

中國醫藥學院

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-297

藥物成癮病患急性解毒戒治之成本效果評估
-以草屯療養院為例

Establishing the model for evaluating the cost-effectiveness of drug abuse
inpatient detoxification treatment-- a case study of the Tsao Tun
Psychiatric Center

指導教授：馬 作 鏞 博士

研究生：劉 怡 伶 撰

中華民國九十三年六月

中文摘要

台灣九十二年間，因毒品而裁判有罪確定之人數較去年同期成長了 6.9%，人數也高達 12,677 人；於九十年至九十二年期間，毒品戒治後的再犯比例高達 30.2%，藥物濫用及成癮乃當今台灣地區重要的社會問題。

國內目前之藥癮戒治模式差異性極大，尚未建立一套最佳的戒治模式，過去雖已有台灣本土藥癮治療模式的建構與成效衡量的相關研究，但皆未將成本及效果真正量化進行評估。在資源有限的環境下，為使醫療資源獲得最適利用，則必須找出最具成本效果的戒治模式。本研究以草屯療養院為例，評估藥癮戒治之成本效果，期望未來能藉由本評估模式比較國內不同戒治模式之優劣，找出一個最具成本效果的藥癮戒治模式，有效提升藥物濫用的戒治成效及降低戒治成本。

本研究採用前瞻式研究設計，研究對象為 2003 年 3 月至 2003 年 6 月所有在草屯療養院參加藥癮戒治之病患，收案標準為主診斷為海洛因成癮者及次診斷為安非他命、安眠藥成癮者，排除精神狀態不佳無法進行訪談之病患。採用之研究工具有：住院病歷、病患基本資料問卷、成癮嚴重度指標(Addiction Severity Index, ASI)、生活品質量表(Short Form-36, SF-36)、艾森克人格量表(Eysenck Personality Questionnaire-Revised Short Scale, EPQ-RS)。

每位藥癮患者戒治每次住院至第一次追蹤時之總戒治成本為 70064.65 元、至第二次追蹤時之總戒治成本為 72118.26 元。以成癮嚴重度(ASI)及生活品質(SF-36)之效果比值來看，短期內若要改善藥癮病患一單位的藥物使用嚴重度需花 53,903.58 元、長期需花 34,342.03 元，而要改善藥癮病患一單位的生活品質長期來說需花 3,605,913 元。

本研究結果亦顯示：性別、有無宗教信仰、婚姻狀況、工作狀況、自覺健康、總收入、是否曾經停止藥物濫用、人格特質、藥物使用嚴重度、海洛因使用月數及同居者是否有藥物濫用等，統計上顯著影響是否中斷急性解毒戒治。其中以人格特質為內向情緒不穩定者(21.8)及同居者有藥物濫用情形(43.6)中斷治療之勝算比最大。

雖本研究之結果顯示此藥癮戒治模式之成本效果不佳，需花費許多金錢才能獲得一單位的改善，但藥物濫用的影響不只個人的戒治成本，仍有在監、緝毒犯罪等社會成本，若將所有成本列入考量，此藥癮戒治模式可能符合成本效果，因此有待未來研究進一步探討。

關鍵字：藥癮戒治、成本效果、成癮嚴重度指標、生活品質、中斷治療危險因子

Abstract

In Taiwan, the rate of drug abuse criminal in Taiwan had grown 96.8% from 1991 to 2000. In addition, the average recurrence rate of treatment for drug abuser was 33.7% between 1998 and 2000. Drug abuse is now one of the most serious social problems. Therefore, how to effectively treat drug abuser becomes urgent issue for policy makers and health care providers.

Currently, several treatment modalities have been developed. In order to efficiently allocate health care resource, health care researchers have to evaluate those modalities properly. The aim of this study is to evaluate one of the most adopted treatment modality by using cost-effectiveness analysis.

Our research is a prospective study. Subjects were sampled from Tsao-Tun Psychiatric Center. Clients whose major diagnoses are heroin abuse were included into our study from Jun 2003 and July 2003. Clients with serious mental problem were excluded.

Several questionnaires including Addiction Severity Index (ASI), Short Form-36 (SF-36) and Eysenck Personality Questionnaire-Revised Short Scale (EPQ-RS) were utilized to collect data.

Total 128 subjects were recruited during this period. 31.3% of them have finished 3-month follow-up, and 28.1% of them completed 6-month follow-up.

The average age of subjects was 30.1 years. Subjects were 88.3% male. The average length of stay of Drug abuse patients was 4.26 days.

There was 39.1% be dropout form inpatient detoxification. The average length of stay of dropout and completed treatment patients was 2.38 days and 5.46 days separately.

Out study revealed that the average costs for treating each drug abuser were estimated around NT \$72,118. In addition, it costs as NT \$53,903.58 and 34,342.03 to improve one unit of drug abuse severity for three and six months treatments separately. In terms of the quality of life, our study found that NT \$3,605,913 is needed to improve one unit for drug abusers.

Our study also contributes for future study in implementing the cost-effectiveness analysis among different treatment modalities.

Keywords : drug abuse treatment 、 cost-effectiveness 、 Addiction Severity Index 、 quality of life 、 risk factor of dropout.

目 錄

中文摘要.....	I
英文摘要.....	III
目 錄.....	V
表目錄.....	VII
圖目錄.....	VIII
第一章 前言.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究目的.....	4
第二章 文獻探討.....	6
第一節 藥物濫用及成癮之定義.....	6
第二節 藥物濫用之種類.....	9
第三節 藥物濫用引起之危害.....	12
第四節 藥物濫用現況及成本.....	17
第五節 藥癮戒治模式.....	19
第六節 經濟評估方法.....	28
第七節 人格特質與藥物濫用.....	39
第八節 文獻總結.....	41
第三章 研究方法.....	42
第一節 研究流程.....	42
第二節 研究架構.....	43
第三節 研究樣本及收案標準.....	44
第四節 治療模式.....	44
第五節 研究工具.....	47
第六節 成本效果評估.....	51

第七節 統計方法	56
第四章 研究結果.....	58
第一節 描述性統計	58
第二節 藥癮戒治成本評估	70
第三節 藥癮戒治效果評估	78
第四節 成本效果分析	87
第五節 敏感度分析	88
第六節 藥癮病患之人格特質	90
第七節 中斷治療之危險因子—邏輯斯迴歸	95
第五章 討論.....	103
第六章 結論與建議.....	110
第一節 結論	110
第二節 建議	111
第三節 研究限制	112
第七章 參考文獻.....	113
第一節 英文文獻	113
第二節 中文文獻	115

表目錄

表 2-1	各種被濫用物質之作用	11
表 2-2	相關國家藥癮戒治觀點及戒治模式比較	25
表 2-3	美國與我國毒品矯治處遇做法之區別	26
表 2-4	成本評估項目	32
表 2-5	國內外藥物濫用成本推估架構	33
表 3-1	藥癮戒治病患住院前檢驗檢查項目	46
表 3-2	藥癮病患住院時之心理治療內容	47
表 3-3	成本分攤基準	52
表 3-4	邏輯斯迴歸變項操作型定義	57
表 4-1	藥癮病患基本資料—連續變項	61
表 4-2	藥癮病患基本資料—類別變項	61
表 4-3	藥癮病患藥物（含酒精）使用情形—連續變項	65
表 4-4	藥癮病患藥物（含酒精）使用情形—類別變項	65
表 4-5	藥癮病患法律狀態—類別變項	67
表 4-6	藥癮病患精神狀態	69
表 4-7	食宿成本分析表	73
表 4-8	藥品費用分析表	74
表 4-9	每位藥癮患者之戒治成本分析表	77
表 4-10	成癮嚴重度的三次測量結果	79
表 4-11	SF-36 各構面之 Cronbach's α	81
表 4-12	SF-36 經重複校正後相關與其他量表相關之比較(n=128)	81
表 4-13	SF-36 各次量表的幅合效度及辨別效度	83
表 4-14	SF-36 的三次測量結果	85
表 4-15	3D 轉換結果	86

表 4 - 16	敏感度分析之項目及範圍	88
表 4 - 17	成本項目敏感度分析	89
表 4 - 18	效果項目敏感度分析	89
表 4 - 19	艾森克人格量表各構面之總分與其題目間的相關性	90
表 4 - 20	艾森克人格量表之幅合與辨別效度	91
表 4 - 21	完成及中斷治療患者之人格特質測量結果比較	93
表 4 - 22	人格類型分佈表	94
表 4 - 23	邏輯斯迴歸之虛擬變項	96
表 4 - 24	邏輯斯迴歸分析表	101

圖目錄

圖 3 - 1	前瞻式研究設計	42
圖 3 - 2	研究流程圖	43
圖 3 - 3	研究架構	43
圖 3 - 4	草屯療養院之藥癮戒治模式	45
圖 3 - 5	Eysenck 四種性格類型	51
圖 4 - 1	成癮嚴重度的三次測量結果	79
圖 4 - 2	SF-36 的三次測量結果	85
圖 4 - 3	3D 轉換的三次結果	86

第一章 前言

第一節 研究背景

社會經濟的多元發展，雖然帶來富庶的物質生活，但亦衍生諸多社會問題，毒品、幫派及黑槍同列台灣治安的三大毒瘤，其中尤以毒品的危害最為深遠（92年反毒報告書，2003年）。毒品濫用消耗的大量的社會資源，造成健康傷害、就業困難、生產力減損等不良影響，而且導致許多社會事故，如車禍、搶劫、殺人放火、傷害、妨礙風化等，據此，各國無不賣力對抗毒品問題（蔡鴻文，2002年）。

根據法務部資料顯示，我國毒品施用經裁判確定執行案件有罪人數自民國九十一年度的 11,856 人增加至民國九十二年的 12,677 人，增加率為 6.9%（法務部，2004 年），使用者分佈各年齡層，並以正值國家中堅之青壯年期的 24 歲至 40 歲為最主要毒品使用族群，對我國國民經濟生產力之傷害及身心之危害實是無以名之。另外，由於施用毒品一旦成癮後，有著戒斷困難的不良影響，致毒品罪犯具毒品前科的累、再犯人數一直居高不下（蔡鴻文，2002 年）。

藥物濫用除了導致藥物濫用者其身心健康損害，亦會增加社會犯罪，同時將造成社會付出相當高的代價，除了醫療戒治與司法矯治費

用的直接成本之外，另包含藥物濫用者因身體不適或監禁被捕而導致生產力損失、甚至連累家人及其他無辜人士等間接成本(李志恆,1998年)。

台灣自民國 84 年起開始實施全民健康保險後，人民取得醫療資源之公平性雖然增加，但醫療服務之品質及效率卻逐漸下降(王榮德,2000年)。國內醫療費用在近幾年中急劇上昇，至民國 89 年底醫療費用申報總金額已上昇至 2,968 億，上漲了 81%(全民健康保險統計,2001年)，成本控制及有效資源利用成了當前醫療照護領域一個相當重要之議題。藥癮病患已為國家帶來許多社會成本，再加上龐大的戒治醫療成本，因此國內急需一套花費最少資源、得到最好成效的藥癮戒治模式，以減少因藥物成癮所帶來的沉重成本。

藥物濫用及成癮是當今台灣地區重要的社會問題，藥癮戒治的主要目標即為協助成癮者免除毒品的控制，早日回歸社會，發展其社會功能(84年反毒報告書,1995年)。民國 87 年經醫界與司法界的研商達成共識，已將吸毒者定位為「病犯」，採取「治療勝於處罰」、「醫療先於司法」之措施，建立「生理解毒」、「心理復健」及「追蹤輔導」三階段戒癮體系，有效提升戒癮品質，積極協助民眾遠離毒害(92年反毒報告書,2003年)。

然而，藥癮戒治牽扯層面甚為廣泛，不僅涵蓋醫療，亦包括對吸毒者之勒戒、矯治、觀護、更生保護、預防宣導及轉介照會等工作（82年反毒報告書，1993年）。為了有效治療及預防藥癮復發的功能，藥癮戒治應朝著強化成癮者戒癮動機及實施有效的藥癮治療模式等方向努力。再者，隨著精神醫學的發展，社會對於物質濫用的成癮者已不再僅是用道德標準來論斷其行為，更多的研究在於瞭解其是否有特定的成因：如人格的問題、社會環境的必要條件、因應模式的不健全、基因的缺陷...等，「疾病」的觀點也因之帶入物質濫用的治療過程中，認為成癮歷程就像慢性疾病的發展，是屬於複雜且需長期處理的問題（蔡震邦，2004年）。

雖然毒品的藥理性質與作用情形，早已為各實務、學術與教育機構廣為研究與探討，甚至對於藥物濫用者的藥物使用情形及身、心理狀況影響之相關研究，均多有著墨（蔡鴻文，2002年）。但國內仍缺乏藥癮戒治效果相關的實證研究，亦尚未建立最有效且一致之藥癮治療模式，各戒治機構所執行之戒治方式僅只參酌國內外的相關研究，各自進行其藥癮戒治。然而在眾多機構多樣的治療模式中，治療成效究竟如何？何者為較經濟、有效的治療模式？皆尚未被定義出來。（84年反毒報告書，1995年）

在建立有效且一致的藥癮治療模式之前，需先建立一套成本效果之評估模式，過去雖已有「台灣本土藥癮治療模式的建構與成效衡量」（吳就君等，1998年）及「凱旋模式—勒戒治療之成效評估」（楊寬弘，1994年）等研究，來衡量戒治模式的成效，但這些研究只針對藥癮病患的療效進行評估，並未加入戒治成本。李志恆等人於民國86年及民國87年進行藥物濫用之在監費用與醫療費用比較分析，研究結果顯示，「全院」每人每次就醫之單位成本為1,296元，「成癮收治單位」每人每次就醫之單位成本為200元，「負責收治者」每人每次就醫之單位成本為45,929元。

第二節 研究目的

在有限的資源之下，醫療資源必須做最適當的分配，因此台灣必須建立一套適切的藥癮戒治成本效果評估模式，透過評估各種藥癮戒治模式的實質成效。本研究首先評估草屯療養院藥癮戒治急性解毒之成本效果，期望提供未來研究者比較國內其他藥癮戒治模式之戒治成本效果，亦可提供將來藥癮戒治政策制訂及藥癮戒治單位經營管理上的參考。研究目的整理如下：

1. 評估藥癮治療者於急性解毒戒治期間於治療上的總花費。
2. 評估藥癮治療者於急性解毒戒治後所獲得的治療效果。

3. 探討藥物濫用者之生活品質(Quality of Life)。
4. 評估個案醫院急性解毒之藥物戒治成本效果。
5. 探討急性解毒藥癮戒治患者中斷治療之危險因子。

第二章 文獻探討

第一節 藥物濫用及成癮之定義

根據世界衛生組織所公佈之「國際疾病分類系統(ICD)」，1950年時所採用的名稱為「藥物成癮」，將其定義為：「藥物成癮者，是由於反覆使用一種天然或合成藥物，所造成有害於個人和社會的一種週期性或慢性中毒狀態。」

1965年，世界衛生組織以「藥物依賴(drug dependence)」取代藥物成癮或藥物成習(drug habituation)等現象，並將其定義修訂為：「具生命之個體與某種藥物間交互作用的結果，必須藉著持續性、週期性或強迫性地重複使用該藥物，來達到某種心理的舒快感受，或避免斷癮後身體上之不適感」(胡萃玲，1997年)。

李孟智於「藥物濫用的防治(上)」一文中提及，藥物是為治病而用，如果不是以醫療為目的或未經醫師處方使用，僅為了滿足自己的需要，即使明知用藥後會產生一些不良反應，如傷害個人健康、社會功能、職業適應，甚至危害社會，依然過度用藥，即為藥物濫用。若是為了獲取某種藥物帶來的精神效果，或為了避免沒有服藥時會產生的不舒服，以致無法克制地強迫自己週期性或連續性使用該藥物

時，即可稱為藥物成癮(drug addiction)或藥物依賴(drug dependence)；所謂成癮包括「生理依賴(physical dependence)」及「心理依賴(psychological dependence)」兩種。有些藥物會改變身體的生理功能，一旦停藥體內會失去平衡，會產生種種不舒服的症狀，醫學上稱為「戒斷(withdraw)症候群」，這些藥物經常在使用一段時間之後，必須增加用量才能達到原先期望的效果，即已產生「耐藥性(tolerance)」。心理依賴則是因為用藥後會產生鬆弛、止痛或欣快感，為了追求這些效果而繼續依賴此藥物（李孟智，1994年）。

美國 1952 年所公佈的「精神疾病診斷與統計手冊」第一版(DSM-I)將此類問題稱為「藥癮(drug addiction)」，於 1968 年的第二版診斷標準(DSM-II)中又稱之為「藥物依賴(drug dependence)」，到了 1980 的第三版診斷標準(DSM-III)則改稱為「物質使用違常(substance use disorders)」，而到 1994 年第四版診斷手冊(DSM-IV)又改稱為「物質關聯病患(substance-related disorders)」(董淑玲，2000年；孔繁鐘等，1997年)。

國際疾病分類第十修訂版(ICD-10)將此類問題稱為「成癮症候群」，是指因為許多生理上、行為上及認知上的現象，使得藥物（或物質）使用者會更優先地去使用這些藥物（或物質）。成癮症候群最

主要的描述特徵就是：常常有一種強烈的、超越一切的渴望想去使用精神作用物質（此藥物可能是或不是醫師的處方）、酒精或香菸。其診斷準則如下，而個案必須在過去至少具有下列三項以上的特徵（陳家雯，2003）：

1. 強烈的慾望或強迫感想要使用此藥物（物質）。
2. 無論是在開始使用、停止使用或者用量方面都非常難以克制。
3. 當此藥物（物質）一旦停用或減少使用時，會產生生理上明顯的戒斷症候群；或者在戒斷症狀時，會再用同樣（或同類）的藥物（物質）以緩解或避免其戒斷症狀。
4. 耐藥性的產生，也就是說必須增加精神作用物質的劑量才能達到其原先較低劑量時會出現的效果。
5. 因為使用精神作用物質而逐漸地對其他的娛樂失去興趣；必須花更多的時間在得到或使用此藥物（物質），或者得花更多的時間才能從此藥物（物質）的作用中清醒過來。
6. 即使有明顯對身體有害的證據，仍然要繼續使用此藥物（物質），此有害的結果包括：過量飲酒導致對肝臟的損害、藥物（物質）的大量使用產生憂鬱的情緒，或是因使用藥物（物質）引起認知功能的減退。

「藥物濫用」是指違反正當醫療用途及社會規範而自行使用藥物的行為，其不僅危害健康，亦造成社會極大的損害（李志恒，1998年）。或指不是為了醫療目的，在不經醫師處方或指示的情況下，經常過度的強迫使用某種藥物，其程度足以傷害個人健康，影響其社會及職業適應，甚至危害社會秩序者（楊秋月等，1998年）。在我國，根據行政院衛生署麻醉藥品經理處於民國82年所採取的定義為：「非以醫療為目的，在不經醫師處方或指示的情況下，過量或經常使用某種藥物，以致傷害個人健康或社會安寧秩序」（董淑玲，2000年）。

綜合上述，包括抗生素、減肥藥物、毒品等，只要符合上述定義，任意使用藥物均可稱為藥物濫用。但本研究所採用之藥物濫用定義僅為濫用國內常見之藥物者，包含：鴉片(opium, 嗎啡、海洛因)、大麻(cannabis)、古柯鹼(cocaine)、安非他命(amphetamine)、幻覺劑(PCP)，LSD、巴比妥鹽酸類(barbiturates, 紅中、青發)、強力膠(glue)及有機溶劑等。

第二節 藥物濫用之種類

理論上，任何藥物都可能被誤用、濫用或成癮，但是一般所謂的藥物濫用主要包括所有能產生精神作用的物質。其中有些是合法的，

如：酒精、香菸；也有一些合法但限於醫師處分的，如：鎮靜劑及某些興奮劑；還有一些則是非法的，如：鴉片、速賜康、紅中、青發、安非他命等（李孟智，1994年）。

世界衛生組織(W.H.O)將濫用毒品分為四類（蔡鴻文，2002年）：

- (1)麻醉劑類(Narcotics)——如鴉片、嗎啡、海洛因、美沙冬(methadone)、可待因(codeine)、配西汀(pethidine)、速賜康(pentazocine)等。
- (2)抑制劑類(Depressants)——如酒精、紅中、青發、白板(methaqualone)、巴比妥酸鹽、非巴比妥酸鹽、benzodiazepines等。
- (3)迷幻劑類(Hallucinogens)——大麻、LSD、天使塵(phencyclidine, 俗稱 PCP)、Mescaline、MDA、MDMA、DOM、DOB 等。
- (4)興奮劑類(Stimulants)——安非他命、甲基安非他命、古柯鹼(cocaine，又名高根)、抑制食慾減肥藥等。

麻醉劑類藥物會抑制人的神經傳導物質運作，其主要作用是控制情緒、產生愉快、放鬆、滿足，並且控制身體自動的行為如呼吸、咳嗽，使咳嗽停止、呼吸減慢，在脊椎的傳送痛楚信號方面則是阻塞信號傳送，忍受更大痛楚，使用後使人陶醉、茫然、興奮、欣快感。抑制劑類藥物可引起精神弛怠、言語模糊障礙、嗜睡、運動失調、鎮靜、慵懶無力、愉快放鬆等作用。迷幻劑吸食者會出現精神病的症狀，包括幻覺、現實失真感、夢幻狀態及人格退化。興奮劑類藥物主要為激

發中樞神經及透過一些神經傳導介質(E.g. dopamine, NE)的釋放，令精神欣快、興奮及抑制食慾之作用（李孟智，1994年；蔡鴻文，2002年）。Nicholi(1978)曾經將一些常用毒品之耐藥性、心理依賴性及生理依賴性彙整比較（如表2-1）。

表 2-1 各種被濫用物質之作用

藥物種類	耐藥性	心理性依賴	生理性依賴
安非他命 (Amphetamines)	++	++	0
巴比妥鹽(Barbiturates)	++	++	++
咖啡因(Caffeine)	++	+	0
Librium (Chlordiazepoxide)	+	++	+
古柯鹼(Cocaine)	+	++	0
麥角酸二乙胺(LSD, Lysergic acid diethylamide)	++	++	0
大麻(Marijuana)	+	+	0
尼古丁(Nicotine)	+	++	+
嗎啡(Morphine)	++	++	++

資料來源：Nicholi, A.M. Jr. (ed) The Harvard Guide to Modern Psychiatry, Chapter 27, p.568, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1978.

我國之「毒品危害防治條例」(民國 92 年 07 月 09 日修正)中明確將毒品依成癮性、濫用性及對社會危害性分為四級加以管制，其各等級區分如下。

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。

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。

綜合上述，藥物濫用依不同的分類基準有許多不同的分類方法，本研究則採用國內「毒品危害防治條例」之分類，但相同的是這些藥物都會造成人體家庭及社會的危害，以下將探討藥物濫用所帶來的各種危害。

第三節 藥物濫用引起之危害

許多研究皆顯示，藥物濫用會影響個人的身體與精神狀況、心理、與家人的關係、人際關係、職業功能及使人犯法（程玲玲，1992年），且社會適應較差（王昭淳，1991年），Casemore(1990)亦指出藥物不只有振奮情緒的功效，還會對認知與行為有影響，三者的改變是互相連結的（楊惠婷，2001年），以下分別整理藥物濫用對個人、心理及家庭社會的影響。

一、藥物濫用對個人生理的影響

藥物濫用對人體產生的危害主要有三種：用藥不良反應、急性過量中毒反應及戒斷症狀，皆可能危及生命安全。長期濫用藥物成癮物質會引發中樞神經系統的中毒，而產生譫妄、失憶、妄想、幻覺等精神症狀。藥物濫用者容易發生意外事故，降低工作或學習效率（陳建仁，1995年）。更有吸毒者因使用不潔針頭或共用針頭，而感染如肝炎、愛滋病或全身性細菌感染等（程百君，1999年）。綠十字健康網（2004年）曾經整理濫用藥物對身體各部位之影響：

1. 呼吸器官：如大麻、古柯鹼、強力膠等可導致肺水腫、肺炎。
2. 心臟血管系統：如安非他命可導致虛脫、發燒、錯覺、全身性痙攣等，最嚴重的併發症是引起心內膜炎而導致死亡。
3. 消化系統：由於藥物副作用導致消化系統功能不良，如：腸蠕動不佳導致便秘。
4. 神經系統：導致腦部思考、感覺、語言、記憶功能減退。
5. 肝臟：產生肝炎或肝衰竭併發症。
6. 泌尿生殖系統：有研究指出吸食海洛因會造成女性性冷感；

使用大麻會減少男性精蟲數目與男性荷爾蒙。

二、藥物濫用對個人心理的影響

藥物會改變人的思考、感覺和反應。有的藥物使人陷於意識模糊狀態，影響從事需要持久注意力、精細操作、高度思考及記憶的事務的能力，但藥效過後的後遺症，一樣也會影響工作與學習效率。會造成焦慮、沮喪，據研究發現，吸毒者 85%有人格失調（如被動不積極依賴易衝動逃避現實）的現象。

根據 Siegel(1995)指出，攝取情緒替代物的直接結果，使藥物濫用與暴力之間可能產生精神藥物學(psychopharmacological)的關係，例如實証上顯示使用天使塵(PCP)、安非他命等急劇的藥劑(doses)，可能產生暴力、攻擊行為（江振亨，1999年）。

藥物易使吸毒者情緒變的極不穩定，容易焦慮、喜怒無常無法自我控制，對自己的形像也愈加不滿，而進貶低自我價值，形成性格上的扭曲，在憂鬱、疑心、自卑、不安及攻擊性方面會異於常人（傅仲民，1995年）。

三、藥物濫用對個人家庭生活及社會的影響

藥物濫用除對生、心理的影響外，還會影響個人家庭生活及社會，使用藥物者其非使用藥物朋友日益減少甚至最後失去正常的朋友，其學業不佳甚至輟學，無法工作面臨無錢買藥而不得不以非法手段(例如竊盜、搶奪、強盜、販毒等)來取得買藥的金錢來源，將全部心力放於如何取得藥物，並逐漸成為社會退縮的一員，形成個人破產，家庭破碎、犯罪入獄甚至走上死亡的不歸路（江振亨，1999年）。

藥物濫用者也常沈溺於使用藥物快感，對生活缺乏計畫，提不起精神去工作讀書或做家事，同時也會對家屬、親友及同事造成莫大的影響。藥物的作用使一個人的自我控制能力降低，容易產生人身攻擊的犯罪行為，而在成癮之後為了維持藥物來源，常被黑道人物控制，犯下不法勾當，在社交關係方面，無法和親人、朋友保持親密關係而日漸疏離，最後則因缺乏正常的社交活動而變得孤立退縮。安非他命會產生幻想症、衝動行為而引發犯罪動機。

藥物濫用使一個人無法發揮正常社會功能，也會引起親人的關心和擔心，在百般勸阻仍不能改變這種行為時，則破壞親屬間

原有的和諧，引發彼此不滿的情緒，父母懷疑子女的成就並感到失望。

綜上所述，藥物濫用者的偏差行為使身心，人際關係受到很大戕害，面對失敗的工作，破裂的家庭關係和周遭朋友的輕視，產生更大的挫折與壓力。在痛苦掙扎下，再度尋求藥物做為逃避的方式，本來期待暫時忘卻痛苦，反而使情緒困擾及人際困難變得更為嚴重，形成惡性循環，由此可知藥物濫用之危害深遠。

第四節 藥物濫用現況及成本

毒品是台灣治安三大毒瘤之一，儘管立法嚴禁國民吸毒，但近幾年來毒品犯罪日趨嚴重。根據周碧瑟教授（1999 年）所作之調查研究結果顯示，台灣地區在校青少年用藥盛行率為 1.0%~1.4%；八十五年台灣衛生教育研究所針對國內國、高中生的抽樣訪問調查研究發現，約有 1%的國中生、1.1%的高中生及 3.7%的高職生曾使用過毒品；而在醫療勒戒處所方面，省立草屯療養院自民國 76 年至民國 82 年 8 月煙毒勒戒中心共收治藥物濫用/依賴成癮者 1,137 人，其中 15~19 歲佔 37.2%，20~24 歲佔 14.3%，25~29 歲佔 19.3%（陳朝炆，1993 年），顯示藥物濫用問題之嚴重性。

而在藥物濫用引發之成本國內研究並不多，李志恒等學者（1997、1998 年）針對藥物濫用之在監費用與醫療費用的研究結果指出，戒治期間的直接成本：全院平均每人次（人日）單位成本為 1,296 元、「負責收治者」平均每人次（人日）單位成本為 45,929 元、「一般監獄」、「明德戒治分監」及「少年輔育院」人犯平均每人日單位成本分別為 231、372 及 761 元；而戒治期間的間接成本為 76,904,128 元，平均每人約為 937,855 元。Rice 等人以盛行率為基礎及人力資本法，估計 1985 年美國因藥物濫用（不包括酒的濫用）造成之總經

濟成本為 441 億美元；Collins 等人(1991)推估 1988 年澳大利亞因藥物濫用（包括菸、酒與非法藥物）的經濟成本為 14.4 億澳幣；Single 等人(1995)估計 1992 年加拿大非法藥物(ill drug)的總成本為 13.7 加幣；行政院衛生署疾病管制局以會計成本作為推估模式，推估民國 85 年國內藥物濫用導致醫療及監所的直接與間接成本約為 104.9 億，這些社會成本將由全民共同支出，且除上述有形成本外，如再加上無形的社會成本，如心靈層面與生活品質，則藥物濫用之社會成本將更為驚人（程百君，2001 年）。在美國於 1988 年對藥物濫用的經濟成本估計約為 583 億美元，其中有 30%是藥物濫用所造成的犯罪成本，而 32%是犯罪者其生產力損失(Rice et al, 1991)；Rice 於 1995 年再次進行評估，所估計的藥物濫用經濟成本約 1,142 億美元(Rice,1999)；此外，澳洲政府也曾於 1992 年做過酒精、菸草、藥物濫用的社會成本評估，其中因使用非法藥物而產生的社會成本損失，總計約 16 億 8 千 4 百萬美元(Collins & Lapsley, 1996)。

由此可見藥物濫用所造成的社會成本損失是相當龐大，所以我們需要有個良好的成本效果模式以作為藥物濫用治療的經濟分析，藉此可提供公共衛生政策者或個人在進行治療模式評估之決策參考。

第五節 藥癮戒治模式

有關藥物濫用與依賴的藥物治療，目前國內可分為下列四個階段：1.急性中毒的處理；2.戒除藥癮後的持續性治療，目的在於防止患者再服用藥物；3.藥物戒斷症候群的防治；4.與藥物濫用問題相關的精神疾病之治療。

由於藥物濫用及依賴而導致急性藥物中毒時，首先要設法維持呼吸及心臟循環等功能的適當運作，然後可以採下列藥物進一步治療：(1)投以催吐劑及瀉劑將腸胃中的藥物移除；(2)投以活性炭以減低藥物的吸收，特別是針對會由肝腸循環回收的藥物；(3)解藥：鴉片類藥物及安非他命等都有其特有的解毒劑，例如 Naloxone 可以對抗嗎啡中毒所產生的呼吸作用之抑制，而抗精神病藥物則可用於安非他命中毒；(4)增加排泄作用的藥物，例如：在安非他命中毒時，使用大量維他命 C，可以促進藥物由酸化的尿液排出體外；(5)若有抽搐現象，則需使用抗痙攣藥物治療。當藥物戒斷症候群的急性期過去以後，如何進行維持性治療，則視濫用之藥物種類不同而有差異，主要仍以心理社會層面的處理為主，藥物治療大多是輔助性(李孟智，1994年)。

台灣於 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，戒毒政策亦改弦更張，採取「治療勝於處罰」、「醫療先於司法」之理念，將吸毒犯認定係兼具「病人」與「犯人」雙重特性之「病犯」。對於初犯施打毒品罪者「有條件除刑而不除罪」，予以觀察勒戒後如認為無繼續施用毒品之傾向者，由檢察官予以不起訴，如有繼續施用毒品傾向，由檢察官向法院聲請予以強制戒治以戒除心癮，戒治情形良好即可免入監獄執行徒刑。

因此，矯正機構對施用毒品者的戒毒程序分為二階段：在勒戒處所進行生理勒戒，在戒治所進行心理戒治及社會復健（任全鈞，2003年）。而目前在台灣使用的治療模式有（蔡長哲，2001年）：

（一）治療生理成癮：住院解毒治療，以藥物治療藥癮的戒斷症狀，

本地多數從事藥癮治療的醫療院所只提供本項治療。

（二）治療心理成癮：

1. 多模式的門診治療計畫：在美國，這是針對成癮不深且社會心理支持系統較完整的病人而設計的治療計畫，可提供驗尿、衛教、藥物諮商、心理治療及家族治療等治療性活動。在台灣，則以台北市立療養院的象山學園計畫屬於類似的治療模式。

2. 治療性社區：在美國，這是一種長期的社區治療模式，提供可供居住 9-12 個月的環境，以自助方式協助藥癮患者重建人格及生活型態。社區中的工作人員通常為戒毒成功者，社區有階級層次的劃分，新進人員只能從事最初級的工作。在台灣，「晨曦會」及「主愛之家」所從事之福音戒毒模式應屬類似的治療模式。
3. Naltrexone 戒癮計畫：Naltrexone 為嗎啡的拮抗劑，給予某些藥癮病人口服 Naltrexone 並且配合給予認知技巧的訓練之後，可以協助病人維持戒癮狀態。目前，台北市立療養院正進行此種治療模式之研究，但參加者需自費。
4. Buprenorphine 戒癮計畫：buprenorphine 為嗎啡的半拮抗劑及半促動劑(partial antagonist and partial agonist)，由於大多數鴉片類藥物成癮者會有渴癮(Craving)的現象，buprenorphine 則具有消除渴癮的效果。
5. 預防復發：這種治療模式合併行為改變技術及認知學習技巧，來協助病人維持不用藥的狀態。在實際運用上，先找出造成疾病復發的高危險情境，例如負向情緒狀態、人際衝突或社交壓力，再針對病人的個別情境給予認知行為技巧的訓

練，增進病人自我肯定的能力，一旦病人有一次克服高危險情境的經驗之後，提升自我信心，就可降低疾病復發的可能性。

國內參與戒毒工作之機構分為醫療、宗教、矯正及觀護等四大體系（任全鈞，2003年），目前已發表之國內藥癮戒治之模式如下（反毒報告書，2003年）：

■ 台北市立療養院藥癮治療模式

提供藥物治療、行為治療衛生教育與法律諮商，分三階段進行追蹤治療及評估戒癮效果，並施以心理治療、家庭會談、尿液篩檢及追蹤治療。藉由長期復健追蹤，提高藥癮病患自我照顧能力，減少再度使用毒品。

■ 衛生署草屯療養院藥癮治療模式

透過門診治療、住院及建議轉介至民間輔導機構等方式，進行急性解毒、持續的心理輔導及社會復健，並針對出院藥癮病患建檔及電話追蹤，瞭解個案出院後之交友情形、生活適應、工作狀況、與家人互動關係及有無再使用毒品等問題。

■ 高雄市立凱旋醫院的成癮戒治模式

以成癮科病房短期住院輔以門診追蹤治療為主，分為解毒階段及戒毒階段，配合心理治療、家族治療、演劇治療、產業治療及作業治療，於出院後以藥癮特別門診追蹤治療。除了評估治療效果外，並探討與藥物再度使用的相關因素。

針對住院海洛因成癮病患，運用「臨床路徑」的觀念使醫療處置流程標準化，研訂各專業治療項目之執行流程，透過討論協商，並考慮治療者之時間、病患的作息與接受度等因素，設計出整合性施行架構，提供完整的照護品質。

■ 財團法人基督教會基督教會晨曦會之福音戒毒模式

其戒毒方式以宗教戒毒、治療社區、全人康輔、全人輔導方式，幫助戒毒者擺脫舊有環境的牽制，再由聖經課程、行為規範、心理輔導及過來人之生命榜樣帶領，進而淨化心靈、心意更新，加強社會關係及技能訓練，以身、心、靈、社會完全康復的健康生命。

■ 財團法人台灣基督教花蓮主愛之家福音戒毒模式

採「社身心靈全人治療」，藉著社會（社會關係）、身體

(規律的作息)、心理(諮商及團體治療)的復健及靈性(宗教教育)的啟發，達到全人治療的效果。強化認知思考能力、重整價值觀，並透過過來人的輔導及支持，使學員在被愛與接納的氣氛中，學習新的社會關係，戒除毒品。

■ 財團法人基督教沐恩之家福音戒毒模式

結合精神醫學專業、心理輔導、福音戒毒管理模式及社工參與，透過福音戒毒、過來人的帶領及生命重建信仰的建造、回歸社會的技職訓練，逐漸轉型為農場式戒毒村，使其學習自我肯定及尋回自我價值，增強戒癮動機，主動戒治、回歸家庭及社會。

關於各國對於藥物成癮者的處遇方式，國內已有許多相關文獻詳細闡述之，例如：吳就君等學者(1998年)比較台灣、美國、香港及新加坡之戒治觀點及戒治模式(如表 2-2)；江振亨(2000年)將美國、香港、新加坡、中國、日本、英國、法國、瑞典等國外各國關於藥物濫用者戒治處遇模式作詳細說明；林健陽等學者(2002年)比較美國與台灣毒品矯治相關措施之不同(如表 2-3)。

表 2-2 相關國家藥癮戒治觀點及戒治模式比較

	台灣	美國	香港	新加坡
觀點	犯罪行為 ¹	吸毒為生病行為 販毒為犯罪行為	吸毒為生病行為 販毒為犯罪行為	犯罪行為
專責機構	衛生署中央反毒 會報戒毒組	SAMHSA ² 、 ANIDA ³ 、各州政府	ACAN ⁴	SANA ⁵ 、內政部
治療機構	1. 公立煙毒勒戒 單位 2. 一般醫療機構 3. 私人戒毒診所 4. 宗教團體	1. 醫院戒毒中心 2. 社區診所 3. 治療性社區	1. 公家專門機構 2. 懲戒署 3. 民間戒毒會 4. 宗教團體	1. 戒毒改造中心
治療模式	發展中	政府、民間機構、 社區、學校結合之 模式	政府、民間機構、 社區結合之模式	由政府處理，未結 合民間及社區
治療特色	1. 有生理、心理、 社會相互配合 的雛形 2. 民間宗教團體 力量的加入 3. 無 MMTP 4. 主要治療者為 醫師及護士，部 分有治療團隊 的形式	1. 多元性整合計 畫 2. 治療性社區 3. 有 MMTP 4. 醫師只負責急 性解毒工作，以 社工及心理治 療師為主要治 療者	1. 多重治療模式 2. 治療性社區 3. 有 MMTP 4. 民間機構負有 宗教色彩 5. 以社工及心理 師為主要治療 者 6. 提供財務或法 律難題的服務	1. 單一治療模 式，政府法令絕 對不可用藥 2. 無整合性社區 機構 3. 無 MMTP 4. 醫師負責很少 5. 嚴格的追蹤管 理
費用	自費	保險給付補助	公費制度	公費制度

資料來源：吳就君、楊寬弘、蔡春美、施燦雄、周立修、余伍洋、林俊輝、陳原保，臺灣本土藥癮治療模式之建構及成效，中華心理衛生學刊，11(1)：11-32，1998年3月。

註 1：1998年5月施行之「毒品危害防治條例」，將吸毒犯認定為「病人」。

註 2：SAMHSA—Substance addiction and Mental Health Services Administration

註 3：NIDA—National Institute on Drug Abuse

註 4：ACAN—Action Committee Against Narcotic

註 5：SANA—Singapore Antinarcotics Association

表 2-3 美國與我國毒品矯治處遇做法之區別

	美國	我國
戒治計劃	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院及門診解毒計劃 2. 美沙酮治療計劃 3. 治療性社區遇處計劃 4. 門診諮商計劃 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 象山學園長期復健追蹤治療藥癮治療模式 2. 煙毒勒戒模式 3. 環境社身心靈全人治療 4. 受保護管束人之藥物濫用社區矯治及復健模式研究計劃—非機構式遇處之戒毒教育訓練
藥物濫用流行趨勢、成因等資料之統計分析	藥物濫用報告計劃(DARP)、處遇結果預測研究(TOPS)	藥癮流行病學調查,「建立全國藥物濫用通報系統」
施用替代藥物以矯治藥癮	<ol style="list-style-type: none"> 1. 美沙酮(Methadone) 2. 毒品拮抗劑拿淬松(Naltrexone) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 拿淬松(Naltrexone): 價格不低廉, 在推廣上有其限制。 2. Buprenorphine: 正進行長期維持治療可行性的研究。 3. clonidine: 國內目前使用此藥物。
社區處遇做法	公民承諾、街頭犯罪遇處選擇(TASC): 採用多樣性的解決方式, 包括延緩起訴、創造性的社區式判決、事先或事後的審判介入	在觀護體系執行的戒毒復健課程之設計, 力求「本土化」以外, 亦注意「區域化」, 並依保護管束毒癮者之成癮程度, 分級分班實施。
毒品戒治成功的定義	生活上有毒品戒除、經濟性的製造、有生產能力以及反社會行為消除方面的改變。	尿液呈現陰性反應、社會及家庭生活適應與預防復發, 不再吸毒。
對於純毒品吸食者的認定	吸食古柯鹼或海洛因的毒犯被宣判服刑後應該接受戒治計劃, 不論是採用自願或強制的辦法, 因此毒品吸毒者屬於犯罪者, 且須矯治。	將「毒犯」、「毒患」合併為「病患性犯人」。制訂一個規定: 以勒戒、強制戒治方式戒斷毒癮, 若不繼續再施用毒品, 則以不起訴處分、不交付審理裁定。

資料來源(節錄): 林建陽、黃啟賓, 毒品矯治與成效策略之探討, 中央警察大學學報, 第 39 期, 291-322 頁, 2002 年。

綜觀上述研究，各國戒治模式之不盡相同，乃源於各國立法上之差異，而所有戒治模式皆有其效果，但何種戒治效益最佳至今仍未有定論，本研究因此希望藉由評估急性解毒戒治方式的效果，作為將來與其他戒治模式比較之基礎。

第六節 經濟評估方法

以經濟學的分析方法，在經濟學的文獻中，主要有三種不同的分析方法：經濟評估(economic appraisal)、實證性分析(positive analysis)與規範性分析(normative analysis) (Drummond, 1994；蘇顏洲，2003年)。其中「規範性分析」是用來研究某些措施到底該不該執行，涉及價值判斷，例如：新台幣該不該貶值；而「實證性分析」是研究什麼樣的假設前提，就會發生什麼樣的結果，只有邏輯推導而不涉及價值判斷，例如：分析如果新台幣貶值，會發生哪些情況？詳細的來說，如果新台幣貶值，透過實證性分析，可以知道會加強出口的競爭力，而對進口不利。到底該不該貶值？則需要使用規範性分析，因其牽涉決策者之價值判斷，視其認為出口及進口何者較重要；「經濟評估」則為一種探討資源分配是否有效的工具，主要是衡量投入(input)與產出(output)作一連結形成一比率值(output/input)，也就是每投入一單位可以有多少產出的概念，在決策的過程中，以最少投入最高產出為優先次序的依據(Drummond, 1994)。

Drummond(1997)將衛生照護經濟評估的方法，依照是否同時考量「成本與結果均評估」與「兩種以上方案的比較」兩面向，分成了完整與不完整經濟評估兩類。雖然「成本效益(cost-benefit)」或「成

本效果(cost-effectiveness)」的概念已有數百年的歷史，正式使用這些概念來作分析是自二十世紀才有的，尤其在商業界中發展的更是蓬勃。至於這概念用在醫學界，大約是自1960年代起，在當時主要成本效益與成本效果分析的研究主題，是有關末期腎臟疾病的照護方面(Petitti, 2000；蒲若芳，2002年)。

完整的經濟評估方法包括：「最小成本分析(cost-minimization analysis)」、「成本效果分析(cost-effectiveness analysis)」、「成本效用分析(cost-utility analysis)」、「成本效益分析(cost-benefit analysis)」等四種(Drummond, 1997)。

不同的介入方案如果有相同的結果，則可直接比較成本的大小，此稱為「最小成本分析法」。視結果指標的選擇不同，以自然單位(如死亡數、人年等)為結果指標者，稱之為「成本效果分析」；將結果指標由自然單位轉換為效用者，稱為「成本效用分析」；若將結果指標由自然單位轉換為貨幣單位者，稱為「成本效益分析」。以自然單位為結果單位，只能比較研究中各方案的相對優劣(productive efficiency)；而以效用為單位的成本效用分析，因為其結果指標可以跨研究、跨疾病比較，除了productive efficiency之外，還具有allocative efficiency (Palmer et al., 1999; Palmer & Torgerson, 1999)。

而成本效果分析(cost-effectiveness)是指經濟評估同時要觀察成

本及效果兩大部份，以成本效果比（效果/成本）或增量成本效果比為最終指標（蒲若芳，2002年），即投入每單位之成本可產出多少效果或每產出之效果需花費多少成本。成本係以「金錢」作表示，為所謂之「效果(Effectiveness)」，則是只用實際指標、自然單位(Natural Unit)作計量，例如執行之方案可拯救多少生命年(Years of Lives Saved)、增加幾年生命年(Life Years Gained)或係多少件疾病案件獲避免等(Drummond et al., 1987)。成本效果分析為醫療、衛生決策者常用以協助制定決策之工具，可於衛生機關或醫院限於經費預算及資源之分配下，選擇最好之決策，以發揮資源分配之最大效用。

一、成本評估

一般「成本」皆化以「金錢」之單位表示，可知每單位成本帶來多少效果，至於成本之計算一般分為兩部分：直接成本(direct cost)與間接成本(indirect cost)，與成本會計所定義之成本是不同的。直接成本是指醫療資源所消耗之成本，間接成本則指人們因生病而影響社會生產力減少所需之成本（石美春，1996年）。

過去國外的研究：Rice 於 1982 年指出，生產損失尚包括：醫療利用時病患及陪病者之時間成本、陪病者請假之時間成本及罹病而導致不必要之工作更替或升遷機會喪失（李志恆，1998）。國外 Richman

在 1983 年探討酗酒及藥物成癮治療計畫的部份成本及效果；Lampinen(1991)在探討有 AIDS 病患增加藥物成癮費用，而其成本效果分析；之後陸續有學者提出對藥物濫用治療的成本效果評估新觀點及其應用(Hubbard et al., 1991; Hser et al., 1991; Apsler, 1991)。

美國一項對藥物濫用所造成的經濟成本估計研究指出，1988 年藥物濫用所產生的經濟成本約 583 億美元，該研究所估計的成本包含，核心成本或是其他相關成本，各項成本又可區分成直接成本及間接成本，直接成本即是因藥物濫用所產生的實際支付成本，間接成本則是因藥物濫用所造成的資源損失，包含：罹病成本及死亡成本，以生產力的損失計算(Rice, Kelman & Miller, 1991)。

澳洲政府也曾於 1992 年做過酒精、菸草、藥物濫用的社會成本評估，其中因使用非法藥物而產生的社會成本包含有形成本 12 億 4 千 8 百萬美元，無形成本 4 億 3 千 5 百萬美元，總計社會成本損失約 16 億 8 千 4 百萬美元；該研究對藥物濫用成本定義是，因為過去或現在藥物濫用而導致，在特定一年間用來消費或投資的淨社會資源損失價值，加上其他藥物濫用所造成的無形成本(Collins & Lapsley, 1996)。Williams(Cartwright WS, 1998)從經濟分析觀點已建構初步的藥癮治療成本效果評估模式，完整定義出成本評估項目（表 2- 4），並詳列所有成本之項目、操作型定義及資料來源。

表 2-4 成本評估項目

成本項目	操作型定義	資料來源
營運成本		
治療人員薪資 藥事服務、藥品費用 檢驗檢查 食宿	隨著治療人數不同而變動的實際營運成本	會計資料 *使用在整體治療計畫中的資源需作調整，例如：顧問費用
一般成本		
行政 空間 保險	固定成本	會計資料 *需作調整，例如：未使用到的剩餘空間
檢驗及評估成本	治療計畫中或其他共同使用的評估成本	治療過程中使用到的 (以每人單位成本計算)
輔助服務		
幼兒照顧 住所 額外的社工人員服務 交通補助 社會福利	協助治療接受著處理問題的成本	*非精確的治療花費，實際交易支付的成本，以所提供的服務的價值或金錢計算。
醫療照護	用在照顧患者健康上的花費	*非精確的治療花費
檢驗、篩檢、治療 例如：STD screening、tuberculosis treatment 整合性治療		
中斷治療	使用在未完成治療而中斷治療者上的資源花費	會計資料
犯罪審判及監督		*非精確的治療花費
藥物法庭 假釋緩刑特殊計畫 轉介治療	特殊個案的額外花費	
生產力損失成本	治療期間的工作收入損失(患者放棄的工作收入)	個人的工作收入

資料來源：Cartwright WS. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment services. *Evaluation Review*. 22(5):609-36, 1998 Oct.

綜合國外藥物濫用成本推估相關研究，李志恒等學者（1998 年）

將其成本推估之架構模式整理如下（表 2-5）。

表 2-5 國內外藥物濫用成本推估架構

藥物濫用成本推估架構	
1991, Rice, et al.	<p>核心成本(core cost)：</p> <p>直接成本(醫療照護及其他輔助性醫療照護的費用)</p> <p>間接成本(罹病成本—因藥物濫用導致生產力降低或損失)</p> <p>(死亡成本—因藥物濫用而導致死亡之終身收入損失現值)</p> <p>相關成本(related cost)：</p> <p>直接成本(因犯罪而導致司法部門的成本、意外災害而導致交通部門成本或私人的財產損失)</p> <p>間接成本(犯罪訴訟、入獄所導致生產力降低或損失，或早逝導致終身收入損失的現值)</p>
1991, Collins & Lapsley	<p>有形成本(tangible cost)：市場上有其價值而能被衡量的成本(例如：住院成本)，若減少些成本，則資源將轉移至其他的用途(例如：其他醫療投資)</p> <p>直接罹病成本(direct morbidity)</p> <p>直接死亡成本(direct mortality)</p> <p>藥物濫用引起的犯罪成本(drug-induced crime)</p> <p>藥物濫用引起的意外災害成本(drug-induced accidents)</p> <p>無形成本(intangible cost)：若減少其成本，資源亦不能轉移供其他用途的價值，例如：痛苦或煎熬等。</p> <p>直接死亡成本(direct mortality)</p> <p>間接死亡成本(indirect cost)</p>

藥物濫用成本推估架構	
1991, French	<p>私人（個人）有形成本(Private tangible costs) 濫用者個人所承擔之成本（包括：自付醫療費用、收入減少、意外災害的財產損失、行為規避費用等）</p> <p>私人（個人）無形成本(private intangible costs) 濫用者個人生理失能、自尊心受損、焦慮、孤立感、與家庭不合與衝突、沮喪、情緒悲傷等</p> <p>外部有形成本(external tangible costs) 他人（家庭或社會）所承擔的成本，包括：支付的醫療費用、犯罪成本、意外災害的財產損失、工作場所成本（生產損失、工作場所意外災害、缺勤、藥物測試）、休閒時間剝奪、行為規避費用（包括法律執行、致力於公共教育服務、增設商務及住家安全系統、住家遷居）等。</p> <p>外部無形成本(external intangible costs) 他人生理失能、家庭不合與衝突、失去友誼、對個人安全感的恐懼、對財產損失的恐懼等</p>
1995, Single 1996, 物質 濫用成本推 估國際指引	<p>一、對誰造成的成本(cost to whom) 私人成本(private cost) 社會成本(social cost)</p> <p>二、以市場價值衡量的成本 有形成本(tangible cost) 無形成本(intangible cost)</p>

資料來源：李志恆、施能傑、施茂林，藥物濫用之在堅費用與醫療費用比較分析（二），八十七年度行政院衛生署委託研究計畫，1998年。

二、效果評估

效果依性質方可分為直接效果、間接效果（增加生產力）、無形效果。而根據方案實施的進度，又可分類為三種，分別為服務量(output)，為計畫實施所提供的服務數量（如藥物、器材）、短期結果(effects)乃是計畫實施後，對目標群體在知識、態度、行為方面的影響，以及長期結果(impact)，則是針對計畫實施後，測量其對目標群體健康或社會經濟狀態的衝擊或影響，如調查其死亡率、罹病率等(Reynolds, 1985)。

藥癮治療之效果評估一般以「成癮嚴重度指標」(Addiction Severity Index, ASI)、「藥癮患者態度量表」、「藥癮患者對治療滿意量度」及「醫療處置服務現況評估研究問卷表」、凱旋醫院之「煙毒勒索戒科追蹤評估表」(陳朝灶，1993年；吳就君等，1998年；楊寬弘，1994年；張鈺姍等，1995年)作為藥癮治療的成果衡量。

「成癮嚴重度指標」評估的向度包括六大部分：身體狀態、就業及支持狀態、酒精及藥物使用情形、法律狀態、家族史及家庭社會關係、精神狀態(葉紅秀等，1998年)。

「藥癮患者態度量表」包括五種態度(每種態度皆有6個題目)：

- 1.處置態度：指受測者是否認為藥物濫用是屬於身體疾病的一種而需要治療；
- 2.共處態度：指受測者是否願意接受其他藥癮患者，並且願

意與其他藥癮患者一起共事；3.協助意願：受測者是否認為其他藥癮患者需要幫助，並且有能力、願意幫助他們；4.患者特性：受測者是否認為藥癮患者是敏感、自卑、有嚴重情緒困擾；5.個人態度：受測者是否認為違禁藥品對身體有害（余伍洋等，1997年）。

「煙毒勒戒科追蹤評估表」乃參考藥物成癮嚴重度指標(ASI)修改而成，分為六大部分：藥物濫用情形、身體疾病、就業情形、法律問題、家庭及社會因素、心理因素（張鈺姍等，1995年）。

「醫療處置服務現況評估研究問卷表」之內容共計分為八大部分：個人基本特質、使用毒品特性、家庭支持體系、求醫行為、個人認知、個人現況、對醫療服務的滿意程度、戒除藥癮之成效評估（陳朝灶，1993年）。

除了上述臨床評估項目之外，藥癮患者在生理及心理嚴重受影響，進一步影響到其整體生活品質，因此藥癮患者戒治效果的評估應包含生活品質的改善情形。

三、敏感度分析

經濟評估由於資訊取得的限制，與研究問題的複雜度，常有許多的假設與簡化，也因此在此結果呈現時，研究者有必要對研究結果的不確定性加以說明。通常是以敏感度分析來測試各個假設或參數對模式影響的穩定程度，如果情況允許，近年來發展較為成熟的模式敏感度

分析法也被建議使用（浦若芳，2002年；Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, 1997）。

敏感度分析是改變某（些）重要的參數(critical components)的值，此改變可能是在有意義的範圍內(meaningful amount)或是成為其極端值(worst case to best case)，以重新計算成本效果值。重新計算的結果與原來的結果相比較之後，可以幫助研究者或讀者了解模式結果對此（些）參數的敏感程度。如果結果對某參數在有意義的範圍內改變沒有敏感性，則研究者可以比較有把握說研究結論和此參數有關的假設不敏感；若結果對某參數之改變很敏感，則此結果並不穩定(robust)，此研究結果之成本效果無法有結論。通常敏感度分析可以將這些具決定性的(critical)參數鑑別出來，政策制訂者再視其需要決定是否需要再投入資源，去對這些決定性參數進行更精確的估計、以修正原成本效果研究的結果(Manning et al., 1996)。

傳統的敏感度分析方法是一次改變一個參數，即所謂的「單維敏感度分析(one-way sensitivity analysis)」。

以往決定參數範圍的方法有：(1)高估及低估值(high and low values)，配合最佳估計值(“best” estimate)；(2)臨床觀察值加減一個標準差；(3)或是此參數的 95%信賴區間；(4)臨床上有意義的範圍(clinically meaningful range) (Manning et al, 1996)；(5)或使用極端值（參數的可能最大值及最小值）。除了這

些方法之外，近年來也有一些研究在有關成本的參數，使用原估計值的一半為其低估計值、二倍為其高估計值。在某些時候，研究者可以使用「閾值分析(threshold analysis)」來解決無法合理假設某一個參數範圍的問題。閾值分析的方法是將參數在某範圍內變動，來觀察在那一個特定的數值時會造成研究結論的丕變(Sonnenberg, 1998)。

第七節 人格特質與藥物濫用

Eysenck 是較早期提出性格向度的性格心理學家，其認為性格心理學為提供生物學與社會科學之間連結的媒介，亦即性格在個體的基因與環境之間扮演著調節的角色，因為基因會影響個體之神經生物特性，因而影響個體之神經心理功能，進一步在與社會情境的互動下，影響個體表現出不同的行為組型（Eysenck et al, 1989；馬莉莉，2000年）。

Eysenck 的類型理論(typological theory)認為人格有三個基本向度：外向性(extroversion, E)、神經質(neuroticism, N)、和精神病質(psychoticism, P)。外向性意味著是愛交際和活潑的，神經質是用來描述情緒不穩定和焦慮的，精神病質所代表的則是攻擊性、冷漠和自我中心的。Eysenck 人格模式的一個基本假設是：人格是有生物基礎的，這三個人格基本向度反映出人在腦部功能的個別差異（Eysenck, 1970; Eysenck et al, 1985；廖靜芳，2001年）。

外向性與內向性的差別在於為了達到舒適(comfort)所需要之刺激的程度不同，前者需要比較多的刺激。因此，在相同程度的刺激之下，外向者有較低的 cortical arousal，而內向者有較高的 cortical arousal。在中等程度的刺激下，亦即大多數每天所發生的活動，外向者比較可能覺得是低激發狀態(under aroused)，而內向者比較可能覺

得是高激發狀態(over aroused)。因為外向者是在低於他們最佳激發狀態的情況下運轉，因此外向者可能經由增加活動去改變他們的外在環境，或可能藉由攝取物質（例如尼古丁或其他藥物）去改變他們的內在環境。另一方面，內向者將試著減少進入刺激的量，因此他們對刺激性物質應該較不感興趣（廖靜芳，2001年）。

近十幾年來國外相關之研究報告中發現，生物體質、基因遺傳及人格特質影響著藥物濫用的行為（Cloninger et al, 1987; Noble et al, 1993; Persico et al, 1996; Lu et al, 1997; 李嘉富等，2001年）。就心理特質而言，藥癮患者主要為情緒不穩、悲觀、無法忍受挫折、內心脆弱等（蔡家倫等，2000）。胡國海等學者（2000年）發現人格特質為藥癮之危險因子，建議個性屬於完美型、自衛型及未來無所適從型者，應避免藥物之嘗試性使用。

依據 Eysenck 的理論，可以發現人格基本向度與藥物濫用行為存在著關聯性，但不同的人格特質是否與治療之療效有關，值得探討，且 patient-treatment matching 為當今物質濫用(substance abuse)的重要議題，假如完成治療與中斷治療的患者在人格特質上存在差異，即可依照不同的人格特質設計適合、有效之戒治方式，增加戒治成功率，本研究將針對此議題深入探討。

第八節 文獻總結

由上述可見藥物濫用對社會的衝擊極為廣泛，包括健康層面的傳染病與醫療利用、司法層面之查緝矯治，均需耗費極大的人力及資源，藥物濫用者更易因工作性質的變更（或失業）、尋求醫療照護或被捕入獄，而致生產力減少；此外，吸毒後產生之危險行為對公共安全所造成的影響難以估計。

本研究期望透過文獻探討、問卷及會計成本評估方式，建立藥癮治療之社會經濟成本及相關因素之成本效果評估模式，以作為藥物防制政策之依據。

第三章 研究方法

第一節 研究流程

本研究採用前瞻式研究設計(如圖 3-1)，樣本來源為署立草屯療養院的藥癮病房，在合格收案者進入草屯治療模式後，即進行前測，在接受生理戒治期(急性解毒治療)完成後，病患將繼續接受門診治療，於第三個月時進行第一次後測，並在第六個月追蹤期進行第二次後測。

前測完成後，分別對三份問卷進行信、效度檢定，之後將針對每一需要衡量之成本項目(如附錄)，以會計相關之資訊(草屯療養院之年度決算書)併合藥癮戒治流程及資源耗用資料進行成本之推估。藥癮戒治之成本效果比率(cost effectiveness ratio)將分生理戒治完成後三個月追蹤期及六個月追蹤期分別計算，依據上述所得成本及效果資料，即可建立草屯療養院之藥物濫用戒治成本效果模式，並可提供後續相關研究在成本評估項目及成本分攤基礎上之參考，最後再以邏輯斯迴歸統計方法，探討影響病患中斷治療之因素，流程繪製如圖 3-2。

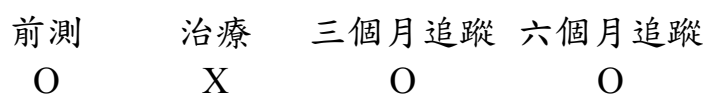


圖 3-1 前瞻式研究設計

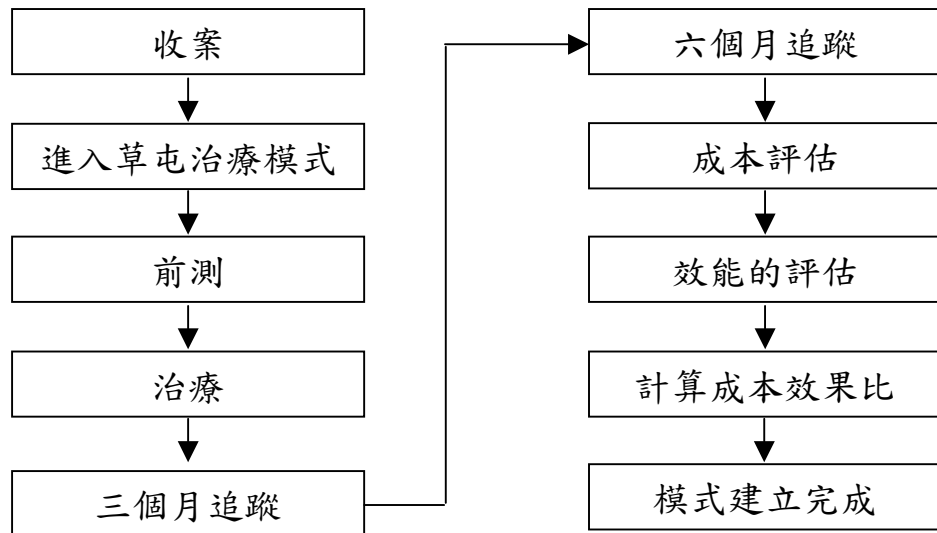


圖 3 - 2 研究流程圖

第二節 研究架構

根據上述研究目的來設立研究架構，分別評估藥癮戒治之成本及效果，而後計算其成本效果比（圖 3 - 3）。

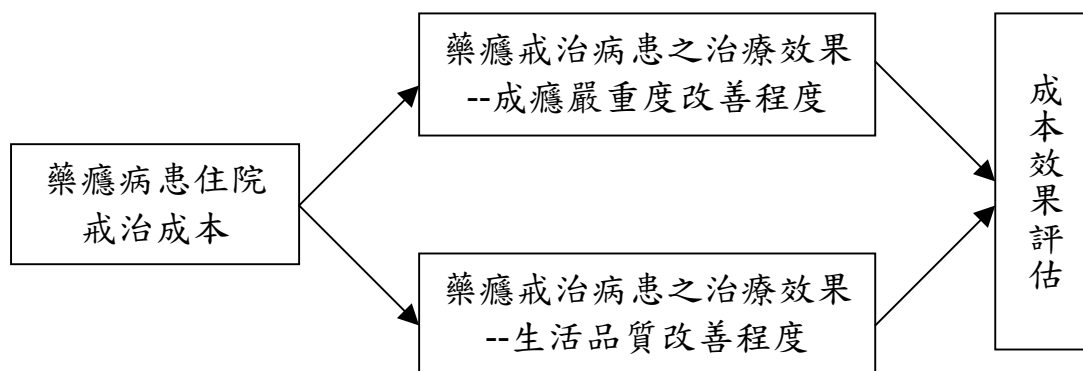


圖 3 - 3 研究架構

第三節 研究樣本及收案標準

本研究之研究對象為 2003 年 3 月 1 日至 2003 年 6 月 30 日所有在草屯療養院參加藥癮戒治之病患其完成戒治出院者，由於一般藥物濫用係指狹義的藥物濫用，定義是毒品的氾濫及濫用包含國內常見之藥物：鴉片、大麻、古柯鹼、安非他命、幻覺劑，LSD、巴比妥鹽酸類、強力膠及有機溶劑等，不同藥物種類的成癮會影響其治療之成效，進而影響本研究之收案標準，因此本研究之收案標準僅以主診斷為海洛因成癮者或次診斷為安非他命、安眠藥成癮者為本研究對象。部分藥癮患者於入院時因戒斷症狀導致精神狀態很差，因此本研究排除精神狀態不佳無法進行訪談之病患。

第四節 治療模式

國內目前辦理藥癮戒治的醫療院所共有 134 家，其中有 88 家提供全日住院戒治服務，在治療模式上各醫院並不相同，本研究以草屯療養院之藥癮戒治模式（圖 3-4）為治療準則。

草屯療養院之藥癮戒治方式主要以「急性解毒」(inpatient detoxification)為主，即是協助藥癮病人以較安全、較不痛苦的情形，渡過急性戒斷期，輔以心理治療，增加戒治動機。住院戒治前，藥癮

病患需先掛號後至門診，由醫師診治後決定是否可以住院，若可住院則需先完成一般身體檢驗（詳細項目如表 3 - 1）。

入院後由病房工作人員至門診帶病人進入藥癮病房，進行全身安檢後換裝入院。住院中的治療分為藥物治療及心理治療兩大類，藥物治療包括一般藥物與管制藥物，醫師於病患入院時根據病患之病情輕重給藥，住院幾天後再依個人情形調整藥量（詳細藥品名稱及用法如表 4 - 8）。

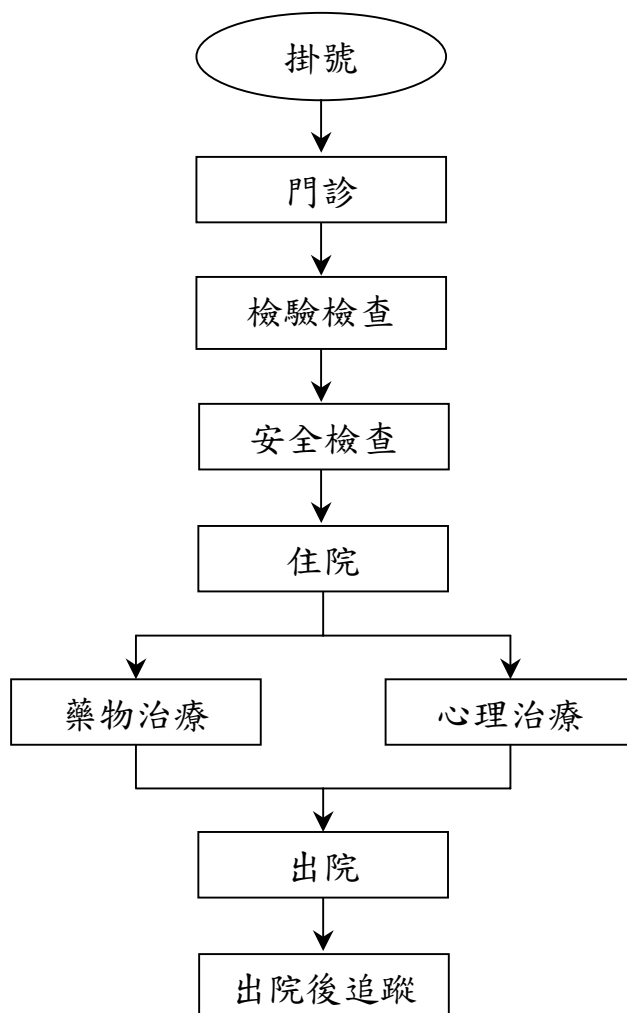


圖 3 - 4 草屯療養院之藥癮戒治模式

表 3 - 1 藥癮戒治病患住院前檢驗檢查項目

檢驗名稱	檢驗名稱	檢驗名稱
Serum	Serum	Blood
BUN	HBsAg	CBC-1
Creatinine	R.P.R. (VDRL Test)	WBC
UA	Amoebiasis Ab Test	RBC
Glucose AC	Anti-HIV Screen	Hb
Bilirubin T	Anti-HCV	Hct
Bilirubin D	Morphine	MCV
TP	Amphetamine	MCH
Alb	Urine	MCHC
AST	Urine routine	PLT
ALT	Color	WBC differential
ALK-P	Transparency	Neutrophil Band
r-GT	Sugar	Neutrophil Seg
Amylase	Ketone body	Eosinophil
Cholesterol	OB	Monocyte
TG	Protein	Lymphocyte
T4	Nitrite	
Na	Bilirubin	
K	Sp.Gr	
Cl	pH	
	Urobilinogen	
	RBC	
	WBC	

心理治療包括一般心理治療、特殊心理治療、一般團體心理治療、特殊團體心理治療、一般行為治療、會談治療、生理心理功能檢查、康樂治療、活動治療、特別護理、藥物特別處理及心理測驗、職能衡鑑及家族治療等，由醫師、護士、心理師、社工師等人員，依病人需求給予適合之治療，一般藥癮病患入院後的各種心理治療時程如表 3 - 2 所示，病患出院後則依病情需要給予三至六次電話追蹤。

表 3 - 2 藥癮病患住院時之心理治療內容

住院 天數	會 談	特 別 處 理	生 理 心 理 功 能	藥 物 特 別 處 理	家 族 治 療	一 般 行 為 治 療	一 般 心 理 治 療	特 殊 心 理 治 療	康 樂 治 療	活 動 治 療	心 理 衡 鑑	職 能 衡 鑑	精 神 社 會 評 估	一 般 團 體 治 療
第一天	1		1		1	1	1	1	2	1				1
第二天		1	1	1		1	1	1	1	1		1		1
第三天	1	1	1	1		1	1		1	1				1
第四天			1			1	1		2	1	1		1	1
第五天	1		1			1	1		2	1				1
第六天						1	1		2	1				1
第七天						1	1		2	1				1

第五節 研究工具

本研究之研究工具包含：住院病歷、病患基本資料問卷、成癮嚴重度指標(Addiction Severity Index, ASI)、生活品質量表(Short Form-36, SF-36)及艾森克人格量表(Eysenck Personality Questionnaire-Revised Short Scale, EPQ-RS)五大項。

本研究所需之人口變項，以病患基本資料問卷及住院病歷進行收集。成癮嚴重度指標(ASI)及生活品質量表(SF-36)則用來衡量藥癮戒治之效果。此外，病患若未完成戒治療程中斷治療出院，已使用之醫療資源皆為浪費之成本，本研究欲了解何種特質之病患容易中斷治

療，作為日後發展藥癮戒治模式的參考，因此使用艾森克人格量表 (EPQ-RS)對病患之人格特質作分類。以下針對上述量表做更詳盡的說明：

1. 成癮嚴重度指標(Addiction Severity Index, ASI)

ASI 是一種針對成癮患者發展而來的一小時左右面對面會談的結構式問卷，他可以用來評估個案成癮問題之嚴重度，並提供進一步針對患者設計之治療模式及評價治療效果的參考，為一種評估而非診斷的工具(吳就君等，1998年；McLellan 1994；葉紅秀，1998年)。

評估向度包括：(1)身體狀態：含患者疾病及用藥史；(2)就業/支持狀態：含教育程度、工作史、收入來源、撫養人數、有無有效駕照等；(3)酒精使用：評估酒精的使用情形；(4)藥物使用：評估藥物的使用情形、解毒及戒毒的經驗；(5)法律狀態：是否曾有過偷竊、殺人、攻擊等犯法行為，是否被判罪入獄、是否有重大駕駛違規、目前是否有案件等待起訴等；(6)家族史及家庭社會關係：家族史指父母、親戚、兄弟姊妹等過去是否有用藥、酒精或精神問題史，家庭社會關係指患者之婚姻狀況，與家人、朋友、鄰居、同事互動情形，及是否曾遭受親友情緒、身體或性虐待；(7)精神狀態：患者是否有憂鬱、焦慮、緊張、幻覺、

不能集中注意力、自殺傾向，及曾因心理問題求診經驗與用藥情形(吳就君等，1998年)。

2. 生活品質量表(Short Form-36, SF-36)

SF-36 屬於一般性、全面性的健康狀態評估量表，可以表示成三個階層的模式，包含兩大主成分(Summary measures)、八個健康次量表(Scales)、以及 36 個子題(Items)。其中兩大成分為生理健康(Physical health)及心理健康(Mental health)，八個健康次量表分別為：生理功能 PF (physical functioning)、生理角色限制 RP (physical role limitation)、身體疼痛 BP (bodily pain)、一般自覺健康 GH (General health)、活力 VT (vitality)、社會功能 SF (social functioning)、情緒角色限制 RE (emotional role limitation)、心理健康 MH (mental health)，此外另含一項自評健康變化(邱晏麟，2002年；Ware, 1992)。

3. 艾森克人格量表(Eysenck Personality Questionnaire-Revised Short Scale , EPQ-RS)

此問卷是依據 Eysenck 於 1967 年所提出之人格結構概念所發展出來，並於 1975 年與 Eysenck 共同完成 EPQ，為一個被廣泛應用於測量人格特質的適當工具。本研究採用廖靜芳（2001年）所翻譯之簡短版艾森克人格量表(EPQ-RS)進行測量，此問

卷共包含 48 個題目，分成 4 個分量尺：外向性(E)、神經質(N)、精神病質(P)，以及社會期許(L)，每個量尺各 12 題。量表採用是非題的形式，即要求受試者在「是」、「否」之間做出選擇，回答與規定的答案相符合記 1 分，否則記 0 分。

此量表之信校度研究中顯示艾森克人格量表有良好的信效度，此問卷在男性樣本（408 人，年齡 38.44 ± 17.67 歲）中，各分量尺的內部一致性分別如下：精神病質分量尺的內部一致性為 0.62，外向性分量尺的內部一致性為 0.88，神經質分量尺的內部一致性為 0.84，社會期許分量尺的內部一致性為 0.77(Eysenck et al, 1985)。

Eysenck 在早期的研究中，透過長期的雙生子追蹤研究，以因素分析的方式找出兩個性格基本向度，其稱之為「外向性(extroversion)」與「神經質(neuroticism)」。他認為這兩個性格向度受基因特質所決定，具有生物學上的基礎(Eysenck, 1970; Eysenck et al, 1985)。這兩個向度彼此獨立，且皆為一連續性的常態分佈，即「內向—外向性」與「神經質—情緒穩定」，若分別以此兩連續向度為橫座標與縱座標，則每個人皆可定位在此正交座標的四個象限中，此四個象限分別代表四種性格類型（圖 3-5）(Eysenck, 1967；馬莉莉，2000 年)。

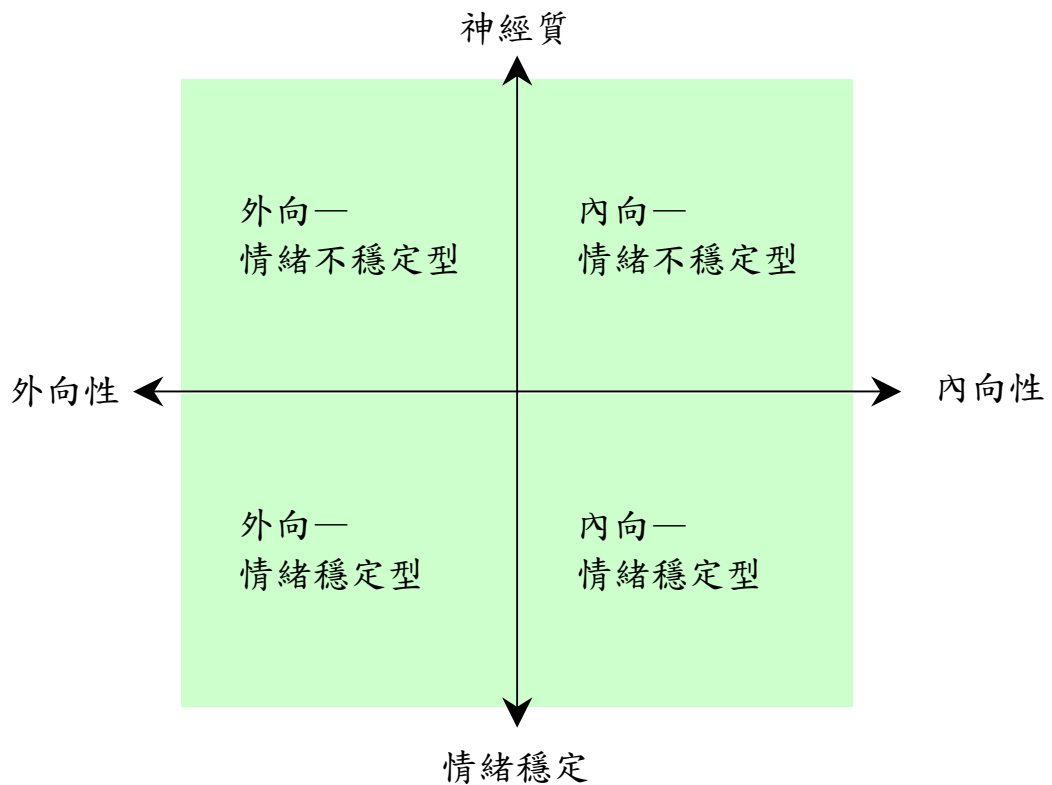


圖 3 - 5 Eysenck 四種性格類型

第六節 成本效果評估

成本效果分析法係為比較效果與成本間之分析方法，即投入每單位之成本可產出多少效果，或產出之效果需花費多少成本（周文鈺，2003 年），本研究成本及效果的評估方法分述如下。

一、成本評估

本研究綜合國內外的藥癮治療成本研究之成本項目，整理出所需成本項目（如附錄）。成本之定義，係以 Williams 對藥物濫用治療成本效果及效益的成本評估的項目（表 2-4）為依據。

草屯療養院之藥癮病房獨立於其他病房之外，可直接歸屬於

該病房之成本則不需再分攤。無法直接歸屬於藥癮病房之成本，首先以合理的分攤基礎（如表 3-3），估算一年藥癮戒治所需耗用之成本，而後分攤至每個住院人日須耗用多少成本，再乘上藥癮戒治病患之平均住院天數，即為每位病患之戒治成本。

一般成本估計的來源必須採用「市價」來評估，當有些項目資料無法藉由合理的分攤機制取得市價時，必須使用「成本收益比(cost to charge ratio)」來將收費(charge)換算為成本，計算方法為：全院的總成本÷全院的總收入。

表 3-3 成本分攤基準

成本項目	分攤基準
■ 人力成本	■ 用於藥癮病房之時間
■ 食宿成本	
◇ 洗衣費	◇ 藥癮病患住院人日比
◇ 清潔費	◇ 樓地板面積
◇ 電話費、辦公事物用品	◇ 醫務收入比
■ 行政成本	
◇ 行政人員成本	◇ 收益中心工作人員比例
◇ 水電費	◇ 樓地板面積
◇ 醫療設備折舊	◇ 醫務收入比

1. 營運成本：共分為人力成本、藥事服務、藥品費用、檢驗檢查費用及食宿等項目分別評估。藥癮戒治之治療人員薪資計算包括：醫師、護理人員、心理師、社工師、職能治療師、工友及書記；藥事服務則計算藥劑師之成本；食宿成本則包含洗衣費、清潔費、電話費、伙食

費等，各項目之計算公式如下所示。

$$\text{人力成本} = \frac{91\text{年年總薪資總薪資} \times \text{服務於藥癮病房之比例}}{\div 91\text{年住院人日} \times \text{病患平均住院天數}}$$

$$\text{洗衣費} = \text{全院總洗衣費用} \times \text{藥癮病患佔全院病患住院人日百分比}$$

$$\text{清潔費} = \frac{\text{全院總清潔費用} \times \text{藥癮病房樓地板面積}}{\div \text{全院樓地板面積}}$$

$$\text{電話費、辦公事務用品} = \text{全院總費用} \times \text{醫務收入比}$$

$$\text{伙食費} = \text{伙食收費} \times \text{成本效益比}$$

$$\text{檢驗檢查成本} = \text{檢驗檢查收費} \times \text{成本效益比}$$

$$\text{藥品成本} = \left(\sum \text{藥品收費} \times \text{每日使用次數} \times \text{藥品使用機率} \right) \times \text{成本收益比} \times \text{平均住院天數}$$

2. 一般成本：包含行政、空間等固定成本，共分為行政人員成本、水電費用、房屋及建築折舊、醫療設備折舊等項目分別評估，計算公式如下所示。

$$\text{行政人員成本} = \text{行政人員總薪資} \times \text{收益中心工作人員比例}$$

$$\text{水電費} = \frac{\text{全院水電費} \times \text{藥癮病房樓地板面積}}{\div \text{全院樓地板面積}}$$

$$\text{醫療設備折舊} = \text{藥癮病房醫療設備費用} + \left(\text{非藥癮病房醫療設備折舊費用} \times \text{藥癮病房佔全院收入比例} \right)$$

3. 生產力損失成本：指患者於住院戒治期間的工作收入損失，計算公式如下所示。

$$\text{生產力損失} = \text{患者過去 30 天平均收入} \div 30 \text{ 天} \times \text{平均住院天數}$$

4. 中斷治療成本：使用在未完成治療而中斷治療者上的資源花

費，計算公式如下所示。

$$\text{中斷治療成本} = \frac{(\text{營運成本} + \text{一般成本} + \text{生產力損失}) \times \text{中斷治療人數}}{\text{完成治療人數}}$$

5. 醫療照護成本：用在照顧患者健康上的花費，於本研究中指門

診追蹤成本，計算公式如下所示。

$$\text{門診追蹤成本} = \text{每人次門診成本} \times \text{平均每月回診次數} \times \text{月數}$$

二、效果評估

本研究採用成癮嚴重度指標(ASI)進行藥癮病患治療效果之衡量，ASI 共包含七個評估向度，但短期的藥癮戒治（急性解毒）對身體狀態、就業支持狀態等向度影響較小，故僅選取其中「藥物使用」向度做為戒治效果的指標。

藥癮患者治療前後之生活品質改善情形，則以生活品質量表(SF-36)進行生活品質的評估，因 SF-36 為一多面向之量表，無法直接計算出單一指標以衡量治療前後生活品質之差異，因此採用 Rosser's 的 3D 轉換法將 SF-36 的測量結果轉換為單一向量指標(邱婉君，1997 年)，即為 QoL (Quality of Life Index)，再計算藥癮患者之生活品質改善情形。

本研究將以藥物濫用戒治對藥物濫用者在成癮嚴重度及生活品質部分的改善為效果，進行成本效果之評估：

$$\text{效果}_1 = \text{治療後藥物使用嚴重度} - \text{治療前藥物使用嚴重度}$$

$$\text{效果}_2 = \text{治療後QoL} - \text{治療前QoL}$$

在明確定義與獲得各項成本及效果項目資料後，分別計算治療完成後三個月追蹤後及六個月追蹤後之成本效果比(cost effectiveness ratio)。第一次追蹤（三個月）的戒治成本包括住院期間所有耗費之成本及出院後三個月內門診追蹤之成本、第二次追蹤（六個月）的戒治成本包括住院期間所有耗費之成本及出院後六個月內門診追蹤之成本；戒治的成效則以藥物使用嚴重程度及生活品質的改善情形來衡量，成本效果比的計算公式如下所示：

$$\text{三個月追蹤期成本效果比}_1 = \frac{\text{至第三個月追蹤的治療成本}}{\text{藥物使用嚴重程度改善前後差異}}$$

$$\text{三個月追蹤期成本效果比}_2 = \frac{\text{至第三個月追蹤的治療成本}}{\text{生活品質改善前後差異}}$$

$$\text{六個月追蹤期成本效果比}_1 = \frac{\text{六個月追蹤的治療成本}}{\text{藥物使用嚴重程度改善前後差異}}$$

$$\text{六個月追蹤期成本效果比}_2 = \frac{\text{至第六個月追蹤的治療成本}}{\text{生活品質改善前後差異}}$$

三、敏感度分析

於成本及效果評估完成後，針對評估過程中不確定之項目進行「單維敏感度分析(one-way sensitivity analysis)」，即一次僅合理改變一個引用的數據，而其他的數據保持不變，探討該數據對成本效果比值之影響（周文鈺，2003 年）。

第七節 統計方法

於問卷回收後將資料譯碼輸入電腦，使用 Microsoft Excel 建檔，SAS system for windows v8 與 SPSS for Windows 10.0 視窗版套裝軟體進行統計分析，依研究目的採用下列幾種統計方法：

1. 類別資料以次數分布、序位及百分率方式描述，而等距資料則以平均值、標準差、最大值及最小值等描述性統計方法呈現癮病患基本資料之分佈情形。
2. 採用 Cronbach's α 來衡量量表的內部一致性。
3. 以相關係數來衡量聚合及離散效度，作為建構效度之依據。
4. 採用邏輯斯迴歸與複迴歸模型來分析探討生理戒治期中斷(dropout)以及戒治成效之危險因子，依變項為「是否完成生理戒治期四天療程」，變項之操作型定義如表 3-4 所示。

表 3-4 邏輯斯迴歸變項操作型定義

變項名稱	變項屬性	操作型定義
依變項		
是否中斷戒治	類別變項	是否完成生理戒治期四天療程
自變項		
性別	類別變項	男、女
宗教信仰	類別變項	有無宗教信仰
年齡	連續變項	住院日-出生年月日
婚姻狀況	類別變項	未婚、已婚、離婚
教育程度	類別變項	國小肄業以下、國中畢業、高中(職)畢業以上
工作狀況	類別變項	失業、兼職、全職
自覺健康狀況	連續變項	SF-36 中之 GH 構面分數，轉換成 0-100 分
過去 30 天總收入	連續變項	包含薪資、家人給予、非法、失業補助等來源
曾經戒毒次數	連續變項	包含成功與不成功的戒毒次數
是否曾經停止用毒	類別變項	是否曾經停止用毒超過二星期
使用藥物種類	類別變項	單種、多種
藥物合併酒精濫用	類別變項	無、有
人格特質	類別變項	內向情緒穩定、內向情緒不穩、外向情緒不穩
身體狀態	連續變項	ASI 中身體狀態會談者評估分數
就業支持狀態	連續變項	ASI 中就業支持狀態會談者評估分數
酒精使用	連續變項	ASI 中酒精使用會談者評估分數
藥物使用	連續變項	ASI 中藥物使用會談者評估分數
法律狀態	連續變項	ASI 中法律狀態會談者評估分數
家庭社會關係	連續變項	ASI 中家庭社會關係會談者評估分數
精神狀態	連續變項	ASI 中精神狀態會談者評估分數
海洛因使用月數	連續變項	海洛因持續使用時間(以月為單位)
有無受過技術訓練	類別變項	無、有
曾遭到起訴	類別變項	無、有
藥物濫用家族史	類別變項	親戚中是否有藥物濫用的情形
同居者酒精使用	類別變項	共同居住者是否有酒精濫用情形
同居者藥物使用	類別變項	共同居住者是否有藥物濫用情形

第四章 研究結果

本文將研究結果分成六大部分加以敘述：敘述性統計、藥癮戒治成本評估、藥癮戒治效果評估、成本效果分析、藥癮病患之人格特質及邏輯斯迴歸。敘述性統計中針對研究對象的基本特質及藥物(含酒精)使用情形、法律狀態及精神狀態，進行平均數、標準差、次數、百分比等統計量的描述。

再者，分別對所有成本項目加以評估，效果評估則分成兩部份，首先描述成癮嚴重度指標(ASI)的各向度測量結果，其次進行 SF-36 的信效度檢驗及各面向測量結果。

成本效果分析部分，係將上述資料整理後計算出成本效果比值。藥癮病患之人格特質部分，首先進行量表之信效度檢驗，而後敘述藥癮病患之人格特質測量結果，並將藥癮病患進行分類；最後以邏輯斯迴歸探討藥癮戒治病患中斷治療之危險因子。

第一節 描述性統計

一、研究對象基本資料

本研究於民國 92 年 3 月至民國 92 年 6 月期間，依研究對象選取標準共收集 207 位藥癮戒治病患，首先請病患填寫「受訪同意書」聲

明願意加入本研究，扣除拒絕接受訪談或中斷訪談之藥癮病患，最後有效研究對象為 128 位，成癮嚴重度、SF-36、艾森克人格特質等量表由會談者採面對面訪談的方式完成，以下即針對研究對象之基本資料進行描述性分析（如表 4-1、表 4-2）。

本計畫研究對象之平均年齡為 30.1 歲（標準差為 7.21 歲），年紀最小之戒治病患為 17 歲、年紀最大之戒治病患為 51 歲。在性別方面，男性佔大部分共有 113 位(88.3%)，女性只佔了 11.7%。婚姻狀況則以未婚者居多(58.6%)，其次為已婚者(28.9%)，離婚者佔了 10.2%，有兩位個案再婚(1.6%)、一位分居中(0.7%)。其中兩位未婚者育有 1 名子女，已婚者之平均兒女數為 1.27 人，兩名再婚者皆有 1 名子女，分居中之個案育有 2 名子女，離婚者之平均兒女數為 1.54 人。

研究對象中教育程度為高、國中(國中畢 34.3%、高中職畢 32.7%)者最多，其次為高中職肄業(17.1%)、國中肄業(7.0%)、國小畢業(6.2%)，佔最少數的分別為大專畢業及以上(2%)與大專肄業(0.7%)。

本研究中藥癮病患之職業種類最多為「工」(29.7%)，例如：水電、送貨、裝潢及開挖土機等職業，其次為「商」(22.7%)、「服務業」(14.1%)，少數為「農」(2.3%)、「技術人員」(2.3%)及「軍公教」(2.3%)，有 13.3%的人沒有工作，未作答者有 13.3%，推測可能因工作種類不

固定或為非法而難以作答。而關於其過去三年中大部分時間的工作的型態，全職者佔大部分(62.5%)，固定工時的兼職佔 14.1%，學生僅有一位(0.8%)，另外有 22.7%的藥癮病患為失業狀態。

本研究之藥癮病患於治療前一個月之收入平均為 38,609.38 元，其金錢來源主要有兩大類：「薪水」及「配偶、家人、朋友」，其中平均薪資為 20,214.84 元，配偶、家人、朋友平均約給予 16,753.90 元，而非法（販毒、搶劫等）所得平均為 1,640.63 元。

在宗教信仰方面，信仰佛教(46.1%)佔大部分，其次為無宗教信仰者(26.2%)、道教(25.0%)，僅有 3 位(2.3%)信仰基督教。且其中只有 12.5%的人有定期參加宗教活動。病患中 89.1%為閩南人佔絕大部分，其次為客家人及外省人都佔 4.7%，有 2 位(1.6%)為其他省籍（大陸妹）。

加入本研究之藥癮病患進入個案醫院戒治，大部分由門診轉介(71.1%)，其他 28.9%的病患則是自行前往個案醫院戒治。而這些病患中，罹患影響生活之慢性疾病者有 14.8%，慢性疾病的種類大部分為 C 型肝炎。

戒治病患之平均住院天數為 4.26 天，其中未完成戒治療程(4 天)之病患有 50 位(39.1%)、平均住院天數為 2.38 天，完成戒治療程之病

患有 78 位(60.9%)、平均住院天數為 5.46 天。所有藥癮病患(128 位)都曾經戒過毒(包含不成功)，平均戒毒次數為 2.59 次，最多曾經戒過 20 次，而成功停止用毒兩週者只有 64 位(50%)，且平均成功停止用毒次數為 4.05 次。

表 4-1 藥癮病患基本資料—連續變項

	平均值(N=128)	標準差	最大值	最小值
年齡	30.1	7.21	51	17
收入	38,609.38	71,522.83	600,000	0
薪水(淨收入)	20,214.84	44,855.85	350,000	0
配偶、家人、朋友	16,753.90	46,440.42	400,000	0
非法	1,640.63	17,692.80	200,000	0
子女數				
未婚者	0.03	0.16	1	0
已婚者	1.27	1.02	4	0
再婚者	1	0	1	1
分居者	2	-	2	2
離婚者	1.54	0.82	3	1
住院天數	4.26	2.55	21	1
完成戒治者住院天數	5.46	2.49	21	4
中斷戒治者住院天數	2.38	0.78	3	1
戒毒次數(包含不成功)	2.59	2.84	20	1
曾經停止用毒者之停止用毒 次數(中斷兩週以上,64位)	4.05	3.76	10	1

表 4-2 藥癮病患基本資料—類別變項

變項名稱	項目	次數	百分比
性別	男	113	88.3%
	女	15	11.7%
婚姻狀況	未婚(從未結婚)	75	58.6%
	已婚	37	28.9%
	再婚	2	1.6%
	鰥、寡	0	0.0%
	分居	1	0.7%
	離婚	13	10.2%

變項名稱	項目	次數	百分比
教育程度 (含同等學歷， 不含函授學校)	無	0	0%
	國小肄	0	0%
	國小畢	8	6.2%
	國中肄	9	7.0%
	國中畢	44	34.3%
	高中(職)肄	22	17.1%
	高中(職)畢	42	32.7%
	大專肄	1	0.7%
	大專畢及以上	2	2.0%
職業	無	17	13.3%
	服務業	18	14.1%
	工	38	29.7%
	商	29	22.7%
	農	3	2.3%
	技術人員	3	2.3%
	軍公教	3	2.3%
	未作答	17	13.3%
工作型態	全職	80	62.5%
	兼職(固定工時)	18	14.1%
	兼職(非固定工時)	0	0.0%
	學生	1	0.8%
	失業	29	22.7%
宗教信仰	無	34	26.2%
	天主教	0	0%
	基督教	3	2.3%
	佛教	59	46.1%
	道教	32	25.0%
定期參加宗教活動	是	16	12.5%
	否	110	85.9%
	未作答	2	1.6%
省籍	閩南	114	89.1%
	客家	6	4.7%
	原住民	0	0%
	外省	6	4.7%
	其他	2	1.6%
轉介來源	門診	91	71.1%
	司法單位	0	0%
	軍方	0	0%
	私人戒治單位	0	0%
	自行前往	37	28.9%
完成戒治(4天)	完成	78	60.9%
	中斷治療	50	39.1%
影響生活之慢性疾病	有	19	14.8%
	無	109	85.2%

二、藥物（含酒精）使用情形

128 位有效研究個案中，過去 30 天皆曾使用過藥物（含酒精），其中在使用的種類方面，以「海洛因」最多，有 127 位(99.2%)；其次為其他的鎮定安眠藥及安非他命，分別有 57 位(44.5%)及 16 位(12.5%)；再其次為使用美沙酮、大麻、古柯鹼，分別有 8 位(6.3%)、3 位(2.3%)、2 位(1.6%)；而巴比妥鹽類、幻覺劑，則分別有 1 位藥癮患者使用；其他鴉片類/止痛劑及吸入劑，則無個案使用。此外，同時使用多種藥物/酒精之情形，有 70 位藥癮患者使用多種藥物，其中 40 位不包含酒精的使用，而 30 位則有使用酒精（如表 4 - 4）。

研究個案中，主要問題藥物以單獨使用海洛因者最多(67.2%)；其次為不含酒精之海洛因合併其他藥物濫用(21.9%)；再其次為海洛因合併酒精成癮(7.8%)；最後為含酒精之海洛因合併其他藥物濫用(3.1%)（如表 4 - 4）。此外，於過去 30 天，各類藥物使用之總平均天數，同樣以海洛因最高，平均使用 28.87 天；其次為其他鴉片類/止痛劑(6.34 天)、酒精--任何使用(3.83 天)、酒精--喝的多(1.07 天)；再其次為多種藥物(包括酒精)，平均使用 0.83 天、安非他命平均使用 0.55 天；其他如古柯鹼(0.25 天)、美沙酮(0.18 天)、大麻(0.03 天)、巴比妥鹽類(0.02 天)、幻覺劑(0.01 天)，總平均使用天數皆少於 0.5 天（如表 4 - 3）。

而當藥癮發作時，患者之主要照顧者有 25%為父、母親；13.3%為配偶；由兄弟姊妹、兒女照顧者，分別為 1.6%；大多(57.8%)為其他，如男女朋友、朋友、或無人照顧（如表 4 - 4）。

在戒治方面，曾因停止使用藥物引起神智不清、嚴重發抖或幻覺之次數，總平均為 0.83 天。而過去 30 天，全部收案之研究個案，耗費在藥癮戒治之總平均費用，為 14,299 元（如表 4 - 3）。

問及第一次用毒之原因，將近一半的藥癮病患為好奇(50%)或受朋友引誘(42.2%)；上癮為導致其持續用毒之主要原因(82.8%)；最後促使研究個案願意戒毒之動機，以覺得吸毒沒有意思(65.6%)最高，其次為其他（自己想戒等）因素(18.0%)及家人禁止或勸導(8.6%)，再其次才為怕身體受傷害(3.9%)、司法強制勒戒(2.3%)、及沒錢買毒品(1.6%)（如表 4 - 4）。

在停止用毒的原因方面，128 位研究個案中，64 位(50%)曾停止使用毒品連續兩週以上。其中，停止用毒之原因，以其他（自己想戒等）因素最多(71.9%)，其次為司法強制勒戒(10.9%)，再其次則分別為覺得再吸毒沒有意思(6.3%)、家人禁止或勸導(4.7%)、醫療人員協助(3.1%)、沒錢買毒品(3.1%)、買不到毒品或沒貨(1.6%)、怕身體受傷害(1.6%)、朋友勸告(1.6%)（如表 4 - 4）。

表 4-3 藥癮病患藥物（含酒精）使用情形—連續變項

藥物(酒精)使用情形	平均值	標準差	最大值	最小值
藥物/酒精過去 30 天平均使用天數				
酒精—任何使用	3.83	8.52	30	0
酒精—喝的多	1.07	4.86	30	0
海洛因	28.87	4.62	30	0
美沙酮	0.18	0.86	7	0
其他鴉片類/止痛劑	0.00	0.00	0	0
巴比妥鹽類	0.02	0.18	2	0
其他鎮定安眠藥	6.34	10.59	30	0
古柯鹼	0.25	2.66	30	0
安非他命	0.55	2.88	30	0
大麻	0.03	0.22	2	0
幻覺劑	0.01	0.09	1	0
吸入劑	0.00	0.00	0	0
多種藥物（包括酒精）	0.83	3.73	30	0
過去 30 天花在藥癮戒治的金錢	14,299.0	22831.7	150,000	0
因停止使用藥物引起神智不清、嚴重發抖或幻覺的次數	0.83	2.65	15	0

表 4-4 藥癮病患藥物（含酒精）使用情形—類別變項

藥物(酒精使用情形)	項目	次數	百分比
過去 30 天 有使用藥物情形 —複選	海洛因	127	99.2%
	美沙酮	8	6.3%
	其他鴉片類/止痛劑	0	0.0%
	巴比妥鹽類	1	0.8%
	其他鎮定安眠藥	57	44.5%
	古柯鹼	2	1.6%
	安非他命	16	12.5%
	大麻	3	2.3%
	幻覺劑	1	0.8%
	吸入劑	0	0.0%
	多種藥物(包括酒精)	30	23.4%
	一種藥物與酒精	12	9.4%
	多種藥物(不包含酒精)	40	31.3%
主要問題藥物	海洛因	86	67.2%
	多種藥物(包括酒精)	4	3.1%
	一種藥物與酒精	10	7.8%
	多種藥物(不包含酒精)	28	21.9%

藥物(酒精使用情形)	項目	次數	百分比
戒毒動機—複選	覺得吸毒沒有意思	84	65.6%
	沒錢買毒品	2	1.6%
	怕身體受傷害	5	3.9%
	家人禁止或勸導	11	8.6%
	司法強制勒戒	3	2.3%
	其他(想戒...)	23	18.0%
第一次用毒原因	朋友引誘	54	42.2%
	好奇	64	50.0%
	療病止痛	3	2.3%
	麻醉自己	1	0.8%
	其他	6	4.7%
持續用毒原因	朋友引誘	2	1.6%
	好奇	4	3.1%
	療病止痛	5	3.9%
	麻醉自己	4	3.1%
	提神	3	2.3%
	打發時間	1	0.8%
	尋求刺激	1	0.8%
	上癮	106	82.8%
	其他	2	1.6%
是否曾經停止用毒 (連續兩週以上 未使用毒品)	是	64	50.0%
	否	64	50.0%
停止用毒原因—複選 (連續兩週以上 未使用毒品，共 64 位)	醫療人員協助	2	3.1%
	覺得再吸毒沒有意思	4	6.3%
	沒錢買毒品	2	3.1%
	買不到毒品(沒貨)	1	1.6%
	怕身體受傷害	1	1.6%
	家人禁止或勸導	3	4.7%
	朋友勸告	1	1.6%
	老師勸告	0	0.0%
	公益節目宣導	0	0.0%
	司法強制勒戒	7	10.9%
其他(自己想戒...)	46	71.9%	
毒癮發作時 主要照顧者	配偶	17	13.3%
	父、母親	32	25.0%
	公公、婆婆	1	0.8%
	兄弟姊妹	2	1.6%
	兒女	2	1.6%
	其他(男女朋友、朋友及無人 照顧)	74	57.8%

三、藥癮戒治病患法律狀態

在緩刑或假釋中之藥癮戒治病患共有 20 位，在犯罪行為上因毒品被起訴的次數（平均 1.23 次）最多，其次為其他（違反槍砲管制等），因偷竊被起訴的平均次數為 0.07 次，因混亂行為、遊蕩、公然醉酒等行為被告發的平均次數為 0.078 次，於酒醉（或藥物中毒）狀況下開車被告發的次數為 0.354 次，因重大違規駕駛被告發的次數最多（平均 1.406 次），研究對象之曾經總共坐牢平均天數為 557.492 天，最近一次坐牢的平均天數為 426.724 天（如表 4-5）。

表 4-5 藥癮病患法律狀態—類別變項

法律狀態	平均值	標準差	最大值	最小值
因下列犯罪被起訴次數：				
在商店順手牽羊/破壞商品	0.000	0.000	0	0
違反假釋或緩刑規定	0.023	0.152	1	0
毒品	1.234	1.295	8	0
偽造	0.023	0.152	1	0
武器攻擊他人	0.016	0.125	1	0
偷竊	0.070	0.286	2	0
搶劫	0.023	0.152	1	0
騷擾、侵犯他人	0.000	0.000	0	0
縱火	0.000	0.000	0	0
強暴	0.008	0.088	1	0
殺人	0.016	0.125	1	0
從事性交易行業	0.008	0.088	1	0
藐視法庭	0.023	0.152	1	0
其他（槍砲管制、妨礙風俗等）	0.219	0.485	3	0

法律狀態	平均值	標準差	最大值	最小值
因下列情形被告發次數：				
混亂行為、遊蕩、公然醉酒	0.078	0.884	10	0
酒醉（或藥物中毒）狀況下開車	0.354	1.012	5	0
重大違規駕駛	1.406	4.342	30	0
曾經總共坐牢天數	557.492	1016.115	8760	0
最近一次坐牢天數	426.724	922.817	8760	0

四、藥癮戒治病患精神狀態

研究個案中，有 8 位曾經因任何心理治療或情緒問題而住院接受治療（藥物濫用、工作及家族諮詢除外）；大部分的患者曾經有過下列症狀：經歷嚴重的憂鬱(71.9%)；經歷嚴重的焦慮緊張(73.4%)；經歷幻覺(89.8%)；有理解力、注意力、或記憶力的困擾(79.7%)；無法控制的暴力行為或暴怒(89.1%)；強烈自殺想法(88.3%)；自殺企圖(82.8%)，顯示其精神狀態不佳。

因任何心理或情緒困擾而接受醫師開藥物的患者佔 92.2%，問及最近 30 天到心理或情緒問題困擾的程度，10.9%的病患認為一點困擾也沒有、22.7%的病患認為有輕微的困擾、32.0%的病患感到中度的困擾、4.7%的病患認為受到相當程度的困擾、29.7%的病患感到極度的困擾（表 4 - 6）。

表 4-6 藥癮病患精神狀態

精神狀態	項 目	次數	百分比
曾經因任何心理治療或情緒問題而住院接受治療次數（藥物濫用、工作及家族諮詢除外）	0 次	120	93.8%
	1 次	3	2.3%
	2 次	1	0.8%
	4 次	1	0.8%
	5 次以上	3	2.4%
從過去到現在有下列症狀：			
經歷嚴重的憂鬱	是	92	71.9%
	否	36	28.1%
經歷嚴重的焦慮緊張	是	94	73.4%
	否	34	26.6%
經歷幻覺	是	115	89.8%
	否	13	10.2%
有理解力、注意力、或記憶力的困擾	是	102	79.7%
	否	26	20.3%
無法控制的暴力行為或暴怒	是	114	89.1%
	否	14	10.9%
強烈自殺想法	是	113	88.3%
	否	15	11.7%
自殺企圖	是	117	91.4%
	否	11	8.6%
最近 30 天內有下列症狀：			
經歷嚴重的憂鬱	是	62	48.4%
	否	66	51.6%
經歷嚴重的焦慮緊張	是	73	57.0%
	否	55	43.0%
經歷幻覺	是	107	83.6%
	否	21	16.4%
有理解力、注意力、或記憶力的困擾	是	79	61.7%
	否	49	38.3%
無法控制的暴力行為或暴怒	是	108	84.4%
	否	20	15.6%
強烈自殺想法	是	98	76.6%
	否	30	23.4%
自殺企圖	是	106	82.8%
	否	22	17.2%
因任何心裡或情緒困擾而接受醫師開藥物	是	118	92.2%
	否	10	0.8%
最近 30 天到心裡或情緒問題困擾的程度	一點也沒有	14	10.9%
	輕微地	29	22.7%
	中度地	41	32.0%
	相當程度地	6	4.7%
	極度地	38	29.7%

第二節 藥癮戒治成本評估

根據個案醫院之會計資料顯示，91 年度草屯療養院藥物濫用者住院人日為 3,642 人次、成本收益比為 0.94，且由本研究所收集之問卷資料得知，完成戒治療程患者之平均住院天數為 5.46 天，以下分別評估各項藥癮戒治時實際發生之醫療成本項目。

一、**營運成本**：共分成人力成本、食宿成本、檢驗檢查成本、藥品成本，其各項成本計算如下：

(一) 人力成本

1. 主治醫師：草屯療養院藥癮病房中編制 3 位主治醫師，其中 2 位醫師平均花 52.5% 的時間（每週約 21 小時）在藥癮病房中，一位醫師平均花 80% 的時間（每週約 32 小時）在藥癮病房中，三位主治醫師一年薪資共 14,034,000 元，故主治醫師成本計算如下：

$$14,034,000 \text{ 元} \times \frac{(52.5\% \times 2 + 80\%)}{3} \div 3,642 \text{ 人日} \times 5.46 \text{ 日}$$
$$= 12,974.32 \text{ 元/人}$$

2. 護理人員：藥癮病房中編制 9 位護士，皆全職於藥癮病房中服務，所有護士一年薪資共 6,534,000 元，故護理人員之成本計算

如下：

$$6,534,000 \text{ 元} \div 3,642 \text{ 人日} \times 5.46 \text{ 日} = 9,795.62 \text{ 元/人}$$

3. 心理師：藥癮病房中編制 1 位心理師，全職於藥癮病房中服務，
心理師一年薪資共 726,000 元，故心理師之成本計算如下：

$$726,000 \text{ 元} \div 3,642 \text{ 人日} \times 5.46 \text{ 日} = 1,088.40 \text{ 元/人}$$

4. 社工師：藥癮病房中編制 1 位社工師，平均花 3/4 的時間在藥
癮病房中，一年薪資共 726,000 元，故社工師之成本計算如下：

$$726,000 \text{ 元} \times \frac{3}{4} \div 3,642 \text{ 人日} \times 5.46 \text{ 日} = 816.30 \text{ 元/人}$$

5. 職能治療師：藥癮病房中編制 1 位職能治療師，平均花 50% 的
時間在藥癮病房中，一年薪資共 726,000 元，故職能治療師之
成本計算如下：

$$726,000 \text{ 元} \times 50\% \div 3,642 \text{ 人日} \times 5.46 \text{ 日} = 544.20 \text{ 元/人}$$

6. 工友及書記：藥癮病房中編制 1 位書記、5 位工友，皆全職於
藥癮病房中服務，一年薪資共 2,880,000 元，故工友及書記之成
本計算如下：

$$2,880,000 \text{ 元} \div 3,642 \text{ 人日} \times 5.46 \text{ 日} = 4,317.63 \text{ 元/人}$$

7. 藥師：因藥師並非隸屬於藥癮病房，因此本研究以「住院收入比例」及「藥癮病患佔全院病患住院人日百分比」加以分攤，全院之藥劑人員總薪資為 10,606,471 元，草屯療養院之住院收入比（住院收入÷全院總收入）為 0.752，藥癮病患佔全院病患住院人日百分比為 1.3%，故藥師之成本計算如下：

$$10,606,471 \text{ 元} \times 0.752 \times 1.3\% \div 3,642 \text{ 人日} \times 5.46 \text{ 日} \\ = 155.45 \text{ 元}$$

（二）食宿成本

包含洗衣費、清潔費、電話費、辦公事務用品、衛材、感染性廢棄物等費用，共需 824,687 元（如表 4-7），而將費用分攤到每位病患之計算方法為：

$$824,687 \text{ 元} \div 3,642 \text{ 人日} \times 5.46 \text{ 日} = 1,236.35 \text{ 元/人}$$

另外，病患於戒治期間之食宿費用亦需列入成本的評估中，但住宿費用已於事務成本中估算過，只需針對伙食費加以評估，草屯療養院對病患收取之伙食費為每天 130 元，將收費乘上「成本收益比(cost to charge ratio)」即為成本，因此伙食之成本為 122.2 元，而每位病患於戒治期間共需 667.21 元的伙食費。加總可得每位病患戒治時所需耗用之事務成本為 1,903.56 元。

表 4 - 7 食宿成本分析表

成本項目	總費用	說 明
洗衣費	360,000	以藥癮病患佔全院病患住院人日百分比分攤至藥癮病房
清潔費	224,687	以樓地板面積分攤至藥癮病房
電話費	36,000	以醫務收入比分攤至藥癮病房
辦公事務用品	57,600	以醫務收入比分攤至藥癮病房
衛材	60,000	一個月約 5,000 元×12 個月
感染性廢棄物	86,400	一個月約 52 公斤×52 元/公斤×12 個月
總計	824,687	

(三) 檢驗檢查成本

每位病患於住院前都必須完成一系列的檢驗檢查（詳細項目如表 3 - 1 所示），這一系列的檢驗檢查共收費 3,475 元，將收費乘上「成本收益比(cost to charge ratio)」，可得每位藥癮患者之檢驗檢查成本為 3,266.5 元。

(四) 藥品成本

每位病患入院接受戒治療成時，醫師會給予藥物治療（詳細項目、數量及收費如表 4 - 8），計算出每位病患戒治之藥品總費用為 1458.67 元，同樣將收費乘上「成本收益比(cost to charge ratio)」，可得每位藥癮患者之藥品成本為 1,371.15 元。

表 4 - 8 藥品費用分析表

藥品名稱	單次劑量	每天使用次數	收費	使用機率	每日藥品費用
一般藥物					
Antisemin (cyproheptadine) 4mg Ta	1 粒	4 次	0.7 元	16%	0.448
Mag. Oxide 250mg	1 粒	4 次	0.18 元	50%	0.36
Mesyrel 50mg (Trazodone)	1 粒	1 次	6.9 元	74%	5.106
Clopine 100mg (Clozapine)	1 粒	1 次	28.58 元	30%	8.574
管制藥品					
Muaction S.R 100mg	1 粒	2 次	19.68 元	100%	39.36
Tramal 50mg Cap.	2 粒	4 次	17.8 元	100%	142.4
Modipanol 2mg	3 粒	1 次	4.7 元	100%	14.1
針劑					
Dextrose 5% 500ml	1 瓶	1 次	20.05 元	100%	20.05
Vitacon-C 2ml	1 支	1 次	25 元	100%	25
Temgesic inj. 1ml 0.3mg	1 支	住院期間 平均用量 2.5 支	107 元	24%	64.2 (單次住院費用)

二、一般成本：有行政人員成本、水電費用、房屋及建築折舊、醫療設備折舊，根據草屯療養院之會計資料，一般成本總計

5,194,899 元/年，各項成本如下。

1. 行政人員成本：以「收益中心工作人員比例（藥癮病房工作人員數÷收益中心總工作人員數）」分攤，分攤後得到一年行政人員薪資為 2,989,714 元。

2. 水電費：以面積比分攤之，藥癮病房之樓地板面積與全院

樓地板面積比為 0.028，故藥癮病房所攤得之成本為 514,286 元。

3. 房屋及建築折舊：藥癮病房之建築物依財務分類標準表耐用年限提列折舊，一年之房屋及建築折舊費用共為 461,439 元。

4. 醫療設備折舊：如果該設備直接歸屬藥癮病房，則直接由藥癮病房承受，若非直接隸屬於藥癮病房則依收入比(0.412)分攤之，分攤後一年之醫療設備折舊費用為 1,229,460 元。

綜合上述，每位藥癮病患耗用之一般成本為：

$$5,194,899 \text{ 元} \div 3,642 \text{ 人日} \times 5.46 \text{ 日} = 7,788.07 \text{ 元/人}$$

三、**生產力損失成本**：藥癮病患於住院戒治期間無法工作，將造成生產力損失，藥癮戒治病患之平均薪資為 20,214.84 元，一個月以工作 30 天計算，平均住院天數為 5.46 日，可得每位病患住院戒治需損失生產力 3,679.10 元。

四、**中斷治療成本**：投入於未完成治療而中斷治療的患者上的醫療花費，因無治療成效而全部造成浪費，需分攤至所有完成治療的病患身上，未完成戒治之病患平均住院天數為 2.38 天，所需耗費的營運成本、一般成本及生產力損失成本總共為 20,792.44

元，本研究所收集之 128 為研究對象中，有 78 位完成戒治、50 位中斷治療，因此每位病患攤到的中斷治療成本之計算方法

$$\text{為：} \frac{20,792.44 \text{元/人} \times 50 \text{人}}{78 \text{人}} = 13,328.49 \text{元/人}。$$

五、**醫療照護成本**：即門診追蹤成本，本研究欲比較第一次追蹤（第三個月）及第二次追蹤（第六個月）時病患的戒治效果與前測之差異，需再將追蹤期間病患回診的成本納入估計，根據個案醫院之會計資料得知藥癮病患每人次的門診成本約 1,369.07 元。藥癮戒治病患於出院後三個月內每月平均回門診複診 2.2 次，出院後三個月到六個月的每月平均回診 0.5 次，根據上述資料可計算出住院至第一次追蹤期間所需耗費之戒治成本為 9,035.86 元、第一次追蹤至第二次追蹤期間所需耗費之戒治成本為 2,053.61 元。

在營運成本、一般成本、生產力損失成本、中斷治療成本及醫療照護成本分項逐一評估之後，可得到每位藥癮患者完成戒治所需耗用之成本（表 4-9），至第一次追蹤時之總戒治成本為 70,064.65 元、至第二次追蹤時之總戒治成本為 72,118.26 元。

表 4-9 每位藥癮患者之戒治成本分析表

成本項目	每位戒治病患之成本
營運成本	36,233.13
人力成本	29,691.92
事務成本	1,903.56
檢驗檢查成本	3,266.5
藥品成本	1,371.15
一般成本	7,788.07
生產力損失成本	3,679.10
中斷治療成本	13,328.49
住院戒治總成本	61,028.79
至第一次追蹤之總戒治成本	70,064.65
至第二次追蹤之總戒治成本	72,118.26

第三節 藥癮戒治效果評估

本研究以「成癮嚴重度」及「生活品質」的改善程度來做為藥癮戒治的效果，因中斷治療者即無治療成效，故只計算完成戒治療程患者(78位)的效果，分析方法則以重複測量單因子變異數分析(ANOVA)檢定第一、二次追蹤的分數與前測分數間是否有顯著差異。

一、成癮嚴重度

本研究採用之 ASI 評估藥癮戒治病患之戒治成效，量表向度分為：身體狀態、就業/支持狀態、酒精使用、藥物使用、法律狀態家庭社會關係及精神狀態。分別計算出前測、第一次追蹤及第二次追蹤每個向度的平均值，繪製折線圖（如圖 4 - 1）以比較三次測量的結果，可明顯看出第二次追蹤之藥物使用構面及總分的分數低於第一次及前測的分數，顯示成癮嚴重度的改善。

再採用重複測量單因子變異數分析(ANOVA)檢定三組間的差異，發現在藥物使用、家庭/社會關係、精神狀態及總分上呈現顯著差異（如表 4 - 10），而事後檢定(Post Hoc)的結果皆為前測分數明顯高於第一次追蹤與第二次追蹤，表示藥癮戒治對病患藥物成癮的情形有顯著的改善。

圖 4 - 1 成癮嚴重度的三次測量結果

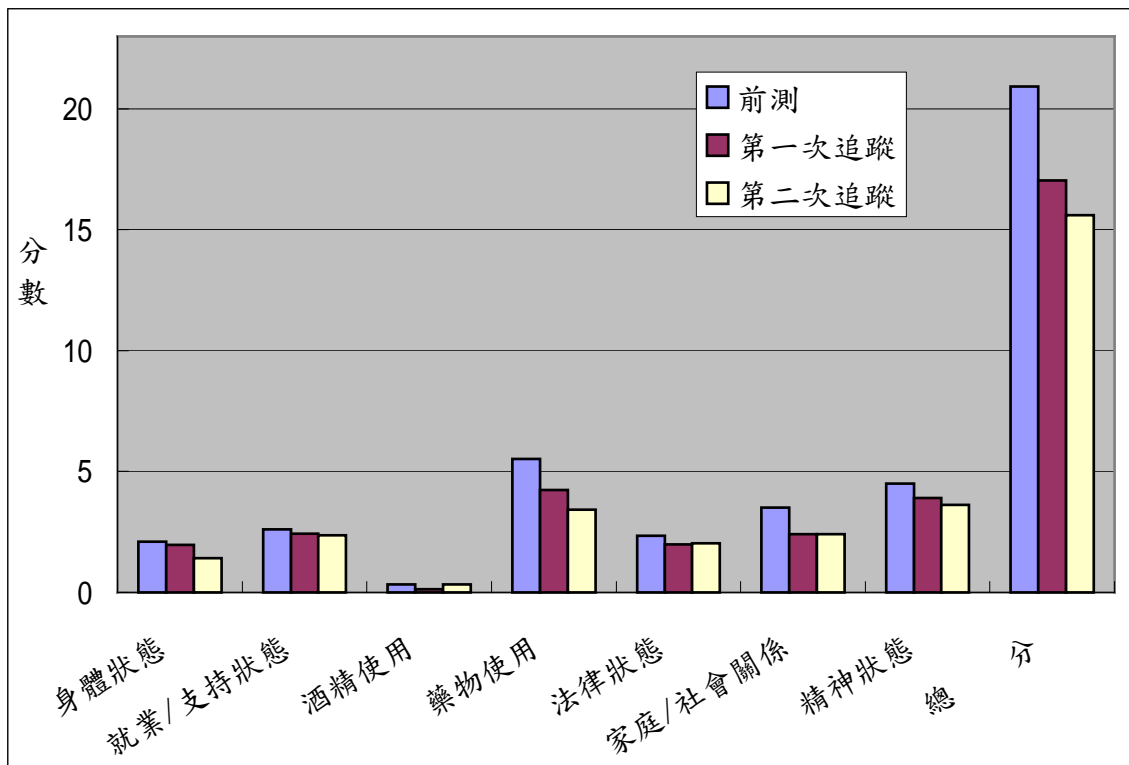


表 4 - 10 成癮嚴重度的三次測量結果

	前測 (n=78)		第一次追蹤 (n=40)		第二次追蹤 (n=36)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
身體狀態	2.09	1.76	1.96	1.64	1.41	1.42	0.225
就業/支持狀態	2.62	1.89	2.43	1.18	2.37	1.38	0.596
酒精使用	0.32	0.63	0.13	0.52	0.33	0.76	0.266
藥物使用	5.53	2.07	4.23	1.18	3.43	1.35	0.000**
法律狀態	2.35	1.53	1.99	1.43	2.03	1.42	0.472
家庭/社會關係	3.51	1.65	2.41	1.35	2.41	1.23	0.000**
精神狀態	4.51	1.94	3.90	1.58	3.61	1.82	0.018*
總 分	20.92	6.40	17.05	5.85	15.60	4.61	0.000**

*表示 $p < 0.05$ **表示 $p < 0.01$

二、生活品質

本研究欲了解藥癮病患於戒治完成後生活品質之改善情形，因此採用 SF-36 量表進行前測、第一次及第二次追蹤之三次測量，首先針對前測的調查結果進行信效度檢驗：

(一) 信度檢驗

本研究以 Cronbach's α 係數作為 SF-36 八個面向的內部一致性信度(internal consistency reliability)分析，採用所有 128 位前測患者的 SF-36 問卷資料進行問卷信的探討。各面向的信度係數(如表 4 - 11)，除身體疼痛(BP)、一般自覺健康狀態(GH)、活力(VT)、社會功能(SF)，及心理健康(MH)信度係數小於 0.7，其餘如生理功能(PF)、生理功能角色限制(RP)、情緒角色限制(RE)皆高於 0.8 以上或 0.9。本研究結果顯示，SF-36 應用在要癮戒治患者上，部分面向有極佳的信度，但也有部分面向信度較不佳。

(二) 幅合一辨別效度

理論上，組成某面向的題目與該面向間會有相關，同時該題目與該面向間的相關程度應該大於與其他面向間的相關。為了求算各面向的幅合及辨別效度，因此須先將各題目與該面向的相關經重複校正(overlap)求得校正後相關(如表 4 - 12)，同時以 0.4 作為的比較基準以計算幅合效度，辨別效度則是與其他面向的相

關作比較。本研究彙整各面向的幅合效度及辨別效度計算結果（如表 4 - 13），幅合效度方面，本研究各面向的幅合效度皆為 100%，整體幅合效度亦為 100%。辨別效度方面，除活力(VT)及心理健康(MH)辨別效度分別為 96.8%及 95.0%，其餘面向的辨別效度皆為 100%，整體辨別效度則為 98.9%。由此可知，本言就將 SF-36 應用在要癮戒治患者上證實有極佳的效度。

表 4 - 11 SF-36 各構面之 Cronbach's α

面向	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Cronbach's α	0.9072	0.8968	0.5141	0.6823	0.4914	0.4487	0.9283	0.6545

表 4 - 12 SF-36 經重複校正後相關與其他量表相關之比較(n=128)

面向	題目	題目與面向相關	相關標準誤	重複校正相關係數	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
PF	SF3a	0.56	0.06	0.44	*	0.24	0.04	0.16	0.13	0.27	0.08	0.06
	SF3b	0.62	0.06	0.51	*	0.18	0.13	0.21	0.14	0.20	0.01	0.13
	SF3c	0.73	0.05	0.63	*	0.13	0.13	0.15	0.02	0.15	0.07	0.03
	SF3d	0.78	0.06	0.67	*	0.16	0.13	0.21	0.17	0.24	0.08	0.11
	SF3e	0.83	0.06	0.71	*	0.21	0.09	0.21	0.21	0.21	0.10	0.08
	SF3f	0.78	0.05	0.68	*	0.21	0.17	0.24	0.15	0.29	0.10	0.16
	SF3g	0.74	0.05	0.65	*	0.25	0.19	0.32	0.33	0.32	0.09	0.27
	SF3h	0.85	0.06	0.72	*	0.21	0.15	0.28	0.32	0.23	0.08	0.27
	SF3i	0.83	0.05	0.74	*	0.18	0.07	0.20	0.28	0.20	-0.02	0.20
	SF3j	0.69	0.05	0.60	*	0.17	0.14	0.26	0.29	0.17	0.05	0.23

表4 - 12 SF-36經重複校正後相關與其他量表相關之比較(n=128)(續)

面向	題目	題目與面向相關	相關標準誤	重複校正相關係數	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
RP	SF4a	0.86	0.04	0.79	0.26	*	0.18	0.29	0.34	0.24	0.61	0.34
	SF4b	0.86	0.04	0.77	0.10	*	0.23	0.29	0.32	0.22	0.67	0.27
	AF4c	0.91	0.05	0.82	0.34	*	0.23	0.22	0.35	0.28	0.62	0.28
	SF4d	0.86	0.05	0.76	0.22	*	0.18	0.21	0.31	0.20	0.58	0.31
BP	SF7	0.83	0.07	0.70	0.29	0.26	*	0.45	0.25	0.37	0.29	0.20
	SF8	0.81	0.07	0.67	-0.02	0.12	*	0.19	0.08	0.21	0.19	0.07
GH	SF1	0.68	0.07	0.54	0.21	0.17	0.27	*	0.50	0.42	0.27	0.41
	SF11a	0.63	0.06	0.50	0.24	0.19	0.24	*	0.32	0.16	0.09	0.28
	SF11b	0.59	0.06	0.47	0.20	0.15	0.28	*	0.31	0.36	0.08	0.28
	SF11c	0.70	0.07	0.57	0.21	0.36	0.27	*	0.38	0.17	0.30	0.32
	SF11d	0.71	0.07	0.57	0.13	0.11	0.26	*	0.46	0.33	0.19	0.33
VT	SF9a	0.63	0.07	0.50	0.06	0.15	0.22	0.37	*	0.38	0.17	0.41
	SF9e	0.59	0.07	0.45	0.02	0.10	0.24	0.36	*	0.31	0.16	0.35
	SF9g	0.65	0.05	0.55	0.31	0.38	0.01	0.31	*	0.10	0.25	0.58
	SF9i	0.66	0.06	0.55	0.27	0.28	0.09	0.44	*	0.29	0.15	0.50
SF	SF6	0.83	0.03	0.78	0.16	0.27	0.23	0.38	0.39	*	0.27	0.49
	SF10	0.77	0.03	0.71	0.36	0.16	0.35	0.32	0.27	*	0.15	0.26
RE	SF5a	0.95	0.04	0.88	0.08	0.68	0.27	0.30	0.30	0.26	*	0.31
	SF5b	0.95	0.07	0.81	0.07	0.69	0.25	0.27	0.26	0.25	*	0.24
	SF5c	0.91	0.06	0.79	0.10	0.61	0.30	0.23	0.26	0.23	*	0.26
MH	SF9b	0.64	0.07	0.49	0.37	0.27	0.05	0.29	0.42	0.28	0.11	*
	SF9c	0.73	0.06	0.60	0.18	0.23	0.04	0.35	0.57	0.40	0.19	*
	SF9d	0.58	0.07	0.44	-0.03	0.10	0.18	0.31	0.39	0.39	0.22	*
	SF9f	0.72	0.09	0.54	0.19	0.31	0.11	0.34	0.58	0.17	0.22	*
	SF9h	0.57	0.09	0.40	-0.03	0.20	0.18	0.29	0.42	0.31	0.21	*

表 4 - 13 SF-36 各次量表的幅合效度及辨別效度

	幅合效度： 題目與面向校正後相關		辨別效度：題目與該面向相關 大於與其他面向相關	
	個數	百分比	個數	百分比
	PF	10/10	100.0%	80/80
RP	4/4	100.0%	32/32	100.0%
BP	2/2	100.0%	16/16	100.0%
GH	5/5	100.0%	40/40	100.0%
VT	4/4	100.0%	31/32	96.8%
SF	2/2	100.0%	16/16	100.0%
RE	3/3	100.0%	24/24	100.0%
MH	5/5	100.0%	38/40	95.0%
整體效度	36/36	100.0%	277/280	98.9%

(三) 藥癮病患之 SF-36 測量結果

分別計算出完成戒治之藥癮戒治病患，前測、第一次追蹤及第二次追蹤 SF-36 每個面向的平均值，並繪製折線圖（如圖 4 - 2）以比較三測測量的結果，雖第二次追蹤在各個面向的分數皆最高，且 VT、SF 及 BP 等構面的差異較大，但重複測量單因子變異數分析(ANOVA)檢定的結果顯示，各構面之三次測量結果皆無顯著差異（如表 4 - 14）。

邱婉君（1997 年）曾經採用 SF36 及 3D 轉換法同時估算生活品質，結果發現在年齡與性別的分層下，生活品質指標之估計值差異皆於 6%之內，顯示可以較簡單的 3D 轉換法取代繁複的 SF-36 總分計算方法。因此本研究將前測、第一次及第二次追蹤之 SF-36 結果，以 Rosser's 3D 轉換法計算藥癮病患之生活品質，首先將

SF-36 轉換為三個 D，再經由此三個向量轉換成單一向量指標模式

(邱婉君，1997 年)：

1. 第一個 D(Disability)：功能失控性，Rosser 將其分為八個等級—1 表功能無障礙～8 表無意識能力。
2. 第二個 D(Discomfort)：身體不適性，共分為五個等級—1 表身體尚無任何不適～5 表身體上非常的不舒服。
3. 第三個 D(Distress)：心理挫折性，共分為五個等級—1 表心理上沒有任何挫折～5 表心理有重大挫折。
4. 單一向量 QoL 指標：由 3D 得分所找出相對應的指數(Index)，QoL 指數的範圍為 0～1，1 表示生活品質近於完美，3D 中的 Distress 對生活品質的影響最大，說明當一個人情緒低落、非常沮喪時，就算有好的行為能力及舒適的環境，仍沒有好的生活品質。

本研究之研究對象於功能的失控性(Disability)上前測的分數為 2.49 分，第一次追蹤時分數大幅上升至 2.92，最後於第二次追蹤時降低至 2.44 分；身體不適(Discomfort)的分數則無太大的變動，前測為 3.37 分，第一、二次追蹤的分數皆稍稍下降 (3.35 分、3.22 分)；至於心理挫折性(Distress)，前測為 3.12 分，第一、二次追蹤的分數卻稍稍上升(3.15 分、3.25 分)；而生活品質指數(QoL

index)則先降後升，於前測時為 0.60 分，治療後的第一次追蹤結果為 0.59 分、第二次追蹤為 0.62 分（如圖 4 - 3），重複測量單因子變異數分析檢定的結果三組間並無顯著差異（如表 4 - 15）。

圖 4 - 2 SF-36 的三次測量結果

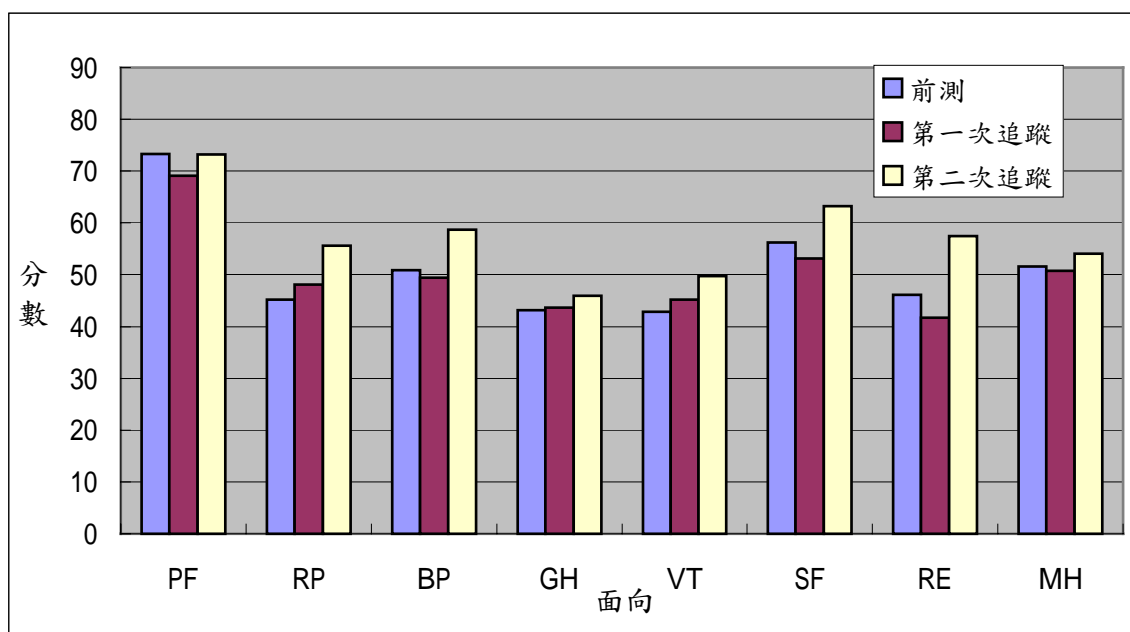


表 4 - 14 SF-36 的三次測量結果

	前測 (n=78)		第一次追蹤 (n=40)		第二次追蹤 (n=36)		p value
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
PF	73.27	25.66	69.13	31.58	73.19	26.86	0.719
RP	45.19	42.27	48.13	45.78	55.56	45.16	0.504
BP	50.87	28.60	49.40	24.78	58.69	26.53	0.267
GH	43.12	19.19	43.70	23.25	45.97	19.81	0.785
VT	42.82	16.25	45.25	19.87	49.72	15.30	0.136
SF	56.25	25.14	53.13	25.44	63.19	18.65	0.173
RE	46.15	46.90	41.67	46.99	57.41	44.09	0.312
MH	51.54	16.95	50.80	17.12	54.11	11.88	0.633

圖 4 - 3 3D 轉換的三次結果

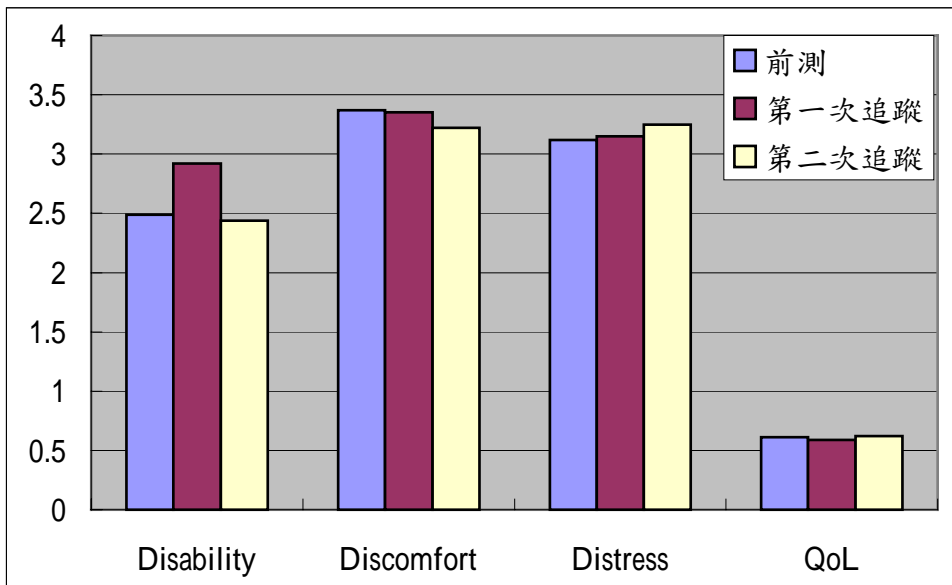


表 4 - 15 3D 轉換結果

	前測 (n=78)		第一次追蹤 (n=40)		第二次追蹤 (n=36)		p value
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
Disability	2.49	1.79	2.92	2.25	2.44	1.96	0.454
Discomfort	3.37	1.19	3.35	1.25	3.22	1.24	0.768
Distress	3.12	0.97	3.15	1.03	3.25	0.65	0.825
QoL	0.60	0.21	0.59	0.20	0.62	0.18	0.805

第四節 成本效果分析

總結上述藥癮病患於個案醫院戒治的成本與效果(包含成癮嚴重度及生活品質的改善)，可計算出藥癮戒治之成本效果比值。但可能因為結束住院後返家的那一段時間病患較不舒服，需要長時間的調養才能恢復，因此第一次追蹤時病患之生活品質較前測時差，故將第一次追蹤的生活品質改善部分予以略過。本研究分別出計算第一次追蹤及第二次追蹤之成本效果比值如下：

1. 第一次追蹤之成本效果比₁=

$$\frac{\text{至第一次追蹤時所耗費之藥癮戒治成本}}{\text{藥物使用情形改善}} = \frac{70,044.65}{5.53 - 4.23} = 53,895.88$$

2. 第二次追蹤之成本效果比₁=

$$\frac{\text{至第二次追蹤時所耗費之藥癮戒治成本}}{\text{藥物使用情形改善}} = \frac{72,118.26}{5.53 - 3.43} = 34,342.03$$

3. 第二次追蹤之成本效果比₂=

$$\frac{\text{至第二次追蹤時所耗費之藥癮戒治成本}}{\text{生活品質改善}} = \frac{72,118.26}{0.62 - 0.60} = 3,605,913$$

三個月內若要改善藥癮病患一單位的藥物使用嚴重度，需花 53,903.58 元，六個月內則需花 34,342.03 元；而六個月內要改善藥癮病患一單位的生活品質需花費 3,605,913 元。

第五節 敏感度分析

由於本研究中某些相關資料之取得存在著不確定性，必須進行敏感度分析，以評價改變在一定範圍內的估計值是否會影響到結果或結論的穩定性。本節針對成本效益比(Cost to charge ratio)、平均住院天數、病患平均薪資、成癮嚴重度改善程度及生活品質改善程度等項目，進行「單維敏感度分析」。

平均住院天數、病患平均薪資、成癮嚴重度改善程度及生活品質改善程度等四個項目，在資料收集時存在不確定性，因此針對這四個項目進行檢測（檢測範圍如表4-16），成本項目之敏感度分析結果如表4-17，而效果之敏感度分析如表4-18所示。

表 4 - 16 敏感度分析之項目及範圍

項目	原始值	範圍	
		減少5%	增加5%
平均住院天數	0.94	0.893	0.987
病患平均薪資	20214.84	19204.1	21225.58
成癮嚴重度改善程度	1.3	1.235	1.365
生活品質改善程度	2.1	1.995	2.205

表 4 - 17 成本項目敏感度分析

變動項目		變動後總成本	成本差異	CE Ratio	差異
<u>第一次追蹤 (藥品使用情形改善程度)</u>					
平均住院天數	-5%	67,979.72	-2,084.93	52,292.09	-1605.79
	+5%	72,156.08	2,091.43	55,504.68	1605.79
病患平均薪資	-5%	69,829.30	-235.35	53,714.85	-185.04
	+5%	70,300.01	235.36	54,076.93	176.05
<u>第二次追蹤 (藥品使用情形改善程度)</u>					
平均住院天數	-5%	70,033.33	-2,084.93	33,349.20	-992.82
	+5%	74,209.68	2,091.42	35,337.94	995.92
病患平均薪資	-5%	71,882.90	-235.36	34,229.95	-112.07
	+5%	72,353.61	235.35	34,454.10	112.07
<u>第二次追蹤時 (生活品質改善程度)</u>					
平均住院天數	-5%	70,033.33	-2,084.93	3,501,667	-104,246.30
	+5%	74,209.68	2,091.42	3,710,484	104,571.20
病患平均薪資	-5%	71,882.90	-235.36	3,594,145	-11,767.80
	+5%	72,353.61	235.35	3,617,681	11,767.70

表 4 - 18 效果項目敏感度分析

變動項目		變動後效果	效果差異	CE Ratio	差異
<u>第一次追蹤時</u>					
藥物使用情形改善程度	-5%	1.235	-0.065	56,732.51	2,836.63
	+5%	1.365	+0.065	51,329.41	-2,566.47
<u>第二次追蹤時</u>					
藥物使用情形改善程度	-5%	1.995	-0.105	36,149.50	1,807.48
	+5%	2.205	+0.105	32,706.69	-1,635.33
生活品質改善程度	-5%	0.019	-0.001	3,795,698	189,784.9
	+5%	0.021	+0.001	3,434,203	-171,710.0

第六節 藥癮病患之人格特質

一、信校度檢驗

首先進行艾森克人格量表之信度檢驗，計算全部題目及每個分量表的內部一致性，因本量表的回答只有是、否兩種選項，因此在內部一致性的測量上採用庫李信度(Kuder-Richardson reliability)，全部題目的 KR20 係數為 0.5972，子構面之 KR20 係數分別為：P 構面 0.1489、E 構面 0.7539、N 構面 0.7990、L 構面 0.6950，結果顯示 P 構面之內不一致性不佳，其他構面之信度皆屬在接受的範圍內。

表 4-19 艾森克人格量表各構面之總分與其題目間的相關性

P 量表		E 量表		N 量表		L 量表	
項目	相關係數	項目	相關係數	項目	相關係數	項目	相關係數
2	0.20*	3	0.55**	1	0.63**	4	0.23**
6	0.40**	7	0.65**	5	0.60**	8	0.49**
10	0.14	11	0.51**	9	0.55**	12	0.63**
14	0.35**	15	0.56**	13	0.49**	16	0.40**
18	0.39**	19	0.64**	17	0.67**	20	0.53**
22	0.35**	23	0.58**	21	0.53**	24	0.65**
26	0.37**	27	0.26**	25	0.55**	29	0.59**
28	0.43**	32	0.50**	30	0.59**	33	0.40**
31	0.34**	36	0.46**	34	0.29**	37	0.45**
35	0.26**	41	0.31**	38	0.65**	40	0.52**
39	0.25**	44	0.62**	42	0.65**	45	0.40**
43	0.33**	48	0.60**	46	0.47**	47	0.42**

註：*表在顯著水準為 0.05 時(雙尾)，相關顯著

**表在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

藉由檢視各構面之總分與其題目間的相關性進行本量表效度的檢驗，結果顯示 98% 的題目的相關呈現顯著（表 4 - 19），且總體幅合效度為 33.33%、辨別效度為 91.7%（表 4 - 20），顯示本量表之效度良好。

表 4 - 20 艾森克人格量表之幅合與辨別效度

	幅合效度		辨別效度	
	個數	百分比	個數	百分比
精神值	0/12	0.0%	38/48	79.2%
內外傾向	7/12	58.3%	45/48	93.8%
神經值	6/12	50.0%	48/48	100.0%
社會性	3/12	25.0%	45/48	93.8%
總體效度	16/48	33.3%	176/192	91.7%

註：1.幅合效度：題目與構面校正相關 >0.4

2.辨別效度：題目與構面相關大於其他構面相關

二、藥癮病患之人格特質測量結果

本量表共 48 題、四個構面，每個構面皆有 12 題、每題答對得一分。根據艾森克的多維個性論所提到之各維的典型代表如下：

1. 外向性：E 分特高者是典型的外向型，喜歡社交活動，朋友多，需要有人同他談話，渴望興奮的事，喜歡冒險，向外發展，行動受一時衝動影響，喜歡實際的工作，回答問題迅速，漫不經心，隨和，樂觀，喜歡談笑，寧願動而不願靜，有攻擊傾向。從外表上看似乎情緒容易失控，不是一個很踏實的人。而 E 分特低者為典型內向型安靜，離群，內省，喜歡讀書，而不喜歡

社交，保守，與人保持一定距離（除非摯友），傾向與事業有計劃，做事瞻前顧後，不憑一時衝動。不喜歡刺激的事，日常生活有規律，嚴嚴謹，很少有攻擊行為，價值觀念是以倫理做標準。從外表上看似乎是一個略帶悲觀，但顯得很踏實可靠的人

2. 神經質：N分特高者為典型情緒不穩型，焦慮、緊張易怒，往往又有抑鬱，睡眠不好，常有多種心身障礙，情緒過分，對各種刺激的反應都過於強烈，情緒激發後又很難平復下來。甚至有時走上危險道路。N分特低者為情緒穩定型，傾向於情緒反應緩慢而且輕微，即使激起了情緒也很容易恢復平靜，通常是平靜、穩重、溫和的，即使生點氣也是有節制的，並且不易焦慮。
3. 精神質：在此並非暗指精神病，研究表明它在所有人身上都存在，只是程度不同，P分很高的成人，容易導致行為異常，表現出自我中心、屈強、固執、粗暴強橫和鐵石心腸的特點；可能是殘忍的不人道、缺乏同情心和感覺遲鈍，往往獨身，不關心人。對人抱敵意，即便是親友也如此，具有攻擊性，即使是對喜歡的人。P分低的人會表現出溫柔心腸的特點，善良利他。

以平均來說，本研究之研究對象中有完成藥癮戒治療程者在精神質構面(N)的分數略高於中斷治療者，但未達統計上顯著差異；而外

向性構面(E)的分數低於中斷治療者，中斷治療者比較外向；另外，中斷治療者於社會掩飾性(L)的分數略高於完成治療者，但此三構面的分數皆未達統計上顯著差異。在神經質構面(N)的分數上完成治療者高於中斷治療者，顯示中斷治療者的情緒比較不穩定，若以 0.1 的顯著水準來看，此構面的分數差異達統計上顯著差異（表 4 - 21）。

表 4 - 21 完成及中斷治療患者之人格特質測量結果比較

	GROUP	個數	平均數	標準差	<i>p</i> value
P	完成治療	78	4.09	1.58	0.479
	中斷治療	50	3.86	1.69	
E	完成治療	78	5.42	2.94	0.443
	中斷治療	50	5.78	3.13	
N	完成治療	78	6.91	2.91	0.057*
	中斷治療	50	5.84	3.42	
L	完成治療	78	6.27	2.84	0.475
	中斷治療	50	6.44	2.62	

註：*表在顯著水準為 0.1 時(雙尾)，相關顯著

三、藥癮病患之人格特質分類

艾森克人格量表中的 N 及 E 都是雙向維度，如情緒可從極度穩定移行至極度不穩。同時各維度是交叉的，例如，內向（或外向）的人同時也可能屬於情緒穩定（或不穩定），還可能有或沒有明顯的神經質。這樣一來，人們的個性便組合成許許多多的類型了。例如，以 E 維為 X 軸，N 為 Y 軸，交叉成十字，艾森克在這十個字的週邊作

一圈，在圓周上的移行點有許多，可代表許多人格類型。同時他認為，這個交叉的十字的週邊作一圈，在圓周上的移行點有許多，可代表許多人格類型。同時他認為，這個交叉的十字所分成的四個象限，為外向—情緒不穩、外向—情緒穩定、內向—情緒穩定、內向—情緒不穩，分別相當於古代的四個氣質類型，即膽汗質、多血質、粘液質和抑鬱質。

本研究將研究對象依照艾克森之人格類型分類法分類，結果發現藥癮患者中完全沒有「外向—情緒穩定」者，約一半的藥癮患者為「內向—情緒穩定」類型(50.8%)，39.0%的藥癮病患屬於「外向—情緒不穩定」類型，「內向—情緒不穩定」類型只佔了 10.2% (表 4 - 22)。

表 4 - 22 人格類型分佈表

人格類型	藥癮病患	百分比	完成治療者	百分比	中斷治療者	百分比
內向—情緒穩定	65	50.8%	41	52.5%	24	48.00
內向—情緒不穩定	13	10.2%	7	9.0%	6	12.00
外向—情緒穩定	0	0%	0	0%	0	0%
外向—情緒不穩定	50	39.0%	30	38.5%	20	40.00
總和	128	100%	78	100%	50	100%

第七節 中斷治療之危險因子－邏輯斯迴歸

藥癮病患於生理戒治期間中斷治療，所投入之醫療資源全數造成浪費，且中斷治療者越多，表示戒治模式的成本效果越低。因此本研究採用邏輯斯迴歸定義出中斷治療之危險因子，作為將來政策制訂與發展藥癮戒治模式的參考。

在藥物濫用者中斷戒治與否的邏輯斯迴歸模式中，主要探討何者為藥物濫用者中斷戒治之危險因子，首先將類別變項設為虛擬變項（表 4 - 23）後放入邏輯斯迴歸模型中，由結果得知性別、有無宗教信仰、婚姻狀況、工作狀況、自覺健康、總收入、是否曾經停止藥物濫用、人格特質、藥物使用嚴重度、海洛因使用月數及同居者是否有藥物濫用等危險因子有達到統計上顯著意義($p < 0.1$)，其餘變項則未達到統計上顯著意義。

一、邏輯斯迴歸模型適合度檢定

在評估邏輯斯迴歸模型與原始資料的適合度上，統計值的虛無假設與對立假設如下：

H_0 : 此假設模型適合原始資料

H_1 : 此假設模型不適合原始資料

模型中包含截距及共變數-2logL 值是 80.775，自由度為 90。此

值在 $\alpha=0.05$ (卡方值=113.145) 下不顯著，表示此邏輯斯迴歸模型符合原始資料。

表 4 - 23 邏輯斯迴歸之虛擬變項

變項名稱	虛擬變項			變項名稱	虛擬變項	
性別				曾經停用		
男(參考組)	0			否(參考組)	0	
女	1			是	1	
宗教信仰				藥物種類		
無宗教信仰(參考組)	0			單種(參考組)	0	
有宗教信仰	1			多種	1	
年齡				合併酒精		
17-24 歲(參考組)	0	0	0	無(參考組)	0	
25-29 歲	1	0	0	有	1	
30-35 歲	0	1	0	人格特質		
36 歲以上	0	0	1	內向穩定(參考組)	0	0
婚姻狀況				內向不穩	1	0
未婚(參考組)	0	0		外向不穩	0	1
已婚	1	0		技術訓練		
離婚	0	1		無(參考組)	0	
教育程度				有	1	
國中肄業以下(參考組)	0	0	0	遭到起訴		
國中畢業	1	0	0	無(參考組)	0	
高中肄業	0	1	0	有	1	
高中畢業	0	0	1	藥物濫用家族史		
工作狀況				無(參考組)	0	
失業(參考組)	0	0		有	1	
兼職	1	0		同居酒精		
全職	0	1		無(參考組)	0	
自覺健康狀況				有	1	
0-25 分(參考組)	0	0	0	同居藥物		
30-42 分	1	0	0	無(參考組)	0	
43-57 分	0	1	0	有	1	
58 分以上	0	0	1			
總收入						
無(參考組)	0	0	0			
1-20000 元	1	0	0			
2001-40000 元	0	1	0			
40001 元以上	0	0	1			

二、邏輯斯迴歸模型結果

在控制住其他變項之效應後，結果發現性別、有無宗教信仰、婚姻狀況、工作狀況、自覺健康、總收入、是否曾經停止藥物濫用、人格特質、藥物使用嚴重度、海洛因使用月數及同居者是否有藥物濫用，皆呈現統計上的顯著差異（表 4-24）。

而年齡、教育程度、戒毒次數、是否合併多種藥物、是否合併酒精使用、身體狀態嚴重度、就業及支持狀態嚴重度、酒精使用嚴重度、法律狀態嚴重度、家庭及社會關係嚴重度、精神狀態嚴重度、有無技術訓練、是否有被起訴、藥物濫用家族史、同居者是否有酒精成癮均未達統計上顯著意義（表 4-24）。

藥物濫用者之人口學變項中，女性中斷戒治的勝算比是男性的 0.003 倍($p<0.01$)；有宗教信仰者相對於無宗教信仰者之勝算比為 5.433 倍($p<0.05$)，皆達統計上顯著意義。

在「年齡」方面，25~29 歲、30~35 歲及 36 歲以上，相對於參考組(17~24 歲)之中斷戒治勝算比分別為 0.471 倍、0.263 倍及 0.457 倍($p>0.1$)；而在「教育程度」方面，國中畢業、高中(職)肄業及高中(職)畢業以上，相對於教育程度在國中肄業以下者之中斷戒治勝算比分別為 0.221、0.935 及 0.193 倍($p>0.1$)，皆未達統計上之顯著意

義。

在「婚姻狀況」方面，已婚者中斷戒治之勝算比為未婚者的 1.690 倍($p>0.1$)，未達統計上顯著意義；而離婚者中斷戒治之勝算比為未婚者的 0.057 倍($p<0.1$)，達統計上顯著意義。

在「工作狀況」方面，兼職及全職者相對於失業者中斷戒治的勝算比分別為 0.003 及 0.026($p<0.05$)，達統計上顯著意義。

在「自覺健康狀況」方面，自覺健康狀況之分數為 30~42 分及 43-57 分相對於參考組 (0~25 分) 中斷戒治之勝算比分別為 0.103 及 0.038($p<0.1$)，均達統計上顯著意義；而自覺健康狀況之分數在 58 分以上者，則未達統計上顯著意義。

在「總收入」方面，1-20,000 元者之勝算比是無收入者的 0.092 倍($p<0.05$)，而總收入在 20,001-40,000 元及 40,001 元以上相對於無收入者之勝算比分別為 1.785 及 5.827，則未達統計上顯著水準。

在「戒毒次數」方面，每增加一次戒毒次數，中斷戒治之勝算比增加 0.868 倍($p>0.1$)，未達統計上顯著水準。

在「曾經停用」方面，曾經停止藥物濫用者其中斷戒治之勝算比為從未停止使用者的 0.145 倍($p<0.1$)。在「藥物種類」及「合併酒精」方面，合併使用多種藥物者相對於使用單種藥物者之中斷戒治勝算比

為 1.376($p>0.1$)，而合併酒精成癮者相對於未合併酒精成癮者之中斷戒治勝算比為 0.462 倍($p>0.1$)。

在「人格特質」方面，內向不穩者其中斷戒治之勝算比為內向穩定者之 21.8 倍($p<0.05$)，達統計上顯著意義；而外向不穩者其中斷戒治之勝算比為內向穩定者之 2.524 倍($p>0.1$)，未達統計上顯著意義。

在「身體狀態」、「就業支持」、「酒精使用」、「藥物使用」、「法律狀態」、「家庭社會」、「精神狀態」等七個藥物濫用嚴重度構面，每增加一單位之嚴重度，其勝算比分別增加 0.994 倍、1.144 倍、2.234 倍、0.194 倍、1.488 倍、0.866 倍、0.885 倍，其中只有「藥物使用」方面的嚴重度有達統計上顯著差異($p<0.001$)，其餘均未達統計上顯著差異。

在「海洛因使用月數」方面，每增加一個月使用時間，其中斷戒治之勝算比增加 0.983 倍，達統計上顯著意義($p<0.1$)；曾經接受過「技術訓練」者相對於未受過訓練者，其中斷治療之勝算比為 1.357 倍($p>0.1$)；有「遭到起訴」相對於沒有遭到起訴者，其中斷戒治之勝算比為 2.296 倍($p>0.1$)。

有「藥物濫用家族史」者相對於沒有者，其中斷戒治之勝算比為 0.651 倍($p>0.1$)；「同居者有酒精成癮」者相對於沒有者，其中斷戒治

之勝算比為 8.354 倍($p>0.1$)，以上皆未達統計上顯著意義。而「同居者有藥物濫用成癮」者相對於沒有者，其中斷戒治之勝算比為 43.62 倍，且達統計上顯著意義($p<0.05$) (表 4 - 24)。

表 4 - 24 邏輯斯迴歸分析表

研究變項	迴歸模型					
	迴歸 係數	標準誤	p 值	odds ratio	odds ratio 95% C.I. 下界 下界	
性別						
男(參考組)						
女	-5.950	1.856	0.001**	0.003	0.000	0.099
宗教信仰						
無宗教信仰(參考組)						
有宗教信仰	1.693	0.800	0.034*	5.433	1.133	26.064
年齡						
17-24 歲(參考組)						
25-29 歲	-0.752	1.028	0.464	0.471	0.063	3.537
30-35 歲	-1.337	1.157	0.248	0.263	0.027	2.535
36 歲以上	-0.782	1.213	0.519	0.457	0.042	4.928
婚姻狀況						
未婚(參考組)						
已婚	0.525	0.840	0.532	1.690	0.326	8.767
離婚	-2.872	1.546	0.063+	0.057	0.003	1.172
教育程度						
國中肄業以下(參考組)						
國中畢業	-1.508	1.363	0.268	0.221	0.015	3.199
高中肄業	-0.068	1.547	0.965	0.935	0.045	19.386
高中畢業	-1.647	1.472	0.263	0.193	0.011	3.451
工作狀況						
失業(參考組)						
兼職	-5.770	2.244	0.010*	0.003	0.000	0.254
全職	-3.639	1.317	0.006**	0.026	0.002	0.347
自覺健康狀況						
0-25 分(參考組)						
30-42 分	-2.272	1.269	0.073+	0.103	0.009	1.241
43-57 分	-3.283	1.609	0.041*	0.038	0.002	0.879
58 分以上	-2.112	1.374	0.124	0.121	0.008	1.788
總收入						
無(參考組)						
1-20,000 元	-2.389	1.038	0.021*	0.092	0.012	0.701
20,001-40,000 元	0.579	1.285	0.652	1.785	0.144	22.158
40,001 元以上	1.763	1.204	0.143	5.827	0.550	61.703
戒毒次數	-0.142	0.152	0.350	0.868	0.644	1.169
曾經停用						
否(參考組)						
是	-1.929	1.031	0.061+	0.145	0.019	1.096

註：+p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01

表 4 - 24 邏輯斯迴歸分析表(續)

研究變項	迴歸模型					
	迴歸 係數	標準誤	p 值	odds ratio	odds ratio 95% C.I. 下界 下界	
藥物種類						
單種(參考組)						
多種	0.319	1.114	0.774	1.376	0.155	12.205
合併酒精						
無(參考組)						
有	-0.773	1.162	0.506	0.462	0.047	4.504
人格特質						
內向穩定(參考組)						
內向不穩	3.082	1.426	0.031*	21.800	1.333	356.628
外向不穩	0.926	0.774	0.232	2.524	0.554	11.503
身體狀態						
身體狀態	-0.006	0.260	0.982	0.994	0.597	1.656
就業支持						
就業支持	0.134	0.288	0.641	1.144	0.650	2.011
酒精使用						
酒精使用	0.804	0.871	0.356	2.234	0.405	12.309
藥物使用						
藥物使用	-1.639	0.417	0.000**	0.194	0.086	0.439
法律狀態						
法律狀態	0.397	0.348	0.254	1.488	0.752	2.944
家庭社會						
家庭社會	-0.144	0.336	0.669	0.866	0.448	1.675
精神狀態						
精神狀態	-0.122	0.251	0.628	0.885	0.541	1.449
海洛因使用月數						
海洛因使用月數	-0.017	0.010	0.075+	0.983	0.965	1.002
技術訓練						
無(參考組)						
有	0.305	0.816	0.708	1.357	0.274	6.717
遭到起訴						
無(參考組)						
有	0.831	1.216	0.495	2.296	0.212	24.911
藥物濫用家族史						
無(參考組)						
有	-0.429	1.973	0.828	0.651	0.014	31.111
同居酒精						
無(參考組)						
有	2.123	1.408	0.132	8.354	0.529	131.863
同居藥物						
無(參考組)						
有	3.776	1.549	0.015*	43.620	2.096	907.838
常數	12.436	4.026	0.002	251783.382		

註：+p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01

第五章 討論

一、母體效度(Population Validity)

本研究中藥癮戒治患者之基本資料 92 年反毒報告書中的統計結果比較，得知本研究之研究樣本特質與全國藥癮戒治患者的特質相近，例如：本研究研究對象中女性只佔了 11.7%，與 92 年反毒報告書中的統計結果--全台灣吸毒者之女性比例(13.7%)相近；92 年反毒報告書中的統計結果--單一用藥的百分比為 79.5%亦與本研究相近(75%)；另外，年齡分佈、個案併存慢性疾病、用藥原因等資料皆相近，可增加本研究之外推性。

二、藥癮病患之成癮嚴重度

吳就君等學者曾以成癮嚴重度指標(ASI)衡量南部某戒治機構之戒治模式成效，有效樣本 80 人，分別於入院前與出院後四個月以 ASI 測量病患之成癮嚴重度（吳就君等，1998 年）。入院時差異最大的向度為之酒精使用情形，本研究個案醫院所收治之藥癮病患，酒精使用情形(0.32)低於南部某戒治機構(1.3)；身體狀況嚴重程度(2.09)則高於南部某戒治機構(1.3)，推測可能為區域不同、人口特質有所差異所致；其他向度的嚴重程度在入院前則差異不大。而在追蹤的結果上，法律狀態有較大的差異，本研究藥癮病患之犯罪情況

(2.03)低於南部某戒治機構(3.0)；兩個研究於追蹤時之藥物使用狀態、就業與支持狀態、家庭社會關係及精神狀態皆較入院前佳，顯示藥癮戒治確有成效。

三、藥癮病患之生活品質

SF-36 的測量結果中，生理功能(PF)、身體疼痛(BP)、社會功能(SF)、情緒角色限制(RE)及心理健康(MH)五面向，第一次追蹤的分數較前測及第二次追蹤都來的低，可能因為住院只是單純急性解毒並輔以一些心理治療，但真正要戒除藥癮需要長時間與心理、生理抗戰，因此出院後短期內有較差的生活品質。

將 SF-36 調查結果，與蔡益堅（2001 年）採用民國 90 年國民健康訪問調查所建立之國人自覺健康分數常模(norm)做比較，發現藥癮病患每個構面的平均分數皆低於一般民眾。其中，以本研究之前測結果而言，顯示藥癮病患與一般民眾相較，在角色-生理的構面上最差，其次為角色-情緒構面，再其次為社會功能構面；再以藥癮患者第一次追蹤之結果與一般民眾相較，則以情緒角色限制(RE)構面差最多，其次為生理角色限制(RP)構面，再其次為社會功能(SF)構面；而以第二次追蹤結果與一般民眾作比較，則可發現生理角色限制(RP)構面仍為最差，而社會功能(SF)構面為第二差，再其次則

為一般健康(GH)構面 (表 5-1)。

表 5-1 藥癮病患及全國一般民眾之 SF-36 各構面比較

	一般民眾 (n=17,558)		前測 (n=78)		第一次追蹤 (n=40)		第二次追蹤 (n=36)	
	平均值	標準差	平均值	差異	平均值	差異	平均值	差異
PF 生理功能	92.21	16.20	73.27	-18.94	69.13	-23.08	73.19	-19.02
RP 角色—生理	83.61	33.30	45.19	-38.42	48.13	-35.48	55.56	-28.05
BP 身體疼痛	73.33	28.57	57.87	-15.46	49.40	-23.93	58.69	-14.64
GH 一般健康	70.42	21.78	43.12	-27.30	43.70	-26.72	45.97	-24.45
VT 活力狀況	68.25	18.67	42.82	-25.43	45.25	-23.00	49.72	-18.53
SF 社會功能	86.80	17.07	56.25	-30.55	53.13	-33.67	63.19	-23.61
RE 角色—情緒	79.40	36.07	46.15	-33.25	41.67	-37.73	57.41	-21.99
MH 心理健康	73.01	16.55	51.54	-21.47	50.80	-22.21	54.11	-18.90

註：一般民眾之資料來源：蔡益堅，民 90 年。

本研究中藥癮戒治病患的生活品質指標與中部五縣市一般民眾的生活品質指標做比較 (邱婉君, 1997 年), 顯示無論各種性別及年齡層的藥癮病患, 生活品質皆較一般民眾來的低 (表 5-2), 男性的平均差異為-0.31、女性的差異為-0.26。藥癮戒治病患的 3 個 D 與一般民眾之比較如下:

1. 功能失控性：與中部五縣市一般民眾做比較，結果顯示無論各種性別及年齡層的藥癮病患，功能失控性皆較一般民眾來的高 (表 5-3)，男性的平均差異為 1.03、女性的差異為 1.4，

可見藥癮病患身體功能的限制（運動、做家事、自行穿衣洗澡）比一般人高。

2. 身體不適性：與中部五縣市一般民眾做比較，結果顯示無論各種性別及年齡層的藥癮病患，身體不適性皆較一般民眾來的高（表 5-4），男性的平均差異為 1.9、女性的差異為 1.84，可見藥癮病患身體不適（疼痛）的程度比一般人高。
3. 心理挫折性：與中部五縣市一般民眾做比較，結果顯示無論各種性別及年齡層的藥癮病患，心理挫折性皆較一般民眾來的高（表 5-5），男性的平均差異為 1.31、女性的差異為 0.62，可見藥癮病患感受心理挫折（沮喪、憂鬱、精疲力竭等）的程度比一般人高。

表 5-2 藥癮病患及中部地區一般民眾之生活品質比較

年齡層	男性			女性		
	個數 n=113	藥癮病患 QoL	一般民眾 QoL	個數 n=13	藥癮病患 QoL	一般民眾 QoL
15-19 歲	4	0.64	0.96	2	0.72	0.95
20-24 歲	21	0.67	0.95	6	0.64	0.93
25-29 歲	28	0.60	0.94	3	0.62	0.94
30-34 歲	27	0.56	0.95	3	0.60	0.93
35-39 歲	22	0.57	0.95	1	0.78	0.92
40-44 歲	4	0.67	0.93	--	--	0.91
45-49 歲	6	0.60	0.93	--	--	0.92
50-54 歲	1	0.72	0.92	--	--	0.89

註：一般民眾之資料來源：邱婉君，民 86 年。

表 5-3 藥癮病患及中部地區一般民眾之功能失控性(Disability)比較

年齡層	男性			女性		
	個數 n=113	藥癮病患 Disability	一般民眾 Disability	個數 n=13	藥癮病患 Disability	一般民眾 Disability
15-19 歲	4	1.00	1.1	2	1.5	1.1
20-24 歲	21	2.8	1.2	6	1.7	1.2
25-29 歲	28	2.3	1.1	3	2.7	1.1
30-34 歲	27	3.0	1.2	3	2.9	1.2
35-39 歲	22	2.4	1.1	1	4.0	1.2
40-44 歲	4	3.0	1.2	--	--	1.2
45-49 歲	6	2.0	1.2	--	--	1.2
50-54 歲	1	1.0	1.2	--	--	1.6

註：一般民眾之資料來源：邱婉君，民 86 年。

表 5-4 藥癮病患及中部地區一般民眾之身體不適性(Discomfort)比較

年齡層	男性			女性		
	個數 n=113	藥癮病患 Discomfort	一般民眾 Discomfort	個數 n=13	藥癮病患 Discomfort	一般民眾 Discomfort
15-19 歲	4	4.0	1.2	2	3.5	1.3
20-24 歲	21	2.9	1.2	6	3.0	1.3
25-29 歲	28	3.4	1.3	3	3.3	1.5
30-34 歲	27	3.8	1.4	3	3.6	1.5
35-39 歲	22	3.6	1.5	1	3.0	1.6
40-44 歲	4	2.0	1.5	--	--	1.7
45-49 歲	6	3.6	1.5	--	--	1.6
50-54 歲	1	3.0	1.5	--	--	1.9

註：一般民眾之資料來源：邱婉君，民 86 年。

表 5-5 藥癮病患及中部地區一般民眾之心理挫折性(Distress)比較

年齡層	男性			女性		
	個數 n=113	藥癮病患 Distress	一般民眾 Distress	個數 n=13	藥癮病患 Distress	一般民眾 Distress
15-19 歲	4	2.0	1.7	2	2.5	1.8
20-24 歲	21	3.1	1.8	6	3.3	2.0
25-29 歲	28	3.5	1.9	3	2.3	1.9
30-34 歲	27	2.9	1.7	3	2.6	1.9
35-39 歲	22	3.2	1.7	1	2.0	2.0
40-44 歲	4	4.0	1.9	--	--	2.0
45-49 歲	6	3.2	1.8	--	--	2.0
50-54 歲	1	3.0	1.9	--	--	2.0

註：一般民眾之資料來源：邱婉君，民 86 年。

四、藥癮病患之人格特質

由藥癮戒治病患的人格特質類型分析結果中發現，藥癮病患中並無「外向—情緒穩定」者，根據上一章中外向者與情緒穩定者之定義，「外向—情緒穩定」者隨和、樂觀、平靜、穩重、溫和、即使生點氣也是有節制的、不易焦慮等特質，都屬於較正向、不容易去使用藥物麻醉自己的類型，因此推論「外向—情緒穩定」者可能是比較不會濫用藥物的類型，另一方面，也可能是因為藥物濫用使得藥癮病患個性大為轉變所致。

五、中斷治療之危險因子

人格特質亦影響著藥癮病患是否中斷治療，內向—情緒不穩

定者之中斷治療的機率為內向—情緒穩定者之 21.8 倍，可能因為內向且情緒不穩定之患者於住院戒治期間難以適應環境、醫療人員或其他病患而中斷治療。

在影響病患是否中斷治療的危險因子中，共同居住者有藥物濫用的情況者，中斷治療的機率是沒有藥物濫用情形的 43.62 倍，顯示家庭/社會支持不夠強容易導致病患中斷戒治。此外，其中有一相當特別之危險因子：有信仰宗教之藥癮患者中斷治療的機率竟為無宗教信仰者之 5.43 倍，國內外並無相關文獻可佐證此結果，值得後續研究深入探討。

第六章 結論與建議

第一節 結論

過去研究指出藥物濫用及犯罪行為間擁有高度相關：由於毒品的藥理作用，會造成施用者產生精神刺激、衝動行為，進而引發犯罪的動機；而毒品濫用者常為滿足毒癮、獲得金錢購買藥物，加上購買毒品費用昂貴，便引發其偷竊、詐欺、搶奪、強盜等攻擊性財產犯罪行為，甚至淪落為販毒者（蔡鴻文，2002年）。要減少犯罪必須先斷絕毒品的供給及減少毒品需求，據此政府致力於緝毒、拒毒及戒毒的工作，而戒毒工作中的最重要的即為找出最具成本效益的藥物濫用戒治方式，以期降低成癮人數，使藥癮患者可痊癒且回歸社會及家庭。

根據本研究之成本效果比值，可推算出欲改善一位男性藥癮患者之生活品質至與一般人相同，需花費 1,226,010.4 元的醫療成本，由數據面看來，藥癮戒治模式需花費許多金錢才能獲得一單位的改善。但藥物濫用的影響不只個人的戒治成本，仍有在監、緝毒犯罪等社會成本，若將所有成本列入考量，此藥癮戒治模式可能符合成本效益，有待未來研究進一步探討。

藥癮病患中並無「外向—情緒穩定」類型者，本研究中並無證據

顯示此現象是因是果，未來研究者亦可針對此類型之病患深入研究，以供將來政策制訂者之參考。

第二節 建議

1. 建議藥癮戒治機構於病患入院戒治前請其填寫人格特質量表，區分病患之人格類型，並針對中斷治療機率較高的「內向—情緒不穩定」患者，設計一套適合於此類病患的生、心理治療內容，使其順利完成藥癮戒治，減少醫療浪費。
2. 本研究之結果發現藥癮戒治之成本效果並不理想，需花費龐大醫療及社會資源，且戒治工作為治標不治本之工作，因此建議政府應加強預防藥物濫用的發生，以節省社會成本。
3. 政府可將藥癮病患之生活品質較一般民眾差的情形公佈並加以宣導，以喚醒藥癮病患及其家屬的健康意識，增加藥癮戒治率及藥癮戒治成功率，並遏止吸毒人口的增加。
4. 在信度的檢驗結果中發現，SF-36 的內部一致性不甚理想，顯示藥癮病患之生活品質不適合以 SF-36 衡量，建議未來研究者可發展專門用於測量藥癮病患生活品質之量表，以正確衡量藥癮病患之生活品質。
5. 若藥癮戒治患者之共同居住者有藥物濫用的情況，中斷治療的機

率高出許多，建議藥癮戒治機構於病患住院前評估病患共同居住人的藥物濫用情形，並針對有此情形者加強其家庭及社會支持，例如：政府以補助方式鼓勵共同居住人一起戒治，增加戒治效益。

第三節 研究限制

1. 由於藥癮病患的追蹤工作非常困難，本研究對於無法追蹤之病患，可能高估或低估其生活品質及成癮嚴重度。
2. ASI 內容多詢問過去疾病史、家族史、藥物使用史等問題，易有回憶偏差(recall bias)。
3. 在成本的評估上，因許多成本取得不易，採用替代估計的方法（如：成本收益比、門診住院比例、藥癮住院收入比等），可能使成本評估的結果產生誤差。
4. 在與一般民眾生活品質的比較上，因近年來國內缺乏相關研究，只能採用 86 年的資料，比較結果可能存在偏差。

第七章 參考文獻

第一節 英文文獻

- Apsler R. Evaluating the cost-effectiveness of drug abuse treatment services. NIDA Research Monograph. 113:57-66, 1991.
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. Guidelines for economic evaluation of pharmaceuticals: Canada, 1997.
- Cartwright WS. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment services. Evaluation Review. 22(5):609-36, 1998 Oct.
- Casemore, B. P., Teen Drug Use: Impacts and Outcomes. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 333 317). 1990.
- Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S: Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. Arch Gen Psychiatry. 38: 861-868, 1981.
- Collins DJ, Lapsley HM. Estimating the Economic Costs of Drug Abuse in Australia. Australia: Commonwealth Department of Community Services and Health, 1996.
- Collins DJ, Lapsley HM. The nature of the economic costs of drug abuse. Estimating the Economic Costs of Drug Abuse in Australia, Chapter 3. Australian Government Publishing Service Canberra. 79-96, 1991.
- David J. Collins, Helen M. Lapsley. The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992. National Drug Strategy 1996.
- Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for The Economic Evaluation of Health Care programmes Second Edition. Oxford: Oxford University press 139-204, 1987.
- Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmers. Oxford New York Toronto: Oxford University Press, 1994.
- Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmers. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Eric Single, David Collins, Brian Easton, Henrick Harwood, Helen Lapsley, Pierre Kopp, Ernesto Wilson,; International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse—Second Edition; 2001.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. Psychoticism as a Dimension of Personality.

- London: Hodder & Stoughton. 1976.
- Eysenck, H.J. The biological basis of personality. Springfield: Charles C Thomas. 1967.
- Eysenck, H.J. The structure of human personality. London: Methuen. 1970.
- Eysenck, H.J., Eysenck, M.W. Personality and individual differences: A natural science approach. New York: Plenum Press. 1985.
- Eysenck, H.J., Gudjonsson, G.H. The causes and cures of criminality. New York: Plenum Press. 1989.
- Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J., & Barrett, P. A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6(1), 21-29, 1985.
- French MT, Valley Rachal J, Hubbard RL. Conceptual framework for estimating the social cost of drug abuse. *Journal of Health and Social Policy*. 2:1-22, 1991.
- Gold MR, Patrick DL, Torrance GW, et al. Identifying and Valuing Outcomes. In: Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC, eds. *Cost-effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press, 82-134, 1996.
- Hser YI. Anglin MD. Cost-effectiveness of drug abuse treatment: relevant issues and alternative longitudinal modeling approaches. *NIDA Research Monograph*. 113: 67-93, 1991.
- Hubbard RL. French MT. New perspectives on the benefit-cost and cost-effectiveness of drug abuse treatment. *NIDA Research Monograph*. 113: 94-113, 1991.
- Lampinen TM. Cost-effectiveness of drug abuse treatment for primary prevention of acquired immunodeficiency syndrome: epidemiologic considerations. *NIDA Research Monograph*. 113: 114-28, 1991.
- Lu RB, Ko HC, Cheng CM, Lee JF, Yin SJ: DRD2, ADH3, loci and types of alcoholism in Chinese Han population: *Biologic Psychiatry*. 41: 110S, 1997.
- Manning WG, Fryback DG, Weinstein MC. Reflecting Uncertainty in Cost-Effectiveness Analysis. *Cost-effectiveness in Health and Medicine* 1996:247-275.
- Nicholi, A.M. Jr. (ed) *The Harvard Guide to Modern Psychiatry*, Harvard University Press, Cambridge, Chapter 27, p.568, Mass., 1978.
- Palmer S, Byford S, Raftery J. Economics notes: types of economic evaluation. *BMJ* 318: 1349. 1999.
- Palmer S, Torgerson DJ. Economic notes: definitions of efficiency. *BMJ* 318:1136. 1999.
- Petitti DB. *Meta-Analysis, Decision Analysis, and Cost-Effectiveness-Methods for Quantitative Synthesis in Medicine*. New York: Oxford University Press, 2000.

- Reynolds, J., Operations Research methods : cost-effectiveness analysis. PHCOR, 1985.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. Public Health Reports 1991; 106: 280-92.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS. Estimates costs of drug abuse. NIDA Research Monograph 1991; 113:10-32.
- Rice DP. "Economic costs of substance abuse, 1995." Proceedings of the Association of American Physicians. 1999, 111(2): 119-25.
- Richman A. Cost/effectiveness analysis of alcoholism and drug abuse treatment programs: the relevance of recidivism and resource absorption. Evaluation & Program Planning. 6(1): 49-52, 1983.
- Siegel, L.J. Criminology. West Publishing Company. 1995.
- Sonnenberg FA. Introductory to decision theory and utilities. In: Staquet MJ, Hays RD, Fayers PM, eds. Quality of Life Assessment in Clinical Trials -Methods and Practice. Oxford: Oxford University Press, 1998:93-117.
- Ware J.E. and Sherburne D.C., The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. Medical Care, 30(6): 473-483, June 1992.

第二節 中文文獻

- 82年反毒報告書(81年1月至12月),法務部、教育部、行政院衛生署出版,1993年。
- 84年反毒報告書(83年1月至12月),法務部、教育部、行政院衛生署出版,1995年。
- 91年反毒報告書(90年1月至12月),法務部、教育部、行政院衛生署出版,2002年。
- 92年反毒報告書(91年1月至12月),法務部、教育部、行政院衛生署出版,2003年。
- 中央健康保險局,民國八十九年全民健康保險統計,中央健康保險局,2001年6月。
- 孔繁鐘、孔繁錦,精神疾病診斷準則手冊第四版,台北:和記圖書出版社,1997年。
- 王昭淳,濫用藥物少年人格特質與社會適應之研究,文化大學兒童福利研究所碩士論文,1991年。
- 王榮德,廿一世紀之健康照護效性評量:生活品質與生活品質調整後之存

- 活分析，台灣醫學，第4卷，第1期，第65-74頁，2000年。
- 石美春，成本效能、成本效果及成本效用分析法之簡介，醫院，第29卷，9-13頁，1996年。
- 任全鈞，美國毒品犯社區處遇的現況與成效的評估，矯正月刊，第135期，2003年。
- 朱日僑、陳黛娜、許嘉和、盧胤雯、蔡佳倫，國內藥物濫用防治體系諮詢服務功能與人力資源初探，行政院衛生署管制藥品管理局九十年度自行研究計畫，2001年。
- 江振亨，國外藥物濫用者藥癮矯治模式之分析，矯正月刊，第96期，2000年。
- 江振亨，認知行為團體療法對濫用藥物者輔導成效之研究，中正大學犯罪防治研究所碩士論文，1999年。
- 余伍洋、成和玲、吳就君，「藥癮患者態度量表」之信校度評估，中華心理衛生學刊，10(4)：129-138，1997年。
- 吳就君、楊寬弘、蔡春美、施燦雄、周立修、余伍洋、林俊輝、陳原保，臺灣本土藥癮治療模式之建構及成效，中華心理衛生學刊，11(1)：11-32，1998年。
- 李志恆、施能傑、施茂林，藥物濫用之在堅費用與醫療費用比較分析(一)，八十六年度行政院衛生署委託研究計畫，1997年。
- 李志恆、施能傑、施茂林，藥物濫用之在堅費用與醫療費用比較分析(二)，八十七年度行政院衛生署委託研究計畫，1998年。
- 李孟智，藥物濫用之防制(下)，社教資料雜誌，第196期，9-14頁，1994年。
- 李孟智，藥物濫用之防制(上)，社教資料雜誌，第195期，12-16頁，1994年。
- 李嘉富、張敏、楊聰財，台灣北部地區役男新兵非法用藥盛行率與危險因子探討，行政院衛生署管制藥品管理局科技研究發展計畫，2001年。
- 周文鈺，視訊輔助胸腔鏡手術(VATS)應用於第一次原發性自發性氣胸之成本效果分析，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2003年。
- 周碧瑟、劉美媛、李燕琴，台灣地區在校青少年藥物使用流行病學調查研究，行政院衛生署八十八年度委託研究計畫，1999年。
- 林建陽、黃啟賓，毒品矯治與成效策略之探討，中央警察大學學報，第39期，291-322頁，2002年。
- 法務部網站，法務統計，<http://www.moj.gov.tw/tpms/index.aspx>，2004年。
- 邱晏麟，針灸及西醫治療冷凍肩的療效評估—SF-36的應用，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2002年。
- 邱婉君，經生活品質標準化後之存活餘命(QALY)建構及應用—以中部地區一般民眾及職業災害患者為例，中國醫藥學院環境醫學研究所碩士論

- 文，1997年。
- 胡國海、林式毅、黃家慶，藥癮之臨床流行病學之研究：危險因子之探討，行政院衛生署八十九年度委託研究計畫，2000年。
- 胡萃玲，藥癮復原者的藥癮歷程及相關要素之分析研究—以晨曦會受訪者為例，國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文，1997年。
- 馬莉莉，比較反社會與非反社會人格障礙男性受刑人在神經質、內外向性及親子關係上之差異，國立成功大行為醫學所碩士論文，2000年。
- 國科會學門規劃報告書 1996年3月版。
- 張則堯（民83），成本效能分析之實用可能性及其問題，保險專刊，第35輯，201-204頁，1994年。
- 張鈺姍、余伍洋、李家順、陳明招、楊寬弘，出院藥癮病人的追蹤，中華心理衛生學刊，8(2)：17-30，1995年。
- 陳建仁，成癮藥物濫用防制宣言，心身醫學，第六期，第一卷，20-24頁，1995年6月。
- 陳家雯，創傷之後的成長或抑制心理歷程～以藥物成癮者為例，國立台灣大學心理學研究所碩士論文，2003年。
- 陳朝灶，藥物濫用者醫療處置服務現況初步評估性研究，八十二年度行政院衛生署「精神醫療保健」研究計畫研究報告，1993年。
- 傅仲民，國家對藥物濫用防治策略之研究，復興崗學報，第56期，195-216頁，1995年。
- 最新毒品統計摘要，法務部統計摘要，2002年7月。
- 程百君，國內藥物濫用現況與防制策略，學校衛生，第35期，69-84頁，1999年12月。
- 程百君，從社會事件看國內藥物濫用問題，管制藥品簡訊，第七期，2001年4月。
- 程玲玲，物質濫用者的研究---以31個個案為例，台北：行政院國家科學委員會(國科會研究計劃編號：NSC81-0301-H005a-011)，1992年。
- 黃子芬、王正一，醫療科技投資評估—財務管理理論與應用，醫學工程(台大)，第三期，第四卷，1-10頁，1991年。
- 楊秋月、蕭淑真，藥物濫用個案家屬照顧需求及其相關因素之探討，護理研究，第6卷，第4期，304-314頁，1998年8月。
- 楊惠婷，藥物濫用青少年生涯發展歷程與生涯建構之研究，國立高雄師範大學輔導研究所碩士論文，2001年。
- 楊寬弘，凱旋模式—勒戒治療之成效評估，八十三年度行政院衛生署「精神醫療保健」研究計畫研究報告，1994年。
- 葉紅秀、李鶯喬、萬心蕊、林淑芬、劉金明、孫效儒、白雅美，台灣精神醫學，12(3)：56-63，1998年。
- 董淑玲，成年女性藥物濫用者復發歷程極其相關因素之研究，國立高雄師

- 範大學輔導研究所碩士論文，2000年。
- 鄒平儀，醫療社會工作服務績效之成本效能分析，中華醫務社會學刊，第八期，37-56頁，1990年。
- 廖素華、陳寶輝，腹腔鏡膽囊切除手術成本效能分析與政策推動評估，醫院，26(1)：33-39，1993年。
- 廖靜芳，台南縣市高職男生尼古丁依賴現況，及其與人格特質、憂鬱的相關，國立成功大學行為醫學研究所碩士論文，2001年。
- 綠十字健康網，檳榔與藥物濫用，<http://www.greencross.org.tw/edu/betalnut.html>，2004年。
- 蒲若芳，成本效性分析於臺灣地區百日咳疫苗接種和慢性病毒性肝炎治療之應用，國立台灣大學流行病學研究所，流行病學組博士論文，2002年。
- 蔡家倫、盧胤雯、朱日橋、林麗芳，國內藥癮治療機構藥物濫用者之流行病學研究，行政院衛生署管制藥品管理局字型研究計畫，2000年。
- 蔡益堅，自覺健康狀況—以簡表 36(SF-36)評估，行政院衛生署國民健康局研究簡訊，2002年。
- 蔡震邦，一般民眾、受戒治人及其家屬對現行戒治處遇成效評估之調查研究，矯正月刊，第 140 期，2004 年。
- 蔡鴻文，台灣地區毒品犯罪實證分析研究，中央警察大學刑事警察研究所碩士論文，2002年。
- 蘇顏洲，乳癌患者治療成本效用與其生活品質之探討，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2002年。

附 錄

藥物濫用戒治醫療費用評估問卷

※藥物濫用者定義：以 ICD-9 之病歷代碼 304.1-9、305.2-7 及 305.9 為主。

收入

門診部分

全院總門診收入 _____ 元
每位藥物濫用者平均門診就醫次數 _____ 次
藥物濫用者門診收入 _____ 元
藥物濫用者門診人次 _____ 人次

住院部分

全院總住院收入 _____ 元
全年全院病患住院人日 _____ 人日
每位藥物濫用者平均住院日 _____ 日
全年藥物濫用者住院收入 _____ 元
全年藥物濫用者住院人日 _____ 人日
藥癮住院病患佔全院住院病患比例 _____ %

費用

直接人事費用(直接參與醫療所需要的人力費用，包含：本薪、加級、各類津貼、獎金、加班費、值班費、勞保費、健保費、退休金)

藥癮病房醫師總薪資 _____ 元
藥癮病房護理人員總薪資 _____ 元
藥癮病房心理師總薪資 _____ 元
藥癮病房社工師總薪資 _____ 元

藥癮病房職能治療師總薪資	_____元
藥癮病房書記總薪資	_____元
藥癮病房清潔人員總薪資	_____元
全院檢驗人員總薪資	_____元
全院藥劑人員總薪資	_____元
直接醫療設備費用(折舊及維修費用)	
建築設備	_____元
機器設備	_____元
檢驗設備	_____元
其他器具	_____元
直接藥品衛材費用(以實際使用量為基準，若無請按實際使用量比例分攤)	
總藥品費用	_____元
衛材費用	_____元
檢驗衛材費用	_____元
總耗材費用	_____元
醫療用品	_____元
其他	_____元
間接作業費用	
業務費(交際費、郵電費)	_____元
空調費	_____元
水電費	_____元
洗縫費	_____元
雜項購買	_____元
間接行政管理費用	
醫療事務	_____元

教學研究 _____元
社會服務 _____元
電腦資訊 _____元
行政管理（會計、人事等） _____元

空間

門診樓板面積 _____坪
住院樓板面積 _____坪
藥癮病房樓版面積 _____坪
公共空間樓板面積 _____坪
全院總樓板面積 _____坪

其他

成本收益比 _____
全院病床數 _____床
藥癮病房病床數 _____床
門診住院收入比例 _____%
檢驗檢查項目、數量及費用？

藥品項目、數量及費用？