

施用毒品者家庭的社會安全網

張淑慧·張文賢

近年來毒品議題引發各國關注，聯合國毒品與犯罪辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC）世界毒品問題報告指出，2016年估計有2.75億人口至少使用過一次毒品，占全球成年人口中的5.6%，且有1380萬15至16歲的青少年曾使用過大麻。（UNODC，2018）吸毒導致的過早死亡和傷殘，造成了2,800萬年的「健康喪失歲數」（喪失工作能力調整歲數）。（UNODC，2017）施用毒品雖屬於「無受害者犯罪」，主要為戕害自身健康，因毒品有害個人身體健康，導致心理負面影響，然而吸毒花費常造成傾家蕩產、家庭破碎，對家庭造成極大傷害，衍生出大量的社會問題，所導致危害及所耗費的社會成本難以估計。

聯合國2030年17項永續發展目標（Sustainable Development Goals, SDGs），具體目標3.5即是強化藥物濫用的預防和治療，包括麻醉藥物濫用和有害性的酒精使用。「經濟社會文化權利國際公約」12.2b也跟毒品社區與健康有

關，國家為充分實現加強改善環境衛生和工業衛生的各個方面而採取的步驟。「兒童權利公約」33條更是明確指出，國家應採取一切適當措施，包括立法、行政、社會和教育措施，保護兒童不致非法使用有關國際條約中界定的麻醉藥品和精神藥物，並防止利用兒童從事非法生產和販運此類藥物。

蔡英文總統多次提到「反毒是政府第一要務」，行政院於2017年5月11日提出「新世代反毒策略」及「新世代反毒策略行動綱領」，建立以家庭為中心之家庭支持服務，強調整合家庭、學校及社區之毒品防治社會安全網。兒少階段對家庭的附著性高，青壯年人口是家庭經濟的主力，育齡女性是新生兒健康重要的基礎，這些階段在家庭生命週期中扮演重要功能的角色，一旦這些年齡層個體使用毒品，除會影響家庭整體功能，造成兒少健康及生存風險，也會導致用毒者復歸家庭的困難。毒品防治應從整體家庭系統與功能介入，有賴強化預防再犯與家庭支持服務，

確保家庭整體及個別成員之功能發揮。

壹、毒品使用現況

一、毒品施用態樣和年齡分布

衛生福利部食品藥物管理署（2016）「103 年全國物質使用調查」結果顯示，臺灣藥物濫用整體的盛行率約為 1.29%。統計初犯毒品施用者新生人口趨勢變化（身分經唯一化），2017 年第一、二級毒品施用人數持續增加，第一級毒品增至 1 萬 2,127 人。第一級毒品新生人口自 2013 年至 2015 年人數逐年下降，2016 年開始回增，2017 年較 2016 年增加 50.8%。第二級毒品施用者新生人口於 2015 年起增加，2017 年較 2016 年增加 18.9%，增至 3 萬 7,611 人。第三、四級毒品施用新生人口查獲人數則降為 1 萬 823 人。（臺灣高等檢察署，2018）

施用毒品的年齡層分布，自 2001 年起，第一級毒品施用者平均年齡大於第二級毒品施用者；2017 年初犯第一級毒品以「40 歲以上 50 歲未滿」最多，第二級毒品主要為「30 歲以上 40 歲未滿」；第三、四級毒品施用者以未滿 24 歲為多。（臺灣高等檢察署，2018）內政部警政署資料指出，施用或持有第三、四級毒品未滿 20 公克案件年齡層多數是 30 歲未滿，占 71.0%。衛生福利部（2018）同年統計，19 歲以下毒品的種類以「愷他命」為居首位，20-29 歲為「（甲基）安非他命」，30-69 歲為「海洛因」。顯示施用毒品人口的新生人口雖有變化，但第二級毒品的施用人口仍不容忽視，尤其家庭主要經濟

年齡使用第一、二級毒品者增加，影響個人身心健康及家庭穩定度至鉅。

二、兒少毒品施用分析

臺灣地區施用毒品者年齡主力是兒少及青壯階段，兒少是重要的人力資產，國外也多針對未成年族群進行定期性非法藥物使用調查，以期提早預警，並提出因應策略。如美國的 Monitoring The Future（MTF）以及歐洲國家的 The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs（ESPAD）。MTF 每年都針對 8 年級、10 年級以及 12 年級的學生調查非法藥物的使用情況；2015 年的報告指出，非法藥物在過去一個月使用率為 8.1%-23.6%；非法藥物使用率在過去 20 年間呈現持平且些微上升的趨勢。ESPAD 則是每隔四年對歐洲各國 15-16 歲的學生進行非法藥物使用情況調查；2015 年針對 35 個歐洲國家共 96043 位學生調查發現，非法藥物使用之終生盛行率為 18%；非法藥物使用之終身盛行率呈現顯著上升的趨勢（11%~18%）。（Johnston LD, et al., 2016；楊士隆等人，2017）

隨著新興藥物的出現、兒少生活型態的改變，許多兒童及少年受到毒品的誘惑及傷害。追蹤我國兒少非法藥物使用盛行率，食藥署（2016）分析 12 歲至 24 歲非法藥物使用之終身盛行率於 0.32%-1.93% 之間。國衛院 2009 年分析臺灣地區 12 至 17 歲未成年族群，國初中及高中高職者之終生盛行率最高為 2.53%；首次使用非法藥物的平均年齡為 12.5 歲；首次使用地點 23.1% 在「學校」；首次用藥的動機方面，

64.3% 是「好奇、無聊或趕流行」。我國兒少毒品使用階段大概可分為四階段：機會接觸階段、初期使用階段、經常使用毒品階段、毒癮藥頭階段，青少年平均成癮年齡 17.3 歲。（張淑慧，2017）近 10 年來，少年兒童保護事件毒品犯罪人數持續增加，成為三大主要犯罪類型之一；吸食或施打煙毒以外之麻醉或迷幻物品的虞犯行為，自 2005 年起即有逐年增加的趨勢，2009 年起超越經常逃學或逃家者，躍居首位，並逐漸拉高比例。

我國 2017 年學校校安通報資料，藥物濫用個案 1,022 人，相較 2016 年增加 1.6%；校園藥物濫用以高中職最多，佔 48.7%，其次是國中和大專院校，各有 25.4%，值得注意的是大專院校增加 340.7%。兒少施用毒品類型，以第三級毒品（愷他命、FM2、硝甲西洋）為大宗；二級毒品（安非他命、DMA 及大麻）次之，但較前一年增加 28.2%；笑氣、強力膠、電子煙、彩虹煙等其他有害身心健康之物質，在 2017 年增加兩倍以上。（教育部，2018；衛生福利部，2018）

陽明大學針對在學學生進行藥物濫用網路匿名調查，非法藥物的來源主要是從同學或朋友處取得；以場所分析，包括網咖、宮廟、夜店及 PUB，以途徑分析，Facebook、網路遊戲、通訊軟體（如 Line, WeChat）為多，其中通訊軟體是取得藥物的主要方式。探討學生的藥物濫用防制認知，答對率均達 6 成以上，且學生自覺接收到藥物濫用防制教育普及率高達 77.5%-93.7%，國中及高中職有 8 成 9 以上有藥物濫用防制認知。（教育部，

2018）雖然防治宣導教育全面鋪展，未成年族群對藥物濫用的高易感性及問題的廣泛推展性（cascade effects），使得未成年族群的藥物濫用問題已成為社會重視的議題。

三、女性毒品施用現象

除了毒品新生人口及青春晚期階段用藥問題值得注意，女性的施用毒品行為也是影響家庭重要因素。隨著社會風氣的開放，毒品施用不再僅限於男性，過去二十年來，全球婦女的吸毒盛行率一直在增長，特別是在一些高經濟收入的已開發國家；且女性毒品成癮性比男性更快。（The International Narcotics Control Board, INCB, 2017）衛生福利部（2018）統計 2012 至 2017 年各機關（構）通報施用毒品個案男女比，2012 年男女比 4.8、2013 年 4.6、2014 年 4.2、2015 年 4.2，呈現下降趨勢，顯示男、女性藥物濫用比例差距正逐年縮小。

近十年警察機關查獲毒品女性嫌疑犯人數，2014 年迄今，有遞增的趨勢，2014 年女性毒品嫌疑犯有 4,872 人，2015 年 7,176 人，2016 年 7,742 人，2017 年 8,349 人，2018 年 1 月至 11 月也有 7,540 人。（內政部，2018）依 2017 年犯罪狀況及其分析研究報告指出，地方法院檢察署執行裁判確有罪之毒品犯罪人數，女性毒品犯罪人數近三年呈遞增趨勢，2015 年起訴有罪者 5,149 人、2016 年有 6,118 人、2017 年有 6,242 人。（法務部司法官學院，2018）

2006 年至 2017 年間新入監女性受刑

人，毒品案件所占的比率大都超過四成，2017年新入監毒品案件女性毒品受刑人有1,502人，佔所有案件44.33%。分析新入監毒品案件20歲至40歲育齡年齡女性，十年來均超過六成，2017年958人（63.78%）。近幾年隨著再犯率的提升，2008-2012年新入監女性受刑人有前科比率以毒品罪為最高，超過90%的新入監女性毒品受刑人為再累犯。（陳玉書、吳姿璇、林健陽，2017）

2017年各機關（構）通報濫用藥物個案之年齡層，「30-39歲」（37.8%）為女性主要之用藥年齡；首次用藥以「20-29歲為最多（42.9%）」，「30-39歲」（19.7%）次之，「19歲以下」也有17.6%。（衛生福利部，2018）女性施用毒品者面對社會壓力較男性高，在傳統社會期望、家庭責任、育兒需求、經濟就業等面向有著更嚴苛的挑戰，在孕產育階段更可能衍生身心健康及家庭、社會問題。

貳、毒品施用對家庭各階段的影響

家庭是一個有機體、是最接近個人且影響個人最深的系統、是養育人們的重要場所，個體在生命過程和家庭不同發展階段中，家庭的內部結構、與家庭成員之間的互動以及家庭的支持資源，影響其心理和行為的健康與發展（Bronfenbrenner, 1986）。家庭成員一方面受家庭系統的影響，一方面也影響著整個家庭系統的互動。毒品施用行為與家庭互動系統有密切

關係，主要用毒年齡是家庭生命週期中起步期、撫養期、負擔期的階段，雖然處在不同階段家庭生命週期之用毒者，其主要壓力與健康有所差異，但整體上施用毒品者所經驗的家庭系統多是失序的，包括身體、生活、家庭與角色等方面的失序，毒品對個人及家庭都產生重大的負向影響。了解用毒者家庭在各個過程和階段中，所發生的功能變化，有助於專業人員提供家庭支持需求的服務。

一、用毒女性孕產子女風險

聯合國公布「2017年兒童死亡率水準和趨勢」報告，2016年每天有7000名未滿1個月的新生兒死亡，整年有100萬名5歲至14歲兒童因事故和傷害死亡。我國新生兒及1至4歲幼兒死亡率在OECD（經濟合作暨發展組織）國家位居前列，2016年新生兒死亡率為千分之2.4，1歲以下嬰兒近千分之4，一年內有505名孩子不到滿月即死亡，有811名孩子來不及過周歲生日就死亡，5分之1的孩子死因首位為「先天性畸形、變形及染色體異常」，加劇了我國少子化問題。（張淑慧，2018；楊惠君、張子午、張雅雯；2018）

孩子不健康，除了母親高齡、環境變異，懷孕婦女使用毒品也是重要因素。施用毒品女性的孕產期併發症風險，如毒血症，妊娠晚期出血等，為一般產婦的六倍。臺灣海洛因使用者後代68.68%的新生兒是少於2500克的低體重兒，在上小學以前死亡風險增加2-5倍，而母親是毒品使用者的兒童死亡風險高於父親，因為媽媽毒品使用的行為可能讓孩子有照顧和

健康的問題。(張淑慧, 2018; Fang et al., 2018; Fang et al., 2015) 美國全國藥物濫用及健康調查 (National Survey on Drug Use and Health, NSDUH) 發現 4.4% 的孕婦是施用毒品者; 有 730 萬兒童 (10.3%) 和 13.9% 的 3 歲以下幼兒與物質使用疾患 (Substance Use Disorders, SUDs) 的父母一起生活 (SAMHSA, 2011; Huebner et al., 2015)。近 3 年來我國女性因「毒品危害防制條例」裁判確定有罪人數逐年上升, 因毒品入罪者超過六成是 20 歲至 40 歲育齡年齡, 這些吸毒女性在毒品摧殘下, 他們孕產的孩子會面對何種挑戰?

毒品造成吸毒媽媽後代的健康問題, 尤其是媽媽懷孕時持續吸毒, 胎兒容易死胎、早產或是低出生體重 (出生體重小於 2500 公克)。新生兒與母體分離後, 可能產生「新生兒戒斷症候群」(Neonatal Abstinence syndrome, NAS), 可能在出生後的幾天內出現, 包括過度出汗、躁動不安、過度哭泣及抽搐、腹瀉水便、吸吮及吞嚥動作不協調; 長期發展可能發生體質衰弱、發育遲緩、智力受損, 也增加了孩子社交障礙和行為偏差的風險。在美國 NAS 的發病率是 2000 年千分之 1.2、2009 年千分之 3.4, 2012 年增加至千分之 5.8, 醫療費用超過 15 億美元。(張淑慧, 2018; Fang et al., 2018; Fang et al., 2015; Klinger et al., 2011; Patrick et al., 2015; Oei et al., 2017; Umer, 2018)

二、用毒父母的兒童照顧危機

學齡前兒童受到家庭影響最深, 這段期間兒童最直接接觸的環境就是家庭, 由

於父母、主要照顧者施用毒品, 家庭內之兒童及青少年可能經歷經濟問題、父母入監、家庭關係混亂不穩定、物質使用疾患 (SUDs)、與照顧者的功能不健全等多重家庭風險事件, 甚至家庭暴力與兒童虐待的情形日漸嚴重。(Larson et al., 2008; Lee et al., 2016) Haggerty 等人 (2008) 對毒癮父母的子女進行 12 年縱貫性研究, 發現父母住院、入獄、死亡和家庭解組情形嚴重。

國家衛生研究院對使用美沙冬的父母進行研究, 我國的吸毒家長有高比例併發精神疾病、部分有 HIV 陽性, 72.58% 家庭經濟貧困、33.76% 的家長雙薪或單人就業, 超過六成失業或不確定工作, 孩子暴露在較高的社會經濟不利風險。(Fang et al., 2018; Fang et al., 2015) 生活在貧困中的兒童可能缺乏食物和營養, 或者獲取醫療保健資源不足, 提高傷害和死亡風險。施用毒品父母造成兒童創傷暴露率和壓力高於一般兒童五倍, 父母因用毒而疏忽照顧也可能對孩子健康發展和學習產生傷害, 對兒少保護構成危機。(Sprang et al., 2010; Huebner et al., 2015) 國外研究兒童虐待和忽視案件有三分之二與毒品有關。(He & Phillips, 2017) 父母施用毒品與其子女發生青春期後期和成年早期的後代精神病患密切相關, 這些孩子成長後也有較高的比例施用毒品行為、自殺和犯罪行為。(Chu & Lieberman, 2010; Pekka, 2018)

2007 年美國聯邦監獄中超過半數的受刑人具有父母身分, 其中 30% -50% 的人在入獄前與孩子住在一起 (Kjellstrand

et al.,2012) 有一定比例父母會因毒品入監，在父母監禁後，兒童可能會出現分離創傷、恥辱感、不穩定的照顧安排、經濟壓力等。(Murray et al.,2012)，這些孩子被稱為“正義孤兒”(orphans of justice)和“被遺忘的受害者”(forgotten victims)(Haskins,2013)。依據我國監獄行刑法第10條(婦女攜帶子女之許可)規定，得准許入監婦女攜帶未滿三歲子女，有些孩子會隨母入監。但是依據《兒童權利公約》(the Convention on the Rights of the Child)，確保兒童基本人權及最佳利益，應考量孩童的健康狀況、年齡因素、監所育兒環境、收容人親職功能、醫療及教育資源等，否則對孩子的成長可能有負面的影響。

三、兒少施用毒品的長期負面影響及親職困難

兒童與少年時期是影響未來生理、心理及社會關係發展的重要階段，在這階段接觸高危險或不利健康行為，不僅增加身體健康的危害，對兒童和青少年的大腦發育造成嚴重不利的後果，亦影響其社會適應。每年有許多少年嘗試使用精神作用性物質，其中一些少年，可能在短時間的嘗試之後就不再使用；但有更多少年會演變成習慣，發展出強迫性的使用模式，產生心理與生理上的依賴。(潘國仁，2011；陳娟瑜、李思賢、張淑慧，2015)

青少年時期開始使用毒品，將造成個人在成年時期有較低的教育程度、較少的收入、較多的失業問題，以及對生活及關係的低滿意度。(Kandel et al.,

1986;Fergusson et al.,2008) 澳洲長期追蹤研究發現，頻繁的使用大麻將提高日後發生憂鬱或焦慮的風險2至3倍，這風險在越年輕就開始使用大麻的族群中呈現更高的趨勢。(Hayatbakhsh et al.,2007) 與成年時期才接觸毒品的族群相比，青少年時期即開始使用毒品的族群有較嚴重的成癮及相關問題。(Robins & Przybeck, 1985) 青少年族群施用毒品相關不良後果的風險跟範圍，相較於成年族群會來的更嚴重且複雜，越早施用毒品，對健康及其它社會問題的風險越高，且這樣的風險會一直延續到成年階段。

當子女使用毒品，父母面對子女施用毒品時，有很大的壓力，親子關係有直接且強烈的反作用，易有羞恥、否認、憤怒、衝突、疏離、放任等現象。父母對於孩子行為的紊亂和離毒的反覆，是習得的無助，對親職管教感到不知所措，有需要卻無法獲得家族及社會支持，衍生出對家族鄰里的疏離及專業系統的不信任。當父母因子女施用毒品而有不一致的父母管教態度、模糊的行為期待、不當的管教方式、無力的行為監督、過度的懲罰、權威性的環境、家庭衝突、以及親子互動疏離或衝突等，會增加兒少再度使用毒品的危險性，更深化兒少用毒行為。

四、成人施用毒品的家庭失序

家庭如同個人一般，在生命歷程中因為角色互動、家庭功能和結構而衍生出各種壓力。當家庭成員施用毒品時，施用毒品的行為常與其他形式的家庭壓力共存，例如成年人精神健康問題、創傷和貧困。

(Appleyard et al.2011) 家庭成員對協助戒毒感到無力、羞愧面對家人用毒這件事。施用毒品者沉溺毒品是有時是對家庭的一種反抗與否定，有時用毒行為只是代罪羔羊，隨著施用毒品的時間拉長，就業不穩定、家庭經濟陷入困境。這非規範性的內部壓力，影響用毒者家庭的互動、權力、角色，可能導致家庭角色的不良表現、家庭系失去能力、以及家庭資源無法繼續維持家庭結構。(McCubbin et al.,1980；李思賢等，2010)。

Kaufman (1981) 分析對施用毒品者的家人關係，發現 88% 施用毒品者與其母親間有高度的黏著陷溺關係，疏離母子關係只有 3%；父子黏著陷溺關係和疏離關係各有四成。施用毒品者的父親因無力而表現出疏離、暴力衝突，甚至歸因於母親的責任。Vaillant 報告指出，72% 的 22 歲施用毒品者仍和母親同住，超過 47% 的 30 歲施用毒品者與其有血統關係的女性同住。(引自 Kaufman, 1981) 無論施用毒品者年齡多大，即使是四五十歲，身心受到折磨的母親還是認為自己沒有盡到照顧家庭的責任，發展成母子雙方相互綑綁的「子宮家庭」。(張淑慧，2017) 即使孩子說謊欺騙、破壞和犯罪，母親一邊試圖去改變現狀、一邊態度反覆地拒絕協助、一邊消沉無助地歸因宿命觀，還常常被利用而供給孩子需要的東西，或是轉為支持他們、替他們隱匿，甚至有可能跟著使用毒品。父母有時會協助孩子在家使用毒品，以免孩子被拘捕，或是遠離其他相關的危險。

施用毒品者與親密關係暴力具有關

聯，毒品施用與成癮會影響施用毒品者思考判斷、自我控制，降低社會認知功能，長期成癮者常出現偏執妄想、多疑的現象，因而易引發親密暴力。Gilchrist 等人 (2016) 在英格蘭與巴西進行男性施用毒品比較研究，發現 74.6% 的施用毒品者承認曾對伴侶施暴，精神暴力佔 16.5%，肢體暴力者佔 6.4%，性暴力者佔 11.6%。施用毒品者是對伴侶權控、身體虐待、情緒及語言暴力等行為的危險因子。(Madruga,2017)

參、用毒者家庭的支持及安全網

毒品造成沉重的社會負擔，危及個人和家庭的健康和福祉，也影響社區安全，更是國家經濟負擔。美國一年花費在毒品防治超過 6000 億美元，1 名受刑人全年監禁費為每人 24,000 美元，美沙冬治療全年平均費用為每人 4,700 美元，早期預防及戒治，可以降低社會成本。毒品防治計畫在經濟產值方面，每一美元減少與毒品有關的犯罪、刑事司法成本回報率在 4 美元至 7 美元之間，能減少個人、家庭和社會的衝突，提高工作效率，避免因毒品產生的死亡和事故。(National Institute on Drug Abuse,2012)

美國國家藥物濫用研究所 (National Institute on Drug Abuse, NIDA) 針對毒品防治計畫，以預防科學 (Prevention science) 為基礎，整合 16 項藥物濫用預防之原則，可歸類為幾個防治方向：1. 鑑別藥物濫用的危險因子 (可能有強烈藥物濫用可能性) 與保護因子 (能降低藥物濫

用可能性的因子)。2. 藥物濫用預防方案應囊括所有形式的藥物濫用問題，並包括個人、家庭、學校與社區等層面。3. 藥物濫用預防計畫之執行必須以實證為基礎，其核心之方案策略需要經過建構與評估。

人在情境中，家庭是個體接觸最早的團體，「用毒者即為失敗無能者」造成施用毒品家庭內序位的移動，甚至被排除於家庭之外；對施用毒品者而言，毒癮讓身體失去控制感，讓自己的角色失能；施用毒品者的母親、配偶在罪惡感及家庭共生的思維下，努力去填補空缺，也造成生活失序；對家庭而言，施用毒品行為讓家庭都陷入混亂、壓力和危機。用毒者家庭服務實務必須考慮既存的複雜家庭關係，家庭介入時能契合多樣的家庭信念、價值與功能型態，如此始能回應家庭需求的優先性。除了成癮治療，從早期家庭介入更有助於兒少保護、兒少離毒及成人戒毒。一個以施用毒品者家庭為中心的支持網絡，以預防、彈性且負責任的介入，及時斷絕危險因子，增強家庭優勢，發展家庭資源，培養家庭能力，降低施用毒品者再次施用毒品的機會，即可有效預防復發再犯。（Andrews, et al., 1990）

除了個人、家庭和社會的介入，各年齡層的發展也是處遇重點。聯合國毒品及犯罪辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC）於 2013 年 3 月 11 日麻醉藥品委員會中提出「藥物濫用預防之國際準則」（International Standards on Drug Use Prevention），2018 年 3 月人權委員會會議期間也發布了更新版的「藥物濫用預防之國際準則」。

兩個版本從不同角度強調了實證預防干預措施的重要性。國際準則目標為擬定全面和有效的藥物預防措施，從提升全人健康發展理念的全面性預防（universal prevention）、對高風險特定族群的選擇性預防（selective prevention）、以及對施用毒品族群輔導預防再犯的指標性預防（indicated prevention），將毒品防治之範圍涵蓋個人每一階段的預防方向，包括學齡前兒童時期、兒童時期、青少年時期以及成人時期等各種藥物濫用預防階段。同時使用多元之藥物濫用預防方式，藥物濫用預防場域必須從家庭擴展至學校、工作場所、娛樂場所和社區及醫療健康部門。（UNODC, 2018）

本文嘗試從政策、專業養成及家庭支持實務作為提出建議，思考我國可發展的各階段施用毒品者家庭支持及毒品防治策略。

一、整合且全人的毒品防治策略

我國雖將「新世代反毒策略」將反毒視為社會安全網的重要工作，發展防毒監控、緝毒合作、拒毒預防、毒品戒治、以及提升毒品危害防制中心功能等方向，但反毒政策著重刑事司法體系，以緝毒、監控及戒治為主，隨著社會重大事件發生，民意也支持嚴厲的懲罰措施，過度依賴刑事定罪和監禁，缺乏以健康、全人發展的毒品防治策略。加上中央各部會及地方毒品危害防制中心未能整合，資源重疊浪費，缺乏毒品防治專責組織進行跨部會整合的反毒合作策略。

我國應重新調整方向，以積極性政策規劃五年一期的毒品防治戰略，提出毒品

防治有效監督及執行措施，建構一個強調人權、健康、發展、及執法的均衡制度：

1. 中央設置專責且跨部會的機關，提供網絡資源整合平台。目前只有半年一次召開的毒品防制會報，缺乏常設穩定的組織，建議應設置專責機關，盤點中央及地方醫療、學校、司法與社區跨領域之毒品防治的資源，藉著縱向及橫向的網絡合作來達成目標與執行策略。

2. 連結勾稽毒品相關行政巨量資料庫（如警政、醫療、民政、社政、刑事、司法、矯治、移民、勞動），進行大數據分析。現行毒品相關資料散見於各部會資料庫，雖有巨量資料研究，但未落實於實務策略。應勾稽分析跨部會巨量資料庫，掌握臺灣地區藥物濫用之盛行率；探討可能之相關個人、家庭與社會環境因素，找出選擇性策略的目標群體。由被動轉為主動篩選、清查方式進行通報。使潛在的高風險家庭及族群都被納入此安全網，並透過事前預防，減少毒品的傷害，也提供未來政策與研究之實證平台。

3. 推動以實證為基礎（evidence-based）的方案。因毒防基金及反毒政策，毒品防治成了許多方案的主題，但均缺乏循證性。應以受科學客觀評估有效的對策來制定公共衛生、家庭支持和全人健康政策，對政策方案也應進行效果與成本效益評估，以免遍地開花的方案造成資源浪費。

4. 在個人、家庭、學校、職場與社區等層面，設定合理的政策目標。聯合國已發展全面性預防、選擇性預防和指標性預防的干預處遇，我國政策目標仍多屬口號

性，缺乏階段可行性。應從目標群體的年齡、目標群體的風險、策略的實施環境、和行動的重點（環境、發展和訊息），建立藥物濫用防治網絡，規劃包括教育、預防、治療和復元等整合計畫，由教育、社工、司法、醫療專業人員合作建立一套整合服務，發展全面性預防、選擇性預防和指標性預防的干預處遇。

5. 從用藥需求和社區需求評估出發的處遇。我國對毒癮行為仍多恐懼策略及嚴刑峻罰，導致施用毒品者及其家庭被汙名化。除了防毒和緝毒，應從處罰戒治轉向為健康議題，評估個人健康風險、復發可能性、社會安全潛在危害性、多元性別及種族脆弱環境，以預防、處遇、治療為重點，規劃醫療、社會及心理方面的社區轉向方案及醫療轉介流程，並提供較長期、具公權力且個別化的毒癮治療，併同施用毒品者的家庭處遇方案，建構整合且近便性的治療環境，作為施用毒品者監禁戒治或刑事處罰的替代方案，減低用藥風險。

二、毒品防治專業人才培育

我國毒品防治服務專業人員的培訓散見於各部會，且主題性分歧，缺乏整合性且脈絡性規劃。UNODC（2015）為提升毒品防治服務專業人員的知識和技能，創建了培訓課程。共有六組課程，從「藥物依賴干預治療的要素」、「成癮基礎，篩查，評估，治療計畫和協調」、「心理干預治療的要素」、「藥理學治療和特殊族群的干預治療」、「干預治療服務方案管理」和「治療性社區」。隨著新興毒品的變遷，施用毒品行為及社群關係複雜，專

業人員因應多元化毒品防治策略，也產生新職能與新議題的專業挑戰。

1. 整合法務部、教育部、以及衛福部心口司、社會救助及社工司、保護服務司相關課程，避免訓練疊床架屋。

2. 從知識、能力、視野及作為等方面著手，培養跨領域藥物濫用防治人才，建構完整的、系統性的家庭處遇模式，定期舉辦跨領域在職教育，除了能夠確保處遇效果之外，也能讓各執行單位人員具備多元、跨專業的能力。

3. 訓練架構依指標性分類，針對社工年資、不同類型家庭、不同階段之高風險或目標性對象、不同的處遇族群的場域，強化社工人員更敏銳的問題覺察能力、提升專業人員家庭介入所需之相關知識、技術與能力，提供更適切的服務。

4. 編纂社工人員各階段訓練之訓練手冊及家庭處遇指導手冊，就涵義（what）、時機（when）、為何進行（why）、對象（who）、以及如何進行及評估（how）等面向，提供社工專業人員參考。

三、家庭實務支持策略

家庭處遇作為毒品防治重要場域及對象，家庭需要及時的干預，以確保滿足家庭成員的基本需求。現今孕產期用毒女性雖屬高風險孕產期婦女，但缺乏通報機制及預警服務；施用毒品父母的兒童雖可能為脆弱家庭或危機家庭，但其家庭獨特需求往往不是現行社會安全網社工所能處理；施用毒品的成人家庭在汙名化烙印中缺乏自願性，也導致毒防中心或毒癮者家庭支持方案的團體難以接觸，更難服務輸

送，因此，施用毒品者的家庭支持往往被邊緣化。如何提供綜合性家庭支持服務，避免家庭危機，加強家庭的復原力，預防毒品家庭世代複製，是可再規畫思考，方能進一步支持新世代反毒策略使命、願景實踐與目標達成。

1. 孕產期用毒女性

（1）施用毒品婦女常迴避產檢，提供友善安全的免費產檢環境，有助於確保胎兒健康，減少新生兒戒斷的傷害。

（2）建構篩選、風險和安全評估的程序，對曾有施用毒品記錄且健保醫療資料中未如期產檢、出生登記延遲、未成年產子或產後立即離婚的家庭，應透過資訊系統篩檢預警，及早主動關懷。

（3）醫護人員應協助施用毒品母親分娩或護理的衛生保健，並結合當地健康中心系統，以持續衛生保健服務。

（4）區域內有毒母寶時，應整合醫院衛生部門的母嬰健康服務人員、醫療部門成癮和心理健康醫事人員、保母系統和可能需要的相關機構，評估家庭需求，規劃毒母寶寶扶助計畫，以毒品防治和兒童保護服務的知識進行調查、發展家庭支持方案，提供新生兒產後訪問服務及育兒指導，改善嬰兒的健康和福祉，協助父母連結社區資源，減輕母體物質的使用和預防兒童虐待問題。

2. 施用毒品父母的兒童保護

（1）因為毒癮治療和復元過程需要一年以上的時間，醫院及戒治單位可規劃治療環境的臨托服務，父母進入醫療及戒治系統，可主動申請兒童托育，以維兒童家庭團聚權，也協助父母恢復健康。

(2) 毒癮診斷醫療人員提供職務協助，幫助或陪同兒少保護社工進行調查，使用標準化的毒癮評估工具，準確識別和評估父母施用毒品的狀況，評估虐待和忽視兒童的風險，並確定是否在提供治療和服務的同時，孩子可以安全地待在家裡，避免過分依賴社工的個人判斷和假設。

(3) 建構「毒品法庭」(Drug Courts)，以及「以勞役代替拘役的治療社區」(Work-Release Therapeutic Communities)，強化父母戒毒的意願和行動。司法系統扮演實質監控的角色，父母參加毒癮治療時，醫療、心理及社工組成團隊積極跟催輔導，以確保其參與治療。父母需要做出合理的努力來保持家庭團聚，當父母不合作且兒童在無法確保安全和福祉的情況下，孩子可能會被安置，

(4) 毒癮家庭支持方案可規劃提供育兒技巧指導，鼓勵施用毒品母親參加母親治療團體，理解自己的心理和情緒，探索自己施用毒品對孩子的影響，練習憤怒管理、應對技巧和復發預防。同時母親也學習養育策略及幼兒的年齡訓練(例如，使用讚美增加積極的行為，非懲罰性的孩子管教方法)，提高母親的反思能力，在育兒角色中發揮作用。

3. 施用毒品兒童及少年的家庭

(1) 落實家庭教育中心功能，推展家庭親職教育，提供家長諮詢服務，發展友善 APP 諮詢系統，以匿名方式增加家長求助動機。並依據循證研究的保護因子，在情感、經濟、監督、安全等層面提供認知及技巧訓練，提升家庭保護因子、降低風險因子，減少青少年再度使用毒品的可

能性。

(2) 初期使用毒品的兒少需要多元處遇的介入，實證分析運用家庭及社區防治方案可以減 30% 初次接觸毒品的兒少，並能預防再犯。可規劃多元方案，如冰島模式的家庭及社區方案，良好的社區計畫可以帶來積極的結果，提供兒少健康發展的機會。

(3) 整合少事法和兒少權法的強制親職教育，依據聯合國的「Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes」(聯合國，2009) 規劃具家庭復原力的強制親職教育，並遵循幾項原則：① 方案依照理論基礎、實證結果進行設計；② 進行兒少用藥需求評估和家庭需求評估；③ 進行適用對象評估及資源盤點；④ 方案應適兒少的發展階段；⑤ 方案避免一次性方案，應具有足夠的次數；⑥ 具邏輯性的方案目標、內容與評估；⑦ 介入性評估及滾動性修正。

(4) 提供親子多元處遇服務，包括家長的部分、孩子的部分及家庭的部分，目標則包括：降低父母採用不當管教方式；強化親職技巧；強化家長監護；降低兒童過動、注意力不足、情緒症狀及同儕問題。

(5) 發展社區預防、強制親職教育、自立方案及後追方案的服務脈絡，以單一窗口、連貫性的服務，強化保護因子、減少風險因子。

4. 施用毒品的成人家庭

(1) 實施社區及校園方案，協助年輕人預防毒叢約會暴力，提升女性的經濟與社會賦權，預防因毒品產生的親密暴力。

(2) 施用毒品行為對於社會與健康

不良影響的層面、以及嚴重程度，端視個人特性（例如：第一次使用的年齡）、藥物的特性（例如：劑量或使用的方法）、使用藥物時的情境（例如：聚會或駕駛時）、或文化層面（例如：父權、族群）的等因素有所不同，因此應發展具個別化的個人及家族治療計畫。

（3）協助家人建立減害概念，協助施用毒品者進入減少傷害服務，建立治療與介入措施流程，免於急性生理和共病的不適。

（4）整合教育、職業課程、家庭及社區支持團體、以及其他多元的專業支持，協助施用毒品者能發展對未來的希望，並從自我決定中確立身份、生命的意義和賦權意識。

（5）如果家人關係重建困難，應提供無風險的安全居住環境，如中途之家，並持續鼓勵修復家庭關係，重新在社區中生活。

肆、小結

家庭的影響在嬰兒時期和學前階段最為明顯，透過家庭結構、家庭經濟環境、家人互動、親子關係和養育方式產生作用。具功能性的親職教育，可培養兒少重新界定與詮釋問題，降低用毒事件對自身的負面影響，同時可採取有效的認知策略來因應事件的衝擊。（Eisenberg et al., 2010）如能透過家庭支持及親職及早干預，能發揮預警功能提供兒少保護，有效影響兒童及青少年的認知、生理狀況、適應壓力的能力，有助於情緒調節、學習主動應對問題能力、減少早期的行為問題，也能於成長階段中避免養成施用毒品的行為與習慣，避免用毒者家庭的世代複製、毒癮循環。

（本文作者：張淑慧為台灣照顧管理協會理事長；張文賢為教育部宜蘭縣聯絡處督導）

關鍵詞：藥物濫用、毒品家庭、兒童保護

📖 參考文獻

內政部（2018）。警察機關查獲毒品嫌疑犯人數—按機關別分。2018年12月6日取自 <http://statis.moi.gov.tw/micst/stmain.jsp?sys=100>。

內政部警政署（2014）。警察機關查緝毒品犯罪現況分析。<https://www.npa.gov.tw/NPAGip/wSite/lp?ctNode=12598&CtUnit=1743&BaseDSD=7&mp=1>。

李思賢、吳憲璋、黃昭正、王志傑、石倩瑜（2010）。毒品罪再犯率與保護因子研究：以基隆地區為例。犯罪學期刊，13（1），81-106。

法務部司法官學院（2018）。中華民國106年犯罪狀況及其分析-2017犯罪趨勢關鍵報告。臺北市：法務部司法官學院。

法務部（2018）。統計資訊服務 > 進階統計查詢。2018年12月12日取自：<http://www.rjtd.moj.gov.tw/rjtdweb/inquiry/InquireAdvance.aspx>

- 張淑慧 (2018)。正視吸毒媽媽孩子健康問題。蘋果日報。2018/03/21。https://tw.appledaily.com/headline/daily/20180321/37964699/。
- 教育部 (2018)。高風險學生愛與關懷精進作為。行政院第 26 次行政院毒品防制會報會議報告，未出版。
- 張淑慧 (2017)。破碎的安全網、不合謀的政策 - 用毒兒少為何一再脫落。udn 鳴人堂。2017/04/05。https://opinion.udn.com/opinion/story/10124/2384523。
- 張淑慧 (2017)。透明的存在：用毒兒少家庭的邊緣化處境。udn 鳴人堂。2017/04/03。https://opinion.udn.com/opinion/story/10124/2380778。
- 陳玉書、吳姿璇、林健陽 (2017)。女性毒品受刑人矯正處遇與需求。藥物濫用防治，2 (1)，85-112。
- 陳娟瑜、李思賢、張淑慧 (2015)。生活技能訓練教師版。臺北市：臺灣大學中國信託慈善基金會兒少暨家庭研究中心。
- 楊士隆、曾淑萍、戴伸峰、顧以謙、陳瑞旻 (2017)。2016 臺灣校園學生非法藥物使用之盛行率調查研究—以新北市、臺中市、高雄市為例。藥物濫用防治，2 (3)，1-12。
- 楊惠君、張子午、張雅雯 (2018)。揭！斷鏈的兒童醫療。今周刊。2018/04/12。https://tinyurl.com/yd9daeco。
- 臺灣高等檢察署 (2018)。當前毒品情勢分析與緝毒策略。行政院第 26 次行政院毒品防制會報會議報告，未出版。
- 潘國仁 (2011)。我國藥物濫用戒治處遇作為兼論毒品防制與社會工作。青少年犯罪防治研究期刊，3 (2)，76-116。
- 衛生福利部 (2018)。藥物濫用案件暨檢驗統計資料【一〇六年報分析】。https://www.fda.gov.tw/TC/site.aspx?sid=4482。
- 衛生福利部食品藥物管理署 (2016)。「103 年全國物質使用調查」結果報告。臺北市：衛生福利部食品藥物管理署。
- Andrews D.A., Zinger I, Hoge R.D., Bonta J., Gendreau P., Cullen F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically -informed metaanalysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Appleyard K, Berlin L.J., Rosanbalm K.D., Dodge K.A. (2011). Preventing early child maltreatment: implications from a longitudinal study of maternal abuse history, substance use problems, and offspring victimization. *Prev Sci*, 12 (2), 139-49.
- Bronfenbrenner U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Dev Psychobiol*, 22, 723-742.
- Chu A.T., Lieberman A.F. (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 469-494.

- Edward K. (1981) . Family Structures of Narcotic Addicts. *The International Journal of the Addictions*,16 (2) , 273-282.
- Eisenberg N, Spinrad T.L., Eggum N.D. (2010) . Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*,6, 495 - 525
- Fang S.Y., Huang N., Lin T., Ho I.K., Chen C.Y. (2015) . Health insurance coverage and healthcare utilization among infants of mothers in national methadone maintenance treatment program in Taiwan. *Drug and Alcohol Dependence*,153, 86-93.
- Fang S.Y., Huang N., Tsay J.H., Chang S.H., Chen C.Y. (2018) . Excess mortality in children born to opioid-addicted parents: A national register study in Taiwan. *Drug and Alcohol Dependence*,183, 118-126.
- Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J. (2008) . The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*,96, 165.
- Gilchrist G., Radcliffe P., Noto A.R., Pires A.F. (2016) , d'Oliveira L.The prevalence and factors associated with ever perpetrating intimate partner violence by men receiving substance use treatment in Brazil and England: A cross-cultural comparison. *Drug and Alcohol Review*,36 (1) , 34 - 51.
- Haggerty K.P., Skinner M., Fleming C.B., Gainey R.R., Catalano R.F. (2008) . Long-term effects of the focus on families project on substance use disorders among children of parents in methadone treatment. *Addiction*,103 (12) , 2008 - 16.
- Haskins A.R. (2013) .*Mass Imprisonment and the Intergenerational Transmission of Disadvantage: Paternal Incarceration and Children's Cognitive Skill Development*. Princeton, NJ: Fragile Families Working Paper WP13-15-FF 2013.
- Hayatbakhsh et al. (2012) .Birth Outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy. *Pediatric Research*, 71 (2) ,215-219.
- He A.S. & Phillips J. (2017) . Interagency collaboration: strengthening substance abuse resources in child welfare. *Child Abuse & Neglect*,64, 101-108.
- Huebner R.A., Willauer T., Posze L., Hall M.T., Oliver J. (2015) . Application of the evaluation framework for program improvement of START. *Journal of Public Child Welfare*,9, 42 - 64.
- Johnston L.D., O' Malley P.M., Miech R.A., Bachman J.G., Schulenberg J.E. (2017) . *Monitoring the Future national survey results on drug use,1975-2016: Overview, key findings on adolescent drug use*. Ann Arbor: Institute for Social Research. The University of Michigan.

- Kandel D.B., Davies M., Karus D., Yamaguchi K. (1986) . The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. An overview. *Arch Gen Psychiatry*,43 (8) , 746 - 54.
- Kjellstrand J., Cearley J., Eddy J.M., Foney D., Martinez C.R. (2012) .Characteristics of Incarcerated Fathers and Mothers: Implications for Preventive Interventions Targeting Children and Families. *Child Youth Serv Rev*,34, 2409-2415.
- Klinger G. et al. (2011) .Long-term outcome following selective serotonin reuptake inhibitor induced neonatal abstinence syndrome. *J. Perinatol*,31,615 - 620.
- Madrugá C.S., Viana M.C., Abdalla R.R., Caetano R., Laranjeira R. (2017) . Pathways from witnessing parental violence during childhood to involvement in intimate partner violence in adult life: The roles of depression and substance use.*Drug and Alcohol Review*,36,107-114.
- McCubbin H.I., Joy C.B., Cauble A.E., Comeau J.K., Patterson J.M., Needle R.H. (1980) . Family stress and coping: a decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 855-871.
- Murray J., Farrington D.P., Sekol I. (2012) . Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*,138 (2) ,175.
- National Institute on Drug Abuse (2012) . Is drug addiction treatment worth its cost? In: *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Guide, 3rd ed.* Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/drug-addiction-treatment-worth-its-cost>. Accessed December 22, 2018.
- Oei J.L. et al. (2017) . Neonatal abstinence syndrome and high school performance. *Pediatrics*,139 (2) , e20162651.
- Patrick S.W., Davis M.M., Lehmann C.U., Cooper W.O. (2015) . Increasing incidence and geographic distribution of neonatal abstinence syndrome: United States 2009 to 2012. *J.Perinatol*,35, 650 - 655.
- Pekka M., Kaarina K., Heta M., Mikko A., Hanna R. (2018) . Substance abuse in parents and subsequent risk of offspring psychiatric morbidity in late adolescence and early adulthood: A longitudinal analysis of siblings and their parents.*Social Science & Medicine*,217,106-111.
- Sprang G., Clark J.J.,Staton-Tindall M. (2010) .Caregiver substance use and trauma exposure in young children. *Families in Society: Journal of Contemporary Social*

Services, 91 (4) , 401 - 407.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA.) (2011) .
Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings (NSDUH) , Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: SAMHSA.

Umer A., Loudin S., Maxwell S., Lilly C., Stabler M.E., Cottrell L., Hamilton C., Breyel J., Mullins C., John C. (2018) . Capturing the statewide incidence of neonatal abstinence syndrome in real time: the West Virginia experience. *Pediatric Research*, 94-98.

United Nations: International Narcotics Control Board. (2018) . *Report of the International Narcotics Control Board for 2017 United Nations (COR)* .

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) . (2009) . *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. <https://www.unodc.org/documents/prevention/family-compilation.pdf>.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) . (2018) . *World Drug Report 2018*. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf.