

國立政治大學社會科學院社會工作研究所

碩士論文

Graduate Institute of Social Work in College of Social Sciences

National Chengchi University

Master Thesis

愛滋感染者權能增強影響因素之研究

The Empowerment Factors of People Living with HIV/AIDS

莊登閔

Chuang, Deng-Min

指導教授：宋麗玉 博士

Advisor: Song, Li-Yu Ph.D.

中華民國 100 年 12 月 27 日

摘要

愛滋感染者為深受社會烙印且處於社會邊緣的族群，在面對自身權力遭受侵犯時，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表現以及可能的影響因素，藉此達致感染者權能的激發。

本研究採取問卷調查法，以目前台灣的愛滋感染者為主要的受訪者，抽樣方法為立意抽樣，主要透過非營利組織、監所等管道發放問卷，整份問卷主要由受訪者自填或訪員協助填答的方式進行，共回收 379 份有效問卷。而納入檢驗愛滋感染者權能表現的相關因素主要有個人基本資料、生活滿意度、愛滋內在烙印、參與類型、愛滋知識與服藥狀況；本研究透過獨立樣本 T 檢定與變異數分析檢驗自變項與依變項的雙變項相關，並透過多元迴歸分析的方式，進行多變項的檢定。

研究結果發現：一、愛滋感染者整體權能表現分布在尚可至中度，且社會政治權能表現最高，但實踐權能的參與行動卻偏低。二、愛滋感染者的生活滿意度位於稍微不滿意至中立的分配，且對於整體生活狀態滿意，但是不滿意過去的生命經驗。三、愛滋感染者的內在烙印程度較高，深受愛滋內在烙印影響者，權能相對較低。四、讓感染者自覺能夠影響他人者，權能表現相對較高。五、愛滋感染者對於愛滋知識的認識有助於權能提昇。六、多元迴歸分析當中，生活滿意度、社區代表參與、愛滋知識與服藥順從度為主要影響感染者權能的因素，共能解釋 36% 的變異量。

本研究依據研究結果，針對實務工作者、未來研究者以及愛滋感染者進行相關的建議。期許實務工作者能協助感染者權能提昇的執行，研究者能夠繼續探索相關影響因素，而愛滋感染者可以相信自己具有權能的能力。

關鍵字：增強權能、愛滋感染者、愛滋病、影響因素

Abstract

People living with HIV/AIDS (PLWHA) are marginalized by HIV social stigma, and we are hardly to see this population speak and act for their right, even through their right or power is violated. For this reason, I hope to find out the performances and the factors of empowerment of PLWHA. As the results, we can empower this population by the right strategies.

The method to carry out this study was using a survey, which held by purposive sampling. People who infected HIV in Taiwan are the main sample size. The participation in this study was contacted by Non-government organizations, prisons and drug abuser center of correction agency, expecting to respond anonymously by them or interviewer. In the end, 379 questionnaires were analyzed. The instrument consist of six main parts, including demographic, satisfaction with life scale, HIV internal stigma, participation types, HIV/AIDS knowledge scale and reported compliance with medication. To address this issue, t-test and analyses of variance were used to detect bivariate analysis between dependent and independent variables. In order to clarify the explanatory power of variables, a multiple regression analysis was done.

All research revealed, the total empowerment is moderate, and social-political empowerment is the highest, but PLWHA seldom participate in activities. Second, participation didn't satisficate with their life, especially what they got in the past. Third, PLWHA had higher internal stigma score, which was negatively correlated with lower empowerment. Forth, PLWHA who can affect others had higher empowerment score. Fifth, HIV/AIDS knowledge was shown significant associated with empowerment of PLWHA. Sixth, multiple regression analysis shows that satisfaction with life scale, community participation, HIV/AIDS knowledge and reported compliance with medication were important factors of empowerment, accounting for 36% variance.

Suggestions were given to practical workers, future researchers and PLWHA: we hope practical worker can help to raise the empowerment of PLWHA, researcher can keep finding more empowerment factors in the future, and PLWHA can believe they have empower ability to strive for their right.

Keywords: empowerment, PLWHA, HIV, factor

目錄

| | |
|---------------------------|-----|
| 目錄..... | I |
| 表目錄..... | II |
| 圖目錄..... | I |
| 第一章 緒論 | 1 |
| 第一節 研究背景與研究動機..... | 1 |
| 第二節 研究目的與研究問題..... | 8 |
| 第三節 名詞解釋..... | 8 |
| 第二章 文獻探討 | 10 |
| 第一節 愛滋感染者脈絡簡介..... | 10 |
| 第二節 增強權能的內涵..... | 22 |
| 第三節 增強權能的測量與影響因素..... | 39 |
| 第三章 研究方法 | 62 |
| 第一節 研究問題..... | 62 |
| 第二節 研究樣本..... | 62 |
| 第三節 測量工具..... | 66 |
| 第四節 研究假設..... | 75 |
| 第五節 資料分析方法..... | 75 |
| 第六節 研究倫理..... | 76 |
| 第四章 研究發現 | 77 |
| 第一節 愛滋感染者資料描述..... | 77 |
| 第二節 影響愛滋感染者權能表現之相關分析..... | 92 |
| 第三節 權能表現與影響因素之多元迴歸分析..... | 103 |
| 第五章 討論與建議 | 111 |
| 第一節 研究摘要..... | 111 |
| 第二節 研究討論..... | 112 |
| 第三節 研究建議..... | 116 |
| 第四節 研究限制..... | 121 |
| 參考文獻 | 124 |
| 中文部分..... | 124 |
| 英文部分..... | 125 |
| 附錄 | 134 |
| 訪員注意事項..... | 134 |
| 正式施測問卷..... | 136 |

表目錄

| | |
|--|----|
| 表 1-1-1 丹佛宣言..... | 5 |
| 表 1-1-2 愛滋感染者權能運動的三個時期..... | 6 |
| 表 2-1-1 愛滋感染者遭受社會烙印的因素..... | 14 |
| 表 2-1-2 感染者在制度、文化及個體面向的社會排斥..... | 18 |
| 表 2-1-3 降低社會烙印相關介入方案..... | 18 |
| 表 2-1-4 愛滋感染者感染疾病之後的症狀影響..... | 22 |
| 表 2-2-1 以多元意識觀點解讀案主的壓迫地位..... | 26 |
| 表 2-2-2 Zimmerman 的個人層次權能..... | 35 |
| 表 2-3-1 Zimmerman 的心理權能元素..... | 40 |
| 表 2-3-2 Chamberlin & Art 的個人權能元素..... | 40 |
| 表 2-3-3 增強權能相關量表整理..... | 48 |
| 表 2-3-4 增強權能的相關測量與影響因素..... | 57 |
| 表 3-2-1 愛滋感染者分類人口數與比例..... | 62 |
| 表 3-2-2 抽樣架構與問卷回收數..... | 64 |
| 表 3-2-3 配額抽樣比例與回收數..... | 65 |
| 表 3-3-1 增強權能量表..... | 66 |
| 表 3-3-2 生活滿意度量表..... | 68 |
| 表 3-3-3 愛滋內在烙印量表..... | 69 |
| 表 3-3-4 參與類型量表..... | 71 |
| 表 3-3-5 愛滋知識測量題項..... | 73 |
| 表 3-3-6 人口學題項..... | 74 |
| 表 4-1-1 感染年資與年齡交叉表..... | 79 |
| 表 4-1-2 愛滋感染者基本資料..... | 80 |
| 表 4-1-3 CD4 與服藥狀況交叉表..... | 81 |
| 表 4-1-4 愛滋感染者服藥狀況填答次數與百分比..... | 82 |
| 表 4-1-5 愛滋感染者服藥順從之平均數與標準差..... | 82 |
| 表 4-1-6 愛滋感染者權能表現常模次數與百分比..... | 83 |
| 表 4-1-7 愛滋感染者權能平均與標準差..... | 84 |
| 表 4-1-8 愛滋感染者生活滿意度..... | 85 |
| 表 4-1-9 愛滋感染者生活滿意度填答百分比..... | 86 |
| 表 4-1-10 愛滋感染者生活滿意度常模與百分比..... | 86 |
| 表 4-1-11 愛滋感染者內在烙印平均數與標準差..... | 87 |
| 表 4-1-12 轉化成 100 分之分數與其他研究之比較..... | 88 |
| 表 4-1-13 愛滋感染者過去一年內整體參與愛滋活動及行動之次數與百分比..... | 88 |
| 表 4-1-14 愛滋感染者過去一年內組織行動參與之平均數與標準差..... | 89 |

| | |
|--|-----|
| 表 4-1-15 愛滋感染者過去一年內決策參與之平均數與標準差..... | 89 |
| 表 4-1-16 愛滋感染者過去一年內社區代表參與之平均數與標準差..... | 90 |
| 表 4-1-17 愛滋知識量表平均數、答對分數之人數與比例..... | 91 |
| 表 4-1-18 愛滋知識量表個別題項作答狀況..... | 91 |
| 表 4-2-1 愛滋感染者基本資料(類別)與權能表現之相關分析..... | 93 |
| 表 4-2-2 愛滋感染者基本資料(連續變項)與權能表現之相關分析..... | 94 |
| 表 4-2-3 愛滋感染者服藥順從與權能表現之相關分析..... | 95 |
| 表 4-2-4 愛滋感染者基本資料(整體)與權能表現之相關分析..... | 96 |
| 表 4-2-5 生活滿意度與權能表現之相關分析..... | 97 |
| 表 4-2-6 愛滋感染者生活滿意度常模次數與百分比與權能表現之單變量 分析..... | 97 |
| 表 4-2-7 愛滋感染者內在愛滋烙印與權能表現之相關分析..... | 99 |
| 表 4-2-8 愛滋內在烙印與高低權能者的相關分析..... | 99 |
| 表 4-2-9 愛滋感染者過去一年整體參與情形之 t-test..... | 100 |
| 表 4-2-10 愛滋感染者組織參與、社區代表參與與權能表現之相關分析... | 101 |
| 表 4-2-11 愛滋感染者決策參與與權能表現之單變量分析..... | 101 |
| 表 4-2-12 愛滋知識與權能表現之相關分析..... | 102 |
| 表 4-2-13 愛滋感染者愛滋知識與權能表現之單變量分析..... | 102 |
| 表 4-3-1 標準化殘差值 K-S 檢定..... | 104 |
| 表 4-3-2 Durbin-Watson 檢定值..... | 105 |
| 表 4-3-3 愛滋感染者權能表現與影響因素之迴歸分析..... | 107 |
| 表 4-3-4 四變項標準化殘差值 K-S 檢定..... | 108 |
| 表 4-3-5 四變項 Durbin-Watson 檢定值..... | 109 |
| 表 4-3-6 愛滋感染者權能表現與影響因素之迴歸分析(四變項)..... | 110 |

圖目錄

| | |
|---------------------------------|-----|
| 圖 2-1-1 愛滋感染者遭受社會烙印的機制..... | 14 |
| 圖 2-1-2 權能觀點的控制與責任觀..... | 19 |
| 圖 2-1-3 愛滋感染者個人、生理與社會的交互影響..... | 21 |
| 圖 2-2-1 權能觀點的意識發展背景..... | 23 |
| 圖 2-2-2 美國社會工作增強權能概念發展..... | 25 |
| 圖 2-2-3 權力的三向度..... | 29 |
| 圖 2-2-4 權能的各個範疇..... | 34 |
| 圖 2-2-5 權能範疇之間的連結..... | 38 |
| 圖 2-3-1 影響權能的認知元素模型..... | 44 |
| 圖 2-3-2 研究架構..... | 61 |
| 圖 4-3-1 迴歸標準化殘差值的常態 P-P 圖..... | 104 |
| 圖 4-3-2 殘差值散佈圖..... | 105 |
| 圖 4-3-3 四變項殘差值散佈圖..... | 109 |



第一章 緒論

第一節 研究背景與研究動機

台灣的愛滋病疫情，已經邁入第二十六個年頭，過往在醫藥與治療照顧不發達的時刻，愛滋病毒感染者（People living with HIV/AIDS，以下簡稱感染者）在得知感染之後，通常即面對死亡議題的衝擊，但是隨著醫藥的發明與治療的進步，目前的愛滋病治療已經能藉由服用抗愛滋病毒藥物¹延續自己的生命。也因為這樣的脈絡，過去對於感染者的研究多以醫療與公共衛生的視角來看待之，但是隨著生命的延續之後，社會角色實踐與生活品質的重要性也逐漸成為感染者重視自己的觀點，也因此更讓助人工作者重新思索不同的議題。過去感染者所要面對的大多是情緒、烙印與死亡，但現在感染者擁有生產性和滿意的生活，助人工作者進而需要處理的是如何度過、規劃、期待與疾病共存的往後人生（Mitchell & Linsk, 2004）；更重要的部份，則是讓感染者擁有權能（power）去面對生活上的阻力，因此如何促進感染者的權能，以及哪些面向是感染者擁有的權能也是研究者的研究目的之一。

根據聯合國愛滋病組織（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS）於 2010 年的統計資料顯示，當年的全球人口當中，將近 3,340 萬的人與愛滋病共存，270 萬人初感染愛滋病，200 萬人因為與愛滋病相關的疾病症狀而死亡。這樣的感染趨勢，依舊以非洲地區為感染人口的大宗，其次是東南亞與拉丁美洲。台灣疫情方面，在 1985 年發現第一例本國籍愛滋病感染者以來，感染途徑大多為無適當防護措施之性行為；2002 年出現第一例共用針頭之藥癮愛滋感染者，該類別之新感染者更在 2004 年到 2006 年急速激增，後因 2005 年所推行「減少傷害」計畫（Harm reduction）之功效，藥癮愛滋感染的疫情成長才漸趨平緩（國家衛生研究院，2009）。依衛生署疾病管制局 2011 年 1 月份通報的資料顯示，本國籍感染者累積人數為 20,187 人，累積的發病人數為 7,417 人，死亡人數則為 2,955 人（衛生署疾病管制局，2011）。如果細數過往的統計數據，可以發現感染人數的

¹雞尾酒療法，又稱高效能抗逆轉錄病毒治療，為一種治療愛滋病的方法。由美籍華人科學家何大一發明，是目前公認療效最佳的愛滋病治療方法。

增加較死亡人數快速，感染愛滋病之後的死亡議題已經成為較為後端的議題，主要的原因為台灣從 1997 年開始免費提供抗愛滋病毒藥物，對於發病的感染者（ $CD4 < 200$ ，且有伺機性感染）進行合適的藥物治療²，減緩愛滋病毒在感染者體內的複製與產出，透過服用藥物的方式抑制病毒數量，因此提昇免疫系統，更延長感染者的壽命。

隨著壽命的延長，感染者所思考的需求不再只是身體疾病的照顧，另一方面需思考的部份，即是如何在與病毒身份共存之下，行使自己的權力。而最直接影響感染者權力行使的阻力則以烙印感受與歧視行為為主。這些阻力影響感染者在就醫、就學、就業以及親密關係的發展，嚴重者甚至造成階段任務的挫敗，而導致自身權益受損與消權（disempower）。縱然台灣針對愛滋病感染者相關權益已經制定法規³保障，但是在實際操作面上，社會阻力依舊存在於社會當中且有許多進步的空間。面對這些生活當中的阻力，如何增強愛滋病感染者的權能，也是愛滋病社會工作領域所要處理與瞭解的議題。張麗玉（2002）從醫務社會工作臨床實務上發現，感染者面對的烙印與歧視行為影響感染者個人的社會互動與疾病角色隱蔽；向德平、韓孟杰（2009）針對中國大陸因有償供血而感染愛滋的研究當中也指出，烙印與歧視行為影響感染者對自我的認知、社會經濟地位與角色期待。由以上研究資料可以看出，個體感染愛滋病之後，其所要面對的烙印從個人層次延伸至社會層面，其要面對自我認同與健康狀況的轉變，再者，與他人的社會互動也因疾病存在而深受影響。從以上的研究資料也可看出烙印感影響感染者個人的生活品質、參與政策程度以及權能表現，烙印感因與不同社會群體互動而有不同之回應，因此，烙印感為感染者終其一生要面臨的議題。

綜合以上的資料可以發現，愛滋感染者面臨雙重烙印的處境，不論是尚未感染前的身份，以及感染之後的疾病身份，皆是受到社會烙印的族群，因為烙印及歧視的因素，使得感染者的心理暨社會功能產生危機，甚至影響自我認知、自覺健康狀態、文化價值和勞動能力的改變（陳琦，2009）。Crossley（1998）從疾病角色理論來看待愛滋感染者的烙印在

² 現今已修正為 $CD4 < 350$ 的感染者建議接受抗愛滋病毒藥物的治療

³ 人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例

醫療決策的影響可以發現，個人從感染初期獲得疾病身份，這樣的過程可能讓感染者投入疾病的角色期待中，希冀感染者扮演「病人」的消極角色，不期待感染者參與相關的決策，這樣的結果常導致感染者無法妥當維護自我的健康權，也較難增強感染者的權能。

增強權能觀點從 1990 年代成為西方研究者、政策制定者以及實務工作者所重視的觀點 (Adams, 2008)，台灣也在這十幾年的醞釀時間中逐漸成為社會工作的顯學；增強權能觀點從原本的批判意識出發，落實於工作者運用的策略，並期待透過服務使用者參與的過程，重新掌握自己的權能，為自己的生活創造改變 (Cornish, 2006)。增強權能通常與「參與」(involvement) 與「參加」(participation) 緊密連結，這樣的關聯可以看出，要增強服務使用者的權能，最主要的策略就是使其參與在服務之中。不論討論哪一類的案主群，此觀點與概念似乎成為每一位社會工作人員必須具備的能力，更期許能夠運用在實務場域當中。而在遭受政治壓迫、經濟困境與標籤化的案主身上，更需要工作者運用增強權能的觀點及策略，協助服務使用者為自己的權益發聲 (Lee, 2001、鄭麗珍, 2002、Adams, 2008)。歷史的紀錄裡，身心障礙者、年長者以及精神疾患者，都透過參與組織的方式，為自己的利益站出來，並進一步保護自己的權益 (Hilton, 2003)。Adams (2008) 也提到在健康照護社會工作更加強調增強權能的形式，因為藉由提高服務使用者的意識，能夠協助案主打破污名化 (stigmatized clients) 的處境。

相同身為污名化族群之一的愛滋病感染者，從感染族群本身與歷史脈絡當中，即可看見其身上所背負的烙印與歧視 (張麗玉、黃椿玲, 2008；莫藜藜、鍾道詮, 2006； Mitchell & Linsk, 2004)。從感染族群的歷史脈絡當中來回顧，愛滋病感染者起初是以男同性間性行為的感染為大宗，鍾道詮 (1998) 提到，1981 年在美國五名男同志身上發現愛滋病之後，同性戀社群就與愛滋病畫上等號，甚至被描述成同性戀癌症 (Gay cancer)，成為社會當中被壓迫的新族群 (Gant 1998, Taylor-browm, 1995)。至此，愛滋病感染者的多樣化已經不分性別、年齡、性傾向與藥物施打，污名與歧視的現象仍舊阻礙感染者各個生活面向。

隨著感染人數逐年增加，愛滋病相關議題不只是國內重視的面向，更是國際間所重視的領域，國內相關研究也投入了解與促進感染者社會適應 (施安玟, 1999；張麗玉, 2002；

陳怡伶，2008）、社會支持（張麗玉、楊宗憲、林佳諺、周玲玲、張哲彥，2003；金毓慶，2006；洪怡菁，2007）與生活品質（楊美紅，1998）等議題進行探究，但甚少研究進行感染者的權能增強。國外文獻部分，相關議題包含探討愛滋感染者的疾病角色如何影響權能的增強（Crossley, 1998）、如何運用以社區為基礎的介入方案提昇感染者的預防與權能增強（Beeker, Guenther-Grey & Raj, 1998）、女性如何運用增強權能策略來預防愛滋（Beeker, Guenther-Grey & Raj, 1998; Champeau & Shaw, 2002; Agochukwu, 2010）、性工作者的權能增強內涵（Cornish, 2006）以及專業助人者如何運用多面向評估看待愛滋感染者的優勢面向（Mitchell & Linsk, 2004）等。

聯合國計畫開發署（United Nations Development Program, UNDP）則在2004年針對亞太地區的感染者進行從參與到增強權能（From involvement to empowerment）的研究，其描述感染者遭到政治、經濟與社會層面的剝削，導致資源不足、資訊缺乏及性別不平等之情況發生，影響其勞動經濟、醫療及人際互動，使得感染者人口群出現脆弱性，因此透過增強其權能的方式，來降低歧視的影響。亞太地區對於人權運動逐漸甦醒，感染愛滋之後對於個人人權的衝擊最大，但目前對於感染者相關的保護卻是最少，因此更凸顯其脆弱性。另一方面亞太地區的感染者，因為缺乏適當的支持、不了解參與的重要性也甚少參與決策，更可以看出增強其權能的重要性。相較於亞太地區，西方國家則有較為長遠且實際作為的感染者社會運動，聯合國計畫開發署將愛滋權能運動分為三個時期。最為著名的為1983年在美國丹佛所舉辦的愛滋醫療會議，感染者於其中所提出的丹佛宣言（The Denver Principles），針對所有民眾、愛滋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（The Denver Principles, 1983，整理於表1-1）。

表1-1-1 丹佛宣言

| | |
|---------|--|
| 前言 | 譴責被視為「受害者」(victim)，也並非隨時都是病人的身份，只是與愛滋病毒共存的個體。 |
| 對民眾之建議 | 1、感染者依舊有基本親密關係、就業與成就的需求 2、不將感染者視為代罪羔羊 |
| 對感染者之建議 | 1、有自決的能力，面對媒體有選擇與決策能力 2、投入任何一種層次的決策當中 3、透過經驗分享來創造知識的進步 4、透過行為的改變，降低感染風險 |
| 感染者權利 | 1、情感需求 2、醫療需求 3、資訊解釋與告知需求 4、身分保密 5、尊嚴 |

作者自行整理

再者，法國1994年舉行的愛滋高峰會，四十二個國家代表簽署愛滋感染者參與宣言 (Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS, GIPA)，提出五點目標，分別為加強參與能力、參與公共政策決定、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，宣言的提出表示感染者在各個層次的參與開始受到重視。愛滋感染者參與宣言也因此成為聯合國增強感染者權能的主要原則，但是對於亞太地區來說，感染者仍舊活在污名與歧視當中，感染者參與可能還言之過早⁴，但這樣的原則與行動即是期許能夠打破相關的迷思和刻板印象，逐漸改善環境。聯合國計畫開發署檢討愛滋感染者參與宣言甚少成功的因素，以下為失敗的某些原因，第一、對需求不了解以及不信任感染者能力。第二、通過相關政策卻難以執行。第三、感染者也體會到其需加強組織能力與成員能力。

最後則是2004年，位於泰國曼谷所發表的曼谷宣言⁵，不只是強調感染者的參與，更強調增強其權能。期待感染者全面參與的目標能確實被接受，而真正的參與即是透過增強感染者權能的方式，讓他們能有妥適的能力與環境生活下去，而這時所提出增強感染者權能的相關因素包含：幸福感、資訊可近性、健康的生活、有能力對抗污名與烙印、具有同儕支持、友善的環境、具有領導能力且能相互支持。這些因素當中，同儕支持被視為相當重要的一部分 (UNDP, 2004)，透過同儕支持的方式，能使感染者降低危險性行為、正向生活、降低歧視、改善環境以及面對困境。表1-2為整理自聯合國計畫開發署的愛滋權能運動

⁴ 亞太地區某些國家嘗試執行 GIPA，但獲得的改變不大，雖然知道這是不可或缺的活動，但感染者參與沒有全然被理解，相關回應也未獲得執行 (UNDP, 2004)。

⁵ 曼谷宣言提出三點面向，分別為：政治政策參與、治療與支持服務的可近性、社會經濟面向的權能增強 (UNDP, 2004)。

三個時期。

表1-1-2 愛滋感染者權能運動的三個時期

| 時期 | 開始年度 | 宣言名稱 | 轉變 | 內容 |
|-------|------|-----------|---------|------------------------------|
| 第一個時期 | 1983 | 丹佛宣言 | 經驗提升為原則 | 嘗試擺脫受害者的角色 |
| 第二個時期 | 1994 | 愛滋感染者參與宣言 | 原則提升為政策 | 讓感染者有更多投入相關政策的機會 |
| 第三個時期 | 2004 | 曼谷宣言 | 政策提升為權利 | 感染者能夠獲得權能增強的機會，不論是哪一種感染者次團體。 |

整理自 UNDP, 2004與Adams, 2008

曼谷宣言提到同儕支持的重要性，研究者認為，感染者增強權能除了互助支持團體的產生之外，感染者組織化的發展也是成功增強權能的指標之一，例如目前位於美國紐約服務愛滋感染者的機構Housing Works，其三分之二的員工皆是過往的服務使用者，從接受服務的過程當中增強其權能，並參與機構內的決策，這對相關愛滋感染者服務機構的感染者工作人員日漸減少的趨勢來說，是相當可貴的部份（Housing Works, 2011）。曼谷宣言也提出，政府應對感染者參與的重要性具有敏感意識，具有這樣的意識才能協助感染者的權能增強。

愛滋感染者權能的增強已經逐漸開展，但是在2008年的美國愛滋會議當中，一位已經感染二十五年的感染者Sean Strub再度重申1983年的丹佛宣言，其表示：

「當面對歧視、排斥時，增強感染者權能的聲音給予政治地位上的力量...但是增強權能到現在卻沒有被落實，而是一種口號，這樣的結果導致愛滋病感染者在政治層面的地位逐漸萎縮及消權。」（Sean Strub, 2008）

當2008年再度重申1983年的宣言時，其實也可看出感染者在社會層面所面臨的烙印感仍舊存在著，增強權能的策略以及對感染者友善的社會環境仍舊有很大的發展空間。

反觀台灣感染者權能的部份，目前尚無實證性的研究資料指出該團體的權能為何，但是相關權能增強的策略則推行已久，例如支持團體，近年來則有領袖培訓等，相關的愛滋感染者服務機構也秉持增強感染者權能的方式，協助感染者回歸社群與建立信心。但是對於政策層面的曝光，仍舊鮮少出現，此點與西方國家的多次宣言互異；目前願意在大眾面前曝光的感染者，大多以正向形象與楷模見稱，主要目標是影響民眾轉變愛滋感染者的負

面形象以及預防愛滋疫情，但是對於政策面的影響則無翔實的資料記錄。因此，台灣對於感染者的權能增強與西方國家類似，從個人、團體面向出發，並期許能夠擴展到政策面向，但因為受到社會阻力的影響，而使得政策面向的部份較少被看見。

誠如以上資料所表示，要增強感染者的權能，大部分希望透過團體的互助以及政策面向的參與，來思索感染者的權能有無被增強，但是在此，研究者認為並非透過政治議題的介入就代表權能偏高，因為從政策面向的取得不代表感染者的權能提昇，另一方面，感染者沒有站出來發聲，也不代表他們沒有足夠的權能，因為權能包含個人、團體與政策，政治介入只是其中一項權能發展的舞台，而這些假設也期待透過本研究的結果獲得證實。另外，影響感染者權能提昇及消權的因素又有哪些？針對愛滋社會工作實務而言，如能明白導致本土感染者消權的主要因素，勢必能夠針對重要的面向進行改變，來達到正向的權能影響，而這些議題實屬較少人討論的議題。

綜合以上所描述的資料顯示，愛滋權益運動已經邁入第二十六年，這漫長的歲月當中，對於感染者權益與倡導雖已有更多的資源投入，但是目前國內的文獻，甚少提及有關愛滋病感染者本身知覺的權能以及影響權能表現之相關因素。研究者從大學以來即對愛滋病與社會工作相關議題深感興趣，透過實習、志工及工作經驗與許多愛滋感染者互動，可以明顯感受到感染者在感染之後怎麼看待自己、周圍是否有妥適的支持系統、資訊的可近性以及與各種系統互動，皆會影響感染者是否願意為自己的權益發聲，本研究希冀探究愛滋病感染者的權能程度、權能面向，並找出影響感染者權能多寡的相關因素。

第二節 研究目的與研究問題

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：了解愛滋病感染者的權能程度、權能面向、以及影響感染者權能增強的因素。根據研究結果，針對實務與後續研究提出具體的建議，以提供社會工作人員以及未來的研究人員了解目前增強愛滋病感染者權能表現之面向以及權能程度。

為了達成此研究目的，因此提出以下的研究問題：

- 一、愛滋病感染者擁有哪些權能面向？
- 二、影響愛滋病感染者權能增強的因素有哪些？

第三節 名詞解釋

一、愛滋感染者（People live with HIV/AIDS）

愛滋感染者即是身體內帶有愛滋病毒，並在免疫系統低落時發病成為愛滋病患者。HIV（Human Immunodeficiency Virus, HIV，俗稱愛滋病毒）即是人類免疫缺乏病毒，俗稱愛滋病毒。目前可分為兩型，HIV-1和HIV-2（臺灣露德協會，2011）。HIV-1是大多數國家中最主要造成愛滋病的病因。HIV-2主要分布在西非。兩種病毒的致病力並不相同，感染HIV-1後超過百分之九十的患者曾在十到十二年年內發病成為愛滋病（AIDS），也就是免疫功能球數⁶降至200 cells/mm³以下，透過服用抗愛滋病毒藥物⁷的方式，能夠提昇感染者的免疫系統。感染HIV-2則往往沒有相關的病症（行政院衛生署，2011）。愛滋病毒雖然是會致命的病毒，但只要一離開人體之外，就無法長時間的存活，甚至也無法在高溫、酒精、漂白水的環境下生存之特質。而造成一個人感染，則必須擁有相當的量與濃度，才有可能達到感染的標準（施安玟，1999；張麗玉，2002；行政院衛生署，2011）。而愛滋病的傳染途徑分別為：性行為傳染、血液傳染與母子垂直感染。

Acquired Immune Deficiency Syndrome（AIDS）後天免疫缺乏症候群，俗稱愛滋病（行政院衛生署，2011），個人可能感染人類免疫缺乏病毒，卻還不是愛滋病患。並非真正的

⁶ 未感染者的免疫功能球數(CD4)在 800-1200 cells/mm³

⁷ 目前開始服藥的指標為免疫功能球數低於 350 cells/mm³

人類免疫缺乏病毒感染造成死亡，而是因為缺乏免疫系統運作導致一連串嚴重疾病，此時稱為伺機性感染（葉肅科，2008：68、楊靖慧、郭旭崧，2006）。

二、增強權能與向度

Adams（2003）引述 Thomas 和 Pierson 對於增強權能的界定，認為增強權能是指人們如何集體控制其生活，以團體的方式獲致符合其利益的目標，也是助人工作者協助欠缺權能者獲得權能的方法。第二章文獻探討部分會有更詳盡的描述。

權能增強的內涵向度方面，Rogers、Chamberlin、Ellison、Crean（1997）將增強權能的面向分為自我效能與自尊、權力與無權力、集體行動、正當憤怒、理想性的控制未來五個面向。本研究依據宋麗玉（2006）所編制的增強權能量表，將權能面向分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、人際自我肯定八個面向。本研究亦希冀探究愛滋感染者所擁有的權能向度之多寡。



第二章 文獻探討

根據研究目的，本章節所蒐集之資料包含愛滋病的認識、權能表現的定義、權能表現的面向與影響權能的相關因素研究。本章第一節介紹愛滋病的相關知識，並分為病毒生物性的脈絡介紹，以及疾病社會性的社會烙印呈現，並提出導致感染者無力感的原因。第二節則是聚焦在權能表現的部分，首先探討權能表現在社會工作的發展脈絡與歷史，並針對文獻所提之內容，明確定義何謂權能表現與三個面向，分別為個人、組織與社區。第三節的部份，則以權能測量為主軸，先行探討影響權能表現的量表發展，再探討影響權能的相關因素。

第一節 愛滋感染者脈絡簡介

愛滋感染者是指帶有愛滋病病毒的個體，其面對疾病的相關議題除了健康維護之外，尚有社會歧視與排斥。本節先探討愛滋感染者的生物性脈絡，了解愛滋病病毒、愛滋病與其造成的生理健康之影響；而後再探討愛滋感染者的社會性脈絡，以了解其感染之後所面臨的社會排斥、無力感與相關影響，不論是生物性脈絡或社會性脈絡，皆希望以此了解愛滋感染者所面對的無力感而導致缺權的完整狀況。

一、生物性脈絡

(一) 愛滋病毒 (HIV) 簡介與傳染途徑

HIV (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 即是人類免疫缺乏病毒，俗稱愛滋病病毒 (以下以愛滋病病毒稱之)，愛滋病病毒的傳染途徑，主要是與感染者進行血液、精液、陰道分泌物或乳汁的接觸或交換，當身體上有開放性的傷口時，感染機率會更為高 (台灣露德協會，2011)，愛滋病病毒雖然是會致命的病毒，但只要一離開人體之外，就無法長時間的存活，甚至也無法在高溫、酒精、漂白水的環境下生存。而造成一個人感染，則必須擁有相當的量與濃度，才有可能達到感染的標準 (台灣露德協會，2011、行政院衛生署，2011)。

愛滋病病毒目前可分為幾種類型，分別為 HIV-1 和 HIV-2。每一種類型的病毒，也因為相互結合的因素，發展出許多亞型 (台灣露德協會，2011)；研究記錄上曾經呈現 HIV-O

的類型，其主要是以異性交為主要傳染途徑（Goudsmit, 1997），但台灣因為較少病例呈現因而甚少提及。HIV-1 是大多數國家中最主要造成愛滋病的病因；HIV-2 則主要分布在西非。兩種病毒的致病力並不相同，感染 HIV-1 後超過百分之九十的患者曾在十到十二年內發病成為愛滋病；感染 HIV-2 則往往沒有相關的病症（行政院衛生署，2010）。

從事愛滋病病毒研究長達三十年以上的學者 Jaap Goudsmit，在 1997 年出版了一本透視愛滋病毒發展脈絡的書籍⁸，其中描述了病毒發展的真實歷史，Goudsmit 表示愛滋病毒的存在由來已久，而病毒的來源，就如同我們現在耳熟能詳的源自於非洲，且來自於動物（貓科、馬、靈長類），這些影響動物免疫系統的免疫缺乏病毒在其身上存在以久，並且演化至今，形成共存的模式。而在人類的部份，早在 1960 年代開始，就已經出現零星且與人類免疫缺乏有關的病例，傳染途徑也以血液和性行為為主，這些病例被發現的原因，皆因為病人身上出現伺機性感染的症狀⁹而遭醫生存疑。一直到 1980 年代時，人類免疫缺乏病毒才正式從人類血液當中分離出來。

（二）愛滋病（AIDS）簡介與疾病歷程

AIDS（Acquired Immune Deficiency Syndrome）為後天免疫缺乏症候群，俗稱愛滋病（行政院衛生署，2011），個人可能感染人類免疫缺乏病毒，卻還不是愛滋病患者。而造成感染者死亡的原因，並非是人類免疫缺乏病毒感染，而是因為缺乏免疫系統運作導致一連串嚴重疾病（葉肅科，2008，楊靖慧、郭旭崧，2006），這樣的現象稱作伺機性感染。

針對愛滋感染者生理健康狀況的歷程，Saag（1997）依照 CD4 數值將愛滋病病程分為六個時期，分別為初期、早期、中期、晚期、嚴重期和末期。不同的分期有不一樣的 CD4 數值以及可能出現的症狀，以下分別簡述之：

- 1、**初期**：HIV 感染初期，一半的感染者在感染後約 2~6 週內會有類似感冒的症狀，例如發燒、淋巴腺腫、喉嚨痛、皮膚發疹、肌肉疼痛、關節痛、頭痛、下痢、嘔吐或各種輕度神經症狀，這些症狀在 2~3 週內自然消失。
- 2、**早期**：CD4 數值尚多於 500/mm³，而感染者通常無症狀。

⁸ Viral Sex: The Nature of AIDS

⁹ 伺機性感染是指愛滋病毒侵蝕人類的免疫系統，而使免疫功能出現問題，身體接踵出現肺炎、卡波西斯肉瘤、帶狀性皰疹等症狀。

3、**中期**：CD4 保持 200-500/mm³ 間，雖然伺機性感染可能會發生，但症狀並不嚴重。

4、**晚期**：此時期 CD4 數值為 50-200mm³，也是定義的愛滋病病患。需要開始藥物治療¹⁰。

5、**嚴重期**：CD4 降至 50/mm³ 以下時則陷入嚴重期，此時期常發生各項伺機性感染，包括非典型結核菌、陰囊球菌感染、CMV 網膜炎、菌症等感染症。

6、**末期**：無規定的數值，但是在無治療的狀況下，可能會有生命與健康的危險。

以上六個階段，對於每一位愛滋感染者的生理健康，各有不同的影響差異，尤其在初期感染的疾病適應、中晚期開始服藥的副作用適應以及伺機性感染出現後帶來的影響，此三階段都是病毒所帶來的感染歷程，也讓愛滋感染者面對這些狀況時產生心理反應與不同的因應行為。

（三）藥物副作用與生理健康影響

目前台灣醫療機構共識，當愛滋感染者的 CD4 低於 350/mm³ 以下時，即要開始服用抗愛滋病毒藥物，透過服藥的方式，來提升自體的免疫功能。而台灣已經引入的抗愛滋病毒藥物可分為五大類¹¹，共十八種可替換之藥物供醫師開藥選擇。

服用藥物對未感染的人來說，可以達到治癒疾病的功效，但是對於感染者而言，服用藥物不僅沒有治癒疾病，還需要經歷藥物副作用所導致的不舒適感。目前文獻指出（Mathews, McCutchan, Asch, Turner, Gifford, Kuromiya, Brown, Shapiro, & Bozzette, 2000; Mosack, Weinhardt, Kelly Gore-Felton, McAuliffe, Johnson, Remien, Rotheram-Borus, Ehrhardt, Chesney & Morin, 2008），服用抗愛滋藥物伴隨的副作用有發燒/盜汗、貧血、憂鬱、腹瀉、反胃/厭食、嚴重頭痛、感覺遲鈍、腎臟疾病、脂肪位移、反胃、末梢神經痛、紅疹等症狀。這些副作用因人而異，但每一位初期服藥的感染者，皆需花數天的時間調適。

（四）小結

在生物性脈絡當中，除了了解疾病的演化過程，也了解愛滋感染者所經歷的疾病歷

¹⁰ 現今的服藥治療指標，已經從 CD4 數值 200 mm³ 改至 350mm³

¹¹ 核苷酸反轉錄酶抑制劑、反轉錄酶抑制劑非核苷類、蛋白質酶抑制劑、嵌核酶抑制劑和融合抑制劑

程，並將焦點放在感染者生理健康的狀況，之所以探討愛滋感染者的健康狀況，主要的目的以了解感染者參與活動的基本能力，因為當個體的生理功能受到缺損的時候，會影響他們參與活動與展現權能的意願（Ware, Wyatt, Tugenberg, 2006; Chan, Stooove, Reidpath, 2008）。

二、社會性脈絡

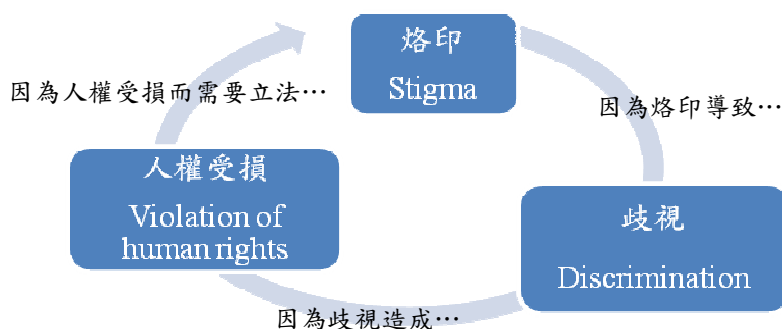
社會性脈絡相較於生物性脈絡，是以不同的視野來看待愛滋感染者。也從生態觀點當中的微視觀移往鉅視觀，本小節討論愛滋感染者在社會脈絡當中所面對的社會烙印，並探討社會烙印的定義、成因和影響的結果，以了解感染者目前的處境。

（一）社會烙印的定義

愛滋病對於個人健康、社會勞動力以及國家衛生安全呈現逐步影響的狀態。但是面對該疾病真正令社會大眾難以接受的，並非病毒的基因以及性病的傳播途徑，而是感染愛滋病毒之後，其伴隨而來的社會烙印。對於疾病的烙印，愛滋病相對癌症而言，所受到社會的阻礙更為高（Fife & Wright, 2000）。

社會烙印（stigma）是指一個人的行為與社區的價值及社會規範產生了偏差（Goffman, 1963），通常烙印是針對弱勢團體，因為不同於主流文化意識形態的行為，這些行為會被歸類為偏差行為。弱勢團體的文化或思考價值觀常常被排除在主流文化之外，結果便會因為行為而被認定為偏差，結果冠上了社會烙印。社會烙印所釋出的符號訊息是一種社會互動下的產物，傳遞當代社會對於愛滋感染者的訊息（Goffman, 1963），這樣的社會烙印機制（圖 2-1-1）鑲嵌在我們的社區當中，這些態度不斷影響我們所擁有的價值與社會規範，進而成為外在表徵，以行為落實之。

圖 2-1-1 愛滋感染者遭受社會烙印的機制



引用自 Maluwa, Aggleton, Parker, 2002

(二) 愛滋感染者社會烙印的成因

愛滋病相關的刻板印象 (stereotype)，認為此疾病是男同性戀、性工作者、藥癮者所有。而愛滋相關的烙印有偏見(Prejudice)、鄙視 (discounting)、丟臉 (discrediting) 和歧視 (discrimination) (Herek, Mitnick, Burriss, Chesney, Devine, Fullilove, Fullilove, Gunther, Levi, Michaels, Novick, Pryor, Snyder & Sweeney, 1998; Herek, 1999; 陳怡芳, 2003)。Goffman (1963) 認為愛滋病感染者會成為烙印的人口群，主要為表 2-1-2 所列出的四種原因；透過這樣的分類可以看出，Goffman 認為愛滋感染者之所以成為社會烙印的對象，主要是因為感染之前，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。

表 2-1-1 愛滋感染者遭受社會烙印的因素

| 因素類別 | 內涵 |
|-------|-----------------------|
| 自願性行為 | 社會不能接受傳播的行為，且是自願性的行為。 |
| 對個人影響 | 疾病無法逆轉且造成生命的損傷。 |
| 對他人影響 | 讓其他人暴露在可能感染的狀況之下。 |
| 對社會影響 | 疾病會干擾社會的互動與產生令人厭惡感。 |

整理自 Goffman (1963)

愛滋病讓民眾對疾病產生恐懼，並帶有刻板印象，當大眾對感染者表示歧視行為的時候，感染者心中的無力感以及情緒反應，進而影響他們在不同系統當中的地位與存在。而愛滋導致相關烙印以及歧視行為有以下幾點影響因素，例如對疾病缺乏正確的知識、不了

解正確的傳染途徑、對治療方式不了解、傳媒的不正確報導，且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（UNAIDS, 2005）。

一般大眾透過烙印的機制保護自己，以及對愛滋感染者的個人及團體貼上標籤，以茲辨別。這樣的機制其實就是大眾對於愛滋病的看法與態度，態度更會影響感染者的團體，進而渲染到感染者的家屬、親友及照顧者。更讓感染者不願揭露自己的感染身分，更難為自己的處境與權力發聲。

1、愛滋相關烙印（AIDS-related stigma）

愛滋相關烙印為一般大眾對於愛滋的烙印想法。相關研究（Herek, 1999; Lee、Kochman & Sikkema, 2002; Emler, 2006）提出非感染者理解愛滋烙印的幾項因素，分別為年齡、教育、與感染者的接觸經驗、傳播途徑的知識、種族以及對同志的態度。這些研究的因素認為，當非感染者的年齡愈年輕，教育程度愈高，具有與其他感染者的接觸經驗，以及了解正確的傳播知識且對同志友善時，較不會對愛滋感染者有社會烙印以及歧視行為，而反之論述則結果相反。

UNAIDS（2002）也提到，非感染者通常經由一個人的膚色、說話態度、性傾向而連結至烙印，當烙印成為外在行動時，會產生不公平的表現，例如性別、種族、性傾向的不公平。非感染者即經常將愛滋感染者視為女性、同性戀以及非洲住民的疾病。這樣的分類方式讓非感染者團體感覺較為優勢，並貶低受烙印的團體（Maluwa, Aggleton, Parker, 2002）。

2、愛滋內在烙印（Internalized AIDS-related stigma）

愛滋內在烙印為感染者自我對於愛滋烙印的想法。Emler（2006）針對不同年齡的感染者所作的研究指出，社會烙印與年齡無關，反倒是與教育、收入、種族、社會支持有關；亦指當感染者的教育程度愈高、收入愈多、社會支持愈多元，感知到的社會烙印即較低；而黑人感染者相對於白人感染者所感知到的社會烙印則較高。亦有學者比較不同性取向的烙印程度，發現男同性戀與男雙性戀感染者所遭受到的烙印程度，顯著高於異性戀感染者；這樣的結論，學者建議應探討社會對於同性戀的烙印意識型態，是否進而影響到

愛滋感染者的社會烙印。另一方面，錯誤的愛滋知識也會影響大眾對於愛滋感染者的認識，例如透過對同志烙印的機制，認為疾病是因為同性戀性行為而導致的懲罰 (Capitanio & Herek, 1999)。但是在 Sayles、Hays、Sarkisian、Mahajan、Spritzer & Cunningham (2008) 的研究當中，則提出更細緻的結果，他們的研究認為女性與異性戀男性的認知烙印程度較同性戀為高，而實際面對的烙印經驗，則是同性戀比異性戀社群為高，這樣的差異來自於異性戀社群通常不認為自己是感染愛滋的危險族群，而當自身感染時，較難以接受事實，而同性感染者則因社會烙印的因素，覺知自己感染愛滋是預期當中的過程。

(三) 社會烙印所影響的結果

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展演。愛滋烙印所產生的歧視行為 (例如排除、限制)，除了發生在醫療機構、工作場域、教育場所之外，某些國家政策與行政機構也制定具有歧視疾病的相關條例，包含強迫篩檢、限制感染者工作權益、隔離、延誤或拒絕治療、限制國際移動等 (UNAIDS, 2005)，而這些經由社會烙印引發的歧視行為，皆會影響感染者的人權。內在烙印則會影響個人、團體與社區的價值感，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)。以下探討愛滋感染者接受社會烙印之後的結果，包含身分告知、心理衛生、社會參與以及社會支持。

1、烙印影響個人身份告知、心理衛生議題

UNAIDS (2002) 提到愛滋烙印與感染身份告知，發生在全世界各個角落。這些社會烙印對於愛滋感染者來說，成為他們扮演社會角色的阻礙，每一位感染者擔憂告知感染身份之後，影響其所扮演的社會角色並影響所處的社會地位。感染者的個人、社會身份與感染身份，成為不同腳本當中的角色，感染者需要仔細去維護這些身份所帶來的好處與壞處，因此，對於社會性角色的傷害性強度，將成為是否告知感染身份的一項考量，這樣的考量，也較常出現在親近與信任的親友身上，信任度高低成為身份告知的標準。要感染者主動向社會大眾表明感染身份，通常需要極大的勇氣，正因為疾病烙印所帶來的影響，感

染者的現身，可能對於其他系統的角色造成障礙，使得感染角色變得更為隱晦。另外一方面，雖然烙印感因人而異，但是亦會影響心理的健康，相關研究皆指出烙印與憂鬱成正比，和社會支持成反比，且會影響就醫意願和服藥順從（Lee et al., 2002; Riley, Wu, Perry, Clark, Moss, Crane & Bangsberg, 2003; Emler, 2006; Rintamaki, Davis, Skripkauskas, Bennett & Wolf, 2006; Kinsler, Wong, Sayles, Davis & Cunningham, 2007; Kalichman, Simbayi, Cloete, Mthembu, Mkhonta, Ginindza, 2009）。

古力巴（2006）在其針對台灣愛滋感染者需求調查的研究中提到，367 位受訪者當中，有 356 位（97%）表示他們在社區當中備受烙印與歧視。除了研究調查資料之外，研究者認為，台灣對於愛滋感染者的政策，也確實造成烙印加強的現象，例如為了達到社會控制目的，每一位感染者皆需額外向國家登記感染者身份，並領取註記該身份的「全國醫療卡」，每個月會有公衛護士進行慰問與追蹤，這樣的政策其實是以個人隱私的損失交換疾病的免費治療。

2、烙印影響社會參與

陳琦（2009）在其針對大陸地區愛滋感染者的研究當中發現，感染者因為社會烙印的因素，在文化、制度與個體面向上遭受社會排斥（表 2-1-3），社會排斥影響感染者的權力、資源以及能力的施展。因此要降低感染者遭受社會排斥之主要目標，應解決感染者的權力和資源不足，消除社會偏見和道德評斷，以增強其信心為主。許多研究（陳琦，2009; Esposito, 2009）亦提到感染者在政治面向的參與較為困難，次之為經濟、文化和社會關係。社會參與的降低，除了權力遭受剝奪之外，健康狀態不佳，也是其中一項因素。未接受治療的感染者因為免疫功能的低落而影響日常生活功能，接受治療的感染者，也可能因為社會排斥的因素，影響治療的持續性（Ware, Wyatt, Tugenberg, 2006; Chan, Stoope, Reidpath, 2008）。

表 2-1-2 愛滋感染者在制度、文化及個體面向的社會排斥

| 排斥面向 | 排斥內涵 | 影響層面 | 說明 |
|------|--------------|--------------|---|
| 制度 | 權力和資源剝奪 | 社會結構 社會政策 | 感染者的權力和資源遭受剝奪，因而無法影響結構層級，更無法參與政策規劃與執行。 |
| 文化 | 社會偏見 道德評斷 | 意識型態 | 感染者因為社會烙印而遭受道德評斷，影響感染者對自我的認同、看法及信念。 |
| 個體 | 降低參與 輕視能力 | 自我責任 社會流動 | 使感染者排斥在團體之外而無參與的機會，而導致個人的權能感降低、認同降低、不被尊重。因不相信他們的能力，使得發揮能力的機會減少，而無法為自己的處境做些努力。 |

整理自陳琦（2009）

而國內研究方面，古力巴（2006）也提到社會烙印的因素，使得感染者與其家庭或鄰居的社會關係逐漸變弱，排除在社會關係之外，放棄社會參與的機會。

3、烙印影響社會關係

疾病與社會烙印關係密切，這層關係會影響個人使用社會支持資源與相關策略（行紅方，2007）。研究指出（Lee et al., 2002），感染時間較短者，對於烙印的感受越大，家人對其接受度與諒解則越少，加入支持團體和認識其他感染者的機會也較少。不論社會烙印的高低，感染者皆較少與他人發生性關係與較無穩定的伴侶；承受較高的社會烙印者因為擔心告知身份而被貼上疾病傳播的標籤，會隱瞞自己的疾病事實並與他人發生性關係。Shehan、Uphold、Bradshaw、Bender、Arce 和 Bender（2005）更提到社會烙印所產生的力量比社會支持還要大，並且讓感染者更加隱瞞求助與告知行為。另一方面，也因為社會烙印的影響，使得感染者隱瞞自身感染的身份，甚至影響與他人的關係聯繫。

社會烙印影響了防疫的落實，也讓感染者在處理與愛滋相關的行動時，會選擇順從社會烙印給予的無力感，就算有社會關係網絡的協助，也無法產生足以抵抗的權能感（Uys, Chirwa, Kohi, Greeff, Naidoo, Makoae, Dlamini, Durrheim, Cuca, Holzemer, 2009）。愛滋感染者透過一連串的生理與社會脈絡的影響步驟，讓社會烙印逐漸將感染者推向缺權的生活（圖 2-1-2），也就是沒有能力去運用屬於自己的權力。

(四) 處理社會烙印的方式

在生物性脈絡方面，面對愛滋病毒所導致的健康問題，目前透過服藥治療的方式，達到健康控制與維護，而在社會性脈絡當中，因為愛滋病毒而感染的社會烙印身份，則不是透過服藥就能達到消除的效果。Sue & Sue (2008) 認為因為結構壓迫的因素，讓服務使用者感到無力與憤怒，也有很深的自責與自憎，因為社會環境的影響使得他們強化這樣的世界觀。因此需要透過權能觀點的介入，讓社會邊緣的人士，能夠從外控內責的內在情緒，轉換成內控外責的狀態 (圖 2-1-2)。也就是相信自己有能力掌握自己的現況，也能洞察外在的各種阻礙發展的結構面向。



圖 2-1-2 權能觀點的控制與責任觀 參考：Sus & Sue (2008)、李開敏 (2003)、余漢儀 (1995)

當感染者遭受社會烙印時，通常都會透過因應策略，來面對心理的不安與相關的歧視、刻板印象和社會排除 (Bunn, Solomon, Miller, Forehand, 2007)。因此，降低社會烙印的相關介入方案當中 (Uys et al., 2009; Apinundecha, Laohasiriwong, Cameron, Lim, 2007) (表 2-1-4)，皆透過提昇感染者的權能作為目標，並搭配宣導正確知識與倡權的方式，創造友善與接納的環境。

表 2-1-3 降低社會烙印相關介入方案

| 國家 | 年代 | 組成形式 | 方案目的 | 方案內容 | 方案成果 |
|------|------|------|------------------------|--|---|
| 白俄羅斯 | 2001 | 團體 | 增強感染者權能與疾病預防 | <ul style="list-style-type: none"> ● 支持團體 ● 生命敘說 ● 照片展覽 ● 電視演講 ● 政治行動 | <ul style="list-style-type: none"> ● 政治影響 ● 成立組織 ● 支持相關行動 |
| 印度 | 2005 | 團體 | 運用減害的模式消除性工作者的無力感與社會烙印 | <ul style="list-style-type: none"> ● 定義問題 ● 分析權力 ● 運用資源 ● 建立優勢 ● 教導技巧 | <ul style="list-style-type: none"> ● 正確使用保險套 ● 安全性行為 ● 降低性工作者的感染率 ● 性工作者的權能提昇 |
| 泰國 | 2007 | 團體 | 降低社區當中的愛滋烙印 | <ul style="list-style-type: none"> ● 提供資訊 ● 參與討論 | 降低社會居民對愛滋感染者的烙印與歧視 |
| 非洲 | 2009 | 團體 | 降低愛滋烙印 | <ul style="list-style-type: none"> ● 提供資訊 ● 參與討論 ● 面對烙印的因應技巧 | <ul style="list-style-type: none"> ● 提昇感染者權能 ● 降低烙印與歧視 |

整理自 UNAIDS, 2005; Pardasani, 2005; Apinundecha, et al., 2007; Uys et al., 2009

白俄羅斯在 2001 年執行感染者的增強權能方案 (UNAIDS, 2005)，前期先以支持團體的方式運作，連結每一人的強連結關係，並以半開放式團體的方式，招攬更多成員加入，也舉辦生命敘說、照片展覽、電視演講以及政治行動。並連結友善的個人、團體及組織持續發酵，最後該團體成員獨立運作，並透過贊助的方式成立基金會，以該組織的基金支持與愛滋相關的倡導與行動。

印度針對女性性工作者的愛滋預防方案當中提到，壓迫的環境和性別之間的權力差異，會造成女性的自尊降低，以及較容易受到傷害，另外性工作者角色的社會隔離、經濟依賴與社會烙印，也是女性性工作者無力感的來源 (Pardasani, 2005)。該方案運用減害的模式，來消除性工作者的無力感與社會烙印，同時促進健康和 safety。

泰國與非洲地區的執行方案當中，透過社區當中的感染者、感染者家屬與社區居民的社區參與，一起討論如何提高社區民眾對愛滋病的知識，以及如何與感染者互動，來達到降低愛滋烙印的目的 (Apinundecha et al., 2007)。方案內容讓感染者參與在討論之中，透過感染者的經驗分享，規劃一系列相關的行動來達到正確資訊提昇，降低愛滋社會烙印。感染者的參與，能夠提高感染者的權能，也能提高社區對於感染者的正向形象、降低烙印。

從以上資料得知，大部分的方案皆以團體的介入為主，希冀造成社會與個人的改變，

提昇感染者的權能以及因應行為 (Weiss, 2006)。許多介入方案皆以支持團體與社區介入的方式進行，透過「助人自助」的工作方法，重視人與環境的適應，並從個人、團體、社區層次著手，激發社會功能。

三、小結

本節主要提出愛滋病的生物性與社會性脈絡，描述造成愛滋感染者生理、心理與社會層面的無力狀態。從生理層面來看，感染者因為健康狀態、服藥順從與就醫治療等因素，影響其社會參與的可能性；從社會層面來看，因感染身份及尚未感染前的身份，使得社會烙印及歧視行為成為他們為自我發聲的阻礙，大環境的不友善，使感染者對於疾病認同產生更強烈的無力感，也更隱藏自己的身份；最後，在個人、生理與社會阻礙的交互影響之下，其心理所遭受的壓力更讓感染者成為弱勢當中的弱勢 (圖 2-1-3)。

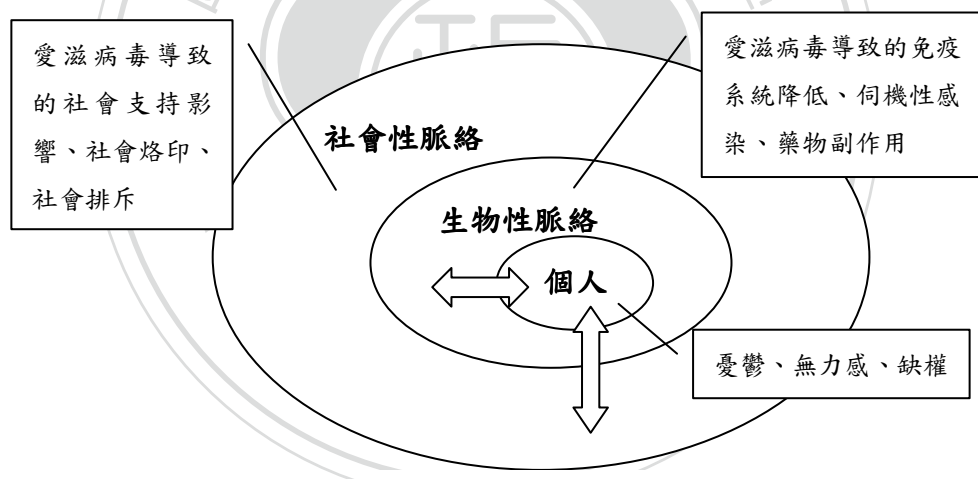


圖 2-1-3 愛滋感染者個人、生理與社會的交互影

葉肅科 (2008: 68) 針對愛滋病的個人生、心理相關症狀，提出四種不同的影響 (表 2-1)，從這些影響當中可以發現，感染愛滋病毒之後，感染者所產生的改變，分別從生理健康、心理健康，擴展到公共安全及個人隱私。這樣的意義分類從單純的疾病脈絡，從而擴展成為安全性議題，個人則因為疾病因素，影響生理、心理與生活空間，並且受到社會與政治脈絡的影響，使得感染者的身份成為國家「控制」、大眾畏懼的對象、甚至影響個人自尊。

表2-1-4愛滋感染者感染疾病之後的症狀影響

| 影響範圍 | 內容 |
|----------|---|
| 生理健康轉弱 | ● 身體免疫力崩解，削弱身體防禦外來病源的能力。 |
| 心理壓力轉強 | ● 潛伏期長而擔憂發病，使愛滋病成為隱性的殺手。 ● 擔憂疾病身份被發現而發生歧視。 |
| 疾病成為公共安全 | ● 疾病透過直接接觸而感染，散播不再是個人的議題，而是公共論題。 ● 感染者所背負的疫情壓力，影響國家安全與勞動力。 |
| 性更為隱私 | ● 性傳染病使性慾、性行為蒙上了陰影。 |

整理自葉肅科（2008）

整理相關學者（Solomon, 1976、Simon, 1994、Gutierrez, Parsons, Cox, 1998、Lee, 2001）的文章當中提到，增強權能社會工作運用在愛滋領域當中，其主要的理由為以下四點：第一、愛滋感染者為邊緣且受社會結構壓迫者；第二、愛滋感染者受到政治、社會和經濟壓力，使得個人需要去因應這樣的壓力狀態；第三、因為以上的壓迫與壓力，使得愛滋感染者的自我效能低且有無力感；第四、透過助人工作，協助愛滋感染者去改變感到壓迫的環境，並產生正向的改變。

第二節 增強權能的內涵

經由第一節的敘述，我們可以了解愛滋感染者因遭受疾病烙印的因素，而處於無力、缺權的狀態，當面對這樣的服務使用者，助人工作者透過增強權能取向的方式，來改變感染者的現狀，因此本節即是了解何謂增強權能觀點，且探討權能觀點的歷史發展，並在第二節說明權能觀點的定義，最後進行個人、組織與社區面向來分析權能的內涵。

一、增強權能發展脈絡

（一）西方增強權能觀點的意識發展背景

增強權能觀點的提出與理論化，勢必經過一段時間的醞釀與發展才能有逐漸成熟的概念架構，本小節即從歷史觀點的視野，引用文獻來佐證權能觀點的發展歷史，而這一方面由學者 Simon（1994）的著作當中可以發現，增強權能觀點在西方世界已經發展超過一個世紀之久（鄭麗珍，2002）。而在華人文化部分，增強權能觀點當中所重視的案主自決的概念，也早已在儒家思想的論題當中顯現（陳盈智，2009）。但是因為華人文化甚少探討

本土化的權能歷史發展，認為權能觀點為西方產物，是一可惜之處。Yip (2004) 提到，雖然權能觀點從西方引入，但是來到華人世界，還是必須與本土概念相互融合，其提出道家、儒家與佛家思想影響華人文化最為深厚；這樣的論述與其他西方學者 (Zimmerman, 1990; Baistow, 1995) 所提及之「權能觀點要將服務使用者放置在其脈絡當中才有運作之處」的觀點相符合。

增強權能的概念知識主要與公民意識有關，其來源為政治基礎以及公民權力的擴張為主。依據 Simon (1994) 所整理的文獻當中，從十五世紀宗教改革階段開始，即出現「為自己負責」的口號，個人的責任不再由上帝所擔負，而是個人擔負。而十八世紀末十九世紀初的工業資本主義，更是文化改革的主要趨力，因為農民、奴隸、工廠員工失去了工作，這樣的困境，使得他們聚在一起相互支持，弱勢族群因而開始受到激發。當 1800 年代美國總統傑佛遜 (Thomas Jefferson) 提出「人皆生而平等」的概念時，這樣的觀念使權力與弱勢議題凸顯，更激發許多非營利組織的發展。1830 年代時，烏托邦社會主義興起，認為社會不應有階級之分，人的資源、權力皆為平等，而這樣的平等包含女性地位的平等，讓性別觀點帶入社會階級當中。此時的玄學也提到人類應享有尊嚴，以及分辨內在自己的能力，除了內省之外，也強調頓悟的可能性。到了 1840 年代時，無政府主義認為，相互照顧是人類社會的基本生活，而這也是增強權能觀點社會工作的核心價值。無政府主義主張合作而非競爭，以人際間的合作與小團體組織彌補中央政府的不足，以符合多元的需求。

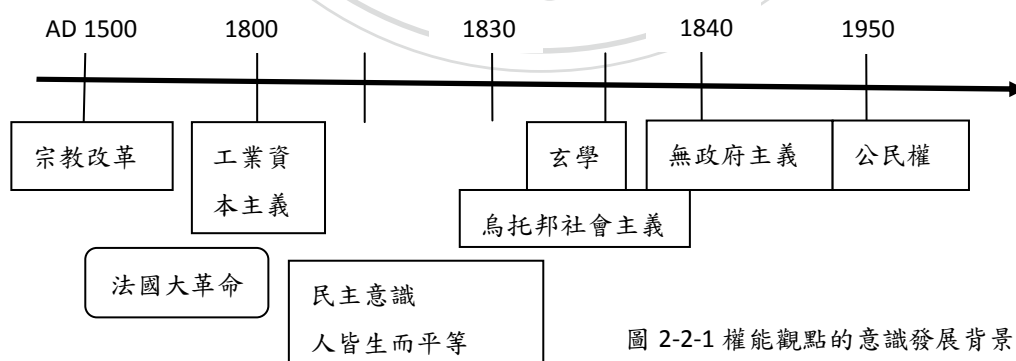


圖 2-2-1 權能觀點的意識發展背景

從以上的論述可以發現，從 1789 年法國大革命之後，啟蒙時期的意識型態以個人主義為主、並希望透過團體相互支持的方式，勇於質疑權威與傳統教條，甚至強調普世人類

權力平等的觀念，這樣的哲理帶動公民權的醞釀（圖 2-2-1）。啟蒙時代的學者不再以宗教輔助文學與藝術復興，而是力圖以經驗與理性思考而使知識系統能獨立於宗教的影響（Bullock, 2000）。因為這樣的背景發展，使得強調宗教承諾的俗民意識，逐漸轉變成以個人為本、批判權力的理性運動。當 1950 年代，英國學者馬歇爾（T.H.Marshall）將公民權¹²（citizenship）具體提出之後，公民概念的拓展也終於印證法國啟蒙時期的哲理。依據 Simon（1994）的說法，公民是一種帶動社會建構的概念，主要以社區夥伴參與為主，「夥伴」概念反應一種時間與地點的狀態，表示彼此的連結、保護他們的權力，因此增強權能是希望達致公民參與為目的。

（二）社會工作當中的權能概念發展

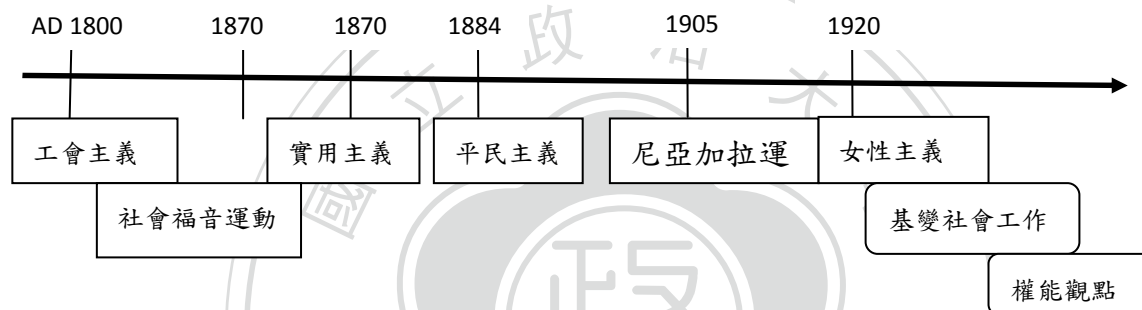
當社會意識逐漸發展出公民權力時，社會工作也受到相關意識型態的影響，增強權能觀點即是受當時基變社會工作的影響。基變社會工作發展於 1960 至 1970 年代，認為過去社會工作者將社會問題「個人化」，忽略社會權力及資源結構的不當性，因此認為解決社會問題的唯一途徑是挑戰與改變社會的不當結構（Payne, 2005）。但是在基變社會工作發展之前，社會工作界已經存在與社會權能、挑戰結構不當的運動。Simon（1994）整理 1893 至 1917 年美國社會工作當中相關的文獻，對於增強權能觀點的發展過程，隨著歷史的演進，可發現這些發展活動對於挑戰與改變社會的不當結構，有其相似的共同點（圖 2-2-2）。

首先為工會主義的興起，工會主義（Unionism）是為了增進工人的工作環境與薪資而成立，直接影響權能觀點的社會工作運動；工會相信透過集合工人的力量，可以發展出較好的應對策略，從資方那邊也能獲得較好的福利措施，這樣的活動持續至今。1870 年代提出的社會福音運動（Social Gospel），希冀透過解放神學為目標，鼓吹教會應該照顧弱勢貧困與受欺壓者。而在 1870 年代開始發展的實用主義也不斷影響著美國社會工作，實用主義認為，知識來自於活動，來自於個體與環境的交互作用，在此交互作用的過程中形成知識，知識發展的目的即在於作為改善人生的工具，作為一種服務社會的手段（Geiger, 2005）；從做中學的概念也讓社工從實踐當中，了解權能增強的概念。1884 年間提出的平

¹² 馬歇爾所提的三種權力為，公民權、政治權與社會權

民主主義 (Populism)，主要因社會工作所接觸的對象大多是平民或弱勢民眾，透過與他們一起組成組織，一起探索資源的使用，能夠有效獲得成員權能的提昇。當實用主義認為從運動中學習時，1905 年的「尼亞加拉運動」(Niagara Movement)，成為實踐權能觀點很重要的部分，該運動主要是黑人民權組織的運動，主要的運動訴求是反對種族隔離和權力剝奪。1917 年之前，最後與增強權能有關的運動為女性主義。女性主義開始關心婦女的權力，當代由男性所主宰的家庭、制度與社會，基本上忽略女性的聲音，透過增強權能及提昇意識的方式，讓女性的敏感度提高，爭取自己的權力，促進社會改變。

圖 2-2-2 美國社會工作增強權能概念發展



比較兩條歷史脈絡，可以發現法國大革命之後的啟蒙時代，帶出民主觀點的意識，並且強調「人權」而非「神權」，企圖與自然、無形、神職爭取權力，當社會主義、無政府主義提出之後，則是將焦點放在人與人的權力平衡上；因此，許多強調平等觀念的運動逐漸成形，不論是種族平等或者性別平等，種種口號代表爭取權力的過程。回觀過去的歷史，人類追求的權力，從「與超自然爭權」的焦點，移轉到「與人爭權」的脈絡當中，而當提出何謂平等的人類權力時，T. H. Marshall 的「公民權」成為最重要的指標。但，本章節並非嘗試探討公民權的意涵，而是強調社會工作者與弱勢族群合作，其最主要的目的，即是促使弱勢族群具有使用自己權力的能力，解放遭受環境限制的權力。這也是為何增強權能社會工作重視人與環境以及人與人之間的互動，並從中找出造成服務使用者在各個生活面向（經濟、政治、教育和醫療）當中遭受資源與結構不公平的因素，因為藉由工作者激發服務使用者意識的覺醒，才能覺察環境對自身的限制，經由集體行動，打破社會結構不平等的方式，爭取合理的生活空間（潘淑滿，2000）。

社會工作當中最初的權能概念發展，以 Barbara Bryant Solomon 於 1976 年出版第一本提及增強權能的書籍「Black Empowerment」為主，該書從黑人社群當中發展出權能增強概念，並且描述黑人因為受到結構的阻礙，而無法施展權力，進而造成整個社群的發展受限。其運用談話、辨識自我態度、融入個案系統脈絡的方式來協助黑人社區的民眾獲得權能。Adams (2008) 提到在美國黑人權能與公民權運動當中，Solomon 具體描述出權能增強的定義：權能增強的目的在於降低受烙印的團體其認知到的無力感。因此，權能增強策略是為了降低其無力感來源，處理團體成員直接與間接的阻礙，以達致團體成員權能的增強。因此增強權能觀點主要的工作對象是弱勢族群、受壓迫的族群，而助人工作者則必須具有批判的意識，能夠洞察服務使用者目前處於哪一種壓迫當中，並協助修正個人與環境的互動。因此，增強權能其實與解放運動相關聯，尤其解放運動強調靈性、社會、政治與經濟的解放，對助人工作者來說，增強案主的權能如同一種催化劑，是一種相當具有草根性的工作方式，能讓案主具有能力去完成事情 (Evans, 1992)。

Lee (2001) 提出助人工作者在增強權能的工作模式當中，應該對壓迫族群具有批判意識，並且從原本的五項觀點增加至七項多元觀點，分別是從歷史觀點、生態觀點、階級觀點、女性主義觀點、文化觀點、全球化觀點與基變觀點，讓助人工作者從不同的面向發掘案主所處的地位，這些多元面向也讓助人工作者看到服務使用者身處在哪些資源以及哪些壓迫當中，藉此來發展對於權力的批判意識 (表 2-2-1)。

表 2-2-1 以多元意識觀點解讀案主的壓迫地位

| 觀點 | 說明 |
|--------|---|
| 歷史觀點 | 受壓迫團體經驗有關的社會政策歷史 |
| 生態觀點 | 有關個人適應潛能、權能、結構不均等資料 |
| 階級觀點 | 種族及階級主義效應的知識 |
| 女性主義觀點 | 允許女性以其獨特方式描述所受到的壓迫經驗，尋求個人與政治的結合。 |
| 文化觀點 | 文化影響人類的行為與視野，甚至影響人們對於不同權力、年齡、性別、性傾向、口音、宗教、教育、地區的他者觀點。 |
| 全球化觀點 | 了解不同國家之間的壓迫與排除經驗，可以相互比較與學習。 |
| 基變觀點 | 批判各種形式的壓迫，發展可以連結個人與社會改革的策略。 |

整理自 Lee (2001)、鄭麗珍 (2002)

(三) 小結

就如同增強權能觀點所提及的，將人至於脈絡當中，權能才會有發展的結果，因為權能觀點本身的發展脈絡，即是一段使人感到有能力的過程，因此對於社會工作專業而言，如何協助服務使用者獲得力量，讓他們能夠為自己說話、發聲與倡權，而不再是透過社會工作人員代為發聲，是一件相當重要的目標，許多助人工作者運用增強權能取向的社會工作模式，來促進服務使用者對於自身相關議題的關注。

美國地區對於愛滋感染者的權能增強議題，從 1980 年代開始(Beeker, Guenther-Grey & Raj, 1998)，如何增強感染者參與相關與權力事務有關的活動，是助人工作者努力的方向。愛滋領域運用權能增強策略，大多落實在愛滋教育、伴侶訓練、社區組織、個案管理、自助團體以及外展服務當中。而這些策略的執行方式，也正是目前國內對於愛滋防治與照顧最主要的目標。這些執行策略就如同 Evans (1992) 整理相關文獻所提及的，運用技巧建立、意識覺醒以及提昇自我效能的方式來增強權能。

對於愛滋感染者來說，爭取權力是一條複雜的過程，因為父權主義不只在家庭關係當中凸顯，也在國家機器的政策上呈現。要感染者朋友不顧社會烙印所帶來的負面結果勇於現身並為自己爭取權利，似乎仍是一件不容易的事情，因此通常也需思考脈絡即相關因素，使感染者的權能確實增強。

二、增強權能的定義

本小節主要探討增強權能的定義，再進入權能的定義之前，本小節先從權力的概念簡述之，主要以社會學者 Steven Lukes 對於權力的論述為主要焦點，該學者對於權力的解釋最為接近權能的概念。而後的章節則是整理 1976 年以來對於增強權能的定義，並提出權能具有去除權能阻礙、心理改變、重視主體、多面向以及自控感/生活品質等元素。

(一) 何謂權力？

談到增強權能，則先從權力談起，就如 Solomon (1976) 提到，因為造成個體無力感的來源，會使他們內化社會的負面價值，而有缺乏權力(power absence)和權力失靈(power

failure) 的現象，因此無力感會使個體失去運用權力的能力，探討何謂權力會是相當重要的步驟。社會學者 Steven Lukes (2005) 長期研究權力相關議題，1974 年開始與他人論述有關權力的定義與展現方式，並在 2005 年時，增加其 30 年前所出版的書籍¹³內容，可以見得權力始終長存在我們的社會當中，而與權力相關的論點存在於許多面向，且可能隨著時間脈絡而改變。Lukes (2005) 提到，權力是潛在的，而非實際存在。當權力的一般性意義用於社會生活相關之處時，其實指涉社會能動的能力，也就是擁有多少發揮權力的能力，而能動者可以是個人或集體。

Solomon (1976) 也指出，除了個體內化的無力感導致權能降低之外，社群層次也會遭遇同樣的狀態，因為權力是鉅視系統的概念，當社群當中每一個人皆遭受到相同的狀態時，微視系統的權力狀態會影響整個社群的發展。因此 Lukes 認為當集體要面對權力議題時，應先處理內部協調的問題，當該問題獲得處理或克服之時，集體就可以行動，才能夠被稱為擁有權力。所以 Steven Lukes 認為在集體行動之前，內部對於權力行使能力要先有一致的共識。另一方面，集體權力也可以是雙向的概念，亦指集體權力可能透過行動而引發集體的能力，也可能不會引發 (Lukes, 2005)。因此，這樣的脈絡也提醒助人工作者，當需要增強服務使用者的權能時，可能會面對到令人沮喪的結果。

目前的文獻對於權力有兩種呈現方式，第一種呈現方式認定權力是獲得某種意圖的工具，Speer & Hughery (1995) 整理相關的文獻，認為權力是一種工具，且通常呈現在三種面向，分別是：第一、位階不平等，造成權力不平等，進而影響資源的掌握；第二、因為擁有控制議題與時間的權力，而能影響他人對此議題的參與機會；第三、因為擁有權力，所以可以影響當下意識的形塑以及資訊的影響，並達到所欲的意圖。從以上的描述可以得知，之所以權力成為一種工具，是為了獲得資源、機會以及意識形態的影響。

而學者 Lukes (2005) 則認為權力是一種能力。認為權力是一種才能、技能與能力，而非一種關係。並且提出權力的概念有兩種不同的變形，分別為「權力的運用」(power to) 與「權力的掌控」(power over)，前者的概念其實含括後者的概念，其認為「權力」的存

¹³ Power: A Radical View

在會造成不對稱的關係，就是某一方會有施諸於另一方的權力。「權力的運用」(power to) 指的是個人有能力去從事有效達致其想要的結果；而權力之爭比較常論述的內涵則為「權力的掌控」(power over)，Lukes (2005) 認為「權力的掌控」(power over) 意指使他人處於你權力之下的能力，透過限制他們的選擇而取得他們的順從，相關的概念如：支配、從屬、征服、控制、遵循、默許、順從等。Lukes (2005) 更針對權力的能力運作設定三種視角，稱為權力的三向度 (圖 2-3-1)，分別為：單一向度的權力觀，單純關注在行為，忽略決策如何形成、如何被避免，也不重視政治脈絡中的操弄。第二向度的權力觀，則是考量第一向度的偏向並試圖調整與控制。第三向度的權力觀，則運用社會學的觀點來分析權力如何影響民眾的價值。

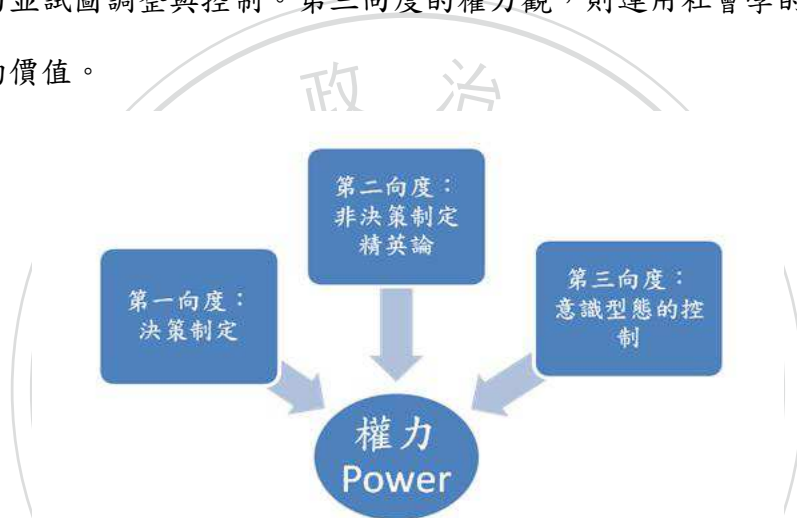


圖 2-2-3 權力的三向度 參考 Lukes(2005)

從這兩種對於權力概念的描述，可以看出權力可以是種工具也可以是種能力，當權力被認定為一種工具時，其主要的目標即是為了獲取某樣東西，透過權力操作來達致意圖；而當權力被認定為一種能力時，其概念則較為廣泛，不只包含硬性的工具性權力，也包含柔性的執行性權力，執行性權力亦指個人可以藉由權力做些什麼，以及個人的權力如何影響他人等。而當我們提到權能的權力概念時，其他學者 (王麗雲、潘慧玲，2000、Staples & Boehm, 2002) 也提到最接近權能的形式應該為權力的共享 (power with)、權力內發 (power from within) 以及權力的運用 (power to)。

(二) 增強權能的定義

從權力觀點的內容可以了解權能的概念大致為增強個體使用權力的能力，對於增強權

能的定義，許多學者提供相似的定義與內涵，這些內涵讓社會工作當中對於增強權能的定義逐漸深厚與完整，Simon（1994）提到，權能的社會工作觀點成為傳統，是經由許多實務工作者、學者在各種取向當中形塑而成。因此對於權能定義的發展也已進行 40 多年。Solomon（1976）為社會工作界第一位提到權能表現的概念，認為這個概念適用於正受到系統、制度歧視的族群，其定義權能維可以去除個體的權能障礙：

增強權能為一個過程，社會工作者與個案投入在個案的系統當中，從事權力影響的活動，以減少社群接受的烙印與負面價值所帶來的缺權感受。這樣的活動需要辨識導致問題發生的權能阻礙為何，以發展妥適的影響策略（Solomon, 1976）。

Solomon（1976）認為負向價值會影響個人權能的發展，並影響個人的生命階段，造成權能阻礙(power blocks)，並將這樣的阻礙分別命名為直接權能阻礙(direct power blocks)與間接權能阻礙(indirect power blocks)，而 Solomon 更將這兩個阻礙分成三個層次，直接權能阻礙的三個層次為，因為烙印與負面價值，使得個人沒有合適的資源協助發展，因此影響之後的生命階段，最後影響物資的取得，例如：沒有良好的醫療資源，使得健康狀況影響教育狀態，因為教育不足而影響薪資取得；另一方面，間接權能阻礙的三個層次分別是，因為烙印與負面價值，使個人無合適的機會獲得發展，進而導致發展受限，最後造成無法妥適表現社會所期待的角色（Solomon, 1976、Gutierrez, Parsons, Cox, 1998、鄭麗珍，2002）。直接權能阻礙的影響大於間接權能的影響，因為直接權能阻礙大多來自個人系統且必須處理權力議題，才有可能獲得解決（Solomon, 1976）。間接權能阻礙則是影響個人往後的發展狀況。

有些學者認為權能是一種心理改變的過程（Simon, 1994; Gutierrez, GlenMaye & DeLois, 1995）。Rappaport（1987）提到，權能代表個人自我控制的心理感受與對真實社會權力的關注。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，並了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。

Rappaport（1995）也提到，權能激發的其中一種方式，就是讓他們「說」，增進人們

去「發現、創造和發聲」，集體的敘說，可以正向支持個人的生命故事，此過程在團體當中是相互影響與發酵，這樣的過程相當重視主體的參與。在官方辭典的定義方面，牛津辭典（1989）的定義當中指出：「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 & 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，而 Conger & Kanungo（1988）甚至直接認為權能就是自我效能，這樣的描述相當重視主體的能力。由 John Pierson & Martin Thomas（2006）所編撰的社會工作辭典當中，提出增強權能的定義：

從微觀的角度來看，權能增強就是讓服務使用者感到更有能力的與助人者一起處理其所面對的問題（Pierson & Thomas, 2006）。

除了以上學者定義權能增強可消除權能阻礙、心理改變過程與重視主體之外，Zimmerman（1995）更提到，權能能夠影響成員許多面向，包含發展知識、促進生活品質、影響相關政策以及促成社會改變。Evans（1992）整理權能發展前期的文獻，認為權能是指人有能力創造改變與影響他人，因能夠影響的面向擴大，其面向不只限於個人；Pierson & Thomas（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。相關的學者也同意權力的表現範疇可運用在多元面向的概念（Rappaport, 1984; Rappaport, 1987; Zimmerman, 1990; Gutierrez, 1990; Zimmerman, 1994; Cowger, 1994; Speer & Hughery, 1995; Gutierrez, GlenMaye & DeLois, 1995; Honold, 1997; Gutierrez, Parsons, Cox, 1998; 趙善如，1999; Gutierrez, Oh & Gillmore, 2000; Clarke, 2001; 宋麗玉，2006、Adams, 2008）不同的主體在所處的環境運用資源與施展機會，扮演環境當中重要的角色，甚至影響所處的環境。因此 Gutiérrez（1990）定義權能為：

一個增加個人、人際與政治權能的過程，個人因而可以產生行動增進自己的生活狀況（Gutiérrez, 1990）。

從以上的定義中發現，自控感為增強權能另外的元素，而自控感在增強權能的表現，

不只是控制自己的生活，還能影響到個體所處的環境當中，對於這樣的狀況，Zimmerman & Rappaport (1988) 定義增強權能為：

連結個人優勢、能力、支持系統和主動行為去影響社會政策和社會改變。這樣的過程是個人獲得掌控或控制他們自己的生活，並能夠民主的參與在他們自己的生活和社區當中 (Zimmerman & Rappaport, 1988)。

除了國外學者提出增強權能的定義之外，國內學者宋麗玉 (2006) 亦對增強權能的概念論述定義為：

個人對自己的能力抱持肯定的態度，自覺能夠控制自己的生活，並且在需要時影響周遭的環境 (宋麗玉, 2006)。

這樣的論述指出增強權能在個人範疇的表現為自尊、自我效能和掌控感，能夠訂定目標，肯定自己的能力並行動，進而達成目標，主要與所處的環境有良好的適配度 (Goodness-of-fit)。而在組織範疇中個人需具備與他人溝通的知識與技巧，與他人互動時可以自我肯定並形成夥伴關係，自覺對他人有影響力並得到他人的尊重，但同時也能考慮別人的需求或自己的責任。社區範疇當中的增強權能內涵為認識自己的權利，並透過集體行動來改變周遭的環境，並維持群體的公義 (宋麗玉, 2006)。

Tengland (2008) 整理文獻提出更為細緻的內涵，其認為當我們定義權能為「控制自己生活的能力」(ability to control one's life) 時，其實是希望服務使用者可以控制自己生活的六大面向，分別是健康、住所、工作、親密關係、休閒和價值。因此，Tengland (2008) 直接認定權能增強，其實希望個案能夠提昇生活品質，也認為順利控制以上六大面向的生活，就能促進品質的提升；只是，要順利去控制以上的六大面向，似乎不是一件容易的事情，但是可以肯定的是，當我們擁有權能，就能表示主體想要用自己想望的方式生活下去。當個人有能力控制的時候，也表示個人有能力去做決定與行動，因此也有機會去影響他人以及創造改變。

綜合以上所述，權能的定義元素包含去除權能阻礙、心理改變、重視主體、具多元面向以及自控感/生活品質等元素，整理文獻發現 Adams (2008) 的定義涵蓋以上的元素，其將增強權能定義成：

個體、團體與社群掌管其境況、行使權力並達成目的之能力，藉此將自己與他人的生命品質提高至最大限度的過程 (Adams, 2008)。

而相似的定義除了表現在社會工作之外，亦出現在公共衛生領域，Wallerstein (1992) 整理相關文獻，其提出對於權能的定義如下：

個人、組織、社區透過參與來面對社會行動的過程，以達致提昇個人、社區的控制力、增進社區的生活品質以及維護社會正義為目標」(Wallerstein, 1992)。

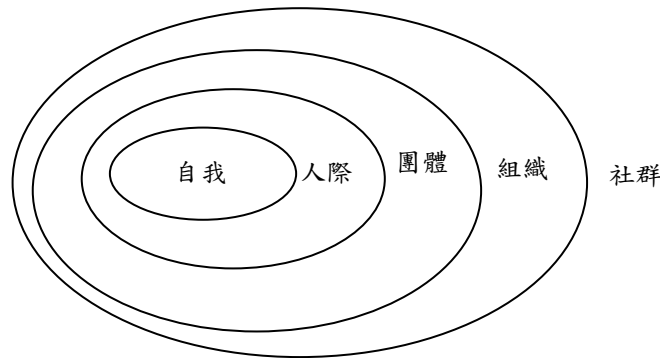
對於增強權能的定義，不同時期有不同的元素內容，但隨著時間累積下來的描述，主要強調服務使用者本身的主體性以及自我效能/自控感，透過改善環境所帶來的無力感成分，以獲得使用權力的能力，最後提昇主體的生活品質。在愛滋感染者所面對的權能增強當中，也以這五個元素為主要的內涵。

二、增強權能的範疇分析

Rappaport (1987) 提到權能不只是個人所建構出來，也存在於組織、政治、社會、經濟和靈性層面，可見增強權能落實在多元的範疇 (Honold, 1997; Adams, 2008)，每一個範疇與範疇之間也會產生交互影響與作用，最早的權能分為個人層次 (level)、人際層次與環境層次；個人層次代表個人感覺有能力去影響或解決問題；人際層次則是個人有能力和他人合作促成問題解決的經驗；環境層次則是環境有促成或阻礙自助合作的制度 (Solomon, 1976; Gutierrez, 1994; 鄭麗珍, 2002)。Adams (2008) 提到權能是一種多元向度的架構，而非單一向度，各個不同範圍、不同向度的權能相互影響與包含。Adams 對於「層次」的文字概念感到有高低階級之比，認為權能是一個「範疇」(domain)，不同範疇的權能能夠移動，且不具權力位階之關係 (圖 2-3-2)。

除了修正文字概念之外，其他的學者則將環境層次修正為社區/社群的層次，因環境與社區概念雖有不同，但是從生態系統觀點來看，最接近個人的環境即是社區，所以在社會心理學領域的學者認為，增強權能的生態模式包含個人、組織與社區三個範疇。

圖 2-2-4 權能的各個範疇（參考自 Adams, 2008）



Zimmerman (1990) 進一步解釋權能的三個範疇，分別是心理、組織與社區。心理權能代表個人的能力、個人控制、生活行動以及對環境的批判思考。組織權能代表增進個人的技術，提供互助的能力，而組織權能也會影響到社區的範疇。社區權能部分，則是個人相互連結，促進集體生活與連結社區組織以維持生活品質。因此增強權能透過從個體、人際以及政治/社區三範疇發展與增加力量，使個體採取行動，改善其生活品質 (Gutiérrez, 1990)。

綜合以上對於範疇的解釋，可以整理出增強權能的三個範疇分別是個人、組織與社區，而這三個範疇分別代表影響他人的權力與範圍；個人權能指的是自己有能力且有效率去完成某件事物；政治權能則是有能力去影響組織或社區中的資源流動，大多從集體行動與他人合作中獲得；組織權能所包含的範圍較為廣泛，函納了組織、團體與人際，主要的能力則是希望成員能有影響其他人的權力，而這樣的權力與社會地位有關係 (Gutiérrez, Oh & Gillmore, 2000)。對於愛滋感染者而言，無力感影響感染身份與不同範疇的角色與權力實踐，也將個人放置在感染風險與低權能當中，人際範疇和其所處的社會環境範疇也都在這樣的風險裡面 (Beeker, Guenther-Grey & Raj, 1998)。以下分別敘述不同範疇的內涵。

(一) 增強權能在個人範疇的內涵

個人範疇的權能是最主要的權能來源，因為個人權能建構出不同的自我、政治權能、理解能力以及控制來源，權能表現因此因人而異 (Zimmerman & Rappaport, 1988)。透過個人權能發展合宜之目標，了解個人缺乏行動的能力與信心，並發展個人的自控感、影響他人的能力、與他人一起工作的能力、改變社會環境的能力，以維護自己的尊嚴與面對社會

處境 (Gutierrez, 1990 ; Baistow, 1995)。

Zimmerman (1995) 提出個人的權能是其他層級的核心，而個人權能包含內在權能、交互作用以及行為三大要素 (表 2-3-1)。該學者運用社會認知理論當中的相互決定論表達個人權能與環境的流動，提到自我與社會交流受到內在個人因素 (認知、情感與生物事件) 與行為、環境三者相互影響與決定。其提出個人的權能包含個人的自控感與自我效能等能力，而這樣的能力也因為跟社會環境的互動而相互影響，因此展現出外在表徵的行為。以愛滋感染者為例，如果一位愛滋感染者對於自我效能與自我疾病認同不足，當社會環境拒絕愛滋感染者的醫療與就業時，主體所表現出來的行動則是感染身分隱晦，這樣的決定因而降低個人所控制的生活傷害，反例的場景亦同。

表 2-2-2 Zimmerman (1995) 的個人層次權能

| | |
|------|---|
| 內在權能 | 個人思考自己的方式，包含自我效能、自控感、動機與知覺能力。 |
| 交互作用 | 個人與社會環境的關係。 用來發展批判性覺察以獲取資源、發展知識以及方法來抵抗壓迫力量，達致社會改變。 |
| 行為 | 意指行動，當個人做決定以及控制個人生活的能力。 |

(二) 增強權能在組織範疇的內涵

組織權能或人際之間的權能，透過分享訊息與權力的方式來運作團體，且個人的權能感受會隨著組織的權能行為，改變並影響主體的行為 (Conger & Kanungo, 1988; Thoman & Velthouse, 1990)。Zimmerman & Rappaport (1988) 提到透過集體行動的方式參與在團體當中，可以得到組織人群的經驗與機會，也可以辨認資源和發展達成目標的策略。因此組織權能，主要將焦點放在成員組成團體，在團體間保持互動並參與團體有關之活動，運用這樣的組織過程，將團體視為一個主體，來達到權能提昇。

Honold (1997) 整理管理領域的文獻發現，1990 年代以前的權能概念，大多運用在參與式管理、全面品質、個人發展、品管圈和策略規劃等。而最簡易的權能運用，則是個人的自我權能增強，領導者的角色則是創造多元選擇性的環境，以此讓環境的多樣性影響員工權能。因此，有學者認為環境會影響組織的權能高低。Gutierrez, GlenMaye & DeLois (1995) 透過質性研究的方法獲得組織脈絡導致成員發展的四點阻礙與三點支持。四點阻

礙分別為：資金（權能激發取向比傳統社會工作方法花更多的金錢）、社會環境（與其他機構的取向不合時會有處愈衝突）、人際（個案與工作者的目標不一致）與個人（個案的身體與精神狀況）。三點支持分別為員工發展（透過提供訓練、獎勵、彈性工時和鼓勵讓員工有發展自我的機會）、合作取向（團隊合作、共享權力與資訊）以及領導（倡權與鼓勵）。

綜合以上所述，增強權能運用在組織當中時，其實也會面臨許多的阻礙，對於組織成員來說，要使組織順利的運作並影響組織以外的其他事物，組織內的整體要先獲得整頓與協調，透過參與在組織規劃當中的策略，也能提昇個人的知識與技巧，在夥伴關係當中，進而帶領組織中的人際權能提昇。

（三）增強權能在社區範疇的內涵

社區權能指的是社會行動的過程，在這樣的行動過程當中，個人運用相關技巧與資源，透過集體行動的方式來改變環境所給予的壓迫，藉由參與的方式，個人與組織在以權能為策略的社區當中相互支持，解決衝突並提升生活品質與控制力（Rappaport, 1984）。以這樣的描述可得知，權能的範疇與影響變得更為寬廣，尤其到社區權能的範疇時，所影響的內容也包含個人、組織等面向。社區權能的提出，也讓 Bandura（1986）提到集體效能的概念，認為個人無法獨立生存在社會之外，需要透過集體行動來達到改變，因此權能是由社會情境當中發展，以增進能力。

Fawcett, Paine-Andrews, Francisco, Schultz, Richter, Lewis, Williams, Harris, Berkley, Fisher & Lopez（1995）針對社區權能的定義為：「人們對於其所共享的鄰里、工作場所，透過經驗共享和關心議題的方式，獲得影響能力的過程」。透過這樣的過程，社區可以獲得四點改變，分別為：提昇經驗和能力、提昇團體組織和能力、排除社會和環境阻礙以及提昇環境支持與資源。

Perkins（1995）在其研究當中提到，許多針對權能增強的研究，大多放在個人層面，但是社區與社會的介入卻也是相當重要的部份，因此他整理出以草根性組織為主的社區機

構，來描述組織與社區之間的權能變化，而這些機構包含社區發展協會、環境權能組織以及社區的犯罪預防。社區發展協會是最常見的社區面向的權能激發，透過公民參與的方向來提昇居民對社區議題的關注。環境權能組織則是提出政府對於環境的行動有時並非促使社群中的人獲得權能激發的機會，而是使他們產生缺權，因此才需要組成與環境相關的組織，這樣的論述與 Rich, Edelstein, Hallman & Wandersman (1995) 相同，讓社區居民感到缺權的原因為政府介入的結果並非社區成員所期待。另一方面，環境權能包含促進社會支持、資源聚集與散播以獲得權力。最後一個社區權能組織為社區的犯罪預防，使用權能激發取向來預防社區犯罪，而介入對象主要以犯罪之虞者為主，而非社區大多數的居民。

社區成員要獲得權能激發，通常透過參與互動的方式，提昇社區領導的能力 (Fawcett et al., 1995; Rich et al., 1995; Baistow, 1995; Beeker, Guenther-Grey & Raj, 1998)，藉由這樣的方式促成社會系統的改變。這樣的方式認為特定的人、團體與環境因素影響社區成員的能力，進一步影響到環境的價值改變和相關事項改變。可以見得社區權能的提升，相當重要的一項因素為參與及決策，以 Rich et al. (1995) 針對環境風險對於社區權能的影響研究為例，發現政府組織出面處理環境危害時，未必能讓當地居民的權能提昇，如果在這樣的情形之下要提昇居民的權能，則是要讓他們有機會進入決策及參與的過程當中才有可能提昇社區權能。Beeker, Guenther-Grey & Raj (1998) 也提到，公共衛生的社區參與元素，主要在參與預防規劃與執行以及聚焦在社區能力建造兩點。透過社區參與可以發展個人在社區當中相關健康的能力，也能夠讓社區創造網絡、資源與機會，並發展社區有效的政治行動能力。

增進社區權能的能力除了參與、決策之外，社區的外部脈絡也是影響社區權能的重點。Beeker, Guenther-Grey & Raj (1998) 提到環境脈絡會影響個人的權能表現，例如文化（如：性別角色）、物質環境（如：服務有無、保險套取得）、結構環境（如：經濟自足的機會）以及政治/立法環境（如：社區服務與兒童照顧的來源）。Fawcett et al. (1995) 也認為環境脈絡是影響社區權能一項很重要的因素，社區應去洞察存在於環境當中的阻礙，並透過提供支持、發掘資源、文化價值融合、政策法律的回應等策略來影響環境。而在社區

脈絡當中權能策略也希望達致意識覺醒，思考問題成因，與獲得領導等技巧。

(四) 範疇之間的交互影響

從以上的論述可以發現，較被討論的權能範疇為個人、組織（人際）與社區，而這些範疇交互影響著（Rappaport, 1987; Zimmerman, 1990; Fawcett et al., 1995; Adams, 2008）（圖 2-3-3）。就如同 Adams（2008）所描述，每一個範疇並非各自獨立，也無層級之分，而是平行、包含且相互影響的狀態。Zimmerman & Rappaport（1988）提到增強權能重視組織與社區層面對個人生活品質的影響，透過這樣的交互作用，個人對於自我權能的理解會有不同的差異。而在人際與社區當中，權能強調權力、資源與決策共享，更強調各方在過程中的權力是對等的。

對於範疇之間的交互作用，Speer & Hughery（1995）提出，在社區的權能當中，可以看到個人、組織與社區的權能流動，他指出權能只能經由組織活動來理解，因為是集體的行動；另外、社會權力建基在人際的優勢上，關係越好的團體親密度高，控制越少，因此權能越高，組織的權力也越高。而在這樣的過程當中，最後的個人權能，則是從行動與反思辯證當中產出與獲得。

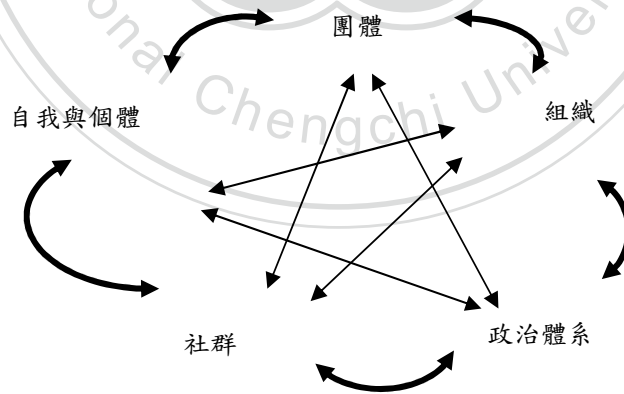


圖 2-2-5 權能範疇之間的連結 參考 Adams（2008）

(五) 小結

從增強權能文獻當中，整理定義當中的元素，發現去除權能阻礙、心理改變、重視主體、具有多元面向以及自控感為現階段增強權能觀點所涵蓋的元素。而這些元素經過許多學者的討論與修正，最終的目的是希冀達到主體的生活品質提昇。另一方面，增強權能觀

點作用的面向，主要落在個人、組織與社區範疇，因為權能是流動的狀態，因此三者範疇會產生交互影響的狀態。

第三節 增強權能的測量與影響因素

本節探討增強權能概念的測量與影響因素，因增強權能的定義在各個領域有不同的描述，在進行測量時，也常運用不同的面向進行，本節在第一部分先探討學者提出的增強權能指標，這些指標元素的定義，也與其後的權能測量有很大的相似性。而在第二部份，分別描述不同的權能測量面向與量表發展，並整理影響服務使用者權能表現的因素。

一、測量權能的指標

測量權能的內涵，定義指標是相當重要的部份 (Maton & Rappaport, 1984)。雖然 Zimmerman (1995) 認為權能是不好量化的概念，因每一個人對於權能的理解不同，也有不同的能力和行動，甚至會隨著時間改變，但相關學者仍舊努力找出測量權能最適合的指標。Zimmerman & Rappaport (1988) 在其發展權能測量的研究當中，列出十一點與權能測量有關的指標，分別為內在政治效能 (internal political efficacy)、外在政治效能 (external political efficacy)、控制 (mastery)、自我效能 (self-efficacy)、理解能力 (perceived competence)、控制慾望 (desire for control)、公民責任 (civil duty)、控制意識 (control ideology)、機會控制 (chance control)、內在控制 (internal control) 和其他權力者 (powerful others)。有此可以看出，權能的指標大約以個人控制、意識覺醒、知識技術與集體而發展，這樣的發展緊扣著研究者如何定義增強權能。

Zimmerman (1995) 在其研究當中，對於心理權能的測量指標，分為更細緻的三種內涵，這三種權能內涵分別為個人、人際與行為，每一個內涵亦包含更細緻的指標，這些指標分別如表 2-4-1 所示。

這些指標與 Zimmerman & Rappaport (1988) 所提出的差異在於，Zimmerman (1995) 將指標更具體的放置在個人、人際與行為三種內涵當中，每一內涵又包含專屬的指標測量，這樣的分類，表示不同範疇需要運用不同的指標進行權能的測量，才能獲得該範疇當中的權能表現。

表 2-3-1 Zimmerman 的心理權能元素

| 個人元素 | | 人際元素 | | 行為元素 |
|---------|--------|----------|----------|--------|
| ● 能理解控制 | ● 自我效能 | ● 批判意識 | ● 了解因果關係 | ● 投入社區 |
| ● 能力 | ● 動機控制 | ● 技能發展 | ● 資源調動 | ● 組織參與 |
| | | ● 生活領域技術 | | ● 因應行為 |

Chamberlin & Aart (1997) 從精神復健中心的自助團體當中，發展增強權能的十五項指標，透過這十五項指標可以得出，當要在自助團體增強團體成員的權能時，要將焦點放在這十五項指標當中，而作者將 Chamberlin & Aart (1997) 所列出的十五項指標依個人、人際與社區三大內涵，重新整理與排列指標為 (表 2-4-2)：

表 2-3-2 Chamberlin & Art 的個人權能元素

| 個人 | | 人際 | 社區 | |
|----------|----------|---------------|--------|------|
| 決策權力 | 具有選擇權 | 資訊與資源的可近性 | 創造改變 | 影響他人 |
| 堅定且有自信 | 具有批判思考 | 學習相關重要的技巧 | 具有參與感 | 現身 |
| 了解人都具有權利 | 持續的成長與改變 | 改變他人對某人的能力和行動 | 提昇正向形象 | 克服烙印 |
| 能表達生氣的情緒 | | | | |

從表 2-4-2 當中可以看出，要測量個人的權能，透過不同的內涵有不同的指標。綜合以上所述，在個人權能方面，主要使以個人具有控制感、能表達自己以及具有批判思考的能力為主，注重個人內在與外在的表達；人際或組織方面，則注重資訊與資源的運用、以及與他人合作/行動的能力；社區方面，則以參與行動、是否影響他人，願意現身以及創造改變為指標。

Boehm & Staples (2004) 針對老人、單親、青少年的服務使用者和行動主義者、社會工作者進行質性研究的訪談，了解不同領域對於權能理解的指標。分別得到控制、自我決定、集體歸屬和社區組織參與，而集體歸屬與社區組織參與，統稱為社區權能。這些指標也正好聚焦在個人、人際/組織與社區當中，Boehm & Staples (2004) 提出的權能指標，雖然沒有 Zimmerman (1995) 和 Chamberlin & Aart (1997) 所發展出來的指標多樣化，但是卻更加證實，要測量個人的權能，除了三大範疇之外，也要有具體的指標以協助權能測量的發展。

二、增強權能的測量與影響因素

透過上一個小節的論述，可以發現指標是達致權能測量的必要途徑，因此本節將整理相關學者所發展出來以測量權能的指標，透過文獻整理的過程中也發現，依據想要測量的權能差異，指標也會根據測量而有差異；當希冀測量個人權能而非集體權能時，對於指標的定義也會影響不同形式的量表發展。因此，相關學者（Zimmerman & Rappaport, 1988; Thomas & Velthouse, 1990; Frans, 1993; Segal、Silverman & Temkin, 1995; Zimmerman, 1995; Spreitzer, 1995; Klakovich, 1995; Rogers、Chamberlin、Ellison、Crean, 1997; Chamberlin & Aart, 1997; Gutierrez, Oh & Gillmore, 2000; Webb、Horne & Pinching, 2001; Marelich & Murphy, 2003; Boehm & Staples, 2004; 宋麗玉, 2006）根據其研究目的與動機，發展符合測量權能的指標以及權能測量量表。

而在影響權能的因素方面，Parsons（1991）提到權能的增強牽涉到以下五點因素，分別為：（一）自我效能；（二）批判性思考；（三）獲取知識和技巧；（四）同儕支持與協助；以及（五）行動。另一方面，Gutierrez（1990）認為權能增強跟四種心理因素有關，分別為：（一）自我效能的增強；（二）集體意識；（三）減少自責；以及（四）個人責任。從以上的資料可以得知，如果要使服務使用者的權能獲得增強，自我效能、充足的知識、同儕支持、減少自責以及確切行動為相當重要的因素，本節整理相關文獻，分別提出增強權能的量表發展與影響因素，以及增強權能的相關測量與影響因素。

（一）增強權能的量表發展與影響因素

本小節以增強權能量表的發展與研究為主要說明，並探討影響個人權能表現的影響因素。以下將分別介紹社會工作領域發展出來的增強權能量表、社工員權能量表、以及管理領域所發展出的心理權能量表與相對應性量表，最後提出愛滋感染者相關權能表現量表（表 2-4-3）。

1、增強權能量表

Rogers、Chamberlin、Ellison、Crean（1997）將增強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。並以這五個指標來發展增強權能量表，這份量表以 271 位精神服務使用者的自助團體成員為樣本發展而成，量表題目共 28 題，內在一致性良好， α 數值為 0.86。

在建構效度方面，個人的權能表現與自助團體的參與時間沒有顯著相關，但是與團體的滿意度有關。檢驗人口學資料時，性別在 T 檢定當中無顯著相關，種族、婚姻、教育程度、精神疾病住院次數、就業穩定性則在變異數分析時無顯著相關，而在檢驗社區參與時就有微弱相關。另外一方面，個人月薪、生活品質、社會支持、自尊則與個人權能表現有關。

使用逐步回歸預測權能表現的因素當中，在人口學資料（年齡、性別、教育程度、種族、初次發病年齡、就業狀態、居住狀態、婚姻狀態、月薪、精神病房總住院次數）裡，只有月薪可以預測權能表現。進一步驗證其他因素時（生活品質、社區行動參與次數、自助方案滿意度、傳統心理衛生服務次數、社會支持），生活品質、傳統心理衛生服務次數、社區行動參與次數和生活滿意度，能夠有效預測個人的權能表現，共可解釋 22% 個人的權能表現變異量。另一方面，社區活動參與次數與權能表現有正相關，工作時數和月薪也是權能表現的預測變項，但是當生活品質、生活滿意度與就業狀態納入分析時，月薪反而失去其預測性，Rogers et al. (1997) 認為月薪可能只是中介變項。

國內學者宋麗玉 (2006) 發展以本土樣本為主的增強權能量表，其參考 Rogers et al. (1997)、Gutiérrez et al. (1998)、Miley et al. (1998) 和 Yip (2004) 的研究，將權能表現分為八項指標，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。本量表以 113 位大學教授、125 位家暴領域社工員以及 120 位女性家暴案主為對象發展而成，34 題的權能量表內在一致性 α 數值達 0.95，每一項指標的內在一致性 α 數值則介於 0.66 至 0.93 之間，整體量表能夠解釋 61% 的變異量。而該樣本可以區辨大學教授、家暴社工以及家暴個案三個群體的權能差異。

影響因素方面，教育程度、學歷、自覺對團體貢獻、參與社團與否、為自己的權益倡

導、為他人權益倡導、年齡、參與活動種類數、角色機會與支持和生活滿意度皆達顯著相關。八個次量表當中，除了人際自我肯定量表之外，性別在其他次量表當中皆達顯著性；而生活滿意度、角色機會和支持、參與活動總次數與八個次量表的相關性最高，使用的福利服次使用種類則沒有顯著相關，此發現與 Walsh & Lord (2004) 的結果相同。而在以案主為樣本的自變項分析中，結果顯是所有自變項可以解釋 31.1% 的權能變異量亦達顯著，而在考慮其他變項之後，只有生活滿意度達顯著。該量表具有外部建構效度，而整體量表與參與團體種類數、角色機會和支持、生活滿意度相關性高。

本量表為第一份本土發展的量表，但是此量表的案主受測族群皆以女性樣本為主，因此仍需持續檢視量表在其他案主群和男性案主的適用性。

2、社工員權能量表

Frans (1993) 發展針對社工員發展 34 題的社工員權能量表，以權能理論為依據，並將指標含括在五個向度當中，分別為：

- (1) 集體認同 (collective identity)：團體成員如何理解脈絡當中的權力與無力感。
- (2) 知識與技術 (Knowledge and skills)：團體經驗的知識與技術。
- (3) 自我概念 (self-concept)：正向的自我價值和自信。
- (4) 批判意識 (critical awareness)：能對所處環境有細緻的見解。
- (5) 行動力 (propensity to act)：對與權力相關的反思行動。

此量表主要運用在社會工作當中，主要希冀透過量表得知社工員如何認知個人與專業權能。量表當中發現，整體內在一致性 α 數值為 0.88，五個次量表之間的內在一致性 α 數值則介於 0.70 至 0.81 之間。研究結果當中發現，520 名受測者當中，批判意識的能力方面得分較低，推測在批判思考訓練與工作期待的影響之下，讓社會工作者無法發揮適當的方式覺察案主權利議題，另外一方面，社工員的工作知識與技能得分則最高，表示能夠善用所學，其更進一步的指出，願意使用新興科技與知識的社工員，權能表現較為高。

本研究雖然也蒐集相關之人口學資料，例如工作年資、性別、教育程度等，但是卻無分析人口學資料是否會影響權能表現。

3、心理權能量表（Psychological Empowerment Scale）

心理權能量表主要由 Spreitzer(1995)所發展,但是其發展緣由則與 Thomas 與 Velthouse (1990) 有關。Thomas 與 Velthouse (1990) 兩位學者整理相關文獻提出增強權能的認知模式,此模式主要建立在 Bandura (1986) 所提出的自我效能論述上,其將增強權能設定為認知的變項,以決定個人內在的動機 (intrinsic motivation),兩位研究者強調增強權能的心理狀態在於一個人如何知覺自身受到權能的增強,因此運用在工作場所則是測量個人對於工作狀態的認知感受 (圖 2-4-1)。

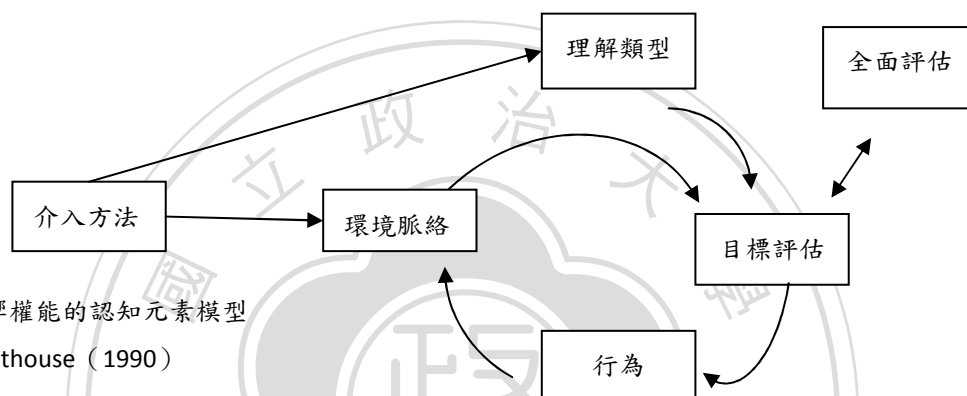


圖 2-3-1 影響權能的認知元素模型
Thomas & Velthouse (1990)

而測量認知的權能模式,首先從介入方法影響環境脈絡的發展,環境脈絡影響目標的評估,且進一步影響個人行為;而目標評估也受到個人的理解類型所影響,並與全面評估交互影響。此模型認為影響認知決策的部分為目標評估與全面評估階段,而影響評估的四個指標會影響個人的動機,指標分別為:

- (1) 影響 (impact): 指個人對工作產生的影響。
- (2) 能力 (competence): 個人執行任務時的技能。
- (3) 意義 (meaningfulness): 指個人評估任務目標的價值與信念的標準是否一致。
- (4) 選擇 (choice): 個人行為源自選擇,指具有機會做決定。

此模式提出在工作場域當中,介入方法、環境脈絡、認知行為會影響個人對於權能表現的認知,而後透過個人內在認知的運轉進一步影響行為模式。但是該模式並非兩位研究者的獨立實證研究,而是整合許多相關文獻所提出的模式概念,因此仍需要更多的驗證。

Spreitzer (1995) 提出權能表現可以調節社會結構和行為的關係,因此強調工作環境

的重要性，這樣的論述其實與 Thomas & Velthouse (1990) 所提出的權能模式相近，認為個人對工作環境的理解，會影響內在的權能表現。Spreitzer (1995) 也提到，影響個人內在權能表的因素分別為：角色明確性、社會政治支持、資訊的可近性、資源的可近性和工作文化；除了以上因素之外，更納入性別、年齡、教育、管理者與部屬對於創新行為、工作效率的評估。

Spreitzer (1995) 沿用 Thomas & Velthouse (1990) 所提出的四點指標進行實證研究，透過驗證這些指標與影響因素發展出心理權能量表 (Psychological Empowerment Scale)，運用七點李克特量表測量，量表具有內部建構效度，良好的內在一致性， α 介於 0.79 至 0.88 之間。研究結果發現，環境脈絡、管理效率與權能表現有關，但是與上級管理者的效率評估無關。權能表現也與角色不明、資訊可近性、文化有關，相關研究亦驗證此說法 (Peterson & Speer, 2000; Marin, 2003)，另一方面，權能與資源可近性、社會經濟支持無關。當將變項納入逐步迴歸分析時，共可以解釋 22% 的變異量，達顯著的變項分別為：教育程度、角色明確性、資訊的可近性、工作文化脈絡。

該研究也提出文化與角色會影響個人在組織當中的創新行為，拓展 Thomas & Velthouse (1990) 的權能表現模式，認為行為主要受到文化與角色不明所影響；另外，也提到個人的效率以及社會經濟支持與資源的可近性與否無關，因此個人是否達到設定的目標其實受到資源與支持的影響較小，而是認知影響權能表現，進而外顯於行為。

4、青少年愛滋預防量表 (Adolescent HIV/AIDS Prevention Scale)

針對愛滋感染者的權能表現測量目前較為少見，Gutiérrez, Oh & Gillmore (2000) 針對女性在面對性行為時，如何堅守安全性行為與愛滋預防為目的，因此發展青少年愛滋預防量表 (Adolescent HIV/AIDS Prevention Scale)，三名研究者針對青少年愛滋防治與權能影響的研究當中，將權能面向分為個人、人際與關係面向：

- (1) 個人面向的指標：個人是否有能力與有效率。
- (2) 人際面向的指標：個人是否有影響他人權力的能力
- (3) 關係面向的指標：是否有穩定的伴侶。

而在本篇研究當中，以 508 位年齡介於 14 至 19 歲的非裔美國和歐裔美國的青少年為對象，這些青少年當中，51% 為男性，49% 為女性；而在問項方面，設定第一次性行為年齡、愛滋知識、愛滋認知風險、自我效能、技術應用以及生活壓力為相關影響因素，比較這些因素與權能表現的相關性。研究結果發現，對於青少年女性而言，自我效能與整體權能、與固定伴侶使用保險套的次數有正相關，而這些變項卻在青少年男性中呈現弱相關；但是青少年男性則相當重視關係的重要性，關係面向以及人際面向的權能相關高於女性。有些研究指出，年齡對於權能增強具有相關性 (Rogers et al., 1997; Gutiérrez, Oh & Gillmore, 2000; Marin, 2003; 宋麗玉, 2006)。但是也有相關研究指出年齡與權能增強無相關性 (Klakovich, 1996; Webb、Horne & Pinching, 2001)。Gutiérrez, Oh & Gillmore (2000) 認為當年齡越大的時候，所獲得的資訊、知識越加的充足，對於關係的穩重程度也越高，因此越有權能去執行與愛滋有關的預防策略。

透過此篇研究，Gutiérrez, Oh & Gillmore (2000) 發展出對愛滋預防的權能量表。但是此量表的內部一致性不高，每一個分量表的 α 係數值介於 0.58 至 0.68 之間。

5、愛滋感染者相關治療權能量表 (Treatment-related Empowerment Scale, TES)

Webb、Horne & Pinching (2001) 針對愛滋感染者在藥物治療的權能表現研究當中，發展愛滋感染者相關治療權能量表 (Treatment-related Empowerment Scale, TES)，該量表是為了測量感染者在治療過程當中的參與決策程度而發展。本研究透過十題量表的設計，將愛滋感染者個人在藥物治療決策當中的權能表現分為四種指標，分別為溝通、治療選擇、決策和滿意度，並且檢測其與治療信念的相關。量表發展獲得良好的內部一致性效度 ($\alpha = 0.85$)，且具有效標關聯效度與區辨效度，能夠辨識意圖性降低服藥順從或非意圖性，且能辨識門診病人與住院病人的服藥狀況。研究發現，當感染者在藥物治療當中的參與越高，則能夠幫助減少感染者的焦慮程度與不適當的藥物使用，並能提高服藥順從性，但是卻無法減輕受測者心中對於藥物治療的觀感；而本量表不受年齡、自覺健康和每日服藥次數所影響，但卻與門診或住院與否有關連，研究顯示門診病人有較低的權能感。另一方面，

在治療權能當中表現高者，則會有過度的藥物使用情形，但是代表服藥順從度高。本研究針對量表發展的一點限制，則是其採取的樣本數過少，只有 43 位。



表 2-3-3 增強權能相關量表整理

| 年代 | 量表名稱 | 作者 | 內在 一致性 | 指標 | 影響因素 | 顯著因素 |
|------|---|--|-----------|--|---|--|
| 1993 | 社工員權能量表 (Social Worker Empowerment Scale) | Frans | 0.88 | 集體認同 知識與技術 自我概念 批判意識 行動力 | 工作年資 性別 教育程度 | 無檢驗顯著因素 |
| 1995 | 心理權能量表 (Psychological Empowerment Scale) | Spreitzer | 0.88 | 影響 能力 意義 自我決定 | 角色明確性 社會政治支持 資訊的可近性 資源的可近性 工作文化脈絡 性別 年齡 教育程度 管理者與部屬對於創新 行為的評估 管理者與部屬對於工作 效率的評估 | 教育程度 角色明確性 資訊的可近性 工作文化脈絡 可解釋 22% 的變異量 |
| 1997 | 權能量表 (Empowerment Scale) | Rogers, Chamberlin, Ellison & Crean | 0.86 | 自我效能/自 尊 權力/無力感 社區主動性 正當憤怒 | 年齡 性別 教育程度 種族 初次發病年齡 | 相關顯著變項： 自助團體參與 社區活動參與 (微顯著) 傳統心理衛生使用 (負相關) 月薪 |

| | | | | | | |
|------|---|--------------------------|-----------|----------------|--|--|
| | | | | 掌控感 | 就業狀態 居住狀態 婚姻狀態 月薪 精神病房總住院次數 生活品質 社區活動參與次數 自助團體參與 自助方案滿意度 傳統心理衛生服務次數 社會支持 | 生產性活動 生活品質（生活滿意度） 社會支持 自尊 自助團體滿意度 逐步迴歸預測權能因素 <ul style="list-style-type: none"> ● 放入所有人口學變項時，只有<u>月薪</u>達顯著，可以解釋 5% 的變異量。 ● 放入其他變項時，<u>生活品質</u>、<u>傳統精神服務使用</u>、<u>生活滿意度</u>，可以解釋 22% 的變異量。 |
| 2000 | 青少年愛滋預防量表 (Adolescent HIV/AIDS Prevention Scale) | Gutiérrez, Oh & Gillmore | 0.58~0.68 | 個人 人際 關係 | 性別 第一次性行為年齡 愛滋知識 愛滋認知風險 自我效能 技術應用 生活壓力 伴侶關係 說明技巧 | 相關顯著變項： <ul style="list-style-type: none"> ● 青少年： 第一次性行為、愛滋知識、自我效能 ● 青少年： 愛滋知識、愛滋認知風險、自我效能、伴侶關係 逐步迴歸預測權能因素 <ul style="list-style-type: none"> ● 青少年： 個人權能當中，<u>自我效能</u>能解釋 16% 的變異量。 人際權能中，<u>伴侶關係</u>可解釋 4% 的變異量。 關係權能當中，<u>自我效能</u>能解釋 7% 的變異量。 ● 青少年： 個人權能當中，<u>愛滋知識</u>、<u>說明技巧</u>、<u>伴侶關係</u>可以解釋 28% 的變異量。 人際權能當中，<u>說明技巧</u>可以解釋 11% 的變異量。 |

| | | | | | | |
|------|--|------------------------|------|---|---|--|
| 2001 | 相關治療權能量表 (Treatment-related Empowerment Scale, TES) | Wedd, Horne & Pinching | 0.85 | 溝通 治療選擇 決策 滿意度 | 年齡 自覺健康 每日服藥次數 住院/門診 藥物信念 服藥順從度 藥物治療信念 | 相關顯著變項： 服藥順從度 (有意圖的) 藥物治療信念 住院/門診 |
| 2006 | 增強權能量表 (Empowerment Scale) | 宋麗玉 | 0.95 | 自我效能/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 | 性別 年齡 教育程度 收入 組織變項 生活滿意度 社區活動參與 權益倡導行動 使用福利服務次數 | 相關顯著變項： 教育程度 自覺對團體貢獻 參與團體與否 為自己權益倡導 為他人權益倡導 年齡 參與活動種類數 角色機會與支持 生活滿意度 性別 (人際自我肯定除外) 同時放入迴歸分析權能之相關因素 大學教師、社工員部分， <u>參與團體種類數</u> 、 <u>角色機會與支持</u> 、 <u>生活滿意度</u> 能解釋 51.2% 的變異量 ● 案主部分， <u>生活滿意度</u> 能解釋 31.1% 的變異量 |

(二) 增強權能的相關測量與影響因素

本小節以相關的權能研究與測量為主要說明，以此探討權能表現的解釋和影響因素。以下將介紹參與、性別及權能表現的相關性、滿意度與權能表現、團體介入影響權能與相關因素、組織脈絡影響權能與相關因素，以及愛滋相關研究與影響權能之相關因素（表 2-4-4）。

1、驗證參與、控制之權能表現與影響因素

Zimmerman & Rappaport(1988)認為參與是很重要的權能測量。Zimmerman & Rappaport(1988)在其研究當中測量參與與心理權能的關係，提出不同團體之間有不一樣的權能感受，透過測量個人權能可以獲得權能程度上的差異，因此兩位研究者提出測量個人權能的三個面向，分別為人格(personality)、認知(cognitive)與動機(motivation)，簡述如下：

- (1) 人格(personality)：代表控制來源與控制信念。
- (2) 認知(cognitive)：代表自我效能與政治效能。
- (3) 動機(motivation)：代表與環境的互動、控制與公民責任。

為了解其他相關影響權能的因素，兩位研究者更加入領導、無力感、孤獨感、社會喜好、附屬感等量表測量。透過整理與函納於量表之後，列出十一點測量權能的指標，分別為內在政治效能(internal political efficacy)、外在政治效能(external political efficacy)、控制(mastery)、自我效能(self-efficacy)、理解能力(perceived competence)、控制慾望(desire for control)、公民責任(civil duty)、控制意識(control ideology)、機會控制(chance control)、內在控制(internal control)和其他權力者(powerful others)。Zimmerman & Rappaport(1988)透過三組實驗的設計來驗證權能，第一組研究位於實驗室當中，第二組則是社區行動的真實情境，以學生過去的參與情形為主要內容。第三組則是針對社區組織當中正在行動的成員為主，並進行三組比較。研究發現，當在實驗室進行驗證時，在變異數分析下，整體問卷達顯著水準($p < 0.01$)，但內在控制感則無。當在社區行動的真實情境時，也與實驗室驗證有同樣的結果。最後一組檢測結果當中發現，自我效能和控制意識在團體當中並無達到顯著結果，而高度參與組織成員者，在內在控制的得分卻最低。這樣的結果表示，假設參與的情境並不會讓個人的控制感浮現，就算回想過去的參與情形亦同，唯一要檢驗個人參與與控制的

相關性，則需要個人正在參與的過程當中才会有結果，而在團體參與的過程當中，也會影響個人的內在控制感。

另一方面，整體研究表示心理權能為個人能力、渴望和行動意願的連結；當參與感提昇，權能也跟著提昇，個人權能感則與孤獨感成反比，而個人權能在參與類型當中，更能區辨個人權能的改變。

2、驗證參與、性別之權能表現與影響因素

除了 Zimmerman & Rappaport (1988) 驗證參與及權能表現與影響因素之外，Itzhaky & York (2000) 也進行參與、性別的權能表現與影響因素之相關研究。從其他學者的研究 (Rogers、Chamberlin、Ellison、Crean, 1997; Itzhaky & York, 2000; Walsh & Lord, 2004) 當中發現，性別與權能並無顯著相關，而在本篇研究當中發現，性別在分析當中雖沒有顯著的差異，但是當參與類型納入分析當中時，性別才會產生差異。

Itzhaky & York (2000) 將參與類型分為組織行動參與、決策參與以及社區代表參與作為自變項，以檢驗個人和社區控制、服務的控制兩種依變項的變化。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。分析結果顯示，性別的差異在於男性與女性對於參與類型的不同而有不同的權能感受。男性在成為領導者或代表者時，會有較高的權能感受，也就是對自身和社區有更多控制時，權能感較高；女性則是在對服務內容有更多的了解、以及參與在決策當中時，會有較高的權能感受，因此女性透過表達自身想法和參與組織當中獲得較高的權能感受。

最後，本研究亦提出文化脈絡的重要性，當性別確實能夠影響參與類型以及權能表現時，這樣的結果也需回歸到傳統和文化脈絡來解釋。當社會脈絡期待男性應該突出與成為領導者的時候，依循社會期待的迫使之下，男性會盡力尋求更多的參與及領導機會，另一方面，當社會期待女性成為輔助者的時候，能成為參與決策者的其中一員，即能提昇其權能感受。

3、社會工作服務使用者滿意度與權能表現

Walsh & Lord (2004) 針對接受醫院服務的個案進行有關服務滿意度與權能表現的研究。兩位研究者使用家庭權能量表測驗個案的家庭、服務系統與社區/政治的權能狀態，在

研究當中除了檢測服務滿意度之外，也檢測性別、社經地位、教育程度、服務接受方式以及與社工接觸次數對權能的影響。

結果發現，個案的服務滿意度以及社工是否介入，並不會影響個案的權能表現。社經地位、性別以及與社工接觸次數與權能也沒有顯著相關。但是如果以案主為研究檢驗對象當中發現，高權能的個案，通常接受社工提供的服務為，諮商、實物協助，這些高權能的個案也有較高的教育程度。而該研究的限制，除了無使用對照組來比較玩全部接受服務的個案之外，檢驗的相關因素亦不多，另一方面，研究者亦提出，家中兒童的疾病嚴重程度、研究過程當中兒童的疾病惡化情形、家人在醫院住居的時間長度以及家長的精神狀況等都是可能影響家中權能表現的因素。

4、團體介入權能表現與影響因素

為了讓個人的權能受到激發，許多增強權能的介入模式以團體的方式進行，權能無法透過贈予的方式獲得，而是需要讓個人在自決當中發現自身自助的力量，這也是自助團體的特質之一（Rappaport, 1985; Simon, 1990）。而自助團體的運作結果所影響的層面不只是個人面向，也包含人際與社區。運用團體的方式進行，促進其對目前處境批判思考的能力，並讓成員進行對話，透過相互激勵的過程，達到權能增強的目標（Chadiha, Adams, Biegel, Auslander, Gutiérrez, 2004; 宋麗玉, 2006）。本小節介紹介紹精神障礙服務使用者的自助團體以及婦女愛滋預防團體的權能表現與影響因素。

（1）團體介入運用於心理衛生服務使用者

Segal、Silverman & Temkin（1995）研究精神障礙服務使用者在接觸自助團體之後的權能表現及相關影響因素，並且追蹤六個月後的權能改變。其運用 Gutiérrez 對於權能的定義，以個人、組織和政治權能為面向作為分析，並提出各面向的指標為：

- A.個人：個人具有能力去控制他們的生活，包含居住、收入和服務提供。
- B.組織：在組織當中運用職權與責任的權力，也包含控制與協調資源。
- C.政治：成員能參與在團體之外的社區活動當中。

為了測量相關的指標概念，三名研究者將自尊、控制感、希望感與自我效能納入測量。

且為了獲得其他關於權能表現的影響因素，納入自助工作參與、志願工作、投入總時數、生活品質量表以及獨立社會功能量表。分析之後發現，各個量表在基礎測量與追蹤測量的內部一致性良好 ($\alpha > 0.83$)，只有社區權能 ($\alpha = 0.73$ 、 0.72) 和自控感 ($\alpha = 0.62$ 、 0.69) 的內部一致性較低。其研究結果發現自助團體影響權能表現的三大重點，第一、權能是複雜的概念，且可以從個人、組織與社區當中獲得。第二、個人權能與生活品質以及獨立生活功能有關，組織與社區權能則與工作投入、正職工作、志願工作有關；第三、自我效能是連結權能的重要因素。本研究發現自我效能為重要的個人資源，而影響權能表現的因素為生活品質、獨立生活功能以及工作投入有關，這些因素對於精神障礙服務使用者來說，提供運作自助團體重要的因素解釋。

(2) 團體介入運用於婦女愛滋預防

面對婦女愛滋議題的成長，婦女愛滋預防也將自助團體納入相關權能表現的研究中，Romero, Wallerstein, Lucero, Grace, Fredine, Keefe, O'Connell (2006) 在其研究當中運用團體介入的方式，提升女性與伴侶溝通的權能表現。Romero et al. (2006) 表示，性別不平等的現象，造成資源和權力的缺乏，使得女性較少討論參與的議題，透過權能激發的策略，女性能夠控制自己的經濟、社會以及性生活資源。該研究運用女性支持團體的方式，讓女性分享自己對於性生活以及愛滋預防的經驗，並透過成員交互對談的方式得到認同，並將主要的測量指標放在個人、集體與社區當中。

本研究整理文獻得出女性權能受到限制的因素，包含性別角色、文化、低社經以及資源少等現象。而能影響女性在愛滋預防團體的因素則為集體效能、社區感受、性事溝通、關係中的權力、自我效能、組織控制和社區控制七大指標，研究結果發現，社區感受、自我效能與集體效能，後側分數皆大於前側分數。而本量表在七大影響因素指標當中，只有集體效能、社區感受和關係中權力的內部一致性達 $\alpha = 0.80$ 以上，其他指標皆低於 $\alpha = 0.80$ 。雖然本研究在結果表示上告知，後測分數高於前側，表示團體介入對於女性在愛滋預防的權能增強上是有效的，因此女性在進入團體之後，對七大指標有更高的分數。但是本研究卻沒有明確的長期追蹤證據顯示，當女性離開團體回到原生家庭之後的行為，是否也因此受到改變，權能表

現是否可以延續至真實情境當中。

5、組織權能表現與影響因素

在組織範疇的權能表現當中，以個人是否能夠達到工作目標為主要部分，除了先前所介紹過 Thomas 與 Velthouse (1990) 的權能表現的認知元素模型、Spreitzer (1995) 的心理權能量表 (Psychological Empowerment Scale) 以及 Klakovich (1995) 的相對應性權能量表 (Reciprocal Empowerment Scale, RES)，此小節將介紹 Peterson & Speer (2000) 探討組織脈絡對於權能表現的影響。

Peterson & Speer (2000) 研究組織風格的特質如何影響員工的權能，整理文獻當中發現，處於領導者的地位，確實會提高該地位者的權能，因為對該地位的信念提昇、自我效能則提昇。本研究設計 84 題的整體量表，量表內容包含組織特質 (領導、機會角色結構、社會支持)、社區組織感受、組織文化，而權能的測量，則是以 Zimmerman 所發展的權能指標為依據來測量心理權能，並以政治效能、理解能力、自控感和控制慾四個指標為主，並且找尋三個不同的受試者團體，分別是選舉委員會、非營利組織及壓力團體成員。

從研究當中發現，組織特質連結心理權能的面向時，可以辨別不同的團體組織，但是，組織特質與期待中的組織權能不一定相關；本研究最主要的目的是要提出環境的特殊性確實對權能發展有影響，但卻得到組織特質無法預測個人權能表現。宋麗玉 (2006) 推測這樣的結果可能與控制慾望的問項內涵有關，因此組織脈絡與個人權能表現的關係仍有釐清的空間。

6、愛滋感染者相關權能表現與影響因素

Marelich & Murphy (2003) 在其研究當中，測量愛滋感染者在治療決策的權能表現程度。兩位研究者提到使愛滋感染者參與在自己的治療當中，對治療後的健康狀況有正面的影響，因社會烙印以及身體健康狀況等因素，比其他慢性病病人來說，更需要被增強權能。其他研究者也提出生理或心理狀況 (Linhorst, Hamiltom, Young & Eckert, 2002) 與社會烙印 (Marin, 2003) 會影響個人的權能表現。

影響愛滋感染者在治療決策當中的權能表現因素為決策參與類型 (醫療專業決策、醫療

專業信任、自我吸收資訊、積極參與決策)、病人反應(資訊型、溝通型、影響型)以及自覺身體狀況。研究發現,當資訊提供的越多,參與決策的機會越高,與醫護人員的溝通則越好。另一方面,當感染者對醫護人員的信任越高,提出溝通治療狀況的機會則較少,相反地,願意自主管理、接受資訊且不相信醫護人員的感染者,從醫護人員接收到的資訊較多,且與醫護人員有較好的溝通。本研究提出當個案願意為自己的健康負起責任時,才有可能進行權能的增強。

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當中招募而來,且皆開始服用抗愛滋病毒藥物、感染年資皆兩年以上,因此研究結果無法得知性別、服用藥物與時間的顯著性,另外一方面,因為樣本皆為非裔美國人,也無法得知種族的差異,最後,該研究只取 50 位感染者為樣本,樣本數過小,也是一項限制。最後,該研究就將權能表現認定為決策參與,也過度狹窄權能的範疇。

7、精障者權能、烙印與社會支持相關研究

烙印影響個人的權能,鍾佳伶(2010)在進行精神障礙服務使用者家屬對於權能感、烙印感的相關研究當中發現,權能感與烙印感呈現負相關,表示權能感受越高,烙印感受則越低,在進一步分析當中發現,當權能感受越高時,越不容易出現退縮與逃避的行為。而在進行個人、人際與政治面向權能與烙印感的分析時,也發現當個人的外在掌控力與社會自我肯定越好時,烙印感則較低。表示當個人對於外在事物的掌控,以及愈能與社會其他人進行正向的互動時,烙印感受較低;另外一方面,非正式支持也與個人權能相關,當非正式支持越強時,個人的權能越高。在進行烙印感與權能感的迴歸分析中發現,權能感能夠解釋 21.9%的變異量,顯示權能感為烙印感良好的預測因子。

在檢視個人變項時與個人權能感的關係時,發現家庭總收入與照顧者教育程度為顯著的變項,表示照顧者的教育程度越高、家庭總收入越多,個人權能感越高,另一方面,年齡雖與權能呈現負相關,但是此變項未達顯著。

表 2-3-4 增強權能的相關測量與影響因素

| 年代 | 量表或研究內容 | 作者 | 範疇 | 指標 | 影響因素 | 顯著因素 |
|------|---------------------------|---------------------------|----|---|--|--|
| 1988 | 驗證參與、控制以及權能表現 | Zimmerman, Rappaport | 個人 | 內在政治效能 外在政治效能 控制 自我效能 理解能力 控制慾望 公民責任 控制意識 機會控制 內在控制 其他權力者 | 性別 年齡 領導 無力感 孤獨感 社會喜好 附屬感 | 相關顯著變項： 自我效能 理解能力 控制慾望 公民責任 內在控制 領導 |
| 1995 | 精神障礙服務使用者參與自助團體的權能表現及影響因素 | Segal, Silverman & Temkin | 團體 | 個人 組織 社區 | 自助工作參與 志願工作 投入總時數 生活品質量表 獨立社會功能 | 相關顯著變項： 生活品質 獨立社會功能 |
| 2000 | 組織權能表現與影響因素 | Peterson & Speer | 組織 | 組織特質 社區組織感受 組織文化 | 領導 機會角色結構 社會支持 社區組織感受 組織文化 政治效能 理解能力 | 相關顯著變項： 政治效能 理解能力 內控感 控制慾望 |

| | | | | | | |
|------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|--|---|
| | | | | | 內控感 控制慾望 | |
| 2000 | 驗證參與、性別之權能 表現與影響因素 | Itzhaky , York | 個人 組織 社區 | 個人和社區控制 對服務的控制 | 參與類型 性別 | <p>逐步迴歸預測權能因素</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 個人和社區控制 <u>參與組織活動</u>、<u>參與社區代表</u>共可解釋 15%的變異量； 當將性別納入分析時，除了前兩項顯著變項之外，<u>組織活動*性別</u>、<u>社區代表*性別</u>四個變項共可以解釋 24%的變異量。 ● 對服務的控制 <u>參與決策</u>、<u>參與社區代表</u>共可解釋 13%的變異量。當將性別納入分析時，除了前兩項顯著變項外，<u>參與決策*性別</u>三個變項共可以解釋 20%的變異量。 |
| 2003 | 影響愛滋感染者治療 決策權能表現因素 | Marelich , Murphy | 個人 | 治療決策 | 決策參與類型、 助人者關係 自覺健康 服藥與否 感染年資 種族 性別 | <p>相關顯著變項： 決策參與類型</p> |
| 2004 | 社會工作服務使用者 滿意度與權能表現 | Walsh , Lord | 家庭 服務系 統 社區 | 政治效能 理解能力 自控感 控制慾 | 性別 社經地位 教育程度 服務接受方式 與社工接觸次數 | <p>相關顯著變項： 教育程度（與家庭權能、滿意度有微量的負相關） 服務接受方式</p> |
| 2006 | 婦女愛滋預防團體的 | Romero, | 團體 | 個人 | 集體效能 | <p>相關顯著變項：</p> |

| | | | | | | |
|------|--------------------------|--|----|----------|--|---|
| | 權能表現與影響因素 | Wallerstein, Lucero, Grace, Fredine, Keefe, O'Connell | | 組織 社區 | 性事溝通 溝通意願 權力 自我效能 組織控制 溝通控制 | 年齡、種族、就業狀態、性事溝通、自我效能、集體效能、社區感、控制感 |
| 2010 | 精神障礙家屬社會支持、權能感與烙印感之相關性探討 | 鍾佳伶 | 個人 | | 年齡 性別 教育程度 家庭總收入 社會支持 烙印感 被照顧者之診斷 被照顧者之性別 | 相關顯著變項： 社會支持（非正式支持）、烙印感、教育程度、家庭每月總收入 逐步迴歸預測權能因素 教育程度（大學、研究所）、 <u>家庭每月總收入</u> （2-4萬）、 <u>非正式社會支持</u> （家屬團體的參與、精障者對家庭的協助） 能夠解釋 25.7%的變異量。 |

(三) 小結

檢視了以上七種量表，每一種量表針對不同的研究對象與研究目的發展而成。本研究主要檢視愛滋感染者的權能表現以及相關因素，因此需要能夠檢視個人、人際與政治權能的量表，因此先以量表發展的研究目的與研究對象來篩選合適之量表。雖然在文獻檢視中，具有兩篇針對愛滋議題而發展的量表，但是其適用性不高。Webb、Horne & Pinching (2001) 所發展的愛滋感染者相關治療權能量表 (Treatment-related Empowerment Scale, TES)，以愛滋感染者在治療決策的參與程度為主要目的，另外一方面，Gutiérrez, Oh & Gillmore (2000) 所發展的青少年愛滋預防量表 (Adolescent HIV/AIDS Prevention Scale) 主要是以青少年對於愛滋預防的個人、人際與關係權能表現為研究目的，雖然接近測量個體的權能，但是主要的研究目的以愛滋預防為主要範疇，施測對象僅限於青少年，且量表的內在一致性亦偏低 (α 介於 0.58 至 0.68)。而在 Spreitzer (1995) 所發展的心理權能量表 (Psychological Empowerment Scale) 方面，內在一致性良好，但以管理領域為量表的主要應用性，Spreitzer (1995) 認為個人對環境的理解方向，會影響個體在工作上的權能表現，因此主要測量個人在工作環境當中的權能感，與本研究希冀單純測量愛滋感染者的權能表現具有差異。最後在 Frans (1993) 所發展的社工員權能量表當中，則因為研究目的為測量社工員對自我工作的權能表現，且主要的施測對象以社工員為主，因此不適用本研究之測量。

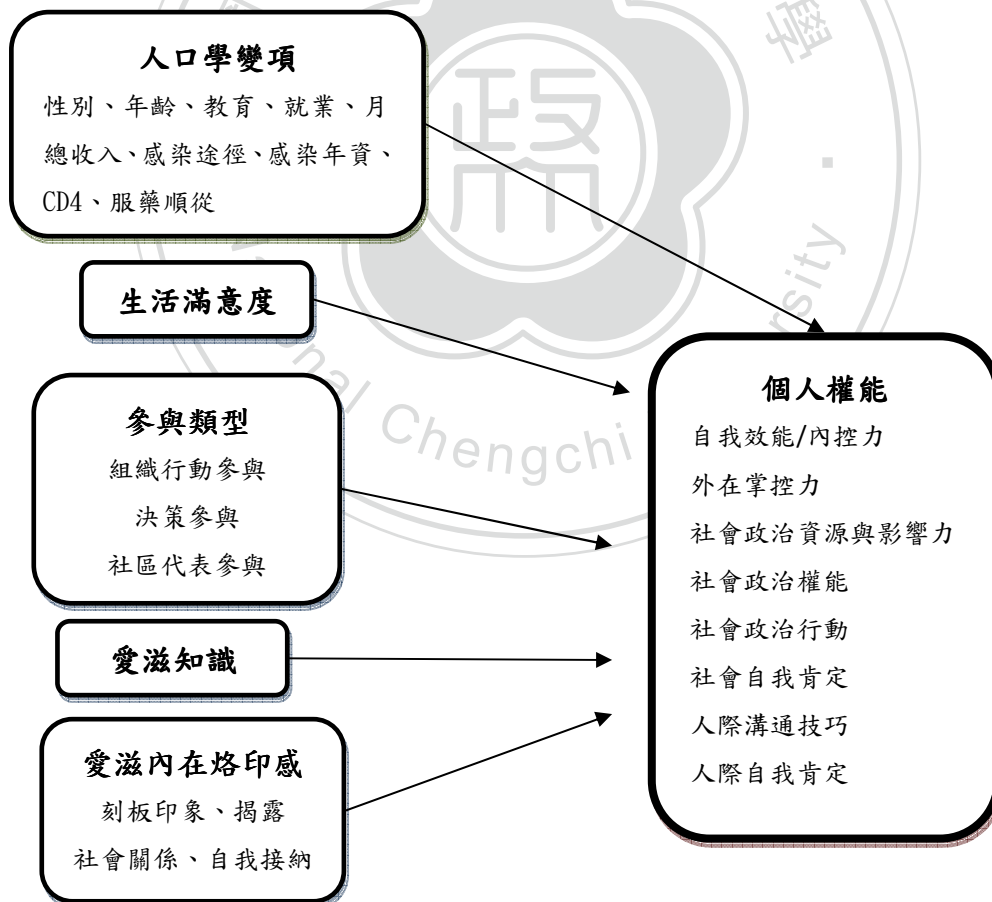
Rogers 和其研究團隊 (1997) 和宋麗玉 (2006) 的權能量表當中，兩者具有良好的內在一致性，且主要測量個體的權能表現程度，較符合研究者希冀參考的量表，而在宋麗玉的量表當中，除了為國內第一個由本土發展的權能量表之外，其所分類出的權能範疇亦符合本研究希冀探究愛滋感染者在個人、人際與政治範疇的權能表現。因此基於研究目的、族群以及量表應用的適當性，本研究將使用宋麗玉 (2006) 所發展的權能量表為主，以測量愛滋感染者在個人、人際與政治範疇的權能表現，該量表將測量指標分為八項，且此量表除了個人範疇之外，更廣泛的涵蓋人際和社會政治範疇為，較 Rogers 等人 (1997) 所發展的量表更能測得個人在三個範疇的權能表現。

因此本研究檢閱相關文獻發現能預測個人權能且具有相關性的因素分別為：教育程度、個人月薪、參與類型、生活滿意度，而針對愛滋感染者個人權能的文獻當中則指出，性別、年齡、愛

滋知識與服藥順從為可能影響權能的因素，另外一方面，與精神服務使用者一樣，具有強烈烙印感的愛滋感染者，權能可能也深受烙印感所影響，因此也將烙印感納入分析；而相關文獻也指出，就業狀況為可能的影響因素，因此也納入分析。另外，也納入愛滋感染者的 CD4 指數，以代表愛滋感染者的健康替代變項，希冀由此看出感染者健康狀況與權能的相關性；另外，納入感染年資變項，也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，雖然目前對於不同感染途徑之愛滋感染者的權能差異文獻較少，但在實務上確實看到兩者在權能表現上略顯不同，因此將其納入分析當中。

綜合以上所述，將以上十三項相關因素納入本研究當中，這些因素可能皆對愛滋感染者的權能造成影響，因此檢測愛滋感染的權能影響因子。經由以上文獻整理與檢閱，本研究之研究架構如圖 2-4-2。

圖 2-3-2 研究架構



第三章 研究方法

本研究主要以測量愛滋感染者在權能表現上的影響因素，並將本章分為六節，針對研究問題、研究樣本、測量工具、研究假設、資料分析方式以及研究倫理進行說明。

第一節 研究問題

- 一、愛滋病感染者擁有哪些範疇的權能？
- 二、影響愛滋病感染者權能表現的相關因素有哪些？
- 三、不同愛滋病感染者團體的權能表現為何？

第二節 研究樣本

本節探討研究樣本之母體、抽樣單位，以及計畫進行之抽樣方法，以了解影響愛滋感染者相關權能表現之因素。

一、樣本概況

(一) 母體界定

本研究以台灣本國籍之愛滋感染者為研究母群體，依據行政院衛生署 2011 年 4 月為止的統計數據顯示，歷年累積的愛滋感染者人口數為 2,0638 人，至 4 月底存活的爱滋感染者人口數為 17,593 人，死亡人數為 3,045 人，因此本研究以現今存活之 17,593 人為抽樣母體。從分析資料中可以得知，愛滋感染者為異質性高之群體，各種次團體的累積個案數、死亡數以及存活人口數整理至表 3-2-1。

表 3-2-1 愛滋感染者分類人口數與比例

| 感染因素 | 累積個案數 | |
|-------------------|--------------|-----------|
| | 男 | 女 |
| 同性間性行為/ 雙性間性行為 | 9,253 45% | 0 0% |
| 異性間性行為 | 3,797 18% | 699 3% |
| 注射藥癮行為 | 5,627 | 850 |

| | | |
|---------|------------|-----------|
| | 27% | 4% |
| 輸血行為 | 65 | 9 |
| | 0.3% | 0.04% |
| 母子垂直感染者 | 15 | 14 |
| | 0.07% | 0.06% |
| 不詳 | 280 | 29 |
| | 1% | 0.1% |
| 累積總人口數 | 19,037 | 1601 |
| | 20,638 | |
| 累積死亡數 | 3,045 | |
| 存活人數 | 17,593 | |

(二) 抽樣單位

本研究之抽樣單位，以台灣本國籍且領有全國醫療服務卡之愛滋感染者個人為主，未領有全國醫療服務卡之愛滋感染者表示尚未進入醫療與追蹤系統，因此暫時不列入抽樣樣本數當中。

二、抽樣方法與抽樣架構

(一) 抽樣方法與架構

愛滋感染人口為隱匿性的人口群，以抽樣名單進行樣本的隨機抽樣實屬不易，因此本研究採取立意抽樣 (purposive sampling) 的方式進行抽樣。研究者目前任職於社團法人台灣露德協會，因此具有與愛滋感染者接觸之便利性，本機構共設有台北與台中兩處辦公室，對於愛滋感染者的服務內容分為：個案工作、團體工作、中途之家、同儕陪伴與監獄訪視等，透過這些服務內容，每一年平均能夠服務 3,000 位愛滋感染者，進入到多重需求與個案管理服務者，則大約有 300 位左右 (露德協會 2010 年年刊)。因此研究者在執行研究之前，先經由機構主管的同意，並遵守個案倫理、隱私以及服務持續的原則之下，請服務使用者協助問卷的填答。除了台灣露德協會之外，本研究之抽樣架構與問卷回收數如表 3-2-2，整體問卷回收率為 89.6%。

表 3-2-2 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 | |
| | 2 | 社團法人關愛之家協會 | 10 | 8 | |
| | 3 | 財團法人愛慈基金會 | 20 | 20 | |
| | 4 | 法務部矯正署新店戒治所 | 5 | 5 | |
| | 5 | 法務部矯正署桃園女子監獄 | 72 | 72 | |
| | 6 | 同志諮詢熱線 | 3 | 3 | |
| | 7 | 社團法人愛滋感染者權益促進會 | 7 | 7 | |
| | 8 | 署立桃園醫院 | 20 | 8 | |
| 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 | |
| | 11 | 中區同志健康文化中心 | 6 | 6 | |
| | 12 | 法務部矯正署台中戒治所 | 6 | 6 | |
| | 13 | 法務部矯正署台中監獄 | 32 | 32 | |
| 南部 | 14 | 南人窩 | 20 | 6 | |
| | 15 | 社團法人愛之希望協會 | 20 | 20 | |
| 東部 | 16 | 宜蘭衛生局 | 6 | 6 | |
| | 17 | 愛滋快樂聯盟 | 30 | 27 | |
| | 18 | 網路發送 | 42 | 42 | |
| 總數 | | | 424 | 380 | 1 |

(二) 樣本估計值

目前愛滋感染者的人口資料部分，依行政院衛生署疾病管制局的統計數據與比例為參考，並將愛滋感染者的感染因素視為主要的分類類別¹⁴，以做妥適的樣本分配，再透過抽樣架構的協助，抽取接近的樣本數；另一方面，配額人口數方面，根據 Salant 和 Dillman 在 1994 年的文章當中提到，母群的大小會影響抽樣的大小，團體內的同質性與異質性也是考量的因素（引自 Monette 等），因此，以目前臺灣感染愛滋病的總人口數 17,593 人為抽樣的母群體，且感染者為一異質性的團體，依 Salant 和 Dillman (1994) 的推論，則需要抽取 370 份以上的問卷樣本，才能達到樣本的代表性（表 3-2-3）。另外一方面，因為輸血行為與母子垂直感染者在問卷回收時份數為零，因此不將此兩種類別納入分析，而其他或不詳者也因為份數過少，會依分析狀況進行排除。

¹⁴將感染者分為同性間性行為、異性間性行為、藥癮注射行為以及其他三大類

表 3-2-3 配額抽樣比例與回收數

| | 累積感染 人數 | 死亡人數 | 比例 | 計畫抽樣 人數 | 實際回收人數 | 實際回收 比例 |
|-----------|------------|--------|-------|------------|--------|------------|
| 同性/雙性間性行為 | 9,253 | 3,045 | 45% | 167 | 178 | 47.0% |
| 異性間性行為 | 4,496 | | 21% | 78 | 11 | 2.9% |
| 藥癮注射行為 | 6,477 | | 31% | 115 | 177 | 46.7% |
| 輸血行為 | 74 | | 0.34% | 1 | 0 | 0 |
| 母子垂直感染 | 29 | | 0.13% | 1 | 0 | 0 |
| 不詳/其他 | 309 | | 1.1% | 4 | 8 | 2.1% |
| 未填答者 | | | | | 5 | 1.3% |
| 總數 | 20,638 | 17,593 | 100% | 370 | 379 | 100% |

(三) 問卷回收過程

為了取得適量的樣本，協助發放問卷的訪員相當重要。研究者以發函與親自拜訪等方式，與抽樣架構當中的負責人或社工聯繫問卷發放等事宜，例如：監所單位以公文發送的方式說明研究動機與目的，並分享期待的研究結果對愛滋感染者的貢獻，期盼能夠邀請相關人員協助。而研究者自身的服務管道也能創造訪員，例如研究者負責宜蘭的監所，與宜蘭衛生局有合作的管道，因此也透過該服務管道說明問卷的貢獻，並邀請成為訪員與問卷回收；而問卷發放的數量，則會先詢問各單位，以該單位可以協助之數目為原則。

而問卷的填答，主要以個人自填的方式進行問卷資料的蒐集，當遇到無法自填的受訪者時，例如教育程度低、識字較少、年齡過高或眼部與手部功能退化等，則會透過訪員進行面對面的詢問，因此，訪員除了需了解了問卷之外，研究者亦會透過電話說明與訪員注意事項（附件一）的方式，也確定資料的協助。本研究因研究者經費考量，提供受訪者 100 元的問卷填答回饋金，以茲感謝。

另外一方面，為了增加樣本的多樣性，亦採取網路管道發放。問卷發放大多透過訪員與社會福利機構、監所等管道取得，為了增加樣本的多樣性，希望可以取得並未與相關機構接觸的樣本群，因此研究者考慮該人口群顧慮的匿名、隱私與曝光等議題，將問卷轉譯成網路用版本，以達填答者的便利性、匿名性與保護曝光等原則。而網路問卷的發放，則是透過滾雪球抽樣的方式進行，先尋求曾接觸該人口群的感染者同儕，並訓練成為訪員，

而後透過訪員告知該群受訪者填答相關事項與詢問受訪者意願之後，再行傳送問卷的網路連結，共獲得 42 份樣本。

第三節 測量工具

本研究以測量影響愛滋感染者權能表現的影響因素為主要目的，因此也延續第二章研究架構，除了測量基本的人口學資料（年齡、性別、居住地區、教育程度、就業狀況、服藥狀況）之外，亦測量可能影響愛滋感染者權能表現的影響因素（感染途徑、感染年資、CD4、病毒量）。

測量工具的部份，主要參考國內外相關文獻所發展之工具量表為主，並整理成封閉結構式之問卷，以增強權能量表為主要依變項量表、其他自變項量表包含生活滿意度量表、愛滋感染者內在烙印感量表、參與類型量表、愛滋基本知識量表等，以上量表皆為具有信效度檢測之量表，研究者以此測量權能表現的相關性，以下分別說明測量工具的選擇、變項概念型與操作型定義以及回收後的內在一致性分析狀況。

一、依變項：權能表現

為了測量愛滋感染者的權能表現，本研究使用第一份經國內學者發展的增強權能量表（宋麗玉，2006），以此來測量愛滋感染者的權能程度。

該量表經過 11 位專家效度的審查，將權能分為個人、人際與社區三個範疇，另外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，以四點總加量表來測量個人在心理、人際與社區當中的權能表現。

該量表進行兩次施測的相關檢定（ $n=59$ ），Pearson correlation 係數為 0.80，顯示具有良好的再測信度；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；整體內在一致性相當高（ $\alpha=0.95$ ），次向度的內在一致性 α 係數則介於 0.66 至 0.89 之間，最後，該量表發展出量表的常模，常模的分類則是以資料當中顯示 1SD 以上者為「高權能」（113 分以上），0-1SD 為「中度到高中」（100-112 分），-1SD-0 為「尚可至中度」（97-99 分），-1SD 以下者為「低權能」（86

分以下)。

本研究在施測之後的內在一致性結果也相當高(表 3-3-1), Cronbach's α 係數值為 0.93, 八個次向度的係數值也介於 0.66 至 0.88 之間, 顯示本量表在愛滋感染者之間, 能夠測出權能表現, 測量出非權能表現的誤差值小。

表 3-3-1 增強權能量表

| 概念型與操作型定義 | 題項 | 宋麗玉(2006) Cronbach's α | 本研究之 Cronbach's α |
|--|---|----------------------------------|-----------------------------|
| <p><u>概念型定義:</u></p> <p>自我效能與內控力: 測量個人自尊和自我效能, 以及樂觀與控制未來的面向。</p> <p>社會政治資源與影響力: 測量社會政治行動時獲取資源能力和自決對環境的影響力。</p> <p>外在掌控力: 認為自己對外在環境與事情的結果能否產生影響。</p> <p>社會政治權能: 個體對於集體的的努力和行動能否改變社會狀況的信念。</p> <p>社會政治行動: 個人實際參與集體行動改善鄰里和社會不公不義的狀況。</p> <p>社會自我肯定: 敢向權威挑戰以維持公平正義。屬於社會面向的自我肯定。</p> <p>人際溝通技巧: 維持良好的溝通、清楚的表達自己, 以及遇到不同意見時能夠溝通和協調。</p> <p>人際自我肯定: 表達不同意見時能夠保持內在平靜, 敢於表達自己的需</p> | <p>自我效能與內控力:</p> <p>(1) 我認為自己是個有能力的人。</p> <p>(2) 我覺得自己是一個有價值的人。</p> <p>(3) 我對於自己所做的決定具有信心。</p> <p>(4) 當我做計畫時, 我有把握事情可以成功。</p> <p>(5) 只要我認為可能的事, 就可以做到。</p> <p>(6) 我能夠決定我生活中大部分的事情。</p> <p>(7) 一旦設定目標, 我會努力去達成。</p> <p>(8) 我能樂觀地面對挫折。</p> | 0.89 | 0.87 |
| | <p>社會政治資源與影響力</p> <p>(9) 如果要爭取自身的權益時, 我知道可以找哪些人幫忙。</p> <p>(10) 如果需要向社會或政府表達自己的聲音時, 我可以找到管道。</p> <p>(11) 我可以說服別人接受我的建議。</p> <p>(12) 別人會重視我說的話。</p> <p>(13) 我覺得自己可以改變所處的環境。</p> | 0.80 | 0.79 |
| | <p>外在掌控力</p> <p>(14) 我對生活感到無力。</p> <p>(15) 我自覺無法和有權力的人對抗。</p> <p>(16) 我通常感到孤獨。</p> <p>(17) 我認為運氣不好造成我生命中的不幸。</p> <p>(18) 我覺得別人忽視我的存在。</p> <p>(19) 社會的現實狀況不是市井小民可以改變的。</p> | 0.77 | 0.79 |
| | <p>社會政治權能</p> <p>(20) 人們一起努力, 可以改變社會的環境。</p> <p>(21) 人們如果團結起來, 可以產生更大的社會力量。</p> <p>(22) 採取行動就有可能解決社會問題。</p> | 0.83 | 0.78 |

| | | | |
|---|---|------|------|
| 求。不涉及政治與權威。 <u>操作型定義</u> ： 34 題問項以四點總加量表測量，分別為非常同意、同意、不同意、非常不同意。最高分為 136 分，分數越高表示權能感越高。 | 社會政治行動 (23) 我願意參加集體行動來改善鄰里的問題。 (24) 我願意參加集體行動來改善社會的問題。 (25) 我願意位社會上不公不義的事情挺身而出。 | 0.88 | 0.88 |
| | 社會自我肯定 (26) 只要是對的事情，我敢向權威挑戰。 (27) 當人們遭遇不公平的社會對待時，我敢表達不滿的聲音。 (28) 我趕在公開場合表達與別人不同的意見。 | 0.72 | 0.83 |
| | 人際溝通技巧 (29) 我知道如何和別人維持良好的溝通。 (30) 我能夠清楚地向別人表達自己的想法。 (31) 與別人有不同的意見時，我能夠溝通和協調。 | 0.84 | 0.81 |
| | 人際自我肯定 (32) 當與別人意見不一致時，我可以保持心情的平靜。 (33) 我有勇氣面對困難。 (34) 當我需要別人幫助時，我會向別人提出來。 | 0.66 | 0.66 |
| 整體達 | | 0.95 | 0.93 |

二、自變項

(一) 生活滿意度

1、信效度檢驗

文獻回顧當中 (Rogers et al. 1997; 宋麗玉, 2006), 生活滿意度能夠解釋個人權能的變異量, 且能解釋 22~31% 的變異量, 可見生活滿意度對於個人權能的影響。Diener 與其同僚 (1985) 提到生活滿意度主要是以填答者個人的主體和感受來回應目前對於生活狀況的看法, 是一主觀的認知評估。Diener 與其同僚 (1985) 所發展的生活滿意度量表 (Satisfaction With Life Scale, SWLS), 即是希望測量人們對於組成滿意生活的元素為何, 其發展出五個題項, 並以七點李克特量表的方式測量, 量表發展時, 測量三個不同的族群, 分別為兩組大學生、以及一組老人為測量對象, 結果發現該量表能測量出各族群之間不同的生活滿意度, 具有跨年齡之效度, 該量表的再側信度為 0.82, 內在一致性 α 係數為 0.87。Wu & Yao (2006) 以此量表檢驗台灣大學生的生活滿意度, 除了獲得台灣大學生的生活

滿意度分數之外，也發現性別在這些題項當中沒有差異（表 3-3-2）。而本研究當中的內在一致性 α 係數亦為 0.87。

2、概念型定義、操作型定義與量表題項

表 3-3-2 生活滿意度題項

| 概念型與操作型定義 | 題項 | Diener (1985) Cronbach's α | 本研究 Cronbach's α |
|---|---|--------------------------------------|----------------------------|
| <p><u>概念型定義</u>：</p> <p>個人的主體和感受來回應目前對於生活狀況的看法，是一主觀的認知評估</p> <p><u>操作型定義</u>：</p> <p>以五個題項詢問個人對問項的滿意程度，以七點總加量表來計算，分別為非常同意、同意、稍微同意、無意見、稍微不同意、不同意、非常不同意。計算分數最高分為 35 分，最低分為 5 分。19 分以下代表不滿意，20 分代表滿意程度中立，21 分以上代表滿意。</p> | <p>(1) 我的生活在許多方面都接近理想的狀態。</p> <p>(2) 我的生活狀態相當好。</p> <p>(3) 我對我的生活感到滿意。</p> <p>(4) 到目前為止的人生當中，我已經得到最想要的事物了。</p> <p>(5) 如果生命可以重來，我不想改變任何部分。</p> | 0.87 | 0.87 |

(二) 愛滋感染者內在烙印感

目前國內甚少有人使用量表的方式測量愛滋感染者的內在烙印，而是以質性研究的方式探究感染者感受到的烙印狀態（莊葦，劉仲冬，1997），而國外則有許多愛滋社會烙印量表的發展。

1、信效度檢驗

文獻當中以 Sayles 和其同僚（2008）所發展的愛滋內在烙印量表（Internalized HIV Stigma）較為佳，其先以焦點團體的方式發展內在烙印量表的內涵，分別為刻板印象、揭露、社會關係與自我接納，表示具有良好之內容效度，並發展成 28 個題項，而在建構效度方面則與羞恥感有正相關，並與社會支持、心理衛生狀態與生理健康呈現負相關；該量表以五點總加量表測量，整體的內在一致性 α 係數值為 0.93，四個向度的內在一致性 α 係數值則介於 0.66 至 0.93 之間，更重要的是該量表突破過往以男性為受測對象的限制，將兩性意見納入量表制定的過程（表 3-3-3）。而在本研究當中，進行內在一致性 α 係數值檢定

時，有一個次向度需要修正。尚未修正前 28 題的內在一致性 α 係數值為 0.93，四個向度的內在一致性 α 係數值則介於 0.35 至 0.92 之間，尤其在次向度自我接納部分，只有 0.35；進行項目整體統計量的檢視時，題目 26 與 27 的修正項目總相關低於 0.3，因此將這兩題從整體量表分析中刪除，刪題後的 Cronbach's α 值方面，自我接納量表維持 0.35，整體量表則從 0.93 提昇至 0.94，因此本研究將以保留 26 題進行愛滋感染者內在烙印與權能表現的分析。

2、概念型定義、操作型定義與量表題項

表 3-3-3 愛滋內在烙印量表

| 概念型與操作型定義 | 題項 | Sayles Cronbach's α | 本研究 Cronbach's α | 刪題後的 Cronbach's α |
|---|--|----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 概念型定義： 刻板印象 ：面對與愛滋相關的責備與評論 揭露 ：愛滋感染身份揭露的內在感受 社會關係 ：愛滋身份影響人際互動 自我接納 ：測量愛滋感染者對於自身感染的感受，以及人際間的感受。 <u>操作型定義</u> ：將 28 題題項以五點總加量表的方式測量，分別為從未如此、稍微如此、有時候 | 刻板印象 (1) 愛滋病跟癌症不一樣，因為會受到社會大眾評論。 (2) 社會大眾會認為我犯了什麼錯才得到愛滋病。 (3) 社會看不起得愛滋的人。 (4) 社會大眾認為我得到愛滋是因為我活該。 (5) 社會大眾會因為我得愛滋而責備我。 (6) 社會大眾會因為我得愛滋而認為我性生活複雜。 (7) 社會大眾認為我得愛滋所以不能有小孩。 (8) 社會大眾不希望讓愛滋感染者領養小孩。 (9) 社會大眾認為我是壞人，所以才得愛滋。 (10) 醫護人員認為愛滋感染者的性生活複雜。 (11) 人們會因為感染愛滋而失去他們的工作。 (12) 社會大眾認為愛滋感染者無法當一個好父母。 | 0.91 | 0.92 | 0.92 |
| | 揭露 (13) 我在乎回診的時候是否有認識的人看到我。 (14) 我在乎使用抗愛滋病毒藥物而引發外觀改變時，他人就會知道我感染愛滋了。 (15) 我在乎當我前往愛滋相關機構的時候是否有認識的人看到我。 (16) 我在乎我的回診單被看到的時候，人們就知道我是感染者。 (17) 我在乎當我發病的時候，認識的人就知道我是感染者。 | 0.85 | 0.91 | 0.91 |

| | | | | |
|--|---|------|------|------|
| 如此、大部分如此、全部如此。 最高分為 140 分，分數越高表示個人對於自身感染愛滋的內在烙印程度高。 | 社會關係 (18) 護士和醫生接觸愛滋感染者都擔心自己會被感染。 (19) 護士和醫生不喜歡照顧愛滋感染病患。 (20) 我因為感染愛滋而遭家屬遺棄。 (21) 社會大眾對待我較不人道，只因為我感染愛滋。 (22) 社會大眾閃躲我因為我有愛滋。 (23) 我要好的朋友會擔心受到我的感染。 (24) 我覺得自己因為感染愛滋而被排除在外。 | 0.89 | 0.84 | 0.84 |
| | 自我接納 (25) 當我告訴別人我有愛滋時，我感到丟臉。 (26) 我能夠平常心的告訴我所認識的人我是愛滋感染者。 ^{1*} (27) 我的家人能夠平常心討論我是感染者。 ^{1*} (28) 對於感染者來說，不告訴同事自己感染愛滋是一件很重要的事情。 ¹ 為反向題 [*] 刪除之題項 | 0.66 | 0.35 | 0.35 |
| 整體達 | | 0.93 | 0.93 | 0.94 |

(三) 參與類型

參與類型的不同會影響個人的權能表現 (Segal, 1995; Itzhaky & York, 2000; Marelich & Murphy, 2003; 宋麗玉, 2006)。因此本量表以 Itzhaky & York (2000) 的研究自行設計，將參與類型分為組織行動參與、決策參與以及社區代表參與。

1、信效度檢驗

本量表次量表的內部一致性 α 係數介於 0.85 至 0.89 之間。因此研究者參考問項設計並且詢問感染者最近一年之內對於愛滋感染社群以及與愛滋相關議題的參與方式與程度，以五點量表評量個人的參與情況(表 3-3-4)。本研究當中的 α 係數值則介於 0.88 至 0.93 之間，顯示有良好的內部一致性信度。

2、概念型定義、操作型定義與量表題項

表 3-3-4 參與類型量表

| 概念型與操作型定義 | 題項 | Itzhaky & York (2000) Cronbach's α | 本研究 Cronbach's α |
|-----------|----|--|----------------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|--|------|------|
| <p><u>概念型定義</u>：</p> <p>組織行動參與：參與在相關組織當中的時間、參與的會議與行動、參與討論的範圍</p> <p>決策參與：在所屬組織當中的角色。</p> <p>社區代表參與：個人以社區代表的身份領導社區或發言</p> <p><u>操作型定義</u>：</p> <p>組織行動參與以五點總加量表的方式測量，分別為總是、經常、有時、稍微、從未。社區代表參與也以五點總加量表的方式測量，分別為非常同意、同意、沒意見、不同意、非常不同意。</p> <p>決策參與則以六種可能的角色為詢問目的，越投入之角色，分數越高。最高分為41分，分數越高表示投入在參與活動中的程度越高。</p> | <p>綜合參與</p> <p>1、過去一年內，我參加過與愛滋相關的活動。</p> <p>2、過去一年內，我曾經為愛滋社群行動過。</p> <p>(是非題)</p> | -- | 0.80 |
| | <p>組織行動參與</p> <p>3、過去一年內，我參與在愛滋相關的組織時間為？</p> <p>4、過去一年內，我參與愛滋相關的會議與行動為？</p> <p>5、過去一年內，我主動參與在愛滋相關討論的程度為？</p> <p>(5=經常；1=從未)</p> | 0.89 | 0.93 |
| | <p>決策參與</p> <p>6、我在所屬的愛滋組織當中的角色為何？</p> <p>(1) 完全沒有參與。</p> <p>(2) 消極角色。</p> <p>(3) 資訊接收的角色。</p> <p>(4) 我執行許多上級給我的任務。</p> <p>(5) 我偶而參與在規劃、決策和執行當中。</p> <p>(6) 我完全參與在規劃、決策和執行當中。</p> | -- | -- |
| | <p>社區代表參與</p> <p>7、我在參與愛滋組織的活動當中感到有影響力。</p> <p>8、我在所屬的愛滋組織當中感到重要且有影響力。</p> <p>9、我能從其他感染者那邊接受到他們的需求和要求，進而提供協助。</p> <p>10、我覺得自己是愛滋社群當中的代表。</p> <p>(5=非常同意；1=非常不同意)</p> | 0.85 | 0.88 |

(四) 愛滋基本知識

個人的權能表現與知識或資訊的豐富性有關 (Parsons, 1991; Evans, 1992; Spreitzer, 1995; Wedd, Horne & Pinching, 2001; Marelich & Murphy, 2003; Apinundecha, et al., 2007; Uys et al., 2009)，因此愛滋感染者對於愛滋病的知識理解程度，也可能影響其權能的表現，該因素主要測量感染者對於愛滋的知識豐富性。

1、信效度檢驗

目前坊間對於愛滋知識的量表不一，雖然有許多量表可以選擇，但是大多缺乏信度與

效度的檢驗，目前具有信度與效度檢驗的愛滋知識量表為史麗珠、羅于惠、黃翠咪、陳佳伶、黃惠鈞、林雪蓉（2010）針對本土民眾所建構之量表，該量表具有專家效度，並且可以區辨高中生、警方查獲之藥癮者、接受美沙冬之藥癮者以及公衛人員之間對於愛滋知識的程度。內在一致性 α 數值，在不同族群之間介於0.65至0.82，顯示具有良好之內在一致性；而在針對第二次量表回收的過程當中，也顯示具有良好的再測信度。

本問卷原為16題題項，但因發展者認為題項過多，在增加鑑別力、難度降低等原則之下，將範疇集中於愛滋傳播途徑、愛滋早期症狀、愛滋篩檢與法令以及愛滋感染力，共六題為最後之建構版本。本研究使用公開版本的好處為題目精簡，但其內在一致性係數值則因題數刪減而降低，而本研究的Cronbach's α 值為0.58（表3-3-5）。

在計算愛滋知識量表時，以答對者得一分，答錯者不給分的計分方式，因此分數範圍從一分至六分。後續分析則以受訪者答對情形來描述與分析。

2、概念型定義、操作型定義與量表題項

表 3-3-5 愛滋知識測量題項

| 概念型與操作型定義 | 題項 | 本 研 究 Cronbach's α |
|--|---|---------------------------------|
| <p><u>概念型定義</u>： 愛滋病感染者對於愛滋知識的理解程度</p> <p><u>操作型定義</u>： 量表選項採四選一之選擇題，並有「不知道」的選項。得分越高，表示其愛滋知識程度越高</p> | <p>(1) 下列何者不會傳播愛滋？ a.血液 b.精液 c.唾液* d.陰道分泌物 e.不知道</p> <p>(2) 下列何者為預防感染愛滋的正確方法？ a.不與他人共用針頭針筒、稀釋液與洗滌水* b.服用增強抵抗力的藥物 c.與不熟識的人不戴保險套發生性行為 d.陰莖插入前再戴上保險套，只接觸外陰部尚不必戴 e.不知道</p> <p>(3) 下列關於愛滋感染的相關敘述何者不正確？ a.愛滋的早期症狀為不明原因的體重減輕，免疫力降低 b.尚無有效預防感染愛滋的疫苗，也無藥物根治 c.可以透過捐血時，知道自己是否有感染愛滋* d.蓄意傳播愛滋病毒可處有期徒刑 e.不知道</p> <p>(4) 感染愛滋後，血液檢查無法立即測出抗體，但仍可傳染給他人，稱作「空窗期」，這種狀況通常經歷多少時間？</p> | 0.58 |

| | | |
|--|---|--|
| | a.5-7 天 b.2-3 週 c.1-3 月* d.1-2 年 e.不知道 (5) 感染愛滋後，有一段時間是沒有症狀出現，稱為「潛伏期」，最長可達多久時間？ a.1-3 週 b.2-6 月 c.1-2 年 d.5-10 年* e.不知道 (6) 愛滋病毒可在使用過針具(含殘餘血液)最長可存活多久？ a.數分鐘* b.數小時 c.數週 d.數月 e.不知道 | |
|--|---|--|

三、人口學變項

參考文獻 (Zimmerman & Rappaport, 1988; Rogers, et, al. 1997; Itzhaky & York, 2000; Marelich & Murphy, 2003; Marín, 2003; 宋麗玉, 2006) 當中所提及之人口學資料，將可能影響愛滋感染者權能表現的變項羅列如下，包含年齡、教育程度、就業狀況、每月總收入等，另外一部分，指涉與愛滋病有關之個人人口學資料，依據文獻 (Gutiérrez, Oh & Gillmore, 2000; Wedd, Horne & Pinching, 2001; Marelich & Murphy, 2003) 當中所描述之變項資料包含；感染途徑、感染年資、服藥與否、服藥順從度等八項內涵。該部分將至於問卷最後一部分 (表 3-3-6)。研究者另外詢問填答者之服刑狀況，以區分目前填答者所處之場所為制度化之監所或較為自主之社區環境。而在服藥順從度問項當中，則是參考 Wedd, Horne & Pinching (2001) 所設計之兩題服藥順從問項。另外，也納入愛滋感染者的 CD4，以代表愛滋感染者的健康替代變項，希冀由此看出感染者健康狀況與權能的相關性。

表 3-3-6 人口學題項

| 變項 | 題項 | 變項類型 |
|-----------|--|------|
| 1、年齡 | 直接詢問年齡 | 連續 |
| 2、性別 | (1) 男性 (2) 女性 | 類別 |
| 3、教育程度 | (1) 國中及以下 (2) 高中與高職 (3) 大學與大專 (4) 研究所以上 | 類別 |
| 4、就業狀況 | (1) 從未就業 (2) 待業中 (3) 兼職 (4) 全職 (5) 已退休 | 類別 |
| 5、個人每月總收入 | 直接詢問個人每月總收入 | 連續 |
| 6、感染途徑 | (1) 同性間性行為 (2) 異性間性行為 (3) 靜脈注射 | 類別 |
| 7、感染年資 | 直接詢問感染年資 | 連續 |
| 9、CD4 | 直接詢問最近一次生化功能檢查之 CD4 數值 | 連續 |
| 10、病毒量 | 直接詢問最近一次生化功能檢查之病毒量數值 | 連續 |

| | | |
|----------|---|----|
| 11、服藥與否 | (1) 是 (續答第 10 題) (2) 否 (跳答第 10 題) | 類別 |
| 12、服藥順從度 | (10-1) 意圖性的服藥不順從： 有些人表示他們有時候會少服用一些藥物，你常發生這種狀況嗎？ 1=常常、2=通常、3 普通、4=不常、5=從不 (10-2) 非意圖性的服藥不順從： 有些人表示他們會忘記服用藥物，你常發生這種狀況嗎？ 1=常常、2=通常、3 普通、4=不常、5=從不 | 連續 |

第四節 研究假設

(一) 愛滋感染者個人因素不同，會有不一樣的權能表現

- 1、不同年齡之愛滋感染者，在權能表現上有顯著差異。
- 2、教育程度越高之愛滋感染者，其權能表現較高。
- 3、穩定就業之愛滋感染者，其權能表現較高。
- 4、不同感染途徑之愛滋感染者，其權能變項有差異。
- 5、感染年資越長之愛滋感染者，其權能表現較高。
- 6、愛滋病毒所影響之免疫功能與權能具有相關性。
- 7、穩定服用抗愛滋病毒藥物之愛滋感染者，其權能表現較高。

(二) 生活滿意度較高之愛滋感染者者，其權能表現較高。

(三) 愛滋感染者內在烙印感越高者，其權能表現越低。

(四) 愛滋感染者的疾病知識越正確者，其權能表現則越高。

(五) 愛滋感染者在參與類型的不同，會有不一樣的權能表現。

第五節 資料分析方法

本研究主要使用下列之分析方法，並使用 SPSS 統計套裝軟體分析。

一、描述性統計 (Descriptive statistics analysis)

使用描述統計了解所有填答者的次數分配、百分比、平均數等樣本結構，並透過這些資料進行適當之描述，本研究運用次數分配探究受測者在各個人口學變項的之分布情形。

二、推論統計

(一) T 檢定 (T-test) 與單因子變異數分析 (One Way ANOVA)

檢視控制變項對增強權能的顯著差異。兩組別的選項以獨立樣本 T 檢定進行分析，組別為三組以上者，則以單因子變異數分析檢定。

(二) 皮爾森積差相關分析 (Pearson Correlation Analysis)

皮爾森積差相關分析用來檢驗連續變項的相關係數，主要以此了解生活滿意度、愛滋內在烙印、參與類型、愛滋知識與增強權能量表的相關程度。另外也可檢驗人口學變項當中的連續變項，如年齡、感染年資、CD4、病毒量與增強權能的相關程度。

(三) 同時放入迴歸分析 (simultaneous multiple regression)

在多變項分析當中，本研究運用迴歸分析檢驗研究架設，計畫運用全部放入的分析方式，看不同變項對權能表現的變異量情形。

第六節 研究倫理

一、知後同意 (Informed Consent)

進行問卷發放的時候，會將研究目的與所需時間告知受侍者，所謂的同意必須建立在受試者完全知情的狀態之下 (簡春安、鄒平儀，2004)。因此本研究也依循此原則進行，在所進行問卷填寫之時，先行附上研究同意書，讓受試者了解本研究之目的、內容，尤其強調隱私保密與相關權益的部份，以確認受試者的填答不會影響其生活與治療，甚至曝光等議題。

二、受試者匿名 (Anonymity)

本研究對於問卷以密名原則的方式處理，對於問卷當中任何得以辨識受侍者身分之資料皆加以省略，以避免受侍者的真實身分曝光。

三、資料保密 (Confidentiality)

資料保密是用來保障受試者的隱私，本研究在論文完成之後，所有相關的問卷資料與可能辨識出受試者身分的資料皆全部予以銷燬，以避免資料的曝光及不當利用。

第四章 研究發現

本章依據問卷回收所得之資料，針對研究目的與研究問題進行資料的描述、分析與討論，因此，本章第一節先行探討愛滋感染者的資料進行描述，除了基本資料以外，也描述權能感資料與影響因素的資料；第二節以雙變項分析為主，一一獨立比較影響愛滋感染者權能的相關影響因素；最後，進行權能感的多元迴歸分析，呈現多變項分析的結果。

第一節 愛滋感染者資料描述

一、愛滋感染者基本資料描述

(一) 基本資料描述

本研究經由研究者和訪員發放出去的問卷共有 424 份，共回收 380 份，扣掉廢卷 1 份，可用來進行分析的份數共有 379 份，基本資料相關數據可參閱表 4-1-2。

在受訪者的性別資料描述方面，男性佔了最多數，共有 286 位，約佔四分之三左右 (75.5%)，女性則共有 90 位 (23.7%)¹⁵；社區當中的女性感染者 (n=18) 比男性感染者 (n=244) 更不易找尋，因此在資料蒐集方面實為困難，相較於社區當中的感染者，監所當中的感染者則因為集中管理，而有發放與回收問卷之便利性。

而在受訪者年齡資料方面，年紀最輕的感染者為 15 歲，最年長的感染者為 71 歲，受訪者平均年齡為 37.2 (S=9.65)，年齡的變異程度較大，而年齡分佈為正偏態分配，偏態係數為 0.65，峰度係數為 -0.26。在年齡分布方面，目前以 31-40 歲的感染者最多，共佔 39.8% (n=148)，再者為 41-50 歲的感染者次之，共佔 25.8% (n=96)，第三為 21-30 歲的感染者，共佔了 24.2% (n=90)。從這樣的數據當中可以發現，目前的感染人口年齡分布，以青壯年的勞動人口居多，20 歲到 50 歲之間的感染者即佔了九成 (89.8%)。

在受訪者教育程度方面，國中及以下、高中與高職、以及大學以上的學歷，所佔之比例接近，約各佔了三分之一。

而在就業狀況的部份，正在監所服刑者共佔 30.5% (n=115)，而在社區當中的感染者

¹⁵依據疾病管制局截至 2011 年 10 月底為止的統計數據顯示，目前國內已經領有全國醫療卡之愛滋感染者性別比例為 23:2 (16783:1357)，這樣的比例與聯合國愛滋病組織所調查的數據 (1:1) 其實有相當大的落差。另外一方面，本研究為了求得性別在分析當中的資料，女性感染者的問卷回收數，並未依照比例抽取。

則有 262 位，佔了 69.5%，因此扣除正在監所的愛滋感染者之後，社區當中有一半的愛滋感染者（51.2%，n=134）具有兼職或全職的工作；從未就業或正在待業中者則次之，佔了 45.0%（n=118），已經退休者，則佔了 3.8%（n=10）。因此，在就業的部份當中，仍舊有相當多的受訪者正在找尋合適的工作。另一方面，監所雖然是隔離社區的獨立空間，但是監獄多半會為收容人找尋簡易的手工製作，因此，回收的監所樣本當中，除了新店與台中戒治所以戒治為目的收容之外，台中監獄以及桃園女子監獄之愛滋收容人仍舊有手工勞動的機會（n=104），佔監所感染者 90.4%，而整體樣本則佔 27.4%。

在個人每月總收入方面，總體受訪者平均薪資為 13,379 元（ $S=19,693$ ），整體偏態為正偏態且高狹峰（偏態係數為 1.93，峰度係數為 4.68），而在社區當中的受訪者，平均每月總收入則有 19,240 元，扣掉目前待業中或無就業過的受訪者，每月總收入更提高至 26,490。監所部分的受訪者，則因為有工廠手工製作的機會，每個月平均收入仍有 230 元。在每月個人薪資分布方面，比照行政院主計處截至十月底針對個人平均月總收入的實質統計數據 11,014 元的資料顯示，總體受訪者當中，有六成二的人（n=231）每月總收入不到該項金額，社區受訪者當中，則有 45.5% 的人（n=116）每月總薪資未達 11,014。

在感染途徑方面，佔最多數者為同性間性行為感染者以及靜脈藥癮注射感染者，前者佔 47.7%（n=178），後者則佔 47.2%（n=176），而異性間感染者只有 11 位，佔 2.9%，另外，不知道自己如何感染者，則有 8 位，佔 2.1%。

受訪者感染年資方面，平均感染年資為 5.69 年（ $SD=3.52$ ），感染最久的受訪者已經達 20 年，最短的僅剛確診一個月，年資分佈特性方面為正偏的高狹峰（偏態係數=1.26、峰度係數=2.67），可以看出受訪者感染年資的分配較為集中，而後隨著年資的增加，受訪者人數因而遞減。而在感染年資分配方面，感染年資在五年以下者最多，共佔整體人數的 51.2%，再者為 6 至 10 年，共佔整體人數 41.2%，感染 10 年以上者，則佔 7.5%。從感染年資的資料可以看見，感染年資相當年輕化，大多集中在未滿五年者，與受訪者年齡做交叉分析時（見表 4-1-1），也發現感染五年以下的受訪者年齡層集中在 30 歲以下為最多，共佔整體人數的五分之一。這樣的數據與疾病管制局的數據顯示近年來新興感染族群的年齡層

相符合。

表 4-1-1 感染年資與年齡交叉表

| 年齡 \ 感染年資 | 感染年資 | | | 總和 |
|-----------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | 1-5 年 | 6 至 10 年 | 10 年以上 | |
| 11-20 歲 | 6 1.6% | 0 0% | 0 0% | 6 1.6% |
| 21-30 歲 | 69 18.8% | 19 5.2% | 0 0% | 88 24.0% |
| 31-40 歲 | 59 16.1% | 79 21.5% | 9 2.5% | 147 40.1% |
| 41-50 歲 | 40 10.9% | 45 12.3% | 10 2.7% | 95 25.9% |
| 51-60 歲 | 11 3.0% | 6 1.6% | 6 1.6% | 23 6.3% |
| 61-70 歲 | 2 0.5% | 3 0.8% | 2 0.5% | 7 1.9% |
| 71-80 歲 | 1 0.3% | 0 0% | 0 0% | 1 0.3% |
| 總和 | 188 51.2% | 152 41.4% | 27 7.4% | 367 100% |

受訪者的生化功能檢查指數，愛滋感染者接受生化功能檢查指數，最主要是要了解愛滋病毒病毒的數量以及感染者個人的免疫功能球數 (CD4)，免疫功能球數會受到愛滋病病毒數量的影響而降低；病毒數量過高，也會影響愛滋病的傳染力。因此在整體受訪者當中，CD4 平均為 444.7¹⁶ 細胞數/ μL (SD=200.18)，從標準差當中可以看出受訪者的 CD4 離散情形很大，最大值可以到 1250 細胞數/ μL ，最小值則只有 20 細胞數/ μL 。CD4 的分布接近正偏態並呈現高狹峰 (偏態係數為 0.68、峰度係數為 1.31)。以醫學臨床的服藥標準 350 細胞數/ μL 來看受訪者 CD4 指數，目前進入服藥需求者佔 34.8% (n=121)，而高於醫學臨床的服藥標準者，則佔 65.2% (n=227)，這個區塊的受訪者可能已經開始服藥，因此 CD4 恢復到這個數值，或者尚未有服用藥物的需求，身體健康狀況良好。

¹⁶ 未感染者的 CD4 指數為 800-1200 細胞數/ μL

表 4-1-2 愛滋感染者基本資料

| 變項 | 類別 | 人數 (%) |
|---------------------|-------------|-------------|
| (一) 年齡 (n=372) | | |
| 平均=37.4 | 11-20 歲 | 7 (1.9) |
| 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) |
| | 61-70 歲 | 7 (1.9) |
| | 71-80 歲 | 1 (0.3) |
| (二) 性別 (n=376) | | |
| | 男 | 286 (76.1) |
| | 女 | 90 (23.9) |
| (三) 教育程度 (n=372) | | |
| | 國中及以下 | 131 (35.2) |
| | 高中與高職 | 117 (31.5) |
| | 大學與大專 | 99 (26.6) |
| | 研究所以上 | 25 (6.7) |
| (四) 就業狀況 (n=377) | | |
| | 社區 | 262 (69.5) |
| | 從未就業 | 15 (4.0) |
| | 待業中 | 103 (27.3) |
| | 兼職 | 23 (6.1) |
| | 全職 | 111 (29.4) |
| | 已退休 | 10 (2.7) |
| | 服刑中 | 115 (30.5%) |
| (五) 每月個人總收入 (n=373) | | |
| 平均=133,379 | 20,000 以下 | 263 (70.5) |
| SD=19,693 | 20001~40000 | 87 (23.3) |
| | 40,001 以上 | 23 (6.2) |
| (六) 感染途徑 (n=374) | | |
| | 同性間 | 178 (47.6) |
| | 異性間 | 11 (2.9) |
| | 靜脈注射藥癮 | 177 (47.3) |
| | 其他 | 8 (2.1) |
| (七) 感染年資 (n=371) | | |
| 平均=5.69 | 0-5 年 | 190 (51.2) |
| SD=3.52 | 6 至 10 年 | 153 (41.2) |

| | | |
|-----------------|--------|------------|
| | 11 年以上 | 28 (7.5) |
| (八) CD4 (n=348) | | |
| 平均=444.74 | 小於 350 | 121 (34.8) |
| SD=200.18 | 大於 351 | 227 (65.2) |

最後為受訪者的服藥順從度，服藥順從度的問項參考 Wedd, Horne & Pinching (2001) 所設計之三題服藥順從問項。本研究發現，有 63.2% (n=237) 的受訪者已經開始服用抗愛滋病毒藥物，因此與免疫功能球數的資料進行交差比對 (見表 4-1-3)，可以發現大部分的受訪者符合臨床醫學的服藥標準，但是仍有 10.2% (n=36) 的受訪者已經到達服藥的標準卻尚未服藥治療。而已經服藥者且 CD4 高於 351 者共有 40.3% (n=142)。

表 4-1-3 CD4 與服藥狀況交叉表

| | CD4350 以下 | CD4 高於 351 | 總和 |
|------|--------------|--------------|---------------|
| 已經服藥 | 90 25.6% | 142 40.3% | 232 65.9% |
| 尚未服藥 | 36 10.2% | 84 23.9% | 120 34.1% |
| 總和 | 126 35.8% | 226 64.2% | 352 100.0% |

在意圖性服藥不順從與非意圖性服藥不順從的部份，只有 10.7% 的受訪者表示經常或總是會故意不順從服藥，另有 8.9% 的受訪者表示經常或總是會忘記服藥，這樣的資料顯示出，受訪者的服藥順從狀況良好 (見表 4-1-4)。因此在整體服藥狀況方面，從表 4-1-5 可以看出愛滋感染者整體服藥順從度良好 (Mean=4.07, SD=0.94)，因為是反向題計分，因此分數越高表示順從度越好。

表 4-1-4 愛滋感染者服藥狀況填答次數與百分比

| | 意圖服藥不順從 | | 非意圖服藥不順從 | |
|-------|---------|------|----------|------|
| | 次數 | 百分比 | 次數 | 百分比 |
| 總是 | 7 | 3.0 | 5 | 2.1 |
| 經常 | 18 | 7.7 | 16 | 6.8 |
| 普通 | 28 | 11.9 | 36 | 15.3 |
| 不常 | 64 | 27.2 | 94 | 39.8 |
| 從未 | 118 | 50.2 | 85 | 36.0 |
| total | 235 | 100 | 236 | 100 |

表 4-1-5 愛滋感染者服藥順從之平均數與標準差

| | 平均數 | 標準差 |
|-----------|------|------|
| 意圖服藥不順從* | 4.14 | 1.09 |
| 非意圖服藥不順從* | 4.01 | 0.99 |
| total | 4.07 | 0.94 |

*反向題計分

(二) 小結

該部分主要呈現愛滋感染者的人口特質與分布的狀況，從中可以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（共佔 90%），教育程度方面，國中及以下、高中與高職以及大學以上各佔三分之一，就業狀況方面，除了監所當中的收容人無法就業之外（n=115），社區當中的受訪者有半數以上具有兼職或全職的工作。正因如此，整體的每月個人總收入平均只有 13,379 元，如只描述社區當中的受訪者，平均薪資則超過最低工資，達 19,240，但仍有將近一半的人未達行政院主計處截至十月底的每月個人收入 11,014 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毒癮者居多，受訪者的感染年資方面，平均年資為 5.69 年，隨著感染年資的增加，受訪者的人數也跟著降低，另外一方面，感染五年以下者大多分布在 21-40 歲之間，共佔 68.3%。生化功能指數方面，六成受訪者的免疫功能球數高於醫學臨床的服藥標準，病毒量方面，將近一半的受訪者病毒量為測不到，表示治療效果良好。整體愛滋感染者的服藥順從度良好，有七成左右的受訪者，能遵醫囑進行服藥；已經接受藥物治療的受訪者，有四成左右能經由藥物提昇免疫

系統數值到 351 以上，但是仍有 10% 的受訪者雖然已達服藥標準卻尚未服藥，而可能影響其健康狀況。

二、愛滋感染者權能資料描述

(一) 權能表現描述

權能表現的測量將權能分成三個面向與八個指標（宋麗玉，2006），三個面向與指標分別為：個人面向、人際面向以及社會政治面向；八個指標分別為：個人面向的自我效能與內控力、外在掌控力；人際面向的人際溝通技巧與人際自我肯定；最後是社會政治面向的社會政治資源與影響力、社會政治權能、社會政治行動與社會自我肯定。因此本小節將檢視各面向與指標的平均數，了解愛滋感染者的權能表現情形。

在整體受訪者的權能表現方面，量表的可能分數為 34 分到 136 分，而樣本分數的範圍則是 59 至 130 分，整體受訪者的權能表現接近常態分配（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），整體量表平均為 2.85（SD=0.36），這樣的權能表現位於常模中度權能的部份，表示仍舊有激發權能的空間。而權能的分佈方面（見表 4-1-6），依據宋麗玉（2006）所發展之權能常模可以發現，尚可至中度佔最大的比例，而後是中度到高，低權能者第三，高權能者最少。

表 4-1-6 愛滋感染者權能表現常模次數與百分比

| 權能常模 | 次數 | 百分比 |
|---------------|-----|------|
| 低權能（86 分以下） | 63 | 17.0 |
| 尚可至中度（87-99） | 160 | 43.1 |
| 中度到高（100-112） | 105 | 28.3 |
| 高權能（113 以上） | 43 | 11.6 |
| 總數 | 371 | 100 |

另一方面，次量表的平均分數皆高（見表 4-1-7），介於 2.46 至 3.19 之間，次量表相互比較發現，最高者為「社會政治權能」，次之為「自我效能與內控力」、第三為「社會政治行動」，從以上排序可以得知，受訪的感染者具有社會政治的能力，希望透過集體的

和行動，來改變社會現況與社會信念，讓環境更適合愛滋感染者生存；不僅能夠樂觀與控制自己的未來，也願意參與社會或鄰里上許多不公不義的事情，願意透過行動展現出自己的權能表現。

愛滋感染者較低的權能表現則為「外在掌控力」、次之為「社會政治資源與影響力」、第三為「人際自我肯定」，從以上的排序可以看出：受訪者認為自己對於外在環境與事情的結果無法產生影響，因此認為環境是很難倚靠自己的力量而改變，在進行社會行動的時候，欠缺足夠的社會資源，因此在表達自己的需求時，仍舊有些顧慮。

三個權能向度方面，愛滋感染者社會政治層面的權能最高（Mean=2.92，SD=0.36），次之為人際層面的權能（Mean=2.90，SD=0.45），最低的部份為個人層面權能（Mean=2.77，SD=0.40）。

表 4-1-7 愛滋感染者權能平均與標準差

| | 平均數 | 標準差 |
|-----------------|-------------|------|
| 個人層面 | | |
| 自我效能與內控力（32分） | 3.00 | 0.45 |
| 外在掌控力（24分） | 2.46 | 0.54 |
| 個人層面總分 | 2.77 | 0.40 |
| 人際層面 | | |
| 人際溝通技巧（12分） | 2.94 | 0.51 |
| 人際自我肯定（12分） | 2.86 | 0.49 |
| 人際層面總分 | 2.90 | 0.45 |
| 社會政治層面 | | |
| 社會政治與資源影響力（20分） | 2.75 | 0.50 |
| 社會政治權能（12分） | 3.19 | 0.52 |
| 社會政治行動（12分） | 2.94 | 0.58 |
| 社會自我肯定（12分） | 2.90 | 0.57 |
| 社會政治層面總分 | 2.92 | 0.41 |
| 總分 | 2.85 | 0.36 |

N=371 (listwise)

（二）小結

本研究所搜集到之受訪者來源眾多，不論是接觸社會福利機構的個案、監所收容人或是社區當中具有職業的感染者，讓受訪者多樣化，權能表現也有不一樣的分配，因此也與

當初預期感染者會有較低的權能表現有差異。整體權能平均呈現尚可至中度的權能表現，這樣的權能表現不低，但仍有可以激發權能的空間。從資料當中可以得知愛滋感染者的社會政治權能相當高，但是仍需要團體促成「社群意識」、提供「發聲管道」和「社會資源」，感染者的社會行動才會付諸實現。

三、愛滋感染者生活滿意度資料描述

(一) 生活滿意度描述

從生活滿意度的分析資料 (N=378) 當中可以發現 (見表 4-1-8)，五題七點量表當中，愛滋感染者整體的生活滿意度分數範圍從 5 分到 35 分，平均生活滿意度值為 3.89 分 (SD=1.44)，整體分配呈現常態分配 (偏態係數=0.01)，且為低闊峰 (峰度係數=-0.82)。

表 4-1-8 愛滋感染者生活滿意度

| | 平均數 | 標準差 |
|---------------------------|---------|------|
| 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 |
| N=378 (listwise) | 總分 3.89 | 1.44 |

從生活滿意度題項回答的百分比當中可以發現 (見表 4-1-9)，53%的受訪者同意目前生活在許多方面都接近理想的狀態。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，但是也有 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。

表 4-1-9 愛滋感染者生活滿意度填答百分比

| | | 非常同意 | 同意 | 稍微同意 | 無意見 | 稍微不同意 | 不同意 | 非常不同意 |
|---------------------|-----|------|------------|-------------|------|-------|------|-------|
| 1、我的生活在許多方面都接近理想的狀態 | 人數 | 11 | 69 | 119 | 59 | 40 | 57 | 20 |
| | 百分比 | 2.9 | 18.4 | 31.7 | 15.7 | 10.7 | 15.2 | 5.3 |
| 2、我的生活狀態相當好 | 人數 | 20 | 100 | 87 | 50 | 44 | 54 | 20 |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-------------|------|------|------|-------------|-------------|
| | 百分比 | 5.3 | 26.7 | 23.2 | 13.3 | 11.7 | 14.4 | 5.3 |
| 3、我對我的生活感到滿意 | 人數 | 20 | 94 | 84 | 49 | 41 | 61 | 26 |
| | 百分比 | 5.3 | 25.1 | 22.4 | 13.1 | 10.9 | 16.3 | 6.9 |
| 4、到目前為止的人生當中，我已經得到最想要的事物了 | 人數 | 19 | 66 | 63 | 38 | 49 | 102 | 38 |
| | 百分比 | 5.1 | 17.6 | 16.8 | 10.1 | 13.1 | 27.2 | 10.1 |
| 5、如果生命可以重來，我不想改變任何部分 | 人數 | 25 | 51 | 27 | 28 | 35 | 81 | 128 |
| | 百分比 | 6.7 | 13.6 | 7.2 | 7.5 | 9.3 | 21.6 | 34.1 |

由文獻 (Diener et al., 1985) 當中的常模可以得知 (見表 4-1-10)，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。因此從受訪者的資料當中顯示，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，愛滋感染者對於自己的生活滿意狀況介於稍微不滿意至中立的狀態。

表 4-1-10 愛滋感染者生活滿意度常模次數與百分比

| | 次數 | 百分比 |
|---------------|-----|------|
| 非常滿意 (31-35) | 17 | 4.5 |
| 滿意 (26-30) | 64 | 16.9 |
| 稍微滿意 (21-25) | 87 | 23.0 |
| 中立 (20) | 17 | 4.5 |
| 稍微不滿意 (15-19) | 90 | 23.8 |
| 不滿意 (10-14) | 65 | 17.2 |
| 非常不滿意 (5-9) | 38 | 10.1 |
| | 378 | 100 |

(二) 小結

愛滋感染者對於生活滿意度的平均狀態雖介於不滿意至中立的狀態，但是仍舊有半數的人對於現在的生活感到滿意，整體分布接近常態分配。在各題項的填答百分比分配當中也可看出，受訪者接受自己現在的狀態，但不滿意過去的狀態，因為覺得仍然有些事情想要改變或獲得。

四、愛滋感染者內在愛滋烙印資料描述

(一) 愛滋內在烙印描述

從愛滋感染者內在烙印的資料 (N=372) 當中得知 (見表 4-1-11)，整體分配接近常態分配 (偏態係數=-0.34，峰度係數=-0.22)。五點量表當中整體平均分數為 3.19，四個次量表的平均分數介於 2.67 至 3.82 之間，表示受訪者對於愛滋內在烙印分布在中間偏高的部份。

在次量表的描述當中，愛滋感染者對於愛滋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仍然較高；再者為自我接納的部份，表示愛滋感染者對於自身感染的感受以及人際間的感受仍偏向負向。第三為揭露的部份，當感染者揭露自己的感染身份時，內在的感受有時候仍為負向。而社會關係次量表的分數最低，表示愛滋烙印在醫護人員、家屬和朋友關係當中，相較之下影響較低。

表 4-1-11 愛滋感染者內在烙印平均數與標準差

| | 平均數 | 標準差 |
|-----------|-------------|-------------|
| 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 |
| 總分 | 3.19 | 0.81 |

N=372 (listwise)

*已剔除掉相關係數不高之題數 26、27

本研究也依據愛滋內在烙印量表的發展者 Sayles 和其同僚 (2008) 所進行的計算方式，將每一題問項轉化至總分 100 分的方式以便於觀察與比較 (見表 4-1-12)，可以發現 Sayles 的兩篇研究當中所呈現的愛滋內在烙印分數皆低於本研究的分數，這樣的結果可能也顯示出，目前國內的愛滋感染者所遭受的愛滋內在烙印大於 Sayles 和其同僚所發展的美國洛杉磯地區。

表 4-1-12 轉化成 100 分之分數與其他研究之比較

| | Sayles et al. (2008) | | Sayles et al (2009) | | 本研究結果 | |
|----------------|----------------------|----|---------------------|----|-------|----|
| | Mean | SD | Mean | SD | Mean | SD |
| 刻板印象 | 12 | 21 | 48 | 21 | 70 | 17 |
| 揭露 | 5 | 27 | 32 | 27 | 62 | 24 |
| 社會關係 | 7 | 24 | 29 | 24 | 53 | 19 |
| 自我接納 | 4 | 25 | 54 | 25 | 65 | 22 |
| overall | 28 | 19 | 41 | 19 | 64 | 16 |

五、愛滋感染者參與類型資料描述

(一) 參與類型描述

在受訪者的參與類型當中，分成整體參與、組織行動參與、決策參與以及社區代表參與，參與與權能表現相似，但是仍舊是不一樣的概念，權能表現是個人內在的能力，參與則是實質的行動。因此透過測量愛滋感染者的參與類型，可以了解權能的實際結果。

在整體參與當中，詢問受訪者過去一年內的參與情形，因為具有社區與監所兩種來源的受訪者，因此考量監所受訪者的行動限制，分別描述兩種來源的參與情形(見表 4-1-13)。社區的受訪者方面，將近 62.3% (n=162) 的受訪者參與過愛滋相關的活動或為愛滋社群行動過，但是仍有 37.7% 的受訪者表明從未參與過與愛滋相關的活動。監所方面的受訪者，有八成的人 (n=95) 近一年來從未參與過與愛滋相關的活動，只有 16% (n=19) 的監所受訪者表示過去一年曾經有機會參與過。

表 4-1-13 愛滋感染者過去一年內整體參與愛滋活動及行動之次數與百分比

| | 社區 | | 監所 | |
|------------------------|-----|------|-----|------|
| | 次數 | 百分比 | 次數 | 百分比 |
| 從未參與 | 98 | 37.7 | 95 | 83.3 |
| 參加過與愛滋相關的活動或曾經為愛滋社群行動過 | 57 | 21.9 | 11 | 9.6 |
| 不僅參與愛滋相關的活動且為愛滋社群行動過 | 105 | 40.4 | 8 | 7.0 |
| total | 260 | 100 | 114 | 100 |

組織行動參與方面(表 4-1-14)，在社區當中的受訪者當中，過去一年內整體組織行動

參與偏低 (Mean=2.47, SD=1.21), 並且接近常態分配 (偏態係數=0.26), 表示受訪者甚少參與與愛滋相關的會議與行動, 平均數只有 2.31 (SD=1.29), 再者, 就算參與在愛滋相關的討論, 平均數亦只有 2.47 (SD=1.29), 表示發言的頻率也不高。參與在愛滋相關組織的時間也不高, 只有 2.63 (SD=1.34)。另外一方面, 監所受訪者的組織行動參與分數低於社區的受訪者, 平均只有 1.41 (SD=0.80), 分布為正偏態 (偏態係數為 2.29), 表示監所受訪者幾乎沒有參與相關愛滋組織的活動。

表 4-1-14 愛滋感染者過去一年內組織行動參與之平均數與標準差

| | 社區 (n=260) | | 監所 (n=114) | | |
|--------------------------|---------------|------|---------------|------|------|
| | Mean | SD | Mean | SD | |
| 過去一年內, 我參與在愛滋相關組織的時間為? | 2.63 | 1.34 | 1.39 | 0.88 | |
| 過去一年內, 我參與愛滋相關的會議與行動為? | 2.31 | 1.29 | 1.34 | 0.80 | |
| 過去一年內, 我主動參與在愛滋相關討論的程度為? | 2.47 | 1.29 | 1.52 | 0.91 | |
| N=374 (listwise) | total | 2.47 | 1.21 | 1.41 | 0.80 |

決策參與主要是想了解受訪者在所屬組織當中所扮演的角色, 因此列出六種可能的角色由受訪者填答 (見表 4-1-15)。社區當中, 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, 有機會透過愛滋相關組織而獲得參與、規劃且執行者, 約佔 24.7% (n=64)。另外一方面, 監所的受訪者過去一年來參與在愛滋相關組織的比例則較少, 約佔 1.8% (n=2), 有 28.8% (n=32) 的受訪者是資訊接受的角色, 最後將近七成 (n=76) 的受訪者則是完全沒有參與任何組織。

表 4-1-15 愛滋感染者過去一年內決策參與之平均數與標準差

| | 社區 | | 監所 | |
|-------------|----|------|----|------|
| | 次數 | 百分比 | 次數 | 百分比 |
| 完全沒有參與 | 76 | 29.3 | 76 | 68.5 |
| 消極角色 | 33 | 12.7 | 1 | 0.9 |
| 資訊接受的角色 | 86 | 33.2 | 32 | 28.8 |
| 執行許多上級給我的任務 | 17 | 6.6 | 0 | 0 |

| | | | | |
|----------------|-----|------|-----|-----|
| 偶而參與在規劃決策和執行當中 | 41 | 15.8 | 2 | 1.8 |
| 完全參與在規劃決策和執行當中 | 6 | 2.3 | 0 | 0 |
| total | 260 | 100 | 111 | 100 |

社區代表參與亦指個人願不願意代表團體或社群發言，在社區當中的資料顯示（見表 4-1-16），受訪者不認為自己在愛滋組織相關活動當中感到有影響力（Mean=2.71，SD=1.16），也不覺得自己是愛滋社群當中的代表（Mean=2.25，SD=1.11），而在監所的受訪者方面也有相似的狀況。但是受訪者皆願意提供協助給其他的感染者，在社區方面的平均得分為 3.06（SD=1.15），監所則為 3.12（SD=0.78）。

表 4-1-16 愛滋感染者過去一年內社區代表參與之平均數與標準差

| | 社區 (n=259) | | 監所 (n=111) | | |
|-------------------------------|---------------|------|---------------|------|------|
| | Mean | SD | Mean | SD | |
| 我在參與愛滋組織的活動當中感到有影響力。 | 2.71 | 1.16 | 2.83 | 0.85 | |
| 我在所屬的愛滋組織當中感到重要且有影響力。 | 2.67 | 1.14 | 2.80 | 0.82 | |
| 我能從其他感染者那邊接受到他們的需求和要求，進而提供協助。 | 3.06 | 1.15 | 3.12 | 0.78 | |
| 我覺得自己是愛滋社群當中的代表。 | 2.25 | 1.11 | 2.57 | 0.84 | |
| N=370 (listwise) | total | 2.67 | 0.97 | 2.82 | 0.72 |

（二）小結

從參與類型的資料當中可以看見，受訪者在實際參與相關的活動與行動的狀況較低，大多扮演資訊接收的角色，也不認為自己具有影響力或代表性，但是面對其他感染者需要幫助的時候，受訪者的意願皆偏高，具有助人的角色。而比較社區與監所當中的資料顯示，監所當中的受訪者幾乎沒有機會參與跟愛滋相關的活動與會議，能夠討論的機會相對來說也較少。

六、愛滋感染者愛滋知識資料描述

（一）愛滋知識描述

本研究所使用的愛滋知識量表主要希望測量感染者在傳染途徑、感染初期症狀、早期症狀與法令等知識，共六題，一題一分，因此分數範圍由 0 分至六分（見表 4-1-17）。平

均答對分數為 4.10 (SD=1.51)，資料分析結果發現，全部答對的受訪者佔整體的五分之一 (n=75)，答對五分者則大約佔 25.8% (n=95) 的比例，但是仍有 31.7% 的受訪者答對題數未超過一半，表示仍有進步的空間。

表 4-1-17 愛滋知識量表平均數、答對分數之人數與比例

| 得分 | 人數 | 比例 |
|-------|-----|-------|
| 0 分 | 7 | 1.9 |
| 1 分 | 17 | 4.5 |
| 2 分 | 35 | 9.3 |
| 3 分 | 60 | 16.0 |
| 4 分 | 86 | 22.9 |
| 5 分 | 95 | 25.3 |
| 6 分 | 75 | 20.0 |
| total | 375 | 100.0 |

Mean=4.10 SD=1.51

而在個別題目的作答狀況當中可以發現(表 4-1-18)，受訪者對於愛滋感染途徑以及預防感染的題項答對率較高，而愛滋早期症狀與法令、空窗期、潛伏期的答對率則只佔六成到七成左右，尤其在答對率較低的第五題與第六題，只有一半 (n=206, 56%) 的人答對。

表 4-1-18 愛滋知識量表個別題項作答狀況

| | | 人數 | 比例 |
|---------------------|---|-----|-------------|
| 第一題：愛滋感染途徑 | 對 | 321 | 85.6 |
| | 錯 | 54 | 14.4 |
| 第二題：預防感染愛滋的方法 | 對 | 336 | 89.6 |
| | 錯 | 39 | 10.4 |
| 第三題：愛滋早期症狀與法令 | 對 | 249 | 66.4 |
| | 錯 | 126 | 33.6 |
| 第四題：空窗期 | 對 | 224 | 59.7 |
| | 錯 | 151 | 40.3 |
| 第五題：潛伏期 | 對 | 200 | 53.3 |
| | 錯 | 175 | 46.7 |
| 第六題：愛滋病毒離開人體之後的存活時間 | 對 | 206 | 54.9 |
| | 錯 | 169 | 45.1 |

N=375

(二) 小結

從資料當中看出，受訪者對於愛滋相關知識的比例與整體對於個別題項的答題狀況。目前的資料呈現，受訪者對於愛滋的相關知識以感染途徑與如何預防感染愛滋為主，但是其他的愛滋知識，如空窗期、潛伏期，以及病毒存活的時間等，則仍舊有半數左右的受訪者不清楚，對於實務工作者來說，可以提供第三題至第六題的愛滋知識給服務使用者，以提高其對疾病知識的認識程度。

第二節 影響愛滋感染者權能表現之相關分析

本節主要進行雙變項的相關分析，以研究架構當中的自變項一一與權能表現進行差異性檢定和 Pearson 相關分析，並針對達顯著的變項進行說明。除了感染者基本資料以外，自變項包含生活滿意度、愛滋內在烙印、參與類型以及愛滋知識，以下將呈現各個自變項與權能表現的關係。

一、基本資料與權能表現之相關分析

在資本資料分析方面，類別變項的部份（如性別、教育程度、居住地、社區與監所、就業狀況、感染途徑、服藥狀況）以單一樣本 t-test 或 ANOVA 進行相關分析（見表 4-2-1）；連續變項的部份（如年齡、月個人總收入、感染年資、CD4、病毒量、服藥狀況），則以 Pearson 積差相關來檢定相關性，此部份有顯著相關之連續變項，再透過分組的資料進行 ANOVA，比較不同組別的差異（見表 4-2-3）。

在性別變項方面採用獨立樣本 t-test 的方式進行，研究分析結果發現，男性平均的權能高於女性平均的權能，但兩者並未達到統計上的顯著性（ $t=1.25$ ， $p=0.21$ ）。

教育程度方面，採用一般線性模式的單變量進行，研究分析結果發現，教育程度越高者，其權能表現的平均也相對較高；而在進行變異數同質性檢定時，各組之間的變異數不同質（ $Levene=4.54$ ， $p=0.004$ ）。整體考驗結果發現，教育程度會影響愛滋感染者的權能表現（ $F(3, 360)=7.62$ ， $p<0.001$ ）。事後比較發現，國中及以下的受訪者其權能低於大學與大專以及研究所以上，但是高中與高職學歷的受訪者，跟其他學歷的受訪者之間並無顯著的差異。而從 Eta 平方係數來看，教育程度與權能表現只有 6% 的低度關聯性。

社區與監所受訪者權能比較方面，兩者變異數不同質 (Levene=7.55, $p=0.006$)，t 檢定未達顯著，表示受訪者不論正在社區或是監所當中，個人的權能表現並不會因此有差異。

社區當中的就業狀況分析方面，各組之間的變異數同質 (Levene=0.50, $p=0.68>0.05$)。整體考驗結果發現，不同就業狀態之感染者，其權能表現有顯著差異 ($F(3, 252)=6.64$, $p=0.000$)。事後檢定結果顯示，受訪者正處於待業狀況者，其權能表現明顯低於兼職工作者與全職工作者，退休則未達顯著水準。而從 Eta 平方係數來看，就業狀態與權能表現只有 7.3% 的低度關聯性。

在傳染途徑分析方面，扣除掉異性間性行為樣本數 11 位以及未知感染途徑 8 位者，剩餘的資料進行同性間性行為者與靜脈注射藥癮感染者的權能表現分析。研究分析結果當中，變異數同質 (Levene=2.42, $p=0.12>0.05$)，且同性間性行為感染者的權能表現顯著高於靜脈注射藥癮感染者的權能表現。

最後，在受訪者是否服藥的部份，研究分析當中則表示兩者在權能表現沒有顯著的差異。

表 4-2-1 愛滋感染者基本資料 (類別) 與權能表現之相關分析

| 變項 | 樣本數 | 平均數 | 標準差 | F 值/T 值 | P 值 | 事後檢定 |
|----------|-----|--------|-------|-----------|---------|------|
| 性別 | | | | | | |
| 男 | 279 | 97.48 | 12.56 | t=1.25 | p=0.21 | -- |
| 女 | 89 | 95.62 | 11.42 | | | |
| 教育程度 | | | | | | |
| 1 國中以及下 | 127 | 93.60 | 10.26 | F=7.62*** | p<0.001 | 1<3 |
| 2 高中與高職 | 116 | 97.28 | 12.74 | | | 1<4 |
| 3 大學與大專 | 96 | 99.58 | 13.93 | | | |
| 4 研究所以上 | 25 | 103.92 | 8.70 | | | |
| 社區與監所 | | | | | | |
| 1 社區 | 256 | 97.47 | 13.00 | t=0.13 | P=0.26 | -- |
| 2 監所 | 113 | 96.03 | 10.49 | | | |
| 就業狀況 | | | | | | |
| 1 現階段無工作 | 116 | 93.78 | 12.91 | F=6.82*** | P=0.000 | 1<2 |
| 2 兼職工作 | 23 | 102.35 | 12.00 | | | 1<3 |
| 3 全職工作 | 107 | 99.80 | 12.13 | | | |

| | | | | | | |
|----------|-----|--------|-------|-----------|---------|-----|
| 4 退休 | 10 | 104.10 | 14.80 | | | |
| 感染途徑 | | | | | | |
| 1 同性間性行為 | 173 | 99.64 | 12.63 | t=4.12*** | P=0.000 | 1>2 |
| 2 靜脈注射 | 174 | 94.34 | 11.23 | | | |
| 是否開始服藥 | | | | | | |
| 1 是 | 234 | 97.73 | 11.79 | 1.39 | P=0.17 | |
| 2 否 | 133 | 95.87 | 13.14 | | | |

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001

而在連續變項的基本資料方面，將年齡、每月個人總收入、感染年資、CD4、病毒量和服藥順從納入 Pearson 相關分析當中，得到每月個人總收入、CD4、服藥順從與愛滋感染者的權能表現具有顯著的相關（見表 4-2-2）。表示當每月個人總收入越高、CD4 指數越高以及服藥順從越好時，個人的權能表現則越高；其他的變項方面則沒有顯著相關。整體連續變項之相關分析見表 4-2-4。

表 4-2-2 愛滋感染者基本資料（連續變項）與權能表現之相關分析

| | 年齡 | 每月個人總收入 | 感染年資 | CD4 | 服藥順從 |
|------|-------|---------|------|-------|--------|
| 權能表現 | 0.005 | 0.248** | 0.57 | 0.13* | 0.21** |

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001

在更細緻的分析當中發現，將年齡等距分組並與權能表現做變異數分析之後。結果發現，年齡各組之間的變異數同質（Levene=1.35，p=0.24>0.05）。整體考驗下，不同年齡之感染者，其權能表現沒有顯著差異（F(5, 355)=0.73，p=0.60）。

每月個人總收入與權能表現的分析結果發現，各之間的變異數同質（Levene=1.41，p=0.25>0.05）。整體考驗結果發現，不同月收入之感染者，其權能表現有顯著差異（F(2, 362)=12.62，p=0.000）。事後檢定結果顯示，收入越高者，權能表現越高。

感染年資分析結果顯示，各組之間的變異數不同質（Levene=3.41，p=0.03<0.05），不同感染年資之感染者其權能表現有顯著的差異（F(2, 360)=5.57，p=0.004）。事後檢定得知，感染 11 年以上的受訪者，其權能表現明顯高於感染 6-10 年者。而從 Eta 平方係數來看，

感染年資與權能表現只有 3% 的關聯性。

CD4 的相關分析結果發現，各組之間的變異數同質 (Levene=2.45, $p=0.11>0.05$)。整體考驗結果發現，CD4 數值高於 351 的受訪者，其權能表現顯著高於 CD4 未達 350 的受訪者 ($t=-2.83$, $p=0.005$)。以醫學臨床的服藥標準顯示，當感染者的 CD4 在服藥標準以下時，權能表現因為身體健康狀況而有差異，身體免疫系統越好，個人的權能表現也越高。

最後，服藥順從與權能表現的分析當中可以發現，詢問目前的服藥狀況時與權能表現並沒有顯著的差異。但是當詢問服藥順從的狀態時，則發現與權能表現有顯著的相關性，表示服藥順從越好，權能表現越高 (見表 4-2-3)。詢問服藥順從各題與權能表現的相關性時，意圖性服藥不順從與權能表現呈現正相關 ($r=0.22$, $p<0.01$)，另外一方面，非意圖性服藥不順從與權能表現亦呈現正相關 ($r=0.17$, $p<0.05$)。綜合以上資料表示，服藥順從越好時，個人的權能表現將會越好。

表 4-2-3 愛滋感染者服藥順從與權能表現之相關分析

| | 整體服藥順從 | 刻意漏藥 ¹ | 忘記服藥 ¹ |
|-----|--------|-------------------|-------------------|
| 總權能 | 0.21** | 0.22** | 0.16* |

$P<0.05^*$, $P<0.01^{**}$, $P<0.001^{***}$

¹為反向計分題

表 4-2-4 愛滋感染者基本資料 (整體) 與權能表現之相關分析

| 變項 | 樣本數 | 平均數 | 標準差 | F 值/T 值 | P 值 | 事後檢定 |
|---------------|-----|--------|-------|------------|---------|-------|
| 年齡 | | | | | | |
| 1 11-20 歲 | 7 | 98.57 | 16.78 | | | |
| 2 21-30 歲 | 87 | 98.63 | 12.22 | | | |
| 3 31-40 歲 | 143 | 96.09 | 12.78 | F=0.73 | P=0.60 | -- |
| 4 41-50 歲 | 95 | 97.08 | 10.65 | | | |
| 5 51-60 歲 | 22 | 100.00 | 12.44 | | | |
| 6 61 歲以上 | 7 | 97.14 | 10.89 | | | |
| 每月個人總收入 | | | | | | |
| 1 20000 以下 | 259 | 95.23 | 11.88 | F=12.62*** | P=0.000 | 1<2<3 |
| 2 20001-40000 | 84 | 99.54 | 12.88 | | | |

| | | | | | | | |
|------|------------|-----|--------|-------|-----------|---------|-----|
| 3 | 40001 以上 | 22 | 107.09 | 7.96 | | | |
| 感染年資 | | | | | | | |
| 1 | 0-5 年 | 185 | 97.45 | 13.03 | F=5.61** | P=0.004 | 3>2 |
| 2 | 6 至 10 年 | 150 | 95.05 | 10.96 | | | |
| 3 | 11 年以上 | 28 | 103.11 | 11.69 | | | |
| CD4 | | | | | | | |
| 1 | CD4 小於 350 | 118 | 94.31 | 11.22 | t=-2.79** | P=0.006 | 2>1 |
| 2 | CD4 大於 351 | 225 | 98.19 | 12.70 | | | |

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001

(二) 小結

在個人資料與權能表現的相關分析中發現，教育程度、就業狀況、感染途徑、每月個人總收入、感染年資、CD4 數值與個人權能表現具有顯著相關。教育程度在大學以上者權能表現顯著高於國中以下者，另一方面，不論兼職或全職的工作，權能表現皆高於目前沒有工作者，而兼職的受訪者則比全職的受訪者顯現較高的權能。最後，同性間性行為感染者，權能表現高於靜脈注射藥癮感染者。

連續變項相關分析方面，每月個人總收入越高，其權能顯著越高。感染年資超過 10 年以上者的權能表現明顯高於感染 6-10 年者；最後則是 CD4 的部份，CD4 代表感染者個人的免疫功能好壞，當感染者個人的免疫功能在數值 351 以上時，其權能表現顯著高於 350 以下，意指需要服藥的數值，顯示 CD4 越高，權能表現較高。而愛滋感染者藥物治療的順從度越高其權能表現越高，可能的中介原因為：當服藥的順從度越高時，表示藥物治療的效果越佳，感染者的生理健康狀況則越好，因此可以參與相關增強權能的活動。

二、生活滿意度與權能表現之相關分析

以權能表現為依變項、生活滿意度為自變項進行雙變項的相關分析，結果發現（見表 4-2-5），愛滋感染者的總生活滿意度與總權能表現達顯著正相關，相關係數值為 0.51，表示愛滋感染者對自己生活的滿意程度會影響其權能的表現。

表 4-2-5 生活滿意度與權能表現之相關分析

| 總權能表現 | |
|--------|--------|
| 總生活滿意度 | 0.51** |

P<0.05*，P<0.01**，P<0.001***

單變量分析方面（見表 4-2-6），發現生活滿意度較高之受訪者，其權能表現亦較高，尤其非常滿意目前生活狀態的受訪者，其權能感顯著高於對於生活不滿意者以及中立者，整體而言，分析結果符合本研究假設，生活滿意度高之愛滋感染者其權能表現較高。

表 4-2-6 愛滋感染者生活滿意度常模次數與百分比與權能表現之單變量分析

| | 次數 | 百分比 | 平均數 | 標準差 | F 值 | 事後比較 |
|------------------|----|------|--------|-------|----------|-------|
| 1. 非常不滿意 (5-9) | 38 | 10.1 | 86.05 | 13.03 | 20.25*** | 1<2<5 |
| 2. 不滿意 (10-14) | 63 | 16.8 | 103.40 | 10.80 | | 1<3<6 |
| 3. 稍微不滿意 (15-19) | 88 | 22.9 | 101.68 | 9.36 | | 2<6 |
| 4. 中立 (20) | 17 | 4.5 | 93.18 | 10.33 | | 1<7 |
| 5. 稍微滿意 (21-25) | 85 | 23.7 | 95.76 | 10.03 | | 2<7 |
| 6. 滿意 (26-30) | 62 | 17.3 | 90.24 | 11.85 | | 3<7 |
| 7. 非常滿意 (31-35) | 17 | 4.5 | 108.88 | 8.33 | | 4<7 |

P<0.05*，P<0.01**，P<0.001***

三、愛滋內在烙印與權能表現之相關分析

愛滋內在烙印與權能表現的相關分析結果為負相關 ($r = -0.16, p < 0.01$)，表示當個人的內在愛滋烙印感越高的時候，權能表現將越低。愛滋內在烙印四個次量表也皆與權能表現達顯著負相關，相關係數值介於-0.14 至-0.24 之間。

分別檢視權能表現次量表與刻板印象次量表之間的相關係數時（見表 4-2-6），發現與「外在掌控力」、「人際溝通技巧」、「人際自我肯定」、「社會政治資源與影響力」、「社會政治行動」與「社會自我肯定」達顯著負相關，與「社會政治權能」無相關，表示當受訪者面臨與愛滋相關的責難以及感染身分曝光時，對於整體生活的力量感、人際權能表現降低，甚至會降低獲取相關資源的能力，更會產生對環境的無力感，因此對於社會集體的行

動則更加困難。

而在次量表揭露的部份則與「外在掌控力」、「人際自我肯定」、「社會政治資源與影響力」、「社會自我肯定」有顯著負相關，表示當受訪者面臨感染身分曝光之後的負向感受時，其外在生活的力量感降低並產生無力感、不敢表達自己的需求與不敢挑戰權威。

社會關係的部份，則與「自我效能與內控力」、「外在掌控力」、「人際溝通技巧」、「人際自我肯定」、「社會政治資源與影響力」、「社會自我肯定」有顯著的負相關，表示當受訪者因為感染身份而讓生活當中的人際產生負面影響時，會影響個人層面、人際層面的權能、並降低獲取資源的能力，更難以產生集體的行動。

最後，自我接納的部份，則與「外在掌控力」、「人際自我肯定」、「社會政治資源與影響力」、「社會自我肯定」有顯著的負相關，表示受訪者不願意接納自己的感染身份時，會影響其整體生活的力量感，因此無法表達自己的需求與向外求援，難以產生集體行動。

由以上分析可見愛滋內在烙印影響愛滋感染者的權能表現，不僅影響個人層面權能，也會因為烙印的向度不同影響至人際與社會政治層面。整體而言，要讓感染者產生政治行動，則需要降低烙印當中的刻板印象，降低責難以及對感染愛滋的負面想法，才容易產生參與集體行動的具體表現。另一方面，愛滋內在烙印影響受訪者對外在環境的掌控狀況以及不敢表達自己的需求，因此改變環境對於愛滋感染者的友善程度，將有助於降低感染者的烙印感，進而提昇感染者表達自己需求的可能性。最後，當責難越深、不願揭露自己的感染身份，以及人際關係因此受到阻斷時，會影響感染者自覺對環境的影響力，甚至降低其獲取相關資源的能力。

表 4-2-7 愛滋感染者內在愛滋烙印與權能表現之相關分析

| N=353 | 個人 | | 人際 | | | 社會 | | | |
|-------|---------|----------|---------|--------|---------|------------|--------|--------|---------|
| | 總權能表現 | 自我效能與內控力 | 外在掌控力 | 人際溝通技巧 | 人際自我肯定 | 社會政治資源與影響力 | 社會政治權能 | 社會政治行動 | 社會自我肯定 |
| 刻板印象 | -0.17** | -0.04 | -0.14** | -0.12* | -0.18** | -0.17** | -0.02 | -0.13* | -0.14** |
| 揭露 | -0.16** | -0.03 | -0.19** | -0.09 | -0.16** | -0.15* | 0.31 | -0.11 | -0.13* |

| | | | | | | | | | |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|--------|---------|
| 社會關係 | -0.25** | -0.16** | -0.29** | -0.16** | -0.17** | -0.19** | -0.03 | -0.07 | -0.18** |
| 自我接納 | -0.17** | -0.06 | -0.17* | -0.09 | -0.19* | -0.14** | 0.01 | -0.09 | -0.17** |
| 總內在烙印 | -0.22** | -0.08 | -0.23** | -0.14** | -0.20** | -0.20** | 0.00 | -0.12* | -0.18* |

P<0.05*，P<0.01**，P<0.001***

另一方面，為了檢視權能高低與愛滋內在烙印的相關性，參照權能常模的標準，將 100 分以上的組別視為高權能組，99 分以下的組別視為低權能組，透過將權能分成高低組的方式，來比較愛滋內在烙印與權能的相關性（見表 4-2-7）。分析發現高權能者與愛滋內在烙印沒有達顯著相關，而低權能者則與愛滋內在烙印達顯著的負相關（ $r=-0.27$ ， $p<0.01$ ）。可見得在低權能的愛滋感染者當中，自我內在烙印為影響權能的因素之一，而高權能者則無。比較低權能者與內在烙印的次向度發現，刻板印象、揭露、社會關係以及自我接納達顯著的負相關，表示當低權能的感染者面對愛滋責難、感染身份曝光、關係阻斷以及無法接納自己的時候，其權能的表現將隨之降低。因此也符合本研究之假設，愛滋內在烙印感越高者，權能表現越低。

表 4-2-8 愛滋內在烙印與高低權能者的相關分析

| | 高權能 n=148 | 低權能 n=223 |
|------|--------------|--------------|
| 刻板印象 | -0.09 | -0.26* |
| 揭露 | -0.10 | -0.14* |
| 社會關係 | -0.02 | -0.27** |
| 自我接納 | -0.01 | -0.21** |
| 總烙印 | -0.08 | -0.28** |

P<0.05*，P<0.01**，P<0.001***

四、參與類型與權能表現之相關分析

參與類型與權能表現的相關分析方面，整體參與情形當中，過去一年內曾經參與過與愛滋相關的活動，或曾經為愛滋社群行動過的受訪者，其權能表現皆顯著高於過去一年內沒有參加的受訪者（見表 4-2-8），表示不論是單純參與在愛滋活動中，或者激進的參與在行動當中，皆對愛滋感染者的權能表現有正面的影響。

表 4-2-9 愛滋感染者過去一年整體參與情形之 t-test

| | 個數 | 平均數 | 標準差 | t 值 | 比較 |
|-----------------|-----|-------|-------|--------|-----|
| 過去一年內參加過愛滋相關的活動 | | | | | |
| 1 是 | 175 | 99.17 | 12.15 | 3.17** | 1>2 |
| 2 否 | 195 | 95.16 | 12.12 | | |
| 過去一年內為愛滋社群行動過 | | | | | |
| 1 是 | 119 | 99.94 | 13.02 | 3.16** | 1>2 |
| 2 否 | 252 | 95.69 | 11.68 | | |

P<0.05* , P< 0.01** , P< 0.001***

分別檢視受訪者在組織行動參與、社區代表參與對權能表現的相關分析時（見表 4-2-9），發現兩者皆與權能表現達顯著的正相關，相關係數值介於 0.20 至 0.31 之間，可以發現，組織行動參與因為透過組織的活動與討論，能夠提昇「自我效能與內控力」、「人際溝通技巧」、「人際自我肯定」、「社會政治資源與影響力」以及「社會自我肯定」，表示透過參與在愛滋相關的組織，可以提昇受訪者的自尊、提昇人際互動技巧之外，更能提昇獲取資源的能力與提昇受訪者挑戰權威的能力。

另外一方面，社區代表參與則與權能表現八個次量表皆達顯著的正相關，尤其在社會政治資源與影響力方面的相關係數最高（ $r=0.31$ ， $p<0.01$ ），因此讓愛滋感染者相互協助，感到自己具有影響力或是成為社群當中的代表/領袖，可以更效率的提昇感染者三個向度的權能。

表 4-2-10 愛滋感染者組織參與、社區代表參與與權能表現之相關分析

| | 個人 | | | 人際 | | 社會 | | | |
|-----------------|--------|----------|--------|--------|--------|------------|--------|--------|--------|
| | 總權能表現 | 自我效能與內控力 | 外在掌控力 | 人際溝通技巧 | 人際自我肯定 | 社會政治資源與影響力 | 社會政治權能 | 社會政治行動 | 社會自我肯定 |
| 組織行動參與 N=376 | 0.20** | 0.18** | 0.06 | 0.15** | 0.16** | 0.22** | 0.06 | 0.13* | 0.17** |
| 社區代表參與 N=372 | 0.30** | 0.18** | 0.19** | 0.19** | 0.16** | 0.31** | 0.17** | 0.26** | 0.26** |

P<0.05* , P< 0.01** , P< 0.001***

最後一項參與類型為決策參與，透過了解受訪者在愛滋相關組織的角色，來分析受訪者參與在決策當中的程度為何。原本有六個參與類型，因為樣本數的差異，將「執行上級給我的任務」、「偶而參與在規劃、決策和執行當中」以及「完全參與在規劃、決策和執行當中」合併成為「參與在規劃、決策和執行當中」進行分析。分析結果發現（見表 4-2-10），決策參與的角色會影響受訪者的權能表現，尤其參與在規劃、決策和執行當中的受訪者，其權能表現明顯高於完全沒有參與的受訪者；其他的角色類型則沒有顯著的差異。

表 4-2-11 愛滋感染者決策參與與權能表現之單變量分析

| N=362 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F 值 | 比較 |
|----------------|-----|--------|-------|--------|-----|
| 決策參與情形 | | | | | |
| 1 完全沒有參與 | 150 | 95.16 | 12.11 | 4.59** | 4>1 |
| 2 消極角色 | 33 | 95.06 | 13.33 | | |
| 3 資訊接受的角色 | 114 | 97.85 | 11.71 | | |
| 4 參與在規劃決策和執行當中 | 68 | 101.40 | 12.29 | | |

P<0.05*，P<0.01**，P<0.001***

從以上的分析可以看出，參與類型與權能表現的問項有別，皆屬於詢問實質參與在愛滋相關活動的狀況，也從分析當中可以得知，參與在活動當中者其權能表現明顯高於沒有參與者，尤其在愛滋感染者透過參與在愛滋相關的活動當中並感到有影響力時，能夠提昇權能表現三個向度。這與近來年希望培育愛滋感染者領袖的呼號有異曲同工之妙。

五、愛滋知識與權能表現之相關分析

分析結果（表 4-2-11）當中發現，愛滋知識與權能表現具有相關性（ $r=0.22$ ， $p<0.01$ ），表示當受訪者對於自身疾病的知識越多時，越能提昇他們對於權能的感受程度。

表 4-2-12 愛滋知識與權能表現之相關分析

| 總愛滋知識 | |
|-------|--------|
| 總權能 | 0.20** |

P<0.05*，P<0.01**，P<0.001***

從單變量分析當中發現(見表 4-2-12)，愛滋知識答對題數低於三題以下的受訪者，其權能表現顯著低於答對題數高於 5 題以上者，由此更可以明確得知答對題數越高者，其權能表現越高，符合研究假設。

表 4-2-13 愛滋感染者愛滋知識與權能表現之單變量分析

| N=367 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F 值 | 比較 |
|---------|-----|-------|-------|--------|------------|
| 答對情形 | | | | | |
| 1 0-3 題 | 116 | 94.09 | 12.64 | 4.67** | 1<3 1<4 |
| 2 4 題 | 85 | 96.22 | 12.88 | | |
| 3 5 題 | 94 | 99.28 | 11.34 | | |
| 4 6 題 | 72 | 99.72 | 11.21 | | |
| total | 367 | 97.02 | 12.29 | | |

P<0.05*，P< 0.01**，P< 0.001***

六、總結

本節進行影響愛滋感染者權能表現的相關分析，將自變項及個人資料與權能表現進行雙變項分析，以了解其相關情形。個人資料的分析結果發現，愛滋感染者的教育程度越高、具有工作、同性間性行為感染者、每月個人總收入越高、感染年資超過 10 年以上、CD4 數值在 350 以上者、服藥順從度越好者，權能表現較高。

自變項資料分析結果發現，生活滿意度、愛滋知識與權能表現具有正相關，另外一方面，參與在愛滋相關活動者、自覺對社群有影響力者、參與在活動決策規劃執行者權能表現較高。愛滋內在烙印則呈現負相關，但是將受訪者分成高低權能組別進行相關比較時，發現只有低權能組的愛滋內在烙印達顯著，可見愛滋內在烙印為影響低權能組的影響因素，而自我烙印次量表當中的刻板印象、社會關係以及自我接納與權能表現達顯著的負相關，更明確的指出低權能組的受訪者在自我責難、社會關係阻斷以及身份接納的部份影響其權能的表現。

第三節 權能表現與影響因素之多元迴歸分析

本節進行愛滋感染者權能表現以及相關影響因素之多元迴歸分析，在進行多元迴歸分析之前，為使迴歸係數準確，先進行殘差分析，檢驗資料是否符合迴歸的基本假設、有無共線性，並進行極端值的排除；而後進入多元迴歸分析，檢驗研究架構所納入的變項以及解釋力。本研究為檢視整體模式的變化，會先將所有檢驗的變項納入第一次的多元迴歸分析，而後在第二次迴歸分析中納入第一次迴歸分析顯著之變項，看其解釋力與模式的變化。

在進入迴歸分析之前，類別變項需先轉化成虛擬變項，在進行虛擬化的過程時，類別變項的參照組以雙變項分析的結果為依據，顯著的變項，如：教育程度、就業狀況、感染途徑，則以分析中具有顯著差異的組別為主，例如教育程度在雙變項分析中，國中及以下與大學以上具有顯著差異，因此以國中及以下為參照組。另一方面，雙變項分析當中未達顯著的變項雖然沒有相關，但是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；居住地方面，選擇非極端值之中部為參照組，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當中。

經由變項虛擬化處理，再者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；第二次多元迴歸分析的有效樣本數為 323 份。

一、變項全部放入之多元迴歸分析

（一）殘差分析

在建立迴歸模型前先進行殘差分析，透過了解標準化殘差是否符合迴歸分析假定，以確認迴歸係數值能否正確解釋分析結果。檢定殘差分析需了解其是否為常態分配、變異數是否恆等以及誤差項是否相互獨立，因此以下說明迴歸分析基本假定、共線性問題以及極端值的處理。

1、迴歸分析基本假定

（1）常態性（normality）

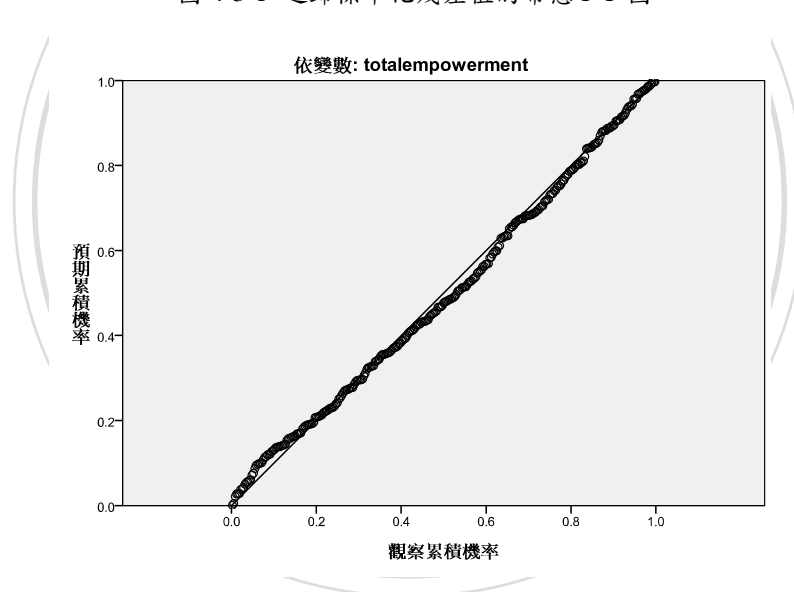
迴歸分析的基本假定為原始殘差值以及標準化殘差值皆為常態分配（陳寬裕、王

正華，2010)，本研究以 P-P 圖與 Kolmogorov-Smirnov 檢定 (K-S 檢定) 來判別標準化殘差的常態性檢定。從圖 4-3-1 當中可以看出，標準化殘差值大致落在常態分配的對角線附近，且標準化殘差值落在 0 至 1 之間，顯示具有常態性。而 K-S 檢定的分析結果顯示 (見表 4-3-1)，標準化殘差值的顯著性大於 0.05，因此表示殘差分配為常態分配，符合迴歸假設。

表 4-3-1 標準化殘差值 K-S 檢定

| | 標準化殘差 |
|----------|-------|
| 個數 | 313 |
| K-S Z 檢定 | 0.688 |
| P 值 | 0.732 |

圖 4-3-1 迴歸標準化殘差值的常態 P-P 圖



(2) 線性關係 (linear relationship)

迴歸分析的基本假定為變項之間具有線性的關係，因此其變異數應為一恆定的數值 (陳寬裕、王正華，2010)。此檢定可透過圖表的散布圖來確定是否為一恆定的數值，如果圖形沒有構成特定的形態，則殘差變異數為一恆定的數值，如果有明顯的型態，則違反殘差的恆定假設。本研究從標準化殘差預測值 (ZPRED) 與 Student 化殘差值 (SRESID) 所畫出的散步圖 (見圖 4-3-1) 可以看出，並未有明顯的分布型態，因此

符合迴歸模型當中的線性關係假設。

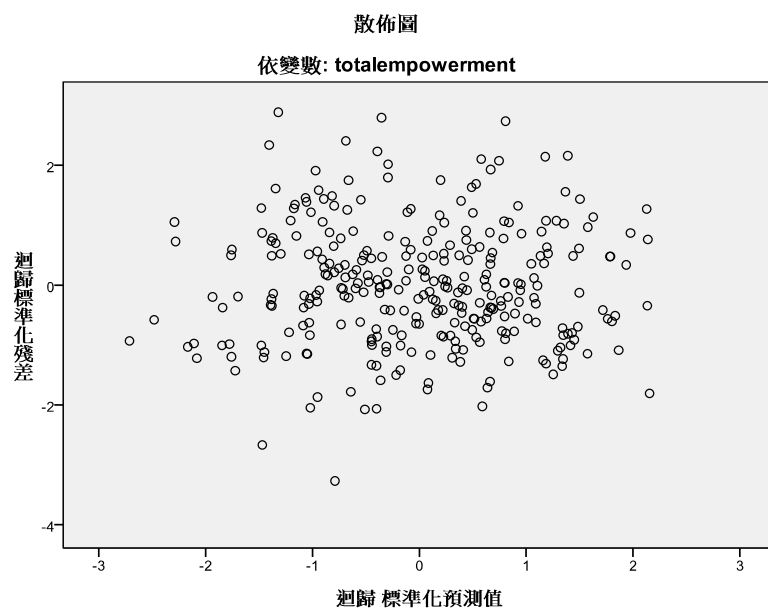


圖 4-3-2 殘差值散佈圖

(3) 獨立性 (independence)

第三樣線性迴歸的基本假定為任意兩個誤差項之間相互獨立 (陳寬裕、王正華, 2010)。因此本研究透過 Durbin-Watson 檢定來判定殘差是否具有獨立性, 當 Durbin-Watson 的檢定數值相當接近 2 的時候, 表示殘差具有獨立性。從表 4-3-2 當中可以看出, Durbin-Watson 檢定值等於 2.09, 相當接近 2, 表示殘差值之間具有獨立性, 符合迴歸的基本假設。

表 4-3-2 Durbin-Watson 檢定值

| 模式 | R | R ² | Adjusted R ² | 估計標準誤 | Durbin-Watson 檢定 |
|----|-------|----------------|-------------------------|--------|------------------|
| 1 | 0.624 | 0.389 | 0.348 | 10.052 | 2.066 |

2、共線性問題

檢查迴歸模型的共線性需觀察三樣指標, 分別為允差、變異數膨脹係數 (VIF) 與條件指數 (陳寬裕、王正華, 2010)。一般而言, 當 VIF 小於 10, 允差值大於 0.1 時, 共線性不顯著。本研究放入迴歸模型中之變項, 其允差介於 0.28 至 0.86 之間, VIF 值則介於 1.15 至 3.64 之間, 表示個自變項之間的相關性不強, CI 值為 44.553, 表示多元共線性的問題不嚴重。

3、極端值的排除

極端值需透過檢視標準化殘差值的方式，刪除大於 3 以及小於-3 的值，透過統計軟體針對殘差觀察值診斷的方式，發現編號 236 之樣本為極端值，予以刪除之後再行分析。

(二) 多元迴歸分析

本研究為了解研究架構中，自變項對依變項的解釋力，因此採用同時放入的迴歸分析，將所有變項一次選入至迴歸模式當中，不考慮個別變項是否顯著，以檢定迴歸模型的解釋力；並透過多元迴歸分析當中的未標準化迴歸係數(β 值)，來看待當自變項變化一個單位時，在權能表現所變化的數量，另外，也透過標準化迴歸係數(beta 係數)看自變項對依變項的解釋力。

研究分析結果顯示(見表 4-3-3)，所有影響因素變項對於權能表現具有解釋力，迴歸效果達顯著水準($F=9.309, P<0.001$)，具有統計意義。整體的 R^2 達 0.389，表示所有的自變項可以解釋權能表現 38.9% 的變異量，調整 R^2 後亦能解釋 34.8% 的變異量。

從個別變項的係數估計值當中發現，個人變項方面，性別、年齡、就業狀況、教育程度、每月個人總收入、感染途徑、感染年資以及生化功能指數，在迴歸模型當中皆未達顯著，唯獨服藥順從達顯著，整體受訪者的服藥順從 beta 值為 0.111 ($p<0.05$)，表示受訪者的服藥順從度越高，權能表現越好。而在自變項方面，生活滿意度在整體迴歸模型中達顯著 ($\beta=0.390, p<0.001$)，表示受訪者的生活滿意度越高，權能表現越好。愛滋內在烙印量表當中，刻板印象、揭露、社會關係和自我接納次量表皆未達顯著。而在參與類型當中，組織行動參與以及決策參與未達顯著，唯獨社區代表參與達顯著 ($\beta=0.191, p<0.01$)，表示當愛滋感染者自覺為社區代表或自覺對社群有影響力時，其權能較高；最後，愛滋知識量表在迴歸模型中亦達顯著，beta 值為 0.138 ($p<0.05$)，表示愛滋相關知識越高，越有較高的權能表現。從 beta 值當中可以看出，生活品質具有最佳的解釋力，再者為社區代表參與，第三為服藥順從度，最後為愛滋知識。

(三) 小結

從多元迴歸分析當中可以看出，納入所有自變項以了解權能表現的影響因素時，所有

的自變項能夠解釋 34.8% 的變異量，而較佳解釋力的變項為生活滿意度、社區代表參與、服藥順從度以及愛滋知識，顯示這四個變項為愛滋感染者權能表現的重要影響因素。

表 4-3-3 愛滋感染者權能表現與影響因素之迴歸分析（一）（N=303）

| | | β | 標準誤 | Beta | t 值 |
|--------------|-------------|-----------|-------|--------|---------|
| 個人變項 | 性別 | -2.432 | 1.712 | -0.081 | -1.421 |
| | 年齡 | 0.045 | 0.078 | 0.035 | 0.576 |
| | 教育程度 | | | | |
| | 國中及以下（參照組） | - | -- | - | - |
| | 高中與高職 | 2.955 | 1.581 | 0.111 | 1.870 |
| | 大學以上 | 3.505 | 2.242 | 0.133 | 1.564 |
| | 就業狀況 | | | | |
| | 現階段無工作（參照組） | - | -- | - | - |
| | 兼職工作 | 3.211 | 2.539 | 0.065 | 1.264 |
| | 全職工作 | 0.914 | 2.076 | 0.034 | 0.440 |
| | 退休 | 1.564 | 3.686 | 0.022 | 0.660 |
| | 每月個人總收入 | 5.585E-5 | 0.000 | 0.091 | 1.193 |
| | 感染途徑 | | | | |
| | 同性間性行為（參照組） | - | -- | - | - |
| | 藥癮靜脈注射行為 | -0.258 | 1.775 | -0.010 | -0.145 |
| | 感染年資 | 0.121 | 0.187 | 0.034 | 0.648 |
| | CD4 | 0.000 | 0.003 | 0.008 | 0.162 |
| | 服藥順從度 | 1.084 | 0.477 | 0.111 | 2.273* |
| | 檢驗自變項 | 生活滿意度 | 0.693 | 0.093 | 0.390 |
| 愛滋內在烙印 | | -0.042 | 0.031 | -0.066 | -1.343 |
| 參與類型 | | | | | |
| 組織行動參與 | | -0.010 | 0.219 | -0.003 | -0.044 |
| 社區代表參與 | | 0.650 | 0.185 | 0.191 | 3.511** |
| 決策參與 | | | | | |
| 完全沒有參與 | | 1.382 | 2.232 | 0.054 | 0.619 |
| 消極角色 | | 0.431 | 2.514 | 0.010 | 0.172 |
| 資訊接受角色 | | 0.968 | 1.871 | 0.036 | 0.517 |
| 參與規劃與執行（參照組） | | - | -- | - | - |
| 愛滋知識 | 1.136 | 0.454 | 0.138 | 2.500* | |
| 常數 | | 66.156*** | | | |
| F 值 | | 9.309*** | | | |

| | |
|-------------------------------|--------|
| R² | 0.389 |
| Adjusted R² | 0.348 |
| df | 20/292 |

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

二、顯著變項之迴歸分析

檢視完納入所有自變項的多元迴歸模式後，發現達顯著的解釋變項為服藥順從度、生活滿意度、社區代表參與以及愛滋知識，本小節將這四種變項納入多元迴歸分析當中，檢視整體模型與解釋力的變化。而在進行迴歸分析之前，仍舊依循基本檢定的步驟檢視殘差分析，而後再進行多元迴歸分析。

(一) 殘差分析

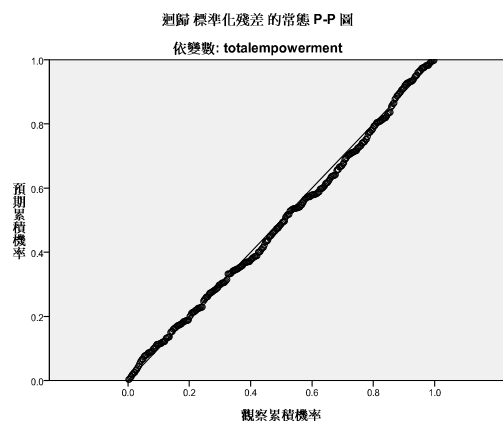
1、迴歸分析基本假定

(1) 常態性 (normality)

四個變項的殘差分析符合常態性，從表 4-3-4 當中可以看出，標準化殘差值大致落在常態分配的對角線附近，且標準化殘差值落在 0 至 1 之間，顯示具有常態性。而 K-S 檢定的分析結果顯示（見表 4-3-1），標準化殘差值的顯著性大於 0.05，因此表示殘差分配為常態分配，符合迴歸假定。

表 4-3-4 四變項標準化殘差值 K-S 檢定

| | 標準化殘差 |
|----------|-------|
| 個數 | 336 |
| K-S Z 檢定 | 0.662 |
| P 值 | 0.774 |



(2) 線性關係 (linear relationship)

四個變項的線性關係當中，從標準化殘差預測值 (ZPRED) 與 Student 化殘差值 (SRESID) 所畫出的散步圖 (見圖 4-3-5) 可以看出，並未有明顯的分布型態，因此符合迴歸模型當中的線性關係假定。

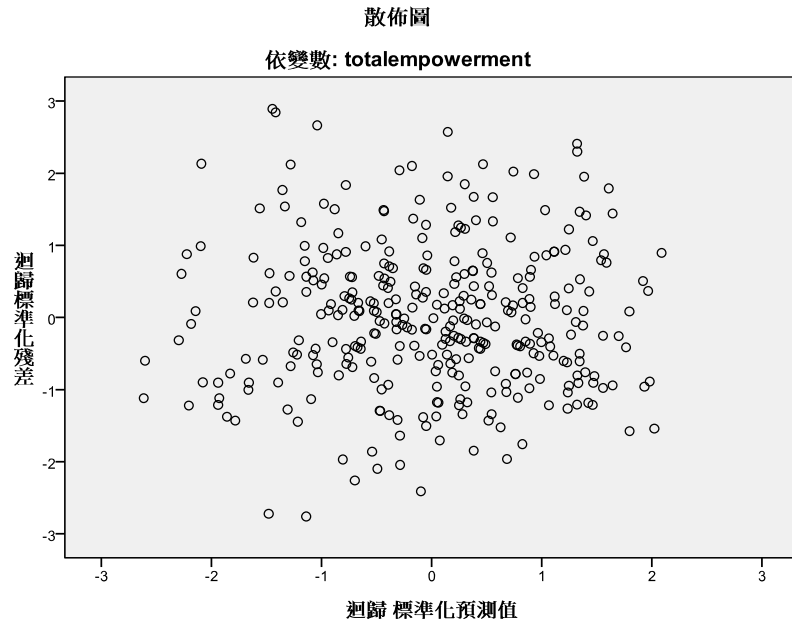


圖 4-3-3 四變項殘差值散佈圖

(3) 獨立性 (independence)

從表 4-3-6 當中可以看出，Durbin-Watson 檢定值等於 2.04，相當接近 2，表示殘差值之間具有獨立性，符合迴歸的基本假設。

表 4-3-5 四變項 Durbin-Watson 檢定值

| 模式 | R | R ² | Adjusted R ² | 估計標準誤 | Durbin-Watson 檢定 |
|----|-------|----------------|-------------------------|-------|------------------|
| 1 | 0.606 | 0.368 | 0.360 | 9.731 | 2.044 |

2、共線性問題

本研究放入迴歸模型中之變項，其允差介於 0.28 至 0.86 之間，VIF 值則介於 1.15 至 3.64 之間，表示個自變項之間的相關性不強，CI 值為 12.537，表示多元共線性的問題不嚴重。

3、極端值的排除

四個顯著變項當中，編號 236 與 355 之樣本為極端值，因此予以刪除之後再行分析。

(二) 多元迴歸分析

從四個變項的多元迴歸分析結果可以看出，四個影響因素變項對於權能表現具有解釋力，迴歸效果達顯著水準 ($F=48.111$, $P<0.001$)，具有統計意義，F 值比第一次的迴歸分析高出許多，表示可信度比第一次的迴歸模式更佳。整體的 R^2 達 0.368，表示所有的自變項可以解釋權能表現 36.8% 的變異量，調整 R^2 後亦能解釋 36.0% 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%) 亦更能解釋愛滋感染者的權能表現。

從四個變項的係數估計值當中可以看出 (表 4-3-7)，四個變項皆達顯著，表示對愛滋感染者的權能表現皆具有解釋力，而從個別變項當中可以看出，最具有解釋力的變項為生活滿意度 ($\beta=0.469$, $p<0.001$)，再者為愛滋知識 ($\beta=0.207$, $p<0.001$)，第三為社區代表參與 ($\beta=0.164$, $p<0.001$)，最後為服藥順從度 ($\beta=0.110$, $p<0.01$)。

表 4-3-6 愛滋感染者權能表現與影響因素之迴歸分析 (四變項) (N=336)

| | | B | 標準誤 | Beta | t 值 |
|------------------|--------|-----------|-------|-------|-----------|
| 變 項 名 稱 | 生活滿意度 | 0.797 | 0.077 | 0.469 | 10.324*** |
| | 愛滋知識 | 1.672 | 0.359 | 0.207 | 4.657*** |
| | 社區代表參與 | 0.552 | 0.153 | 0.164 | 3.617*** |
| | 服藥順從度 | 1.038 | 0.421 | 0.110 | 2.468** |
| 常數 | | 64.454*** | | | |
| F 值 | | 48.111*** | | | |
| R^2 | | 0.368 | | | |
| Adjusted R^2 | | 0.360 | | | |
| df | | 4/331 | | | |

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

(三) 小結

從第二次的迴歸分析當中可以看出，當將自變項納入具有解釋力的變項時，整體的 F 值提昇，且整體模式能夠解釋的變異量也從 34.8% 提昇至 36.0%，因此更能推定這四個變項為影響愛滋感染者權能表現相當重要的影響因素。

第五章 討論與建議

透過第四章研究分析的方式，了解愛滋感染者權能表現的相關影響因素，因此本章第一節將整理本研究的基本摘要內容；而後第二節的部份，透過分析資料與研究者實務經驗的對話，進行資料與經驗的討論，以迴歸實務為取向的研究分析內涵，並透過本研究當中的研究發現，針對實務面向、未來研究面向以及感染者面向提供相關建議。最後，從研究方法、研究對象、測量工具與調查工具四個面向，檢討本研究當中的研究限制。

第一節 研究摘要

本節依據本研究所獲得之發現，簡要整理出以下七點摘要內容：

- 一、愛滋感染者整體權能表現分布在尚可至中度，且社會政治權能表現最高，但實踐權能的參與行動卻偏低。
- 二、愛滋感染者的生活滿意度位於稍微不滿意至中立的分配，且對於整體生活狀態滿意，但是不滿意過去的生命經驗。
- 三、愛滋感染者的內在烙印程度較高，對感染身份的刻板印象依舊深植在感染者心中；深受愛滋內在烙印影響者，權能相對較低。
- 四、讓感染者自覺能夠影響他人者，權能表現相對較高，且感染者有意願成為助人者。
- 五、愛滋感染者對於病毒生物性（空窗期、潛伏期、病毒存活長度）的愛滋知識較為不足，廣泛性的理解將有助於權能提昇。
- 六、感染者年輕化議題以及勞動與就業需求高，皆可能影響未來的人力資本運用與社會福利資源的投入。
- 七、愛滋感染者權能表現的影響因素為對生活的滿意程度、是否擔任社區的代表且影響他人、以及對於愛滋知識的熟悉程度，與服用抗愛滋病毒藥物的順從度。以上影響因素能夠解釋愛滋感染者權能表現 36% 的變異量。

第二節 研究討論

本節針對研究之發現進行相關的討論與反思，以提供未來後續相關研究之建議：

一、愛滋感染者的權能到底高不高？

從分析資料可以得知，愛滋感染者的權能表現平均分數為 2.85，這樣的研究結果高於宋麗玉（2006）針對家暴個案施測的 2.71、以及鍾佳伶（2009）針對精神障礙家屬的 2.80，可以見得愛滋感染者所擁有的權能表現其實相對較高。尤其在社會政治權能的部份，更是三個向度當中最高的部份，表示愛滋感染者具有社會政治權能的能力。雖然具有這樣的能力，但是在實際的參與面向來說，卻未必能夠看見愛滋感染者的能力展現；雖然有 40% 的愛滋感染者不僅積極參與在愛滋相關的活動且為愛滋社群行動過，但是仍舊有 60% 的愛滋感染者活動參與比例低，從活動參與的百分比可以看出，有將近 38% 的愛滋感染者至今從未參與過與愛滋相關的活動與行動，表示感染者對於自身的行動實踐尚待啟發。這樣的結果，研究者推測可能的原因為：愛滋相關組織所舉辦的活動與行動較少，因此受訪者的參與頻率亦較低；又或者，認為與愛滋相關的組織接觸會擔心身份的曝光，因此並未做頻繁的接觸。

另一方面，令人憂心的資訊為感染者的個人層面權能，位於三個向度得分最低的部分，表示現階段愛滋感染者個人行使權力的能力較低；更細緻的看到次向度的分析，自我效能與內控力雖然得分高，但是在外在掌控力的部份則低於其他的次向度，因此研究者推測，從權能的分析來看，是否因為感染者不認為自己具有改變外在環境的能力，因此在參與愛滋相關的活動與行動也隨之降低？如這樣的推測正確，如何讓愛滋感染者相信自己可以改變外在的社會環境，並且處理感染者在面對外在環境壓力而產生的心理衛生議題，實屬未來需要思考的議題。

二、生活滿意度為影響愛滋感染者權能表現的重要因素，哪些指標影響生活滿意度？

生活滿意度能夠影響權能表現，這樣的結果與相關的研究結論相同（Rogers, et al., 1997; 宋麗玉, 2006）。愛滋感染者整體的生活滿意度位於稍微不滿意至中立的部份，表示對於

現在整體的生活來說，仍舊有提昇滿意度的空間；另外，從題項當中可以看出，愛滋感染者對於整體生活的狀態是滿意的，但是問及過去是否已經得到最想要的事物或者是否想要改變過去時，一半以上的愛滋感染者不滿意自己過去的生命經驗。在這個部分可以看出，如何讓愛滋感染者提昇對於過去生命經驗的滿意程度實屬重要的議題，但是這樣的議題卻甚少在愛滋感染者的領域當中探討，近年來的研究會希望探討愛滋感染者的生活品質，但是生活滿意度卻應該更被強調與研究才是。研究者也思考，如果生活滿意度是影響愛滋感染者權能表現重要的因素，能夠提昇此部份滿意度的元素有哪一些？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一時，要如何去修正、復元與和好，實屬重要，畢竟過去的生命經驗相當多元，可能與疾病適應有關，也可能與個人生命的成長脈絡、資本累積有關，這個部分雖然在本研究當中未成為研究假設，但是當生活滿意度確實為提昇愛滋感染者權能的重要因子時，如何讓愛滋感染者在現階段以及過去經驗當中自覺感到滿意，或許是一項未來可執行的方向。

三、參與可以提昇感染者的權能表現，而社區代表參與為影響愛滋感染者權能表現的重要因素之一，因此，我們該如何創造愛滋感染者影響他人的平台呢？

活動的參與與權能表現具有相關性 (Zimmerman & Rappaport, 1988; Rogers, et al. 1997; Itzhaky & York, 2000; Marelich & Murphy, 2003; Romero et al., 2006; 宋麗玉, 2006)，在本研究當中，也提出參與類型與權能表現具有顯著相關。本研究當中將參與類型分類為組織參與、社區代表參與以及決策參與，分析結果發現，三種參與類型在雙變項當中皆具有顯著性，表示當參與在愛滋相關的組織與活動當中時，確實有助於權能的提昇；另一方面，在多變項分析時，社區代表參與更是成為顯著的解釋變項，這樣的分析結果顯示，讓愛滋感染者在參與的過程中感到具有影響力，且有助人的動力時，權能表現較為高。這樣的結果與文獻 (Zimmerman & Rappaport, 1988, 宋麗玉, 2006) 當中所言類似，Zimmerman 與 Rappaport (1988) 的研究也直率地提出「領導」為影響個人權能的顯著因子，這樣的因子也與 Peterson 與 Speer (2000)、Romero 和其研究團隊 (2006) 所提出的「控制慾望」有相

似的解釋，因此讓愛滋感染者個人感到具有影響力，且能領導或助人時，其權能表現將比其他參與類型更容易提昇愛滋感染者的權能表現。以上的分析結果可以看出，將愛滋感染者從「受害者」(victim)的角色移轉到「助人者」(helper)的角色時，就算只是參與在組織當中自覺能夠影響他人時，都對受訪者的權能表現具有提升作用。

其他的分析結果更提到感染者的參與情形偏低且甚少進入活動規劃、決策和執行中。參與情形偏低的情況可能與許多因素有關，例如：沒有針對愛滋感染者舉辦想要參與的活動，或者愛滋感染者擔心參與這樣的活動會導致身分曝光，以及監所沒有針對愛滋感染者設計相關的課程等因素，這些部分仍需要更多的資料蒐集才能研擬提昇感染者參與活動的意願。另外，分析資料當中提到，只有五分之一的愛滋感染者有機會參與在政策規劃當中，並有執行規劃的可能性，但是分析結果亦指出，讓感染者具有這樣的參與角色，可以提昇其權能表現，因此，如何讓愛滋感染者可以有機會參與在政策規劃當中，而非只讓機構或專業人員引導愛滋感染者的政策，實屬相當重要的議題。另外也呼應 2011 年在韓國亞太愛滋會議當中針對社區代表參與分享的口號「Nothing about us, without us」，表達「感染者的事，需要由感染者參與」。

四、影響愛滋感染者對於愛滋知識的取得以及影響因素為何？

知識的充足與否，對個人的權能表現具有相關性 (Gutiérrez, Oh & Gillmore, 2000)。在本研究當中亦發現對於愛滋疾病的知識充足程度與愛滋感染者的權能表現具有顯著的相關，不僅在雙變項當中呈現相關，多變項的分析當中更對權能表現具有顯著的解釋力。當研究結果當中發現這樣的結果時，如何讓愛滋知識正確傳遞到感染者的那一方，也是未來要再度深度討論的課題，

研究分析當中得知，愛滋感染者對於傳染途徑的答對率較高，約 86%~90%，但是對於愛滋病毒的生物性知識則較低，答對率約 53%~60%。這樣的結果顯示愛滋感染者了解如何避免感染與造成他人感染，但是對於愛滋病毒的基本知識，卻仍有可以增進的空間。這樣的結果也讓研究者思考，當前的愛滋防疫政策確實教育大眾如何避免感染愛滋，但是當感染之後，該怎麼確實的認識愛滋病毒，並與之和平共處時，似乎仍舊有一半的感染者

不知道自身疾病的基本知識；因此，位核對於愛滋知識會有這樣的落差時，也讓研究者好奇感染者對於自身疾病知識的取得是否有相關的影響因素，或者疾病的意識影響等。從本資料庫當中分析的可能因素，發現社經地位當中的就業狀況、教育程度以及月薪皆達顯著的相關，表示愛滋知識的與上述變項可能具有相關性，但是仍待有更多的研究發現。

因此，如果愛滋知識是影響愛滋感染者權能表現的重要因素之一，且如果愛滋知識深受社經地位的影響，如何讓愛滋知識的獲取更順暢如何讓此影響降低，更是未來研究與實務需要考量的議題。

五、愛滋內在烙印真的很重要嗎？

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？從研究當中可以發現，愛滋感染者的內在烙印與權能表現為負相關，表示當愛滋內在烙印越大時，權能確實受到了限制，但是有趣的是，在迴歸分析當中，愛滋內在烙印並沒有達到顯著，表示對整體愛滋感染者來說，愛滋內在烙印並非能夠解釋權能表現的變項。因此如果要檢視權能與烙印之間的關係時，尚需要未來的研究持續檢視與探究。因此，當愛滋內在烙印不會影響感染者的權能表現時，研究者想知道的是，是否還存有其他的影響因素呢？

六、個人特質與權能表現的檢驗仍需要更多的研究檢驗。

本研究在雙變項分析時，個人特質當中的教育程度、工作狀況、同性間性行為、每月個人總收入、感染年資以及 CD4 數值，皆與權能表現具有相關性，表示這些變項皆可能是愛滋感染者權能表現的影響因素。而性別、年齡等個人特質則與權能沒有顯著的相關。而這些個人特質變項與相關文獻比較之下，有些具有相同的研究結果，有些則不同，例如本研究發現，性別在權能表現上沒有顯著的差異，與相關文獻 (Zimmerman & Rappaport, 1988; Spreitzer, 1995; Rogers et al., 1997; Marelich & Murphy, 2003; Walsh & Lord, 2004; 鍾佳伶, 2010) 相同，有些則不同 (Gutiérrez, Oh & Gillmore, 2000; 宋麗玉, 2006)。

個人特質當中的變項，只有服藥順從度在雙變項與多變項的分析當中皆達顯著，這樣的結果與文獻 (Wedd, Horne & Pinching, 2001) 相符，表示個人的服藥順從度越高時，權

能的表現會越高，且服藥順從度與三個向度的權能皆達顯著，尤其在個人層面的權能相關係數較高，表示當感染者可以自主管理服藥情形時，也代表可以掌控自己的生活與生理狀況。

因此，個人特質是否會影響個人權能仍未有定論，但是在本研究當中，除了服藥順從度之外，其他的個人變項皆未在多變項的分析時達顯著，表示對於愛滋感染者而言，這些都未達可以解釋權能表現的變異。在實務經驗當中，愛滋感染者的個人特質確實與本研究結果相符，但是有些仍有討論的空間，與個案進行權能激發的狀況時，個人的特質仍因不同特性的感染者而有不一樣的權能表現，因此也需要不一樣的激發權能策略，對於這方面的討論，可留置未來相關研究愛滋感染者權能激發策略時進行參考。

第三節 研究建議

本節經由研究發現與結論提供實務工作者、未來研究及愛滋感染者之相關建議，分別敘述如下：

一、提供實務工作者之建議

- (一) 以經驗分享、助人工作坊，生命故事回顧等方式，創造愛滋感染者活動參與的機會，促進感染者自覺影響他人的感受。並提昇感染者參與在決策、執行與規劃當中。**

在社工實務當中，建議讓愛滋感染者能夠有機會參與相關的活動，自覺為這個社群行動過，有助於愛滋感染者的權能提昇。藉由創造相關的活動平台，讓感染分享自己的生命故事，或者透過經驗分享、助人工作坊的方式，讓愛滋感染者成為講師或領導者，成為能夠影響他人者。

另一方面，在過往，愛滋感染者總是經由助人者或專業人員引導，甚少有機會成為助人者或專業人員的角色，因此在實務當中，讓愛滋感染者成為同儕志工，陪伴同為愛滋感染者的夥伴相當重要。同儕陪伴的策略，其實在台灣的愛滋社會福利機構執行已久，但是卻不是每一個愛滋感染者皆有這樣的機會可以參與在影響他人的行動當中，也不是每一個機構都有足夠的人力、時間與金錢舉辦與愛滋相關的活動、培訓同為感染者的志工。因此，

如要提昇愛滋感染者的權能，應以社區代表的培訓為最終目的，透過適合的資源（如人力、金錢、時間）投入，才有機會營造感染者社群權能的激發。

最後，提昇愛滋感染者參與在相關政策、規劃與執行當中時，可以激發感染者的權能，這方面仍需要實務領域更多的落實，且在研究者的實務經驗當中發現，參與在政策、規劃與執行中的愛滋感染者需滿足多元性的條件，不能只以單一的愛滋感染者代表眾多的感染者群眾，尤其在分析資料當中顯示，四分之一的人決定另外四分之三參與者的相關活動，可能難以發揮全面性的權能激發，因此，應讓感染者群體有機會透過聚集、參與討論的方式，影響相關的政策、規劃與執行內涵。

（二）與感染者工作時，以提升其自覺對生活的滿意程度為提昇權能表現之最佳途徑。

生活滿意度為提昇愛滋感染者權能表現相當重要的因素，因此在與感染者訂定處遇的過程當中，除了在初期提供穩定生活與疾病適應的服務之外，中後期則訂定能夠提昇生活品質的服務處遇為目標，將有助於其權能的提升。經由研究當中發現，當愛滋感染者自覺滿意現在的生活時，生活滿意度分數較高；但是當自覺不滿意過往的生命經驗時，生活滿意度分數則較低，因此如何提昇愛滋感染者對於過去生命經驗的滿意程度實屬重要，因此要提昇整體的生活滿意程度，不僅需要滿意現階段的狀態，也能讓過去階段的事件獲得滿意的感受，這樣的結果才有機會提昇權能表現。

而過去的生命經驗的脈絡，需要透過感染者與助人者雙方去理解這樣經驗對個案的影響程度為何，如能協助感染者對於過去負向經驗的處理，能夠化解對於過去經驗的批評，整體生活滿意度的提升將不是問題。因此在處遇目標的中後期，除了先讓愛滋感染者對現階段的生活感到滿意之外，對於過去的生命經驗感到滿意，也是相當重要的部分。

（三）社會工作者可提供廣泛性的愛滋疾病知識，有助於感染者了解自己的疾病，提昇權能表現。

對於愛滋知識的供給，也能提供愛滋感染者的權能表現。雖然知識的提供為愛滋領域社會工作必備的過程，但是在本研究當中發現，廣泛的提供愛滋相關知識，才能提昇感染者的權能。但是從研究者的實務經驗當中發現，除了提供知識之外，也要提供感染者能夠

理解的愛滋知識實屬不易，因此在實務處遇方面，透過鼓勵愛滋感染者主動尋求相關的知識，並且能與社工一起討論相關的疑問並獲取解答，較能讓愛滋感染者理解自己所獲取的知識。當以自己的方式獲取較多的愛滋相關知識時，感染者的權能表現才能獲得激發，也才明瞭自身疾病的起因與過程，從被動者的角色成為主動者的角色。

（四）應執行全面且正向的愛滋教育宣導，破除大眾與愛滋感染者對於「愛滋」的負面形象，以提昇感染者權能表現

現階段的愛滋教育宣導常因社福機構人力不足，因此採取較為消極或小團體的方式進行，而許多愛滋社會福利機構皆將重心放在已經感染的團體當中，或無管道可以針對更廣泛的社會大眾進行宣導；但是，如果要激發愛滋感染者的權能表現，破除社會大眾以及愛滋感染者心中對於「愛滋負面形象」相當重要。回首過往對於愛滋感染者的負面形象，不少宣傳單張透過公家單位印製發行，嘗試以嚇阻的方式降低不安全行為的發生，但是卻造成現階段愛滋感染者心中仍舊殘有這樣的負面形象。另外一方面，部分社福單位以經費需求為出現，呈現愛滋感染者脆弱且改過的一面，以獲取社會大眾憐憫的視線，這些形象其實都可能影響社會大眾對愛滋感染者的刻板印象。

因此，建議愛滋相關社會福利機構，應全面且正向的傳達愛滋教育，從基本的教育做起，初期目標將宣導放在學生、教師、家長、醫療護理人員、公家機關人員，甚至公司行號等，並且在製作宣傳單張時，修正過往所提供的恐嚇單張，應實體呈現愛滋感染者正向積極的一面。但是在中長期目標，則需要將愛滋課程分階段的納入學校課綱當中，透過正確且生活化的方式教育未來的學童，才有機會將愛滋感染者的負面形象從根本破除。

（五）服藥順從度為提昇愛滋感染者權能表現的重要因子，因此實務工作者儘量協助愛滋感染者順從服藥為優先。

服用任何藥物針對服藥者來說都是相當具有挑戰的議題，尤其在抗愛滋病毒藥物所帶給愛滋感染者相關副作用的狀況之下，許多愛滋感染者其實對於服藥有許多恐慌的想像。在研究者自己的實務經驗當中亦得知，許多感染者在身體免疫系統尚可負荷的狀況之下，皆希望選擇不服藥，因此如何提昇愛滋感染者的服藥順從程度，將是實務工作者相當重要

的課題。

透過本研究的發現，也讓服藥順從的議題從生理健康，提昇至社會權能的層面，因此增強權能的課題，不再是社會工作者的任務，醫院當中的醫護人員，也成為促進感染者權能表現的推手之一，因此，實務工作者在與個案討論服藥順從的過程當中，不再只是希冀感染者能夠降低病毒量、提昇免疫力、降低傳染性的關注，亦包含增強感染者權能的責任。

二、提供未來研究之建議

(一) 持續找尋能夠激發愛滋感染者權能增強的影響因素，例如社會支持、社會網絡、精神疾病診斷等。

愛滋感染者權能表現的影響因素眾多，本研究所納入的變項當中，目前只呈現 36% 的解釋力，表示尚有許多解釋變項尚未找到，文獻當中提到社會支持、社會網絡系統、精神疾病診斷等皆有可能影響個人的權能表現，因此未來的研究方向，建議能夠持續找尋激發愛滋感染者權能表現的相關影響因素。

(二) 發展提昇愛滋感染者生活滿意度之指標分析與處遇模式。

愛滋感染者權能表現的影響因素當中，生活滿意度最具有解釋力，但是在實務層面當中，了解生活滿意度且能具體的列出生活滿意度的參考指標，將有助於實務工作者的處遇模式與評估。因此建議未來的研究方向能以發展愛滋感染者生活滿意度的指標分析為主，並有助於回饋實務工作者納入提昇愛滋感染者生活滿意度的處遇模式。

(三) 探索愛滋感染者成為社區代表的形成歷程與阻礙因應方式。

要成為愛滋社群的代表，勢必需要經過一段歷程，歷程當中包含挑戰、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當中的「復元」，讓愛滋感染者從個案與病人的角色脫胎換骨成為助人者的角色，這段歷程與經驗實屬相當重要的研究議題。尤其當他們遇到相關的阻礙時（如身份揭露、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，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的阻礙。

(四) 探索愛滋助人工作者所提供的增強權能策略與處遇模式。

本研究發現，增強權能至今仍舊難以被落實，雖然愛滋感染者權能表現的影響因素眾多，但可探索助人者或相關機構的增強權能策略。當組織贊成激發愛滋感染者的權能時，其工作人員會因為組織氛圍而願意提供較多的增強權能策略；但是某些組織則不一定會有這樣的想法，因此接觸該組織的愛滋感染者，可能就不具有權能激發的感受。

因此探索愛滋助人工作者對於愛滋感染者的權能激發策略，有助於了解目前的愛滋助人工作者所具備的權能策略有哪一些，並期待可以描繪出助人者所運用的權能激發處遇模式，有助於愛滋感染者權能的提升。

(五) 尋找服藥順從度與權能表現的中介變項，以完整呈現因果關係。

服藥順從度能夠解釋個人的權能表現，這樣的發現相當具有深度探索的意義，具研究者推測，服藥順從度能夠解釋個人權能，可能與順從服藥而能掌握自己的健康狀況且提昇免疫系統有關。因此，服藥順從到權能表現之間勢必還存在一中介變項尚未被發掘，此部份還需要更多的文獻與研究佐證才能求證這樣的推論。

三、提供愛滋感染者之建議

(一) 相信自己可以為自己發聲、相信自己可以改變環境對於愛滋感染者邊緣化的形象。

研究指出愛滋感染者其實具有足夠的權能可以為自己發聲，三個權能向度方面，社會政治權能的程度最高，這樣的結果呈現愛滋感染者其實具有良好的權能表現；但是在次向度方面，愛滋感染者基於外在資源、需求表達，以及不相信自己可以改變環境等因素，讓整體權能尚有提昇的空間，因此，在此建議愛滋感染者，相信自己具有為族群發聲的能力，如果有許多顧慮，或許可以先與友善的組織團體進行互動，從中展現自己的能力。透過這樣的積極展現與資源連結，相信可以逐漸改變愛滋感染者在社會的邊緣地位。

(二) 學習與過去的自己和好，也學習從過去的傷痛經驗當中復元，以提升生活滿意度為目標。

生活滿意度影響愛滋感染者的權能表現，如果可以提昇愛滋感染者的生活滿意度，則建議處理過去事件的滿意程度。對於愛滋感染者來說，希望改變過去的事件，也許希望回到危險行為發生的那一天，讓自己遠離已感染者，而不會讓自己成為「生病的人」。但是，這樣的念頭對於整體與實際來說，影響到當下的生活滿意度。因此，我們可以對於過去產生情緒，但是希望不會花太久的時間與過去爭執，學習從相關的負面經驗當中逐漸的意識到當下生命的價值，尤其從過去經驗如何形塑現在的自己時，實屬疾病適應相當重要的部份，也相信需要花許多的時間達成。

(三) 與愛滋運動先驅合作，以達影響與經驗傳承的目的。

愛滋運動 26 年，許多愛滋感染者仍舊自責感染與躲藏身份，這樣隱晦的結果，讓愛滋運動雖然歷經這些時光，卻仍舊有很大的前進空間。愛滋感染者其實相當有能力，除了感染疾病之外，每一位感染者皆具有自己的專長，因此如何發揮所長，創造合作機會相當重要。透過創造愛滋感染者支持網絡，可以讓感染者得到情緒上的支持，但是透過與愛滋運動相關的感染者與先驅建立網絡，則是能夠影響到政策面向的支持功能。與愛滋運動先驅合作，因此經驗才得以傳承，政府機關才有機會聽見感染者的聲音，而非讓經驗斷裂且營造出政府與感染者、民間單位相互競爭的局面。因此，已經準備好為自己的權益行動的愛滋感染者，建議可以開始與相關先驅或機構進行聯繫，愛滋感染運動也許還會持續走下去，一步一步學習社會運動的醞釀，傳承重要的經驗刻不容緩。

第四節 研究限制

本研究在執行的過程當中有若干限制，因此本節將經由研究方法、研究對象、測量工具以及調查工具四個面向進行檢討

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，進行愛滋感染者權能表現的橫斷式研究，因此可

以概略了解愛滋感染者的權能表現、生活滿意、愛滋內在烙印、活動參與狀況以及愛滋知識的情形，但是在許多資料方面，值得以質性研究的方式更深入探索其內容，而這一點即是本研究所無法兼顧的部份。尤其在權能實踐的部份，如能透過質性研究的方式進行，將可以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

在本研究當中，約有 72 份的樣本為非社會福利機構接觸者，佔全體比例 19%，其他的樣本大多來自全台灣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，本研究皆取得定量之樣本，雖然樣本還是有其多樣性，但是卻難以抽樣非社會福利機構接觸者。

研究者嘗試與醫院或公衛體系聯繫，但是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，但是相信與真實的愛滋感染者母體相比，仍有其誤差。

三、測量工具之限制

(一) 權能表現量表

本研究運用權能表現量表測量愛滋感染者的權能表現，但在測量工具使用時，未按照原量表的題項排序進行施測，而是以次向度的題項順序施測，因此施測的結果可能會有些誤差，但是誤差為何難以估計。

(二) 愛滋內在烙印量表

愛滋內在烙印量表在進行分析時，刪除自我接納相關性低的兩道題目，因此與原量表希望測得的內涵可能會有些誤差。研究者推測，此量表為研究者自行翻譯，在反向題的部份可能未妥善運用易懂之語言，因此造成這兩題的題目在作答時不易理解，因此相關性低，最後則以刪題的方式提高其內在一致性。

(三) 愛滋知識量表

本研究透過愛滋知識量表簡易版本進行測量，目的是以較少之題數，來測量感染者對

疾病之知識，但是這樣的狀況則是內在一致性偏低的狀況，台灣目前暫無發展良好、題項少之愛滋知識量表，因此本研究在分析時，未避免誤差過大，以答對題數的方式分析知識的豐富性，而不以答對的題目範圍為分析。

另外一項為量表本身的缺陷，因愛滋知識量表第六題的題目過於學術，不夠實務取向，原來的答案恐無法測得受訪者對該題的知識，因此進行答案的改變。第六題題目描述為「愛滋病毒可在使用過的針具(含殘餘血液)中最長存活多久？」，此項題目的納入在原量表發展的過程中即未經由常規的管道進行信效度的分析，而研究者再經由量表發展文獻當中尋得原文以及透過台大醫院感染科羅一均醫師的解釋得知，此項研究中(Heimer & Abala, 2000)，研究人員將 20cc 之愛滋感染者血液放置室外並測量其存活時間，但是此項單一研究經由嚴謹控制的實驗室進行，一般來說，藥癮愛滋感染者並不會殘留 20cc 的血液於針具當中，因此原題目的答案「數小時」是不符合實務經驗，而原來在臨床當中告知愛滋病毒離開人體之後的存活時間為 30 秒到 3 分鐘的答案，會比較貼近事實，因此愛滋知識量表第六題之答案，經由研究者詢問專家以及考慮答案的貼近性與正確性，修改為「數分鐘」。

(四) 人口變項資料

人口變項的填答大致上沒有問題，但是在愛滋病毒生化功能指數方面，則出現許多漏填之狀況。原因為許多愛滋感染者未規律與醫療院所接觸，或遺忘自己的生化功能指數，因此在詢問 CD4 和病毒量的時候，會造成空白或遺漏的狀況發生，進而影響到分析可以納入的樣本數量。

四、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，但是在問卷發放的過程當中，研究者無法監控品質，以及受訪者是否有不願意填答但是遭訪員強迫填答等狀況發生，因此如果能有更精緻且扎實的訪員訓練，將有助於研究的資料回收。

參考文獻

(中文部分)

- 王麗雲、潘慧玲(2000)。教師彰顯益能的概念與實施策略。《教育研究季刊》, 44, 173-200。
- 古力巴(2006)。台灣地區愛滋病患之需求評估。陽明大學公共衛生研究所碩士論文。
- 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, 頁304-311。
- 台灣露德協會(2011), 認識愛滋, <http://www.lourdes.org.tw/#>, 瀏覽時間2011/05/30。
- 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。
- 行政院衛生署疾病管制局(2011) 愛滋虛擬博物館統國內疫情計資料。
<http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=11234&CtNode=1095&mp=220> 瀏覽時間
- 向德平、韓孟杰(2009)。《困境與出路—愛滋病患者的社會處境研究》。北京: 社會科學文獻出版社。
- 余漢儀(1996)。《兒童虐待—現象檢視與問題反思》。台北: 巨流。
- 李開敏(2003)。性犯罪問題面面觀—受害兒少的創傷與輔導。《月旦法學》, 96, 頁 54-74。
- 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 頁 49-86。
- 金毓慶(2006)。愛滋病毒感染者的社會支持、非理性信念與情緒困擾之關係研究。高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 林正鄆(2010)。男同性戀愛滋感染者就醫就業障礙與因應方式之初探。台灣師範大學社會工作研究所碩士論文。
- 施俊均(1999)。台灣地區HIV 感染者生活適應之探討。《中華醫務社會工作學刊》, 8, 127-144。
- 洪怡菁(2007)。HIV 感染受刑人的人格特質、社會支持與希望感之相關研究。高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 國家衛生研究院(2009)。我國愛滋病防治政策建議書。
- 陳怡芳(2003)。疾病污名的社會表徵—一項多元尺度法的研究。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 陳怡伶(2008)。毒癮愛滋感染者社會網絡與社會適應之探討。暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
- 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。

- 陳盈智 (2009)。賦權(Empowerment)思想之儒家省察—以社會工作實務為中心。南華大學哲學系碩士論文。
- 陳寬裕、王正華, (2010), 論文統計分析實務：SPSS 與 Amos 的運用, 台北：五南圖書。
- 莫藜藜、鍾道詮 (2006)。從愛滋社工者的工作經驗初探「部分社工者不願提供服務給愛滋感染者或病患」之現象。台灣社會工作學刊, 6:1-31。
- 莊葦、劉仲冬 (1997)。愛滋風暴—愛滋之烙印對感染者及一般民眾之意義。護理研究, 5:1, 頁 52-64。
- 張麗玉 (2002)。愛滋病患社會心理調適之探討。愛滋病照護學理論與實務之應用, 頁 183-196。
- 張麗玉、楊宗憲、林佳諺、周玲玲、莊哲彥 (2003)。愛滋病患配偶或伴侶的壓力、社會支持與因應策略之研究。臺灣醫界, 46:6, 頁 28-33。
- 張麗玉、黃椿玲 (2008)。發現復原力：愛滋患者的社會工作處遇實務探討。臺灣健康照顧研究學刊, 27:2, 頁 118-126。
- 葉肅科 (2008)。健康、疾病與醫療：醫療社會學新論。臺北：三民。
- 楊美紅 (1998)。台灣北部地區愛滋病毒感染者生活品質及其相關因素之探討。國防醫學院護理學研究所碩士論文。
- 楊靖慧、郭旭崧 (2006)。愛滋病之流行病學。愛滋病學第二版。台北：健康文化。
- 鄭麗珍 (2003)。〈增強權能理論與倡導〉, 載於宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍編著, 《社會工作理論—處遇模式與案例分析》, 頁 407-440。台北：洪葉出版社。
- 趙善如 (1999)。「增強力量」觀點之社會工作實務要素與處遇策略。台大社會工作學刊, 1, 231-262。
- 潘淑滿 (2000)。社會個案工作。臺北市：心理出版社。
- 鐘道詮 (1998)。男同志在面對愛滋烙印與防治政策的壓力及其因應策略。台灣性學學刊, 4:1, 頁 16-27。
- 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, 台灣大學社會工作研究所碩士論文。
- 簡春安、鄒平儀 (2004)。社會工作研究法。台北：巨流。

(英文部分)

- Apinundecha C, Laohasiriwong W, Cameron M. P., Lim S. (2007). A community participation intervention to reduce HIV/AIDS stigma, Nakhon Ratchasima province, northeast Thailand.

AIDS Care. V19, I9, pp1157-1165.

Adams R.(2008). *Empowerment, Participation and Social Work*. Palgrave Macmillan.

Agochukwu (2010) . Women HIV education, capacity building and economic empowerment initiative. *Retrovirology*, Supplement 1, Vol. 7, p1-1.

Bullock A. (1985) . *The Humanist Tradition in the West*. 董樂山譯 (2000) 。西方人文主義傳統，究竟出版。

Baistow, K. (1995) . Liberation and regulation? Some paradoxes of empowerment. *Critical Social Policy*, 14, 3 (42) , 34-46.

Becker, Guenther-Gray, Raj(1998). Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*. 46:7, pp831.

Bandura, A. (1986) . *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Boehm, A. and Staples, L.H. (2002) . 'The Functions of the Social Worker in Empowering: The Voices of Consumers and Professionals', *Social Work* ,47, pp449-460.

Boehm, A. & Staples, L. H. (2004) . Empowerment: the point of view of consumers, *Families in Society*, 85:2, 270-280.

Bunn, J. Y., Solomon, S. E., Miller, C., Forehand, R. (2007) . Measurement of stigma in people with HIV: a reexamination of the HIV Stigma Scale. *AIDS Educational Preview*. 19:3, pp.198-208.

Conger, J. A. & Kanungo, R. N. (1998) . The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of management Review*, 13:3, pp471-482.

Crossley M.(1998). 'Sick role' or 'empowerment'? The ambiguities of life with an HIV positive diagnosis. *Sociology of Health & Illness*, 20:4, pp507.

Capitiano, J.P., & Herek, G.M. (1999) . AIDS-related stigma and attitudes toward injecting drug users among Black and White Americans. *American Behavioral Scientist*, 42, pp1144-1157.

Clarke, N. (2001) , Training as a vehicle to empower carers in the community: more than a question of information sharing. *Health & Social Care in the Community*, 9, pp.79–88.

Champeau & Shaw (2002) . Power, Empowerment, and Critical Consciousness in Community Collaboration: Lessons from an Advisory Panel for an HIV Awareness Media Campaign for Women. *Women & Health*, 36: 3, pp31.

Chadiha, L. A., Adams, P., Biegel, D. E., Auslander, W., Gutiérrez, L. (2004) Empowering

- African American women informal caregivers: a literature synthesis and practice strategies. *Social Work*. 49:1, pp.97-108.
- Cornish, F.(2006). Empowerment to participate: a case study of participation by Indian sex workers in HIV prevention. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Vol. 16 Issue 4, p301-315.
- Chan, K. Y.; Stooze, M. A.; Reidpath, D. D. (2008) . Stigma, social reciprocity and exclusion of HIV/AIDS patients with illicit drug histories a study of Thai nurses' attitudes. *Harm Reduction Journal* 5:28.
- Cowger, C. D. (1994). Assessing client strengths: Clinical assessment for client empowerment. *Social Work*, 39:3, pp.262-268.
- Chamberlin, J. (1997) . A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, pp.43-46.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, pp.71–75.
- Evans, E. N.(1992) . Liberation theology, empowerment theory and social work practice with the oppressed. *International Social Work*, 35, pp.135-147.
- Emler, C. A. (2006) . A comparison of HIV stigma and disclosure patterns between older and younger adults living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS*. 20:5, pp. 350-358.
- 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, p439-44.
- 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, pp50-67.
- Frans, D. J. (1993) . A scale for measuring social worker empowerment research, *Research on Social Work Practice*, 3:3, pp.312-328.
- Fawcett, S. B., Paine-Andrews, A., Francisco, V. T., Schultz, J. A., Richter, K. P., Lewis, R. K., Williams, E. L., Harris, K. J., Berkley, J. Y., Fisher, J. L and Lopez, C. M. (1995) . Using Empowerment Theory in Collaborative Partnership for Community Health and Development. *American Journal of Psychology*, 23:5, pp.677-697.
- Goffman, E.(1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall Englewood Cliffs, NJ.

- Geiger, G. R. (1903) *John Dewey in perspective*. 李日章譯 (2005)。杜威－科學的人文主義哲學家，台北，康德出版社。
- Gutiérrez, L. (1990) .Working with women of color. *Social Work*, 35, pp149-154.
- Gutiérrez, L. (1994). Beyond coping: An empowerment perspective on stressful life events. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 21, pp.201-219.
- Gutiérrez, L., Glenmayer, L. & Delois, K. (1995) . The organizational context of empowerment practice: Implications for social work administration, *Social Work*, 40:2, pp249-258.
- Gutiérrez, L. M., Parsons, R. J., & Cox, E. O. (Eds.) (1998) . *Empowerment in social work practice: A sourcebook*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Gutiérrez, L.; Oh, H. J.; Gillmore, M. R.(2000) . Toward an understanding of (Em) power (ment) for HIV/AIDS prevention with adolescent women. *Sex Roles*. 42, pp.581–611.
- Goudsmit J. (1997) *Viral Sex: The Nature of AIDS* .Oxford University Press, USA; 1 edition.
- Grant, L. M.(1998). Essential Facts Every Social Worker Needs to Know, in D. M. Aronstein & B. J. Thompson(Eds), *HIV and Social Work: A Practitioner's Guide*, 3-25, New York: The Haworth Press.
- Herek, G. M., Mitnick, L., Burris, S., Chesney, M., Devine, P., Fullilove, M. T., Fullilove, R., Gunther, H. C., Levi, J., Michaels, S., Novick, A., Pryor, J., Snyder, M., & Sweeney, T. (1998). AIDS and stigma: A conceptual framework and research agenda. *AIDS and Public Policy Journal*, 1 :1, pp36-47
- Herek, G. M. (1999) . AIDS and stigma. *American Behavior Science*;42, pp1106–1116.
- Hilton, M.(2003). *Consumerism in Twentieth Century Britain: The Search for a Historical Movement*. Cambridge University Press.
- Honold, L. (1997) . A review of the literature on employee empowerment. *Empowerment in Organizations*, 5:4, pp.202-210.
- Itzhaky, H. & York, A. (2000) . Empowerment and community participation: does gender make a difference, *Social Work Research*, 24:4, pp. 225-234.
- 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, pp.584–592.
- 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, pp. 87-93.

- Klakovich, M. D. (1995) Development and psychometric evaluation of the reciprocal empowerment scale. *Journal of Nursing Measurement*. 3:2,pp. 29-35.
- Lee, J. A. B.(2001) *The Empowerment Approach to Social Work Practice: Building the Beloved Community*(2nd edn). New York, Columbia University Press.
- Lee, R., Kochman, A., & Sikkema, K. (2002) . Internalized stigma among people living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 6, pp.309-319.
- Lukes, S. (1974, 2005) . *Power: A Radical View*. Palgrave Macmillan; 2nd edition.
- Lindhorst, D. M., Hamilton, G., Young, E. & Eckert, A. (2002) . Opportunities and barriers to empowering people with severe mental illness through participation in treatment planning. *Social Work*. 47:4, pp.425-434.
- Maluwa, M., Aggleton, P. and Parker, R. (2002). HIV/AIDS Stigma, Discrimination and Human Rights – A Critical Overview. *Health and Human Rights*. 6, 1:1-15.
- Marellich, W. D., & Murphy, D. A. (2003). Effects of empowerment among HIV-positive women on the patient-provider relationship. *AIDS Care*, 15, 475-481.
- Maton, K. I., & Rappaport, J. (1984). Empowerment in a religious setting: A multivariate investigation. *Prevention in Human Services*, 3, pp.37-72.
- Mathews, W. C.; McCutchan, J. A.; Asch, S.; Turner, B. J.; Gifford, A.L.; Kuromiya, K.; Brown, J.; Shapiro, M. F.; Bozzette, S. A. (2000) . National estimates of HIV-related symptom prevalence from the HIV Cost and Services Utilization Study. *Medical Care* , 38, pp.750-762.
- Marin, B. V. (2003) . HIV Prevention in the Hispanic Community: Sex, Culture and Empowerment. *Journal of Transcultural Nursing*. 14:3,pp.186
- 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 pp.469-477.
- Mosack, K. E., Weinhardt, L. S., Kelly, J. A., Gore-Felton, C., McAuliffe, T. L., Johnson, M. O., Remien, R. H., Rotheram-Borus, M. J., Ehrhardt, A. A., Chesney, M. A., Morin, S. F. (2008) . Influence of coping, social support, and depression on subjective health status among HIV-positive adults with different sexual identities. *Behavioral medicine*. 34:4, pp. 133-44.
- Monette, D.R., Sullivan, T.J., and DeJong, C.R. (2002). Applied social research: Tool for the human services (5th Ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Oxford dictionary(1989): <http://oxforddictionaries.com/> , 瀏覽日期 , 2011/05/30

- Perkins, D. D. (1995) . Speaking truth to power: Empowerment ideology as social intervention and policy. *American Journal of Community Psychology*, 23:5, pp.765–794.
- Pardasani M. P. (2005) . HIV Prevention and sex workers: an international lesson in empowerment. *Journal of International Social Welfare*, 14, pp116-126.
- Payne, M. (2005). *Modern Social Work Theory* (3rd ed.). Palgrave Macmillan.
- Parsons, R. (1991) , Empowerment : purpose and practice principle in social work, *social work with Groups*, 14:2, pp7-21.
- Peterson, N. A.& Speer, P. W. (2000) . Linking Organizational Characteristics to Psychological Empowerment Contextual Issues in Empowerment Theory. *Administration in Social Work*. 24:4, pp.39-58.
- Rich, R. C., Edelstein M., Hallman W. K., and Wandersman , A. H. (1995) . Citizen Participation and Empowerment: The Case of Local Environmental Hazards. *American Journal of Community Psychology*, 23:5, pp.657-676.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, pp1 – 7.
- Rappaport, J. (1987) . Term of empowerment/examples of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*. 15:2, pp121-148.
- Rappaport, J. (1995) Empowerment meets narrative: listening to stories and creating settings. *American Journal of Community Psychology*, 23:5, pp795-807.
- Rogers E. S., Chamberlin J., Ellison M. L., Crean T. (1997) . A consumer-Constructed Scale to measure empowerment among users of mental health services.
- 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, pp. 401-6.
- 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, pp.359–368.
- 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, pp.390–405.
- Solomon, B. B. (1976) . *Black empowerment: Social work in oppressed communities*. Columbia University Press (New York).

- Simon, B. L., (1994). *The empowerment tradition in American social work: A history*. Columbia University Press.
- Speer, P.W., & Hughey, J. (1995). Community organizing: An ecological route to empowerment and power. *American Journal of Community Psychology*, 23, pp729-748.
- Saag, M. S.(1997). Use of HIV viral load in clinical practice: back to the future. *Annals of internal medicine*, 126:12, pp983-985.
- Staples, L. (1990) . Powerful idea about empowerment. *Administration in Social Work*, 14:2, pp.29-42.
- 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, pp.184–196.
- Segal, S., Silverman, C., Temkin, T. (1995) . Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Mental Health Journal*,. 31, pp.215–227.
- 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, pp.748-58.
- Sayles, J. N., Wong, M. D., Kinsler, J. J., Martins, D., Cunningham, W. E.(2009). The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *Journal of Genetic Intern Medicin*.24(10):1101-8.
- Sean Strub (2008). *Renewing the Denver Principles*.
http://www.poz.com/articles/sean_strub_usca_hiv_401_15335.shtml 瀏覽時間：
 2010/11/13。
- Spreitzer, G. M. (1995) . Psychological empowerment in the workplaceL Dimensions, measurement and Validation. *Academy of Management Journal*, 38:5, pp.1442-1465.
- Sue D. W. & Sue D. (2008) . *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. Wiley; 5 edition.
- The Denver Principles (1983). <http://www.actupny.org/documents/Denver.html> 瀏覽時間：
 2010/11/13。
- Thomas M. & Pierson J. (2006) .*Dictionary of Social Work*. London, Collins Educational.
- Taylor-Brown, S.(1995). HIV/AIDS: Direct Practice, in L. Beebe (Ed.), *Encyclopedia of Social*

- Work (19th ed.), 1291-1305, Washington, D. C.: NASW.
- Thomas, K. W. & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: an interpretive model of Intrinsic motivation. *Academy of Management Review*, 15, pp.666-681.
- Tengland, P. (2008) . Empowerment: A Conceptual Discussion. *Health Care Analysis*, 16, pp.77-96.
- The WHOQOL-Taiwan Group. The User's manual of the development of the WHOQOL-BREF Taiwan version. 1st ed. Taiwan, Taipei, 2000.
- Uys L, Chirwa M, Kohi T, Greeff M, Naidoo J, Makoae L, Dlamini P, Durrheim K, Cuca Y, Holzemer W (2009) .Evaluation of a health setting-based stigma intervention in five African countries. *AIDS Patient Care and STDS*. V23. N12, pp1059-1066.
- UNAIDS (2002) . HIV-related stigma, discrimination and human rights violations: A Conceptual Framework and an Agenda for Action.
- UNDP(2004). From Involvement to Empowerment: People Living with HIV/AIDS in Asia Pacific..
- UNAIDS(2005) . HIV-related stigma, discrimination and human rights violations: case studies of successful programmes.
- UNAIDS(2010).Report on the Global AIDS Epidemic 2010.
- 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, pp.103-107.
- Walsh, T., Lord, B. (2004) . Client satisfaction and empowerment through social work intervention. *Social work in health care*. 38:4, pp.37-56
- Ware, N. C., Wyatt, M. A., Tugenberg, T. (2006) . Social relationships, stigma and adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *AIDS Care* V18. I8, pp904-910.
- Weiss, M. G, Ramakrishna, J., Somma, D. (2006) . Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, V11, I3, pp277-287.
- Wallerstein, N. (1992) . Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6, pp.197-205.
- Wu, C. & Yao, G.(2006). Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the Satisfaction with Life Scale. *Personality and Individual Differences*. 40, pp1259-1268.
- Yip, K. (2004) . The Empowerment Model: A Critical Reflection of Empowerment in Chinese

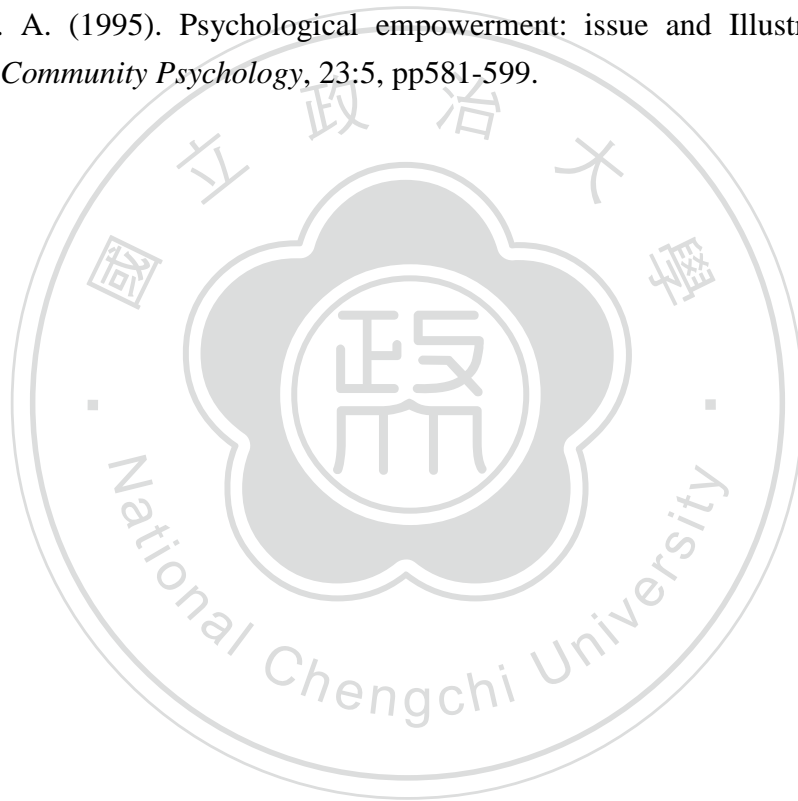
Culture. *Social Work*, 49:3, pp479-487.

Zimmerman, M. A. and Rappaport, J. (1988) . Citizen participation, perceived control and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16, pp.725–750.

Zimmerman, M.A.(1990), Taking Aim on Empowerment Research: On the Distinction Between Individual and Psychological Conceptions, *American Journal of Community Psychology*, 18:1, pp169-177.

Zimmerman (1994) .Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Education Quarterly journal*, 21, pp.281.

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: issue and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23:5, pp581-599.



訪問員注意事項

先謝謝各位夥伴願意協助登閱問卷的發放，這份問卷主要探討感染者權力使用的能力以及影響因素。為了讓問卷進行的過程順利一點，我草擬了七點注意事項，讓大家在發放問卷的過程中能夠有些提醒。

一、說明問卷為匿名性

社工與同儕可以在會談或活動的最後說明有這樣的一份問卷，請務必說明問卷為匿名性、個人研究用途、不會有個人資料呈現，因此請朋友不用擔心曝光的議題。

二、說明研究內容

說明該項研究主要了解感染者運用權力的能力以及哪些因素影響他們運用這樣的能力，如果要更精緻的說明，可以表示「我們都有與生俱來的權力，有時候因為某些因素，而讓我們蒙蔽自己對於權力的施展，本研究即是希望了解感染者現階段對於自身權力的看法，以及影響權力施展的因素」。

或者說明「這是一份了解感染者如何影響他人與發展自我能力的問卷」。

三、告知回饋金

說明一份問卷有 100 元 的回饋金。

四、詢問意願

詢問對方是否願意填寫這份問卷，如果朋友表示不方便或者無意願，以尊重朋友的意願為主，不強迫朋友填寫。

五、問卷填寫

一份問卷填寫，不論一般或藥癮功能普通的朋友，計算大概需要 10-15 分鐘的填答時間，因此也請夥伴讓朋友可以有一個舒適與隱私的空間進行問卷的填答囉。請協助檢查填答者是否有漏填，如有漏填，請提醒填答者補上。如訪員協助填答，請依最能呈現真實回應的狀況填答。

六、問卷回收與檢查

請問卷回收後協助檢查是否每一個問項都獲得勾選，而後再致贈回饋金。請儘量降低漏填答的狀況發生

七、受訪者可能詢問之問題

(一) 這份問卷是在了解甚麼？

本份問卷主要在了解感染者對於自身權力的看法，我們都有與生俱來的權力，有時候因為某些因素，而讓我們蒙蔽自己對於權力的施展，本研究即是希望了解感染者現階段對於自身權力的看法，以及影響權力施展的因素

(二) 為什麼針對愛滋感染者？

每一個族群都有自身的權力，而愛滋感染者近幾年來在權力施展的過程中，常因社會烙印而感到權力受到阻礙，但是在某些感染朋友當中，就算權力受到阻礙，仍舊願意去衝撞體制，因此感染者的權力表現以及受那些因素影響，至今尚未有明確的研究或數據呈現，因此希望透過這份問卷，了解感染者的權力表現以及影響因素，讓服務制定過程當中，可以提升感染者的此部分的能力。

(三) 我有甚麼好處？

填寫本份問卷除了物質上可以獲得一百元現金之外，在未來的結果呈現上，能夠瞭解感染者現階段的權力現狀，對於整個感染者社群而言，了解相關因素，可以協助大家提升自己對於權力的看法，並在未來相關的服務提供、環境改變上，對症下藥。

(四) 填寫不下去，我可以停下來嗎？

本份問卷為自由填答，所以當您感到不舒服或不願意填答時，請不要勉強自己，不繼續填答是可以的。也深感抱歉問卷讓您有不舒服的感受。若您覺得自己在填答的過程當中權益受到損害，也請您與露德的工作人員申訴。

最後，感謝大家的協助與配合，這份研究主要研究感染者權能表現的程度，我很珍惜每一份回收的問卷，也很希望可以將結果回饋給社群，注意事項當中如有文句不通順的部分，也請工作人員使用自身容易表達的字詞，順利地傳達，在此，再次感謝大家的協助，願我們的朋友與我們的服務更好！

登閱敬上 2011.08.09

附錄二 正式施測問卷

敬愛的朋友們，您好：

我是國立政治大學社會工作研究所學生莊登閔，目前正在執行一項有關「愛滋感染者權能增強影響因素之研究」，此份調查問卷主要希望了解愛滋感染者目前使用權力的能力，以及相關影響使用權力的影響因素；希望藉由您參與此份問卷的填寫，能夠讓我們了解當今愛滋感染者對於自身權力的運用，以及影響此項能力運用的相關因素，以便讓我們未來能夠提供適切的服務，幫助愛滋感染者朋友提昇自己使用權力的能力。

填寫這份問卷大約需要十五到二十分鐘的時間，除了 78~83 題的問項具有標準答案之外，其他的問項皆視個人的狀態而有不同的答案，因此請您根據目前最真實的狀況填答。本份問卷所有相關的個人資料一律保密與匿名，請您安心填寫。此份問卷的運用，將以統計軟體的分析為主，不會有個別資料的呈現，分析結束之後，亦會銷毀此份問卷，因此請您放心。

如您在填寫問卷的過程當中有任何疑問，請不吝惜來電，電話號碼為 0937-788-135，當您在填寫問卷的過程當中感到不舒服，可以隨時中止問卷的填寫，我們尊重您的選擇與意願。

最後，非常感謝您閱讀完此封信，也感謝您願意填寫此份問卷，**您的填答對這項研究有莫大的意義與價值**，登閔也將在持續服務愛滋感染者的過程當中，運用本項研究的發現，與愛滋感染者一同發掘自身的能力來獲取自己的權力。

敬祝

平安健康 一切順利

國立政治大學社會工作研究所

指導老師：宋麗玉 教授

研究所學生：莊登閔 敬上

聯絡方式：0937-788-135

E-Mail：hiphop_doit@hotmail.com

【第一部分：權能感】

| <p>填答說明： 這部份的問項，主要希望了解你在生活當中各面向對於自身權能的感受，每一個問項都有四個選項，請您記得，問項當中並沒有標準答案，因此，請您在最符合您目前情境的部分打「v」。</p> | 非常 同意 | 同 意 | 不 同 意 | 非 常 不 同 意 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1、我認為自己是個有能力的人。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2、我覺得自己是一個有價值的人。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3、我對於自己所做的決定具有信心。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4、當我做計畫時，我有把握事情可以成功。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5、只要我認為可能的事，就可以做到。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6、我能夠決定我生活中大部分的事情。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7、一旦設定目標，我會努力去達成。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8、我能樂觀地面對挫折 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9、如果要爭取自身的權益時，我知道可以找哪些人幫忙。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10、如果需要向社會或政府表達自己的聲音時，我可以找到管道。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11、我可以說服別人接受我的建議。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12、別人會重視我說的話。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13、我覺得自己可以改變所處的環境。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14、我對生活感到無力。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15、我自覺無法和有權力的人對抗。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16、我通常感到孤獨。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17、我認為運氣不好造成我生命中的不幸。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18、我覺得別人忽視我的存在。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19、社會的現實狀況不是市井小民可以改變的 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20、人們一起努力，可以改變社會的環境。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21、人們如果團結起來，可以產生更大的社會力量。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22、採取行動就有可能解決社會問題。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23、我願意參加集體行動來改善鄰里的問題。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24、我願意參加集體行動來改善社會的問題。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25、我願意為社會上不公不義的事情挺身而出。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26、只要是對的事情，我敢向權威挑戰。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27、當人們遭遇不公平的社會對待時，我敢表達不滿的聲音。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28、我敢在公開場合表達與別人不同的意見。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29、我知道如何和別人維持良好的溝通。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30、我能夠清楚地向別人表達自己的想法。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31、與別人有不同的意見時，我能夠溝通和協調。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32、當與別人意見不一致時，我可以保持心情的平靜。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 33、我有勇氣面對困難。
- 34、當我需要別人幫助時，我會向別人提出來。

【第二部分 生活滿意度】

| 填答說明： | 非常同意 | 同意 | 稍微同意 | 無意見 | 稍微不同意 | 不同意 | 非常不同意 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 此部份的問項，主要了解您目前生活的滿意狀況，每一個問項都有七個選項，請您記得，問項當中並沒有標準答案，因此，請您在最符合您目前情境的部分打「v」。 | | | | | | | |
| 35、我的生活在許多方面都接近理想的狀態。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36、我的生活狀態相當好。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37、我對我的生活感到滿意。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38、到目前為止的人生當中，我已經得到最想要的事物了。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39、如果生命可以重來，我不想改變任何部分。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【第三部分 烙印感】

| 填答說明： | 從未如此 | 稍微如此 | 有時候如此 | 大部分如此 | 全部如此 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 此部份的問項，主要了解您對於身為愛滋感染者的感受，每一個問項都有五個選項，請您記得，問項當中並沒有標準答案，因此，請您在最符合您目前情境的部分打「v」。 | | | | | |
| 40、愛滋病跟癌症不一樣，因為會受到社會大眾評論。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41、社會大眾會認為我犯了什麼錯才得到愛滋病。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42、社會看不起得愛滋的人。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43、社會大眾認為我得到愛滋是因為我活該。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44、社會大眾會因為我得愛滋而責備我。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45、社會大眾會因為我得愛滋而認為我性生活複雜。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46、社會大眾認為我得愛滋所以不能有小孩。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47、社會大眾不希望讓愛滋感染者領養小孩。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48、社會大眾認為我是壞人，所以才得愛滋。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49、醫護人員認為愛滋感染者的性生活複雜。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50、人們會因為感染愛滋而失去他們的工作。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51、社會大眾認為愛滋感染者無法當一個好父母。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52、我在乎回診的時候是否有認識的人看到我。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53、我在乎使用抗愛滋病毒藥物而引發外觀改變時，他人就會知道我感染愛滋了。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54、我在乎當我前往愛滋相關機構的時候是否有認識的人看到我。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55、我在乎我的回診單被看到的時候，人們就知道我是感染者。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 56、我在乎當我發病的時候，認識的人就知道我是感染者。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57、護士和醫生接觸愛滋感染者都擔心自己會被感染。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58、護士和醫生不喜歡照顧愛滋感染病患。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59、我因為感染愛滋而遭家屬遺棄。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60、社會大眾對待我較不人道，只因為我感染愛滋。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61、社會大眾閃躲我因為我有愛滋。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62、我要好的朋友會擔心受到我的感染。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63、我覺得自己因為感染愛滋而被排除在外。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64、當我告訴別人我有愛滋時，我感到丟臉。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65、我能夠平常心的告訴我所認識的人我是愛滋感染者。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66、我的家人能夠平常心討論我是感染者。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67、對於感染者來說，不告訴同事自己感染愛滋是一件很重要的事情。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【第四部分 參與類型】

填答說明：

此部份的問項，主要了解您參與在愛滋相關組織的類型與角色，請您記得，問項當中並沒有標準答案，因此，請您在最符合您目前情境的部分打「v」。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 68、過去一年內，我參加過與愛滋相關的活動。 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 69、過去一年內，我曾經為愛滋社群行動過。 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

填答說明：70~72 題主要詢問參與的頻率，請您記得，問項當中並沒有標準答案，因此，請您在最符合您目前情境的部分打「v」。

- | | 總
是 | 經
常 | 有
時 | 稍
微 | 從
未 |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 70、過去一年內，我參與在愛滋相關的組織時間為？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71、過去一年內，我參與愛滋相關的會議與行動為？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72、過去一年內，我主動參與在愛滋相關討論的程度為？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 非常 同意 | 同 意 | 無 意 見 | 不 同 意 | 非常 不同 意 |

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 73、我在參與愛滋組織的活動當中感到有影響力。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74、我在所屬的愛滋組織當中感到重要且有影響力。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75、我能從其他感染者那邊接受到他們的需求和要求，進而提供協助。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76、我覺得自己是愛滋社群當中的代表 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

填答說明：77 題則是詢問參與的角色，請您記得，問項當中並沒有標準答案，因此，請您在最符合您目前情境的部分選擇答案。

_____77、我在所屬的愛滋組織當中的角色為何？

- (1) 完全沒有參與。

- (2) 消極角色。
- (3) 資訊接收的角色。
- (4) 我執行許多上級給我的任務。
- (5) 我偶而參與在規劃、決策和執行當中。
- (6) 我完全參與在規劃、決策和執行當中。

【第五部分 愛滋知識】

填答說明：

此部份主要了解您對愛滋相關的知識，每一題問項都有一個標準答案，請您將認為正確的答案填入空格當中。

___78、下列何者不會傳播愛滋？

- (1) 血液
- (2) 精液
- (3) 唾液
- (4) 陰道分泌物
- (5) 不知道

___79、下列何者為預防感染愛滋的正確方法？

- (1) 不與他人共用針頭針筒、稀釋液與洗滌水
- (2) 服用增強抵抗力的藥物
- (3) 與不熟識的人不戴保險套發生性行為
- (4) 陰莖插入前再戴上保險套，只接觸外陰部尚不必戴
- (5) 不知道

___80、下列關於愛滋感染的相關敘述何者不正確？

- (1) 愛滋的早期症狀為不明原因的體重減輕，免疫力降低
- (2) 尚無有效預防感染愛滋的疫苗，也無藥物根治
- (3) 可以透過捐血時，知道自己是否有感染愛滋
- (4) 蓄意傳播愛滋病毒可處有期徒刑
- (5) 不知道

___81、感染愛滋後，血液檢查無法立即測出抗體，但仍可傳染給他人，稱作「空窗期」，這種狀況通常經歷多少時間？

- (1) 5-7 天
- (2) 2-3 週
- (3) 1-3 月
- (4) 1-2 年
- (5) 不知道

___82、感染愛滋後，有一段時間是沒有症狀出現，稱為「潛伏期」，最長可達多久時間？

- (1) 1-3 週
- (2) 2-6 月
- (3) 1-2 年
- (4) 5-10 年
- (5) 不知道

___83、愛滋病毒可在使用過針具(含殘餘血液)最長可存活多久？

- (1) 數分鐘
- (2) 數小時
- (3) 數週
- (4) 數月
- (5) 不知道

【第六部分 服藥狀況】

填答說明：

此部份主要了解您服藥的狀況，每一題問項都有五個選擇，請您記得，問項當中並沒有標準答案，因此，請您在最符合您目前情境的部分打「v」。

84、請問您開始服用抗愛滋病毒藥物了嗎？是（續答第85題） 否（跳答至基本資料）

總 經 普 不 從
是 常 通 常 未

85、有些人表示他們有時候會少服用一些治療愛滋的藥物，你常發生這種狀況嗎？

86、有些人表示他們會忘記服用治療愛滋的藥物，你常發生這種狀況嗎？

【基本資料】

親愛的朋友，此部份是希望了解您的基本資料，請您在最符合目前情境的部分打「v」，或者協助完成自由填答的部份。

1、年齡：_____歲

2、生理性別：男 女

3、居住地

北部地區（基隆市、台北市、新北市、桃園縣、新竹市）

中部地區（苗栗縣、台中市、南投市、彰化縣、雲林縣）

南部地區（嘉義縣、台南市、高雄市）

東部地區（宜蘭縣、台東縣、屏東縣、花蓮縣）

4、教育程度 國中及以下 高中與高職 大學與大專 研究所以上

5、就業狀況 從未就業 待業中 兼職 全職 已退休 服刑中

6、每月個人總收入：約_____元

7、感染途徑：同性間性行為 異性間性行為 靜脈注射 其他（_____）

8、感染年資：_____年

9、最近一次的生化功能檢查指數：CD4：_____；病毒量：_____

最後，很感謝您的填答，請再檢查是否有漏填的選項，由衷的感謝您！