

計畫編號：MOHW108-CDC-C-114-000104

衛生福利部疾病管制署 108 年委託科技研究計畫

計畫名稱：

台灣地區愛滋易感受族群之社群網路匿名篩檢模式、使用成癮性藥物等相關危險行為之調查、與愛滋感染者社區門診治療模式之整合性研究

年度/全程研究報告

執行機構：台灣預防醫學學會

計畫主持人：任一安

研究人員：蔡博鈞 張筱文

執行期間：108 年 1 月 1 日至 108 年 12 月 31 日

本研究報告僅供參考，不代表本署意見，如對媒體發布研究成果應事先徵求本署同意

目 錄

	頁 碼
壹、 計畫中文摘要.....	3
貳、 計畫英文摘要.....	4
參、 計畫內容	
一、 前言.....	5
二、 實施方法及進行步驟.....	13
三、 結果.....	15
四、 討論.....	33
五、 結論與建議.....	38
六、 重要研究成果與具體建議.....	41
七、 參考文獻.....	45
肆、 附錄	53

壹、計畫中文摘要

依據衛生福利部疾病管制署 108 年 7 月之 HIV/AIDS 之統計月報表可知：臺灣目前有 82.85% 的愛滋病毒感染者 (People Living with HIV/AIDS, PLWHA) 仍存活，其中以男男間性行為 (Men who have sex with men, MSM) 的比例最高。國外的研究報告也顯示，MSM 愛滋感染率仍持續上升，原因為持續的危險性行為。

近年來 PLWHA 死亡率大幅下降，主要是因為高效能抗反轉錄病毒療法 (Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART) 的廣泛使用，但隨著 PLWHA 年齡日漸老化，其呈現的疾病型態 (以癌症或慢性疾病等) 與死亡危險因子皆已明顯改變。這些背景因素的改變，都將對愛滋照護型態、醫療照護體系與財務產生重大衝擊。

如何提供 PLWHA 從篩檢、診斷、進入並持續留在醫療照護體系內 (entry into and retention in care) 的整合性服務，是一項與過去都有所不同的重大的挑戰，基層醫療則會逐漸扮演起重要角色。美國舊金山 Castro 社區的愛滋防治體制與哈佛大學附設醫院的芬威機構 (Fenway Institute) 都是成功的社區愛滋防治模式，其肯定並尊重性別多元的完整公共衛生服務模式，連結臨床照護與健康研究，教育、人員培訓與社會正義與健康平等的倡議將病人導引進入並持續留在醫療照護體系中，以連續性照護做到疾病傳染的控制 (From to Continuum to Control)，達到與治療相輔相成的 HIV 預防策略。

關鍵詞：愛滋病門診、男男性行為者、進入與持續接受醫療照護、抗病毒藥物

貳、計畫英文摘要

According to the HIV/AIDS report from Taiwan Centers for Disease Control: 82.85% of people living with HIV/AIDS (PLWHA) in Taiwan are living a healthy life. Moreover, men who have sex with men (MSM) contributed to the major population of reported HIV-infected individuals in Taiwan. The risky sexual behaviors among MSM also lead to an increasing number of new HIV-infected cases worldwide.

The prolonged survival and the subsequent increased cumulative patients have changed the disease patterns (cancers and chronic comorbidities) and brought heavy burdens into the health care and financial system. To establish an integrative system to improve entry into and retention in care for PLWHA remains a significant challenge and primary care system may play a key role in this integrative health care system.

Learning from these successful models, the aim of this study is to establish an integrative clinical and public health platform, to provide test-and-treat, pre-exposure prophylaxis (PrEP) strategy for HIV prevention, to decrease ongoing HIV transmission and to stem the HIV epidemic.

Keywords: AIDS clinic, HAART, MSM, entry into and retention in care

參、計畫內容

一、前言

(一) 研究目的

此研究共有以下幾個主要目標：

1. 延續前一年度以社區同志健康中心為基礎的愛滋診所服務，探討新、舊病人的基層醫療需求與意願。
2. 評估於社區同志健康中心中提供愛滋篩檢、診斷、治療及暴露前預防性治療等連貫性社區照護之成效，並提出相關防治策略，以供規劃有效愛滋防治照護措施之參考。
3. 探討愛滋高風險族群使用 PrEP 預防性投藥之意願，並分析推廣 PrEP 服務所遭遇之困難，提出具體改善建議。
4. 評估於社區同志健康中心中提供性健康、藥癮及心理諮商等諮詢服務，並與愛滋門診建立合作連結之社區照護成效。
5. 運用外展服務、培養社群意見領袖及網路問卷擴展收案範圍，並剖析愛滋風險、成癮性藥物之使用模式及用藥脈絡。
6. 探討性行為使用成癮性藥物與愛滋感染風險之相關性。

(二) 背景分析

根據疾病管制署的統計資料，民國 73 年至 107 年 8 月 31 日止統計，本國籍 PLWHA 之存活人數已逐年增加至 30,908 人，累積死亡人數為 6,309 (16.92%)，也就是說，其中的 83.07% 仍健康存活，感染途徑則以不安全性行為為主，且逐年上升中，共 29,704 位 (79.68%)，其

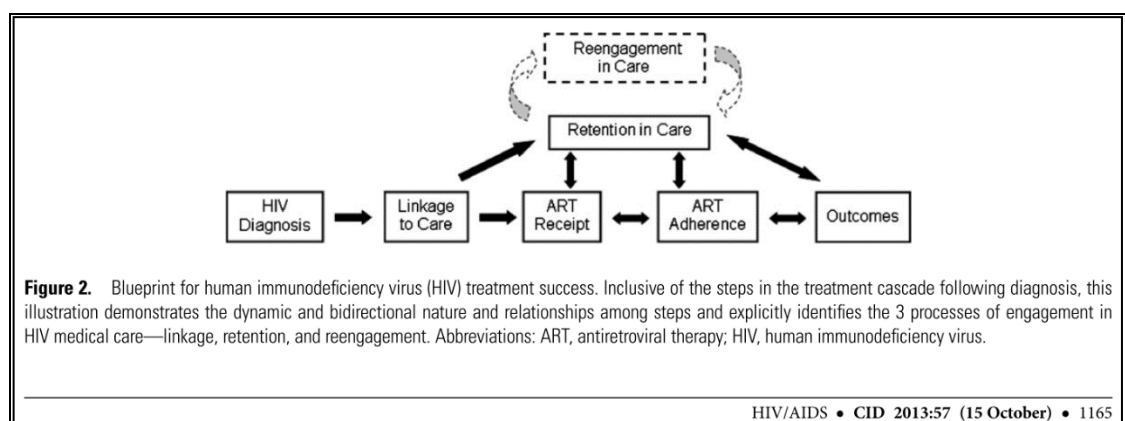
中以男男間性行為共 23,626 (63.38%)人為最多，其次為異性間性行為共 6,078 佔 16.3%[1]。國外的研究報告也顯示，男男間性行為者 (Men who have sex with men, MSM)的愛滋感染率仍在持續上升[2]，原因都是持續的危險性行為[3, 4]。

HIV 及 AIDS 患者(People Living with HIV/AIDS, PLWHA)死亡人數大幅下降，主要源自於高效能抗反轉錄病毒療法(highly active antiretroviral therapy, HAART)的廣泛使用[5]。世界各地的愛滋病人存活年數與累積人數逐年增加，年齡日漸老化，呈現的疾病型態(以癌症或慢性疾病為主)與死亡危險因子已經都有明顯改變[6, 7]。在此同時，政府於 2015 年通過「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」部分條文修正，PLWHA 的治療與照顧將回歸全民健保體制，這些背景因素的改變都將對愛滋照護型態產生重大影響。在醫療負擔日益沉重的後 HAART 時代裡，如何提供 PLWHA 從篩檢診斷、進入並持續留在醫療照護體系內(entry into and retention in care)的整合性服務[8]，是一項與過去都有所不同的重大的挑戰，基層醫療則會將逐漸扮演起重要角色[9]。

美國舊金山 Castro 社區的愛滋防治體制完備，結合當地民間組織、同志健康中心、基層愛滋門診與醫院的資源，為 PLWHA 與其伴侶提供從篩檢、診斷、治療到暴露前預防性治療，成效顯著。舊金山地區的研究發現，社區的病毒量如果下降，新增 HIV 感染也會跟著下降[10]，因此已經有終結愛滋的樂觀主張出現[11]。波士頓的芬威機構(Fenway Institute)也是一個成功的社區愛滋防治模式[12]，其肯定性別多元的完整公共衛生服務模式，連結臨床照護與健康研究、教育、人員培訓，與社會正義與健康平等及人權的倡議，已經成為全世界肯

定的典範[13]。然而，這個高難度的目標，需要在臨床上做出整合工作[14]，將病人導引進入並持續留在醫療照護體系中[15]。對於未能留在醫療體系內接受治療的病人，則必須透過社區機制，以再參與認同(reengagement)的策略因應，如此才能從連續性照護做到疾病傳染的控制(From to Continuum to Control)[16]，以篩檢與治療(test-and-treat)做為 HIV 的預防策略[17]。

除了治療即預防的策略之外，接觸前預防性投藥(Pre-exposure prophylaxis, PrEP)的策略也已有臨床試驗研究證實，確實可以預防 HIV 感染，同時並不會增加其他性傳染病的風險，因此有學者建議，應將 PrEP 加入 MSM 愛滋預防的標準程序之一[18]。儘管已有明確證據顯示其有效性，與 PrEP 相關的動機及意願的研究並不多[19, 20]，成本問題(亦即藥價降低)可能是影響 PrEP 成功與否的關鍵[21]。同樣的，臨床上 PrEP 的執行策略要能獲得成功，仍需參考增進個人接觸以增進病人 retention in care 的基層醫療服務體系的成功經驗[22]。



由於 PLWHA 的主要疾病類型與愛滋照護型態都已有了重大改變，從進入到維持在醫療體系的連續性照護成為愛滋預防與治療的關鍵

議題，但從個人與社區層次來看，有許多困難尚待克服，什麼是有效的方案，也有待更多社區層次的實證研究加以證實[23, 24]。

除了愛滋的問題，在男同志族群中藥物濫用的問題也是需要重視的議題，流行病學研究顯示，男同志社群使用安非他命之盛行率顯著較一般大眾為高。根據美國資料顯示，超過 13%的男同志人口曾在六個月內使用安非他命[25]。而對於年齡層介於 15~22 歲的男同志當中，20.1% 承認曾經使用安非他命[26]。過去研究顯示，在異性戀族群中使用安非他命的主要原因是：獲得快感與愉悅、獲得能量、與朋友共用、保持清醒、逃離現實、增強性愛、減重、還有增加工作效率[27]。但對於男同志族群而言，安非他命使用則與性愛、汗名、恐同、和負向的自我認同相關[28]。另外，部分男同志將安非他命使用於性愛當中作為娛樂性使用或助性劑[29, 30]。因為社交、情緒、工作、與性生活等諸多原因使用安非他命[31]，其亦和不安全性行為頻率之顯著上升高度相關。過去美國流行病學調查結果中，顯示在男同志、女同志、及雙性戀同志社群當中，其自殺的風險是異性戀的 2.47 倍(CI : 1.87~3.28)，在十二個月內的憂鬱疾患以及焦慮疾患，其風險至少是 1.5 倍以上(CI :1.54~2.58)，而其使用酒精及物質成癮的風險也是 1.5 倍之高(CI :1.51~4.00) [32]。因此，男同志社群相較於異性戀，因其特殊之社會處境，有相對較高之憂鬱、焦慮、物質濫用、和自我傷害的風險。自 2008 年後，臺灣愛滋人口新感染的物質濫用危險因子，從一級毒品（海洛因）逐漸轉型至二級（搖頭丸、安非他命），甚至三級毒品（K 他命或其他藥物），這樣的現象特別發生在男同志社群當中，是一個值得注意的社會現象。「性藥文化」意指在使用派對藥物（例如：搖頭丸、K 他命等）的狀態下進行性行為，是近年來新興的次

文化，在臺灣的男同志社群也不例外。使用安非他命不僅會增加欣快感、讓心情變得開朗、排除疲勞、下降胃口、專注提升、同時也會提高性慾。由於使用藥物使得感官變得非常敏感、性愛過程延長、高潮持續、也造成安全性行為(例如：全程正確使用保險套)的機率顯著下降[33]。性藥文化是相當危險的性行為方式，因為使用這類會影響神智的藥物，人的判斷力、整體的精神狀態皆會受影響，不安全性行為之風險亦提高。男同志族群在藥物濫用的問題上需要高度的重視，應積極開發男同志族群的藥物濫用策略，並從具有社群次文化特色的方向著手，根本性解決其所衍生的各種生理、心理與社會的影響[34]。為了消除全球愛滋病毒/愛滋病流行病，需要促進“seek, test, treat, and retain”(STTR)「尋找，篩檢，治療和持續接受治療」戰略[35, 36]21, 22。STTR應在高風險群中，醫療衛生體系平時難以接觸，且最近沒有接受愛滋病毒檢測的族群及藥物成癮族群。在他們之中找出隱藏的高風險者(seek)，讓他們參與愛滋病毒檢測(test)，針對陽性個案啟動監測和維持治療(treat)，持續協助及護理患者(retain)。

藥物濫用年輕化問題已成為各國迫切需要重視的議題，先進國家為掌握藥物濫用問題，各國除建置藥物濫用預警監測系統外，更透過國際組織或雙邊、多邊關係等管道之建立，與其他國家交換藥物濫用資訊、分享防制策略與成果，而其中最重要的資訊之一即來自於各國對本身藥物濫用人口、用藥型態變化與藥物施用趨勢等資料的瞭解與掌握，為提供濫用防制政策參考，有效蒐集國內外藥物濫用盛行率，是很重要的。在台灣使用非法物質或是不當使用藥物是屬於犯罪行為，使用者若被緝捕必須要負起相當的刑事責任，因此使用者為了免於刑

責，常會隱瞞使用非法藥物的情形，使得過去台灣對於使用非法藥物的盛行率調查不易。以 2005 年及 2009 年衛生福利部(前身行政院衛生署)辦理之「全國藥物濫用訪問調查」資料顯示，我國安非他命、搖頭丸及 K 他命等非法藥物的使用，只有 2005 的 1.3% 增加到 2009 年的 1.5%。綜合非法藥物使用之分析結果來說，其盛行率遠低於學校內之尿液篩檢結果，而且有增加以及從大都會區移至鄉鎮的趨勢[37, 38]。再者，依公共衛生的三段五級來說，有必要進一步找出一個前趨指標來提早並加強偵測藥物濫用風險。

過去在進行愛滋防治時會在特定場所(三溫暖、夜店…)做愛滋衛教宣導、發放保險套以及愛滋篩檢，而有別於過去的三溫暖、夜店等特定場所外，近年來以網路為媒介、交友軟體也有越來越高的愛滋風險[39]。2004 年的研究顯示在網路上尋找性伴侶的愛滋陽性患者，有極高的比例在過去三個月內從事不安全性行為，也有接近半數最近有與不明血清狀態的伴侶發生了無套性行為[40]。2000 年的研究也顯示在網路上尋找性伴侶者有較高的風險感染性病[41]。2001 年英國倫敦的研究也指出網路上尋找性伴侶與性病以及高風險行為有相關[42]。而台灣針對男同志網路交友聊天室資訊的研究，發現於聊天中邀約性行為之比率為 17.2%，邀約娛樂性藥物為 10.6%，邀約無套性行為為 1.0%，自述為愛滋感染者 0.9%，而邀約使用娛樂性藥物及邀約無套性行為者其自述為愛滋感染者的機會高達 50.5%[43]。網路也被當作新興的愛滋傳播的高風險場域[39]。因此除了過去在特定場所進行愛滋篩檢及衛教，利用網路進行愛滋風險評估、藥癮風險評估以及愛滋篩檢的推廣也是至關重要。

綜合以上所述，以社區為基礎的基層醫療服務，是目前愛滋預防

與治療工作的重要課題。本研究計畫擬以社區為基礎，探討建立同志健康中心愛滋診所以增進 PLWHA 進入並持續接受醫療照護的成效，達到降低甚至終結愛滋感染的目標，並將透過提供高風險群篩檢及其接觸者追蹤服務為核心的方式，瞭解高風險群之社會網絡互動的情形。本研究延續前一年度以社區同志健康中心為基礎的愛滋診所服務，並評估於社區同志健康中心中提供愛滋篩檢、診斷、治療及暴露前預防性治療等連貫性社區照護之成效，同時運用外展服務、培養社群意見領袖及網路問卷擴展收案範圍，探討特定場所(夜店、三溫暖等)和網路的愛滋及藥癮風險並分析兩者之間的相關性，以利提出相關防治策略並規劃有效愛滋防治照護措施之參考。

(三) 多年期計畫之執行成果概要

107 年度執行研究計畫「在同志健康中心成立愛滋病指定診所並評估其成效：試辦計畫」成果概要如下：至 107 年 9 月 1 日止，共計篩檢 1,896 人次，分別為中心 672 人次、外展 1,224 人次，其中篩檢結果陽性的有 16 人(陽性率 0.8%)，皆已依個案意願、協助轉介至中心門診或其他愛滋病指定醫院；中心門診於 107 年度已有 96 人次接受診療。前來就診的病人，在中心愛滋門診的環境下，除了可避免在醫療院所碰到熟識的朋友，隨著與中心的互動培養信任關係，亦有較高的意願與醫療團隊討論使用娛樂性藥物等敏感問題，也較願意提供接觸者資訊並協助其篩檢，並接受後續回診追蹤及衛教輔導。依據目前的中心愛滋門診效益調查結果顯示，病人選擇來同志中心就醫的原因為門診時間方便(45.5%)、親友推薦(31.8%)、地利之便(27.3%)；與一般醫院感染科門診環境相較，病人普遍認為醫療團隊於中心門診環境服務時能有更高的專業度，病人也能更信賴醫療團隊，整體而言

病人更推薦中心愛滋門診給有類似需要的其他親友。

目前同志健康中心與臺北市立聯合醫院醫療團隊合作，辦理社區愛滋醫療門診，提供感染者看診及開藥之服務。107 年度中心開立門診之醫師姓名、設置地點、時段等內容詳列於下表：

■門診時間：每月第二、第四個星期四 晚間 18:00-21:00				
■門診地點：彩虹酷兒健康文化中心（台北市中正區羅斯福路二段 70 號 9 樓之 4）				
姓名	科別	職稱	單位	門診日期
王建淳	感染科	主任	台北市立聯合醫院 林森中醫昆明院區	3/8、5/24、8/9、 10/25
胡伯賢	感染科	主任	台北市立聯合醫院 和平院區	1/11、3/22、6/14、 8/23、11/8
顏永豐	感染科	主任	台北市立聯合醫院 陽明院區	1/25、4/12、6/28、 9/13、11/22
王登鶴	感染科	主任	台北市立聯合醫院 忠孝院區	2/8、4/26、7/12、 9/20、12/13
賴新豪	感染科	醫師	台北市立聯合醫院 陽明院區	2/22、5/10、7/26、 10/11、12/27

二、實施方法及進行步驟

(一) 研究對象

研究對象分為三個部分：

● 同志中心門診

1. 參加同志健康中心愛滋病毒匿名篩檢陽性的 PLWHA 新病人
2. 自願參加的舊病人
3. 篩檢陽性新病人的性伴侶，及愛滋高風險族群

● 愛滋篩檢

1. 至同志健康中心和外展進行愛滋病毒匿名篩檢者
2. 篩檢陽性新病人的性伴侶，及愛滋高風險族群

● 愛滋和藥癮風險評估

1. 至同志中心門診看診的患者
2. 進行愛滋匿名篩檢的高風險族群
3. 於網路上填寫愛滋及藥癮風險評估問卷者

(二) 資料收集與處理 (Data collection and management)

本研究將以問卷收集病人的人口學基本資料 (demographic data)、就醫行為模式資料等，探討一般醫院感染科門診與同志中心門診的差異，愛滋高風險族群接受PrEP之意願，以及愛滋風險和藥癮風險的評估問卷。由於收案對象為愛滋病感染者與愛滋高風險族群，在計畫執行過程中，本研究採用下列幾點以維護病患隱私：

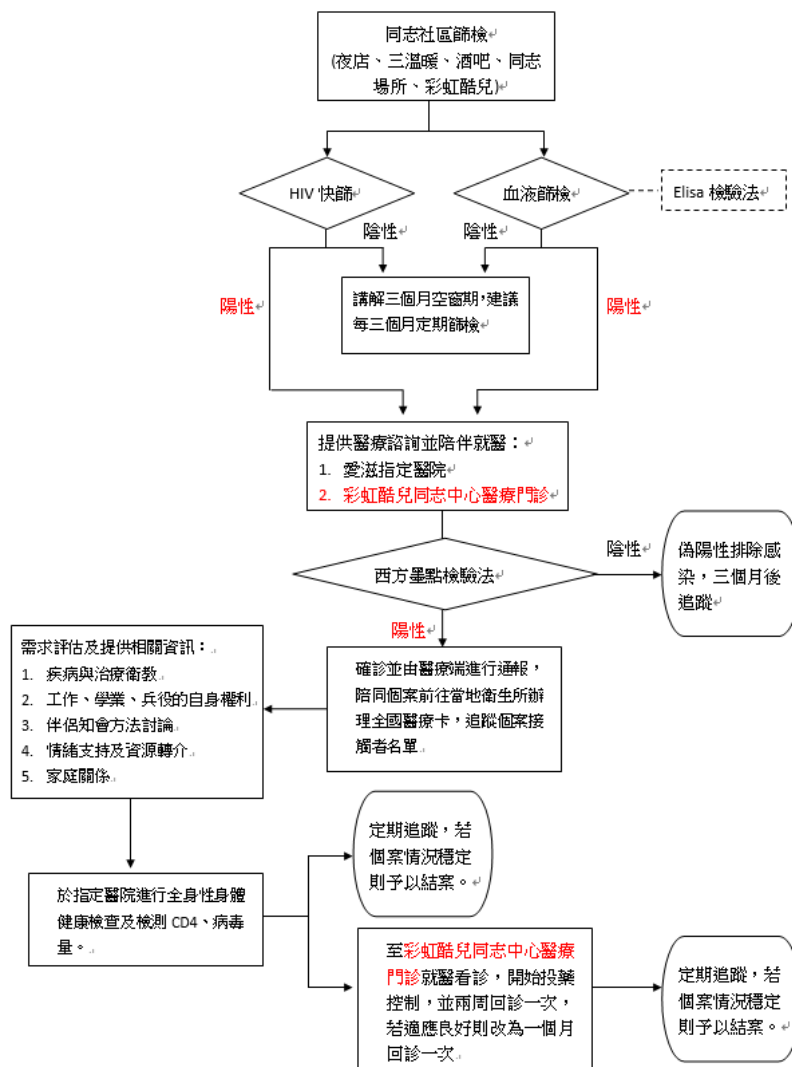
1. 嚴格遵守法令：本研究計畫執行時，將嚴格遵守「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」的相關規定，工作人員除了正式的個案討論會議外，嚴禁私下討論或洩漏研究對象的任何

個人隱私。

2. 教育訓練與行政執行：本研究計畫將參考教育部發函各校的「教育體系個人資料安全保護基本措施及作法」，就「人員管理」、「作業管理」、「物理環境管理」、「技術管理」、「認知宣導及教育訓練」、「紀錄機制」等六大面向，確實遵照並執行個資保護的相關措施。

(三) 研究設計

1. 篩檢與醫療門診之執行流程：



三、結果

(一) 同志中心門診

1. 愛滋門診與 PrEP 諮詢服務：

同志健康中心已完成醫療門診的設置，由臺北市立聯合醫院的醫師、個管師及藥師組成醫療團隊，於 108 年 1 月開始每個月兩次，星期四晚間六點至九點的預約制愛滋門診，提供醫療診治、衛教宣導及開立藥品等服務。除了提供獨立且具隱蔽性的診間，與醫院間的資料交換均以加密方式傳輸，並營造溫馨有別於醫療院所的環境，以提高個案追蹤回診及衛教輔導意願。

為顧及感染個案隱私及就診品質，並考慮臺北市立聯合醫院醫療團隊的支援人力，108 年度規劃共計 24 次門診，每次門診以 10 位個案為限，共計至多 240 位就診人次。

108 年度中心愛滋門診之醫師姓名、設置地點、時段等內容詳列於下表：

■門診時間：每月第二、第四個星期四 晚間 18:00-21:00				
■門診地點：彩虹酷兒健康文化中心（台北市中正區羅斯福路二段 70 號 9 樓之 4）				
姓名	科別	職稱	單位	門診日期
王建淳	感染科	主任	台北市立聯合醫院 林森中醫昆明院區	2/21、4/25、6/27、 8/22、10/31、12/19
胡伯賢	感染科	主任	台北市立聯合醫院 和平院區	1/10、3/7、5/9、 7/11、9/5、11/14
王登鶴	感染科	主任	台北市立聯合醫院	1/24、3/21、5/23、

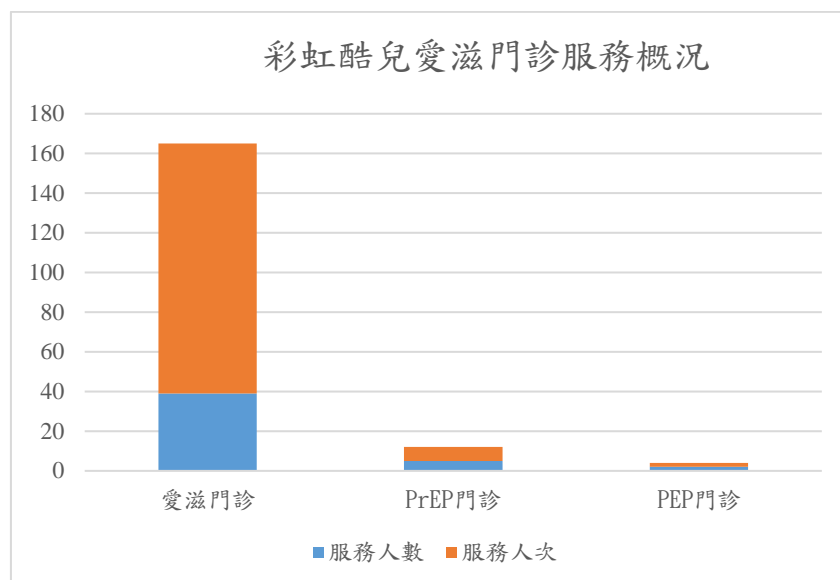
			忠孝院區	7/25、9/19、11/28
賴新豪	感染科	醫師	台北市立聯合醫院 陽明院區	2/14、4/11、6/13、 8/8、10/17、12/5
■若門診日期或就診醫師有變動，則會另行公告與通知。				

愛滋門診服務對象以中心快篩與外展匿名篩檢結果疑似陽性之新個案為主，自陽性確診至狀況穩定後的慢性連續處方箋領取藥物，愛滋門診皆能協助。而於其他醫院就醫之陽性個案如有意願轉來同志中心愛滋門診就醫，可透過臉書粉絲團醫療門診之公告，以網路預約方式掛號，而愛滋門診收到外院轉來個案資料時、亦會協助聯繫將個案於外院就醫的資料轉至中心門診個管師處理。

另，醫療團隊於愛滋門診同時亦提供 PrEP/PEP 門診服務，如個案希望接受 PrEP/PEP 門診諮詢、及其他相關衛教諮詢，同樣可由網路預約方式掛號。

愛滋門診暨 PrEP/PEP 門診至 108 年 10 月底止已執行 18 診，累計掛號看診人數為 46 人、累計服務人次為 135 人次，就醫個案平均每人約使用 2.6 次門診服務，每次門診約服務 7.5 人。

門診別	服務人數	服務人次
愛滋門診	39 (85%)	126 (94%)
PrEP 門診	5 (11%)	7 (5%)
PEP 門診	2 (4%)	2 (1%)
總計	46 (100%)	135 (100%)



另外，有些個案於非門診時段前來中心尋求衛教諮詢、或透過中心臉書粉絲頁求助，經諮詢後如個案自覺有需要接受專業醫療協助，中心亦能直接協助其掛號與接受診療。

2. 心身醫學科諮詢服務：

同志健康中心商請臺北市立聯合醫院林中昆院區心身醫學科陳裕雄醫師協助、提供愛滋感染者與一般同志朋友專業精神科諮詢服務，於每月第二週星期二晚間執行服務，並可協助個案轉至醫療院所接受進一步診療。

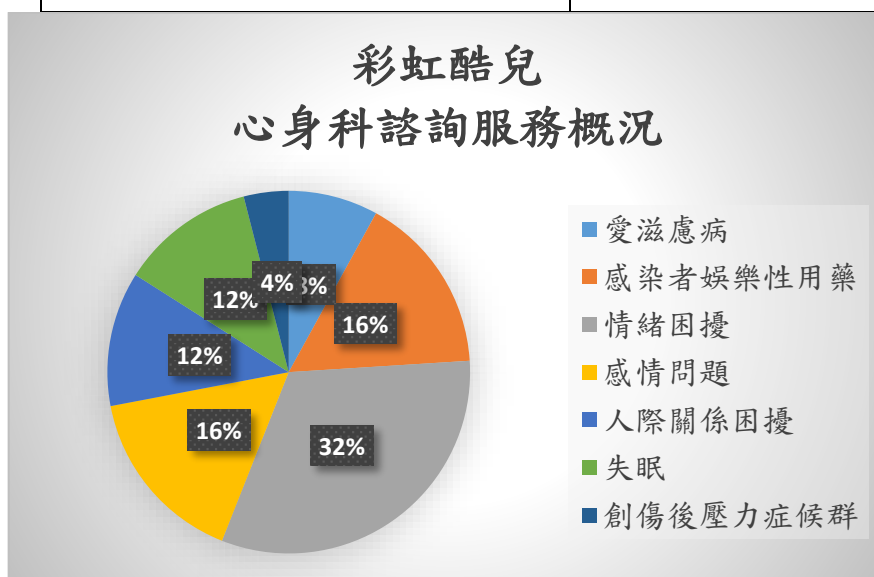
108 年度中心心身醫學科諮詢服務醫師姓名、設置地點、時段等內容詳列於下表：

■門診時間：每月第二個星期二 晚間 19:00-21:00				
■門診地點：彩虹酷兒健康文化中心（台北市中正區羅斯福路二段 70 號 9 樓之 4）				
姓名	科別	職稱	單位	門診日期

陳裕雄	精神科	醫師	台北市立聯合醫院 昆明防治中心	1/22、2/12、3/19、 4/16、5/7、6/11、 7/9、8/13、9/10、 10/8、11/12、12/10
■若門診日期或就診醫師有變動，則會另行公告與通知。				

心身醫學科諮詢至 108 年 10 月底止已執行 10 次服務，累計服務人數為 25 人。

心身醫學科諮詢項目	服務人數
愛滋慮病	2 (8%)
感染者娛樂性用藥	4 (16%)
情緒困擾	8 (32%)
感情問題	4 (16%)
人際關係困擾	3 (12%)
失眠	3 (12%)
創傷後壓力症候群	1 (4%)



3. 泌尿科諮詢服務：

同志健康中心商請臺北市立聯合醫院忠孝院區泌尿科程威銘醫師協助，面對一般男同志族群提供專業泌尿科諮詢服務，於單月第三週星期三晚間執行服務，並可協助個案轉至醫療院所接受進一步診療。

108 年度中心泌尿科諮詢服務之醫師姓名、設置地點、時段等內容詳列於下表：

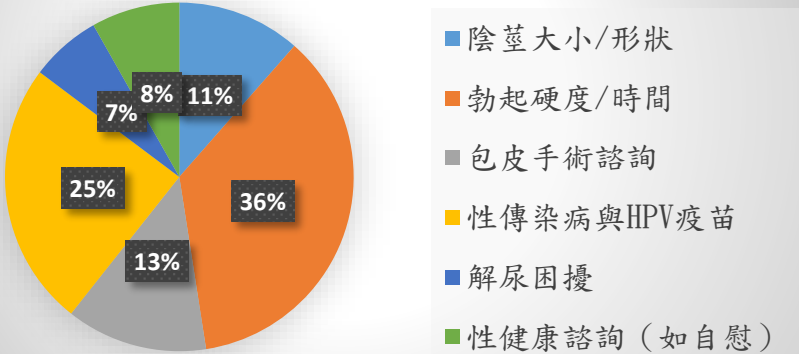
■門診時間：單數月第三個星期三 下午 18:30-21:00				
■門診地點：彩虹酷兒健康文化中心（台北市中正區羅斯福路二段 70 號 9 樓之 4）				
姓名	科別	職稱	單位	門診日期
程威銘	泌尿科	醫師	臺北市立聯合醫院 忠孝院區	3/20、5/15、7/17、 9/18、10/23、12/18
■若門診日期或就診醫師有變動，則會另行公告與通知。				

泌尿科諮詢至 108 年 10 月底止已執行 5 次服務，累計服務人數為 61 人。

泌尿科諮詢項目	服務人數
陰莖大小/形狀	7 (11%)
勃起硬度/時間	22 (36%)
包皮手術諮詢	8 (13%)
性傳染病與 HPV 疫苗	15 (25%)
解尿困擾	4 (7%)

性健康諮詢 (如自慰)	5 (8%)
-------------	--------

彩虹酷兒
泌尿科諮詢服務概況



4. 同志健康中心門診滿意度調查

(1) 研究對象人口學資料分析

自表一可見，本研究共收案 63 位，收案對象以男性為主 (n=62, 98.4%)，性別傾向以同性戀 (n=52, 82.5%) 為主。

表一：研究對象人口學資料分析

COL1 題目	COL2 選項	COL3 N(%)	COL4 答題人數
性別	男	62(98.4%)	63
	女	1(1.6%)	63
性傾向	同性戀	52(82.5%)	63
	異性戀	3(4.8%)	63
	雙性戀	8(12.7%)	63

(2) 研究對象於同志健康中心就診經驗背景分析

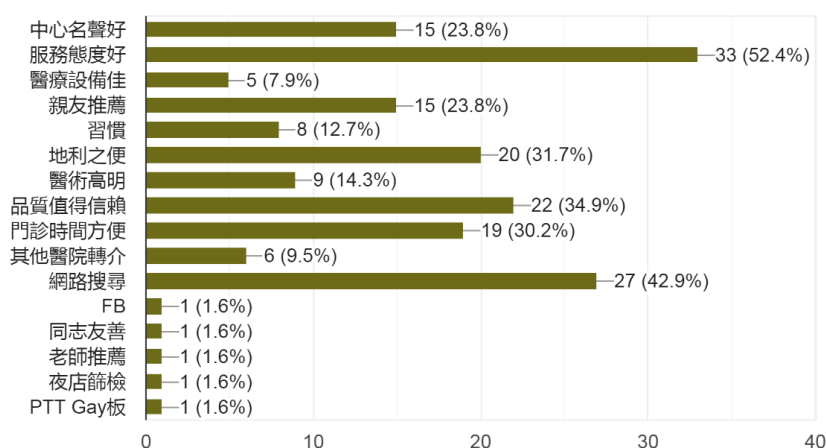
本研究收案以未曾在同志健康中心就診之個案為主要對象 (n=42, 67.7%)，於同志健康中心就醫類別以心身科諮詢 (n=22, 34.9%) 及泌尿科諮詢 (n=18, 28.6%) 為大宗，結果見表二。病人選擇來同志中心就醫的原因為服務態度好 (n=33, 52.4%)、網路搜尋 (n=27, 42.9%)、品質值得信賴 (n=22, 34.9%)，結果見圖一。

表二：研究對象於同志健康中心就診經驗背景分析

COL1 題目	COL2 選項	COL3 N(%)	COL4 答題人數
是否曾在同志健康中心 就診	否	42 (67.7%)	62
	是，愛滋門診	12 (19.4%)	62
	是，PrEP/PEP 門診	2 (3.2%)	62
	是，泌尿科諮詢	5(8.1%)	62
	是，心身科諮詢	4(6.5%)	62
本次就門診類別	愛滋門診	17(27.0%)	63
	PrEP/PEP 門診	6(9.5%)	63
	泌尿科諮詢	18(28.6%)	63
	心身科諮詢	22(34.9%)	63

6. 選擇來彩虹酷兒健康文化中心就醫的原因：（可複選）

63 則回應



圖一：研究對象選擇至同志健康中心就醫之原因

(3) 研究對象就醫經驗資料分析

個案於同志健康中心門診就醫經驗之結果見表三。

表三：研究對象就醫經驗資料

COL1 題目	COL2 選項	COL3 N(%)	COL4 答題人數
我覺得彩虹酷兒健康文化中心 (以下簡稱「彩虹酷兒」)設 址交通很方便	普通	1(1.6%)	62
	同意	13(21.0%)	62
	完全同意	48(77.4%)	62
我覺得彩虹酷兒的氣氛很溫馨	同意	12(19.4%)	62
	完全同意	50(80.6%)	62
我覺得在彩虹酷兒等待看診/諮 詢時，能保有個人隱私，不會 被閒雜人等干擾	非常不同意	1(1.6%)	62
	不同意	1(1.6%)	62
	普通	7(11.3%)	62
	同意	9(14.5%)	62
	完全同意	44(71.0%)	62
我覺得彩虹酷兒的門診空間環 境滿隱密的	普通	2(3.2%)	62
	同意	12(19.4%)	62

	完全同意	48(77.4%)	62
我覺得待在彩虹酷兒時，壓力很大	非常不同意	41(66.1%)	62
	不同意	14(22.6%)	62
	普通	3(4.8%)	62
	同意	3(4.8%)	62
	完全同意	1(1.6%)	62
我對彩虹酷兒的工作人員的態度覺得滿意	同意	5(8.1%)	62
	完全同意	57(91.9%)	62
我覺得在彩虹酷兒就醫，花在等待門診/諮詢的時間合理	普通	1(1.6%)	62
	同意	11(17.7%)	62
	完全同意	50(80.6%)	62
我覺得彩虹酷兒門診的醫療人員在診療/諮詢過程中會維護我的隱私	未接觸	1(1.6%)	62
	同意	8(12.9%)	62
	完全同意	53(85.5%)	62
我覺得彩虹酷兒的醫師醫術足以處理我的狀況	未接觸	4(6.5%)	62
	普通	2(3.2%)	62
	同意	8(12.9%)	62
	完全同意	48(77.4%)	62

我覺得彩虹酷兒的醫師看診/諮詢的時間很足夠	未接觸	2(3.2%)	62
	普通	4(6.5%)	62
	同意	5(8.1%)	62
	完全同意	51(82.3%)	62
我覺得彩虹酷兒的醫師會用我能了解的方式說明，回答問題很清楚	未接觸	1(1.6%)	62
	普通	2(3.2%)	62
	同意	7(11.3%)	62
	完全同意	52(83.9%)	62
我覺得彩虹酷兒門診的個管師會用我能了解的方式說明，回答問題很清楚	未接觸	18(29.0%)	62
	普通	1(1.6%)	62
	同意	6(9.7%)	62
	完全同意	37(59.7%)	62
我在彩虹酷兒門診就醫時，向藥師詢問所有關於用藥的問題都能得到很清楚的解說	未接觸	34(54.8%)	62
	非常不同意	1(1.6%)	62
	同意	3(4.8%)	62
	完全同意	24(38.7%)	62

我覺得能信賴彩虹酷兒「門診」的醫療團隊（醫師、個管師與藥師）/「諮詢服務」的醫師，願意告知生活所有情況	未接觸	8(12.9%)	62
	普通	4(6.5%)	62
	同意	11(17.7%)	62
	完全同意	39(62.9%)	62
我覺得能信賴彩虹酷兒的工作人員（輔導員與社工等），願意告知生活的所有情況	未接觸	11(17.7%)	62
	普通	2(3.2%)	62
	同意	15(24.2%)	62
	完全同意	34(54.8%)	62
我覺得去彩虹酷兒就醫時，工作人員（輔導員與社工等）提供的輔導協助很充足	未接觸	13(21.0%)	62
	同意	10(16.1%)	62
	完全同意	39(62.9%)	62
我覺得彩虹酷兒的工作人員（輔導員與社工等）與自己的關係很緊密	未接觸	12(19.4%)	62
	不同意	1(1.6%)	62
	普通	11(17.7%)	62
	同意	14(22.6%)	62

	完全同意	24(38.7%)	62
我覺得彩虹酷兒門診提供服務與協助很充足，不必每件事（如批價、取藥等）都自己處理	未接觸	28(45.2%)	62
	普通	1(1.6%)	62
	同意	3(4.8%)	62
	完全同意	30(48.4%)	62
我很願意推薦彩虹酷兒門診/諮詢給有類似需要的親友	普通	1(1.6%)	62
	同意	6(9.7%)	62
	完全同意	55(88.7%)	62

(二) 愛滋篩檢

至 108 年 10 月底止，中心快篩與外展匿名篩檢目前累計共篩檢件數總計共 1701 件，則累計其中有 24 名顯示 HIV 陽性（陽性率 1.41%），有 16 名新案已成功轉介進入醫療流程，且有 6 位舊案皆表示已穩定就醫於愛滋指定醫院。另外，輔導員也持續關懷個案身心健康狀況與生活情形，給予適當的支持，盼能維護個案之生活品質，並強化陽性個案之就醫順從性。

1. 依篩檢地點分析，酒吧篩檢陽性率(n=510, HIV+=2.78%)高於其他篩檢地點。

篩檢地點

地點	篩檢人數	HIV-1 陽性 人數	HIV-1 (%)
三溫暖	281	1	0.36
派對(例行性)	193	1	0.52
派對(一次性)	137	0	0.00
酒吧	510	14	2.78
夜店	276	4	1.45
中心-快篩	298	4	1.34

總計	1701	24	1.41
----	------	----	------

2. 依篩檢月份分析，除了3月沒有篩到任何陽性個案之外，其他月分都有出現陽性個案，5和6月甚至都分別高達4位。

篩檢月份

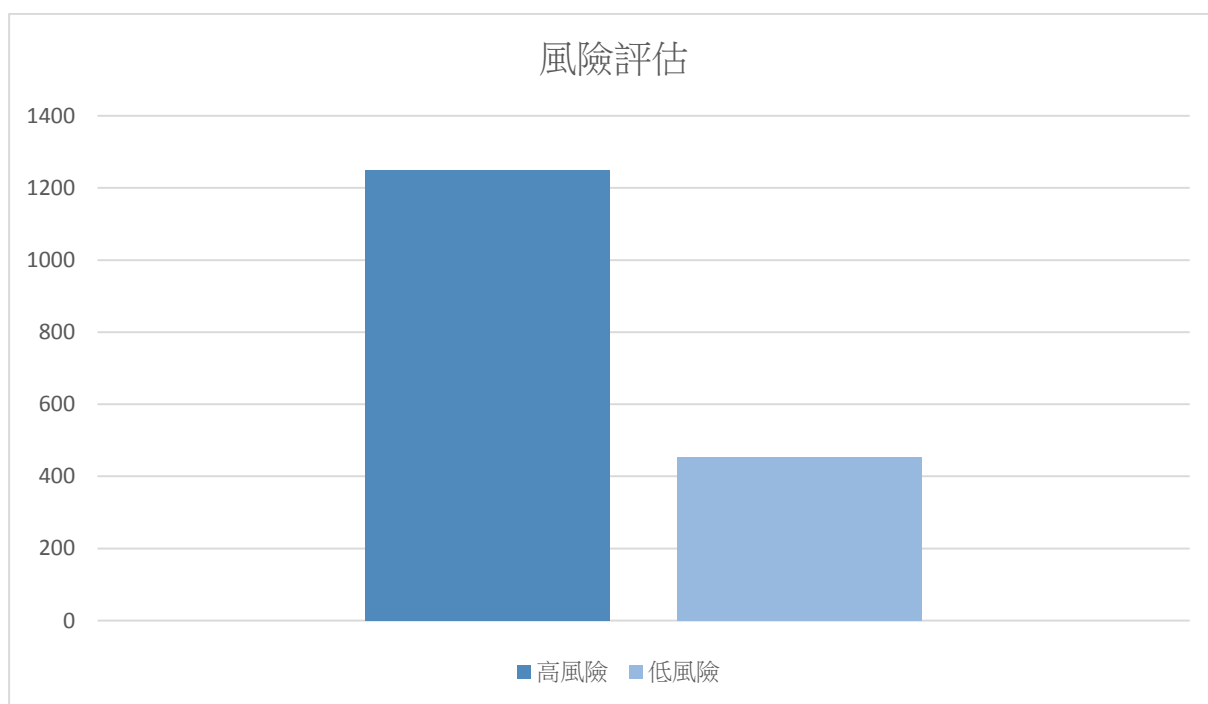
	外 展 篩 檢 件 數	中 心 篩 檢 件 數	中 心 篩 檢 陽 性 件 數	篩 檢 總 件 數	當 月 外 展 陽 性 件 數	當 月 陽 性 總 件 數	累 計 陽 性 總 件 數	當 月 外 展 陽 性 率 (%)	當 月 中 心 陽 性 率 (%)	當 月 總 陽 性 率 (%)	累 計 外 展 篩 檢 件 數	累 計 中 心 篩 檢 件 數	累 計 篩 檢 總 件 數	累 計 總 陽 性 率 (%)
1月	141	34	1	175	1	2	2	0.71	2.94	1.14	141	34	175	1.14
2月	56	36	1	92	1	2	4	1.79	2.78	2.17	197	70	267	1.50
3月	81	19	0	100	0	0	4	0.00	0.00	0.00	278	89	367	1.09
4月	109	17	0	126	1	1	5	0.92	0.00	0.79	387	106	493	1.01
5月	173	71	1	244	3	4	9	1.73	1.41	1.64	560	177	737	1.22
6月	122	22	0	144	4	4	13	3.28	0.00	2.78	682	199	881	1.48
7月	99	20	1	119	2	3	16	2.02	5.00	2.52	781	219	1000	1.60

8 月	131	27	0	158	3	3	19	2.29	0.00	1.90	912	246	1158	1.64
9 月	230	27	0	257	2	2	21	0.87	0.00	0.78	1142	273	1415	1.48
10 月	263	23	0	283	3	3	24	1.14	0.00	1.06	1405	296	1701	1.41

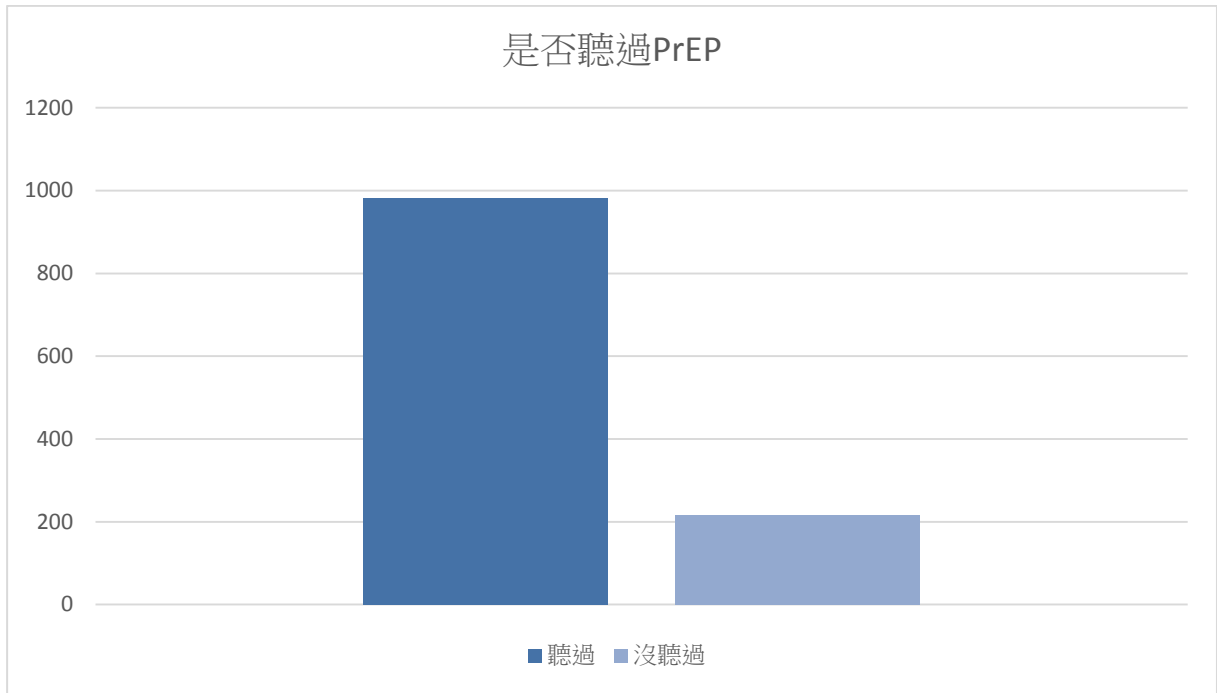
(三) 高風險族群 PrEP 使用意願

根據匿名篩檢資料管理入口網，同志健康中心 108 年 1 月 1 日至 10 月底，統計高風險族群之 PrEP 使用意願如下：

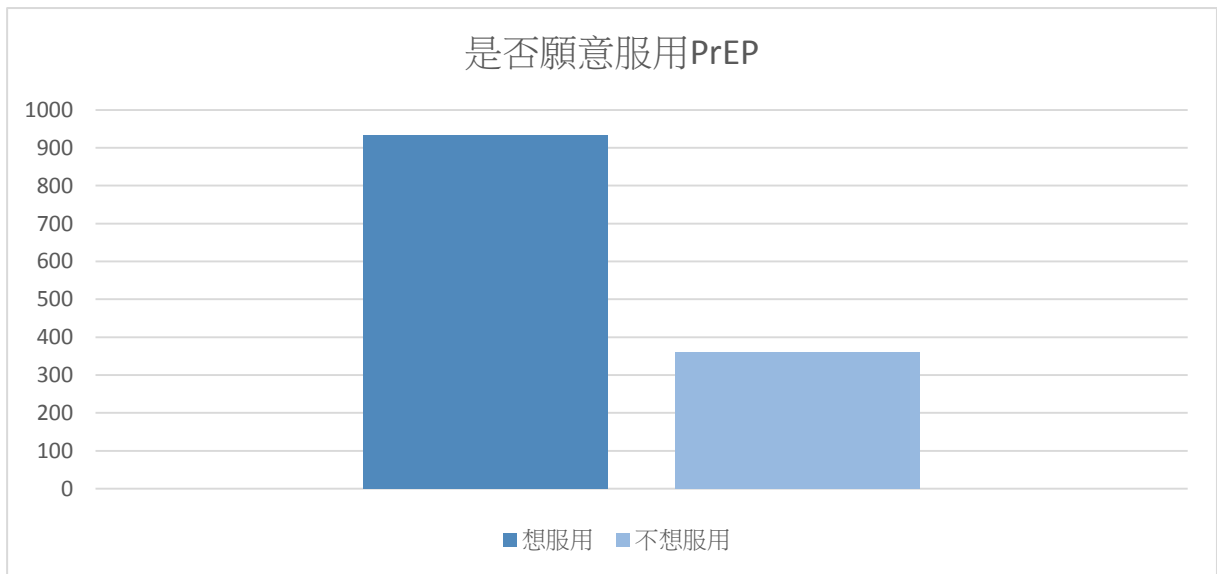
1. 風險評估：共收案 1701 位，其中高風險族佔 1248 位。。



2. 是否聽過 PrEP：1248 位高風險個案中，共有 982 位聽過 PrEP，266 位沒聽過。



3. 是否願意服用 PrEP：1248 位高風險個案中，有 932 位想服用 PrEP，316 位不想服用。



(四) 愛滋和藥癮風險評估

至 108 年 10 月底止，匿名風險評估問卷中顯示，近一年內使用過娛樂性用藥者共 78 位，為篩檢總人數之 45.86%。此外，有 24 位，持續在使用娛樂性用藥：

1. 娛樂性用藥模式：

(1) Rush(56.41%)為主要的藥物使用模式，近年開始盛行的安非他命也佔 16.67%；

(2)近一年內使用安非他命者，非單一性伴侶者佔 87%，同時，性行為未全程使用保險套者也佔 76%。

2. 娛樂性用藥者之 PrEP 服用意願：

近一年內使用過娛樂性用藥者(78 位)，其問卷結果為高風險者，共 66 位，其中 37 位願意服用 PrEP，僅佔 56.06%。

項目	n	選項	人次
請問您自己最近 1 年內是否曾使用成癮藥物？	78	安非他命/甲基安非他命	13(16.67%)
		G 水(GHB)	6(7.69%)
		搖頭丸(E/MDMA)	8(10.26%)
		K 他命	4(5.12%)
		RUSH	44(56.41%)
		喵喵(合成卡西酮類物質)	0(0%)
		海洛因	0(0%)
		大麻	25(32.05%)
目前使用狀態	78	還在使用	24(30.77%)
		已停用	54(69.23%)
是否聽過「暴露愛滋病毒前預防性服藥(PrEP)」？	78	是	58(74.36%)
		否	20(25.64%)
承上題，「暴露愛滋病毒前預防性服藥(PrEP)」，是透過服藥，合併安全性行為，以預防愛滋感染，您會想服用嗎？	78	是	37(47.44%)
		否	41(52.56%)
評估結果	78	高風險	66(84.62%)
		低風險	12(15.38%)

四、討論

(一) 同志中心門診

1. 愛滋門診與 PrEP 諮詢服務

108 年度同志健康中心持續與臺北市立聯合醫院醫療團隊合作，辦理社區愛滋醫療門診，提供感染者醫療服務及愛滋高風險族群 PrEP 諮詢，並可於愛滋門診中安排後續醫療院所轉診。

中心愛滋門診對象目前以篩檢結果陽性的新個案為主，亦接受自其他醫院感染科轉來之陽性個案。原先已在昆明醫院就診之同志中心舊個案，依其習慣及適應性仍以昆明醫院就診為主，但若個案有意願至中心固定回診，也會協助後續掛號等流程。中心門診亦對愛滋高風險族群提供 PrEP 諮詢服務，並可協助個案購買 PrEP。

以下簡述個案於同志中心愛滋門診使用服務之情形：

(1) 愛滋舊案：

至愛滋門診持續就醫、抽血檢查與領取藥物。

(2) 愛滋新案：

- a. 新案由中心篩檢出陽性並於中心門診確診，個案表示經由中心門診協助後，個人服藥順從性高、也願意更注意自己的身體健康狀態。
- b. 新案由外展篩檢陽性並於北市聯醫昆明院區確診後、選擇持續至中心門診就醫，個案表示經由中心門診協助後，個人服藥順從性高、也願意持續於中心門診就醫，以維持身體健康狀態。
- c. 新案自高雄榮總轉來之陽性個案，原本擔心於台北就

醫容易曝光隱私，轉來中心門診時表示門診設置隱密度佳、可以放心維持隱私，願意持續在彩虹酷兒就醫。

d. 其餘新案持續固定就醫，健康狀況均得到控制。

(3) PrEP 個案：

a. 個案為感染者之伴侶，前來門診掛號諮詢並購買 PrEP。

b. 個案為 b 型肝炎帶原者，與醫療團隊深入諮詢後、決定繼續評估是否要開始使用 PrEP。

c. 個案有固定性伴侶，由於懷疑對方不確定是否同時與其他人發生高風險性行為，並得知中心門診提供 PrEP 支持計畫服務，於是決定使用 PrEP。

(4) PEP 個案：

a. 個案因安全性行為間保險套破裂，於行為發生後 36 小時前來求助。

b. 個案因發生高風險性行為而希望使用 PEP，完成療程後持續於中心門診完成後續追蹤，並確認 HIV 陰性。

(5) 一般諮詢：

部份陽性個案於門診時間前來詢問自身健康狀況問題、並告知生活近況；亦有個案同時諮詢施打 HPV 疫苗事宜。

2. 心身醫學科諮詢服務：

同志健康中心商請臺北市立聯合醫院林中昆院區心身醫學科陳裕雄醫師協助、提供愛滋感染者與一般同志朋友專業精神科諮詢服務，於每月第二週星期二晚間執行服務，並可協助個案轉至醫療院所接受進一步診療。個案諮詢主題多以感染者情緒調適、愛滋慮病、焦慮失眠、娛樂性用藥、人際關係壓力引發之身心症狀等因素

為主。在愛滋門診時除了能提供感染者新案初步支持外，亦能從談話間確定個案生活狀況是否需精神科專業的進一步協助；也能於陪伴個案的過程中，協助其自我覺察、自發興起求助精神科之動機。

感染者新案經由中心門診先轉介至心身醫學科諮詢，可加強個案與中心門診之連結與個案之就醫順從性，因中心門診的支持，個案能較快接受自身的狀況，並發展出積極維護健康之意識，以此維持 HIV 用藥及精神科用藥之高度服藥順從性。

3. 泌尿科諮詢服務

同志健康中心商請臺北市立聯合醫院忠孝院區泌尿科程威銘醫師協助，面對一般男同志族群提供專業泌尿科諮詢服務，於單月第三週星期三晚間執行服務，並可協助個案轉至醫療院所接受進一步診療。執行至今，一般民眾個別諮詢醫師泌尿科問題諸如如排尿問題、包皮手術諮詢、性功能障礙等疑問，並轉介個案回北市聯醫忠孝院區泌尿科就醫。醫師亦能於單獨諮詢的機會，對每位個案進行更適切個人生活情形的衛教，並鼓勵個案維持健康。

4. 同志健康中心門診滿意度調查

個案普遍認為醫師與醫療團隊於中心門診環境服務時能維持醫療服務水準與專業度，病人也能信賴醫師與醫療團隊。整體而言，個案普遍認為會推薦同志健康中心門診給有類似需要的其他親友，

（二）愛滋篩檢

1. 場域拓展成效：同志中心本年度深入更多元的同志場域，發現有愈來愈多新興型態之酒吧，如 SM 主題酒吧等。此類型場域，因具較高之隱密性更難以觸，故有許多陽性個案尚未被篩出，但經同志中心接洽後，共從各式酒吧篩出 11 位陽性個案，其中共有 6 位是來自 SM 主題酒吧，佔酒吧陽性個案中的 54.55%，故持續開發新場域，實為重要之防治重點。
2. 個案追蹤與輔導之重要性：篩檢到疑似陽性的個案，同志中心輔導員將主動告知篩檢結果，並協助個案轉介至中心的醫療門診，或陪同至愛滋指定醫院就診。再者，輔導員也定期追蹤確診個案之接觸者。另外，輔導員也持續關懷個案身心健康狀況與生活情形，給予適當的支持，盼能維護個案之生活品質，並強化陽性個案之就醫順從性。故經由具主動性與連續性的陪伴服務，本年度陽性個案進入醫療流程，並穩定接受治療者，比率高達 90.48%，足見此服務方式之重要價值。

（三）高風險族群 PrEP 使用意願

同志健康中心於匿名篩檢時提供一對一衛教諮詢，內容包含 PrEP 之使用與取得。根據本年度統計數據顯示，74.67%之高風險個案雖有意願服用 PrEP，但在衛教諮詢過程中，大多數個案會因考量到以下因素而卻步：

1. 經濟因素：大多數個案認為 PrEP 之價位，難以負擔。此外，亦有部分個案指出，1+2 方案雖使藥費負擔減輕許多，但仍需一次性給付約 10000 元之藥費加上 1700 元之藥師服務費，在資金運用上可能會出現困難。最後，未來若 PrEP 能夠持續調降價格或採用分期支付之方式，個案可能會有更高之購買意願。

2. 性行為不易預測：大部分個案認為，並非每次性行為都能夠預測，故 On Demand 吃法有其限制。再者，服用 PrEP 後也會感受到必須發生性行為的壓力，致使服用意願降低。

（四）愛滋和藥癮風險評估

1. 娛樂性用藥模式：本研究發現，近年開始盛行的安非他命也佔 10%。更重要的是，近一年內使用安非他命者，非單一性伴侶者佔 87%，同時，性行為未全程使用保險套者也佔 76%，足見使用安非他命者之社群網絡文化，與不安全性行為有高度關聯性，故安非他命之減害醫療服務和 PrEP 之推行，或可降低感染 HIV 之風險。
2. 娛樂性用藥者之 PrEP 服用意願：近一年內使用過娛樂性用藥者，其問卷結果為高風險者，共 52 位。其中，有 27 位願意服用 PrEP，僅佔 51.92%，但本年度全體高風險個案，願意服用 PrEP 者卻高達 74.62%，故娛樂性用藥者之風險意識可能低於非娛樂性用藥者，此族群更需要 PrEP 之衛教推行，致使提高其使用意願，進而降低感染 HIV 之風險。

五、結論與建議

（一）同志中心門診

就診個案候診時，現場會有同儕輔導員及社工員陪伴，並提供免費餐點。藉由用餐、聊天的方式，從另外的角度去瞭解就診個案，並建立與醫病關係以外的信任，對於後續輔導與追蹤有很大的幫助。

環境佈置上以溫馨為出發點，並配合節慶或活動改變裝飾，盡可能營造出讓個案願意進入且放鬆的空間，以消除就診個案對於醫療院的排斥及緊張感。

另一方面，為顧及個案隱私及感受，除了具隱蔽性的診間外，個案的就診時間在安排上盡可能以錯開不碰面為主，這也是無法提高就診人次的原因之一。

對外宣傳部分，於外展篩檢地點及人潮聚集處張貼中心門診海報，並於舉辦活動或講座（如：感染者聚會等）時，介紹中心環境、愛滋門診等相關服務。我們希望採取不主動也不被動的策略，讓有愛滋相關需求服務的族群知道，不管是衛教、就醫或諮詢預防性投藥等問題，有個地方在他們需要時，皆歡迎進來坐坐、找人聊聊。

從陪伴聊天與個案回饋裡，大多表示同志健康中心相較於其他指定醫院的門診更具隱私，故有較高的回診意願，且如有疾病或心理等相關問題，也能直接反應與諮詢。108 年度以匿名方式請就診個案協助填寫門診效益意見調查，結果亦反應個案更願意於同志中心愛滋門診就醫，並將中心門診推薦給有類似需要的親友。

（二）愛滋篩檢

1. 持續拓展新場域：外展服務除鞏固原本的場域，持續性地提供服務，持續培養具連續性的品牌及服務外，也需要持續再開拓不同次文化同志族群的場域，以期深入培養信任關係，使該場域中的個案，願意使用篩檢服務，並協助同志中心在該場域中推廣愛滋衛教與篩檢服務。
2. 持續進行個案追蹤與輔導：陽性個案之追蹤與輔導，首要在於主動取得個案信任。傳統的門診服務，以被動等待個案掛號為主，然而此種服務方式，容易造成陽性的個案流失。主要的流失原因包含：缺乏動機、擔心曝光、情緒低落、對醫療流程不熟悉…等。因此，篩檢到疑似陽性的個案，由同志中心輔導員主動告知、鼓勵進入醫療流程、並進行衛教與追蹤，會讓個案不論在動機、信任與安全感上，都能提升，進而接受穩定治療，故未來應繼續執行此服務模式。

（三）高風險族群 PrEP 使用意願

1. 經濟考量：74.62%的個案雖在衛教諮詢中表示有意願服用 PrEP，但有鑑於經濟之考量和性行為的不易預測性，導致個案實際 PrEP 服用者，仍是屈指可數。根據行政院主計處 106 年之統計，國人薪資所得中位數約落在 25000-35000 之間，亦即多數人的薪資所得介在此區間當中。若以 30000 元之月收入來看，要購買 1+2 方案大約是 12000 元，對於月收入 30000 元的個案，並不容易。
2. 性行為之不易預測性：大多數的性行為並不容易預測，故前二後二吃法，並不適用於所有情境，可能僅較適合有固定時間之性愛派對，但若要採用連續性的吃法，又將是一筆龐大的支出，故要推動

PrEP，除了在資訊推廣上，需要有更公開透明的管道外，也需要再壓低 PrEP 之價格，或釋出更多公費名額，以期讓有需求的高風險族群，能更普及使用 PrEP。

（三）愛滋和藥癮風險評估

1. MSM 安非他命使用者：本研究發現，安非他命使用者有相當高的不安全性行為和多重性伴侶關係，故深入安非他命使用者之次文化場域，並取得其信任，對於愛滋防治是相當重要。然而，安非他命是非法藥物，且使用安非他命的同志族群，乘載社會之汙名，致使該族群呈現緊密和封閉的特性，也相對更難接受外來者介入，故當務之急，是發展一套能主動接近該族群的模式，才能夠更順利在該場域內推動娛樂性用藥減害醫療服務和 PrEP。
2. 娛樂性用藥者之 PrEP 服用意願：使用娛樂性用藥者，近一半為高風險族群，但回到 PrEP 在經濟因素和性行為不易預測性的考量上，此兩問題必須得到妥善處理，或可提高實際使用比例，進而降低感染 HIV 之風險。

六、重要研究成果及具體建議

(一) 同志中心門診

同志中心門診主要是針對由中心匿名篩檢結果陽性之個案而設計的全套性服務流程，由輔導員自篩檢前的接待、確診前後的持續陪伴，至個案穩定服藥，以確保個案的身心健康狀況。數名陽性個案告知他們曾對於獨自至醫院匿名篩檢感到巨大壓力：若篩檢結果呈現陽性，可能會因無法面對結果而情緒崩潰，也可能會直接逃避後續的就醫與追蹤。在同志中心篩檢出陽性時，由於輔導員提供情緒支持、衛教與生活要點提醒，並協助轉介至同志中心門診進行確診與後續醫療，個案可以較順利度過面對陽性結果的情緒風暴，勇敢面對醫療程序，並願意穩定服藥與持續追蹤。

中心門診收治個案之中，不乏自醫院失去追蹤的感染者，這些朋友經由與同志中心洽詢，會願意再給自己一次機會，於同志中心門診穩定就醫，對於維護自我健康的態度逐漸趨向積極。

由門診現場觀察，陽性個案對於自己的 CD4 與病毒量檢查態度正面，而大部分的感染個案有較高的意願主動向醫療團隊闡述自己使用毒品等較隱諱的資訊。由於就診時僅個管師、藥師、醫師與個案一同待在診間，個案若有其他疑問，如「毒品是否與治療藥物牴觸？」等希望私底下諮詢的問題，會較願意於就診時主動詢問，醫療團隊也會給予專業知識及建議。大部分的舊個案認為原先回診的醫療院所較有冰冷的距離感，容易因為壓力大而逃避就診，也不願意多提用藥方面相關的個人訊息。

門診現場提供餐點，氣氛溫馨，得到個案的高度信任與認同，已

有部份持續就醫的陽性個案主動成為同志中心志工，協助轉介個案篩檢與就醫，為愛滋防治一同付出心力。

（二）愛滋篩檢

本研究之重要發現，包含場域維持與拓展的成效、個案追蹤與輔導之重要性，及建議，分述如下：

1. 場域維持和拓展的重要性：

(1) 固定場域之維持：除同志中心內的篩間服務外，本中心固定合作之外展場域包含同志三溫暖、同志夜店、一次性與例行性派對。相較於本中心 107 年中心加外展之陽性率 1.53%，108 年之陽性率則降低至 1.48%，能瞥見匿名篩檢推廣之防治成效，此結果相當可能奠基於長期合作所培養出的信任感。

(2) 新興場域之拓展：除了維持與固定場域之合作，本中心今年度深入更多元次文化場域，舉例來說，本中心合作之 SM 主題酒吧，篩出之陽性個案數就高達 6 位。亦即，即便是 MSM 族群，不同次文化的差異性也是相當大，若未能針對各種次文化，去發展接近的方案，便難以發現藏於其中的陽性個案。

2. 個案追蹤與輔導：上述場域中篩檢出的陽性個案，經由本中心的輔導與追蹤，優先轉介同志中心門診服務，轉介率高達 9 成，可見得此服務模式之價值與成效。也正因為個案對於輔導員和同志中心的信任，在接觸者追蹤上，個案也相當願意配合。此外，個案穩定服藥至半年以上且病毒量測不到，便予以結案，除尚在治療初期的 3 位個案之外，本中心轉介達半年以上之個案，皆已達到此指標。

3. 建議：有鑑於防治成效顯著，固定合作場域之陽性率有下降的情形，

但考慮同志社群網絡對愛滋防治，持續性的推廣功能，這些場域仍相當具有持續合作的價值，故不應因其陽性率降低而結束合作。此外，持續開拓新場域的價值，也可見一斑，故建議未來持續開發新的 MSM 次文化新場域是愛滋防治相當重要的方向。最後，即使在上述的場域發現陽性新案，若缺乏個案追蹤與輔導服務，仍是會造成相當高的流失率，故此服務模式應持續維持。

（三）高風險族群 PrEP 使用意願

本研究發現在 PrEP 使用意願上，若能克服兩個重要的因素，即經濟因素與性行為的不易預測性，不僅可能提升使用意願，甚至可能更能讓實際去使用 PrEP，此兩因素與建議分述如下：

1. 經濟因素：PrEP 之價位，若依連續性吃法服用一個月，便需要高達 10000 元的費用，對於月薪資介在 25000-35000 元的同志族群來說，實在難以負擔。即便使用 1+2 方案，當次給付也需高達 12000 元左右。此外，公費補助計畫實在名額有限，缺乏資訊的民眾也難以觸及。亦有部分個案指出，1+2 方案雖使藥費負擔減輕許多，但仍需一次性給付約 10000 元之藥費加上 1700 元之藥師服務費，在資金運用上可能會出現困難。
2. 性行為不易預測：前二後二吃法雖然較為經濟，但由於性行為之不易預測性，導致前二後二吃法出現了許多限制，若無申請到公費計畫，連續性吃法，則成為一筆龐大的支出。衛教諮詢中，許多個案表示即便有意願嘗試前二後二吃法，但考量實際上使用的便利性，還是認為保險套是較佳的選擇，但高風險族群使用保險套的頻率本來就偏低，換句話說，高風險族群寧願選擇無套，也不願使用 PrEP，這實在是愛滋防治上的一大漏洞。

3. 建議：綜合上述考量，釋出更多的公費計畫名額，以及使 PrEP 的價格更為降低，可能會使更多高風險族群願意服用 PrEP。此外，政府在宣傳 PrEP 補助和優惠方案時，應更為透明和明確，否則僅有前來接受衛教的個案，才能接觸到完整的資訊。

（四）愛滋和藥癮風險評估

本研究在愛滋與藥癮風險評估上之重要發現，包含 MSM 娛樂性用藥模式、娛樂性用藥者之 PrEP 服用意願，並根據重要發現提出建議：

1. MSM 娛樂性用藥模式：本研究發現，MSM 娛樂性用藥以 Rush 為主，其中安非他命的盛行率也將近 10%。同時，安非他命使用者也具有高度不安全性行為和多重性伴侶。若要達成有效的愛滋防治，深入安非他命使用者之次文化場域，對於愛滋防治是相當重要。
2. 娛樂性用藥者之 PrEP 服用意願：對於有意願服用 PrEP 者，但若未能處理 PrEP 的經濟因素和性行為不易預測性議題，仍是難以推廣至該族群。由於安非他命使用者的高風險性行為是相當明顯的，其對於保險套的排斥，讓 PrEP 甚至成為最後一道防線，故率先針對此族群進行 PrEP 的推廣是相當重要的。
3. 建議：有鑑於安非他命乃非法藥物，且使用安非他命之 MSM 族群乘載多重的污名，使該族群呈現高度的緊密和封閉，要深入該場域需要長期和深入經營，非一朝一夕可成就。故當務之急，是發展一套方案，培養該族群對同志中心的信任，並且願意讓同志中心進入其場域，才能夠更順利在該場域內推動娛樂性用藥減害醫療服務和 PrEP。最後，若能以更積極主動的方式提供藥癮者免費的 PrEP，愛滋防治可能有高度的成效。

七、參考文獻

1. Palella FJ, Jr., Baker RK, Moorman AC, et al. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. 2006;43(1):27-34.
2. Holt R, Court P, Vedhara K, Nott KH, Holmes J, Snow MH. The role of disclosure in coping with HIV infection. *AIDS care*. 1998;10(1):49-60.
3. Atkinson JH, Jr., Grant I, Kennedy CJ, Richman DD, Spector SA, McCutchan JA. Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus. A controlled study. *Archives of general psychiatry*. 1988;45(9):859-864.
4. Chuang HT, Devins GM, Hunsley J, Gill MJ. Psychosocial distress and well-being among gay and bisexual men with human immunodeficiency virus infection. *The American journal of psychiatry*. 1989;146(7):876-880.
5. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *Journal of the International AIDS Society*. 2009;12:15.
6. Girardi E, Sabin CA, Monforte AD. Late diagnosis of HIV infection: epidemiological features, consequences and

- strategies to encourage earlier testing. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. 2007;46 Suppl 1:S3-8.
7. Krawczyk CS, Funkhouser E, Kilby JM, Kaslow RA, Bey AK, Vermund SH. Factors associated with delayed initiation of HIV medical care among infected persons attending a southern HIV/AIDS clinic. *Southern medical journal*. 2006;99(5):472-481.
 8. Perbost I, Malafronte B, Pradier C, et al. In the era of highly active antiretroviral therapy, why are HIV-infected patients still admitted to hospital for an inaugural opportunistic infection? *HIV medicine*. 2005;6(4):232-239.
 9. Hung CC, Deng HY, Hsiao WH, et al. Invasive amebiasis as an emerging parasitic disease in patients with human immunodeficiency virus type 1 infection in Taiwan. *Archives of internal medicine*. 2005;165(4):409-415.
 10. 羅一鈞, 巫沛瑩, 劉玟君, 張上淳. 台灣男同志愛滋病毒感染者延遲診斷之危險因子研究. *疫情報導*. 2008;24(11):813-825.
 11. Stall R, Paul J, Greenwood G, et al. *Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study*. Vol 962001.
 12. Thiede H, Valleroy LA, MacKellar DA, et al. Regional patterns and correlates of substance use among young men

- who have sex with men in 7 US urban areas. *American journal of public health*. 2003;93(11):1915-1921.
13. Brecht ML, O'Brien A, von Mayrhauser C, Anglin MD. Methamphetamine use behaviors and gender differences. *Addictive behaviors*. 2004;29(1):89-106.
 14. Worth H, Rawstorne P. Crystallizing the HIV epidemic: methamphetamine, unsafe sex, and gay diseases of the will. *Archives of sexual behavior*. 2005;34(5):483-486.
 15. Bolding G, Hart G, Sherr L, Elford J. Use of crystal methamphetamine among gay men in London. *Addiction (Abingdon, England)*. 2006;101(11):1622-1630.
 16. Fernandez MI, Bowen GS, Warren JC, et al. Crystal methamphetamine: a source of added sexual risk for Hispanic men who have sex with men? *Drug and alcohol dependence*. 2007;86(2-3):245-252.
 17. Diaz RM, Heckert AL, Sanchez J. Reasons for stimulant use among Latino gay men in San Francisco: a comparison between methamphetamine and cocaine users. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2005;82(1 Suppl 1):i71-78.
 18. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American journal of public health*.

- 2009;99(12):2275-2281.
19. Shoptaw S, Reback CJ. Methamphetamine use and infectious disease-related behaviors in men who have sex with men: implications for interventions. *Addiction (Abingdon, England)*. 2007;102 Suppl 1:130-135.
 20. 衛漢庭, 陳牧宏. 男同志與安非他命使用: 文獻回顧與臺灣的挑戰. *愛之關懷季刊*. 2014(88):6-13.
 21. D Volkow N, D Baler R, L Normand J. The unrealized potential of addiction science in curbing the HIV epidemic. *Current HIV research*. 2011;9(6):393-395.
 22. Normand J, Montaner J, Fang CT, Wu Z, Chen YM. HIV: seek, test, treat, and retain. *Journal of food and drug analysis*. 2013;21(4):S4-s6.
 23. Lan Y-C, Hser Y, Ho Y, Tsai W, Hsu J, Kang J. Patterns of adolescent chewing betel nut and later drug use in adults. *Drug & Alcohol Dependence*. 2014;140:e114.
 24. 藍郁青. 台灣地區整體與各縣市藥物濫用議題資料分析研究及趨勢變化探討. 衛生署食品藥物管理局 2012.
 25. Agerwala SM, McCance-Katz EF. Integrating screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) into clinical practice settings: a brief review. *Journal of psychoactive drugs*. 2012;44(4):307-317.
 26. Tetrault JM, Green ML, Martino S, et al. Developing and

- implementing a multispecialty graduate medical education curriculum on Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). *Substance abuse*. 2012;33(2):168-181.
27. McCambridge J, Kalaitzaki E, White IR, et al. Impact of Length or Relevance of Questionnaires on Attrition in Online Trials: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2011;13(4):e96.
 28. Wallace P, Murray E, McCambridge J, et al. On-line Randomized Controlled Trial of an Internet Based Psychologically Enhanced Intervention for People with Hazardous Alcohol Consumption. *PLoS ONE*. 2011;6(3):e14740.
 29. Obermayer JL, Riley WT, Asif O, Jean-Mary J. College smoking-cessation using cell phone text messaging. *Journal of American college health : J of ACH*. 2004;53(2):71-78.
 30. Rodgers A, Corbett T, Bramley D, et al. Do u smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. *Tobacco control*. 2005;14(4):255-261.
 31. Morris ME, Kathawala Q, Leen TK, et al. Mobile therapy: case study evaluations of a cell phone application for emotional self-awareness. *J Med Internet Res*. 2010;12(2):e10.
 32. Ekberg J, Timpka T, Bang M, Froberg A, Halje K, Eriksson H.

- Cell phone-supported cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: a protocol for effectiveness studies in frontline settings. *BMC medical research methodology*. 2011;11:3.
33. Gustafson DH, Shaw BR, Isham A, Baker T, Boyle MG, Levy M. Explicating an evidence-based, theoretically informed, mobile technology-based system to improve outcomes for people in recovery for alcohol dependence. *Substance use & misuse*. 2011;46(1):96-111.
 34. 蘇素惠, 孫春在. 臉書上的人際電子監視: 浪漫關係的不確定性與潛在競爭者的影響 2011.
 35. 游詠晨. 以行動通訊軟體介入促進中老年糖尿病人血糖管理與降低負向情緒之成效探討. 2015.
 36. Ramo DE, Prochaska JJ. Broad reach and targeted recruitment using Facebook for an online survey of young adult substance use. *Journal of Medical Internet Research*. 2012;14(1):e28.
 37. Hansen KM, Pedersen RT. Efficiency of different recruitment strategies for web panels. *International Journal of Public Opinion Research*. 2012;24(2):238-249.
 38. Singer E, Ye C. The use and effects of incentives in surveys. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*. 2013;645(1):112-141.

39. Ramo DE, Rodriguez TM, Chavez K, Sommer MJ, Prochaska JJ. Facebook recruitment of young adult smokers for a cessation trial: methods, metrics, and lessons learned. *Internet Interventions*. 2014;1(2):58-64.
40. Couper MP. Web surveys: A review of issues and approaches. *The Public Opinion Quarterly*. 2000;64(4):464-494.
41. Couper MP, Miller PV. Web survey methods: Introduction. *Public Opinion Quarterly*. 2008;72(5):831-835.

肆、附錄

一、愛滋及相關藥癮高風險族群之社會網絡分析的研究調查訪問

研究說明

本研究對象為 20 歲以上民眾，問卷參與者皆為匿名，問卷所收集到的資料皆不會有洩漏個人資料的問題。您可自由決定是否參加本研究，研究過程中不需要任何理由，可隨時退出研究。如果您拒絕參加或退出，將不會引起任何不愉快，更不會損及您的任何權利。本研究資料於研究期間與研究結束後保存於計畫主持人辦公室上鎖檔案櫃，資料將於研究結束後繼續保存 5 年，從事未來愛滋病毒感染研究之用，期限屆至會依規定進行銷毀。

參與本研究您有以下權利：

1. 參加本研究皆不須繳交任何費用。
2. 您有不參加研究的權利，並有權隨時退出本研究，且不會引起任何不愉快或影響應有的權利。
3. 如果您因為參與本研究，而發生任何不適或疑問可隨時與本計畫聯絡人蔡博鈞聯繫(電話：02-23564299)。
4. 如您對參與研究的相關權益有疑問，可與台北市立聯合醫院人體研究暨倫理委員會聯絡請求諮詢。

再次感謝您的參與與協助。

Table1 本年度醫療門診時間及看診醫師

次數	門診日期 ¹	看診醫師 ²	任職醫院
1	1/10	賴新豪	陽明院區
2	1/24	王建淳	林中昆院區
3	2/14	胡伯賢	和平院區
4	3/14	王登鶴	忠孝院區
5	3/28	賴新豪	陽明院區
6	4/11	王建淳	林中昆院區
7	4/25	胡伯賢	和平院區
8	5/9	王登鶴	忠孝院區
9	5/23	賴新豪	陽明院區
10	6/13	王建淳	林中昆院區
11	6/27	胡伯賢	和平院區
12	7/11	王登鶴	忠孝院區
13	7/25	賴新豪	陽明院區
14	8/8	王建淳	林中昆院區
15	8/22	胡伯賢	和平院區
16	9/12	王登鶴	忠孝院區
17	9/26	賴新豪	陽明院區
18	10/24	王建淳	林中昆院區
19	11/14	胡伯賢	和平院區
20	11/28	王登鶴	忠孝院區
21	12/12	賴新豪	陽明院區
22	12/26	王建淳	林中昆院區

¹每個月 2 次門診，看診時間為星期四晚間 18:00 至 21:00

²邀請臺北市立聯合醫院的醫師駐診

Figure1 中心轉介醫療門診流程圖

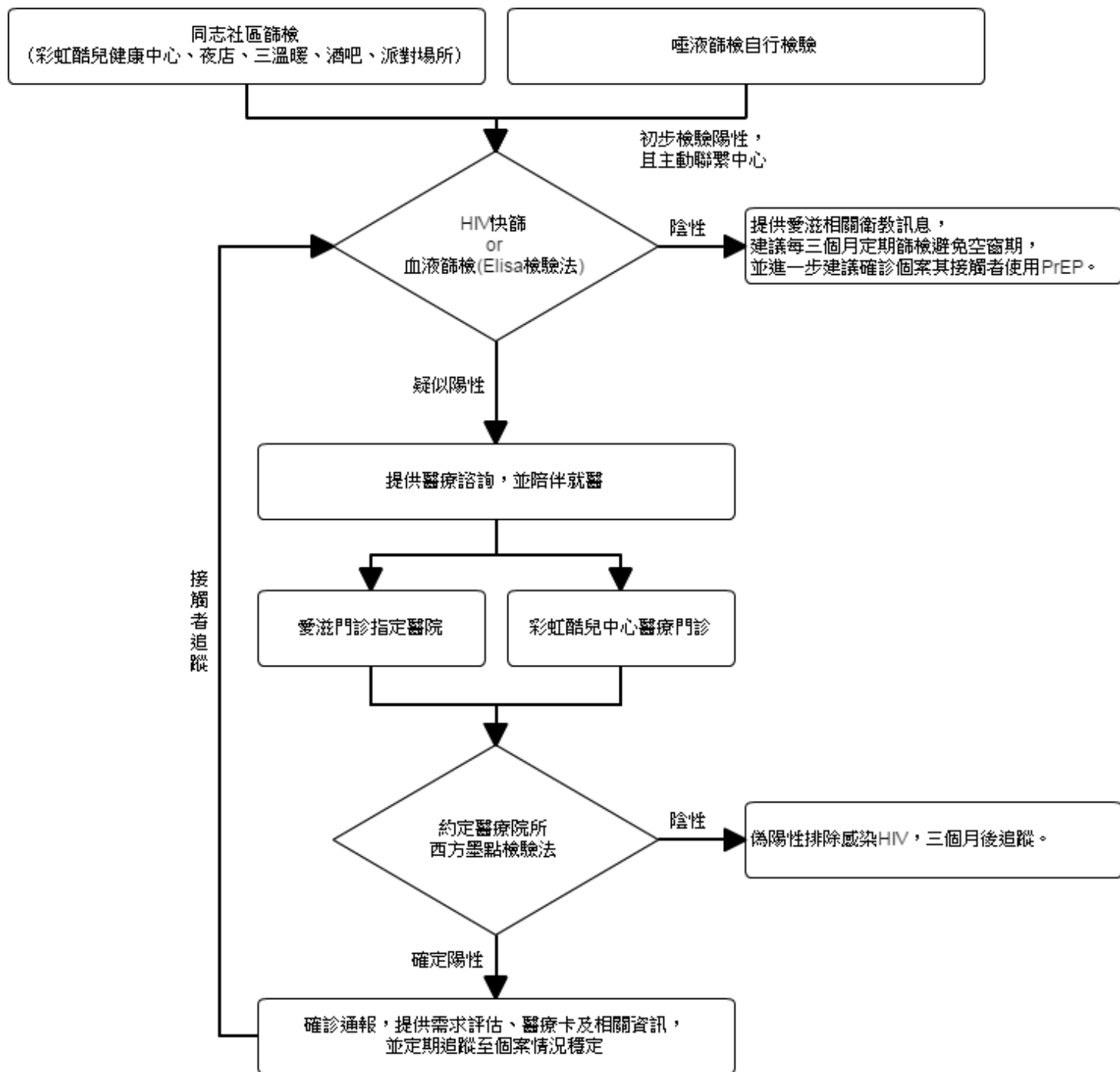


Figure2 中心醫療門診環境



●門診等候區一角，以溫馨的環境佈置降低個案緊張感與壓力，並增加個案對中心的信任感，能配合醫療團隊的專業處置



●門診等候區一角，個案可在吧台區與工作人員輕鬆閒聊（為維護隱私，個案面部皆以色塊遮蔽處理）



●門診等候區一角，個案與個案可於等候區閒談、增加關係緊密度，個案



●診間可關門，門診時關門以確保個案隱私；當天掛號

案也可於等候區填寫研究問卷。中心亦提供餐點，個案可於等候區用餐(為維護隱私，個案面部皆以色塊遮蔽處理)

名單經部分加密後，張貼於診間門上



●診間安排：醫師和個案於白桌進行問診，個案師從旁協助、同時準備就診資料；診間另一角為矮桌沙發區，藥師於此區準備藥品

●臺北市立聯合醫院昆明院區王建淳主任正為個案進行診察與衛教，提供個案專業且親切的醫療服務

Figure3 臉書粉絲團網路預約頁面



彩虹酷兒健康文化中心

由 Lawrence Huang 撰寫 [?] · 2019年6月2日下午6:00 · 🌐

【週四愛滋門診】

醫生：王建淳醫師（台北市立聯合醫院昆明院區）

時間：

6/13(四) 18:00~21:00

預約：

<https://goo.gl/forms/O5g22KxqWHy7Z0c93>

歡迎想購買PrEP的朋友，
以及有看診需求的感染者預約填表~~

💊 愛滋門診做什麼 💊

- ✓ 購買事前預防性投藥(PrEP)
- ✓ 篩檢初步結果「陽性」確診
- ✓ 感染者領藥

6/13 (四) 18:00-21:00



愛滋門診日 (採預約制)

週四愛滋門診

080613週四愛滋門診

【週四愛滋門診】

📅：6/13(四) 晚上 6:00-9:00

🕒 報到時間：晚上 8:30

👩 週四門診當天，

1 酷兒會請聯合醫院的醫生、個案師、藥師駐診。

2 只限「感染者」、有需要「購買PrEP」、「快篩初步篩

【週四門診可以做些什麼】

1 買事前預防性投藥(PrEP)：

2 醫師及個案師判斷情況是否適合。

3 是明確的解釋使用方法。

1 篩初步結果「陽性」確診：

2 快篩的結果皆為陽性。

3 需要「西方墨點法」確診。

4 會現場抽血。

5 一週後的報告結果。

6 亦有輔導員及個案師可以諮詢。

1 酷兒將全力協助你、陪伴你度過這段時期！

3 藥者領藥：

1 為個人因素想更改成原彩虹酷兒領藥。

2 要事前通知我們目前正使用的藥物。

3 時可事先購買。



週四愛滋門診

Figure4 中心門診掛號資訊展示



● 篩檢室一角，放置中心門診最新日期與掛號表單 QRcode，協助有就醫需求的篩檢民眾順利掛號