

計畫編號：DOH100 -DC-1023

行政院衛生署疾病管制局 100 年度科技研究發展計畫

計畫名稱：建立倡導安全性行為之領袖介入模式

研究報告

執行機構：台大醫院

計畫主持人：洪健清

研究人員：謝佳吟、張淑媛、吳秉儒、劉玟君、巫沛瑩、羅玉珍

執行期間：2011 年 1 月 1 日至 2011 年 12 月 31 日

目 錄

	頁 碼
封面	
目錄	
壹、中文摘要	1
貳、本文	
(一) 前言	3
(二) 材料與方法	6
(三) 結果	8
(四) 討論	13
(五) 結論與建議	15
(六) 參考文獻	17
參、圖表	
肆、附錄	

共 27 頁

中文摘要

研究目的

1. 調查因男同性間性行為愛滋病毒感染者之性病盛行率。
2. 針對男同性間性行為感染愛滋病毒及性病者發展降低危險行為策略。
3. 分析經介入措施對於再次感染性病者之高危險行為的影響。

研究方法

1. 為橫斷式和介入後追蹤研究，收案對象是確認為愛滋病毒感染者，並且兩年內曾經感染過梅毒等性病者
2. 填寫結構式問卷後，以real-time PCR檢測病患尿液淋病、披衣菌檢測。
3. 以社會認知理論(social cognitive theory)為理論基礎，(1)請個案畫圖或是寫下有關愛滋病毒傳播和健康正確與錯誤的概念；(2)重塑認知和信念，使他們能夠支持一貫使用保險套；(3)討論保險套的使用的困難處；(4)改變態度；(5)確定潛在的障礙和解決方案，以增加使用保險套。

主要發現

介入措施後，參加無套性行為活動的結果由 78 位(42.3%)降至 8 位(5.6%)；在性行為過程中使用娛樂性藥物與酒精部分發現：由 89 位(48.4%)降至 9 位(6.3%)；告知性伴侶為愛滋病毒感染者也由提升至 56(35.7%)，肛交性行為過程 100%使用保險套也由 15(8.1%)提升至 48(30.5%)。有口交性

行為者，在口交時使用保險套人數則增加至 11(7.8%)。另外有 15(位 9.6%) 則停止性行為。在 127 位有性行為的個案中，遇到不使用保險套的感染者其決定為拒絕性行為或先協商若無效則拒絕性行為的個案有 72(56.7%)位。有 45 位(24.3%)個案重複感染性病，性病類別以梅毒為主佔 41 位(91.1%)，次者為淋病 4 位(8.8%)。

結論及建議事項

本研究結果發現：在研究期間無重複感染性病者有較多人會參加三溫暖店家設計的活動參加，我們的計畫建議可與三溫暖的業者，採取結盟的概念，將所需的安全教育觀念與店家共同設計後，在三溫暖的活動中推廣。其次，建議以不同的方式與管道，招募更多願意提供領袖型介入措施之人力，以利進行安全性行為策略的推廣。

關鍵詞：男同性間性行為，愛滋病毒感染者，介入性措施

一、前言

愛滋病毒感染者的人數不斷在世界各國增加，截至 2008 年 UNAIDS 的統計數據顯示，全球感染愛滋病人數達三千三百四十萬人，其中成人約為三千三百萬人，亞洲感染人數約為四百七十萬人。台灣的愛滋病毒感染者也是持續增加中，根據台灣疾病管制局年度的資料顯示至 2010 年 11 月 30 日已累積通報 19,899 例本國籍個案，其中已發展為愛滋病例者共有 7,235 例，目前存活人數共計 17,018 例；其中因性行為感染的總人數佔了 65.77%，經由注射藥癮者佔 32.37%。感染者人數持續不斷的增加中，而且仍是以性行為為最主要的傳染途徑。台灣的愛滋病毒感染者之年齡層 20-29 歲者共有 7,600 (38.19%)，30-39 歲者共有 7,006 人(35.21%)，此年齡層的性活躍度不會因感染愛滋病毒而消失，感染者在得知自己感染愛滋病毒後，並非完全有安全性行為前提下，將性病或愛滋病毒傳播給他人。臨床上我們也發現，已經診斷是愛滋病毒感染者、卻又有再次感染性病的情形有逐漸增加的趨勢。根據李欣純醫師等人，於 2005 年在門診收集的資料顯示，123 位愛滋病毒感染者，有 8.9%在收案的同時被診斷感染性病，梅毒是最常見的性病感染(Lee, Ko et al. 2010)；而 117 位進入個案管理計畫追蹤一年的愛滋病毒感染者，有 10.4%的個案有新發生的梅毒感染；CD4 越高及娛樂性藥物的使用與新發生的梅毒感染有顯著相關(Ko, Liu et al. 2010)。愛滋病患者其性

病感染率高，這意謂性活躍的愛滋病毒感染者並未採取安全性行為來保護自己，我們也很擔憂愛滋病毒仍會透過不安全性行為繼續傳播與感染其他非愛滋病毒感染者，這樣環環相扣的關係，造成愛滋病防治上的一大阻礙。男同性間性行為者使用各種形式的信息通信，如即時通訊、社交網絡、聊天室、網站和網站，方便性、科技資訊的接受程度在日常溝通為主要的方式，因此，必須藉由行為調查感染者面對降低危險性行為的方式、困難、困境，才能真正有效經由的經由衛教諮詢與介入措施來降低性行為傳播愛滋病毒與性病。

在學者(Lyles, Kay et al. 2007; Johnson, Diaz et al. 2008; Czuchry, Timpson et al. 2009)的研究中提到，男同性間性行為者使用保險套最大的困難就是：要持續使用保險套、不正確或不足的愛滋病毒傳播的知識，更嚴重的是為了提高彼此性伴侶的親密度，將保險套視為停止為標誌的信任，忠誠和驗證關係。另外由於參加私人派對、公開派對、三溫暖等聚會，使用娛樂性藥物、酒精等，減少使用保險套的頻率，增加危險性行為，而增加性病傳播。

降低危險行為的介入性措施使感染者正確的使用保險套(MacKellar, Valleroy et al. 2006; Stephens, Braithwaite et al. 2006; Johnson, Diaz et al. 2008)。成功衛教與介入措施包含：積極的與感染者討論的共同原則，並納入到方法作為計劃行為理論和社會認知理論。另外在執行介入措施時，須

注意感染者的信息、動機、學習行為技能、社會網絡傳播的重要信息，改變規範信念、自我效能。這些行為的介入與衛教諮商的提供，疾病管制局所積極推展的個案管理師計畫，變成為台灣推展愛滋病毒感染防治重要的一環。

研究目的：

1. 調查因男同性間性行為愛滋病毒感染者之性病盛行率與發生率。
2. 針對男同性間性行為感染愛滋病毒及性病者發展降低危險行為策略。
3. 分析經介入措施對於再次感染性病者之高危險行為的影響。

二、材料與方法

執行期間：自 2011 年 1 月 1 日迄 2011 年 12 月 31 日。

研究方法：

1. 經醫師或愛滋病個案管理師確認為愛滋病毒感染者，並且兩年內曾經感染過以下性病者：梅毒、淋病尿道炎、非淋菌性尿道炎、菜花等，且在臺大醫院門診追蹤者，經個案簽署同意書後收入研究。針對收集個案病患之基本資料，如性別、年齡、CD4 淋巴球之變化、血清 HIV 病毒量之變化、曾經感染性病的病史等等作資料整理登錄。本計畫排除有伺機性感染者或拒絕簽署同意書者。
2. 於2011年3月至2011年11月完成個案之收集，在維護個案隱私與觀感的环境下，個案填寫結構式問卷後，並以real-time PCR檢測病患尿液淋病和披衣菌檢測。
3. 詢問每一位填寫問卷的個案，是否願意加入『深度訪談』，說明如下：
為深入了解並記載個案在執行安全性行為策略上的困境，採一對一訪談，以社會認知理論(social cognitive theory)為理論基礎，(1)請感染者畫圖或是寫下有關愛滋病毒傳播和健康正確與錯誤的概念。(2)挑戰和改變的神話和錯誤的邏輯，透過一系列知識和引導，反映出他們的認知。我們的目標是要重塑這些認知和信念，使他們能夠支持一貫使用保險套。(3)權利和責任性的存在與作為探索情況下，保險套的使用難易度，討論他們覺得不值得發生的性關係，或者他們想要減少性行為但為何無法做

到的原因。討論保險套的使用的困難處，這次會談幫助個人確認儘管他們的狀態可能已經改變、確認他們自己的需要、合法的性行為為何?(4) 改變態度及自我效能：關於快樂和預期成果，認為重要障礙在堅持使用保險套會有的負面預期成果，如：『會感到疼痛』、『保險套使性較少愉快/浪漫』。(5) 確定潛在的障礙和解決方案，以增加使用保險套，隨後示範如何使用保險套。

4. 然而加入深度訪談需花費較多時間，且需與研究員配合，因而選擇加入『一般訪談』者，說明如下：與個案一對一面對面訪談，共同討論休閒活動資料、告知與性伴侶知會方面、性行為方面、心理精神方面、衛教資訊後，與個案共同評估執行安全性行為策略之危險因子、困境與未執行安全性行為後所產生的性病症狀以及會影響的身體健康狀況與可能面臨的治療。
5. 贈與每一位個案所需要之保險套款式、數量，並討論使用時機、困難使用保險套時所因應的策略。
6. 研究人員提供每一位個案手機號碼與電子信箱等相關管道，使個案遇到執行安全性行為策略有困難時可以找到諮商的對象。
7. 藉統計分析探討HIV患者與性病感染者，介入性措施使用後，對於再次感染性病者其行為差異、執行安全性行為的困境、需求與因應措施。

三、結果

(一)人口學：

本研究進行時間為自 2011 年 1 月 1 日至 12 月 31 日，共計 185 位個案參與本研究計畫，其人口學概況詳見表一。其平均年齡為 32.1(±7.1)歲，CD4 平均值為 497.9(±250.5)，病毒量平均值為 4.8(±5.6) log¹⁰；服用三合一抗愛滋病毒藥物者佔 139(76.5%)人。在追蹤過程中重複感染性病有 46 位 (25.1%)。當我們比較重複感染性病與無重複感染性病的個案，其人口學特色差異如下：重複感染性病者教育程度以大學佔 24(52.2%)，高中、專科佔 20(43.5%)，碩士以上佔 2 位(4.3%)；無重複感染性病者知教育程度以大學為多數佔 76(55.5%)，高中、專科則佔 39 位(28.5%)，碩士以上佔 19 位 (13.9%)。在宗教信仰部分，重複感染性病者具有宗教信仰者佔 23 位(50%)，無重複感染性病者具有宗教信仰 88(64.2%)。詢問是否有固定工作：重複感染者表示具有固定工作佔 43(93.5%)，無重複感染者具固定工作佔 111 位 (81%) (p=0.06)。分別比較兩組的工作性質結果時，我們發現，重複感染者工作性質以專門技術類佔 16 位(34.8%)，次者為商佔 12(26.1%)，第三則為科技業佔 7(15.2%)，而無重複感染者的工作性質亦以專門技術類佔最多數共 33(24.1%)，次者為商佔 27(19.7%)，第三則為學生共 17(12.4%)。在年總收入方面，重複感染性病者無年收入佔 1 位(2.2%)，年總收入達 30 萬元以

上者佔 35 位(76.1%)，無重複感染者無年收入佔 11(8.0%)，30 萬元以上佔 79 位(57.7%) (p=0.06)。再以 CD4 與病毒量與服用 HAART 的結果比較，我們發現：重複感染者 CD4<200 cell/mm³ 者佔 3 位(6.5%)，無重複感染者 CD4<200 cell/mm³ 者佔 11(8.0%)。病毒量部分，無重複感染者其血液中病毒量<40 copies/ml 佔 22 位(47.8%)，無重複感染者其血液中病毒量<40 copies/ml 佔 56 位(40.9%)。當比較兩組服用 HAART 的狀態時，我們發現：無重複感染者有 37 位(80.4%)，有重複感染者服用 HAART 共計 103 位(75.2%)。

(二) 性病比率：

本研究資料統計結果顯示(如圖一)感染梅毒者共有 152(82.2%)人，依據病歷記載，被診斷有菜花者共有 8(4.3%)人。所有參加本研究個案的尿液檢測結果顯示：共 12 人(6.5%)感染披衣菌，感染淋病則佔 12 人(6.5%)。關於淋病部分：其中 5 位(41.7%)個案表示沒有症狀，披衣菌則有 6 位(50%)個案表示並無症狀。

(三) 比較不同介入性措施前之行為差異結果：

為求探究感染性病之根本問題與解決策略，在個案同意下，深入訪談時，每位個案接受訪談的時間均需要花費約 60~90 分鐘，然而，個案與臨床研究者的時間無法配合、個人因素拒絕深入訪談，衍生出兩組的介入措

施模式。再詢問過每一位感染過性病的個案，是否願意接受以社會認知理論(social cognitive theory)為理論基礎的深入訪談?或是加入一般訪談的介入措施? 首先將兩組的人口學特色差異陳述如右：共計 150 位個案參與訪談，其人口學概況詳見表二。其中共有 22 位(14.7%)願意接受深度訪談，另外有 128 位(85.3%)接受一般訪談。願意接受深度訪談其平均年齡為 30.2(±6.0) 歲，接受一般訪談者其平均年齡為 30.9(±6.3) 歲。願意接受深度訪談其 CD4 平均值為 488.9(±261.6)，接受一般訪談者其 CD4 平均值為 480.1(±255.5)，願意接受深度訪談其病毒量小於 40copies/ml 有 85 位(66.4%)，接受一般訪談者其病毒量小於 40copies/ml 有 11 位(50.0%)，願意接受深度訪談者服用三合一抗愛滋病毒藥物者佔 16 人(72.7%)。接受一般訪談者服用三合一抗愛滋病毒藥物者佔 96 人(75.0%)。願意接受深度訪談者教育程度以大學佔 11 位(50.0%)，高中、專科佔 9 位(40.9%)，碩士以上佔 2 位(9.1%)；接受一般訪談者教育程度以大學為多數佔 73(57.0%)，高中、專科則佔 37 位(28.9%)，碩士以上佔 16 位(12.5%)。在宗教信仰部分，願意接受深度訪談者具有宗教信仰 15(68.2%)，接受一般訪談者具有宗教信仰 76(58.9%)。詢問是否有固定工作：願意接受深度訪談者表示具有固定工作佔 19(86.4%)，接受一般訪談具固定工作佔 108 位(83.7%)。在年總收入方面，願意接受深度訪談者年

總收入達 30 萬元以上者佔 14 位(63.6%)，接受一般訪談者 30 萬元以上佔 76 位(58.9%)。

次者，我們比較兩組不同介入措施前之行為差異分析結果顯示：共有 22 位(14.7%)願意接受深度訪談，另外有 128 位(85.3%)接受一般訪談。深入訪談組有 68 位(42.9%)表示參加無套性行為是為了使用娛樂性藥物，一般訪談組則有 12 位(20.0%)表示參加無套性行為是為了使用娛樂性藥物。深入訪談組有 13(61.9%)位表示參加過夜店，一般訪談組有 16(14.2%)位表示參加過夜店($p=0.09$)。深入訪談組有 13(61.9%)位表示參加過夜店，一般訪談組有 16(14.2%)位表示參加過夜店($p<0.01$)。深入訪談組在派對中有 17(100.0%)位使用過娛樂性藥物，一般訪談組有 61(76.3%)位使用過娛樂性藥物。深入訪談組在 4(23.5)位派對中曾經使用過安非他命，一般訪談組有 4(5.9)位派對中曾經使用過安非他命($p=0.05$)。深入訪談組有 17(61.9)位在參加的派對場所中，就有性行為。一般訪談組有 65(29.4)位在參加的派對場所中，就有性行為。深入訪談組有 7(33.3)位表示告知不固定性伴侶結果對方選擇不跟感染者發生性行為或遭拒絕。一般訪談組有 14(14.4)位表示告知不固定性伴侶結果對方選擇不跟感染者發生性行為或遭拒絕($p=0.06$)。深入訪談組有 17(81.6)位固定服用安眠鎮靜類藥物，一般訪談組有 16(13.4)固定服用安眠鎮靜類藥物($p=0.03$)。

(四)再次感染性病個案的行為差異

將參與本研究之個案依重複感染性病與無重複感染性病者將其行為以多項次迴歸分析結果顯示：『在派對中使用過藥物』的選項中，重複感染者 96.8% 表示在性行為時會使用，無重複感染者 75.3% 表示會使用『在派對中使用過藥物』(OR, 3.12; 95%CI 0.17~56.11, p=0.44)。進一步分析哪些藥物會增加重複感染的可能性，結果發現：在『使用藥物-rush』的選項中，重複感染者 51.6% 表示在性行為時會使用，無重複感染者 31.9% 表示會使用 rush (OR, 2.14; 95%CI 0.44~10.15, p=0.07)。在『有不固定性伴侶』部分，重複感染者 56.5% 表示目前有 1 位以上的不固定性伴侶，無重複感染者表示目前有不固定性伴侶佔 36.5% (OR, 1.56; 95%CI 0.26~9.40.11, p=0.62)。個案在填答是否『會參加三溫暖店家設計的活動』? 重複感染者僅 1 位(2.9%)，無重複感染者有 17 位(19.5%)參加(OR, 0.03; 95%CI 0.00~0.465, p=0.01)。

四、討論

我們從個案的人口學一覽表的基本資料顯示，重複感染性病者具有固定工作，且年總收入達 30 萬以上者，研究結果在統計上具有差異($p=0.06$)，重複感染性病者有比較大的比例(56.5%)需要以各種不同的管道認識不固定性伴侶、在性行為過程需要使用娛樂性藥物(77.5%)，這和臨床推測的行為與結果相符，因為有固定工作、經濟收入，才能支持其找尋發生性行為場所、性伴侶、娛樂藥物使用等所需的相關消費金額。在 CD4、病毒量、服用 HAART 與是否重複感染性病並無統計上的顯著相關，這與國外研究結果一致(Kim, Psevdsos Jr et al. 2011)。

本研究結果發現重複感染性病比率達 24.3%，相較國外的研究結果顯示其重複感染率比率由 21.8%(Kim, Psevdsos Jr et al. 2011)類似。我們在研究結果發現重複感染性病者表示曾經參加夜店活動、希望找尋性伴侶的對象也是感染者、在派對中使用過藥物、與性伴侶一起用藥、有不固定性伴侶的比例、 $CD4 > 200 \text{ cell/mm}^3$ 、病毒量 $< 40 \text{ copies/ml}$ 都比無重複感染性病者高，這樣形成一個高度性活躍的網絡與國外文獻(Crepaz, Marks et al. 2009; Kim, Psevdsos Jr et al. 2011; Pettifor, MacPhail et al. 2011)結果相似。雖然本研究在重複感染性病者的統計呈現出：無使用保險套從事肛交與無使用保險套從事口交性行為的研究結果沒有發現統計差異，然而在這樣的不安全性行為

網絡下，這是非常有效的將性病再度傳播出去(Jin, Prestage et al. 2009)。

我們的統計結果顯示，願意告知固定性伴侶僅佔 41.4%，願意告知不固定性伴侶者佔 6%，有 30% 曾經求助過精神科醫師。再者，我們也發現：重複感染性病者，在三溫暖的環境中，有了性需求會自己到櫃台拿保險套佔 52.2%，個案有準備保險套的行為，卻沒有採取進一步的安全性行為，詢問拒絕使用保險套的原因表示：保險套太厚、材質難以適應、偶有磨損皮膚的狀況，在自身的經濟狀況無法承擔保險套價格時，退而求其次選擇不使用保險套。在國外的文章中(Stephens, Braithwaite et al. 2006; van Griensven 2009; Safren, Traeger et al. 2010; Vanable, Carey et al. 2011) 提到：男同性間性行為者對於健康促進的議題興趣大於討論安全性行為，他們缺少心理社會支持，缺乏與性伴侶的溝通，以及擔心血清狀態的暴露，都會影響安全性行為的障礙。感染者出現『safe-sex fatigue』，選擇其他替代的安全性行為模式，如：尋找同為感染者、協調不使用保險套等的策略。對於使用保險套是另一這是未來在提供安全性行為策略上須更努力之處。

從多項次迴歸分析重複感染與無重複感染者行為差異分析得知，無重複感染者有 17 位(19.5%)會參加三溫暖店家設計的活動(OR, 0.03; 95%CI, 0.00~0.465, p=0.01)。從統計結果顯示，在未來，面對三溫暖的業者，可以採取異業結盟的概念，在特殊的活動日，利用到三溫暖的群眾對設計活動

好奇、新穎的心態下，將所需的安全教育觀念與店家共同設計後，藉此推廣給的群眾。

研究限制：

本研究收案對象以醫學中心的男同性間性行為者且曾經感染性病者為收案對象，收案樣本數僅有 185 位，並無男同性間性行為者且無感染性病者作為對照組，增加介入模式之外推性，建議未來應增加收案數與收案對象之差異比較。

五、結論與建議：

由於招募研究者的困難，本研究僅有一位研究者，需兼具龐大的臨床工作實務，面對如此高危險群，在照顧人力不足的前提下，無法以社會認知理論為基礎的介入措施，欲進行良好的領袖型介入措施所達成正向的成果是難以期待的。建議應該以不同的方式與管道，招募更多願意提供領袖型介入措施之人力，以增加進行安全性行為策略的推廣。

六、參考文獻

Crepaz, N., G. Marks, et al. (2009). "Prevalence of unprotected anal intercourse among HIV-diagnosed MSM in the United States: a meta-analysis." *AIDS* **23**(13): 1617.

Czuchry, M., S. Timpson, et al. (2009). "Improving Condom Self-Efficacy and Use among Individuals Living with HIV: The Positive Choices Mapping Intervention." *Journal of substance use* **14**(3-4): 230-239.

Hopkins, M. J., L. J. Ashton, et al. (2010). "Validation of a laboratory-developed real-time PCR protocol for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in urine." *Sexually transmitted infections* **86**(3): 207.

Johnson, W., R. Diaz, et al. (2008). "Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men." status and date: Edited (conclusions changed), published in **3**.

Kalichman, S. C., J. Pellowski, et al. (2011). "Prevalence of sexually transmitted co-infections

in people living with HIV/AIDS: systematic review with implications for using HIV treatments for prevention." *Sexually transmitted infections* **87**(3): 183-190.

Kim, J. H., G. Psevdo Jr, et al. (2011). "Factors influencing syphilis treatment failure and/or re-infection in HIV co-infected patients: immunosuppression or behaviors." *Chinese Medical Journal* **124**(14): 2123-2126.

Ko, N. Y., H. Y. Liu, et al. (2010). "One-Year Follow-Up of Relapse to Risky Behaviors and Incidence of Syphilis Among Patients Enrolled in the HIV Case Management Program." *AIDS Behav.*

Lee, H. C., N. Y. Ko, et al. (2010). "Trends in sexually transmitted diseases and risky behaviors among HIV-infected patients at an outpatient clinic in southern Taiwan." *Sex Transm Dis* **37**(2): 86-93.

Lyles, C., L. Kay, et al. (2007). "Best-evidence interventions: findings from a systematic review of HIV behavioral interventions for US populations at high risk, 2000-2004." *American Journal of Public Health* **97**(1): 133.

MacKellar, D., L. Valleroy, et al. (2006). "Unintentional HIV exposures from young men who have sex with men who disclose being HIV-negative." *AIDS* **20**(12): 1637.

Mayer, K. H. (2011). "Sexually Transmitted Diseases in Men Who Have Sex With Men." *Clinical Infectious Diseases* **53**(suppl 3): S79-S83.

Pettifor, A., C. MacPhail, et al. (2011). "Continued high risk sexual behavior following diagnosis with acute HIV infection in South Africa and Malawi: implications for prevention." *AIDS and behavior*: 1-8.

Safren, S. A., L. Traeger, et al. (2010). "Testing a social-cognitive model of HIV transmission risk behaviors in HIV-infected MSM with and without depression." *Health Psychology* **29**(2): 215.

Stephens, T., R. Braithwaite, et al. (2006). "Predictors of condom use among a sample of male inmates: a social cognitive perspective." *Journal of the National Medical Association* **98**(4): 574.

van Griensven, F. (2009). "Non-condom use risk-reduction behaviours: can they help to contain the spread of HIV infection among men who have sex with men?" *AIDS* **23**(2): 253.

Vanable, P. A., M. P. Carey, et al. (2011). "What HIV-Positive MSM Want from Sexual Risk Reduction Interventions: Findings from a Qualitative Study." *AIDS and behavior*: 1-10.

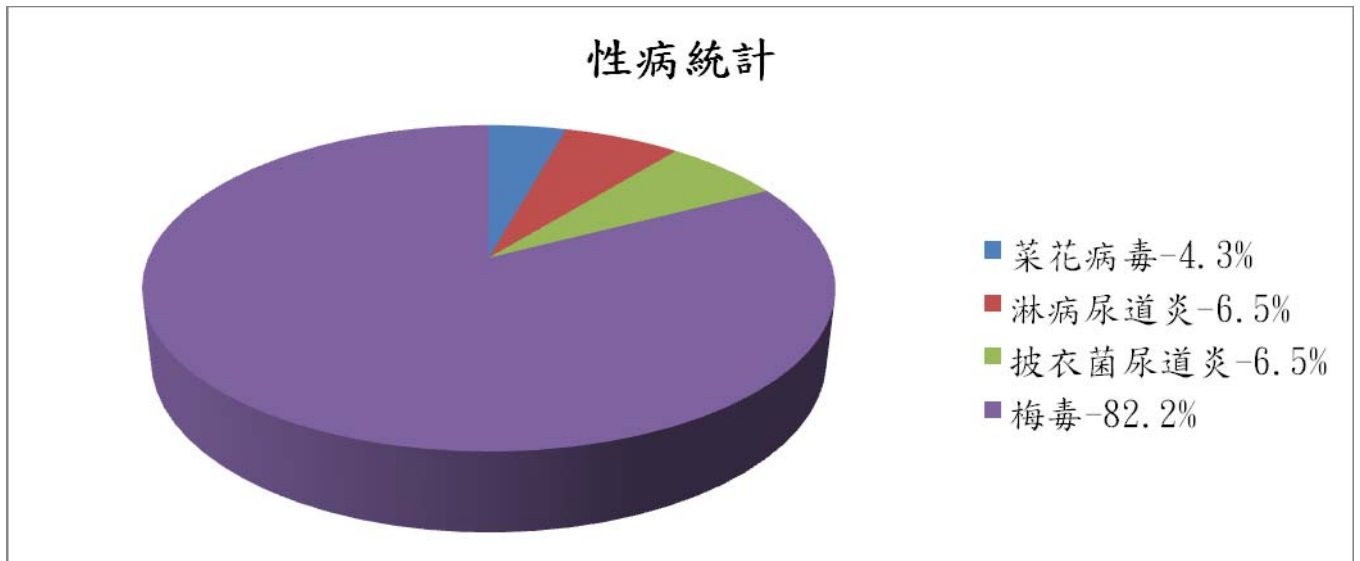
表一 人口學一覽表

變項因子	重複感染性病 n(%)	無重複感染性病	P 值
教育程度			0.102
國中	0(0%)	3(2.2%)	
高中、專科	20(43.5%)	39(28.5%)	
大學	24(52.2%)	76(55.5%)	
碩士(含)	2(4.3%)	19(13.9%)	
宗教信仰			0.87
有	23(50%)	88(64.2%)	
固定工作			0.06
有	43(93.5%)	111(81.0)	
工作性質			0.19
學生	2(4.3%)	17(12.4%)	
軍公教人員	1(2.2%)	8(5.8%)	
金融業	0(0%)	9(6.6%)	
美髮業	0(0%)	5(3.6%)	
百貨業	6(13.0)	15(10.9%)	
商	12(26.1%)	27(19.7%)	

表一(續) 人口學一覽表

科技業	7(15.2%)	11(8.0%)	
醫療人員	1(2.2%)	2(1.5%)	
專門技術類	16(34.8)	33(24.1%)	
年總收入			0.07
無收入	1(2.2%)	11(8.0%)	
30 萬元以下	10(21.7%)	47(34.3%)	
30 萬元以上	35(76.1%)	79(57.7%)	
CD4<200 cell/mm ³	3(6.5%)	11(8.0%)	1.00
PVL<40 copies/ml	22(47.8%)	56(40.9%)	0.49
服用 HAART	37(80.4%)	103(75.2%)	0.55

圖一 性病比率



表二 比較不同介入措施模式之人口學一覽表

變項因子	深度訪談, N=22(14.7)	一般訪談, N=128(85.3)	P 值
教育程度			0.625
國中	0(0%)	2(1.6%)	
高中、專科	9(40.9%)	37(30.5%)	
大學	11(50.0%)	73(57.0%)	
碩士(含)	2(9.1%)	19(13.9%)	
宗教信仰			0.412
有	15(68.2%)	76(59.3%)	
固定工作			0.754
有	19(86.4%)	108(84.3)	
年總收入			0.401
無收入	0(0.0%)	9(7.0%)	
30 萬元以下	8(36.4%)	43(33.6%)	
30 萬元以上	14(63.6%)	76(59.4%)	
CD4<200 cell/mm ³	19(83.4%)	118(92.1%)	0.445
PVL<40 copies/ml	11(68.8%)	52(54.1%)	0.152
服用 HAART	16(72.7%)	96(75.0%)	

表三 比較不同介入措施模式之行為差異

項目	深度訪談, N=22(14.7)	一般訪談, N=128(85.3)	P 值
想參加無套性行為是為了使用娛樂性藥物, n(%)	68(42.9)	12(20.0)	0.09
參加過夜店, n(%)	13(61.9)	16(14.2)	0.01
在派對中使用過娛樂性藥物, n(%)	17(100.0)	61(76.3)	0.02
在派對中曾經使用過安非他命, n(%)	4(23.5)	4(5.9)	0.05
在參加的派對場所中, 就有性行為, n(%)	17(61.9)	65(29.4)	0.03
告知不固定性伴侶結果對方選擇不跟您發生性行為或遭拒絕?, n(%)	7(33.3)	14(14.4)	0.06
與性伴侶一起使用娛樂性藥物, n(%)	17(81.6)	63(60.3)	0.09
固定服用安眠鎮靜類藥物, n(%)	8(44.4)	16(13.4)	0.03

表四 多項次迴歸分析重複感染與無重複感染者行為差異分析

項目	重複感染, N=46(%)	無重複感染, N=139(%)	OR	95%信賴區間	P 值
曾參加夜店, n(%)	14(33.3)	17(14.3)	2.12	0.44~10.15	0.34
在派對中使用過藥物, n(%)	30(96.8)	61(75.3)	3.12	0.17~56.11	0.44
使用藥物-rush, n(%)	16(51.6)	22(31.9)	7.63	0.81~72.16	0.07
使用藥物-5meo, n(%)	13(41.9)	15(21.7)	0.79	0.13~4.77	0.80
會參加三溫暖店家設計的活動, n(%)	1(2.9)	17(19.5)	0.03	0.00~0.465	0.01*
與性伴侶一起用藥, n(%)	31(77.5)	63(57.8)	0.62	0.08~4.48	0.64
希望找尋性伴侶的對象也是感染者, n(%)	24(57.1)	66(53.2)	2.21	0.47~10.34	0.31
有不固定性伴侶, n(%)	26(56.5)	50(36.5)	1.56	0.26~9.40	0.62

圖二 比較介入措施後的行為差異

