

計畫編號：DOH96-DC-1008

行政院衛生署疾病管制局 96 年度科技研究發展計畫

藥癮愛滋及減害計畫之整合型研究

子題 1：藥癮病患 HIV 感染盛行率調查及未來成長推估研究

研究報告

執行機構：國立台灣大學

計畫主持人：方啟泰

研究人員：王榮德（協同主持人）、黃鈺玲（研究助理）

執行期間：96 年 1 月 1 日至 96 年 12 月 31 日

* 本研究報告僅供參考，不代表衛生署疾病管制局意見 *

目 錄

	頁 碼
封面	
目錄	
一、 中文摘要	(3)
二、 英文摘要	(4)
三、 前言	(5)
四、 材料與方法	(8)
五、 結果	(10)
六、 討論	(19)
七、 結論與建議	(19)
八、 計畫重要研究成果及具體建議	(20)
九、 參考文獻	(21)
	共 (23) 頁

中文摘要

背景：2003–2005年台灣出現一波大規模的藥癮者愛滋疫情。本研究群在2006年執行的 DOH-95-DC-1104 計畫中已經完成對於這一波本土藥癮愛滋疫情之傳染病流行病學模型參數估計，初步具備依據數學方法推估未來疫情成長的能力。以2006年研究成果為基礎，本研究調查2006–2007年最新藥癮病患HIV感染盛行率，並預測本土藥癮愛滋疫情未來趨勢。

方法：2006–2007 年度最新藥癮病患 HIV 感染盛行率調查：併用兩種方法（1）從法務部 2006 年全年篩檢毒品施用受刑人結果統計資料計算最高及最低估計值；（2）從台北土城看守所 2006–2007 年每月新進毒品施用拘留人犯 HIV 感染盛行率（含原已列管個案及新發現個案）分析盛行率隨時間變化的趨勢。

結果及結論：與 2005 年估計值相較，2006 年全國靜脈藥癮者人數估計值未增加，範圍在 48,854–60,125 人，至 2007 年 10 月底，HIV 陽性藥癮者累積通報人數達 5,674 人，扣除已確知死亡者，再以 capture-recapture 方法校正目前尚未驗出的個案比例後，目前全國靜脈藥癮者 HIV 感染盛行率範圍應在 10–12%。政府推動減害計畫防治藥癮愛滋後，疫情迅速受到控制。依目前趨勢，藥癮愛滋疫情正迅速趨於消滅，預期到 2010 年底時會留下 5,500 – 6,000 名左右的盛行個案加上每月零星新增個案。但 2007 年 7 月大赦對疫情的影響要到 2008 年 3 月才看得到，目前尚不能掉以輕心。

中文關鍵詞：靜脈藥癮者、HIV 感染、減害計畫、台灣

Abstract

Background: During 2003–2005, a large-scale HIV epidemic occurred among intravenous drug users (IVDUs) in Taiwan. We had established a mathematical model for this epidemic in our previous study DOH-95-DC-1104. The present study aimed to investigate the current nationwide HIV prevalence among IVDUs and predict its future trend.

Methods: The numbers of new drug users were estimated based on statistical data of Ministry of Justice in 2006. The HIV prevalence among new IVDU prisoners in Tu-Chen Prison was obtained. Capture-recapture method was used to estimate the nationwide HIV prevalence among IVDUs. The future trend was estimated by extrapolation of the mathematical model.

Results and Conclusion: There was no increase in the predicted number of IVDUs in Taiwan in 2006, which ranging from 48,854 to 60,125, as compared with that in 2005. After excluding the identified cases of death, and adjusting for undetected cases by capture-recapture method, the nationwide HIV prevalence among Taiwanese IVDUs should be in the range of 10–12%. The implementation of national harm reduction program results in rapid decline in new HIV-IVDU cases. With the current trend, the HIV epidemic among IVDU will soon disappear and thus leave about 5,500–6,000 prevalent cases and sporadic incidence cases at the end of 2010. However, the effect of amnesty on July 16, 2007 on the situation remains unclear and will be observed only after March 1, 2008. Therefore, it is still imperative to keep alert and maintain the current harm-reduction program.

Keywords: intravenous drug abuser · HIV infections · harm reduction · Taiwan

前言

由人類免疫缺乏病毒 (Human immunodeficiency virus, HIV) 感染造成的慢性但致命的後天免疫不全症候群 (acquired immunodeficiency syndrome, AIDS, 簡稱愛滋病) 自 1981 年迄今, 全世界累積感染人數已超過六千萬人, 累積病死人數達二千萬以上, 不但對家庭、社會造成極大影響, 在經濟上更造成難以估計的損失 [1-3]。台灣自民國 73 年發現第 1 例外國籍個案以來, 新增感染個案逐年增加 [4]。衛生署疾病管制局最新統計資料顯示, 我國愛滋感染者累計已突破萬人, 每天將近新增 10 名愛滋感染者 [5]。以往愛滋病毒感染的危險因子以同性性行為為主 [4], 但自 2003 年起, 靜脈毒癮者感染愛滋病毒的人數, 急遽增加。2004 年全年通報 544 例, 為 2003 年通報數的 7 倍, 且超過 1988-2003 年歷年總合。2005 年 1-4 月, 通報 533 名毒品成癮愛滋感染者, 超過同時間所通報愛滋病感染人數的一半 [5]。夫妻同是感染者中, 有 43% 的女性是因為與毒品愛滋感染之配偶發生性行為而被動受到感染 [5]。從陽明大學陳宜民等所做的 HIV 分子流行病學研究知我國靜脈藥癮愛滋患者身上分離出來的 HIV 病毒亞型係屬於 CRF07_BC 亞型, 與之前同志愛滋病患所帶有的 B 亞型完全不同 [6]。若無積極作為, 預估至 2010 年, 毒品成癮病患感染愛滋病毒個案數將是現在的數十倍, 這是個不得不正視的空前挑戰與災難。

衛生署疾病管制局黃彥芳等在「台灣 2003 年底 15-49 歲愛滋病毒感染估計盛行率」研究中利用衛生署管制藥品管理局調查精神醫療院所戒毒人次乘以海洛英項目比例, 加上法務部第一級毒品偵查終結人數, 估計 2003 年底台灣靜脈藥癮者人數在 33,743-60,703 人之間 [7]; 又從 2003 年全年篩檢毒品施用受刑人篩檢結果獲得 2003 年底全國靜脈藥癮者 HIV 盛行率平均為 0.2%, 各縣市中台南縣有最高 (2%) 的估計值。當然, 盛行率數

值會隨疫情變化而變動。2004–2005 年間靜脈藥癮愛滋個案的大幅增加必然使 HIV 盛行率上升，因此數據需要不斷更新。

與大多數國家不同，台灣從 1990 年起，便已建立全國性的 HIV 疫情監測系統 [8, 9]，並針對未發病和已發病的 HIV/AIDS 病患的存活狀況作詳細的追蹤 [4, 5, 9]。這樣的良好條件允許研究者經由分析疫情監測資料來獲得傳染病流行病學的重要參數。本人與王榮德教授之前在衛生署疾病管制局 DOH-92-DC-1032 計畫（2003 年度）「全面雞尾酒療法政策對臺灣愛滋病疫情影響的實證研究」中以創新的數學方法分析疾病管制局全國愛滋 1984–2002 疫情監測資料，成功建立本土 HIV 流行病學模型，並據以估計在 1997 年政府提供 HIV 感染者 HAART 免費使用的政策 [9–13] 實施後，估計 HIV 的平均傳染率減少了 53%（HAART 免費使用政策實施前的傳染率為 0.391；HAART 免費使用政策實施後的傳染率則降為 0.184；降低比率的百分之九十五信賴區間為 31 – 65%）[9]。本研究群之前執行的 DOH-95-DC-1104 計畫中已經初步完成對於這一波本土藥癮愛滋疫情之分析，計算出平均傳染率 $R=1.839 \pm 0.119$ 新個案/盛行個案-年，為同期經性行為傳染愛滋疫情 $R=0.159$ 之 12 倍。並由新增藥癮愛滋個案中驗出時已發病符合 AIDS 診斷標準比率 λ 僅有 0.95%，估計出從感染到被驗出通報的時間間隔統計分佈以 Weibull 氏分佈函數表示為 $F(t)=1-\exp(-2.56*t^{2.286})$ ；平均時間間隔為 0.56 年（約 7 個月）[14]，初步具備依據數學方法推估未來疫情成長的能力。每月新增靜脈藥癮者個案數在 2005 年 6 月達到最高點 255 人，然後開始出現持續下降趨勢，到 2006 年 6 月，每月新增靜脈藥癮者個案數仍然持續下降。據此初步推估，在目前的防治作為 [15–19] 之下，藥癮愛滋的平均傳染率已經下降 82% 以上 [14]。以 2006 年研究成果為基礎，本研究目的為瞭解 2006–2007 年最新全國靜脈藥癮病患之 HIV 感染盛行率，並預測本土藥癮愛滋疫情的未來

趨勢，作為衛生署疾病管制局防疫決策的參考。

材料與方法

研究設計

1. 使用與衛生署疾病管制局黃彥芳等在「台灣 2003 年底 15-49 歲愛滋病毒感染估計盛行率」研究中相同的方法來調查靜脈藥癮者中 HIV 感染的盛行率，俾便進行前後比較。
2. 從本研究群在民國 2006 年執行的 DOH-95-DC-1104 計畫中參數估計資料建立靜脈藥癮者 HIV 疫情數學模型，然後利用 2006-2007 年度最新疫情資料進行外插推估。

資料收集

1. 從衛生署管制藥品管理局獲得 2006 年度精神醫療院所戒毒人次及海洛英所佔比例
2. 從法務部獲得 2006 年度第一級毒品偵查終結人數統計
3. 從法務部獲得 2006 年度毒品施用受刑人 HIV 篩檢結果統計資料
4. 從台北土城看守所 2006-2007 年每月新進毒品施用拘留人犯 HIV 感染盛行率資料（含原已列管個案及新發現個案）
5. 使用疾病管制局公開可供查詢的 HIV 疫情監測數據（1984 至今），包括新增個案數及每位個案數最早偵測到 HIV 的時間、發病成為 AIDS 的時間、目前存活狀況，以及歷年來 HIV 篩檢總數、篩檢對象、HIV 感染者之危險因子、性別、年齡分佈等基本資料。但不包括 HIV 感染者的姓名、身份證號碼等個人鑑別資料，以確保個人隱私不外洩。

分析方法

HIV盛行率調查方法

1. 利用衛生署管制藥品管理局調查精神醫療院所戒毒人次乘以海洛英項目所佔比例，加上法務部第一級毒品偵查終結人數，估計全國靜脈藥癮者人數
2. 從法務部 95 年全年篩檢毒品施用受刑人結果統計資料，依縣市別計算最高及最低靜脈藥癮者中 HIV 感染盛行率估計值
3. 從台北土城看守所 95-96 年每月新進毒品施用拘留人犯 HIV 感染盛行率（含原已列管個案及新發現個案）分析盛行率隨時間變化的趨勢

本土愛滋疫情數學模型

細節請見本人之前發表論文：Fang CT, Hsu SM, Twu SJ, Chen MY, Chang YY, Hwang JS, Wang JD, Chuang CY. Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *J Infect Dis* 2004; 190: 879-885. Available online at *Journal of Infectious Diseases* website: <http://www.journals.uchicago.edu/JID./journal/issues/190n5/1218/31218.html>.

結果

1. 調查 2006–2007 年最新藥癮病患 HIV 感染盛行率結果如下 [22]：



衛生署疾病管制局

全國靜脈藥癮者人數估計及發展趨勢

	法務部全國各地檢署新 收一級毒品偵字案件數	管管局全國精神醫療院 所通報海洛英及嗎啡者	合計
2003	31,383	7,370	38,753
2004	41,969	11,535	53,504
2005	50,107	11,532	61,639
2006	48,854	11,271	60,125

- 與 2005 年估計值相較，2006 年全國靜脈藥癮者人數估計值未增加，範圍在 **48,854 ~ 60,125 人**
- 至 2007 年 10 月底，HIV 陽性藥癮者累積通報人數達 **5,674 人**，扣除已知確知死亡者，估計 96 年度全國靜脈藥癮者 HIV 感染盛行率 **至少 9 ~ 11%**

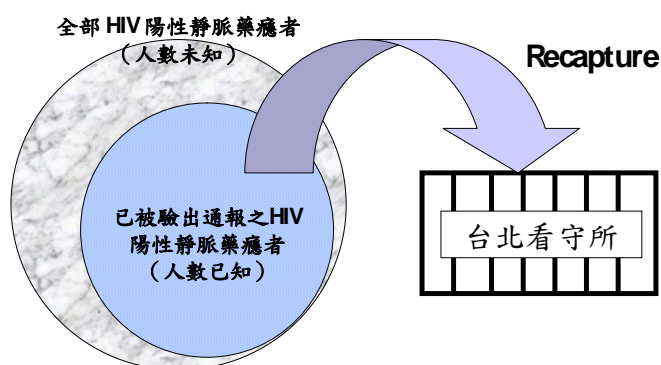
Taiwan CDC
http://www.cdc.gov.tw

由於 9–11% 的估計值並不包括尚未驗出的感染者，我們與台北土城看守所合作，以 capture-recapture 原理（如下圖）推估全部 HIV 陽性藥癮



衛生署疾病管制局

Capture-Recapture Estimation

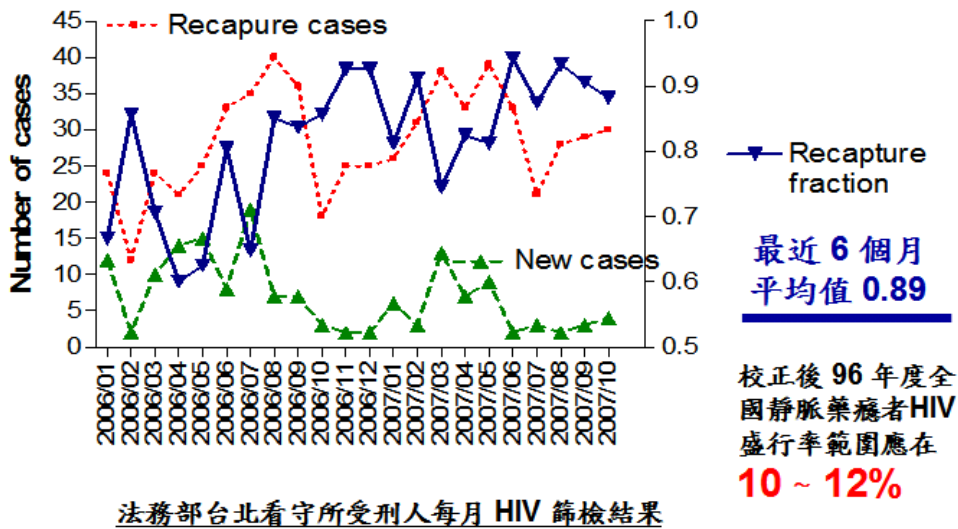


Taiwan CDC
http://www.cdc.gov.tw

者的盛行率。從最近 6 個月 recapture fraction 平均值 0.89 可估計出目前全國 HIV 陽性靜脈藥癮者的盛行率應在 10-12% 之間 (如下圖)



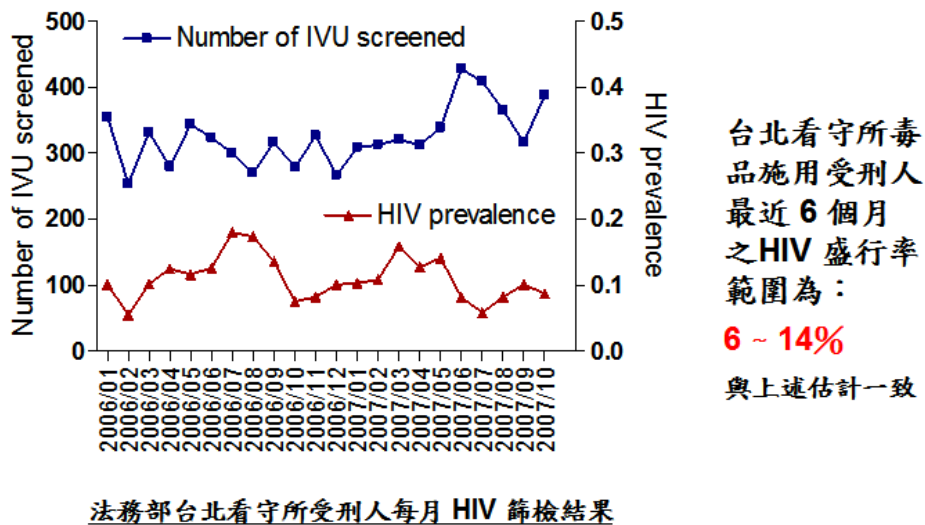
衛生署疾病管制局



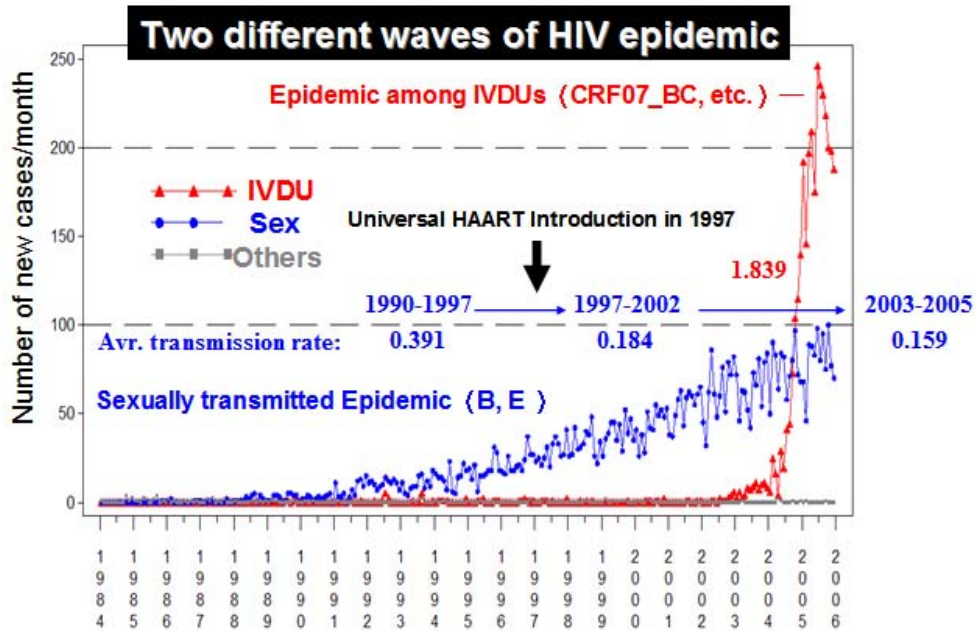
此估計值與台北看守所受刑人的資料一致，印證其正確性 (如下圖)



衛生署疾病管制局

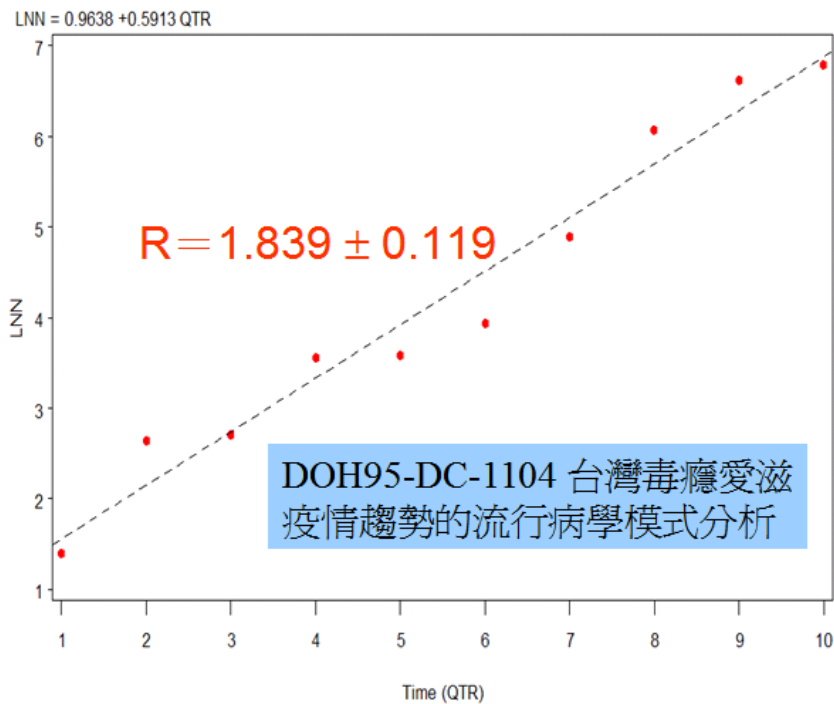


靜脈藥癮愛滋與性傳染愛滋為兩波不同疫情，不但 HIV 病毒亞型不同，傳染病流行病學模型之動力參數也完全不同（如下圖）：



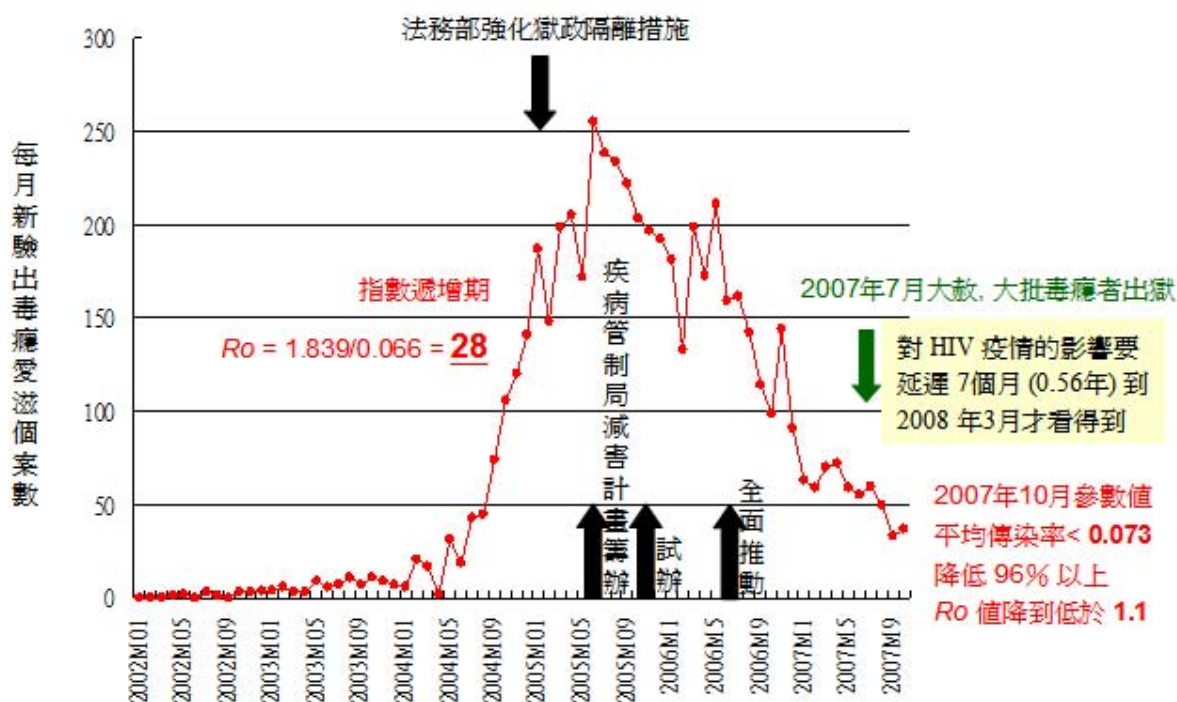
Evolution of HIV Epidemic in Taiwan, Year, 1984-2006

2002年5月-2005年8月.



簡稱：LnN=每期新增HIV個案數之自然對數值；QTR=期
附註：自2002年5月起計，每四個月為一期（QTR）。

以每期新增 HIV 個案數之自然對數值與時間之直線迴歸曲線分析的結果（如上圖）顯示：2002 年 5 月至 2005 年 8 月台灣靜脈藥癮愛滋疫情符合指數遞增模式（R-square 0.96）年增斜率 1.773 ± 0.120 。以 2003 - 2005 年間藥癮愛滋感染者每年平均死亡率為 0.066 ± 0.123 作調整，估計平均傳染率 $R = 1.839 \pm 0.119$ （單位：新個案/盛行個案-年），藥癮愛滋疫情的平均傳染速率為同期性傳染愛滋疫情（從 1997 - 2002 年間之 0.184 進一步下降到 2003 - 2005 年間之 0.159）之 12 倍。在此指數遞增期時， R_0 值高達 28！



Evolution of HIV Epidemic among IVDUs, Year 2003-2007

政府推動減害計畫之後，藥癮愛滋疫情迅速受到控制（如上圖），到 2007 年 10 月疫情監測資料顯示之參數值：平均傳染率已經低於 0.073，較指數遞增期已降低達 96% 以上，而 R_0 值亦降到低於 1.1，顯示依目前趨勢，藥癮愛滋疫情正趨於消滅。但 2007 年 7 月大赦，大批靜脈藥癮者出獄，

是否會對 HIV 疫情有影響是一個很大隱憂。由於我們之前的最佳估計值從感染到被驗出通報的平均時間間隔為 0.56 年（約 7 個月），大赦對疫情的影響要到 2008 年 3 月才觀測得到。

2. 到 2010 年底之 HIV 疫情數學模式

假設情境一：無減害計畫

計算依據：

到 2010 年底之 HIV 疫情數學模式：依據有限人數族群之疫情動力微分方程式：

$$\frac{dN}{dt} = \frac{c-N}{c} R \cdot N - mN$$

其中 N 為實際盛行個案數， c 為（靜脈藥癮）族群總人數， R 為初始傳染率（在指數遞增期每實際盛行個案在單位時間內之平均傳染率）， m 為單位時間內盛行個案死亡率

上式之解為：

$$N(t) = \frac{a}{b + \exp[-a(t+K)]} = \frac{c \cdot (R-m)}{R + c \cdot \exp[-(R-m)(t+K)]}$$

$$\text{其中之 } a = R - m ; b = \frac{R}{c} ; K = \frac{-1}{a} \log\left(\frac{a}{N_0} - b\right) = \frac{1}{R-m} \log\left(\frac{R-m}{N_0} - \frac{R}{c}\right)$$

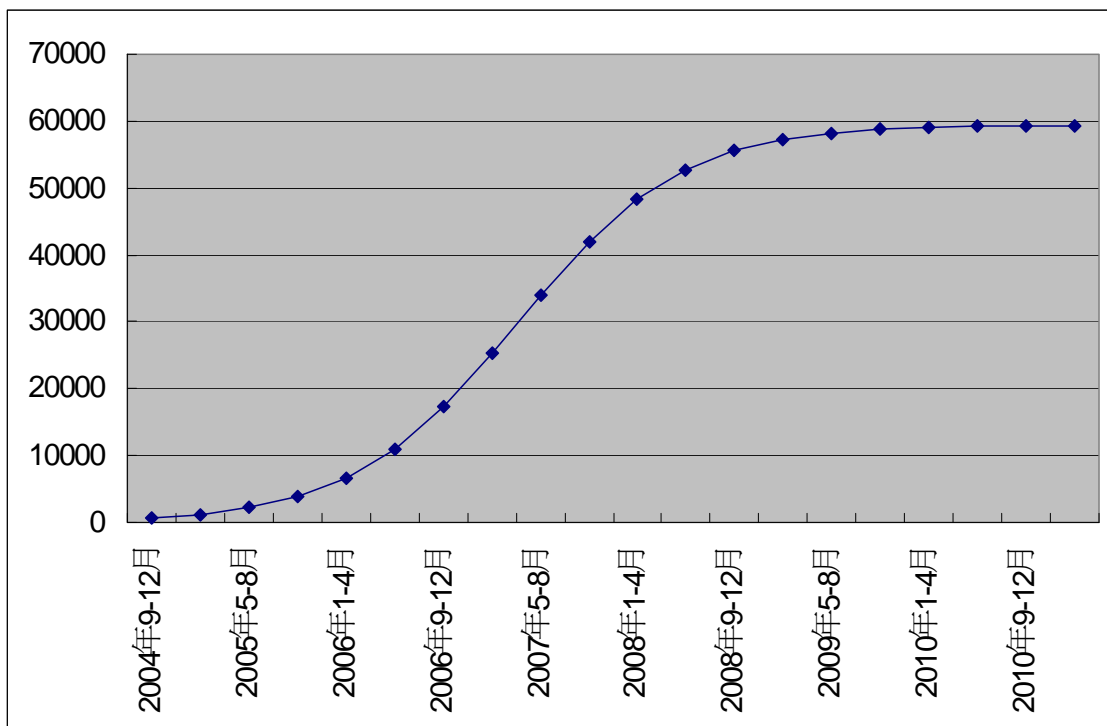
以 Microsoft Excel 2003 模擬 HIV 疫情演變時，以每四個月為一期（1-4 月；5-8 月；9-12 月）作為分析單位。

計算結果：

1. 2005 年法務部統計全國各地檢署新收偵查毒品案涉及一級毒品件數共 50,107 件；2005 年管管局統計全國各精神醫療院所通報海洛英

及嗎啡者人次數共 11,532 人次。兩者相加，2005 年全國靜脈藥癮者總人數估計值為 61,639 人。

2. 依據衛生署疾病管制局統計資料檔計算出 2004 年 12 月 31 日之靜脈藥癮愛滋通報盛行個案數（累計通報個案數減去累計死亡個案數）為 696 人。依據 DOH-95-DC-1104 期末報告中計算之感染到通報之時間間隔平均極短為 0.56 年，因此略去間隔不計。
3. 依據 DOH-95-DC-1104 期末報告中計算之 2002 年 5 月至 2005 年 8 月間疫情呈現指數遞增期之平均傳染率為 1.839 ± 0.123 新個案/盛行個案-年；2003-2005 年間靜脈藥癮愛滋感染者每年平均死亡率為 0.066 ± 0.025 個案/盛行個案-年。
4. 將上述估計值放入數學模式，以 Microsoft Excel 2003 模擬 HIV 疫情演變結果如下圖：



縱軸：HIV 靜脈藥癮者盛行個案數

上圖顯示如果沒有減害計畫（含法務部獄政管理改善、疾管局推動針

具交換及替代療法，及衛生署及民間 NGO 針對靜脈藥癮者的防治教育宣導)，2006 年 12 月 31 日時將有 17,307 名藥癮愛滋感染者，而到 2010 年 12 月 31 日靜脈藥癮愛滋感染者盛行人數更將達到 59,307 人，占全國靜脈藥癮者總人數之 96%。

敏感性分析 (Sensitivity analysis)

由於全國靜脈藥癮者總人數之估計有相當程度的不確定性，也有可能因靜脈藥癮惡習之擴散而逐年增加，因此改變全國靜脈藥癮者總人數之估計值來看對計算結果的影響：

- (i) 若法務部與管管局的統計 100% 重複，因而總人數僅有 50,107 人而非 61,639 人，則到 2010 年 12 月 31 日藥癮愛滋感染者盛行人數將達到僅 48,230 人，但仍占全國靜脈藥癮者總人數之 96%。
- (ii) 若因存在隱藏性之靜脈藥癮人數，或因藥癮惡習之逐漸擴散，而使全國靜脈藥癮者總人數估計值在 2010 年時變為 61,639 人之兩倍—123,287 人，則到 2010 年 12 月 31 日藥癮愛滋感染者盛行人數將達到 118,380 人，仍占全國靜脈藥癮者總人數之 96%。

因此，在未實施減害計畫的情境之下，2010 年 12 月 31 日藥癮愛滋感染者估計盛行人數受到全國靜脈藥癮者總人數之估計值極大之影響，因而有相當程度的不確定性，但 96% 靜脈藥癮者將遭受感染的結論則不變。

假設情境二：有減害計畫

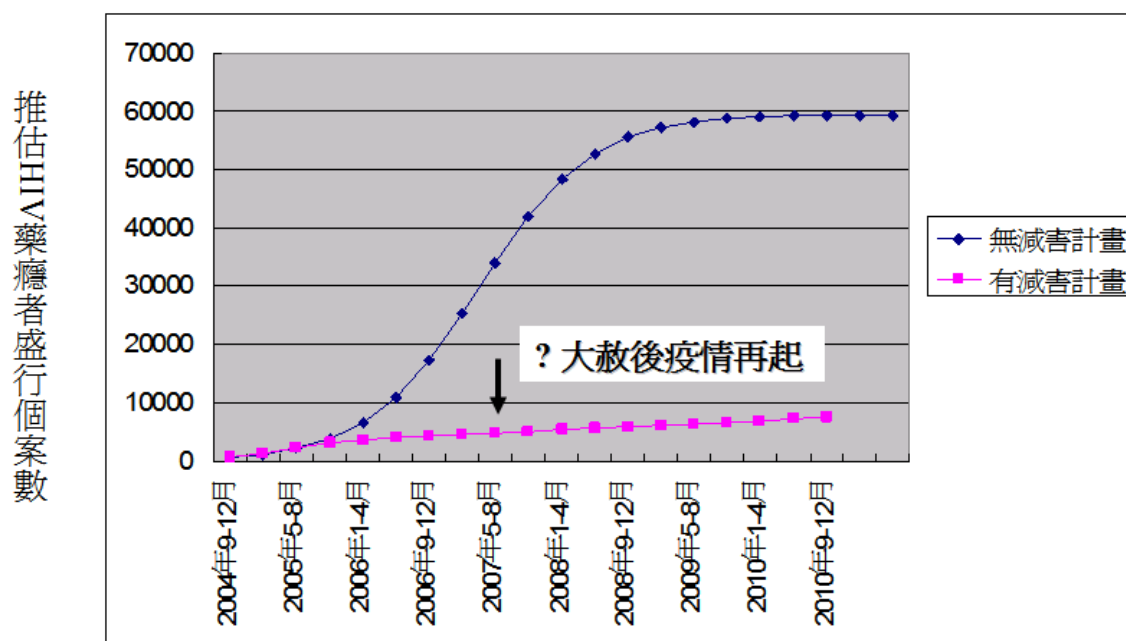
計算依據：

1. 基本數據及模式同情境一。

2. 減害計畫之成效依據 DOH-95-DC-1104 及本研究的連續分析：2005 年 9 月後，藥癮愛滋疫情的流行病學參數出現改善的趨勢，脫離指數遞增期，每月新增個案逐漸減少，傳染率逐步降低到 0.073 以下（2007 年 10 月），減少達 96% 以上； R_0 值也由 28 逐步降低到 1.1 以下。
3. 2007 年 10 月疾管局月報：當月通報新增人數已減至 37 人。

計算結果：

假設現行減害計畫之措施沒有進一步加強，導致傳染率未能進一步下降，以保守態度估計在未來數年間：每月新增個案數持平為每月 80 人左右，不再往上爬升增加，但也未能進一步減少。又假設現已驗出五千餘位靜脈藥癮愛滋病友每月平均有 15 人因併發症或其他原因死亡，則以 Microsoft Excel 2003 模擬 HIV 疫情演變結果如下圖，預估到 2010 年 12 月 31 日藥癮愛滋感染者盛行人數將達到 7,445 人(如下圖紅色曲線所示)。



減害計畫成效評估

比較假設情境 1 與假設情境 2 預測的兩種不同未來，得知政府推動減害計畫防治藥癮愛滋，到 2010 年 12 月 31 日可減少 51,862 名藥癮愛滋感染者（敏感性分析誤差範圍：40,785–110,935）。減少個案數之估計值受到全國靜脈藥癮者總人數之估計值之不確定性極大影響。但全國靜脈藥癮者總人數越多，減少個案數會越多。

3. 藥癮愛滋疫情的未來成長趨勢推估

1. 若無減害計畫（含獄政管理改善、替代療法、針具交換及配套輔導）
—數學模型推演顯示全國 96% 靜脈藥癮者將在 2008 年底前遭感染
2. 有減害計畫，依目前趨勢，藥癮愛滋疫情迅速趨於消滅，預期到 2010 年底時會留下 5,500 – 6,000 名左右的盛行個案加上每月零星新增個案
3. 目前無法預測的變數—2007 年大赦後疫情是否再起？2008 年需密切觀測。

討論

政府推動減害計畫防治藥癮愛滋到 2010 年 12 月 31 日估計可減少 51,862 名藥癮愛滋感染者（敏感性分析誤差範圍：40,785–110,935）。減少個案數之估計值受到全國靜脈藥癮者總人數之估計值之不確定性極大影響。但全國靜脈藥癮者總人數越多，減少個案數會越多。

此估計值是建立在目前減害計畫的成果能夠保持在目前水準的前提下。由於藥癮愛滋疫情隨時有可能死灰復燃，使得疫情再度惡化，因此建議我政府絕不能自滿於目前成果。尤其是最近已有大批靜脈藥癮愛滋受刑人因大赦而出獄，這些人出獄後是否能夠確實參加減害計畫？其出獄後預定居住地點附近是否有交換針具或替代療法的設點？是極大的隱憂。疾病管制局有必要與法務部獄政單位密切配合，做好更生人輔導，必要時在受刑人出獄後居住地點附近加強交換清潔針具或替代療法的設點，方能確保疫情不再捲土重來。

結論與建議

1. 與 2005 年估計值相較，2006 年全國靜脈藥癮者人數估計值未增加，範圍在 48,854–60,125 人。以 capture-recapture 方法估計 2007 年底全國藥癮病患 HIV 感染盛行率為 10–12%。
2. 如果沒有減害計畫（含法務部獄政管理改善、疾管局推動針具交換及替代療法，及衛生署及民間 NGO 針對靜脈藥癮者的防治教育宣導），2006 年 12 月 31 日時將有 17,307 名藥癮愛滋感染者，而到 2010 年 12 月 31 日藥癮愛滋感染者盛行人數更將達到 59,307 人，占全國靜脈藥癮者總人數之 96%。數學模型推算結果顯示政府推動減害計畫防治藥癮愛滋到 2010 年 12 月 31 日估計可減少 51,862 名藥癮愛滋感染者（敏感性分

析誤差範圍：40,785 - 110,935)。減少個案數之估計值受到全國靜脈藥癮者總人數之估計值之不確定性極大影響。但全國靜脈藥癮者總人數越多，減少個案數會越多。

3. 隱藏性靜脈藥癮愛滋病例不多，估計在 2007 年底約 89% 靜脈藥癮愛滋感染者已被疾管局列管，尚有約 680 名已感染 HIV 靜脈藥癮者尚未被驗出，將在未來數年間陸續現身。
4. 藥癮愛滋疫情在減害計畫推動後已迅速趨於消滅。但 2007 年 7 月大赦對疫情的影響要到 2008 年 3 月才看得到，目前尚不能掉以輕心。

計畫重要研究成果及具體建議

政府推動減害計畫防治藥癮愛滋已產生極大成效，徹底扭轉趨勢，將疫情迅速控制。估計到 2010 年 12 月 31 日可減少 51,862 名藥癮愛滋感染者（敏感性分析誤差範圍：40,785-110,935）。減少個案數之估計值受到全國靜脈藥癮者總人數之估計值之不確定性極大影響。但全國靜脈藥癮者總人數越多，減少個案數會越多。

我國應把握防疫時機，在各縣市全面推廣落實減害計畫的整體配套措施，包含（1）監獄及看守所中愛滋藥癮者的適當隔離以杜絕在獄中共用針頭導致交叉傳染（2）提供清潔的注射針具予社區中的靜脈藥癮者並換回用過的針頭以防止社區中的共用針頭傳染（3）提供靜脈藥癮者口服美沙酮或其他抵癮藥物以協助其停止注射海洛英（4）相關的靜脈藥癮者教育、諮商、篩檢及就診等服務。若能繼續有效推動減害計畫，有可能在短時間內撲滅此波靜脈藥癮愛滋疫情。

參考文獻

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. Geneva, Switzerland, 2004.
2. UNAIDS & WHO. HIV and AIDS-related stigmatization, discrimination and denial: forms, contexts and determinants. Geneva, Switzerland, 2001.
3. United Nation. UN Secretary General Report in Special session of the General Assembly on HIV/AIDS, February 2001.
4. 疾病管制局：HIV/AIDS統計資料：台灣地區感染人類免疫缺乏病毒者依國籍別統計表 (<http://203.65.72.83/ch/ShowTopicText.ASP?TopicID=416>) (2006/2/1).
5. 疾病管制局：毒品病患愛滋減害試辦計畫 ([http://www.cdc.gov.tw/file/38743_4085069444941111%C1%60%AD%70%B5%65\(%AD%D7%A5%BF%AA%A9\).doc](http://www.cdc.gov.tw/file/38743_4085069444941111%C1%60%AD%70%B5%65(%AD%D7%A5%BF%AA%A9).doc)) (2006/2/1).
6. 陳宜民：Molecular epidemiology of HIV-1 infection among injecting drug users in Taiwan. 2005 Taipei International Conference on drug control and addiction Treatment。
7. 後天免疫缺乏症候群防治條例。民國七十九年十二月十七日公布實施。
8. 黃彥芳、黃逸芯、潘力誠等：台灣2003年底15-49歲愛滋病毒感染估計盛行率。台灣醫學2005；9：713-721.
9. Fang CT, Hsu SM, Twu SJ, Chen MY, Chang YY, Hwang JS, Wang JD, Chuang CY. Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan. J Infect Dis 2004; 190: 879-885.
10. Carpenter CC, Cooper DA, Fischl MA, et al. Antiretroviral therapy in adults: updated recommendations of the International AIDS Society-USA

- Panel. *JAMA*. 2000; 283: 381–390.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for using antiretroviral agents among HIV-infected adults and adolescents: recommendations of the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV. *MMWR*. 2002; 51(No.RR-7): 11–17.
 12. Infectious Diseases Society of the Republic of China/Taiwan AIDS Society Consensus Conference. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV infections in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect*. 2001; 34: 224–226.
 13. Department of Health and Human Services. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents, March 23, 2004. Available at: <http://AIDSinfo.nih.gov>. Accessed Oct 17, 2004.
 14. 方啟泰：DOH-95-DC-1104期中報告。
 15. Rhodes T, Platt L, Maximova S, Koshkina E, Latishevskaya N, Hickman M, Renton A, Bobrova N, McDonald T, Parry JV. Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia: a multi-city study. *Addiction*. 2006 Feb;101(2):252-66.
 16. Kerr T, Stoltz JA, Tyndall M, Li K, Zhang R, Montaner J, Wood E. Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *BMJ*. 2006 Jan 28;332(7535):220-2.
 17. Tobias C, Wood S, Drainoni ML. Ryan White Title I Survey: Services for HIV-Positive Substance Users. *AIDS Patient Care STDS*. 2006 Jan;20(1):58-67.
 18. Hemphill ML. Peer counseling perspectives. Harm reduction all around. *Surviv News (Atlanta Ga)*. 2005 Nov-Dec;16(6):7.
 19. Csete J. UN leadership and harm reduction: a rough road. *HIV AIDS Policy Law Rev*. 2005 Aug;10(2):24-5.
 20. Halloran ME. Concept of infectious disease epidemiology. In: Rothman

- KJ and Greenland S (eds). *Modern Epidemiology*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott- Raven, **1998**: 529–54.
21. Brookmeyer R, Gail MH. Back-calculation. In: Brookmeyer R, Gail MH. *AIDS epidemiology: a quantitative approach*. New York: Oxford University Press, **1994**: 194.
 22. Brookmeyer R, Gail MH. Minimum size of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) epidemic in the United States. *Lancet* **1986**; 2: 1320–2.
 23. Brookmeyer R, Gail MH. A method for obtaining short-term projections and lower bounds on the size of the AIDS epidemic. *J Am Stat Assoc* **1988**; 83: 301–8.
 24. Bracewell RN. The basic theorem of convolution. In: Bracewell RN. *The Fourier transform and its applications*, 3rd ed. New York: McGraw-Hill, **2000**: 126–7.
 25. Lui KJ, Lawrence DN, Morgan WM, Peterman TA, Haverkos HW, Bregman DJ. A model-based approach for estimating the mean incubation period of transfusion-associated acquired immunodeficiency syndrome. *Proc Natl Acad Sci U S A* **1986**; 83: 3051–5.

計畫編號：DOH96-DC-1008

行政院衛生署疾病管制局 96 年度科技研究發展計畫

藥癮愛滋及減害試辦計畫之整合型研究—子計畫二：

藥癮者共用吸食或集體注射毒品行為模式
及防治策略之探討

研究報告

執行機構：臺北市立聯合醫院

計畫主持人：莊萃

研究人員：許雲霞、王作方

執行期間：96 年 01 月 01 日至 96 年 12 月 31 日

* 本研究報告僅供參考，不代表衛生署疾病管制局意見 *

目 錄

目錄	1
圖次	3
中文摘要	4
英文摘要	6
第一章 緒論	8
第一節 故事的開始	8
第二節 面對藥癮、正視毒品文化	9
第三節 研究動機	10
第四節 毒品問題不解，愛滋藥害不斷	11
第五節 台灣因應之策	11
第二章 文獻探討	13
第一節 吸毒文化與藥物濫用	13
第二節 成癮與戒斷	15
第三節 藥癮愛滋	18
第四節 治療與成效	20
第三章 研究方法	22
第一節 研究方法	22
第二節 研究對象與場所	24
第三節 信度與效度	25
第四節 訪談內容指引	26
第五節 進行採訪	27

第六節	倫理考量	28
第七節	資料整理	29
第四章	研究結果	31
第一節	研究結果與討論	31
一	進入	31
二	沈淪	33
三	生命與共	38
四	出路	43
第二節	研究限制	47
第五章	結論與建議	50
第一節	結論	53
一	毒品是交際的工具	53
二	捨棄自尊，充斥藉口	53
三	陷入被制約的困境中	55
第二節	建議	56
一	在法治層面上	57
二	醫療層面上	58
三	戒治輔導的作法上	60
	計畫重要研究成果與具體建議	61
	參考文獻	63

共 66 頁

圖次

圖一、藥癮者在 HIV 感染者中罹病的感染模式	47
圖二、購買毒品及共用針頭過程	49

中文摘要

本研究旨在探討藥癮者的世界中以密集的田野工作，深入在用藥者的次文化中，以不同的文化觀點為取向，以研究者的態度、價值及文化為基準來看此一次文化。

本研究對象自 96 年 1 月起藉由臺北市立聯合醫院美沙冬門診認識藥癮者、臺北看守所、士林看守所與基隆、宜蘭監獄受刑人為對象，曾有使用、販賣、吸食毒品經驗之個案為輔，共計完成深入訪談對象 56 人。此外研究者亦與單位內之 4 位同儕志工利用長時期的夥伴關係，針對其用藥的模式、替代療法之使用狀況、針具交換之運作方式及個案生命經驗等持續深入的參與瞭解。

本研究訪談內容指引包括，個案用藥歷程、共同吸食方式與模式、與同儕團體、家人互動過程、集體注射毒品之行為模式、性生活史及方式、個人在用藥時對自己與他人性行為方式及罹患愛滋病之見聞，對自己或同伴感染受滋病的想法，個人對現行愛滋病防治的看法與建議。

在結果上可分 1.進入期，包括朋友的「引薦」、家人的關照、與特殊環境中觀摩學習，2.沈淪期，包括不可或缺、慣於現況、脫離現實、無法戒除、無性男及賣身女、走投無路、挺而走險部分，3.生命與共，包含互利共生的“朋友”、集資買藥與針具共享，4.出路，包括部份的替代、安心的注射及賺錢的新途。

研究發現，他們對毒品的態度是毒品是交際的工具，容易捨棄自尊，態度充斥藉口、陷入被制約的困境中。

建議未來在研究上在法制層面上：將毒品適當的還原到理性的毒品政策。持續加強毒品法治教育。加強對於先驅性化學藥品的控管與查核。加強全國反毒大會工作內容。實施替代性治療與毒品依賴者之

管理。專責毒品犯罪的抗制工作，以求事權的統一。檢察官可以施用「恩威並用」的戒治心態，由檢察官科處緩起訴之附帶條件，嘗試減低個案對除罪化的誤解與投機心態

在醫療層面上，可以發展專業戒毒戒治模式、提升犯罪矯正機關治療藥癮的專業能力、輔導民間機構發展戒癮服務、發展社區藥癮戒治醫療輔助體系、專業藥癮戒治所逐步轉移至醫療機構負責、對參與藥癮減害藥癮者採取較為寬容的態度、應建立毒品流行病學資料庫除非犯罪否則避免由刑事司法介入，將個人的用藥風險侷限在一定的範圍內。

在戒治輔導的建議上，提升犯罪矯正機關治療藥癮的專業能力、配置足夠人力的矯正師、心理治療師、醫師，以確實發揮專業的矯正效果、增加相關的社工輔導系統，或是個案管理工作掌握其行蹤、減少再犯率。

關鍵字：藥癮；戒癮；海洛因使用者；用藥渴求；海洛因減害療法

Abstract

Through intensive field work, this research focuses on substance abusers' subcultures, which, in the study, have been "viewed" and "reviewed" by the subjective attitudes, values, and frames of cultures of the researcher.

This research started in January 2007, and since then has 56 substance abusers. The surveyed include the outpatients of the Methadone Treatment Center of the Taipei City Hospital, the prisoners at the Taipei Detention Center, the Shih-lin Detention Center, and the Yilan Prison. The researcher also partnered with four volunteer workers of the Taipei City Hospital, whose life histories were also studied by the researcher.

In result, the substance abuse history can be generally divided into four stages: entrance, indulgence, partnership, and exit. In the stage of entrance, drugs were introduced to the not-yet abusers by their friends and family under particular circumstances. In the period of indulgence, the not-yet abusers became de-facto abusers who cannot live without drugs. In the stage of partnership, the abusers partnered with other fellow substance abusers, collecting money and sharing drugs with them.

The crucial finding of this research is that the substance abusers treated drugs a tool for personal and social communication, for which they could even sacrifice their self-esteems and make excuses, and by which they were finally conditioned.

This research therefore has three implications. In the level of legal institution, we suggest a rational counter drug abuse policy be applied. In

the level of medical treatment, we suggest a full-scale epidemiological database for (anti-)drug abuse be established. In the last, but not least, level of consultation, we suggest professionalism be applied.

Key word: Drug Addict ; Abstinence ; heroin users ; drugs craving ; Harm Reduction

第一章、緒論

第一節、故事的開始

一名母親痛心有海洛因毒癮的兒子，10 個月內警察抓到 9 次卻屢次被交保後繼續吸毒，毒癮一發作就偷東西還毆打她，氣得帶兒子投案。警方根據他提供的線索，逮到毒販。39 歲的王 O 凱毒癮很大，每次向藥頭陳 O 福（60 歲）買 3 小包，一包 0.04 克要四百元，買來當下就施用 2 包，連自首時都是「先用完再自首」。藥頭又不斷賣毒品給王，要抗拒誘惑很難。他母親表示，兒子退伍後學會吸毒，從此戒不掉毒癮。王 O 凱曾在 10 個月內被萬華分局員警查獲 9 次吸毒，但每次移送都獲交保，讓母親相當頭疼。他的母親指出，兒子一缺錢買毒，就開始偷東西、變賣家中物品，甚至還跑到鄰居家中偷神明的金牌；她一責備兒子，兒子不高興就毆打她，讓她很恐懼。

王 O 凱在製作筆錄時，毒癮發作難熬，控制不住還嘔吐到員警身上。王母難過地向警方請求：「賣毒的人真的很可惡，一定要把他們都抓起來！」（王宏舜、袁志豪 2007）

這一類的故事不斷發生在現今臺灣的社會中上演，在本研究與個案接觸的過程中，可以發現各式藥物濫用的現象，不但沒有減退的跡象，更隨著藥物種類的多樣化與吸食文化的改變，而美沙冬替代療法的實施，更增加了用藥文化的複雜性。在巨大利益與犯罪結合的驅使動力下，毒品亦隨著交通的便捷與物流的方便，以迅雷不及掩耳的速度撲向青年學子與市井小民。受到波及的不儘是想戒又戒不掉的藥癮個案本身，更有著身邊關心他們的家人和影響更廣的社會治安。

然而，對於這個族群的不了解，一般大眾看到的只是他們是社會

治安的亂源、是永不悔改的可惡人士，也很自然的用閃避及排斥的態度來對待這群使用毒品的個案。就算有人想要幫他們脫離罪惡的深淵，也不知應如何才能將他們帶離開現有的黑暗社會。因此藉由這個研究，我們期待瞭解他們生命歷程、生命經驗，從關心與關懷的角度，將他們視為我們照護的一群病患，用對待病患的同理心嘗試去瞭解與接觸他們，從中學習到如何「用他們能接受的方法幫助他們」，進而減少目前仍居高不下的愛滋病疫情，為臺灣公共衛生愛滋防治盡一份心力。

第二節、面對藥癮、正視毒品文化

藥物濫用在中西方的歷史中事實上已存在許久，鴉片戰爭更對近代中國歷史深植了一段不可磨滅的痛苦記憶，因此我們希望透過公共衛生防治而不是犯罪防治的角度切入問題。法律規定成癮藥物的使用是一種犯罪行為，在刑事司法尚稱其為「毒品」，但是醫學界早已指出：吸毒是一種具有獨特社會性與個體性意義的異常行為，它不宜視為罪，而應予以特殊的矯治、輔導與人生重建。因此在研究報告名詞上使用「成癮」、「藥物成癮」、「藥癮」、「藥癮者」來代替「吸毒」、「毒癮」，「吸毒犯」、「煙毒犯」等名詞。

國內在最初面對愛滋病擴散時，防治的重點都放在男同性戀或是不安全性行為所造成的傳播，但是從官方的數據中可以發現，藥癮者打藥行為過程中的共用針具（共用筆）與稀釋液（共用水），已經讓注射毒品成為另一個傳播愛滋病的重要途徑。臺灣從1988年通報第一例藥癮愛滋感染者之後，2003年藥癮愛滋個案為74人，到了2004年即迅速增加565人，增加近7倍。2005年新通報的感染個案當中，每3個人裡面就有2個人是因為注射毒品的行為而感染愛滋。到2007年10

月，藥癮愛滋感染者已高達2,526人。

由於愛滋的傳染方式已經脫離過去主要經由不安全的性行為傳染的方式，轉而藉著污染的針頭與稀釋液，以倍數傳播的速度散佈。因此藥癮者共用針具感染愛滋，絕對是我國現階段愛滋防治上的新課題，更是我們立即要面對的防疫挑戰。

第三節、研究動機

毒品正在快速蔓延，以歐洲為例，2002年計緝獲古柯鹼16噸，但2005年1至4月即查獲11噸，成長速度簡直以倍數計。因此，若誇張點說毒品正在淹沒世界，亦非虛言。而在大量散播的同時，藥癮者可能在使用毒品過程的任何一個環節中因共用針具、分享毒品或稀釋液而感染到愛滋。

醫療單位面對藥癮者的用藥全新議題，皆對這些陌生族群的心理與行為模式完全無從掌握與瞭解，他們就像是一群隱匿在社會的透明人，需要防疫單位的努力下才能逐漸褪去神秘的面紗。

隨著國家政策的轉變，所謂「戒治所」、「緩起訴的判決」，正在加速推動醫療單位對藥癮者的輔導與戒斷治療，各地區替代療法與發放回收針頭的火熱行動，都證明了醫療單位願意積極的輔導甚至「治癒」他們。因此面對這公共衛生界的重大議題，我們嘗試要以何種角度切入其觀點，如何來看待、面對藥癮者存在的現象？尤其身處臺灣社會，藥癮者在用藥的行為模式下，到底是否包含何種文化隱喻與文化意涵？在不斷變遷的用藥世界裡，他們自己如何面對這快速的用藥文化與疾病威脅，這些都是我們可以好好加以探討的議題。

藥癮者的愛滋病防治不僅僅是公共衛生的問題，此一新興議題亟需各領域專家的參與及國際經驗交流，期望藉由專家學者的經驗分

享，與國際接軌，共同攜手面對藥癮愛滋的嚴峻挑戰，建構臺灣藥癮愛滋防治有效模式，保障民眾的健康。

第四節、毒品問題不解，愛滋藥害不斷

近代世界各國普遍為毒品所害，因而各自均有其「反毒」的策略。其中，美國以企圖切斷毒品供給為重點，在其國內則以空中預警機等高科技，來偵防毒品之販運。然而，廿餘年來，美國已直承此舉費多效小，並非良策。2005年起，美國政府對此類預算已大幅刪減；因為，毒品問題的關鍵不在供給，而在需求。事實上，當需求不斷成長時，通常即難以阻斷供給的產生。至於以嚴刑峻法作為掃毒之手段，用以對付販毒者可收效於一時；但施用於吸毒者，則是嚴重的扭曲。

毒品的可怕，不僅在它對個人的傷害，更因毒品使用著因為找錢買藥連帶引發的擄人勒贖、強盜、搶劫等不法行為，而危害整個社會治安，才是真正嚴重的問題。因此面對這似乎無解的毒品問題，要從中阻止愛滋病的擴散，更是一個重大且困難的任務。

第五節、臺灣因應之策

聯合國和世界衛生組織已提出嚴重警告，當愛滋病毒散佈到注射毒品病患族群時，疫情將面臨爆炸性的成長。而美國疾病管制中心（CDC）也根據各國毒品病患愛滋疫情現況，建議毒品注射群體愛滋病盛行率小於5%之前，應多管齊下儘早推動防治計畫，才能有效預防藥癮病患愛滋疫情繼續擴散。

國際因應藥癮愛滋疫情，是以採取「三減」為策略，即減少毒品供應、減少毒品施用人口、減少毒品造成的傷害，其中「減少毒品造

成的傷害」即所謂的「減害」，其核心措拖包括清潔針具計畫、替代療法、轉介戒毒、愛滋治療與照護、諮商及教育等。

衛生署參酌國際防治趨勢及分析我國藥癮愛滋現況，於94年研訂「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，自94年8月1日起開始試辦，希望達到降低毒品施用人口、擴大戒毒網絡、並藉減害計畫之施行提供毒品病患及其家人愛滋病毒篩檢和教育服務等目標。

因此面對這醫療界的新議題，相關單位無不使出渾身解數來進行各項防治計畫，本研究即是期待在與藥癮者近身接觸藥物成癮者的生活與生命中，嘗試瞭解他們的心路歷程、行為模式，發覺衛生主管機關未來在防治愛滋政策上可著力之處。

第二章 文獻探討

在文獻探討方面，概分為吸毒文化與藥物濫用、成癮與戒斷、藥物注射傳染愛滋與現階段治療方式與成效等方面加以探討。

第一節、 吸毒文化與藥物濫用

首先在探討吸毒族群時，研究者對於藥癮者人際網路的複雜程度一直存有高度的好奇，許多吸毒人口的人際關係互動是有有其特殊文化頗值得探討。

早期 Leo Smits (1980) 曾試圖探討使用海洛因在社群連結的內容要素，他將吸毒者共同從事的集體活動、彼此往來的方式加以分類，概分成六個項目：

- 1、分享毒品。
- 2、經濟合作、資源共享：像是合夥買賣、互通消息。
- 3、一同從事娛樂活動：喝咖啡、聽爵士樂、上 PUB 等。
- 4、互相拜訪：包括偶而在路上相逢、較短暫的社交。
- 5、製作毒品 (do/ take drug)。
- 6、談論有關毒品的事情。

Leo Smits 的研究顯示，每位吸毒者或多或少都有上述幾個活動項目上與他人聯繫與互動，且當彼此連結的要素越多，關係也就越親密，例如彼此之間分享毒品，再加上經濟合作，自然比只有「分享毒品」的吸毒者來的密切；若彼此關係只是談論毒品，卻沒有一同分享與吸食，那麼關係自然抵不上那些一起用藥人來的密切。

Leo Smits 初步建構出吸毒族群互動的樣貌，然而其重點擺放海洛

因的個案，並從「集體活動」的角度切入，側重的是吸毒者間連結度的深淺與高低，並認為吸毒群體是高度緊密互動的連結網絡（dense, closed and highly interactive network），因此「集體活動」的確是創造連結的要素之一（李孟真2000）。

在使用毒品的行為上，多數成員在販毒前並無前科記錄，且無接觸毒品經驗，如此清白背景較不易引起犯罪偵查者的注意。影響個人走入販毒生涯的因素部分，依其特性區分為「外部環境」以及「內部個人」兩個面向。研究歸納出外部環境因素包含：藉工作之便、不良友伴、家庭經濟等方面因素。在內部個人因素部分則包含：染上藥癮、賭博惡習、僥倖心理、以及法律常識不足（許舒博2005）

在使用毒品的再犯上，林倩如 2005 年以台南與屏東兩所戒治所的受戒人 387 人為對象，完成一年追蹤期的 186 人中，96 人因再度使用毒品而入戒治所，出戒治所一年後再犯率為 51.6%，第一次使用毒品的年齡平均為 23.71 歲，單身者佔一半（50.5%），入戒治所前一年的工作狀態，一直有固定工作者最多（34.4%）。在戒斷的成功率上，同意自我信心與毅力是很重要者佔 93.7%；同意戒藥成功與否受外界及藥物本身影響，而困難重重者佔 43.9%。教育程度高者在戒藥動機的態度顯著的比教育程度低者高。（高家常 1993、楊美賞 1993）。

在吸毒的流行病學數據上，經常吸毒的年齡越小者，接受強制戒治次數越多；接受觀察勒戒的次數越多，接受強制戒治的次數越多、也越有可能戒治一年內毒品再用；接受強制戒治的次數越多，接受觀察勒戒的次數越多，也越有可能戒治一年內再次使用毒品；戒治一年內毒品再用者，觀察勒戒次數較多、強制戒治次數也較多，同儕吸毒與家庭功能間皆無顯著相關（林倩如 2005）。

在臨床上，使用海洛因者認為藥物會造成的不良影響，依序為：心理健康負荷（82.4%～96.9%），家庭、社會造成傷害（68.2%～82.7%），身體健康的危害（72.2%～78.1%）。有抽菸嗜好者在此態度顯著的比無抽菸嗜好者負向。用藥組在知覺使用海洛因的危害顯著的比對照組得分偏低。而認為用藥的好處上：同意用藥可增加能力以利工作進行者，佔 29.2%；同意用藥可使情緒穩定、感覺美好者，佔 67.7%。在用藥的合法性方面：同意用藥是個人自由行為者，佔 37.6%。用藥組顯著的比對照組更傾向藥物是有好處及合法性的態度（高家常 1993）。

海洛因使用者的心理健康狀況：以中國人健康問卷篩選海洛因使用者之健康狀況，有 89.2% 可能為心理健康狀況欠佳者，在症狀得分高低，依序為憂鬱、焦慮、社交障礙與身體化症狀。並且用藥組的心理健康狀況顯著的比對照組差（高家常 1993）。

同儕吸毒越多者，越早開始吸毒，越早經常吸毒，且接受強制戒治的次數也越多。家庭凝聚力越高者，接受觀察勒戒的次數越少；家庭衝突越多者，越年輕開始吸毒，經常使用毒品的年齡越小，接受觀察勒戒的次數也越多；情感涉入越高者，經常使用毒品的年齡越小，接受觀察勒戒的次數越多，也越有可能再用毒品；家庭角色與責任較高者，越年輕就開始吸毒（林倩如 2005）。因此他建議可從加強戒治人與家人相處的課程，改善出監所後與家人的相處，以適度的關心且不會造成彼此的負擔方式著手，可以降低其再犯率。

第二節、成癮與戒斷

美國國家藥物濫用管制局（National Institute on Drug Abuse, NIDA）將藥物成癮（drug addiction）定義為一種複雜的大腦疾病，

一種渴望止癮 (craving) 尋求藥物的行為，其特點是無法控制的、強迫性的。對許多人來說，藥物成癮會逐漸轉變為一種慢性疾病，在經過長期禁用 (abstinence) 後仍有可能復發 (NIDA 2005)。

所謂成癮臨床上可以分為心理與生理兩個層面，而最大的戒癮挑戰多來自心理層面。生理上會因「耐藥性」與「戒斷症狀」造成劑量的不斷增強與停止使用所造成不舒適的感覺 (林式毅 2004)。1950 年世界衛生組織 (WHO) 對藥物成癮者所下的定義為「由於反覆使用一種天然或是合成藥物，所造成有害於個人和社會的一種週期性或慢性中毒狀態」，在此定義中強調心裡依賴 (psychological dependence)，即心理上的無法克制的強烈渴望持續用藥，並已達到不惜傷害到個人或是家庭社會而獲取藥物。

1964 年該組織改採「依賴」(dependence)，以取代「成癮」一詞，進一步的定義為「生物個體與藥物的相互影響，造成生物個體在心理或生理上依賴某藥物，必須重複不斷的使用該藥物，來達到某種心裡上的舒快感受，或避免停止使用所引起的不適感」(門菊英 1992)。

因此從這些描繪中，可以看出成癮者的一些特徵：

1. 習慣性 (habituation)：指個人使用藥物形成習慣，成為日常生活中不可或缺與必要的東西。
2. 生理依賴 (physical dependence)：藥物會改變體內的生理功能，需要藥物來維持生理功能的正常活動，容易因停止使用而出現噁心、嘔吐、腹瀉、流鼻水、發抖等戒斷 (withdraw) 症狀，其症狀則依藥物種類和用量而異。
3. 心理依賴 (psychological dependence)：由於使用藥物後可以使個人脫離煩惱，陷入忘我的境界，可以忘卻世間的苦悶與無助的現實，故常藉著藥物來暫時解脫煩惱，以致在心理上形成強迫性的

需求和依賴。

4. 耐藥性 (tolerance)：由於一再的服用某種藥物，身體對該藥物的適應與容忍度逐漸上升，於是必須增加用藥量才能達到原有的藥效。(林漢堂 1992)

1960 年代中期起，藥癮問題成為近代全球性的偏差次文化 (deviant subculture)，美國精神醫學會所出版的精神異常的診斷與統計手冊 (DSM)，亦不斷更新其意義，在 1994 年 DSM-IV 將這些成癮行為統稱為「物質相關疾患」，並分為兩大類：第一類是物質濫用與物質依賴，叫做「物質使用病患」，另一類則是包括中毒、戒斷、物質所導致的器質性精神疾病，統稱為「物質誘發行為」。以物質 (substance) 取代藥物 (drug)，其涵蓋面也相對寬闊了許多，例如香菸、檳榔等都可以算入其中 (李孟真 2000)。

在名詞使用上，無論使用藥物「濫用」、「依賴」、「成癮」，都是說明一種使用心理刺激物質過度、失當、中毒，且呈現持續性、強迫性、依賴性等失去控制的現象 (李孟真 2000)。在名詞使用上我們以「成癮」、「藥物成癮」、「藥癮」等名詞來代替「吸毒」、「毒癮」，也將「吸毒犯」、「毒癮犯」等名詞用「藥癮者」、「藥癮個案」等名詞來替代。

至於在戒除海洛因的困難上，2006 年顏嘉男研究顯示，曾經嘗試戒除海洛因使用者比不曾嘗試戒除海洛因使用者使用海洛因的時間較長、購買海洛因的花費較大、有較多與毒品相關的犯罪紀錄、因毒品被勒戒或服刑的時間較長。曾經求助於醫療院所尋求戒毒協助者年齡較大、較多為海洛因使用者、購買毒品的花費較大、較多過去有戒毒經驗、較會因家人關係、經濟壓力、未來前途等動機而嘗試戒毒。

曾經嘗試戒除毒品使用和完全不曾嘗試戒除者，以及曾經求助

於醫療院所尋求戒除使用毒品者和自行戒毒者之間，存在社會人口學變項、毒品的使用型態及戒毒動機等各因子的差別（顏嘉男 2006）。

至於在戒除的形式上，安辰赫 2003 年以 11 位晨曦會苗栗戒毒村中接受戒治輔導的 18 歲以上成年男性藥癮者為受訪者，發現治療社區透過其環境與其中的關係，塑造並更新一個人的生命，讓成員經過其中的戒癮歷程，能獲得身心靈皆復原的全人改變。

第三節、 藥癮愛滋

美國 HIV 流行病學研究曾於 1985 年起針對 639 名 HIV 感染愛滋病毒的婦女追蹤進行 7.25 年研究，研究結果中發現，共計 250 名從未注射藥品；225 名加入後並未注射藥品；164 名一直注射藥品。其中在發展成為愛滋患者部分，及因為愛滋而死亡部分並未具有顯著相關性。但是，就粗死亡率而言，從未注射毒品者分別較加入後並未注射藥品（HR=3.16）或一直注射藥品（HR=2.45）明顯為高。曾有研究 660 名使用海洛因的男性進行問卷訪視，研究結果後發現，竟僅有 30% 的人會擔心感染到疾病。因此，建議應對藥物戒治者進行衛生教育及健康促進（行政院衛生署 2005）。

為了嘗試找出藥物濫用者其感染 HIV 的可能危險因子，國外學者至戒毒場所對於戒治者進行回溯性研究，研究中發現共計有 4.8% 的戒治者感染 HIV-1，而愛滋感染者其中有 92% 合併 C 型肝炎感染，雖然有一半以上年齡低於 23 歲者並無愛滋或 C 型肝炎感染，建議應特別著重於年輕族群藥物使用者的防治策略。

國內研究報告中發現，學者多針對藥物成癮者進行研究，少見同時對於愛滋與藥癮做研究調查，在亞洲注射成癮藥物已經儼然成為 HIV 傳播的主要方式，例如在越南，至 90 年代中期，HIV 在藥癮者

族群的盛行率估計約達 70-80%。除了感染 HIV 之外，肝炎的盛行率也居高不下（Ghys et al. 2003, Kelen et al. 1992）。

藥癮愛滋感染者的接觸毒品，係生活失去目標的一種替代，卻因此走上關係斷裂及為毒所控的不歸路；邱美珠 2007 年的研究顯示，自身的存在意義因為喪失生活目標而陷入無能的處境；感染愛滋病毒，在喪失身體控制感之外，更被社會文化嚴重歧視與污名；此一歧視與污名則是促使藥癮愛滋感染者面臨存在心理挫折的主因。

研究者也發現，藥癮愛滋感染者有以下的經驗特徵：

- 1、 在生理層面上，擔憂不確定的病症變化與死亡恐懼。
- 2、 在心理層面上，面對種種失落卻無力解決，時時沉浸在悲觀、絕望及無意義的負面情緒狀態中。
- 3、 在社會層面上，因負面觀感、家庭支持度低及種種社交隔離，故常有拒絕接受追蹤治療的傾向。
- 4、 在存在層面上，常透露出生活無趣、抑鬱的言詞，被挫敗、自卑、孤獨及無望的深度挫折感糾纏，感受不到活著的意義與價值。

基於上述藥癮愛滋感染者的特性，他們是一群極不容易與他人發生真誠接觸關係的人，也因此對於詮釋現象學的主觀經驗研究構成一定程度的挑戰。能夠在關愛之家找到讓他們開放談論自我經驗的場域，是本研究最大的突破，由此建立對他們主觀經驗的現象脈絡描寫及詮釋，則是本研究的主要貢獻。建議未來在研究上可以更深入探討類似關愛之家的社福機構對藥癮愛滋感染者所提供的照顧功能評析，並在社會福利資源及實務照顧上，提供更具體、更多元的協助（邱美珠 2007）。

第四節、 治療與成效

自 2004 年靜脈注射海洛因者在愛滋感染人數暴增，所以衛生署在 2006 年開始推行減害計畫，其中一項是「美沙冬替代療法」。韋海浪 2005 年以問卷對桃園地區的海洛因成癮者自願參加美沙冬替代療法進行施測，比較已服美沙冬藥物 3 至 6 個月（已服藥組）與未服美沙冬藥物組（未服藥組），在減害計畫的看法及戒癮信心，以瞭解其短期成效。其研究在 2006 年 6 至 8 月，共收集有效樣本 105 人，已服藥組 39 名，未服藥組 66 名。研究結果如下：

- 一、 減害計畫的看法：已服藥組得分總平均 $3.23 + 0.40$ ，未服藥組得分平均 $3.12 + 0.41$ ，未達顯著差異。但已服藥組在「認為接受美沙冬替代療法後，仍可正常工作」的得分（ $3.31 + 0.52$ ）高於未服藥組（ $3.05 + 0.57$ ），有顯著差異（ $p=.0201$ ）。
- 二、 短期的戒癮信心：已服藥組的平均得分為 $3.13 + 0.50$ ，未服藥組的平均得分為 $3.09 + 0.48$ ，統計上無顯著差異。
- 三、 自費治療：目前初辦美沙冬治療採公費（免費）治療方式，其已服藥組的願意自費治療（48.7%）低於未服藥組（92.4%），統計上有顯著差異（ $p<0.0001$ ）。
- 四、 其他需求：藥癮諮商最高（42.9%），其次為心理輔導（41.9%），驗愛滋病毒（32.4%），就業輔導（21.9%），愛滋病諮商（15.2%）。其中已服藥組在愛滋病諮商的需求（25.6%）高於未服藥組（9.1%），有顯著差異（ $p=.0226$ ）。
- 五、 朋友的影響：第一次使用成癮藥品為朋友引誘（30.5%）、戒癮失敗原因中朋友誘惑（21.9%）、朋友推薦參加美沙冬替代療法（53.3%）、毒友戒癮成功我也能成功戒癮為戒癮信心的第二

位，均顯然朋友為海洛因成癮者用藥行為、戒癮行為及信心的重要影響因素。

第三章 研究方法

本研究研究方式不同於傳統量性的數據資料，希望藉由深度訪談與友伴的陪伴方式瞭解藥癮者在使用毒品與感染愛滋間行為間模式的議題。

第一節、研究方法

本部分研究採質性研究法 (qualitative research method) 中之民族誌研究法 (ethnographic research method)，參加過程方式以田野研究法 (field work) 進行，將與所有藥癮者之訪談過程寫成行為記錄，加以整理分析。本研究所採用的方法是以文化的概念為中心的民族誌研究法，就是在人類學的傳統中，以研究者自己文化的基準，對另一群體不同之次文化 (subculture) 作參與式的觀察 (participatory observations)。

研究著以密集的田野工作 (field work)，深入在用藥者的次文化中，而其結果所要闡釋與應用的，是以不同的文化觀點 (cultural perspective) 為取向，以研究著自己本來的態度、價值及文化為基準來看此一次文化 (王作方 1995)。

本研究必須採用質性研究方法的理由可分述如下四點：

- 一、由於本研究原本即在探討一個不為人知的族群，對於其內部的運作及互動等方式均不了解的狀況下，使用質性研究方能深究每一個發現到的現象，並有很大的空間可以思考釐清，期能因此發現一些新的知識與問題，有助於本研究的後續發展。
- 二、本研究涉及對毒品使用及愛滋病的認知層面，不同的受訪者對

於愛滋病、性及毒品的態度與認知，個體間會產生極大差異。採用非結構化的問卷，可以探討到研究者關心的「問題過程」。若僅以問卷之內容作為資料獲得之唯一方式，會容易漏失特定個案的資料。

- 三、本研究所要探討的是複雜且具爭議性的人類行為，而全面關照性的質性研究方法，可以避免受訪個案因為顧忌「社會規範」或「道德判斷」而隱藏自己的想法，使事實而不顯。
- 四、本研究的目的是在探索藥癮族群中隱密性或是細微的問題，質性方法比量性方法恰當，它所獲得的資料也通常較量性研究豐富、詳細。

本研究在訪談過程中先選取關鍵報導人 (key-informant)，方式經由陪伴臺北市立聯合醫院美沙冬門診個案，以及由計畫主持人、研究助理等定期至監所、看守所進行醫療門診時，徵求個案同意後進行。之後再以滾雪球的方式加入新的個案資料，訪談至所有資料不斷重複，不再有新的分類為止，也就達到資料的飽和狀態 (data saturation) 時方可結案。本研究所收集的資料尚包括以下幾項：

- 一、 研究人員與個案之會談紀錄
- 二、 邀請個案本身將用文字紀錄其生命經驗
- 三、 研究者於研究過程中所做成研究日誌(research diary)
- 四、 研究者與個案之間互傳的簡訊紀錄
- 五、 研究機構針對藥癮者辦理的支持團體過程紀錄

本報告研究者本身即為研究的一部份，在研究參與的過程中即無法完全的排除自我的存在，事實上，也幾乎找不到不受研究或是研究者影響的自然狀況。因此研究者本身即是資料收集者。

第二節、研究對象與場所

由於本單位長期與北部各矯治單位之藥癮愛滋感染者有治療及諮商衛教等合作關係，故研究人員可至監所及看守所對受刑人進行訪談，亦可針對北檢之假釋更生人在本單位進行訪談，此外由於協同主持人多年對臺灣地區藥癮者之相關研究，亦能深入藥癮者之聚集場所實地觀察藥癮者之吸食文化，在收案上並無困難。

本研究對象自 96 年 1 月起藉由臺北市立聯合醫院美沙冬門診認識藥癮者，並嘗試介入其生活與工作環境，並藉以滾雪球的方式認識新個案，讓研究者在門診及個案管理訪談中，瞭解其吸食文化概況，之後再以臺北看守所、士林看守所與基隆、宜蘭監獄受刑人中，曾有使用、販賣、吸食毒品經驗之個案為輔，共計完成深入訪談對象 56 人。此外研究者亦與單位內之 4 位同儕志工利用長時期的夥伴關係，針對其用藥的模式、替代療法之使用狀況、針具交換之運作方式及個案生命經驗等持續深入的參與瞭解。

由於研究機構本身為地方減害計畫執行單位，且為地檢署合作之緩起訴及假釋個案之醫療處遇之合作單位，故在研究過程中亦收集各項相關藥癮防治之政策制定過程及相關之人事物資料，以供更深入的資料分析。

類似安寧病房的田野研究所觸及的問題，基於保護訪談個案及其家屬的權益與隱私，要確認個案訪談資料的保密性，不介入個案與其他個案或朋友之糾紛或衝突，謹守研究者的工作界線，並適時拿捏其中的分寸，實在是本研究對研究者最大的挑戰與學習（林麗雲 1996）。

而在面對訪談個案所觸及過的犯罪過往與正在審判的犯罪事

實，初期訪談者必須面對具大的信任衝擊，不斷的調適與個案相處的模式與狀況，如何在保護自己與個案的前提下完成訪談任務。而在社會一面採負面、否定的角度看待這群人的同時，我們是否也受到一般社會污名化的影響，在開始即對他們有先入為主的負面態度。（李孟真2000）

第三節、信度與效度

關於質性研究的信度與效度的問題，經常在學者間引發爭議。傳統的量性研究學者對質性研究最大的詬病之處，就是認為老是屬於「老太太說故事」的不夠科學。然質性研究是根據個案訪談所說的話，經歸納後所形成的結果，它不受制於研究前的假設，較能反應事實。因為在研究前不預期研究的結果，因此質性分析具有較高的創造性，若是分析者具有質性料的深察力和概念化的能力，老對於探索性（explorative）研究往往能有發現性的結果，但這並不代表質性分析之創造性與質性研究的效度和信度相對立，質性研究也能精確的控制效度與信度。

本研究即是在事前只擬訂訪容指引，並不訂定與驗證事前的假說，因此所收回的資料包羅萬象，能夠看出他們從藥癮到對愛滋病各式各樣的心態與因應。但是在操作方法上，可以從研究者本身介入的態度、情境的控制、與訪談的訓練等各方面控制其效度與信度。

而研究者本身的出現，和或多或少的參與，使得研究者在整個研究情境中無法完全以旁觀者（onlooker）自居，因此使產生了反應式效果（reactive effects）。當觀察者所觀察的對象知道他們正在被觀察時，其行為可能會有相當大的變化。因此以內隱性觀察（covert observation）比可能讓觀察對象察覺到他們正在被研究的外顯性觀察

(overt observation) 更能捕捉到事情發生的情形，而且也將觀察者效應減至最低。

研究者在研究情境中也會因為選擇性的注意與解釋，而造成曲解的效果，這就是選擇性知覺 (selective perception)。而選擇性知覺可以經由事前的訓練與做好觀察的準備來避免一般觀察的不充份性。研究者亦會受限於本身的能力，容易在情境中無法觀察到和研究有關的現象。因此，為訓練嫻熟訪問技巧，及了解其他背景資料，研究介入前先行試訪二位藥癮者，將行為過程記錄，經過二週後，隨機取十分之一的記錄，再行記錄並檢視，比較研究者本身對記錄的一致性。再將記錄過程和受訪之二位個案討論，做效度的校正，並在事後在團體討論時，參考訪談時使用的錄音資料或是田野日誌，檢討重點之所在及其意義，隨時澄清個案的行為，同時檢討訪問時的實際困難，修正訪問技巧，完成資料之記錄與整理，增加研究之表面效度和確實性 (face validity and credibility)。

在研究的確實性 (credibility) 上，研究者本身因為將真實個案所說的話呈現在讀者面前，讀者可以親自感受到個案所說的話，「」內所陳述的句子不只是例子，而是受訪者親口所說的話，也就是證據。最後結果的資訊使用者或是讀者也可以判斷報告的可信性，也就是一種表面效度 (face validity)。

為了減少研究者本身特質所導致的誤差，可以藉由考慮增長田野工作的時間，與加強對研究對象文化語言使用上的熟悉度來加以校正。因此本研究將原來半年的田野工作延長一年，來加強參與愛滋藥癮的深度與廣度。

第四節、訪談內容指引

本研究是由個案講述他相關活動的方式、過程、及性行為的方式或改變，所遭遇到相關事件的內容，與個案自己的想法。在訪談前研究者本身必須有主題與腹案，但是可以不必列出所要問的所有問題內容，訪談是以即席隨興式的非正式會話訪談（informal conversational interview）進行，但是研究者必須在適當時機轉移調整話題的方向與內容，避免花太多時間在非相關議題的陳述上。

本研究訪談內容指引（interview guide）包括：

- 一、 個案用藥歷程、共同吸食方式與模式。
- 二、 與同儕團體、家人互動過程及對用藥之影響。
- 三、 集體注射毒品之行為模式。
- 四、 性生活史及方式、個人在用藥時對自己與他人性行為方式及罹患愛滋病之見聞，對自己或同伴感染受滋病的想法。
- 五、 對愛滋病的盛行，個人及朋友的想法，個人及他人行為是否因此有所改變，以及困難之處。
- 六、 用藥朋友中是否有感染者或愛滋病患者，個人對此事件的感受及想法，是否想過做血液篩檢，有何困難。
- 七、 個人對現行愛滋病防治的看法與建議。

第五節、進行採訪

本研究係採質性的民族誌研究法，進行方式是在自然狀態下（naturalistic situation），對訪問者以觀察、會談及內容分析的方法。並以非結構性會談（non-structured interview）的參與式觀察方式收集資料，減少對個案的引導及暗示，使個案覺得好像在日常生活中的對話，以自然方式的表達自己，不會認為是測驗而須加以防禦，因此資料的內容皆著重在訪談個案其個人的主觀經驗（subjective

experience)。希望以這種指向性 (directness) 低的會談方式，得到較為正確的資料內容。

此外要利用同理心 (empathy) 接納及非指判的態度，支持及鼓勵受訪者發言，同時並仔細觀察及分析，以發現資料對受訪者的個別意義 (從感官的刺激、所表達意義之解釋、情緒影響、引發之企圖與行為表現分別探討)。另外嘗試藉由受訪者所提供的資料，設法引出更多更新更深入的資料，以發現線索，推展出新的層面 (王作方 1995)。

第六節、倫理考量

本研究因事涉個人隱私，基本資料必須完全保密，錄音帶、磁片檔案及田野日誌在標示上皆以假名或代碼、暱稱表示。並在會談開始前將此處理方式，及資料分析時之保密措施告知個案，皆讓個案完全明瞭所談主題，及研究者將如何運用、展示其資料，以取得互信。

深度訪談 (In-depth interview) 是一項相當耗時費力的工作，訪問時需要全神貫注，訪問前的準備安排，及事後的處理 (資料分析) 也須小謹慎。介入儘量以內隱性觀察為主，但是內隱性觀察方式也牽涉到研究倫理、道德和良知上的平衡。因此，研究者要先得和個案建立朋友間良好的信任與共融 (rapport) 的關係，需要多次及較長的時間接觸，如此對於私密性及敏感性的問題，不但可以得到較可靠的資料，也不會有道德上爭議。但是共融的建立，必須不妨礙對事物保持中立 (neutrality) 的態度。

在談話時以錄音記錄方式為主，筆記記錄為輔。但若是訪談個案拒絕錄音，則完全以筆記記錄為主，事後回憶方式為輔。研究者進入研究情境之中，會談時盡量使對方能夠更順暢的表達。

第七節、資料整理

收集到的資料，主要係採歸納法 (inductive method)，就是從所收集的資料中「發現」(discovery) 出 concepts、categories 及 theories 的研究方法。以敘述性的方式做成紀錄，即行為過程記錄 (process recording)、或是記憶登錄 (memo-writing)，再將這些資料以繼續比較分析 (constant comparative analysis) 的歸納方法從事分析 (王作方 1995)。

本研究屬探索性 (exploratory) 研究，乃針對藥癮者作一全面性 (holistic) 的探討，利用 constant comparative method 等方法從資料中歸納出藥癮者在愛滋病流行下，對於「毒品」、「性」與「愛滋病」所持態度的改變與看法。

資料的整理與分析是質性研究最艱難，也是最重要的一部分。因為有關藥癮行為模式的研究題材多是屬於探索性的研究，比較沒有固定的模式或是操作可以遵循。而它所統合的是「資料」與「概念」(concepts) 而不是「樣本」(sample)，同時也不打算作任何量的推論。

而在進行資料整理時，過多而瑣碎的資料充斥在研究當中，在討論時更容易陷入毒品防治的大框架中，而其中研究者的角色與身份 (研究者、朋友、導師、醫院官員、給薪上司) 都不斷的交織在人際網絡與互動中。因此，最後必須要認清關鍵還是在於研究者的「自我」，唯有透過內在的覺察、真實的自我對話，最後呈現的不僅是研究對象，而是真實的自己 (潘海英 1990)。

因此在訪談過程中先選取訪談者選定之關鍵報導人 (key-informant)，徵求其同意進行訪談，之後再以滾雪球的方式加

入新的個案資料，訪談至所有資料不斷重複，不再有新的分類為止，也就達到資料的飽和狀態（data saturation）時方可結案。

第四章 結果與討論

第一節、研究結果與討論

本研究經訪談、觀察等方式分析個案之用藥經驗，並特別針對政府減害計畫對用藥者的影響做呈現如下

一、 進入

談到如何開始接觸藥物，所有訪談到的資料幾乎千篇一律的是因為"朋友"及"好奇"，但經過與個案會談及陪伴之後，可以分析出進入藥癮界的原因可能有以下幾點。

1. 朋友的「引薦」

「有一回我喝醉了酒和女朋友吵架了，在心情不好時，朋友把我叫進廁所，用紙捲了長管狀，吸取鋁箔紙烤後的白煙，大吸三口後走出廁所，差點腳軟了，心臟興奮的狂跳，感覺快活有餘...」

2. 家人的關照

有一些個案則是因為家中有其他人吸毒，才會染上藥癮，而其中有一群個案染上藥癮的原因更是因為家人吸毒無法戒除，故而讓自己染上藥癮，想要戒給原有藥癮的家人看，結果反而成癮無法戒除。

「我在家排行第二.有一個哥哥和一個弟弟.最先碰到毒品的是我大哥，再來是弟弟，而我則最後。那個時候流行安非他命，記得當時我 16-17 歲經過一段日子後，發現爸爸也有在用藥，使用的是 4 號海洛因。但一家人都心照不宣，有時爸還把東西拿給我，我就拿去藏起來，有人要時我就去拿出來，不知不覺日子一久我也加入 4 號的行列。」

「我很感謝阿嬤每天帶我來看病，只是沒想到當初是罵哥哥不長進，竟然為了證明給他看戒毒是很簡單的，沒想到自己會上癮！」

「我先生也是罵不聽，為了要證明要戒不是不可能的，沒想到自己會變成這樣」

「我老婆就說要我戒啊，不過這是不可能的事啊，我就說不然他自己試試看好不好戒，所以她現在就不敢說我了。」

3. 特殊環境中觀摩學習

由於在特殊的場所工作，身旁有朋友在使用毒品的，耳濡目染之下就會跟著使用。

「記得國中讀到二年級就不讀了，開始出社會，剛開始是廟會每天去那裡舞龍舞獅，... 旁邊是每有名氣的職業賭場，這這樣一腳踏入黑社會。... 身邊的朋友好像越來越多，裡面有好幾個在用藥，常常找我拿錢，那時年紀輕，只想朋友有難要拿錢二話不說就拿出來。因為常常的拿，又叫我幫他抓手，他們才好打藥，常常的這樣，有時候看他們用藥後再茫，心裡就有一個想法，不如我也自己...，就這樣一次二次才開始自己用藥」

「我 18 歲開始吸毒，也是跟我老大學習，去玩女人，在好奇心理，頭一次在我家裡，晚上 11 點多，跟老大要去玩女人，用吸的我吸 2 口，不超過 2 分鐘頭就茫茫的感覺，等我老大吸完，一同去江山樓...」

二、沈淪

開始接觸並使用毒品後，對每位個案而言就開始其很辛苦的一段人生歲月。在這段時光中，他們交雜著很多的「放不下卻又想逃離」的複雜情緒，這不僅與毒品本身的藥性有關，更有著複雜的人際糾葛，使他們彷彿陷入一團泥沼中。

1. 不可或缺

當個案已經成癮後，海洛因對他們的生活已成為不可缺少的東西

「現在藥是我的命啊！沒有用藥的日子我會沒有想活下去的慾望！」

「那一種感覺很難說，會有一種味道瀰漫在鼻腔裡面，用美納水也會有一點點，但是就是不一樣。沒有那一種味道，我就受不了。就好像刺青一樣，已經刺在腦裡了，洗不掉了。」

「我第一次打的時候很痛苦，會一直想要吐，但是吐完以後感覺就還不錯！」

Anderson & Mott (1998) 指出在藥物使用的藥癮成形初期，在動機上個案必須面對許多新的議題，最主要的是被邊緣化的困擾—被邊緣化最主要指的是對人際關係中的影響，因為個案一直處於戒癮與復發的衝突中，要面對的不僅是用藥同儕，也要面對一般同儕，在人際關係的處理上特別感到棘手。許多藥癮者在用藥久了後，部分會脫離現實社會族群，加上對吸毒污名的恐懼，流連在吸毒同儕中找尋友伴關係。因此可以說：「戒不掉朋友就戒不掉毒品」

使用海洛因等鴉片類成癮藥物後所產生的難忘欣快感是促使一個人繼續使用的重要原因，而這也是臨床上所謂的「心癮」。使用海洛因之後產生的愉悅與滿足的感覺與一般人從事某些生理活動（例如：飽食、性行為）相當類似，但是強度有過之而無不及（林式毅 2004）。

2. 慣於現況

A. 合理化解釋

由於無法戒除，於是個案就會對海洛因及自己的行為出現一些合理化的解釋，以讓自己能接受自己的行為。

「毒品不是植物提煉出來的，安非他命不是化學的嗎，所以我想海洛因對身體比較好吧！」

「毒品是不在戒律規範內，它根本就是素的。」

B. 安於犯罪

由於個案使用海洛因的本身即為犯罪行為，而幾乎所有的個案都有案底在身，因此對犯罪的本身不僅能坦然的談論，並且對於他人的犯罪行為也非常容易接受。

「你知道嗎，那些人後台是誰嗎？所以我跟你說要防堵毒品進來是不可能的，你知道嗎，我認識一堆貴婦團，他們都是運毒高手ㄟ。」

「我想過一陣子你會看不到我了，因為這一次一定要被關，就是可以繳費的話，我爸說這一次要付的金額應該超過十幾萬，家裡已經沒有辦法負擔了，所以這一次一定要跑路，他

們已經沒有錢了，而且我擔心以後來喝藥，會被警察在門口或附近抓到」。

3. 脫離現實

大多數個案在使用毒品時，每天就是為了找藥、找錢，或是有一大段時間在監所度過，對於一些世事較不了解，也不太關心，以致於與飛快發展的社會脫節，甚至連家中的改變都無法跟上。

「因為61年就進去關了，一共關了二、三十年，現在就只剩下一個姊姊會聯絡吧！」個案的親人因為個案監禁而失去聯絡，甚至出監後已人事全非。

一位美沙冬個案送一個手機用記憶體給另一位個案，說「我們用毒的人不要讓人看不起，現在大家都在流行這個，送給你，讓人家知道我們也跟得上時代」

研究者因為要訓練本機構之同儕志工成為可以協助行政工作的同仁，故教導同儕使用 MSN messenger，並在線上教導身在肯德基上網的同儕志工，該志工在學會語音及視訊連線時高興的在肯德基又跳又叫，並在 MSN 上回應說「我好幸福」、「我覺得我跟世界不會離太遠」。

4. 無法戒除

個案一旦染上藥癮，幾乎所有人都想要戒掉他，但要戒又談何容易，即使在使用美沙冬後較沒有以往的身癮及心癮，但仍會對施打海洛因十分懷念。

「本身我用海洛因也有十幾年了，一樣在監所出入很多

次，最後一次出監是在94年3月，剛回來的時候因有很多的不如意，所以又染上了毒品。始終是吃了又戒、戒了又吃，無法完全擺脫，於是求助於晨曦會請求幫忙，代辦手續完成後，就順利的進入到台南村，到達之後心裡想，這次的戒毒安排完全是自己意思，所以心理抱著很大的期望，一定會戒毒成功，沒想到事與願違，第一天因為還沒戒斷，所以安然的度過，第二天開始有些不舒服，我也是忍耐下去，第三天戒斷症狀開始出現，我也是咬著牙硬撐過去，當時身邊有許多好弟兄，在一旁為我加油、鼓勵與禱告。到了第四天我完全受不了再這樣下去，於是懇求牧師讓我回家。雖然大家一直勸阻，還是無法讓我打消回家的念頭，於是就打包行李回家，結束短短四天的歷練，又一次證明我失敗了，當然又是走向毒品的控制之下生活。」

「吸毒這個東西本來就是心癮，如果沒有斷手斷腳下大決心，那根本沒有用。」

「你看那個電影（係指電影門徒）裡面那個女的，手指都斷幾根了，就是戒不掉！」「哪一個不是戒過很多次，進進出出多少回了，關都關成精了。」

「現在還是對針頭插進皮膚的感覺很懷念。」

5. 無性男及賣身女

「毒癮者是沒有性生活的啦，所以根本不需要給保險套，不過你看如果有人拿的話，一定是女孩子居多，因為他們要去外面賺錢啊！」

「因為毒品的來源價格昂貴，女性大都付擔不起，唯有依附男性或毒販，更有出賣自己的身體，也大有人在」

「用毒品的時候鼻腔裡面會有一種味道，會讓人感覺很舒服，有時候用美娜水也會有這一種味道，但是身體沒有那一種舒暢的感覺，這是和性完全不一樣的感覺！所以如果要跟性比，性怎麼比得上。」

「如果把性當作一百的話，恩，我想打藥會是一萬分吧。」

「用毒的人根本不會想要做啦！每天一睜開眼睛就想到有沒有毒品，如果有就會想用，沒有的話，就要開始想怎要找錢去買啦！」

「用過毒以後，每天生活就是一個字『思』啊，因為有了那種經驗，沒事時就會去想，誰還要性啊？」

6. 走投無路

許多個案因為藥癮已經花光了所有的金錢，並失去了所有親人的關心，又無法好好工作，就只好流落街頭。

「我已經沒有錢吃飯了，家裡不願意讓我回去，雖然是過年，我也只能睡火車站」。

「我現在全身上下就剩這一套衣服了，前兩天在公園睡覺時東西都被人家偷走了！現在真的是要去當乞丐了。」

7. 挺而走險

「我那時在當遊民的時候，白天就在公園裡，晚上就開始出去找錢，你不要看那些遊民很可憐，到了晚上我們就開始忙了」、「忙著去偷啊，再去賣錢買藥啊！像是之前那個偷鐵門的

大案子就是我做的」

「所以以**毒養毒**是最快的活命之道啦！」

儘管監所收容大量的藥癮者拘禁，煙毒勒戒處所也四處可見，但「生理上的藥癮好戒，心理上藥癮難除」。監所的拘禁，只是讓犯罪者暫時不接觸毒品，但是其再犯率高得令人難以相信，吸毒人口只增不減，原因就在此。

三、生命與共

1. 互利共生的“朋友”

使用海洛因的個案在人際上均與家人的關係疏遠，所謂的「朋友」全部都是毒友，而卻又和這些毒友有著複雜的人際關係。既要防他們，又要靠他們；要利用他們、又怕被陷害。也就是說，海洛因對個案而言不只是身體及心理上的依賴，更有著其生活、人際上不能取代的地位。是他們在人際交往時的餽贈、是感謝、是見面禮、是答謝禮，代表著不同的歡迎、感謝、道歉、答謝等種種不同的社會意義。

「...有時認識新的藥頭，品好還可括分給同好，賺取利益，這是吸毒者一慣性作為。且同好間也有相互救濟之道，雖然比金子還貴的毒品，還是有朋友道義的人。因為誰敢保證天天毒品來源充足，如果不稍加度量些，有天斷糧，誰肯救你呢？也算是利益關係中的朋友之情。」

「我朋友都會供應我藥，現在經濟不是那麼好，每次還要找藥，乾脆就戒掉好了。以前朋友都會找美國人送貨，一個包裝約1.4克左右，一次吞了一百三十六顆，也有朋友帶貨進來，一次可以帶到420塊，都是北韓貨，給人家10萬塊以後，其他錢再到重慶北路的銀樓去匯款到泰國」

「我昨天幫一個朋友拿藥，想說可以小賺一點錢，早上幫他拿了一次，下午他要我再幫他拿，我想說早上就拿過了應該沒關係，結果才一靠近就看到警察從馬路對面跑來，我就想，慘了，被他出賣了」

「我出去一定會遇到那一些朋友的啦.....不可能遇不到，因為就都住在我家附近啊，每天出門都會遇到了啦，遇到一定會說到這個了啦，我不知道要怎樣去拒絕人家阿，人家也是一番好意，不然會以為我不給他面子。」

「我實在不是故意要用的，可是上次幫她去要回了人家欠她的30000塊錢，我就知道會有這麼一天...她昨天就帶了2000元海洛因和3000元安非他命來我家，我知道不能用，就只意思意思用了一點，其他的叫她帶回去...」

某個案則因為要跟另一位個案道歉，雖然身上沒有錢，仍然當掉一台新買的手機，換了海洛因與他分用，以示歉意。

因此在用藥的同時，為了確認藥品來源無虞，與確保吸食後的人身安全，在用藥的圈子裡，讓人與人之間圈起來的要素，就是用藥的人（藥癮者），透過物（毒品），在適當的地點（吸食與交易地點），透過吸食、觀看、述說的過程來彼此連結。而這些注射行為包括注射的頻率、器具、藥物種類等（Schoenbaum et al. 1989）

2. 集資買藥

因毒品價格上揚，讓許多已經傾家蕩產的個案必須集資購買，每次叫貨必須以一千元為基本購買單位，所以在集資購買的前提下，自然必須要共用毒品，也讓共用針具機會大增。

研究者曾在 7-8 月每天早上 6:30 起在某美沙冬給藥點旁做環境的觀察，該給藥點在 7:30 開門，每天一早大約 6:45 警察從對面街口徹崗，7:05 即開始有 1-2 位個案在門外徘徊，7:10 左右大約有 7-8 人一同在附近樹下聊天，7:15 左右即會有兩人共乘機車離開給藥點，到 7:40 左右回來，而在機車回來之前，原樹下等候喝藥的個案也不因已開門給藥而急著離開。後來一位個案與研究者熟識後就常陪研究者在附近觀察聊天，並做相關行為的解說：

「你看，他們一早都來這裡湊錢，那兩個剛才就是去拿藥的，現在拿回來了，等一會兒你就可以看到大家陸續到廁所去打了」、「對啊，這麼早就可以拿到藥了。」

「大家湊錢才可以買到比較好的貨啊，那要分當然就要一起打吧，不然不是很麻煩。」

「集體購買當然可以買到較好的貨。」

「共享毒品」不單是共食的具體活動，在共食過程中，從交易採買到吸食，從互動中分享著吸食的步驟與技巧，且共同孕育著情緒的醞釀、吸食的亢奮，從而塑造出吸毒的情境，一種彼此共存的社會空間。開始時的使用毒品絕對不是單一的個人行為，必須要有一連串的外在誘因、人際互動學習而來，而這種複雜的學習與人際網路並非說要斷絕就可以馬上斷掉的。一旦開始用藥，不僅脫離原有的生活方式、人際關係（家庭、學校等），並漸漸地在吸毒圈建立起新的人際網絡（李孟真 2000）。

一旦接觸毒品後，個案會脫離原有的生活方使與作息，原有的人際關係也受到破壞，並漸漸的建立起吸毒圈的新人際關係。而這種新關係的建立對於愛滋防治卻是最大的障礙，因為他們是以「群」為單位的感染，這正是 HIV 感染通報人數戲劇性上升的原因之一（張嫚純 2006）。

3. 針具共享

除了上述因集資買毒品而容易發生之共用針具的情形外，因毒品價格昂貴，針具取得的不普遍，對”共用”資訊的不完全了解等原因，許多個案都指出以往共用針具的經驗。

「我都在公廁打啊，打完以後就藏在天花板上，萬一下次還要用，還可以回來拿。」、「是啊，我就是以為沒有人會用我的筆，結果一定是那個人偷用了我的，還放回去。不過我也看開了，這樣打藥的日子，和有沒有得病（愛滋病）不是差不多嗎？」

「當初就是就是大家共用水啊，那個時候誰知道要預防什麼啊，不就是擔心藥的來源和不要被抓而已，誰知道還要想這些。」

「現在藥房一半以上都買不到針頭，所以有時候還是會冒這風險吧！」

「上次在我家那裡的點，看到有人故意幫人家打藥，問題是不可能這麼好心啊，後來知道他有病，大家見到他都要打他。」

「我想在這種情形下，不但是會共用針具，也會共用清洗用具，讓風險增加吧！」

「我是 92 年入監，發現感染 HIV 的，現在想想應該是與

幾位朋友一起施用毒品，當時只是想想用後清洗乾淨應該沒有問題，沒想到在入監後竟然發現有感染」

要避免共用針具在很多狀況下似乎是無法做到的，附圖顯示訪談個案購買毒品及共用針頭的流程，因與一位朋友老婆共用稀釋液而可能感染 C 型肝炎。

而針具共用的事在監所的故事中則是非常常見的現象，雖然經研究者詢問發生的時間多半在多年前，但仍有些個案表示這些狀況目前仍持續：

「記得當時工場熱鬧得很，就像市集一樣因為有貨進來了，大家正在輪流注射毒品。可是”筆”只有兩支，於是要等，輪流使用。」「一間工場被告大約是八十人左右，大家輪使用兩支筆」

「76 年 12 月被抓的時候，心想說完了，要受到毒魔的煎熬了，沒想到過兩天就可以用毒品了，原來是用寄包裹的方式闖關帶進來的只要付 13000 元，就可以拿到 10000 元的毒品，管理員抽 2000，接頭的同学抽 1000，當時的香菸一包要 800 到 1000 元，如果開保管金三聯單則是 5000 到 8000 元。」「據我知道有雜役會偷針頭，一支賣 3000，當時一個工廠就只有兩三支，所以大家都一起共用。」

「我知道會傳染肝炎後，我就不共用了，我是很愛護自己的身體的。」

「你知道用原子筆也可以做成針具嗎？」

「我知道可以找替代役男幫忙傳針具。」

「去年在新竹，我親眼見過一個大哥，找替代役幫忙帶貨

進來，不過他沒有那麼明目張膽，因為是私下自己偷偷用，所以就沒有被人家發現。」

四、出路

自從中央開辦減害計畫之後，不論在海洛因的使用及共用針具行為上，均為這個族群造成了一些新的影響。然影響層面有正面的也有負面的，尚需靠政府做後續的評估及考量。

1. 部份的替代

美沙冬替代療法的確使部份個案得到了生命的解脫，可以不再要施打海洛因，但此政策仍有它所造成的問題，如拿藥賣藥容易、無法脫離等。

「犯罪率會減少，因為像我們以前為了要拿藥，就需要錢，就會去犯罪作案，現在來喝美沙冬不用買藥錢。」

「其實美沙冬是真的很省錢啦，誰不是走頭無路沒有錢才來喝這個的，真的有錢還是會去打四號，沒錢時才跑來喝。」

「上次本來以前要判了，結果叫我緩起訴，我哪知道是什麼東西。」、「當然是比較好，比罰金少（指緩起訴處分金）。又可以來這喝藥。」

「現在打是打那個感覺，人體又不需要，只享受那個快感，看針打進去有血有快感。」

「現在身上有藥想要換錢，來這裡就可以馬上換到。」

「這裡的人還是會互相招說要打藥，本來沒想的這裡這麼多人在打，就跟著去打了。」

「唉啊，你們還不是怕花更多錢，所以才讓我們喝美沙冬的」。

2. 安心的注射

安全是個案們非常在意的東西，除了在空間上希望能有一個安全的空間（可以提供安心盡情的使用、及享受隨之而來的感覺）外，能夠不因注射感染亦為個案所在意。而愛滋疫情的上升對藥癮者而言的確也起了警示作用，使他們更注意要安全的用藥。

「我都在家打，這樣不但安心，又可以想睡覺睡，睡起來再打，這種安心不是到外面打可以比的。」

「只是筆比較麻煩處理啦，你要我拿回來喔！這風險太高了啦，萬一被抓到我不是死定了，我都直接丟在我家前面的排水溝裡面……不會啦，怎會危險，我都有把針頭弄斷，不會傷到其他人的啦！」「我都埋在我家附近空地裡面，沒有人會去那裡的啦！很安全啦！」

「如果政府成立一個毒癮村，讓這些人在裡面定時使用，由政府提供及管制，這不是一個兩全其美的辦法嗎？」

「其實還好啦，我如果共用針頭，我都是第一個打，所以我想應該不會被傳染才對！」

「現在隨身帶著針頭的風險性太高，警察不知道是怎麼知道，一看就知道是哪些人是會打藥的人。」

「我連續5天出捷運遇到警察都會被盤查，不知道是不是走霉運！」

「其實啊，現在我可以說90%以上的打毒的人都知道不要共用針具，那會感染愛滋病的。」

藥癮者對於愛滋病防治的看法是認同與尊重的，也了解清

潔針具的重要性，但即使如此仍會偶爾施打海洛因「解饞」一下

「已經把我嚇死了，怎麼肝炎這麼恐怖啊！」

「我已經不敢共用針頭了，太可怕了吧」

「現在有了美沙冬，身上就會有些錢，偶而要去拿藥來打也會有錢買，不像以前錢花光了，就沒藥用了。」

3. 賺錢的新途

除了因為使用美沙冬可以省下大量的金錢外，個案開始回到工作職場，可以為自己及家庭重塑經濟來源的管道。然而在政府全力推廣藥癮者進入替代療法或是清潔針具交換的過程中，由於多以金錢做為吸引個案進來的手段，亦使得個案們看到了許多賺錢的機會，以下為工作中聽到的一些現象，部份現象雖不能證實是事實，但均可為後續政策實施時的考量。

部份個案在美沙冬給藥點門口先行攔阻自動前來參與替代療法計畫的個案，並相約由他做為介紹人進入美沙冬替代療法的流程，以賺取介紹費，甚至有人一天就“帶”6位個案進入流程。經訪談某個案表示「你們介紹一個個案來就可以有500元，那我要多帶些人來，之前欠社工的那些錢就從這裡面扣就好。」

清潔針具回收時各縣市有不同的回收金額，但訪談許多個案都表示「身上有用過的針不是等警察抓嗎？」然而從各縣市回收的成果上可以看到回收率不斷提高，經向部份個案了解，由於各縣市不一定有限制拿針的數量，因此有部份個案常常可以回收大量的空針來換取回收獎金，但部份回收空針外觀看起來完全沒有用過，只是從封套中拆出來或只是將針心及外套分

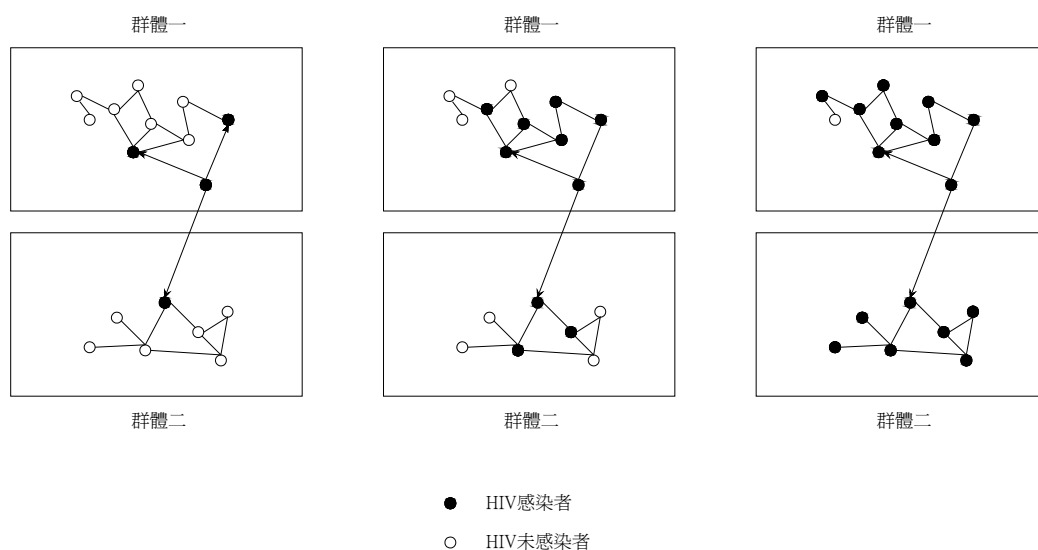
開而已；後經承辦單位指正，回收的針具中均可由目視看到血跡。經私下詢問，有個案表示「那只要去買些雞血豬血回來做成回收的就好了，你們要多少的回收率我都可以做出來。」

而在發放針具上，亦有個案表示「那種去拿大量的人，搞不好直接把針再拿到藥局去賣，這樣用毒的和藥局都可以賺一些...」

若以上的現象是事實，則政府的美意很可能在只重視回收數字或進入替代療法人數的假象下折損不少，而對於醫療資源亦出現很大的浪費。

個案接觸藥品的歷史不一，起因認為能增加能力以利工作進行者，佔 29.2%，同意用藥可使情緒穩定、感覺美好者，佔 67.7%（高家常 1993）。從研究中可以發現許多個案一開始是由使用安非他命開始進入“藥癮界”，除了初期的好奇好玩外，也相對的認同藥物可以提神、釋放安撫自己壓抑的情緒等“優點”。但一旦染上藥癮，所謂「身癮好戒，心癮難除」，個案一旦有過吸食經驗後，體驗到吸食過後對身體的亢奮與放鬆後，就如同研究結果所使用的『沈淪』，要再戒除簡直是不可能的任務。

而在共用毒品、共同針具上，張嫚純 2006 年的研究顯示出藥癮者在 HIV 感染者中罹病的感染模式，如下圖所示。在本研究接觸的個案中，幾乎所有的個案都知道愛滋病與共用筆、水的關係，可見政府單位在不同族群、場所，利用各種教育方式的初步成效是達到了，但是對於隱藏在暗處的藥癮者，是否瞭解其中的傳播方式，尚待瞭解與澄清。



二、研究限制：

質性研究經過與不同情境訪談個案深入瞭解後所呈現出來的結果，畢竟會因個人因素改變而有所差別，但是如何在這變異數大的研究中呈現出客觀的結果，係研究者責無旁貸的任務與使命。

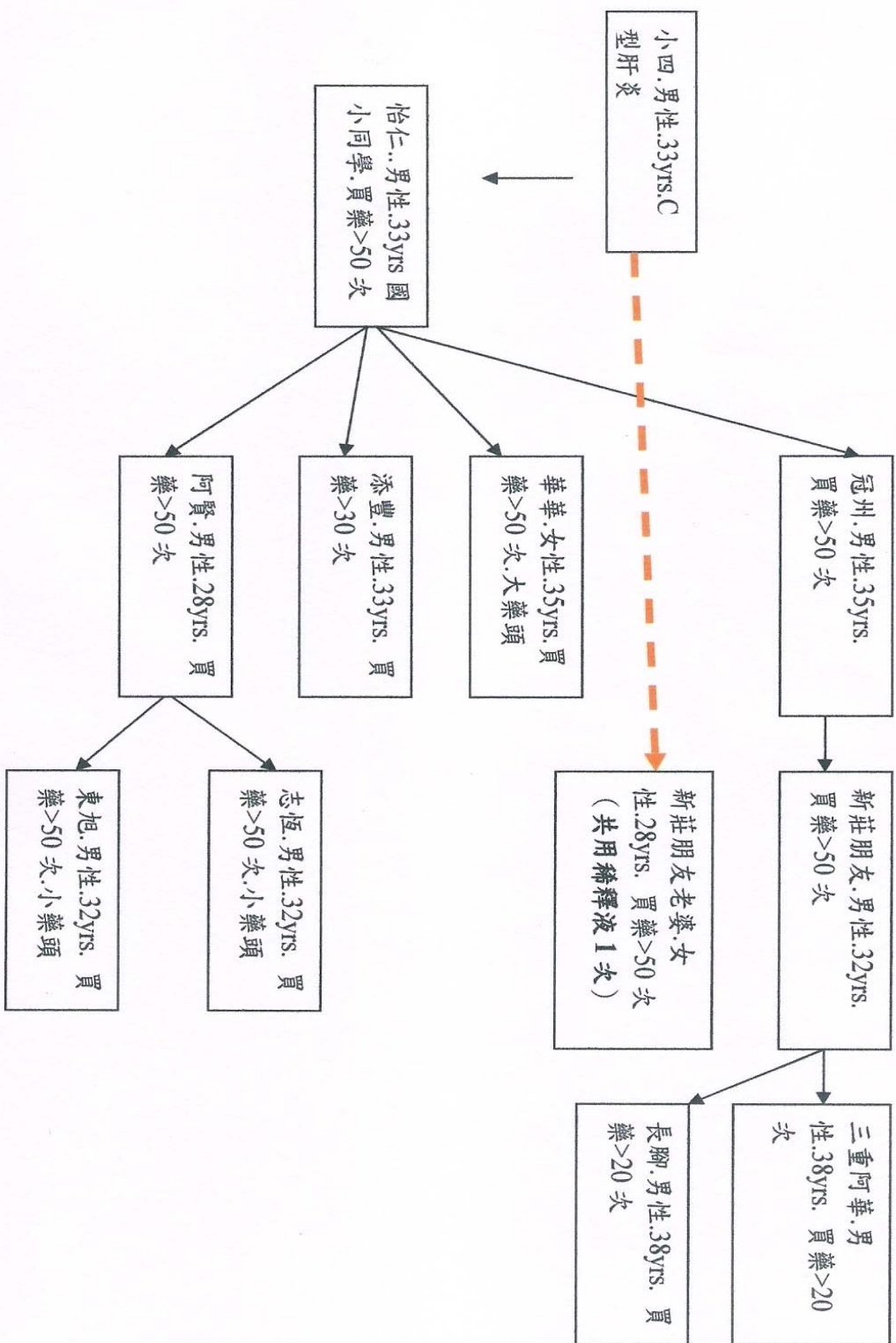
但不可諱言本研究容有其限制因素，概述如下：

- 一、對於時間與場所上的限制，研究對象僅限於北部地區（台北、基隆、宜蘭），對於其他地區的藥癮者是否有相同的人身經驗尚需進一步的探討，是否有不同的吸食文化與方式，尚無法證實其差異性。
- 二、在 2006 年顏嘉男的研究表示，對於曾經嘗試戒除毒品和完全不曾嘗試戒除使用者，以及曾經求助於醫療院所尋求戒除使用毒品者和自行戒毒者之間，存在社會人口學變項、毒品的使用型態及戒毒動機等各因子的差別。在本研究訪談過程中，對於願意接受訪談者多為願意主動戒毒或被動勒戒者，對於藏身在暗處無法追蹤到的使用毒品個案，其吸食文化或

方式不易得知，尚待願意進入毒品圈研究的自告奮勇者投入其中。

- 三、完成一個成功的質性研究實屬不易，研究者面對最大的變數——人，要從相互猜忌到互相信任，願意講出心底最深沈的想法，更是件挑戰的事情。當研究者面對女性個案與男性個案時，就發覺女性個案較願意表達自己的情感與想法，男性個案多語多保留，喜歡沈醉在自己編的藉口中，需要花相當多的時間經營與瞭解。而訪談中更因訪談者個人特質、性別、交往模式等因素而有不同之訪談結果，不過這也是質性研究最有趣的地方，因為這就是「人性」。

附圖、購買毒品及共用針頭過程



第五章 結論與建議

尼采認為文明來自兩種源頭：Apollo（阿波羅）和Dionysus（戴奧尼索斯），前者是太陽神，在尼采看來是屬於principium individuationis（原則上的個人主義），代表了勇氣、正義、理性、秩序、上進、奮鬥、虔誠、禁慾、嚴肅、誠實等美德，表現出來的形式是體制、道德、法律、政治、社會、價值、信仰、傳統等，也因此人就把自己從自然界中區隔出來；Dionysus則代表的是酒神，表現出來的形式是感性、靈感、頹廢、縱慾、快感、滿足等等，表現出來的形式就是藝術、文學、音樂等。

在現代音樂史上可以表現這衝突形式的，或許以 The Doors 門戶樂團主唱 Jim Morrison 為代表。想像在陳年威士忌香、嗆鼻煙草味、放浪形骸的陽剛魅力、層疊反覆的迷幻昏眩……，如果去除掉以上特徵，The Doors 就不是 The Doors，自然也無法給與樂迷如此追憶了。

根據”LSD 之父”瑞士化學家霍夫曼（Albert Hofmann）和心理學家蒂莫西利瑞（Timothy Leary）的親身體驗敘述，嗑藥會產生脫離自己軀殼的感覺，開啟通往另一世界的門扉，見到各種美景，聽到美妙的音樂，改變對「真實」的概念，並增強藝術創作靈感。這種心靈拓荒、開發內心獲得的愉快經驗，連著名作家赫胥黎都樂此不疲。

在此提及 Morrison 論述時，想像他對音樂的才華、無法克制的藥癮及感官追求，總會無法避免會拿他跟酒神 Dionysus 相比。從酒神的神話中，尼采領悟了自我犧牲，由犧牲而誕育生命、肯定生命的真諦。Dionysus 是生命的毀滅，也是生命的完成，是死，也是生，是至苦，也是極樂；酒神的「誕生」是悲劇，同時卻也帶來喜悅與狂

歡，藉著破壞與重建所不斷生成的漩渦，而實現自己的本質，最後在這種對立二元性的緊張關係，得以多面肯定、完成自我豐盈充沛的生命。酒神的這種活力，這種創造性生存的根源，便是後來尼采所謂的「權力意志」（Der Wille zur Macht，或譯為力量意志）。

然而所有國家機器與所謂正統宗教、思想，甚或包括儒家思想都將酒神意念所衍生的後代視如寇仇，必將其施以「規訓與懲罰」而後快。然而，文明是兩種都不可偏廢的，而人類世界更需要這兩種養分的滋養。

毒品對台灣來講，它延伸了近代中國的歷史記憶，在情感上或許連結了鴉片戰爭，因而冠以「毒品」，汙名化了某些藥物，使國家得到對「治理」人民「生命政治」的正當性。事實上，所有藥物都有其治療之正當性與濫用之可能，在監管用藥行為的同時，或許只是出於為管而管的偽善與潛意識恐懼。

但是回到所謂權力意志的貫徹上，何謂藥物、何謂濫用、用量要如何管制、自我的施打為何要管？監管的目的何在？在在衝突了我們現有的思想方式與價值體系。

我們嘗試從大法官會議在民國 88 年 1 月 29 日釋字第 476 號解釋已經針對毒品條例之死刑、無期徒刑規定是否違憲解釋，看看國家機器是怎樣看待人民使用“毒品“的態度。「人民身體之自由與生存權應予保障，固為憲法第 8 條、第 15 五條所明定；惟國家刑罰權之實現，對於特定事項而以特別刑法規定特別之罪刑所為之規範，倘與憲法第二十三條所要求之目的正當性、手段必要性、限制妥當性符合，即無乖於比例原則，要不得僅以其關乎人民生命、身體之自由，遂執兩不相侔之普通刑法規定事項，而謂其係有違於前開憲法之意旨。中華民國 81 年 7 月 27 日修正公布之「肅清煙毒條例」、87 年 5

月 20 日修正公布之「毒品危害防制條例」，其立法目的，乃特別為肅清煙毒、防制毒品危害，藉以維護國民身心健康，進而維持社會秩序，俾免國家安全之陷於危殆。因是拔其貽害之本，首予杜絕流入之途，即著重煙毒來源之截堵，以求禍害之根絕；而製造、運輸、販賣行為乃煙毒禍害之源，其源不斷，則流毒所及，非僅多數人之生命、身體受其侵害，并社會、國家之法益亦不能免，為害之鉅，當非個人一己之生命、身體法益所可比擬。對於此等行為之以特別立法嚴厲規範，當已符合比例原則；抑且製造、運輸、販賣煙毒之行為，除有上述高度不法之內涵外，更具有暴利之特質，利之所在，不免群趨僥倖，若僅藉由長期自由刑措置，而欲達成肅清、防制之目的，非但成效難期，要亦有悖於公平與正義。……其中關於死刑、無期徒刑之法定刑規定，係本於特別法嚴禁毒害之目的而為之處罰，乃維護國家安全、社會秩序及增進公共利益所必要，無違憲法第 23 條之規定，與憲法第 15 條亦無抵觸。」

另在其解釋文中強調：「憲法第 8 條、第 15 條固明定人民身體之自由與生存權應予保障；惟國家刑罰權之實現，立法機關本於一定目的，對於特定事項而以特別刑法規定特別之罪刑，以別普通刑法於犯罪及刑罰為一般性規定者，倘該目的就歷史淵源、文化背景、社會現況予以觀察，尚無違於國民之期待，且與國民法的感情亦相契合，自難謂其非屬正當；而其為此所採取之手段，即對於人民基本權利為必要之限制，乃補偏救弊所需，亦理所當為者，即應認係符合憲法第二十三條之比例原則。……」

因此為了社會上大多數人的利益，顯見製造、販賣以獲取暴利係大法官解釋中為了「維護國家安全、社會秩序及增進公共利益」所

採用必要死刑、無期徒刑手段，其不容於社會可見一般，對於使用毒品者，則仍有因毒品種類與動機而有不同之處罰方式。

第一節、結論

一、 毒品是交際的工具

毒品在藥癮者分享的概念下，被塑造成高貴與輸誠的禮品，不管關係多複雜，他對所有的藥國人民而言，上自藥頭，下至藥腳、所以的朋友、夫妻、吸毒友伴、男女朋友，毒品都是互相關係的最佳互動媒介。藥頭可以藉由販毒獲取金錢與財富，藥腳則希望獲得便宜且品質好的毒品貨源。

一旦昂貴的毒品轉化為人際往來的禮物，無形中吸毒者也捲入了這往來互惠的關係中，並在人情、歉意與回饋當中反覆掙扎（李孟真2000）。從許多的觀察中，發現毒品不僅是解藥癮的工具，更有著答謝、道歉、歡迎、示好等多方的意義。一位個案幫助朋友解決了事情，朋友隔天送上五千元的四號；而一位個案做了令另一位個案不愉快的事，事後亦賣了手機換了海洛因與對方共同”享用”以式歉意。

在藥國的人際關係裡，毒品已經成為人際關係的工具。為了確保藥品不會間斷，或是失了來源，用藥伙伴也像是互助網路般的緊密，深怕斷了貨源。有了好的貨源會互相奔走，有新的藥頭會互相介紹，真正的做到了「好甲倒相報」的程度。

二、捨棄自尊，充斥藉口

再次用藥定有使用的藉口，「我用藥還不是因為我老婆離開我，所以才想用這辦法不想這個事情」，「車禍受傷熬不住一定要用這止痛，不然我撐不下去啦。」從這些自我安慰的幻想中，個案可以找到持續用藥的理由與正當性。亞隆（2003）認為個人認定自己無能為力、沒有價值，是一種暴力疾病的變型，他簡稱為無能。藥癮者無法擺脫毒品的深淵，對於一個人的自我價值感和自信心都是很大的打擊（邱美珠 2007）。在這種無力感與自我肯定的雙重失落感下，許多個案放棄自我存在感，放棄在真實世界中找到自我價值的肯定，又無處發洩不滿，只有在用藥後的恍神欣快狀態中，忘記的挫折，不再堅持生命持續奮鬥的意義。

而捨棄自尊的後果，就是發揮到極致的「懶」。「用藥後剛開始以為會精神比較好，但是後來就懶了，工作都不想做。」「嗒藥後都感覺懶懶的，真的很不舒服，每天只想睡覺，但是又睡不好，弄得很痛苦，後來要去找安眠藥來吃。」生理上的不適引起心理上的放棄，是藥癮個案「懶」的最佳寫照。

林盈慧在〈戒毒經驗之社會建構研究〉中指出，發現施用毒品者一方面認為戒毒要靠自己的意志力控制，另一方面卻又表達出戒毒要靠自己的困難，在意志力與失控的拉距下，常使其感到心有餘而力不足，而使得周遭人際、親情關係在努力付出後，卻多換來沈重的打擊，而歸咎於藥癮者本身意志力薄弱、好逸惡勞、善於說謊等負面評價，以致完全失去了信任感（邱美珠 2007）。

三、陷入被制約的困境中

用（藥）不能間斷的情形下，每天張開眼睛的第一件事就是（想）要找（藥），如有藥便可以安心的繼續睡或是打（藥），沒有（藥）便開始（想）要去哪裡買（藥），沒有錢買便開始（想）去哪裡找（錢）。在「思、藥、錢」的循環中陷入被制約的困境中。

尋找毒品的過程是痛苦而高風險的，每天一兩千到一兩萬的花費不是一般個案可以負擔的。「每天一醒來，就在想，藥在哪裡」，「我沒有見過用的越來越少的啦！我最多每天要打七八次，一天要花一萬多吧……怎辦，我也不知道，就想辦法吧！」，「當初就是家裡的東西經常不意而飛，才想說到底是發生了什麼事，後來才知道我弟弟在打藥。」

許多個案因此陷入的打藥、找藥、找錢、找人借、想盡辦法找錢的模式當中，因此在需要解癮的當下，社會價值觀或是風險，自然就不敵「啼藥」的威脅了。

第二節、建議

美國毒品政策的一大反諷是，法律往往在毒品使用高峰期過後才嚴苛起來，耶魯醫學院教授馬斯托（David Musto）是研究美國毒品政策的知名學者，他指出，毒品使用最廣泛時通常也是社會最寬容時。因為當毒品從中產階級退出時，使用者開始被邊緣化，被當成代罪羔羊，動輒被懲罰。

但是社會嚴刑峻罰所付出的代價往往被大多數人所忽略，因為他認為美國的毒品法反應的不是事實，而是文化的變遷。嚴刑峻罰或許可以暫時阻遏毒品氾濫，但並不是影響毒品使用人數多寡的主因，此一理論可以從歷史的發展上得到印證（張美惠 2005）。他也認為要戒除毒害，就像是要人們遠離酒精誘惑一般不可行。不經過思考而對毒品施以的嚴刑峻罰，對其防杜是根本無用的。

就像是美國年輕人吸食大麻的人數在 1979 年達到高峰，七年後通過嚴苛的聯邦法律時，使用人數其實已大減 40%，且多數年輕人表示不想使用大麻的原因是基於身體健康因素，而不是因為害怕坐牢。換句話說，嚴苛的法律無法阻止 60 年代的嬉皮吸食大麻，30 年後也不能阻止嘻哈世代（Schlosser 2005）。

造成毒品橫行的原因，其因素絕非單一而是多面向的，故在抗制犯罪政策之擬定與選擇上，正確的態度和作法就像是面對藥癮病患一樣，必須回歸基本面加以考量，如此方能對犯罪的根源對症下藥。

就像愛滋病初肇，歸咎於同性戀者而用恐嚇式的教育效果，卻會讓其他族群完全忽視了 HIV 的真正傳播途徑與方式（王作方 1995）。

總結過去的經驗，如果單以嚴刑峻罰作為抗制毒品犯罪的手段，似乎無法獲得預期的效果，反而造就龐大的毒品市場，而如何打破毒

品市場的供需關係，應是我們需要進一步反思的，而這也正是世界各國面對毒品一直尋求的解決之道（蘇裕翔 2005）。

在觀察受訪者訪談過程及記錄中，可以發現在復發過程中，個案在心理、表現行為、人際關係互動、與家人相處關係等，會有明顯階段性的發展。尤其在部分個案參與愛滋減害療法過程中，面對新藥物的選擇、使用，充滿了對藥物與對自己的不確定性與不安全感，加上法律問題的糾結（新案未結、緩起訴的不確定性等），讓我們深信要解決這些問題必須從不同面向努力方能獲得改善：

一、 在法制層面上：

1. 將毒品適當的還原到理性的毒品政策，許多的執法資源可以從較輕的毒品使用逮捕與監禁，轉移到防制更嚴重的犯罪，每年可以釋出更多的經費運用在更有意義的事情上，如治療藥物濫用者。許多牢房可以空出來監禁其他的犯人，降低黑市買賣的利潤（蘇裕翔 2005）。
2. 持續加強毒品法治教育，多花宣導經費用在初期安非他命、K他命的使用，可以減少因藥物持續好奇所導致海洛因的使用。
3. 加強對於先驅性化學藥品的控管與查核：對「衛生署管制藥品管理局」與「經濟部工業局」兩單位的相關使用規定與管控應嚴加把關。在經濟部方面委託民間生醫中心執行業務部分，亦應加強其查核權責與能力，避免因喪失執行力而失諸寬鬆。
4. 全國反毒大會流於形式：民國 83 年政府動員各相關部會成立反毒相關聯繫管道，建立起「緝毒」、「拒毒」與「掃毒」等

三項作為，分別由法務部、教育部、衛生署主導所有相關議題，並固定在每年六月份禁煙節前後召開「全國反毒大會」。唯多年來大會已流於形式，每年固定的選拔表揚，並不能彰顯大會現階段的重要性。

5. 實施替代性治療與毒品依賴者之管理、將成癮者全面除罪化後，衛生單位與法治單位分工管理，衛生醫療單位負責毒品戒治工作，法治單位對緝毒與犯罪事實科刑部分加以管制，將戒治處遇模式與毒品危害防治條例分開管理，最低刑期的規定也應考慮廢除，將法官的權限還給他們，以確保罪與罰的相符。
6. 若要擴大防治毒害規模，可以仿照美國成立緝毒局（DEA）專責毒品犯罪的抗制工作，以求事權的統一。在中央設立「毒品防治委員會」，在各縣市政府設置「毒品危害防治中心」，不僅提供一條鞭式的臨床藥癮戒斷服務，並可以確實輔導其就業、住宿、其他重大疾病等全面安全性的環境，以徹底斷絕毒品誘惑。
7. 在強制戒治處分後，檢察官可以施用「恩威並用」的戒治心態，由檢察官科處緩起訴之附帶條件，嘗試減低個案對除罪化的誤解與投機心態，進而提升戒治成效。唯本方式尚需醫療專業團隊的權力配合，與檢方持續的加強追蹤輔導，防止個案因誘惑或其他因素而喪失戒治成功之機會。

二、 醫療層面上：

1. 發展專業戒毒戒治模式，可依個案不同的用藥方式與行為，

普遍設立專業戒毒中心與門診，提供戒斷者可近即時的戒斷服務，有效配合個案戒毒意願，以提高戒毒成功率。

2. 提升犯罪矯正機關治療藥癮的專業能力，對於司法機關所成立之戒治所、勒戒單位，應加強與醫療單位之聯繫與分工，強化醫療行為角色扮演，拋棄監禁是唯一選擇的思考模式。
3. 輔導民間機構發展戒癮服務，對於自發性的戒毒需求，政府應提供民間機構成立長期（戒毒村）、短中期（戒毒中心、日間輔導中心、半日輔導中心）等不同模式提供民眾選擇，配合其工作、學業，選擇其最適的戒癮方案。
4. 發展社區藥癮戒治醫療輔助體系，提供有效就近的醫療輔助、社會救助與心理輔導。
5. 初期司法機關成立專業藥癮戒治所，之後可逐步轉移至醫療機構負責，將藥癮者視為醫院病患，由衛生醫療機關全面提供藥癮戒治服務。
6. 對用藥者採取較為寬容的態度，對於提供藥癮減害（harm minimization）的醫療單位與藥癮者應提供更去吸引力的方式，讓個案在醫護人員監視下服用替代藥物，控制其毒品的成癮，促使其盡快回歸社會，並可以達到照顧自己，並有所生產能力。
7. 應建立毒品使用衡量指標，因吸毒人口多為社會隱匿族群，真正藥癮人數的精確度尚難以估計，但在面對一場長期戰爭時，相關政策的擬定與評估仍須相關流行病學資料庫佐證，方可彰顯政策之方向與其可持續性。
8. 在務實而同情的作法上，甚至可借鏡荷蘭與加拿大作法。在荷蘭毒品被視為社會問題，除非犯罪否則避免由刑事司法介

入，將個人的用藥風險侷限在一定的範圍內，對於藥物的使用，他們也推行所謂安全屋計畫（safe house project），低價提供檢驗舞會轟趴場所客人所帶的各式藥品，確保使用上的安全與劑量；在加拿大，政府則提供隱密、安全與清潔的場所與針具，確保用藥安全與社會秩序。甚至有個案認為若由政府提供海洛因更可以破壞市場機制，減少社會成本，唯這想法現階段顯然不可行。

三、 戒治輔導的作法上：

1. 提升犯罪矯正機關治療藥癮的專業能力，配置足夠人力的矯正師、心理治療師、醫師，以確實發揮專業的矯正效果，避免因進入矯正機關而認識更多藥癮者，造成日後戒斷之不易。另與縣市醫療單位做有效的結合，相關的觀察勒戒司法處遇皆無法落實「醫療行為」，對於「醫療重於處罰」的政策理念無法確實落實，有悖於毒品危害防治條例第 27 條的精神。
2. 因輔導追蹤不易，再犯率居高不下，戒治工作並不是讓成癮者在勒戒期間認識更多的藥癮者，若以現在的人力與設施，受戒治人一旦出所後多為行蹤不明或配合意願極低，當脫離矯正機關與公權力的監督失而失聯，極易陷入再犯的情境。因此增加相關的社工輔導系統，或是個案管理工作，應可有效掌握其行蹤，減少再犯率。

96年度計畫重要研究成果及具體建議

計畫名稱：藥癮愛滋及減害計畫之整合型研究子題4：藥癮者共用吸食或集體注射毒品行為模式及防治策略之探討

主持人：莊苹 計畫編號：DOH96-DC-1008

1.計畫之新發現或新發明

集資買藥行為模式容易發生共用針具或稀釋液之行為，在人際關係中毒品是交際的工具，行為是捨棄自尊、充斥藉口的，且容易陷入被制約的困境中。

2.計畫對民眾具教育宣導之成果

持續加強毒品法治教育，多花宣導經費用在防制初期安非他命、K他命的使用，可以減少因藥物持續好奇所導致海洛因的使用。對於先驅性化學藥品的控管與查核應嚴加把關與查緝。提供低價與快速進入的減害治療機構，不因醫療品質不易掌握與附近環境惡化而降低醫療院所開設減害門診之意願。

3.計畫對醫藥衛生政策之具體建議

建立毒品流行病學資料庫，發展專業戒毒戒治模式，普遍設立專業戒毒中心與門診，提供戒斷者可近即時的戒斷服務。犯罪矯正機關治療藥癮應加強與醫療單位之聯繫與分工。加強輔導民間機構發展戒癮服務。發展社區藥癮戒治醫療輔助體系。考慮低價檢驗舞會轟趴場所藥品方式，或提供隱密、安全與清潔的場所與針具，並增加相關的社工

輔導系統，或是個案管理工作。

參考文獻

中文部分

- 王作方（1995）。活在愛滋的陰影—台灣地區男同性戀者的生活經驗及對愛滋病與防治的感受。國防醫學院公共衛生研究所碩士論文。
- 王宏舜、袁志豪（2007），揪著吸毒兒投案 逮藥頭，聯合報，2007年11月1日，第C2版北市要聞。
- 李孟真（2000）。毒品、身體與自我：藥癮少女的成癮、戒癮經驗。清華大學人類學研究所碩士論文。
- 易之新譯，亞隆（Irvin D. Yalom）著（2003）。存在心裡分析（上）（下）Existential Psychotherapy，台北市，張老師文化。
- 林式毅（2004）。海洛因的健康影響，第四期文獻回顧研析計畫報告書，台北，國家衛生研究院。
- 林倩如（2005）。同儕吸毒、家庭功能對戒治所男性海洛因使用者毒品再用的影響，成功大學行為醫學研究所。
- 林麗雲（1996）。安寧照顧的文化之舞：以台大緩和醫療病房為述說情境，清華大學社會人類學研究所碩士論文。
- 邱美珠（2007）。毒癮愛滋感染者之生活世界，南華大學生死學研究所碩士論文。
- 門菊英（1992）。青少年吸食安非他命相關因素探討，東海大學社會學研究所碩士論文。
- 韋海浪（2005）。海洛因成癮者接受美沙冬替代療法之短期戒癮效果，陽明大學醫務管理研究所碩士論文。

- 徐宗國譯 (1997)。質性研究概論，台北，巨流。
- 高家常(1993)。海洛因使用者的用藥態度與其心理健康狀況之探討，
高雄醫學大學護理研究所碩士論文。
- 張美惠譯、愛瑞克·西洛瑟 (Eric Schlosser) 著。大麻草·草莓園·
色情王國Reefer Madness—Sex, Drugs, and Cheap Labor in the
American Black Market。2005，台北市，時報文化。
- 張嫚純 (2006)。成癮藥物使用情境脈絡與HIV感染關聯之初探，台
灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 許舒博 (2005)。毒品犯之生活歷程與走私犯罪模式之研究---以海洛
因販賣者為例。中正大學犯罪防治所碩士論文。
- 陳玟如 (2004)。藥物濫用者復發歷程之研究。慈濟大學社會工作研
究所碩士論文。
- 馮朝霖、簡楚瑛 (2001)。質性研究：理論與實作對話，台北，五南。
- 葉紅秀 (1997)。青少年藥物濫用的基本認識，學校藥物教育工作指
引，台灣省政府教育廳出版。
- 廖德琇、陳渲琄、翁世恆著 (2004)。躲在書包裡的死神—青少年毒
品問題訪談實錄，台北市，東佑文化。
- 潘海英 (1990)。田野工作中的自我：從Malinowski的日記談起，台
灣史田野研究通訊17: 26-37。
- 謝菊英、蔡春美、管少彬譯，Patt Denning, Jennie Little 著 (2007)。
挑戰成癮觀點, Over the Influence- The Harm Reduction Guide
for Managing Drugs and Alcohol，台北市，張老師文化。
- 顏嘉男 (2006)。海洛因及安非他命使用者之藥物戒除經驗及求助管
道之相關因子。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 蘇裕翔 (2005)。我國毒品犯罪之立法研究—以毒品危害防制條例為

中心。國防管理學院法律研究所碩士論文。

英文部分：

- Anderson Tommy L.& Mott, Jason A.(1998), Drugs-related identity change: Theoretical development and empirical assessment. *Journal of Drug Issues*; Spring 98,28(2).
- Backmund M, Meyer K, Henkel C, et al. Risk Factors and predictors of human immunodeficiency virus infection among injection drug users. *Eur Addict Res.* 2005;11:138-144.
- Emmanuel F, Akhtar S, Attarad A, et al. HIV risk behavior and practices among heroin addicts in Lahore, Pakistan. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.*2004 35:940-948.
- Ghys PD, Saidel T, Vu HT, Savtchenko I Erasilova I et al. Growing in silence: selected regions and countries with expanding HIV/AIDS epidemics. [Review][23 refs]. *AIDS* 17 Suppl 4: s45-50.
- Kelen GD, Green GB, Purcell RH, Chen DW Qaqish BF et al. 1992. Hepatitis B and hepatitis C in emergency department patients. [see comment] . *New England Journal of Medicine.* 326(21): 139-404.
- HIDA. NIDA Home/Frequently Asked Questions: What is drug addiction? 2005.
- Rompalo A. M., Shah N., Margolick J. B., et al. Evaluation of possible effects of continued drug use on HIV progression among women. *International Journal of STD & AIDS* 2004;15:322-327.
- Schoenbaum EE, Hartel D, Selwyn PA, Klein RS, Davenny K et al. 1989. Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users. [see comment] . *New England Journal of Medicine.* 321(13): 874-9.
- Smits, Leo(1980)Getting off: An Anthropological Analysis of Heroin Users. Amsterdam: Antropologisch- sociologisch Centrum, Universiteit van Amsterdam.

計畫編號：DOH96-DC-1008

行政院衛生署疾病管制局 96 年度科技研究發展計畫

藥癮愛滋及減害試辦計畫之整合型研究—子計畫三
社區藥局與毒品使用者對於藥癮愛滋疫情、減害試辦計畫
之相關知識、態度與行為探討

研究報告

執行機構：臺北市立聯合醫院

計畫主持人：王永衛

研究人員：袁美珍、王少平

執行期間：96 年 1 月 1 日至 96 年 12 月 31 日

* 本研究報告僅供參考，不代表衛生署疾病管制局意見 *

目錄

目錄.....	1
圖次.....	4
表次.....	5
中文摘要.....	7
英文摘要.....	8
壹、前言.....	10
貳、研究方法.....	16
(一) 研究設計.....	16
(二) 研究對象.....	16
(三) 研究工具.....	17
(四) 研究步驟與資料分析.....	17
(五) 研究品質控制.....	18
(六) 倫理考量.....	18
參、結果與討論.....	19
一、研究結果.....	19
(一) 設計本研究之測量工具(結構式問卷).....	19
(二) 社區藥局問卷統計分析及回收率.....	19
(三) 愛滋病知識量表.....	21
(四) 愛滋病態度量表.....	32
(五) 減害計畫知識量表.....	39
(六) 減害計畫態度量表.....	51
(七) 個人基本特質.....	59

(八) 愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫的認識及減害計畫 的態度之關係.....	64
(九) 減害計畫之預測因子.....	68
(十) 藥癮個案部分.....	70
二、討論.....	77
(一) 問卷統計及回收率.....	77
(二) 愛滋病知識量表.....	78
(三) 愛滋病態度量表.....	79
(四) 減害計畫知識量表.....	80
(五) 減害計畫態度量表.....	82
(六) 社區藥局藥師的基本特質.....	83
(七) 愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫的認識及減害計畫 的態度之關係.....	85
(八) 減害計畫之預測因子.....	87
肆、結論與建議.....	89
一、結論.....	89
(一) 問卷統計及回收率.....	89
(二) 愛滋病知識量表.....	89
(三) 愛滋病態度量表.....	90
(四) 減害計畫知識量表.....	90
(五) 減害計畫態度量表.....	91
(六) 社區藥局藥師的基本特質.....	91
(七) 愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫的認識及減害計畫 的態度之關係.....	92

(八) 減害計畫之預測因子.....	93
二、建議.....	94
(一) 社區藥局藥師對於藥癮愛滋的認知及態度.....	94
(二) 社區藥局藥師對於減害計畫的認識與態度.....	94
(三) 不同地區的社區藥局參與減害計畫之相關因素.....	95
(四) 研究限制.....	95
三、誌謝.....	97
伍、參考文獻.....	98
陸、附錄一.....	103
柒、附錄二.....	107

圖次

圖一、台灣地區本國籍感染人類免疫缺乏病毒者趨勢圖.....	11
-------------------------------	----

表次

表一、社區藥局統計及問卷回收率.....	20
表二、不同地區的社區藥局藥師對於愛滋病之認識的得分結果.....	24
表三、台北市社區藥局藥師對於愛滋病之認識的得分結果.....	26
表四、台南縣社區藥局藥師對於愛滋病之認識的得分結果.....	28
表五、全部社區藥局藥師對愛滋病之知識的相關變項.....	30
表六、台北市社區藥局藥師對愛滋病之知識的相關變項.....	30
表七、台南縣社區藥局藥師對愛滋病之知識的相關變項.....	30
表八、影響台北市社區藥局藥師對愛滋病之知識的單因子變異分析.....	31
表九、影響台南縣社區藥局藥師對愛滋病之知識的單因子變異分析.....	31
表十、不同地區的社區藥局藥師對於愛滋病之態度的得分結果.....	34
表十一、台北市社區藥局藥師對於愛滋病之態度的得分結果.....	35
表十二、台南縣社區藥局藥師對於愛滋病之態度的得分結果.....	36
表十三、全部社區藥局藥師對愛滋病之態度的相關變項.....	37
表十四、台北市社區藥局藥師對愛滋病之態度的相關變項.....	37
表十五、台南縣社區藥局藥師對愛滋病之態度的相關變項.....	37
表十六、影響台北市社區藥局藥師對愛滋病之態度的單因子變異分析.....	38
表十七、影響台南縣社區藥局藥師對愛滋病之態度的單因子變異分析.....	38
表十八、社區藥局藥師對政府推行『減害試辦計畫』的認識程度之分析.....	42
表十九、不同地區的社區藥局藥師對於減害計畫之認識的得分結果.....	43
表廿、台北市社區藥局藥師對於減害計畫之認識的得分結果.....	45
表廿一、台南縣社區藥局藥師對於減害計畫之認識的得分結果.....	47
表廿二、全部社區藥局藥師對減害計畫之知識的相關變項.....	49
表廿三、台北市社區藥局藥師對減害計畫之知識的相關變項.....	49

表廿四、台南縣社區藥局藥師對減害計畫之知識的相關變項.....	49
表廿五、影響台北市社區藥局藥師對減害計畫之知識的單因子變異分析...	50
表廿六、影響台南縣社區藥局藥師對減害計畫之知識的單因子變異分析...	50
表廿七、不同地區的社區藥局藥師對於減害計畫之態度的得分結果.....	53
表廿八、台北市社區藥局藥師對於減害計畫之態度的得分結果.....	55
表廿九、台南縣社區藥局藥師對於減害計畫之態度的得分結果.....	56
表卅、全部社區藥局藥師對減害計畫的態度之相關變項.....	57
表卅一、台北市社區藥局藥師對減害計畫的態度之相關變項.....	57
表卅二、台南縣社區藥局藥師對減害計畫的態度之相關變項.....	57
表卅三、影響台北市社區藥局藥師對減害計畫之態度的單因子變異分析...	58
表卅四、影響台南縣社區藥局藥師對減害計畫之態度的單因子變異分析...	58
表卅五、不同地區的社區藥局藥師的個人基本特質之分佈.....	61
表卅六、台北市受訪社區藥局的地理分佈.....	62
表卅七、台南縣受訪社區藥局的地理分佈.....	63
表卅八、全部社區藥局藥師對愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫的 認識及減害計畫的態度之相關情形.....	67
表卅九、台北市社區藥局藥師對愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫 的認識及減害計畫的態度之相關情形.....	67
表四十、台南縣社區藥局藥師對愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫 的認識及減害計畫的態度之相關情形.....	67
表四十一、社區藥局藥師對減害計畫相關因子之逐步複迴歸分析結果.....	69
表四十二、避免共用針頭之行為信念結果.....	70
表四十三、避免共用針頭之重要參考對象結果.....	71
表四十四、避免共用針頭之控制信念結果.....	71

中文摘要

本研究目的為探討社區藥局藥師與藥癮者對愛滋疫情之知識、態度及接受程度，亦探討社區藥局藥師及藥癮者對減害試辦計畫之知識、態度與行為，以瞭解社區藥局加入減害計畫及藥癮者利用此社區資源的相關因素。研究方法為：①隨機抽樣台北市及台南縣社區藥局接受問卷調查；②透過台北市立聯合醫院疾病管制院區、看守所及保護管束人諮商暨醫療合作計畫，進行研究個案之收集。資料分析採描述性及推論性統計的方式進行。結論如下：社區藥局藥師問卷回收率：台北市為18.84%、台南縣為23.11%。全部藥師的愛滋病認識為 18.22 ± 1.48 分，全部藥師的愛滋病態度為 35.18 ± 3.94 分，全部藥師對減害計畫的認識為 12.34 ± 2.50 分，全部藥師對減害計畫的態度為 60.52 ± 7.15 分。女性藥師有64位，男性藥師有98位；全體藥師的平均年齡為 47.20 ± 11.77 歲；大學（專）有154人、研究所有7人、其他學歷有1人；全體藥師的平均年資為 14.37 ± 12.41 年；全職有155人，兼職有7人。台北市及台南縣藥師的愛滋病的態度得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，有顯著差異。台北市藥師的減害計畫的認識得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，也有顯著差異。工作屬性及愛滋病的態度對減害計畫的態度最具影響力。建議(1)針對社區藥局藥師的教育訓練可委託全國藥師公會配合，定期舉辦研討會或研習會，更新愛滋病的衛教資訊；(2)持續辦理減害計畫，增加針具交換的服務點、獎勵參與減害計畫的藥局、給予合法保障及維護安全；(3)委請地方衛生單位積極輔導轄區的社區藥局，並針對年齡大且工作時間長的藥師給予減害計畫相關的在職訓練，以利政府更加落實減害計畫的推動。

關鍵字：愛滋病，減害計畫，知識、態度，社區藥局藥師，藥癮者

英文摘要

Aim: The purpose of this research is to investigate the knowledge, attitude and acceptance level of AIDS for community pharmacists and drug abusers. And it is also to investigate the knowledge, attitude and practice of Harm Reduction Project for community pharmacists and drug abusers. We want to understand the relevant factors of the community pharmacies to join in Harm Reduction Project and drug abusers to utilize these community resources. **Method:** firstly, random sampling Taipei and Tainan community pharmacies accept the questionnaire, secondly, through the district of the disease control of the Taipei city hospital, guard house, and counselling and medical cooperative programme for people who were protected and restrained to collect the research cases. The data were analyzed by using descriptive statistics and deductive statistics. **Conclusion:** A response rate 18.84% in Taipei and 23.11% in Taina were achieved. The average score of all pharmacists' AIDS knowledge was 18.22 ± 1.48 , all pharmacists' AIDS attitude was 35.18 ± 3.94 , all pharmacists' Harm Reduction Project knowledge was 12.34 ± 2.50 , and all pharmacists' Harm Reduction Project attitude was 60.52 ± 7.15 . There were 64 female and 98 male pharmacists, including 154 college degree, 7 graduated degree, and 1 other degree. Work full time was 155 and part time was 7. All pharmacists' average age was 47.20 ± 11.77 y/o, and average work time was 14.37 ± 12.41 years. The score of AIDS attitude and Harm Reduction Project attitude of Taipei and Tainan community pharmacists had positive correlation and significant relationship. The score of Harm Reduction Project knowledge and Harm Reduction Project attitude of Taipei community pharmacists had positive correlation and significant relationship. The work property and AIDS attitude were the most influence to Harm Reduction Project attitude. **Suggestion:** 1. Professional training to community pharmacists was needed. The government should

commend nation pharmacist society to hold conference or workshop regularly. 2. Harm Reduction Project was continued to be hold, including raising clean needles and syringes exchange service positions, reward pharmacies participating in Harm Reduction Project, giving legislative guarantee and keeping their safety. 3. Regional health department should active guidance to local community pharmacies, especially for those elder and work long time pharmacists to give their further training about Harm Reduction Project. These recommendations will help government carry out Harm Reduction Project more efficiency.

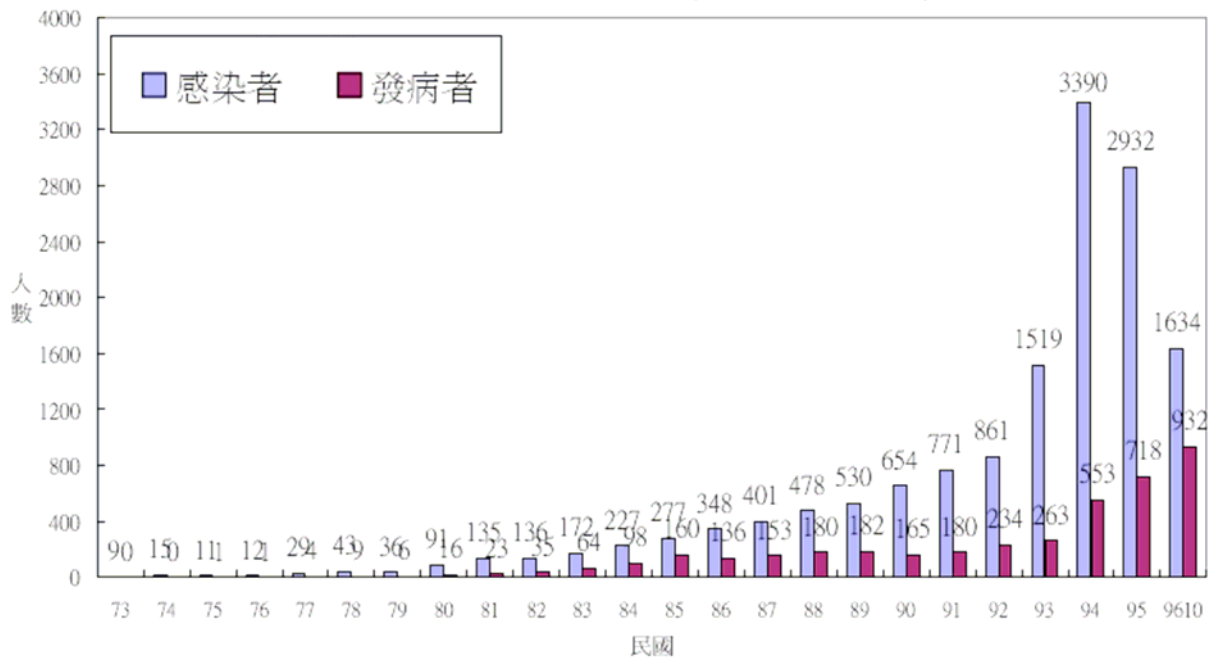
Key words: AIDS, Harm Reduction Project, Knowledge, Attitude, Community Pharmacist, Drug Abuser

壹、前言

愛滋取自 AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) 的中文諧音，意謂後天免疫缺乏症候群，於 1981 年在美國被發現。人體感染 AIDS 的致病原 HIV (Human Immunodeficiency Virus) 病毒後，它會侵犯體內 T 淋巴細胞，從而破壞身體的免疫系統，造成多種伺機性感染。HIV 病毒主要存在於帶原者的血液、精液與陰道分泌液，三大傳染途徑為性行為傳染、血液傳染、母子垂直傳染，其臨床表現可分為空窗期、潛伏期、發病期 (莊，1998；CDC,1981；Gottlieb, Schroff & Schanter,1981)。最常見的愛滋病治療方式為藥物治療，但現有的治療藥物之效用僅能減少病毒量、提高免疫力、改善存活率、減少抗藥菌種，目前尚無法治癒愛滋病 (莊，1998；衛生署，1998；CDC,1981)，因此科學界仍致力於研發愛滋病治療藥物及疫苗。

自 1984 年通報第一例愛滋病感染者，傳染途徑九成經由性行為傳染，靜脈注射藥癮者之愛滋感染者個案總數長久以來一直維持相當低，於最近兩年才快數成長。在民國 92 年的感染人數為 74 位靜脈注射藥癮者，首次突破十位數，到 93 年靜脈注射藥癮者新感染人數更高達 565 人，增加率達 77%。台灣地區累積至 2007 年 10 月為止，已有 15,345 名本國籍愛滋病患感染者，其中有 5,699 位 (38.74%) 為藥癮者(疾病管制局，2007)。這樣快速成長的趨勢顯示台灣地區靜脈注射藥癮者的愛滋感染疫情面臨爆炸性的成長 (詳見圖一)。

台灣地區本國籍感染人類免疫缺乏病毒者趨勢圖
七十三年至九十六年十月(依診斷日分析)



圖一、台灣地區本國籍感染人類免疫缺乏病毒者趨勢圖

聯合國世界衛生組織針對毒品病患愛滋防治提出之政策建議，即「減害計畫 (Harm Reduction Program)」，其核心的措施包含：清潔針具計畫、替代療法、愛滋治療及照護、諮商及教育。1980 年代起，世界各國便陸續推行毒品病患減害計畫，其中清潔針具計畫 (Needle and Syringes Exchange Programs) 為其中重要推行計畫之一，清潔針具交換計畫目的是為與毒品病患建立傳遞愛滋病防治訊息的方式和管道，服務方式需貼近毒品病患購置針具的習慣和地點。與民間團體、藥局和社區醫院合作，針對毒品施用個案集中或出入的社區或地點提供愛滋病毒諮商和篩檢 (Hilton, Thompson, Moore-Dempsey & Janzen, 2001; Riley, Sawka & Conley, 1999; Marlatt, 1998)。

國內目前衛生署規劃，由地方政府根據地方特性，整合地方資源，研議實施步驟，透過補助藥局或民間團體加強民眾觀念溝通及衛生教育宣導等方式進行，並以維持針具購買管道之暢通為主。目前預定在監所分佈較

多地區如台北市、台北縣、桃園縣及台南縣先行試辦，計畫執行時間自 94 年 8 月 1 日至 95 年 12 月 31 日，之後擴大與推廣將納入後天免疫缺乏症候群防治第 4 期計畫（民國 96 年至 100 年）。減害試辦計畫相關法令依據有：①行政院衛生署疾病管制局 94 年 3 月「毒品施用者愛滋防治計畫」（草案）辦理；②臺北市政府衛生局 94 年 3 月 24 日第 5 次主管會報指示事項辦理；③行政院衛生署疾病管制局 94 年 4 月 22 日「研商毒品病患愛滋減害試辦計畫法規修訂及其他相關事宜協調會議」辦理。

目前減害試辦計畫為防治愛滋病重點政策之一，其中針具交換計畫的主要執行地點為社區藥局。然而，醫療人員對於藥癮者感染愛滋病疫情之知識、態度，會影響面對藥癮者的態度，進而改變給予藥癮者之醫療服務及醫療品質（Cohen,2004;Donabedian,1966,1981,1985,2002），甚至影響藥癮者尋求醫療服務的動機及成效（Tun, Celentano,Vlahov & Strathdee ,2003）。

AIDS 的流行提供了一個觀察醫療專業如何自處與自決的時機（Friedlander,1990）。如何一個既是基本的人性與道德也是專業倫理的衝突中，即利己（self-interest）與利他間，取得一個平衡（Jonsen,1990），成為 AIDS 流行以來極度被關切的議題。在學術界及醫界激烈的爭辯及討論中，一些在歷史曾於鼠疫、黃熱病、霍亂等大流行挺身而出，且通常是孤立無助下守著崗位的疫病大夫（plague doctors）和他們的事蹟，往往成為評論當代 AIDS 紀元中專業準則的依據之一（Fox,1988；Loewy,1986；Zuger,1987）。絕大多數鑽研於醫學倫理的醫界及學術界人士認為，連法律及專業倫理規章都僅能暫時的、表面的約束醫師，若從根本論起，醫療人員在面臨 AIDS 這樣的危機之時，其專業責任及義務似乎仍應由良心（conscience）（Jonsen,1990）、美德（virtue）（Zuger,1987）及社會契約（social contract）（Loewy,1986）等方面來加以闡釋及剖析。當醫學本身因 AIDS 的

流行再置於歷史的脈絡中時，醫療問題及社會問題間的界線便因著 AIDS 的論述得以重塑。AIDS 的醫學論述激發了對個人危險及專業承諾的進一步體驗與感受，它成為我們藉以再檢視作為一個醫療人員之本質的媒介（丁、涂，2004；丁、陳，2000）。

台北市共有 576 家社區藥局，然而加入減害試辦計畫的社區藥局為 28 家，僅有 4.86% 的參與率。四個試辦縣市裡，以台南縣推動較具成效，其加入減害試辦計畫的社區藥局家數及針具發送數量居全國首位。社區除了愛滋病本身帶有的烙印外，藥癮者也是身處在社會邊緣的族群，接觸介入著實具有相當挑戰性。因此，在推動減害試辦計畫的同時，瞭解毒品使用者對減害計畫看法以及社區藥局對於此族群的愛滋疫情及減害試辦計畫的知識、態度與行為，加入或拒絕參與減害試辦計畫的相關因素，將有助於計畫順利執行，以達到有效降低藥癮者感染愛滋的情形。

柯等（2005）表示與歐美國家實施減害試辦計畫不同的是，台灣的注射針管是不需要醫師處方籤，任何人皆可以在藥局或是藥房購得。台灣近幾年來警政司法加強緝毒工作，靜脈藥癮個案發現地方藥局外有許多警察盯梢，許多藥局為了避免麻煩，逐漸不販賣針管。由於針管購得困難度越來越高，加上擔心被警察查獲，所以與他人共用針管的情況日益嚴重。大多數門診靜脈藥癮個案表示自己願意也有能力購買新的針管，除非癮來了，急著用藥卻苦無新的針管時，才會用別人用過的針管。

從門診個案的經驗發現，台灣針對靜脈藥癮族群的「減害試辦計畫」著重在降低購買針管的障礙，而非針頭交換計畫。由於靜脈藥癮者擔心因為購買針管而被警察查獲，進而要求驗尿或查緝毒品，所以不敢至藥局購買新的針管，因此如何與警政單位協調，要求警察不要站守在藥局外緝毒，降低靜脈藥癮者至地方藥局購買針管的障礙，才是符合台灣現況及減害試

辦計畫之原則。

丁、涂（2004）醫療專業人員對於愛滋病患的照護意願之研究顯示，1482 名醫師及 1685 名牙醫師兩群專業人員對愛滋病所具有的專業知識不足，對此病表達出極其負向的反應，且對照護倫理與意願欠缺利他傾向，顯現出違反專業倫理的選擇性歧視。

國內外相關研究指出，將近二十年來類似調查的匯集，多少也可視為一種史料。隨著一個現代瘟疫流行時期的延長，這些逐年累積的研究成果，足以讓我們觀察一個醫療專業及其成員反應的變化。以美國而言，是由極端的恐懼、抗拒到逐漸適應、接受；而對特定高危險群的歧視與排斥，其對象則由早先的男同性戀者到後來的靜脈注射藥癮者。如果照護意願可反映醫療照護體系內的歧視及烙印現象，顯然與一些社會心理學者檢視民眾對於愛滋感染者之烙印所發展出的各類雙因子理論相當契合（熊，1999；Brendstrup, Schmidt,1990;Fitzpatrick, McLean, Hart & Boulton,1991）。

在台灣，對醫療人員的愛滋病照顧意願及行為研究，幾乎完全集中在護理人員（周、江、呂、魏，1993；蘇、盛、邱、藍，1992），只有極少數針對醫師或牙醫師的研究。對於愛滋病的知識、態度與行為的相關研究多針對高危險族群（例：性工作者、嫖客、男同志），而針對學校學生的研究則是著重於使用保險套的意向之相關研究。對於專業人員相關研究的基本假設是，當專業成員的專業歸屬感及利他價值越強時，則愈能將內化的認知反應在照護意願上。從這樣的假設出發，本研究將探討社區藥局對於這個族群感染愛滋之看法，及減害試辦計畫相關 KAP 之探討。

當愛滋疫情在毒癮族群蔓延時，將面臨從毒品病患快速擴散到一般民眾的爆炸性成長。由於目前尚無發展出有效治療愛滋病的藥物，也尚未研發出可有效預防愛滋感染的疫苗（王，2003；涂，1995；莊，1998），而海

洛因成癮者其戒毒成功率僅 2 成，對於長期毒品施打無法戒除者，以公共衛生（傳染病的防治）和人權的角度出發，近年國際間對於減少傷害（Harm Reduction）的觀念逐漸推展，實施替代療法及提供免費清潔針器和使用一次即毀損的安全針具等措施，以避免毒癮者引發更嚴重的愛滋病及 B、C 型肝炎感染之問題，減少毒癮者所衍生的種種社會問題與健康危害。

提供乾淨的針具交換需考量國家的成熟度，正常社會角色包容，社區是否能夠接納，避免歧視等問題存在，需以尊重人群與健康的角度，使接受針具交換的人，能維持原有社會個人的功能，以免造成吸毒者誤以為自己已被列為社會邊緣人，被社會放棄的一群。社區對於藥癮者的看法會嚴重影響藥癮者對於清潔針具交換計畫的接受度，因此探討社區藥局對於愛滋疫情及減害試辦計畫的瞭解情形與接受程度以及毒品使用者對此計劃之看法，比較台北市及台南縣的社區藥局是否具有差異，識別相關因素，提供衛生相關單位介入及教育的重點及方向，作為擴大推廣至全國藥局的模式建立。

貳、研究方法

（一）研究設計

本研究採橫斷性描述性研究，採用問卷調查對於社區藥局藥師與毒品使用者進行資料收集。並針對社區藥局舉辦教育訓練，於訓練前後施以前後測問卷，以評值訓練效果。本研究為探討社區藥局藥師與毒品使用者對於愛滋疫情之知識及態度與對於愛滋的風險評估情形以及社區藥局藥師與毒品使用者對於減害試辦計畫之知識、態度與行為，瞭解社區藥局藥師加入計劃及毒品使用者利用此社區資源的相關因素。

（二）研究對象

1. 社區藥局藥師：

根據中央健保局的健保特約社區藥局名單，台北市共有 576家，台南縣共有265家，本研究採隨機抽樣的方式，徵求藥局藥師加入本研究。預計抽取台北市及台南縣社區藥局接受問卷調查。

2. 毒品使用者：

臺北市立聯合醫院疾病管制院區與臺北縣及民間團體合作定期到臺北看守所、士林看守所與毒癮者、毒品病患愛滋感染者建立傳遞愛滋病防治訊息的方式和管道，以銜接減害試辦計畫。除此之外，本院區亦與台灣台北地方法院檢察署深化毒癮愛滋受保護管束人諮商暨醫療合作計畫，毒癮愛滋受保護管束人之例行報到轉移至台北市立聯合醫院疾病管制院區「健康希望中心 209」進行，受保護管束人在前往觀護人處報到前，需先經過愛滋病防治工作人員進行定期戒癮諮商、醫療健康篩檢衛教及轉介戒毒等流程，並取得相關證明；其後依法應接受定期驗尿個案，再令其回到地檢署採驗尿液。因此，本研究預計經由疾病管制院區與毒品使用者接觸的機制，透過以上兩種管道收集研究對象接受本研究之問卷調查。

(三) 研究工具

擬定測量工具的進行方式為先執行前趨研究之後，分析前趨研究之結果，並參考國內外文獻設計結構性問卷，預計將量表分為五個次量表（例如：愛滋病知識量表、愛滋病態度量表、減害計畫知識量表、減害計畫態度量表及個人基本特質資料）進行調查，並於毒品使用者問卷內加入從何處得知針具交換計畫、是否願意加入針具交換計畫、常到哪些藥局購買針具等變項，以了解毒品使用者選擇針具取得場所之特性。

(四) 研究步驟與資料分析

1. 行政聯繫：行文至全國藥師公會、台北市衛生局與台南縣衛生局，協助徵求社區藥局同意加入此計畫，協調進行問卷調查。社區藥局採隨機抽樣的方式（不論是否加入針具交換計畫），預計抽取台北市及台南縣社區藥局接受問卷調查。
2. 文獻收集與探討、研擬愛滋 KAP 研究架構。
3. 研究工具編製：諮詢國內專家及研究參與人員共同討論、研擬研究工具。
4. 資料整理與分析並撰寫報告。

(1) 描述性統計

本研究分析方法預計採用次數分配、百分比、平均值、標準差、最大值、最小值等進行研究變項之描述性統計。

(2) 相關性推論

運用獨立樣本 t 檢定 (t-test of independence)、單因子變異分析 (One-way ANOVA)、皮爾遜積差相關 (Pearson product-moment Correlation) 及複迴歸方程式 (Multiple Regression Analysis) 等方法來測試本研究中變項之相關性的統計假設。

（五）研究品質控制

在資料收集過程獲得研究對象一致性的資料是重要的。資料收集者進行資料收集前，需被告知研究計畫內容，讓他們熟悉研究工具，並提供資料收集過程的訓練，備有一份資料收集指引及發展界定資料的譯碼手冊。每一份問卷也備有訪員手冊將要求訪員確認受試者回答所有的問題，避免任何的遺失資料。若有不可避免的資料遺失或空白，本研究將邀請研究方法的專家作顧問以便進行諮詢與處理。

（六）倫理考量

本研究因涉及研究對象個人資料及隱私之曝光，故有關個案之資料部份，需做到百分之百的保密。詳細說明研究目的、過程，讓個案有自由選擇是否加入研究的權利。填寫研究同意書，以保障個案的權益。填寫問卷過程完全交由個案主控，可保證個案於過程中隨意中止或繼續進行。並向個案解釋本研究的問卷資料僅供研究計畫之用，絕不外流，待研究結束後會將個人資料集體銷毀。

參、結果與討論

一、研究結果

(一) 設計本研究之測量工具 (結構式問卷)

蒐集相關文獻而草擬之結構式問卷已完成專家效度，由院內專家：王醫務長永衛、莊主任革、陳藥師秉弘及院外專家：蔡技正春美（國健局）、蔡藥師博信（社區藥局）等五人所組成。

社區藥師問卷內容分為兩大部分，第一部分是社區藥局藥師對於愛滋病之知識、態度及接受程度之評估，分成兩小部份，第一小部份是瞭解藥師對愛滋病認識的程度，計有 20 題；第二小部份是瞭解藥師對愛滋病的態度，計有 10 題。第二部份是社區藥局藥師對於減害試辦計畫之知識、態度與接受程度之探討，亦分成兩小部份，第一小部份是瞭解藥師對減害試辦計畫認識的程度，計有 16 題；第二小部份是瞭解藥師對減害試辦計畫的態度及接受程度，計有 16 題。勾選式的問卷題目共計 62 題。

於問卷的最後附有填充式個人基本資料，包含藥局名稱、填表人、職稱、負責人、聯絡電話、聯絡地址、性別、年齡、教育程度、服務時間及工作屬性等項目。

藥癮者問卷內容社區藥師問卷內容分為兩大部分，第一部分是藥癮者對於愛滋病之知識、態度及愛滋風險之評估，分成兩小部份，第一小部份是瞭解藥癮者對愛滋病認識的程度，計有 11 題；第二小部份是瞭解藥癮者對於愛滋病的態度，計有 5 題。第二部份是藥癮者對於減害試辦計畫之知識、態度與接受程度之探討，亦分成兩小部份，第一小部份是瞭解藥癮者對減害試辦計畫認識的程度，計有 10 題；

第二小部份是瞭解藥癮者對減害試辦計畫的態度及接受程度，計有 5 題。勾選式的問卷題目共計 31 題。

個人基本資料部份，包含性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、從何處得知針具交換計畫、最常去的三間藥局、最喜歡的針具交換服務站地點等項目。

(二) 社區藥局問卷統計分析及回收率

從中央健康保險局的健保特約醫事機構資料庫中建立本問卷抽樣的母群體(population)，計有台北市 552 家、台南縣 251 家藥局名冊。於 6 月 28 日第一次隨機抽樣社區藥局樣本(sample)並寄出問卷：台北市 156 份、台南縣 130 份；於 8 月 2 日第二次抽樣並寄出問卷：台北市 366 份、台南縣 148 份；於 8 月 23 日第三次抽樣並寄出問卷：台南縣 219 份，合計寄出問卷：台北市 522 份、台南縣 497 份。截至 10 月 17 日為止回收問卷計有台北市 104 份、台南縣 58 份，合計 162 份；問卷回收率為台北市 18.84%、台南縣 23.11%。其中參與減害試辦計畫之清潔針具交換的藥局：台北市 29 家(5.25%)、台南縣 11 家(4.38%)，未參與針具交換藥局：台北市 75 家(13.41%)、台南縣 47 家(18.73%)。(詳見表一)

表一、社區藥局統計及問卷回收率

縣市別	健保特約藥局(家)	寄出問卷(份數)	回收問卷(份數)	問卷回收率(%)	參加針具交換藥局(家)(%)	未參加針具交換藥局(家)(%)
台北市	552	522	104	18.84	29 (5.25)	75 (13.59)
台南縣	251	497	58	23.11	11 (4.38)	47 (18.73)

合計	803	1019	162	20.17	40 (4.98)	122 (15.19)
----	-----	------	-----	-------	-----------	-------------

針對 162 份回收的問卷以統計軟體 SPSS 針對各研究變項進行次數分配、百分比、平均值、標準差、最大值、最小值等描述性統計分析，另外針對台北市及台南縣兩地的社區藥局之差異性及有無參與針具交換之關連性以獨立樣本 t 檢定 (t-test independence)、單因子變異數分析 (One-way ANOVA)、薛費氏事後比較 (Scheffee)、皮爾森積差相關 (Pearson product-moment Correlation) 及逐步複迴歸 (Stepwise Multiple Regression) 等檢定方法進行推論性統計分析，並將量表區分為愛滋病知識量表、愛滋病態度量表、減害計畫知識量表、減害計畫態度量表及個人基本特質等五部份。分析結果詳見後述。

(三) 愛滋病知識量表

共20題，答對給1分，答錯、勾選不知道及未勾選則給0分，最高分20分，最低分0分。分析162份問卷的平均分數為18.22分，標準差1.48分，最大值為20分，最小值為14分。得滿分20分有30位(18.5%)、19分有56位(34.6%)、18分有33位(20.4%)、17分有19位(11.7%)、16分有13位(8.0%)、15分有9位(5.6%)、14分有2位(1.2%) (詳見表二)。在二十題的知識題中，全部受訪者皆答對的前兩題為「15.與藥癮者共用針頭、稀釋液或容器可能感染愛滋病」、「17.搖頭性派對或轟趴常使用毒品來助性”，會加速愛滋病的傳播」。得分最低的三題分別為「1.與愛滋病人共餐不會感染愛滋病 (答對率75.9%)」、「2.被蚊蟲叮咬會感染愛滋病。(答對率77.2%)」、「13.當出現伺機性感染之後，就是愛滋病的發病期，免疫系統不會再復原到感染期的狀態 (答對率77.8%)」。

(1) 不同地區的社區藥局藥師對於愛滋病之認識

由表二得知台南縣社區藥局藥師的平均分數為18.38分，標準差1.41分；台北市社區藥局藥師的平均分數為18.13分，標準差1.51分。雖然台南縣藥師得分高於台北市藥師，但未達顯著水準 ($t=1.03$, $p>0.05$)。但是「1.與愛滋病人共餐不會感染愛滋病 ($t=2.03$, $p<0.05$)」、「7.感染愛滋病毒後無法立即檢驗是否受到感染，須等8到12週後再驗血才比較準確 ($t=2.04$, $p<0.05$)」此二題台南縣藥師得分高於台北市藥師，已達顯著水準。

此外研究對象的愛滋病知識與年齡層的不同而有差異，($r=-0.198$, $p<0.05$)，年齡愈大的藥師其在愛滋病知識的得分就顯得較低；而研究對象的愛滋病知識與工作時間的長短並無

差異，($r=-0.141$ ， $p>0.05$)，詳見表五。

(2) 台北市社區藥局藥師對於愛滋病之認識

分析104份台北市回收的問卷，由表三得知台北市參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為17.62分，標準差1.90分，未參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為18.33分，標準差1.30分，雖然參加針具交換的藥師得分低於未參加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=-1.86$ ， $p>0.05$)。但是「14.台灣地區靜脈注射藥癮者感染愛滋的疫情有顯著上升的趨勢 ($t=-2.19$ ， $p<0.05$)」此題參加針具交換的藥師得分低於未參加針具交換的藥師，已達顯著水準。

此外研究對象的愛滋病知識與年齡層的不同並無差異，($r=-0.145$ ， $p>0.05$)；而研究對象的愛滋病知識與工作時間的長短亦無差異，($r=-0.067$ ， $p>0.05$)，詳見表六。是否參加針具交換的藥局藥師的愛滋病知識得分是有顯著的差異 ($F=4.80$ ， $p<0.05$)，詳見表八。

(3) 台南縣社區藥局藥師對於愛滋病之認識

分析58份台南縣回收的問卷，由表四得知台南縣參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為18.55分，標準差1.37分；未參加針具交換的藥師的平均分數為18.34分，標準差1.43分，雖然參加針具交換的社區藥局藥師得分高於未參加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=0.44$ ， $p>0.05$)。

此外研究對象的愛滋病知識與年齡層的不同而有差異，($r=-0.303$ ， $p<0.05$)，年齡愈大的藥師其在愛滋病知識的得分就顯得較低；而研究對象的愛滋病知識與工作時間的長短亦有

差異，($r=-0.280$ ， $p<0.05$)，工作時間越長的藥師其在愛滋病知識的得分就顯得較低，詳見表七。是否參加針具交換的藥局藥師的愛滋病知識得分並無顯著的差異 ($F=0.19$ ， $p>0.05$)，詳見表九。

表二、不同地區的社區藥局藥師對於愛滋病之認識的得分結果 (N=162)

題目	全體 (n=162)		台南縣 (n=58)		台北市 (n=104)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
1. 與愛滋病人共餐不會感染愛滋病。	0.76	0.43	0.84	0.37	0.71	0.46	2.03*
#2. 被蚊蟲叮咬會感染愛滋病。	0.77	0.42	0.72	0.45	0.80	0.40	-1.04
3. 口腔內若有傷口，與愛滋患者「深吻」有可能感染愛滋病毒。	0.97	0.17	0.98	0.13	0.96	0.19	0.83
#4. 體外射精不會感染愛滋病。	0.83	0.38	0.84	0.37	0.82	0.39	0.45
5. 刺青或穿耳洞有可能感染愛滋病。	0.98	0.16	0.97	0.18	0.98	0.14	-0.55
6. 愛滋帶原者的外觀並沒有明顯的症狀。	0.96	0.20	0.97	0.18	0.95	0.22	0.42
7. 感染愛滋病毒後無法立即檢驗是否受到感染，須等 8 到 12 週後再驗血才比較準確。	0.89	0.32	0.95	0.22	0.86	0.35	2.04*
#8. 性行為後應多沖洗身體或勤上廁所，可避免感染愛滋病。	0.81	0.40	0.83	0.38	0.80	0.40	0.46
#9. 因愛滋病有空窗期，無明顯症狀，所以不具傳染性。	0.93	0.26	0.90	0.31	0.94	0.23	-0.99
10. 與別人共用針具會感染 B、C 型病毒性肝炎、愛滋病等疾病。	0.99	0.08	0.98	0.13	1.00	0.00	-1.00
11. 愛滋病毒會侵犯人體的免疫細胞(T4 淋巴球)，進而破壞免疫系統造成多種伺機性的感染。	0.98	0.14	0.95	0.22	1.00	0.00	-1.763
12. 目前愛滋病的治療僅能有效抑制病毒量，但仍無法根治愛滋病。	0.96	0.20	0.97	0.18	0.95	0.22	0.42
13. 當出現伺機性感染之後，就是愛滋病的發病期，免疫系統即不再復原至未感染的狀態。	0.78	0.42	0.81	0.40	0.76	0.43	0.76
14. 台灣地區靜脈注射藥癮者感染愛滋的疫情有顯著上升的趨勢。	0.95	0.22	0.97	0.18	0.94	0.23	0.70

15.	與藥癮者共用針頭、稀釋液或容器可能感染愛滋病。	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	-
16.	目前全國有指定醫院和各縣市衛生局有提供免費的愛滋匿名篩檢。	0.94	0.23	0.95	0.22	0.94	0.23	0.16
17.	搖頭性派對或轟趴常使用毒品來助”性”，會加速愛滋病的傳播。	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	-
18.	孕婦可能因共用針具而感染愛滋，並將愛滋病傳染給嬰兒。	0.99	0.08	1.00	0.00	0.99	0.10	1.00
19.	海洛因成癮者使用一次即丟的清潔針具可避免感染愛滋病。	0.94	0.23	0.95	0.22	0.94	0.23	0.16
#20.	施用大麻者會產生幻覺、喪失方向感及平衡力，造成性能力下降，但不致發生因性行為而感染到愛滋病。	0.80	0.40	0.81	0.40	0.79	0.41	0.33
	總分	18.22	1.48	18.38	1.41	18.13	1.51	1.03

*p<0.05

#表示反向題。

※全體愛滋病知識得分最高的前二題為：「15.與藥癮者共用針頭、稀釋液或容器可能感染愛滋病」、「17.搖頭性派對或轟趴常使用毒品來助”性”，會加速愛滋病的傳播」。

※全體愛滋病知識得分最低的前三題為：「1.與愛滋病人共餐不會感染愛滋病」、「2.被蚊蟲叮咬會感染愛滋病」、「13.當出現伺機性感染之後，就是愛滋病的發病期，免疫系統不會再復原到感染期的狀態」。

表三、台北市社區藥局藥師對於愛滋病之認識的得分結果 (N=104)

題目	參加針具交換 (n=29)		未參加針具交換 (n=75)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
	1. 與愛滋病人共餐不會感染愛滋病。	0.62	0.49	0.75	
#2. 被蚊蟲叮咬會感染愛滋病。	0.72	0.46	0.83	0.38	-1.08
3. 口腔內若有傷口，與愛滋患者「深吻」有可能感染愛滋病毒。	0.93	0.26	0.97	0.16	-0.82
#4. 體外射精不會感染愛滋病。	0.76	0.44	0.84	0.37	-0.89
5. 刺青或穿耳洞有可能感染愛滋病。	1.00	0.00	0.97	0.16	1.42
6. 愛滋帶原者的外觀並沒有明顯的症狀。	0.86	0.35	0.99	0.12	-1.87
7. 感染愛滋病毒後無法立即檢驗是否受到感染，須等 8 到 12 週後再驗血才比較準確。	0.83	0.38	0.87	0.34	-0.48
#8. 性行為後應多沖洗身體或勤上廁所，可避免感染愛滋病。	0.83	0.38	0.79	0.41	0.48
#9. 因愛滋病有空窗期，無明顯症狀，所以不具傳染性。	0.90	0.31	0.96	0.20	-1.03
10. 與別人共用針具會感染 B、C 型病毒性肝炎、愛滋病等疾病。	1.00	0.00	1.00	0.00	-
11. 愛滋病毒會侵犯人體的免疫細胞(T4 淋巴球)，進而破壞免疫系統造成多種伺機性的感染。	1.00	0.00	1.00	0.00	-
12. 目前愛滋病的治療僅能有效抑制病毒量，但仍無法根治愛滋病。	0.97	0.19	0.95	0.23	0.44
13. 當出現伺機性感染之後，就是愛滋病的發病期，免疫系統即不再復原至未感染的狀態。	0.62	0.49	0.81	0.39	-1.88
14. 台灣地區靜脈注射藥癮者感染愛滋的疫情有顯著上升的趨勢。	0.83	0.38	0.99	0.12	-2.19*
15. 與藥癮者共用針頭、稀釋液或容器可能感染愛滋病。	1.00	0.00	1.00	0.00	-
16. 目前全國有指定醫院和各縣市衛生局有提供免費的愛滋匿名篩檢。	0.97	0.19	0.93	0.25	0.71
17. 搖頭性派對或轟趴常使用毒品來助”性”，會加速愛滋病的傳播。	1.00	0.00	1.00	0.00	-
18. 孕婦可能因共用針具而感染愛滋，並將愛滋病傳染給嬰兒。	1.00	0.00	0.99	0.12	1.00

19. 海洛因成癮者使用一次即丟的清潔針具可避免感染愛滋病。	0.97	0.19	0.93	0.25	0.71
#20. 施用大麻者會產生幻覺、喪失方向感及平衡力，造成性能力下降，但不致發生因性行為而感染到愛滋病。	0.83	0.38	0.77	0.42	0.63
總分	17.62	1.90	18.33	1.30	-1.86

* $p < 0.05$

#表示反向題。

※ 台北市社區藥局藥師的愛滋病知識皆得分最高的前四題為：「10.與別人共用針具會感染B、C型病毒性肝炎、愛滋病等疾病。」、「11. 愛滋病毒會侵犯人體的免疫細胞(T4淋巴球)，進而破壞免疫系統造成多種伺機性的感染。」、「15.與藥癮者共用針頭、稀釋液或容器可能感染愛滋病」、「17. 搖頭性派對或轟趴常使用毒品來助”性”，會加速愛滋病的傳播」。

※ 台北市社區藥局藥師的愛滋病知識得分最低的前三題為：「1.與愛滋病人共餐不會感染愛滋病（答對率71.2%）」、「13.當出現伺機性感染之後，就是愛滋病的發病期，免疫系統不會再復原到感染期的狀態（答對率76.0%）」、「20.施用大麻者會產生幻覺、喪失方向感及平衡力，造成性能力下降，但不致發生因性行為而感染到愛滋病（答對率78.8%）」。

表四、台南縣社區藥局藥師對於愛滋病之認識的得分結果 (N=58)

題目	參加針具交換		未參加針具交換		t值
	(n=11)		(n=47)		
	平均值	標準差	平均值	標準差	
1. 與愛滋病人共餐不會感染愛滋病。	0.91	0.30	0.83	0.38	0.75
#2. 被蚊蟲叮咬會感染愛滋病。	0.91	0.30	0.68	0.47	2.00
3. 口腔內若有傷口，與愛滋患者「深吻」有可能感染愛滋病毒。	1.00	0.00	0.98	0.15	1.00
#4. 體外射精不會感染愛滋病。	0.91	0.30	0.83	0.38	0.75
5. 刺青或穿耳洞有可能感染愛滋病。	1.00	0.00	0.96	0.20	1.43
6. 愛滋帶原者的外觀並沒有明顯的症狀。	1.00	0.00	0.96	0.20	1.43
7. 感染愛滋病毒後無法立即檢驗是否受到感染，須等 8 到 12 週後再驗血才比較準確。	1.00	0.00	0.94	0.25	1.77
#8. 性行為後應多沖洗身體或勤上廁所，可避免感染愛滋病。	0.82	0.41	0.83	0.38	-0.09
#9. 因愛滋病有空窗期，無明顯症狀，所以不具傳染性。	0.82	0.41	0.91	0.28	-0.75
10. 與別人共用針具會感染 B、C 型病毒性肝炎、愛滋病等疾病。	1.00	0.00	0.98	0.15	1.00
11. 愛滋病毒會侵犯人體的免疫細胞(T4 淋巴球)，進而破壞免疫系統造成多種伺機性的感染。	0.91	0.30	0.96	0.20	-0.51
12. 目前愛滋病的治療僅能有效抑制病毒量，但仍無法根治愛滋病。	0.91	0.30	0.98	0.15	-0.75
13. 當出現伺機性感染之後，就是愛滋病的發病期，免疫系統即不再復原至未感染的狀態。	0.64	0.51	0.85	0.36	-1.33
14. 台灣地區靜脈注射藥癮者感染愛滋的疫情有顯著上升的趨勢。	0.91	0.30	0.98	0.15	-0.75
15. 與藥癮者共用針頭、稀釋液或容器可能感染愛滋病。	1.00	0.00	1.00	0.00	-
16. 目前全國有指定醫院和各縣市衛生局有提供免費的愛滋匿名篩檢。	1.00	0.00	0.94	0.25	1.77
17. 搖頭性派對或轟趴常使用毒品來助”性”，會加速愛滋病的傳播。	1.00	0.00	1.00	0.00	-
18. 孕婦可能因共用針具而感染愛滋，並將愛滋病傳染給嬰兒。	1.00	0.00	1.00	0.00	-

19. 海洛因成癮者使用一次即丟的清潔針具可避免感染愛滋病。	1.00.	0.00	0.94	0.25	1.77
#20. 施用大麻者會產生幻覺、喪失方向感及平衡力，造成性能力下降，但不致發生因性行為而感染到愛滋病。	0.82	0.41	0.81	0.40	0.07
總分	18.55	1.37	18.34	1.43	0.44

#表示反向題。

※台南縣社區藥局藥師的愛滋病知識得分最高的前三名為：「15.與藥癮者共用針頭、稀釋液或容器可能感染愛滋病」、「17.搖頭性派對或轟趴常使用毒品來助性”，會加速愛滋病的傳播」、「18.孕婦可能因共用針具而感染愛滋，並將愛滋病傳染給嬰兒」。

※台南縣社區藥局藥師的愛滋病知識得分最低的前三題為：「2.被蚊蟲叮咬會感染愛滋病（答對率72.4%）」、「13.當出現伺機性感染之後，就是愛滋病的發病期，免疫系統不會再復原到感染期的狀態（答對率81.0%）」、「20.施用大麻者會產生幻覺、喪失方向感及平衡力，造成性能力下降，但不致發生因性行為而感染到愛滋病（答對率81.0%）」。

表五、全部社區藥局藥師對愛滋病之知識的相關變項 (N=162)

自變項	r值	p值
年齡	-0.198*	0.012
工作時間	-0.141	0.074

*p < 0.05

表六、台北市社區藥局藥師對愛滋病之知識的相關變項 (N=104)

自變項	r值	p值
年齡	-0.145	0.143
工作時間	-0.067	0.502

表七、台南縣社區藥局藥師對愛滋病之知識的相關變項 (N=58)

自變項	r值	p值
年齡	-0.303*	0.021
工作時間	-0.280*	0.033

*p < 0.05

表八、影響台北市社區藥局藥師對愛滋病之知識的單因子變異分析(N=104)

變項	數目	平均值	標準差	自由度	均值差的平 均和	均方	F值	p值	Scheffe
參加針具交換 藥局	29	17.62	1.90	1	10.62	10.62	4.80*	0.03	1 < 2
未參加針具交 換藥局	75	18.33	1.30	102	225.49	2.21			
總和	104	18.13	1.51	104	34438.00				

*p < 0.05

表九、影響台南縣社區藥局藥師對愛滋病之知識的單因子變異分析(N=58)

變項	數目	平均值	標準差	自由度	均值差的平 均和	均方	F值	p值	Scheffe
參加針具交換 藥局	11	18.55	1.37	1	0.375	0.38	0.19	0.67	
未參加針具交 換藥局	47	18.34	1.43	56	113.28	2.02			
總和	58	18.38	1.41	58	19706.00				

(四) 愛滋病態度量表

共 10 題，評估藥師對愛滋病的態度，勾選「非常同意」給 5 分、「同意」給 4 分、「沒意見」給 3 分、「不同意」給 2 分、「非常不同意」給 1 分，其中第 3、4、5、6、8 為反向題應予以逆轉記分，愛滋病態度量表最高分 50 分，最低分 10 分，得分越高表示受訪者對於愛滋病的態度越正向，反之則為負向態度。162 位社區藥局藥師對愛滋病的態度之平均總分為 35.18 分，標準差 3.94 分，最大值為 46 分，最小值為 26 分（詳見表十）。

(1) 不同地區的社區藥局藥師對於愛滋病之態度

由表十可知台南縣社區藥局藥師的愛滋病態度平均總分 35.60 分，標準差 4.27 分；台北市社區藥局藥師的愛滋病態度平均總分 34.94 分，標準差 3.74 分。雖然台南縣藥師得分高於台北市藥師，但未達顯著差異 ($t=0.99$, $p>0.05$)。

此外研究對象的愛滋病態度與年齡層的不同而有差異，($r=-0.279$, $p<0.01$)，年齡愈大的藥師其在愛滋病態度的得分就顯得較低；而研究對象的愛滋病知識與工作時間的長短亦有差異，($r=-0.299$, $p<0.01$)，工作時間越長的藥師其在愛滋病態度的得分就顯得較低，詳見表十三。

(2) 台北市社區藥局藥師對於愛滋病之態度

由表十一得知台北市參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為 35.14 分，標準差 3.99 分，未參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為 34.87 分，標準差 3.67 分，雖然參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，但未達顯著差異

($t=0.32$, $p>0.05$)。但是「#8.我覺得因注射藥物而感染愛滋病的毒癮者，政府不需提供必要的協助 ($t=2.49$, $p<0.05$)」此題參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，已達顯著差異。

此外研究對象的愛滋病態度與年齡層的不同而有差異，($r=-0.318$, $p<0.01$)，年齡愈大的藥師其在愛滋病態度的得分就顯得較低；而研究對象的愛滋病態度與工作時間的長短亦有差異，($r=-0.317$, $p<0.01$)，工作時間越長的藥師其在愛滋病態度的得分就顯得較低，詳見表十四。是否參加針具交換的藥局藥師的愛滋病態度得分並無顯著的差異 ($F=0.11$, $p>0.05$)，詳見表十六。

(3) 台南縣社區藥局藥師對於愛滋病之態度

由表十二得知台南縣參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為36.27分，標準差5.14分；未參加針具交換的藥師的平均分數為35.45分，標準差4.09分，雖然參加針具交換的社區藥局藥師得分高於未參加針具交換的藥師，但未達顯著差異 ($t=0.50$, $p>0.05$)。

此外研究對象的愛滋病態度與年齡層的不同並無差異，($r=-0.191$, $p>0.05$)；而研究對象的愛滋病態度與工作時間的長短亦無差異，($r=-0.254$, $p>0.05$)，詳見表十五。是否參加針具交換的藥局藥師的愛滋病態度得分並無顯著的差異 ($F=0.33$, $p>0.05$)，詳見表十七。

表十、不同地區的社區藥局藥師對於愛滋病之態度的得分結果 (N=162)

題目	全體 (n=162)		台南縣 (n=58)		台北市 (n=104)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
1. 我覺得「每一個人」都可能感染愛滋病。	3.53	1.10	3.57	1.19	3.51	1.06	0.32
2. 我願意主動去做愛滋篩檢。	3.60	0.84	3.60	0.86	3.61	0.83	-0.02
#3. 我覺得愛滋病患會對他們的鄰居和朋友造成威脅。	2.70	1.02	2.67	1.10	2.72	0.98	-0.28
#4. 我和同事或朋友討論愛滋病會覺得很不好意思。	3.75	0.99	3.95	0.96	3.64	0.99	1.91
#5. 我覺得感染愛滋病的人最好不要告訴別人以免引起不必要的擔心或恐慌。	3.52	1.08	3.47	1.16	3.56	1.04	-0.50
#6. 我覺得罹患愛滋病的人應自行負擔醫療費用。	3.08	1.05	3.02	1.16	3.12	0.99	-0.54
7. 每次性行為我都會全程正確使用保險套以免感染愛滋病。	3.93	0.98	4.02	1.10	3.88	0.91	0.84
#8. 我覺得因注射藥物而感染愛滋病的毒癮者，政府不需提供必要的協助。	3.52	1.07	3.62	1.07	3.47	1.07	0.85
9. 搖頭性派對或轟趴是感染愛滋病的溫床。.....	4.44	0.53	4.48	0.50	4.41	0.55	0.81
10. 買檳榔附贈保險套可有效預防愛滋病。	3.09	0.98	3.21	0.97	3.03	0.98	1.12
總分	35.18	3.94	35.60	4.27	34.94	3.74	0.99

#表示反向題。

表十一、台北市社區藥局藥師對於愛滋病之態度的得分結果 (N=104)

題目	參加針具交換 (n=29)		未參加針具交換 (n=75)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
	1. 我覺得「每一個人」都可能感染愛滋病。	3.52	0.95	3.51	
2. 我願意主動去做愛滋篩檢。	3.76	0.58	3.55	0.91	1.42
#3. 我覺得愛滋病患會對他們的鄰居和朋友造成威脅。	2.83	1.07	2.68	0.95	0.65
#4. 我和同事或朋友討論愛滋病會覺得很不好意思。	3.52	0.87	3.69	1.03	-0.88
#5. 我覺得感染愛滋病的人最好不要告訴別人以免引起不必要的擔心或恐慌。	3.38	1.15	3.63	1.00	-1.02
#6. 我覺得罹患愛滋病的人應自行負擔醫療費用。	3.21	0.86	3.08	1.04	0.64
7. 每次性行為我都會全程正確使用保險套以免感染愛滋病。	3.76	0.87	3.92	0.93	-0.83
#8. 我覺得因注射藥物而感染愛滋病的毒癮者，政府不需提供必要的協助。	3.83	0.81	3.33	1.13	2.49*
9. 搖頭性派對或轟趴是感染愛滋病的溫床。	4.28	0.65	4.47	0.50	-1.43
10. 買檳榔附贈保險套可有效預防愛滋病。	3.07	0.96	3.01	0.99	0.26
總分	35.14	3.99	34.87	3.67	0.32

*p < 0.05

#表示反向題。

表十二、台南縣社區藥局藥師對於愛滋病之態度的得分結果 (N=58)

題目	參加針具交換		未參加針具交換		t值
	(n=11)		(n=47)		
	平均值	標準差	平均值	標準差	
1. 我覺得「每一個人」都可能感染愛滋病。	3.73	1.49	3.53	1.12	0.41
2. 我願意主動去做愛滋篩檢。	3.73	0.65	3.57	0.90	0.65
#3. 我覺得愛滋病患會對他們的鄰居和朋友造成威脅。	2.73	1.19	2.66	1.09	0.17
#4. 我和同事或朋友討論愛滋病會覺得很不好意思。	4.00	1.41	3.94	0.85	0.14
#5. 我覺得感染愛滋病的人最好不要告訴別人以免引起不必要的擔心或恐慌。	3.09	1.38	3.55	1.10	-1.04
#6. 我覺得罹患愛滋病的人應自行負擔醫療費用。	2.91	1.22	3.04	1.16	-0.33
7. 每次性行為我都會全程正確使用保險套以免感染愛滋病。	4.27	1.01	3.96	1.12	0.91
#8. 我覺得因注射藥物而感染愛滋病的毒癮者，政府不需提供必要的協助。	3.73	1.10	3.60	1.08	0.36
9. 搖頭性派對或轟趴是感染愛滋病的溫床。	4.55	0.52	4.47	0.50	0.45
10. 買檳榔附贈保險套可有效預防愛滋病。	3.55	0.93	3.13	0.97	1.33
總分	36.27	5.14	35.45	4.09	0.50

#表示反向題。

表十三、全部社區藥局藥師對愛滋病之態度的相關變項 (N=162)

自變項	r值	p值
年齡	-0.279**	0.000
工作時間	-0.299**	0.000

**p<0.01

表十四、台北市社區藥局藥師對愛滋病之態度的相關變項 (N=104)

自變項	r值	p值
年齡	-0.318**	0.001
工作時間	-0.317**	0.001

**p<0.01

表十五、台南縣社區藥局藥師對愛滋病之態度的相關變項 (N=58)

自變項	r值	p值
年齡	-0.191	0.152
工作時間	-0.254	0.054

表十六、影響台北市社區藥局藥師對愛滋病之態度的單因子變異分析
(N=104)

變項	數目	平均值	標準差	自由度	均值差的平 均和	均方	F值	p值	Scheffe
參加針具 交換藥局	29	35.14	3.99	1	1.54	1.54	0.11	0.74	
未參加針具 交換藥局	75	34.87	3.67	102	1442.12	14.14			
總和	104	34.94	3.74	103	1443.65				

表十七、影響台南縣社區藥局藥師對愛滋病之態度的單因子變異分析
(N=58)

變項	數目	平均值	標準差	自由度	均值差的平 均和	均方	F值	p值	Scheffe
參加針具 交換藥局	11	36.27	5.14	1	6.08	6.08	0.33	0.57	
未參加針具 交換藥局	47	35.45	4.09	56	1033.80	18.46			
總和	58	35.60	4.27	57	1039.88				

(五) 減害計畫知識量表

共 16 題，答對給 1 分，答錯、勾選不知道及未勾選則給 0 分，最高分 16 分，最低分 0 分。由表十八得知 162 份問卷中有 44 位藥師勾選「知道，很清楚」(佔 27.2%)，有 92 位藥師勾選「知道，不太清楚」(佔 56.8%)，另有 26 位藥師勾選「不知道」(佔 16.0%) 政府正在推行「減害試辦計畫」而直接跳達第 9 題，其中台北市有 19 份、台南縣有 7 份，且皆為未參加針具交換的社區藥局。全部受訪者之減害計畫認識程度的平均分數為 12.34 分，標準差 2.50 分，最大值為 16 分，最小值為 2 分。滿分 16 分有 4 位(2.5%)、15 分有 25 位(15.4%)、14 分、13 分各有 22 位(13.6%)、12 分、11 分各有 20 位(12.3%)、10 分、8 分各有 5 位(3.1%)、9 分有 6 位(3.7%)、7 分、6 分各有 3 位(1.9%)、2 分有 1 位(0.6%) (詳見表十九)。得分最低的三題分別為「4.為了保密，參與美沙冬替代療法計畫的藥癮者不需建立身分辨識 (答對率 49.4%)」、「7.『藥癮愛滋減害計畫』中諮商與轉介計畫指的是提供藥癮者心理諮商與輔導，但不協助解決身心問題和給予歸復社會的機會 (答對率 45.1%)」、「8.藥癮者應先接受戒治，待戒癮成功後再輔導就業 (答對率 6.8%)」。

(1) 不同地區的社區藥局藥師對於減害計畫之認識

由表十九得知台南縣社區藥局藥師的平均分數為 12.53 分，標準差 2.27 分；台北市社區藥局藥師的平均分數為 12.22 分，標準差 2.63 分。雖然台南縣藥師得分高於台北市藥師，但未達顯著水準 ($t=0.72$, $p>0.05$)。但是「1.『藥癮愛滋減害計畫』中清潔針具計畫指的是獎勵社區藥局配合辦理清潔針具的發放及回收 ($t=2.95$, $p<0.05$)」、「2.清潔針具購置和回收廢棄針具的地

點是社區藥局和衛生所 ($t=1.63, p<0.05$)」此二題台南縣藥師得分高於台北市藥師，已達顯著水準。

此外研究對象的減害計畫的知識與年齡層的不同並無差異，($r=0.105, p>0.05$)；而研究對象的減害計畫的知識與工作時間的長短亦無差異，($r=0.119, p>0.05$)，詳見表廿二。

(2) 台北市社區藥局藥師對於減害計畫之認識

分析104份台北市的問卷，由表廿得知台北市參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為12.62分，標準差2.43分，未參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為12.02分，標準差2.73分，雖然參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=1.04, p>0.05$)。但是「2.清潔針具購置和回收廢棄針具的地點是社區藥局和衛生所 ($t=2.54, p<0.05$)」、「14. 經毒品危害防制中心評估有就業意願的藥癮患者，可轉介各地就業服務站協助其職業訓練及推介 ($t=3.18, p<0.05$)」此二題參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，已達顯著水準。

此外研究對象的減害計畫的知識與年齡層的不同並無差異，($r=0.127, p>0.05$)；而研究對象的減害計畫的知識與工作時間的長短亦無差異，($r=0.179, p>0.05$)，詳見表廿三。是否參加針具交換的藥局藥師的減害計畫的知識得分是無顯著的差異 ($F=1.00, p>0.05$)，詳見表廿五。

(3) 台南縣社區藥局藥師對於減害計畫之認識

分析 58 份台南縣的問卷，由表廿一得知台南縣參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為 12.00 分，標準差 2.05 分；未

參加針具交換的藥師的平均分數為 12.68 分，標準差 2.33 分，雖然參加針具交換的社區藥局藥師得分低於未參加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=-0.94, p>0.05$)。但是「5.參加美沙冬計畫的藥癮患者每週至少定期回診一次追蹤治療且每天至指定地點服用藥物 ($t=3.12, p<0.05$)」、「14. 經毒品危害防制中心評估有就業意願的藥癮患者，可轉介各地就業服務站協助其職業訓練及推介 ($t=2.34, p<0.05$)」此二題參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，已達顯著水準。另外「#4.為了保密，參與美沙冬替代療法計畫的藥癮者不需建立身分辨識 ($t=-2.15, p<0.05$)」此題參加針具交換的藥師得分低於未參加針具交換的藥師，已達顯著水準。

此外研究對象的減害計畫的知識與年齡層的不同並無差異，($r=0.082, p>0.05$)；而研究對象的減害計畫的知識與工作時間的長短亦無差異，($r=0.017, p>0.05$)，詳見表廿四。是否參加針具交換的藥局藥師的減害計畫的知識得分是無顯著的差異 ($F=0.76, p>0.05$)，詳見表廿六。

表十八、社區藥局藥師對政府推行『減害試辦計畫』的認識程度之分析

選項	台南縣 (n=58)		台北市 (n=104)		
	全體 (n=162)	(份)(%)		(份)(%)	
	(份)(%)	參加針具交換 (n=11)	未參加針具交換 (n=47)	參加針具交換 (n=29)	未參加針具交換 (n=75)
知道，很清楚	44 (27.2)	7 (12.1)	14 (24.1)	13 (12.5)	10 (9.6)
知道、不太清楚	92 (56.8)	4 (6.9)	26 (44.8)	16 (15.4)	46 (44.2)
不知道	26 (16.0)	-	7 (12.1)	-	19 (18.3)
合計	162 (100.0)	58 (100.0)		104 (100.0)	

表十九、不同地區的社區藥局藥師對於減害計畫之認識的得分結果(N=136)

題目	全體 (n=136)		台南縣 (n=51)		台北市 (n=85)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
1. 『藥癮愛滋減害計畫』中清潔針具計畫指的是獎勵社區藥局配合辦理清潔針具的發放及回收。	0.94	0.24	1.00	0.00	0.91	0.29	2.95*
2. 清潔針具購置和回收廢棄針具的地點是社區藥局和衛生所。	0.89	0.31	0.94	0.24	0.86	0.35	1.63*
3. 『藥癮愛滋減害計畫』中替代療法計畫指的是使用長效的美沙冬取代短效的海洛因以減輕傷害的一種治療方式。	0.94	0.24	0.96	0.20	0.93	0.26	0.80
#4. 為了保密，參與美沙冬替代療法計畫的藥癮者不需建立身分辨識。	0.59	0.49	0.65	0.48	0.55	0.50	1.09
5. 參加美沙冬計畫的藥癮患者每週至少定期回診一次追蹤治療且每天至指定地點服用藥物。	0.85	0.36	0.84	0.37	0.86	0.35	-0.25
#6. 參加美沙冬計畫的藥癮患者只適用未感染愛滋病的人。	0.63	0.48	0.65	0.48	0.62	0.49	0.27
#7. 『藥癮愛滋減害計畫』中諮商與轉介計畫指的是提供藥癮者心理諮商與輔導，但不協助解決身心問題和給予歸復社會的機會。	0.54	0.50	0.57	0.50	0.52	0.50	0.57
#8. 藥癮者應先接受戒治，待戒癮成功後再輔導就業。	0.08	0.27	0.06	0.24	0.09	0.29	-0.77

*p<0.05

#表示反向題。

表十九、不同地區的社區藥局藥師對於減害計畫之認識的得分結果(N=162)
—續

題目	全體 (n=162)		台南縣 (n=58)		台北市 (n=104)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
9. 藥癮者在尚未戒除藥癮之前，應該學習「不共用針具、稀釋液及容器」以保護自己的健康。	0.99	0.11	0.98	0.13	0.99	0.10	-0.39
10. 美沙冬是鴉片類藥物，屬於第二級管制藥品。	0.79	0.41	0.81	0.40	0.78	0.42	0.48
11. 美沙冬有成癮性，停止服用時會產生戒斷症狀。	0.70	0.46	0.69	0.47	0.70	0.46	-0.16
12. 重複使用美沙冬會產生明顯的鎮靜作用。	0.78	0.42	0.76	0.43	0.79	0.41	-0.43
#13. 施用美沙冬仍可合併使用海洛因，不會有生命危險。	0.78	0.41	0.78	0.42	0.79	0.41	-0.18
14. 經毒品危害防制中心評估有就業意願的藥癮患者，可轉介各地就業服務站協助其職業訓練及推介。	0.91	0.28	0.91	0.28	0.91	0.28	0.01
15. 建立個案管理師制度可整合社會資源，以利直接服務藥癮者。	0.92	0.27	0.95	0.22	0.90	0.30	1.08
16. 臺北市立聯合醫院疾病管制院區昆明院區設置『健康希望 209』可提供藥癮諮商輔導及轉介等服務。	0.89	0.32	0.91	0.28	0.88	0.33	0.79
總分	12.34	2.50	12.53	2.27	12.22	2.63	0.72

#表示反向題。

表廿、台北市社區藥局藥師對於減害計畫之認識的得分結果 (N=85)

題目	參加針具交換 (n=29)		未參加針具交換 (n=56)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
	1. 『藥癮愛滋減害計畫』中清潔針具計畫指的是獎勵社區藥局配合辦理清潔針具的發放及回收。	0.97	0.19	0.88	
2. 清潔針具購置和回收廢棄針具的地點是社區藥局和衛生所。	0.97	0.19	0.80	0.40	2.54*
3. 『藥癮愛滋減害計畫』中替代療法計畫指的是使用長效的美沙冬取代短效的海洛因以減輕傷害的一種治療方式。	0.90	0.31	0.95	0.23	-0.77
#4. 為了保密，參與美沙冬替代療法計畫的藥癮者不需建立身分辨識。	0.55	0.51	0.55	0.50	-0.02
5. 參加美沙冬計畫的藥癮患者每週至少定期回診一次追蹤治療且每天至指定地點服用藥物。	0.90	0.31	0.84	0.37	0.75
#6. 參加美沙冬計畫的藥癮患者只適用未感染愛滋病的人。	0.72	0.46	0.57	0.50	1.42
#7. 『藥癮愛滋減害計畫』中諮商與轉介計畫指的是提供藥癮者心理諮商與輔導，但不協助解決身心問題和給予歸復社會的機會。	0.52	0.51	0.52	0.50	-0.01
#8. 藥癮者應先接受戒治，待戒癮成功後再輔導就業。	0.10	0.31	0.09	0.29	0.21

*p<0.05

#表示反向題。

表廿、台北市社區藥局藥師對於減害計畫之認識的得分結果 (N=104) — 續

題目	參加針具交換 (n=29)		未參加針具交換 (n=75)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
	9. 藥癮者在尚未戒除藥癮之前，應該學習「不共用針具、稀釋液及容器」以保護自己的健康。	1.00	0.00	0.99	
10. 美沙冬是鴉片類藥物，屬於第二級管制藥品。	0.76	0.44	0.79	0.41	-0.30
11. 美沙冬有成癮性，停止服用時會產生戒斷症狀。	0.76	0.44	0.68	0.47	0.81
12. 重複使用美沙冬會產生明顯的鎮靜作用。	0.79	0.41	0.79	0.41	0.07
#13. 施用美沙冬仍可合併使用海洛因，不會有生命危險。	0.83	0.38	0.77	0.42	0.63
14. 經毒品危害防制中心評估有就業意願的藥癮患者，可轉介各地就業服務站協助其職業訓練及推介。	1.00	0.00	0.88	0.33	3.18*
15. 建立個案管理師制度可整合社會資源，以利直接服務藥癮者。	0.93	0.26	0.89	0.31	0.63
16. 臺北市立聯合醫院疾病管制院區昆明院區設置『健康希望 209』可提供藥癮諮商輔導及轉介等服務。	0.93	0.26	0.85	0.36	1.23
總分	12.62	2.43	12.02	2.73	1.04

*p<0.05

#表示反向題。

※得分最低的三題分別為「4.為了保密，參與美沙冬替代療法計畫的藥癮者不需建立身分辨識（答對率45.2%）」、「7.『藥癮愛滋減害計畫』中諮商與轉介計畫指的是提供藥癮者心理諮商與輔導，但不協助解決身心問題和給予歸復社會的機會（答對率42.3%）」、「8.藥癮者應先接受戒治，待戒癮成功後再輔導就業（答對率7.7%）」。

表廿一、台南縣社區藥局藥師對於減害計畫之認識的得分結果 (N=51)

題目	參加針具交換 (n=11)		未參加針具交換 (n=40)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
	1. 『藥癮愛滋減害計畫』中清潔針具計畫指的是獎勵社區藥局配合辦理清潔針具的發放及回收。	1.00	0.00	1.00	
2. 清潔針具購置和回收廢棄針具的地點是社區藥局和衛生所。	1.00	0.00	0.93	0.27	1.78
3. 『藥癮愛滋減害計畫』中替代療法計畫指的是使用長效的美沙冬取代短效的海洛因以減輕傷害的一種治療方式。	1.00	0.00	0.95	0.22	1.43
#4. 為了保密，參與美沙冬替代療法計畫的藥癮者不需建立身分辨識。	0.36	0.51	0.73	0.45	-2.15*
5. 參加美沙冬計畫的藥癮患者每週至少定期回診一次追蹤治療且每天至指定地點服用藥物。	1.00	0.00	0.80	0.41	3.12*
#6. 參加美沙冬計畫的藥癮患者只適用未感染愛滋病的人。	0.73	0.47	0.63	0.49	0.64
#7. 『藥癮愛滋減害計畫』中諮商與轉介計畫指的是提供藥癮者心理諮商與輔導，但不協助解決身心問題和給予歸復社會的機會。	0.45	0.52	0.60	0.50	-0.83
#8. 藥癮者應先接受戒治，待戒癮成功後再輔導就業。	0.09	0.30	0.05	0.22	0.42

*p<0.05

#表示反向題。

表廿一、台南縣社區藥局藥師對於減害計畫之認識的得分結果 (N=58) — 續

題目	參加針具交換 (n=11)		未參加針具交換 (n=47)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
9. 藥癮者在尚未戒除藥癮之前，應該學習「不共用針具、稀釋液及容器」以保護自己的健康。	1.00	0.00	0.98	0.15	1.00
10. 美沙冬是鴉片類藥物，屬於第二級管制藥品。	0.91	0.30	0.79	0.41	1.12
11. 美沙冬有成癮性，停止服用時會產生戒斷症狀。	0.64	0.51	0.70	0.46	-0.40
12. 重複使用美沙冬會產生明顯的鎮靜作用。	0.55	0.52	0.81	0.40	-1.57
#13. 施用美沙冬仍可合併使用海洛因，不會有生命危險。	0.55	0.52	0.83	0.38	-1.70
14. 經毒品危害防制中心評估有就業意願的藥癮患者，可轉介各地就業服務站協助其職業訓練及推介。	1.00	0.00	0.89	0.31	2.34*
15. 建立個案管理師制度可整合社會資源，以利直接服務藥癮者。	0.91	0.30	0.96	0.20	-0.51
16. 臺北市立聯合醫院疾病管制院區昆明院區設置『健康希望 209』可提供藥癮諮商輔導及轉介等服務。	0.82	0.41	0.94	0.25	-0.9
總分	12.00	2.05	12.68	2.33	-0.94

*p<0.05 #表示反向題。

※得分最低的四題分別為「4.為了保密，參與美沙冬替代療法計畫的藥癮者不需建立身分辨識(答對率56.9%)」、「6.參加美沙冬計畫的藥癮患者只適用未感染愛滋病的人(答對率56.9%)」、「7.『藥癮愛滋減害計畫』中諮商與轉介計畫指的是提供藥癮者心理諮商與輔導，但不協助解決身心問題和給予歸復社會的機會(答對率50.0%)」、「8.藥癮者應先接受戒治，待戒癮成功後再輔導就業(答對率5.2%)」。

表廿二、全部社區藥局藥師對減害計畫之知識的相關變項 (N=136)

自變項	r值	p值
年齡	0.105	0.226
工作時間	0.119	0.167

表廿三、台北市社區藥局藥師對減害計畫之知識的相關變項 (N=85)

自變項	r值	p值
年齡	0.127	0.245
工作時間	0.179	0.101

表廿四、台南縣社區藥局藥師對減害計畫之知識的相關變項 (N=51)

自變項	r值	p值
年齡	0.082	0.568
工作時間	0.017	0.908

表廿五、影響台北市社區藥局藥師對減害計畫之知識的單因子變異分析
(N=85)

變項	數目	平均值	標準差	自由度	均值差的平 均和	均方	F值	p值	Scheffe
參加針具 交換藥局	29	12.62	2.43	1	6.94	6.94	1.00	0.32	
未參加針具 交換藥局	56	12.02	2.73	83	573.81	6.91			
總和	85	12.22	2.63	84	580.75				

表廿六、影響台南縣社區藥局藥師對減害計畫之知識的單因子變異分析
(N=51)

變項	數目	平均值	標準差	自由度	均值差的平 均和	均方	F值	p值	Scheffe
參加針具 交換藥局	11	12.00	2.05	1	3.93	3.93	0.76	0.39	
未參加針具 交換藥局	40	12.68	2.33	49	252.78	5.16			
總和	51	12.53	2.27	50	256.71				

(六) 減害計畫態度量表

共16題，評估藥師對減害計畫的態度，勾選「非常同意」給5分、「同意」給4分、「沒意見」給3分、「不同意」給2分、「非常不同意」給1分，其中第5、14、15為反向題應予以逆轉記分，最高分80分，最低分16分，得分越高表示態度越正向，反之則為負向態度。全部162位受訪者的平均分數60.52分，標準差7.15分，最大值為78分，最小值為35分（詳見表廿七）。

(1) 不同地區的社區藥局藥師對於減害計畫之態度

由表廿七可知台南縣社區藥局藥師對於減害計畫之態度的平均總分 60.02 分，標準差 7.57 分；台北市社區藥局藥師對於減害計畫之態度的平均總分 60.80 分，標準差 6.93 分。雖然台南縣藥師得分低於台北市藥師，但未達顯著差異 ($t=-0.65$, $p>0.05$)。

此外研究對象的減害計畫的態度與年齡層的不同並無差異，($r=-0.037$, $p>0.05$)；而研究對象的減害計畫的態度與工作時間的長短亦無差異，($r=0.072$, $p>0.05$)，詳見表卅。

(2) 台北市社區藥局藥師對於減害計畫之態度

由表廿八得知台北市參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為61.83分，標準差6.31分，未參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為60.40分，標準差7.16分，雖然參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，但未達顯著差異 ($t=1.00$, $p>0.05$)。但是「#5.我會拒絕販售或交換清潔針具給來本藥局消費的顧客 ($t=5.18$, $p<0.05$)」、「8.為了保護藥癮者的隱私，我不會私下通知警方來查察 ($t=4.01$, $p<0.05$)」、「12.

我會主動協助藥癮者至本藥局購置或交換針具 ($t=4.03$, $p < 0.05$)」、「# 15.我覺得藥癮者應該接受強制戒治而不是用減害 ($t=2.19$, $p < 0.05$)」此四題參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，已達顯著差異。

此外研究對象的減害計畫的態度與年齡層的不同並無差異，($r=-0.095$, $p > 0.05$)；而研究對象的減害計畫的態度與工作時間的長短亦無差異，($r=0.010$, $p > 0.05$)，詳見表卅一。是否參加針具交換的藥局藥師的減害計畫的態度得分並無顯著的差異 ($F=0.89$, $p > 0.05$)，詳見表卅三。

(3) 台南縣社區藥局藥師對於減害計畫之態度

由表廿九得知台南縣參加針具交換的社區藥局藥師的平均分數為62.00分，標準差9.74分；未參加針具交換的藥師的平均分數為59.55分，標準差7.02分，雖然參加針具交換的社區藥局藥師得分高於未參加針具交換的藥師，但未達顯著差異 ($t=0.79$, $p > 0.05$)。但是「8.為了保護藥癮者的隱私，我不會私下通知警方來查察 ($t=4.12$, $p < 0.05$)」、「12.我會主動協助藥癮者至本藥局購置或交換針具 ($t=2.28$, $p < 0.05$)」此二題參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，已達顯著差異。

此外研究對象的減害計畫的態度與年齡層的不同並無差異，($r=0.061$, $p > 0.05$)；而研究對象的減害計畫的態度與工作時間的長短亦無差異，($r=0.174$, $p > 0.05$)，詳見表卅二。是否參加針具交換的藥局藥師的減害計畫的態度得分並無顯著的差異 ($F=0.93$, $p > 0.05$)，詳見表卅四。

表廿七、不同地區的社區藥局藥師對於減害計畫之態度的得分結果(N=162)

題目	全體 (n=162)		台南縣 (n=58)		台北市 (n=104)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
1. 我會主動為藥癮者說明每次都使用清潔的針具、不共用針具、稀釋液和容器及每次性行為都使用保險套。	4.18	0.70	4.21	0.67	4.16	0.73	0.38
2. 我會為藥癮者說明如何以漂白水或酒精清潔使用過的針具。	3.56	1.17	3.55	1.22	3.56	1.15	-0.03
3. 我會為藥癮者說明靜脈注射的注意事項。	3.86	0.86	3.90	0.91	3.85	0.83	0.35
4. 我會提醒藥癮者使用清潔針具的重要性。	4.22	0.65	4.24	0.63	4.20	0.66	0.38
#5. 我會拒絕販售或交換清潔針具給來本藥局消費的顧客。	2.99	1.17	3.02	1.19	2.98	1.16	0.19
6. 我會鼓勵藥癮者參加減害試辦計畫以取代高危險的靜脈注射。	4.17	0.76	4.10	0.81	4.21	0.73	-0.84
7. 我會向藥癮者說明愛滋病或其他性病、B、C 肝炎、安全性行為等相關資訊。	4.17	0.73	4.12	0.80	4.20	0.69	-0.65
8. 為了保護藥癮者的隱私，我不會私下通知警方來查察。	3.61	0.97	3.62	0.91	3.61	1.01	0.10
9. 我會協助藥癮者轉介到醫療院所或民間團體戒毒。	4.18	0.71	4.10	0.85	4.22	0.62	-0.92
10. 我會提供藥癮者愛滋病防治衛教單張或戒癮諮商機構的相關訊息。	4.28	0.60	4.24	0.68	4.30	0.56	-0.54
11. 我會鼓勵藥癮者應該儘早接受愛滋匿名篩檢。	4.22	0.74	4.16	0.77	4.25	0.72	-0.77
12. 我會主動協助藥癮者至本藥局購置或交換針具。	3.40	1.06	3.38	1.06	3.41	1.07	-0.20
13. 我認為減害試辦計畫應該可以有效降低藥癮愛滋的疫情。	4.06	0.80	4.02	0.71	4.09	0.85	-0.55
#14. 我覺得政府不應該提供免費的清潔針頭及美沙冬給藥癮者。	3.01	1.07	2.83	1.17	3.11	1.00	-1.52
#15. 我覺得藥癮者應該接受強制戒治而不是用減害。	2.44	0.97	2.29	1.08	2.53	0.90	-1.41

16. 我會協助藥癮者尋求專業的醫護人員或戒癮人員作藥癮諮商。	4.17	0.70	4.24	0.51	4.13	0.78	1.15
總分	60.52	7.15	60.02	7.57	60.80	6.93	-0.65

#表示反向題。

表廿八、台北市社區藥局藥師對於減害計畫之態度的得分結果 (N=104)

題目	參加針具交換 (n=29)		未參加針具交換 (n=75)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
	1. 我會主動為藥癮者說明每次都使用清潔的針具、不共用針具、稀釋液和容器及每次性行為都使用保險套。	4.03	0.63	4.21	
2. 我會為藥癮者說明如何以漂白水或酒精清潔使用過的針具。	3.62	1.02	3.53	1.20	0.37
3. 我會為藥癮者說明靜脈注射的注意事項。	3.72	0.80	3.89	0.85	-0.95
4. 我會提醒藥癮者使用清潔針具的重要性。	4.14	0.64	4.23	0.67	-0.63
#5. 我會拒絕販售或交換清潔針具給來本藥局消費的顧客。	3.72	0.80	2.69	1.15	5.18*
6. 我會鼓勵藥癮者參加減害試辦計畫以取代高危險的靜脈注射。	4.03	0.68	4.28	0.75	-1.61
7. 我會向藥癮者說明愛滋病或其他性病、B、C 肝炎、安全性行為等相關資訊。	4.07	0.70	4.25	0.68	-1.21
8. 為了保護藥癮者的隱私，我不會私下通知警方來查察。	4.07	.053	3.43	1.09	4.01*
9. 我會協助藥癮者轉介到醫療院所或民間團體戒毒。	4.10	0.67	4.27	0.60	-1.14
10. 我會提供藥癮者愛滋病防治衛教單張或戒癮諮商機構的相關訊息。	4.28	0.53	4.31	0.57	-0.26
11. 我會鼓勵藥癮者應該儘早接受愛滋匿名篩檢。	4.17	0.66	4.28	0.75	-0.72
12. 我會主動協助藥癮者至本藥局購置或交換針具。	3.93	0.65	3.21	1.13	4.03*
13. 我認為減害試辦計畫應該可以有效降低藥癮愛滋的疫情。	3.93	0.70	4.15	0.90	-1.29
#14. 我覺得政府不應該提供免費的清潔針頭及美沙冬給藥癮者。	3.21	0.94	3.07	1.03	0.66
#15. 我覺得藥癮者應該接受強制戒治而不是用減害。	2.79	0.68	2.43	0.96	2.19*
16. 我會協助藥癮者尋求專業的醫護人員或戒癮人員作藥癮諮商。	4.00	0.60	4.17	0.84	-1.17
總分	61.83	6.31	60.40	7.16	1.00

*p<0.05 #表示反向題。

表廿九、台南縣社區藥局藥師對於減害計畫之態度的得分結果 (N=58)

題目	參加針具交換 (n=11)		未參加針具交換 (n=47)		t值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
	1. 我會主動為藥癮者說明每次都使用清潔的針具、不共用針具、稀釋液和容器及每次性行為都使用保險套。	4.27	0.65	4.19	
2. 我會為藥癮者說明如何以漂白水或酒精清潔使用過的針具。	3.55	1.51	3.55	1.16	-0.02
3. 我會為藥癮者說明靜脈注射的注意事項。	3.64	1.36	3.96	0.78	-0.75
4. 我會提醒藥癮者使用清潔針具的重要性。	4.27	0.65	4.23	0.63	0.18
#5. 我會拒絕販售或交換清潔針具給來本藥局消費的顧客。	3.18	1.40	2.98	1.15	0.45
6. 我會鼓勵藥癮者參加減害試辦計畫以取代高危險的靜脈注射。	4.00	1.10	4.13	0.74	-0.37
7. 我會向藥癮者說明愛滋病或其他性病、B、C 肝炎、安全性行為等相關資訊。	4.00	1.18	4.15	0.69	-0.40
8. 為了保護藥癮者的隱私，我不會私下通知警方來查察。	4.27	0.47	3.47	0.93	4.12*
9. 我會協助藥癮者轉介到醫療院所或民間團體戒毒。	4.27	0.65	4.06	0.90	0.89
10. 我會提供藥癮者愛滋病防治衛教單張或戒癮諮商機構的相關訊息。	4.36	0.51	4.21	0.72	0.82
11. 我會鼓勵藥癮者應該儘早接受愛滋匿名篩檢。	4.36	0.51	4.11	0.81	1.33
12. 我會主動協助藥癮者至本藥局購置或交換針具。	4.00	1.00	3.23	1.03	2.28*
13. 我認為減害試辦計畫應該可以有效降低藥癮愛滋的疫情。	4.36	0.67	3.94	0.70	1.88
#14. 我覺得政府不應該提供免費的清潔針頭及美沙冬給藥癮者。	3.00	1.27	2.79	1.16	0.51
#15. 我覺得藥癮者應該接受強制戒治而不是用減害。	2.09	1.14	2.34	1.07	-0.66
16. 我會協助藥癮者尋求專業的醫護人員或戒癮人員作藥癮諮商。	4.36	0.51	4.21	0.51	0.89
總分	62.00	9.74	59.55	7.02	0.79

*p<0.05 #表示反向題。

表卅、全部社區藥局藥師對減害計畫的態度之相關變項 (N=162)

自變項	r值	p值
年齡	-0.037	0.637
工作時間	0.072	0.362

表卅一、台北市社區藥局藥師對減害計畫的態度之相關變項 (N=104)

自變項	r值	p值
年齡	-0.095	0.336
工作時間	0.010	0.917

表卅二、台南縣社區藥局藥師對減害計畫的態度之相關變項 (N=58)

自變項	r值	p值
年齡	0.061	0.647
工作時間	0.174	0.190

表卅三、影響台北市社區藥局藥師對減害計畫之態度的單因子變異分析
(N=104)

變項	數目	平均值	標準差	自由度	均值差的平 均和	均方	F值	p值	Scheffe
參加針具 交換藥局	29	61.83	6.31	1	42.62	42.62	0.89	0.35	
未參加針具 交換藥局	75	60.40	7.16	102	4904.14	48.08			
總和	104	60.80	6.93	103	4946.76				

表卅四、影響台南縣社區藥局藥師對減害計畫之態度的單因子變異分析
(N=58)

變項	數目	平均值	標準差	自由度	均值差的平 均和	均方	F值	p值	Scheffe
參加針具 交換藥局	11	62.00	9.74	1	53.37	53.37	0.93	0.34	
未參加針具 交換藥局	47	59.55	7.02	56	3213.62	57.39			
總和	58	60.02	7.57	57	3266.98				

(七) 個人基本特質

由表卅五得知全部受訪者當中女性藥師有 64 位(佔 39.5%)，男性藥師有 98 位(佔 60.5%)。年齡分佈最小為 24 歲，最大為 73 歲，平均年齡為 47.20 歲，標準差為 11.77 歲。受訪者的教育程度為大學(專)有 154 人(佔 95.1%)，研究所含以上有 7 人(佔 4.3%)，其他有 1 人(佔 0.6%)。在藥局工作的年資最少 1 年，最多 43 年，平均工作年資為 14.37 年，標準差為 12.41 年。工作屬性屬兼職(非全日工作)有 7 人(佔 4.3%)，全職工作有 155 人(佔 95.7%)。

台北市的受訪者當中女性藥師有 40 位(佔 38.5%)，男性藥師有 64 位(佔 61.5%)。年齡分佈最小為 24 歲，最大為 73 歲，平均年齡為 48.37 歲，標準差為 12.63 歲。受訪者的教育程度為大學(專)有 99 人(佔 95.2%)，研究所含以上有 5 人(佔 4.8%)。在藥局工作的年資最少 1 年，最多 43 年，平均工作年資為 15.63 年，標準差為 12.99 年。工作屬性屬兼職(非全日工作)有 6 人(佔 5.8%)，全職工作有 98 人(佔 94.2%)。如表卅六所示，104 份問卷中，參加針具交換的藥局有 29 家(27.88%)，未參加針具交換的藥局有 75 家(72.12%)，受訪社區藥局的地理分佈為中正區 13 家(12.50%)、大同區 4 家(3.85%)、中山區 11 家(10.58%)、松山區 5 家(4.81%)、大安區 12 家(11.54%)、萬華區 11 家(10.58%)、信義區 6 家(5.77%)、士林區 14 家(13.46%)、北投區 6 家(5.77%)、內湖區 11 家(10.58%)、南港區 3 家(2.88%)、文山區 8 家(7.69%)。

台南縣的受訪者當中女性藥師有 24 位(佔 41.4%)，男性藥師有 34 位(佔 58.6%)。年齡分佈最小為 26 歲，最大為 64 歲，平均年齡為 45.12 歲，標準差為 9.78 歲。受訪者的教育程度為大學(專)有 55 人(佔

94.8%)，研究所含以上有 2 人(佔 3.4%)，其他有 1 人(佔 1.7%)。在藥局工作的年資最少 1 年，最多 36 年，平均工作年資為 12.12 年，標準差為 11.04 年。工作屬性屬兼職（非全日工作）有 1 人（佔 1.7%），全職工作有 57 人（佔 98.3%）。如表卅七所示，58 份問卷中，參加針具交換的藥局有 11 家(18.97%)，未參加針具交換的藥局有 47 家(81.03%)，受訪社區藥局的地理分佈為七股鄉 1 家（1.72%）、下營鄉 1 家（1.72%）、仁德鄉 5 家（8.62%）、六甲鄉 2 家（3.45%）、左鎮鄉 1 家（1.72%）、永康市 12 家（20.69%）、玉井鄉 3 家（5.17%）、西港鄉 2 家（3.45%）、佳里鎮 4 家（6.90%）、官田鄉 1 家（1.72%）、後壁鄉 1 家（1.72%）、將軍鄉 2 家（3.45%）、麻豆鎮 2 家（3.45%）、善化鎮 3 家（5.17%）、新化鎮 5 家（8.62%）、新營市 7 家（12.07%）、學甲鎮 1 家（1.72%）、歸仁鄉 3 家（5.17%）、鹽水鎮 2 家（3.45%）。

表卅五、不同地區的社區藥局藥師的個人基本特質之分佈 (N=162)

變項	全體 (n=162)		台北市 (n=104)		台南縣 (n=58)		
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
性別	女	64	39.5	40	38.5	24	41.4
	男	98	60.5	64	61.5	34	58.6
教育程度	大學(專)	154	95.1	99	95.2	55	94.8
	研究所	7	4.3	5	4.8	2	3.4
	其他	1	0.6	-	-	1	1.7
工作屬性	兼職	7	4.3	6	5.8	1	1.7
	全職	155	95.7	98	94.2	57	98.3

表卅五、不同地區的社區藥局藥師的個人基本特質之分佈 (N=162) — 續

變項	全體 (n=162)		台北市 (n=104)		台南縣 (n=58)	
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差
年齡	47.20	11.77	48.37	12.63	45.12	9.78
工作時間	14.37	12.41	15.63	12.99	12.12	11.04

表卅六、台北市受訪社區藥局的地理分佈 (N=104)

行政區	參加針具交換的藥局數	未參加針具交換的藥局數	合計 (%)
中正區	7	6	13 (12.50)
大同區	1	3	4 (3.85)
中山區	4	7	11 (10.58)
松山區	1	4	5 (4.81)
大安區	1	11	12 (11.54)
萬華區	6	5	11 (10.58)
信義區	2	4	6 (5.77)
士林區	3	11	14 (13.46)
北投區	1	5	6 (5.77)
內湖區	2	9	11 (10.58)
南港區	0	3	3 (2.88)
文山區	1	7	8 (7.69)
合計 (%)	29 (27.88)	75 (72.12)	104 (100.00)

表卅七、台南縣受訪社區藥局的地理分佈 (N=58)

行政區	參加針具交換藥局數	未參加針具交換藥局數	合計 (%)
七股鄉	0	1	1 (1.72)
下營鄉	0	1	1 (1.72)
大內鄉	0	0	-
山上鄉	0	0	-
仁德鄉	1	4	5 (8.62)
六甲鄉	1	1	2 (3.45)
左鎮鄉	0	1	1 (1.72)
永康市	1	11	12 (20.69)
玉井鄉	1	2	3 (5.17)
白河鎮	0	0	-
西港鄉	0	2	2 (3.45)
佳里鎮	0	4	4 (6.90)
官田鄉	0	1	1 (1.72)
後壁鄉	0	1	1 (1.72)
柳營鄉	0	0	-
將軍鄉	0	2	2 (3.45)
麻豆鎮	0	2	2 (3.45)
善化鎮	1	2	3 (5.17)
新化鎮	2	3	5 (8.62)
新市鄉	0	0	-
新營市	2	5	7 (12.07)
楠西鄉	0	0	-
學甲鎮	0	1	1 (1.72)
歸仁鄉	2	1	3 (5.17)
關廟鄉	0	0	-
安定鄉	0	0	-
鹽水鎮	0	2	2 (3.45)
合計 (%)	11 (18.97)	47 (81.03)	58 (100.00)

(八) 愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫的認識及減害計畫的態度之關係

利用 Pearson Correlation 統計方法分別針對愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫的認識及減害計畫的態度之關係加以分析說明：

(1) 愛滋病的認識與愛滋病的態度

由表卅八得知全部社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與愛滋病的態度得分之間呈正相關，但無顯著差異 ($r=0.063$, $p>0.05$)；台北市社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與愛滋病的態度得分之間呈正相關，但無顯著差異 ($r=0.065$, $p>0.05$) (詳見表卅九)；台南縣社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與愛滋病的態度得分之間呈正相關，但無顯著差異 ($r=0.046$, $p>0.05$) (詳見表四十)。

(2) 愛滋病的認識與減害計畫的認識

由表卅八得知全部社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與減害計畫的認識得分之間呈正相關，但無顯著差異 ($r=0.152$, $p>0.05$)；台北市社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與減害計畫的認識得分之間呈正相關，但無顯著差異 ($r=0.169$, $p>0.05$) (詳見表卅九)；台南縣社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與減害計畫的認識得分之間呈正相關，但無顯著差異 ($r=0.102$, $p>0.05$) (詳見表四十)。

(3) 愛滋病的認識與減害計畫的態度

由表卅八得知全部社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與減害計畫的態度得分之間呈負相關，但無顯著差異 ($r=-0.075$, $p>0.05$)；台北市社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與減害計畫

的態度得分之間呈正相關，但無顯著差異 ($r=0.017$, $p>0.05$) (詳見表卅九); 台南縣社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與減害計畫的態度得分之間呈負相關，但無顯著差異 ($r=-0.229$, $p>0.05$) (詳見表四十)。

(4) 愛滋病的態度與減害計畫的認識

由表卅八得知全部社區藥局藥師的愛滋病的態度得分與減害計畫的認識得分之間呈正相關，但無顯著差異 ($r=0.045$, $p>0.05$); 台北市社區藥局藥師的愛滋病的態度得分與減害計畫的認識得分之間呈正相關，但無顯著差異 ($r=0.036$, $p>0.05$) (詳見表卅九); 台南縣社區藥局藥師的愛滋病的態度得分與減害計畫的認識得分之間呈正相關，但無顯著差異 ($r=0.051$, $p>0.05$) (詳見表四十)。

(5) 愛滋病的態度與減害計畫的態度

由表卅八得知全部社區藥局藥師的愛滋病的態度得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，且也有顯著差異 ($r=0.435$, $p<0.01$)，即表示愛滋病的態度得分愈高對減害計畫的態度愈正向; 台北市社區藥局藥師的愛滋病的態度得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，且也有顯著差異 ($r=0.397$, $p<0.01$)，即表示愛滋病的態度得分愈高對減害計畫的態度愈正向; (詳見表卅九); 台南縣社區藥局藥師的愛滋病的態度得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，且也有顯著差異 ($r=0.506$, $p<0.01$)，即表示愛滋病的態度得分愈高對減害計畫的態度愈正向 (詳見表四十)。

(6) 減害計畫的認識與減害計畫的態度

由表卅八得知全部社區藥局藥師的減害計畫的認識得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，且也有顯著差異 ($r=0.276$ ， $p<0.01$)，即表示減害計畫的認識得分愈高對減害計畫的態度愈正向；台北市社區藥局藥師的減害計畫的認識得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，且也有顯著差異 ($r=0.364$ ， $p<0.01$)，即表示減害計畫的認識得分愈高對減害計畫的態度愈正向；(詳見表卅九)；台南縣社區藥局藥師的減害計畫的認識得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，但無顯著差異 ($r=0.128$ ， $p>0.05$) (詳見表四十)。

表卅八、全部社區藥局藥師對愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫的認識及減害計畫的態度之相關情形 (N=162)

	愛滋病的認識	愛滋病的態度	減害計畫的認識	減害計畫的態度
愛滋病的認識	1.000			
愛滋病的態度	0.063	1.000		
減害計畫的認識	0.152	0.045	1.000	
減害計畫的態度	-0.075	0.435**	0.276**	1.000

**p < 0.01

表卅九、台北市社區藥局藥師對愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫的認識及減害計畫的態度之相關情形 (N=104)

	愛滋病的認識	愛滋病的態度	減害計畫的認識	減害計畫的態度
愛滋病的認識	1.000			
愛滋病的態度	0.065	1.000		
減害計畫的認識	0.169	0.036	1.000	
減害計畫的態度	0.017	0.397**	0.364**	1.000

**p < 0.01

表四十、台南縣社區藥局藥師對愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫的認識及減害計畫的態度之相關情形 (N=58)

	愛滋病的認識	愛滋病的態度	減害計畫的認識	減害計畫的態度
愛滋病的認識	1.000			
愛滋病的態度	0.046	1.000		
減害計畫的認識	0.102	0.051	1.000	
減害計畫的態度	-0.229	0.506**	0.128	1.000

**p < 0.01

(九) 減害計畫之預測因子

為了解各自變項對依變項（減害計畫的認識和減害計畫的態度）之影響力，本研究以逐步複迴歸（Stepwise Multiple Regression）進行分析，以期找出最佳預測研究樣本執行減害計畫的變項與最佳迴歸模式。

將個人基本特質中的性別、年齡、教育程度、工作時間、工作屬性及愛滋病的認識、愛滋病的態度共七個變項以逐步複迴歸做進一步分析，結果顯示工作屬性及愛滋病的態度對減害計畫的態度最具影響力，共可解釋總變異量為 19.7%（如表四十一所示）。所得之迴歸方程式如後所示：減害計畫的態度=40.073+0.757(愛滋病的態度)-3.155(工作屬性)，依公式表示社區藥局藥師以愛滋病態度為愈正向且為全職工作者，則其減害計畫的態度愈好。

表四十一、社區藥局藥師對減害計畫相關因子之逐步複迴歸分析結果

自變項	決定係數 (R ²)	矯正後決定係數 (Adj R ²)	原始分數 回歸係數 (B)	標準化迴歸係數 (β)	F
愛滋病的態度	0.197	0.187	0.757	0.417	19.55**
工作屬性(全職)			-3.155	-0.090	
常數			40.073		

(減害計畫的態度) $Y=40.073+0.757$ (愛滋病的態度) -3.155 (全職)

(十) 藥癮個案部分：

於建構結構式問卷之前，運用開放式引導的訪談，去鑑別藥癮者共用針頭相關行為的特殊信念，對於每一個特殊的行為和調查族群。於民國 96 年 04 月 26 日至 96 年 06 月 06 日期間，完成 15 位受訪者之訪談，每位受訪者之訪談均一次完成，訪談時間為 7 分鐘到 1 小時 21 分鐘不等，平均為 33 分鐘，共訪 15 位受訪者。最後對於共用針頭的顯著信念與重要參考對象如表四十二、表四十三與表四十四。

表四十二、避免共用針頭之行為信念結果 (N=15)

序位	行為信念	頻率
1	共用針頭會讓我得到愛滋病	15
2	共用針頭能讓我在最短的時間內打到藥，馬上解癮	15
3	共用針頭可以讓我省去買針的時間	9
4	共用針頭會讓我得到 C 型肝炎	7
5	共用針頭可以讓我比較有機會得到別人送我的藥	6
6	共用針頭比較不衛生	4
7	共用針頭可以讓我避免去買針時被警察抓的風險	3

8	共用針頭能讓我避免身上帶針被臨檢到的風險	2
9	共用針頭可以讓我表達信任對方	2

表四十三、避免共用針頭之重要參考對象結果 (N=15)

序位	重要參考對象	頻率
1	監獄上課的老師	11
2	好朋友	8
3	配偶 (男女朋友)	4
4	家人	4
5	藥頭	2
6	醫生	2

表四十四、避免共用針頭之控制信念結果 (N=15)

序位	控制信念	頻率
1	拿到藥時，藥癮已經很難過，等不及去買針	15
2	要打藥時，藥局已經關了，買不到針	15
3	要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針	15
4	要打藥時，附近沒有藥局可以買針	13
5	拿到藥時，還不是很啼	11
6	別人把針筒裡還沒打完的藥給我打	8
7	跟一群人打藥，剛好針不夠分	7
8	要打藥時，身上沒有錢可以買針	6
9	要打藥時，身上有自己專用或全新的針	6
10	要打藥時，懶得去買針	5
11	要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針	4
12	很多人一起打藥，只有一支新的針，而自己不是排第一個打	4
13	要打藥時，發現自己準備的針已經壞了	4
14	要打藥時，天氣不好，不方便出門買針	2

經由藥癮者對於共用針頭的行為信念可以得知，100%的個案皆表示共用針頭會感染愛滋病，但所有的個案也同樣表示共用針頭可以在最短的時間內打到藥，讓個案解決最在意的戒斷症狀問題，因此藥癮者雖然知道共用針頭會感染愛滋，但在面臨藥癮來時，急迫想要解癮，仍有可能有共用針頭行為。另外，共用針頭隱藏的尚有社會化的意義，當別人贈與藥物時，若藥物已在針筒裡，基於表達對對方的信任、想要快速得到藥物等心情，使得共用針頭的情況出現。而有些個案也提到，許多藥癮者因為擔心出去買針會被警察抓，因此使用別人用過的針頭，如此可以避免被抓的風險，省去買針的時間。

影響個案共用針頭的重要參考對象有監獄上課的老師、好朋友、配偶(男女朋友)、藥頭、醫生等。每一位藥癮受刑人在監獄都會接受愛滋病衛教課程，甚至有個案是入監後才知道原來共用針頭會傳染愛滋病。因藥癮為觸犯法律之行為，在社區很難給予衛生教育，故在監獄即是很理想的衛教場所，由此研究結果也顯示，在監獄的衛生教育確實達到不錯的效果。除了好朋友、配偶、家人等關係較密切的對象外，也有個案提到藥頭也是影響共用針頭的參考對象。因為藥癮者常常在拿到藥的瞬間就想快速的把藥打進身體裡面，又擔心把針頭放在身上會被警察臨檢，許多個案會有向藥頭借針的行為，若藥頭身上有乾淨的針頭，即可減少共用針頭的問題。亦有個案提到醫生對於個案的提醒也是很重要的影響因素。

促進或阻礙個案共用針頭的情境如表四十四所列，其中前三名為「拿到藥時，藥癮已經很難過，等不及去買針」、「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」、「要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針」，100%的個案都提到以上三種促進共用針頭的情境，由此可見藥癮的急迫性讓個案對於避免共用針頭的控制力減低，容易在意志無法控制之下共用針頭。而在藥

局部份，因大部分的藥局半夜沒有營業，使得藥癮者半夜要打藥時，買不到針頭；受訪者甚至表示，會共用針頭幾乎都是在半夜，因為都買不到針頭，針頭的可近性確實影響共用針頭之行為發生。

經由以上訪談的資料，了解個案對於共用針頭的信念與態度，充實本研究的質性資料。進一步，更針對藥癮者對藥癮愛滋、減害試辦計畫之相關知識、態度及接受程度做結構式問卷調查（附錄二）。

「藥癮者對藥癮愛滋、減害試辦計畫之相關知識、態度及接受程度做結構式問卷調查」內容共分為三大部分，第一部分為「藥癮者對於愛滋病之知識及態度之探討」，又細分為「對愛滋病認識的程度」（共 11 題）與「對愛滋病的態度」（共 5 題）兩小部份；第二部份為「藥癮者對於減害試辦計畫之知識、態度與接受程度之探討」，細分為「對減害試辦計畫認識的程度」（共 8 題）與「對減害試辦計畫認識的態度與接受程度」（共 7 題）；第三部份為「個人基本」資料，分別有：性別、年齡、婚姻、學歷、從何處得知減害計畫、列出最常去的三間藥局、設置針具交換服務站最喜歡的地點等 7 題。

共發出 100 份問卷，共回收 62 份問卷，有效問卷為 58 份。研究結果如下：

一、藥癮者對於愛滋病之知識及態度之探討

（一）對於愛滋病認識的程度：

每一題有「是」、「否」、「不知道」三項選項，第 1、2、4、5、7、8、9 題答「是」得一分，答其他答案得零分；第 3、6、10、11 題答「否」得一分，答其他答案得零分。滿分為 11 分，最低分為 0 分。分析結果平均為 9.09 分，標準差為 1.341，變異數為 1.799，最高分為 11 分（2 位，佔 3.4%）全部答對，最低分為 5 分（1 位；1.7%）。整體而言，受訪者之愛

滋病認識程度高，答對率達 82.6%，表示大部分的藥癮者擁有正確的愛滋病相關之知識。

(二) 對於愛滋病的態度：

每一題有「非常同意」、「同意」、「沒意見」、「不同意」、「非常不同意」五項選項，第 1、3、5 題將「非常同意」設為五分，以此類推；第 2、4 題為反向題，因此將「非常不同意」設為五分，其他以此類推。滿分為 25 分，最低分為 0 分。分析結果平均為 20.59 分，標準差為 2.17，變異數為 4.73，最高分為 25 分（6 位，佔 10.3%），最低分為 15 分（1 位；1.7%）。整體而言，大部分的藥癮者對於愛滋病有正向的態度。

二、藥癮者對於減害試辦計畫之知識、態度與接受程度之探討

(一) 對於減害試辦計畫認識的程度：

每一題有「是」、「否」、「不知道」三項選項，第 1、4、7、8 題答「是」得一分，答其他答案得零分；第 2、3、5、6 題答「否」得一分，答其他答案得零分。滿分為 8 分，最低分為 0 分。分析結果平均為 6.36 分，標準差為 1.087，變異數為 1.182，最高分為 8 分（4 位，佔 6.9%）全部答對，最低分為 3 分（2 位；3.4%）。整體而言，受訪者對減害試辦計畫認識程度高，答對率達 79.5%，表示大部分的藥癮者對於減害試辦計畫擁有正確的知識。

(二) 對減害試辦計畫的態度與接受程度：

每一題有「非常同意」、「同意」、「沒意見」、「不同意」、「非常不同意」五項選項，第 1、2、5、6、7 題將「非常同意」設為五分，以此類推；第 3、4 題為反向題，因此將「非常不同意」設為五分，其他以此類推。滿分為 35 分，最低分為 0 分。分析結果平均為 28.40 分，標準差為 2.791，變異數為 7.787，最高分為 35 分（3 位，佔 5.2%），最低分為 23 分（1

位；1.7%）。整體而言，大部分的藥癮者對於減害試辦計畫有正向的態度。

三、個人基本資料

（一）性別：

58位受訪者中，其中54位男性（93.1%），4位女性（6.9%），受訪者以男性居多。

（二）年齡：

平均年齡為43.36歲，受訪者最大歲數為69歲，最年輕者為20歲。

（三）婚姻：

以未婚居多，佔56.9%（33位）；其他依序為為已婚（16位，27.6%）、離婚（6位，10.3%）、喪偶（2位，3.4%），最少為分居（1位，1.7%）。

（四）學歷：

以國中居多，佔43.1%（25位）；其他依序為為高中（職）（18位，31%）、國小（6位，10.3%）、不識字（4位，6.9%）、專科（3位，5.2%），以識字但未就學及大學以上人數最少，各為一位（佔1.7%）。

（五）從何處得知減害計畫：

以朋友為最多，32位（55.2%）受訪者提到是經由朋友的管道得知此計畫，因此在藥癮者的文化裡，經由朋友口耳相傳是最快將訊息傳遞出去的方法。其它依序為醫護人員（12位，20.7%）、電視新聞（7位，12.1%）、其他：地檢署（5位，8.6%）、宣傳海報（4位，6.9%）。

（六）最常去的藥局：

個案提到的藥局中，以武昌藥局次數最多（5次），可能因為受訪者大多於萬華區活動，因此武昌藥局被提及的次數較多。其它藥局例如：久大藥局、志明藥局、俊安藥局、啟仁藥局、新生藥局也有2位以上的受訪者提及，此點可作為針具交換點之參考。

（七）設置「針具交換服務站」最喜歡的地點：

受訪者以填寫社區藥局為最多（24位），其次為便利商店（23位），其它如醫院（14位）、醫事檢驗所（13位）、戒癮診所（12位）、一般診所（10位）、健康服務中心（10位）等，可以看出除了便利商店擁有據點多之便利性外，受訪者仍傾向於醫療單位設置針具交換服務站為最佳選擇。

二、討論

(一) 問卷統計及回收率

本研究問卷總共發出台北市有522份、台南縣有497份，台北市回收問卷含親訪有104份、台南縣回收問卷有58份，回收率台北市為18.84%、台南縣為23.11%。台南縣雖經三次郵寄問卷，但未能達預定目標100份，僅回收58份，可能是跨縣市的緣故，即使有問卷訪視費當酬禮，台南縣藥師配合的意願度仍不高；此外台南縣的藥局數有251家，依比率推算（18.11%）至少需45份，因此仍可就回收的58份問卷做本研究的統計分析。而台北市則超過預定目標100份，計有104份。兩地共計回收162份問卷，回收率大約為20%，其中參加針具的藥局約為5%，未參加針具交換的藥局約為15%，參加針具交換的藥局數遠少於未參加針具交換的藥局，比率大約為1：3。國外對於社區藥師所做的研究指出，加拿大的問卷回收率為84.6% (Myers et al., 1998)，法國的問卷回收率為92% (Bonnet et al., 2001)，英國的問卷回收率為67.5~79.0% (Fleming et al., 2001; Matheson et al., 1999; Sheridan et al., 1997; Glanz et al., 1989)。亦即表示對於問卷的回收率仍有待加強。

推測問卷回收率不高的可能原因是社區藥局藥師對於免費提供或販賣清潔針具的意願不高，綜合親訪台北市參加針具交換計畫的藥師之意見，歸納如下：（1）擔心藥局受到藥癮者莫名的威嚇或有不良企圖、（2）擔心來店的客人受到騷擾或驚嚇、（3）索取針具及回收的量少，為避免遭來不必要的麻煩，欲退出減害計畫、（4）擔心幼童或青少年玩耍或非藥癮相關的人士濫取濫用。

(二) 愛滋病知識量表

在二十題的愛滋病的知識題目中，全體藥師的答對率為18.5%，與顧英華（民93）針對中部地區國、高中生愛滋病知識與態度之研究的結果顯示，高中生答對率為75.6%、國中生答對率為53.2%，及武靜蕙（民77）針對台北市立醫院醫護人員對愛滋病的知識態度之研究顯示，醫護人員答對率為40~50%，相較是明顯偏低的，即表示藥師的愛滋病正確知識稍嫌不足。全數都答對的題目為「15.與藥癮者共用針頭、稀釋液或容器可能感染愛滋病」，因為近年來衛生署疾病管制局推出『注射毒品、感染愛滋』的宣導紅布條及警語，使得大眾皆知注射毒品及共用針頭、稀釋液或容器可能感染愛滋病或B、C型肝炎。「17.搖頭性派對或轟趴常使用毒品來助性”，會加速愛滋病的傳播」，透過新聞媒體的大肆播報有關轟趴併用搖頭丸等派對用藥（party drug），經警方查獲並送驗而發現有人感染愛滋病的負面資訊，也讓受訪的社區藥局藥師們印象深刻。得分最低的三題分別為「1.與愛滋病人共餐不會感染愛滋病」、「2.被蚊蟲叮咬會感染愛滋病。」及「13.當出現伺機性感染之後，就是愛滋病的發病期，免疫系統不會再復原到感染期的狀態」，表示藥師們對於愛滋病的傳染途徑仍不是很清楚，另外對於愛滋病的病程發展亦不甚明瞭，所以需要針對藥師的愛滋病知識做進一步的澄清與宣導。

台南縣藥師在「1.與愛滋病人共餐不會感染愛滋病」及「7.感染愛滋病毒後無法立即檢驗是否受到感染，須等8到12週後再驗血才比較準確」這二題的得分結果顯示其在愛滋病認識的正確觀念是比台北市藥師有顯著的差異。台北市參加針具交換的藥師在「14.台灣地區靜脈注射藥癮者感染愛滋的疫情有顯著上升的趨勢」此題得分低

於未參加針具交換的藥師，已達顯著水準，表示台北市參加針具交換的藥師對於藥癮者感染愛滋的疫情上升趨勢並不十分了解，因此有必要針對參與減害計畫的藥師們加強宣導與更新愛滋病的衛教資訊。

由研究結果得知影響藥師對愛滋病知識的相關因素有年齡的大小及工作時間的長短，台南縣的藥師尤其明顯，表示有地理上的差異，雖然台南縣為最早推行減害計畫的四個試辦縣市之一，但是年紀越大、執業越久的藥師其愛滋病的正確知識是明顯不足的。台北市有無參加針具交換的藥師對於愛滋病知識的得分是有顯著的差異，未參加針具交換的藥局藥師平均得分高於參加針具交換的藥局藥師，表示參與針具交換計畫的社區藥局藥師仍須再加強愛滋病的正確知識；相對於未參與針具交換計畫的藥局且有正確的愛滋病觀念的藥師，應可與其溝通並輔導加入減害計畫，讓藥癮者有更多方便索取清潔針具與回收的地點。本結果與武靜蕙（民77）針對台北市立醫院醫護人員對愛滋病的知識態度之研究調查中指出，影響醫護人員對愛滋病知識的重要變項有年齡、是否閱讀衛生署編印之愛滋病手冊及工作地點是類似的。

（三）愛滋病態度量表

台南縣藥師的愛滋病態度平均得分雖高於台北市藥師，但未達顯著差異，表示雖然沒有地理上的差異，但是台南縣藥師的愛滋病態度是較正向的。

台北市藥師的愛滋病態度平均得分比全體藥師的平均分數低，在「#8.我覺得因注射藥物而感染愛滋病的毒癮者，政府不需提供必要的協助」此題台北市參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交

換的藥師，已達顯著差異，表示台北市參加針具交換的藥師認為政府對於藥癮者不應該提供必要的協助是持贊同的態度，又因為本題為反向題，實有必要對於參加針具交換計畫的台北市社區藥局藥師再加強其正確的愛滋病觀念。

由研究結果得知影響藥師對愛滋病態度的相關因素有年齡的大小及工作時間的長短，台北市的藥師尤其明顯，表示有地理上的差異，年紀越大、執業越久的藥師其愛滋病的態度是明顯不足的。兩地有無參加針具交換的藥師對於愛滋病態度的得分並無顯著的差異，但就整體來說有六成五的社區藥局藥師對愛滋病態度是趨於正向且表贊同的。本結果與武靜蕙（民77）針對台北市立醫院醫護人員對愛滋病的知識態度之研究調查中指出，影響醫護人員對愛滋病態度的重要變項為是否閱讀有關愛滋病的資料是不同的。

（四）減害計畫知識量表

162份問卷中有26位藥師勾選『不知道』政府正在推行「減害試辦計畫」而直接跳達第9題（佔16.0%），其中台北市有19份、台南縣有7份，皆為未參加針具交換的社區藥局藥師，其餘136位藥師勾選『知道』政府正在推行「減害試辦計畫」（佔84.0%），其中半數以上的社區藥局藥師表示不太清楚減害計畫，僅有約三成的社區藥局藥師表示很清楚減害計畫。

全部藥師的減害計畫的認識，答對率僅有2.5%，得分最低的三題分別為「#4.為了保密，參與美沙冬替代療法計畫的藥癮者不需建立身分辨識」、「#7.『藥癮愛滋減害計畫』中諮商與轉介計畫指的是提供藥癮者心理諮商與輔導，但不協助解決身心問題和給予歸復社會的機會」及「#8.藥癮者應先接受戒治，待戒癮成功後再輔導就

業」，皆為負向題，表示社區藥局藥師並不知道參與美沙冬門診替代療法的藥癮者必須建立三種身分辨識，其方法包括指紋建檔、相片建檔及簽名建檔。藥師們也不清楚諮商與轉介計畫是指提供藥癮者心理諮商與輔導，並經由個案管理師的協助來解決其身心問題和回歸社群工作的機會。將近有九成的藥師認為藥癮者應先戒癮成功後再輔導就業，殊不知藥癮者其實可以一邊參加替代療法一邊工作，並不致影響其生活，不但可間接減少社會成本及對社會帶來的負面影響，進而提升藥癮者的生活品質及收入，不失為兩全其美的方法，以期最終能在漸進式且有計畫的心理輔導及生理調適機制下完全成功戒除毒癮。

台南縣藥師在「1.『藥癮愛滋減害計畫』中清潔針具計畫指的是獎勵社區藥局配合辦理清潔針具的發放及回收」及「2.清潔針具購置和回收廢棄針具的地點是社區藥局和衛生所」這二題的得分結果顯示台南縣藥師對減害計畫認識的正確觀念是比台北市藥師有顯著的差異。台北市參加針具交換的藥師在「2.清潔針具購置和回收廢棄針具的地點是社區藥局和衛生所」及「14. 經毒品危害防制中心評估有就業意願的藥癮患者，可轉介各地就業服務站協助其職業訓練及推介」此二題得分高於未參加針具交換的藥師，已達顯著水準，表示台北市參加針具交換的藥師因有定期回報衛生單位發放及回收針具數量，也知道台北市毒品危害防制中心有一項轉介就業服務機構的業務，可協助藥癮者參與職業訓練及推介工作。此外台南縣參加針具交換的藥師在「5.參加美沙冬計畫的藥癮患者每週至少定期回診一次追蹤治療且每天至指定地點服用藥物」及「14. 經毒品危害防制中心評估有就業意願的藥癮患者，可轉介各地就業服務站協助其職業

訓練及推介」此二題得分高於未參加針具交換的藥師，已達顯著水準，表示台南縣參加針具交換的藥師知道參加美沙冬計畫的藥癮患者須定期回診追蹤且每天至指定地點服用藥物，也知道台南縣毒品危害防制中心的業務項目中有一項是轉介就業服務機構，可協助藥癮者參與職業訓練及推介工作。台南縣參加針具交換的藥師在「#4.為了保密，參與美沙冬替代療法計畫的藥癮者不需建立身分辨識」此題得分低於未參加針具交換的藥師，已達顯著水準，表示台南縣參加針具交換的藥師並不知道參與美沙冬門診替代療法的藥癮者必須建立三種身分辨識，需要加強對已參加針具交換計畫的藥師有關替代療法的正確觀念。

由研究結果得知並未發現影響藥師對減害計畫知識的相關因素。不同地區有無參與針具交換的藥局藥師其對減害計畫知識的正確性亦無顯著的差異，但就整體來說社區藥局藥師對減害計畫的觀念是正確的。

(五) 減害計畫態度量表

台南縣藥師的減害計畫態度的平均得分雖低於台北市藥師，但未達顯著差異，表示雖然沒有地理上的差異，但是台北市藥師對減害計畫態度是較正向的。

台北市藥師的減害計畫態度平均得分比全體藥師的平均分數高，台北市參加針具交換的藥師在「#5.我會拒絕販售或交換清潔針具給來本藥局消費的顧客」、「8.為了保護藥癮者的隱私，我不會私下通知警方來查察」、「12.我會主動協助藥癮者至本藥局購置或交換針具」及「#15.我覺得藥癮者應該接受強制戒治而不是用減害」此四題得分高於未參加針具交換的藥師，已達顯著差異，表示台北市參

加針具交換的藥師並不會私下通知警方來查察，亦會主動協助藥癮者來店裡購置或交換針具，是持正向且贊同的態度。但是藥師卻會拒絕販售或交換清潔針具給一般消費者，而且認為藥癮者應該接受強制戒治而不是接受減害，是持負向的態度，實有必要將減害計畫的內容再為藥師做充分的說明，並給予正確的衛教資訊，使藥師充分了解減害計畫的重要性，如此藥師就會明瞭藥癮者的需求而適時給予必要的協助，並且能輔導或轉介藥癮者參與美沙冬替代療法。

又台南縣參加針具交換的藥師在「8.為了保護藥癮者的隱私，我不會私下通知警方來查察」及「12.我會主動協助藥癮者至本藥局購置或交換針具」此二題平均得分高於未參加針具交換的藥師，已達顯著差異，表示台南縣參加針具交換的藥師並不會私下通知警方來查察，亦會主動協助藥癮者來店裡購置或交換針具，是持贊同且正向的態度。

由研究結果得知並未發現影響藥師對減害計畫知識的相關因素，但是在台北市年輕的藥師對於減害計畫是持贊同且正向的態度。不同地區有無參與針具交換的藥局藥師其對減害計畫知識的正確性亦無顯著的差異，但就整體來說六成的社區藥局藥師對減害計畫態度是趨於正向的且表贊同與支持。Matheson等（1999）指出影響藥師對減害計畫的態度相關因子有藥局的所在地、性別及工作年資，與本研究結果不同。並指出控制上述變因會影響針具的販售、美沙冬的發放及美沙冬消耗量的監督，而負面的態度亦會影響藥師的服務品質及發藥的程序。

（六）社區藥局藥師的基本特質

女男藥師比約為4：6，大多數藥師（約佔95%）的教育程度為

大學（專），也幾乎都是全職工作（約佔96%），台北市與台南縣社區藥局藥師的結果亦相似，但實際親訪台北市參與針具交換計畫的社區藥局藥師時發現女性藥師比男性藥師在面對藥癮者時有較多的擔心與恐懼，但是女性藥師也比男性藥師較關心廢棄針具的回收，男性藥師則比較不積極配合針具交換計畫，對於統計回收針具數量的工作感到煩瑣及不便。此結果與加拿大的發表有差異（Myers et al., 1998），女性藥師較支持防疫措施特別是針對藥癮者的諮商及勸導，男性藥師則較著重在修法，但基本上藥師們對於愛滋病的防治意願是逐年升高。

全體藥師的平均年齡約為47歲，最年輕的藥師為24歲，最年長的藥師為73歲，年齡分布的範圍很廣，台北市藥師的平均年齡較高於台南縣藥師。全體藥師的平均年資為14年，工作時間最短為1年、最長為43年，工作時間分布的範圍亦很廣，台北市藥師的平均年資較高於台南縣藥師。由於年長的藥師執業時間較久，對於愛滋病及減害計畫的認識並不十分清楚，甚至有些觀念是錯誤的，又對於愛滋病及減害計畫的態度也不表贊同和負向的，實有必要再加強宣導或辦理教育訓練課程，讓藥師能夠更新正確的愛滋病及減害計畫知識，進而改善藥師對愛滋病及減害計畫的態度。此結果與Sheridan等（1996）表示藥師是否參予減害計畫與個人的特質有關且全國的公衛政策未能與每個社區的藥局做充分運用及聯結是相似的。

有兩位未參與針具交換的社區藥局藥師亦藉由本問卷表達其看法，台北市李藥師：「贊成政府推行減害計畫，但因配套措施不足，影響參與的意願，另外若涉及衛材管理疏失，會面臨罰責而無法承擔等問題」。台南縣穆藥師：「站在第一線人員雖然是最好的守護

者，卻也會遇到不為人知的一面，因居處鄉下，遇到熟識的毒癮者，難免觸及個人隱私，不熟識者會擔心遇到偷竊、恐嚇，所以不會主動規勸他們，建議政府應由衛教人員專人輔導較為妥當」。

從回收問卷的地理分布來看，台北市全數回收問卷最多的前三名為士林區14家、中正區13家及大安區12家，台北市參加針具交換的藥局回收問卷最多的前三名為中正區7家、萬華區6家及中山區4家，未參加參加針具交換的藥局回收問卷最多的前三名為大安區11家、士林區11家及內湖區9家，即表示仍可積極爭取及輔導其他行政區未參加針具交換的藥局像大同區、南港區、松山區及信義區等地區的藥師加入減害計畫。台南縣全數回收問卷最多的前三名為永康市12家、新營市7家及新化鎮5家，台南縣參加針具交換的藥局回收問卷最多的前三名為新營市2家新化鎮2家及歸仁鄉2家，未參加參加針具交換的藥局回收問卷最多的前三名為永康市11家、新營市5家及佳里鎮4家，亦即表示仍可積極爭取及輔導其他行政區未參加針具交換的藥局像大內鄉、山上鄉、白河鎮、柳營鄉、新市鄉、關廟鄉、安定鄉等地區的藥局藥師加入減害計畫。

(七) 愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫的認識及減害計畫的態度之相關性

全部社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與愛滋病的態度得分之間呈正相關，但無顯著的差異，即表示若愛滋病的認識得分愈高，則愛滋病的態度就愈正向，台北市及台南縣社區藥局藥師的結果亦同。此結果與顧英華（民93）及武靜蕙（民77）的研究相同。

全部社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與減害計畫的認識得分之間呈正相關，但無顯著的差異，即表示若愛滋病的認識得分愈高，

則減害計畫的得分也就愈高，台北市及台南縣社區藥局藥師的結果亦同。

全部社區藥局藥師的愛滋病的認識得分與減害計畫的態度得分之間呈負相關，但無顯著的差異，即表示若愛滋病的認識得分愈高，則減害計畫的態度就愈負向，台南縣社區藥局藥師的結果亦同，但是台北市社區藥局藥師則相反，愛滋病的認識得分愈高，則減害計畫的態度就愈正向，亦即表示有地理上的差異性。

全部社區藥局藥師的愛滋病的態度得分與減害計畫的認識得分之間呈正相關，但無顯著的差異，即表示若愛滋病的態度愈正向，則減害計畫的認識就愈高，台北市及台南縣社區藥局藥師的結果亦同。

全部社區藥局藥師的愛滋病的態度得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，且有顯著的差異，即表示若愛滋病的態度愈正向，則減害計畫的態度也就愈正向，台北市及台南縣社區藥局藥師的結果亦同。與逐步複迴歸推測的結果相似。實有必要針對社區藥局藥師的愛滋病的觀念與態度作更一步的在職教育與推廣，以期透過加強藥師對減害計畫的支持度與參與感，讓政府在推動公共衛生政策時能更落實且合乎民意。

全部社區藥局藥師的減害計畫的認識得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，且有顯著的差異，即表示若減害計畫的認識得分愈高，則減害計畫的態度就愈正向，台北市社區藥局藥師的結果亦同，但台南縣社區藥局藥師則未達顯著的差異。此結果亦說明減害計畫政策的執行必須先讓社區藥局藥師有明確的觀念與認識，待軟體及配套措施都準備好了以後再正式上路，以期降低藥師心中莫

名的恐懼與擔憂，如此藥師配合減害計畫政策的態度與意願也就會大幅的增加。

Sheridan等（1997）比較1988早期及1995兩年的調查，結果指出教育訓練對藥師的態度之間及藥師的態度對提供的服務之間有正相關，並提出以下幾點建議：針對藥師可以做進一步的教育訓練、加強醫師與藥師之間的溝通、輔導藥局成為新的給藥點及強化藥師成為藥癮者的支持角色。另外Fleming等（2001）也指出藥局在為藥癮者提供服務時常會面臨的三大屏障有(1)藥師需要接受再職訓練、(2)尋求支持系統及(3)獎勵金制度，必須先將上述機制建立完備之後，藥師才會完全自願的參加減害計畫。

（八）減害計畫之預測因子

透過逐步複迴歸分析，針對減害計畫的認識及減害計畫的態度與個人基本特質中的性別、年齡、教育程度、工作時間、工作屬性、及愛滋病的認識、愛滋病的態度共七個變項的預測，結果僅發現工作屬性、及愛滋病的態度對減害計畫的態度最具影響力，並未發現其他變項影響減害計畫的認識，即表示若社區藥局藥師的愛滋病態度為愈正向且為全職工作者，則其對減害計畫的態度就愈好。此結果與顧英華（民93）及武靜蕙（民77）的研究相同，皆表示對愛滋病的態度是可以預測，且對研究對象有顯著的影響。

期待社區藥局藥師都能夠秉持正確且正向的愛滋病態度（Glanz et al., 1989；Myers et al., 1996；Sheridan et al., 1997），來面對日益嚴重的愛滋病疫情，並積極配合減害計畫政策的執行，作為防疫的尖兵，同時也讓藥癮者在藥師的協助與關心之下不再受到歧視，並且注重個人自身的健康，很容易取得乾淨的清潔針具，堅持不共用針

具、稀釋液及容器，或是透過藥師的轉介，藥癮者可逕自接洽全國各地的美沙冬門診就醫，漸漸戒治毒癮。最終目的仍是希望透過社區藥局藥師的協助，讓藥癮者能夠善用政府所提供的各項資源，以期早日回歸正常的生活。

肆、結論與建議

一、結論

(一) 問卷統計及回收率

問卷一共發出 1019 份：台北市有 522 份，台南縣有 497 份。共計回收 162 份：台北市有 104 份，台南縣有 58 份。回收率約兩成：台北市為 18.84%，台南縣為 23.11%。其中參加針具交換的藥局約佔 5%，台北市有 29 家、台南縣有 11 家；未參加針具交換的藥局約佔 15%，台北市有 75 家、台南縣有 47 家。

(二) 愛滋病知識量表

全部 162 份問卷的愛滋病的認識總分為 18.22 ± 1.48 分，台南縣藥師得分為 18.38 ± 1.41 分，台北市藥師得分為 18.13 ± 1.51 分，台南縣藥師得分高於台北市藥師，但未達顯著水準 ($t=1.03, p>0.05$)。台北市參加針具交換的藥局藥師得分為 17.62 ± 1.90 分，未參加針具交換的藥局藥師得分為 18.33 ± 1.30 分，參加針具交換的藥師得分低於未參加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=-1.86, p>0.05$)。台南縣參加針具交換的藥局藥師得分為 18.55 ± 1.37 分，未參加針具交換的藥局藥師得分為 18.34 ± 1.43 分，參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=0.44, p>0.05$)。

根據 t 檢定、相關分析及單因子變異數分析發現影響愛滋病之知識相關因素有年齡及工作時間，台南縣年齡愈大及工作時間愈長的藥師對愛滋病知識的得分就顯得愈低。台北市參加針具交換的藥師與未參加針具交換的藥師對愛滋病的認識得分有顯著的差異；台南

縣參加針具交換的藥師與未參加針具交換的藥師對愛滋病的認識得分無顯著的差異。

(三) 愛滋病態度量表

全部162份問卷的愛滋病的態度總分為 35.18 ± 3.94 分，台南縣藥師得分為 35.60 ± 4.27 分，台北市藥師得分為 34.94 ± 3.74 分，台南縣藥師得分高於台北市藥師，但未達顯著水準 ($t=0.99, p>0.05$)。台北市參加針具交換的藥局藥師得分為 35.14 ± 3.99 分，未參加針具交換的藥局藥師得分為 34.87 ± 3.67 分，參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=0.32, p>0.05$)。台南縣參加針具交換的藥局藥師得分為 36.27 ± 5.14 分，未參加針具交換的藥局藥師得分為 35.45 ± 4.09 分，參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=0.50, p>0.05$)。

根據t檢定、相關分析及單因子變異數分析發現影響愛滋病之態度相關因素有年齡及工作時間，台北市年齡愈大及工作時間愈長的藥師對愛滋病態度的得分就顯得愈低。台北市和台南縣參加針具交換的藥師與未參加針具交換的藥師對愛滋病的態度得分並無顯著的差異。

(四) 減害計畫知識量表

全部162份問卷的減害計畫的認識總分為 12.34 ± 2.50 分，台南縣藥師得分為 12.53 ± 2.27 分，台北市藥師得分為 12.22 ± 2.63 分，台南縣藥師得分高於台北市藥師，但未達顯著水準 ($t=0.72, p>0.05$)。台北市參加針具交換的藥局藥師得分為 12.62 ± 2.43 分，未參加針具交換的藥局藥師得分為 12.02 ± 2.73 分，參加針具交換的藥師得分高於未參

加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=1.04$, $p>0.05$)。台南縣參加針具交換的藥局藥師得分為 12.00 ± 2.05 分，未參加針具交換的藥局藥師得分為 12.68 ± 2.33 分，參加針具交換的藥師得分低於未參加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=-0.94$, $p>0.05$)。

根據t檢定、相關分析及單因子變異數分析並未發現影響減害計畫之認識的相關因素。台北市及台南縣參加針具交換的藥師與未參加針具交換的藥師對減害計畫的認識得分亦無顯著的差異。

(五) 減害計畫態度量表

全部162份問卷的減害計畫的態度總分為 60.52 ± 7.15 分，台南縣藥師得分為 60.02 ± 7.57 分，台北市藥師得分為 60.80 ± 6.93 分，台南縣藥師得分低於台北市藥師，但未達顯著水準 ($t=-0.65$, $p>0.05$)。台北市參加針具交換的藥局藥師得分為 61.83 ± 6.31 分，未參加針具交換的藥局藥師得分為 60.40 ± 7.16 分，參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=1.00$, $p>0.05$)。台南縣參加針具交換的藥局藥師得分為 62.00 ± 9.74 分，未參加針具交換的藥局藥師得分為 59.55 ± 7.02 分，參加針具交換的藥師得分高於未參加針具交換的藥師，但未達顯著水準 ($t=0.79$, $p>0.05$)。

根據t檢定、相關分析及單因子變異數分析並未發現影響減害計畫之態度的相關因素。台北市及台南縣參加針具交換的藥師與未參加針具交換的藥師對減害計畫的態度得分亦無顯著的差異。

(六) 社區藥局藥師的基本特質

全部162份問卷中女性藥師有64位，約佔四成，台北市有40位，台南縣有24位；男性藥師有98位，約佔六成，台北市有64位，台南

縣有34位。全體藥師的平均年齡為 47.20 ± 11.77 歲，台北市藥師平均年齡為 48.37 ± 12.63 歲，台南縣藥師平均年齡為 45.12 ± 9.78 歲。教育程度大多為大學（專）計有154人，約佔九成五，台北市有99人，台南縣有44人；研究所計有7人，台北市有5人，台南縣有2人；其他學歷則有台南縣1人。全體藥師的平均工作年資為 14.37 ± 12.41 年，台北市藥師的平均工作年資為 15.63 ± 12.99 歲，台南縣藥師的平均工作年資為 12.12 ± 11.04 歲。全職藥師計有155人，約佔九成五，台北市有98人，台南縣有57人；兼職藥師計有7人，台北市有6人，台南縣有1人。

台北市參加針具交換藥局有29家，未參加針具交換藥局有75家，分散在十二個行政區，最多的前三區為士林區14家、中正區13家、大安區12家，最少的前三區為南港區3家、大同區4家、松山區5家。台南縣參加針具交換藥局有11家，未參加針具交換藥局有47家，分散在十九個行政區，最多的前四區為永康市12家、新營市7家、仁德鄉5家、新化鎮5家，最少的有七股鄉、下營鄉、左鎮鄉、官田鄉、後壁鄉、學甲鄉等六區，皆為1家。

（七）愛滋病的認識、愛滋病的態度、減害計畫的認識及減害計畫的態度之關係

全部社區藥局藥師的愛滋病的態度得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，且也有顯著差異（ $r=0.435$ ， $p<0.01$ ），即表示愛滋病的態度得分愈高對減害計畫的態度愈正向；台北市社區藥局藥師（ $r=0.397$ ， $p<0.01$ ）及台南縣社區藥局藥師（ $r=0.506$ ， $p<0.01$ ）的愛滋病的態度得分與減害計畫的態度得分之間亦呈正相關，且也有顯著差異，即表示愛滋病的態度得分愈高對減害計畫的態度愈正向。

全部社區藥局藥師（ $r=0.276$ ， $p<0.01$ ）及台北市社區藥局藥師

($r=0.364$, $p<0.01$) 的減害計畫的認識得分與減害計畫的態度得分之間呈正相關，且也有顯著差異，即表示減害計畫的認識得分愈高對減害計畫的態度愈正向；台南縣社區藥局藥師的減害計畫的認識得分與減害計畫的態度得分之間雖呈正相關，但無顯著差異($r=0.128$, $p>0.05$)。

(八) 減害計畫之預測因子

將個人基本特質中的性別、年齡、教育程度、工作時間、工作屬性、愛滋病的認識、愛滋病的態度共七個變項以逐步複迴歸做進一步分析，結果顯示工作屬性、愛滋病的態度對減害計畫的態度最具影響力，共可解釋總變異量為 19.7%。

二、建議

根據本研究結果及過程中所得到的經驗及參考國內外的文獻，擬就社區藥局藥師對減害計畫的看法提出下列幾點建議：

(一) 社區藥局藥師對於藥癮愛滋的認知及態度

以往透過傳媒的方式經常會給社會大眾灌輸許多負面的印象，譬如男同志轟趴感染愛滋的事件、警察戴手套及口罩詢問犯罪之愛滋感染者，此類新聞被炒的喧騰一時。所以政府在推行各項愛滋病防治的政策時，就應該特別注意在發布新聞稿時須秉持公正且審慎的態度，避免被新聞媒體炒作或錯用，以期把正確的愛滋病知識及態度落實到社會基層，並從國小教育就要開始做起。愛滋病的教育宣導工作要能夠確實的推廣至全民，使得人人做都能以客觀且正面的態度來看待愛滋病這個議題，逐漸減少對此慢性傳染病的歧視與恐懼。Myers等（1996）提出應擴大藥師的角色，包括諮商、健康促進、疾病防治及藥品把關，並建議針對社區藥局的藥師作上述的在職教育訓練。有鑑於此可由中央衛生主管機關委託全國藥師公會來配合公共衛生政策的推行，定期舉辦研討會或研習會，更新藥師對愛滋病的衛教資訊。

(二) 社區藥局藥師對於減害計劃的認識與態度

減害計畫從94年8月開始上路以來，社區藥局是執行此計畫的地點之一，藥師就扮演很重要的角色，要直接面對藥癮者，除了提供針具交換的服務之外，亦應該對藥癮者付出更多的關心，像是提醒在性行為時全程正確使用保險套的重要性；不與他人共用針具、容器及稀釋液；安撫藥癮者的情緒或轉介至美沙冬門診就醫等。藥師本身亦須先建立對減害計畫抱持著認同且正向的態度，也期望藥

師能本著大愛的精神，讓這群社會的邊緣人感受到社會的溫暖，進而遠離疾病及毒癮的傷害。建議仍應針對全國藥師持續辦理減害計畫的教育訓練，增加針具交換的服務點及廢棄針具回收筒，亦應提高參與減害計畫的藥局的獎勵金，並給予合法的保障及維護藥局周邊環境的安全，甚至可以參考國外的公衛政策，審慎評估開放社區藥局發放管制藥品（美沙冬）給藥癮者的可行性（Glanz et al., 1989；Sheridan et al., 1996；Myers et al., 1998；Matheson et al., 1999；Bonnet et al., 2001；Fleming et al., 2001；Bonnet 2006）。

（三）不同地區的社區藥局參與減害計畫之相關因素

影響藥師對減害計畫的認識與態度的相關因素有年齡及工作時間，但不同地區並沒有顯著的差異，台北市年輕藥師對於減害計畫的是持贊同且正向的態度。此外台北市藥師的愛滋病認識得分愈高，對減害計畫的態度愈正向，在地理上是有差異的。台北市藥師及台南縣藥師對愛滋病的態度愈正向，相對於減害計畫的態度也就愈正向。台北市藥師對減害計畫的認識愈正確，相對於減害計畫的態度也就愈正向，台南縣藥師則否，表示有地理上的差異。從逐步複迴歸分析來預測，亦可得知影響減害計畫的因子為愛滋病的態度及全職工作。針對上述的研究結果，可以看出台北市藥師比台南縣藥師較配合政府推行的減害計畫，建議中央衛生主管機關應要求地方衛生單位積極輔導轄區的社區藥局，並針對年齡大且工作時間長的藥師給予減害計畫相關的在職訓練，以利政府更落實減害計畫的推動。

（四）研究限制

台南縣的問卷回收率未達預定目標，且仍有少部分鄉鎮的藥局未回覆意見，僅就四分之三鄉鎮的藥局藥師所回覆的問卷做統計分析。建議可以結合台南縣當地的衛生單位，及在台南縣藥師公會的協助下定期為社區藥局藥師辦理教育訓練，並藉由親訪藥師的機會，同時給予正確的愛滋病及減害計畫的衛教資訊和單張。

三、誌謝

最後感謝本院傳染病防治部王醫務長永衛、行政中心院聘莊主任革、昆明院區藥局陳藥師秉弘、國民健康局蔡技正春美、博信藥局蔡藥師博信及162家社區藥局藥師的支持與幫忙，在此一併致謝。

伍、參考文獻

中文部分：

- 丁志音、陳欣欣（2000）．預防為最上策—民眾的愛滋病性病防治信念與對保險套的看法．*中華衛誌*，19(3)，180-191。
- 丁志音、涂醒哲（2004）．傳染病照護的選擇性歧視-醫師及牙醫師的愛滋病專業倫理觀與照護意願．*台灣衛誌*，23（1），45-58。
- 王永衛（2003）．後天免疫缺乏症候群-雞尾酒藥物真相與迷思．於曾珍麗校閱，*愛滋病照護學-理論與實務之應用*（pp.41-55）．台北：大田。
- 周勵志、江美珠、呂健弘、魏美志（1993）．護理人員對愛滋病之知識與態度調查．*公共衛生*，20（4），124-134。
- 柯乃熒、李欣純、李南瑤、陳政惠、柯文謙（2005）．減害措施（Harm Reduction）-注射藥物使用者之愛滋防治措施．*愛之關懷季刊*，50，47-54。
- 涂醒哲（1995）．*全球愛滋攻防手冊*．台北：性林。
- 疾病管制局（2006）．疾病管制局愛滋統計資料網頁。<http://www.cdc.gov.tw/>
- 疾病管制局（2006）．後天免疫缺乏症候群（AIDS）統計資料。
- 莊哲彥（1998）．*愛滋病新知*．台北：台灣醫學會。
- 衛生署（1998）：*後天免疫缺乏症候群問答及聯繫手冊*．台北：衛生署。
- 熊秉荃（1999）．人類免疫缺乏病毒感染者就醫經驗之初探．*台灣醫學*，3（3），271-279。
- 蘇逸玲、盛文鶯、邱蘭芳、藍馬維琴（1992）．某教學醫院護理人員對愛滋病的知識與態度之探討．*榮總護理*，9（5），429-440。
- 武靜蕙：台北市立醫院護理人員對愛滋病知識態度之調查研究。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文 1988。

顧英華：中部地區國、高中學生愛滋病知識與態度之研究。臺中師範學院
自然科學教育學系碩士論文 2004。

許淑雲：靜脈注射藥癮者對減害計畫需求評估~以台中監獄、雲林及嘉義
戒治所為例。亞洲大學 健康管理研究所碩士論文 2005。

陳立慧：衛生署「毒品病患愛滋減害計畫」對毒癮愛滋防治成效之探討-
以桃園縣監獄毒癮受刑人為例。開南大學 公共事務管理學系碩士論文
2006。

英文部分：

- Bonnet N, Beauverie P, Gaudoneix-Taïeb M, Poisson N, Imbert E, Fournier G.: Changes in pharmacists practices (1996 - 2000) related to harm reduction policy (condoms, injecting equipment, methyilmorphine) and maintenance therapy delivery (buprenorphine, methadone). *Ann Med Interne (Paris)* 2001; 152(7):15-20.
- Bonnet N.: Pharmacy syringe exchange program for injection drug users. *Presse Med* 2006; 35(12 Pt 1):1811-8.
- Brendstrup E. & Schmidt K.: Homesexual and bisexual men's coping with the AIDS epidemic: qualitative interviews with 10 non-HIV-teated homosexual and bisexual men. *Soc Sci med* 1990; 30(6):713-20.
- Centers for Disease Control: Kaposi's sarcoma and pneumocystis Pneumonia among homosexual men p New York City and California. *MMWR* 1981; 30(25):305-8.
- Centers for Disease Control: Pneumocystis pneumonia-Los Angeles. *MMWR* 1981; 30:250-2.
- Cohen, J.: Changing Course to break the HIV-Heroin connection. *Science* 2004; 304:1434-5.
- Donabedian, A.: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44:166-206.
- Donabedian, A.: The criteria and standards of quality. *Ann Arbor* 1981; MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A.: Explorations in quality assessment and monitoring. *Ann Arbor* 1985(Vol.3); MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A.: An introduction to quality assurance in health care. 2002; New York: Oxford University Press.
- Fleming GF, McElnay JC, Hughes CM, Sheridan J, Strang J.: The role of the community pharmacist in drug abuse: a comparison of service provision

- between Northern Ireland and England/Wales. *Pharm World Sci* 2001; 23(1):13-6.
- Fox D.M.: The politics of physicians, responsibility in epidemics: A note on history. *Hastings Cent Rep* 1988; 18:5-10.
- Friedlander W. J.: On the obligation of physicians to treat AIDS: Is there a historical basis? *Rev Infect Dis* 1990; 12:191-203.
- Fitzpatrick R., McLean J., Hart G., & Boulton M.: The HIV test and sexual behaviour in a sample of homosexually active men. *Soc Sci Med* 1991; 32(6):683-8.
- Glanz A, Byrne C, Jackson P.: Role of community pharmacies in prevention of AIDS among injecting drug misusers: findings of a survey in England and Wales. *BMJ* 1989; 299(6707):1076-9.
- Gottlieb M.S., Schroff R., Schanter HM.: Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N Engl Med* 305:1425-31.
- Hilton B.A., Thompson R., Moore-Dempsey L. & Janzen R.G. Janzen: Harmreduction theories and strategies for control of human immunodeficiency virus: a review of the literature. *J Adv Nur* 2001; 33:357-70.
- Jonsen A.R.: The duty to treat patients with AIDS and HIV infection. In Gostin LO ed. *AIDS and the Health Care System* 1990; New Haven: Yale University Press. 155-168
- Loewy E.H.: Duties, fears and physicians. *Soc Sci Med* 1986; 12:1363-66.
- Marlatt G.A.: Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. 1998; New York: The Guilford Press.
- Matheson C, Bond CM, Mollison J.: Attitudinal factors associated with community pharmacists' involvement in services for drug misusers. *Addiction* 1999; 94(9):1349-59.

- Myers T, Cockerill R, Worthington C, Millson M, Rankin J.: Community pharmacist perspectives on HIV/AIDS and interventions for injection drug users in Canada. *AIDS Care* 1998; 10(6):689-700.
- Myers T, Cockerill R, Millson M, Rankin J, Worthington C.: The role of policy in community pharmacies' response to injection-drug use: results of a nationwide Canadian survey. *AIDS Public Policy J* 1996; 11(2):78-88.
- Riley D., Sawka E. & Conley P.: Harm reduction: concepts and practice. A policy discussion paper. *Subst Use Misuse* 1999; 34:9-24.
- Sheridan J, Strang J, Taylor C, Barber N.: HIV prevention and drug treatment services for drug misusers: a national study of community pharmacists' attitudes and their involvement in service specific training. *Addiction* 1997; 92(12):1737-48.
- Sheridan J, Strang J, Barber N, Glanz A.: Role of community pharmacies in relation to HIV prevention and drug misuse: findings from the 1995 national survey in England and Wales. *BMJ* 1996; 313(7052):272-4.
- Tun W., Celentano D.D., Vlahov D. & Strathdee S. A.: Attitudes toward HIV treatments influence unsafe sexual and injection practices among injecting drug users. *AIDS* 2003; 17:1953-1962.
- Zuger A., Miles H.: Physicians, AIDS and occupational risk: historic traditions and ethical obligations. *JAMA* 1987; 258:1924-8.

問卷編號：

96 年社區藥局對毒癮愛滋、減害試辦計畫之相關知識、態度及接受程度問卷

親愛的社區藥局藥師您好：

有鑒於『減害試辦計畫』為政府目前愛滋防治的重點政策之一，又此計畫主要執行的地點在社區藥局，因此本研究擬探討社區藥局藥師對於愛滋及減害試辦計畫的瞭解情形及接受程度，作為衛生單位在推動全國藥癮愛滋減害試辦計畫的衛教重點及擬定相關政策的參考，以期有效防治藥癮愛滋的疫情。您的寶貴意見是本研究的重要資料，且您的資料也將受到嚴格保密，請放心填寫。(煩請收到本問卷後儘速於七日內回傳)

臺北市政府衛生局 敬上

研究人員：王少平

聯絡電話：02-23703739 轉 1722

傳真電話：02-23121435

聯絡地址：台北市萬華區昆明街 100 號 7 樓

電子信箱：Z1987@tpech.gov.tw

一、社區藥局藥師對於愛滋之知識、態度及接受程度之評估

(一)以下問項是瞭解您對愛滋病認識的程度

	是	否	不知道
1. 與愛滋病人共餐不會感染愛滋病。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 被蚊蟲叮咬會感染愛滋病。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 口腔內若有傷口，與愛滋患者「深吻」有可能感染愛滋病毒。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 體外射精不會感染愛滋病。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 刺青或穿耳洞有可能感染愛滋病。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 愛滋帶原者的外觀並沒有明顯的症狀。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 感染愛滋病毒後無法立即檢驗是否受到感染，須等 8 到 12 週後再驗血才比較準確。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 性行為後應多沖洗身體或勤上廁所，可避免感染愛滋病。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 因愛滋病有空窗期，無明顯症狀，所以不具傳染性。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 與別人共用針具會感染 B、C 型病毒性肝炎、愛滋病等疾病。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 愛滋病毒會侵犯人體的免疫細胞(T4 淋巴球)，進而破壞免疫系統造成多種伺機性的感染。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	是	否	不知道
12. 目前愛滋病的治療僅能有效抑制病毒量，但仍無法根治愛滋病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 當出現伺機性感染之後，就是愛滋病的發病期，免疫系統即不再復原至未感染的狀態。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 台灣地區靜脈注射藥癮者感染愛滋的疫情有顯著上升的趨勢。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 與藥癮者共用針頭、稀釋液或容器可能感染愛滋病。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 目前全國有指定醫院和各縣市衛生局有提供免費的愛滋匿名篩檢。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 搖頭性派對或轟趴常使用毒品來助”性”，會加速愛滋病的傳播。..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 孕婦可能因共用針具而感染愛滋，並將愛滋病傳染給嬰兒。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 海洛因成癮者使用一次即丟的清潔針具可避免感染愛滋病。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 施用大麻者會產生幻覺、喪失方向感及平衡力，造成性能力下降，但不致發生因性行為而感染到愛滋病。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	非常 同意	同 意	沒 意 見	不 同 意	非 常 不 同 意
(二) 以下問項是瞭解您對於愛滋病的態度					
1. 我覺得「每一個人」都可能感染愛滋病。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我願意主動去做愛滋篩檢。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我覺得愛滋病患會對他們的鄰居和朋友造成威脅。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我和同事或朋友討論愛滋病會覺得很不好意思。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我覺得感染愛滋病的人最好不要告訴別人以免引起不必要的擔心或恐慌。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我覺得罹患愛滋病的人應自行負擔醫療費用。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 每次性行為我都會全程正確使用保險套以免感染愛滋病。....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我覺得因注射藥物而感染愛滋病的毒癮者，政府不需提供必要的協助。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 搖頭性派對或轟趴是感染愛滋病的溫床。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 買檳榔附贈保險套可有效預防愛滋病。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

二、社區藥局藥師對於減害試辦計畫之知識、態度與接受程度之探討

(一)以下問項是瞭解您對減害試辦計畫認識的程度

請問您知道目前政府正在推行的『減害試辦計畫』嗎？

知道，很清楚 知道，不太清楚 不知道（請直接跳答第 9 題）

是 否 不知道

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 『藥癮愛滋減害計畫』中清潔針具計畫指的是獎勵社區藥局配合辦理清潔針具的發放及回收。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 清潔針具購置和回收廢棄針具的地點是社區藥局和衛生所。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 『藥癮愛滋減害計畫』中替代療法計畫指的是使用長效的美沙冬取代短效的海洛因以減輕傷害的一種治療方式。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 為了保密，參與美沙冬替代療法計畫的藥癮者不需建立身分辨識。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 參加美沙冬計畫的藥癮患者每週至少定期回診一次追蹤治療且每天至指定地點服用藥物。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 參加美沙冬計畫的藥癮患者只適用未感染愛滋病的人。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 『藥癮愛滋減害計畫』中諮商與轉介計畫指的是提供藥癮者心理諮商與輔導，但不協助解決身心問題和給予歸復社會的機會。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 藥癮者應先接受戒治，待戒癮成功後再輔導就業。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 藥癮者在尚未戒除藥癮之前，應該學習「不共用針具、稀釋液及容器」以保護自己的健康。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 美沙冬是鴉片類藥物，屬於第二級管制藥品。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 美沙冬有成癮性，停止服用時會產生戒斷症狀。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. 重複使用美沙冬會產生明顯的鎮靜作用。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. 施用美沙冬仍可合併使用海洛因，不會有生命危險。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 經毒品危害防制中心評估有就業意願的藥癮患者，可轉介各地就業服務站協助其職業訓練及推介。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. 建立個案管理師制度可整合社會資源，以利直接服務藥癮者。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. 臺北市立聯合醫院疾病管制院區昆明院區設置『健康希望 209』可提供藥癮諮商輔導及轉介等服務。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

非常
同意

同
意

沒
意
見

不
同
意

非
常
不
同
意

(二)以下問項是瞭解您對減害試辦計畫的態度與接受程度

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 我會主動為藥癮者說明每次都使用清潔的針具、不共用針具、稀釋液和容器及每次性行為都使用保險套。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 我會為藥癮者說明如何以漂白水或酒精清潔使用過的針具。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 我會為藥癮者說明靜脈注射的注意事項。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 我會提醒藥癮者使用清潔針具的重要性。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	非常 同意	同 意	沒 意 見	不 同 意	非 常 不 同 意
5. 我會拒絕販售或交換清潔針具給來本藥局消費的顧客。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我會鼓勵藥癮者參加減害試辦計畫以取代高危險的靜脈注射。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我會向藥癮者說明愛滋病或其他性病、B、C 肝炎、安全性行為等相關資訊。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 為了保護藥癮者的隱私，我不會私下通知警方來查察。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 我會協助藥癮者轉介到醫療院所或民間團體戒毒。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我會提供藥癮者愛滋病防治衛教單張或戒癮諮商機構的相關訊息。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 我會鼓勵藥癮者應該儘早接受愛滋匿名篩檢。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 我會主動協助藥癮者至本藥局購置或交換針具。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 我認為減害試辦計畫應該可以有效降低藥癮愛滋的疫情。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 我覺得政府不應該提供免費的清潔針頭及美沙冬給藥癮者。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 我覺得藥癮者應該接受強制戒治而不是用減害。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 我會協助藥癮者尋求專業的醫護人員或戒癮人員作藥癮諮商。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

個人基本資料

藥局名稱：_____ 填表人：_____ 職稱：_____

負責人：_____ 連絡電話：_____

連絡地址：_____

性別：男 女

年齡：_____年_____月_____日，_____歲

教育程度：大學（專） 研究所（含以上）

在本藥局的工作時間迄今已有_____年_____月

目前的工作屬性：兼職（非全日工作） 全職

感謝您撥冗完成此份問卷，7日內回傳或寄回即可獲贈**全家商品禮券**乙份！

柒、附錄二

96 年藥癮者對藥癮愛滋、減害試辦計畫之相關知識、態度及接受程度調查問卷

親愛的藥癮者您好：

鑒於『減害試辦計畫』為政府目前愛滋防治的重點政策之一，本研究擬探討藥癮者對於愛滋及減害試辦計畫的瞭解情形及接受程度，作為衛生單位在推動全國藥癮愛滋減害試辦計畫的衛教重點及擬定相關政策的參考，以期有效防治藥癮愛滋的疫情。您的寶貴意見是本研究的重要資料，且您的資料也將受到嚴格保密，請放心填寫。

臺北市政府衛生局 敬上

研究人員：袁美珍

聯絡電話：02-23703739 轉 1713

傳真電話：02-23121435

聯絡地址：台北市萬華區昆明街 100 號 7 樓

電子信箱：B2359@tpech.gov.tw

一、藥癮者對於愛滋病之知識及態度之探討

(一) 以下問項是瞭解您對愛滋病認識的程度

是 否 不 知
道

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 愛滋帶原者的外觀並沒有明顯的症狀。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 感染愛滋病毒後無法立即檢驗是否受到感染，須等 8 到 12 週後再驗血才比較準確。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 因愛滋病有空窗期，無明顯症狀，所以不具傳染性。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 與別人共用針具會感染 B、C 型病毒性肝炎、愛滋病等疾病。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 台灣地區靜脈注射藥癮者感染愛滋病的疫情有逐漸下降的趨勢。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 與藥癮者共用稀釋液或容器不會感染愛滋病。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 目前全國有指定醫院及各縣市衛生局提供免費的愛滋匿名篩檢。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 孕婦可能因共用針具而感染愛滋，並將愛滋病傳染給嬰兒。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 海洛因成癮者使用一次即丟的清潔針具可避免感染愛滋病。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 使用大麻者會產生妄想、幻覺及口乾，長期使用會造成免疫力下降，但不致因性行為而感染愛滋病。..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 用水洗過的針具可以安心使用，不會感染愛滋。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	非常 同意	同 意	沒 意 見	不 同 意	非 常 不 同 意
(二) 以下問項是瞭解您對於愛滋病的態度					
1. 我願意主動去做愛滋病檢驗。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我覺得感染愛滋病的人最好不要告訴別人以免引起不必要的擔心或恐慌。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 每次性行為我都會全程正確使用保險套以免感染愛滋病。..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我覺得因注射藥物而感染愛滋病的毒癮者，政府不需提供必要的協助。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 搖頭性愛派對或轟趴是感染愛滋病的溫床。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

二、藥癮者對於減害試辦計畫之知識、態度與接受程度之探討

(一)以下問項是瞭解您對減害試辦計畫認識的程度

	是	否	不 知 道
1. 參加美沙冬計畫的藥癮患者須定期回診，每天至指定地點服用藥物。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 為了保密，參與美沙冬替代療法計畫的藥癮者不需建立身分辨識。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 藥癮者應先接受戒治，待戒癮成功後再輔導就業。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 藥癮者可至參與針具交換計畫的社區藥局免費索取清潔針具、稀釋液及保險套。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 因美沙冬屬第二級毒品具有成癮性，停止服用時不會產生戒斷症狀。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 施用美沙冬仍可合併使用海洛因，不會有生命危險。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 經毒品危害防治中心評估有就業意願的藥癮患者，可轉介至各地就業服務站協助其後續職業訓練及就職推薦。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 建立個案管理師制度可整合社會資源，以利直接服務藥癮者。...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(二)以下問項是瞭解您對減害試辦計畫的態度與接受程度		非 常 同 意	同 意	沒 意 見	不 同 意	非 常 不 同 意
1.	我覺得藥癮者應該儘早接受愛滋匿名篩檢。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	我認為減害試辦計畫應該可有效降低藥癮者感染愛滋的疫 情。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	我覺得政府不應該提供免費的清潔針頭及美沙冬給藥癮 者。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	我覺得藥癮者應該接受強制戒治而不是用減害。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	我會主動尋求專業的醫護人員或戒癮人員作藥癮諮商。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	我覺得政府應該提供藥癮者注射毒品的地點	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	我會利用活動外展（箱型車）之針具交換及諮商篩檢的地 點。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、個人基本資料

1.性別：①男 ②女

2.年齡：_____（足歲）

3.婚姻：①未婚 ②已婚 ③離婚 ④分居 ⑤喪偶

4.學歷：①不識字 ②識字但不曾就學 ③國小 ④國中 ⑤高中（職）
⑥專科 ⑦大學以上

5.您從何處得知減害計畫（可複選）：

①電視新聞 ②報章雜誌 ③廣播電台 ④網際網路 ⑤醫護人員

⑥朋友 ⑦家人 ⑧宣傳海報 ⑨其他，（請說明）_____

6.請列出你最常去的三間藥局的名稱：

①_____、②_____、③_____

7.如果設置「針具交換服務站」，你最喜歡的地點為何？請排序第一至五名，在方格內填寫1-5之數字。

社區藥局 健康服務中心 醫院 一般診所 便利商店 寺廟教會

民間社團 捐血站 醫事檢驗所 戒癮診所 其他_____

非常感謝您撥冗完成此份問卷，經確認即可獲贈全家商品禮券乙份！