臺大社工學刊　第二十八期
一〇二年十二月　47 頁-92 頁

NTU Social Work Review
No. 28, December 2013, pp.47-92
DOI: 10.6171/ntuswr2013.28.02

臺灣愛滋感染者權能增強影響因素之研究*

莊登閔**
加拿大多倫多大學社會工作博士班生
宋麗玉
國立政治大學社會工作研究所教授兼所長

智慧藏

* 研究者感謝三位匿名審查委員針對本研究所提供的寶貴意見。
** 通訊作者 E-mail: dengminflower@gmail.com
2012 年 6 月 15 日收稿；2013 年 5 月 22 日確定刊登。

摘要

愛滋感染者深受社會烙印且處於社會邊緣，在面對自身權益遭受侵犯時，往往難以看到該人口群為自己或社群發聲與行動；因此，本研究希冀瞭解愛滋感染者的權能及可能的影響因素，藉此激發感染者的權能。

本研究採問卷調查法，以臺灣目前的愛滋感染者為主要對象，抽樣方法為立意抽樣，共回收 379 份有效問卷。研究中檢驗的預測因子為生活滿意度、愛滋內在烙印、參與類型、愛滋知識與服藥狀況，並經由雙變項分析和多元迴歸分析檢驗整體模式對權能的解釋力。

愛滋感染者整體權能分布在常模中下區間，社會政治權能最高，但實踐權能的參與行動卻偏低；分析感染者次團體的差異檢定時，性別與環境變項在藥癮愛滋感染者中達顯著。另一方面，迴歸分析顯示整體模式解釋 36%的變異量，生活滿意度、社區代表參與、愛滋知識與服藥順從度為顯著的影響因素。次團體的分析中發現，愛滋內在烙印在同性間性行為愛滋感染者中為顯著的解釋變項，但在藥癮感染者中並沒有達到統計上的顯著。

依據研究結果，建議未來實務與政策投入相關資源探討並促進愛滋感染者生活滿意度和社區代表參與以激發其權能。

關鍵詞：愛滋病、愛滋感染者、權能

壹、前言

根據聯合國愛滋病組織（Joint United Nations Program on HIV/AIDS [UNAIDS], 2012）的統計資料顯示，當年的全球人口當中，將近 3,400 萬人感染愛滋病，其中有 280 萬人為新感染者，而 170 萬人因為相關症狀而死亡。另一方面，臺灣的愛滋感染疫情，自 1985 年發現第一例本國籍愛滋病毒感染者（People living with HIV/AIDS，以下簡稱感染者）、1987 年第一例女性感染者、2002 年第一例藥癮注射行為感染者，皆使衛生單位重視相關的實務與政策。依據衛生署疾病管制局 2012 年 7 月通報的資料顯示，目前本國籍感染者累積人數為 23,270 人、累積的發病人數為 9,144 人，死亡人數則為 3,595 人（行政院衛生署疾病管制局，2012），顯見此議題的影響人數逐漸擴大。

臺灣的愛滋病疫情已邁入第 27 個年頭，目前的感染者因為醫藥的進步，已可藉由藥物控制的方式維繫生命。因此，隨著感染者生命的延續，近幾年的相關研究已從醫療的視角轉移至社會與權力的視角，開始看重感染者的社會角色實踐與生活品質；另一方面，愛滋領域的助人工作者也重新思索不同的議題，除了持續與感染者一同破除社會烙印外，更重要的是如何激發感染者的權能（power），使他們能面對個人、人際與社會層面的阻力（Mitchell & Linsk, 2004）。

聯合國計畫開發署（United Nations Development Program, UNDP）為了促進感染者的參與以激發其權能（empowerment），整理感染者運動的三個重要時間點，分別為：〈丹佛宣言〉（The Denver Principles）、〈愛滋感染者參與宣言〉（Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS, GIPA）以及〈曼谷宣言〉（Bangkok Declaration），這三個時間點為西方感染者權能運動的重要里程碑。2004 年更針對亞太地區的感染者進行從參與到激發權能（from involvement to empowerment）的研究，呈現亞太地區感染者的

困境，例如，遭到政治、經濟與社會層面的剝削，資源不足、資訊缺乏及性別不平等之情況，影響其系統間的互動。反觀臺灣，目前欠缺探索感染者權能的相關研究，因此，本研究的探討更顯重要且具價值性；尤其臺灣的感染者鮮少採取政策層面的行動，此點與西方國家的多次宣言迴異，其原因為何，有待研究。

基於上述的研究動機，本研究希冀透過實證調查的方式達到下列研究目的：瞭解感染者的權能及影響感染者權能的因素。根據研究結果，針對實務與後續研究提出具體建議，以提供社會工作人員及未來的研究人員瞭解和促進感染者的權能。具體而言，本研究問題為：一、感染者擁有哪些權能？二、影響感染者權能的因素有哪些？

貳、文獻探討

一、感染者的社會烙印

烙印所釋出的符號訊息是一種社會互動下的產物，通常針對不同於主流文化意識型態的行為，而這些行為會被歸類為偏差行為（Goffman, 1963）。一個人的行為因為與社區價值不同，因而被冠上烙印（stigma）。感染者會成為烙印的人口群，主要因感染之前，社會難以接受這樣的傳播行為，而感染之後，則會影響到個人及他人，甚至影響社會的勞動品質與國家安全。有文獻指出，愛滋病相對癌症而言，受到更多的社會阻礙，由此可見一斑（Fife & Wright, 2000）。因此，透過瞭解感染者的烙印議題，可明白其所受到的阻礙。

聯合國愛滋病組織提出愛滋影響相關烙印及歧視行為的因素，例如，缺乏正確知識、不瞭解傳染途徑與治療方式、傳媒的錯誤報導，且民眾常將愛滋相關的烙印與性傾向、疾病、死亡和藥物濫用連接在一起。更甚者，

某些國家政策也制定具有歧視疾病的相關條例，包含強迫篩檢、限制工作權益、限制國際移動、隔離、延誤或拒絕治療等（UNAIDS, 2005）。

感染者面對社會給予的烙印，影響他們在社會各系統之間的角色參與，而這些經由烙印引發的歧視行為，皆影響著感染者的生活狀況。另外，內化烙印形象的個體會影響其價值感，受烙印者常會感到羞愧、譴責和低自尊，甚至產生憂鬱、退縮和自殺行為（Maluwa, Aggleton, & Parker, 2002）。相關文獻亦指出，因為內在烙印，而使得感染者產生心理衛生議題（古力巴，2006；Emlet, 2006; Kalichman et al., 2009; Kinsler, Wong, Sayles, Davis, & Cunningham, 2007; Lee, Kochman, & Sikkema, 2002; Riley et al., 2003; Rintamaki, Davis, Skripkauskas, Bennett, & Wolf, 2006）、較低的社會參與（陳琦，2009；Esposito, Steel, Gioi, Huyen, & Tarantola, 2009）及較差的社會關係（行紅方，2007；Lee et al., 2002; Shehan et al., 2005）。

綜合以上文獻所述，烙印所引發的阻礙逐漸將感染者推向缺權的生活，進而影響個人在自我價值、人際互動與社會參與的表現。

二、權能的定義

權能意指「運用權力的能力」（Lukes, 2005），對於權能的定義，許多學者提供相似的定義與內涵，Simon（1994）也提到這些從不同取向當中形塑的內涵，讓社會工作對於權能的定義逐漸深厚與完整。Solomon（1976）為社會工作界第一位提出權能概念的學者，這個概念適用於正受到系統、制度歧視的族群，其定義增強權能為一個過程，社會工作者與服務使用者投入在使用者的系統當中，從事權力影響的活動，以減少社群的烙印與負面價值感。

有些學者認為，增強權能是一種心理改變的過程（Gutiérrez, GlenMaye, & DeLois, 1995; Simon, 1994）。Rappaport（1987）提到，權能代表個人自

我控制的心理感受與對社會權力的關注。Zimmerman（1990）也認為心理權能是社會脈絡建構出來的，個人在其生態當中學習知識，並瞭解如何才是最適當的參與及決策。從以上學者的描述可以看見，社會環境會影響一個人的心理權能，而心理權能的改變，也會持續影響人際與社會環境，這樣的權能變化也攸關個體是否能夠掌握自己的生活。

牛津辭典（Oxford dictionary, 1989）的定義指出：「增強權能是指授權或贈予權力，允許其獲得權力。」有些學者認為權能不太可能授與，而是必須由自己本身去發展或獲得（趙善如，1999；Boehm & Staples, 2004）；Conger 與 Kanungo（1988）也認為權能不是授權，而是個體所擁有的資源與目標。這樣的敘述代表權能為個體本身的力量，等待助人工作者引發，而非等待權力的給予，兩位學者更直述地認為權能就是自我效能，這樣的描述相當重視主體的能力，但是卻忽略了人際和社會政治層次的權能。

Evans（1992）和 Zimmerman（1995）認為權能能夠影響成員許多面向，其面向不只限於個人；Thomas 與 Pierson（2006）認為權能具有個人和政治面向的概念，並且與社會排除典範有關，也與自助、社區行動、政治參與有關。相關學者也同意權力的表現範疇可運用在多元面向的概念，大體分為個人、人際與社會政治等面向（宋麗玉，2006；趙善如，1999；Adams, 2008; Clarke, 2001; Cowger, 1994; Gutiérrez, 1990; Gutiérrez et al., 1995; Gutiérrez, Oh, & Gillmore, 2000; Gutiérrez, Parsons, & Cox, 1998; Honold, 1997; Rappaport, 1984, 1987; Speer & Hughey, 1995; Zimmerman, 1990）。

綜合以上所述，增強權能是指個人能夠肯定自己的能力並行動，進而達成目標，且與所處的環境有良好的適配度（goodness-of-fit）；與他人互動時，能自我肯定並形成夥伴關係，自覺對他人有影響力，同時也能考慮別人的需求或自己的責任；甚至，透過集體行動來改變周遭的環境，以維持群體的公義（宋麗玉，2006）。

三、國際感染者權能行動內涵

在聯合國計畫開發署（United Nations Development Program [UNDP], 2004）所分類的三個愛滋運動時期當中，每 10 年為一種運動宣言，每一期的宣言顯示感染者在權能方面的需求及落實上的困難。

1983 年於美國丹佛所舉辦的愛滋醫療會議，感染者提出〈丹佛宣言〉，針對所有民眾、感染者和感染者權益進行倡議，希望能夠降低烙印與歧視行為、讓感染者投入政策決策當中，甚至有維持生活品質的需求。

1994 年則是法國舉行的愛滋高峰會，42 個國家代表簽署〈愛滋感染者參與宣言〉，針對增強感染者的權能提出五點目標，分別為：加強參與能力、公共政策決定、保護人權／創造合法環境、投入資源協助弱勢感染者、國家／國際間對感染者人權之加強。但此宣言在亞太地區的作用不大，因為感染者權能議題並未獲得當局的回應。

2004 年的〈曼谷宣言〉，則提出政策參與、治療的可近性及再次強調感染者的權能。這樣的目標期待以增強權能的方式使感染者參與在相關政策當中。而大會提及影響感染者權能的相關因素中，同儕支持被視為相當重要的一部分（UNDP, 2004）。

從以上的愛滋宣言可以看出感染者權能議題的重要性，而這些議題在臺灣地區卻甚少被討論。

四、感染者權能的測量與影響因素

美國地區的助人工作者從 1980 年代開始，朝著增強感染者權能為主要方向（Beeker, Guenther-Grey, & Raj, 1998），透過文獻回顧發現，此時的權能研究已開始在社會心理學、社會工作及管理學領域開展，而在愛滋領域方面，雖然目前國內、外尚無專屬測量感染者整體權能的量表，但在西

方的相關研究，則發展出預防青少年感染及服藥順從的權能量表。另一方面，透過文獻檢索也可得知，針對同性間性行為與女性感染者的權能文獻較多，相對之下，藥癮注射行為感染者的權能文獻則較少，也較難得知該群體的權能程度。

（一）預防愛滋感染的權能測量

在預防愛滋感染的權能測量與影響因素方面，Gutiérrez 等人（2000）針對女性如何堅守安全性行為與愛滋預防為目的，發展青少年愛滋預防量表（Adolescent HIV/AIDS Prevention Scale），將權能面向分為個人、人際與關係面向。研究結果發現，當年齡愈大時，所獲得的資訊、知識愈加的充足，對於關係的穩重程度也愈高，因此，愈有權能去執行與愛滋有關的預防策略。此量表的內部一致性不高，每一個分量表的 α 係數值介於.58～.68 之間。

愛滋預防的介入性研究當中，Romero 等人（2006）運用團體介入的方式，提升女性與伴侶溝通的權能。研究結果發現，社區感受、自我效能與集體效能的後測分數皆大於前測分數。影響因素指標當中，只有集體效能、社區感受和關係中權力的內部一致性達 α＝.80 以上，其他指標皆低於 α＝.80。雖然該研究顯示團體介入對於激發權能的效果，但缺乏長期追蹤的證據，尤其當成員離開團體回到原生家庭之後是否也因此受到改變，則未有定論。

從以上研究中可發現，個人的年齡、愛滋知識多寡、教育程度可用在預防愛滋感染的權能測量。

（二）感染者治療相關權能測量

除了預防感染的權能測量與影響因素之外，其他研究則以測量服藥順從與醫囑溝通為主。研究中也可看出健康狀況、服藥順從和參與類型影響

感染者的權能。

Webb、Horne 和 Pinching（2001）針對感染者在藥物治療的權能研究中，發展感染者相關治療權能量表（Treatment-related Empowerment Scale, TES）。研究發現，當感染者在藥物治療中的參與愈高，則能減少焦慮程度與不適當的藥物使用，並能提高服藥順從性；而本量表不受年齡、自覺健康和每日服藥次數所影響，但與門診或住院與否有關聯，研究顯示，門診病人有較低的權能。該研究針對量表發展的限制是其採取的樣本數過少，只有 43 位。

另外一項研究是測量感染者在治療決策時的權能（Marelich & Murphy, 2003）。提出影響感染者在治療決策中的權能因素為：決策參與、病人反應及自覺身體狀況。研究發現，當資訊提供的愈多，參與決策的機會愈高，與醫護人員的溝通則愈好。該研究的限制為樣本屬立意抽樣，這些樣本皆為兩位研究者在另一項與女性感染者有關之研究中招募而來，受訪者已開始服用抗愛滋病毒藥物，且感染年資在 2 年以上，因此研究結果無法得知性別、服用藥物與時間的顯著性；另一方面，因 50 位樣本皆為非裔美國人，也無法得知種族的差異，樣本數過小，也是一項限制。最後，該研究將權能認定為決策參與，也過度狹窄權能的範疇。

（三）相關權能測量與影響因素

除了與愛滋有關的相關權能量表與影響因素之外，其他研究也說明了影響個人權能的相關影響因素，包括：生活滿意度、性別、參與類型及疾病烙印。

Rogers、Chamberlin、Ellison 和 Crean（1997）將權能的面向分為自我效能／自尊、權力／無權力、集體行動、正當憤怒、理想性的控制未來五個指標。該研究使用逐步回歸預測權能的因素，只有月薪具有預測力；進一步驗證其他因素時，發現生活品質、心理衛生服務次數、社區參與次

數和生活滿意度，能夠有效預測個人的權能，可解釋 22%個人的權能變異量。而宋麗玉（2006）發展以本土樣本為主的權能量表中，參考 Rogers 等人（1997）的研究，發展出八向度的權能內涵，影響社會工作員權能的因素方面，包含性別、生活滿意度、角色機會和支持、參與活動總次數。而以服務使用者為樣本的分析中，所有自變項可以解釋 31.1%的權能變異量，且生活滿意度最具有解釋力。

Itzhaky 與 York（2000）檢驗以色列社區居民的參與類型、性別與權能的關係。研究發現，光是參與並不會導致權能的提升，而是要使成員成為代表人或者領導者，也就是參與類型的不同，才會造成權能的提升，這樣的結果與 Zimmerman 和 Rappaport（1988）的研究結果相同。分析結果顯示，性別為權能與參與類型的調節變項，亦指性別會因參與類型的差異，而有不一樣的權能感。例如，男性在代表社區發言時會有較高的權能感；女性則是參與在組織當中時會感受到較高的權能感。

而烙印的存在也影響著個人的權能。鍾佳伶（2010）使用宋麗玉所發展的權能量表探究精神障礙服務使用者家屬的相關研究，發現權能與烙印呈現負相關，也發現當個人的外在掌控力與社會自我肯定愈好時，烙印感則較低。另一方面，當非正式支持愈強時，個人的權能愈高。而迴歸分析中發現，權能可解釋 21.9%的變異量，顯示權能為烙印的預測因子。

五、小結

由以上文獻資料可看出，目前仍未有測量感染者整體權能的資料，而相關研究則以個人層面的權能測量為主，例如，服藥順從與預防感染等。故較難看出感染者整體的權能為何；另一方面，因為感染者權能文獻的量化資料較少，因此本研究擴展文獻範圍，並從影響不同服務使用者權能的文獻推測潛在的影響因素。

參、研究方法

一、研究架構與研究假設

（一）研究架構

本研究依據文獻，納入影響感染者權能的重要因素，分別為：性別、年齡、教育程度、個人月薪、參與類型、生活滿意度、就業狀況、烙印感、愛滋知識與服藥順從；另外，本研究納入感染者的 CD4 指數，[1]以作為健康的替代變項，以分析感染者健康狀況與權能的相關性；感染年資則檢視感染的時間長短與權能的差異。最後納入的變項是感染途徑，以瞭解不同感染途徑的感染者，其權能程度是否有差異。

綜合以上所述，以權能為依變項，納入 13 個潛在的相關因素則為自變項，以此檢測愛滋感染者的權能影響因子。

（二）研究假設

透過文獻的檢閱，本研究提出兩點研究假設，並透過實證研究的方式驗證假設。研究假設為：

1. 感染者擁有個人、人際與政治面向的權能，且政治面向的權能較低。
2. 愛滋感染者個人因素不同，會有不一樣的權能表現：
   (1) 不同年齡、性別、感染途徑之感染者，權能有顯著差異。
   (2) 教育程度高、穩定就業、感染年資較長、月薪較高之感染者，權能較高。

---

[1] CD4 指數為人類體內的免疫細胞之一，而愛滋病毒專門攻擊 CD4，因此透過檢驗 CD4 指數可以瞭解感染者的免疫力。

(3) CD4 指數與權能具有相關性。

(4) 穩定服用抗愛滋病毒藥物之感染者，其權能較高。

3. 生活滿意度較高之感染者，其權能較高。

4. 內在烙印感愈高者，其權能愈低。

5. 疾病知識愈正確者，其權能愈高。

6. 參與類型的不同，會有不一樣的權能表現。

二、研究方法與抽樣單位

本研究採調查法，抽樣單位以臺灣本國籍且領有全國醫療服務卡之感染者為主，未領有全國醫療服務卡之感染者，表示尚未進入醫療與追蹤系統，因此暫不列入抽樣樣本數中。

三、抽樣方法與抽樣架構

（一）人口群描述與抽樣方法

愛滋感染人口為隱匿性的人口群（hidden population），具有兩個特質：第一、不存在可抽樣的架構；第二、較高的隱私考慮。傳統式的家戶調查無法產生可信的樣本且較無效率，因此，本研究針對抽樣架構採取立意抽樣（purposive sampling）的方式進行。

（二）抽樣架構

在執行研究前，先詢問服務感染者的社區機構，並獲得各機構主管的同意後形成抽樣架構，在遵守個案倫理、隱私及服務持續的原則下，將問卷郵寄至願意發放的機構，並央請各機構中的一位工作人員擔任訪員（例如：社工員）協助問卷的發放與回收，問卷發放的選樣標準以能瞭解題意

為優先，手部與理解功能較差者，則由訪員協助。每個機構的發放數，以訪員願意協助的發放數量為主。本研究之抽樣架構與問卷回收數如表 1 所示。

表 1　抽樣架構與問卷回收數

地區	序號	單位	發放數	回收數	廢卷
北部	1	社團法人台灣露德協會台北辦公室	84	80	0
	2	社團法人關愛之家協會	10	8	0
	3	財團法人愛慈基金會	20	20	0
	4	法務部矯正署新店戒治所	5	5	0
	5	法務部矯正署桃園女子監獄	72	72	0
	6	同志諮詢熱線	3	3	0
	7	社團法人愛滋感染者權益促進會	7	7	0
	8	署立桃園醫院	20	8	0
中部	9	社團法人台灣露德協會台中辦公室	32	31	1
	10	社團法人懷愛協會	10	0	0
	11	中區同志健康文化中心	6	6	0
	12	法務部矯正署台中戒治所	6	6	0
	13	法務部矯正署台中監獄	32	32	0
南部	14	南人窩	20	6	0
	15	社團法人愛之希望協會	20	20	0
	16	愛滋快樂聯盟	30	27	0
東部	17	宜蘭衛生局	6	6	0
	18	網路發送	42	42	0
總數			424	380	1

（三）樣本估計值與回收數

樣本估計值（見表 2）依問卷發放當下，登記於衛生署疾病管制局的感染人數為參考（2011 年 8 月共 20,638 人存活）；另一方面，為取得

未與相關機構接觸的樣本群，亦採取網路管道發放，以達填答者的便利性、匿名性與保護曝光等原則。網路問卷的發放是透過同伴推動抽樣法（respondent-driven sampling, RDS）進行，透過感染者同儕的連鎖與轉介（chain-referral），再行傳送問卷的網路連結，共獲得 42 份樣本。本研究因研究經費考量，提供受訪者 100 元的問卷填答回饋金，以茲感謝。

資料蒐集結果，共回收 379 份有效問卷（如表 2），包含 178 份同性間性行為感染者、177 份藥癮注射行為感染者、11 份異性間性行為感染者，以及 8 份不詳感染原因者，整體問卷回收率為 89.6%。從實際回收比例中也可看出，異性間性行為感染者的回收數較低，研究者推測，可能與抽樣架構的偏誤有關，或此類人口群更為隱密與難以接觸；因此，為使分析內容確切呈現樣本群結果，在分析整體感染者資料時會納入分析，但在分析次團體資料時則會予以排除。

表 2 抽樣比例與回收數

類別	累積感染人數[a]	比例[b]（%）	計畫抽樣人數	實際回收人數[c]	實際回收比例（%）
同性／雙性間性行為	9,253	45.00	167	178	47.0
異性間性行為	4,496	21.00	78	11	2.9
藥癮注射行為	6,477	31.00	115	177	46.7
輸血行為	74	0.34	1	0	0.0
母子垂直感染	29	0.13	1	0	0.0
不詳／其他	309	1.10	4	8	2.1
未填答者				5	1.3
總數	20,638	100.00	370	379	100.0

[a] 累積感染人數資料來源為衛生署疾病管制局統計資料。

[b] 比例計算方式依感染者次團體的統計資料計算，並依比例計算計畫抽樣人數。

[c] 實際回收比例則依問卷回收數進行統計資料計算。

四、測量工具

測量工具的部分，除了測量基本的人口資料之外，相關的影響因素則依文獻提及的部分使用具有信、效度之量表，以權能量表為主要依變項量表，整理成封閉結構式問卷，其他相關量表整理如下：

（一）增強權能量表

在量表應用性方面，如欲測量感染者整體（個人、人際與政治面向）的權能，Rogers（1997）的研究團隊和宋麗玉（2006）所發展的權能量表較符合本研究希冀測量的權能內涵。因此，基於研究目的、族群文化及量表應用的適當性，本研究使用宋麗玉所發展的權能量表為主。宋麗玉所發展之量表，將權能分為個人、人際與社區三個範疇，各個範疇的因素分別為自我效能與內控力、社會政治資源與影響力、外在掌控力、社會政治權能、社會政治行動、社會自我肯定、人際溝通技巧、人際自我肯定等八項，本量表總題數為 34 題，單題分數為 1～4 分，分數愈高表示權能愈高。另一方面，受測對象分別為大學教師、家暴社工與家暴個案，經由整體分析能夠區辨三個群體的樣本，顯示具有區辨效度。

（二）生活滿意度量表

運用 Diener、Emmons、Larsen 與 Griffin（1985）發展的「生活滿意度量表」（Satisfaction With Life Scale, SWLS）進行測量。以 5 題項詢問個人對問項的滿意程度，本量表單題分數為 1～7 分，分數愈高表示滿意度愈高。

（三）愛滋感染者內在烙印感量表

Sayles 等人（2008）所發展的愛滋內在烙印量表（Internalized HIV

Stigma），分為刻板印象、社會關係、揭露與自我接納，本量表總題數為 28 題，單題分數為 1～4 分，分數愈高表示個人對於自身感染愛滋的內在烙印程度愈高。

（四）參與類型量表

以 Itzhaky 與 York（2000）的參與類型量表（Scale of Community Participation）進行測量，該量表將參與類型分為組織行動參與、決策參與及社區代表參與；組織行動參與係指透過相關組織參與會議與討論；決策參與則是在所屬組織當中參與相關決策的程度；社區代表參與則是個人以社區代表的身分領導社區或發言。本量表總題數為 8 題，組織行動參與及社區代表參與單題分數為 1～5 分，決策參與則為 7 分，分數愈高表示投入在參與活動中的程度愈高。

（五）愛滋基本知識量表簡易版

以國內學者史麗珠等人（2010）所發展針對本土民眾建構之量表，本量表總題數為 6 題，在計算愛滋知識量表時，以答對者得 1 分，答錯者不給分的計分方式計算。

（六）服藥順從度

在服藥順從度問項方面則是參考 Webb 等人（2001）所設計之兩題服藥順從問項。分別為意圖不順從與非意圖不順從，本量表單題分數為 1～5 分並反向計分，分數愈高表示順從度愈好。

以上量表皆為具有信效度檢測之量表，研究者以此測量感染者權能的相關性，而愛滋知識量表簡易版與服藥順從度為簡易的問項則不顯示內在一致性信度，量表的內部一致性見表 3。

表 3　量表內部一致性分析

量表名稱	發展學者	原研究 內部一致性	本研究 內部一致性
增強權能量表	宋麗玉（2006）	0.95	0.93
生活滿意度量表	Diener 等人（1985）	0.87	0.87
愛滋內在烙印感量表	Sayles 等人（2008）	0.93	0.94
參與類型量表	Itzhaky 與 York（2000）	0.85～0.89	0.88～0.93
愛滋知識量表簡易版	史麗珠等人（2010）	-	-
服藥順從度問項	Webb 等人（2001）	-	-

五、資料分析方法

本研究主要使用 SPSS 統計套裝軟體第 18 版分析，使用描述性分析瞭解資料的次數分配、百分比、平均數等樣本結構；*t* 檢定則是檢驗性別、CD4、感染途徑、環境（社區或監所）與權能的關係；單因子變異數分析則檢驗教育程度、就業狀況、感染年資、月收入與權能的關係。皮爾森積差相關主要瞭解生活滿意度、愛滋內在烙印、參與類型、愛滋知識與權能的相關程度。另外，也檢驗年齡、感染年資、CD4 與權能的相關程度。最後，透過同時放入迴歸分析檢驗自變項模型對權能的解釋變異量。

六、研究倫理

本研究之執行雖在〈人體研究法〉公布之前完成，但仍注意參與者相關資料的保密，並遵守知後同意、受試者匿名與資料保密的原則。「知後同意」部分，本研究為問卷調查，因此行問卷填寫之時，先行附上研究同意書，讓受試者瞭解本研究之目的、內容，尤其強調隱私保密與相關權益

的部分，以確認受試者的填答不會影響其生活、治療與曝光等議題。「受試者匿名」部分，本研究對於問卷以匿名原則的方式處理，對於問卷中任何得以辨識受試者身分之資料皆加以省略，以避免受試者的真實身分曝光。「資料保密」部分，本研究所有相關的問卷與可能辨識出受試者身分的資料，在研究結束後全部銷毀，故無法回溯找尋填答者的真實身分，也避免資料的曝光及不當利用。

肆、研究結果

一、感染者資料分析

（一）基本人口資料

分析結果呈現感染者的人口特質與分布狀況（見表 4），可發現受訪者的性別以男性居多，整體年齡集中在 21～50 歲的青壯年人口（占 90%）。教育程度方面，國中及以下、高中與高職，以及大學以上各占三分之一。就業狀況方面，除了監所中的收容人無法就業之外（$n=115$），社區的受訪者有半數以上具有兼職或全職的工作。社區的受訪者，平均薪資超過最低工資，達 19,240 元。

在疾病相關的資料方面，感染途徑以同性間性行為與靜脈藥癮者居多，受訪者的平均感染年資為 5.69 年。另一方面，感染 5 年以下者大多分布在 21～40 歲之間，占 68.3%。六成受訪者的免疫功能球數高於醫學臨床的服藥標準，且近半數的受訪者測不到愛滋病病毒量，[2]表示治療效果良好。整體感染者的服藥順從度良好，有七成左右的受訪者，能遵醫囑進

[2] 目前的科學儀器尚無法測量愛滋病毒數少於 40 顆的確切數值，因此當儀器顯示測不到，表示感染者體內的愛滋病毒量少於 40 顆。

行服藥；四成左右能經由藥物提升免疫系統數值到 351 以上，[3]但仍有 10% 的受訪者雖已達服藥標準卻尚未服藥，可能會影響其健康狀況。

表 4　研究參與者基本資料

變項	類別	人數（%）
年齡（n＝372）	11～20 歲	7（ 1.9）
平均＝37.4　SD＝9.59	21～30 歲	90（24.2）
	31～40 歲	148（39.8）
	41～50 歲	96（25.8）
	51～60 歲	23（ 6.2）
	61 歲以上	8（ 2.2）
性別（n＝376）	男	286（76.1）
	女	90（23.9）
教育程度（n＝372）	國中及以下	131（35.2）
	高中與高職	117（31.5）
	大學以上	124（33.3）
就業狀況（n＝377）	服刑中	115（30.5）
	社區	262（69.5）
	現階段無工作	118（31.3）
	兼職工作	23（ 6.1）
	全職工作	111（29.4）
	已退休	10（ 2.7）
月總收入（n＝373）	20,000 元以下	263（70.5）
社區樣本：	20,001～40,000 元	87（23.3）
平均＝31,406　SD＝20,675	40,001 元以上	23（ 6.2）
監所樣本：		
平均＝230.4　SD＝108.2		
感染途徑（n＝374）	同性間	178（47.6）
	異性間	11（ 2.9）

[3] 未感染者的免疫功能球數（CD4）介於 800-1200 cells/mm3。

表 4 研究參與者基本資料（續）

變項	類別	人數（%）
感染途徑（n＝374）	靜脈注射藥癮	177（47.3）
	其他	8（ 2.1）
感染年資（n＝371）	5 年以下	190（51.2）
平均＝5.69 SD＝3.52	6～10 年	153（41.2）
	11 年以上	28（ 7.5）
CD4（n＝348）	小於 350	121（34.8）
平均＝444.74 SD＝200.18	大於 351	227（65.2）
服藥順從（n＝235）	曾經意圖不順從	25（10.7）
	曾經非意圖不順從	21（ 8.9）

註：社區樣本，社區中具有收入者，如兼職或全職工作者，未含括失業、無收入者。

（二）權能程度

在整體受訪者的權能量表的可能分數範圍為 34～136 分，而樣本分數的範圍則是 59～130 分，整體受訪者的權能接近常態分配（偏態係數為 -0.12，峰度係數為 0.40），總權能平均為 97.05 分（SD＝12.27），位於常模中下區間的部分，表示仍有激發權能的空間。

感染者社會政治層面的權能最高，人際層面的權能次之，最低為個人層面權能。另一方面，從四點量表中可看出次量表的平均分數皆高（見表 5），介於 2.46～3.19，前三高者依序為「社會政治權能」、「自我效能與內控力」、「社會政治行動」；從以上排序可知，受訪者具有社會政治的能力，希望透過集體的努力和行動來改變社會現況與社會信念，也願意參與社會或鄰里中許多不公不義的事情。另一方面，前三低者則為「外在掌控力」、「社會政治資源與影響力」、「人際自我肯定」，從以上排序可看出受訪者自認無法對外在環境產生影響、欠缺足夠的社會資源，以及在表達自己的需求時仍有些顧慮。

表 5　感染者權能平均數與標準差（N＝371）

權能層面	平均數	標準差
個人層面	**2.77**	0.40
自我效能與內控力	3.00	0.45
外在掌控力	2.46	0.54
人際層面	**2.90**	0.45
人際溝通技巧	2.94	0.51
人際自我肯定	2.86	0.49
社會政治層面	**2.92**	0.41
社會政治與資源影響力	2.75	0.50
社會政治權能	3.19	0.52
社會政治行動	2.94	0.58
社會自我肯定	2.90	0.57
總分	**2.85**	0.36

（三）生活滿意度

從生活滿意度的分析資料（N＝378）中可發現（見表 6），感染者整體的生活滿意度分數範圍從 5～35 分，七點量表的平均數為 3.89 分（SD＝1.44），整體分配呈現常態分配，且為低闊峰（偏態係數＝0.01、峰度係數＝-0.82）。從題項中的比例分析，53%的受訪者同意目前的生活接近理想狀態、55.2%的人同意目前的生活狀態是好的、52.8%的人對自己的生活感到滿意，但也有 50.4%的受訪者認為自己尚未得到最想要的事物，65%的人則希望改變現在的生活。

由常模中得知，生活滿意度總分處於 19 分以下者，代表不滿意自己的生活，20 分為中立感受、21 分以上則為滿意。因此，受訪者的資料顯示，45.5%的受訪者滿意自己的生活、4.5%的受訪者為中立、49.8%的受訪者表示不滿意自己的生活。平均而言，感染者並不滿意自己的生活狀況。

（四）內在烙印

從感染者內在烙印的資料（N＝372）得知（見表 6），整體分配接近常態分配（偏態係數＝-0.34，峰度係數＝-0.22）。五點量表中整體平均分數為 3.19，四個次量表的平均分數介於 2.67～3.82，表示受訪者對於愛滋內在烙印分布在中間偏高的部分。

在次量表的描述當中，感染者對於內在烙印的刻板印象分數最高，表示內在面對與愛滋相關的責備與評論較高；再者為自我接納的部分，表示對於自身感染及人際間的感受偏向負向。第三為揭露的部分，當揭露自己的感染身分時，內在的感受仍為負向。而社會關係次量表的分數最低，表示醫護人員、家屬和朋友關係中給予的烙印感較小。

（五）參與類型

在受訪者的參與類型中，分成組織行動參與、決策參與及社區代表參與，參與和權能相似，但定義仍有區別。權能表示個人內在的能力，參與則是實質的行動。因此，透過測量感染者的參與類型，可以瞭解權能的實際結果。

本研究依受訪者的環境因素，分為社區與監所兩種次團體，以瞭解不同環境當中的感染者其參與類型之差異（見表 7）。在社區中的受訪者，過去 1 年內參與愛滋相關組織活動者偏低（M＝2.47, SD＝1.21）；監所中的樣本亦同（M＝1.41, SD＝0.80），顯示感染者透過機構參與的比例較低。另一方面，社區代表參與指個人代表團體或社群發言的意願；在社區樣本偏低（M＝2.67, SD＝0.97），從問項中可得知，受訪者不認為自己在愛滋組織相關活動中感到有影響力，也不覺得自己是愛滋社群中的代表；監所樣本的結果雖然相對較高，但整體來說仍舊不高（M＝2.82, SD＝0.72）。

決策參與主要瞭解受訪者在愛滋社群中所扮演的角色，因此，依據決策的深入狀況列出六種角色。社區樣本中，有將近 42%（n＝109）的受訪者屬於相當消極或是完全沒有參與愛滋組織的角色；再者，33.2%（n＝86）的受訪者為資訊接收的角色；最後，有機會深入決策機會者約占 24.7%（n＝64）。

（六）愛滋知識

愛滋知識量表主要測量感染者在傳染途徑、初期症狀與法令等知識，共六題，1 題 1 分，因此分數範圍由 0～6 分。平均答對分數為 4.10（*SD*＝1.51），資料分析結果發現（見表 6），全部答對的受訪者占整體的五分之一（*n*＝75），答對 5 分者則大約占 25.8%（*n*＝95），但仍有 31.7%的受訪者答對題數未超過一半。個別題項方面，愛滋感染途徑、預防感染的方法整體答對率達 85%以上；而空窗期、潛伏期及病毒離開人體後的存活時間，答對率皆只有一半左右。

表 6　各自變項平均數、標準差與百分比

自變項		平均數	標準差
生活滿意度總分（***N*＝378**）		**3.89**	**1.44**
題項	1. 我的生活在許多方面都接近理想的狀態	4.20	1.57
	2. 我的生活狀態相當好	4.36	1.68
	3. 我對我的生活感到滿意	4.24	1.74
	4. 到目前為止的人生當中，我已經得到最想要的事物了	3.69	1.84
	5. 如果生命可以重來，我不想改變任何部分	2.99	2.06
愛滋內在烙印總分（***N*＝372**）		**3.19**	**0.81**
次向度	刻板印象	3.50	0.87
	揭露	3.13	1.23
	社會關係	2.68	0.95
	自我接納	3.27	1.10
愛滋知識（***N*＝375**）		4.10	1.51

表 7 參與類型平均數、標準差

參與類型	社區			監所		
	平均數	標準差	樣本	平均數	標準差	樣本
組織行動參與（***N*=374**）	2.47	1.21	260	1.41	0.80	114
社區代表參與（***N*=370**）	2.67	0.97	259	2.82	0.72	111
決策參與（***N*=371**）	次數	百分比	樣本	次數	百分比	樣本
完全沒有參與	76	29.3	260	76	68.5	111
消極角色	33	12.7		1	0.9	
資訊接受的角色	86	33.2		32	28.8	
參與在規劃決策和執行當中	64	24.7		2	1.8	

二、雙變項分析

雙變項分析中，透過 ANOVA 進行基本人口變項與權能感的分析，研究結果呈現教育程度、就業狀況、月收入、感染年資與權能感達顯著差異（$p < .001$），Scheffe 事後檢定發現，具有大學以上學歷者，其權能高於國中以下者；而具有工作者（無論兼職或全職）其權能高於無工作者；薪資愈高者權能感愈高；感染 11 年以上者的權能則高於感染 6～10 年者。

t 檢定部分，感染途徑、[4]CD4 數值與環境因素達顯著，進行感染途徑與權能的差異檢定時，發現同性間性行為感染者與藥癮注射行為感染者的權能具有顯著差異（$t(345)=4.12, p < .001$），而在三個權能次向度亦達顯著差異（$p < .01$），比較結果為同性間性行為感染者的權能高於藥癮注射行為感染者；另一方面，CD4 高於臨床服藥標準數值 351 者，權能則愈高。最後，分析環境因素對藥癮注射行為感染者權能的差異，監所樣本的藥癮感染者其權能顯著高於社區樣本的藥癮感染者（$t(172)=-2.466, p < .05$）。

[4] 扣掉異性間性行為樣本數與未知感染途徑者，因此以同性間性行為與藥癮注射行為兩類別分析。

連續變項分析方面（見表 8），基本人口變項中的每月總收入、CD4、服藥順從度與權能感皆達顯著相關（$p < .05$）。生活滿意度、組織行動參與、決策參與、社區代表參與，以及愛滋知識與權能具有正相關，其中生活滿意度的相關係數最高，達 .51，其餘則介於 .20～ .30 之間。以性別單獨作為相關分析時發現，除了外在掌控力、人際溝通技巧、社會自我肯定三個次量表與性別沒有顯著相關之外，其餘五個次量表，皆顯示性別與權能達顯著正相關（$p < .05$），而女性的權能高於男性。另一方面，愛滋內在烙印則與權能呈現負相關，相關係數介於為- .16～- .25 之間；另將受訪者分成高、低權能組別進行相關比較時，發現低權能組的愛滋內在烙印達顯著，高權能組完全無相關，可見愛滋內在烙印與低權能組的相關性。

表 8　依變項與權能相關分析表

依變項	權能	年齡	月收入	感染年資	CD4	服藥順從	生活滿意度	內在烙印	愛滋知識	組織參與	社區代表參與	決策參與
權能	1											
年齡	.01	1										
月收入	.25**	.06	1									
感染年資	.06	.35**	.02	1								
CD4	.13*	.06	.11*	.06	1							
服藥順從	.19**	.04	.05	-.01	.26**	1						
生活滿意度	.51**	.08	.20**	.02	.10	.07	1					
內在烙印	-.22**	-.04	.02	-.01	-.04	-.11*	-.31**	1				
愛滋知識	.20**	-.24**	.21**	.11*	.13*	.18**	-.00	.04	1			
組織參與	.20**	.14**	.20**	.22**	.16**	.04	.22**	-.06	.05	1		
社區代表參與	.30**	-.02	-.08	.02	.03	.02	.23**	-.10	.07	.32**	1	
決策參與	.18**	.09	.21**	.17**	.08	-.01	.21**	-.07	.12*	.62**	.33**	1

***p* < .05; ***p* < .01.**

三、多變項分析

（一）整體樣本分析

為檢視整體模式的變化，先將所有人口學變項與自變項納入第一次的多元迴歸分析，而後將第一次迴歸分析的顯著變項納入第二次迴歸分析，看其解釋力與模式的變化。

類別變項進行虛擬化的過程時，乃以雙變項分析的結果為依據，顯著的變項以顯著差異的組別為主，例如，教育程度以國中及以下作為高中與高職、大學以上的參照組。另一方面，雙變項分析當中未達顯著的變項雖然沒有相關，但仍選擇某一組作為參照組，選擇未達顯著的參照組需注意樣本數不能為極端值，且不能為不明確之選項（如：其他），因此在性別方面，選擇男性為參照組；感染途徑方面，因為兩者樣本數接近，選擇同性間性行為者為參照組，完成之後再納入迴歸分析中。殘差分析部分皆符合迴歸分析的基本假定，允差介於 .28～ .86 之間，VIF 值則介於 1.15～3.64 之間，表示自變項之間的相關性尚可，教育程度與月薪的相關性較高，CI 值為 44.55，表示中度共線性；最後排除一個極端值遂進行分析。扣掉各變項所遺漏的數值之後，可納入第一次多元迴歸分析的有效樣本數共有 313 份。

整體樣本的初次分析中（見表 9），整體模式達顯著（$p < .001$），所有變項能夠解釋 34.8%的權能變異量（$F = 9.31$, $p < .001$），而有顯著解釋力的變項為生活滿意度（Beta＝ .39, $p < .001$）、社區代表參與（Beta＝ .19, $p < .01$）、服藥順從度（Beta＝ .11, $p < .05$）及愛滋知識（Beta＝ .14, $p < .05$），顯示這四個變項為感染者權能的影響因素。

表 9　感染者權能與影響因素之迴歸分析（N＝313）

自變項	β	標準誤	Beta	t 值
性別	-2.43	1.71	-0.08	-1.42
年齡	0.05	0.08	0.04	0.58
教育程度				
國中及以下（參照組）	-	-	-	
高中與高職	3.00	1.58	0.11	1.87
大學以上	3.50	2.24	0.13	1.56
就業狀況				
現階段無工作（參照組）	-	-	-	-
兼職工作	3.21	2.54	0.07	1.26
全職工作	0.91	2.08	0.03	0.44
退休	1.56	3.69	0.02	0.66
每月個人總收入	0.00	0.00	0.09	1.19
感染途徑				
同性間性行為（參照組）	-	-	-	-
藥癮靜脈注射行為	-0.26	1.78	-0.01	-0.15
感染年資	0.12	0.19	0.03	0.65
CD4	0.00	0.01	0.01	0.16
服藥順從度*	1.08	0.48	0.11	2.27
生活滿意度***	0.69	0.09	0.39	7.429
愛滋內在烙印	-0.04	0.03	-0.07	-1.34
參與類型				
組織行動參與	-0.01	0.22	-0.00	-0.04
社區代表參與**	0.65	0.19	0.19	3.51
決策參與				
完全沒有參與	1.38	2.23	0.05	0.62
消極角色	0.43	2.51	0.01	0.17
資訊接受角色	0.97	1.87	0.04	0.52
參與規劃與執行（參照組）	-	-	-	-
愛滋知識*	1.14	0.45	0.14	2.50
常數		66.16***		
F 值		9.31***		
R^2		0.389		
Adjusted R^2		0.348		
df		20/292		

*p < .05; **p < .01; ***p < .001.

在初次分析達顯著的四個變項，單獨納入第二次的迴歸分析中（N＝323），而分析結果顯示迴歸效果達顯著水準（F＝48.11, p < .001），F 值比初次分析高，表示可信度更佳。整體的 R^2達 0.368，表示四個變項可以解釋 36.8%的權能變異量，調整 R^2後亦能解釋 36%的變異量。從解釋力的結果可以得知，四個變項的整體解釋力比第一次的結果（34.8%）更能解釋感染者的權能。

（二）次團體樣本分析

此部分比較感染者次團體的權能差異，因樣本回收數的限制，只檢驗同性間性行為與藥癮注射行為感染者的權能迴歸分析。而納入分析變項的差異在於：同性間性行為感染者不將性別與感染途徑納入，且無極端值；而藥癮注射行為感染者則納入性別變項檢驗，且扣除一個極端值。

扣掉各變項所遺漏的數值之後，同性間性行為感染者的有效樣本數共 153 份（見附錄一）。多元迴歸分析中，整體模式達顯著，所有變項能夠解釋 36.4%的權能變異量（F＝5.14, p < .001），而有顯著解釋力的變項為生活滿意度（Beta＝ .43, p < .001）、社區代表參與（Beta＝ .20, p < .05）及社會關係的內在烙印（Beta＝- .20, p < .05）。

藥癮注射行為感染者方面，有效樣本數共 143 份（見附錄二）。整體模式達顯著，所有變項能夠解釋 31.1%的權能變異量（F＝3.91, p < .001），而具有顯著解釋力的變項為生活滿意度（Beta＝ .39, p < .001）、愛滋知識（Beta＝ .23, p < .01）、教育程度（Beta＝ .20, p < .01）及社區代表參與（Beta＝ .17, p < .05）。

伍、結論與建議

一、研究結論

（一）感染者的權能與實際參與程度低

從分析資料得知，感染者的整體權能落於中下區間；社會政治權能最高，這點與研究者當初所設定的假設不同。雖然具有這樣的能力，但在實際的參與面向來說，卻未必能夠看見感染者的能力展現；由文獻得知，活動的參與和權能具有相關性（宋麗玉，2006；Itzhaky & York, 2000; Marelich & Murphy, 2003; Rogers et al. 1997; Romero et al., 2006; Zimmerman & Rappaport, 1988），在本研究中也發現，參與類型與權能具有顯著相關。但從活動參與的百分比可看出，仍舊有 60%的感染者較少參與相關活動，有將近 38%的受訪者至今從未參與過與愛滋相關的活動，表示對於自身的行動實踐尚待啟發。研究者推測可能與愛滋相關組織所舉辦的活動與行動較少有關，因此，受訪者的參與頻率亦較低；又或者，擔心與愛滋相關的組織接觸會有身分曝光的風險，因此並未做頻繁的接觸。

本研究的分析結果顯示，讓感染者在參與的過程中具有助人的動力時，權能較為高。這樣的結果與文獻（宋麗玉，2006；Zimmerman & Rappaport, 1988）所言類似，因此，如何使感染者個人感到具有影響力，且能領導或助人時，將比其他參與類型更容易提升感染者的權能。

（二）生活滿意度、社區代表參與、愛滋知識、服藥順從為重要因素

迴歸分析顯示，生活滿意度、社區代表參與、愛滋知識與服藥順從為影響感染者權能的重要影響因素。而這四點影響因素在實務與研究中仍需

更多資源投入發展與研究，才能確實提升感染者的權能。尤其如何協助感染者提升對於過去生命經驗的滿意程度實屬重要；再者，當感染者自覺為社區代表時，亦可能協助其從「受害者」（victim）的角色移轉到「助人者」（helper）的角色，故為重要的因素；第三、本研究亦發現知識的充足與否，對個人的權能具有相關性，與文獻相符（Gutiérrez et al., 2000）；最後，服藥順從與權能的正相關，亦與文獻（Webb et al., 2001）相符，只是服藥順從透過哪些因素影響權能仍不得而知，未來需要更多研究佐證。因此，本研究雖發現四個重要影響感染者權能的因素，但仍有更多議題需要實務與研究的資源投入，才能確實激發感染者的權能。

（三）愛滋內在烙印真的重要嗎？

從鉅視的環境層面來看，愛滋感染者到底承受多少的不友善？許多文獻（陳琦，2009；Esposito et al., 2009; Maluwa et al., 2002）皆指出，感染者因為內化愛滋烙印而影響各種生活狀況。從雙變項分析中雖確實發現內在烙印與權能為負相關，但有趣的是，在迴歸分析中，愛滋內在烙印並沒有達到顯著，表示考量其他因素之後，愛滋內在烙印並非能夠顯著解釋權能的變項。另一方面，單獨分析次團體的資料時卻發現，同性間性行為感染者的內在烙印在雙變項與多變項分析時皆達到顯著，而靜脈注射藥癮感染者卻未有這樣的結果。因此，研究者推測愛滋內在烙印可能有一部分與性傾向烙印有關，在實務與未來的研究層面可能要更加注意性傾向、烙印與權能之間的關係。

二、研究建議

（一）提升感染者對生活的滿意度以激發權能

生活滿意度能夠影響權能，這樣的結果與相關的研究結論相同（宋麗

玉，2006；Rogers et al., 1997）。依據本研究結果可知，感染者不滿意自己的生活；尤其不滿意自己過去的生命經驗。從這個部分可看出，如何提升感染者對於過去生命經驗的滿意度實屬重要議題。研究者也思考，如果生活滿意度是影響感染者權能重要的因素，能夠提升此部分滿意度的元素有哪些？是否也與個人特質有關？尤其當對過往的生命經驗感到不滿意時，要如何去修正、復元與和好？這個部分雖在本研究中未成為研究假設，希冀未來的研究可深化此面向之探究。另一方面，對於提供服務給感染者的實務工作者來說，如何在服務過程中提升感染者的生活滿意度為重要課題，未來若能整理實務工作者針對感染者的相關處遇模式，將可提供其他工作者激發感染者權能的參考範例。

（二）探索感染者成為社區代表的形成歷程與面對阻礙之因應方式以實踐權能

參與類型的差異會影響不同面向的權能，而對權能最具有影響力的方法則是成為社群中的代表。要成為愛滋社群的代表，勢必需要經過一段歷程，歷程中包含挑戰、阻礙與因應策略，經歷這段歷程之後，才有機會達致社區代表形象的形塑。尤其社區代表從最基礎的自覺具有影響力開始，到能為整個愛滋社群倡權，這樣的形象符合優勢觀點中的「復元」，讓感染者從受助者與病人的角色脫胎換骨成為助人者的角色，這樣的歷程也符合感染權能的實踐；另一方面，這段歷程與經驗也能當作後輩的參佐，尤其當他們遇到相關阻礙時（如身分揭露、家人壓力、工作壓力）如何妥適的因應，以及如何調適自己的內在層面與外在資源，將是未來培育愛滋社區代表相當重要的參考典範。因此，透過探索愛滋社群代表形成的歷程與因應方式，以提供未來的潛在代表或助人者能以合適的資源來處理相關阻礙。最後，在實務運用層面，希望在感染者準備好之餘，鼓勵他／她們成為協助與陪伴他人的角色，例如，志工或同儕工作人員，從這樣的角色模

範當中發揮自己在社群中的影響力，落實權能的實踐。

（三）愛滋與衛生福利政策應注重激發感染者的權能議題

隨著感染者的存活比例提升，生活品質與權能議題將成為相關領域關注的焦點，但檢視目前的愛滋衛生福利政策，仍較少著重於提升感染者的權能、社會參與及生活滿意度之面向，比較之下，仍以存活與照護為主要的醫護觀點，這樣的政策走向不僅與本研究結果不符，也不符合國際多次的感染者權能運動潮流。本研究發現，感染者具有社會政治面向的權能，表示其具有潛力參與目前相關的政策，而現狀顯示，較低的參與狀況則與資源及平台不足有關。因此，為了提升感染者在政策面向的參與，建議衛生福利政策能夠開創合適感染者參與的平台來實踐權能。另一方面，從本研究的研究數據中可得知，納入檢視的變項共可解釋感染者 36%的權能，這樣的結果也提供未來的研究持續找尋其他可能的影響因素。因此，建議衛生福利政策應投入相關的實務與研究資源，以檢視可能激發感染者權能的影響因素。

三、研究限制

本研究在執行過程中有若干限制，以下經由研究方法、研究對象及調查工具三個面向進行檢討

（一）研究方法：量化研究方法之限制

本研究以問卷調查的量化研究方法進行感染者權能的橫斷式研究，因此可以概略瞭解感染者的權能、生活滿意、愛滋內在烙印、活動參與狀況及愛滋知識的情形，但仍需以質性研究的方式更深入探索權能展現內涵和

影響權能的其他因素，這一點是本研究無法兼顧的。尤其在權能實踐的部分，如能透過質性研究的方式進行，將可獲得更為豐富的資料。

（二）研究對象之限制：社會福利機構抽樣

在本研究中，約有 72 份的樣本為非社會福利機構接觸者，占全體比例 19%，其他樣本大多來自全臺各地與愛滋相關之社會福利機構之協助而取得，因為愛滋相關的社會福利機構所扮演的角色不同，從未感染的同志健康文化中心到感染病重且需照護的養護機構等，本研究的樣本雖具有多樣性，但卻難以涵蓋未與非社會福利機構接觸者。尤其是異性間性行為感染者所占回收比例較少，可能原因為該次團體更難以接觸或有更強烈的烙印感，因此，未能抽取到足夠分析之異性間性行為感染者樣本也是本研究之限制。

另外，研究者嘗試與醫院或公衛體系聯繫，但在醫學研究倫理委員會、填答者曝光問題、經濟成本等考量之下，決定以社會福利機構為主要的樣本來源，相信與真實的感染者母體相比，仍有其誤差。

（三）調查工具之限制：訪員訓練

最後的限制為調查工具之限制，也就是訪員本身的限制。本研究透過社會福利機構的工作人員進行問卷的發放與回收，並在發放時以電話或面對面的方式說明訪員注意事項，但在問卷發放的過程中，研究者無法監控品質及受訪者是否有不願意填答但遭訪員強迫填答等狀況發生，因此，如果能有更精緻且紮實的訪員訓練，將有助於研究資料的回收。

參考文獻

史麗珠、羅于惠、黃翠咪、陳佳伶、黃惠鈞、林雪蓉（2010）。〈愛滋知識量表建立及信效度評估〉，《疫情報導》，26(22)，304-311。

【Shih, L.-C., Lo, Y.-H., Huang, T.-M., Chen, C.-L., Huang, H.-C., & Lin, H.-J. (2010). Building and accessing HIV knowledge scale. *Epidemiology Bulletin*, *26*(22), 304-311.】

古力巴（2006）。《臺灣地區愛滋病患之需求評估》。國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文。

【Coulibaly, S. (2006). *Needs assessment of people living with HIV/AIDS in Taiwan* (Unpublished master's thesis). National Yang-Ming University, Taiwan.】

行政院衛生署疾病管制局（2012）。〈愛滋病統計資料〉。取自 http://www.cdc.gov.tw/info.aspx?treeid=1f07e8862ba550cf&nowtreeid=6c5ea6d932836f74&tid=95B504A7434C13B2

【Centers for Disease Control, Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (2012). *Statistics & analysis*. Retrived from http://www.cdc.gov.tw/info.aspx?treeid=1f07e8862ba550cf&nowtreeid=6c5ea6d932836f74&tid=95B504A7434C13B2】

行紅芳（2007）。〈熟人社會的污名與污名控制策略：以愛滋病為例〉，《青年研究》，2，37-45。

【Hsing, H.-F. (2007). Social stigma and control strategy within close relationship: Take AIDS as an example. *Youth Studies, 2*, 37-45.】

宋麗玉（2006）。〈增強權能量表之發展與驗證〉，《社會政策與社會工作學刊》，10(2)，49-86。

【Song, L.-Y. (2006). The development and validation of an empowerment scale. *Social Policy & Social Work, 10*(2), 49-86.】

陳琦（2009）。《邊緣與迴歸－愛滋病患者的社會排斥研究》。北京：社會科學文獻出版社。

【Chen, C. (2009). *Border and return: The study on social exclusion of PLWHA*. Beijing, China: Social Sciences Academic Press.】

趙善如（1999）。〈「增強力量」觀點之社會工作實務要素與處遇策略〉，《臺大社會工作學刊》，1，231-262。

【Chao, S.-R. (1999). Social work practice elements and intervention strategies of empowerment perspective. *NTU Social Work Review, 1*, 231-262.】

鍾佳伶（2010）。《精神障礙者家屬社會支持、權能感與烙印感之相關性探討》。國立臺灣大學社會工作研究所碩士論文。

【Chung, C.-L. (2010). *Social support, empowerment, and self-stigma among family of people with mental illness* (Unpublished master's thesis). National Taiwan University, Taiwan.】

Adams, R. (2008). *Empowerment, participation and social work* (4th ed.). Basingstoke, England: Palgrave Macmillan.

Beeker, C., Guenther-Gray, C., & Raj, A. (1998). Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*, *46*(7), 831-842. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00208-6

Boehm, A., & Staples, L. H. (2004). Empowerment: The point of view of consumers. *Families in Society, 85*(2), 270-280. doi: 10.1606/1044-3894.314

Clarke, N. (2001). Training as a vehicle to empower careers in the community: More than a question of information sharing. *Health & Social Care in the Community*, *9*, 79-88. doi: 10.1046/j.1365-2524.2001.00284.x

Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of Management Review, 13*(3), 471-482. doi: 10.2307/258093

Cowger, C. D. (1994). Assessing client strengths: Clinical assessment for client empowerment. *Social Work*, *39*(3), 262-268. doi: 10.1093/sw/39.3.262

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13

Emlet, C. A. (2006). A comparison of HIV stigma and disclosure patterns between older and younger adults living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STD*S, *20*(5), 350-358. doi: 10.1089/apc.2006.20.350

Esposito, C. A., Steel, Z., Gioi, T. M., Huyen, T. T., & Tarantola, D. (2009). The prevalence of depression among men living with HIV infection in Vietnam. *American Journal of Public Health, 99*, 439-444. doi: 10.2105/AJPH.2008.155168

Evans, E. N. (1992). Liberation theology, empowerment theory and social work practice with the oppressed. *International Social Work, 35*, 135-147. doi: 10.1177/002087289203500204

Fife, B. L., & Wright, E. R. (2000). The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of Health and Social Behavior, 41*(1), 50-67. doi: 10.2307/2676360

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Gutiérrez, L. (1990).Working with women of color: An empowerment perspective. *Social Work, 35*, 149-154. doi: 10.1093/sw/35.2.149

Gutiérrez, L., GlenMaye, L., & DeLois, K. (1995). The organizational context of empowerment practice: Implications for social work administration. *Social Work, 40*(2), 249-258. doi: 10.1093/sw/40.2.249

Gutiérrez, L., Oh, H. J., & Gillmore, M. R. (2000). Toward an understanding of empowerment for HIV/AIDS prevention with adolescent women. *Sex Roles*, *42*, 581-611. doi: 10.1023/A:1007047306063

Gutiérrez, L., Parsons, R. J., & Cox, E. O. (1998). *Empowerment in social work practice: A sourcebook*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Honold, L. (1997). A review of the literature on employee empowerment. *Empowerment in Organizations, 5*(4), 202-210. doi: 10.1108/14634449710195471

Itzhaky, H., & York, A. (2000). Empowerment and community participation: Does gender make a difference. *Social Work Research, 24*(4), 225-234. doi: 10.1093/swr/24.4.225

Joint United Nations Program on HIV/AIDS. (2005). *HIV-related stigma, discrimination and human rights violations: Case studies of successful programs*. Retrieved from http://hrbaportal.org/archives/resources/hiv-related-stigma-discrimination-and-human-rights-violations-case-studies-of-successful-programmes-2

Joint United Nations Program on HIV/AIDS. (2012). *Report on the global AIDS epidemic 2012*. Retrieved from http://www.unaids.org/en/dataanalysis/

Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N., & Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: The internalized AIDS-related stigma scale. *AIDS Care*, *21*(1),

87-93. doi: 10.1080/09540120802032627

Kinsler, J. J., Wong, M. D., Sayles, J. N., Davis, C., & Cunningham, W. E. (2007). The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care and STDS, 21*, 584-592. doi: 10.1089/apc.2006.0202

Lee, R., Kochman, A., & Sikkema, K. (2002). Internalized stigma among people living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior, 6*, 309-319. doi: 10.1023/A:1021144511957

Lukes, S. (2005). *Power: A radical view* (2nd ed.). Basingstoke, England: Palgrave Macmillan.

Maluwa, M., Aggleton, P., & Parker, R. (2002). HIV/AIDS stigma, discrimination and human rights – A critical overview. *Health and Human Rights*, *6*(1), 1-15. doi: 10.2307/4065311

Marelich, W. D., & Murphy, D. A. (2003). Effects of empowerment among HIV-positive women on the patient-provider relationship. *AIDS Care, 15*, 475-481. doi: 10.1080/0954012031000134719

Mitchell, C. G., & Linsk, N. L. (2004). A multidimensional conceptual framework for understanding HIV/AIDS as a chronic long-term illness. *Social Work*, *49*(3), 469-477. doi: 10.1093/sw/49.3.469

Oxford dictionary. (1989). *Oxford dictionaries online*. Retrieved from http://oxforddictionaries.com/

Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services, 3*, 1-7.

Rappaport, J. (1987). Term of empowerment/examples of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 15*(2), 121-148.

Riley, E. D., Wu, A.-W., Perry, S., Clark, R. A., Moss, A. R., Crane, J., & Bangsberg, D. R. (2003). Depression and drug use impact health status among marginally housed HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS*, *17*(8), 401-406. doi: 10.1089/108729103322277411

Rintamaki, L. S., Davis, T. C., Skripkauskas, S., Bennett, C. L., & Wolf, M. S. (2006). Social stigma concerns and HIV medication adherence. *AIDS Patient*

Care and STDS, 20, 359-368. doi: 10.1089/apc.2006.20.359

Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services, 48*(8), 1042-1047.

Romero, L., Wallerstein, N., Lucero, J., Fredine, H., Keefe, J., & O'Connell, J. (2006). Woman to woman: Coming together for positive change-using empowerment and popular education to prevent HIV in women. *AIDS Education and Prevention*, *18*(5), 390-405. doi: 10.1521/aeap.2006.18.5.390

Sayles, J. N., Hays, R. D., Sarkisian, C. A., Mahajan, A. P., Spritzer, K. L., & Cunningham, W. E. (2008). Development and psychometric assessment of a multidimensional measure of internalized HIV stigma in a sample of HIV-positive adults. *AIDS and Behavior, 12*(5), 748-758. doi: 10.1007/s10461-008-9375-3

Shehan, C. L., Uphold, C. R., Bradshaw, P., Bender, J., Arce N., & Bender, B. (2005). To tell or not to tell: Men's disclosure of their HIV-positive status to their mothers. *Family Relation*, *54*, 184-196. doi: 10.1111/j.0197-6664.2005.00015.x

Simon, B. L. (1994). *The empowerment tradition in American social work: A history*. New York, NY: Columbia University Press.

Solomon, B. B. (1976). *Black empowerment: Social work in oppressed communities*. New York, NY: Columbia University Press.

Speer, P. W., & Hughey, J. (1995). Community organizing: An ecological route to empowerment and power. *American Journal of Community Psychology, 23*, 729-748. doi: 10.1007/BF02506989

Thomas, M., & Pierson, J. (2006). *Dictionary of social work*. London, England: Collins Educational.

United Nations Development Program. (2004). *From involvement to empowerment: People living with HIV/AIDS in Asia Pacific*. Retrieved from http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/from-involvement-to-empowerment--people-living-with-hiv-aids-in-asia-pacific.html

Webb, D. G., Horne, R., & Pinching, A. J. (2001). Treatment-related empowerment: Preliminary evaluation of a new measure in patients with advanced HIV

disease. *International Journal of STD & AIDS, 12*, 103-107. doi: 10.1258/0956462011916875

Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology, 18*(1), 169-177. doi: 10.1007/BF00922695

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issue and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*(5), 581-599. doi: 10.1007/BF02506983

Zimmerman, M. A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology, 16*, 725-750. doi: 10.1007/BF00930023

智慧藏

附錄一 同性間性行為感染者權能與影響因素之迴歸分析（N＝153）

檢驗變項	β	標準誤	Beta	t 值
年齡	-0.12	0.13	-0.090	-0.91
教育程度				
國中及以下（參照組）	-	-	-	-
高中與高職	-1.11	4.29	-0.04	-0.26
大學以上	1.06	4.15	0.04	0.25
就業狀況				
現階段無工作（參照組）	-	-	-	-
兼職工作	5.40	3.83	0.12	1.41
全職工作	4.76	2.84	0.18	1.68
退休	9.05	5.09	0.15	1.78
每月個人總收入	0.00	0.00	0.02	0.19
感染年資	0.27	0.26	0.09	1.06
CD4	0.00	0.00	0.00	0.04
服藥順從度	1.67	0.87	0.14	1.92
生活滿意度***	0.78	0.15	0.43	5.28
愛滋內在烙印				
刻板印象	-0.02	0.11	-0.01	-0.17
自我揭露	0.12	0.19	0.05	0.63
社會關係*	-0.38	0.19	-0.20	-2.04
自我接納	0.38	0.49	0.07	0.79
參與類型				
組織行動參與	-0.09	0.33	-0.03	-0.26
社區代表參與*	0.63	0.26	0.20	2.44
決策參與				
完全沒有參與	0.89	3.25	0.03	0.27
消極角色	-2.84	3.39	-0.07	-0.84
資訊接受角色	-1.22	2.45	-0.04	-0.50
參與規劃與執行（參照組）	-	-	-	-
愛滋知識	0.36	0.73	0.04	0.50

附錄一　同性間性行為感染者權能與影響因素之迴歸分析（N＝153）（續）

檢驗變項	β	標準誤	Beta	t 值
常數		71.17***		
F 值		5.14***		
R^2		0.45		
Adjusted R^2		0.36		
df		21/131		

*p < .05; **p < .01; ***p < .001.

智慧藏

附錄二 藥癮注射行為感染者權能與影響因素之迴歸分析（N＝143）

檢驗變項	β	標準誤	Beta	t 值
性別	-1.30	1.89	-0.06	-0.69
年齡	0.11	0.11	0.09	1.02
教育程度				
國中及以下（參照組）	-	-	-	-
高中與高職**	4.55	1.73	0.20	2.63
大學以上	45.17	24.51	0.34	1.84
就業狀況				
現階段無工作（參照組）	-	-	-	-
兼職工作	3.62	5.06	0.06	0.71
全職工作	3.87	5.63	0.09	0.69
退休	-4.76	7.11	-0.05	-0.67
每月個人總收入	0.00	0.00	-0.26	-1.07
感染年資	0.37	0.44	0.07	0.84
CD4	-0.00	0.01	-0.04	-0.47
服藥順從度	0.50	0.61	0.07	0.81
生活滿意度***	0.64	0.14	0.39	4.661
愛滋內在烙印				
刻板印象	-.0.05	0.11	-0.05	-0.43
自我揭露	0.09	0.22	0.05	0.43
社會關係	0.20	0.19	0.11	1.04
自我接納	-0.64	0.50	-0.12	-1.28
參與類型				
組織行動參與	-0.17	0.36	-0.05	-0.46
社區代表參與*	0.64	0.32	0.17	1.99
決策參與				
完全沒有參與	1.45	3.75	0.07	0.39
消極角色	4.79	4.91	0.11	0.98
資訊接受角色	3.92	3.54	0.17	1.11
參與規劃與執行（參照組）	-	-	-	-
愛滋知識**	1.79	0.65	0.23	2.76

附錄二　藥癮注射行為感染者權能與影響因素之迴歸分析（N＝143）（續）

檢驗變項	β	標準誤	Beta	t 值
常數		60.71***		
F 值		3.91***		
R^2		0.42		
Adjusted R^2		0.31		
df		22/120		

*p < .05; **p < .01; ***p < .001.

智慧藏

The Correlates of Empowerment for People Living with HIV/AIDS

Deng-Min Chuang*, Li-Yu Song**

Abstract

People living with HIV/AIDS (PLWHA) are marginalized because of the social stigma for HIV. However, these people seldom speak for themselves or fight for their rights. Thus, this study aims to explore the factors correlated with empowerment in PLWHA.

Participants recruited through purposive sampling in all areas in Taiwan, filled out the standard questionnaire to reveal their empowerment scores. The variables associated with empowerment included life satisfaction, HIV internal stigma, types of participation, HIV/AIDS knowledge, medication and demographic data. To test the explanatory power of our model, bivariable and multiple regression analyses were performed. Participants were further classified as intravenous drug users (IDU) or homosexuals.

A total of 379 non-repetitive questionnaires were completed. According to statistical analyses, the mean score of empowerment was low. Among all participants, the score was higher on the social-political dimension than on personal and interpersonal ones. Empowerment scores differed by gender and environment variables only for IDU but not for homosexuals. Regression ana-

* PhD student, Factor-Inwentash Faculty of Social Work, University of Toronto, Canada.
** Professor, Graduate Institute of Social Work, National Chengchi University, Taiwan.

lyses revealed life satisfaction, participation as community representative for residents, HIV/AIDS knowledge and medication compliance were independent factors affecting higher empowerment scores. Our model accounted for 36% of the variance for these variables. For homosexuals but not IDUs, internal HIV stigma was significant in regression analyses.

In conclusion, addressing the independent factors in PLWHA and reducing the internal HIV stigma for homosexuals may help to empower PLWHA.

Keywords: HIV, people living with HIV/AIDS, empowerment

智慧藏