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品（如附表三）。

四 第四級 二丙烯基巴比妥、阿普唑他及其相類製品（如附表四）。

前項毒品之分級及品項，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。

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。

第 3 條 本條例有關法院、檢察官、看守所、監獄之規定，於軍事法院、軍事檢察官、軍事看守所及軍事監獄之規定亦適用之。

第 4 條 製造、運輸、販賣第一級毒品者，處死刑或無期徒刑；處無期徒刑者，得併科新臺幣一千萬元以下罰金。

製造、運輸、販賣第二級毒品者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑，得併科新臺幣七百萬元以下罰金。

製造、運輸、販賣第三級毒品者，處五年以上有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。

製造、運輸、販賣第四級毒品者，處三年以上十年以下有期徒刑，得併科新臺幣三百萬元以下罰金。

製造、運輸、販賣專供製造或施用毒品之器具者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百萬元以下罰金。

前五項之未遂犯罰之。

- 第 5 條 意圖販賣而持有第一級毒品者，處無期徒刑或十年以上有期徒刑，得併科新臺幣七百萬元以下罰金。
意圖販賣而持有第二級毒品者，處五年以上有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。
意圖販賣而持有第三級毒品者，處三年以上十年以下有期徒刑，得併科新臺幣三百萬元以下罰金。
意圖販賣而持有第四級毒品或專供製造、施用毒品之器具者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百萬元以下罰金。
- 第 6 條 以強暴、脅迫、欺瞞或其他非法之方法使人施用第一級毒品者，處死刑、無期徒刑或十年以上有期徒刑；處無期徒刑或十年以上有期徒刑者，得併科新臺幣一千萬元以下罰金。
以前項方法使人施用第二級毒品者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑，得併科新臺幣七百萬元以下罰金。
以第一項方法使人施用第三級毒品者，處五年以上有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。
以第一項方法使人施用第四級毒品者，處三年以上十年以下有期徒刑，得併科新臺幣三百萬元以下罰金。
前四項之未遂犯罰之。
- 第 7 條 引誘他人施用第一級毒品者，處三年以上十年以下有期徒刑，得併科新臺幣三百萬元以下罰金。
引誘他人施用第二級毒品者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百萬元以下罰金。
引誘他人施用第三級毒品者，處六月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣七十萬元以下罰金。
引誘他人施用第四級毒品者，處三年以下有期徒刑，得併科新臺幣五十萬元以下罰金。
前四項之未遂犯罰之。
- 第 8 條 轉讓第一級毒品者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百萬元以下罰金。
轉讓第二級毒品者，處六月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣七十萬元以下罰金。

轉讓第三級毒品者，處三年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以下罰金。

轉讓第四級毒品者，處一年以下有期徒刑，得併科新臺幣十萬元以下罰金。

前四項之未遂犯罰之。

轉讓毒品達一定數量者，加重其刑至二分之一，其標準由行政院定之。

第 9 條 成年人對未成年人犯前三條之罪者，依各該條項規定加重其刑至二分之一。

第 10 條 施用第一級毒品者，處六月以上五年以下有期徒刑。

施用第二級毒品者，處三年以下有期徒刑。

第 11 條 持有第一級毒品者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣五萬元以下罰金。

持有第二級毒品者，處二年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三萬元以下罰金。

持有專供製造或施用第一、二級毒品之器具者，處一年以下有期徒刑、拘役或新臺幣一萬元以下罰金。

持有毒品達一定數量者，加重其刑至二分之一，其標準由行政院定之。

第 11-1 條 第三、四級毒品及製造或施用毒品之器具，無正當理由，不得擅自持有。

第 12 條 意圖供製造毒品之用，而栽種罌粟或古柯者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑，得併科新臺幣七百萬元以下罰金。

意圖供製造毒品之用，而栽種大麻者，處五年以上有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。

前二項之未遂犯罰之。

第 13 條 意圖供栽種之用，而運輸或販賣罌粟種子或古柯種子者，處五年以下有期徒刑，得併科新臺幣五十萬元以下罰金。

意圖供栽種之用，而運輸或販賣大麻種子者，處二年以下有期徒刑，得併科新臺幣二十萬元以下罰金。

第 14 條 意圖販賣而持有或轉讓罌粟種子、古柯種子者，處三年以下有期徒刑。

意圖販賣而持有或轉讓大麻種子者，處二年以下有期徒刑。

持有罌粟種子、古柯種子者，處二年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三萬元以下罰金。

持有大麻種子者，處一年以下有期徒刑、拘役或新臺幣一萬元以下罰金。

第 15 條 公務員假借職務上之權力、機會或方法犯第四條第二項或第六條第一項之罪者，處死刑或無期徒刑；處無期徒刑者，得併科新臺幣一千萬元以下罰金。犯第四條第三項至第五項、第五條、第六條第二項至第四項、第七條第一項至第四項、第八條第一項至第四項、第九條至第十四條之罪者，依各該條項規定加重其刑至二分之一。

公務員明知他人犯第四條至第十四條之罪而予以庇護者，處一年以上七年以下有期徒刑。

第 16 條 (刪除)

第 17 條 犯第四條第一項至第四項、第五條第一項至第四項前段、第六條第一項至第四項、第七條第一項至第四項、第八條第一項至第四項、第十條或第十一條第一項、第二項之罪，供出毒品來源，因而破獲者，得減輕其刑。

第 18 條 查獲之第一、二級毒品及專供製造或施用第一、二級毒品之器具，不問屬於犯人與否，均沒收銷燬之；查獲之第三、四級毒品及製造或施用毒品之器具，無正當理由而擅自持有者，均沒入銷燬之。但合於醫藥、研究或訓練之用者，得不予銷燬。

前項合於醫藥、研究或訓練用毒品或器具之管理辦法，由法務部會同行政院衛生署定之。

第 19 條 犯第四條至第九條、第十二條、第十三條或第十四條第一項、第二項之罪者，其供犯罪所用或因犯罪所得之財物，均沒收之，如全部或一部不能沒收時，追徵其價額或以其財產抵償之。

為保全前項價額之追徵或以財產抵償，得於必要範圍內扣押其財產。

犯第四條之罪所使用之水、陸、空交通工具沒收之。

第 20 條 犯第十條之罪者，檢察官應聲請法院裁定，或少年法院（地方法院少年法庭）應先裁定，令被告或少年入勒戒處所觀察、勒戒，其期間不得逾二月。

觀察、勒戒後，檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）依據勒戒處所之陳報，認受觀察、勒戒人無繼續施用毒品傾向者，應即釋放，並為不起訴之處分或不付審理之裁定；認受觀察、勒戒人有繼續施用毒品傾向者，檢察官應聲請法院裁定或由少年法院（地方法院少年法庭）裁定令入戒治處所強制戒治，其期間為六個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止。但最長不得逾一年。

依前項規定為觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年後再犯第十條之罪者，適用本條前二項之規定。

第 20-1 條 觀察、勒戒及強制戒治之裁定確定後，有下列情形之一，認為應不施以觀察、勒戒或強制戒治者，受觀察、勒戒或強制戒治處分之人，或其法定代理人、配偶，或檢察官得以書狀敘述理由，聲請原裁定確定法院重新審理：

- 一 適用法規顯有錯誤，並足以影響裁定之結果者。
- 二 原裁定所憑之證物已證明為偽造或變造者。
- 三 原裁定所憑之證言、鑑定或通譯已證明其為虛偽者。
- 四 參與原裁定之法官，或參與聲請之檢察官，因該案件犯職務上之罪，已經證明者。
- 五 因發現確實之新證據足認受觀察、勒戒或強制戒治處分之人，應不施以觀察、勒戒或強制戒治者。
- 六 受觀察、勒戒或強制戒治處分之人，已證明其係被誣告者。聲請重新審理，應於裁定確定後三十日內提起。但聲請之事由，知悉在後者，自知悉之日起算。

聲請重新審理，無停止觀察、勒戒或強制戒治執行之效力。但原裁定確定法院認為有停止執行之必要者，得依職權或依聲請人之聲請，停止執行之。

法院認為無重新審理之理由，或程序不合法者，應以裁定駁回之；認為有理由者，應重新審理，更為裁定。法院認為無理由裁定駁回聲請者，不得更以同一原因，聲請重新審理。

重新審理之聲請，於裁定前得撤回之。撤回重新審理之人，不得更以同一原因，聲請重新審理。

第 21 條 犯第十條之罪者，於犯罪未發覺前，自動向行政院衛生署指定之醫療機構請求治療，醫療機構免將請求治療者送法院或檢察機關。依前項規定治療中經查獲之被告或少年，應由檢察官為不起訴之處分或由少年法院（地方法院少年法庭）為不付審理之裁定。但以一次為限。

第 22 條 （刪除）

第 23 條 依第二十條第二項強制戒治期滿，應即釋放，由檢察官為不起訴之處分或由少年法院（地方法院少年法庭）為不付審理之裁定。

觀察、勒戒或強制戒治執行完畢釋放後，五年內再犯第十條之罪者，檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）應依法追訴或裁定交付審理。

第 23-1 條 被告因拘提或逮捕到場者，檢察官依第二十條第一項規定聲請法院裁定觀察、勒戒，應自拘提或逮捕之時起二十四小時內為之，並將被告移送該管法院訊問；被告因傳喚、自首或自行到場，經檢察官予以逮捕者，亦同。
刑事訴訟法第九十三條之一之規定，於前項情形準用之。

第 23-2 條 少年經裁定觀察、勒戒或強制戒治者，不適用少年事件處理法第四十五條第二項規定。

少年法院（地方法院少年法庭）依第二十條第二項、第二十三條第一項規定為不付審理之裁定，或依第三十五條第一項第四款規定為不付保護處分之裁定者，得並為下列處分：

- 一 轉介少年福利或教養機構為適當之輔導。
- 二 交付少年之法定代理人或現在保護少年之人嚴加管教。
- 三 告誡。

前項處分，均交由少年調查官執行之。

第 24 條 （刪除）

第 24-1 條 觀察、勒戒或強制戒治處分於受處分人施用毒品罪之追訴權消滅時，不得執行。

- 第 25 條 犯第十條之罪而付保護管束者，於保護管束期間，警察機關或執行保護管束者應定期或於其有事實可疑為施用毒品時，通知其於指定之時間到場採驗尿液，無正當理由不到場或到場而拒絕採驗者，得報請檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）許可，強制採驗。
依第二十條第二項前段、第二十一條第二項、第二十三條第一項規定為不起訴之處分或不付審理之裁定，或依第三十五條第一項第四款規定為免刑之判決或不付保護處分之裁定，或犯第十條之罪經執行刑罰或保護處分完畢後二年內，警察機關得適用前項之規定採驗尿液。
前二項人員採驗尿液實施辦法，由行政院定之。
- 第 26 條 犯第十條之罪者，於送觀察、勒戒或強制戒治期間，其所犯他罪之行刑權時效，停止進行。
- 第 27 條 勒戒處所，由法務部、國防部於（軍事）看守所、少年觀護所或所屬醫院內附設，或委託行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院衛生署、直轄市或縣（市）政府指定之醫院內附設。
受觀察、勒戒人另因他案依法應予羈押、留置或收容者，其觀察、勒戒應於（軍事）看守所或少年觀護所附設之勒戒處所執行。
（軍事）看守所或少年觀護所附設之勒戒處所，由國防部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院衛生署或直轄市或縣（市）政府指定之醫療機構負責其醫療業務。
第一項受委託醫院附設之勒戒處所，其戒護業務由法務部及國防部負責，所需相關戒護及醫療經費，由法務部及國防部編列預算支應。
第一項之委託辦法，由法務部會同國防部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院衛生署定之。
- 第 28 條 戒治處所，由法務部及國防部設立。未設立前，得先於（軍事）監獄或少年矯正機構內設立，並由國防部、行政院衛生署、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、直轄市或縣（市）政府指定之醫療機構負責其醫療業務。其所需員額及經費，由

法務部及國防部編列預算支應。

戒治處所之組織，另以法律定之。

第 29 條 觀察、勒戒及強制戒治之執行，另以法律定之。

第 30 條 觀察、勒戒及強制戒治之費用，由勒戒處所及戒治處所填發繳費通知單向受觀察、勒戒或強制戒治處分人或上開受處分少年之扶養義務人收取並解繳國庫。但自首或貧困無力負擔者，得免予繳納。

前項費用經限期繳納，屆期未繳納者，由勒戒處所及戒治處所，依法移送強制執行。

第 30-1 條 受觀察、勒戒或強制戒治處分人其原受觀察、勒戒或強制戒治處分之裁定經撤銷確定者，得請求返還原已繳納之觀察、勒戒或強制戒治費用；尚未繳納者，不予以繳納。

受觀察、勒戒或強制戒治處分人其原受觀察、勒戒或強制戒治處分之裁定經撤銷確定者，其觀察、勒戒或強制戒治處分之執行，得準用冤獄賠償法之規定請求賠償。

第 31 條 經濟部為防制先驅化學品之工業原料流供製造毒品，得命廠商申報該項工業原料之種類及輸出入、生產、銷售、使用、貯存之流程、數量，並得檢查其簿冊及場所；廠商不得規避、妨礙或拒絕。

前項工業原料之種類及申報、檢查辦法，由經濟部定之。

違反第一項之規定不為申報者，處新臺幣三萬元以上三十萬元以下罰鍰，並通知限期補報，屆期仍未補報者，按日連續處罰。

規避、妨礙或拒絕第一項之檢查者，處新臺幣三萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得按次處罰及強制檢查。

依前二項所處之罰鍰，經限期繳納，屆期未繳納者，依法移送強制執行。

第 32 條 防制毒品危害有功人員或檢舉人，應予獎勵，防制不力者，應予懲處；其獎懲辦法，由行政院定之。

第 32-1 條 為偵辦跨國性毒品犯罪，檢察官或刑事訴訟法第二百二十九條之司法警察官，得由其檢察長或其最上級機關首長向最高法院檢察署提出偵查計畫書，並檢附相關文件資料，經最高法院檢察署檢察總長核可後，核發偵查指揮書，由

入、出境管制相關機關許可毒品及人員入、出境。

前項毒品、人員及其相關人、貨之入、出境之協調管制作業辦法，由行政院定之。

第 32-2 條 前條之偵查計畫書，應記載下列事項：

- 一 犯罪嫌疑人或被告之年籍資料。
- 二 所犯罪名。
- 三 所涉犯罪事實。
- 四 使用控制下交付調查犯罪之必要性。
- 五 毒品數量及起迄處所。
- 六 毒品及犯罪嫌疑人入境航次、時間及方式。
- 七 毒品及犯罪嫌疑人入境後，防制毒品散逸及犯罪嫌疑人逃逸之監督作為。
- 八 偵查犯罪所需期間、方法及其他作為。
- 九 國際合作情形。

第 33 條 為防制毒品氾濫，主管機關對於所屬或監督之特定人員於必要時，得要求其接受採驗尿液，受要求之人不得拒絕；拒絕接受採驗者，並得拘束其身體行之。

前項特定人員之範圍及採驗尿液實施辦法，由行政院定之。

第 33-1 條 尿液之檢驗，應由下列機關（構）為之：

- 一 行政院衛生署認可之檢驗及醫療機構。
- 二 行政院衛生署指定之衛生機關。
- 三 法務部調查局、內政部警政署刑事警察局、憲兵司令部或其他政府機關依法設置之檢驗機關（構）。

前項第一款檢驗及醫療機構之認可標準、認可與認可之撤銷或廢止及管理等事項之辦法；第二款、第三款檢驗機關（構）之檢驗設置標準，由行政院衛生署定之。

第一項各類機關（構）尿液檢驗作業程序，由行政院衛生署定之。

第 34 條 本條例施行細則，由法務部會同內政部、行政院衛生署擬訂，報請行政院核定之。

第 35 條 於中華民國九十二年六月六日本條例修正施行前繫屬之施用毒品案件，於修正施行後，適用修正後之規定，並依下列方式處理：

- 一 觀察、勒戒及強制戒治中之案件，適用修正後觀察、勒戒及強制戒治之規定。
- 二 偵查中之案件，由檢察官依修正後規定處理之。
- 三 審判中之案件，由法院或少年法院（地方法院少年法庭）依修正後規定處理之。
- 四 審判中之案件，依修正後之規定應為不起訴之處分或不付審理之裁定者，法院或少年法院（地方法院少年法庭）應為免刑之判決或不付保護處分之裁定。

前項情形，依修正前之規定有利於行為人者，適用最有利於行為人之法律。

第 36 條 本條例自公布後六個月施行。

毒品危害防制條例第二條之附表一~附表四

附表一

第一級毒品

- 1 乙醯托啡因 (Acetorphine)
- 2 古柯鹼 (Cocaine)
- 3 二氫去氧嗎啡 (Desomorphine)
- 4 二氫愛托啡因 (Dihydroetorphine)
- 5 愛托啡因 (Etorphine)
- 6 海洛因 (Heroin)
- 7 酚派丙酮 (Ketobemidone)
- 8 鴉片 (阿片) (Opium)
- 9 嗎啡 (Morphine)

附表二

第二級毒品

- 1 乙醯 - 阿法 - 甲基吩坦尼 (Acetyl—alpha—methylfentanyl)
- 2 乙醯二氫可待因 (Acetyldihydrocodeine)
- 3 乙醯美沙多 (Acetylmethadol)
- 4 阿法—甲基吩坦尼 (Alpha—methyl—fentanyl)
- 5 阿法—美沙多 (Alpha—methadol)

- 6 阿法—甲基 - 硫吩坦尼 (Alpha—methyl—thiofentanyl)
- 7 阿法—普魯汀 (Alphaprodine)
- 8 阿華吩坦尼 (Alfentanyl)
- 9 丙烯普魯汀 (Allylprodine)
- 10 阿法乙醯 - 美沙多 (Alphacetyl—methadol)
- 11 阿法—美普魯汀 (Alphameprodine)
- 12 安非他命 (Amphetamine)
- 13 安尼勒立汀 (Anileridine)
- 14 苯才西汀 (Benzethidine)
- 15 基嗎啡 (Benzylmorphine)
- 16 貝他—乙醯美沙多 (Betacetylmethadol)
- 17 貝他—羥基吩坦尼 (Betahydroxyfentanyl)
- 18 貝他—羥基 - 3 - 甲基吩坦尼 (Betahydroxy—3methyl—fentanyl)
- 19 貝他—美普魯汀 (Betameprodine)
- 20 貝他—美沙多 (Betamethadol)
- 21 貝他—普魯汀 (Betaprodine)
- 22 培集屈密特 (Bezitramide)
- 23 二甲氧基溴安非他命 (Brolamfetamine)
- 24 大麻 (Cannabis) [不包括大麻全草之成熟莖及其製品 (樹脂除外)
及由大麻全草之種子所製成不具發芽活性之製品]
- 25 大麻脂 (Cannabis resin)
- 26 大麻浸膏 (Cannabis extracts)
- 27 大麻酊 (Cannabis tinctures)
- 28 卡吩坦尼 (Carfentanyl)
- 29 卡西酮 (Cathinone)
- 30 克羅尼他淨 (Clonitazene)
- 31 古柯 (Coca)
- 32 古柯葉 (Coca leaves)
- 33 可待因 (Codeine) 及其製劑含量每 100 毫升 (或 100 公克) 5.0
公克以上
- 34 甲基溴可待因 (Codeine—methyl—bromide)
- 35 N —氧化可待因 (Codeine—N—oxide)
- 36 可多克淨 (Codoxime)

- 37 罌粟草膏 (Concentrated Poppy straw)
- 38 賽普諾啡 (Cyprenorphine)
- 39 右旋安非他命 (Dexamphetamine)
- 40 右旋嗎拉密特 (Dextromoramide)
- 41 右旋普帕西芬 (Dextropropoxyphene)
- 42 狄安普魯密特 (Diampromide)
- 43 二乙胺二 吩丁烯 (Diethylthiambutene)
- 44 二乙基色胺 (DET)
- 45 狄芬諾新 (Difenoxin)
- 46 二氫可待因 (Dihydrocodeine) 及其製劑含量每 100 毫升 (或 100 公克) 5.0 公克以上
- 47 二氫嗎啡 (Dihydromorphine)
- 48 狄門諾沙多 (Dimenoxadol)
- 49 狄美菲坦諾 (Dimepheptanol)
- 50 二甲胺二 吩丁烯 (Dimethylthiambutene)
- 51 二甲基色胺 (DMT)
- 52 嗎福 二苯丁酸乙酯 (Dioxaphetylbutyrate)
- 53 狄芬諾西萊 (Diphenoxylate)
- 54 狄匹潘濃 (Dipipanone)
- 55 二甲氧基安非他命 (DMA)
- 56 (1、2—二甲基己基) 羥基四氫甲基二苯 喃 (DMHP)
- 57 二甲氧基乙基安非他命 (DOET)
- 58 二甲氧基甲苯異丙胺 (DOM、STP)
- 59 托蒂巴醇 (Drotebanol)
- 60 愛哥寧 (Ecgonine)
- 61 愛哥寧衍化物 (Ecgonine Derivatives)
- 62 甲乙胺二 吩丁烯 (Ethylmethyl—thiambutene)
- 63 乙基嗎啡 (Ethylmorphine)
- 64 乙環利定 (Eticyclidine)
- 65 愛托尼他淨 (Etonitazene)
- 66 愛托失立汀 (Etoxidine)
- 67 吩坦尼 (Fentanyl)
- 68 芬乃他林 (Fenetylline)

- 69 佛萊西汀 (Furethidine)
- 70 羥二氫嗎啡 (Hydromorphinol)
- 71 二氫可待因酮 (Hydrocodone)
- 72 二氫嗎啡酮 (Hydromorphone)
- 73 羥基配西汀 (Hydroxypethidine)
- 74 伊玻蓋因 (Ibogaine)
- 75 異美沙冬 (Isomethadone)
- 76 左旋安非他命 (Levamphetamine)
- 77 左旋甲基嗎汎 (Levomethorphan)
- 78 左旋嗎拉密特 (Levomoramide)
- 79 左旋嗎汎 (Levorphanol)
- 80 左旋吩納西嗎汎 (Levophenacyl—morphan)
- 81 麥角二乙胺 (LSD、Lysergide)
- 82 二亞甲基雙氧安非他命 (MDA)
- 83 N— - 二甲基—3,4—(亞甲二氧基) 苯乙基胺 [MDMA , N— — dimethyl—3,4— (methylenedioxy) phenethylamine]
- 84 甲氯 酮 (Mecloqualone)
- 85 三甲氧苯乙胺 (Mescaline)
- 86 美他唑新 (Metazocine)
- 87 美沙冬 (Methadone)
- 88 美沙冬中間物 (Methadone—intermediate)
- 89 甲基安非他命 (Methamphetamine)
- 90 外消旋甲基安非他命 (Methamphetamine Racemate)
- 91 甲 酮 (Methaqualone)
- 92 4—甲基阿米雷司 (4—methylaminorex)
- 93 甲基去氧嗎啡 (Methyldesorphine)
- 94 甲基二氫嗎啡 (Methyldihydromorphine)
- 95 3—甲基吩坦尼 (3—Methylfentanyl)
- 96 3—甲基硫吩坦尼 (3—Methylthio—fentanyl)
- 97 美托邦 (Metopon)
- 98 2—甲氧基— - 甲基—4,5—(亞甲二氧基) 苯乙基胺 [MDMA , 2—methoxy— —methyl—4,5— (methy- lenedioxy) phenethylamine]

- 99 嗎拉特中間物 (Moramide—intermediate)
- 100 嗎啡甲溴化物 (Morphine methobromide)
- 101 甲基磺胺嗎啡 (Morphine methylsulfonate)
- 102 N—氧化嗎啡及其衍化物 (Morphine—N—oxide and its Derivatives)
- 103 1—甲基—4—苯基—4—丙酸氧 啉 [MPPP , 1—methyl—4—phenyl—4—piperidinol propionate (ester)]
- 104 密羅啡因 (Myrophine)
- 105 那密濃 (Nabilone)
- 106 N—乙基安非他命 (N—ethyl—amphetamine)
- 107 N—乙基—二亞甲基雙氧安非他命 (N—ethyl—MDA)
- 108 N—乙基—3— 啉二苯基乙醇酸 (N—ethyl—3—piper-idyl benzilate)
- 109 N—羥基二亞甲基雙氧安非他命 (N—hydroxy—MDA)
- 110 N—甲基—3— 啉二苯基乙醇酸 (N—methyl—3—piper-idyl benzilate)
- 111 菸鹼醯二氫可待因 (Nicodicodine)
- 112 菸鹼醯可待因 (Nicocodine)
- 113 菸鹼醯嗎啡 (Nicomorphine)
- 114 N—N—二甲基安非他命 (N—N—dimethyl—amphetamine)
- 115 去甲基乙醯美沙多 (Noracymethadol)
- 116 原可待因 (Norcodeine)
- 117 左旋原嗎汎 (Norlevorphanol)
- 118 原美沙冬 (Normethadone)
- 119 原嗎啡 (Normorphine)
- 120 原匹潘濃 (Norpipanone)
- 121 罌粟 (Opium Poppy)
- 122 羥氫可待因酮 (羥可酮) (Oxycodone)
- 123 羥二氫嗎啡酮 (Oxymorphone)
- 124 對二氟吩坦尼 (Para—fluoro—fentanyl)
- 125 六氫大麻 (Parahexyl)
- 126 苯環利定 (Phencyclidine)
- 127 潘他唑新 (Pentazocine)

- 128 1—苯乙基—4—苯基—4—醋酸 啖酯 [PEPAP,1—phenethyl—4—phenyl—4—piperidinol acetate (ester)]
- 129 配西汀 (Pethidine)
- 130 配西汀中間物—A (Pethidine intermediate—A)
- 131 配西汀中間物—B (Pethidine intermediate—B)
- 132 配西汀中間物—C (Pethidine intermediate—C)
- 133 配有特 (Peyote)
- 134 芬那多松 (Phenadoxone)
- 135 吩喃普魯密特 (Phenampromide)
- 136 吩那唑新 (Phenazocine)
- 137 吩諾嗎汎 (Phenomorphane)
- 138 吩諾配立汀 (Phenoperidine)
- 139 福可汀 (Pholcodine)
- 140 匹立屈密特 (Piritramide)
- 141 副甲氧基安非他命 (PMA)
- 142 罌粟草 (Poppy straw)
- 143 普魯亥他淨 (Proheptazine)
- 144 普魯配立汀 (Properidine)
- 145 普魯匹蘭 (Propiram)
- 146 裸頭草辛 (Psilocine)
- 147 西洛西賓 (Psilocybine)
- 148 外消旋甲基嗎汎 (Racemethorphan)
- 149 外消旋嗎拉密特 (Racemoramide)
- 150 外消旋嗎汎 (Racemorphan)
- 151 環丙胺 咯烷 (Rolicyclidine)
- 152 蘇芬坦尼 (Sufentanil)
- 153 替諾環定 (Tenocyclidine、TCP)
- 154 1— [1— (2— 吩) 環己烷基] 咯啖 [TCPY,1— [1— (2—thienyl)]]
- 155 四氫大麻酚 (包括 Tetrahydrocannabinol 異構物及其立體化學變體) [如以大麻成熟莖及種子所製成之製品中含四氫大麻酚不得超過 10 ug/g (10ppm)]
- 156 蒂巴康 (Thebacon)

- 157 蒂巴因 (Thebaine)
- 158 硫芬坦尼 (Thiofentanyl)
- 159 痛立定 (Tilidine)
- 160 三甲氧基安非他命 (TMA)
- 161 屈美配立汀 (Trimeperidine)
- 162 嗎啡立汀 (Morpheridine)
- 163 匹密諾汀 (Piminodine)
- 164 乙基色胺 (Etryptamine)
- 165 左旋甲基安非他命 (Levomethamphetamine)
- 166 甲基卡西酮 (Methcathinone)
- 167 伽瑪—羥基丁酸 (Gammahydroxybutyrate)

附表三

第三級毒品

- 1 異戊巴比妥 (Amobarbital)
- 2 伯替唑他 (Brotizolam)
- 3 丁基原啡因 (Buprenorphine)
- 4 布他比妥 (Butalbital)
- 5 去甲假麻黃 (Cathine)
- 6 環巴比妥 (Cyclobarbital)
- 7 格魯米特 (Glutethimide)
- 8 派醋甲酯 (Methylphenidate)
- 9 納布芬 (Nalbuphine)
- 10 納洛芬 (Nalorphine)
- 11 戊巴比妥 (Pentobarbital)
- 12 苯甲嗎 (Phenmetrazine)
- 13 西可巴比妥 (Secobarbital)
- 14 特拉嗎竇 (Tramadol)
- 15 三唑他 (三唑倫) (Triazolam)
- 16 可待因 (Codeine) 製劑含量每 100 毫升 (或 100 公克) 1.0 公克
以上, 5.0 公克以下
- 17 氟硝西洋 (Flunitrazepam)
- 18 洁 蓄洛 (Zipeprol)

- 19 愷他命 (Ketamine)
- 20 二氫可待因 (Dihydrocodeine) 製劑含量每 100 毫升 (或 100 公克) 1.0 公克以上, 未滿 5.0 公克

附表四

第四級毒品

- 1 二丙烯基巴比妥 (Allobarbitol)
- 2 阿普唑他 (三氮二氮平) (Alprazolam)
- 3 二乙胺苯丙酮 (Amfepramone)
- 4 阿米雷斯 (Aminorex)
- 5 巴比妥 (Barbital)
- 6 甲苯異丙胺 (Benzfetamine)
- 7 溴西洋 (溴氮平) (Bromazepam)
- 8 丁巴比妥 (Butobarbital)
- 9 卡嗎西洋 (卡氮平) (Camazepam)
- 10 氯氮 (氯二氮平) (Chlordiazepoxide)
- 11 氯巴占 (甲酮氮平) (Clobazam)
- 12 氯硝西洋 (氯硝氮平) (Clonazepam)
- 13 氯拉 酸 (氯氮平酸鹽) (Clorazepate)
- 14 氯 西洋 (氯 氮平) (Clotiazepam)
- 15 氯噁唑他 (氯 唑侖) (Cloxazolam)
- 16 可待因 (Codeine) 內服液 (含糖漿劑) 含量每 100 毫升未滿 1.0 公克之醫師處方用藥
- 17 地洛西洋 (地洛氮平) (Delorazepam)
- 18 右旋普帕西芬複方製劑 (Dextropropoxyphene Mixture Preparation)
- 19 安定 (二氮平) (Diazepam)
- 20 舒樂安定 (伊疊唑侖) (Estazolam)
- 21 乙氯維諾 (乙氯烯醇) (Ethchlorvynol)
- 22 炔己蟻胺 (環己炔胺) (Ethinamate)
- 23 氯氟 乙酯 (氟氮平酸酯) (Ethyl Loflazepate)
- 24 乙非他命 (乙基安非他命) (Etilamfetamine)
- 25 芬坎法明 (苯茨甲胺) (Fencamfamin)

- 26 芬普雷司 (乙氟安非他命) (Fenproporex)
- 27 氟地西洋 (氟二氮平) (Fludiazepam)
- 28 氟安定 (氟路洛) (Flurazepam)
- 29 哈拉西洋 (三氟氮平) (Halazepam)
- 30 鹵噁唑他 (鹵 唑侖) (Haloxazolam)
- 31 凱他唑他 (酮 唑侖) (Ketazolam)
- 32 勒非他命 (二甲二苯乙胺) (Lefetamine)
- 33 氯普唑他 (氯 唑侖) (Loprazolam)
- 34 勞拉西洋 (樂耐平) (Lorazepam)
- 35 氯甲西洋 (甲基樂耐平) (Lormetazepam)
- 36 嗎 (咪唑) (Mazindol)
- 37 美達西洋 (美達氮平) (Medazepam)
- 38 美芬雷司 (Mefenorex)
- 39 甲丙氨酯 (美普巴邁) (Meprobamate)
- 40 美舒卡 (Mesocarb)
- 41 甲基苯巴比妥 (Methylphenobarbital)
- 42 甲乙 啞酮 (甲乙 啞酮) (Methyprylon)
- 43 咪達唑他 (咪氟唑侖) (Midazolam)
- 44 硝甲西洋 (硝甲氮平) (Nimetazepam)
- 45 硝西洋 (耐妥眠) (Nitrazepam)
- 46 去甲西洋 (去甲氮平) (Nordazepam)
- 47 鴉片 (Opium) 複方製劑含量每 100 毫升 (或 100 公克) 0.5 公克以上
- 48 去甲羥安定 (去甲羥氮平) (Oxazepam)
- 49 噁唑他 (甲唑侖) (Oxazolam)
- 50 匹嗎 (苯 唑) (Pemoline)
- 51 苯雙甲嗎 (二苯甲嗎) (Phendimetrazine)
- 52 苯巴比妥 (Phenobarbital)
- 53 甲基苯乙基胺 (二甲苯乙胺) (Phentermine)
- 54 匹那西洋 (丙炔氮平) (Pinazepam)
- 55 苯甲醇 (苯甲醇) (Pipradrol)
- 56 普拉西洋 (環丙氮平) (Prazepam)
- 57 丙己君 (甲環乙胺) (Propylhexedrine)

- 58 焦二異丁基酮 (焦洛戊酮) (Pyrovalerone)
- 59 仲丁比妥 (丁巴比妥) (Secbutabarbita1)
- 60 替馬西泮 (甲羥氮平) (Temazepam)
- 61 四氫西泮 (四氫二氮平) (Tetrazepam)
- 62 乙烯比妥 (乙烯丁巴比妥) (Vinylbital)
- 63 唑匹可隆 (Zopiclone)
- 64 莫待芬寧 (Modafinil)
- 65 佐沛眠 (Zolpidem)
- 66 二氫可待因內服液 (含糖漿劑) 含量每 100 毫升未滿 1.0 公克
之醫師處方用藥 (Physician prescribes Dihydrocodeine oral liqu-
id [including syrup] with dihydrocodeine content less than 1
.0 gram per 100 milliliters)

毒品先驅原料 (包括其鹽類)

- 1 麻黃 (Ephedrine)
- 2 麥角新 (Ergometrine)
- 3 麥角胺 (Ergotamine)
- 4 麥角酸 (Lysergic acid)
- 5 甲基麻黃 (Methylephedrine)
- 6 去甲麻黃 (Phenylpropanolamine)
- 7 假麻黃 (Pseudoephedrine)

附錄四：毒品危害防制條例施行細則（民國 93 年 01 月 09 日修正）

第一章 總則

- 第 1 條 本細則依毒品危害防制條例（以下簡稱本條例）第三十四條規定訂定之。
- 第 2 條 防制毒品危害，由行政院統合各相關機關，辦理緝毒、拒毒及戒毒工作。
- 第 3 條 前條各相關機關應將防制毒品危害列為年度重要工作，就業務職掌研訂相關因應措施，積極辦理。所需經費，由各機關於年度預算內編列。

第二章 緝毒

- 第 4 條 毒品之查緝，由臺灣高等法院檢察署及福建高等法院金門分院檢察署，督導各地方法院檢察署統合各相關機關、單位協調合作，從事整體性、全面性、計畫性、持續性之查緝。
- 第 5 條 查獲毒品案件，應追查毒品之供銷管道及販賣、運輸網路，並擴大偵辦。
- 第 6 條 各查緝機關、單位應協商合作，建立反毒情報網及緝毒資料庫。防制毒品犯罪，有關積極加入國際組織、參與國際反毒活動、建立雙邊及多邊國際合作事宜，應商同外交部辦理之。
- 第 7 條 各查緝機關、單位，緝獲毒品案件，應填具「毒品案件涉嫌人犯基本資料移送報告表」及「毒品案件姓名年齡不詳涉嫌人犯應繼續查緝資料移送報告表」，移送該管地方法院檢察署。
前項報告表格式，均由法務部定之。
- 第 8 條 各查緝機關、單位受理毒品案件之檢舉時，應迅即調查，依法辦理，對檢舉人之姓名應絕對保守秘密，並切實保障其安全。如有洩漏消息、稽延時日或藉端敲詐徇私庇縱等情事，或檢舉人挾嫌陷害，故為栽誣者，均應依法嚴辦。
- 第 9 條 為防制毒品製造，經濟部及行政院衛生署應訂定管制本條例第三十一條第一項所稱先驅化學品之措施。

第三章 拒毒

第 10 條 教育部應統合下列機關，並協調社會團體，運用各種管道，持續進行反毒宣導：

- 一 內政部。
- 二 外交部。
- 三 國防部。
- 四 財政部。
- 五 法務部。
- 六 經濟部。
- 七 交通部。
- 八 行政院人事行政局。
- 九 行政院新聞局。
 - 一 行政院衛生署。
 - 一一 行政院青年輔導委員會。
 - 一二 行政院國軍退除役官兵輔導委員會。
 - 一三 行政院勞工委員會。
 - 一四 省(市)政府、縣(市)政府。
 - 一五 其他相關機關。

第四章 戒毒

第 11 條 勒戒處所需用之戒毒藥品，其屬成癮性麻醉藥品者，由行政院衛生署管制藥品管理局核配。

勒戒處所應將前項成癮性麻醉藥品實際使用情形，填具報告表陳報行政院衛生署管制藥品管理局。

前項報告表格式，由行政院衛生署另定之。

第 11-1 條 依本條例第十八條第一項規定，經查獲無正當理由而擅自持有第三、四級毒品及製造或施用毒品之器具者，由查獲機關予以沒入銷燬之。

第 12 條 勒戒處所於受觀察、勒戒人經依本條例第二十條第一項規定觀察、勒戒後，應填具其有無繼續施用毒品傾向證明書，回報原移送機關，並於每月月終表報法務部。前項有無繼續施用毒品傾向證明書格式，由法務部定之。

第 13 條 (刪除)

第 14 條 各戒治處所、感訓處所及監獄於施用毒品者依法出所或出獄後，應即通知其住所地警察機關或執行保護管束者。

第 15 條 法院受理檢察官依法為觀察、勒戒之聲請，如認被告有付觀察、勒戒必要時，應同時為觀察、勒戒之裁定。

第 16 條 (刪除)

第 17 條 法院對受拘提或逮捕到場之被告為不付觀察、勒戒之裁定，除另因他案依法應予羈押、留置、收容、移送執行或其他事由須送還法官、檢察官處理者外，應即釋放之。

受觀察、勒戒人，現另因他案依法應予羈押、留置、收容時，其觀察、勒戒處分應於看守所或少年觀護所附設之勒戒處所執行之，其期間與羈押、留置或收容期間同時進行。

第 五 章 檢 驗 及 統 計

第 18 條 行政院得指定機關 (構) 負責檢驗、保管查獲之毒品，並嚴密監督管制其檢驗、保管及處理流程。

第 19 條 各查緝機關、單位緝獲毒品，應會同在場人員或有關人員，當場辨認驗明數量，簽印加封蓋章後，送由指定之檢驗機關 (構) 檢驗毒品品項、純度及淨重，作為檢察機關偵辦或少年法院 (庭) 處理之參考及核獎機關核發獎金之依據。

第 20 條 (刪除)

第 21 條 毒品、尿液之檢驗結果，應由檢驗機關 (構) 出具檢驗報告，並載明檢驗方法，交由送檢機關 (構) 依法辦理。

第 22 條 (刪除)

第 23 條 各毒品查緝機關應按月將緝獲毒品種類、數量之統計資料，檢送法務部及內政部；如涉及軍事審判案件，並副知國防部。

第 六 章 附 則

第 24 條 各主管機關應研訂相關法規，以落實執行本條例第三十三條第一項對於所屬或監督之特定人員採驗尿液之規定。

第 25 條 本條例中華民國八十七年五月二十日修正施行前犯肅清煙毒條例第九條第一項、第二項或麻醉藥品管理條例第十三條之

一 第二項第四款之罪，經送觀察或勒戒中之案件，原指定勒戒處所應繼續為觀察、勒戒，其期間合計不得逾二月，並就其觀察、勒戒情形出具有無繼續施用毒品傾向證明書。

檢察官或法院應就前項受觀察、勒戒人經觀察、勒戒結果，分別依下列情形處理之：

- 一 偵查中之案件：有繼續施用毒品傾向者，檢察官應聲請法院或少年法院（地方法院少年法庭）裁定令入戒治處所施以強制戒治；無繼續施用毒品傾向者，應為不起訴之處分。
- 二 審理中之案件：有繼續施用毒品傾向者，由法院或少年法院（地方法院少年法庭）逕為裁定令入戒治處所施以強制戒治；無繼續施用毒品傾向者，法院或少年法院（地方法院少年法庭）應為免刑之判決或不付審理之裁定。

依前項規定為不起訴之處分或免刑之判決或不付審理之裁定後，五年內再犯本條例第十條之罪者，依本條例第二十三條第二項規定處理。第一項情形，如受觀察、勒戒人經觀察、勒戒結果，無繼續施用毒品傾向，其觀察、勒戒期間屆滿者，除因他案依法應予羈押、留置、收容或移送執行者外，應即將受觀察、勒戒人釋放。

第 26 條 本條例中華民國八十七年五月二十日修正施行前犯肅清煙毒條例第九條第一項、第二項或麻醉藥品管理條例第十三條之一第二項第四款之罪，未送觀察或勒戒之案件，應依下列規定辦理：

- 一 偵查中之案件：應由檢察官向法院聲請裁定將被告送勒戒處所觀察、勒戒，並就觀察、勒戒結果分別依本條例第二十條第二項規定辦理之。
- 二 審理中之案件：應由法院或少年法院（地方法院少年法庭）逕為裁定，將被告或少年送勒戒處所觀察、勒戒。經觀察、勒戒結果，無繼續施用毒品傾向者，法院或少年法院（地方法院少年法庭）應為免刑之判決或不付審理之裁定；有繼續施用毒品傾向者，應逕為裁定將被告或少年送戒治處所強制戒治。強制戒治期滿，法院或少

年法院（地方法院少年法庭）應為免刑之判決或不付審理之裁定。

依前項規定為不起訴之處分、免刑之判決或不付審理之裁定後，五年內再犯本條例第十條之罪者，依本條例第二十三條第二項之規定處理。

第 27 條 本細則自發布日施行。

中華民國九十三年一月九日修正發布之條文，自中華民國九十三年一月九日施行。

附錄五：觀察勒戒處分執行條例（民國 87 年 05 月 20 日 公 發布）

- 第 1 條 本條例依毒品危害防制條例第二十九條規定制定之。
- 第 2 條 觀察、勒戒處分之執行，依本條例之規定，本條例未規定者，適用保安處分執行法之相關規定。
- 第 3 條 檢察官依毒品危害防制條例第二十條第一項規定命送勒戒處所執行觀察、勒戒處分者，應先向法院聲請裁定，法院應於受理聲請後二十四小時內為之。
前項聲請裁定期間，法院得依檢察官之聲請將被聲請人留置於勒戒處所。留置期間得折抵執行觀察、勒戒期間。
法院為不付觀察、勒戒之裁定或逾期不為裁定者，受留置人應即釋放。
對第一項之裁定不服，而提出抗告者，適用刑事訴訟法第四百零六條至第四百十四條之規定。但不得提起再抗告。
- 第 4 條 少年法院（庭）對毒品危害防制條例第二十條第一項之少年，於付觀察、勒戒之裁定前，得先行收容於勒戒處所；該裁定應於收容後二十四小時內為之。收容期間，得折抵執行觀察、勒戒處分期間。
少年法院（庭）為不付觀察、勒戒之裁定或逾期不為裁定者，收容之少年應即釋放。
少年及其法定代理人、現在保護少年之人或輔佐人，對第一項裁定不服者，得提起抗告；並準用刑事訴訟法第四百零六條至第四百十四條之規定。但不得提起再抗告。
- 第 5 條 受觀察、勒戒人應收容於勒戒處所，執行觀察、勒戒處分。但對於少年得由少年法院（庭）另行指定適當處所執行。
勒戒處所附設於看守所或少年觀護所者，應與其他被告或少年分別收容。受觀察、勒戒人為女性者，應與男性嚴為分界。
- 第 6 條 受觀察、勒戒人入所時，應調查其入所之裁定書、移送公函及其他應備文件，如文件不備時，得拒絕入所或通知補送。
受觀察、勒戒人入所時，應行健康檢查。有下列情形之一者，應拒絕入所：

- 一 衰老、殘廢，不能自理生活者。
- 二 心神喪失或現罹疾病，因勒戒而有殘廢或死亡之虞者。
- 三 懷胎五月以上或分娩未滿二月者。

勒戒處所附設於看守所或少年觀護所者，對罹法定傳染病、後天免疫缺乏症候群或其他經中央衛生主管機關指定之傳染病者，得拒絕入所。

前二項被拒絕入所者，應由檢察官或少年法院（庭）斟酌情形，交監護人、法定代理人、最近親屬、醫院或其他適當處所。

第二項、第三項被拒絕入所之原因消滅後，應通知受觀察、勒戒人至勒戒處所執行。

第 7 條 受觀察、勒戒人在所進行觀察、勒戒之醫療處置，應依醫師之指示為之。

第 8 條 勒戒處所應注意觀察受觀察、勒戒人在所情形，經醫師研判其有或無繼續施用毒品傾向後，至遲應於觀察、勒戒期滿七日前，陳報該管檢察官或少年法院（庭）。

受觀察、勒戒人經觀察、勒戒結果，無繼續施用毒品傾向者，檢察官或少年法院（庭）應即命令或裁定將其釋放，其觀察、勒戒期間屆滿，未獲檢察官命令或少年法院（庭）裁定者，勒戒處所應逕將受觀察、勒戒人釋放，同時通知檢察官或少年法院（庭）；有繼續施用毒品傾向者，於勒戒處所依法院或由少年法院（庭）裁定移送戒治處所施以強制戒治前，應繼續收容。其收容期間，計入戒治期間。

第 9 條 勒戒處所得辦理戒毒輔導及宗教教誨等事宜，使受觀察、勒戒人堅定戒毒決心。

第 10 條 勒戒處所對於受觀察、勒戒人得經常不定期實施尿液篩檢。

第 11 條 送入必需物品之種類及數量，得加限制。但飲食不得送入。

第 12 條 受觀察、勒戒人之接見及發受書信，除有特別理由經勒戒處所長官許可，得與其他人為之外，以與配偶、直系血親為之為限。但有妨礙觀察、勒戒處分之執行或受觀察、勒戒人之利益者，得禁止或限制之。

前項接見，每週一次，每次以三十分鐘為限。但經勒戒處所長官許可者，得增加或延長之。受觀察、勒戒人得發受書信，

勒戒處所並得檢閱之，如認有第一項但書情形，受觀察、勒戒人發信者，得述明理由，令其刪除後再行發出；受觀察、勒戒人受信者，得述明理由，逕予刪除再交受觀察、勒戒人收受。

- 第 13 條 天災、事變在所內無法防避時，得將受觀察、勒戒人護送至相當處所；不及護送時，已完成觀察、勒戒程序者，得逕行釋放；未完成觀察、勒戒程序者，得暫行釋放。
- 前項之釋放應即陳報該管檢察官或少年法院（庭）。
- 對於依第一項規定逕行釋放之受觀察、勒戒人，檢察官或少年法院（庭）應依毒品危害防制條例第二十條第二項之規定處理。
- 第一項暫行釋放之受觀察、勒戒人，於離所後七十二小時內，應自行返所報到，繼續執行觀察、勒戒之程序；逾時無正當理由不報到者，以脫逃罪論處。
- 第 14 條 勒戒之費用，依毒品危害防制條例第三十條之規定辦理。
- 前項費用，勒戒處所得自受觀察、勒戒人之保管金中扣繳。
- 第 15 條 受觀察、勒戒人之處遇，除本條例有規定者外，準用監獄行刑法第二十六條之一、第四十二條至第四十四條、第四十八條至第五十二條、第八十八條及第八十九條之規定。
- 第 16 條 少年於事件繫屬後於觀察、勒戒期間滿十八歲者，少年法院（庭）得以裁定移送檢察官；檢察官應視事件進行程度，向法院聲請為觀察、勒戒處分之裁定、執行、繼續執行觀察、勒戒處分，或逕依毒品危害防制條例第二十條規定辦理。
- 第 17 條 軍事機關依毒品危害防制條例第二十條第一項、第二十九條之規定執行觀察、勒戒處分，準用本條例之規定。
- 第 18 條 本條例自公布日施行。

附錄六：法務部戒治所組織通則（民國 87 年 05 月 20 日 公布）

- 第 1 條 本通則依毒品危害防制條例第二十八條第二項規定制定之。
- 第 2 條 法務部戒治所之設置地點及管轄，以部令定之。
- 第 3 條 戒治所掌理下列事項：
- 一 關於受戒治人之心理輔導、階段性處遇、文康活動、教育與集會等輔導事項。
 - 二 關於受戒治人之入所調查、家庭及社會關係評估與處理、社會資源運用、出所後之聯繫等社會工作事項。
 - 三 關於受戒治人之藥癮戒治、身體檢查、疾病預防及診療、環境清潔等衛生事項。
 - 四 關於受戒治人之職能評估及訓練、建教合作、勞動工作、就業輔導等職訓事項。
 - 五 關於受戒治人之戒護、生活管理、門戶鎖鑰管理、武器戒具及消防器材之使用保管等戒護及機關戒備事項。
 - 六 其他關於戒治事項。
- 第 4 條 戒治所視業務繁簡，分設三至四科，掌理前條所列事項。
- 第 5 條 戒治所設行政室，掌理文書、研考、印信、出納、庶務及其他不屬各科事項。
- 第 6 條 戒治所之類別及員額依附表之規定。
各戒治所應適用之類別，由法務部視其容額擬訂，報請行政院核定之。
- 第 7 條 戒治所置所長，職務列薦任第九職等至簡任第十職等，綜理全所事務。但容額在一千人以上之戒治所，其所長職務列簡任第十職等至第十一職等。
前項但書之戒治所並得置副所長，職務列薦任第八職等至第九職等，襄助所長處理全所事務。
- 第 8 條 戒治所置秘書，職務列薦任第八職等至第九職等；科長、主任、職務列薦任第八職等；醫師、專員、輔導員，職務均列薦任第六職等至第八職等；臨床心理師、社會工作員、醫事檢驗師、藥師、護理師、技士、科員，職務均列委任第五職等或薦任第六職等至第七職等；主任管理員、醫事檢驗生、

藥劑生、護士、技佐，職務均委任第四職等至第五職等，其中二分之一得列薦任第六職等；管理員、辦事員，職務均列委任第三職等至第五職等；書記，職務列委任第一職等至第三職等。掌理衛生業務之科長得由醫師兼任。

第 9 條 戒治所為矯正受戒治人，得聘請宗教人士，實施宗教教誨。

第 10 條 戒治所得附設職業訓練機構，置正訓練師、副訓練師、助理訓練師，由所長聘任之。

前項人員之聘任資格及待遇，適用職業訓練法及其有關規定辦理。

第 11 條 戒治所設女所者，置主任，掌理女所事務，職務列薦任第八職等；女所主任、主任管理員及管理員以女性為限。

第 12 條 戒治所未普遍設立前，得依需要於監獄或少年矯正機構內設立之，所長由各該監獄或機構首長兼任。

前項之戒治所，除戒護、行政等均由該監獄或機構相關人員兼辦及支援外，其所需戒治人員按事務之繁簡，依本通則類別及員額定之。

前項所稱戒治人員，指輔導員、臨床心理師、社會工作員、醫師、醫事檢驗師或醫事檢驗生、藥師或藥劑生及護理師或護士。

第 13 條 戒治所設人事室，置主任，職務列薦任第八職等，事務較簡者置人事管理員，職務列委任第五職等至薦任第七職等，依法辦理人事管理事項；其餘所需工作人員，應就本通則所定員額內派充之。

第 14 條 戒治所設會計室，置會計主任，職務列薦第八職等，事務較簡者置會計員，職務列委任第五職等至薦任第七職等，依法辦理歲計、會計事項；其餘所需工作人員，應就本通則所定員額內派充之。

第 15 條 戒治所設統計室，置統計主任，職務列薦任第八職等，事務較簡者置統計員，職務列委任第五職等至薦任第七職等，依法辦理統計事項及資訊系統之建立與維護事項；其餘所需工作人員，應就本通則所定員額內派充之。

第 16 條 戒治所設政風室，置主任，職務列薦任第八職等，依法辦理政風事項；所需工作人員，應就本通則所定員額內派充之。

事務較簡者，其政風業務由其上級機關之政風機構統籌辦理。

- 第 17 條 第七條、第八條、第十一條、第十三條至第十六條所定列有官等職等人員，其所適用之職系，依公務人員任用法第八條之規定，應就有關職系選用之。
- 第 18 條 戒治所設所務委員會，由所長、副所長、秘書及各主管人員組織之。所務委員會會議規則由法務部定之。
- 第 19 條 戒治所得視需要報經法務部核准設各種委員書。各委員會之委員，均為無給職，由所長聘請素孚信望之專家學者及社會熱心人士擔任之。
- 第 20 條 戒治所辦事細則，由各該所擬訂，報請法務部核定。
- 第 21 條 本通則自公布日施行。

附件：戒治所員額表 (法務部戒治所組織通則第六條附表)

員類 職額別 稱	(二千人以上)	(一千人以上 二千人未滿)	(一千人未滿)
	第一類員額	第二類員額	第三類員額
所長	—	—	—
副所長	—	—	—
秘書	—	—	—
科長	四	四	三 - 四
行政室主任	—	—	—
女所主任	- -	- -	- -
專員	— - 二	—	

輔導員	一 - 一三	五 - 一	二 - 五
臨床心理師	一 - 一三	五 - 一	二 - 五
社會工作員	七 - 九	四 - 八	一 - 四
醫師	二	一 - 二	一
醫事檢驗師 或 醫事檢驗生	二	二	一
藥 師 或 藥劑生	二	一 - 二	一
護理師 或 護 士	三	二	一 - 二
科員	二 - 二四	一四 - 二	五 - 一四
主任管理員	一六 - 一九	九 - 一六	五 - 九
管理員	一一一 - 一三三	六二 - 一一一	三九 - 六二
技士或技佐	一	一	一
辦事員	五 - 七	四 - 六	二 - 四
書記	七 - 九	四 - 八	三 - 五
正訓練師			

副訓練師	三 - 四	二 - 三	一 - 二
助理訓練師			
人事室主任 (人事管理 員)	—	—	—
會計主任 (會計員)	—	—	—
統計主任 (統計員)	—	—	—
政風室主任	—	—	
合計	二一二 - 二五六	一二九 - 二一五	七四 - 一二七

說明：戒治所核定容額在二千人以上者，為第一類；一千人以上二千人未滿者，為第二類；一千人未滿者，為第三類。

附錄七：戒治處分執行條例(民國 93 年 01 月 07 日 修正)

第一章 總則

- 第 1 條 本條例依毒品危害防制條例第二十九條規定制定之。
- 第 2 條 受戒治人應收容於戒治所，執行戒治處分。戒治所附設於（軍事）監獄或少年矯正機構者，應與其他收容人分別收容。
受戒治人為女性者，應與男性受戒治人之收容嚴為分界。
- 第 3 條 法務部、國防部得隨時派員視察戒治所。
- 第 4 條 受戒治人不服戒治所之處分時，得經由戒治所所長向法務部、國防部申訴，或逕向視察人員申訴。
前項申訴，無停止處分執行之效力。

第二章 入所

- 第 5 條 受戒治人入所時，應調查其入所裁定書、移送公函及其他應備文件。如文件不備時，得拒絕入所或通知補送。
- 第 6 條 女性受戒治人請求攜帶未滿三歲子女入所者，得准許之。
前項子女滿三歲後，應交受戒治人以外之撫養義務人撫養，無撫養義務人或其他相當之人可交付時，得延期六月；期滿後仍不能交付撫養者，由戒治所或該受戒治人依兒童福利法第十七條第一項規定，申請兒童福利主管機關安置或輔助。
前二項規定，於所內分娩之子女亦適用之。
- 第 7 條 受戒治人入所時，應行健康檢查，有下列情形之一者，應拒絕入所：
- 一、罹法定傳染病、後天免疫缺乏症候群或其他經中央衛生主管機關指定之傳染病。
 - 二、衰老、身心障礙，致不能自理生活。
 - 三、精神障礙或其他心智缺陷或現罹疾病，因戒治而有病情加重或死亡之虞。
 - 四、懷胎五月以上或分娩未滿二月。
- 前項被拒絕入所者，應由檢察官或少年法院（地方法院少年法庭）斟酌情形，交監護人、法定代理人、最近親屬、醫院或其他適當處所。

第一項被拒絕入所之原因消滅後，應通知受戒治人至戒治所執行。

第 8 條 受戒治人入所時，戒治所應詳細調查其個人之學經歷、性行嗜好、身心狀況、家庭背景、宗教信仰、社會關係及其他可供執行戒治處分參考之資料，以建立其個人檔案。

第 9 條 受戒治人入所時，應檢查其身體、衣類及攜帶物品，並捺印指紋及照相；在戒治期間認為有必要時，亦同。

受戒治人為女性者，前項檢查由女性管理員為之。

第 10 條 受戒治人入所時，應告以戒治期間之處遇及應遵守之事項。

第三章 處遇

第 11 條 戒治處分之執行，其期間為六個月以上，至無繼續強制戒治之必要為止。但最長不得逾一年。

戒治分下列三階段依序行之：

一、調適期。

二、心理輔導期。

三、社會適應期。

第 12 條 調適期處遇重點在培養受戒治人之體力及毅力，增進其戒毒信心。

第 13 條 心理輔導期處遇重點在激發受戒治人之戒毒動機及更生意志，協助其戒除對毒品之心理依賴。

第 14 條 社會適應期處遇重點在重建受戒治人之人際關係及解決問題能力，協助其復歸社會。

第 15 條 戒治所應依據受戒治人之需要，擬訂其個別階段處遇計畫。

第 16 條 受戒治人在社會適應期之處遇，如於所外行之有益於復歸社會，報經法務部核准後，得於所外行之；其辦法於本條例施行後六個月內由法務部定之。

第 17 條 戒治所對受戒治人各階段之處遇成效應予評估，作為停止戒治之依據；其評估辦法，由法務部定之。

第 18 條 戒治處分應先於徒刑、拘役、感訓處分、保護處分及中途學校之特殊教育執行之。

法院或法院檢察署借提執行中之受戒治人，應於當日解還；

當日不能解還者，寄禁於當地或鄰近地區之戒治所，其期間不得逾一個月。

受戒治人因刑事案件經偵審機關借提，為本案羈押者，其原執行之戒治處分中斷，於其解還之日接續執行。

第 四 章 管 理

第 19 條 受戒治人應斟酌情形予以分類收容。但因戒治上之需要或有違反團體生活紀律之情事者，經所長核定，得將其隔離收容。

第 20 條 戒治所對於受戒治人應經常不定期實施尿液篩檢。

第 21 條 送入必需物品之種類及數量，得加限制。

飲食不得送入。但下列節日有送入飲食之必要時，依前項之規定辦理：

一、農曆除夕至正月初五。

二、一月一日、二日、母親節、端午節、父親節及中秋節。

前二項限制送入必需物品、飲食之種類、數量及其相關規定之辦法，由法務部定之。

第 22 條 受戒治人得與最近親屬、家屬接見及發受書信；於進入心理輔導期後，受戒治人與非親屬、家屬之接見及發受書信，以有益於其戒治處分之執行為限，得報經所長許可後行之。

前項接見或書信內容，有下列各款情形之一者，得限制或禁止之：

一、誘騙、侮辱或恐嚇之不當陳述，使他人有受騙、造成心理壓力或不安之虞。

二、使用符號、暗語或其他方法，致使無法瞭解或檢閱。

三、有脫逃或湮滅、偽造、變造證據或勾串共犯或證人之虞。

四、述及戒治處所之警備狀況、房舍配置等事項，有影響戒護安全之虞。

五、要求親友寄入金錢或物品，顯超日常生活及醫療所需，違背強制戒治之宗旨。

六、其他對戒治處遇之公平、適切實施，有妨礙之虞。

第一項接見，每週一次，每次以三十分鐘為限。但必要時經所長許可者，得增加或延長之。

戒治所檢閱受戒治人發受之書信，有第二項所列各款情形之

一，其為發信者，得述明理由，令其刪除後再行寄發；其為受信者，得述明理由，逕予刪除後再交受戒治人收受。

第 23 條 天災、事變在所內無法防避時，得將受戒治人護送至相當處所；不及護送時，得暫行釋放。

前項暫行釋放之受戒治人，自離所起七十二小時內，應自行返所報到，繼續戒治處分之執行；逾時無正當理由不報到者，以脫逃罪論處。

第 24 條 戒治之費用，依毒品危害防制條例第三十條之規定辦理。

前項費用，戒治所得自受戒治人之保管金或勞作金中扣繳。

第 五 章 出 所

第 25 條 受戒治人接受戒治處遇屆滿六個月後，經依第十七條所為之評估，認無繼續強制戒治之必要者，戒治所得隨時檢具事證，報請指揮執行之檢察官、法院或少年法院（地方法院少年法庭）命令或裁定停止戒治後，辦理出所。

第 26 條 (刪除)

第 27 條 戒治處分執行期滿者，應於屆滿之次日午前辦理出所。

第 28 條 (刪除)

第 29 條 (刪除)

第 30 條 受戒治人出所時，戒治所應將出所事由函知指揮執行之檢察官、法院或少年法院（地方法院少年法庭），並通知其居住地或戶籍地之警察機關。

第 六 章 附 則

第 31 條 戒治處分之執行，除本條例有規定外，準用監獄行刑法第四章至第十一章、第十三章及第十四章之規定。

第 32 條 本條例有關法院、檢察官、監獄之規定，於軍事法院、軍事檢察官及軍事監獄，亦適用之。

第 33 條 本條例自公布日施行。

附錄八：「林文忠公戒煙丸」

中國早在林則徐禁煙時代，林的摯友、名醫何書田，就奉獻了戒煙方，此方因採用十八味藥配製而成，後人稱之為「林十八」、「林文忠公戒煙丸」。此藥針對戒煙過程中消化系統、神經系統所發生的各種症狀，選擇了對症的中藥，並逐日遞減鴉片物質。它既減少了戒毒者的痛苦，又可達到戒毒目的。

據《戒煙方說》介紹，戒煙丸又名「忌酸丸」，配方是：

洋參	五錢（生）	川連	二錢
柴胡	二錢五分	白朮	三錢
黃?	三錢五分（炙）	沈香	二錢（忌火）
當歸	二錢	甘草	三錢五分（炙）
木香	二錢（忌火）	黃柏	二錢
陳皮	二錢五分	升麻	一錢五分
天麻	三錢五分	龍骨	四錢
牡蠣	四錢		

服用方法：

- 1.將以上藥物研成粉末，加入附子七錢，用米泔浸透，在石臼中搗如泥狀，再加入煙灰一兩（或用罌粟殼代用），攪勻成麵糊丸，大小如小桐子。
- 2.平日有癮一分者，每日所服之丸須含有? 灰一厘二毫。
飯前吞下，初吞一二日可多吞數丸，令服用者微有醉意，即使有煙毒，也不想吸食了。
- 3.吞服三五日後，每日減一丸，用「補正丸」二丸，替換吞下。服用後，切忌酸物，如頭不暈者，可去天麻。
- 4.「補正丸」是照上面的方子配藥的，只是減去黃?、木香二味，不用附子，也不加煙灰（或罌粟殼），其餘藥味份兩，均與前方相同，研為細末，用蜜和丸，如桐子大，以頂替前方。
- 5.如初一減前方一丸，則用補正丸二丸吞下，初二減前方二丸，則用補正丸四丸吞下，依次類推，至前丸減盡，再服補正丸十天或半月，連補正丸也可停用。如癮重者，一劑不能盡除，可多服兩劑，煙癮可斷。

這是前人傳下來的戒鴉片癮的良方。

附錄九：「戒煙四物飲」及「戒煙藥酒法」

「戒煙四物飲」

配方是：

赤沙糖	一斤	生甘草	一斤
川貝母	八錢（去心研細）	鴉片煙	三錢（癮重者四錢）

服用方法：

以上四物，以清水十餘大碗，入銅鍋煎二至三小時，約存三或四碗（愈濃愈妙），將渣濾出，取汁貯於瓷甕內，每日早起、晚臨睡時，各取汁一杯，以開水溫服，可斷癮。

「戒煙藥酒法」

配方是：

當歸	五錢	人參	五錢（或用黨參）
北口？	五錢	煙灰	五錢（可用嬰粟殼代）
川貝母	五錢（去心）	廣陳皮	五錢
雷丸	五錢		

服用方法：

- 1.用燒酒一斤，裝入一料瓶中，將以上藥物放入酒瓶，浸泡七日，將藥渣取出，即為「戒煙藥酒」。
- 2.每日飲酒一小杯，即可抑制煙毒之癮。
- 3.另備燒酒一斤，每飲藥酒一杯，就用燒酒補充，日久盡成白酒，煙癮隨之清除。
- 4.這個藥方針對不同情況，可以加減，血燥經絡抽搐者，可倍加當歸；多痰者，加半夏、白朮；熱氣過甚者，加生地、玄參；小便不利者，加雲苓、澤泄；老年氣衰者，倍加參？；大便下血者加槐實；小便尿血者，加郁金；兩腳疼散。遺精者，可早晚服「金匱腎氣丸」。