

## 目錄

目錄 .....	1
中文摘要 .....	2
英文摘要 .....	4
前言 .....	6
材料與方法 .....	8
結果 .....	8
一、人口學特徵 .....	8
二、社會與經濟狀況 .....	10
三、健康狀況 .....	11
四、服藥狀況 .....	13
討論 .....	18
結論與建議 .....	19
計畫重要研究成果及具體建議 .....	21
參考文獻 .....	22
附錄 .....	28

共 30 頁

## 中文摘要

截至2012年11月，台灣已累計共24,056位已通報之感染者。自從台灣於1997年引進並廣泛實施何大一博士提出之抗病毒雞尾酒式療法 (Highly Active Anti-Retroviral Therapy, HAART) 後，已顯著提升台灣感染者的健康，並降低感染率，愛滋逐漸由「絕症」轉變為「慢性疾病」。然而，感染者的服藥順從性過低可能會導致病毒產生抗藥性，而使治療失敗。再者，下降的CD4與上升的病毒量會提高愛滋感染率，進而提高感染所有接觸過的性伴侶。

**研究目的：**為了解男同志愛滋感染者其服藥順從性與安全性行為的相關議題，使用電腦問卷，得到其服藥困難處、性行為頻率與使用保險套的機率等資料，以設計一套提升台灣愛滋感染者安全性行為與服藥順從性的行為介入。

**研究方法：**本研究採量化之橫斷面調查資料收集，經臺北市立聯合醫院人體試驗委員會核准後，邀請103名願意參與電腦問卷之愛滋陽性男同志進行調查。

**主要發現：**此研究顯示年收入較低的感染者比較容易漏藥，而接近貧窮線的朋友，常會需要做更多事情(但同時賺更少的錢)，他們的工作時間也較不固定或較長(例如超商店員、美髮助理等)，也因此會比較容易一忙起來就

漏藥，或者在工作的時候不方便吃藥(汗名)。另外，發現許多人的憂鬱狀況很嚴重，但是實際上確診的只有四分之一，在自覺有高憂鬱的人，他們平均的憂鬱程度顯著高於低憂鬱(與無診斷)者，但是卻與其他高憂鬱與有診斷者相差不多。

**結論：**選擇以生活品質來探討服藥順從性和藥物治療，可以提供醫護人員及研究學者設計一套有效的介入措施，用以提高感染者服藥順從性及由醫人員為主的全方位支持系統。此外，改善醫病關係進而提高服藥順從性和維持穩定及長遠的良好生活品質是刻不容緩的。

**建議事項：**為使感染者能規律服藥，發展有效的自我照護管理是不可或缺。此發展是以行為模型為基礎的介入措施的主要目標。另外，可經由提高感染者與醫護人員接觸的意願能使他們建立正確的服藥順從性間接影響他們的生活品質。提高感染者與醫護人員接觸的意願還能促使他們學習如何正確的自我管理與照護和更積極主動參與治療，進一步達到最佳的生活品質。

**關鍵詞：**愛滋病次級預防、男同性性行為、服藥順從性

## **Abstract**

**Significance:** By November 2012, there were 24,056 cases reported in Taiwan totally. In Taiwan, after Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART) was introduced in 1997 by Dr. David Ho had been widely available since then, the overall health of Taiwanese people living with HIV/AIDS (PLWHA) has improved significantly. However, to fully enjoy the benefits of HAART it relies upon optimal adherence among PLWHA. It is very likely that poor medical adherence will lead to drug resistance, and eventually treatment failure. Furthermore, increased viral load and decreased CD4 will make the HIV transmission more possible to all the sexual partners.

**Study Purpose:** To understand the HIV-positive MSM regarding to their sexual practice, HAART adherence, sexual risk and quality of life. Then, to design an intervention for Taiwanese PLWHA to enhance their safe sex and HAART adherence.

**Methods:** The study was approved by Taipei City Hospital Institutional Review Board. We recruited 80 HIV-positive MSM for the cross-sectional survey and used quantitative analysis to analyze the data.

**Findings:** The data showed that participants who are easier miss dose have lower annual salary. Nearly poverty line group missed more medicine. That is because they might need to work more to earn more, their work is not stable or longer hours (e.g., worked in the convenience store or work as hair dresser assistants), or even, taking the medicine were not acceptable (due to stigma). In addition, many participants did express severe depression. However, only 1/4 of the participants were diagnosed with depression. For those who felt they had

depression, their average depression score were higher than the low depression participants (without diagnosed), but were similar to those who diagnosed with depression.

**Suggestion:** Focus on QOL with adherence to medication regimens allows clinicians and researchers to design interventions which concentrate on promoting strategies for patients to enhance adherence and enjoy a fully functional life with supports from HCP. Furthermore, the need to improve HCP-patient relationships to optimize ART adherence and long-term QOL is an urgent task. In addition, an effective self-care management is the key to ensure these HIV+ patients to take ART on time. Socio-behavioral interventions should focus on this goal.

**Conclusion:** Promoting engagement with HCP can positively impact PLHIV's medication adherence thus enhancing their QOL. Hence, promoting engagement with HCP is necessary to facilitate PLHIV to learn skills to self-manage their HIV and take a more active part in their health care, to better live with HIV.

**keywords :** Secondary Prevention, Men sex with men, HIV-Positive individuals, Anti-retroviral adherence

## 前言

自 1984 年台灣發現第一起愛滋感染者以來，截至 2012 年 11 月，台灣已累計共 24,056 位通報之感染者。在感染者之中，男性占 92.93%。<sup>1</sup>

1997 年何大一博士提出雞尾酒療法後，愛滋逐漸由「絕症」轉變為「慢性疾病」。透過同時服用數種不同作用的藥物，以達抑制愛滋病毒在感染者體內之複製與增殖，並使體內的免疫系統在某種程度上恢復。雞尾酒療法問世之後，不僅感染者的平均餘命顯著增長，<sup>2,3</sup> 感染者的健康與生活品質亦明顯提升。<sup>4,5</sup> 另外，雞尾酒療法亦被證實有助於愛滋防治。<sup>6,7</sup> 經過許多人之努力，雞尾酒療法於 1997 年被引入台灣，並於同年被納入健保幾付項目，但於 2006 年開由政府預算支出至今。這些對感染者友善的藥物政策使得國內的感染者在過去十幾年來有充足的醫療資源來控制病情，並大大降低其醫藥負擔。台灣本土對於實施免費雞尾酒治療成效之研究也顯示：不僅台灣感染者死亡率降低了 83%，未發病之感染者的平均餘命增長至 21.5 年，而已發病者之平均餘命亦增長至 10.6 年；對比在 1997 年之前，多數感染者從確診至死亡僅歷時半年到 2 年半。<sup>8</sup> 由於身體症狀受到控制，台灣感染者的生活品質也顯著提升。<sup>9,10</sup> 另外亦有報告指出，在台灣全面提供免費雞尾酒治療亦對愛滋防治有所助益，降低約 53% 的傳染率。<sup>11</sup>

然而，上述雞尾酒療法所帶來的益處——無論是提升感染者本身的健康或更進一步地提升愛滋防治功效——皆有賴於感染者高度的服藥順從性 (medical adherence)。不僅如此，過低的服藥順從性有非常大的機率導致病毒產生抗藥性而使治療失敗。<sup>12</sup>然而即便在先進國家已經累積了十幾年對於感染者服藥順從性之研究，台灣的醫療與社會服務界對於感染者的服藥順從性的理解非常有限。我們也不清楚哪些在地行為與社會因素使得台灣感染者的服藥順從行為變得容易或困難，更遑論去設計一套符合台灣感染者需求，並能有效提升服藥順從性之行為介入方式。

在最近幾年，文獻清楚的說明在愛滋陽性的同志伴侶中，若其性伴侶為陰性時，因為增強了服藥順從性與保險套的使用，進而使CD4指數上升，可以使伴侶感染的機會大為減低。<sup>13</sup>這是實證研究中，證實雞尾酒療法的順從性可以減低愛滋傳染，為陽性預防的重要法則之一。同樣的，在近期的刺絡針(Lancet) 期刊中，也報導了針對愛滋病患的陽性預防，應該及早開始。良好的服藥順從性，可以減低病毒量與增加CD4，這對預防愛滋陰性的性伴侶，有著顯著預防感染的成效。<sup>14</sup>

本計畫希望提出一組能夠有效解釋台灣愛滋感染者服藥順從性與安全性行為之模式。再者，本計畫亦是國內第一次針對愛滋陽性同志社群進行大規模的服藥順從性及安全性行為施以介入措施。研究結果可做為個案管

理師與以病人為主之護理人員之訓練大綱、及發展愛滋防治介入措施的參考，亦可作為疾病管制局、縣市衛生局及健康政策單位，擬定愛滋陽性之男男性行為族群之防治政策的參考依據。

## 材料與方法

利用量化研究方法，以電腦輔助施測系統(Audio Computer-Assisted Self-Interview, ACASI)，對正在服用抗病毒藥物的感染者發放具信、效度之問卷。此份問卷除了將測量感染者的服藥順從性，也將涵蓋數個不同的生活與健康面向，例如：社會支持、生活品質、愛滋汙名、性行為、精神衛生等。也包含數種量表，包括：基本人口學資料、服藥順從性量表、服藥動機量表、愛滋感染者生活品質量表(MOS-HIV)、性行為、社會支持量表、愛滋汙名量表、藥物濫用、中藥使用等。整份問卷需約 45 分鐘填答。至報告截止日期我們已經回收了 103 份有效電腦問卷。

## 結果

### 一、 人口學特徵

目前參與者的平均年齡為 37.84 歲(標準差=9.04)；性別認同方面，雖然以男性為主佔 85.11%，但值得注意的是本樣本中約有 15%的受訪者其性別認同並非男性(包含女性、跨性別等)；族群分佈以本省人最多佔 68.09%。教育程度大專以上有超過半數(53.19%)，但仍約有 30%的受訪者只有



高中職或以下之學歷；值得注意的是，本樣本的平均年齡為 37 歲，但是擁有全職工作者僅佔 67.02%，其餘的三分之一為無業或者僅有兼職工作；最後，職業別以服務業為主佔 40.43%。詳細資料請參考表一。

表一：基本人口學特徵

<b>年齡</b>		37.84 (9.04)
<b>族群</b>		
	本省	68.09 %
	外省	22.34 %
	其他	9.57 %
<b>性別</b>		
	男性	85.11 %
	其他	14.89 %
<b>最高學歷</b>		
	高中職肄業或以下	15.96 %
	高中職或同等學歷	14.89 %
	五專/二專/同等學歷	15.96 %
	大專/四技/同等學歷	44.68 %
	碩士	8.51 %
<b>工作</b>		
	無業	15.96 %
	兼職	17.02 %
	全職	67.02 %
<b>職業</b>		
	無業	15.96 %
	軍公教	4.26 %
	自由業/其他	26.6 %
	商	12.77 %
	服務業	40.43 %

## 二、 社會與經濟狀況

參與者平均月收入在 30,001-50,000 元為最多，佔 36.17%；然而值得注意的是，至少約有 17% 的受訪者的家庭總月收入等於或低於北市的貧窮線 (14,794 元)，遠高於台北市之整體市民貧窮率 1.97%。大多數的人認為所得能支付一般日常生活開銷(74.47%)，但約有約四分之一的受訪者認為其所得不足以支付日常生活開銷。另外，有在使用全民健保者，88.77% 的人表示能支付醫療上的費用；不過約有三分之一以上(35.48%) 表示曾支付不起醫療費用。詳細資料請參考表二。

表二：社會與經濟狀況

---

<b>家庭月所得(元)</b>	
10,000 以下	12.77 %
10,001-15,000	4.26 %
15,001-30,000	24.47 %
30,001-50,000	36.17 %
50,000-80,000	11.7 %
80,000 以上	10.64 %
<b>所得是否足夠</b>	
完全不夠	25.53 %
剛剛好	46.81 %
足夠	27.66 %
<b>保險足夠支付醫療(全民健保)</b>	
完全不夠	11.24 %
剛剛好	39.33 %
足夠	49.44 %
<b>曾經支付不起醫療</b>	
是	35.48 %
否	64.52 %

---

### 三、 健康狀況

參與者平均感染年資為 8.62 年；正在使用抗病毒藥物者有 95.7%；平均服藥 82.69 月。最近一次的 CD4 在 450mg/dL 以上者有 64.04%；病毒量顯示測不到的約有 76%。約有五分之一的受訪者亦在同時間服用抗生素，而有約 37%的受訪者有至少其他另一項診斷（肺結核、瘧疾、高血壓、糖尿病、憂鬱症和肝炎）。另外，針對與精神方面相關的分析，11.83%確診有憂鬱症；但以憂鬱症量表(CES-D)檢測，發現有 46.81%其憂鬱量表總分已高於 16 分；然其中三分之二尚未接受診斷(表四)。但這些高憂鬱卻未診斷的受訪者，其憂鬱程度以明顯高於低憂鬱且未診斷的感染者( $p < 001$ )，卻與其他高憂鬱與有診斷受訪者的憂鬱程度不相上下 ( $p = 0.145$ )。詳細資料請參考表三、表四與表五。

表三：健康狀況

感染年資	8.62 (5.6)
是否服藥	
尚未服藥	3.23 %
正在服藥	95.7 %
已停藥	1.08 %
服藥年資 (月)	82.69 (64.36)
最近 CD4 數值	
< 300	12.36 %
300-450	23.6 %
450-800	43.82 %
> 800	20.22 %
最近病毒量檢測	
測不出	76.09 %

尚有檢測出病毒	23.91 %
<b>病毒量</b>	
少於或等於 1000	68.18 %
大於 1000	31.82 %
<b>正在服用抗生素</b>	
否	80.65 %
是	19.35 %
<b>有其他幾項常見併發症<sup>1</sup></b>	
0	62.37 %
1	33.33 %
2	4.3 %
<b>憂鬱症</b>	
否	88.17 %
是	11.83 %
CES-D	17.34 (13.61)
<b>CES-D 憂鬱傾向</b>	
否	53.19 %
是	46.81 %

註 1：選項有肺結核、虐疾、高血壓、糖尿病、憂鬱症和肝炎

表四：CES-D 與憂鬱症診斷

憂鬱症診斷	CESD 憂鬱傾向		總數(人)
	否	是	
否	49	<b>33</b>	82
是	0	11	11
總數	49	44	93

表五：平均憂鬱程度

	平均數	標準誤	95% CI	F-考驗
低憂鬱群	7.63	0.69	(6.26 9.00)	
高憂鬱未診斷	26.82	1.73	(23.39 30.25)	p=0.000
高憂鬱有診斷	33.73	4.38	(25.03 42.43)	p=0.145

#### 四、服藥狀況

本節將分析感染者的服藥順從性、服藥知識、服藥困難與其他可能的人口學與社會心理變項之間的關係。本研究以三題來測量服藥順從性，將服藥順從性定義為服藥大於 vs. 小於或等於 96% 的準確度。此三題的 Cornbach's  $\alpha = 0.83$ 。本研究亦使用已在其他華人樣本中測試過的量表來評估感染者的服藥知識。此量表共十三題，其中樣本題目為「如果我不按照規定服藥，這些藥物可能將不再對我起作用」(0: 非常不同意; 3: 非常同意); Cornbach's  $\alpha = 0.80$ 。最後，所感知的服藥困難則以九題來測量。這九題包含了九項常見的服藥困難，如「希望避免副作用」，受訪者評估上周此些服藥困難在何種程度上造成漏藥(0: 從不; 3: 經常); Cornbach's  $\alpha = 0.98$ 。最後，服藥知識與服藥困難接以中位數來做劃分，成為「高 vs. 低服藥知識」組與「高 vs. 低服藥困難」組。

服藥順從性、服藥知識和服藥困難與其他討論過的變項使用雙變項分析，發現年齡較小者期服藥知識較高；性別認同為非男性者其服藥知識較低；無就業者其服藥知識也較低；經濟狀況有困難者其整體服藥狀況較需改善；曾支付不起醫療者亦自覺經驗比較多的服藥困難(請見表六)。

在表七中，我們使用了 multiple logistic regression，分別在不同的模型中放入了不同的變項來預測感染者的服藥順從性組別。在模型 1 與模型 2 中，我們分別只放進了服藥知識與服藥困難。我們發現這兩個變項各自對服藥順從有顯著的關係。在模型三中，我們只放入了人口學變項、臨床變項、與其他兩項社會心理變項(是否有人提醒服藥與 CES-D 分數)。最後在模型四，我們除了在模型三中的變項，亦放入了服藥知識與困難。從表七，我們可以發現，不僅服藥知識與服藥困難在控制住其他變項後尚能顯住地預測服藥順從性，在模型納入此兩項變項後，整體模型更能貼切地描繪所

觀察到的資料。不僅 AIC 與 BIC 都有進步(變小)，模型四能夠準確預估 84.6% 的服藥順從性組別(相對於模型三的 57.7%)。這顯示服藥順從性與所感知的服藥困難為兩個非常重要解釋服藥順從性之變項。最後，由於交互作用不明顯，故未納入最後的模型。在表八中，我們呈現了四組可能的配對，以及這四組的平均預測漏藥機率。對「高知識與低困難」組，其平均服藥順從度低於 96% 的機率有 44%。但是，對於「低知識與高困難」組，其平均服藥順從度低於 96% 的機率高達了 92%。其餘兩組則是介於中間。圖一則是以圖示方式呈現這四組之差異。最後，若深入分析不同服藥順從性組別如何經驗這九種常見服藥困難，會發現此兩組人對於服藥困難的排序大致相似，但是平均得分卻都有顯著差異(所有的  $p < 0.05$ )(見表九)。這是說，服藥順從組別間在服藥困難上的差異，並非聚焦於某個特別類型的困難，而是在整體的服藥困難度上都有增加。

表六 服藥狀況

	服藥順從性			服藥知識			服藥困難		
	>95%	≤95%	p 值	高	低	p 值	高	低	p 值
樣本百分比%	28.72	71.28		50.54	49.46		51.69	48.31	
年齡	39.85 (1.85)	37.03 (1.05)	0.172	<b>36.11 (1.11)</b>	<b>39.72 (1.49)</b>	0.054	37.30 (1.28)	39.33 (1.45)	0.296
感染年資	8.07 (1.20)	8.85 (0.66)	0.548	7.77 (0.78)	9.50 (0.85)	0.136	9.00 (0.79)	8.81 (0.88)	0.875
服藥年資	77.31 (14.05)	84.95 (7.82)	0.614	<b>70.71 (8.63)</b>	<b>95.81 (10.57)</b>	0.068	82.85 (8.93)	82.52 (10.65)	0.981
族群%									
本省	66.67	68.66	0.938	68.09	67.39	0.921	71.74	62.79	0.374
外省	22.22	22.39		21.28	23.91		17.39	30.23	
其他	11.11	8.96		10.64	8.70		10.87	6.98	
性別認同%									
男性	85.19	85.07	0.989	91.49	78.26	0.067	82.61	86.05	0.774
其他	14.81	14.93		8.51	<b>21.74</b>		17.39	13.95	
工作%									
無業	14.81	16.42	0.662	6.38	<b>26.09</b>	0.017	10.87	20.93	0.269
兼職	11.11	19.40		14.89	19.57		21.74	11.63	
全職	74.07	64.18		78.72	54.35		67.39	67.44	
所得是否足夠%									
完全不夠	18.52	<b>28.36</b>	0.069	14.89	<b>36.96</b>	0.051	26.09	25.58	0.633
剛剛好	37.04	50.75		53.19	39.13		50.00	41.86	
足夠	44.44	20.90		31.91	23.91		23.91	32.56	
曾經支付不起醫療%									
是	25.93	<b>39.39</b>	0.160	29.79	42.22	0.214	<b>45.65</b>	26.19	0.056
否	74.07	60.61		70.21	57.78		54.35	73.81	
最近 CD4 數值%									
< 300	8.33	13.85	0.654	10.87	13.95	0.527	13.33	10.00	0.844
300-450	20.83	24.62		23.91	23.26		24.44	20.00	
450-800	41.67	44.62		39.13	48.84		44.44	45.00	
> 800	29.17	16.92		26.09	13.95		17.78	25.00	
最近病毒量檢測%									
測不出	74.07	76.92	0.483	78.72	73.33	0.359	75.56	83.72	0.247
有病毒量	25.93	23.08		21.28	26.67		24.44	16.28	
CES-D 憂鬱傾向%									
否	55.56	52.24	0.771	57.45	47.83	0.353	52.17	53.49	0.901
是	44.44	47.76		42.55	52.17		47.83	46.51	

表七

	Model 1		Model 2		Model 3 <sup>1</sup>		Model 4 <sup>1</sup>	
	OR	SE	OR	SE	OR	SE	OR	SE
服藥知識								
高 (vs. 低)	0.31*	0.15					<b>0.11*</b>	0.10
服藥困難								
高 (vs. 低)			6.36**	3.40			<b>7.23**</b>	5.45
人口學變項								
年齡					0.93†	0.04	0.88*	0.05
感染年資					1.04	0.08	1.03	0.09
服藥年資					1.54	0.68	1.78	0.90
性別認同								
男性 (vs. 其他)					1.00	0.75	2.43	2.28
臨床變項								
CD4 數值					0.37*	0.14	0.32*	0.17
病毒量								
0 (vs. 偵測到)					4.57†	3.76	14.68**	15.66
Goodness-of-Fit Test					chi <sup>2</sup> (69) = 79.52		chi <sup>2</sup> (67) = 71.58	
					p = 0.18		p = 0.33	
Adjusted Count R <sup>2</sup>					0.077		0.346	
AIC*n					129.04		117.20	
BIC'					54.91		43.97	

1. Model is further adjusted for other selected demography, clinical, and psych-social factors.

2. †: < 0.1; \*: < 0.05; \*\*: < 0.01

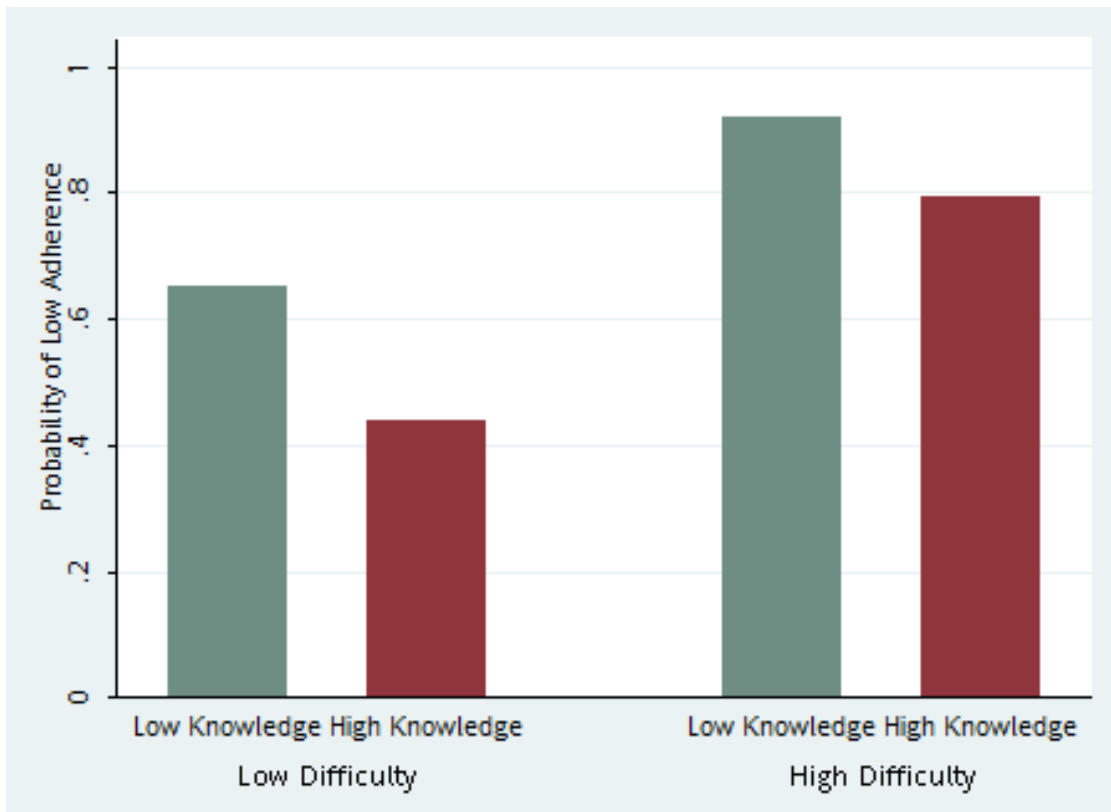


表八

		服藥困難	
		低	高
服藥知識	低	0.65 (0.53 - 0.78)	0.92 (0.87 - 0.97)
	高	0.44 (0.37 - 0.52)	0.80 (0.71 - 0.88)

1. 以 bootstrap method 來估計準誤與信賴區間
2. 此四組皆在平均機率上兩兩有差異

圖一



表九

	≤96% 組	>96% 組
1	忙著其他事情 (1.71)	忘了 (0.56)
2	忘了 (1.43)	感到不適/不舒服 (0.49)
3	感到不適/不舒服 (1.39)	忙著其他事情 (0.47)
4	感到沮喪/不知所措 (1.34)	感到沮喪/不知所措 (0.44)
5	避免副作用 (1.23)	避免副作用 (0.35)
6	睡過頭 (1.20)	睡過頭 (0.33)
7	固定服藥有困難 (1.19)	固定服藥有困難 (0.19)
8	太多藥片 (1.11)	太多藥片 (0.19)
9	離家太遠 (0.93)	離家太遠 (0.12)

## 討論

此研究顯示，至今仍有至少 2/3 感染者在服藥順從性上能有進步的空間。研究顯示忘記服藥、對疾病知識不足、病毒量上升、飲酒、服藥時間睡過頭、離家遠、作息時間改變、忙碌、其它疾病無法服藥、無法忍受藥物副作用或憂鬱及心情不佳與服藥順從性有關聯。<sup>15-17</sup> 這與本研究的結論類似。本研究發現「低服藥知識」與「高服藥困難」與低服藥順從性有顯著關係。而低服藥知識與高服藥困難則又與感染者的社會經濟地位有關係。於是，綜合性與有系統的服藥順從性介入措施是不容至緩的，因為沒有了藥物順從性，進而產生了藥物的耐藥性、影響了生活品質並更具傳染力。<sup>18-22</sup>

對感染者而言，良好的服藥順從性是不僅是治療的關鍵，更是陽性預防賴以成功重要的條件。有了良好的服藥順從性能避免產生藥物抗藥性、延緩疾病惡化的速度、延長壽命、降低伺機性感染、與降低傳染力。<sup>23,24</sup> 另外，

相關研究顯示良好的醫病關係能提升感染者的生活品質進而促使按時服藥。與未建立良好的醫病關係的感染者相比，良好的醫病關係除有以上好處，還有提高生活滿意度。<sup>25-27</sup>

此研究還顯示，愛滋感染者承受著極大的生活壓力，許多相關研究也有相同的發現。<sup>28-32</sup> 自覺壓力是指個人在環境中遇到無法利用可用資源來自我解決之事而影響到健康狀態。<sup>33</sup> 在近期的診斷發現，許多感染者有精神方面的症狀例如：憂鬱或心情不佳、焦慮、無助或自殺傾向。<sup>34-37</sup> 自覺壓力也可能會以生理異常方式表現好比頭痛、睡眠品質不佳、疲倦、沒有食慾或性行為困難。<sup>38</sup> 至今，台灣的醫療體系裡，除個管師的定期追蹤及其角色能提供一個管道使感染者有信任的傾訴對象，並沒有提供系統化的心理諮商，又感染者自殺的個案在生活中層出不窮，提供有計劃有系統的自我照護及管理是下一項極為重要的研究方向。

## 結論與建議

選擇以生活品質來探討服藥順從性和藥物治療，可以提供醫護人員及研究學者設計一套有效的介入措施，用以提高感染者服藥順從性及由醫護人員為主的全方位支持系統。此外，改善醫病關係進而提高服藥順從性和維持穩定及長遠的良好生活品質是刻不容緩的。再者，為使感染者能規律服藥，發展有效的自我照護管理是不可或缺。這些是發展以行為模型為基礎的介

入措施的主要目標。<sup>4</sup> 另外，經由提高感染者與醫護人員接觸的意願能使他們建立正確的服藥順從性間接影響他們的生活品質。提高感染者與醫護人員接觸的意願還能促使他們學習如何正確的自我管理與照護和更積極主動參與治療，進一步達到最佳的生活品質。

## 101 年度計畫重要研究成果及具體建議

計畫名稱：陽性預防：男同志愛滋感染者之安全性行為與服藥順從性

主持人：莊葦 計畫編號：DOH101-DC-1004

### 1.計畫之新發現或新發明

本計畫是國內第一次針對愛滋陽性同志社群進行大規模的服藥順從性及安全性行為施以電腦問卷調查，也是少數以量化方式來紀錄感染者之服藥順從性的研究。

### 2.計畫對民眾具教育宣導之成果

### 3.計畫對醫藥衛生政策之具體建議

台灣的愛滋在不同人口學特徵的群體散播開來，並逐年攀升，發展一套有效及有系統適合台灣感染者及防治的介入措施有其必要性。

## 參考文獻

1. Statistics of HIV/AIDS. Taiwan Center for Disease and Control; 2012.  
<http://www.cdc.gov.tw/info.aspx?treeid=1f07e8862ba550cf&nowtreeid=6c5ea6d932836f74&tid=95B504A7434C13B2> Accessed October 22, 2012.
2. Lai D, Hardy RJ. An update on the impact of HIV/AIDS on life expectancy in the United States. *AIDS (London, England)*. Aug 20 2004;18(12):1732-1734.
3. Lima VD, Hogg RS, Harrigan PR, et al. Continued improvement in survival among HIV-infected individuals with newer forms of highly active antiretroviral therapy. *AIDS (London, England)*. Mar 30 2007;21(6):685-692.
4. Preau M, Leport C, Salmon-Ceron D, et al. Health-related quality of life and patient-provider relationships in HIV-infected patients during the first three years after starting PI-containing antiretroviral treatment. *AIDS Care*. Jul 2004;16(5):649-661.
5. Wang H, Zhou J, He G, et al. Consistent ART adherence is associated with improved quality of Life, CD4 counts, and reduced hospital costs in central China. *AIDS research and human retroviruses*. Aug 2009;25(8):757-763.
6. Granich R, Crowley S, Vitoria M, et al. Highly active antiretroviral treatment for the prevention of HIV transmission. *Journal of the International AIDS Society*. 2010;13:1.
7. Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet*. Jan 3

- 2009;373(9657):48-57.
8. 新聞稿 行疾. 雞尾酒療法十年有成，開啟愛滋希望新視野：行政院衛生署 疾病管制局；2007.
  9. Yang MH, Chen YM, Kuo BI, Wang KY. Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in Northern Taiwan. *The journal of nursing research : JNR*. Sep 2003;11(3):217-226.
  10. 熊秉荃. 三種照護策略對 HIV/AIDS 患者的影響：行政院衛生署疾病管制局 90 年度委託研究計劃報告；20041. DOH90-DC-1049.
  11. Fang CT, Hsu HM, Twu SJ, et al. Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *The Journal of infectious diseases*. Sep 1 2004;190(5):879-885.
  12. Paterson D, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of internal medicine*. Jul 4 2000;133(1):21-30.
  13. Reynolds SJ, Makumbi F, Nakigozi G, et al. HIV-1 transmission among HIV-1 discordant couples before and after the introduction of antiretroviral therapy. *AIDS (London, England)*. Feb 20 2011;25(4):473-477.
  14. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet*. Jun 12 2010;375(9731):2092-2098.
  15. Simoni JM. Keeping it up: maintaining adherence to antiviral therapies. *The Body positive*. Apr-May 1998;11(4-5):20-23.

16. Simoni JM, Amico KR, Pearson CR, Malow R. Strategies for promoting adherence to antiretroviral therapy: a review of the literature. *Curr Infect Dis Rep.* Nov 2008;10(6):515-521.
17. Simoni JM, Frick PA, Pantalone DW, Turner BJ. Antiretroviral adherence interventions: a review of current literature and ongoing studies. *Top HIV Med.* Nov-Dec 2003;11(6):185-198.
18. Chen WT, Shiu CS, Simoni JM, Zhao H, Bao MJ, Lu H. In sickness and in health: a qualitative study of how Chinese women with HIV navigate stigma and negotiate disclosure within their marriages/partnerships. *AIDS Care.* Jun 2011;23 Suppl 1:120-125.
19. Jones DL, Owens MI, Lydston D, Tobin JN, Brondolo E, Weiss SM. Self-efficacy and distress in women with AIDS: the SMART/EST women's project. *AIDS Care.* Sep 14 2010:1-10.
20. Curioso WH, Kepka D, Cabello R, Segura P, Kurth AE. Understanding the facilitators and barriers of antiretroviral adherence in Peru: a qualitative study. *BMC public health.* 2010;10:13.
21. Zhao G, Li X, Kaljee L, et al. Psychosocial consequences for children experiencing parental loss due to HIV/AIDS in central China. *AIDS Care.* Jun 2009;21(6):769-774.
22. Seth P, Raiji PT, DiClemente RJ, Wingood GM, Rose E. Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with male sex partners in African-American female adolescents. *Psychology, health & medicine.* May 2009;14(3):291-300.
23. Fredriksen-Goldsen KI, Shiu C-S, Starks H, et al. "You Must Take the



- Medications for You and for Me”: Family Caregivers Promoting HIV Medication Adherence in China. *AIDS Patient Care and STDs*. 2011;25(5):1-7.
24. Simoni JM, Amico RK, Pearson CR, Malow RM. Overview of adherence to antiretroviral therapies. In: Pope C, White R, Malow R, eds. *HIV/AIDS: Global Frontiers in Prevention/Intervention*. NY: Taylor & Francis; 2008.
  25. Bakken S, Holzemer WL, Brown MA, et al. Relationships between perception of engagement with health care provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDs*. Apr 2000;14(4):189-197.
  26. Holder H, Flay B, Howard J, Boyd G, Voas R, Grossman M. Phases of alcohol problem prevention research. *Alcoholism, clinical and experimental research*. Jan 1999;23(1):183-194.
  27. Holzemer WL, Henry SB, Portillo CJ, Miramontes H. The Client Adherence Profiling-Intervention Tailoring (CAP-IT) intervention for enhancing adherence to HIV/AIDS medications: a pilot study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. Jan-Feb 2000;11(1):36-44.
  28. Rao D, Chen WT, Pearson CR, et al. Social support mediates the relationship between HIV stigma and depression/quality of life among people living with HIV in Beijing, China. *International journal of STD & AIDS*. Jul 2012;23(7):481-484.
  29. JP DES, Gonzalez-Guarda RM, Vasquez EP. Psychosocial and cultural correlates of depression among Hispanic men with HIV infection: a pilot study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. Feb 1 2012.

30. Feng MC, Feng JY, Chen TC, Lu PL, Ko NY, Chen YH. Stress, needs, and quality of life of family members caring for adults living with HIV/AIDS in Taiwan. *AIDS Care*. Apr 2009;21(4):482-489.
31. Scott-Sheldon LA, Kalichman SC, Carey MP, Fielder RL. Stress management interventions for HIV+ adults: a meta-analysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006. *Health Psychol*. Mar 2008;27(2):129-139.
32. Vosvick M, Gore-Felton C, Ashton E, et al. Sleep disturbances among HIV-positive adults: the role of pain, stress, and social support. *Journal of psychosomatic research*. Nov 2004;57(5):459-463.
33. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
34. Tamblyn JM, Calderon AJ, Combs S, O'Brien MM. Patients from abroad becoming patients in everyday practice: torture survivors in primary care. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health*. Aug 2011;13(4):798-801.
35. Marion I, Antoni M, Pereira D, et al. Distress, sleep difficulty, and fatigue in women co-infected with HIV and HPV. *Behavioral sleep medicine*. 2009;7(3):180-193.
36. Hand GA, Phillips KD, Dudgeon WD. Perceived stress in HIV-infected individuals: physiological and psychological correlates. *AIDS Care*. Nov 2006;18(8):1011-1017.
37. Phillips KD, Sowell RL, Rojas M, Tavakoli A, Fulk LJ, Hand GA. Physiological and psychological correlates of fatigue in HIV disease. *Biological research for nursing*. Jul 2004;6(1):59-74.

38. Chipimo PJ, Tuba M, Fylkesnes K. Conceptual models for mental distress among HIV-infected and uninfected individuals: a contribution to clinical practice and research in primary-health-care centers in Zambia. *BMC health services research*. 2011;11:7.

## 附錄

# 臺北市立聯合醫院人體試驗委員會

## 受訪者同意書

Ver4-1010522

計畫編號： <u>TCHIRB-1010113</u>		ID: _____
計畫名稱：陽性預防：男同志愛滋感染者之服藥順從性與安全性行為		
執行單位：昆明院區	電話：0968955095	
主持人：莊芊	職稱：行政中心主任	
受試者姓名：	性別：	年齡：
通訊地址：	聯絡電話：	
病歷號碼：		
<b>一、試驗目的：</b> 我們希望能了解您在罹病過程之中所經驗到的個人經驗。其中包括 關於診斷的揭露、歧視、安全性行為與服藥經驗。揭露的意思是將您的疾病診斷告知他人，而歧視的意思是他人因為您的診斷對您差別待遇，安全性行為是要了解您的保險套使用及性行為頻率。最後，服藥經驗則包含您如何服用雞尾酒療法藥物，以及對於近來可能的藥物政策轉變的想法。		
<b>二、試驗方法與程序說明：</b> 若您參加此研究，我們將透過使用電腦(ACASI)問卷了解您的服藥順從性，也將涵蓋數個不同的生活與健康面向，例如：社會支持、生活品質、愛滋汙名、性行為、精神衛生等。整份問卷需約45分鐘完成。 若您不確定自己的CD4與病毒量時，我們會由您的病歷取得數據。 本研究計畫執行期間為 101 年 1 月 10 日至 101 年 12 月 31 日		

### 三、可能產生之副作用及危險：

是否參與此研究完全出於您的自願，不會影響到您現在的治療和社會服務，以及應有的權益。但是您在回答比較私密的問題時也許會困窘或憂慮、或因回憶起特定事件而感到傷心難過，若您有需要，我們會將您轉介給社工師。所有參加此項研究的人員都會保證對所有的資料保密。

### 四、預期試驗效果：

此項研究會幫助研究人員了解，台灣感染者所經歷的揭露、歧視與服藥經驗。此研究中所獲得的知識可以協助我們設計有效的介入措施來協助台灣感染者有更佳的服藥經驗。另外，此項研究也可以幫助其它有類似需求的感染者，即便擁有不同的國籍或社會背景。在東亞文化的國家裡，我們可以互相交流有效的行為介入措施。

### 五、緊急狀況之處理：

受訪過程中，若您感到任何的不適，將立即中止(問卷或訪談)，並提供必要之協助。在年度成果報告產出前，若您自願退出研究，任何關於您的資料將予以銷毀，且不列入成果之分析當中。

### 六、費用：

費用負擔，本試驗由行政院衛生署疾病管制局委託執行，您無須負擔試驗費用，並且在您每次完成電腦問卷後，我們會給予三百元禮卷，感謝您的參與。

### 七、補償：

若發生由計畫執行所引起之傷害時，【本院】將依法處理相關責任問題。

### 八、機密性：

1. 一個試驗代碼將代表您的身份，此代碼不會顯示您的姓名、身分證字號、住址。
2. 對於您受訪的結果及診斷，計畫主持人將持保密的態度。除了有關機關依法調查外，試驗主持人會小心維護您的隱私。
3. 行政院衛生署與本院人體試驗倫理委員會依法調查，在不危害您的隱私情況下，得以檢視您的資料。

九、如本試驗計畫成果產生學術文獻發表、實質效益或衍生其他權益時，亦同意無償捐贈給本院作為疾病預防、診斷及治療等公益用途。

### 十、權利：

1. 受訪者或立同意書人有權在無任何理由情況下，隨時要求終止參與試驗。

2.如果您因為參與本研究，而發生任何不適或疑問可隨時與莊莘聯絡，聯絡電話：0968955095

3.如您對參與研究的相關權益有疑問，您可以和臺北市立聯合醫院人體試驗委員會聯絡，聯絡電話：(02)27093600 分機 3802。

受試者簽署：\_\_\_\_\_（可不需簽真名） 日期： 年 月 日

法定代理人簽署：\_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日

與受試者之關係：\_\_\_\_\_

見證人簽署：\_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日

身分證字號：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：

通訊地址：

取得同意書人(解釋並說明受試者同意書內容之人)簽署：

日期： 年 月 日

計畫主持人簽署：\_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日

※註一：請以上簽署人員務必自行填寫日期欄位

※註二：未滿廿歲之受試者或法律宣告禁治產權者，須由法定代理人簽名始生效。

※註三：根據 GCP 第二章第二十一條：受試者、法定代理人、同意權人皆無法閱讀時。需有見證人在場參與所有有關受試者同意書之討論。