

# 減少傷害緣起與思維：以美沙冬療法做為防制愛滋感染、 減少犯罪與海洛因戒治之策略

國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系副教授 李思賢

## 目次

- 壹、緒論
- 貳、減少傷害
  - 一、減少傷害概念與緣起
  - 二、台灣地區減少傷害計畫（Harm Reduction）之緣起與背景
  - 三、美沙冬療法介紹
- 參、美沙冬實施成效指標與評估
- 肆、肆、藥癮者的觀點與推行美沙冬療法的疑慮
- 伍、結語

## 壹、緒論

非法藥物使用及毒品成癮在過去 20 年來，一直是人類世界健康醫療與社會治安的雙重重大課題。人類自古就有利用自然植物改變精神狀態追求快樂與愉悅感之例，然而過去在已開發國家研究發現，隨著經濟發展與社會繁榮，藥物使用問題常常造成個人、家庭、與社會問題。根據法務部資料顯示，一方面自民國 82 年開始，海洛因已成為藥癮者主要使用藥物，此意涵著國內成癮性日益加深。因為海洛因的毒性大，易成癮，且戒斷症狀強，持續用藥兩週以上，若強制戒斷會出現戒斷症狀，常使戒治者在身心無法忍受及外在誘因下易重蹈覆轍；另一方面從民國 94、95 年毒品犯罪人數為 22,540 人與 24,545 人來看，較 93 年增加約 8,000 人，毒品犯再、累犯所占比率達 75.6% 來看，顯示在台灣的非法藥物使用人口依舊無法下降，對於減少新生毒品人口與毒品戒治兩方面無法顯現成效，也就是說，毒品新犯、初犯、與再犯問題依舊嚴重；而毒品成癮因為長久吸食耗費過多金錢，導致個人及家庭財務出現危機，毒癮者為了持續使用毒品也衍生其他財產或暴力犯罪案件增加，及精神疾病或情緒嚴重困擾等社會問題（法務部，2008；李思賢，2005、2006）；加上自民國 94 年以來，由於海洛因使用者共用針頭與稀釋液，導致愛滋病毒帶原者激增，使得毒癮愛滋成為法務部與衛生署在維護社會治安與公共衛生防治上的重大挑戰。

行政院於民國 87 年 5 月施行毒品危害防制條例，除依聯合國規定，擴大毒品管制範圍並予以分級管理外，戒毒政策亦在基本思維上有重大改變，對於毒品使用者採取「治療勝於處罰」、「醫療先於司法」之理念（教育部、法務部、衛生署，2006），將毒品使用者認定係兼具「病人」與「犯人」雙重特性之「病犯」；依據此病犯思維，法務部與

衛生署管制藥品管理局主張矯正機構之戒治過程，應包括「生理戒斷」、「心理輔導」及「社會復健」三個階段。「生理戒斷」係指對藥物生理依賴之解除；「心理輔導」的功能在於協助患者解除對藥物的心理依賴，學習改變行為的技巧，需時約數月甚至數年之久；而「社會復健」則以協助藥癮患者遠離引發藥癮的高危險環境，維持不再使用毒品的狀態，並以恢復其家庭、社會與職業功能為目標，需時可能更為長久(李思賢，2006)。然而毒品危害防制條例因為視毒癮者先病患後罪犯的同時，由法務部委託於醫院內附設勒戒、或是戒治所之規定，或是由矯正機構進行衛生醫療專業，都有執行上之困難等問題，遂於92年7月新修正毒品危害防制條例，其中主要修正是正視限於醫療專業人力、經費等相關問題的現實考量下，改為於看守所或醫院附設勒戒處所之雙軌制，對於醫療衛生與法務在協助藥癮者戒治毒品上奠立基礎。

在推動減少傷害計畫之前，我國對於毒品問題之因應主要關注在阻斷毒品供應與減少毒品需求兩個主軸上。尤其重視以查緝毒品方式斷絕主要毒品來源，同時與世界各國同步將涉及毒品製造、運輸及販賣之行為視為刑事犯罪；目前減少供應與減少需求也應該依舊是各國面對毒品的重要策略，只是面對毒品查緝及加強毒品教育時，雙管齊下仍無法有效解決毒品問題，減少傷害(Harm Reduction)之創新策略逐漸在歐美各國引用與推動，成為尋求解決毒品問題之新思維；WHO和UNODC(2008)也基於每個人都有追尋健康的權力(the right to health)，面對海洛因使用者的高再犯率，以及從疾病模式發現矯正成效無法解決毒品問題，採取面對現實的策略：「減少傷害」；同時聯合國草擬第四號毒品公約，其立法之宗旨除了明確揭示毒品預防與教育措施的重要性，也同時強調應以減少毒品濫用有關的傷害，整合傳統之減少需求與減少供應反毒策略(林健陽、謝立功、范國勇、陳玉書、林佳璋、林千苓、柯雨瑞、江振維、朱柏萱、張鈞盛、林書琪，2005)。

從減少傷害策略在過去十年成為國際潮流，台灣地區因為愛滋感染的快數擴散，也加入必須採用減少傷害的思維來因應共用針具與稀釋液的愛滋傳染；但是以減少傷害作為面對毒品的策略，缺少應有的討論與落實。法務部雖然於97年度施政目標中宣示落實執行「反毒新策略」中長程反毒計畫之各項執行策略，從中央設置防毒監控組、拒毒預防組、毒品戒治組、緝毒合作組、國際參與組等5分組，各縣市成立地方毒品危害防制中心，推動「防毒」、「拒毒」、「戒毒」、「緝毒」四區塊之反毒工作，落實執行「反毒新策略」，將原先「斷絕供應，減少需求」的策略，調整為「首重降低需求，平衡抑制供需」；其中關於非法藥物使用者醫療戒治問題，立法院也在2008年4月三讀通過「毒品危害防制條例」的第二十四條修正案，正式將醫療戒治法制化，讓海洛因成癮者在接受美沙冬替代療法其間，得以緩起訴處份(六法全書，2008)。但是總體來說，對於減少傷害思維可以落實於毒品防制與遠離毒品的現實面作法，依舊缺乏全面性考量與推動。

本文主要目的是介紹減少傷害之理論及整體模式，瞭解全球各國推動減害計畫執行之趨勢，以及以美沙冬療法作為愛滋防制、減少犯罪與海洛因戒治的實證研究為例介紹

減少傷害的基本精神，並且以毒品使用者自身投入減害的觀點探討美沙冬療法，讓我們對於減少傷害思維中的美沙冬療法有更多的瞭解及思考。

## 貳、減少傷害

### 一、減少傷害概念與緣起

減少傷害的概念雖然可以回溯到 19 世紀(Berridge, 1992)，但減少傷害觀點之推動主要是源自於 1980 年代歐洲與澳洲各國為了因應愛滋病毒的擴散而推動；減少傷害思維是立基於全人健康照護、人權保障、人性心理與公共衛生的原則，將減少傷害一詞定義為「減少傷害政策、方案或計畫之目的是減少因使用影響精神物質所帶來的個人、他們的家庭和社區的負面健康衝擊、社會犯罪成本與勞動流失、以及相關經濟損失結果」(International Harm Reduction Association, 2008)。減害概念與之前的戒治概念主要的不同是提供了務實而人性的原則，願意接受人們是通常無法靠自己戒除海洛因、或者接受一輩子可能都無法戒除海洛因的事實，因而減少傷害作法是設計去減少因成癮行為帶給個人、家庭與其所處社會之有害後果。減少傷害理論因為願意面對人性在成癮行為改變上的不容易，轉而可以針對我們所關心的藥癮者釋放我們正向、同理且接納的態度，希望他從隱暗的社會角落、不被幫助的角落，願意站出來讓大家看的見他們的問題，讓政府與專家可以伸出援手來幫助；一旦有機會接近他們，我們才有協助藥癮者的空間，也就是說，我們才有幫助藥癮者戒治或防制疾病的機會(李思賢、傅麗安，2007)。

毒品，為何會那麼難以戒除？真的非常難以戒除嗎？本文無法在此完整陳述，請讀者參考其他國際上知名學者所做的研究文章與資料(O'Brien, 2005; McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000)，但簡單來說：所謂影響精神作用性物質、管制藥品或是目前指稱的毒品，依據「毒品危害防制條例」第二條規定係指具成癮性(Addiction Potential)、濫用性(Abuse Liability)以及對社會有危害性(Social Liability)之麻醉藥品與其製品及影響精神作用性物質與其製品。所謂「成癮性」，指個人因長期使用藥物，形成日常生活不可或缺之習慣，造成下意識的定時需要，而影響生活之穩定及情緒之安定；所謂「濫用性」，指使用者在非醫療目的及未經醫師指示下服用藥物之情形，或雖經醫師指示，但使用者之用藥份量，已超過正常劑量，而形成強迫性之習慣與依賴，若不使用，將造成生理上或心理上之不適感，特別是因為使用物質後的欣悅感，會在大腦形成喜悅的認知迴路，當身心感到不適時，大腦會以尋找使用物質為因應方式；所謂「社會危害性」，指使用者長期過度且強迫使用某種藥物之結果，嚴重影響個人之人際關係、家庭生活、職業或課業等，為滿足己身藥物之需求，甚至淪落竊盜、搶奪、賣淫等犯罪行為，嚴重危及社會秩序。

藥物濫用依美國精神醫學會出版之 DSM-IV (1994) 中定義：非以醫療目的，在未經醫師處方指示情況下，過量或經常使用某種藥物，致使個人健康及社會安寧深受傷

害。海洛因的毒性大，易成癮，且戒斷症狀引發人體不適相當嚴重，海洛因成癮者持續用藥兩週以上，若強制戒斷，於 8-12 日內出現戒斷症狀，症狀特性及嚴重性依用藥劑量、時間及個人健康而改變。初期有打哈欠、鼻塞、流鼻水、流淚、出汗、畏寒與焦慮不安等症狀，隨後出現失眠、血壓上升、發燒、呼吸與心跳加速、嘔吐、腹痛與腹瀉等症狀，若持續未獲毒品，在 2-3 天內症狀加劇，且出現脫水、虛脫、肌肉抽序、酸痛、體重減輕及躁動不安等症狀，以上症狀約持續 3-7 天，甚至持續數週，常使戒治者在身心無法忍受及外在誘因下易重蹈覆轍；換言之，海洛因是容易成癮的物質，造成的戒斷症狀難以忍受，所以缺乏醫療專業協助的前提下，要成癮者遠離海洛因、或是獨自熬過戒斷症狀，是非常難以達成的事情。

由於必須面對戒除海洛因或是鴉片類毒品並非在現實生活中容易達成的目標，減少傷害方案中第一個針具交換計畫便是在二十年前荷蘭的海洛因藥癮者開始推動，當時主要是為了要回應 B 型肝炎流行病。但是主要的推動力量卻是在 1985 年少數城市中的靜脈注射藥癮者與公共衛生政策擬定者，在 1985 年發明對 HIV 抗體的測試方法後，提出面對靜脈注射藥癮者中 HIV 感染快速擴散與迅速傳播情形已經刻不容緩。從全世界很多城市的 HIV 篩檢結果都發現證據，HIV 感染確實迅速的在藥癮者的人口中擴散，有許多城市在兩年之間就有 40% 或更高的 IDUs 愛滋感染盛行率，病毒自此進入藥癮者社區(Stimson, 2007)。在歐洲國家，澳洲和北美洲部分，公共衛生人員此時也瞭解到 HIV 感染在靜脈注射藥癮者族群間開始擴散，傳染病疫情是有可能透過靜脈注射藥癮族群延伸更廣的其他社區人口這樣的一個事實，因此趕快採取一個面對問題的取向去防阻 HIV 疫情擴散。與荷蘭相同的是，這些較早開始的針具交換計畫和開始有意識展開減少傷害行動的是社區公共衛生人員和藥癮者組織；例如在英國流行病的早期(1986-1987)，英國政府健康部門與在馬爾塞特郡的 ground-breaking work 藥癮組織，大力支持針具交換計畫的引進，同時推動社區美沙冬醫療處遇的範圍涵蓋擴大。馬爾塞特郡迅速發展多樣的減少傷害計畫，包括更安全使用藥物的社會行銷，提倡增進醫療處遇和社會服務的可接近性，以及志願諮商和愛滋篩檢測試的擴展(Stimson, 2007)。

所以在國外減害計畫是針對所有可能的生理、心理、犯罪、家庭、與經濟傷害，盡量加以處理使之傷害減少；只是目前全球為了因應愛滋，針對靜脈藥癮者推展愛滋病毒防治的主要政策便也落在減少傷害方案上（許淑雲、王俊毅、廖宏恩，2007），其精神是以務實為原則，先降低因為注射海洛因所導致對於愛滋感染與其他傳染病的傷害；減少傷害並不是鼓勵或是贊成使用成癮性藥物的行為，而是以人性尊嚴、健康與整體社會福祉為出發點，兩權相害取其輕的作法；換句話說，減少傷害並非忽視海洛因或是安非他命等毒品的傷害與危險，遠離海洛因等毒品是最終減少傷害計畫可以選擇的目標之一，但是在藥癮者尚未有足夠的行為管理與遠離毒品的作為前，減少傷害是減少使用成癮性藥物所造成的各種可能負面結果（例如：感染 HIV、傳染性疾病、過量使用、暴力犯罪、死亡等）為主要目標（李思賢，2008）。

將減少傷害延展至成癮性藥物使用者的所在地，提供衛教與服務，協助毒品使用者

安全的使用毒品，並且防制各項因使用毒品行為造成的疾病感染，因此，減少傷害在人權部分是強調：即使吸毒者不願意戒毒，相關當局也應該給予追尋健康相關的服務（謝菊英，2005）。減少傷害是一種有別於過去認為使用精神作用性物質是一種犯罪或是病態的偏差行為，必需要接受使用非法成癮性藥物存在於社會的事實，秉持著人道主義的價值信念，不以道德判斷譴責或支持使用非法成癮性藥物，並且對於使用成癮性藥物採階段式漸減的策略，而且政策的制定不是以傳統的由政策制訂者以高姿態的方式由上而下制定相關政策，而是以目前藥癮者的想法及需求為主，由下而上的制定策略，針對最危險的族群提供友善的服務，尋求各種可行的策略及方式來降低藥癮者的傷害，權衡不同的措施可能的危害、優點及其經濟效益，來達到最大的效果（柯乃熒，2005）。

綜合上述對於減少傷害計畫的介紹，我將「減少傷害」理論的核心假設、原則、價值與可行方案整理為下列幾點：

1. 減少傷害的基本思維是每一個人的生命都值得協助與拯救；不管社會或是法律上是如何將他/她進行分類，歸根究底他/她依舊是人，是人就有追尋身心健康的基本權益。基於保障人道精神與健康保障，減少傷害計畫會包括清潔針具發放與回收、提供替代療法減輕成癮者戒斷症狀的痛苦，並且減少共用針具與稀釋液的頻率等等方案。
2. 減少傷害是面對各國在可預知的將來，都無法根絕有人會使用毒品的事實，因而替代道德/犯罪取向與疾病取向，採取三級預防的公共衛生取向，讓尚未使用毒品者不要使用；剛開始接觸與使用毒品者能提供各項人道與醫療戒治協助，讓其早先發現、早日治療；同時讓使用毒品時日久的成癮者，能面對其成癮狀況，提供各項能減少其自身與其身邊周圍他人的傷害。基於預防原則，減少傷害方案會有提供訊息、教育與溝通(Information, Education, and Communication)，其方案實施可因對象所處的位置而有不同的焦點，例如對於在學青少年，主要是提供各項精神作用性物質與其製品的相關資訊(Information)，並強調使用物質可能導致的傷害(Education)；若對象為剛開始使用物質者，則強調同儕教育與溝通，使其成功遠離毒品；如果是藥物成癮者，除了提供戒治相關資訊，應強調傳染病與衛生教育，並強化溝通技巧的行為諮商。
3. 減少傷害視遠離毒品為理想的結果，但同時接受大部分人無法在現實生活中完全戒除海洛因成癮，因此減少傷害計畫的替代方案必須提供給成癮者。目前國際上較為普遍的替代療法包括美沙冬與丁基原非因的治療，並配合改變行為的心理諮商；一方面協助藥癮者克服與管理戒斷症狀，另一方面因為替代療法藥物為口服試劑，可以減少因共用注射器皿感染傳染性疾病，包括 C 型肝炎、愛滋病毒等。
4. 減少傷害是由下而上的取向(由藥癮者倡議)，同時結合由上而下的政策（由政府提供相關資源與醫療）；畢竟是否有意願採取減少傷害的行動，最終是由藥癮者本身所決定，也唯有藥癮者本身能深刻體現他們減少傷害的主要需求為何！

因此透過社區延展與藥癮者同儕教育團體的推廣，讓精神作用性物質使用者瞭解減少傷害的想法，提供符合個人需求的協助，例如教授個案判斷物質的純度、用藥過量的緊急處置等等，降低物質使用者的死亡率。

5. 減少傷害提供了低門檻的接受服務管道，替代傳統的高門檻取向；以美沙冬療法為例，一天的美沙冬劑量約需 80 台幣，相較於過去進行急性解毒與住院費用一兩週要三萬台幣，顯然美沙冬療法的進入障礙較低，使海洛因使用者有較多的可選擇性，以及服務的可近性。

目前的減害計畫於 30 年前開始於歐洲、北美和澳洲萌芽和推動；國際減害協會 (International Harm Reduction Association) 的理事長傑瑞·史戴生()教授在 2008 年的國際減害會議指出，全球實施減害計畫因應毒品與愛滋的國家數目已達到 82 個國家，其中 71 個國家的中央政府支持減害計畫，77 個國家有實施清潔針具交換計畫，63 個國家有提供成癮藥物治療計畫。Gerry Stimson & Alex Wodak 兩位教授在第八屆台北國際愛滋病研討會來到台灣，指出全世界約有 130 國家，共計 1,320 萬藥物注射者，其中估計有 4 百萬藥物注射者感染 HIV。兩位教授在台灣期間，提供了務實且以證據導向的減害方案的經驗給台灣，台灣至此開始正式擴大推展美沙冬替代療法與清潔針具發放計畫。

## 二、台灣地區減少傷害計畫 (Harm Reduction) 之緣起與背景

台灣第一個愛滋感染者在 1986 年被診斷與通報，1988 年才有第一位藥物注射者感染愛滋病毒。根據疾病管制局通報資料，台灣地區本國籍人士感染 HIV 者的人數，以 2004 年至 2005 年間成長最為迅速，由原本的 1,519 人攀升至 3,389 人，成長率達 76%；2005 年新增個案突破 3,400 人，成長率高達 124%，其中又以藥癮愛滋成長速度更值得注意。2003 年以前，愛滋病傳染途徑 9 成是經由性行為傳染，但目前除了不安全的性行為之外，藥癮者共用針具與稀釋液之注射毒品行為成為台灣另一個傳播愛滋病的重要途徑。張嫚純、丁志音 (2006) 在成癮藥物使用情境脈絡與 HIV 感染關聯之初探指出，以注射方式使用成癮藥物的行為是造成 HIV 傳播的原因之一，同時也是預防愛滋病傳播的重要環節。自 1988 年台灣第一例因注射毒品而感染 HIV 的通報病例被發現後，至 2003 年底，15 年間藥癮者感染 HIV 人數共 175 人，而光是 2004 年單一年新增的病例增為 624 人，為 2003 年同期的 7.6 倍，2005 年藥癮愛滋單一年的新增病例更高達 2,457 人，其中藥癮愛滋者佔當年總愛滋新增個案 3,399 人中的 72%，也就是說通報的新感染者人數當中幾近 3/4 的人為藥癮者，為歷年來最多人數，至 2008 年 8 月通報感染愛滋病例者已達 16,157 位，其中因注射毒品感染愛滋案例已達 5,884 人，佔所有危險因子 36.42%。在所有的感染 HIV 危險因子中，異性戀者佔 24.43%，同性戀者佔 30.36%，雙性戀佔 7.22%；由以上數據顯示感染 HIV 不再侷限於同性戀者、異性戀者，反而是因注射毒品而感染 HIV 者比例是危險因子中的重要項目，快速增加的趨勢使得衛生部門必須快速因應 (行政院衛生署，2007)。

由以上趨勢顯示因藥癮而感染愛滋的疫情在台灣已逐漸飆升，面對此一嚴峻的挑

戰，若無適當防治策略，我國愛滋亦即將面臨由藥癮者快速擴散至一般大眾而形成一大規模的疫情發展。有鑑於藥癮愛滋在台灣的人數逐年攀升，衛生署為了減少藥癮者共用針頭及共用稀釋液而感染 HIV 的機率，師法國外成功的減害經驗，而其中以『減害計畫』（Harm Reduction Program）更是成為解決藥癮愛滋問題的新思維開始試辦減害計畫，自 2004 年 1 月開始，共分為五個時期：察覺期、規劃期、共識期、試辦期、推廣期；並於 2006 年擴展辦理至全台。就短期實施成效來看，到 2008 年 8 月底，本國籍愛滋感染人數雖然超過 16,000 人，相較於 2006 年與 2007 年，新增愛滋感染人數有趨緩的趨勢（衛生署疾病管制局，2007）。

減少傷害計畫在台灣地區的推動與國際上有些國家的原因相同，主因是藥物注射者間感染愛滋病毒情形得快速擴散，而原因如疾病管制局針對國內靜脈藥癮者進行的流行病學分析中指出，藥癮者其感染愛滋之來源主要是因為共用針具（蔡淑芬，2005）；因此愛滋防治政策中，將共用注射針具行為的改善列為藥癮族群的首要防治工作。有學者提出當前針對改變共同注射行為的主要減害策略有三（李思賢，2007；盧幸馥、李思賢，2008）：

1、國際間實施最多的減少傷害方案，其實是針對每一位公民進行危害訊息、傷害減少教育、與提升溝通能力(Information, Education, and Communication)。加強藥癮族群的行為諮商、毒品使用相關知識與愛滋衛教以提升其共用針頭的愛滋易感性認知，使其了解使用海洛因之微血管破裂與過量致死、共用針頭與稀釋液之愛滋感染危險、和使用毒品導致的家庭與社會成本，進而欲使其減少使用海洛因頻率、共用針頭與稀釋液之行為。不過在相關研究中亦時常發現知識與態度的增進並不一定能減少危險行為，例如李思賢在愛滋病知識及危險行為的研究中便發現，即使研究對象的愛滋病知識及易感性均高，仍呈現高比例的針頭共用行為，顯然知識、態度與行為中仍缺乏連貫性（李思賢、趙運植，2003），作者認為對愛滋相關知識的瞭解是改變危險行為的必要條件，但是並非充分條件；其他相關研究中亦可見得知識、態度、行為表現並不一定達一致性（林雪蓉、黃翠咪、陳佳伶、黃惠鈞、羅于惠，2006；李媚媚、尹祚芊、郭英調，2000；林昭卿、賴美信、蘇惠珍，2000），可見行為產生過程當中仍隱含著知識、態度以外的未知因素影響其行為表現，例如面對戒斷症狀時，無法提供藥癮者協助管理戒斷，便會導致知識與行為的不一致。目前衛生署、法務部矯正司與許多學術機構透過愛滋諮詢服務，請 NPO、NGO 提供愛滋防治相關訊息給藥癮者，作為此減害策略一部份。Des Jarlais and Friedman (1993)認為藥癮者愛滋宣導要能成功，有主要三個要件：第一，新的認知或情緒調適能力與使用針具行為結合。第二，增加獲得改變行為的方式。第三，增強新行為的類型；再者，環境因素中藥癮者的朋友或是重要他人，是促使他們減少危險行為的重要因素。

2、清潔針具交換/發放計畫 (Needle Exchange/Provision Programs, NEPPs)：是針對注射毒品者免費提供無菌空針，促使其在用藥時選擇新針具而捨棄共用針具的念頭，並且將使用過的針具送回，避免其他藥物使用者再重複使用。目前在全球多國正

廣泛地試行針筒交換計畫，例如德國 Stark(2005)在柏林兩監獄中所做的針筒交換研究中，注射藥物者的共用針頭比例從入獄前的 71%降至實施針筒交換計畫後的 11%，針筒交換在此研究中明顯可改善注射藥物者的共用針頭行為；Lum 於上段所述 1997 年的針筒交換計畫研究中，發現單靠針筒交換並無法有效減少女性注射藥物者的危險共用行為，因此針具交換計畫目前呈現的效果不一，仍須嘗試及修正。國內的清潔針具交換計畫於 2006 年 7 月 1 日起 23 縣市全面實施，成效尚待評估，像是在高雄市衛生局針對受刑人進行的「清潔針具交換計畫」研究中，便發現有兩成研究對象表示不會出面領取針具包，三成一採取觀望態度（莊弘毅、劉碧隆、余秀娟、鄭金朋、王美綺，2006）。李思賢與研究同事(Lee, Fu, & Fleming, 2006)更早在 2002 年時針對藥癮者所做的質性焦點訪談研究，發現國內與歐美各國在清潔針具的取得是需要醫師處方簽，而對於台灣情況有些不同之處，即在台灣地區是可以不需要處方簽也能從藥房購買與取得清潔針具，困難處則是在警察跟監，因而作者們於研究中建議政府應盡快在各藥局中鋪設清潔針具，並協調警政署不在藥房附近進行跟監。

3、美沙冬替代/維持療法(Methadone Maintenance Treatment, MMT)：是嘗試投以美沙冬等替代性藥物進行戒癮治療。美沙冬 (Methadone) 為合成鴉片類致效劑，類似麻醉藥品嗎啡，惟作用產生較慢，程度較輕，其戒斷症狀較海洛因不劇烈且可以用長時間慢慢減量之方式來改善，因此被當作鴉片戒癮的替代藥物，國外已行之多年，實施成效顯示替代療法輔以衛教宣導，對於減少毒品之傷害有明顯改善，而根據衛生署桃園療養院及嘉南療養院 2006 年試辦成果資料顯示，藥癮者參加美沙冬替代療法計畫後，其就業比及月平均收入均有顯著增加，而海洛因的使用次數及花費方面也有顯著下降（衛生署管制藥品管理局，2007），因此替代療法為當前衛生署大力提倡之藥癮防治政策（楊靖慧，2006）。

### 三、美沙冬療法介紹

美沙冬 (Methadone) 的產生是為因應第二次世界大戰時(Gerstein & Harwood, 1990)，戰場上的傷兵需大量嗎啡來止痛，在 1930 年代末期由德國人發明，1937 年由實驗室合成出來，1949 年被發現結構上與嗎啡及海洛因完全無關，卻與鴉片類毒品有相同作用，有止痛作用。1960 年代以後，美沙冬才開始作為治療海洛因的代替品，其特性為高脂溶性，可以停留在體內 24 小時或更久，作為治療鴉片類戒斷症狀效果強，相當於 2 倍的海洛因；此外，美沙冬戒斷症狀較海洛因輕微，其戒斷症狀可以用長時間慢慢減量之方式來改善，其治療目標是預防與管理戒斷症狀並且逐漸減少海洛因的欣快感，用以減低施用海洛因之次數，避免因藥癮發作影響其日常生活作息。且海洛因通常以注射或吸入方式施用，而替代藥物美沙冬通常為以口服液劑較不易遭致濫用，並可減少因注射所引起之疾病感染，如愛滋病、B 型或 C 型肝炎、心內膜炎等（陳光輝、林志強、譚立中，2007）。

在採用美沙冬作為替代治療藥物的歷史進程部分，1947 年引進美國後至 1950s 開

始有醫師在 Lexington, Kentucky 以美沙冬為解毒藥劑治療鴉片成癮者；Dr. Vincent Cole 醫師 1964 年於紐約開始第一個美沙冬維持治療計畫，他發現鴉片成癮者使用海洛因後，對於欣悅感及戒斷痛苦都有顯著降低現象(Dole, Nyswanter, & Warner, 1968)；然而美國從 1972 年針對美沙冬進行管制後，美沙冬治療的可近性變的困難。澳洲則從 1969 年開始美沙冬藥癮替代治療，1985 年列入政府治療政策中，1993 年起許多國家仿效澳洲經驗為準則，進行美沙冬替代治療。香港在 1950s 有 90% 監獄囚犯有鴉片類藥癮，用藥人口約 15-18 萬人，1973 年開辦美沙冬診所，強調讓每一位藥癮者皆能接受美沙冬治療，1976 年全面推動美沙冬計畫。美沙冬 40 年以上的發展期間，有研究指出美沙冬幫助了成千上萬人從鴉片類成癮恢復，促進他們的健康，挽回他們的家庭和社會生活及持續平穩的工作或返回到學校，成為有生產及納稅能力的公民 (Leavitt, 2006)。

美沙冬替代療法在世界上超過 80 國家已是鴉片成癮的治療法。許多長期的海洛因吸食者，能透過解毒(detoxification)與戒除(abstinence)療法成功獲得治療，但是研究顯示，高達 2/3 以上的患者，將於一到兩年內復犯(relapse)並使用違禁鴉片(李思賢, 2005)。美沙冬用於鴉片成癮療法上，包括替代療法與鴉片解毒。對這些療法甚為有用的原因是因為美沙冬與其他鴉片具交叉耐藥性，能取代海洛因及嗎啡等濫用藥物。並且美沙冬可採口服，藥癮患者能避免注射造成的強化影響。此外，美沙冬作用性長，每天僅需服一劑 (Leavitt, 2006)。海洛因成癮是甚為嚴重的病狀，並與高度致命率及健康風險息息相關。這項風險隨著服藥過量、發病率、長期違法用藥或濫用合法鴉片類藥品所致傷害而升高。在有效治療嚴重的慢性復發病狀(如高血壓和糖尿病)上，美沙冬可比擬其他藥物；鴉片成癮一類的病狀屬於慢性病，需要每天加以治療，如果沒有切實進行療程，副作用的風險甚高。

### 參、美沙冬實施成效指標與評估

美沙冬效益分析是評估減少傷害政策重要的一環，在此節一開始先介紹評估成效的指標，以及建立成效評估模型的研究。Zaric(2000)考慮了樣本觀察值的動態變化，並將樣本分成九大部分的模型來分析美沙冬療法的成本效益。作者將樣本根據 HIV 之感染狀態分成三大類(未感染、感染 HIV 但非 AIDS、與 AIDS 感染)，也根據其風險程度分成三大類(非毒品注射者、接受治療的毒品注射者、未接受治療的毒品注射者)。由此分類方法將樣本區分為九大類，而且個別觀察值可能隨時間的經過由一個群組移轉到另一群組，這使得模型的設定會更貼近現實的情況。美沙冬療法的利益是來自於增加治療者的壽命及改善生活品質，以及預防 HIV 的感染；而成本的衡量則包含所有醫療照護的成本及美沙冬療法的成本。作者的分析結果發現：若能擴展現有的美沙冬療法是具有成本效益的，它不僅可以減少 HIV 的蔓延，也可以增加藥癮者的生活品質以及壽命。

Barnett(2000)試圖探討美沙冬療法上的五個政策問題。第一、美沙冬療法是否有健康照護上的效益；第二、何種範圍的輔助醫療服務才是適合的；第三、多少美沙冬劑量

比較適合；第四、美沙冬療程要多長比較適合；第五、是否需要一些獎勵讓病人有誘因持續留在療程中。此研究仍是使用成本效益的分析方式，作者的結果發現美沙冬療程的確是具有高成本效益的療法。而且在治療初期所提供輔助的心理諮商與治療服務是最有效的，病人受到較多的心理照護，也會增加他們留在療程中的意願。較高的美沙冬劑量會使病人留在療程中的時間變長，而其尿液篩檢也會較少呈現陽性（沒有使用鴉片類毒品），重要的是增加劑量並不會增加太多成本。長時間的治療也會有比較好的治療成效。若能提供一些誘因像是現金或是給他們帶回家使用的劑量，會使病人降低再去使用海洛因的機率，重要的是這些誘因所需的成本不多，但卻可增加治療的成效。

Zarkin(2005)則提出藥癮是屬於一種慢性病的概念來評估，因此成本效率的分析不能只限於過去醫療疾病單一療程的結果。作者探討的包括終生的海洛因使用、美沙冬治療、就業、犯罪與監禁、健康照護等相關層面。藥癮者接受美沙冬療法後，會有一個乘數的效果，此效果來自於美沙冬治療改變一個人生活的軌跡，像是健康狀態、生活品質與就業的情況。在藥癮為慢性病的觀點下，作者發現美沙冬治療者終身的成本效益遠高於單次療程的成本效益，也更肯定了美沙冬療法的有效性。此外，作者更模擬三種政策情況，第一、增加治療的機率：當治療機率增加，藥癮者使用海洛因的平均年數下降、治療次數上升、治療期間增長，但對於犯罪減少並沒有顯著的效果。第二、療程長度增加：倘若美沙冬療程長度變長，治療次數減少、就業年數與壽命也會略為上升。第三、完全沒有治療：若藥癮者完全沒有治療時，會使海洛因的使用年數增加、就業年數大幅下降。

從藥癮者角度來看，他們也需要付出一些額外成本，例如交通時間。Borisova and Goodman(2003)衡量病人花費在美沙冬療法的時間成本。美沙冬療法有一個特殊的地方在於藥癮者要每天到醫院喝美沙冬，不能在家使用。因此，病人每天要到醫院所花費的時間及金錢成本其實是不容小覷的。金錢成本很好衡量，但時間成本卻是很難去計算。以往的文獻通常以每個人的工資率來換算其時間成本。但作者認為工資與時間價值並不相等，而用工資率來衡量時間價值對失業者、學生、或是家事工作者並不公平。因此，作者利用願付價格與願受補償來衡量時間的價值。願付價格由問卷中的問項「若診所搬到你家隔壁，你最多願意付多少錢在每次看診？」來做衡量。而願受補償由問卷中的問項「若診所搬回原來的地方，你最低願意收多少錢才會去看診？」來做衡量。作者除了重新定義了時間價值之外，也發現了若時間成本減少，會使藥癮者更有規律的參與治療，也能增加藥癮者治療之服從性，達到美沙冬療法的效果。

從上述研究中，可以結論出美沙冬療法在評估成本效益時很重要的兩點是：(1)除了疾病導致的死亡之外，也要一併考慮疾病所導致的失能與殘廢；(2)必須有適當的前瞻性推估，包括病患平均存活時間及疫情的未來演變，方能獲得較中肯持平的結論。所以指標應該可以設定為(1)危險注射行為與愛滋感染發生率；(2)失業與恢復就業情形；(3)家庭生活品質；(4)有關財產侵略的犯行；(5)死亡率；與(6)再使用成癮物質情形；以下是進一步介紹一些國家目前針對美沙冬療法的評估：

### 美國美沙冬替代療法施行成效：

第二次世界大戰後，毒品快速流行，1960s 中期海洛因相關的死因是 15-35 歲死亡原因的第一位，加上犯罪橫行，美國開始處理毒癮問題。紐約 Rockefeller 大學 Vincert Dole 及 Marie Nyswander 提出使用毒品行為屬於慢性易復發的的現象，監禁本身無法改變毒癮者使用毒癮的行為，採醫療模式較能改善毒癮問題，1964 年 Vincert Dole 研究團隊發現長期口服美沙冬的維持療法提供鴉片成癮患者很多的效益，包括（1）足夠的美沙冬劑量不會使患者有欣快感及昏睡，使患者重拾正常的生活。（2）美沙冬採口服方式減少因注射而感染肝炎及 HIV。（3）美沙冬藥效長，減少患者尋藥及渴藥。（4）美沙冬耐藥性機會低，不需使用更多劑量來達到相同效果。（5）美沙冬阻斷新快感的作用使鴉片類藥物變得令人不快的。（6）適當的使用美沙冬是非常安全、沒有毒性且副作用少。

從經濟上的成本效益來看，2004 年全國藥物控制政策白宮辦公室(ONDCP)估計，在美國有超過 800,000 名未經治療的慢性海洛因使用者，估計一個毒癮者在紐約每年造成的社會負擔費用：毒癮者在社區中而不給予治療，每年花社會成本約 42,000 美元，將毒癮者關在監獄，每年所需花費 40,000 美元，如果接受美沙冬替代療法，每年花費只需 3,500 美元。全國毒品濫用協會 (NIDA) 指出參加美沙冬替代療法者之中有非法活動下降至 52%，全職工作者增加至 24%。個案參加美沙冬替代療法獲得比以前更多的收入，也提升他們在社會上的價值。加州藥物和酒精治療協會(CALDATA) 針對 150,000 名個案研究發現每花費 1 元美金在藥癮治療上，可獲得 7 元美金的回報，被認定是最便宜的且對鴉片類成癮有效的治療形式，有 700% 的效益 (Leavitt, 2006)。

Marsh(1998)回顧了 1965-1994 年不包含社區性治療的 35 篇研究；11 篇關於美沙冬療法對於鴉片類毒品的治療效果，以及 24 篇探討美沙冬療法對於危險性行為及犯罪的成效研究；在這 35 篇橫跨紐約州、賓州、加州、德州等研究當中，作者採用後設分析發現，美沙冬療法對於降低鴉片類毒品使用、危險性行為、以及犯罪頻率與總數有中等程度的效果；其中以降低毒品使用效果最好，再來是降低與財產相關的犯罪，最後是危險性行為的頻率。作者總結認為美沙冬療法雖然不能在所有回顧的文獻中都發現相當不錯的成效，但是在面對毒品使用、危險性行為、以及毒品以外的其他罪行是有其效果，也值得推行。

### 澳洲美沙冬替代療法施行成效：

2003 年澳洲統計大約有 160,000 的靜脈注射毒癮者，當地政府意識到毒癮愛滋之嚴重性，為了控制 HIV/AIDS 的大量流行，在 1986 年開始執行毒癮愛滋減害政策，政策實行初期，民眾及政府也曾擔憂如此是否會造成鼓勵吸毒的負面影響，但事實證明，澳洲在實行減害政策後，靜脈注射毒品之人口並沒有增加的趨勢，且靜脈注射毒品感染 HIV/AIDS 的比率，由 1987 年的 15% 下降至 2%，有效且成功的遏止了毒癮愛

滋的擴散 (Byrne, 1997)。另一個針對澳洲 239 位靜脈注射藥癮者的研究發現可同時證實美沙冬療法對於愛滋防制的成果(Caplehorn & Ross, 1995)，此研究結果顯示沒有參與美沙冬療法的藥癮者，比起參加美沙冬的個案在繼續借用別人的針具或是注射器的行為上要高出兩倍。

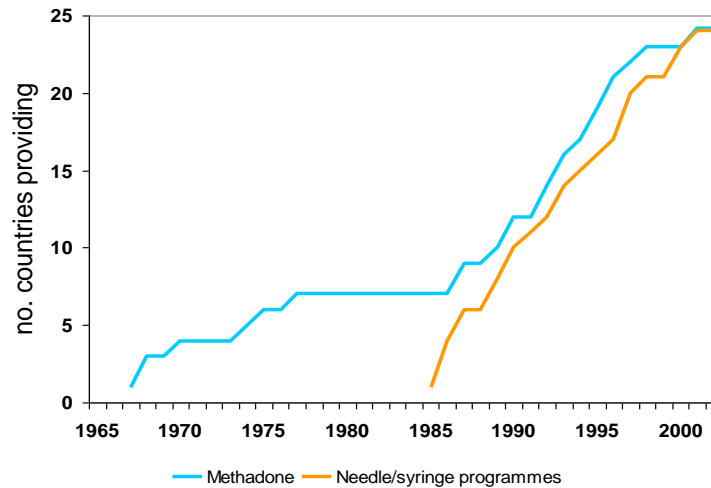
在澳洲的另一項長達四年期的縱貫型追蹤研究(Lind, Chen, Weatherburn, & Mattick, 2005)，對象是針對 8,154 位曾經參與美沙冬的個案來探討毒品以外的犯罪情形，在比對參加與不參加美沙冬療法後，此研究結果為每參加美沙冬療法 100 人年(例如 100 位各參加滿 1 年、或是 50 位參加滿 2 年)，搶劫的犯罪減少 12 次，闖空門少 57 次，而且汽機車偷竊少了 56 次。

### 香港美沙冬替代療法施行成效：

香港美沙酮替代療法的成功經驗為世界所讚揚，1950 年代香港 90%監獄受刑人有毒癮，吸毒人口 15-18 萬，1973 年試辦美沙酮診所，自 1976 年起香港的戒毒治療計畫把美沙酮替代療法列為計畫之一部份，美沙酮減害計劃的實施至今推行已 30 多年，全香港已有 21 家美沙酮診所，全年參與美沙酮減害計劃達 250 萬人次，每天服藥約 6500-7000 人次，每年總成本約為 4500-5000 萬港幣，平均每人花費 23 元港幣(陳光輝等，2007)。香港自試行美沙酮替代療法後有效的使毒癮愛滋感染人數維持低盛行率，在施行的成果部分，2007 年的 3 月為止，香港發現的 HIV 感染人數為 3289 人，因注射毒品感染者僅 181 人，佔 5.5% (香港特別行政區政府衛生署，2007)。雖然在香港美沙冬療法相當普遍，HIV 盛行率也大約只有 0.3%，在最近一篇針對 567 位靜脈注射藥癮者的研究(Lee, Lim, & Shui, 2008)，透過社區為基礎的問卷調查發現，有 62% 的受訪者承認在過去三個月中有與他人共用注射針具，也因此針對同一批研究對象抽血後發現，有 85% 的靜脈注射藥癮者感染 C 肝病毒。

### 歐洲：荷蘭與西班牙美沙冬替代療法施行成效：

歐洲國家是減少傷害思維的發源地，然而歐洲國家之間有各自不同的藥物管制政策，因此在執行減害計畫時也有不同的觀點，不過因為歐盟組織的運作，歐洲各國間同意在 2005 到 2008 年間共同推動增加給予藥癮者任何形式的治療，以及推動減少傷害計畫。歐盟藥物與成癮監測中心 (EMCDDA) 針對歐盟國家進行資料蒐集與分析，發現歐洲國家在過去 30 於年來，有越來越多的國家提供減少傷害方案與美沙冬療法給藥物成癮者。在各種減少傷害的方案之中，針具發放計畫、提供訊息與教育 (IEC)、心理與行為諮商、傳染疾病的篩檢、社區延展計畫、安全注射藥物訓練等是被各國設定為主要的減少傷害計畫。以下再介紹一下荷蘭與西班牙的情形：



圖一、自 1960 年到 2000 年間，歐洲國家提供替代療法與美沙冬國家數

荷蘭是一個人口密度高的多文化、多種族國家，其傳統是個注重個人自由，針對毒品的政策是採取三方面進行：(1) 預防毒品使用、治療已使用的人、以及協助藥癮者復健與復原；(2) 減少藥癮者自身與周圍他人的傷害；(3) 向毒品製造者與毒販宣戰，特別是組織犯罪。純粹使用毒品者並未觸犯法律，荷蘭更自 1976 年開始有咖啡屋 (Coffeeshops) 提供大麻給消費者，然而這樣的自由開放政策並未讓荷蘭成為歐洲地區使用毒品的高比率國家。在荷蘭的減少傷害方案包括了健康促進學校、藥物資訊網、針具交換計畫、B 肝防制、藥物純度檢冊、物質使用安全室等等(Keizer, 2008)。

美沙冬療法的效益部分，Langendam 與同事從 1985 年在鹿特丹對美沙冬療法使用者 827 名進行每四個月評量與抽血的縱貫型追蹤研究，作者針對這群人在 1985 到 1996 年間的死亡情形進行分析，結果發現總共有 150 人死亡，其中 89 人是自然死亡原因，31 位是因為用藥過量；就 827 位藥癮者來說，這樣的死亡率（每一千人年死亡率分別為 30.2、17.9、12.3）相較於其他沒有參與美沙冬療法的藥癮者，可謂比率非常低。

西班牙是個有四千多萬人口的國家，位於南歐，估計有 14 萬名感染者，15-49 歲人口的愛滋盛行率估計為 0.6%，主要感染途徑為注射藥癮者共用針具感染。在西班牙，只要是任何一種有利於藥癮者健康權力的減害措施都可以找得到，從戒癮治療、針具交換、到海洛因注射室都有計畫在執行；這些減害計畫於 90 年代初期就開始陸續推廣，因為當時爆發注射藥癮者愛滋疫情。西班牙政府相當務實回應藥癮注射的問題，其中在監獄中的相關用藥行為，資料顯示 1980 年代末的西班牙，46.2% 藥癮個案曾在監獄中有交易成癮藥品，這些藥癮者有 60% 感染愛滋病毒，佔所有監獄受刑人的 28.4%；西班牙是 1996 年開始在監獄實施美沙冬治療計畫，到 2005 年西班牙 80 家監獄全部提供美沙冬，從開始時服務 2070 人到 2005 年已達 8981 人，佔所有監獄受刑人人數的 14%，根據估計監獄內的美沙冬服務至少使愛滋疫情每年降低 0.7%。

## 台灣美沙冬替代療法施行成效：

嚴格來說，台灣地區自從推動愛滋衛教、針具交換與美沙冬療法，尚未有科學研究評量推動的成效；然而我們可以試著從衛生署與法務部的資料進行初步觀察。疾管局自 2006 年積極擴大推動減害計畫後，2007 年、2006 年新增愛滋病毒感染人數分別為 1,938 與 2,930 例，比 2005 年 3,389 例，少了 1451 與 459 例；而藥癮者佔所有新通報個案人數比例也由 2005 年的 72% 降至 2006 年 62% 與 2007 年 39.4%。從回報疾管局數據中，自 2006 年 2 月到 2007 年 12 月，參與美沙冬療法的愛滋陽轉率為 1% (134/11649)(楊靖慧, 2008)。此外，根據衛生署桃園療養院及嘉南療養院資料顯示，藥癮者參加美沙冬替代療法計畫後，其就業率及月平均收入均有顯著增加，在使用海洛因次數方面則有顯著下降。另依據台南地區統計資料，實施替代療法後之竊盜犯較前一年同期下降 11%、搶奪強盜犯下降 27%。所以減害計畫之推行，對疾病防治、社會治安、個案生活之改善似乎已有初步相關成效。

減害計畫在矯正機關或監所的實施，目前主要是以衛生教育、心理諮商、以及毒品教育為主，美沙冬的使用是在個人離開監所後前往醫院進行評估，再加入美沙冬減害計畫。在參與減害計畫的人員部分，蔡慈儀、鍾宛諭 (2006) 於台灣地區減害試辦計畫實施成效評估報告說明：為了解台灣愛滋減害試辦執行的成效，以質量性縱合的研究設計來瞭解試辦縣市參與清潔針具和替代療法服務工作人員及藥癮者之經驗和滿意度，以及非試辦縣市衛生行政人員和民眾認知。研究顯示愛滋計畫實施普遍獲得工作人員及藥癮者的肯定，對於預防愛滋感染、減少毒品使用、回歸正常生活方面都有極大的幫助。

## 肆、藥癮者的觀點與推行美沙冬療法的疑慮

關係減害的利益族群，藥癮者他們身在何處？因為其族群隱密性與不可親近性的緣故，造成接觸其文化脈絡的困難(Lee, 2006)，加上對於其採取邊緣污名的社會觀點，造成更多的誤解。對於他們的自身人權以及權利的倡導，幾乎很難聽見他們的聲音。消失的聲音，沒有發聲的管道。在台灣雖然如此，在荷蘭確有不一樣的發展，值得我們思考。下述是以荷蘭為例，說明藥癮者對於減害計畫發展歷史、觀感或是以自助團體組織的方式回應這個與他們利益相關的減少傷害思維與方案，並提出想法或建議。

早在 1980 年代早期愛滋盛行之前，荷蘭政府對於用藥的政策就比較類似減少傷害思維，利用心理方面的諮商與治療以及提供各項戒毒為主要方向，其中包括美沙冬計畫、使藥物注射者遠離貧窮、營養不良、無家可歸等等負面問題。荷蘭政策受到藥癮者遊說，使得政策能夠朝向一個更人道的和實證主義趨向的毒品政策(Keizer, 2008)。在荷蘭鹿特丹，約 30 年前有一群海洛因使用者組成藥物政策團體名為 Junkiebond 組織，推動與宣導藥物安全注射，全面要求為藥癮者戒毒；一開始他們的活動包括：對於藥物政策

動員、讓藥物注射者上街遊行、出版美沙冬的衛教手冊、對於治療藥物成癮病人的機構施壓，使他們改變對待病人的態度能夠接納與關懷、並對政府政策決策者施壓，提出清潔針具發放與交換計畫，減少共用針頭對健康的危害。同時 Junkiebond 在政府沒有行動前，便開始提供清潔針具交換的地下行動，一直到 1987 年荷蘭政府開始大規模的實施針具交換計畫(Samuel et al., 2007)，Junkiebond 才不需要在地下進行。同時藥癮團體大力促成荷蘭政府與醫療組織提供美沙冬療法，讓上癮的藥物注射者能減輕戒斷症狀，恢復認知能力，有時間並思考什麼是對其本身有害的，也協調教會團體也給予藥物注射者安置及資源(Samuel et al., 2007)。

減害理論的發展其實與藥癮者文化密不可分，在探討美沙冬療法的成效時，也要給予藥癮者團體在過去為了減少他們自身的傷害所做的努力有一些瞭解，也就是要相信藥癮者在專業協助下，確實有能力改變他們的危險情形。過去 30 年間，減害計畫推動較為成功的國家，藥物使用者一方面組織成員，幫助 HIV 防制的傳播，擴展更廣的社會網絡結合，藥癮者再以他們自己的力量組成機構，向政府提出相關訴求。

當然，推動美沙冬療法仍有許多疑慮，其中有三項比較值得我們繼續討論：1.使用美沙冬作為替代療法是否是使用另一種毒品取代海洛因這個毒品？很顯然這個回答是基於戒毒是完全遠離毒品，使用美沙冬就是還在使用毒品。「是」，其實連成癮者自身有些人也感到矛盾，因而除非情況很不好不然不去使用美沙冬；但是相同的概念如果用在現代化社會中的精神疾病與慢性疾病，大多數都需要終身服藥，無法治癒，那將使用毒品視為生病，是否需要完全治癒，便是可討論的問題了。減少傷害思維當然是希望每一次的介入措施，對於每個人是有幫助的，可以減少傷害的，美沙冬療法在之前各國的研究中似乎是可以減少犯罪、危險注射頻率、以及死亡等，那麼看來是值得推動。2.美沙冬的副作用與戒斷症狀：有些美沙冬使用者確實會有負向副作用，可是副作用顯然比海洛因要來的少；也有些人喝了美沙冬後，會有美沙冬戒斷症狀，這樣的戒斷痛苦可能不比海洛因的情形差，所以再有些國家，會建議這些對於美沙冬有戒斷反應的人，改為服用丁基原啡因，另一種替代治療藥物；3.有錢打海洛因、沒錢喝美沙冬：有些疑慮來自於不相信海洛因成癮者會願意一直使用美沙冬，事實上的確如此，有成癮者在有錢有機會時，會繼續使用海洛因，或是其他毒品，如安非他命、K 他命等。這確實也是一個大問題，因為美沙冬療法也是希望能夠漸漸降低個案鴉片的毒性，也就是說美沙冬並不能減少個人對於其他藥物的心理渴望；儘管如此，因為美沙冬在降低危險注射與減少海洛因使用上有顯著的成效，如能透過自我行為管理訓練、隨機尿液抽查、以及制約獎賞機制來協助美沙冬治療的藥癮者管控其他藥物的渴望，可能會有幫助。

## 伍、結語

人類自古就有利用自然植物中的物質來改變精神狀態追求快樂與愉悅感之例，然而隨著經濟發展與社會繁榮，藥物使用問題常常造成個人、家庭、與社會各層面的問題。減少傷害思維是立基於全人健康照護、人權保障、人性心理與公共衛生的原則，因而減

少傷害政策、方案或計畫之目的乃是減少因使用影響精神物質所帶來的個人、他們的家庭和社區的負面健康衝擊、社會犯罪成本與勞動流失、以及相關經濟損失結果。面對過去傳統的方法，例如監禁、冷火雞法、以及快速去毒都沒能有效減緩使用毒品的人口與相關犯罪問題，所以減少傷害不僅讓藥癮者在健康上、法律上、甚至是道德層面上，能有基本人權的保障，也比較容易使他能在社會上得到應有的對待。

本文主要是介紹我個人對於減少傷害的思維與各種方案，同時回顧目前美沙冬療法的運作與其相關成效。美沙冬療法是減少傷害計畫的一個選擇，指標應該設定為(1)危險注射行為與愛滋感染發生率；(2)失業與恢復就業情形；(3)家庭生活品質；(4)有關財產侵略的犯行；(5)死亡率；與(6)再使用成癮物質情形；依據過去的研究與文獻，結果大部分都是呈現美沙冬療法對於減少傷害是有幫助的，如果美沙冬療法配合心理諮商，對於藥癮者在面對戒斷症狀上更是有相當大的作用，也因顯現減少傷害理論在協助海洛因注射者減少注射的頻率、減少共用針具、降低愛滋感染情形、減少毒品以外犯罪等等益處；但是美沙冬也並非都沒有疑慮之處，只是在找到更適當且幫助個人維護尊嚴與健康的解決方案之前，美沙冬是減少傷害良好方案之一；最後，減害計畫成效好壞取決於藥癮者團體對於政策的信任與提供服務者的良好互動，這其實需要藥癮者積極的參與，並回應目前的方案是否切合藥癮者的問題與相關需求。政府也能透過減少傷害思維，更貼近藥癮族群，對其身有同感，而制訂人道政策或提供相關切合的服務。

## 陸、參考資料

### 中文部分

- 六法全書(2008):毒品危害防治條例。<http://www.6law.idv.tw/6law/law/毒品危害防制條例.htm>。因用 2008/10/11。
- 行政院衛生署(2005):《毒品病患愛滋減害試辦計畫》(核定本),台北:行政院衛生署疾病管制局。
- 李志恆(2001):赴印度參加第十二屆國際減少毒品傷害研討會報告。台北:行政院衛生署。
- 李思賢、傅麗安(2007):第十四章:藥癮者行為模式與藥癮愛滋病患諮商。收錄於「愛滋病照護與諮商」,財團法人護理人員愛滋病防治基金會。
- 李思賢(2005):藥癮再犯罪成因與心理治療介入的可行性:出監毒癮者之回溯性與前瞻性追蹤研究(一)。行政院衛生署管制藥品管理局科技研究發展計畫成果報告。
- 李思賢(2006):藥癮再犯罪成因與心理治療介入的可行性:出監毒癮者之回溯性與前瞻性追蹤研究(二)。行政院衛生署管制藥品管理局科技研究發展計畫成果報告。
- 李思賢(2008):台灣北部地區美沙冬替代療法實施背景、成效及成本效益:三年期追蹤研究(一)。行政院衛生署管制藥品管理局科技研究發展計畫成果報告。
- 李媚媚、尹祚芊、郭英調(2000):嫖客對愛滋病知識、態度與行為之研究。護理研究, 8(3), 37-47 頁。
- 林健陽、謝立功、范國勇、陳玉書、林佳璋、林千苓、柯雨瑞、江振維、朱柏萱、張鈞盛、林書琪(2005):分析聯合國及各先進國家新興毒品防制之作為。行政院衛生署管制藥品管理局九十四年度科技研究發展計畫成果報告。
- 林昭卿、賴美信、蘇惠珍(2000):社區婦女愛滋病的知識、態度、及衛教需求之調查研究。弘光學報, 34, 1-40 頁。
- 林雪蓉、黃翠咪、陳佳伶、黃惠鈞、羅于惠(2006):國、高中、職、夜校生利用捐血驗愛滋的知識、態度、行為之初探。疫情報導, 22(8), 531-545。
- 法務部(2008):檢察司-防制毒品-參、法務部「拒毒、戒毒、緝毒」等毒品危害防制措施。法務部網站, <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=94244&ctNode=11449>
- 柯乃熒(2005):減害措施—注射藥物使用者之愛滋防治措施,愛之關懷, 50: 47-53
- 教育部、法務部、衛生署(2006):95年反毒報告書。台北:行政院衛生署、法務部、教育部。
- 香港特別行政區政府衛生署(2007):愛滋病監測與流行病學。Retrieved August 11, 2007, from <http://www.info.gov.hk/aids/chinese/surveillance/quarter.htm>
- 衛生署疾病管制局(2008):法定傳染病。  
[http://www.cdc.gov.tw/index\\_info\\_info.asp?data\\_id=1446](http://www.cdc.gov.tw/index_info_info.asp?data_id=1446)。引用 2008/10/10。
- 衛生署疾病管制局(2007):<http://www.cdc.gov.tw/file/疾病介紹/法定傳染病/其他/愛滋病/統計資料下載/960630統計資料下載.pdf>。引用日期:96年8月7日。
- 衛生署疾病管制局(2007):藥癮愛滋減害計畫。<http://www.cdc.gov.tw/>。引用日期:97年10月21日。
- 陳光輝、林志強、譚立中(2007):海洛因成癮者之美沙酮替代療法。醫學繼續教育, 11(3), 315-319。
- 薛瑞元(2007):發展本土戒治醫療專業處遇方案—社區追蹤治療模式與社區藥癮復健治療模式之比較。研考雙月刊 31 卷第六期, P49-59。

- 韋海浪 (2006)：海洛因成癮者接受美沙冬替代療法之短期戒癮效果，國立陽明大學醫務管理研究所，未發表之碩士論文
- 張嫻純、丁志音 (2006)：成癮藥物使用情境脈絡與 HIV 感染關聯之初探。臺灣衛誌，25(6)，462-473。
- 許淑雲 (2006)：靜脈注射藥癮者對減害計畫需求評估~以台中監獄、雲林及嘉義戒治所為例，亞洲大學，健康管理研究所，未發表之碩士論文
- 許淑雲、王俊毅、廖宏恩 (2007)：靜脈注射藥癮者參加減害計畫之意願及影響因子，臺灣衛誌，26(4)，292-301
- 詹中原 (2007)：我國地方毒品危害防制中心之研究，國政研究報告，憲政(研) 096-026 號。
- 楊靖慧 (2006)：台灣愛滋病流行現況與防治政策。感染控制雜誌 2006.2.16(1)，17-23。
- 楊靖慧 (2008)：台灣地區藥癮愛滋減害計畫成效。2008 年全國反毒會議，台北。
- 蔡淑芬 (2005)：靜脈藥癮者愛滋病毒感染者之流行病學。愛之關懷季刊，50，7-10。
- 蔡慈儀、鍾宛諭 (2006)：台灣地區減害試辦計畫實施成效評估報告，行政院衛生署疾病管制局九十五年度科技研究發展計畫，計畫編號：DOH95-DC-1111 研究報告。
- 謝菊英 (2005)：交換針頭方案，愛之關懷，53，59-64

#### 英文部分

- American Psychiatry Association. (1994). DSM-IV: Quick reference to diagnostic criteria. American Psychiatry Association.
- Azim, T., Hussein, N., & Kelly, R. (2005). Effectiveness of harm reduction programmes for injecting drug users in Dhaka city. *Harm Reduction Journal*, 2:22.
- Barnett, P. G., & Hui, S. S. (2000). The Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance. *The Mount Sinai journal of Medicine*, vol. 67, Nos 5&6, 365-374.
- Berridge, V. (1992). AIDS, drugs and history. *British Journal of Addiction*, 87(3), 363-370.
- Borisova, N. N., & Goodman, A. C. (2003). Measuring the Value of Time for Methadone Maintenance Clients: Willingness to Pay, willingness to Accept, and The Wage Rate. *Health Economics*, 12, 323-334.
- Broadhead, R., van Hulst, Y., & Heckathorn, D. (1999). Impact of a Closure of a Needle Exchange Program. *Social Problems*, 46(1), 48-66.
- Caplehorn, J. R., & Ross, M. W. (1995). Methadone maintenance and the likelihood of risky needle-sharing. *International Journal of Addiction*, 30, 685-698.
- Center for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/idu/default.htm>
- Des Jarlais, D. C., & Friedman, S. R. (1993). AIDS, injecting drug use and harm reduction. In N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, & P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science*. London: Whurr.
- European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2008). Monitoring the supply of heroin to Europe. EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu> retrieved at 10/30/2008.
- Friedman, S. R., de Jong, W., Rossi, D., Touzé, G., Rockwell, R., Des Jarlais, D. C., & Elovich, R. (2007). Harm reduction theory: Users' culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users' groups. *International Journal of Drug Policy*, 18, 107-117.
- Gerstein, D. R., & Harwood, H. J. (Eds.). (1990). *Treating drug problems: A study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems (Vol. 1)*. Washington, DC: National Academy Press.
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., Horvath, A. T., Kaskutas, L. A., Kirk, T., Kivlahan, D., Laudet, A., McCrady, B. S., McLellan, A. T.,

- Morgenstern, J., Townsend, M., & Weiss, R. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 151-158.
- International Harm Reduction Association. (2008). What is harm reduction? <http://www.ihra.net/Whatisharmreduction> Retrieved at October 12, 2008.
- Keizer, B. (2008). European drug policies. 2008 International Conference on Drug Abuse Prevention. Taipei: Taiwan.
- Kerr, T., Small, W., Peeace, W., Douglas, D., Pierre, A., & Wood, E. (2006). Harm reduction by a “user-run” organization: A case study of the Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU). *International Journal of Drug Policy*, 17, 61-69.
- Leavitt, S. B. (Ed.). (2006). Methadone-Drug interactions. *Addiction Treatment Forum: Mallinckrodt Pharmaceuticals*.
- Lee, K. C. K., Lim, W. W. L., Shui, S. L. (2008). High prevalence of HCV in a cohort of injectors on methadone substitution treatment. *Journal of clinical virology*, 41, 297-300.
- Lee TSH, Fu LA, & Fleming P. (2006). Using Focus Groups to Investigate the Educational Needs of Female Heroin Injection Users in Taiwan in Relation to HIV/AIDS Prevention. *Health Education Research*, 21(1), 55-65.
- Long, J., Allwright, S., & Begley, C. (2004). Prisoners’ views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, 15, 139-149.
- Lum P. J., Sears, C., & Guydish, J. (2005). Injection risk behavior among women syringe exchangers in San Francisco. *Substance Use Misuse*, 40(11), 1681-1696.
- March, L. A. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*, 93, 515-532.
- Marlatt G. A. (1996). Harm reduction: come as you are. *Addictive Behaviors*, 21, 779-788.
- McNeely, J., Arnsten, J. H., & Gourevitch, M. N. (2006). Improving access to sterile syringes and safe syringe disposal for injection drug users in methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(1), 51-57.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O’Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcome evaluation. *JAMA*, 284, 1689-1695.
- Nigro, L., Casciaro, A., Matalone, M., Aloisio, P., & Bruno, S. (2000). Feasibility in needle exchange programme: an evaluation of a pilot programme in Catania, Sicily. *International Journal of Drug Policy*, 11, 299-303.
- O’Brien, C. P. (2005). Anticraving medications for relapse prevention: A possible new class of psychoactive medications. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1423-1431.
- Power, R., Khalfin, R., Nozhkina, N., & Kanarsky, I. A. (2004). An evaluation of harm reduction interventions targeting injecting drug users in Sverdlovsk Oblast, Russia. *International Journal of Drug Policy*, 15(4), 305-310.
- Ruefli, T., & Rogers, S. J. (2004). How do drug users define their progress in harm reduction programs? Qualitative research to develop user-generated outcomes. *Harm Reduction Journal*, 1:8.
- Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., & Bienzle, U. (2005). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiology of Infection*, 22, 1-6.
- Stimson, G. V. (2007). “Harm Reduction - Coming of Age”: A local movement with global impact. *International Journal of Drug Policy*, 18, 67-69.
- Touzé, G., Rossi, D., Goltzman, P., Cymerman, P., Lasala, G. & Sánchez, A. (1999). Harm reduction in Argentina: a challenge to non-governmental organizations. *International Journal of Drug Policy*, 10, 47-51.
- UNAIDS(2007). :<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdA>

rchive/2007/

Wodak, A., & Cooney, A. (2005). Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *International Journal of Drug Policy*, 16, 31-44.

Zarkin, G. A., Dunlap, L. J., Hicks, K. A. & Mamo, D. (2005). Benefits and Costs of Methadone Treatment: Results from A Lifetime Simulation Model. *Health Economics* 14, 1133-1150.

Zaric, G. S., Brandeau, M. L., Barnett, P. G. (2000). Methadone Maintenance and HIV Prevention: A Cost-Effectiveness Analysis. *Management Science*. *Management Science*, 46, 1013-1031.