

國立臺灣大學 公共衛生學院 公共衛生碩士學位學程

碩士論文

Master of Public Health Degree Program

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis



建構無障礙用藥環境：視障族群友善藥事照護需求初探

Building a Barrier-Free Environment for Medication Use-

Exploring the needs of pharmaceutical care for visually

impaired population in Taiwan.

陳宜萱

Yi-Hsuan Chen

校內單位指導教師：官晨怡 助理教授

實習單位指導教師：歐凰姿 副教授

Advisor: Chen-I Kuan, Ph.D.

Preceptor: Hung-Tz Ou, Ph.D.

中華民國 109 年 7 月

July, 2020

中文摘要

根據衛生福利部公告之《105 年身心障礙者生活狀況及需求調查報告》，截至 105 年 6 月底，國內視覺障礙者人數有 57,118 人，有 36.43% 的視覺障礙族群有服藥上的困難，可見視障者的用藥安全是迫切需要被關注的議題。

本研究為質性研究，研究者透過焦點團體座談以及半結構訪談的方式探索視障者用藥經驗、感受與期待。在研究中發現，視障者的用藥歷程從藥品辨識、正確服藥、藥品管理與儲存以及用藥資訊的取得都充滿了挑戰與限制。而這樣的限制並不能全然歸因於視障者本身的視力限制，而是因此在這「致障」用藥環境中，缺乏藥品資訊易讀性的設計、醫藥人員對視障需求的敏感度不足以及取得藥事照護資源的可近性低等。

為了改善上述問題，除了推動藥品資訊易讀性的政策之外，藥事團體應與視障團體合作，評估國內障礙者用藥的處境、需求並制定相關無障礙藥事照護指引；而在藥師在執業過程中應能辨識視障者需求、精進諮詢以及溝通的技巧，並以提高視障者用藥自主性為目標提供個人化的藥事照護。透過多方的合作增進藥事照護資源取得的平等性，更保障視障族群有更安全的用藥環境。

關鍵字：無障礙、視障友善、藥事照護、用藥安全

英文摘要




Abstract

According to “Report on the Living Conditions and Needs of Persons with Disabilities in 2016” by the Ministry of Health and Welfare, as of the end of June 2016, there were 57,118 people with visual impairment in Taiwan, and 36.43% of the visually impaired people had difficulty in taking medication. Medication safety for visually impaired people needs urgent attention. This qualitative study explores the experience, feelings and expectations regarding medication for the visually impaired. Data is collected through focus groups and semi-structured interviews. The study finds that the medication use of visually impaired person full of challenges, including pill identification, correct medication, medication management and storage, and access to medication information. The difficulty is not merely a result of their own visual impairment. Instead, it is also the consequence of the "disability-causing" medication environment causing by the lack of legible drug information and insensitivity of medical personnel to the needs of visual impairment. The accessibility of medical are resources is low. To improve these problems in addition to the policy of promoting readable medication information, pharmaceutical groups should cooperate with visually impaired groups to assess their needs and formulate relevant barrier-free pharmaceutical care guidelines. In so doing, we can improve consultation and communication skills, and provide personalized pharmaceutical care to facilitate the independence of medication for visually impaired persons. Through multi-party cooperation, the equality of pharmaceutical care resources can be improved, and build a safer medication environment for all.

Key word: barrier-free, visually impaired friendly, pharmaceutical care, medication safety



目 錄	
中文摘要.....	ii
英文摘要.....	iii
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機與目的.....	1
第二節 文獻回顧.....	3
第三節 名詞定義.....	10
第四節 研究方法.....	12
第二章 視障者的用藥日常以及需求.....	17
第一節 漫長的候診.....	17
第二節 服藥的眉眉角角，需要被看見的需求.....	18
第三節 藥品效期管理.....	23
第四節 用藥獨立性.....	25
第三章 用藥資訊、健康知識的取得與挑戰.....	27
第一節 看得到，讀不了的藥品說明書.....	27
第二節 聽得到的資訊，聽不見的陷阱.....	30
第三節 「數位歧視」帶來的資訊落差.....	31
第四節 用藥的資訊平權.....	33
第四章 期待被擁抱的不安.....	34
第一節 從用藥看見視障者的心理狀態.....	34
第二節 關係的建立.....	36
第三節 分享帶來力量.....	39
第四節 增能賦權打造用藥安全的網絡.....	40
第五章 結論與建議.....	42
第一節 強調參與協作的照護設計.....	42
第二節 建構無障礙用藥環境.....	43
第三節 政策建議.....	45
第四節 限制與未來研究建議.....	49
參考文獻.....	50



附錄	1
附錄一	訪談大綱.....	1
附錄二	國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查核可證明.....	2
附錄三	研究參與者同意書-藥師版.....	3
附錄四	研究參與者同意書-視障照顧者版.....	6
附錄五	研究參與者同意書-視障者_見證人.....	9
附錄六	研究參與者同意書-視障者_QR code.....	11

圖目錄

圖 一 形狀相同的眼藥水，僅以顏色區隔	19
圖 二 藥餐包中間的刻痕不容易撕開	19
圖 三 增權賦能用藥網絡概念圖	41



表目錄

表格 一 NHS 視障者在藥局接受相關服務的指南-給視障者、藥局工作者	9
表格 二 國內視覺功能鑑定向度.....	10
表格 三 受訪者資料.....	15
表格 四 各國藥品字體標示建議.....	29
表格 五 本研究受訪者用藥議題分類以及藥師可提供之協助.....	47



第一章 緒論

第一節 研究動機與目的



目前國內對於視覺障礙的定義為：係指由於先天或後天原因，導致視覺器官（眼球、視覺神經、大腦視覺中心）之構造或機能發生部分或全部之障礙，經治療仍對外界事物無法（或甚難）作視覺之辨識而言(衛生福利部, 2018)。而視覺障礙進一步分類，可分為仍有殘存視覺的「低視能」者以及僅剩光感和無光感的「全盲」者(楊聖弘, 2014)。根據衛生福利部公告之《105 年身心障礙者生活狀況及需求調查報告》，截至 105 年 6 月底，國內視覺障礙者人數有 57,118 人，有 36.43% 的視覺障礙族群有服藥上的困難，相較於聽覺機能障礙(20.97%)、聲音或語言機能障礙者（20.09%）來得高。而目前國內發生視覺障礙年齡的中位數為 45 歲，造成視覺障礙的主要原因為後天疾病或老年退化（61.25%），有 70.96% 的視障者有定期就醫情形，這意味著，視障者的用藥安全是迫切需要被關注的議題(衛生福利部, 2018)。

而保障用藥安全的第一步就是要能夠充份了瞭解藥品的資訊，為此，國內亦於 104 年 12 月 2 日修法通過藥事法第 75 條第 3 項，修文提到：「經中央衛生主管機關公告之藥物，其標籤、仿單或包裝，除依第一項規定刊載外，應提供點字或其他足以提供資訊易讀性之輔助措施；其刊載事項、刊載方式及其他應遵行事項，由中央衛生主管機關定之。」。衛生福利部食品藥物管理署（以下簡稱食藥署）並於 105 年 3 月 8 日發布公告¹國內現有非處方藥品（包含醫師藥師藥劑生指示藥品、成藥）需在 108 年 12 月 31 日前完成「仿單」以及「外盒」的變更，要求內容的刊載應以民眾易理解的文字表達，並在外盒加載 QR code，讓視覺閱讀不便之民眾也能藉由手機輔助，將 QR code 內文字轉換成語音，用聽取的方式得到以下藥品資訊：藥品名稱、用途（適應症）用法用量、藥品劑型及形狀等可供辨識藥品之資訊，並規定需刊載於固定位置以利使用者辨視。這項

¹ 署授食字第 1051402455 號公告〈西藥非處方藥仿單外盒格式及規範〉及實施方法，該公告選擇以「非處方藥品」為首批易讀性變革的藥品，有別於醫師開立的藥品是當下就會使用，指示藥品和成藥常被用作家庭常備藥品，緩解輕微不適症狀，久久才使用一次，對於藥品的用途、用法用量等資訊較為陌生，需要藉由藥品包裝、說明書刊載的資訊再確認，因此非處方藥品資訊的易讀性推動是更為迫切的議題。

政策是臺灣推動藥品資訊易讀性相當重要的里程碑，也代表了政府對於視障者用藥安全的重視。食藥署亦委託台灣年輕藥師協會執行研究計畫²，依據公告內容輔導業者如期完成上述的變更，並舉辦多場座談會邀集非處方藥領域產、官、學界專家代表與相關民間團體，包括身心障礙團體代表等，蒐集各界意見以推動藥品資訊易讀性。

研究者於 105 年至 108 年期間以協同主持人的身份參與計畫的執行，亦籌備並全程參加了上述共計 5 場的「跨領域座談會」，觀察座談會中的討論發現該政策的推行存在著許多的困難，藥廠表達因產品包裝版面受限、印刷、排版等限制而無法加載 QR code 的難處；身心障礙團體代表認為應保障所有族群對藥物資訊「知」的權利，固然 QR code 可以協助視障者取得部份藥品資訊，但終究不是跟明眼人「一樣的資訊」，而這次的易讀性推動亦未考量智能障礙以及其他閱讀障礙者的需求。在多次討論後的結果，藥廠還是需要按照規定變更包裝，而身心障礙團體也只能「嚙魚蝦也好」似先接受目前的 QR code 政策，其他的需求只能容後再議。

身為藥師的自己在這過程當中也有了許多反思，視覺障礙者在藥品資訊取得之外，是不是有其他用藥安全相關需求尚未被滿足？目前藥品資訊易讀性政策推動以緩解輕微症狀之非處方藥品為優先，但在處方藥以及慢性病長期用藥的使用上是不是有著不一樣的需求？近代臨床藥學教育提倡以「病人」為中心的照護模式，然而國內現有藥事照護流程尚未考量不同族群的需求差異，特別是用藥資訊取得較為困難的視障族群。藥師對於視障者特質、用藥經驗以及背後脈絡的不熟悉，在缺乏相關工作指引的情境下，視障者是否能得到一樣的照護品質？而在藥事照護以及藥品資訊易讀性的議題中，除了藥廠的責任之外，藥師又應該扮演什麼樣的角色？這樣的反思也引發本研究動機，希望能藉由探索視障者的用藥經驗以及需求，作為建構無障礙用藥環境的基礎。

² 食藥署 105 年度「非處方藥品資訊易讀性之精進與推動」計畫，編號：MOHW104-FDA-113-000432



第二節 文獻回顧

一、障礙的基本概念

損傷 (impairment) 以及障礙 (disability) 是在探討障礙議題時很重要的兩個名詞，損傷係指個人的身體器官功能，包含：生理、心理層面等，因疾病、傷害、與先天遺傳等因素，而無法或不能完全發揮應有的功能；而障礙指的則是指個人相較於其他同年齡者無法或不能完全執行部份動作以及各種社會、職業、生活等各種功能，個人的損傷不一定會導致障礙，障礙經驗與過程 (disablement experience and process) 往往是障礙者在與外在環境以及他人互動時發生社會互動的經歷和過程而產生(王國羽 et al., 2019)。而 Nagi 進一步使用社會角色功能限制來分析上述的障礙經驗，功能限制是指在家庭、親職、社區參與或工作等角色因個人身體、心理等損傷而無法完成，在這個過程當中，每位個體所受到外部環境因素的支持與阻礙有所不同，亦是造成障礙與否的關鍵(Nagi, 1964)。進一步研究障礙經驗與論述，醫療 (medical model)、社會模式 (social model) 是近代常用的主要模型(林昭吟 et al., 2018; 王國羽 et al., 2019)。

醫療模式源自於 1980 年世界衛生組織發表第一版國際機能損傷、身心功能障礙與殘障分類 (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, ICDH)，在報告中將身體損傷部位與疾病分類系統進行整合，以「正常身體」為參考，認為是因損傷而導致障礙、殘障，這是一種單向的因果關係，將這個障礙狀態歸因於「個人」層次的疾病結果，但這樣的論點缺乏了外部社會環境的因素，而引起爭議(Organization, 1980)。

社會模式最早是在 1976 英國 Union of Physically Impaired Against Segregation, UPIAS 在 Fundamental Principles of Disability 宣言中提到，UPIAS 提出的觀點是，造成障礙者的「障礙」，並非全然來自於「個人」身體損傷結果，而是外部的「社會」環境所致，Michael Oliver 在他的書中提到障礙者遇到的社會排除 (social exclusion) 情境並非源自於身體的損傷而是社會回應他的方式(Oliver, 2009)。

呼應本研究的主題視障者的用藥議題，作為一個視力受限的患者，在服藥的過程如遇到困難，真的是因為「個人」的身體狀態導致，亦或是由於他們處在不夠完備的藥品標示政策、專業人員未能充份理解障礙經驗的「致障社會環境」(林昭吟 et al., 2018)之中？需要進一步探究。

二、視覺障礙者的健康照護需求

在探討視障者的用藥議題之前，瞭解其健康狀態是必要的，國內約有六成的視障者是因後天疾病或老年退化造成，僅有不到兩成的視障者自評健康狀況良好，有超過7成的視障者有定期就醫情形(衛生福利部, 2018)，可見有多數的視障者的日常與疾病共存。

進一步探討障礙者的健康問題，WHO 在《全球障礙者處境報告》中將其分類為：造成損傷或失能的主要健康問題 (primary health condition)、伴隨而來的續發症狀 (secondary health condition) 以及與上述無明顯相關的共病症狀 (co-morbid conditions) (Organization, 2011; 王國羽 et al., 2019)。根據一份 2006 年的研究報告，國內主要的致盲成因為視網膜、視神經、白內障以及眼角膜疾病等(陽明大學社區醫學研究中心, 2006)，一份 2016 年的調查中則提及視障者好發的續發疾病 (secondary health condition) 有高血壓、糖尿病和心血管疾病等，可能因為視力受限較難取得健康食物，再加上行動不便導致活動量不足有關(臺北醫學大學, 2016)。而前述慢性疾病，特別是糖尿病造成的視障膜病變亦為常見導致視力變化的因素之一(Pascolini & Mariotti, 2012)，因此，無論是造成障礙的起點以及歷程，健康照護的需求都是相當重要的議題。

就醫通常是獲得健康照護的主要管道，但是，障礙者在就醫過程中也可能遇到財務面、服務輸送面以及人力資源面(包含態度、溝通以及協調)等障礙(Organization, 2011)。檢視臺灣的現況，在 2016 年度身心障礙者生活狀況及需求調查報告(衛生福利部, 2018)中提及，有 36.01%視障者曾遇到就醫困難，主要原因包含：醫療院所距離太遠、交通不便、沒有人可以接送、無法辨識醫院內動線指引、缺乏人員陪同就醫、無法辨識相關文件說明等。在另一份國內的研究中，除了到醫療院所的交通困難之外，有超過 50%的視

障受訪者認為醫療人員的態度不好亦是就醫主要的障礙之一(臺北醫學大學, 2016)。現有全民健康保險以及長期照顧政策可以減輕障礙者在醫療費用以及就醫交通的經濟負擔，那醫療服務提供者的態度、溝通和協調又該如何改善呢？

其實早在 2009 年衛生署以及國家衛生研究院共同出版之《2020 健康國民白皮書》的身心障礙群體章節中，對於障礙者的健康照護服務需求就有著一套完整的規劃，其中一個目標即為「訓練醫療提供者，使之具備為身心障礙者正確篩檢、診斷的知識與能力，提供身心障礙者有尊嚴的醫療照顧，同時提升醫療人員對老年身心障礙者健康問題的知識」，當中的策略之一則是將身心障礙的健康議題列入於醫學院的課程以及醫護人員持續教育課程當中(衛生福利部, 2017)。然而，在 2020 年的此時此刻，身為藥師的研究者無論在求學期間以及執業過程的繼續教育仍缺乏這類型的訓練，對於障礙者的健康照護需求的瞭解仍相當有限。因此未來在建構無障礙的用藥環境，需加強藥師對於身心障礙相關議題的認知。

三、視障者的用藥議題

目前國際上以視障者用藥議題為主題之研究以問卷調查方式為主(Kentab et al., 2014; Lee & Lee, 2019; Zhi-Han et al., 2017)。從現有文獻中曾提及視障者服用藥品因無法自行閱讀標示時常需依賴照顧者協助、記憶(醫師或藥師指示)或是工具輔助(Lee & Lee, 2019; Zhi-Han et al., 2017)，缺少使用者隱私和獨立性(Farhadyar et al., 2018)。而之前的研究將視障者用藥議題大致分為以下類別：自我給藥 (self-administration)、資訊取得來源 (access to information sources)、用藥清單管理 (maintain current medication list)、藥品儲存 (storage of medicine)、藥物檢收包含廢棄藥物處置 (disposal of medicine) (Zhi-Han et al., 2017)，在研究中提及受訪的視障者主要遇到的問題包含：藥品辨認、無法確認有效日期、劑量、給藥時間、無法取得用藥不良反應資訊、無法確認液體劑型藥品體積、不易打開藥品容器、攜帶藥品外出不便等(Farhadyar et al., 2018; Kentab et al., 2014; Lee & Lee, 2019; Riewpaiboon, 2009; Zhi-Han et al., 2017; 劉怡君 et al., 2018)，而藥品適應症、使用頻率是最被關注的項目(Lee & Lee, 2019; Zhi-Han et al., 2017)。但現有的研究

主要以問卷調查的方式進行，所得到的資料過於簡化、零碎，對於使用經驗背後的脈絡、感受、期待解決的方式卻無法有深刻的描述，再加上各國政策、醫療環境、社會大眾以及醫療人員對於身心障礙者的認識和友善程度亦不同，未能真實反映不同程度的視障者在台灣的真實情況。

臺灣本土研究除了一篇 2018 年的文獻回顧(劉怡君 et al., 2018)之外，則要追溯自 2010 年行政院衛生署食品藥物管理局(現為食藥署)委託社團法人臺灣臨床藥學會進行「藥品安全劑型及包裝改良推動計畫」，該研究使用焦點團體法方式瞭解視障族群在正確使用藥物及獲取用藥知識方面的需求，在報告中提到視障族群在用藥資訊取得仍需專業人士協助。而臺灣視障者點字普及率僅 10%，亦有超過一半的藥商基於成本考量(82.1%)、視障者使用點字比率不高(67.9%)以及整體病人使用率低、不符合經濟效益(64.3%)等原因不同意在藥品仿單或包裝加註點字(社團法人臺灣臨床藥學會, 2010)。因此，在研擬用藥安全輔助方法時需使用多種方式，這樣的論述和國際研究結果相同，包含：使用點字貼紙、可觸摸的標示、利用不同樣式的包裝外盒或瓶子、在藥品容器上綁上不同數量的橡皮筋、使用較大的字體、明顯的對比色、使用語音以及智慧型設備輔助、藥師給藥時給予較多的解說、提供電話諮詢等(Kentab et al., 2014; Lee & Lee, 2019; Riewpaiboon, 2009; Smith & Bailey, 2014; Zhi-Han et al., 2017)。

在研究報告最後亦提及為保障臺灣視障族群的用藥安全，可以藉由下列方式推動：提供點字包裝、推廣易上手的輔助工具、建立用藥指導模式、社區藥局藥師居家訪視計畫、建立友善就醫環境以及加強媒體宣導等。這是臺灣首次使用質性研究方式瞭解視障族群用藥議題，但仍有未竟之處。該研究目的為政策意見蒐集，受邀者皆為視障團體代表，未能反映不同健康識能(health literacy)、不同障礙程度者的使用經驗和需求。焦點團體法亦容易受到當下情境所影響，且無法深刻分析使用其經驗背後成因和脈絡，若以現有研究成果作為視障族群友善藥事服務指引基礎，需要進一步透過質性研究探討視障者使用經驗、感受與期待。

四、視障友善藥事照護-以英國發展脈絡為例

英國在 2010 年 10 月通過了《平等法》(The Equality Act)，確保不同的族群有公平的機會取得公共服務，亦取代、改善並補強了之前《障礙者反歧視法》(Disability Discrimination Act)，提供障礙者更全面的保護。在法案中，為避免障礙者相較於非障礙者處於劣勢的環境，賦予服務提供者「合理調整³」的法律責任來降低外在環境因素所致的阻礙，其中包含提供「無障礙格式」(accessible format)的訊息，來增加資訊取得的可近性。

在英國皇家盲人研究所 (Royal National Institute of Blind People, RNIB) 2017 年進行的一項調查中發現(J & R., 2015)，有超過 9 成的盲人和部份視力喪失的受訪者表示，閱讀藥物訊息有困難，可見在《平等法》通過之後，實際執行面仍有許多不夠完善之處，盲人、視力受限者、聽力障礙者以及學習障礙者在健康訊息的傳遞和溝通層面和障礙者相比可能還是存在著落差，缺乏這樣的資訊和溝通支持會進一步影響病患的健康、安全性甚至是選擇。

為此，英國國家健康醫療服務 (National Health Service, NHS) 在 2017 年制定了一份無障礙訊息標準 (Accessible Information Standard, AIS) 以及執行指引(NHS England, 2015)，定義了一套方法來識別 (identifying)、紀錄 (recording)、標記 (flagging)、共享 (sharing) 並滿足 (meeting)⁴障礙者、視力喪失者對於資訊、溝通等需求，以確保其可以充份閱讀而且理解健康相關的資訊，並在需要的時候提供即時的協助。AIS 亦應用在有關治療、處方以及藥品資訊的標示上，有需求的人可以向家庭醫師 (General Practitioner, GP) 提出申請，告知對於訊息格式的偏好，例如：音訊檔、盲文、放大字體

³ 合理調整 (reasonable accommodation) 一詞在《身心障礙者權利公約》中係指「根據具體需要，在不造成『過度或不當負擔』的清況下，進行必要及適當之修改與調整」。

⁴ 識別：詢問是否有任何訊息或交流需求，並找出滿足需求的方式；紀錄：清楚並以固定方式記錄這些需求；標記：標記於該病患的病歷檔案，以便清楚他們的通溝需求；共享：在病人同意或允許的情況下，與其他 NHS 和成人社會服務提供者共享該訊息；滿足：採取措施確保人們收到他們可以使用和理解的信息，並在需要時獲得交流支持。

(18、22、24 號字) 並以 e-mail 傳送等等，當醫師在病歷上註記之後，這樣的需求會在不同的醫院、診所之間共享，不需要再逐一向每個看診單位申請(RNIB, unknown)。

除了就醫的需求，「合理調整」的概念亦應用於藥品使用端，可進一步分為藥品資訊以及藥師服務兩個層面討論。在藥品資訊的提供，英國有一套完整的電子藥品集 (Electronic Medicines Compendium, EMC) 系統，由一家 Dataphram 公司與 NHS、製藥公司合作建置而成，在 EMC 網頁中，除了提供醫療人員查詢專業藥品資料，亦提供病人資訊單張 (Patient Information Leaflet, PIL) 作為一般用藥說明，並提供 X-PIL 的格式供視障者使用，由藥廠定期提供和更新資訊，RNIB 則代表 Datapharm 提供點字、大字體和音訊檔的版本(Datapharm, unknown)，亦有 24 小時的諮詢專線可以讓視障者收聽和索取資料。

除了資訊系統的建置，藥師專業素養的提昇更是藥事照護過程中最重要的一環，為了將 AIS 的標準落實於藥局端，NHS 中的專業藥學服務 (Specialist Pharmacy Service, SPS) 團隊、Moorfields 眼科醫院以及 RNIB 合作於 2017 年 7 月提出了兩份簡要的指引 (Team, 2017)。其中一份《Top Tips for Pharmacy Staff about what a person with sight loss may find helpful in using the Pharmacy》寫給藥局人員，讓他們知道在藥局工作中如何幫助視障者，而另一份《Top Tips for people with sight loss about visiting your Pharmacy》則是給視障者使用，在無法假設藥局人員都能夠辨視其視力受限的情況下，可以透過幾個步驟讓藥師和其他相關人員了解其個人化的需求，其中含了藥局環境、溝通、資訊、標示以及病人資訊單張等面向，重點摘要如表格一 (SPS et al., 2017)，2017 年 8 月英國皇家藥學會 (Royal Pharmaceutical Society) 更進一步在其出版 The Pharmaceutical Journal 中發布了一篇提供藥師繼續教育學分的文章《How to support patients with sight loss in pharmacy》推及到更多執業藥師端 (Barnett et al., 2017)。

回顧上述發展脈絡，英國從《平等法》修訂通過之後，政府提供了政策發展目標以及「合理調整」的法源依據，這部份與臺灣藥事法修訂的歷程相似，差別在於英國的下一步是盲人團體進行現況調查、NHS 藥學專業團隊蒐集需求後擬訂指引再由藥學會進

行繼續教育，並不是單一組織在短時間就能夠完成，需要多方合作才能形塑成新的照護模式。而國內則由政府主導政策的討論與執行，雖然召開多場溝通會議並邀集障礙團體代表參與發言，後續則協調藥商在非處方藥品上加載 QR code 這樣的「單一措施」。然而，藥事團體除了代表參與座談之外，對於該議題並無深入的參與，導致這樣視障友善用藥議題，僅流於硬體改善的層次，並未通盤檢視並調整現有藥事照護的流程。

雖然目前還沒有研究或資料顯示英國這樣的措施推動之後，對於英國藥師的執業端是否形成影響以及視障者的用藥問題是否被有效地改善或解決，但這樣的歷程以及模式是國內發展視障友善藥事照護可以參考的重要資料。

表格 一 NHS 視障者在藥局接受相關服務的指南-給視障者、藥局工作者

藥局環境	<ol style="list-style-type: none"> 1. 動線指引的顏色有要明顯的對比、確保動線沒有障礙物、標示儘量放在視線的高度不要過高或過低。 2. 如果有導盲犬陪同時，未經過詢問請勿隨意逗玩並主動詢問是否需要提供導盲犬飲水。
溝通	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使用語音的溝通取代視覺的呈現。 2. 當處方準備好的時候，要多給視障者一些時間去回應通知。 3. 即便有陪同者，除非有特別要求，仍應以本人對話為主。 4. 應主動自我介紹姓名與身份，因為視障者可能看不見制服以及工作識別證。
資訊	<ol style="list-style-type: none"> 1. 確認需要的訊息格式並紀錄這樣的偏好在病歷系統上。 2. 進行藥品說明的時候，讓視障者可以觸摸或拿著，以確認是哪一種藥品。 3. 提供可閱讀的用藥時間表。 4. 提供可以聯絡的諮詢電話並協助存在手機之中。
標示	確認藥品上的標示是否需要放大字體、盲文標示，或是以 e-mail 的格式提供。
病人資訊單張	協助使用 X-PIL 的服務，並協助提供藥品的名字以及產品號碼以協助查詢藥品的 X-PIL。
識別藥品	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使用不同顏色的螢光筆、橡皮筋、回紋針標記不同的藥品、用法，例如：一天服用兩次，就綁兩條橡皮筋。 2. 運用標記需要特別儲存條件（例如：冷藏）的藥品。
其他考量	<ol style="list-style-type: none"> 1. 口頭說明藥品的有效期限、注意事項，並以錄音、e-mail 或其他可以作為紀錄，反覆查找的形式提供上述資訊。 2. 如果藥品一次服用量為半粒，事先協助剝半。



第三節 名詞定義

一、視覺障礙者

根據國內身心障礙者鑑定作業辦法("身心障礙者鑑定作業辦法-身心障礙類別、鑑定向度、程度分級與基準,")[28][28][28]，附表二的身心障礙類別、鑑定向度、程度分及與基準中第二類「眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛」中視覺功能的鑑定向度「視覺功能」又依障礙程度分為 0 至 3 級如表格 二，而驗光人員法施行細則("驗光人員法施行細則,")[29][29][29]進一步將上表中視覺障礙程度達 1 以上者，稱為低視力者。

表格 二 國內視覺功能鑑定向度

障礙程度	基 準
0	未達下列基準
1	<ol style="list-style-type: none">1. 矯正後兩眼視力均看不到 0.3，或矯正後優眼視力為 0.3，另眼視力小於 0.1(不含)時，或矯正後優眼視力 0.4，另眼視力小於 0.05(不含)者。2. 兩眼視野各為 20 度以內者。3. 優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 10dB(不含)者。
2	<ol style="list-style-type: none">1. 矯正後兩眼視力均看不到 0.1 時，或矯正後優眼視力為 0.1，另眼視力小於 0.05(不含)者。2. 優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 15dB(不含)者。
3	<ol style="list-style-type: none">1. 矯正後兩眼視力均看不到 0.01(或矯正後小於 50 公分辨指數)者。2. 優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 20dB(不含)者。

而本研究中提及視障受訪者皆領有身心障礙證明，惟其障礙程度則由當事者自述認定，主要以全盲有光感、全盲無光感、低視能，或其他更詳細說明雙眼視力情況記載之。

二、藥事照護

「藥事照護」係指藥師法施行細則第 13 條所定義之內容，於醫療機構、護理機構、藥局或老人福利法所定之老人福利機構，執行藥品安全監視、給藥流程評估、用藥諮詢

及藥物治療流程評估等相關藥事服務事項。然而，本研究所稱「藥事照護」的探討內容主要著重於藥師與視障者的溝通、用藥資訊的提供以及協助改善用藥自主性以增加自我照顧能力(譚延輝, 2014)。



三、用藥議題以及安全性探討範圍

在本研究中所提及「用藥」採用文獻回顧章節所提及的範疇，包含了自我用藥、資訊取得、藥品儲存以及藥物檢收包含廢棄藥物處置等層面(Zhi-Han et al., 2017)。用藥安全是建立在上述的範疇之中，能夠正確使用藥品、有暢通的管道取得用藥或是健康相關的資訊、正確存放藥品並進行效期管理，在有需要時能夠處理過期、不再需要的藥品等，進而避免藥物治療相關的問題，並確保治療效果以利疾病控制得更好。而正確的用藥係指，在用藥的過程當中是否能依據醫囑使用正確的品項、正確的數量、正確的使用方法並在正確的時間使用，並在訪談當中貼切其用藥的情境，瞭解其用藥的情境以及潛在可能造成藥物治療問題的因素。

第四節 研究方法



本研究採質性研究方式，為了蒐集視覺障礙者的用藥習慣、經驗以及感受等資訊，本研究分為前導研究與半結構式訪談兩階段進行：

一、前導研究

(一) 關鍵報導人訪談

研究者曾於 2019 年 4 至 5 月期間，於台灣年輕藥師協會實習過程中，因應計畫⁵需求舉辦一場焦點團體座談會說明非處方藥品外盒加載 QR code 的使用教學。為充份瞭解舉辦視障者為主的焦點團體需注意事項以及視障者用藥的現況，在座談會舉辦之前曾拜訪 3 位關鍵報導人進行了兩場各約 90 分鐘的訪談。

其中兩位非視障者為 A 視障團體代表，A 視障團體常受邀參與視障者相關議題的倡議，主要服務的對象為中途失明者，剛開始需要重建的過程，心理狀態較為脆弱，視障生活尚未適應，考量訪談的適切性則訪問 2 位單位非視障者代表。關於非處方藥品加載 QR code 的政策，他們提到：「點字的使用人口在視障朋友裡是占少數的，後天失明的視障朋友學點字的比率非常低。所以若藥品上有點字資訊的話，對於會點字使用的視障朋友是有幫助的，然而點字的印刷面積非常龐大，藥品的外包裝的限制下，資訊量是有限的。因此，在現有的條件下，QR code 是夠的。」但也提及尚未收到政策已開始執行的相關資訊。另外也提醒，探討視障者用藥議題時需同時考量環境建構以及社會態度的兩個層面，QR code 的使用只能算是環境層面的討論，但社會看待這個議題的態度是更重要的。

另一位關鍵報導人阿農（化名，全盲），曾參與政府 QR code 政策初期的討論，被認為在探討該議題時相當重要的意見代表。當天訪談的地點選在焦點團體座談預計舉辦的地點-台灣年輕藥師協會，實際體驗場地的合適性並建議了接駁、主持會議、動線引導、

⁵ 食品藥物管理署委託台灣年輕藥師協會辦理 108 年度「全面推動非處方藥品外盒仿單資訊易讀易懂」計畫，編號：MOHW108-FDA-D-113-000433

會前資訊提供相關注意事項。在訪談當中亦提供了許多與視障者相關的資訊，包含了：視障程度的分類、不同視障團體的屬性、視障者手機使用的現況等，也分享了自身用藥的經驗，點出了諮詢不足、獨立性不足等問題，亦會納入本研究後續的分析之中。在非處方藥品 QR code 政策的推廣，阿農認為關鍵之一是使用教學，建議後續焦點團體座談的邀請對象應以視障團體的盲用電腦、手機老師為主，除了對於科技使用較為熟悉，可以增加座談會討論的流暢度，亦能協助後續的推廣與教學。

(二) 焦點團體座談

焦點團體座談共計邀請了 6 個視障團體代表，共計 10 位與會者，多為盲用電腦、手機老師或在單位中擔任要職。座談會內容包含了非處方藥品的認識、分組介紹 QR code 規範、位置、操作方式並提供了 16 項市售藥品作為實際教學體驗，共計 2 個小時。座談會由成大藥學系歐鳳姿副教授主持，研究者則負責籌備、當天教學說明、帶領分組討論以及紀錄工作。

座談會中的 QR code 操作並不如預期順利，因為對焦、印刷大小、解析度以及位置辨識等問題，讓體驗的過程充滿挫折。即便與會者肯定該政策是友善的開始，但仍有待改善之處，若未來文字辨識技術成熟，能直接將整張藥品說明書轉換成語音，或是建置無障礙的藥品資訊網站是可以發展的目標。然而，科技的使用有其侷限性，部份用藥資訊內容較個人化，例如：藥品副作用可能十幾種，但並非會發生在每個人身上、交互作用需要根據每個人的服用的藥品進行判斷，這就需要藥師提供個人化的藥事服務，惟目前國內藥事人員對於障礙者的認知普遍不足，需要再教育或有相關作業指引才能真正提供更適切的專業服務以保障視障者用藥安全。

在前導研究過程中初步瞭解到以視障者用藥為研究主題的可行性、必要性以及應注意事項，並發現對於視障者來說，無論是藥品的使用經驗或是 QR code 使用，獨立自主性皆是他們重視的議題，而用藥的需求亦可從環境建構以及社會態度兩種層面探討。在環境建構層次，QR code 的設計、藥袋的改良或是未來無障礙網站、文字辨視技術都屬

於環境建構層面；對於使用者習慣和需求的認知，以及環境建構內容反覆確認以確保能用、好用是屬於社會態度層面，兩者需要並進，該次經驗不但作為研究者擬定訪談大綱、初步認識研究場域的輔助，亦為研究者建立資料分析的視野。



二、半結構式訪談

第二階段則透過訪談方式進行，其中有五位視障者因其需求採用團體訪談，其餘的受訪者則是一對一深度訪談。每場訪談時間介於 30 至 150 分鐘之間。訪談過程中，在受訪者知情同意的前提下，以錄音方式紀錄內容，後續謄寫逐字稿後進行分析。

三、研究對象與資料蒐集

於 2019 年 12 月至 2020 年 1 月間採立意取樣方式，於台北市、新北市以及桃園市透過視障團體招募以及滾雪球的方式招募年滿 20 歲，具有藥品使用經驗並領有身心障礙證明之視障者，共計招募了 12 位視障者，受訪者資料請見表格 三。另外亦訪談了 1 位執業四年多，有提供視障者送藥到府以及居家藥事照護的藥師以及 1 位協助視障者用藥、陪同視障者就醫的視力協助員作為輔助資料。

視障受訪者的訪談內容包含基本資料：性別、年齡、疾病史、用藥史、發生視覺障礙年齡以及障礙程度，並依據文獻資料以及前導性研究結果設計訪談大綱，訪談內容以用藥經驗、感受以及期待解決的方式為主。在藥師受訪者則著重在提供視障者藥事照護的經驗以及挑戰，以及國內制定視障友善藥事服務指引之需求和建議。

表格 三 受訪者資料

視障受訪者						
化名	性別	年齡	類別障礙程度	發生視障年紀	計算概略視障年數	訪談形式
小詩	女	31	低視能	先天，父母全盲	31年	一對一
阿依	男	53	低視能	30多歲	20年	一對一
阿平	男	38	全盲，右眼有光感	剛出生 早產因醫療疏失導致	15年	一對一
阿慶	男	68	全盲	16歲視力發生變化 21歲全盲	47年	一對一
阿河	男	58	全盲，無光感	大約10多歲時	40多年	一對一
阿竣	男	52	左眼低視能 右眼全盲無光感	30歲右眼退化 34歲幾乎看不到	20年	一對一
莉莉	女	69	低視能 左0.1，右眼好一點	66	3	一對一
阿坤	男	63	低視能 需使用眼鏡加放大鏡 靠眼底注射維持視力	62	1	團體
阿意	男	63	全盲，有光感 隔代遺傳先天夜盲症	50	13年	團體
阿津	男	60	右眼0.2 左眼全盲	58	2	團體
阿又	男	46	左眼全盲 右眼矯完後0.1 需要使用放大鏡	43	3	團體
阿琳	女	62	右眼全盲 左眼視野受限 但雙眼視力會互相影響	61	不到1年	團體
其他受訪者						
化名	性別	年齡	職業	服務內容	服務時間	訪談形式
阿正	男	28	藥師	居家照護、送藥到府	執業4年	一對一
阿華	男	66	退休，擔任視力協助員	陪同就醫、日常陪伴	未滿1年	一對一

四、資料分析與研究信效度

為尊重受訪者的意願並保障其權益，研究者在進行正式訪談者需正式說明研究內容以及相關權益，並簽署知情同意書，本研究對象以視覺障礙族群為中心，為確保受訪者皆能充份取得同意書內容，研究者設計了見證人使用以及易讀版本的設計供受訪者選擇使用，前者給予陪同前往且經受訪者授權的見證人簽署，在未設有見證人的情形下，則使用易讀版本，該版本同意書使用放大的字體，並在每一個文字段落加載 QR code，可以掃描後讀取與書面資料一致的內容，本研究亦於 2019 年 11 月 25 日通過臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查許可，案號為 201910HS023。研究相關的錄音以及後續謄打之文字資料，將會妥善存放於研究者的個人電腦裡中，並將任何可辨識身分的紀錄和隱私資料視同機密處理，於研究中亦使用化名處理。

為確保資料分析內容的可信度，在研究前期透過關鍵報導人訪談、參與視障團體用藥相關座談會建立對於研究場域以及對象的理解，在分析資料過程中透過視障受訪者的口述的經驗以及環境，志工和藥師服務經驗的觀點以及相關文獻回顧交叉驗證並對話，梳理成一段視障者用藥的歷程與所處社會環境的脈絡。

五、章節安排

探討視障者的藥事照護需求往往得從平時服藥的經驗開始，在第二章「視障者的用藥日常以及需求」之中，會先從漫長的候診領藥開始，帶讀者走進視障者的用藥經驗，包括：如何在對的時間服用正確的品項和數量？如何保存藥品又如何管理有效期限？呈現視障者在過程所經歷的挑戰、克服的方式以及未被滿足的期待；在第三章「用藥資訊、健康知識的取得與挑戰」中討論視障者在資訊取得管道以及經驗，遭受哪些限制及資訊取得的不平等；第四章「期待被擁抱的不安」，從視障者安眠藥的使用看到背後的心理健康議題，缺乏與社會的互動造成社會疏離，藥師在這之中是否能透過增加與視障者的直接接觸，成為保障視障者的用藥安全與社會互動中的關鍵一環。最後並總結本研究的發現作為藥事團體、藥師、政策以及未來研究方向建議。

第二章 視障者的用藥日常以及需求

在研究訪談的過程中，每位受訪者在視力受限的情況下，用藥經驗、感受以及歷程皆不盡相同，有些人表示像是在挑戰一個又一個的大魔王，充滿著挫折與沮喪，有些人則覺得那只是日常一部份，沒有什麼特別的，為使讀者在研究的一開始更進入受訪者們的用藥歷程中，研究者以受訪者最常提到的到醫院看診領藥的經驗為起點，探討他們的藥品取得與用藥的困難。

第一節 漫長的候診

為了不影響下午的工作，受訪者阿平（38歲，全盲，右眼有光感）預約回診日往往在8點多就到醫院報到，但志工通常是9點才上班，志工服務台是沒有人的，阿平通常會請路人或是剛好也要看醫生的病人帶他一起走一段路，比較頭痛的是，不是隨時都可以找到有人可以協助，在路不熟的情況下，需要慢慢摸索方向，也擔心人多的時候會碰到其他人，所以顯得有些緊張。

阿竣（52歲，左眼低視能，右眼全盲）則覺得就醫是一件很麻煩的事，每次都要等很久，曾經八點多開始看，看完就已經下午兩三點了，而阿依（53歲，低視能）也不約而同提到看診需要等很久的感受。

這樣的問題當然不僅發生在障礙者身上，而是臺灣的醫院（特別是大型醫學中心）的看診常態，然而，這也加重了就醫的不方便性以及心裡負擔。以申請復康巴士就醫的阿依來說，由於就診返程時間的不確定性，讓他只能花比復康巴士3倍價格的計程車或是自行搭乘公車、捷運回家。

另外，部份視障者就醫需要志工的協助，如果是醫院內部的志工大多在「移動間」引導路線為主，陪同到定點後就離開，然而並不是所有的醫院診間皆有語音叫號系統，較無法掌握醫師看診的進度，很擔心過號，再加上對於醫院內部方位的不熟悉，不方便

隨意走動打發時間，只能坐在那裡空等。而另一類型的志工⁶，則是使用者向政府部門、民間團體申請陪同就醫的志工，從家裡到醫院的交通以及就醫的過程會全程陪同，在漫長的候診過程中，和陪同就醫志工除了閒話家常之外，也只能大眼瞪小眼，有些尷尬，也感到不太好意思。

第二節 服藥的眉眉角角，需要被看見的需求

看完醫師之後，到藥局領藥又是另一層關卡，由於醫院、診所、社區藥局的規模和服務量能有所不同，藥師個人對於視障者溝通方式熟悉度亦有所差異，無法照顧到每個人在意的「眉眉角角」，這都影響著每位受訪者的領藥歷程。

小詩（31歲，低視能）拿著慢性病連續處方箋到附近的社區藥局領藥，藥師很熟練一邊用手比劃，一邊說明1、2、3、4是什麼藥、用途以及用藥，但對於小詩來說卻是滿腹問號，完全「看」不出來藥師的動作以及是哪一個藥品。同為藥師的研究者，回顧執業的日常，肢體語言在諮詢的過程中扮演著很重要的角色，但是卻未曾思考到不同受眾的需求，當今天視覺不再作為辨識的主體、溝通訊息的接收媒介，只能倚賴「觸覺」和「聽覺」時，我們的藥事照護模式應該如何合理調整以滿足這些需求呢？

一、摸得到的安全感，摸不到的差異

一顆一顆藥，摸久了，就知道哪一顆是什麼了，比如說：他兩顆藥有一顆是稍微圓一點，有點橢圓形的，然後有一顆是扁扁的，中間有個凹陷，我就知道這兩顆是我要吃的。（阿河，58歲，全盲）

除了阿河之外，阿竣（52歲，左眼低視能，右眼全盲）和阿依（53歲，低視能）也都提到，用藥的第一步要能先「摸」得出來是什麼藥品，這個藥是白天還是睡前的藥？三餐的藥會放在正方形或長方形的盒子中，睡前的則是放在圓形的盒子中作為區隔；阿正藥師送藥到視障者家中時，第一步會刷健保卡、詢問目前的就醫情形、服用的藥之外，

⁶ 有些單位會稱之為視力協助員。

如果沒有家人協助用藥，他會帶著病人一起確認這次領取的藥品，撕開外包裝之後，每種藥品會拆一顆讓他摸看看，並同步進行用藥說明。在他們的經驗當中，長期服用的藥，只要摸一下形狀就可以辨識出來，但如果是第一次服用的藥品，就會需要藥師在發藥的時候，讓視障者一邊用手接觸藥品，感受他的大小、形狀甚至是顏色（對於部份弱視者仍有辨色力），一邊說明用法的方法以及注意事項來增加印象。

然而，在使用觸覺辨視藥品外觀仍有些限制，小詩（31歲，低視能）在受訪時，拿出了她固定使用的兩種眼藥水如圖二 形狀相同的眼藥水，僅以顏色區隔，形狀和大小一模一樣，看看這樣是不是能夠不用看的就分得出來？的確，用「摸」的真的很難分辨出是哪一種藥水，差別只有瓶子上的標籤，因此需要額外使用橡皮筋在上面作記號作為提醒。另外，目前藥局給藥常見的方式除了「一藥一袋」每個藥品有獨立的包裝之外，部份醫療院所會視民眾的需求將藥品分裝為一餐份一包（有時候會稱為藥餐包，如圖二 藥餐包中間的刻痕不容易撕開），又進一步分為「手動包藥」使用藥包紙一份一份摺起來的藥包或者是「機器分包」一整份的藥會是連續的一串，中間會有刻痕需要自己撕開，阿河（58歲，全盲）也提及這樣的藥品包裝，雖然有痕跡是「可以摸得出來但並不明顯」，有時候還是會稍微歪一點，有時候撕壞了就會把藥倒在地板上很難處理，因此也會特別請藥師將藥撕成一包一包的。阿平（38歲，全盲）到固定的診所藥局領藥時，藥師也能夠很細心地去想到他的不方便，會很細心地一包一包拆開來，幫忙分類好，他覺得這會減少視障朋友困擾。



圖二 形狀相同的眼藥水，僅以顏色區隔

圖二 藥餐包中間的刻痕不容易撕開

二、聽得懂也要記得住

當我們今天閉上眼睛，聆聽下面這段資訊：

今天醫師總共開了 7 種藥，2 種血糖藥、2 種血壓藥、1 種膽固醇的藥以及 2 種眼藥水。A 血糖藥一天吃 3 次，飯前 30 分鐘服用，B 血糖藥一天 1 次早餐飯後服用；2 種血壓藥以及膽固醇的藥都是固定於早上飯後使用即可。眼藥水的話，圓圓的這一瓶，眼睛覺得乾澀不舒服的時候就點，方方的這瓶是點眼壓的，睡前的時候點。

在吃血壓藥的時候，需要留意腳部有沒有水腫的問題，每天起床和睡前要記得量測血壓；吃血糖藥時候要記得，如果沒有要吃飯，或是延後吃飯時，吃藥的時候也要跟著做調整。如果發生頭暈、冒冷汗、手腳麻的症狀，有可能是發生低血糖的情況，要趕快吃一顆糖果，如果有必要應儘速就醫。

這在藥師發藥的日常是再普通不過的用藥說明，內容簡單易懂，沒有太多的專業術語，然而，當拿到藥過了 2 小時回到家之後，甚至是過了 1-2 天後，還可以記得了多少呢？其實大多數的我們，不太需要記憶，忘記了大不了就是再回去看藥袋或是詢問醫療人員即可。在訪談的過程中，受訪者亦普遍提到在領藥的時候「聽」藥師告知用法用量以及注意事項如果用藥品項數量單純也許不成問題，但若有新增的藥品或是用法較為複雜時，記憶力就是一大挑戰。低視能的使用者可以透過眼鏡、放大鏡等方式讀取藥袋以及說明書上的文字，或者請他人協助確認文字內容，然而，當獨居或照顧者無法提供協助時，用藥的自主性便會受限，有文字以外的資訊提供再確認會是重要的方式：

如果他有做那個點字的標籤給藥師的話，其實對我們來說是最好的，就是說如果像譬如說我剛才講的那個三個藥如果她在藥包上面都可以呢~等於說藥師這邊都可以取得我們講的那種點字標籤膠膜的話，上面有可以寫一般字也可以寫點字上去，對我們來說是最好的，就是你一看一摸就知道這是（什麼藥），通常啦，像我這種先天失明都會學點字比較多（阿平，38 歲，全盲）

點字對於先天視障者而言是一個習慣的方式，在阿正藥師任職的藥局與視障團體合作了送藥到視障者家中的服務，亦提供了簡易的點字貼紙給需要的人使用，取代文字提供用法用量的資訊以及藥品辨識使用。



除了點字以外，可重複播放的音訊檔也是一個可行的方式。小詩（31歲，低視能，盲用電腦老師）就醫的醫院藥袋上印上了QR code，想要知道藥品資訊，例如：作用、副作用以及注意事項，用手機一掃，就會透過手機的語音輔助裝置讀出來，如果忘記了還可以反覆再聽，相當實用。

三、分門別類、順序的重要性

阿依（53歲，低視能）之前曾透過「摸藥」來記得藥品的種類，但他也提到：摸有時候也不準啦，如果藥品數量很多，不容易分辨是早上還是晚上要服用的藥，藥品不小心就掉了、找不到了，這個時候也會一直思考其他的藥是不是要繼續，是不是漏掉了什麼沒吃？當用藥種類多、用法複雜時，正確服藥的難度可就加倍了，在受者的經驗中可以歸納出兩個原則可以改善這樣的情形，分別是將藥品分門別類以及建立次序。

我覺得（藥）包成一包比較方便，不然每一袋藥拆開來說這個是吃一顆，那個吃兩顆那個吃幾顆這樣子，那就要從形狀去辨認，其實有膠囊的有錠劑的有圓的有方的，我就要去記那東西那很麻煩啦。（阿依，低視能）

在前文所提的藥餐包是常用於藥品分類的方法，由院所將每一餐要服用的藥品包成一包，每餐要吃藥的時候只要拿一包，簡單方便，但目前國內醫院的藥品包裝基於強化藥品的標示、減少藥品受潮變質等原因，多以一藥一袋為原則，再加上同時看了不同間的醫院、診所或科別也難以將藥品放在同一餐的包裝之中，因此，可重覆性使用的藥盒就是可以考慮使用的輔助裝置。市售的藥盒，會依不同的天數和每個不同服藥次數（早、午、晚、餐前、餐後、睡前等）有著不同排列組合的格數，和藥餐包的概念相似，把每一次要服用的藥品都放在同一格，差別只是需要自行回到家之後需自行或請他人協助分裝放進去，受訪者莉莉（69歲，低視能）就提到，會把藥品交給兒子打理，由他協助分

裝至藥盒當中，視力協助員阿華在陪病送視障者到家後，也會詢問獨居服務對象是不是有需要協助分裝的需求，他提到部份衛生所也有志工會提供相關的協助。

小詩（31歲，低視能）之前也會協助全盲的母親分裝藥品，但母親回饋的使用經驗不是太好，覺得和藥袋相比，藥盒一格一格的使用起來比較沒有那麼敏感，拿完也會忘記要開哪一格，但如果是袋子裝，拿完一種藥就可以放先在旁邊，就不會忘記哪種沒有吃過。阿正藥師提供服務的經驗中，他也會依據不同藥品使用的時間、顆粒數藥品分裝在藥盒，但有的時候藥盒設計不好，不容易開啟，獨居又看不見的伯伯用力打開後，可能就不小心把當餐的藥品掉滿地，但弄丟了之後是不可能找得到的，心裡很焦慮就選擇不吃了。在這些情況下就會保留原有的藥袋，不分裝只進行分類以及排序，阿正藥師會把早餐、午餐、晚餐要服用的「藥袋」個別用長尾夾夾起來，再依順序擺放。而阿又（46歲，右眼全盲，右眼低視能，需使用放大鏡）自從眼睛看不清楚以後，拿到藥第一件事情也是請家人幫忙分門別類成不同袋，然後依照順序吃，例如說：早晚要服用的藥擺在第一跟第二，然後要點的眼藥水擺在第三跟第四，這樣就不容易弄錯。

當然在用藥品項不多時，也不一定需要藥盒或是制式地排序，在一場團體訪談中大家也很熱烈分享了自己有趣且生活化的小撇步：

阿意：一餐有兩三顆藥，然後找一個小杯子，喝老人茶那種小杯子，淺淺的。


你一餐要用幾...要用幾顆，什麼樣藥，放在裡面。

阿琳：我們家就是用豆油底啊（台語：醬油碟）

阿意：豆油底啊卡欵造（醬油碟會比較容易滑動）

是啊，其實服藥也就是生活的一部份，比起需要另外購買的藥盒，無論是喝老人茶的小杯子或是醬油碟，只要能夠確認分類和次序且不影響藥品的品質，最貼近日常的方法反而會是最實用的方法。

四、數量的清點



阿平（38歲，全盲）服用的藥品種類不多，但每一種每月的領藥的總量都是數十到百餘粒，所以每次領藥的時候都會要求藥師幫他再清點一次藥量，而阿正藥師在訪談中也提到「當面」清點藥品數量，是在領藥程序時非常重要的一個環節。這看起來是一個再平常不過的需求，但的確很容易被忽略。在研究者執業的經驗中，為確保病人領藥的流暢度並避免候藥時間過長，發藥時的「三讀五對」主要是確認病人對、藥物對、時間對、劑量對、途徑對，但「藥品數量」主要在調配、覆核的過程中確認，除非是管制藥品、高單價藥品或是病患要求的情況下才會在給藥的時候再次和病人同步確認當次給藥的總量。然而，若無家人或志工的陪同，視障者拿到藥後要再自行將每個藥品打開來確認數有一定的難度，如果數量不對通常是服藥到中後期才會發現，是因為藥品服用次數、用量不對？因為藥掉了？還是從一開始拿到藥的時候就少了呢？這樣的情況發生在有家人同住的視障者或是明眼人身上相對容易確認，但對於獨居的視障者而言，如果藥師能在交付藥品的時候一起確認總量，除了減少後續的不便更是增加了一份安全感。

第三節 藥品效期管理

研究者在參與之前非處方藥品 QR code 使用的焦體團體座談時，有許多與會者不約而同提到除了藥品的藥名、使用方式之外，有效日期以及儲存條件是相當重要且不易取得的資訊，特別是在家中常備用於緩解輕微不適症狀的藥品，因為不是買回家後直接服用，所以會有效期管理的需求，而這樣的情境在日常更常會發生在食品上，這些經驗又有什麼樣相似以及相異之處，又可以如何因應呢？

小詩（31歲，低視能）分享道，她平時買了食物之後會用手機錄音記錄自己在什麼時候買了什麼食物、可以放多久，需要的時候就會放出來聽，為了方便管理同樣的食物一定會吃完才買新的，以避免新舊混雜的狀況發生，更重要的是，即便視力受限，但使用嗅覺和味覺也能協助判斷吃食是不是腐壞。然而，藥品就不是這回事了，由於家中常備用藥、提前回診、忘了服藥等因素，每個月領完的藥品都會有幾天的剩藥，若沒有落

實「先進先出」先吃舊藥再吃新藥的原則，藥品可能放到超過保存期限還不知道，而且不易用氣味的變化來判斷是否變質。

非獨居的受訪者一般會請家人協助確認、確實依藥品取得的次序排列或分類等，而阿慶(68歲，全盲)則會請太太告知包裝上標示的有效期限，再自己使用點字貼紙貼上，之後用摸的就可以確認效期還剩多久。而英國 NHS 給藥師的指引中也有提到口頭說明藥品的有效期限，並以錄音、e-mail 或其他可以作為紀錄，反覆查找的形式提供上述資訊(Barnett et al., 2017)。

第四節 用藥獨立性



過去台灣在藥品標示並無考慮到視障朋友的需要，因此沒有所謂的習慣使用方式，唯一的習慣就是沒有藥品資訊，或者由親朋好友取得藥品後，告知如何使用。（關鍵報導人，A 視障團體代表，明眼人）

曾有研究提及視障者的用藥缺乏了隱私以及獨立性(Lee & Lee, 2019)，在上述話語中亦可以透露出視障者用藥大多依賴他人協助現況。在研究中雖然受訪者未正面提及增加用藥自主性的期待，然而，在他們的過往經驗中仍可以看到因缺乏合適的協助而限制用藥自主的情況：

在醫院領藥的時候，藥師會很詳細的說明，但我要一直把這些事記著，有些人也會幫我把一樣用法的藥品放在一起，但是我回到家，如果順序弄亂了，我也不知道該怎麼辦？（關鍵報導人，阿農，全盲）

此外，阿正藥師也分享了照護三位視障民眾的服務經驗：

住在新北市從事按摩業的 A 先生個性比較急，有家人同住，送藥到府的時候會一起確認藥品的品項以及數量是否正確，但對於衛教資訊並不太感興趣，平時會自己整理藥盒，阿正藥師也會協助確認藥盒內擺放的藥品是否正確，每次過去看幾乎都沒有什麼錯誤。家人會在 A 先生的手機裡設定好鬧鐘以提醒服用藥時間，也在手機裡存有藥局電話在速撥鍵，可以自己預約藥師送藥到府的服務。

在台北讀書的 B 同學用藥品項種類少又是長期用藥，通常藥師只要跟她約好碰面的時間地點，並在藥袋上貼好點字貼紙就好，基本上沒有其他的需求。

來自台東的 C 伯伯年輕時上山打獵時不小心受傷再加上疾病控制不佳而導致失明：

他說他生病的時候，他也不喜歡吃藥，血壓、膽固醇他都不吃，然後他又很愛喝酒，然後視力就愈來愈衰退了，因為這附近沒有醫院，開車的話也要 40-50 分鐘。他覺得，太遠的就醫環境，他覺得不想就醫，現在的話是因為有醫院

的團隊會帶他去，但是（慢性病連續處方箋）第二次、第三次領藥的話，他要自己想辦法，所以之前是他請他的朋友開計程車，來回一天的話是一千五。然後他又是中低收入戶，一個月大概只有七千八還是只有八千左右的收入，所以他覺得我們送藥過來，他每次都說是天主來照佑他這樣，他說感謝天主來幫助他這樣。（阿正藥師）

除了送藥到府，伯伯獨居而且用藥的品項比較多，阿正藥師剛開始接下服務時會一步一步跟伯伯討論、嘗試各種藥品分類的方式後找到了最適合的方法，由於獨居的關係，阿正藥師也會和居家服務督導員合作確認伯伯用藥的情況，每次送藥過去的時候也會藉由藥品的剩餘量來確認是不是有按時服藥，如果剩了很多會協助藥品檢收也會一起討論原因並想辦法解決。

其實我遇到的這三個個案，他們都很蠻有自己的獨立性，他會希望就算有其他人來幫，他也會願意自己來做嘗試，不會說完全放棄的狀態，我看的狀況是這樣子。（阿正藥師）

即使視障者用藥會遇到不同程度的挑戰，但也不代表需要完全地依賴他人的協助。從這些阿正藥師照護經驗中也可以看到，藥師除了擔任「專業服務提供者」給予藥品以及用藥說明之外，更重要的是以「使用者為中心」在清點數量、藥品辨識、用藥的小提醒、藥品的分門別類、效期管理等層面，考量其生活、居住狀態以等工作型態等個人化的需求，「合理調整⁷」並提供個人化的照護計畫。視障者和藥師甚至是主要照顧者之間可以不只是服務的接受與給予的關係，更可以透過「協作」的模式達到讓視障者自主用藥的目標。

⁷ 根據《身心障者權利公約》內容，合理調整（reasonable accommodation）係指「根據具體需要，在不造成『過度或不適當負擔』之情形下，進行必要及適當的修改以及調整」，並沒有一個制式的標準作法，而且需要和障礙者共用討論後，找到一個適合又經濟有效的調整方式。
王國羽, 林昭吟, and 張恒豪, 障礙研究與社會政策. 2019, 高雄市: 巨流圖書股份有限公司.

第三章 用藥資訊、健康知識的取得與挑戰



獨居的阿坤（62歲，低視能）有糖尿病史，不但固定在打胰島素，餐前、餐後也有必須服用的藥品，用藥的頻次比較複雜，使得他之前也常常會忘記用藥，到了晚上才想起來，將藥兩餐作一餐服用，因而使用了兩倍的劑量，不只一次發生低血糖暈倒、被鄰居打電話叫救護車才救回的事件，而被之前差點一命嗚呼的經驗嚇到，加上後來醫師調整藥品使用、減少用藥複雜度，阿坤的用藥習慣才恢復規律，疾病控制也才有所改善。

一樣是獨居的阿平（38歲，全盲）之前在接受癲癇治療，醫師在調整劑量的過程當中，發生頭暈的症狀，雖然在回診時有反映但並沒有在第一時間處理，但這樣的暈眩感在不僅僅是不適而已，發生在視障者身上，不僅僅是不適而已，會嚴重影響其定位力，阿平有一次回家，即便已經離家很近了，卻暈得找不到回家的方向，後來醫師更改處方之後才好轉。

在上述兩件用藥相關的不良反應事件中，獨居狀態、用藥順從性、個人疾病的狀態都是潛在的原因，但了解原因後，我們可以如何預防？例如：視障者是否知道遇到藥品不良反應的時候應該要怎麼處理？在阿坤的故事中，他是否充份知道藥品的潛在風險與使用過量可能導致的後果？阿平在開始接受藥物劑量調整時，是否也事先知道在過程中會發生的狀況呢？在一般藥品使用的情境中，可以透過醫師或藥師的說明、藥袋上的文字、藥品說明書刊載的資訊以及上網蒐尋而得知你想要的用藥相關資料，在社區和校園也常舉辦用藥安全宣導的講座，但這樣的使用習慣在視障者身上是不是存在什麼樣的差異又會遇到什麼樣的困難呢？

第一節 看得到，讀不了的藥品說明書

阿坤（62歲，低視能）就診的醫院領藥處附近設有專門放置用藥須知單張的櫃子，若是第一次使用的藥品，想要瞭解更多的資訊，可以自己拿來看，他覺得這是一個很好的服務，但是帶回來的單張一樣需要放大鏡再加上眼鏡才有辦法看得清楚；而阿玲（右

眼盲，左眼視野受限)在接受新的治療時，曾嘗試想要打開藥盒裡的說明書了解藥品的作用，然而，說明書字體實在是太小。

對於低視力的受訪者來說，依據過往的閱讀習慣，書面的資料仍然會是藥物資訊來源的選項之一，藥袋上的資訊可以減少藥品使用的不安，並有助於提升服藥的順從性(詹季蓁, 2010)，對於治療效果以及疾病控制是有幫助的。然而，其標示字體大小會影響可讀性 (readability) 以及閱讀的速度可能進一步影響閱讀的意願(Legge & Bigelow, 2011; Pires et al., 2015)。這樣的問題也不只反映在視障者身上，對於視力退化的年長者以及一般民眾亦是如此。目前國內藥品中文仿單之字體大小依據藥品查驗登記審查準則規定，不得小於電腦字體七號字，並沒有針對視力不佳者有其他的字體大小建議，然而這樣的字體大小真的看得清楚嗎？到底需要多大字體也有許多討論。本研究使用的知情同意書字體放大版，內文的字體為 16 號字，對部份低視力的受訪者而言是勉強看得到，但也有人沒有辦法看得清楚的。一篇研究曾使用 12、14 以及 16 號字體的藥品標籤⁸讓低能力的受試者閱讀，結果發現大部份的受試者無法閱讀 14 號字以下的文字(Leat et al., 2016)。

對於低視力的民眾閱讀印刷字體大小，在不同國家的不同組織也有著不同的建議如表格 四，從 12 號字到 20 號字體不等(Agency, 2009; Canada, 2015; Deartment for work & Pensions, 2018; Foundation & Blind, unknown; NHS, 2011; Society, unknown)。由於藥廠所附的藥品說明書往往篇幅較長，如要全面提供放大字體版本也有一定的難度，因此在指引中的建議對象除了藥廠更包含了第一線提供藥品服務的藥師以及藥局，以利提供更符合低視力族群需求的易讀版本，除了指引中的最小字體建議，但不一定能符合所有使用者的需求，民眾亦可向英國 NHS 的基層院所 GP 申請提供偏好的字體版本，包含 18、22、24 號字，也使得選擇更多元且彈性。然而，在這些建議中亦提醒，有時候放大字體不一定能增加易讀性，除了使用者的視力狀況之外，需綜合考量其他格式需求

⁸ 該研究所指的藥物標籤是藥局打印出來給民眾的用藥資訊，與台灣的藥袋作用相同，並非指藥廠提供的藥品說明書。

(Foundation & Blind, unknown)包含：提高文字與紙張的對比色，以白底或淺黃色底搭配黑色字為佳，避免使用紅色、黃色或藍色的字體以及白色或黃色以外的背景；留意紙質是否會反光，因為可能因為眩光而降低清晰度，在英文字體的部份則是建議使用筆劃寬度固定的字體，例如：Arial。針對中文字體的建議，台北市政府文化局一份文化館所易讀設計指南中，認為在螢幕上的呈現以外型方正的黑體比適合，而印刷品的字體比較適合使用橫細直粗的新細明體，較容易閱讀(台北市文化局, 2019)，可適時使用粗體字來標示重要的資訊，避免使用斜體（如：ABC）或壓縮體（如：ABC）；行間保持 1.5 倍行距離，排版儘量靠左對齊，減少文字間色彩的變化，並留意對於色盲或是色弱的使用者來說，可能沒有辦法辨別顏色的差異。

表格 四 各國藥品字體標示建議

國家、單位組織 指引名稱	適用範圍	適用對象 字體大小建議
加拿大衛生部，2015 Guidance document Labelling of Pharmaceutical Drugs for Human Use	藥品說明書 藥品標示	<u>一般民眾</u> 用藥說明書：10 號字以上 藥品標籤：9 號字以上
歐洲藥品管理局，2009 Guideline on the Readability of the Labelling and Package Leaflet of Medicinal Products for Human Use	藥品說明書 藥品標示	<u>一般民眾</u> 用藥說明書：9 號字以上 藥品標籤：7 號字以上 <u>低視力民眾</u> 用藥說明書：16-20 號字體
美國諮詢藥師學會、美國盲人協會 Guidelines for Prescription Labeling and Consumer Medication Information for People with Vision Loss	藥局提供的標籤	<u>低視力民眾</u> 因考量廠商印製大字體的藥品說明書有困難，因此建議藥局提供 18 號字以上的藥品資訊標籤
英國 NHS Managing Medicines: A Visual Impairment Resource	藥局提供的標籤	<u>低視力民眾</u> 至少 12 或 14 號字體 ⁹
英國 Department for Work & Pensions，2018 Guidance-Accessible communication formats	一般印刷品	<u>低視力民眾</u> 建議至少 16 號字體以上

⁹ 但有需求的民眾，仍可向 GP 申請 18、22、24 號字體以上的單張

	但在指引中有提到，如提供不同字體大小的文件版本有困難，可以使用 14 號字，讓不同的族群都能夠容易閱讀。
字體大小參考表： 7 號字、10 號字、12 號、18 號字、22 號字、24 號字	

第二節 聽得到的資訊，聽不見的陷阱

除了用藥的資訊之外，莉莉（69 歲，低視能）會看健康相關的電視節目，特別是談到骨刺、心臟方面的資訊她會特別有興趣；阿平（38 歲，全盲）會收聽廣播節目留意新的健康動態，例如：流感季的疫苗施打等。然而從電腦、廣播節目獲得訊息雖然操作方便，可以容易聽取資訊，然而卻不容易確認其內容來源的真實性：

現在很多電視都有很多賣藥的啦，他也是一種資訊啊，他賣的東西會說明啊，你是什麼樣的身體什麼樣的狀況，（我會買啊），不過他那個不算藥，他算是健康（保健）食品。（阿意，63 歲，全盲）

在團體座談當中，阿意分享了他「聽」電視買保健食品的經驗，開啟了大家熱烈的討論，阿又覺得那可能只是心理療法，說有療效都是騙人的、阿坤認為他一定是說「你需要這個」但其實就是要你買。阿意聽到大家的討論後又進一步解釋說：

像我母親老是會掉髮啦，今年已經八十八歲了，他是外表看起來滿年輕的啦，就是心比較老啦，所以憂鬱症藥吃這麼久...啊，現在很會掉頭髮，啊我買這個膠原蛋白給她吃，是有效不會掉。當然，我沒辦法說一直買，停了，他現在又掉了。

即便他也提到第四台、地下電台賣藥的都比較沒有信心啦！但為了想要幫媽媽解決掉髮問題而購買了產品，而服用後也感到滿意就陷入了兩難的情境。阿琳認為這樣的情況應該需要政府相關部門進一步管理，

問題是那個商機很大啊，政府哪敢得罪，不要說網路啦、地下電台的，每天在那邊聽你也抓不到啊！（阿又）

阿又提到了對公權力的不信任，在本研究未能深入探討非法藥物（食品）廣告執法的困難，然而，身為藥師的研究者不禁思考，在生活當中是不是能有人可以詢問？要去哪裡詢問？當電視、廣播的內容成為了主要的訊息來源時，更重要的是要提供更正確且符合需求的訊息以及查證資訊的管道。

第三節 「數位歧視」帶來的資訊落差

身處於網路發達的年代，許多人習慣遇到問題的事就上網輸入關鍵字，又快又多的資料任人取用，部份受訪者的經驗亦是如此。阿玲（右眼盲，左眼視野受限）說，當她覺得藥品說明書字體太小的時候，會運用平板電腦上網查詢需要的資料，以左眼殘留的視力勉強閱讀；想要降低藍光造成眼睛傷害、保持現有的視力而避免看手機和電腦螢幕的阿竣（52歲，左眼低視能，右眼全盲），加上總是擔心自己「聽」取電腦的資訊時，發出的聲音又會打擾到家人，則是通常會請女兒幫忙查詢，對他來說，雖然自身獲取資訊的獨立性降低了，但家人的相伴與協助，不但讓家庭的關係更為緊密，也使他在接觸資訊方面沒有太大問題。小詩（31歲，低視能）平時有在運動，上網找的資料通常都和運動防護相關知識，而用藥相關的資訊他會透過醫院藥袋上提供的 QR code，掃瞄後連結到醫院用藥資訊的網頁，手機的輔助功能再將網頁的資訊成語音用聽的，比起原本藥袋上原本的藥品、用法用量之外，有了更多的注意事項等資料，提到醫院藥袋所提供「聽」得到的藥物資訊時顯得有些興奮，「終於」不用那麼辛苦，雖然 QR code 的發展是為了改善用藥的問題，然而，操作過程對於視力受限者來說亦是處處受限。

第一次與小詩見面是在台灣年輕藥師協會實習過程中，因應計畫需求舉辦焦點團體座談會，記得在會中聊到大家領藥的時候喜歡一藥一袋或者是藥餐包的形式時，小詩回答說她喜歡每個藥品都有獨立的標示，她可以了解自己吃的藥品、用途以及其他資料，在這過程當中可以感受到她對於知識的需求相對於其他受訪者較高。當時在座談會中有

一個環節是教導與會者如何使用非處方藥外盒的 QR code，並提供數種產品進行體驗，然而，在實際測試使用時並不是那麼順利，因為印刷解析度、QR code 大小、擺放位置的精準度，使得實際測試使用時並不是那麼順利，他們不斷調整手機焦距的沮喪感以及挫折感仍歷歷在目，對此，而其他的受訪者也回饋了自己的想法：

QR code，對一般人來說，至少要會用手機才有辦法用啊，像對於全盲的，定位上就會有困難，他上面好像都沒有導盲點吧，對不對？至少應該要有導盲點，對我們來說會比較有幫助。（阿又，46 歲，左全盲，右低視能）

（使用 QR code）藥師還要協助我們拿我們的手機去掃它這樣子，或者說怎麼樣，因為回到剛才最前面講的就是對於全盲的朋友他使用手機那個相機對焦的部分，他還是沒有辦法正確對焦，所以那還是要請藥師或者是一般明眼朋友幫忙。（阿平，38 歲，全盲）

小詩進一步提到，現今非處方藥品政策以及部份醫院藥袋使用的 QR code 可以作為輔助但並不是絕對，如果能有一個「大家都可以用的藥品查詢網站」，只要知道藥品的名字就可以做很多事。雖然小詩身為盲用電腦老師的對於 3C 用品的操作相當熟悉，使用電腦、手機查詢資料並不成問題，但並不是所有的網站都有無障礙設計，使用上並不友善。

對此國家通訊傳播委員會在 2017 年訂定且發布《網站無障礙規範 2.0 版》，研究者於 2020 年 6 月實際確認和用藥相關的政府網站，其中，食品藥物管理署雖擁有無障礙標章，但藥品許可證查詢系統¹⁰卻未有無障礙設計。而在 2019 年 11 月蘋果新聞網曾以「歧視之島-黑暗裡的數位障礙」為名，探討因應網站無障礙規範發布後，網路銀行使用界面進行無障礙化後有部份功能被捨棄造成「數位歧視」的議題，除了使用者的投書之外，亦訪問了負責的工程師，認為政府制定的規範過於抽象，執行並不如預期（蘋果新聞

¹⁰ 西藥、醫療器材、特定用途化粧品許可證查詢系統，除了許可證亦可查詢仿單（說明書）、藥品外觀等資訊。 <https://info.fda.gov.tw/mlms/H0001.aspx>

網, 2019), 而這些活生生的實際使用者經驗卻未體現在衛生福利部 2020 年對身心障礙權利公約 (CRPD) 的回應¹¹中, 國家報告中僅呈現各級政府機關機構與學校無障礙化檢測以及認證標章核發的統計數量(衛生福利部, 2020), 並未就不如預期的政策施行狀況, 提供分析與反省, 因此, 無障礙網站是否真的能減少不同需求者的資訊落差應持續關注。

第四節 用藥的資訊平權

從受訪者分享的經驗中可以看到, 視力障礙者因年紀、科技產品熟悉程度、視力受限程度、閱讀習慣不同, 有著不同資訊取得的偏好, 對於先天失明以及全盲的受訪者來說, 以聽覺為主要的接收管道, 因此電視、廣播、口耳相傳以及諮詢是習慣使用的方式; 而對於中途失明者而言, 除了聲音的資訊以外, 查閱書面的資料、上網蒐尋仍是習慣使用的方式, 跟明眼人沒有什麼不同。不同的只是這樣的管道充滿了障礙, 存在著資訊不平等的情形。

為避免視障者因資訊障礙而犧牲用藥安全, 造成健康不平等的結果, 許多國家與視障團體致力於推動視障者用藥的資訊平權, 而雖然改善藥品資訊的易讀性、開發合適的科技輔具等方式都是可行的做法, 但視覺障礙者間不同的狀況與需求眾多, 難以使用單一的措施來處理所有人的用藥議題, 然而, 「通用平台¹²」卻是一個可以思考的方向。以英國為例, 英國的所有民眾包含視障者, 從就診時就可以申請藥品說明所需要的格式, 如果想要進一步瞭解自己用藥的內容可以至 EMC 網站查詢, 在網站中提供無障礙格式的訊息, 如果有需求亦可撥打 24 小時的諮詢專線, 為的是確保每一個人能夠有公平的機會取得所需的資訊, 這亦是發展無障礙用藥環境可以參考的模式。

¹¹ 這裡指的是 2020 年 5 月衛福部身心障礙權利公約 (CRPD) 第二次國家報告的第二稿初稿

¹² 通用設計 (Universal Design) 係指考量不同性別、年齡、生理特徵等需求, 融合於設計之中, 並需符合公平使用、彈性靈活、簡易操作、資訊辨識、容許錯誤、操作省力、尺度合宜等七大原則。王國羽, 林昭吟, and 張恆豪, 障礙研究與社會政策. 2019, 高雄市: 巨流圖書股份有限公司。

第四章 期待被擁抱的不安

第一節 從用藥看見視障者的心理狀態



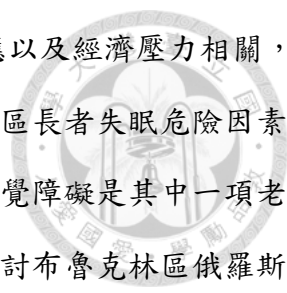
像我們視障者來講，那個安眠藥是百分之百都會用到...（阿竣）

在訪談的過程當中，有部份的受訪者會主動詢問關於自身用藥的問題，這時候研究者和藥師之間身份轉換之後，將注意力放在諮詢以及解決用藥相關的疑惑，但對於詢問用藥的種類以及背後的意涵並未特別留意，而阿竣在訪談中突然提到了視障者多有使用安眠藥情況，快速和前面幾段的訪談產生的連結，像是阿坤（低視能，63歲）也曾提到當視力開始變化的時候，曾經蒐集了數百粒安眠藥錠想要一了百了。

在研究者的執業歷程之中，鎮靜安眠用藥的使用在社區或是藥局就是經常被詢問的用藥分類之一，藥品作用、副作用、注意事項、使用的安全性、合理性、適切性說明都有一套看似充份且完善的制式說明，然而，在訪談當中看到每個安眠藥使用經驗也許不能只當成個人經驗來詮釋，在每段故事的背後似乎存在了一些相似的上游因素值得深究，於是邀請阿竣更進一步分享了自己的內心歷程：

我們視障的人最害怕夜深人靜時，晚上十一、十二點大家在家就寢的時候，你沒辦法睡著的時候、那個時候是你最害怕、最孤獨最不知所措的時候。

壓力很大啊，因為我們是中途失明，或是中途...視力慢慢的往下掉，像我有些朋友一點零，他之前二點零...一點零...零點七...，因為急速的往下掉的時候，身心受到的那種壓力或衝擊，非常的大，他們晚上沒辦法睡，我也是，像我有小朋友，但是我沒有辦法工作，但這個經濟來源，我只要靠我老婆工作會怎麼樣？或是未來的，不可...不可預測，會很惶恐...很害怕。睡不著講就會產生憂鬱、就會產生躁鬱，再來的就是精神的所以...我想說...不能再這樣下去，像我老婆說：我現在出去賺錢啊？你不要跟我想不開、你要想不開，我也沒辦法。



從阿竣的分享中可以看到失眠與憂鬱症狀、孤單感、心理適應以及經濟壓力相關，這樣的討論，在一些研究中亦曾被提及，2004年日本的一篇探討社區長者失眠危險因素研發現除了缺乏活動、抑鬱症狀、使用處方藥和聽力障礙之外，視覺障礙是其中一項老年人失眠預測指標(Kawamoto et al., 2004)；而2014年美國一個探討布魯克林區俄羅斯移民視覺障礙與失眠、焦慮、抑鬱之間的關係的研究中提到，比起擁有良好視力的人，具有失眠症狀的視障者多出了兩倍，而焦慮、抑鬱等症狀是中介因素(Seixas et al., 2014)，與受訪者提到的經驗一致，這也凸顯出在安眠藥使用背後更重要的是心理健康的議題。而阿竣心裡感受到的壓力和孤單感，亦常發生在視障族群之中(Alma et al., 2013; Brunes et al., 2019; Holmén et al., 1994; P. Mick et al., 2018; Toyoshima et al., 2018)。台灣的一篇研究也發現，身體機能、人際互動、經濟以及無障礙環境等是造成視障者壓力來源的四大面向(柯瑞英 & 陳明鎮, 2013)，其中經濟的面向的改善目前可以透過社會福利、視障團體做生活重建以及就業訓練以及媒合等，亦需要政策源頭的規劃；身體機能的改變或退化依賴醫療的發展或者藥物、輔具的使用；而人際互動以及無障礙環境的缺乏和孤獨(loneliness)與社會疏離(social isolation)息息相關又和壓力交織不利於視障者的心理健康。

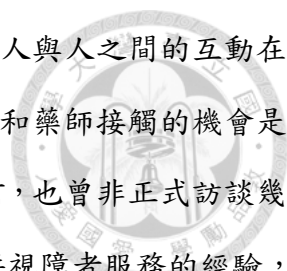
第二節 關係的建立

阿華（視力協助員，66歲）在受訪過程中提及，在提供陪病以及提供視障者日常協助時，觀察到一位個案的狀態：

在心裡上有很多事情講，都沒有人跟他溝通一下，因為這是一個視障者唯一的缺點，因為你看不見，大家也愛理不理你，但是他如果跟著我們走的時候，我們帶他去...像我接的案子，他會跟我聊不完耶，他會把所有事情都一直講一直講這樣，因為我知道他們在家沒有人可以談天，沒有人可以談，那我就...我就當一個聽者，就傾聽他一直講一直講，像我今天帶那個，我一個星期就今天可以放鬆我的心情，害我聽得不知道怎麼講，他就把他所有一個星期的苦水都吐出來。

從阿華的視角帶出了視障者的孤獨感、以及缺乏人際互動的現況，需要情緒紓發的出口，阿竣在訪談中也提到，對於不少中途失明者而言，踏出家門是一項很大的挑戰，從沒有拐杖（導盲杖）到有拐杖的改變，必須擔心社區裡其他人的眼光、擔心受到歧視。這樣的擔憂無形之中也造成了社交的限制，每天可以接觸到的人很有限，除了家人之外就是志工，在視力協助員阿華的經驗中，志工是可以傾訴的對象，也是負面情緒的出口，但是志工的協助是增加了視障者與社會的連結抑或是更拉開了距離呢？以領藥為例：有許多陪病的志工會協助視障者領藥，這雖然增加了領藥的便利性，卻也使得藥師無法面對面和視力不佳的病患進行用藥指導以及衛教，這樣的距離讓藥師無法第一時間辨識用藥者的需求，視障者也無法直接溝通用藥上的問題，有文獻提到溝通和社交互動的困難會導致視力喪失者感到被社會孤立，關係的建立與社會支持有助於減少且預防視力喪失者的孤獨感(Paul Mick et al., 2018)，因此，太過體貼的服務是否也限制了用藥的自主以及藥師建立互動的關係呢？

對於像用藥這種東西，有時候人的互動會比文字還清楚啊，可是問題是因為制度面的不完整，就是呢...建立這個人與人之間的聯繫網沒有很完整所以變成只能仰賴網路去建這個資料庫。（小詩）



對於小詩來說，即便網路的使用對她來說不成問題，但她認為人與人之間的互動在用藥的議題中是最重要，卻不夠完善的一環。是否也代表著視障者和藥師接觸的機會是不多或是沒有辦法進行有效的溝通呢？研究者在正在進行研究之前，也曾非正式訪談幾位在醫院、社區藥局任職的藥師，在執業的過程當中是否曾有提供視障者服務的經驗，常會聽到這些回答：「嗯...好像沒有耶...他們不是都會有人來幫忙領藥嗎？會再請他們幫忙轉達訊息」，然而對於視障者實際拿藥後發生的種種不得而知。雖然目前並沒有視障者親自領藥的統計數據，但還是可以看到視障者與藥師互動關係與溝通的缺乏。

然而，難道提供面對面的服務就算是建立了關係並提供了社會支持嗎？有的時候「感受」也是需要被考量的層面(Hodge & Eccles, 2014)：

因為志工可以幫助他，可以解決很多問題，但你用什麼態度去幫他，人家的感受會感受出來，尤其是他們本身就是處於一種障礙者（的身份），他就覺得什麼都需要人幫忙，當你去服務他的時候，你就不能讓他有這種感覺。（阿華，視力協助員，66歲）

在視力協助員阿華的經驗中，服務過程態度很重要，需要留意對方的感受。

他們（醫院的藥師）不會跟我講太多話，就是因為他們很緊湊工作也很緊湊，就除非我真的有問題要發問要不然他們就是直接拿給我然後直接叮嚀一句就是說有三種藥那~那就是因為他們那個大醫院藥局是很忙阿，所以沒有空跟我講太多，所以我就大概知道這樣，所以就也沒去問他們太多問題。（阿平，38歲，全盲）

社區藥局他們也沒有互動太多，因為原則上就是我去拿處方箋，甚至有時候去買一些藥的時候，會問問題啦！譬如說我去買一些保健食品，例如說買維他命C阿，或者是有時候眼睛有一點不舒服還是會買保養的眼藥水這樣子，他只會簡單講一下這樣，譬如說：買眼藥水有甚麼需求？會問說妳的功用是要做什麼的？那你希望是怎麼樣的一個性質？那他就會給一些建議說他建議買哪一

個品牌這樣子，就是像那種到後來有一種感覺，就是有一種推銷的感覺。（阿平，38 歲，全盲）

阿平平時會自己到藥局領藥，所以和藥師的接觸的經驗並不少，但他回憶起在醫院和社區藥局領藥的經驗，亦沒有太多的互動，甚至從語氣中感到有些抱怨和無奈。進一步詢問他對於藥師提供服務的期待，他這樣說：

那其實我覺得多做是可以把那個藥品的紙包裝上面，可以加註記號，譬如說呢...他可以跟我討論說，是不是三種藥幫我在藥包上面做不同的記號，雖然對他來說可能比較費事一點，可是我覺得這個對於社區藥局的藥師應該不是太難的問題就是可能可以用呢~比較明顯的貼貼紙阿，或者是說讓我們摸得出來那個藥的那個上面最外層那個紙包裝是不一樣的。對於許多全盲視障朋友會比較好，就是說他有多一層的互動和多一層的協助。

我覺得，如果是我是第一次用這個的病人，我可能會很害怕，就覺得說這藥摸起來，乍摸之下，好像很像，如果不仔細摸還可能會吃錯藥這樣子，.....可是就是他（藥師）如果細心一點，可以跟你說我有幫你做記號的是那個赦癲易（藥名）的部分。你就是記得你摸到那個就是赦癲易，不要去懷疑那~.....（藥師）主動會幫你做（記號）的時候，即是你就是會有一個默契在你就不會害怕。

因此，當藥師和視障者共同討論藥品使用上的需求，除了協助之外更重要的是建立互動的關係，藥師「主動」的關注並滿足這些需求時，也有助於撫平視障者對於陌生藥品的不安和擔憂感受。得到了「有感」的社會支持，或許能減少孤獨感並增加與社會的互動。

第三節 分享帶來力量



講真的...我們就是說療癒啦，我們在療癒別人的時候，我們也在療癒自己，這是互相的。（阿竣）


儘管因為視力受限再加上環境的障礙，受訪者分享的生活處處充滿挑戰，但也不是所有的經驗都只帶來挫折、抑鬱等負面的感受。阿竣在訪談中除了談到自己如何經歷視力退化所帶來的低潮，也分享了重拾希望的轉折點：在一次活動場合中，認識了臺灣第一位盲人律師-李秉宏，他鼓勵阿竣可以去學習很多東西，學拐杖（導盲杖）的使用、定位訓練以及盲用電腦等等。在課程當中學習新知也分享彼此的故事，後來更被邀請到協會擔任志工。雖然一開始也曾懷疑自己真的能夠當志工嗎？但後來透過同理、陪伴以及關懷其他中途失明者的過程當中也得到了自我肯定。透過分享找到自己的定位，重建信心。

阿竣從一開始的「服務接受者」身份，透過賦能成為「提供服務者」得到了支持自己的力量。而在用藥的情境下，阿意也分享了自己照顧母親的經驗：

那我在用藥是還好，像我家裡，我只有跟我母親住。我母親吃憂鬱症的藥，差不多快八年了。他的藥都是我弄給他吃（笑），我幫他整理，他領回來，我幫他整理一種一種，幫他排好。那那個藥袋領回來，我就叫我媽念給我聽嘛，嘿，唸好一次我就知道了。包括她...包括我弟弟買給他補的那個 B 群啦，一罐，他的藥，我就把它放在一個地方，裡面那個膠囊，我都一摸就知道了，已經弄得七八年了，包括我自己的也是，那個藥一摸就知道吃什麼了。（阿意，63 歲，全盲）

從阿意的經驗中看到，視障者也不一定都是擔任「被照顧者」的角色，當成為「照顧者」時，也能夠很有自信地侃侃而談自己的經驗，在團體座談中還跟大家分享了很多自己用藥的「撇步」，儼然就是大家的用藥小老師，臉上也帶著自信的笑容。

第四節 增能賦權打造用藥安全的網絡



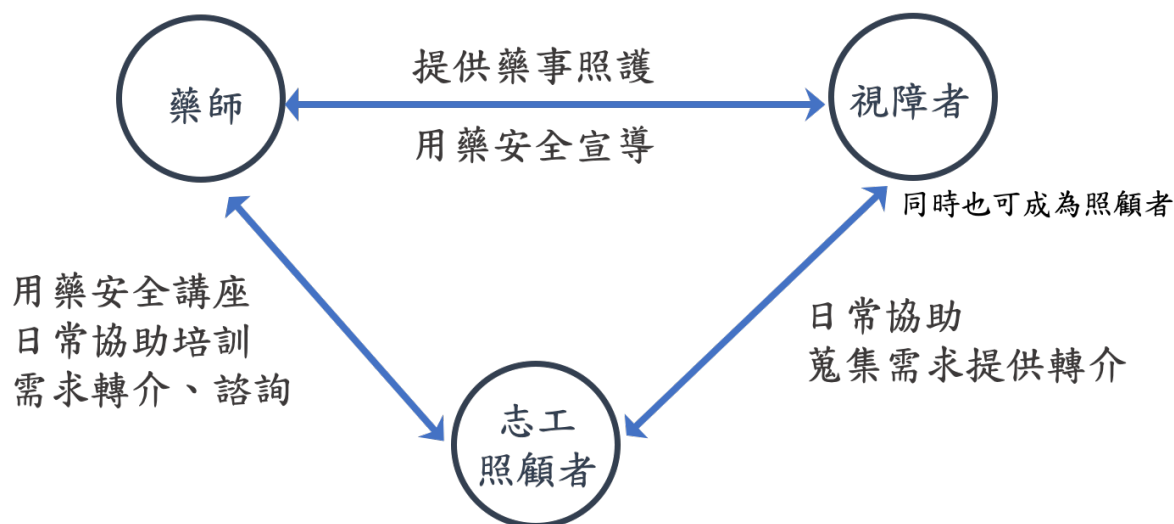
有研究指出，可以透過藥師與民眾一對一的諮詢、用藥評估服務，以及社區宣導等活動，建立增能賦權（empowerment）的模式而減少用藥的錯誤(Awé & Lin, 2003)。然而，回顧研究者的執業歷程，執業所在地桃園市政府衛生局委託桃園市藥師公會的照護藥師提供桃園市民藥事照護服務，視民眾的需求提供藥盒分裝、送藥到府、藥師於社區藥局、個案家中或者是長照機構中提供用藥評估、整合或是解決用藥相關問題的服務，其中送藥到府以及居家式藥事照護皆優先補助身心障礙可以免費使用。但實際詢問照護提供的藥師，服務的對象極少為視障者，在訪談過程亦詢問在桃園市視障服務單位服務的阿華（66歲，視力協助員）以及阿慶（68歲，全盲），皆表示未得到相關的訊息亦不知道該如何申請，可見服務並未確實輸送至需求端。此外，中央以及地方政府每個年度都會編列預算讓藥師到社區以及校園中進行用藥安全宣導，為了提昇民眾用藥安全的意識，讓民眾更正確用藥、減少錯誤用藥所帶來的傷害，然而，這些「社區」似乎都不是在視障者所活動的「社區」之中，也難以取得這些資訊來源，但在研究者也從中看到了努力的目標與可能性。

在一次團體座談結束之後，幾位受訪者相約隔週要一起到一家糖尿病專科診所參加衛教講座。糖尿病是導致中途失明或視力退化的主要原因之一，血糖控制亦是視障者重要的健康因素。在社區中的專科診所與視障團體合作舉辦衛教課程，將疾病預防與控制的知識傳遞給視障者，彼此在這過程中建立合作關係，讓視障者更瞭解如何與疾病共處，也有能力管理自己的健康；大家相約一起參與活動也增加了人與人之間的互動在團體中形塑了一個社交網絡，除了減少社會疏離感也讓健康的資訊在這網絡中流動，進而促進整體的健康¹³。此外，因應現在社群軟體的使用，國內亦有護理師使用 Line 通訊軟體作為視障家庭糖尿病照護的媒介，是很創新而且接地氣的服務模式(陳香妘 et al., 2016)，透過日常的支持達到疾病控制的目的。藉由上述的示範並延續前兩節提及的分享帶來力

¹³ 研究者後續詢問某視障服務單位，亦會邀請醫師、糖尿病衛教師等至單位為視障者上課，了解血糖的控制以及生活型態、飲食的調整，不只是一次性的演講。

量與關係的建立，視障者透過與他人建立關係獲得社會支持，但又藉由分享成為他人的支持而得到滿足，這樣的理念是否可以落實於用藥議題之中呢？

在本次研究受訪者的經驗之中，生活中互動最為密切的不外乎是家人（或主要照顧者）、志工以及視障服務單位¹⁴。在藥師和視障者尚未建立直接互動關係的現況下，視障服務單位會是一個重要媒介。藥師和視障團體建立合作關係，再透過藥師、視障者以及照顧者，三者之間協作關係，建構「增權賦能的用藥安全網絡」如圖三。除了有機會與提供「視障者」更直接的藥事照護之外，更可以舉辦「志工」培訓課程，讓平時提供陪病服務、日常協助的志工（或視力協助員）具有正確用藥的知能，並在視障者日常服藥提供實際的協助，例如：整理並分類藥品、協助藥品辨識等等。當服務的個案服藥有疑問或有多重用藥等議題時，可以轉介給藥師進一步評估與照護。更以「增權賦能」為目標，讓志工甚至是視障者成為「用藥安全種籽講師」，透過分享的力量傳遞正確用藥的知識，就像阿意一樣侃侃而談日常用藥的實用技巧，藥師不再只是被依賴的角色，而像是一個「教練」提供培訓與支持。



圖三 增權賦能用藥網絡概念圖

¹⁴ 在本次研究中所接觸到的視障服務單位，主要提供生活重建、就業輔導、日常協助或其他團體活動等服務，因此，有部份視障者主要活動的場域就是在視障服務單位。



第五章 結論與建議

第一節 強調參與協作的照護設計

本研究的動機是源自於參與政策推動過程的而產生的疑問以及反思，研究者在政策討論座談會中的觀察，身心障礙團體、政府單位以及廠商之間的訴求就像是一場場的攻防戰，身心障礙團體想要捍衛藥品資訊的易讀性刻不容緩，歐美國家能做到的為什麼我們不能？部份藥商希望能保有產品設計的彈性，包裝的主視覺設計和品牌 Logo 露出是廠商更值得在意的事，政府不應強制規定，藥物資訊的提供除了藥品外盒以及說明書之外，藥師應該要負起責任；而藥師團體缺乏對於障礙需求的理解，認為有照顧者和志工的協助就不成問題。每一方的意見代表都想要爭取最大的利益或減少損失，目的是想要協調出一個大家都可以接受的「結果」，然後政府再拍板定案即可，似乎一切的問題就會解決，卻忽略了重新檢視政策執行的成果，是不是真的解決了實務的問題。誠如邱大昕於《障礙、科技與社會》一文所提及的「障礙的消除往往不是可以一勞永逸，而是要永遠不斷協商和努力的過程」(邱大昕, 2017)。

以英國制定無障礙訊息的歷程為例，修法只是給予變革一個法源的依據，後續的推動是由政府（NHS 部門）、視障團體以及藥學會分工合作進行。視障團體持續蒐集視障者的需求提供給政府部門制定相關的工作指引，而藥學會負責培訓藥師，而藥師再落實於執業日常之中，是一個長期而且動態的過程。

以往在政策制定過程中，舉辦討論會（或是公聽會）的舉辦，是常用的「協商」手段，初衷是希望能充份考量各個利益關係人的訴求，然而，這些訴求背後的經驗以及脈絡往往是一連串的事件累積而成，發生在日常的生活與經歷當中，能被發現並帶到會議桌上討論的僅僅是簡化後的結果，更多需求的是要貼近服務現場才能被看見。正如在本研究中透過訪談的方式所窺見視障者的用藥情境，即便是那麼地瑣碎、存在著那麼多的細節，但那才能真實反映問題並從中找尋可行的方案，因此，為了有效建立無障礙環境，我們需要的是強調使用者參與、多方協作的設計。

第二節 建構無障礙用藥環境

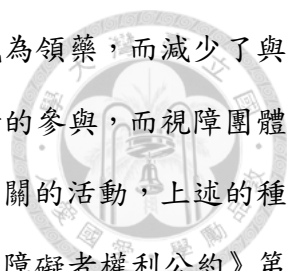
本研究初始的動機欲為社會上的相對弱勢族群-視覺障礙者發聲，即便研究者自覺出自善意與同理，但直到進入了研究場域後，在訪談的過程中每段受訪者的經驗與感受，可以理解卻難以感同身受，才理解到「想要為誰發聲」的這個出發點其實充滿著專業的傲慢，我們與視覺障礙者身於在一樣的社會、一樣的環境之中，這些需求和挑戰時時刻刻都在發生，只是明眼人們沒有看見而已。研究者從中看到的不僅僅是視障者在藥事照護的需求、挑戰以及期待，更是身為藥師角色中未盡的義務和責任。

誠如障礙的社會模式所闡述的論點，障礙的歷程與經驗，不一定來自於生理的損傷，而是在與社會以及他者互動中而產生，在研究過程中看到視障者遇到的挑戰，例如：藥品標示字體太小、用藥頻次複雜而忘記服藥，亦是世人普同的經驗，差別是任何人遇到相同的用藥挑戰時所承擔的風險是否相等？面對同樣的處境時，是不是有「平等」的機會和資源去解決問題。因此，即便本研究是從「視障者經驗」為出發，原先的研究目的是能建立「視障者友善」的藥事照護指引，然而，在梳理前述的內容後發現，即使制式的指引和標準工作流程有助於藥師在工作現場實作，然而，經過統整以及簡化後的「作業流程」缺乏了理解和溫度。對於藥師群體以及整個社會而言，更迫切的是「理解」視障者核心需求以及背後的脈絡，以打造無障礙用藥環境為核心目標，重視藥事照護資源取得的平等、以增能賦權為目標，設計個人化的藥事照護。

一、 藥事照護資源取得的平等

如何正確、有效、安全地使用藥品一直以來都是值得關切的議題，無論是明眼人還是視障者都有可能在服藥的過程當中遇到問題與挑戰，是社會大眾都會有的普同經驗，藥品使用的知識、態度和行為和年齡、教育程度、收入等因素相關(莊昭華 et al., 2017)，然而，關鍵是在於障礙者面臨用藥問題的處境時，取得藥事照護資源的機會是否均等。

當現有藥品的資訊傳遞大多以藥袋、藥品包裝以及說明書刊載的文字為主，皆以受眾「看得到」為前提而設計，然而在視力喪失或受限的情況下，視覺不再作為訊息接收的主體時，取得藥品資訊的管道就受到了限制，如何進行有效的溝通與藥物諮詢是藥師



和視障者需共同面臨的挑戰、視障者因交通不便等因素常由他人代為領藥，而減少了與藥師面對面諮詢的機會，社區舉辦的用藥安全宣導活動缺乏視障者的參與，而視障團體舉辦的活動多以就業輔導、生活重建、共餐等，較少與用藥安全相關的活動，上述的種種皆是視障者在藥事照護資源取得的不平等的現況。在《國際身心障礙者權利公約》第25條提到，為保障身心障礙的健康權，需充份考量醫療提供的可近性（accessibility）、可負擔性（availability）、可用性（availability）以及品質（quality）等四大原則（Organization, 2011; 林昭吟, 2016; 王國羽 et al., 2019）。因此，欲保障視障者的用藥安全並不只是設置「友善專區」，更重要的是確認現有的藥事照護輸送的管道是暢通無礙，讓每位有需求的人都平等的機會取用，亦能接受到相同的照護品質。

二、 個人化的藥事照護設計

每一位視障者在用藥上都有著不同的需求和挑戰，因年齡、有無照顧者、視力發生變化的成因及歷程皆有所不同。有些人喜歡一藥一袋可以更瞭解自己服用的藥品，有些人則喜歡一餐一包藥比較方便；用藥遇到困難時，有些人會運用生活的智慧發展出自己的一套撇步，有些人則索性放棄不用；有人希望保有生活的自主性而有些人真的需要他人協助而不好意思。這些需求真切地反映在生活之中，與其使用「標準作業準則」處理所有的情境，不如融入「增能賦權」精神在藥事照護過程中，貼近視障者的生活，在完全獨立與完全依賴的用藥情境之間取得平衡。

藥事照護的本體回歸至以用藥者為中心，視障者有適度的權力以及能力照顧自己的健康狀態，做自己身體的主人，不再只是被動配合藥物治療。藥師除了直接提供照護之外，應充份理解、尊重個人需求差異並進行溝通，共同討論出照護的目標以及照護提供的方式。然而，需求往往發生在日常生活中，但視障者本身不一定能察覺，這就需要透過日常照顧者以及藥師持續觀察並適時提供支持，打造更安心的用藥環境以及更個人化的照護服務。

第三節 政策建議

政策的制定可以展現政府對於特定議題的重視，但是否能實質解決問題仍需時間以及多方的努力。如果說「障礙」是人與環境互動的過程當中發生，欲消弭這樣的障礙，便需從「人」的經驗出發以及「環境」的合理調整著手，需要時間亦需要多方努力，因此，在本節當中綜合了本研究的發現後，整合了以下建議：


一、 對政府的建議

1. 對於現有非處方藥品加載 QR code 政策進行成效評估，不僅是市售藥品進行變更的比率，更要納入使用者經驗以利後續檢討修正。
2. 為提升國內藥品資訊之易讀性，鼓勵藥品廠商提供無障礙藥品資訊格式，並提供相關遵循指引。
3. 現有藥品許可證查詢網站欠缺無障礙設計，各家廠商提供的說明書格式不一，導致視障使用者並不容易操作，除了增進該網站的無障礙設計之外，亦建議比照英國 EMC 網站，加載民眾版用藥資訊，並提供音訊檔、點字等多元的格式，以降低資訊取得的障礙。

二、 對藥學團體的建議

1. 與國內障礙團體合作，評估國內障礙者用藥的處境、需求並制定相關無障礙藥事照護準則，當中應至少包含如何辨視障礙者需求、使用適當的溝通方式、如何合理調整給藥、藥事照護流程。另外亦可建立轉介管道，當障礙者有藥事照護需求時，可以透過相關團體轉介至藥學團體、醫療院所，以增加服務取得的可近性。
2. 在現有藥師繼續教育課程中，增加身心障礙者以及多元族群的照護需求。
3. 建置用藥安全宣導教材，需留意內容之易讀性，亦需同步考量以電視、廣播、網路等多元平台傳遞正確用藥安全知識。宣導對象除了用藥者本身之外，受眾亦需加入協助用藥者，始能確保用藥者得到的正確的用藥支持。

三、 對藥師的建議

- 
1. 需具備辨識障礙者需求的敏感度，在提供視障者藥事照護時，應以「藥品使用者」能自主用藥作為重要考量，提供服務的形態需與其共同討論需求，不能預設一定會有他人提供協助。若有已知之照顧者，例如：家人、志工，仍需充份提供照顧者以及視障者本人充份用藥資訊。
 2. 在提供視障者用藥諮詢時，避免用眼神、表情、手勢等肢體語言來取代言語，並留意提供的訊息格式是否符合使用者需求。
 3. 對於視覺發生損傷的高風險群（例如：青光眼、白內障、糖尿病），主動留意其視障變化，以及用藥日常是否發生困難。
 4. 其他視障者用藥議題分類以及藥師可提供之協助，如表格 五。

表格 五 本研究受訪者用藥議題分類以及藥師可提供之協助




類別	挑戰	可行作法
自我給藥	用藥品項多、用法複雜	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據使用者需求，提供藥盒分裝或是使用藥盒包方式，將每餐/每次用藥的類別和數量集中放置。 2. 服藥時間相同的藥袋放在一起，並依據服藥時間排序。 3. 部份視障團體可以印製點字貼紙，可以列印「用法」的貼紙貼在藥袋上以供使用。
	藥品辨識	使用橡皮筋、貼紙、膠帶、長尾夾等容易觸摸等輔助方式做記號，並在給藥時一邊說明、一邊讓使用者觸摸可以加深印象。
	藥餐包刻痕不容易撕開	如使用「藥餐包」方式給藥時，應事先協助撕好，變成單一包裝。
資訊取得	無法或難以閱讀藥品/藥袋標示	<ol style="list-style-type: none"> 1. 留意藥袋的列印的清晰度，特別是顏色是否太淡。 2. 如果藥袋以及藥品說明書字體太小時，適時提供放大字體的版本。 3. 藥局內可以提供放大鏡等設備，以供有需求者使用。
藥品儲存 藥物檢收	無法確認效期，導致藥品過期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據領藥的先後排序藥品，以避免藥品過期。 2. 確認服藥情況，以避免剩藥發生。 3. 用手機錄音的方式，錄下使用期限。

其他	藥品數量清點	<p>4. 請主要照顧者協助確認，或是定期提供居家式藥事照護協助確認。</p> <p>如有需要，在給藥時雙方應共同確認藥品的數量，特別是非完整包裝的裸錠。</p>
	用藥說明	<p>在用藥指導時，應具體並且詳細，特別是方向、形狀等說明，例如：使用左邊、右邊、幾點鐘方向等說明取代手勢。</p>
	用藥安全宣導	<ol style="list-style-type: none"> 1. 可以提供用藥安全宣導的「文字短文」而非圖文，給予視障團體，請他們在所屬平台協同發佈，視障者可以用電腦或手機等輔助措施轉為語音聽取。 2. 可與視障團體合作錄製用藥安全宣導語音版，提供給有需要的人。 3. 提供用藥安全相關培訓課程給志工、視障照顧者甚至是視障者本人，培訓用藥安全宣導的種籽講師，以利相關的知能在社交網絡中傳遞。
	藥事照護資源轉介	<p>藥局/藥師與視障服務單位建立轉介機制，當視障者有處方調劑、藥事照護需求時，可以轉介給藥師。</p>

備註：在擬訂個人化藥事照護計畫時，需先瞭解平時用藥習慣、是否有照顧者、視力情況、是否使用點字等。

第四節 限制與未來研究建議



本研究為視障者藥事照護需求的初探，採立意取樣的方式收案僅於雙北市以及桃園市等醫療資源可近性較高的地區為主，未能充分反映居住在偏鄉地區視障者的歷程；在未來的研究應進一步探討城鄉、不同社會決定因子（例如：教育程度、社經條件的影響）對於視障者用藥歷程的關聯性，並列入政策的擬定與照護流程合理調整的考量因素之中。另外，曾有研究提及，性別是影響重度視障者生活品質的重要變項，女性和身心障礙者的雙重身份在社會中更顯弱勢，而其婚姻狀況也會影響「照顧提供者」身份的轉換而影響其生活品質(鄭永福 et al., 2014)，然而這樣的現象是否也會反映在用藥的情境之中，在未來可以進一步探討。

此外，在研究過程中發現，即便現有資料都顯示視障者從障礙的起點到歷程都和疾病息息相關，亦有著健康照護的需求，然而，我們對於其疾病盛行率、分布的樣貌以及用藥種類都缺乏理解，未來應盡快規劃可以運用現有的次級資料庫進行分析，針對主要的疾病種類設計健康促進方案，並針對常見的用藥品項優先推動無障礙資訊格式提供，會是更有效的方法亦能更符合視覺障礙者需求。最後，探索視障者需求僅為建構無障礙用藥環境的一小步，但不同障礙別的經驗亦應持續被關注以及探討。


參考文獻



- Agency, E. M. (2009). *GUIDELINE ON THE READABILITY OF THE LABELLING AND PACKAGE LEAFLET OF MEDICINAL PRODUCTS FOR HUMAN USE*. E. commission. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-2/c/2009_01_12_readability_guideline_final_en.pdf
- Alma, M. A., Van der Mei, S. F., Feitsma, W. N., Groothoff, J. W., Van Tilburg, T. G., & Suurmeijer, T. P. (2013). [Loneliness and self-management abilities in the visually impaired elderly]. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 44(3), 132-142. <https://doi.org/10.1007/s12439-013-0027-3> (Eenzaamheid en zelfmanagementvaardigheden bij visueel beperkte ouderen.)
- Awé, C., & Lin, S. J. (2003). A patient empowerment model to prevent medication errors. *J Med Syst*, 27(6), 503-517. <https://doi.org/10.1023/a:1025929714386>
- Barnett, N., Bushra, A. E., Huddy, H., Majekodumni, F., Thomas, S., & Chiu, F. (2017, 15 AUG 2017). *How to support patients with sight loss in pharmacy*. Retrieved 25 MAY from <https://www.pharmaceutical-journal.com/eye-care/how-to-support-patients-with-sight-loss-in-pharmacy/20203346.article?firstPass=false>
- Brunes, A., M, B. H., & Heir, T. (2019). Loneliness among adults with visual impairment: prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. *Health Qual Life Outcomes*, 17(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1096-y>
- Canada, M. o. P. W. a. G. S. (2015). *Guidance Document Labelling of Pharmaceutical Drugs for Human Use*.
- Datapharm. (unknown). *What is X-PIL*. <https://www.medicines.org.uk/emc/xpil>
- Department for work & Pensions, U. (2018). *Guidance-Accessible communication formats*. <https://www.gov.uk/government/publications/inclusive-communication/accessible-communication-formats>
- Farhadyar, K., Safdari, R., & Beh-Pajooch, A. (2018). *User Goals Extraction for a mhealth-based Medication Management System for Individuals with Visual Impairment* (Vol. 14). <https://doi.org/10.24105/ejbi.2018.14.4.7>
- Foundation, A. S. o. C. P., & Blind, A. F. f. t. (unknown). *American Foundation for the Blind. Guidelines for prescription labeling and consumer medication information for people with vision loss*. <https://www.afb.org/blindness-and-low-vision/your-rights/rx-label-enable-campaign/guidelines-prescription-labeling>
- Hodge, S., & Eccles, F. (2014). *Loneliness, social isolation and sight loss*.
- Holmén, K., Andersson, L., Ericsson, K., Rydberg, L., & Winblad, B. (1994). Visual impairment related to cognition and loneliness in old age. *Scand J Caring Sci*, 8(2), 99-105. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1994.tb00236.x>
- J, S., & R., E. (2015, November 2015). *My Voice 2015 : The views and experiences of blind and*

partially sighted people in the UK. Retrieved 30th May from

https://www.rnib.org.uk/sites/default/files/My%20Voice%20UK%20Report-FINAL_O.PDF

- 
- Kawamoto, R., Yoshida, O., Oka, Y., & Takagi, Y. (2004). Risk factors for insomnia in community-dwelling older persons. *Geriatrics & Gerontology International*, 4(3), 163-168. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2004.00251.x>
- Kentab, B., Z. Al-Rowiali, K., A. Al-Harbi, R., H. Al-Shammari, N., M. Balhareth, W., & F. Al-Yazeed, H. (2014). *Exploring Medication Use by Blind Patients In Saudi Arabia* (Vol. 23). <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2014.05.002>
- Leat, S. J., Krishnamoorthy, A., Carbonara, A., Gold, D., & Rojas-Fernandez, C. (2016). Improving the legibility of prescription medication labels for older adults and adults with visual impairment. *Canadian pharmacists journal : CPJ = Revue des pharmaciens du Canada : RPC*, 149(3), 174-184. <https://doi.org/10.1177/1715163516641432>
- Lee, B. H., & Lee, Y. J. (2019). Evaluation of medication use and pharmacy services for visually impaired persons: Perspectives from both visually impaired and community pharmacists. *Disability and health journal*, 12(1), 79-86. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.07.012>
- Legge, G. E., & Bigelow, C. A. (2011). Does print size matter for reading? A review of findings from vision science and typography. *Journal of Vision*, 11(5), 8-8. <https://doi.org/10.1167/11.5.8>
- Mick, P., Parfyonov, M., Wittich, W., Phillips, N., Guthrie, D., & Kathleen Pichora-Fuller, M. (2018). Associations between sensory loss and social networks, participation, support, and loneliness: Analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 64(1), e33-e41.
- Mick, P., Parfyonov, M., Wittich, W., Phillips, N., Guthrie, D., & Kathleen Pichora-Fuller, M. (2018). Associations between sensory loss and social networks, participation, support, and loneliness: Analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 64(1), e33-e41.
- Nagi, S. Z. (1964). A STUDY IN THE EVALUATION OF DISABILITY AND REHABILITATION POTENTIAL: CONCEPTS, METHODS, AND PROCEDURES. *Am J Public Health Nations Health*, 54(9), 1568-1579. <https://doi.org/10.2105/ajph.54.9.1568>
- NHS. (2011). *Managing Medicines: A Visual Impairment Resource*. <http://www.wdhsc.org.uk/media/1074/visual-impairment-resource-pack-managing-medicines-apr-2011.pdf>
- NHS England, P. a. I. (2015). *Accessible information implementation plan*.
- Oliver, M. (2009). *Understanding disability: From theory to practice (2nd ed.)*. Palgrave Macmillan Education.
- Organization, W. H. (1980). *International classification of impairment, disabilities and*

handicaps. WHO.

Organization, W. H. (2011). *World Report on Disability*. WHO.

Pascolini, D., & Mariotti, S. P. (2012). Global estimates of visual impairment: 2010. *British Journal of Ophthalmology*, 96(5), 614-618. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2011-300539>

Pires, C., Vigário, M., & Cavaco, A. (2015). Readability of medicinal package leaflets: a systematic review. *Rev Saude Publica*, 49, 4. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005559>

Riewpaiboon, A. (2009). How the blind cope with problems of medicine utilization: a study in Bangkok, Thailand. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18(8), 708-712. <https://doi.org/10.1002/pds.1771>

RNIB. (unknown). *Accessible Health Information Standard FAQs for Patients*. Retrieved 30th May from <https://www.rnib.org.uk/needittoreaditqa>

Seixas, A., Ramos, A. R., Gordon-Strachan, G. M., Fonseca, V. A. d. S., Zizi, F., & Jean-Louis, G. (2014). Relationship between Visual Impairment, Insomnia, Anxiety/Depressive Symptoms among Russian Immigrants. *Journal of sleep medicine and disorders*, 1(2), 1009.

Smith, M., & Bailey, T. (2014). Identifying solutions to medication adherence in the visually impaired elderly. *Consult Pharm*, 29(2), 131-134. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2014.131>

Society, M. (unknown). *Preparing documents for visually impaired people*. Retrieved 12th June from <https://www.macularsociety.org/preparing-documents-visually-impaired-people>

SPS, RNIB, & Hospital, M. E. (2017, 28th July 2017). *Top tips for people with sight loss about visiting your pharmacy*. NHS Medicines Use and Safety Team. <https://www.sps.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/07/Top-Tips-for-visiting-your-Pharmacy-Vs-6-22-aug-2017.pdf>

Team, N. M. U. a. S. (2017). *Pharmacy Support for people with sight loss*. <https://www.sps.nhs.uk/articles/pharmacy-support-for-people-with-sight-loss/>

Toyoshima, A., Martin, P., Sato, S., & Poon, L. W. (2018). The relationship between vision impairment and well-being among centenarians: findings from the Georgia Centenarian Study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 33(2), 414-422. <https://doi.org/10.1002/gps.4763>

Zhi-Han, L., Yow, H. Y., & Makmor-Bakry, M. (2017). *Medication-handling challenges among visually impaired population* (Vol. 8). <https://doi.org/10.4103/2045-080X.199613>

劉怡君, 陳怡靜, & 陳立奇. (2018). 視障者用藥安全之文獻回顧與探討 [The Practice of Medication Safety in Visually Impaired Patients: A Literature Review and Discussion]. *臺灣臨床藥學雜誌*, 26(2), 94-102. [https://doi.org/10.6168/fjcp.201804_26\(2\).0002](https://doi.org/10.6168/fjcp.201804_26(2).0002)

台北市文化局. (2019). *文化館所易讀設計指南*.

- https://www.papmh.org.tw/sites/default/files/upload/node/service/fields/field_files/文化館所易讀設計指南%20Guidebook-台北市政府文化局提供.pdf
- 林昭吟. (2016). 簡介聯合國身心障礙者權利公約—以健康權為例. *醫療品質雜誌*, 10(6), 4-8.
- 林昭吟, 鄭雅之, & 張恒豪. (2018). 當「不標準的病人」遇到醫療專業體制：身心障礙者就醫經驗的質化分析 [When " Non-Standard Patients" Encounter the Medical Professional System: A Qualitative Analysis of Medical Experiences among People with Disabilities]. *臺大社會工作學刊*(38), 99-145.
[https://doi.org/10.6171/ntuswr.201812_\(38\).0003](https://doi.org/10.6171/ntuswr.201812_(38).0003)
- 柯瑞英, & 陳明鎮. (2013). 視障老人壓力及壓力因應 [Stress and Coping of Older Adults with Visual Impairment]. *身心障礙研究季刊*, 11(3), 193-209.
[Record #11 is using a reference type undefined in this output style.]
- 王國羽, 林昭吟, & 張恒豪. (2019). *障礙研究與社會政策*. 巨流圖書股份有限公司.
- 社團法人臺灣臨床藥學會. (2010). 行政院衛生署食品藥物管理局 99 年補助「藥品安全劑型及包裝改良推動計畫」研究報告.
- 臺北醫學大學. (2016). 衛生福利部社會及家庭署「我國身心障礙者健康照護及預防保健服務需求研究案」成果報告.
- 莊昭華, 林漢斯, 陳書毓, 許雅娟, & 謝蕙宜. (2017). 社區中老年人用藥安全知識、態度和行為之探討 [A Study on the Knowledge, Attitude and Practice of Safe Medication Use among Middle-Aged and Elderly Community Dwellers]. *台灣家庭醫學雜誌*, 27(2), 89-101. <https://doi.org/10.3966/168232812017062702003>
- 蘋果新聞網. (2019, 20th November 2019). 無障礙規範太抽象 工程師斥：標章是最大障礙. <https://tw.appledaily.com/life/20191120/34F6UVMY6ZCOHPGHMCQ6NIQ3E4/>
- 衛生福利部. (2017). *2020 健康國民白皮書*.
- [Record #7 is using a reference type undefined in this output style.]
- 衛生福利部. (2020). *身心障礙者權利公約 (CRPD) 第二次國家報告第二稿初稿*.
https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=D&bulletinId=1344
- 詹季綦. (2010). *國人服藥順從性與醫療人員互動影響因素之探討* (Publication Number 2010 年) 國立成功大學]. AirtitiLibrary.
- 譚延輝. (2014). 藥事照護理念、流程與管理體系. *藥學雜誌電子報*, 30.
- 身心障礙者鑑定作業辦法-身心障礙類別、鑑定向度、程度分級與基準.
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020020>
- 邱大昕. (2017). 障礙、科技與社會. *臺灣社會學會通訊*(87), 67-69.
- 鄭永福, 張千惠, & 李昕寧. (2014). 我國重度視覺障礙成人在人口學變項之生活品質差異分析 [Comparative Analysis of Demographic Factors on Quality of Life in Adults with Severe Visual Impairments]. *國立臺灣科技大學人文社會學報*, 10(3), 175-202.
- 陳香妘, 徐瑋如, & 黃秀梨. (2016). 用通訊軟體 LINE 促進視障家庭糖尿病飲食自我管理之護理經驗 [A Nursing Experience of Using Communication Software "Line" to

Promote Diet Self-Management for the Family with Diabetes and Visual Impairment].
長庚護理, 27(3), 456-466. <https://doi.org/10.3966/102673012016092703014>
陽明大學社區醫學研究中心. (2006). *台灣地區視覺障礙資料建立與致盲風險因素調查研究*.
驗光人員法施行細則. <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020194>

附錄

附錄一 訪談大綱

一、 視障者

1. 平時覺得身體不舒服時會怎麼處理？
2. 是不是可以分享您平時服藥的習慣以及經驗？
3. 平時想要了解藥品資訊時，會怎麼做？
4. 家中藥品都怎麼保存？過期、沒有使用完的藥品如何處理？

二、 視障照護者

1. 是不是可以分享您平時陪同就醫、輔助給藥的經驗？
2. 在您的經驗當中，覺得什麼樣的輔助方式是視障者最需要的？
3. 覺得現有的藥品（袋）標示以及藥師提供的服務有哪些部份是可以再精進的？

三、 藥師

1. 是不是可以分享您曾經提供視障者用藥相關服務的經驗？
2. 在您的經驗當中，覺得什麼樣的輔助方式是視障者最需要的？
3. 如果臺灣要制定一份《視障族群友善藥事服務指引》，您期待會有哪些內容？





國立臺灣大學
行為與社會科學研究倫理委員會

Research Ethics Committee
National Taiwan University
No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Taipei, Taiwan 10617, R.O.C
Phone: 3366-9956 Fax: 2362-9082
審查核可證明

許可日期：2019年11月25日

倫委會案號：201910HS023

核可證明之有效期限：2019年11月25日至2020年4月30日

計畫名稱：視障族群友善藥事服務需求初探

校/院/系所/計畫主持人：國立臺灣大學/公共衛生學院/公共衛生碩士學位學程/碩士生陳宜萱

計畫文件版本日期：【研究計畫書，2019年8月19日】、【知情同意書，2019年11月22日】、
【訪談大綱，2019年8月19日】

上述計畫業於2019年11月25日通過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理準則與規範及政府相關法律規章。

本案需經研究經費補助單位核准同意後，該計畫始得執行。

計畫主持人最遲應於本核可證明到期前的6周，提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。在計畫執行期間，若有計畫變更或嚴重不良反應事件，計畫主持人須依國內及國立臺灣大學相關法令規定通報本委員會。

行為與社會科學研究倫理委員會主任委員 謝世忠

Ethical Review Approval
National Taiwan University

Date of approval : November 25, 2019

NTU-REC No. : 201910HS023

Validity of this approval: from November 25, 2019 to April 30, 2020

Title of protocol : Exploring the needs of pharmaceutical care for visually impaired population in Taiwan
University/College/Department/Principal Investigator : National Taiwan University/College of Public Health/Master of public health degree program/Graduate student YI-HSUAN CHEN

Version date of documents:【Research Protocol, August 19, 2019】、【Informed Consent Form, November 22, 2019】、【Interview Outline, August 19, 2019】

The protocol has been approved by the Research Ethics Committee of National Taiwan University and has been classified as expedited on November 25, 2019. The committee is organized under, and operates in accordance with, Social and Behavioral Research Ethical Principles and Regulations of National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Approval by funding agency is mandatory before project implementation.

Continuing Review Application should be submitted to Research Ethics Committee no later than six weeks before current approval expired. The investigator is required to report protocol amendment and Serious Adverse Events in accordance with the National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Chairperson Shih-chung Hsieh
Research Ethics Committee

國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會 研究參與者知情同意書-藥師

歡迎您參與本研究！此份文件名為「研究參與者知情同意書」，它將詳述您本研究之相關資訊及您的權利。在研究開始進行及您簽署本同意書之前，研究主持人或研究人員會為您說明研究內容，並回答您的任何疑問。

研究計畫名稱

中文：視障族群友善藥事服務需求初探

英文：Exploring the needs of pharmaceutical care for visually impaired population in Taiwan

研究機構名稱：國立臺灣大學

經費來源：自籌

研究計畫主持人：陳宜萱
學生

職稱：公共衛生碩士學位學程

研究計畫協同主持人：無

職稱：

※研究計畫聯絡人：陳宜萱

電話：0938464787

一、研究目的：

根據衛生福利部公告之《105 年身心障礙者生活狀況及需求調查報告》，截至 105 年 6 月底，國內視覺障礙者人數有 57,118 人，有 36.43% 的視覺障礙族群有服藥上的困難，然而國內目前尚未有藥師提供視障者用藥相關服務的規範，希望能藉由訪談視障者、視障照顧者用藥經驗、感受；藥師提供視障者藥事服務的經驗，探索國內發展視障族群友善藥事服務的需求，以保障視障者之用藥安全。

二、參與研究之條件與限制：

符合下列條件者，適合參加本研究：年滿 20 歲，領有藥師證書並有執業經驗。若有下列情況者，不能參加本研究：未滿 20 歲、未領有藥師證書、領有藥師證書但無實際執業經驗、符合條件但無意願參加本研究者。

三、研究方法與程序：將於 2019 年 9 月 16 日至 2020 年 4 月 30 日期間採立意取樣方式，選取至少 3 位藥師進行訪談，希望經由訪問藥師提供視障者使用藥事服務的經驗、對於國內制定「視障族群友善藥事服務」的需求與建議，以探索臺灣發展視障友善藥事服務的需求與內容，訪談時間為 60 至 90 分鐘。

四、參與研究時之禁忌、限制及應以配合事項：

我將請教您提供視障者藥事服務的經驗以及感受、對於未來發展視障者友善藥事服務指引的需求以及建議，為了完整紀錄訪談內容，若您同意，我們的對話也將會錄音。訪談地點會約在您方便的地點，您可能需負擔移動至訪談地點之來回車資。

五、研究潛在風險、發生率及救濟措施：訪談過程有任何讓您不舒服的問題，您有權拒答，或者隨時停止訪談。我在後續報告與論文的撰寫中，會盡力保護您的隱私，若是引用您的訪談，也會匿名處理，並避免洩漏您的住所、工作場合等可供聯想之細節。除心理壓力與隱私曝光等疑慮外，參與本研究不會造成其他損害，故未提供賠償與保險措施。若有與研究相關的最新資訊，可能影響您繼續參與研究之意願，亦會立即告知。

六、研究效益與對研究參與者之益處：藉由您所表達的意見，本研究將深入了解藥師提供視障者藥事服務的經驗以及對於國內制定「視障族群友善藥事服務」的需求與建議，將其轉化為未來發展視障族群友善藥事服務的依據，以保障視障者之用藥安全，期待對您有所反饋。

七、研究可能衍生的商業利益及其拓展應用之約定：

本研究將不會衍生任何商業利益。

八、研究材料保存期限、運用規劃及機密性：

這份錄音與後續謄打之文字資料，將會妥善存放於主持人的個人電腦裡，唯有主持人得以接觸，該份資料亦將於研究發表完成後的三年內銷毀。

研究計畫主持人將依法把任何可辨識您身分之紀錄與您個人隱私之資料視同機密處理，絕對不會公開。將來發表研究結果時，您的身份將被充分保密。凡簽署了知情同意書，即表示您同意各項原始紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保研究過程與數據，符合相關法律和各種規範要求；上述人員承諾絕對維繫您身分之機密性。

九、損害補償或保險：

(一) 本研究依計畫執行，不提供其他形式之補償。

(二) 您簽署本知情同意書後，在法律上的任何權利不會因此受影響。

十、研究之退出方式及處理：

您可自由決定是否參加本研究，研究過程中不需要任何理由，可隨時撤回同意或退出研究。如果您拒絕參加或退出，將不會引起任何不愉快，或影響日後研究計畫主持人對您的評價，更不會損及您的任何權利。若您決定撤回同意或退出研究，可透過電話告知進行，計畫主持人將會與您確認意願並刪除相關資料。研究計畫主持人或研究計畫贊助或監督單位，也可能於必要時中止該研究之進行。

十一、研究參與者權利：

- (一) 本研究已經過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查，審查內容包含利益與風險評估、研究參與者照護及隱私保護等，並已獲得核准。委員會係依規範運作，並通過中央目的事業主管機構查核認證之審查組織。若您於研究過程中有任何疑問，或認為權利受到影響、傷害，可直接與國立臺灣大學研究倫理中心聯絡，電話號碼為：(02)3366-9956、(02)3366-9980。
- (二) 研究計畫主持人或研究人員已經妥善地向您說明了研究內容與相關資訊，並告知可能影響您參與研究意願的所有資訊。若您有任何疑問，可向研究人員詢問，研究人員將具實回答。
- (三) 研究計畫主持人已將您簽署之一式兩份同意書其中一份交給您留存。

十二、研究計畫主持人/研究人員簽名

研究計畫主持人或研究人員已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，以及可能產生的危險與利益。

研究人員簽名：_____

日期：□□□□年□□月□□日

十三、研究參與者簽名同意

本人已詳細瞭解上述研究方法及其可能的益處與風險，有關本研究計畫的疑問，已獲得詳細說明與解釋。本人同意成為本研究計畫的自願研究參與者。

研究參與者簽名：_____

日期：□□□□年□□月□□日

國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會 研究參與者知情同意書-視障照顧者

歡迎您參與本研究！此份文件名為「研究參與者知情同意書」，它將詳述您本研究之相關資訊及您的權利。在研究開始進行及您簽署本同意書之前，研究主持人或研究人員會為您說明研究內容，並回答您的任何疑問。

研究計畫名稱

中文：視障族群友善藥事服務需求初探

英文：Exploring the needs of pharmaceutical care for visually impaired population in Taiwan

研究機構名稱：國立臺灣大學

經費來源：自籌

研究計畫主持人：陳宜萱
學生

職稱：公共衛生碩士學位學程

研究計畫協同主持人：無

職稱：

※研究計畫聯絡人：陳宜萱

電話：0938464787

一、研究目的：

根據衛生福利部公告之《105年身心障礙者生活狀況及需求調查報告》，截至105年6月底，國內視覺障礙者人數有57,118人，有36.43%的視覺障礙族群有服藥上的困難，然而國內目前尚未有藥師提供視障者用藥相關服務的規範，希望能藉由訪談視障者、視障照顧者用藥經驗、感受；藥師提供視障者藥事服務的經驗，探索國內發展視障族群友善藥事服務的需求，以保障視障者之用藥安全。

二、參與研究之條件與限制：

符合下列條件者，適合參加本研究：年滿20歲，視障照顧者（例如：父母、子女、兄弟姐妹、志工等）。若有下列情況者，不能參加本研究：未滿20歲、有照顧經驗但未實際參與視障者就醫用藥過程、符合條件但無意願參加本研究者。

三、研究方法與程序：將於2019年9月16日至2020年4月30日期間採立意取樣方式，選取至少2位視障者進行訪談，希望經由訪問視障照顧者輔助給藥的

經驗、感受及其脈絡以探索未來發展視障族群友善藥事服務需求，訪談時間為 60 至 90 分鐘。

四、參與研究時之禁忌、限制及應以配合事項：

我將請教您輔助視障者用藥經驗以及感受，為了完整紀錄訪談內容，若您同意，我們的對話也將會錄音。訪談地點會約在您方便的地點，您可能需負擔移動至訪談地點之來回車資。

五、研究潛在風險、發生率及救濟措施：訪談過程有任何讓您不舒服的問題，您有權拒答，或者隨時停止訪談。我在後續報告與論文的撰寫中，會盡力保護您的隱私，若是引用您的訪談，也會匿名處理，並避免洩漏您的住所、工作場合等可供聯想之細節。除心理壓力與隱私曝光等疑慮外，參與本研究不會造成其他損害，故未提供賠償與保險措施。若有與研究相關的最新資訊，可能影響您繼續參與研究之意願，亦會立即告知。

六、研究效益與對研究參與者之益處：藉由您所表達的意見，本研究將深入了解視障者用藥經驗、感受以及挑戰，將其轉化為未來發展視障族群友善藥事服務的依據，以保障視障者之用藥安全，期待對您有所反饋。

七、研究可能衍生的商業利益及其拓展應用之約定：

本研究將不會衍生任何商業利益。

八、研究材料保存期限、運用規劃及機密性：

這份錄音與後續謄打之文字資料，將會妥善存放於主持人的個人電腦裡，唯有主持人得以接觸，該份資料亦將於研究發表完成後的三年內銷毀。

研究計畫主持人將依法把任何可辨識您身分之紀錄與您個人隱私之資料視同機密處理，絕對不會公開。將來發表研究結果時，您的身份將被充分保密。凡簽署了知情同意書，即表示您同意各項原始紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保研究過程與數據，符合相關法律和各種規範要求；上述人員承諾絕對維繫您身分之機密性。

九、損害補償或保險：

(三) 本研究依計畫執行，不提供其他形式之補償。

(四) 您簽署本知情同意書後，在法律上的任何權利不會因此受影響。

十、研究之退出方式及處理：

您可自由決定是否參加本研究，研究過程中不需要任何理由，可隨時撤回同意或退出研究。如果您拒絕參加或退出，將不會引起任何不愉快，或影響日後研究計畫主持人對您的評價，更不會損及您的任何權利。若您決定撤回同意或退出研究，可透過電話告知進行，計畫主持人將會與您確認意願並刪除相關資料。研究計畫主持人或研究計畫贊助或監督單位，也可能於必要時中止該研究之進行。

十一、研究參與者權利：

(四) 本研究已經過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查，審查內容包含利益與風險評估、研究參與者照護及隱私保護等，並已獲得核准。委員會係依規範運作，並通過中央目的事業主管機構查核認證之審查組織。若您於研究過程中有任何疑問，或認為權利受到影響、傷害，可直接與國立臺灣大學研究倫理中心聯絡，電話號碼為：(02)3366-9956、(02)3366-9980。

(五) 研究計畫主持人或研究人員已經妥善地向您說明了研究內容與相關資訊，並告知可能影響您參與研究意願的所有資訊。若您有任何疑問，可向研究人員詢問，研究人員將具實回答。

(六) 研究計畫主持人已將您簽署之一式兩份同意書其中一份交給您留存。

十二、研究計畫主持人/研究人員簽名

研究計畫主持人或研究人員已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，以及可能產生的危險與利益。

研究人員簽名：_____

日期：□□□□年□□月□□日

十三、研究參與者簽名同意

本人已詳細瞭解上述研究方法及其可能的益處與風險，有關本研究計畫的疑問，已獲得詳細說明與解釋。本人同意成為本研究計畫的自願研究參與者。

研究參與者簽名：_____

日期：□□□□年□□月□□日

國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會 研究參與者知情同意書-視障者（見證人）

歡迎您參與本研究！此份文件名為「研究參與者知情同意書」，它將詳述您本研究之相關資訊及您的權利。在研究開始進行及您簽署本同意書之前，研究主持人或研究人員會為您說明研究內容，並回答您的任何疑問。

研究計畫名稱

中文：視障族群友善藥事服務需求初探

英文：Exploring the needs of pharmaceutical care for visually impaired population in Taiwan

研究機構名稱：國立臺灣大學

經費來源：自籌

研究計畫主持人：陳宜萱
學生

職稱：公共衛生碩士學位學程

研究計畫協同主持人：無

職稱：

※研究計畫聯絡人：陳宜萱

電話：0938464787

一、研究目的：

根據衛生福利部公告之《105年身心障礙者生活狀況及需求調查報告》，截至105年6月底，國內視覺障礙者人數有57,118人，有36.43%的視覺障礙族群有服藥上的困難，然而國內目前尚未有藥師提供視障者用藥相關服務的規範，希望能藉由訪談視障者、視障照顧者用藥經驗、感受；藥師提供視障者藥事服務的經驗，探索國內發展視障族群友善藥事服務的需求，以保障視障者之用藥安全。

二、參與研究之條件與限制：

符合下列條件者，適合參加本研究：年滿20歲，領有身心障礙手冊之視障者並有藥品使用經驗。若有下列情況者，不能參加本研究：未滿20歲、未領有身心障礙手冊之視障者、領有身心障礙手冊之視障者但無藥品經驗、符合條件但無意願參加本研究。

三、研究方法與程序：將於 2019 年 9 月 16 日至 2020 年 4 月 30 日期間採立意取樣方式，選取至少 6 位視障者進行訪談，希望經由訪問視障者使用藥品的經驗、感受及其脈絡以探索未來發展視障族群友善藥事服務需求，訪談時間為 60 至 90 分鐘。

四、參與研究時之禁忌、限制及應以配合事項：

我將請教您用藥品使用的經驗以及感受，為了完整紀錄訪談內容，若您同意，我們的對話也將會錄音。訪談地點會約在您方便的地點，您可能需負擔移動至訪談地點之來回車資。

五、研究潛在風險、發生率及救濟措施：訪談過程有任何讓您不舒服的問題，您有權拒答，或者隨時停止訪談。我在後續報告與論文的撰寫中，會盡力保護您的隱私，若是引用您的訪談，也會匿名處理，並避免洩漏您的住所、工作場合等可供聯想之細節。除心理壓力與隱私曝光等疑慮外，參與本研究不會造成其他損害，故未提供賠償與保險措施。若有與研究相關的最新資訊，可能影響您繼續參與研究之意願，亦會立即告知。

六、研究效益與對研究參與者之益處：藉由您所表達的意見，本研究將深入了解視障者用藥經驗、感受以及挑戰，將其轉化為未來發展視障族群友善藥事服務的依據，以保障視障者之用藥安全，期待對您有所反饋。

七、研究可能衍生的商業利益及其拓展應用之約定：

本研究將不會衍生任何商業利益。

八、研究材料保存期限、運用規劃及機密性：

這份錄音與後續謄打之文字資料，將會妥善存放於主持人的個人電腦裡，唯有主持人得以接觸，該份資料亦將於研究發表完成後的三年內銷毀。

研究計畫主持人將依法把任何可辨識您身分之紀錄與您個人隱私之資料視同機密處理，絕對不會公開。將來發表研究結果時，您的身份將被充分保密。凡簽署了知情同意書，即表示您同意各項原始紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保研究過程與數據，符合相關法律和各種規範要求；上述人員承諾絕對維繫您身分之機密性。

九、損害補償或保險：

(五) 本研究依計畫執行，不提供其他形式之補償。

(六) 您簽署本知情同意書後，在法律上的任何權利不會因此受影響。

十、研究之退出方式及處理：

您可自由決定是否參加本研究，研究過程中不需要任何理由，可隨時撤回同意或退出研究。如果您拒絕參加或退出，將不會引起任何不愉快，或影響日後研究計畫主持人對您的評價，更不會損及您的任何權利。若您決定撤回同意或退出研究，可透過電話告知進行，計畫主持人將會與您確認意願並刪除相關資料。研究計畫主持人或研究計畫贊助或監督單位，也可能於必要時中止該研究之進行。

十一、研究參與者權利：

- (七) 本研究已經過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查，審查內容包含利益與風險評估、研究參與者照護及隱私保護等，並已獲得核准。委員會係依規範運作，並通過中央目的事業主管機構查核認證之審查組織。若您於研究過程中有任何疑問，或認為權利受到影響、傷害，可直接與國立臺灣大學研究倫理中心聯絡，電話號碼為：(02)3366-9956、(02)3366-9980。
- (八) 研究計畫主持人或研究人員已經妥善地向您說明了研究內容與相關資訊，並告知可能影響您參與研究意願的所有資訊。若您有任何疑問，可向研究人員詢問，研究人員將具實回答。
- (九) 研究計畫主持人已將您簽署之一式兩份同意書其中一份交給您留存。

十二、研究計畫主持人/研究人員簽名

研究計畫主持人或研究人員已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，以及可能產生的危險與利益。

研究人員簽名：_____

日期：□□□□年□□月□□日

十三、見證人簽名同意

(研究參與者、法定代理人或有同意權之人皆無法閱讀時，應由見證人在場參與所有相關研究參與者同意之討論，並確定研究參與者、法定代理人或有同意權之人之同意完全出於其自由意願後，由見證人於研究參與者同意書簽名並載明日期。研究相關人員不得為見證人。)

見證人簽名：

身份證字號：□□□□□□□□□□ 聯絡電話：□□□□□□□□□□




通訊地址：





日期：□□□□年□□月□□日

國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會 研究參與者知情同意書-視障者 QR-CODE

歡迎您參與本研究！此份文件名為「研究參與者知情同意書」，它將詳述您本研究之相關資訊及您的權利。在研究開始進行及您簽署本同意書之前，研究主持人或研究人員會為您說明研究內容，並回答您的任何疑問。



<p>研究計畫名稱 中文：視障族群友善藥事服務需求初探 英文：Exploring the needs of pharmaceutical care for visually impaired population in Taiwan</p>	
<p>研究機構名稱：國立臺灣大學 經費來源：自籌 研究計畫主持人：陳宜萱 職稱：公共衛生碩士學位學程學生 研究計畫協同主持人：無 研究計畫聯絡人：陳宜萱 電話：0938464787</p>	
<p>一、研究目的： 根據衛生福利部公告之《105 年身心障礙者生活狀況及需求調查報告》，截至 105 年 6 月底，國內視覺障礙者人數有 57,118 人，有 36.43% 的視覺障礙族群有服藥上的困難，然而國內目前尚未有藥師提供視障者用藥相關服務的規範，希望能藉由訪談視障者、視障照顧者用藥經驗、感受；藥師提供視障者藥</p>	

<p>事服務的經驗，探索國內發展視障族群友善藥事服務的需求，以保障視障者之用藥安全。</p>	
<p>二、參與研究之條件與限制： 符合下列條件者，適合參加本研究：年滿 20 歲，領有身心障礙手冊之視障者並有藥品使用經驗。若有下列情況者，不能參加本研究：未滿 20 歲、未領有身心障礙手冊之視障者、領有身心障礙手冊之視障者但無藥品經驗、符合條件但無意願參加本研究。</p>	
<p>三、研究方法與程序： 將於 2019 年 9 月 16 日至 2020 年 4 月 30 日期間採立意取樣方式，選取至少 6 位視障者進行訪談，希望經由訪問視障者使用藥品的經驗、感受及其脈絡以探索未來發展視障族群友善藥事服務需求，訪談時間為 60 至 90 分鐘。</p>	
<p>四、參與研究時之禁忌、限制及應以配合事項： 我將請教您用藥品使用的經驗以及感受，為了完整紀錄訪談內容，若您同意，我們的對話也將會錄音。訪談地點會約在您方便的地點，您可能需負擔移動至訪談地點之來回車資。</p>	

五、研究潛在風險、發生率及救濟措施：

訪談過程有任何讓您不舒服的問題，您有權拒答，或者隨時停止訪談。我在後續報告與論文的撰寫中，會盡力保護您的隱私，若是引用您的訪談，也會匿名處理，並避免洩漏您的住所、工作場合等可供聯想之細節。除心理壓力與隱私曝光等疑慮外，參與本研究不會造成其他損害，故未提供賠償與保險措施。若有與研究相關的最新資訊，可能影響您繼續參與研究之意願，亦會立即告知。



六、研究效益與對研究參與者之益處：

藉由您所表達的意見，本研究將深入了解視障者用藥經驗、感受以及挑戰，將其轉化為未來發展視障族群友善藥事服務的依據，以保障視障者之用藥安全，期待對您有所反饋。



七、研究可能衍生的商業利益及其拓展應用之約定：

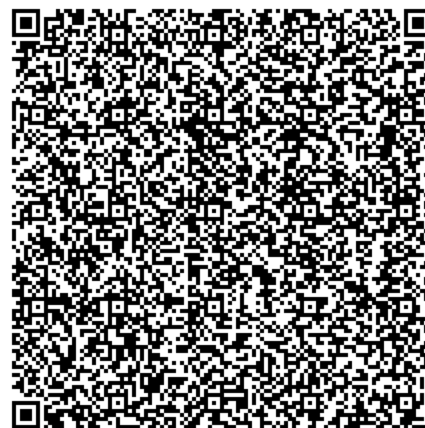
本研究將不會衍生任何商業利益。



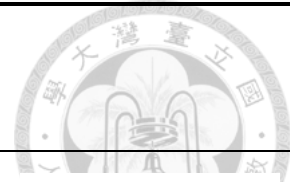
八、研究材料保存期限、運用規劃及機密性：

這份錄音與後續謄打之文字資料，將會妥善存放於主持人的個人電腦裡，唯有主持人得以接觸，該份資料亦將於研究發表完成後的三年內銷毀。

研究計畫主持人將依法把任何可辨識您身分之紀錄與您個人隱私之資料視同機密處理，絕對不會公開。將來發表研究結果時，您的身份將被充分保密。凡簽署了知情同意書，即表示您同意各項原始紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確



保研究過程與數據，符合相關法律和各種規範要求；上述人員承諾絕對維繫您身分之機密性。



九、損害補償或保險：

- (七) 本研究依計畫執行，不提供其他形式之補償。
- (八) 您簽署本知情同意書後，在法律上的任何權利不會因此受影響。



十、研究之退出方式及處理：



您可自由決定是否參加本研究，研究過程中不需要任何理由，可隨時撤回同意或退出研究。如果您拒絕參加或退出，將不會引起任何不愉快，或影響日後研究計畫主持人對您的評價，更不會損及您的任何權利，若您決定撤回同意或退出研究，可透過電話告知進行，計畫主持人將會與您確認意願並刪除相關資料。研究計畫主持人或研究計畫贊助或監督單位，也可能於必要時中止該研究之進行。



十一、研究參與者權利：

- (十) 本研究已經過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查，審查內容包含利益與風險評估、研究參與者照護及隱私保護等，並已獲得核准。委員會係依規範運作，並通過中央目的事業主管機構查核認證之審查組織。若您於研究過程中有任何疑問，或認為權利受到影響、傷害，可直接與國立臺灣大學研究倫理中心聯絡，電話號碼為：(02)3366-9956、(02)3366-9980。
- (十一) 研究計畫主持人或研究人員已經妥善地向您說明了研究內容與相關



<p>資訊，並告知可能影響您參與研究意願的所有資訊。若您有任何疑問，可向研究人員詢問，研究人員將具實回答。</p> <p>(十二) 研究計畫主持人已將您簽署之一式兩份同意書其中一份交給您留存。</p>	
<p>十二、研究計畫主持人/研究人員簽名</p> <p>研究計畫主持人或研究人員已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，以及可能產生的危險與利益。</p> <p>研究人員簽名：_____</p> <p>日期：□□□□年□□月□□日</p>	
<p>十三、研究參與者簽名同意</p> <p>本人已詳細瞭解上述研究方法及其可能的益處與風險，有關本研究計畫的疑問，已獲得詳細說明與解釋。本人同意成為本研究計畫的自願研究參與者。</p> <p>研究參與者簽名：_____</p> <p>日期：□□□□年□□月□□日</p>	