

國立臺灣大學醫學院護理學系

碩士論文

Department of Nursing

College of Medicine

National Taiwan University

Master Thesis

運用計劃行為理論探討臺北市某美沙冬門診男性藥物

成癮者之共用針頭行為意圖

A Study of Sharing Needle Behavior Intention of Male Drug
Addicts in a Methadone Clinic in Taipei Based on the Theory of
Planned Behavior

袁美珍

Mei-Jen Yuan

指導教授：張 媚 博士

Advisor: Mei Chang RN, Ed.D.

中華民國 97 年 07 月

July , 2008

國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

運用計劃行為理論探討臺北市某美沙冬門診男性藥物成癮者
之共用針頭行為意圖

A Study of Sharing Needle Behavior Intention of Male Drug Addicts in
a Methadone Clinic in Taipei Based on the Theory of Planned Behavior.

本論文係 袁美珍 君 (R93426023) 在國立臺灣大學護理學研究所
完成之碩士學位論文，於民國 97 年 7 月 24 日承下列考試委員審查通
過及口試及格，特此證明。

口試委員：

張媚 副教授 (指導教授)

張媚

呂昌明 教授

呂昌明

李思賢 副教授

李思賢

誌謝

猶然記得上榜時週遭親朋好友的狂喜，這一條漫長的路，終於到了尾聲的時刻。首先，感謝我的指導老師-張媚老師，張媚老師是我最尊敬、最佩服的師長，也是影響我學海最重要的明燈。張老師總是不厭其煩的指導著我，體諒我工作的身分，總願意在寧靜的夜晚，細心的與我討論，從不顯露疲態。張媚老師總說教學是她的志業，能學習張老師做學問的方式與態度，真可說是三生有幸！感謝呂昌明老師在計劃行為理論上的指導，永遠都不會忘記呂老師花了整整二小時的時間與我討論問卷的題目，讓我深刻了解學問是需要踏實、認真的面對。感謝李思賢老師的敦敦教誨，一同參加李老師的研究生會議，讓我獲得許多不同的思考方向，學習用更深更廣的視野來看藥癮族群。

能順利完成學業，身邊真的好多好多貴人。工作場所的大長官：吳秀英所長、陳國東所長、王永衛處長、顏慕庸院長以其莊葦主任，謝謝主管的大力支持與鼓勵，讓我能完成夢想；尤其是莊葦主任，在我身邊扮演益師益友的角色，願意傾聽我在學業的困惑，給我追夢的勇氣，是我生活裡的快樂泉源。愛滋組、新興組、藥癮防治課的夥伴，謝謝您們包容我，給了我無限的溫暖。感謝美沙冬門診的所有護理人員，協助收案的過程，讓我能順利完成這個艱鉅的任務。感謝每一位參與研究的研究對象，因為您們的慷慨，才能有這一篇論文的產生。

唸書的過程中，還好有同學、家人與朋友的支持，讓我能無後顧之憂的埋首書堆中。苑菁、雯婷、珮宇、澄澄的同窗緣份，有妳們的支持、協助，讓煩悶、孤獨的求學過程，增添了許多色彩，也讓我們成為一輩子的好友。媽媽、爸爸、靜如、建文、雅玲、韋靈、育瑄、欣怡、伊君、智揚，謝謝您們照顧我的生活，讓我擁有家的溫暖與心靈的支持。還有遠在澳洲的馥郁，兩肋插刀指導我英文的不足，感激之情點滴在心頭。

任何一位在求學路上幫助我、鼓勵我、支持我的人，如果現在的我有一點點小小成就，都歸功於您的一個微笑、一些包容與無盡的愛！

美珍

摘要

本研究主要目的為運用 Ajzen (1985) 的計劃行為理論 (the Theory of Planned Behavior) 來預測並解釋男性靜脈注射藥癮者共用針頭之行為意圖，並於一個月後追蹤自我報告的共用針頭實際行為。研究對象為臺北市某美沙冬門診接受美沙冬維持療法之男性靜脈注射藥癮個案。研究工具擬定為先進行 15 位對象之開放式訪談，由訪談內容找出共用針頭之顯著信念，再據以建構結構式正式問卷。由研究者採一對一訪談方式收集問卷資料，共收集 146 份問卷。研究結果如下：

- 一、研究對象認為自己於問卷施測後一個月內，很有可能或有可能共用針頭者為 22.6%，很不可能或不可能共用針頭者為 77.4%。
- 二、研究對象之態度、主觀規範、自覺行為控制三個變項皆與共用針頭行為意圖有顯著相關。態度、主觀規範、自覺行為控制三個變項可解釋研究對象共用針頭意圖 75.3% 的變異量，自覺行為控制為最主要的預測變項。
- 三、最近 10 次用藥行為的共用針頭現況，能在計劃行為模式內變項（態度、主觀規範、自覺行為控制）之外，顯著增加 3% 的共用針頭行為意圖的解釋變異量。
- 四、研究對象共用針頭的態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間皆呈顯著正相關，與計劃行為理論相符。
- 五、以共用針頭行為意圖之平均值為切點，將研究對象分為高/低意圖組，兩組在行為信念與結果評價上有顯著差異，高意圖組認為共用針頭能「快速打到藥、馬上解癮」與「表達信任對方」的可能性顯著較低意圖組高，且高意圖組對該行為之結果評價比低意圖組好。
- 六、高/低意圖組在規範信念與依從動機上有顯著差異，雖然兩組均自覺重要參考對象認為研究對象不應該與他人共用針頭，低意圖組感受到「家人」、「藥頭」、「配偶/男女朋友」對其共用針頭的不贊同程度比高意圖組強烈，而低意圖組對於依從「家人」與「藥頭」的願意程度比高意圖組高。
- 七、高/低意圖組在控制信念與自覺力量上有顯著差異，高意圖組顯著比低意圖組更常發生「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」、「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」、「要打藥時，身上沒有錢可以買針」、「拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針」、「要打藥時，發現自己準備的針已經壞了」、

「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」、「要打藥時，懶得去買針」與「要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針」等八項促進共用針頭的狀況，且認為在該狀況下發生共用針頭的容易程度也比低意圖組高；低意圖組顯著比高意圖組更常發生「要打藥時，身上有自己專用或全新的針」，低意圖組在該狀況下發生共用針頭的困難程度較高意圖組高。

八、研究對象共用針頭的行為意圖與一個月後實際共用行為之間存在有顯著正相關， r 值為 0.874，可見共用針頭行為意圖對實際行為有相當高的預測力。

結論：計劃行為理論能預測男性藥物成癮者共用針頭行為意圖，自覺行為控制為最主要的預測變項，而共用針頭現況可於模式內變項以外增加對意圖的解釋力。77.4%的研究對象認為自己在未來一個月不可能共用針頭，且共用針頭意圖與實際共用行為有顯著正相關，具相當高的預測力。建議：(1) 持續推廣減害計畫；(2) 強化個案管理護理品質；(3) 善用藥癮者緊密的社會網絡。

關鍵字：計劃行為理論、男性藥物成癮者、共用針頭意圖、美沙冬門診、海洛因、毒癮、藥癮、注射藥癮者



Abstract

This study is based on Ajzen's (1985) the Theory of Planned Behavior and the purpose of this study is to predict and perceive the intention and behavior of needle sharing among male drug addicts. One month later we followed up the actual needle sharing behavior by using subject self-reports. The research subjects were selected from a Methadone clinic in Taipei who were male and receiving Methadone supportive treatments aggressively. Fifteen of research population were interviewed by open-ended questions and the salient beliefs were elicited. A formal structured questionnaire was then constructed according to the salient beliefs. A total of 146 respondents were interviewed face-to-face with their consent. The results shown are as follows :

1. 22.6% study subjects thought that they would highly likely or likely to have needle sharing behavior within a month after the interview; and 77.4% of them responded "highly unlikely" or "unlikely."
2. The intention of needle-sharing had a significant correlated with study subjects' attitude, subjective norm and perceived behavior control. They also explained the 75.3% of variation. However, the perceived behavior control was the main affecting variation in needle-sharing intention.
3. In addition to the internal variables of the Theory of Planned Behavior (attitude, subjective norm, and perceived behavior control), the frequency of needle sharing in last 10 times of drug injection can increase another 3% of the explanations of the variance of needle-sharing intention.
4. The attitude of respondents toward sharing needle intention was positively related to the sum of the product of behavioral beliefs multiplied by outcome evaluations ($\sum b_i * e_i$). The subjective norm of respondents toward sharing needle intention was positively related to the sum of the product of normative beliefs multiplied by motivations to comply ($\sum n_b * m_c$). The perceived behavioral control of respondents toward sharing needle intention was also positively related to the sum of the product of control beliefs multiplied by perceived power ($\sum c_b * p_p$). These results were also consistent with the theory of planned behavior.

5. The respondents were divided into high/low intention groups by the mean score of needle-sharing intention. There were noteworthy differences in behavior beliefs and outcome evaluations between two groups. For instance, the high intention group is more likely to believe that “by sharing needles can inject drugs faster and relieve the onset of drug addiction immediately” and “they can trust other users” than the low intention group. Moreover, the high intention group had better outcome evaluations of those items.
6. There were significant differences in normative beliefs and motivations to comply between these two groups. Although both groups believed that most of their significant others thought they should not share needle with others, the low intention group perceived stronger disagreement of sharing needle behavior from family members, drug dealers and spouse/partner than high intention group. Besides, the low intention group were more willing to comply with family and family members, drug dealers, in terms of not sharing needle.
7. There were significant differences in control beliefs and perceived powers in between these two groups. The high intention group was more likely to have the following 8 situations happened: “when needing an injection, there is no drugstore nearby to buy needles”, “when needing an injection, the drugstore is closed already, so I can’t buy a needle”, “when needing an injection, I do not have money to buy a needle”, “when I get the drugs, craving for the drugs has become too strong so that I can't wait to buy a needle”, “when I am going to inject myself, I find my needle is not working”, “others give me the drugs which was not finished injecting yet in the syringes”, “I am too lazy to buy a needle”, or “I am afraid of being caught by the police so that I do not dare to buy a needle”. And under above circumstances, the high intention group also believed that they are very easy to share needles with others. On the other hand, the

low needle-sharing intention group would have higher frequency of “while injecting drugs , I have my own needle or a brand-new needle with me”, and they believe when they have their own needles, it is more difficult to share needles with others.

8. The needle sharing behavior intention of respondents was positively related to the actual behavior for the following month ($r=0.874$), that again proved that the needle-sharing actual behavior was highly prediction by needle-sharing behavior intention of respondents.

Conclusions: The Theory of Planned Behavior provided good prediction of needle-sharing behavior intention, and the perceived behavioral control was the main affecting variance. The frequency of needle sharing in last 10 times of drug injection significantly enhanced the explanations for the variance of needle-sharing intention in addition to the main variances of the theory model. 77.4% of respondents showed that they would not share needles with other users next month. The needle-sharing behavior intention was positively related to the needle-sharing actual behavior, and from the behavior intention, the needle-sharing actual behavior was able to be predicted highly successfully.

Recommendations: (1) Continuing to promote harm reduction program, (2) Strengthening case management and nursing quality, (3) Utilizing the unique and powerful drug addicts social net.

Keyword : Theory of Planned Behavior, Male drug addicts, Needle-sharing behavior intention, Methadone clinic, Heroin, Substance abuse, Drug addiction, Injection drug users.

目 錄

口試委員會審定書.....	i
誌謝.....	ii
中文摘要.....	iii
英文摘要.....	v
第一章 緒論	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究目的.....	5
第二章 文獻探討.....	6
第一節 藥物濫用與海洛因成癮.....	6
第二節 共用針頭與愛滋病的相關性.....	12
第三節 共用針頭之相關變項及可能影響因素.....	17
第四節 理性行動理論、計劃行為理論與相關研究應用.....	20
第三章 研究方法.....	27
第一節 研究架構.....	27
第二節 名詞界定.....	28
第三節 研究假設.....	29
第四節 研究場所.....	30
第五節 研究對象.....	30
第六節 研究工具.....	31
第七節 研究步驟.....	42
第八節 資料處理.....	44
第九節 倫理考量.....	50
第四章 研究結果.....	51
第一節 研究對象背景描述.....	51

第二節 共用針頭行為意圖及其影響因素.....	57
第三節 態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間之關係.....	71
第四節 不同程度之共用針頭行為意圖在各信念之差異比較.....	81
第五節 共用針頭行為與實際共用針頭行為的關係.....	88
第六節 其他發現.....	89
第五章 討論.....	92
第一節 研究對象背景描述.....	92
第二節 共用針頭行為意圖及其影響因素.....	96
第三節 態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間之關係.....	100
第四節 不同程度之共用針頭行為意圖在各信念之差異比較.....	106
第五節 共用針頭行為與實際共用針頭行為的關係.....	111
第六章 結論與建議.....	113
第一節 結論.....	113
第二節 建議.....	114
第三節 研究限制.....	116
參考文獻.....	117
附錄一 開放式訪談分析.....	127
附錄二 正式問卷.....	131
附錄三 人體試驗委員會同意函.....	142

圖目錄

圖 2-1 計劃行為理論架構.....	25
圖 3-1 本研究之架構.....	27
圖 4-1 迴歸標準化殘差的直方圖（模式內三大變項）.....	59
圖 4-2 標準化殘差之常態機率分佈圖（模式內三大變項）.....	60
圖 4-3 迴歸標準化殘差的直方圖（各子信念交乘積和）.....	62
圖 4-4 標準化殘差之常態機率分佈圖（各子信念交乘積和）.....	62
圖 4-5 迴歸標準化殘差的直方圖（模式內變項與外在變項）.....	68
圖 4-6 標準化殘差之常態機率分佈圖（模式內變項與外在變項）.....	69
圖 5-1 模式內變項統計資料.....	112

表目錄

表 3-1 受訪者之背景資料.....	33
表 3-2 共用針頭之行為信念.....	34
表 3-3 重要參考對象.....	34
表 3-4 共用針頭之控制信念.....	34
表 3-5 問卷各分量表內部一致性信度分析.....	38
表 3-6 變項譯碼計分方式與代表意義(計劃行為理論模式內變項).....	44
表 3-7 變項譯碼計分方式與代表意義(計劃行為理論模式外變項).....	46
表 3-8 變項譯碼計分方式與代表意義(一個月之行為變項).....	49
表 3-9 考驗各研究假設的統計方法.....	50
表 4-1 社會人口學變項分佈情形.....	52
表 4-2 研究對象注射海洛因、共用針頭與美沙冬使用分佈情形.....	55
表 4-3 共用針頭行為意圖之描述性統計.....	58
表 4-4 共用針頭行為意圖、態度、主觀規範與自覺行為控制之相關矩陣.....	59
表 4-5 共用針頭行為意圖、態度、主觀規範與自覺行為控制之複迴歸.....	60
表 4-6 共用針頭行為意圖與各子信念交乘積和之相關矩陣.....	61
表 4-7 共用針頭行為意圖與各子信念交乘積和之複迴歸(強迫進入法).....	63
表 4-8 共用針頭行為意圖與外在變項的關係(皮爾森積差相關).....	64
表 4-9 共用針頭行為意圖與外在變項的關係(Independent-Samples T 檢定).....	65
表 4-10 共用針頭行為意圖與外在變項的關係(單因子變異數分析).....	66
表 4-11 共用針頭行為意圖與模式內變項、外在變項、共用針頭現況之複迴歸(強迫進入法).....	70
表 4-12 共用針頭態度之描述性統計分析.....	72
表 4-13 共用針頭行為信念之描述性統計分析.....	73
表 4-14 共用針頭結果評價之描述性統計分析.....	73
表 4-15 共用針頭態度與行為信念、結果評價交乘積和之相關矩陣.....	74
表 4-16 共用針頭主觀規範之描述性統計分析.....	75

表4-17 共用針頭規範信念之描述性統計分析.....	76
表4-18 共用針頭依從動機之描述性統計分析.....	76
表4-19 共用針頭主觀規範與規範信念、依從動機交乘積和之相關矩陣.....	77
表4-20 共用針頭自覺行為控制之描述性統計分析.....	78
表4-21 共用針頭控制信念之描述性統計分析.....	79
表4-22 共用針頭自覺力量之描述性統計分析.....	80
表4-23 共用針頭自覺行為控制與控制信念、自覺力量交乘積和之相關矩陣.....	81
表4-24 高/低共用針頭行為意圖各信念之Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析.....	83
表4-25 高/低共用針頭行為意圖在行為信念之Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析.....	84
表4-26 高/低共用針頭行為意圖組在結果評價之Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析.....	84
表4-27 高/低共用針頭行為意圖在規範信念之Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析.....	85
表4-28 高/低共用針頭行為意圖在依從動機之Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析.....	86
表4-29 高/低共用針頭行為意圖在控制信念之Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析.....	87
表4-30 高/低共用針頭行為意圖在自覺力量之Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析.....	88
表4-31 年齡與共用針頭現況之卡方檢定.....	89
表4-32 學歷與共用針頭現況之卡方檢定.....	90
表4-33 健康狀況與共用針頭現況之卡方檢定.....	90
表4-34 是否與他人聚集注射毒品與共用針頭現況之卡方檢定.....	91

第一章 緒論

本章說明「研究動機」與「研究目的」兩大部分。

第一節 研究動機

自 1980 年起，藥物濫用已蔚為全球普遍的公共衛生與社會問題，包括：增加犯罪與暴力的機率、增加 HIV/AIDS 與肝炎的易感性（susceptibility）、治療與急診室的需求增加以及損壞社會行為等問題（UNODC，2007a），因此非法藥物濫用盛行率是各個國家評估公共衛生問題指標之一，亦是制定藥物濫用防制政策與成效評估基礎（劉、李、呂、蔡、李，2006）。根據聯合國毒品暨犯罪辦公室 United Nations Office on Drugs and Crime（UNODC）發表「2006 年世界毒品年度報告」指出，全球約有 2 億人在最近一年內曾使用違禁藥品，約佔年齡於 15-64 歲總人口的 5%，並且遍及世界上每一個國家（UNODC，2007b）；在臺灣，劉等（2006）研究大臺北地區成癮物質使用調查，發現臺北縣、市 12 歲以上居民的非法藥物濫用盛行率為 1.6%。在全球最普及的違禁藥物為大麻，3/4 的國家有海洛因濫用的情形，2/3 的國家有古柯鹼的濫用問題（UNODC，2007b）。其中估計約有 1,320 萬人是注射藥物者，全球愛滋病感染者有 5-10% 可歸因於使用注射藥物，大部份經由使用受污染的注射針具（UNODC，2007c）。超過 114 個國家指出該國的靜脈藥癮者已發現愛滋病毒感染的流行（柯、李、李、陳、柯，2005）。在南亞與東亞地區，中國大陸 2001 年的資料顯示 70% 的 HIV 感染者是因為靜脈藥物使用；越南於 2000 年愛滋病感染者中有 65% 為靜脈注射藥癮者，然而在靜脈注射藥癮者當中，同樣也有近 65% 的個案感染愛滋病毒；緬甸於 1997 年靜脈藥癮族群已有 54% 以上的愛滋病盛行率，至 2000 年已達 63%；印度的曼尼普爾邦（Manipur）更有高達 80% 的靜脈藥癮者感染愛滋病毒（UNODC，2007b），因此世界各國皆面臨到藥癮愛滋疫情的衝擊。

臺灣地區使用違禁藥物的情形日益嚴重，根據法務部的估計，全國約有 20 萬

人曾使用違禁藥物，其中靜脈藥癮者估計約為 60,000 人（法務部，2006）。法務部統計，九十五年毒品案件起訴人數共計 28,842 人，期間各級法院審理毒品案件裁判確定移送檢察機關執行有罪人數合計 24,545 人，其中屬第一級毒品（以海洛因為主）罪者計 16,342 人（66.6%）。至於毒品案件之再累犯人數中具有毒品罪前科者計 18,568 人，佔毒品有罪人數比例達 75.6%，再犯比例相當高。九十五年全年臺灣各監獄在監 51,381 位受刑人中以違反毒品危害防制條例的人最多，共計 20,671 人，佔 40.2%；在監毒品犯中，屬第一級毒品者（以海洛因為主）15,990 人最多，佔 77.4%（法務部，2007）。除了從監獄人數得知藥物濫用嚴重程度外，可以仿照經濟學之供需定律進行評估，而供給面之大小可以從緝獲毒品之多寡窺知，緝獲毒品排名亦反應部分藥物濫用現況（簡，2007），依據法務部統計處（2007）資料顯示：國內毒品緝獲以安非他命及海洛因為最大宗。根據臺灣地區辦理藥癮戒治精神醫療院所通報藥物濫用各案件數，海洛因從 2000 年至 2006 年之每年通報量皆為第一位，通報人次從 2000 年的 1,547 例，逐年增加，至 2006 年已達 11,271 例；所佔之百分比也從 52.7% 逐年增加，至 2006 年已達總通報量之 93.8%（簡，2007）。

海洛因是由嗎啡提煉而成，而嗎啡則是由鴉片所分離出來的強效中樞神經麻醉劑。海洛因的毒性為嗎啡之 10 倍，其純度高容易上癮，鑑於極強的成癮性，戒治困難，易濫用過量而死亡，濫用者常因戒治失敗而多次出入醫療院所，且易於在施打過程中感染 B 型肝炎、C 型肝炎、愛滋病等傳染病，除危害個人身心健康、社會公共安全外，也造成醫療成本極大的負擔（林、黃，2005）。

臺灣地區自 1984 年通報第一例愛滋病感染者，傳染途徑九成是經由性行為傳染；靜脈注射藥癮愛滋感染者則是在 1988 年發現第一例，其感染個案總數長久以來一直維持相當低，從 1988 年至 2002 年共累積 93 例本國籍藥癮愛滋病例，佔所有本國籍愛滋感染者之比例平均為 4.1%。然而，從 2003 年開始，藥癮愛滋個案快速成長，單 2003 年就新增 82 位（佔該年本國籍愛滋感染通報總數之 9.5%），

該年新增數目幾乎逼近 15 年間累積之個案數。之後幾年感染人數仍持續攀升，2004 年靜脈注射藥癮者新感染愛滋之人數達 624 人，佔本國籍愛滋感染總數之 41%，而 2005 年新增人數更高達 2,457 位，佔所有本國籍愛滋感染人數之 72.2%，新增人數創歷史新高。2006 年靜脈注射藥癮者新增感染人數也有 1,778 位，佔所有本國籍通報人數 60.4%，仍佔愛滋病通報數相當高的比例。臺灣地區累積至 2007 年 7 月底為止，已有 14,246 名本國籍愛滋病感染者，其中有 5,552 位（38.97%）為藥癮者（疾病管制局，2007）。2006 年底我國戶籍登記人口為 2,288 萬人（內政部，2007），該年通報本國籍愛滋病個案累積有 13,103 位（疾病管制局，2007），可粗估國人感染愛滋病的比例為 0.057%（ $13,103/2288 \text{ 萬} \times 100$ ）；以臺北市立聯合醫院疾病管制院區代為檢驗臺北士林看守所毒品受刑人驗血結果來看，2006 年全年共檢驗 877 位第一級毒品（海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼）受刑人，其中有 30 位檢驗出愛滋病(EIA)為陽性，粗估靜脈藥癮者感染愛滋病的比例為 3.42%，比起國人感染愛滋病的比例（0.057%）高出達 60 倍之多。

這樣快速成長的趨勢顯示臺灣地區靜脈注射藥癮者的愛滋感染疫情面臨爆炸性的成長。當愛滋疫情在藥癮族群蔓延時，將面臨從藥癮快速擴散到一般民眾的爆炸性成長，若無有效防治，隨之而來的是異性戀族群及母子垂直感染的另一波流行，亞洲的泰國、印度、緬甸和越南的愛滋病疫情就是從毒品施用者快速擴散到一般大眾群體的例子（簡，2007）。由於目前尚無發展出有效治療愛滋病的藥物，也尚未研發出可有效預防愛滋感染的疫苗（王，2003；涂，1995；莊，1998），而海洛因成癮者其戒毒成功率僅 2 成，對於長期毒品施打無法戒除者，以公共衛生（傳染病的防治）和人權的角度出發，近年國際間對於減少傷害（Harm Reduction）的觀念逐漸推展，實施替代療法及提供免費清潔針器和使用一次即毀損的安全針具等措施，以避免藥癮者引發更嚴重的愛滋病及 B、C 型肝炎感染之問題，減少藥癮者所衍生的種種社會問題與健康危害（Cohen, 2004; Hilton et al, 2001; Jonsen, 1990; Marlatt, 1998 ;Riley et al, 1999）。

藥癮者感染 HIV 的危險情境發生在注射行為或共用行為上，使用已感染者的針具是導致藥癮者感染 HIV 最直接的因素（張、丁，2006）。臺灣正面臨藥癮愛滋疫情的考驗，因此了解藥癮者共用針頭的行為相關因素為控制愛滋疫情相當重要且急迫的一環。而目前國內針對藥癮者的研究有成癮經驗、住院戒治壓力源、愛滋篩檢行為、戒癮研究、毒癮復發意向、減害計畫、感染愛滋病毒危險因素等方面，關於共用針頭行為多為描述性資料及質性訪談資料，並且較少有針對此行為進行相關因素探討之量性研究。

社會心理學家同意，大部分的行為是目標導向的，人們生活中每天許多的行為都被認為在意志控制下，如果他們有意去做，他們能輕易執行這些行為。然而有時即使個人擁有很強的動機去執行行為，仍不能實際執行行為，因此 Ajzen 和他的同事提出「計劃行為理論」去預測人們不完全受意志控制的行為。在近幾年，計劃行為理論被使用來解釋不同的健康行為(Montano & Kasprzyk, 2002)，尤其計劃行為理論是先以開放式問卷方式引導群體的信念，再依其信念發展結構式問卷，能符合特殊族群的特性。因此本研究擬以計劃行為理論為研究架構，探討男性藥癮者共用針頭之行為意圖與其相關因素，期研究結果能做為發展愛滋防治措施的參考依據，有助於推動相關防治計劃之政策建議。

第二節 研究目的

本研究主要目的在於運用 Ajzen(1985)的計劃行為理論(the Theory of Planned Behavior)來預測並解釋研究對象共用針頭之行為意圖。本研究目的如下列七項：

- 一、瞭解男性藥物成癮者共用針頭的行為意圖。
- 二、瞭解男性藥物成癮者共用針頭的態度、主觀規範、自覺行為控制與共用針頭行為意圖之間的關係。
- 三、瞭解男性藥物成癮者共用針頭的態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間的關係。
 - (一)瞭解男性藥物成癮者共用針頭的行為信念、結果評價與對共用針頭的態度之間的關係。
 - (二)瞭解男性藥物成癮者共用針頭的規範信念、依從動機與對共用針頭的主觀規範之間的關係。
 - (三)瞭解男性藥物成癮者共用針頭的控制信念、自覺力量與對共用針頭的自覺行為控制之間的關係。
- 四、瞭解模式外變項對共用針頭行為意圖的影響。
- 五、探討男性藥物成癮者的態度、主觀規範、自覺行為控制對其共用針頭的行為意圖之預測情形。
- 六、瞭解男性藥物成癮者的態度、主觀規範、自覺行為控制之構成信念與共用針頭行為意圖之間的關係。
- 七、不同程度共用針頭行為意圖之研究對象在各子信念間的差異。
- 八、瞭解男性藥物成癮者共用針頭的行為意圖與實際共用行為之間的關係。

第二章 文獻探討

本章依「藥物濫用與海洛因成癮」、「共用針頭與愛滋病的相關性」、「共用針頭之相關變項及可能影響因素」與「理性行動理論、計劃行為理論與相關應用」等四節說明。

第一節 藥物濫用與海洛因成癮

本節介紹「藥物濫用之定義」、「海洛因成癮」與「使用海洛因之影響」等三部份。

一、藥物濫用之定義：

在臨床工作與研究中，對於「藥物濫用」與「藥物成癮」兩名詞常互相替代使用，且未有具差異性之定義。

依美國精神醫學會（American Psychiatric Association, APA）出版的「精神疾病診斷準則手冊第四版(DSM-IV-TR)」(孔，2007)中定義「物質濫用 (substance abuse)」為：

A.一種適應不良的物質使用模式，導致臨床上重大損害或痛苦，在同一年期間內出現下列各項中一項（或一項以上）：

- (一) 一再地物質使用，造成無法實踐其工作、學業或家庭的主要角色責任（例如：與物質使用關聯而一再曠工或工作表現不良；與物質使用關聯而曠課、休學或被退學；疏於照顧子女或荒廢家事）。
- (二) 在物質使用對身體有害的狀況下（例如：因物質使用而功能損害下仍開車或操作機器），仍繼續使用此物質。
- (三) 一再捲入與物質使用關聯的法律糾紛（例如：因物質使用關聯的不當行為而被逮捕）。
- (四) 縱然由於物質使用的效應已持續或重複造成或加重此人的社會或人際問題，仍繼續使用此物質（例如：與配偶爭執有關物質中毒的影響、與人鬥毆）。

B.其症狀從未符合同一物質的物質依賴診斷準則。

在世界衛生組織出版之「精神與行為障礙之分類-臨床描述與診斷指引 (ICD-10)」(胡、林，1996)中，其「物質濫用」歸於「成癮症候群 (dependence syndrome)」，係指因為有許多生理上、行為上及認知上的現象，使得藥物/物質

使用者會更優先地去使用這些藥物/物質。成癮症候群最主要的描述性特徵就是：常常有一種強烈的、超越一切的渴望想去使用精神作用物質（此藥物可能是也可能不是醫師的處方）、酒精或香菸。要確定診斷成癮症候群，個案必須在過去至少具有下列三項以上的特徵：

- （一）強烈的慾望或強迫感想要使用此藥物/物質。
- （二）無論是在開始使用、停止使用或者用量方面都非常難以克制。
- （三）當此藥物/物質一旦停用或減少使用時，會產生生理上明顯的戒斷症候群；或者在戒斷狀態時會再用同樣（或同類）的藥物/物質以緩解或避免其戒斷症狀。
- （四）耐藥性（tolerance）產生，也就是說必須增加精神作用物質的劑量才能達到其原先較低劑量時所會出現的效果。
- （五）因為使用精神作用物質而逐漸地對其他娛樂失去興趣；必須花更多的時間在得到或使用此藥物/物質，或者是得花更多的時間才能從此藥物/物質的作用中清醒過來。
- （六）即使有明顯對身體有害的證據，仍然要繼續使用此藥物/物質，此有害的結果包括過量飲酒導致對肝臟的損害，或是藥物/物質的大量使用產生憂鬱的情緒，或是因使用藥物/物質引起認知功能的減退。

一般在臨床上可分為生理成癮與心理成癮。生理成癮即是個體因長期使用物質，進而形成「耐藥性」與「戒斷症狀」的現象。而心理成癮，亦即一般所謂的「心癮或心魔」。鴉片類的成癮物質會產生大腦皮質邊緣（corticolimbic）區的神經調節，長期會引發大腦功能的改變（如在杏仁核 amygdala 區），其改變可能與成癮機轉有所相關，而與這些藥物相關的刺激如藥物的形狀、外觀、氣味或相關的情境與人物都會引發成癮者強迫性的尋求藥物或重複使用藥物的行為。而重複用藥時所產生的愉悅感受、外在情境變化等相關記憶，皆會永久的保存在大腦的記憶區裡，這也是為何成癮患者如此容易復發與難以長期緩解的原因（林，2004）。使用鴉片類藥物後所產生的快感會促使一個人繼續使用下去。接著個體重複的使用會引發大腦依賴機轉，導致必須每天使用以避免痛苦的戒斷症狀。再更長期的使用，則會造成大腦功能產生更為持續的變化，導致往後強迫性的尋求藥物行為，以及成癮相關的人格與行為特徵（Weiss et al., 2001）。

針對成癮機轉有許多理論，在此介紹與本研究較有相關的「認知缺乏模式」。此一理論認為個體產生成癮障礙，乃由於其大腦前額皮質 (prefrontal cortex [PFC]) 的異常所致。PFC 與個體的判斷、計畫和其他執行功能的調節有關。這種認知缺乏的模式認為成癮者個體，其 PFC 傳到中腦邊緣酬償系統的抑制功能有所下降，以致於他們無法利用判斷能力來控制衝動，因而導致強迫的用藥行為(Raine, Lencz, Bihrl, LaCasse, & Colletti, 2000)。

藥物濫用問題因時代而有所不同，從清代至民初的鴉片濫用，多為富有階層的奢侈品；而光復後的臺灣，由於管制嚴厲，藥物濫用的問題不若今日，青少年層級的使用亦不盛行（莊等，2005）。至 1970 年代末期，隨著經濟的高成長，社會加速繁榮以及政治解嚴所來的環境影響，如海防較為鬆懈、國人出國頻繁，以及社會紀律的鬆懈等因素，毒品氾濫程度日益嚴重，所造成的社會治安與整體經濟的影響相當巨大，國人開始使用強力膠、甲基安非他命、速賜康 (pentazocine)、紅中 (secobarbital)、青發 (amobarbital)、白板 (methaqualone)、海洛因等毒品，其中又以甲基安非他命與海洛因為主（宋、陳，2005；林，2004），而海洛因在臺灣是最常被注射的藥物(T. S.-H. Lee, 2005)。

二、海洛因 (Heroin) 成癮：

最早有關鴉片的記載為四千年前的巴比倫和亞述，將罌粟 (Papaver somniferum) 未成熟之蒴果以刀劃開，所流出來之乳汁凝固後即得鴉片，鴉片經抽提可得嗎啡，嗎啡是希臘夢神之名，通常手持罌粟花 (Denning, Little, & Glickman, 2007)。1874 年英國的化學家 Wright 首先將嗎啡放在火爐上煮沸而合成海洛因，也就是雙乙醯嗎啡 (diacetylmorphine)。1895 年德國拜耳藥廠 (Bayer Company) 研究員 Heinrich Dreser 以化學合成方式合成雙乙醯嗎啡，並以德語 heronish (強壯、有力) 取名 heroin (海洛因)，屬中樞神經抑制劑。吸食鴉片、嗎啡、海洛因後最典型之感覺為興奮及欣快感，但隨之而來的是陷入困倦狀態，長期使用會產生耐受性及心理、生理依賴性，需增加劑量才可達到主觀相同的效果，海洛因之脂溶性較強，透過血腦障壁 (Blood brain barrier) 進入大腦的速度較快，成癮性極高，一旦停止使用，除產生戒斷反應外，心理的渴藥性是吸毒者最難克服的問題 (林，2004；簡，2007)。目前除了少數國家如英國或瑞士可以處

方海洛因用於止痛或作為成癮患者的維持藥物(Metrebian, Carnwath, & Stimson, 2002; Satel & Aeschbach, 1999)，幾乎世界各地都將海洛因列為第一級毒品。

臺灣的藥癮者喜歡將海洛因稱之為「藥王」，也就是大部分的人如果使用海洛因之後，再也不太喜歡去嘗試其他的毒品了（林，2004）。藥癮者表示海洛因有勾魂攝魄、致命吸引的力量，更有羈心絆意、易進難出的特性，對於癮的難以戒除，藥癮者也心知肚明，認為這是宿命（張、丁，2006）。

海洛因的使用方式有靜脈注射、皮下注射、煙吸（追龍）、點燃吸食（蹬菸）、鼻吸、口服等。在臺灣流行「蹬菸」的吸食方式，就是將一般的香菸菸草倒出來，與海洛因粉末混合後再裝回紙捲內點燃吸食。這種使用方式在世界其他地區並不常見。因為以香菸吸食的方式較為溫和，所以一般初用者較能接受，也較無戒心而容易染上。甚至有些吸食者在使用一段時間後，發覺有戒斷症狀時才知道自己吸食的香菸含有海洛因。吸食海洛因效果開始作用的時間與注射使用差異不大，但強度較為微弱，大都是因為耐藥性產生，所需劑量必須增加而更改為注射使用。注射使用的劑量或注射的頻率也很快必需一直增加上去以達到舒適的效果。因為耐藥性的結果，海洛因使用者每日使用劑量差異相當的大，差異可以達 20 倍左右（林，2004）。張與丁（2006）表示海洛因使用者會選擇注射的原因有：

- （一）當身體的耐藥性變高時，為了止癮效果，是採行注射的一大主因。
- （二）注射的效果比較直接、快速，注射後的感覺亦有迥然的差異。
- （三）因為蹬菸花費較高，所以改為注射，較為省錢。

海洛因的注射方式為將海洛因溶於一般白水或美那水（Vena），用 0.5 或 1 cc 的注射針筒施打靜脈，台語俗稱「走水路」。如果靜脈不易或不敢施打則更改為肌肉注射；某些人在長期靜脈注射後四肢血管萎縮，則會施打鼠蹊部靜脈，稱之為「開血桶」（林，2004）。研究顯示海洛因成癮者，其中絕大多數以靜脈方式使用，極少數以肌肉注射方式使用（林、李、陳、吳，2005；Quaglio, et al., 2003; Chang, et al., 1999）。

海洛因的戒斷症狀是讓藥癮者不斷使用海洛因的重要因素。戒斷（withdrawal）是指在長期使用藥物後突然停止使用或降低使用的劑量。在使用鴉片類藥物時，正腎上腺素的分泌受到抑制，一旦藥效過去則會大量反彈分泌，這種現象在海洛因藥癮者特別顯著。由於海洛因的半衰期短，作用強效，故其戒斷症狀也更為嚴

重。另外戒斷症狀的程度也與使用頻率、使用期間的長短與患者的心理預期相關。海洛因的戒斷一般在停止用藥幾小時後即開始出現，約在 36 小時達到高峰，之後慢慢緩解，約在一週後可以完全恢復。戒斷症狀包括：渴藥、不安、打呵欠、流淚、流鼻水、盜汗、失眠、厭食、腹瀉、噁心、嘔吐、發冷、腹痛、肌肉疼痛、抽筋、心跳加快、等症狀(林，2004；簡，2007；Denning, Little, & Glickman, 2007)。

三、使用海洛因之影響：

成癮藥物的使用近年來有較快速的演變，對不同層面的衝擊、影響也有區別。

(一) 使用益處：

鴉片類藥物種類繁多，使用方式截然不同，但使用後大多有類似的感覺。海洛因在醫療上有止痛、止咳、止瀉的效果；在心理方面會覺得溫馨、有安全感、欣快感、將煩惱拋諸腦後、減輕壓力和情感上的痛苦、增進愉悅感、產生幸福感；如果心情鬱悶，使用鴉片類藥物可以感到舒暢；若感覺緊繃，使用鴉片類藥物則可放鬆。而在社會性方面，低劑量鴉片類藥物可以增進與他人的友誼，忘卻孤單；高劑量可以脫離世間俗事，進入忘我、如夢之境。施打鴉片類藥物時，腦內分泌的多巴胺會立刻產生「快感」，很多人就是熱愛這種快感而採取注射(Denning, Little, & Glickman, 2007)。

(二) 生理影響：

除了先前提過的耐藥性與戒斷症狀外，長期使用海洛因的過程中，常會出現急性過量的問題，這種情況大都發生在靜脈注射的患者身上，吸食者則非常少見，最主要乃是嗎啡對中樞神經的呼吸中樞抑制所致(林，2004)。Chen (2001) 等發現臺灣海洛因成癮者的死亡率達 1.94%，長期使用者則可能有周邊神經病變、感染、心律不整、抽筋等現象。另因共用針頭行為而得到傳染性疾病(HIV 感染、肝炎、性病)引發嚴重的健康傷害後果，在泰國曾經有藥癮注射者的 HIV 感染盛行率達 90%的狀況(Poshyachinda, 1993)。除了愛滋病，令人憂心的是，肝炎病毒在藥癮族群中感染可能更為盛行，Chang 等(1999)發現，臺灣勒戒所和監獄樣本有 67.2%的 C 型肝炎感染率，林等(2005)的研究也發現，注射方式使用海洛因者，其 C 型肝炎病毒抗體陽性率為 77.4%，非注射方式使用海洛因者其 C 型肝炎病毒抗體陽性率為 27%，由此可見其健康危害也是不容忽視。而藥物成癮者開

始注射時多技術不純熟、缺乏無菌技術、注射部位常沒有消毒或消毒不完全、打入染污之溶液以及針頭來回穿刺導致血管破裂等原因，都會引起靜脈炎、血腫、蜂窩性組織炎，甚至菌血症、細菌性心內膜炎等疾病，且在替靜脈藥癮者身體檢查時，通常可發現手臂或大腿有靜脈針孔及靜脈硬化的情況（洪、張，2006；莊，1995；黃、黃，1998；蔡，1998）。吸食者也常因生活型態改變，以取得藥物為生活重心，而導致營養缺失，睡眠不足等其他問題（林，2004；李、洪、蕭，1996）。

（三）心理影響：

不自主地產生心理依賴，不易戒除或控制用量。被視為「廢人」，易導致沮喪、焦慮、罪惡感與自卑。大量使用後，戒斷時無法承受壓力、焦慮和痛苦，因此藥癮者常出現憂鬱、自殺等精神科合併症（Denning, Little, & Glickman, 2007）。研究指出，海洛因使用者的死亡率為同儕的 13 倍，其中有 3-35% 乃是自殺身亡，而有自殺企圖者比率也是甚高（林，2004）；呂等學者（1999）的研究也指出，藥癮者最主要的困擾為：自覺憂鬱沮喪、孤獨感覺、身體健康有問題等。因此，海洛因藥癮者之心理層面問題也亟需同時被處理與關心。

（四）社會影響：

藥物成癮者普遍欠缺問題處理能力及缺乏社會支持。戒治者最感痛苦之事分別為：強烈社會標籤、無事可做、藥癮發作、欠缺友伴支持與家庭關懷。Glasser 對藥物成癮者所定下的定義：其自我功能雖稱完整，但極脆弱，常採否定、退縮等防禦機轉自我保護，掩飾本身弱點與失敗，且因自信心不足，不敢參加社會中各項活動，進而導致自我滿意度偏低；加入欠缺以理性方式解決問題的能力，且不願對自己行為負責，也因而影響對家庭與師友資源之應用，形成其孤獨、無助等特性（李、洪、蕭，1996）。除了藥物成癮者本身之外，對於社會與家庭的衝擊也是一樣龐大。藥癮者於長期慣性使用後，花費甚鉅，導致家庭經濟的負擔、親人間的戕害、社會資源的耗費、其他違法行為和反社會行為等影響，都是難以承受的痛（Denning, Little, & Glickman, 2007）。

第二節 共用針頭與愛滋病的相關性

本節說明「共用針頭與愛滋病感染」、「減害治療模式」與「美沙冬替代療法」等三部份。

一、共用針頭與愛滋病感染：

聯合國愛滋病防治組織認為：「當一個國家的愛滋病毒感染流行的驅動力，由不安全的性行為轉變為靜脈藥癮者之間的共用針器行為時，其代表的真正意義乃是潛在爆炸型之愛滋病毒感染流行已然發生」。藥癮者感染愛滋病的原因，大部分為共用針頭（包含針頭、針筒及稀釋溶液），且在藥癮者的社交圈中，經常有多重性伴侶的現象，使得愛滋病毒感染或其他性病的傳播更加快速（洪、張，2006）。然而，共用或使用受污染的針頭比性行為能有效的傳播愛滋病毒(T. S.-H. Lee, 2005)。

靜脈注射需要備有注射器具，包括注射筒、注射針、匙、棉花、水等，對藥癮者而言，準備繁雜。在美國購買注射器需要醫生的處方，在夜間與週末購買更不易，於是共用針頭時常發生。美國大城市中，有不少注射處(Shooting galleries)，提供團體藥癮場所，在這些場所中，共用針頭的情形極為普遍(莊，1995)。Belenko等(2004)發現紐約受刑人有很高比率的不安全性行為與共用針頭行為，且 HIV 之疫情和預防措施有限。而 Wolk 等(1990)研究雪梨 181 位靜脈藥癮者，發現其中 80% 曾有共同針頭的情形，僅有 15% 使用保險套，且有 13% 男性表示曾在監獄與同性發生肛交行為。Braine 等(2005)也比較安非他命注射者與非安非他命使用者的 HIV 危險行為。發現安非他命注射者較為年輕，較多白人與街友，而非安非他命靜脈使用者、街友、憂鬱者、有多重伴侶者，較易有危險行為。

在東南亞，泰國北部之「金三角」以種植罌粟為主，海洛因藥癮者從 1987 年以後急速增加；因經濟狀況不良，加上衛生知識缺乏，共用針頭的情形極為盛行，因此靜脈藥癮成為愛滋病的最大感染途徑(莊，1995)。除了泰國，緬甸與印度等地之靜脈藥癮問題亦極為嚴重，Panda 等(2005)研究印度 226 位藥癮者和其性伴侶，結果有 30% 的藥癮者感染 HIV，5% 性伴侶感染，其感染途徑大都是靜脈藥癮與異性戀為主。

在臺灣，1988 年以前，台大醫院曾蒐集臺北市煙毒勒戒所及幾所社會收容場

所的 9,488 份血清標本中，無一愛滋病毒抗體陽性；當時的省立屏東醫院類似的調查也指出無人受到感染；於是國內樂觀人士認為，靜脈藥癮在臺灣並不是問題。不料，1988 年在某社會收容所發現第一例靜脈藥癮者抗體呈陽性，雖然之後其個案總數一直維持相當低，但共用針頭的情況並非罕見（莊，1995）。從 2003 年開始，藥癮愛滋個案快速成長，至 2007 年 7 月底為止，已有 14,246 名本國籍愛滋病患感染者，其中有 5,552 位（38.97%）為藥癮者（疾病管制局，2007）。HIV 藥癮者族群的生理、心理、社會狀況與其他感染族群不同，Prins 等（2000）指出，感染 HIV 的藥癮者其非 AIDS 的死亡原因，最常見的是藥物過量、自殺、細菌感染，這些原因與藥癮者原本的生活型態息息相關。另外，感染 HIV 的藥癮者普遍同時感染 C 型肝炎，85% 的個案會變成 C 型肝炎慢性感染，進一步可能造成漸進性肝臟疾病、肝硬化或肝癌。因此藥癮者感染 HIV 的問題更需深入的研究與探討，以發展具特異性的照護、治療與防治。

許等（2007）以臺中監獄、雲林及嘉義戒治所之男性靜脈注射藥癮者為研究對象之研究發現，共用針頭及針筒感染 HIV（+）的危險性是從未共用者的 33.4 倍，共用毒品稀釋液及容器感染 HIV（+）的危險性是從未共用者的 30.8 倍，同時共用針頭、針筒、毒品稀釋液及容器感染 HIV（+）的危險性是從未共用者的 45.14 倍。其它研究也指出臺灣靜脈注射藥癮者感染 HIV 之相關因素有「注射藥物時，使用別人用過的針具」、「關係密切的親戚或朋友是 HIV 感染者」、「曾與他人共用容器」、「共用稀釋液」、「教育程度較低」、「共用針頭的人數較多」、「藥物使用方式」、「保險套使用頻率」、「共用針頭頻率」及「有多重性伴侶」等因素（陳，2005；黃，2005；黃，2007），由此可見國內與國外的研究結果一致，靜脈藥癮者感染 HIV 的主要因為共用行為，其中又以共用針頭的危險性最高，因此本研究主要針對共用針頭此特定行為做進一步探討。

我國政策並未施行管制販售注射針具，所以大部分的藥局都可以購買得到，但共用針頭注射的情形在藥癮者的族群仍相當普遍，在陳（2005）的研究結果中，98.3% 研究對象表示當需要針具時可取得針具，但仍有 48.1% 靜脈注射藥癮者曾與他人共用針頭。同樣的，在林（1998）的研究顯示，279 位的靜脈注射毒癮個案中，52% 曾經有共用針頭/針筒行為；盧（2000）也針對 1185 名戒治所女性藥癮患者調查發現有 32.2% 曾與他人共用針頭；甚至在黃（2005）的研究中，有高達 81.1%

的研究對象於入監前曾與他人共用針具，可見此行為之嚴重性。

由上述研究資料可見，共用針頭於藥癮使用者族群是很常見的行為，而此行為是感染愛滋病的危險因子之一，因此探討藥癮者共用針頭的相關因素，發展有效的防治策略，是執行愛滋病防治工作相當重要與急切的部份。

二、減害治療模式：

毒品有三害，一是對施用者本身健康的危害；其次是造成傳染病散播，又以靜脈注射共用針頭者傳播愛滋病為甚；三是毒癮發作時，可能有偷搶拐騙的不法行為，造成社會治安危害。要去除這三害，理想上是從根本做起，創造一個無毒的社會，提供民眾健康的生活環境。然而，放眼古今中外，歷史經驗告訴我們，要達到無毒的理想境界相當困難，甚至是不可能的任務。因此，如果減除其中兩害或任何一害，比倡言無毒卻始終無法杜絕毒品為佳。這就是「減害」（Harm Reduction）的基本精神（Denning, Little, & Glickman, 2007）。

在臺灣過去的反毒政策，毒品施用者越查越多、監所人滿為患，於 2003 年起，甚至造成愛滋病的散播。藥癮者施打毒品時共用針具是導致愛滋病疫情快速飆升的主因。尤其是 2005 年，新增感染者當中，七成都是藥癮者，創下歷史新高。為了因應愛滋病的嚴峻疫情，我國師法英國、澳洲及香港的成功經驗，行政院於 94 年 12 月 6 日正式核定「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，由衛生署自 2005 年開始在臺北市、臺北縣、桃園縣及臺南縣等四個縣市試辦清潔針具計畫及替代療法，並呼籲藥癮者切勿共用針具、稀釋液及稀釋容器（邱，2007）。

減害計畫（Harm Reduction Program）是一個全方位的整合性的計畫，目的是希望降低毒品對個人、家庭、社會的傷害。其中主要措施包括：（一）擴大藥癮者 HIV 篩檢監測，以便早期發現個案，及時給予治療，防止其再傳染給他人；（二）辦理清潔針具計畫，提供藥癮者之輔導追蹤與戒癮諮商，以防止因使用毒品而感染 B、C 型肝炎及愛滋病毒；（三）辦理替代療法，使一時無法戒毒的人，以口服低危害替代品之方式，取代高危險的靜脈施打，並輔以追蹤輔導、教育與轉介戒毒（行政院衛生署疾病管制局，2007）。

歐美各國執行「減害」措施的原則：（一）更務實的做法：接受藥癮者存在社會中的事實，控制或盡可能降低因使用成癮藥物而帶來的傷害，比全面戒毒、

禁毒更切合實際；（二）工作目標有輕重緩急：設定漸進式的目標，處理藥癮者的相關問題；（三）秉持人道主義的價值信念：不以道德批判，譴責藥癮者或是支持藥癮者，應尊重藥癮者繼續使用藥物的選擇；（四）「減害」是著重減少危險：意即可降低傷害甚至避免傷害，降低風險就是減少藥癮者繼續使用藥物，且認為藥癮者的行為是可能改變的，尤其會受到自我團體內成員的價值信念的影響；（五）「減害」著重在降低傷害，而非戒癮：支持藥癮者減少用藥，而不以戒癮為最終目標；（六）「減害」是尋找各種可行的策略來降低傷害，並權衡其經濟效益以求最大社會效益。務實來說，「減害」措施應包括：如何安全用藥、如何處理用藥以及戒除藥物等方向（施，2006）。值得一提的是，根據美國實施美沙冬替代療法的經驗來看，政府每花一元，就能回收經濟利益四元之多；至於清潔針具計畫部份，以預防一名年輕藥癮者感染愛滋病、四十年存活率來計算，光是一個人就能省下 1400 萬元，如果一年減少了一百人，一年就能省下 14 億元，因此，越早投入經費，就能大幅降低藥癮者因共用針頭注射毒品而感染愛滋病所帶來的社會成本（李，2006）。

其中，「清潔針具計畫」是為了防範共用針具而可能導致血液傳染病的感染，希望藥癮者在尚未完全戒除藥癮之前，接受正確的衛教諮商，懂得注意及保護自己的健康，避免與人共用針具、稀釋容器或稀釋液。由各縣市衛生局評估並與社區藥局、社區民眾溝通，擇定辦理清潔針具計畫的地點，提供毒品使用者清潔注射針具與稀釋液、教育輔導諮商與轉介治療管道，以降低毒品施用人口、擴大戒毒網絡、協助毒品病患及其家人愛滋病毒篩檢，進而回收使用過的注射針具。最終目的是希望透過多次的教育與輔導諮商，改變其注射毒品的態度與行為（行政院衛生署疾病管制局，2007）。經各國嚴格評估其成效後，發現執行此計畫後，可減少注射器流通時間、減少注射器共用情形、降低愛滋病盛行率及發生率、減少危險性行為，還可引導靜脈藥癮者接觸戒癮治療（施，2006）。

而「替代療法」是在醫生的評估與治療之下，運用口服的合成鴉片類替代藥品美沙冬來取代藥癮者靜脈注射海洛因的行為。對於嘗試各種戒毒方式卻無法擺脫毒品的個案而言，可以使他們無須過著每天找藥，甚至因而犯罪的生活。同時提供藥癮者教育諮商與生理、心理、社會支持系統的相關協助，給予藥癮者完整

且持續性的專業服務，進而能有穩定工作與有回歸社會的機會，並降低愛滋病、病毒性肝炎等血液傳染病流行機率，達到防疫目的。目前全臺灣共有 68 個美沙冬替代療法門診（行政院衛生署疾病管制局，2007；邱，2007）。於下一段落介紹美沙冬替代療法。

三、美沙冬替代療法：

美沙冬（Methadone）是在 1930 年代末期由德國人發明，原本是用來當作嗎啡的替代品，幫助第二次世界大戰中受傷的傷兵止痛。美沙冬跟嗎啡一樣的功效，且具有高脂溶性特徵，其可留在人體內長達 24 小時，更能有效地減輕病人的痛楚。1960 年代以後，美沙冬才開始作為海洛因的代替品，用來治療海洛因的藥癮者（Joseph, Stancliff & Langrod, 2000）。

美沙冬的藥理作用為一種人工合成麻醉性鎮痛藥，具有和嗎啡一樣之藥理作用，為典型的 μ -receptor 致效劑（agonist），能減輕鴉片類毒品的戒斷症狀。美沙冬口服吸收良好，吸收後約 85% 與血漿蛋白結合，主要分佈在腦、肺、肝、腎、和脾臟。口服給藥後約 30 分鐘到達血液中，2-4 小時可到達最高血中濃度。美沙冬半衰期為 24-36 小時，平均為 24 小時，口服一天一次即可有效減輕戒斷症狀。約 4 到 5 個半衰期，血中濃度才會穩定。美沙冬是以肝臟 CYP3A4、CYP2D6 以及 CYP2B6 為主要代謝途徑（Gerber, Rhodes & Gal, 2004）。美沙冬替代療法適用於各種鴉片類藥物，尤其適用於海洛因依賴患者。副作用常見的有頭重腳輕、眩暈、鎮靜、噁心、嘔吐及多汗。大部分副作用均會在數週內消失，但便秘及多汗可能持續存在。初始劑量一般在每天 20-30mg，第一天總劑量原則上不超過每天 40mg；維持劑量因人而異，一般來說每天約 20-120mg，但國外有每天使用超過 200mg 的個案報告。戒斷症狀通常發生在突然停藥或併用鴉片類拮抗劑時，戒斷症狀包括：坐立不安、流淚、流鼻水、打哈欠、流汗、顫抖、冒冷汗、肌肉酸痛、瞳孔放大等，其症狀類似鴉片類的戒斷症狀，但比海洛因的戒斷症狀輕微（陳、林、謙，2007）。

毒癮的治療原則在於使用長效的藥品代替短效的毒品，用低成癮性的藥物代替高成癮性的毒品。因為美沙冬半衰期比海洛因長，且一天只要給藥一次，可以使病人維持正常的生活狀態，改善病人的健康，恢復家庭以及社交生活。美沙冬

的給藥方式為口服給藥，如此可以減少因共用針頭而感染愛滋病毒、B 型肝炎以及 C 型肝炎之危險。而且參加美沙冬替代療法遠比注射海洛因的費用低，可以減低病患的經濟負擔，降低毒癮者因經濟狀況不佳而導致的犯罪行為，減少醫療、社會、犯罪等多方面的問題，對個人、家庭、社會皆相當有助益（陳、林、謙，2007）。

第三節 共用針頭之相關變項及可能影響因素

張與丁（2006）研究指出，藥癮者會共用針頭的因素為沒有乾淨的針具。而取得乾淨針具有兩個障礙：（一）警察的查緝：使得藥癮者不敢上藥房買針具、不敢隨身攜帶針具、不敢購買太多針具，進一步衍生出使用過的針具被任意放置或丟棄的問題，且當需要針具注射時，僅能選擇重複使用針具；（二）找不到藥局：多數發生在藥局不足的地方或是在半夜藥局休息的時段。而莊等（2006）針對高雄縣受刑人對清潔針具交換計畫的需求及意願調查發現，研究對象要去領取針具包最大顧慮是怕警察埋伏或跟監抓人，最偏好的針具交換服務站則是超商、藥局，因超商除了據點多、便利性夠之外，還可以同時克服夜間買不到針的困擾。

其他有關於共用針頭之相關變項及可能影響因素分別敘述如下：

一、年齡：

劉、李、呂、蔡、李等學者（2006）進行大臺北地區成癮物質使用調查發現，共蒐集 1,984 位個案資料，發現藥物濫用者平均年齡為 32.0 歲，低於非藥物濫用者（36.6 歲），藥物濫用者年齡多集中在 19 至 40 歲，佔 73.3%，顯著高於非藥物濫用者的 44.3%。

國外對於年齡的研究多將靜脈注射藥癮者分為年長者與年輕者兩組作比較。Kwiatkowski 與 Booth (2003)研究美國藥癮老人，發現大於 50 歲的藥癮者性行為較少，較少有針頭共用行為；然而，大於 50 歲的男性的愛滋行為的危險性高於女性。另外，有一針對 1508 位正在使用藥物的 50 歲以上年長者與 1515 位小於 50 歲的藥物使用者做比較之研究發現，年長者較有可能成為靜脈注射者，但他們注射的頻率少於年輕者，此發現可支持生理耐受性降低的說法(Patterson & Jeste, 1999)。年長者明顯較少使用先前被使用過且沒有用漂白水、酒精或煮沸的水清潔

過的針頭 (a “dirty” needle)。他們也較少共用其他藥物用具，包括：棉花、用具 (cookers) 和沖洗液，也就是年長的靜脈注射藥癮者比年輕的在注射行為上有較少的危險性。加以推論其理由有社會的束縛 (social bonding) 和欣快感減少等。同樣的，年長者比較少使用髒的針頭可能是因為共用針頭對於年長者較少有社會形式的益處 (Schoeneberger, Logan, & Leukefeld, 2001)。另一個研究指出，年長的靜脈注射藥癮者常常與相似年齡的用藥者一同注射。這個研究也看出社會圈 (social circles)，長期注射的夥伴發展出針頭衛生規則，以避免得到肝炎。年長的靜脈注射藥癮者更關心針頭共用之安全性，因為他們較具備 AIDS 的認知和了解共用針頭傳染 AIDS 的危險性 (Levy, 1998)。

二、婚姻：

研究指出，藥物濫用者婚姻狀態以未婚和離婚居多，高於非濫用者 (70% 對 45.9%)，進一步分析可發現，未婚者藥物濫用之風險顯著高於已婚者 (OR=2.17) (劉等, 2006)。另外，在 Lee 的研究發現，婚姻狀況可明顯預測最近一次使用海洛因是否共用針頭，而已婚的比離婚、分居和鰥寡的少了 51% 在最近的注射行為中共用針頭 (T. S.-H. Lee, 2005)。

三、健康狀況：

Tun 等 (2003) 針對 593 位愛滋病陰性個案及 338 位愛滋病陽性個案作世代研究，發現愛滋病陽性組 23% 的個案從事不安全性行為，50% 有共用針頭的行為。陳 (2005) 探討臺南監所男性靜脈注射藥癮者感染愛滋病毒之危險因素，其中將愛滋病感染者分在病例組，未感染愛滋病者為對照組，結果在注射行為方面，上一次注射藥物使用別人使用過的針具，病例組顯著高於對照組 ($P < 0.001$)。

林等 (2005) 針對 C 型肝炎相關因素研究顯示，有超過一半的藥癮者共用針頭次數多於或等於 4 次，表示海洛因依賴者可能衛生觀念不足，也可能在藥癮發作時購買乾淨針頭不方便，心存僥倖下再次使用別人用過的針頭。61.2% 的海洛因依賴者有刺青，少數有紋眉、眼線或輸血。此研究發現每多一次共用注射針頭就

增加感染 C 型肝炎病毒機會 1.15 倍，顯示共用注射針頭與 C 型肝炎病毒抗體陽性有顯著相關性。

四、是否接受愛滋病的衛生教育：

在臺灣，經由教育和行為改變的預防是最重要控制 HIV 流行的方法。所有的受刑人都在監獄上過衛教課程，且認為衛教課程對他們很重要並增加他們對 HIV/AIDS 的了解。藥癮者有很好關於 HIV/AIDS 感染途徑的知識程度，大部分個案知道污染的針頭會傳染 HIV/AIDS，個案傾向採取安全的藥物使用行為，少數個案對於他們的危險行為變成 HIV/AIDS 感染者低估(T. S. Lee et al., 2006)。Lee (2005) 針對臺灣 438 位監獄之女性受刑人，調查其注射海洛因時的共同針頭行為與相關因素。研究結果顯示，大部分受試者清楚 HIV 傳染途徑，但仍有 75.1% 曾共用針頭，58.8% 入獄前一個月曾與他人共用針頭；因此在愛滋病防治工作部份，需克服藥癮者瞭解針頭共用的危險與實際行為之間存在的間隔 (gap)。

五、其他相關因素：

國內有一篇研究顯示：教育程度高者其藥物濫用之風險略低於教育程度低者 (OR=0.97)，而有收入者其藥物濫用之風險顯著高於沒有收入者 (OR=1.7) (劉、李、呂、蔡、李，2006)。另外，藥癮者時常施行針筒反覆抽推 (Booting) 的行為，更使污染情況惡化 (莊，1995)。

程 (2004) 研究顯示，吸毒年數愈長，其衝動性、用藥信念與用藥渴求愈強烈。Lee (2005) 的研究發現，第一次使用海洛因的年齡與共用針頭有明顯有顯著相關；若第一次使用海洛因的年齡老一歲，其共用針頭的可能性少 7%，而較早開始注射的長期靜脈藥癮者，最有可能在他們首次靜脈注射時共用針具。

Mark 等 (2006) 收集美沙冬、減毒和針具交換計畫三處的 445 位藥癮者個案中，34.1% 的個案仍有共同針頭的行為。但也有研究顯示，有參加美沙冬超過 12 個月的個案比離開治療計畫的，明顯比較少與沒帶保險套的伴侶發生性行為 (T. S.-H. Lee, 2006)。

藥癮者同儕間緊密的網絡關係，使得經常一起注射成癮藥物或彼此間有緊密的社會連結（social ties）者，更可能共同從事危險的注射行為。錯綜複雜的網絡所帶來的另一個危機就是集體的感染，當網絡裡其中一個人感染到 HIV，整群藥友圈幾乎無一倖免（張、丁，2006）。

對於藥物成癮或共用針頭的相關研究，大部分都是在監獄裡收案，個案填答時可能會投其所好，而針對社區裡的個案研究資料較為少見。因此本研究的收案對象為非監所的藥癮者，期能了解不同族群之藥癮者對於共用針頭行為的看法。

第四節 理性行動理論、計劃行為理論與相關應用

本節說明「理性行動理論」、「計劃行為理論」與「計劃行為理論相關研究應用」等三部份。

一、理性行動理論：

於 1967 年由 Fishbein 定義、發展並測試此理論（Fishbein & Ajzen, 1975）。此理論假設人們為理性的，並具邏輯性的使用所得之資訊。理論最終目的為預測和了解個人的行為。朝向此目的之首要步驟是鑑別和測量有興趣的行為。一旦行為被清楚定義出來，就可找出此行為的決定因子。我們假設大部分的社會相關行為是在意志控制之下（volitional control），也就是此理論觀點為：個人執行或不執行此行為的意圖（intention），為行動的立即決定因子（the immediate determinant）。這並不是指意圖和行為間總是完美符合，不過，除了特殊事件外，通常人們的行為與意圖是一致（Ajzen & Fishbein, 1980）。

根據理性行動理論，人們的意圖有二項基本的決定因素：個人因素和社會影響。第一，個人因素是個人對執行某行為之正向或負向評價，此因子稱為「行為之態度」，也就是一個人評價行為是好的或壞的，他贊成或不贊成執行該行為。第二個意圖決定因子是人們對他們執行或不執行某行為感受到的社會壓力，此因子稱為「主觀規範」。一般來說，人們傾向執行他們給予正向評價的行為及他們

相信是重要他人認為他們應該執行的行為(Ajzen, 1985; Ajzen & Fishbein, 1980)。

人們相信執行行為將導致較正向之結果，則持有贊同執行行為的態度；若人們相信執行行為將導致較負向之結果，則持有不贊同的態度。此構成人們對行為之態度，稱為「行為信念」(behavioral beliefs)。

主觀規範的信念為一個人對於特殊個體或群體認為他應該或不應該執行行為的信念，稱為「規範信念」(normative beliefs)。

有些潛在重要的因子，他們不能構成理論完整的部分，被稱為「外在變項」，可包括：個人特質(威權、內向、外向)、人口學變項(性別、年齡、社會階級和種族)...等。外在變項也許會影響個人持有的信念或態度與規範的相關重要性。

我們假設大部分的社會相關行為是在有意志的控制下，且能經由意圖預測。從我們的觀點，意圖是行為的立即決定因子，當意圖獲得適當的測量，將可提供最準確的行為預測。測量個人執行行為的可能性，稱為「行為意圖」(behavioral intention)(Ajzen & Fishbein, 1980)。

在有些例子，態度被認為比主觀規範重要，而在其他的行為意圖則可能由規範主宰。通常，二個都是決定意圖的重要因子。除此之外，態度和規範因子的相關重要性從一個人到另一個就會不同。以上討論可以總和為下列方程式：

$$B \sim I \propto [w_1 A_B + w_2 SN] \quad \textcircled{1}$$

在方程式 1 中，B 是研究者有興趣的行為，I 是個人執行 B 行為的意圖， A_B 是個人對於執行 B 行為的態度，SN 是個人對於執行 B 行為的主觀規範，而 w_1 和 w_2 是根據經驗決定重要性的參數，能反應 A_B 和 SN 的相關重要性。波浪線(\sim)在方程式 1 指的是如果意圖沒有在執行行為前改變，意圖則被預期能預測行為；意圖為行為態度和主觀規範的比重總和。

不論如何，為了更完整解釋意圖，它必須解釋為什麼人們持有某些態度和主觀規範。根據理性行動理論，行為態度藉由個案對於行為的顯著信念而決定。每一個連結行為的顯著信念具有某些評價結果或其他歸因。行為的態度則是藉由個

人之結果評價以及相關強度所決定的。藉由信念強度和結果評價相乘，並加總結果，從個人對此行為的顯著信念得到態度的估計。態度在理論中的資訊過程呈現在方程式 2。

$$A_B \propto \sum_{i=1}^n b_i e_i \quad \textcircled{2}$$

A_B 代表 B 行為態度， b_i 是行為信念（主觀可能性），也就是執行 B 行為將導致 i 結果的信念， e_i 是 i 結果評價，並加總以上 n 個顯著信念。

一般來說，個人相信執行此行為將導致最正向的結果，對於執行行為將持有贊成的態度，而當個人相信執行行為將導致最負向的結果，將持有不贊成的態度。構成人們對行為態度的信念，稱為「行為信念」。

主觀規範也被假定受信念的作用，但信念是不同種類的，換句話說，是關於人們對於特殊他人或團體認為他應該或不應該執行此行為的信念。這些構成主觀規範的信念，稱作為「規範信念」。一般來說，人們相信大部分的重要他人認為他應該去執行行為，而他有動機願意依從，將產生社會壓力去執行。相反的，個人相信大部分的重要他人認為他不應該執行行為，而他有動機依從，將產生主觀規範造成壓力去避免從事此行為。規範信念和主觀規範之間的關係呈現於方程式 3。

$$SN \propto \sum_{j=1}^n b_j m_j \quad \textcircled{3}$$

SN 是主觀規範， b_j 是重要他人 j 的規範信念， m_j 是個人依從重要他人 j 的動機，n 是顯著規範信念數目。

以上討論理性行動理論顯示意志行為能被有限的概念解釋。經由一系列理論介入的過程，造成行為的個人顯著信念。每一個從行為到信念的連續步驟，提供廣泛的因素去決定行為。在最初的階段，行為被假設經由意圖決定；下一階段，

這些意圖被行為態度和主觀規範解釋；第三階段，態度和主觀規範是依據執行行為的結果信念和相關重要他人期待的規範信念。在最後的分析，個人行為藉由了解他或她的信念來解釋。當人們的信念呈現出在他們世界有的資訊(正確或不正確)，緊接著他們的信念藉由這些資訊做最終的決定。其他更末梢的因素，例如：人口學特性或個人特質，則被假設與行為沒有直接影響。根據理性行動理論，這些模式外變項若與行為有關，他們將影響行為態度或規範信念，間接影響執行行為(Ajzen, 1985)。

二、計劃行為理論


Ajzen 將理性行動理論修正為「計劃行為理論」，不同於理性行為理論，它說明「自覺性」(perceived)也就是對於考慮的行為之實際控制力(Ajzen, 1985)。

因為理性行動理論假設最主要決定行為的是行為意向，此理論成功的解釋行為是依賴在可由意志控制的程度(也就是，個人的行動在很大的控制程度下)。在很高的意志控制下，動機(motivation)被意向和態度、規範所測量，被預期成為行為的主要決定因素。然而，在無法控制的情況下，理性行動理論對行為的預測是減低的。例如：個人有很強的動機去執行行為，但不能實際執行行為，因為介入的環境狀況。行為常受到許多非意志力因素，如資源、機會、阻礙等因素的影響，也就是說人類的行為並非全是自我意願所能決定的，許多行為需要擁有特殊技能或資源才能達成。如此，Ajzen 和他的同事提出「計劃行為理論」去預測人們不完全受意志控制的行為。Ajzen (1991) 增加「自覺行為控制」至理性行動理論說明個人控制的外在因子，可能會影響他或她的意向和行為。此延伸是基於：行為的執行是由動機(意向)和能力(行為控制)共同決定的。Ajzen (1991) 表示「自覺行為控制」係指個人自覺到完成某一行為容易或困難的程度，反映個人對該行為過去的經驗和所預期的阻礙。個人的自覺行為控制與意向同為預測行為的直接影響，特別當意志控制不高時，自覺控制能準確評估實際行為控制。若在意志控制為高的狀況時，則自覺控制的影響下降，而意圖為行為的充分預測者。

計劃行為理論假設自覺行為控制可在態度和主觀規範之外，獨立決定行為意圖。當態度和主觀規範保持不動，個人自覺行為執行是容易或困難的，將影響他或她的行為意向。同樣的，決定意向的三個因子之相關比重針對不同的行為和族群是不同的。

根據計劃行為理論，自覺行為控制藉由「控制信念 (control belief)」決定。控制信念是關於存在或缺乏執行行為的促進和障礙因子，並藉由自覺力量，也就是對每個促進或障礙的行為因子之影響做加權。因此，個人對於促進行為的因子有較強的控制信念，會有較高的自覺控制行為。相反的，個人對於妨礙行為的因子擁有較強的控制信念，將會有較低的自覺控制行為(Montano & Kasprzyk, 2002)。

根據計劃行為理論，最終決定意圖和行為的是控制信念，與出現或缺乏必要的資源和機會有關。個體相信他們若擁有較多的資源和機會，則預期有較少的障礙或妨礙，更自覺能控制行為。


$$PBC \propto \sum_{i=1}^n C_i P_i \quad (4)$$

在方程式 4，每個控制信念 (C) 要乘上自覺力量(P)。自覺力量為特別的控制因子，能幫助或抑制執行此行為，產生的結果經由加總 n 個顯著控制信念產生自覺行為控制(PBC)。如此，行為結果的信念被視為決定行為之態度，規範信念被視為決定主觀規範，而關於資源和機會的信念被視為自覺行為控制的基礎。

綜合以上說明，根據計劃行為理論，人類的行為受以下三項的影響：(1) 對於行為可能會有的結果之信念 (行為信念；behavioral beliefs) 與對於這些結果的評價；(2) 重要他人的主觀看法之信念 (規範信念；normative beliefs) 與依從這些看法的動機；(3) 對於出現促進或妨礙行為執行的影響因子之信念 (控制信念；control beliefs) 與對於這些因子的自覺力量。行為信念產生對行為贊成或不贊成的態度 (attitude)；規範信念產生自覺社會壓力的結果，也就是主觀規範 (subjective norm)；而控制信念產生自覺行為控制 (perceived behavioral control)。結合行為

態度、主觀規範與自覺行為控制，形成行為意圖的結構（formation）。一般來說，擁有較贊成的態度與主觀規範和較好的自覺行為控制，人們則會有較強的意圖去執行行為。人們對於行為擁有充分程度的實際控制時，當機會來臨，人們被預期能實現他們的意圖。意圖被假設為行為的立即決定因子，然而許多非意志能控制的行為很難實行，故除了意圖之外，還需要考量自覺行為控制。自覺行為控制除了能代表實際控制外，還可能直接預測行為（Ajzen, 2006）。圖 2-1 呈現計劃行為理論之架構。

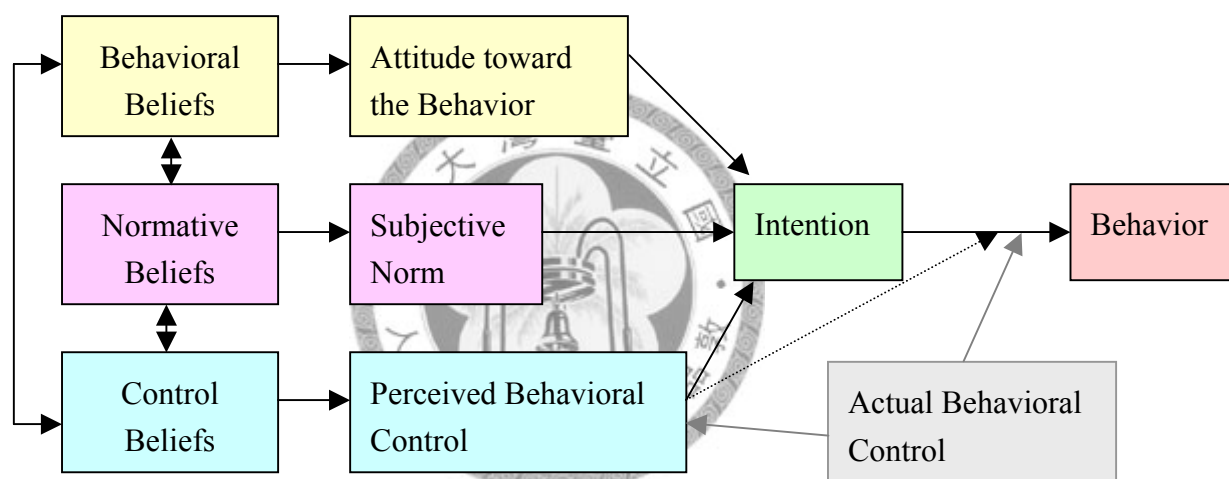


圖 2-1 計劃行為理論架構（Ajzen, 2006）

三、計劃行為理論相關研究應用

計劃行為理論可找出影響行為的關鍵信念，再依據關鍵信念設計介入措施，從影響態度、主觀規範、自覺行為控制，導致改變行為意圖和行為。在近幾年，計劃行為理論被使用來解釋不同的健康行為，包括：運動、抽菸和藥物使用、HIV/STD 預防行為、乳房檢查、臨床醫師預防服務和口腔衛生等(Montano & Kasprzyk, 2002)。

有關運用計劃行為理論於藥物成癮者的相關研究，李（2006）以「計劃行為理論」探討藥物成癮戒毒意向及其相關因素，有效樣本 671 份，研究結果為：（1）藥物成癮者在未來的一年內有戒毒意圖者高達 82.86%。（2）行為態度、主觀規範及自覺行為控制之整體解釋力為 40.8%，三大構面因素之標準化迴歸係數(β)值分別為：自覺行為控制為 0.458；行為態度 0.235；主觀規範為 0.194。（3）影響藥物成癮者戒毒意向之相關因素為性別、年齡、教育、宗教信仰、每月收入、用毒種類、用毒年數、毒品花費、毒品前科數與戒毒經驗等。

與共用針頭較為類似的行為是保險套使用，相關研究有：莊等（2006）以理性行動論探討影響愛滋病毒感染高危險群保險套使用的相關因素，研究對象為主動接受愛滋病毒篩檢的 274 名個案。結果顯示：個案對於使用保險套的態度偏向負面，而主觀規範部份，參考對象對個案保險套使用的影響力依序為性伴侶、母親、父親、朋友、宗教信仰。而第一次性行為是否使用保險套、第一次性行為的年齡、過去使用保險套的情形及主觀規範可以顯著預測未來有性行為時使用保險套的可能性。李等（2007）使用計劃行為模式來探討軍人與主要性伴侶性交時使用保險套的意向，分析 518 位受訪者，研究顯示計劃行為理論能解釋未來保險套使用意向 38% 變異量，而 SEM 分析結果顯示保險套使用的負向態度、主觀規範、冒險及保險套知覺行為控制有顯著的路徑指向未來使用保險套的意向。

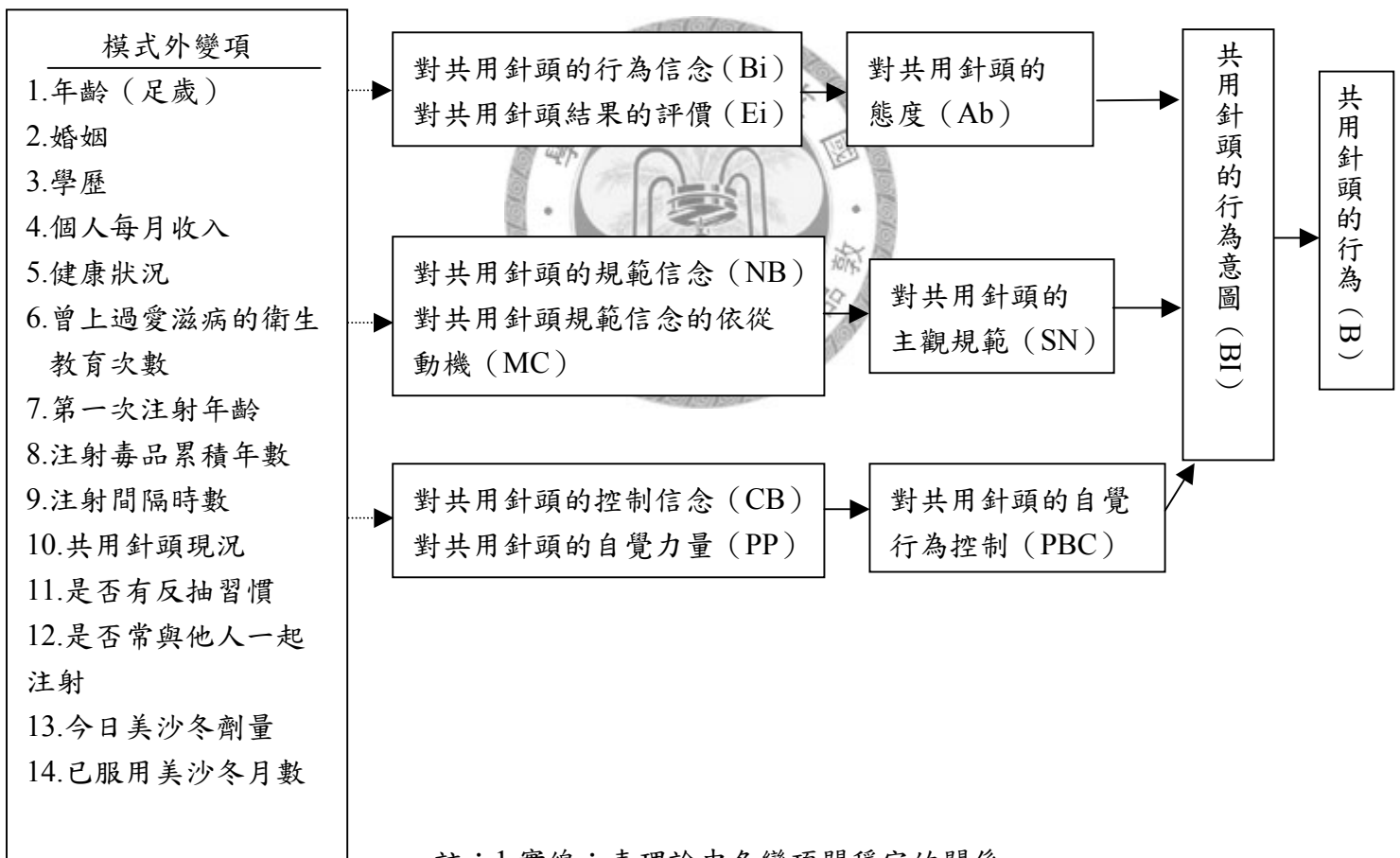
由以上資料可見，不論在臨床工作、學術價值、防治策略上，了解影響藥癮者「共用針頭」的相關因素與預測其行為意圖皆具有相當重要的價值，故本研究為針對共用針頭此特殊行為，運用計劃行為理論的開放式問卷方法，引導出具特异性之信念，發展出符合此群族的結構式問卷，期能有效預測行為意圖，作為未來發展介入措施之參考。

第三章 研究方法

本研究為橫斷式研究，採用結構式問卷收集資料、進行研究調查。本章共分為九節，依「研究架構」、「名詞界定」、「研究假設」、「研究場所」、「研究對象」、「研究工具」、「研究步驟」、「資料處理」、「倫理考量」等部份分項說明。

第一節 研究架構

本研究是以 Ajzen (1985) 提出的計劃行為理論 (the Theory of Planned Behavior) 為理論依據，參考相關文獻資料後，並配合本研究目的，發展本研究之研究架構 (圖 3-1)。



註：1.實線：表理論中各變項間穩定的關係
2.虛線：外在變項部分表示其影響是間接的。

圖 3-1 本研究之架構

第二節 名詞界定

- 一、共用針頭：指個人經由靜脈或肌肉施打毒品時，使用他人用過之針頭（使用不乾淨之針頭）。
- 二、共用針頭之行為意圖：指個人認為自己於問卷施測後一個月內，從事共用針頭行為的可能性之主觀判斷。
- 三、對共用針頭之態度：指個人對共用針頭的正向或負向的主觀評價。
- 四、對共用針頭之主觀規範：指個人認為大部分的重要參考對象贊不贊成他共用針頭。
- 五、對共用針頭之自覺行為控制：指個人對於自己控制共用針頭行為的整體評量。
- 六、對共用針頭之行為信念：指個人對於共用針頭會導致之結果的可能性之主觀判斷。
- 七、對共用針頭之結果評價：指個人對於共用針頭會導致之結果的正向或負向的主觀評價。
- 八、對共用針頭之規範信念：指個人對於各個重要參考對象贊不贊成他共用針頭的主觀判斷。
- 九、依從重要參考對象對於共用針頭之想法的依從動機：就共用針頭而言，個人依從於各個重要參考對象之想法的意願。
- 十、對共用針頭之控制信念：個人對於各種會促進或妨礙其共用針頭之狀況發生的可能性之主觀判斷。
- 十一、對共用針頭之自覺力量：在各種個人認為會促進或妨礙其共用針頭之狀況下，個人自覺執行共用針頭的困難或容易程度。

第三節 研究假設

依據研究目的與研究架構，提出以下幾項研究假設：

一、共用針頭之行為意圖的影響因素：

- (一) 本研究對象對共用針頭的態度、主觀規範及自覺行為控制能顯著預測其共用針頭的行為意圖。
- (二) 模式外變項不能在態度、主觀規範和自覺行為控制之外，顯著地增加對共用針頭之行為意圖的解釋力。

二、共用針頭的態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間的關係：

- (一) 本研究對象對共用針頭的行為信念、結果評價的交乘積和與對共用針頭的態度之間有顯著正相關。
- (二) 本研究對象對共用針頭的規範信念、依從動機的交乘積和與對共用針頭的主觀規範之間有顯著正相關。
- (三) 本研究對象對共用針頭的控制信念、自覺力量的交乘積和與對共用針頭的自覺行為控制之間有顯著正相關。

三、共用針頭行為之意圖與各信念間的關係：

- (一) 研究對象之共用針頭意圖不同者，其共用針頭的行為信念有顯著差異。
- (二) 研究對象之共用針頭意圖不同者，其共用針頭的結果評價有顯著差異。
- (三) 研究對象之共用針頭意圖不同者，其共用針頭的規範信念有顯著差異。
- (四) 研究對象之共用針頭意圖不同者，其共用針頭的依從動機有顯著差異。
- (五) 研究對象之共用針頭意圖不同者，其共用針頭的控制信念有顯著差異。
- (六) 研究對象之共用針頭意圖不同者，其共用針頭的自覺力量有顯著差異。

四、本研究對象之共用針頭行為意圖與未來一個月內的實際共用行為有顯著正相關。

第四節 研究場所

本研究場所為臺北市某美沙冬替代療法門診。接受美沙冬替代療法之治療者皆為海洛因藥物成癮之個案，經精神科醫師評估符合條件後，進入每天一劑不間斷的口服美沙冬替代療法。美沙冬給藥時間為配合個案作息，開放時間為上午 07 點 30 分至下午 08 點 00 分，截至 96 年 12 月 12 日為止，每日至此門診接受美沙冬替代療法的個案共 395 位。

第五節 研究對象

一、個案來源：

此美沙冬替代療法個案的定期驗尿報告顯示，7 成的個案於最近一次驗尿結果海洛因反應呈陽性，若扣除初進入療法的初次驗尿結果，仍有約 5 成已穩定進入療法的個案之尿液結果呈現海洛因陽性反應。顯示雖接受美沙冬替代療法，仍有約 5-7 成的個案繼續靜脈注射海洛因，有發生共用針頭的可能性。不同於監獄的個案，此門診的個案來自社區之環境，研究者更能直接測量個案處於社區的共用針頭之行為意圖。本研究以此門診的個案為研究對象，採立意取樣之收案方式進入研究。

截至 96 年 12 月 12 日為止，每日至此門診接受美沙冬替代療法的個案共 395 位，其中男性 346 位（88%），女性 49 位（12%）。因女性個案數少，較無法有代表性，且考量本國籍經毒品注射及共用針頭感染愛滋病以男性較多（許等，2007），故本研究以男性美沙冬個案為研究對象。

二、收案條件：

接受訪談之個案須符合以下收案條件：

1. 18 歲以上男性
2. 接受美沙冬替代療法之個案
3. 主訴曾有靜脈或肌肉注射毒品之行為
4. 意識清醒且能以國台客語溝通者
5. 願意參加本研究者

三、研究樣本數：

利用樣本數計算軟體之網頁(<http://www.danielsoper.com/statcalc/calc01.aspx>)估計所需樣本數。在 Alpha Level 設為 0.05，預測變項(Number of Predictors)為 16，Anticipated Effect Size (f^2)設為 0.15，Desired Statistical Power Level 為 0.80 的條件下，需至少有效樣本數 142 位。

第六節 研究工具

本研究之研究工具為自擬結構式問卷。問卷設計步驟為先以開放式訪談，找出藥癮者對共用針頭之顯著信念，再根據其顯著信念建構結構式問卷。

一、開放式訪談

(一) 開放式訪談指引內容：

運用計劃行為理論重要步驟是對於每一個特殊的行為和調查族群進行開放式引導的訪談，以鑑別相關行為結果和重要對象。引導式訪談在群體裡抽樣至少 15~20 位個案，最好一半有執行行為或有行為意圖，一半沒有執行行為。這些個案會被要求提供三種資料。首先，他們被要求去形容任何正向或負向的行為特性或結果。第二，他們被要求說出他們也許會聽從的任何個案或族群，不論此人贊成或不贊成此行為。第三，說出有哪些情況或因素會促進或妨礙他們執行此行為。分析引導式訪談之內容，以了解相關促進因子或行為結果及重要他人(Montano & Kasprzyk, 2002)。此訊息可提供問卷的內容和計劃行為理論測量的發展，尤其適合特殊的族群。

研究者擬定之開放式訪談指引主要包括以下內容：

1. 基本資料（年齡、性別、用藥種類、用藥年數、是否進入美沙冬療程等）
2. 您是否曾有共用針頭的行為嗎？
3. 您認為您或有些人經常共用針頭的原因為何？（共用針頭的好處）
4. 您認為您或有些人很少（從不）共用針頭的原因為何？（共用針頭的壞處）
5. 您認為哪些團體或個人，他們（或他）贊同您共用針頭？
6. 您認為哪些團體或個人，他們（或他）不贊同您共用針頭？

7. 您認為有哪些因素或狀況，會「促使」您共用針頭？

8. 您認為有哪些因素或狀況，會「阻礙」您共用針頭？

內容中，第 3-4 題為找出共用針頭的行為信念；第 5-6 題為了解共用針頭的規範信念；第 7-8 題是求得共用針頭的控制信念。採半結構（semi-structural）且開放的問題形式，以利訪談時有一基本脈絡可循，但並不全然為目標性的引導。在訪談過程中，主要是根據受訪者所提供的訊息，再配合訪談指引的問題作彈性調整。

研究者進入研究場域後，先協助護理人員發藥（美沙冬）事宜，讓受訪者熟悉研究者的出現，建立關係，不馬上進行訪談。實地觀察二週後，經由美沙冬門診護理人員協助詢問個案接受訪談之意願或經由個案介紹朋友或親戚，採立意取樣。研究者原設計開放式問卷讓受訪者填寫，但受訪者表示較希望為訪談的方式，因此研究者將開放式問卷修改為訪談指引，進行一對一的面對面訪談方式。訪談地點視受訪者需求決定，有諮商室、辦公室與美沙冬門診角落等地，以不干擾訪談進行為主。每次訪談之前，研究者口述研究目的與進行訪談的理由，詳細說明保密原則、受訪者之權利、訪談內容絕對不影響美沙冬療法之進行，強調訪談資料僅供研究之用，訪談過程中受訪者可以隨時選擇停止談話，讓受訪者能充分了解並確保參與研究之意願。徵求受訪者是否願意錄音，若受訪者不同意則使用筆記的方式將顯著信念記錄下來。於民國 96 年 04 月 26 日至 96 年 06 月 06 日期間，完成 15 位受訪者之訪談，每位受訪者之訪談均一次完成，訪談時間為 7 分鐘到 1 小時 21 分鐘不等，平均為 33 分鐘，共訪 15 位受訪者，受訪者基本資料如表 3-1。

（二）開放式訪談分析：

為提升研究者對訪談逐字稿的理解度，以能有效引出顯著信念，研究者重複閱讀逐字稿內容並參考訪談筆記，以增進對逐字稿整體性的了解。逐字稿資料的分析程序如附錄一。

表 3-1 受訪者之背景資料

(N=15)

受訪者	年齡	性別	藥物種類	用藥年數	共用針頭行為	美沙冬療程	訪談時數
A	43	男	海洛因、FM2、紅中、白板、安非他命、古柯鹼、大麻	10	曾經	否	1 時 21 分
B	30	男	海洛因、安非他命	12	曾經	是	47 分
C	33	男	海洛因、安非他命	15	曾經	否	57 分
D	55	男	海洛因	30	曾經	是	49 分
E	39	男	海洛因	4	曾經	是	27 分
F	51	男	海洛因、安非他命	4	曾經	是	21 分
G	41	男	海洛因、安非他命	27	曾經	是	26 分
H	55	男	海洛因、安非他命	10	曾經	是	24 分
I	32	男	海洛因、安非他命、大麻、K 他命	11	曾經	是	45 分
J	36	男	海洛因、安非他命、大麻、K 他命	5	否	是	09 分
K	46	男	海洛因、安非他命	7	否	是	11 分
L	29	男	海洛因	4	否	是	21 分
M	32	男	海洛因	4	否	是	21 分
N	37	男	海洛因	5	否	是	07 分
O	39	男	海洛因、安非他命	6	曾經	是	55 分

(三) 找出顯著信念：

經過閱讀、劃出重要字句、摘要敘述等過程，依照 Ajzen 與 Fishbein (1980) 的建議：首先，將不同受訪者的不同信念內容分析，將類似的結果群組在一起，並計算每個結果的出現次數；第二，合併相似語意的項目，若不能合併的則分成二個題目；第三，決定哪些信念要放入模式裡，可採用的方式有三種：(1) 出現頻率前 10 項的信念 (2) 頻率達 75% 的信念 (3) 10-20% 受訪者提到之信念。本研究因質性資料取得不易，因此決定採取顯著信念的方式為至少 10-20% 受訪者提到之信念為納入本研究模式內的顯著信念。開放式訪談共訪問 15 位受訪者，10-20% 的受訪者為 1.5-3 位，取中間值 2 位，也就是若信念出現頻率為 2 以上，

即為顯著信念。最後決定之顯著信念與重要參考對象如表 3-2、表 3-3 與表 3-4。

表 3-2 共用針頭之行為信念 (N=15)

序位	行為信念	頻率
1	共用針頭會增加我得到愛滋病的機會	15
2	共用針頭能讓我馬上解癮	14
3	共用針頭會增加我得到傳染病的機會	7
4	共用針頭會增加我得到 C 型肝炎的機會	7
5	共用針頭可以讓我表達信任對方	2

表 3-3 重要參考對象 (N=15)

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

表 3-4 共用針頭之控制信念 (N=15)

序位	控制信念	頻率
1	拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針	15
2	要打藥時，藥局已經關了，買不到針	15
3	要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針	15
4	要打藥時，附近沒有藥局可以買針	13

序位	控制信念 (續)	頻率
5	別人把針筒裡還沒打完的藥給我打	8
6	要打藥時，身上沒有錢可以買針	6
7	要打藥時，身上有自己專用或全新的針	6
8	要打藥時，懶得去買針	5
9	要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針	4
10	要打藥時，發現自己準備的針已經壞了	4

二、結構式問卷擬定過程

(一) 問卷初稿：

根據開放式訪談之過程，找出受訪者對於共用針頭的顯著信念，並經由文獻探討找出共用針頭之相關變項及可能影響因素，綜合以上資料，參考 Ajzen(2006) 對於建構計劃行為理論之問卷的規範並與指導教授討論後，編制出本研究之結構式初稿問卷，本研究使用 5 分的雙極形容詞量表 (5-point bipolar adjective scale)，量表格式是將語意區分為不同的 5 份來測量。本研究共有兩份問卷，第一份問卷針對共用針頭行為意圖，第二份問卷針對共用針頭實際行為。

1. 第一份問卷：問卷內容包含以下十個部份：

- (1) 行為信念：測量研究對象對於共用針頭會導致結果的可能性之主觀判斷，共 5 題。
- (2) 結果評價：測量研究對象對於共用針頭會導致結果的重要性之主觀評價，共 5 題。
- (3) 態度：測量研究對象對於共用針頭的正向或負向的主觀評價，共 5 題。
- (4) 主觀規範：測量研究對象認為大部分的重要參考對象贊不贊成其共用針頭，共 2 題。
- (5) 規範信念與依從動機：測量研究對象對於各個重要參考對象贊不贊成其

共用針頭的主觀判斷，以及就共用針頭而言，研究對象依從於各個重要參考對象之想法的意願，共 6 題。

(6) 控制信念：測量研究對象對於各種會促進或妨礙其共用針頭之狀況發生的可能性之主觀判斷，共 13 題。

(7) 自覺力量：測量研究對象在各種個人認為會促進或妨礙其共用針頭之狀況下，個人自覺執行共用針頭行為的困難或容易程度，共 13 題。

(8) 自覺行為控制：測量研究對象對於控制共用針頭行為之整體評量，共 2 題。

(9) 行為意圖：測量研究對象於問卷施測後一個月內，對於自己共用針頭的可能性之主觀判斷，共 1 題。

(10) 基本資料：年齡、婚姻、學歷、個人每月收入、健康狀況、曾接受愛滋病的衛生教育次數、第一次注射年齡、注射毒品累積年數、注射間隔時數、是否有反抽習慣、今日美沙冬劑量、是否常與他人一起注射等項目，共 12 題。

2. 第二份問卷：

共用針頭行為：於問卷施測後一個月，詢問研究對象在此段時間內共用針頭之實際狀況與行為頻率，共 2 題。

(二) 問卷效度：

本研究採「內容效度」。擬定問卷者常藉由計算各專家的內容效度指標(content validity index；CVI) 來評估問卷题目的關聯性。護理研究者常使用的有「題目內容效度指標」(item-level CVIs；I-CVUs) 與「問卷內容效度指標」(the scale-level CVIs；I-CVUs) 兩種方式；前者較佳，後者較不被推薦。專家最少需要 3 位，最多不超過 10 位 (Polit & Beck, 2006)。

本研究使用「題目內容效度指標」(item-level CVIs; I-CVUs)，採用典型的四分法評值每一個題目的分數：1 分為沒有相關，不適用；2 分為部份相關，需大幅修改；3 分為相關，需小部分修改；4 分為很相關，不需做修改。96 年 12 月 2 日起邀請國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系呂昌明教授、國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系李思賢副教授、國立臺灣大學醫學院護理學系張媚副教授、國立臺灣大學衛生政策與管理研究所丁志音副教授、社團法人臺灣露德協會前秘書長謝菊英修女等五位相關領域之專家，審查此問卷內容是否恰當，針對每一個題目評值其 CVI 分數。每一題的題目內容效度指標值 (I-CVUs) 計算方式為：評值此題分數為 3 或 4 分之專家數目除以所有專家數目。當專家數目為五位 (含) 以下時，題目內容效度指標值 (I-CVUs) 需為 1.00；當有 6 位以上的專家時，I-CVUs 不得低於 0.78 (Polit & Beck, 2006)。

經由專家建議修改題目語句與題數，刪減態度題目為 4 題、增加主觀規範題目為 3 題、刪減控制信念題目為 10 題、刪減自覺力量題目為 10 題、增加自覺行為控制題目為 3 題。修改後的問卷，每一題的 I-CVUs=1，達到文獻上之要求。將修正後的問卷請兩位藥癮者同儕志工閱讀，以提供問卷語句與表達的意見。

(三) 問卷預試與信度檢定：

本研究的信度檢測著重於同質性 (homogeneity)，檢驗工具中所有題目測量概念的一致性，也就是測內在一致性，採用的統計方法為 Cronbach's alpha coefficient (Burns & Grove, 2005)。計算範圍包括預測與正式施測的問卷資料。

以立意取樣方式徵求美沙冬門診 20 位研究對象同意進行預試問卷之填寫，以了解研究對象填寫之問題與困難、估計填寫問卷所需時間，進行信度的檢視。於 97 年 1 月 8 日-1 月 10 日進行結構式問卷預試，以一對一方式填寫問卷，得有效問卷 20 份，填答時間平均約需 30 分鐘。

經由預試過程，計算出態度 (直接測量) 的信度較低 (0.626，低於 0.7)，因此刪除態度第一題，剩下 3 題，提高態度之效度為 0.757。預試的 Cronbach's alpha coefficient 為 0.464-0.964，直接測量的分量表 (態度、主觀規範與自覺行為控制) 的 Cronbach's alpha coefficient 為 0.757-0.964，在可接受的範圍內 (0.7-0.9)；而正式研究的 Cronbach's alpha coefficient 為 0.466-0.912，其直接測量的分量表 (態

度、主觀規範與自覺行為控制)的 Cronbach's alpha coefficient 為 0.751-0.909，亦在可接受的範圍內 (0.7-0.9)。

表 3-5 問卷各分量表內部一致性信度分析

分量表名稱	題數	預試 (n=20)	正式研究 (n=146)
		Cronbach's α	Cronbach's α
行為信念	5	.464	.466
結果評價	5	.615	.575
態度	3	.757	.751
規範信念	6	.834	.775
依從動機	6	.868	.861
主觀規範	3	.964	.834
控制信念	10	.739	.758
自覺力量	10	.868	.912
自覺行為控制	3	.789	.909

三、完成正式問卷

歸納專家意見、預試信度分析結果與預試對象之建議，修改完成正式問卷 (包括：第一份與第二份) (附錄二)。

(一) 第一份正式問卷：內容包括下列十部分：

1. 共用針頭的行為信念

測量研究對象對於共用針頭可能導致結果的可能性之主觀判斷，共 5 題。在很有可能/很不可能之間均分為五等分，以區別研究對象認為共用針頭之行為信念是可能或不可能的同意程度。例如：

很 很

有 有 不 不 不

可 可 確 可 可

能 能 定 能 能

共用針頭能讓您快速打到藥，馬上解癮……………

2. 共用針頭的結果評價

測量研究對象對於共用針頭會導致結果的正向或負向的主觀評價，共 5 題。

與行為信念兩兩相互對應。在很好的/很不好的之間均分為五等分，以區別研究對象認為共用針頭之結果評價是好或不好的同意程度。例如：

因**共用針頭**而讓您快速打到藥，馬上解癮，對您而言是.....

很
沒不不
好好意好好
的的見的的

3. 共用針頭的態度

測量研究對象對於共用針頭的正向或負向的主觀評價，共 3 題。在很有害的/很有益的、很好的/很不好的、很衛生的/很不衛生的之間均分為五等分，以區別研究對象對於共用針頭態度的程度。其中，第一題記分方式為共用針頭施打毒品是

很有害的為-2 分，共用針頭施打毒品是很有益的為+2 分。例如：

對您而言，**共用針頭**施打毒品是.....

很
有有沒
害害意
的的見的



4. 共用針頭的主觀規範

測量研究對象認為大部分的重要參考對象贊不贊成他共用針頭，共 3 題。在很應該/很不應該、很支持/很不支持、很贊成/很不贊成之間均分為五等分，以區別研究對象認為重要參考對象對於共用針頭的規範強度。例如：

在日常生活中對您很重要的人，對於您**共用針頭**施打毒品，認為是.....

很
不不不
支支確支支
持持定持持

5. 共用針頭的規範信念與依從動機

測量研究對象對於各個重要參考對象贊不贊成他共用針頭的主觀判斷；以及

就共用針頭而言，研究對象依從於各個重要參考對象之想法的意願，各有 6 題。規範信念方面，在很應該/很不應該之間均分為五等分，以區別研究對象對於共用針頭的規範信念。依從動機方面，在很願意/很不願意之間均分為五等分，以區別研究對象順從各個重要參考對象的意願強度。此兩部分的題目為兩兩對應，為便於研究對象填答，故將此兩部份連結起來。例如：

很
不
不
不
應
應
確
應
該
該
定
該
該

您的好朋友認為您應不應該與他人共用針頭？.....



很
沒
不
不
願
願
意
願
意
意
見
意
意

那您願意聽從他們的意見如此做嗎？.....

6. 共用針頭的控制信念

測量研究對象對於各種會促進或妨礙共用針頭的狀況發生可能性之主觀判斷，共 10 題。在常常發生/幾乎沒有之間均分為五等分，以區別研究對象認為這些促進或妨礙共用針頭的狀況是否經常發生在自己身上。例如：

常
有
不
少
乎
發
時
一
發
沒
生
候
定
生
有

要打藥時，附近沒有藥局可以買到針.....

7. 共用針頭的自覺力量

測量研究對象認為在各種會促進或妨礙共用針頭的狀況下，個人自覺執行共

用針頭的困難或容易程度，共 10 題。在很容易/很困難之間均分為五等分，以區別研究對象在這些狀況之下，控制自己共用針頭的難易程度。與控制信念兩兩相互對應。例如：

當您要打藥時，附近沒有藥局可以買到針，
 要您**共用針頭**是一件..... 的事

很 不 很
 容 容 確 困 困
 易 易 定 難 難

8. 共用針頭的自覺行為控制

測量研究對象對於自己控制共用針頭行為的整體評量，共 3 題。在很容易/很不容易、很多/很少之間均分為五等分，以區別研究對象認為控制自己共用針頭的整體難易程度。其中，第二題為反向題，不共用針頭狀況很多為-2 分，不共用針頭狀況很少為+2 分。其它題目例如：

對您而言，不論在任何狀況下，**共用針頭施打毒品**
 是一件..... 發生的事

很 不 不 不
 容 容 確 容 容
 易 易 定 易 易



9. 共用針頭的行為意圖

測量研究對象對於自己未來一個月內，從事共用針頭行為的可能性之主觀判斷，共 1 題。在很有可能/很不可能之間均分為五等分，以區別研究對象執行共用針頭的行為意圖傾向。例如：

從今天起到未來一個月內，您**共用針頭施打毒品**的可能性是.....

很 很
 有 有 不 不 不
 可 可 確 可 可
 能 能 定 能 能

10. 基本資料

共有 14 個項目，包括：年齡（足歲）、婚姻狀態、學歷、個人每月收入、健康狀況、曾上過幾次愛滋病的衛生教育、第一次注射年齡、累積注射毒品年數、注射間隔時間、共用針頭現況、反抽血液習慣、和他人聚集打毒品、今日美沙冬

劑量、服用美沙冬月數等。

(二) 第二份正式問卷：內容包括下列二部分：

1. 施打毒品現況

測量研究對象於第一次問卷施測後的一個月內，實際施打毒品的行為。題目如下：

最近一個月，您是否有施打毒品？①有（請填第二題） ②沒有

2. 共用針頭實際行為

測量研究對象於第一次問卷施測後的一個月內，實際共用針頭的行為。題目如下：

最近一個月施打毒品時，10次打藥中有幾次共用針頭？

①常常（7-10次）

②有時（4-6次）

③很少（1-3次）

④沒有（0次）



第七節 研究步驟

依照「行政聯繫」、「正式問卷施測」與「問卷回收與整理」分項說明。

一、 行政聯繫：

本研究的研究場所在臺北市某醫院美沙冬門診，因此於研究正式進行之前，於96年12月26日申請此醫院之倫理審查委員會（IRB）之審查，97年2月26日通過審查（附錄三），並函請此醫院協助徵求藥癮者同意，安排個案進行施測。

二、 正式問卷施測：

（一）第一次施測：

於美沙冬門診張貼海報徵求願意加入此研究之個案，並在海報上表示完整填寫問卷可獲得便利商店禮卷。研究者收案時間配合美沙冬開診時間（上午7點30分至晚上8點），收案地點為美沙冬門診候診區。若有研究對象願意填寫問卷，研

研究者則向研究對象說明研究目的與研究方式，研究對象若同意參與研究後，請其簽署研究同意書，並於候診區旁隔離房間填寫問卷，以維護個案隱私、避免他人干擾，提高問卷填答真實率。

研究者與研究對象採一對一方式填寫問卷，於填寫問卷前說明此研究問卷之注意事項及內容解說，研究對象了解說明後，研究者逐一以口述方式闡述題目，研究對象回覆答案後，由研究者勾選問卷內容。為提高填寫問卷的真實性，經由師範大學李思賢副教授建議使用藥癮者施打毒品之圖片，讓研究對象更容易進入施打毒品的情境，因此每位研究對象填寫問卷時旁邊皆會擺放圖片，以增加注射毒品的現場感。若同時有兩位以上的研究對象等待填寫問卷，且研究對象無法等待時，則請美沙冬門診護理人員與研究對象預約明天填寫問卷時間（因美沙冬藥劑需每日服用）。為避免研究對象因藥物戒斷症狀影響填寫問卷之品質，填寫問卷之時間點皆為研究對象服用美沙冬之後始開始進行。因本研究需於一個月後追蹤研究對象實際共用針頭狀況，故需向研究對象說明問卷會註明識別編號，但除研究者外無其他人了解其編號之意義，並且問卷內容不會影響美沙冬替代療法之進行與法律上之責任，請個案放心。收案時間於97年2月26日開始，至97年3月18日結束。

（二）第二次施測：

研究對象填寫問卷滿一個月後，同樣於美沙冬門診收集個案資料。研究者與研究對象採一對一方式填寫問卷，於填寫問卷前說明填寫問卷之注意事項及內容解說，研究對象了解說明內容後請研究對象自行填寫問卷，若研究對象有疑問則研究者在旁加以說明。若有研究對象無法閱讀問卷的文字，則研究者使用口述的方式說明問題，請研究對象口頭回答或用筆（手）標示出答案，研究者在旁協助記錄。收案時間於97年4月17日開始，至97年4月19日結束。

三、 問卷回收與整理：

共收集146份有效問卷，因研究者採一對一方式填答問卷，故沒有無效問卷，達到最低樣本數（142位）之要求，問卷回收率為100%。問卷開始回收後即進行編譯碼簿之步驟，將試題編碼後鍵入統計檔案中，核對後進行資料處理及統計分析。

第八節 資料處理

本節第一部份說明資料的計分方式與代表意義，第二部份說明統計分析方式。

一、計分方式與代表意義

本問卷除計劃行為理論模式外變項之外，各分量表題目皆在兩個相反詞之間均勻分成五個等級，依照研究對象勾選的答案由左至右譯碼，再使用 SPSS for Windows 13.0 版統計套裝軟體進行每題分數的轉換，皆視為等距 (interval) 尺度處理。

本量表有二題反向題：態度第一題計分方式由左至右為-2 (很有害的)、-1 (有害的)、0 (沒意見)、+1 (有益的)、+2 (很有益的)；自覺行為控制第二題計分由左至右為-2 (很多)、-1 (多)、0 (不確定)、+1 (少)、+2 (很少)。其餘各變項譯碼計分方式與代表意義如表 3-6、表 3-7、表 3-8。

表 3-6 變項譯碼計分方式與代表意義 (計劃行為理論模式內變項)

變項名稱	譯碼計分方式	代表意義
行為信念	很有可能-很不可能 (+2) - (-2)	得分為正，表示研究對象認為該行為結果的發生是可能的；得分為負，表示研究對象認為該行為結果的發生是不可能的。分數愈高，表示可能性愈大
結果評價	很好的-很不好的 (+2) - (-2)	得分為正，表示研究對象對該行為結果的評價是好的；得分為負，表示研究對象對該行為結果的評價是不好的。分數愈高，評價愈正向
態度	很有益的-很有害的 很好的-很不好的 很衛生的-很不衛生的 (+2) - (-2)	得分為正，表示研究對象對該行為的主觀評價是正向的；得分為負，表示研究對象對該行為的主觀評價是負向的。

變項名稱	譯碼計分方式 (續)	代表意義
主觀規範	很應該-很不應該 很支持-很不支持 很贊成-很不贊成 (+2) - (-2)	得分為正，表示研究對象認為大部分的重要參考對象贊成他共用針頭；得分為負，表示研究對象認為大部分的重要參考對象不贊成他共用針頭
規範信念	很應該-很不應該 (+2) - (-2)	得分為正，表示研究對象認為各個重要參考對象認為他應該共用針頭；得分為負，表示各個重要參考對象認為他不應該共用針頭
依從動機	很願意-很不願意 (5) - (1)	分數愈高，表示就共用針頭而言，研究對象依從於各個重要參考對象之想法的意願愈高
控制信念	常常發生-幾乎沒有 (5) - (1)	分數愈高，表示研究對象發生該項狀況的頻率愈高
自覺力量	很容易-很困難 (+2) - (-2)	得分為正，表示在會促進或妨礙共用針頭的狀況下，個人自覺執行共用針頭是容易的；得分為負，表示在會促進或妨礙共用針頭的狀況下，個人自覺執行共用針頭是困難的
自覺行為控制	很容易-很不容易 很少-很多 (+2) - (-2)	得分為正，表示研究對象對自己執行共用針頭的控制愈弱；得分為負，表示研究對象對自己執行共用針頭的控制愈強
行為意圖	很有可能-很不可能 (+2) - (-2)	得分為正，表示研究對象在未來一個月內共用針頭的可能性較高；得分為負，表示研究對象在未來一個月內共用針頭的可能性較低

表 3-7 變項譯碼計分方式與代表意義（計劃行為理論模式外變項）

變項名稱	譯碼計分方式	代表意義
年齡（歲）	開放式填答	足歲年齡
婚姻	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未婚 2. 已婚 3. 離婚 4. 分居 5. 喪偶 6. 同居 	目前婚姻狀況
學歷	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不識字 2. 識字但不曾就學 3. 國小 4. 國中 5. 高中 6. 專科 7. 大學或以上 	研究對象之教育程度 （畢業）
個人每月收入	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一萬以下 2. 一萬至二萬以下 3. 二萬至三萬以下 4. 三萬至四萬以下 5. 四萬以上 	個人每月總收入



變項名稱 (續)	譯碼計分方式	代表意義
健康狀況		研究對象罹患傳染性血液
B 型肝炎	1.有 0.無	疾病情形 將個案自我報告的資料與 病歷上的檢驗報告比對，以 病歷檢驗結果為主
C 型肝炎	1.有 0.無	將個案自我報告的資料與 病歷上的檢驗報告比對，以 病歷檢驗結果為主
愛滋病毒感染	1.有 0.無	將個案自我報告的資料與 病歷上的檢驗報告比對，以 病歷檢驗結果為主
梅毒	1.有 0.無	將個案自我報告的資料與 病歷上的檢驗報告比對，以 病歷檢驗結果為主
都沒有	1.有 0.無	將個案自我報告的資料與 病歷上的檢驗報告比對，以 病歷檢驗結果為主
不清楚	1.有 0.無	
其他血液疾病	開放式填答	
曾上過幾次愛滋病衛生 教育	1.1-3 次 2.4-6 次 3.7-9 次 4.10 次以上 5.從來沒有上過	受過幾次愛滋病衛生教育 (包括：監獄裡之愛滋病衛 生教育)

變項名稱 (續)	譯碼計分方式	代表意義
第一次注射年齡 (歲)	開放式填答	研究對象第一次使用注射方式施打毒品的年齡
施打毒品累積時間 (年)	開放式填答	從開始用注射打毒品至今，共累積幾年。扣除入監未打毒品的年數
多久打一次毒品	開放式填答	目前研究對象多久注射一次毒品
最近 10 次打藥中有幾次共用針頭	1.常常 (7-10 次) 2.有時 (4-6 次) 3.很少 (1-3 次) 4.完全沒有 (0 次)	瞭解研究對象目前共用針頭的現況
反抽血液習慣 (最近 10 次打藥中有幾次反抽)	1.常常 (7-10 次) 2.有時 (4-6 次) 3.很少 (1-3 次) 4.完全沒有 (0 次)	瞭解研究對象是否會在打完毒品後，有反抽血液再打入血管的習慣
和他人聚集打毒品 (最近 10 次打藥中有幾次聚集)	1.常常 (7-10 次) 2.有時 (4-6 次) 3.很少 (1-3 次) 4.完全沒有 (0 次)	研究對象與他人聚在一起打毒品的頻率
今日美沙冬服用劑量 (cc)	開放式填答	美沙冬濃度為 5mg/cc
研究對象進入美沙冬替代療法期程 (月)	開放式填答	研究對象已持續服用美沙冬替代療法之月數

表 3-8 變項譯碼計分方式與代表意義（一個月之行為變項）

變項名稱	譯碼計分方式	代表意義
最近一個月內是否有施打毒品	1.有（續填答第二題） 2.沒有	於第一次施測後一個月內，研究對象是否有注射毒品行為
最近一個月施打毒品時，10次打藥有幾次共用針頭	1.常常 2.有時 3.很少 4.沒有	於第一次施測後一個月內，研究對象是否有共用針頭行為

二、統計分析方式

以 SPSS for Windows 13.0 版統計套裝軟體進行統計分析。根據本研究之目的、假設和研究架構，採用下列幾種統計方法。

（一）描述性統計

採用次數分佈、百分比、平均值、標準差、最大值、最小值等方式進行研究對象之基本資料及各變項的分佈情形。

（二）推論性統計

1. 卡方檢定（Chi-square test）：

以卡方檢定來進行共用針頭現況與外在變項間之檢定。

2. 皮爾森積差相關（Person product-moment correlation）：

檢定兩變項間之相互關係。

3. t 檢定（t test）、單因子變異數分析（one-way ANOVA）：

比較不同模式外變項的研究對象，其共用針頭行為意圖的差異情形。

4. 複迴歸（Multiple regression）：

考驗各自變項對共用針頭行為意圖之預測情形。

5. 魏可思 λ 統計（Wilks' λ 統計）：

考驗共用針頭意圖不同者，其各類概念是否有顯著差異；再以同時信賴區間法（simultaneous confidence intervals）來檢視各類概念間各子題是否有顯著差異，若信賴區間未包含「0」，則表示有顯著差異存在。

本研究統計考驗皆以 $\alpha=0.05$ 作為統計顯著水準。考驗各研究假設的對應統計方法，詳列於表 3-9。

表 3-9 考驗各研究假設的統計方法

研究假設	統計方法
一、共用針頭行為意圖之影響因素	
假設（一）	皮爾森積差相關、複迴歸
假設（二）	皮爾森積差相關、複迴歸、t 檢定（t test）、單因子變異數分析（one-way ANOVA）
二、態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間的關係	
假設（一）~（三）	皮爾森積差相關
三、共用針頭行為意圖與各子信念間的關係	
假設（一）~（六）	魏可思 λ 統計（Wilks' λ 統計） 同時信賴區間法（simultaneous confidence intervals）
四、共用針頭行為意圖與一個月內的共用針頭行為有顯著相關	皮爾森積差相關

第九節 倫理考量

本研究因涉及研究對象個人資料及隱私之曝光，故有關研究對象之資料部份，需做到百分之百的保密。詳細說明研究目的、過程，讓研究對象有自由選擇是否加入研究的權利。填寫研究同意書，以保障研究對象的權益。填寫問卷過程完全交由研究對象主控，並保證研究對象於過程中可隨意中止或繼續進行。此研究需於一個月後追蹤研究對象實際共用針頭狀況，故需向研究對象說明問卷會註明識別編號，但除研究者外無其他人了解其編號之意義，並且問卷內容不會影響美沙冬替代療法之進行與法律上之責任，請個案放心，問卷資料僅供研究計畫之用，絕不外流。本研究先經過臺北市某醫院倫理審查委員會（IRB）之審查後（附錄三），始開始正式施測。

第四章 研究結果

依據研究目的、研究假設，將收集之資料進行統計分析，將主要研究結果整理成六個部份，分別說明如下：

- 一、研究對象背景描述
- 二、共用針頭行為意圖及其影響因素
- 三、態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間之關係
- 四、不同程度之共用針頭行為意圖在各信念之差異比較
- 五、共用針頭行為意圖與實際共用行為的關係
- 六、其他發現

第一節 研究對象背景描述

本節分別說明：社會人口學變項分析情形、注射海洛因與共用針頭之現況描述等兩部份。

一、社會人口學變項分析情形

本研究對象之社會人口學變項包括：年齡、婚姻、學歷、個人每月收入、健康狀況、曾上過愛滋病衛生教育次數等。分佈情形如下：（表 4-1）

（一）年齡

研究對象平均年齡為 43.14 歲，標準差為 8.65 歲，年齡最大為 71 歲，最小為 28 歲。分佈情形以 31-40 歲最多（38.4%），其次為 41-50 歲（37.7%），二者合計共佔 76.1%，可見研究對象的年齡多集中在 31-50 歲之間。

（二）婚姻

研究對象婚姻狀態以未婚的居多，佔 45.2%（66 位）；其次為離婚，佔 26.7%（39 位）；已婚佔 21.2%（31 位）為第三，最少的為其他 6.9%（10 位）。

（三）學歷

教育程度（畢業）以國中的 67 位最多（45.9%），其他依次為高中職的 44 位

(30.1%)、國小(含)以下的31位(21.2%)與專科以上的4位(2.8%)。

(四) 個人每月收入

研究對象個人每月的收入分佈最多的是二萬~三萬以下(51位,佔34.9%),其次是一萬以下(35位,佔24%),第三為三萬~四萬以下(28位,佔19.2%),第四為四萬以上(17位,佔11.6%),最後為一萬~二萬以下(15位,佔10.3%)。

(五) 健康狀況

研究對象有57.5%(84位)有C型肝炎,21.9%(32位)有愛滋病毒感染,17.8%(26位)感染B型肝炎,2.1%(3位)有梅毒,皆無以上疾病者有31.5%(46位),0.7%(1位)不清楚。

(六) 曾上過愛滋病衛生教育次數

8.9%(13位)的研究對象表示從未上過愛滋病衛生教育課程,換言之,有高達91.1%(133位)的研究對象上過至少一次的愛滋病衛生教育,其中:49位(33.6%)表示上過1-3次,佔最多數;上過10次以上者為38位,佔26%,位居第二;第三為上過4-6次的34位,佔23.3%;最後為上過7-9次者,共12位,佔8.2%。

表 4-1 社會人口學變項分佈情形 (n=146)

變項名稱	類別	頻率	百分比(%)	備註
年齡	30歲(含)以下	7	4.8	Mean=43.14
	31-40歲	56	38.4	S.D. = 8.65
	41-50歲	55	37.7	Min =28
	51歲以上	28	19.1	Max =71
婚姻	未婚	66	45.2	
	離婚	39	26.7	
	已婚	31	21.2	
	其他	10	6.9	
學歷	國小(含)以下	31	21.2	
	國中	67	45.9	
	高中職	44	30.1	
	專科以上	4	2.8	

變項名稱(續)	類別	頻率	百分比(%)	備註
個人每月收入	一萬以下	35	24.0	
	一萬~二萬以下	15	10.3	
	二萬~三萬以下	51	34.9	
	三萬~四萬以下	28	19.2	
	四萬以上	17	11.6	
健康狀況	C 型肝炎	84	57.5	
	愛滋病毒感染	32	21.9	
	B 型肝炎	26	17.8	
	梅毒	3	2.1	
	都沒有	46	31.5	
	不清楚	1	0.7	
曾上過愛滋病 衛生教育次數	從來沒上過	13	8.9	
	1-3 次	49	33.6	
	4-6 次	34	23.3	
	7-9 次	12	8.2	
	10 次以上	38	26.0	

二、注射海洛因與共用針頭之現況描述

本研究對象之注射海洛因與共用針頭現況描述包括：注射海洛因間隔時間、共用針頭現況、第一次注射海洛因年齡、注射海洛因累積年數、反抽血液習慣、與他人聚集注射、今日服用美沙冬劑量、已服用美沙冬月數等。分佈情形如下：

(表 4-2)

(一) 注射海洛因平均間隔時間

研究對象注射海洛因平均時間以 13-24 小時為最多 (30 位, 佔 20.6%)，其次為一週至一個月 (19 位, 佔 13%)、其他依序為 8 小時 (含) 以下 (18 位, 佔 12.3%)、4 天至一週 (13 位, 佔 8.9%)、9-12 小時 (11 位, 佔 7.5%)、49-72 小時 (10 位, 佔 6.9%)、25-48 小時 (9 位, 佔 6.2%)。其他個案表示已無規律使用海洛因，因此詢問個案距上次使用海洛因間隔之時間，結果顯示：以二個月最多者 (14 位, 佔 9.6%)；其次為三個月 (6 位, 佔 4.1%)、四個月 (6 位, 佔

4.1%) 與六個月 (6 位, 佔 4.1%) ; 另外, 五個月有 2 位 (佔 1.4%) , 七個月為 1 位 (佔 0.7%) , 十二個月有 1 位 (佔 0.7%) 。

(二) 共用針頭現況

測量研究對象最近 10 次用藥中, 共用針頭行為的頻率, 結果顯示 71.2% (104 位) 的研究對象表示完全沒有共用針頭 (0 次) , 28.8% (42 位) 的研究對象有與他人共用針頭, 其中 42 位之行為頻率分佈為: 23.3% (34 位) 表示很少共用針頭 (1-3 次) , 4.8% (7 位) 表示有時共用針頭 (4-6 次) , 0.7% (1 位) 表示常常共用針頭 (7-10 次) 。

(三) 第一次注射海洛因年齡

第一次使用注射方式施打海洛因的年齡, 平均為 27.65 歲, 標準差為 6.7 歲, 最大值為 53 歲, 最小值為 16 歲。分佈最多為 21-30 歲 (87 位, 佔 59.6%) , 其次為 31-40 歲 (30 位, 20.5%) , 18-20 歲 (17 位, 11.6%) 居第三, 其餘為 18 歲 (未含) 以下 (6 位, 4.1%) 與 40 歲以上 (6 位, 4.1%) 。

(四) 注射海洛因累積年數

測量研究對象從開始以注射方式施打海洛因至今, 其累積施打年數, 請研究對象扣除在監服刑無施打海洛因之年數。研究對象平均施打 8.05 年, 標準差為 5.75 年, 最多為 30 年, 最少為 1 年。以 1-5 年的 64 位佔最多 (43.8%) , 6-10 年的 50 位居第二 (34.2%) , 其他依序為 11-15 年的 19 位 (13.0%) 、16-20 年的 9 位 (6.2%) 以及 20 年以上的 4 位 (2.7%) 。

(五) 反抽血液習慣

測量研究對象是否會在打完毒品後, 反抽血液至針筒再打入血管的習慣, 以最近 10 次打藥來評估。結果顯示: 完全沒有 (0 次) 佔 32.9% (48 位) , 也就是表示有 67.1% (98 位) 的研究對象有反抽習慣。深入了解其行為頻率, 發現 32.9% (48 位) 常常反抽 (7-10 次) , 21.2% (31 位) 很少反抽 (1-3 次) , 13.0% (19 位) 有時反抽 (4-6 次) 。

(六) 與他人聚集注射

測量研究對象是否常跟別人聚在一起打毒品，以最近 10 次打藥來評估。結果有 35 位 (24.0%) 完全沒有跟別人聚在一起打毒品 (0 次)，也就是說，111 位 (76%) 的研究對象曾與別人聚集施打毒品，其中：70 位 (47.9%) 表示很少 (1-3 次)，29 位 (19.9%) 表示有時 (4-6 次)，12 位 (8.2%) 表示常常與他人聚集打毒品 (7-10 次)。

(七) 今日服用美沙冬劑量

施測時此門診所提供之美沙冬藥物濃度為 5mg/cc，問卷評估研究對象施測當日所服用之美沙冬cc數。結果顯示：平均喝 10.13 cc，標準差為 3.73 cc，最多服用 22 cc，最少服用 1 cc。分佈依序為：5.0-10.9 cc (74 位，佔 50.7%)、11.0-14.9 cc (45 位，佔 30.8%)、15.0-20.9 cc (17 位，佔 11.6%)、1.0-4.9 cc (9 位，佔 6.2%) 與 21 cc 以上 (1 位，佔 0.7%)。

(八) 已服用美沙冬月數

評估研究對象進入美沙冬替代療法之服藥月數，結果顯示平均 5.16 個月，標準差為 3.52 個月，最久為 14 個月，最短為 1 個月。分佈以 2 個月為最多 (24 位，佔 16.4%)，其次為 3 個月 (21 位，佔 14.4%)，第三為 1 個月 (17 位，佔 11.6%)；另外，服用達 12 個月 (含) 以上有 10 位 (6.9%)。

表 4-2 研究對象注射海洛因、共用針頭與美沙冬使用分佈情形 (n=146)

變項名稱	類別	頻率	百分比 (%)	備註
注射海洛因間隔時間	一個月以內			
	8 小時 (含) 以下	18	12.3	
	9-12 小時	11	7.5	
	13-24 小時	30	20.6	
	25-48 小時	9	6.2	
	49-72 小時	10	6.9	

變項名稱	類別 (續)	頻率	百分比 (%)	備註
(接上頁)	4 天至一週	13	8.9	
	一週以上至一個月	19	13.0	
	一個月以上至六個月	34	23.2	
	六個月以上至十一個月	1	0.7	
	一年以上	1	0.7	
共用針頭現況 (10 次用藥中 的行為頻率)	常常 (7-10 次)	1	0.7	
	有時 (4-6 次)	7	4.8	
	很少 (1-3 次)	34	23.3	
	完全沒有 (0 次)	104	71.2	
第一次注射海 洛因年齡	18 歲 (未含) 以下	6	4.1	Mean=27.65
	18-20 歲	17	11.6	S.D. = 6.70
	21-30 歲	87	59.6	Min = 16
	31-40 歲	30	20.5	Max = 53
	40 歲以上	6	4.1	
注射海洛因累 積年數	1-5 年	64	43.8	Mean=8.05
	6-10 年	50	34.2	S.D. = 5.75
	11-15 年	19	13.0	Min = 1
	16-20 年	9	6.2	Max = 30
	20 年以上	4	2.7	
反抽血液習慣 (10 次用藥中 的行為頻率)	常常 (7-10 次)	48	32.9	
	有時 (4-6 次)	19	13.0	
	很少 (1-3 次)	31	21.2	
	完全沒有 (0 次)	48	32.9	
與他人聚集注 射 (10 次用藥 中的行為頻 率)	常常 (7-10 次)	12	8.2	
	有時 (4-6 次)	29	19.9	
	很少 (1-3 次)	70	47.9	
	完全沒有 (0 次)	35	24.0	
今日服用美沙 冬劑量 (cc)	1.0-4.9	9	6.2	Mean=10.13
	5.0-10.9	74	50.7	S.D. = 3.73
	5mg/cc	45	30.8	Min = 1



變項名稱	類別 (續)	頻率	百分比 (%)	備註
(接上頁)	15.0-20.9	17	11.6	Max = 22
	21 以上	1	0.7	
已服用美沙冬 月數	1	17	11.6	Mean = 5.16 S.D. = 3.52 Min = 1 Max = 14
	2	24	16.4	
	3	21	14.4	
	4	16	11.0	
	5	13	8.9	
	6	11	7.5	
	7	5	3.4	
	8	12	8.2	
	9	6	4.1	
	10	4	2.7	
	11	7	4.8	
	12	4	2.7	
	13 以上	6	4.2	

第二節 共用針頭行為意圖及其影響因素

本節說明內容包括：共用針頭行為意圖與共用針頭行為意圖的影響因素等兩部份。

一、共用針頭行為意圖

共用針頭行為意圖為研究對象認為自己於問卷施測後一個月內，從事共用針頭行為的可能性之主觀判斷。此項題目有 1 題，得分範圍為+2 至-2，+2~+1 表示行為意圖為正向（很有可能~有可能），傾向共用針頭；-1~-2 表示行為意圖為負向（不可能~很不可能），傾向不共用針頭；0 分為不確定，表示共用針頭行為意圖傾向中立。

本研究結果顯示：研究對象對於未來一個月共用針頭的行為意圖，平均得分為-1.14，標準差為 1.268；回答很不可能者佔最多數（89 位，佔 61.0%），有可能者次之（30 位，佔 20.5%），而回答不可能者為 16.4%（24 位），最少為很有可

能者（3 位，佔 2.1%）。由以上統計資料可得知，全體研究對象表示很有可能共用與有可能共用者為 33 位（22.6%），很不可能與不可能者為 113 位（77.4%），顯示大部分研究對象傾向不共用針頭（表 4-3）。

表 4-3 共用針頭行為意圖之描述性統計 (n=146)

變項名稱	頻率	百分比 (%)	累積百分比 (%)	備註
很不可能	89	61.0	61.0	Mean=-1.14
不可能	24	16.4	77.4	S.D. = 1.268
有可能	30	20.5	97.9	
很有可能	3	2.1	100.0	
總計	146	100.0	100.0	

二、共用針頭行為意圖的影響因素

分別說明：計劃行為理論模式內變項、各子信念交乘積和對共用針頭行為意圖之影響以及外在變項對共用針頭行為意圖之影響。

（一）計劃行為理論模式內變項對共用針頭行為意圖之影響

計劃行為理論模式內變項包括：態度、主觀規範與自覺行為控制等三項，其三大變項與行為意圖之相關矩陣如表4-4，其中主觀規範與自覺行為控制分別與共用針頭行為意圖之間有顯著相關。

自覺行為控制與行為意圖相關性最高， $r=0.869$ ， P 值 $<.001$ ，二者有顯著的正相關存在，表示自覺行為控制得分越高，共用針頭行為意圖越強。主觀規範與行為意圖相關性次之， $r=0.265$ ， P 值 $<.01$ ，二者之間亦有顯著正相關存在，表示重要參考對象越贊成共用針頭，研究對象之行為意圖越傾向共用。

表4-4 共用針頭行為意圖、態度、主觀規範與自覺行為控制之相關矩陣 (n=146)

變項名稱	行為意圖	態度	主觀規範	自覺行為控制
行為意圖	1.000			
態度	-.005	1.000		
主觀規範	.265**	.431***	1.000	
自覺行為控制	.869***	-.028	.243**	1.000

註：**代表P值<.01，***代表P值<.001

將模式內三大變項（態度、主觀規範、自覺行為控制）放入迴歸方程式以預測效標變項（共用針頭行為意圖），先進行迴歸標準化殘差的直方圖（圖4-1）來檢定樣本觀察值是否符合常態性之基本假設，結果顯示本研究樣本觀察值接近常態分配；另由標準化殘差之常態機率分佈圖（圖4-2）來看，若樣本殘差值的累積機率分佈，剛好成一條45度角的斜線（從左下到右上的直線），則表示樣本觀察值符合常態性之假設。45度角之直線表示理論的累積機率分佈線；小圓形是實際觀察值殘差值累積機率分佈圖。結果可知本研究樣本觀察值接近常態分配之假定。

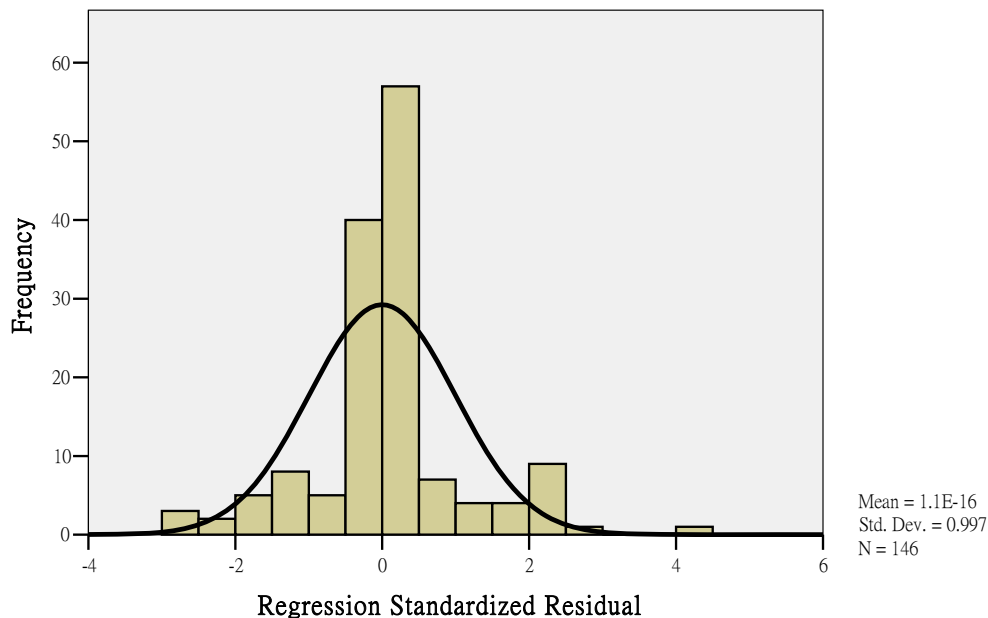


圖4-1 迴歸標準化殘差的直方圖（模式內三大變項）

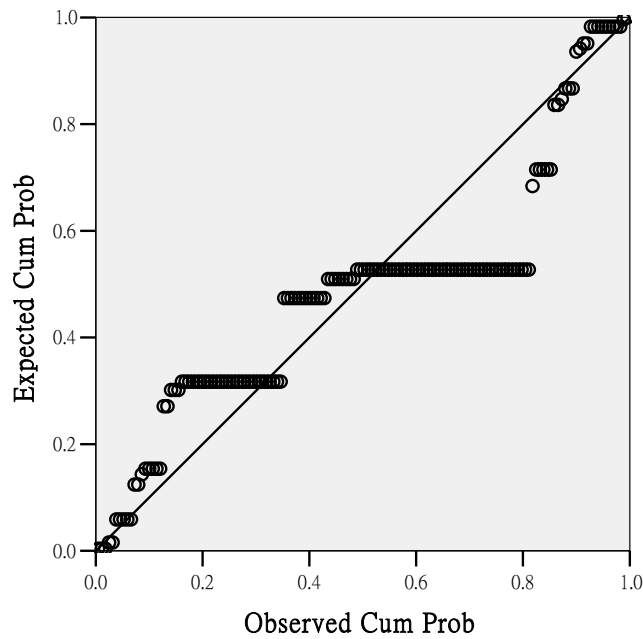


圖4-2 標準化殘差之常態機率分佈圖（模式內三大變項）

採用強迫進入法（Enter）呈現迴歸分析結果如表4-5，其多元相關係數（R）為0.871，調整後的R平方為0.753，也就是此三大變項總共可解釋共用針頭行為意圖75.3%的變異量，並達到統計上顯著差異（ $F=148.355$ ， P 值 $< .001$ ）。三大變項中達到顯著性差異的為自覺行為控制（ t 值為19.839， P 值 $< .001$ ），此解釋75.3%的變異主要由自覺行為控制此變項造成的；且標準化的迴歸係數（ β ）為正值，即自覺行為控制得分愈高（越可能共用），則研究對象越傾向共用針頭。

表4-5 共用針頭行為意圖、態度、主觀規範與自覺行為控制之複迴歸
（強迫進入法）

自變項	B	β	t	R	Adjusted R^2	F
（常數）	.293		.960			
態度	-.009	-.007	-.158	.871	.753	148.355***
主觀規範	.066	.061	1.274			
自覺行為控制	.337	.854	19.839***			

註：***代表 P 值 $< .001$

原始迴歸係數： Y （共用針頭行為意圖） $= 0.293 - 0.009 \times \text{態度} + 0.066 \times \text{主觀規範} + 0.337 \times \text{自覺行為控制}$

標準化迴歸係數： Y （共用針頭行為意圖） $= -0.007 \times \text{態度} + 0.061 \times \text{主觀規範} + 0.854 \times \text{自覺行為控制}$

(二) 各子信念交乘積和對共用針頭行為意圖之影響

探討模式內的行為信念與結果評價之交乘積和、規範信念與依從動機之交乘積和、控制信念與自覺力量之交乘積和與共用針頭行為意圖之間的關係。結果顯示：規範信念與控制信念分別加權後，與共用針頭行為意圖有顯著相關存在。其中控制信念與自覺力量之交乘積和與共用針頭行為意圖相關性最強（ $r=0.709$ ， P 值 $<.001$ ），其次為規範信念與依從動機之交乘積和與共用針頭行為意圖的相關性（ $r=0.342$ ， P 值 $<.001$ ）；以上 r 值皆為正值，變項間有顯著的正相關，表示：（1）控制信念與自覺力量之交乘積和的值越高，研究對象共用針頭意圖也越高；（2）規範信念與依從動機之交乘積和的值越高，研究對象共用針頭意圖亦越高。而行為信念與結果評價之交乘積和與共用針頭行為意圖無顯著相關存在（ $r=-0.010$ ， P 值大於 $.05$ ）。

表4-6 共用針頭行為意圖與各子信念交乘積和之相關矩陣 (n=146)

變項名稱	行為意圖	行為信念與結果 評價之交乘積和	規範信念與依從 動機之交乘積和	控制信念與自覺 力量之交乘積和
行為意圖	1.000			
行為信念與結果 評價之交乘積和	-.010	1.000		
規範信念與依從 動機之交乘積和	.342***	.151	1.000	
控制信念與自覺 力量之交乘積和	.709***	-.142	.319***	1.000

註：***代表 P 值 $<.001$

將模式內的行為信念與結果評價之交乘積和、規範信念與依從動機之交乘積和、控制信念與自覺力量之交乘積和等三個變項，放入迴歸方程式來預測共用針頭行為意圖，從迴歸標準化殘差的直方圖（圖 4-3）可看出本研究樣本觀察值接近常態分配；另從標準化殘差之常態機率分佈圖（圖 4-4）來看，可知本研究樣本觀察值接近常態分配之假定，適合進行迴歸方程式分析。

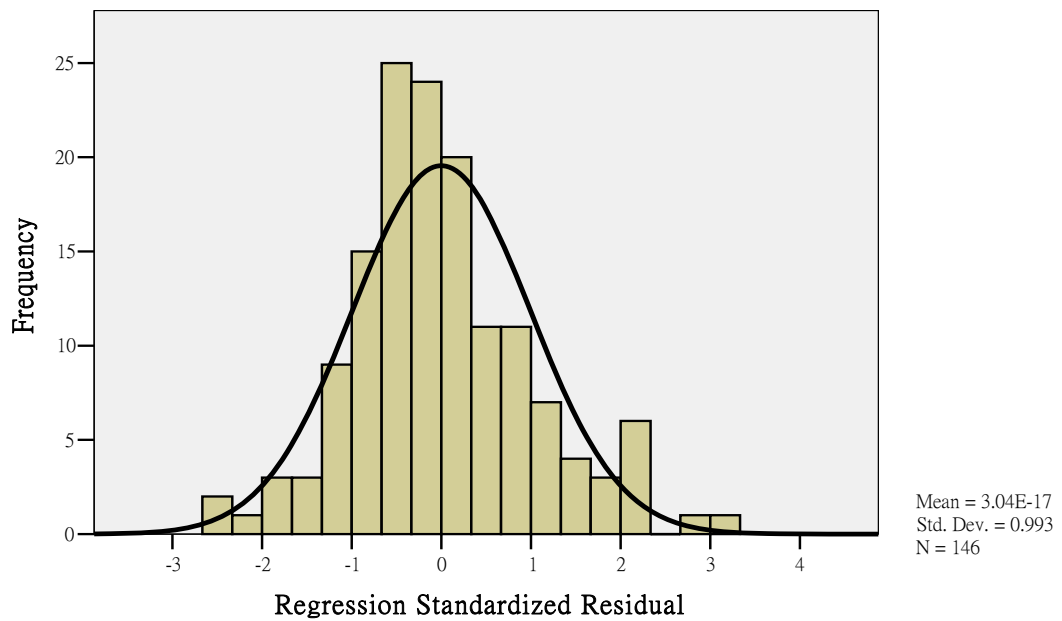


圖 4-3 迴歸標準化殘差的直方圖（各子信念交乘積和）

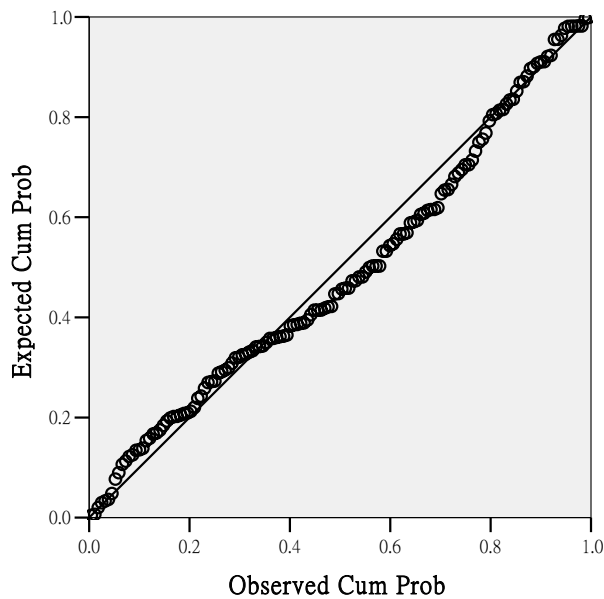


圖 4-4 標準化殘差之常態機率分佈圖（各子信念交乘積和）

採用強迫進入法 (Enter) 呈現迴歸分析結果如表 4-7。其多元相關係數 (R) 為 0.722，調整後的 R 平方為 0.512，也就是此三個變項總共可解釋共用針頭行為意圖 51.2% 的變異量，並達到統計上顯著差異 (F=51.616，P 值 < .001)。三個變項中達到顯著性差異的為控制信念與自覺力量之交乘積和 (t 值為 10.910，P 值 < .001)，表示對共用針頭 51.2% 的變異量中，主要由控制信念與自覺力量之交乘積和所形成的；且標準化的迴歸係數 (β) 為正值，即控制信念與自覺力量之交乘積和得分愈高 (越可能共用)，則研究對象的共用針頭意圖也越高。

表4-7 共用針頭行為意圖與各子信念交乘積和之複迴歸 (強迫進入法) (n=146)

自變項	B	β	t	R	Adjusted R ²	F
(常數)	.125		.441			
行為信念與結果 評價之交乘積和	.025	.070	1.164	.722	.512	51.616***
規範信念與依從 動機之交乘積和	.011	.114	1.815			
控制信念與自覺 力量之交乘積和	.034	.682	10.910***			

註：***代表P值<.001

原始迴歸係數：Y (共用針頭行為意圖) = 0.125 + 0.025 × 行為信念與結果評價之交乘積和 + 0.011 × 規範信念與依從動機之交乘積和 + 0.034 × 控制信念與自覺力量之交乘積和

標準化迴歸係數：Y (共用針頭行為意圖) = 0.070 × 行為信念與結果評價之交乘積和 + 0.114 × 規範信念與依從動機之交乘積和 + 0.682 × 控制信念與自覺力量之交乘積和

(三) 外在變項對共用針頭行為意圖之影響

在計劃行為理論中模式外變項（例如：人口學特性或個人特質），被假設與行為沒有直接影響，這些模式外變項若與行為有關，則是透過影響行為態度、主觀規範、自覺行為控制對行為意圖的相對重要性，以及態度、主觀規範、自覺行為控制的決定因素（行為信念、結果評價、規範信念、依從動機、控制信念、自覺力量），而間接影響執行行為(Ajzen, 1985)。

為瞭解外在變項對行為意圖的影響情形，首先檢視各外在變項與共用針頭行為意圖的相關性。當外在變項為等距（連續）變項時，採用皮爾森積差相關(Person product-moment correlation)；當變項為二組類別變項時，採用獨立樣本 t 檢定(Independent-Samples t test)；當變項是三組以上類別變項時，採用單因子變異數分析(one-way ANOVA)，以了解不同組別間的共用針頭意圖是否有差異。

由表 4-8 顯示：研究對象的年齡與共用針頭意圖有正相關($r=0.216$, P 值 $< .01$)，表示年齡越大其共用針頭意圖越強；而研究對象第一次使用注射方式施打海洛因的年齡與共用針頭意圖呈現負相關($r=-0.182$, P 值 $< .05$)，表示第一次注射海洛因年齡越大者，其共用針頭意圖越弱。

表 4-8 共用針頭行為意圖與外在變項的關係（皮爾森積差相關） (n=146)

變項名稱	Pearson Correlation
年齡	.216**
第一次注射海洛因年齡	-.182*
開始注射海洛因累積年數	.157
今日服用美沙冬劑量(cc) 5mg/cc	-.043
服用美沙冬累積月數	.028

註：*代表 P 值 $< .05$ ，**代表 P 值 $< .01$

外在變項為二組類別變項的有健康狀況（愛滋病）、健康狀況（有疾病）、共用針頭現況等三項，結果顯示如表 4-9：研究對象之共用針頭意圖會因有無愛滋病、有無血液傳染疾病、個人目前共用針頭現況的不同而有統計上顯著差異。其

中有愛滋病者的共用針頭行為意圖比沒有愛滋病者強；有一種以上血液疾病者（此所述疾病包括：B 型肝炎、C 型肝炎、愛滋病、梅毒等）的共用針頭行為意圖比沒有疾病者強；個人目前有共用針頭行為者的行為意圖比沒有共用行為者強。

表 4-9 共用針頭行為意圖與外在變項的關係（Independent-Samples t 檢定）

(n=146)

變項名稱	組別	人數	平均值	標準差	t 值
健康狀況 (愛滋病)	有	32	-0.59	1.388	2.580*
	無	114	-1.29	1.195	
健康狀況 ^b	一種以上的疾病 ^a	99	-1.02	1.317	-1.993*
	皆無疾病 ^a	46	-1.43	1.088	
共用針頭 現況	有	42	0.33	1.337	9.664***
	無	104	-1.73	0.561	

註：a.此疾病包含：B 型肝炎、C 型肝炎、愛滋病、梅毒等

b.排除「不清楚」變項，n=145

*代表 P 值<.05，***代表 P 值<.001

外在變項為二組以上類別變項的有婚姻、學歷、個人每月收入、曾上過愛滋病衛生教育次數、反抽血液習慣、是否與他人聚集注射等六項，結果顯示如表 4-10：婚姻、曾上過 AIDS 衛生教育次數、反抽習慣等三個變項無顯著差異存在，表示研究對象其不同的婚姻狀態、上過 AIDS 衛生教育次數的不同、是否有反抽習慣等，其共用針頭行為意圖並無不同。其他變項之說明如下：

1.學歷：

F 值=5.868，P 值<.01，達統計上顯著差異，經事後比較分析發現，國小大於國中（P 值<.05）、國小大於高中職以上（P 值<.05）。其結果表示：研究對象之共用針頭意圖會因學歷的不同而有統計上顯著差異，其中學歷為國小畢業者，其

共用針頭意圖比國中、高中職以上者強。

2.個人每月收入：

F 值=2.331，P=.077，未達統計上顯著差異，但經事後比較分析發現，二萬以下大於四萬以上（P 值<.05）。其結果表示：研究對象個人的每月收入為二萬以下者，其共用針頭意圖比個人每月收入為四萬以上者強。

3.與他人聚集注射：

F 值=4.061，P 值<.01，達統計上顯著差異，但經事後比較分析發現，四組組別間無顯著差異。其結果表示：研究對象之共用針頭意圖會因是否與他人聚集注射而有統計上顯著差異。

表 4-10 共用針頭行為意圖與外在變項的關係（單因子變異數分析）（n=146）

變項名稱	組別	人數	平均值	標準差	F 值	事後比較
婚姻	未婚	66	-1.18	1.239	0.144	
	已婚	31	-1.19	1.250		
	離婚	39	-1.05	1.337		
	其他	10	-1.00	1.414		
學歷	國小（含）以下	31	-0.48	1.411	5.868**	國小>國中* 國小>高中*
	國中	67	-1.39	1.072		
	高中職以上	48	-1.21	1.304		
個人每月 收入 （接上頁）	二萬以下	50	-0.88	1.438	2.331 (P=.077)	二萬以下> 四萬以上*
	二萬~三萬以下	51	-1.06	1.271		
	三萬~四萬以下	28	-1.39	1.066		
	四萬以上	17	-1.71	0.772		
曾上過愛 滋病衛生 教育次數	從來沒上過	13	-1.54	0.877	0.742	
	1-3 次	49	-1.02	1.377		
	4-6 次	34	-1.15	1.258		
	7-9 次	12	-1.50	1.168		
	10 次以上	38	-1.03	1.284		

變項名稱 (續)	組別	人數	平均值	標準差	F 值	事後比較
反抽血液	常常 (7-10 次)	48	-1.00	1.384	0.514	組別間無顯著差異
習慣 (10	有時 (4-6 次)	19	-1.00	1.155		
次用藥中	很少 (1-3 次)	31	-1.19	1.327		
的行為頻	完全沒有 (0 次)	48	-1.29	1.166		
率)						
與別人聚	常常 (7-10 次)	12	-0.33	1.775		
集注射 (10	有時 (4-6 次)	29	-0.69	1.391		
次用藥中	很少 (1-3 次)	70	-1.36	1.130		
的行為頻	完全沒有 (0 次)	35	-1.34	1.056		
率)						

註：*代表 P 值 < .05，**代表 P 值 < .01

進一步將上述達統計顯著差異的八個變項放入迴歸方程式進行分析，以考驗外在變項在模式內變項之外，是否仍可對行為意圖產生影響。

線性關係是迴歸分析重要的基本假設，在進行迴歸分析時，自變項必須是連續變項，如果要將一個類別變項納入預測變項中，要先將此類別變項轉換為「虛擬變項」(Dummy Variable)，以使類別變項能夠與其他連續變項一同納入自變項中進行預測(吳、涂，2005)。將需放入迴歸方程式的類別變項逐一轉換成虛擬變項，因健康狀況(愛滋病)、健康狀況(有疾病)、共用針頭現況等三項原本即以「1」、「0」的方式進行譯碼，故不需再進行轉換。其他類別變項轉換如下：

1.學歷：

原有三個水準(組別)，將高中以上設為參照組，虛擬變項 1 為國小與高中以上的對比，虛擬變項 2 為國中與高中以上的對比。

2.個人每月收入：

原有四個水準，將收入 4 萬以上設為參照組，虛擬變項 1 為收入 2 萬以下與 4 萬以上的對比，虛擬變項 2 為收入 2 萬-3 萬與 4 萬以上的對比，虛擬變項 3 為收入 3 萬-4 萬與 4 萬以上的對比。

3.與他人聚集注射：

原有四個水準，將完全沒有設為參照組，虛擬變項 1 為常常與完全沒有的對比，虛擬變項 2 為有時與完全沒有的對比，虛擬變項 3 為很少與完全沒有的對比。

將模式內變項與外在變項共 16 項放入迴歸方程式，從迴歸標準化殘差的直方圖（圖 4-5）可知本研究樣本觀察值接近常態分配；另從標準化殘差之常態機率分佈圖（圖 4-6）來看，可知本研究樣本觀察值接近常態分配之假定，適合進行迴歸方程式分析。

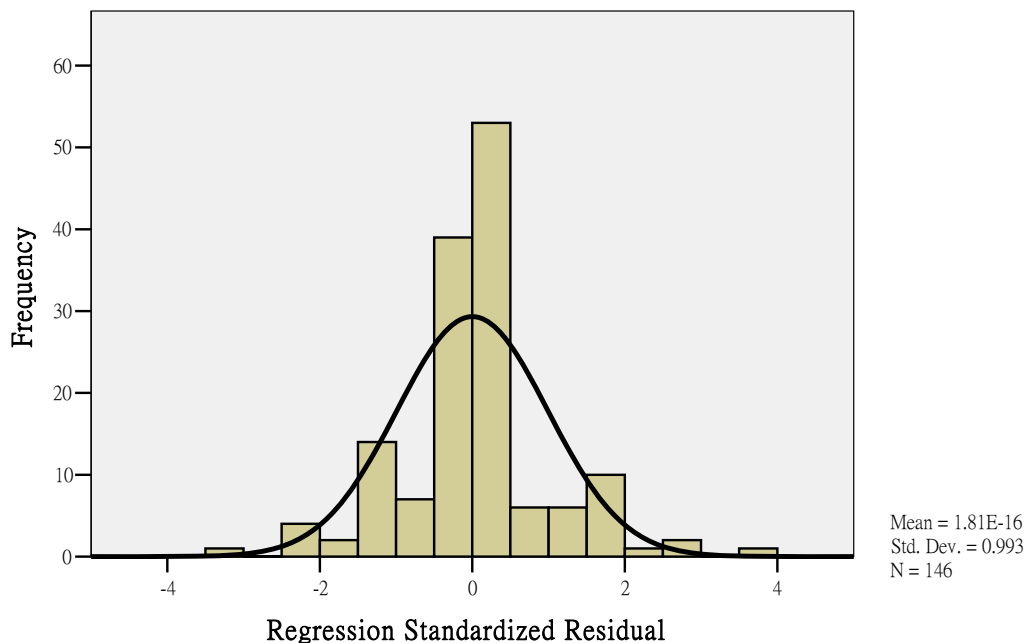


圖 4-5 迴歸標準化殘差的直方圖（模式內變項與外在變項）

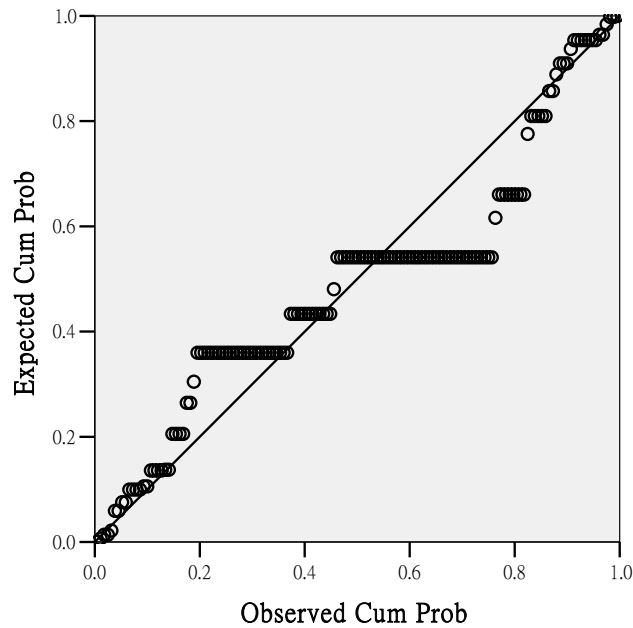


圖 4-6 標準化殘差之常態機率分佈圖（模式內變項與外在變項）

採用強迫進入法（Enter）呈現迴歸分析結果如表 4-11：進入迴歸方程式的 16 個預測變項可以解釋共用針頭意圖 78.3% 的整體變異量，比模式內變項（態度、主觀規範、自覺行為控制）解釋變異量（75.3%）增加了 3% 之解釋變異量。此 16 個預測變項中達到顯著性差異的為自覺行為控制與共用針頭現況，此解釋 78.3% 的變異主要由自覺行為控制與共用針頭現況造成的，且標準化的迴歸係數（ β ）皆為正值，即自覺行為控制得分愈高者（越可能共用）、目前有共用針頭行為者，則越傾向共用針頭。

綜合以上複迴歸分析之發現，「共用針頭現況」能在模式內變項（態度、主觀規範、自覺行為控制）之外，顯著增加對共用針頭行為意圖之解釋力（增加 3%），此與本研究假設一之二不相符；而其他外在變項不能直接增加對共用針頭行為意圖之解釋力，必須透過模式內變項間接影響，此與本研究假設一之二相符合。

表4-11 共用針頭行為意圖與模式內變項、外在變項、共用針頭現況之複迴歸
(強迫進入法) (n=146)

自變項	β	R	Adjusted R ²	F
態度	.055	.898	.783	33.719***
主觀規範	.047			
自覺行為控制	.692***			
足歲年齡	.020			
第一次注射年齡	.012			
健康狀況-愛滋病	-.067			
健康狀況-有疾病 ^a	-.024			
學歷-國小虛擬變項	.049			
學歷-國中虛擬變項	-.028			
收入-2萬以下虛擬變項	.023			
收入-2萬虛擬變項	.069			
收入-3萬虛擬變項	.045			
共用針頭現況	.261***			
常常聚集打毒虛擬變項	-.012			
有時聚集打毒虛擬變項	-.020			
很少聚集打毒虛擬變項	-.020			

註：1.***代表P值<.001

2.a.此疾病包含：B型肝炎、C型肝炎、愛滋病、梅毒等

3.原始迴歸係數：Y（共用針頭行為意圖）=0.022+0.066×態度+0.050×主觀規範+0.273×自覺行為控制+0.003×年齡+0.002×第一次注射年齡-0.203×健康狀況（愛滋病）-0.064×健康狀況（有疾病）+0.152×國小學歷-0.072×國中學歷+0.062×個人收入2萬以下+0.182×個人收入2萬+0.143×個人收入3萬+0.728×共用現況-0.055×常常聚集-0.065×有時聚集-0.050×很少聚集

4.標準化迴歸係數：Y（共用針頭行為意圖）=0.055×態度+0.047×主觀規範+0.692×自覺行為控制+0.020×年齡+0.012×第一次注射年齡-0.067×健康狀況（愛滋病）-0.024×健康狀況（有疾病）+0.049×國小學歷-0.028×國中學歷+0.023×個人收入2萬以下+0.069×個人收入2萬+0.045

$$\begin{aligned} & \times \text{個人收入3萬} + 0.261 \times \text{共用現況} - \\ & 0.012 \times \text{常常聚集} - 0.020 \times \text{有時聚集} - \\ & 0.020 \times \text{很少聚集} \end{aligned}$$

第三節 態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間之關係

本節主要依據研究目的第三項，瞭解男性藥物成癮者共用針頭的態度、主觀規範、自覺行為控制與構成信念間的關係，並考驗研究假設二：共用針頭的態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間的關係。以下分別探討：「態度、行為信念、結果評價及其間的關係」、「主觀規範、規範信念、依從動機及其間的關係」與「自覺行為控制、控制信念、自覺力量及其間的關係」。

一、 態度、行為信念、結果評價及其間的關係

(一) 共用針頭態度之描述性統計分析

為了解研究對象對共用針頭之態度，分別以有益/有害、好/不好、衛生/不衛生等三個層面來測量研究對象的態度傾向，並將這三個項目的得分總和加以平均。態度計分範圍為+2~-2，分數為+2~+1者，為正向（贊成共用針頭）；分數為0分者，態度中立；分數為-1~-2者，為負向（不贊成共用針頭）。

由表 4-12 總量表的分數來看，大部分的研究對象（99.5%）對共用針頭持負向的態度，且全體的態度平均值也趨於負向（Mean=-1.80）。再由各項的得分分佈來看，三個項目的得分平均皆為負向，與總量表的方向一致，每一項皆有 99% 以上的研究對象抱持著不贊成共用針頭的態度，其中更高達 100% 的研究對象認為共用針頭是不衛生的，99.3% 認為共用針頭是有害的，99.3% 認為共用針頭是不好的，由此可見全體研究對象對於共用針頭的態度是一致的。

表 4-12 共用針頭態度之描述性統計分析 (n=146)

項目	正向	中立	負向	Mean	S.D.
	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)		
有益/有害	1 (0.7)	0 (0.0)	145 (99.3)	-1.75	0.482
好/不好	1 (0.7)	0 (0.0)	145 (99.3)	-1.76	0.474
衛生/不衛生	0 (0.0)	0 (0.0)	146 (100.0)	-1.89	0.313
總量表	0.7 (0.5)	0 (0.0)	145.3 (99.5)	-1.80	0.423

註：1.態度計分範圍：+2~-2

2.正向（贊成共用）：+2~+1，中立：0，負向（不贊成共用）：-1~-2

3.「總量表」為上述三題數值之平均

（二）行為信念與結果評價的描述性分析

以五個項目來測量研究對象對於共用針頭的行為信念，計分範圍為+2~-2，分數為+2~+1者，表示可能性高；分數為0者，表示不確定；分數為-1~-2者，表示可能性低。由表4-13得知，第一、二、三、五項行為信念為正值的，表示研究對象對於這些行為信念認為是可能的；僅有第四項行為信念為負值，表示研究對象認為該項行為信念是不可能的。再由各項的得分分佈來看，100%的研究對象認為共用針頭得到愛滋病是可能的（Mean=1.88），99.3%認為共用針頭會得到C型肝炎（Mean=1.77），100%認為會得到傳染病（Mean=1.85），研究對象此三項行為信念一致性高。而有67.1%的研究對象認為共用針頭能快速打到藥是可能的，31.5%表示不可能（Mean=0.55）；73.3%的研究對象認為共用針頭可以表達信任對方是不可能的，19.9%則表示共用針頭有可能表達信任對方之意（Mean=-0.75），研究對象對此二項行為信念抱持的看法較有不同。

研究對象對於共用針頭可能導致結果的評價，共有五題，計分範圍為+2~-2，分數為+2~+1者，表示評價好；分數為0者，表示沒意見；分數為-1~-2者，表示評價不好。由表4-14得知，大部分的研究對象（88%）認為共用針頭的結果評價是不好的，且全體的結果評價平均值也趨於負向（Mean=-1.398）。再由各項的得分分佈來看，研究對象對於各子題的共用針頭結果評價皆為負向，其中研究對象對共用針頭所導致的結果認為最不好的評價是「得到愛滋病」（Mean=-1.94），其次

是「得到C型肝炎」(Mean=-1.88)，再者為「得到傳染病」(Mean=-1.82)與「表達信任」(Mean=-1.05)。而「快速打到藥」的結果評價，有56.9%的研究對象表示共用針頭能快速打到藥、馬上解癮是不好的，有39.7%表示是好的，其平均值較偏向中立評價(Mean=-0.30)。

表 4-13 共用針頭行為信念之描述性統計分析 (n=146)

項目	很有可能與 有可能	不確定	不可能與 很不可能	Mean	S.D.
	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)		
得到愛滋病	146 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1.88	0.322
得到 C 型肝炎	145 (99.3)	1 (0.7)	0 (0.0)	1.77	0.440
快速打到藥	98 (67.1)	2 (1.4)	46 (31.5)	0.55	1.360
表達信任	29 (19.9)	10 (6.8)	107 (73.3)	-0.75	1.107
得到傳染病	146 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1.85	0.359
總量表	112.8 (77.3)	2.6 (1.8)	30.6 (20.9)	1.06	0.718

註：1.行為信念計分範圍：+2~-2

2. 很有可能與有可能：+2~+1

不確定：0

不可能與很不可能：-1~-2

表 4-14 共用針頭結果評價之描述性統計分析 (n=146)

項目	很好的與好的	沒意見	不好的與很不好的	Mean	S.D.
	人數 (%)	(%)	人數 (%)		
得到愛滋病	0 (0.0)	0 (0.0)	146 (100.0)	-1.94	0.241
得到 C 型肝炎	0 (0.0)	0 (0.0)	146 (100.0)	-1.88	0.330
快速打到藥	58 (39.7)	5 (3.4)	83 (56.9)	-0.30	1.435
表達信任	17 (11.7)	8 (5.4)	121 (82.9)	-1.05	0.992
得到傳染病	0 (0.0)	0 (0.0)	146 (100.0)	-1.82	0.384
總量表	15 (10.3)	2.6 (1.7)	128.4 (88.0)	-1.398	0.676

註：1.結果評價計分範圍：+2~-2

2. 很好的與好的：+2~+1； 沒意見：0； 不好的與很不好的：-1~-2

(三) 態度與行為信念、結果評價間的關係

根據計劃行為理論，個人對於行為的態度 (Ab) 可藉由行為信念 (Bi) 和結

果評價 (Ei) 的交乘積和 ($\Sigma B_i \times E_i$) 來估計。表4-15顯示：「態度 (Ab)」和「行為信念與結果評價的交乘積和 ($\Sigma B_i \times E_i$)」之相關係數為0.175 (P值<.05)，達到統計上顯著差異，表示態度和行為信念與結果評價的交乘積和呈現正相關，符合本研究假設二之一，即研究對象對共用針頭的行為信念、結果評價的交乘積和與對共用針頭的態度有顯著正相關。

表4-15 共用針頭態度與行為信念、結果評價交乘積和之相關矩陣 (n=146)

變項名稱	態度	行為信念與結果評價 之交乘積和
態度	1.000	
行為信念與結果評價 之交乘積和	.175*	1.000

註：*代表P值<.05

二、主觀規範、規範信念、依從動機及其間的關係

(一) 共用針頭主觀規範的描述性分析

主觀規範主要了解研究對象認為日常生活中大部分的重要參考對象對於其共用針頭覺得應該/不應該、支持/不支持、贊成/不贊成的程度。主觀規範共有三個題目，其計分範圍為+2~-2，分數為+2~+1者，表示研究對象認為日常生活中大部分的重要參考對象對於其共用針頭覺得是應該、支持或贊成的；分數為0，表示中立；分數為-1~-2者，表示研究對象認為大部分的重要參考對象對於其共用針頭覺得是不應該、不支持或不贊成的。

由表4-16總量表的分數來看，大部分的研究對象(98.8%)其主觀規範為負向，不贊成共用針頭，且全體的主觀規範平均值也趨於負向 (Mean=-1.76)。再由各項的得分分佈來看，三個項目的得分平均皆為負向，與總量表的方向一致，且每一項皆有97%以上的研究對象其主觀規範為不贊成共用針頭，顯示男性藥癮者認為日常生活中對自己重要、有影響力的人，對於其共用針頭施打毒品，認為是不

應該、不支持且不贊成的。

表 4-16 共用針頭主觀規範之描述性統計分析 (n=146)

項目	正向	中立	負向	Mean	S.D.
	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)		
應該/不應該	0 (0.0)	3 (2.1)	143 (97.9)	-1.79	0.458
支持/不支持	0 (0.0)	1 (0.7)	145 (99.3)	-1.77	0.436
贊成/不贊成	0 (0.0)	1 (0.7)	145 (99.3)	-1.73	0.463
總量表	0 (0.0)	1.7 (1.2)	144.3 (98.8)	-1.76	0.452

註：1.主觀規範計分範圍：+2~-2

2.正向（贊成共用）：+2~+1，中立：0，負向（不贊成共用）：-1~-2

3.「總量表」為上述三題數值之平均

（二）共用針頭的規範信念與依從動機之描述性分析

規範信念為測量研究對象對於各個重要參考對象贊不贊成他共用針頭的主觀判斷。本量表包括：好朋友、家人、藥頭、醫生、監獄上課的老師、配偶（男女朋友）等六項，規範信念的計分範圍為+2~-2，+2~+1分表示研究對象自覺重要參考對象認為其應該與他人共用針頭；0分為不確定；-1~-2表示研究對象自覺重要參考對象認為他不應該與別人共用針頭。

由表4-17的總量表來看，93.7%的研究對象表示重要參考對象認為其不應該共用針頭，而各項得分之結果顯示：六項重要參考對象的得分皆為負值，範圍在-1.09~-1.76之間，表示研究對象認為所有的重要參考對象都覺得不應該共用針頭，其中以醫生認為不應該共用針頭的程度最強（Mean=-1.76）；而研究對象認為藥頭覺得不應該共用針頭的程度最弱（Mean=-1.09），74.6%表示不應該共用，23.3%回答不確定，有2.1%研究對象表示藥頭認為應該共用針頭。

表 4-17 共用針頭規範信念之描述性統計分析

(n=146)

項目	很應該與應該 人數 (%)	不確定 人數 (%)	不應該與 很不應該 人數 (%)	Mean	S.D.
好朋友	1 (0.7)	3 (2.1)	142 (97.2)	-1.60	0.569
家人	0 (0.0)	7 (4.8)	139 (95.2)	-1.66	0.567
藥頭	3 (2.1)	34 (23.3)	109 (74.6)	-1.09	0.821
醫生	0 (0.0)	0 (0.0)	146 (100.0)	-1.76	0.428
監獄上課老師	0 (0.0)	1 (0.7)	145 (99.3)	-1.69	0.478
配偶(男女朋友)	0 (100.0)	6 (4.1)	140 (95.9)	-1.58	0.573
總量表	0.7 (0.5)	8.5 (5.8)	136.8(93.7)	-1.56	0.573

註：1.規範信念計分範圍：+2~-2

2. 很應該與應該：+2~+1；不確定：0；不應該與很不應該：-1~-2

就共用針頭而言，研究者依從於各個重要參考對象之想法的意願為依從動機，共有六題，計分範圍為1-5分，分數越高代表依從性越高。由表4-18得知，從總量表來看，95.2%的研究對象願意依從重要參考對象的意見，且全體依從動機的平均值也很高 (Mean=4.47)。其中，100%的研究對象願意聽從醫生與監獄上課老師對於共用針頭的意見，也有96.6%-97.3%的研究對象願意聽從好朋友、家人、配偶（男女朋友）的意見；而在藥頭的部份，有80.1%的研究對象願意聽從藥頭對共用針頭的看法，但有13.7%研究對象沒有意見，6.2%不願意聽從藥頭意見。

表 4-18 共用針頭依從動機之描述性統計分析

(n=146)

項目	很願意與願意 人數 (%)	沒意見 (%)	不願意與 很不願意 人數 (%)	Mean	S.D.
好朋友	142 (97.3)	1 (0.7)	3 (2.0)	4.49	0.624
家人	142 (97.3)	4 (2.7)	0 (0.0)	4.54	0.552
藥頭	117 (80.1)	20 (13.7)	9 (6.2)	4.07	0.892
醫生	146 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.61	0.490
監獄上課老師	146 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.58	0.495
配偶(男女朋友)	141 (96.6)	5 (3.4)	0 (0.0)	4.51	0.566
總量表	139 (95.2)	5 (3.4)	2 (1.4)	4.47	0.603

- 註：1.依從動機計分範圍：5~1
 2. 很願意與願意：5~4
 沒意見：3
 不願意與很不願意：2~1

(三) 主觀規範與規範信念、依從動機間的關係

根據計劃行為理論，重要參考對象的主觀規範 (SN) 可藉由規範信念 (NB) 和依從動機 (MC) 的交乘積和 ($\Sigma NB \times MC$) 來估計。表4-19顯示：「主觀規範 (SN)」與「規範信念 (NB) 和依從動機 (MC) 的交乘積和 ($\Sigma NB \times MC$)」之相關係數為0.563 (P值<.001)，達到統計上顯著差異，表示主觀規範和規範信念與依從動機的交乘積和呈現正相關，符合本研究假設二之二，即研究對象對共用針頭的規範信念、依從動機的交乘積和與對共用針頭的主觀規範之間有顯著正相關。

表4-19 共用針頭主觀規範與規範信念、依從動機交乘積和之相關矩陣 (n=146)

變項名稱	主觀規範	規範信念與依從動機 之交乘積和
主觀規範	1.000	
規範信念與依從動機 之交乘積和	.563***	1.000

註：***代表P值<.001

三、自覺行為控制、控制信念、自覺力量及其間的關係

(一) 共用針頭自覺行為控制之描述性統計分析

為測量研究對象對於自己控制共用針頭行為的整體評量，分別以容易/不容易、不共用狀況少/不共用狀況多、共用狀況多/共用狀況少等三個層面來測量研究對象的自覺行為控制程度，並將這三個項目的得分總和加以平均。自覺行為控制計分範圍為+2~-2，分數為+2~+1者，為正向（傾向共用針頭）；分數為0分者，意圖中立；分數為-1~-2者，為負向（不傾向共用針頭）。

由表4-20總量表的分數來看，一半以上（53%）的研究對象填答分數為-2分，

27.7%為-1分，因此在自覺行為控制方面不傾向共用者，高達80.7%，而全體平均值也趨於負向（Mean=-1.12）。再看各項得分的分佈，三項目得分之平均皆為負向，與總量表的方向一致。第一題的平均值較偏中立，46.6%表示共用針頭是一件很不容易發生的事，24%認為不容易，而有22.6%的研究對象認為共用針頭是一件容易的事，5.5%覺得共用針頭很容易發生。另外，第二項與第三項互為反向題，回答正向（+2）與負向（-2）的人數相同，表示研究對象的填答一致性高。

表 4-20 共用針頭自覺行為控制之描述性統計分析 (n=146)

項目	正向			負向		Mean	S.D.
	傾向共用 (+2)	傾向共用 (+1)	中立 (0) 人數 (%)	不傾向共用 (-1)	不傾向共用 (-2)		
	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)		
容易/不容易	8 (5.5)	33 (22.6)	2 (1.4)	35 (24.0)	68 (46.6)	-0.84	1.365
不共用狀況少/ 不共用狀況多	2 (1.4)	18 (12.3)	0 (0.0)	44 (30.1)	82 (56.2)	-1.27	1.054
共用狀況多/ 共用狀況少	2 (1.4)	20 (13.7)	0 (0.0)	42 (28.8)	82 (56.2)	-1.25	1.086
總量表	4 (2.7)	23.6 (16.2)	0.6 (0.4)	40.4 (27.7)	77.4 (53.0)	-1.12	1.168

註：1.自覺行為控制計分範圍：+2~-2。其中第二題為反向計分：不共用針頭狀況很多為-2、不共用針頭狀況很少為+2。

2.正向（傾向共用）：+2~+1，中立：0，負向（不傾向共用）：-1~-2

3.「總量表」為上述三題數值之平均

（二）共用針頭的控制信念與自覺力量之描述性分析

控制信念為測量研究對象對於各種會促進或妨礙其共用針頭之狀況的發生頻率可能性之主觀判斷。本研究之控制信念包括十項信念，計分範圍為1-5分，分數越高表示各種會促進或妨礙其共用針頭之狀況發生頻率越高。

由表4-21可知，以各子量表的平均值排序如下：「要打藥時，身上有自己專用或全新的針」（Mean=4.6）、「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」（Mean=3.04）、「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」（Mean=2.99）、「要打藥時，

因為怕被警察抓，不敢去買針」(Mean=2.88)、「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」(Mean=2.86)、「拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針」(Mean=2.62)、「要打藥時，發現自己準備的針已經壞了」(Mean=2.25)、「要打藥時，身上沒有錢可以買針」(Mean=2.17)、「要打藥時，懶得去買針」(Mean=1.82)與「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」(Mean=1.47)。

表 4-21 共用針頭控制信念之描述性統計分析 (n=146)

項目	常常發生 人數(%)	有時候 人數(%)	不一定 人數(%)	很少發生 人數(%)	幾乎沒有 人數(%)	Mean	S.D.
附近沒有藥局	26 (17.8)	47 (32.2)	3 (2.1)	47 (32.2)	23 (15.8)	3.04	1.414
藥局已經關了	27 (18.5)	42 (28.8)	4 (2.7)	49 (33.6)	24 (16.4)	2.99	1.426
身上沒有錢	11 (7.5)	29 (19.9)	2 (1.4)	36 (24.7)	68 (46.6)	2.17	1.391
很啼等不及	17 (11.6)	36 (24.7)	2 (1.4)	56 (38.4)	35 (24.0)	2.62	1.386
找到事先藏的針	22 (15.1)	51 (34.9)	7 (4.8)	17 (11.6)	49 (33.6)	2.86	1.552
專用或全新的針	108(74.0)	26 (17.8)	6 (4.1)	4 (2.7)	2 (1.4)	4.60	0.809
準備的針壞了	6 (4.1)	28 (19.2)	2 (1.4)	71 (48.6)	39 (26.7)	2.25	1.167
受贈沒打完的藥	2 (1.4)	12 (8.2)	0 (0.0)	25 (17.1)	107(73.3)	1.47	0.956
懶得去買針	6 (4.1)	19 (13.0)	0 (0.0)	39 (26.7)	82 (56.2)	1.82	1.196
怕被警察抓	28 (19.2)	45 (30.8)	1 (0.7)	26 (17.8)	46 (31.5)	2.88	1.587
總量表	25.3 (17.3)	33.5 (23.0)	2.7 (1.9)	37 (25.3)	47.5 (32.5)	2.67	1.288

註：1.控制信念計分範圍：5~1

2. 常常發生：5 有時候：4 不一定：3 很少發生：2 幾乎沒有：1

自覺力量為測量在各種研究對象認為會促進或妨礙其共用針頭之狀況下，個人自覺執行共用針頭的困難或容易程度。本研究之自覺力量包括十項，計分範圍為+2~-2分，分數為+1~+2者，表示在此情境下發生共用針頭是一件容易的事；分數為0者，為不確定；分數為-1~-2者，表示在此情境下發生共用針頭是一件困難的事。

由表4-22結果顯示：以各子量表的平均值來看，平均值皆為負值，表示研究對象認為在這些狀況之下，其自覺執行共用針頭是困難的。共用針頭困難度依

序為：「要打藥時，身上有自己專用或全新的針」（Mean=-1.69）、「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」（Mean=-1.49）、「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」（Mean=-1.03）、「要打藥時，懶得去買針」（Mean=-0.88）、「要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針」（Mean=-0.62）、「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」（Mean=-0.60）、「要打藥時，發現自己準備的針已經壞了」（Mean=-0.60）、「要打藥時，身上沒有錢可以買針」（Mean=-0.57）、「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」（Mean=-0.36）與「拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針」（Mean=-0.36）。

表 4-22 共用針頭自覺力量之描述性統計分析 (n=146)

項目	很容易 人數 (%)	容易 人數 (%)	不確定 人數 (%)	困難 人數 (%)	很困難 人數 (%)	Mean	S.D.
附近沒有藥局	14 (9.6)	32 (21.9)	2 (1.4)	49 (33.6)	49 (33.6)	-0.60	1.392
藥局已經關了	14 (9.6)	43 (29.5)	5 (3.4)	44 (30.1)	40 (27.4)	-0.36	1.399
身上沒有錢	9 (6.2)	40 (27.4)	4 (2.7)	45 (30.8)	48 (32.9)	-0.57	1.354
很啼等不及	14 (9.6)	48 (32.9)	2 (1.4)	36 (24.7)	46 (31.5)	-0.36	1.451
找到事先藏的針	0 (0.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	72 (49.3)	73 (50.0)	-1.49	0.541
專用或全新的針	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	45 (30.8)	101(69.2)	-1.69	0.463
準備的針壞了	12 (8.2)	34 (23.3)	2 (1.4)	51 (34.9)	47 (32.2)	-0.60	1.362
受贈沒打完的藥	6 (4.1)	18 (12.3)	2 (1.4)	59 (40.4)	61 (41.8)	-1.03	1.141
懶得去買針	9 (6.2)	22 (15.1)	3 (2.1)	56 (38.4)	56 (38.4)	-0.88	1.248
怕被警察抓	13 (8.9)	30 (20.5)	2 (1.4)	55 (37.7)	46 (31.5)	-0.62	1.350
總量表	9.1 (6.2)	26.8 (18.4)	2.2 (1.5)	51.2 (35.1)	56.7 (38.8)	-0.82	1.170

註：1.自覺力量計分範圍：+2~-2

2.很容易：+2; 容易：+1; 不確定：0; 困難：-1; 很困難：-2

(三) 自覺行為控制與控制信念、自覺力量間的關係

根據計劃行為理論，研究對象對於行為的自覺行為控制 (PBC) 可藉由控制信念 (CB) 和自覺力量 (PP) 的交乘積和 ($\Sigma CB \times PP$) 來估計。表4-23顯示：「自覺行為控制 (PBC)」與「控制信念 (CB) 和自覺力量 (PP) 的交乘積和 ($\Sigma CB \times PP$)」

之相關係數為0.796 (P值< .001) , 達到統計上顯著差異, 表示自覺行為控制和控制信念與自覺力量的交乘積和呈現正相關, 符合本研究假設二之三, 即研究對象對共用針頭的控制信念、自覺力量的交乘積和與對共用針頭的自覺行為控制之間有顯著正相關。

表4-23 共用針頭自覺行為控制與控制信念、自覺力量交乘積和之相關矩陣

(n=146)		
變項名稱	自覺行為控制	控制信念與自覺力量 之交乘積和
自覺行為控制	1.000	
控制信念與自覺力量 之交乘積和	.796***	1.000

註: ***代表P值< .001

第四節 不同程度之共用針頭行為意圖在各信念之差異比較

本節的內容主要在考驗研究假設三: 研究對象之共用針頭意圖不同者, 其共用針頭的行為信念、結果評價、規範信念、依從動機、控制信念、自覺力量有顯著差異存在。雖本研究結果顯示: 由表4-6的相關矩陣可看出, 行為意圖與行為信念、結果評價之交乘積和之間沒有顯著正相關, 推翻研究假設二之一, 但考量計劃行為理論的整體性, 故在此仍將行為信念、結果評價之交乘積和列入比較。

在比較高、低意圖組在各信念間的差異, 因行為信念、結果評價、規範信念、依從動機、控制信念與自覺力量各含有數個信念及參考對象, 在概念上具有整體性, 各項子題必須視為一體, 不宜將其分離出來單獨分析, 因此在統計分析時採用單因子多變項變異數分析(呂, 1995)。

在行為科學研究中所探討的問題, 往往必須同時使用到兩個或兩個以上的依變項(dependent variables), 「多變項分析」(multivariate analysis)或稱「多變項分析統計法」(multivariate statistical analysis)可以用來同時分析兩個或兩個以

上依變項的觀察資料，也就是在同時考慮到許多依變項的情形下，考驗不同組別之間的平均數是否有顯著差異存在，符合本研究假設三的考驗方式。此統計方式強調將這些依變項視為彼此有關的融合體，同時加以考慮，重視各變項之間的共變數 (covariance) 更甚於重視它們各自的平均數和變異數，進而減少犯第一類型的錯誤率 (林，1990)。

針對二個獨立樣本的平均數假設考驗，有三種方法：賀德臨 T^2 統計 (Hotelling's T^2)、魏可思 λ 統計 (Wilks' λ) 與同時信賴區間 (simultaneous confidence intervals) (林，1990)。但在SPSS的「分析」模組中，沒有提供專門處理賀德臨 T^2 統計的指令 (吳、涂，2005)，因此本研究使用魏可思 λ 統計與同時信賴區間來進行檢定。

本研究樣本共有146位，此節分析將樣本分為兩組：共用針頭低意圖組與高意圖組。共用針頭低意圖組可能性得分為-1~-2分 (不可能~很不可能)，共有113位；高意圖組可能性得分為+1~+2分 (有可能~很有可能)，共有33位。

將六類變項的各子題分數加總，使用魏可思統計及同時信賴區間進行統計分析，結果詳見表4-24：高/低共用針頭行為意圖組在行為信念、結果評價、規範信念、依從動機、控制信念與自覺力量上，皆有顯著差異存在 (Wilks' Lambda = 0.552, $F=18.830$, $P值<.001$)。在行為信念部分，高意圖組的平均值較低意圖組高，也就是說高意圖組認為共用針頭的行為信念發生可能性較低意圖組高；在結果評價部分，兩組皆認為結果是不好的 (負值)，但高意圖組的平均值較低意圖組高，也就是說高意圖組認為共用針頭的結果評價較低意圖組好；在規範信念部分，兩組皆感受到重要參考對象認為其不應該共用針頭，而低意圖組較高意圖組感受強烈；在依從動機部分，低意圖組較高意圖組願意聽從重要參考對象的意見；在控制信念部分，高意圖組較低意圖組更常發生控制信念之狀況；在自覺力量方面，在十項狀況下，高意圖組較低意圖組容易共用針頭。

以下針對有顯著差異的六類變項，進行各子題的魏可思統計及同時信賴區間

統計，以找出造成差異的子信念。

表4-24 高/低共用針頭行為意圖各信念之Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析
(n=146)

變項名稱	低意圖組 n=113		高意圖組 n=33		F值	95% 同時信賴區間
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
行為信念	4.95	2.112	6.52	1.986	14.451***	0.753 ~ 2.384*
結果評價	-7.33	2.222	-5.82	1.811	12.736***	0.673 ~ 2.345*
規範信念	-9.68	2.225	-8.36	2.510	8.446**	0.422 ~ 2.214*
依從動機	27.06	2.653	25.91	2.854	4.659*	-2.209 ~ -0.097*
控制信念	24.89	6.506	32.97	7.963	35.433***	5.394 ~ 10.758*
自覺力量	-11.47	7.401	3.03	6.060	105.787***	11.713 ~ 17.286*

註：1. Wilks' Lambda=0.552, F=18.830***

2. *代表P值<.05, **代表P值<.01, ***代表P值<.001

3. 變項為各子題的加總分數

4. 得分範圍：

行為信念：+10~-10（共5題），結果評價：+10~-10（共5題）

規範信念：+12~-12（共6題），依從動機：6~30（共6題）

控制信念：10~100（共10題），自覺力量：+20~-20（共10題）

一、高/低共用針頭行為意圖在行為信念與結果評價上的差異

由表4-25可看出，行為信念有達顯著差異變項有二項，也就是共用針頭高意圖組認為共用針頭能「快速打到藥，馬上解癮」、「表達信任對方」的可能性高於低意圖組。其他變項雖未達到顯著性差異，但可由平均值看出低意圖組認為共用針頭會「增加得到愛滋病的機會」、「得到C型肝炎的機會」的可能性高於高意圖組。

表4-25 高/低共用針頭行為意圖在行為信念之Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間
分析 (n=146)

變項名稱	低意圖組 n=113		高意圖組 n=33		F值	95% 同時信賴區間
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
得到愛滋病	1.90	0.298	1.82	0.392	1.769	-0.210 ~ 0.041
得到 C 型肝炎	1.78	0.438	1.73	0.452	0.348	-0.224 ~ 0.121
快速打到藥	0.33	1.359	1.30	1.075	14.355***	0.467 ~ 1.485*
表達信任	-0.91	1.040	-0.18	1.158	11.939**	0.312 ~ 1.147*
得到傳染病	1.85	0.359	1.85	0.364	0.000	-0.142 ~ 0.140

註：1. Wilks' Lambda=0.864, F=4.407**

2. *代表P值<.05, **代表P值<.01, ***代表P值<.001

3. 行為信念計分範圍：+2 ~ -2

由表 4-26 可知，結果評價在「快速打到藥」、「表達信任」兩個變項達到顯著性差異，表示高意圖組比低意圖組更認同共用針頭能「快速打到藥，馬上解癮」、及「表達信任對方」的好處。

表4-26 高/低共用針頭行為意圖組在結果評價之Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析 (n=146)

變項名稱	低意圖組 n=113		高意圖組 n=33		F值	95% 同時信賴區間
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
得到愛滋病	-1.94	0.242	-1.94	0.242	0.001	-0.096 ~ 0.093
得到 C 型肝炎	-1.88	0.331	-1.88	0.331	0.002	-0.132 ~ 0.127
快速打到藥	-0.51	1.415	0.42	1.275	11.700**	0.396 ~ 1.479*
表達信任	-1.17	0.953	-0.64	1.025	7.679**	0.152 ~ 0.911*
得到傳染病	-1.83	0.376	-1.79	0.415	0.334	-0.107 ~ 0.194

註：1. Wilks' Lambda=0.906, F=2.909*

2. *代表P值<.05, **代表P值<.01

3. 結果評價計分範圍：+2 ~ -2

二、高/低共用針頭行為意圖在規範信念與依從動機上的差異

由表4-27得知，高/低共用針頭行為意圖組對於此六種重要參考對象的規範信念平均得分皆為負值，表示兩組均自覺重要參考對象認為研究對象不應該與他人共用針頭。其中「家人」、「藥頭」、「配偶（男女朋友）」三個項目達到顯著性差異，也就是低意圖組感受到「家人」、「藥頭」、「配偶（男女朋友）」對其共用針頭的不贊同程度比高意圖組強烈。而高意圖組對「藥頭」的規範信念平均值趨於中立（Mean=-0.58），亦即高意圖組感受到藥頭認為其不應該共用針頭的社會壓力較弱。

表 4-27 高/低共用針頭行為意圖在規範信念之 Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析 (n=146)

變項名稱	低意圖組 n=113		高意圖組 n=33		F值	95% 同時信賴區間
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
好朋友	-1.62	0.540	-1.55	0.666	0.430	-0.149 ~ 0.297
家人	-1.74	0.478	-1.39	0.747	10.338**	0.135 ~ 0.564*
藥頭	-1.24	0.747	-0.58	0.867	18.677***	0.360 ~ 0.966*
醫生	-1.75	0.434	-1.79	0.415	0.176	-0.204 ~ 0.132
監獄上課老師	-1.69	0.483	-1.70	0.467	0.005	-0.194 ~ 0.181
配偶(男女朋友)	-1.64	0.552	-1.36	0.603	6.014*	0.053 ~ 0.494*

註：1. Wilks' Lambda=0.821, F=5.057***

2. *代表P值<.05, **代表P值<.01, ***代表P值<.001

3. 規範信念計分範圍：+2 ~ -2

從表 4-28 得知，由依從動機各項平均值來看，分數皆大於 4 分，亦即兩組研究對象就該不該共用針頭而言，皆願意聽從重要參考對象之意見。而針對兩組比較，低意圖組的依從動機平均值皆高於高意圖組，也就是針對該不該共用針頭而言，低意圖比高意圖組更願意依從重要參考對象的意見。兩組在「家人」與「藥頭」的依從動機上有顯著性差異存在，表示高意圖者對於依從「家人」與「藥頭」的看法，其願意程度比低意圖者低。

表 4-28 高/低共用針頭行為意圖在依從動機之 Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析 (n=146)

變項名稱	低意圖組 n=113		高意圖組 n=33		F值	95% 同時信賴區間
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
	好朋友	4.51	0.614	4.42		
家人	4.59	0.511	4.36	0.653	4.506*	-0.443 ~ -0.016*
藥頭	4.17	0.855	3.73	0.944	6.478*	-0.783 ~ -0.098*
醫生	4.63	0.485	4.55	0.506	0.730	-0.274 ~ 0.109
監獄上課老師	4.61	0.490	4.48	0.508	1.657	-0.319 ~ 0.067
配偶(男女朋友)	4.55	0.567	4.36	0.549	2.760	-0.405 ~ 0.035

註：1. Wilks' Lambda=0.934, F=1.624, P=0.145

2. *代表 P 值<.05

3. 依從動機計分範圍：5 ~ 1

三、高/低共用針頭行為意圖在控制信念與自覺力量上的差異

表4-29結果顯示：此十項控制信念中，除了「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」此項之外，另外九項皆達到統計上顯著性差異。由各項平均值來看，高意圖組比低意圖組更常發生「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」、「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」、「要打藥時，身上沒有錢可以買針」、「拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針」、「要打藥時，發現自己準備的針已經壞了」、「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」、「要打藥時，懶得去買針」與「要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針」等促進共用針頭的狀況；而低意圖組比高意圖組較常發生「要打藥時，身上有自己專用或全新的針」妨礙共用針頭之狀況。

表 4-29 高/低共用針頭行為意圖在控制信念之 Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析 (n=146)

變項名稱	低意圖組 n=113		高意圖組 n=33		F值	95% 同時信賴區間
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
附近沒有藥局	2.81	1.392	3.82	1.211	14.043***	0.474 ~ 1.534*
藥局已經關了	2.81	1.388	3.64	1.388	9.159**	0.288 ~ 1.374*
身上沒有錢	1.90	1.253	3.09	1.466	21.226***	0.678 ~ 1.698*
很啼等不及	2.34	1.272	3.58	1.347	23.614***	0.735 ~ 1.744*
找到事先藏的針	2.74	1.563	3.27	1.464	3.013	-0.073 ~ 1.132
專用或全新的針	4.71	0.636	4.24	1.173	8.914**	-0.774 ~ -0.157*
準備的針壞了	2.10	1.069	2.79	1.341	9.457**	0.247 ~ 1.134*
受贈沒打完的藥	1.24	0.587	2.27	1.442	37.401***	0.700 ~ 1.368*
懶得去買針	1.64	1.044	2.45	1.460	12.912***	0.368 ~ 1.267*
怕被警察抓	2.61	1.526	3.82	1.446	16.362***	0.617 ~ 1.798*

註：1. Wilks' Lambda=0.710, F=5.521***

2. *代表 P 值<.05, **代表 P 值<.01, ***代表 P 值<.001

3. 控制信念計分範圍：5 ~ 1

由表 4-30 可得知，高/低共用針頭行為意圖組在以下十項狀況中，其自覺力量的得分皆達到統計上顯著差異。其中有七項狀況在兩組得分為一正一負，表示在此七項狀況下，高意圖組認為共用針頭是容易的而低意圖組認為是困難的。而在「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」、「要打藥時，身上有自己專用或全新的針」與「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」三項狀況下，兩組平均值均為負值，表示兩組皆認為在這三種狀況下，要其共用針頭是一件困難的事，但是高意圖組的困難程度顯著較低意圖組來得小。

表 4-30 高/低共用針頭行為意圖在自覺力量之 Wilks' λ 統計分析與同時信賴區間分析 (n=146)

變項名稱	低意圖組 n=113		高意圖組 n=33		F 值	95% 同時信賴區間
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
附近沒有藥局	-1.04	1.145	0.94	1.029	80.107***	1.546 ~ 2.422*
藥局已經關了	-0.73	1.268	0.91	1.042	46.263***	1.166 ~ 2.121*
身上沒有錢	-0.97	1.153	0.82	1.044	64.222***	1.350 ~ 2.234*
很啼等不及	-0.73	1.316	0.94	1.116	44.056***	1.175 ~ 2.172*
找到事先藏的針	-1.55	0.500	-1.27	0.626	6.910*	0.068 ~ 0.483*
專用或全新的針	-1.73	0.444	-1.55	0.506	4.351*	0.010 ~ 0.368*
準備的針壞了	-0.99	1.138	0.76	1.200	58.870***	1.298 ~ 2.199*
受贈沒打完的藥	-1.33	0.891	-0.03	1.334	42.428***	0.904 ~ 1.691*
懶得去買針	-1.30	0.865	0.58	1.275	95.360***	1.497 ~ 2.256*
怕被警察抓	-1.08	1.062	0.94	1.029	93.612***	1.607 ~ 2.432*

註：1. Wilks' $\Lambda = 0.509$, $F = 13.028^{***}$

2. *代表 P 值 < .05, ***代表 P 值 < .001

3. 自覺力量計分範圍：+2 ~ -2

第五節 共用針頭行為意圖與實際共用行為的關係

本節內容主要考驗研究假設四：本研究對象之共用針頭行為意圖與未來一個月內的實際共用行為有顯著正相關。

結果發現：研究對象於一個月後填答有關一個月內實際注射海洛因的分佈情形，有 82.9% (121 位) 的研究對象於一個月內有注射海洛因，17.1% (25 位) 沒有注射；換言之，有 82.9% 已參加美沙冬替代療法的研究者，在一個月內仍有使用海洛因的行為。因共用針頭需發生在注射海洛因的情境下，因此針對 121 位有注射海洛因者作進一步研究分析。

而在 121 位研究對象中，有在第一次問卷施測後的一個月內共用針頭的為 36 位 (佔 29.7%)，其中有 1 位表示有時共用針頭，也就是 10 次用藥行為中，約有 4-6 次共用針頭；而另外 35 位研究對象表示很少共用針頭，亦即 10 次用藥行為中，約有 1-3 次共用針頭。

進一步探討共用針頭行為意圖與一個月內實際共用針頭之相關矩陣，結果顯示： $r=0.874$ ， P 值 $<.001$ ，二者有顯著的正相關存在，表示共用針頭行為意圖越高，其一個月內的實際發生共用針頭行為頻率也越高，符合本研究假設。

第六節 其他發現

整理本研究結果時，發現第一次問卷裡的共用針頭現況與年齡、學歷、有無疾病、是否與他人注射等變項有統計上顯著差異，故將進一步分析資料呈現於此節中。

表 4-31 顯示：年齡與共用針頭現況的卡方檢定結果為 $\text{Chi-Square}=7.329$ ， $P<.05$ ，表示不同年齡層的研究對象，其共用針頭現況有顯著差異。由各細格數來看，40 歲（含）以下與 41-50 歲兩組研究對象其沒有共用針頭比例較高，分別為 69.8%、81.8%；而 51 歲以上的研究對象，其沒有共用針頭（53.6%）與有共用針頭（46.4%）的比例差距較小，可見年齡為 51 歲以上的研究對象，其組內共用針頭的比例較其他年齡層的研究對象高。

表 4-31 年齡與共用針頭現況之卡方檢定 (n=146)

年齡	有共用 (%)	沒有共用 (%)	總計 (%)
40 歲（含）以下	19 (30.2)	44 (69.8)	63 (100)
41-50 歲	10 (18.2)	45 (81.8)	55 (100)
51 歲以上	13 (46.4)	15 (53.6)	28 (100)
總計	42 (28.8)	104 (71.2)	146 (100)

註： $\text{Chi-Square}=7.329$ ， $P<.05$

表 4-32 顯示：學歷與共用針頭現況的卡方檢定結果為 $\text{Chi-Square}=7.393$ ， $P<.01$ ，表示不同學歷的研究對象，其共用針頭現況有顯著差異。由各細格數來看，國中以下的研究對象，有共用者佔 48.4%，沒有共用者佔 51.6%；國中（含）以上的研究對象，23.5%有共用針頭，76.5%沒有共用針頭；由此可見學歷為國中（含）

以上者，其沒有共用針頭的比例較高。Lee (2005) 研究顯示，學歷、教育程度與共用針頭無顯著相關存在，與本研究結果不一致，可能原因為其研究對象為女性藥癮者，因此建議未來可針對此兩項變項（年齡、學歷）以不同性別來探討是否所得結果有差異。

表 4-32 學歷與共用針頭現況之卡方檢定 (n=146)

學歷	有共用 (%)	沒有共用 (%)	總計 (%)
國中以下	15 (48.4)	16 (51.6)	31 (100)
國中 (含) 以上	27 (23.5)	88 (76.5)	67 (100)
總計	42 (28.8)	104 (71.2)	146 (100)

註：Chi-Square=7.393, P<.01

表 4-33 將健康狀況分為兩組，有一種以上傳染性血液疾病（包含：B 型肝炎、C 型肝炎、愛滋病、梅毒等）者為一組，另一組為沒有以上血液疾病者。結果顯示：健康狀況與共用針頭現況的卡方檢定結果為 Chi-Square= 4.241, P<.05，表示不同健康狀況的研究對象，其共用針頭現況有顯著差異。從各細格數來看，有一種以上血液疾病者，有共用針頭為 34 位（佔 34%），沒有共用為 66 位（佔 66%）；皆無以上疾病者，有共用針頭為 8 位（佔 17.4%），沒有共用針頭為 38 位（佔 82.6%）；由此可見研究對象中，有一種以上疾病者，其共用針頭比例較無疾病者高，和健康狀況與行為意圖的統計結果相同，於第五章第一節一併討論。

表 4-33 健康狀況與共用針頭現況之卡方檢定 (n=146)

健康狀況	有共用 (%)	沒有共用 (%)	總計 (%)
有一種以上疾病 ^a	34 (34.0)	66 (66.0)	100 (100)
皆無疾病 ^a	8 (17.4)	38 (82.6)	46 (100)
總計	42 (28.8)	104 (71.2)	146 (100)

Chi-Square=4.241, P<.05

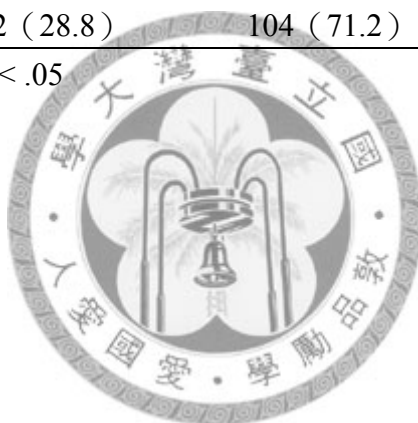
註：a.此疾病包含：B 型肝炎、C 型肝炎、愛滋病、梅毒等

表 4-34 結果顯示：是否與他人聚集注射毒品與共用針頭現況的卡方檢定結果為 $\text{Chi-Square}= 4.711$, $P< .05$, 表示研究對象是否與他人聚集注射毒品，其共用針頭現況會有所顯著差異。從各細格數來看，有聚集注射者，有共用佔 33.3%，沒有共用者 66.7%；無聚集注射者，有共用針頭佔 14.3%，沒有共用針頭佔 85.7%；由此可見，在與他人聚集注射的情境中，其發生共用針頭的比例較無聚集者高，此結果與文獻資料相符合（陳等，2007；張、丁，2006）。

表 4-34 是否與他人聚集注射毒品與共用針頭現況之卡方檢定 (n=146)

聚集注射	有共用 (%)	沒有共用 (%)	總計 (%)
有	37 (33.3)	74 (66.7)	111 (100)
無	5 (14.3)	30 (85.7)	35 (100)
總計	42 (28.8)	104 (71.2)	146 (100)

註： $\text{Chi-Square}= 4.711$, $P< .05$



第五章 討論

本研究為運用計劃行為理論來預測並解釋美沙冬門診男性藥物成癮者共用針頭行為意圖。針對本研究發現，逐一討論「研究對象背景描述」、「共用針頭行為意圖及其影響因素」、「態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間之關係」、「不同程度之共用針頭行為意圖在各信念之差異比較」、「共用針頭行為意圖與實際共用行為的關係」等五大部分。

第一節 研究對象背景描述

一、社會人口學變項部分

本研究對象年齡分佈情形以 31-40 歲佔最多數(佔 38.4%)，Magura 等(1989)研究美國美沙冬替代療法的 110 位靜脈注射者，研究對象年齡分佈以 30-34 歲最多(佔 42%)，國內一項針對全臺灣觀察勒戒所、戒治所、監獄 639 名男性海洛因使用者的研究也發現，研究對象年齡亦以 30-39 歲居多(佔 42.3%)(林、黃，2005)，可見本研究對象的年齡與其他研究對象相類似。而本研究對象的平均年齡為 43.14 歲，許等(2007)調查臺中監獄、雲林及嘉義戒治所之男性靜脈注射藥癮者發現，其平均年齡為 35.1 歲，另一個探討矯治單位(嘉義監獄、嘉義戒治所、嘉義看守所、雲林戒治所及臺南監獄戒治分監)男性毒癮者的研究結果其平均年齡為 33 歲(吳、陳、廖，2004)，而南臺灣高雄地區矯治單位毒癮者的研究也顯示平均年齡為 33.4 歲(陳、柯、許、李、柯，2007)。由以上資料可看出，本研究美沙冬門診個案的平均年齡，較其他研究的藥癮者年長。

婚姻狀態部份，本研究對象以未婚居多，佔 45.2%的比例，此研究結果與國內外的研究皆相同(呂等，1999；林、黃，2005；許等，2007；劉等，2006；Magura et al., 1989)。這可能是使用成癮藥物後，重覆出入戒毒機構，危及個人健康、喪失工作能力，並造成人際關係疏離，心理健康困擾增加，而難以維繫良好的社交

關係有關（李、洪、蕭，1996；許等，2007）。

研究對象教育程度以國中畢業最多（45.9%），與國內學者針對藥癮者所做的研究結果相同（呂等，1999；林、黃，2005；許等，2007）。而本研究對象平均年齡為 43.14 歲，大多數的藥癮者最後學歷為國中階段，而目前臺灣的整體教育水準已向上提升，也在其他研究發現高中職階段已有開始使用海洛因的族群（李等，2005），因此藥癮防治的教育應從國中，甚至國小開始扎根，加強青少年對於毒品危害的認識，遠離毒品造成的深遠傷害。

本研究對象每月收入以二萬至三萬最多（34.9%），但每個月收入在一萬以下的研究對象也佔了 24%，與臺北市社會局公告臺北市 97 年度低收入戶最低生活費標準為 14,152 元相比較（臺北市社會局，2008），可見大部分研究對象之經濟狀況屬於尚可至不佳的階段。

健康狀況部份，依據本研究對象之病歷資料顯示有 57.5% 的研究對象感染 C 型肝炎，其感染率較林、李、陳、吳（2005）針對海洛因住院個案研究之報告 C 型肝炎感染率（資料依據為病歷檢驗結果）77.4% 為低；而依據本研究對象之病歷資料顯示有 21.9% 的研究對象感染愛滋病毒，其感染率較許等（2007）調查 1,206 位監獄、戒治所男性靜脈注射藥癮者研究之報告愛滋病毒感染率（資料依據為檢驗結果）14.84% 為高。另外，本研究對象有 2.1% 感染梅毒，較少有研究針對梅毒做研究調查，而梅毒亦可經血液傳染，也是未來可考慮進一步研究的方向。

二、注射海洛因與共用針頭現況部份

研究對象注射海洛因平均時間以 13-24 小時為最多（佔 20.6%），而美沙冬半衰期為 24-36 小時，平均為 24 小時，海洛因半衰期為 6-8 小時。施測時此門診提供之美沙冬藥物濃度為 5mg/cc，研究對象平均喝 10.13 cc，為 50.65mg。實證資料顯示：較高的美沙冬和丁基原啡因劑量（Buprenorphine，另一種鴉片類替代療法）有較佳的治療效果。低劑量美沙冬（每天 20mg）的效果低於丁基原啡因（每天

2-8mg)，而高劑量美沙冬（>每天 50-65mg）的效果明顯高於丁基原啡因（每天 2-8mg）（Simoens, Matheson, Bond, Inkster & Ludbrook, 2005）。本研究個案平均所服用的美沙冬劑量（50.65mg）較文獻建議的劑量（>每天 50-65mg）稍低，因此個案繼續使用海洛因可能為：當美沙冬半衰期 24 小時後，個案繼續使用海洛因（生理因素），或是個案雖無生理戒斷症狀但仍有心癮存在（心理因素）（黃，2007），或是個案因仍身處於用毒的環境，無法拒絕同儕壓力（環境因素），或是研究者在美沙冬門診常看到個案主動要求降低美沙冬劑量，希望自己能減少美沙冬的依賴，但卻常高估自己的意志力，仍重複使用海洛因解癮，存有矛盾的情緒。然而美沙冬門診個案仍繼續規律使用海洛因的原因，仍需進一步研究探討。

其他個案表示已無規律使用海洛因，詢問個案距上次使用海洛因間隔之時間，結果顯示：以二個月最多者（9.6%）；其次為三個月（4.1%）、四個月（4.1%）與六個月（4.1%）；另外，五個月有 2 位（佔 1.4%），七個月為 1 位（佔 0.7%），十二個月有 1 位（佔 0.7%）。根據精神疾病診斷準則手冊 DSM-IV-TR（孔，2007）將物質依賴分為不同的病程，其中早期部分緩解（Early Partial Remission）為若在至少一個月但少於十二個月的期間，仍符合一或多項依賴或物質濫用的準則（但不再符合物質依賴的完全準則），則可使用本特性說明。另外，若在十二個月或更長的期間已不再符合物質依賴的完全準則，但仍符合一或多項物質依賴或物質濫用的準則，稱為「穩固的部份緩解（Sustained Partial Remission）」。本研究對象符合早期部分緩解病程的佔 24%，符合穩固的部份緩解病程的為 1 位（佔 0.7%）。

測量研究對象最近 10 次用藥中，其共用針頭行為的頻率，結果有 71.2% 的研究對象表示完全沒有共用針頭，也就是有 28.8% 的研究對象或多或少有與他人共用針頭。Lee（2005）研究臺灣女子監獄的海洛因靜脈注射者，在 398 位研究對象中，有 75.1% 曾共用針頭，54.8% 曾於入監前一個月內共用針頭；呂等（1999）調查受保護管束的靜脈注射毒癮者之用藥行為發現，49.7% 有共用針頭；許等（2007）

的研究也顯示有 44% 的海洛因靜脈注射者曾與他人共用針頭；另外有研究甚至指出高達 90% 的受試者於注射藥物與他人共用針頭（陳等，2007），與以上文獻相比較可得知，本研究對象的共用針頭現況比例，低於國內針對矯治單位之研究結果。在 1960 至 1970 年中，各種對於美沙冬藥物維持療法的研究一致結論：經長期觀察所有進入美沙冬藥物維持療法的藥癮個案發現，成效為減少注射毒品、減少共用注射器、非法毒品使用、使用毒品過量及危險性行為（施，2006）；在澳洲，減害計畫的執行也使得近十年間共用針頭的比例明顯下降，參與美沙冬門診的個案有較少的注射頻率、較少的共用頻率、較少的共用夥伴以及較低的 HIV 盛行率（Loxley, 2000）；澳洲另一個隨機控制試驗研究結果也顯示，美沙冬治療組在治療期間的海洛因使用、針頭共用行為明顯低於控制組（Dolan et al., 2003）。綜合以上文獻資料，與本研究結果相互比較，本美沙冬門診研究對象的共用針頭狀況似乎有較低的趨勢，仍需長期追蹤服用美沙冬是否可減低共用針頭的比例。

本研究對象第一次注射海洛因的年齡平均為 27.65 歲，以 21-30 歲居多（59.6%），吳等（2004）調查各矯治單位發現，開始吸毒的年齡平均為 22 歲，初次使用毒品以安非他命居多；而在另一個研究發現，首次注射海洛因的平均年齡為 25.4 歲（盧、李，2008），許等（2007）的研究也發現第一次注射毒品的年齡以 20-29 歲最多，在呂等（1999）的研究亦發現，173 位保護管束藥癮者中，第一次以靜脈注射方式使用毒品或禁藥之年齡介於 15 歲至 45 歲之間，平均年齡為 27 歲，分佈最多為 25-34 歲（46.3%），可見本研究對象開始注射海洛因的年齡層分佈與其他研究相符合，多在 20-30 歲此年齡層。

探討研究對象是否會在打完毒品後，反抽血液至針筒再打入血管的習慣，結果顯示有 67.1% 的研究對象曾在最近 10 次打藥中反抽。研究者於收集問卷資料過程中訪問研究對象為何要在打完毒品後，反抽血液至針筒再打入，研究對象表示聽同儕間流傳，如此反抽打入的動作，可以幫助藥物更快速到達血液循環系統，讓藥效更好，更容易有快感。當進一步詢問是否真有效果時，大部分的個案表示

沒有很大的差別，但因當初注射時就有此習慣，因此仍持續有此反抽動作。陳等（2007）指出，在注射藥物之前必須確認針頭是否插進血管裡，所以通常會有回抽針筒的動作，看見血液回流，確認針頭在血管內，才將藥物注射血管裡，但在文獻裡較少發現有研究探討注射完畢的回抽行為。莊（1995）曾提到藥癮者時常施行針筒反覆抽推（booting）的行為，會使針筒污染的更嚴重，而陳等（2007）也指出，靜脈注射藥癮者準備藥物及注射藥物的過程是決定其是否會感染到 HIV 的重要因素之一，本研究所發現的高比率反抽現象值得重視。

測量研究對象是否常跟別人聚在一起打毒品，以最近 10 次打藥來評估，結果有 24% 完全沒有跟別人聚在一起打毒品，也就是 76% 的研究對象有與別人聚集施打毒品。自從 1970 年代末期 HIV 傳入美洲，靜脈注射藥癮者聚集在注射處（shooting galleries）進行買賣、準備以及注射藥物，藉由共用污染的注射針具使 HIV 快速地散播開來，而是否住在靜脈注射藥癮者群聚的區域也常被用來有效預測靜脈注射藥癮者感染 HIV 的危險（陳等，2007）。藥友間焦不離孟、孟不離焦的緊密網絡關係，經常一起注射成癮藥物或彼此間有緊密社會連結者，更有可能共同從事危險地注射行為。錯綜複雜的網絡所帶來的另一個危機就是集體感染，當網絡中其中一個人感染到 HIV，整群藥友圈幾乎無一倖免（張、丁，2006）。由以上文獻資料可知，藥癮者聚集施打是有其社會緊密連結的意義，在本研究結果可看出，76% 的研究對象仍習慣與他人聚集使用毒品，有聚集施打的环境就有可能共用針頭。因此若善用藥癮者本身存在的團體，訓練同儕志工在團體中發揮影響力（張、丁，2006），將藥癮者視為「社區」，利用社區裡的內部力量，發展不共用針頭共識，減少在團體中共用針頭的行為，以達到預防疾病的目的。

研究對象進入美沙冬替代療法之服藥月數，平均為 5.16 個月，大部分服用 6 個月以下。

第二節 共用針頭行為意圖及其影響因素

一、共用針頭行為意圖與態度、主觀規範與自覺行為控制之關係

本研究結果顯示：主觀規範與自覺行為控制分別與共用針頭行為意圖之間有顯著相關，其中以自覺行為控制相關性最高 ($r=0.869$, $P<.001$)，其次為主觀規範 ($r=0.265$, P 值 $<.01$)，兩者皆與共用針頭行為意圖有顯著正相關存在。進一步將三大變項放入迴歸方程式以預測共用針頭行為意圖，結果發現此三大變項總共可以解釋共用針頭行為意圖 75.3% 的變異量，並達到統計上顯著差異 (P 值 $<.001$)。三大變項中達到顯著性差異的是自覺行為控制 (P 值 $<.001$)，此解釋自覺行為控制為最主要的預測變項。

在一份分析 56 個研究 (有 58 個行為) 運用計劃行為理論來預測行為意圖的研究結果，其中與成癮行為相關的有 11 篇 (包含：吸菸、戒菸、酒精、藥物等)，以態度的平均解釋變異量最高 ($R^2=0.38$)，自覺行為控制次之 ($R^2=0.34$)，主觀規範的影響最小 ($R^2=0.21$) (Godin & Kok, 1996)；在另一個研究也顯示影響學生族群使用非法藥物意圖，態度與自覺行為控制比主觀規範有較高的影響力 (McMillan & Conner, 2003^a)。但是，也有一些成癮行為研究有不同的結果，如：McMillan 和 Conner (2003^b) 運用計劃行為理論探討吸菸行為意圖並追蹤六個月後的實際行為，結果顯示計劃行為理論能提供良好的行為預測，可解釋 42.3% 的變異量 ($R^2=0.423$)，行為意圖和自覺行為控制為實際行為的主要預測因子；而另一項戒菸行為意圖的研究也發現，計劃行為理論預測意圖比理性行動理論佳，其自覺行為控制的預測力是最顯著的 ($R^2=0.257$)，可能因為當行為是非意志控制時，自覺行為控制扮演重要的角色 (HU & Lanese, 1998)。Armitage 和 Conner (2001) 統合分析計劃行為理論的效力，檢視從 1997 年至今所發表的 185 篇健康行為研究，結果發現計劃行為理論可以解釋行為意圖和實際行為 27-39% 的變異量，其中自覺行為控制可解釋最明顯的差異量 ($R^2=0.290$)，主觀規範則為較弱的預測因子，此些文獻與本研究結果：自覺行為控制為共用針頭行為意圖最主要的預測因

子之發現相符合。

本研究應用的計劃行為理論為延伸理性行動理論，考量人們的行為並非皆受意志所控制，而是否執行某些行為有時取決於非動機因素，例如：有效的必需機會或資源（例：時間、金錢、技能、需要他人合作），因此加入「自覺行為控制」的變項來預測行為（Ajzen, 1991）。相關針對藥癮者族群所做的研究指出：藥癮者有許多負向內在自我語言，以非理性思考應對生活的挫折及困境，也就是說藥癮者面對藥物時常具有許多非理性想法或負向自我對話（江、許、葉，2004），常有自信心與自控力不足的問題，並欠缺以理性方式解決問題的能力，進而影響家庭、社會、醫療等資源的應用（李、洪、蕭，1996），且藥癮者常出現強迫性的使用（compulsive use）藥物，甚至失去對藥物使用的控制（Loss of Control），無法控制自己使用的方式及用量（施，2006）。由本研究結果得知，探討男性靜脈注射藥癮者的共用針頭行為較適合使用計劃行為理論。

關於各子信念交乘積和對共用針頭行為意圖之影響，研究結果為規範信念與依從動機之交乘積和、控制信念與自覺力量之交乘積和與共用針頭行為意圖有顯著相關存在，其中以控制信念與自覺力量之交乘積和相關性最強（ $r=0.709$ ， P 值 $<.001$ ），其次為規範信念與依從動機之交乘積和（ $r=0.342$ ， P 值 $<.001$ ），兩項 r 值皆為正值，表示變項間有顯著正相關。將各子信念交乘積和放入迴歸方程式來預測共用針頭行為意圖，此三個變項總共可以解釋共用針頭行為意圖 51.2% 的變異量，其中以控制信念與自覺力量之交乘積和為最主要的預測因子，與直接測量（態度、主觀規範、自覺行為控制）放入迴歸方程式的結果相同。

由此研究結果可知，針對共用針頭行為意圖的防治策略首要著重於自覺行為控制的介入，減少促進共用針頭的狀況發生，並需提昇藥癮者的自我肯定與資源應用，增強其自控力，建立自信心，以降低研究對象共用針頭的行為意圖。

二、共用針頭行為意圖與外在變項之關係

計劃行為理論假設模式外變項（例如：人口學特性或個人特質）與行為沒有直接影響，這些模式外變項若與行為有關，則是透過影響行為態度、主觀規範、自覺行為控制對行為意圖的相對重要性以及態度、主觀規範、自覺行為控制的決定因素（行為信念、結果評價、規範信念、依從動機、控制信念、自覺力量），而間接影響執行行為（Ajzen, 1985）。

本研究結果顯示：研究對象的年齡與共用針頭行為意圖有正相關（ $r=0.216$ ， $P<.01$ ），表示年齡越大其共用針頭意圖越強；因此年紀大的藥癮者是共用針頭的高危險群。

而研究對象第一次使用注射方式施打海洛因的年齡與共用針頭意圖呈現負相關（ $r=-0.182$ ， $P<.05$ ），表示第一次注射海洛因年齡越大者，其共用針頭意圖越低，此發現與 Lee（2005）的研究結果一致，其結果顯示第一次使用海洛因的年齡老一歲，其共用針頭的可能性少 7%，防制重點是盡量延後個案採用靜脈注射方式使用海洛因的年齡。

研究對象之共用針頭意圖會因有無愛滋病、有無血液傳染疾病、個人目前共用針頭現況不同而有統計上顯著差異。而有愛滋病者比沒有愛滋病者共用針頭意圖強、有一種以上血液疾病者（包括：B 型肝炎、C 型肝炎、愛滋病、梅毒等）比沒有疾病者強、個人目前有共用者比目前沒共用的行為意圖強。許等（2007）調查 HIV 陽性與 HIV 陰性兩組的共用針頭行為有顯著差異（ $P<.01$ ）；林等（2005）的研究也顯示，共用針頭次數與 C 型肝炎病毒抗體陽性有顯著相關，即每共用一次針頭就增加 1.15 倍感染 C 型肝炎的機會。相關文獻多探討愛滋病感染者過去的共用針頭行為（許等，2007），較少針對已感染愛滋病者的未來共用針頭行為意圖，是否已感染者較不在意使用他人用過的針頭，而此舉仍會有感染其他疾病甚至是其他不同型的愛滋病毒或抗藥性病毒的危險，建議未來可朝此方面設計追蹤型的縱貫性研究。

在婚姻方面與共用針頭行為意圖無顯著差異存在，與文獻結果不符（Lee, 2005；Magura et al., 1989）。研究對象學歷為國小畢業者，其共用針頭意圖比國中、高中職以上者強，此結果與文獻相符合（Lee, 2005）。而研究對象每月收入在二萬以下者，其共用針頭意圖比四萬以上強，可見收入較低者，較傾向共用針頭。研究者是否與他人聚集注射與共用針頭意圖也有統計上顯著差異。

進一步將達到統計顯著差異的 16 項外在變項（包括虛擬變項）與模式內變項一同放入迴歸方程式進行分析，結果可以解釋共用針頭意圖 78.3% 的解釋變異量，比只有模式內變項（態度、主觀規範、自覺行為控制）解釋變異量 75.3% 增加了 3% 之解釋變異量，主要的預測因子為自覺行為控制與共用針頭現況。根據計劃行為理論，在個人擁有完整的行為控制時，過去執行經驗不具有獨立解釋行為意圖的效果，但使用酒精與藥物不適用此說法（Ajzen, 1985）。在莊等（2006）的研究顯示，過去使用保險套的情形可顯著預測未來有性行為時使用保險套的可能性；另在許與余（2006）的研究指出，預測上網意圖，「過去行為」比「自覺行為控制」重要。因此本研究發現共用針頭的現況可以有效預測共用針頭行為意圖之結果，與文獻相符合。

第三節 態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間之關係

一、態度、行為信念、結果評價及其間的關係

大部分（99.5%）的研究對象對於共用針頭持負向的態度，表示共用針頭是有害的、不好的、不衛生的。態度題數因信效度檢測而刪除部分題目，僅保留三題，可能因此造成態度分佈多偏負向，建議未來研究可多添加態度的題數及不同題型（例如：需要/不需要），以增加態度與行為意圖的相關性與預測力。在行為信念方面，100% 的研究對象認為共用針頭得到愛滋病是可能的，99.3% 認為共用針頭會得到 C 型肝炎是可能的，67.1% 認為共用針頭能快速打到藥、馬上解癮是可能的，73.3% 認為共用針頭可以表達信任對方是不可能的，100% 認為共用針頭會得

到傳染病是可能的。在結果評價方面，100%的研究對象認為因共用針頭得到愛滋病是不好的，100%認為得到 C 型肝炎是不好的，56.9%認為快速打到藥是不好的，有 39.7%認為快速打到藥是好的，82.9%認為共用針頭可以表達信任是不好的，100%認為因共用針頭得到傳染病是不好的。

由以上結果可看出，本研究對象對於共用針頭採負向的態度，對於共用針頭會得到愛滋病、C 型肝炎、傳染病皆表示有可能，顯示研究對象有足夠的共用針頭傳染疾病的知識，此結果與文獻相符 (Lee, 2006；吳、陳、廖，2004；張、丁，2006)。然而在共用針頭能快速打到藥、馬上解癮的部分，67.1%表示是有可能的，39.7%認為快速打到藥是好的，可見有部分研究對象認為共用針頭能帶來解癮的好處。而在張與丁 (2006) 的研究也指出，當遇到啼藥的情形發生時，只要有藥就會不假思索的拿來用，針乾不乾淨在這個時候都不是問題，先打再說；Lee (2006) 也發現，即使研究對象的愛滋病知識及易感性均高，仍呈現高比例的共用針頭，顯然知識、態度與行為間仍缺乏連貫性；Gaskin、Brazil 與 Pickering (2000) 的研究也證明，雖然研究對象對於共用的健康危險有所警覺，但仍持續執行高危險的共用行為；本研究亦在本章第二節呈現「態度」與「行為信念、結果評價之交乘積和」皆無法有效預測共用針頭行為意圖，與以上文獻相符合。亦可由以上資料得知，當藥癮發作時需快速打到藥是共用針頭很重要的因素，然而因本研究個案皆為美沙冬門診個案，若個案按時每天至發藥點服藥，維持美沙冬血中濃度，應可減少因渴癮造成的共用針頭行為。有 73.3%的研究對象認為共用針頭能表達信任對方是不可能的，82.9%認為是不好的，由此可見大部分研究對象認為共用針頭不可能傳達對彼此的信任。

有關「態度」與「行為信念、結果評價之交乘積和」之間的關係，其相關係數為 0.175 ($P < .05$)，達到統計上顯著差異，表示態度與行為信念、結果評價之交乘積和呈現正相關，與文獻結果相同 (Armitage & Conner, 2001)。

二、主觀規範、規範信念、依從動機及其間的關係

大部分的研究對象 (98.8%) 之主觀規範為負向，也就是不贊成共用針頭，顯示男性藥癮者認為日常生活中對自己重要、有影響力的人，對於其共用針頭施打毒品，認為是不應該、不支持且不贊成的。在規範信念方面，93.7% 的研究對象表示重要參考對象認為其不應該共用針頭，其中以醫生認為不應該共用針頭的程度最強；而研究對象認為藥頭覺得不應該共用針頭的程度最弱。依從動機方面，95.2% 的研究對象願意依從重要參考對象的意見，其中 100% 的研究對象願意聽從醫生與監獄上課老師對於共用針頭的意見，也有 96.6%-97.3% 願意聽從好朋友、家人、配偶 (男女朋友) 的意見；另外，80.1% 願意聽從藥頭對共用針頭的看法，13.7% 沒意見，6.2% 不願意聽從其意見，此結果可能與規範信念中藥頭的態度最弱有關，也就是研究對象感受到藥頭認為不應該共用針頭的態度最弱，因此依從動機也最低。

醫療人員方面，田 (2006) 研究嚼食檳榔意圖發現，研究對象對醫師的規範信念負向得分最高，與本研究結果相同，可能是受到醫療資訊及教育之影響，從醫護衛生人員得到主要的危害知識訊息。因本研究對象每天皆需至美沙冬門診服藥，與護理人員的接觸相當頻繁，又研究對象對於醫護人員的依從動機很高，故應多利用門診的機會做適當的教育，除了可定期辦理座談會、張貼海報於門診處之外，更需落實個案管理師的功能，提供整體性、個別性的護理也是相當重要的。

有關「主觀規範」與「規範信念、依從動機之交乘積和」之間的關係，其相關係數為 0.563 ($P < .001$)，達到統計上顯著差異，表示主觀規範與規範信念、依從動機之交乘積和呈現正相關，比文獻分析 34 篇規範信念與主觀規範的相關係數 (平均 $r = 0.50$) 要高 (Armitage & Conner, 2001)。

三、自覺行為控制、控制信念、自覺力量及其間的關係

由本研究結果可見，70.6%的研究對象認為不論在任何狀況下，共用針頭施打毒品是一件不容易/很不容易發生的事；86.3%的研究對象認為總體而言，在施打毒品時，可以選擇不共用針頭的狀況是多的/很多；85.0%的研究對象認為總體而言，在施打毒品時，會促使共用針頭的狀況是少的/很少。也就是說，大部分的研究對象認為共用針頭是不容易發生的，而且自己可以選擇不共用針頭的狀況是多的，相反的，會促使共用針頭的狀況是少的。

控制信念方面，發生頻率由多至少排序如下：「要打藥時，身上有自己專用或全新的針」、「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」、「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」、「要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針」、「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」、「拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針」、「要打藥時，發現自己準備的針已經壞了」、「要打藥時，身上沒有錢可以買針」、「要打藥時，懶得去買針」與「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」。在自覺力量部份，平均值皆為負值，表示研究對象認為在這十項狀況之下，其自覺執行共用針頭是困難的。其中，共用針頭困難度從高至低依序為：「要打藥時，身上有自己專用或全新的針」、「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」、「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」、「要打藥時，懶得去買針」、「要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針」、「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」、「要打藥時，發現自己準備的針已經壞了」、「要打藥時，身上沒有錢可以買針」、「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」與「拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針」。

本研究大部分的研究對象自覺共用針頭是不容易發生的事，而十項自覺力量皆呈負值，也就是共用針頭是困難的，兩項的研究結果一致；另外，大部分的研究對象自覺促使共用針頭的狀況是少的，而十項控制信念發生頻率介於很少發生與不一定之間，此兩項結果也是相互符合的。換言之，大部分的研究對象認為共

用針頭是不容易發生的，且共用針頭的狀況是少的，可與 77.4% 研究對象認為自己在未來一個月不可能與他人共用針頭相互呼應。

本研究發現「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」的發生頻率介於有時候與不一定之間，而「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」的發生頻率介於不一定與很少發生之間；而當發生沒有藥局可以買到針或藥局已經關門時，研究對象表示要其共用針頭是介於困難的與不確定之間，位居十項自覺力量中，困難度最低之一。文獻提到藥癮者共用針頭的原因常是找不到藥局，多數發生在藥局不足的地方或是在半夜藥局休息的時候（張、丁，2006；莊，2006），而本研究結果顯示雖然「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」與「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」兩項促進共用針頭之狀況在研究對象身上並不常發生，但若發生藥局已經關了、買不到針的狀況時，要其共用針頭的困難度是最低的。而此可見，取得清潔針具的便利性、能否克服空間與時間的限制等（Islam, 2008），仍是影響研究對象共用針頭的重點。

對於本研究個案來說，擔心警察查緝而不敢去買針的發生頻率為很少發生至不一定之間；而在此狀況下，要個案共用針頭是困難至不確定之間。其他關研究提到：最令藥癮者惶恐的因素為警察查緝，造成藥癮者上藥房買針具的障礙而共用針頭（張、丁，2006；莊，2006；許等，2007），可見警方的執法態度是藥癮者購買針頭的顧慮（莊等，2006），但在本研究發現警察查緝對於共用針頭行為意圖影響較小，與文獻發現不同。

文獻中提到當藥癮者毒癮發作、遇到啼藥時，只要有藥什麼都不管，任何傷害及代價皆不用考慮，對毒品的迫切需要易產生共用針頭行為（吳、陳、廖，2004；張、丁，2006；盧、李，2008），而在本研究中發現：「拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針」發生頻率介於很少發生至不一定之間，也就是在美沙冬門診接受美沙冬替代療法的研究對象發生因為戒斷症狀而共用針頭的頻率是不高的；然而從自覺力量來看，一旦發生此狀況，研究對象發生共用針頭的困難程度是最低的，

是影響共用針頭相當重要的變項。文獻提到無法取得乾淨針具的原因常在於急需用藥，無法有多餘的時間購買針具（張、丁，2006），因此藉由美沙冬替代療法來協助管理藥癮者的戒斷痛苦，對於避免共用針頭應具有部分效果（盧、李，2008）。

研究對象很少發生「要打藥時，身上沒有錢可以買針」的狀況，但在此狀況下共用針頭的困難程度是低的，也就是當研究對象在購買針頭過程遇到阻礙時，共用針頭的困難度會降低，也就是較容易與他人共用針頭。由此可見，清潔注射針具是否免費也會影響共用針頭行為意圖。

另外，「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」是研究對象身邊最少發生的狀況，且若此狀況發生，共用針頭困難度亦是高的。研究對象在訪談中表示：最常見的分享藥物方式為先將毒品分好放入各自的針筒裡，再抽入稀釋液溶解後各自施打，而將藥物放在針筒後，以共用針頭方式分享打藥的行為是很少發生。雖然毒品的誘惑力大，但若沒有其他狀況同時發生（例如：已經很啼了，等不及去買針），針筒裡雖然有藥物，自覺共用的危險性高，研究對象寧願選擇不用。

在阻礙共用針頭的兩項狀況中，其「要打藥時，身上有自己專用或全新的針」是十項控制信念中發生頻率最高的，介於常常發生與有時候之間，而「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」發生頻率較前者低，介於很少發生與不一定之間；兩項的共用針頭困難程度也相當高，介於困難與很困難之間。也就是說，大部分（77.4%）的研究對象表示自己於未來一個月不與他人共用針頭，可能採用阻礙共用針頭的方式為身上有自己專用或全新的針，較少使用將針頭藏起來的方式。

而「自覺行為控制」與「控制信念、自覺力量之交乘積和」之間的關係，其相關係數為 0.796 ($P < .001$)，達到統計上顯著差異，表示自覺行為控制與控制信念、自覺力量的交乘積和呈現正相關，比 Armitage 和 Conner (2001) 文獻分析 18 篇控制信念與自覺行為控制的相關係數（平均 $r = 0.52$ ）要高出許多。

第四節 不同程度之共用針頭行為意圖在各信念之差異比較

一、高/低共用針頭行為意圖在行為信念與結果評價上的差異

在行為信念與結果評價方面，皆呈現「快速打到藥、馬上解癮」與「表達信任對方」兩個變項達到統計上顯著差異，表示高意圖組認為共用針頭能「快速打到藥、馬上解癮」與「表達信任對方」的可能性較低意圖組高，且高意圖組認為其結果對個人而言比低意圖組好。張與丁（2006）深度訪談 18 名矯正機關內的受訪者發現，藥癮者有新的筆也會希望用新的，但是遇到啼藥的情形發生時，只要有藥，藥癮者就會不假思索的拿來用，針乾不乾淨、水乾不乾淨、需不需要消毒都不是問題，先打再說，能快速解癮最重要，與本研究發現符合，也就是高意圖者認為共用針頭能「快速打到藥、馬上解癮」的可能性較低意圖組高，且較低意圖組認為此結果好。雖然在本章第三節得知，所有研究對象中 73.3%認為共用針頭能表達信任對方是不可能的，82.9%認為是不好的，可見大部分研究對象認為共用針頭不可能傳達對彼此的信任；然而將研究對象分為高/低意圖兩組比較時發現：高意圖組認為共用針頭可以表達信任對方的不可能程度顯著較低意圖組低，且認為結果不好的程度亦顯著較低意圖組低。有研究指出：藥癮者廣結藥友為的是在啼藥難耐時找到借藥應急的對象，藥癮者間情感性的支持或許鬆散，但工具性的支持卻超乎想像，這種隱蔽又複雜的關係糾結，營造出共同用藥的危機（張、丁，2006）。

本研究發現高低意圖兩組在「得到愛滋病」、「得到 C 型肝炎」、「得到傳染病」的行為信念與結果評價皆無差異；在社會人口學變項也發現，本研究對象曾經上過愛滋病衛生教育的次數，有 91.1%的研究對象上過 1 次以上的愛滋病衛生教育，頻率以 1-3 次為最多（33.6%）。Lee 等（2006）研究指出，所有的研究對象都在監獄上過衛教課程，且認為此些課程對他們很重要並增加他們對於愛滋病的了解，因此在監獄執行衛教知識宣導為有效的策略。除了監獄的途徑之外，在美沙冬替代療法門診、清潔針具交換點、醫療院所等也可增設更多元、可近的

宣導管道，減少課室的教學，而是使用座談會、團體治療或個案管理的方式，增加與藥癮者對話的機會，內容除了包括預防傳染疾病的策略之外，也需提供鑑別危險情況等實用議題。

二、高/低共用針頭行為意圖在規範信念與依從動機上的差異

規範信念部份，高/低共用針頭行為意圖兩組均自覺重要參考對象認為研究對象不應該與他人共用針頭，其中在「家人」、「藥頭」、「配偶（男女朋友）」三項達到顯著差異，也就是低意圖組感受到「家人」、「藥頭」、「配偶（男女朋友）」對其共用針頭的不贊同程度比高意圖組強烈。在依從動機部份，「家人」與「藥頭」的依從動機有顯著性差異存在，表示高意圖組對於依從「家人」與「藥頭」的看法，其願意程度比低意圖組低。

在家人方面，在吳（2004）的研究雖指出收容人的家庭背景中，雙親皆存在的只佔三分之二，有三分之一的收容人皆成長在單親家庭或沒有父母親的不完整家庭；但在呂等（1999）研究指出，有 14.8% 的研究對象表示戒毒成功的原因為家人的鼓勵，此社會支持可以強化個人調適行為，增進解決問題之能力，使個人產生自我保護，避免受到生理與心理上的傷害與影響，並具有緩衝或減輕生活壓力與挫折之作用。由本研究可見，研究對象感受到家人給予共用針頭的社會壓力較高並願意依從者，其共用針頭意圖較低，因此對於共用針頭的衛教資訊除針對個案本身外，亦可加入家人的部份。另外有研究顯示，若家人也為使用毒品者，其感染 HIV 的危險性是家人未使用毒品者的 0.42 倍，可能是因家人也使用毒品，藥癮者有較大機率是與家人共用針具，而未在外與他人共用，減少群聚效應，使得感染 HIV 的機率降低。

在藥頭方面，藥癮者彼此形成緊密的網絡，經常一起注射成癮藥物或彼此間有緊密的社會連結者，更可能共同從事危險的注射行為，因此應充分運用藥癮者已建構的緊密社會網絡，尤其是提供藥物來源的藥頭，加強共用針頭的知識宣導，

透過藥癮者緊密的網絡關係，達到同儕教育的目標（張、丁，2006），協助防治業務的推動。

在配偶（男女朋友）方面，本研究顯示低意圖組的男性藥癮者自覺配偶（男女朋友）認為其不應該共用針頭的程度較高意圖組高，而在依從動機方面高低意圖兩組沒有顯著差異，也就是都願意聽從配偶（男女朋友）的意見。Go（2006）提到許多越南男性藥癮者擔心感染愛滋病，但不會向主要性伴侶透露自己在施打毒品和有其他婚外性行為，且不會聽從配偶的意見，與本研究發現有不符合的部份，可能與文化差異有關。

三、高/低共用針頭行為意圖在控制信念與自覺力量上的差異

在控制信念部份，十項控制信念中有九項呈現統計上顯著差異。可看出高意圖組發生「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」、「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」、「要打藥時，身上沒有錢可以買針」、「拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針」、「要打藥時，發現自己準備的針已經壞了」、「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」、「要打藥時，懶得去買針」與「要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針」等八項促進共用針頭狀況的頻率比低意圖組高；而低意圖組發生「要打藥時，身上有自己專用或全新的針」的妨礙共用針頭狀況之頻率比高意圖組高，上述九項變項有達到統計上顯著差異。在「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」部分，兩組無統計上顯著差異，也就是高低意圖兩組發生此狀況的頻率並無差異。

在自覺力量部份，十個變項皆達到統計上顯著差異；在「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」、「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」、「要打藥時，身上沒有錢可以買針」、「拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針」、「要打藥時，發現自己準備的針已經壞了」、「要打藥時，懶得去買針」與「要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針」七項的狀況中，高意圖組平均值呈現正值，低意

圖組為負值，可得知高意圖組認為從事共用針頭的容易程度比低意圖組高；而在「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」、「要打藥時，身上有自己專用或全新的針」與「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」三種狀況下，兩組皆為負值，也就是兩組皆認為在此三種情況下共用針頭是一件困難的事，但低意圖組的困難程度較高意圖組高，達到統計上顯著差異。

由本研究結果可見，高意圖組發生「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」、「要打藥時，藥局已經關了，買不到針」、「要打藥時，發現自己準備的針已經壞了」與「要打藥時，懶得去買針」的頻率高於低意圖組，且較低意圖組容易共用針頭，可見因為時間與空間的限制（張、丁，2006），研究對象注射藥物的地方可能較偏遠，時間也不固定，常常施打地點附近沒有藥局，以及時間太晚藥局已打烊，使得研究對象無法在附近取得乾淨的針頭，在針頭壞了或懶得買針時，容易共用針頭。因此建議在藥癮者常施打毒品的地點設針具販賣機，減少時間與空間造成的共用針頭問題。莊等（2006）調查受刑人對針具交換服務站偏好的地點為超商、藥局、廟宇教會、一般診所等，不過靜脈毒癮者一直是超商業者「心中的痛」，超商搶案幾乎都是靜脈毒癮者在藥癮發作時臨時起意犯案的，因此是否願意成為針具交換點還有待溝通與評估。目前在研究者服務的臺北市，已架構針具販賣機的網絡，主要放置地點為公園、公廁、美沙冬發藥點、藥局門口等地方，目前所面臨的問題常是針具販賣機被破壞，偷走販賣機裡的財物，造成管理上的困擾。另因為廣設針具販賣機的措施，使得社區擔心有隨處可見針頭的問題，目前臺北市的針具販賣機嘗試販賣安全空針，並在外盒加註安全空針的使用方法，且廣設針具回收筒，提供針具回收回饋金，以減少污染針具散落在社區的問題。另外，亦可採到府服務的方式，接受社區個案預約，發展外展針具交換、愛滋病篩檢等服務，醫療人員以主動出擊的方式深入藥癮社區，減少藥癮者取得清潔針具的障礙，讓個案能在注射時備有足夠、安全、便利的針具，減少共用針頭的機會。

本研究指出高意圖組發生「要打藥時，身上沒有錢可以買針」的頻率較低意圖組高，且在此狀況下較低意圖組容易共用針頭，Islam 等（2008）調查澳洲使用針具販賣機的研究對象顯示，有 35% 的個案共用理由為需要錢去購買針具，與本研究有相同的發現。

高意圖組發生「拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針」、「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」的頻率較低意圖組高，且較低意圖組容易發生共用針頭的情況，文獻研究也顯示當毒癮發作、遇到啼藥時，只要有藥什麼皆不管，任何傷害及代價皆不用考慮，甚至家破人亡也無所謂（吳、陳、廖，2004；張、丁，2006；盧、李，2008），無法取得乾淨針具的原因常在於急需用藥，無法有多餘的時間購買針具（張、丁，2006），與本研究結果相符合。因此，忍不住共用針頭的重要原因之一是無法得到充足的毒品而發生藥癮難忍的情況。文獻顯示：經長期觀察所有進入美沙冬藥物維持療法的個案發現，美沙冬可減少注射毒品、共用針頭等危險性行為（柯，2005；施，2006），可見美沙冬治療有減低毒癮戒斷症狀及共用針具的效用。

雖然本研究結果顯示高低意圖兩組發生「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」的頻率無統計上差異，但低意圖組在此狀況下共用針頭的困難程度顯著較高意圖組高。在所有個案（不分組）的控制信念描述性統計分析得知，「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」的發生頻率介於很少發生與不一定之間，可能因為發生頻率低，因此在分析高低意圖組在此變項的頻率時，無統計上顯著差異。在本研究訪談之質性資料中也發現，有些研究對象會有將針頭藏在自己常活動的區域之習慣，例如：公廁的天花板上、公廁的水箱裡、地毯下方等地方，減少因為將針頭帶在身上而被警察盤問的風險，也減少共用針頭的機會，增加對環境狀況的控制力。

低意圖組發生身上有自己的針或全新的針之頻率高於高意圖組，且在此狀況下共用針頭的困難程度也高於高意圖組，可見身上隨時有自己的針或全新的針，

增加針頭的可近性，確實能有效減低共用針頭行為意圖。

許多研究提到藥癮者擔心於藥房買針具時受警方跟監、查緝，造成藥癮者購買針具的障礙，進而導致舊針具的重複使用（陳等，2007；張、丁，2007），在本研究結果也發現高意圖組發生「要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針」的頻率高於低意圖組，且共用針頭的容易程度亦高於低意圖組，可見警方的執法態度仍是研究對象的顧慮（莊等，2006）。

第五節 共用針頭行為意圖與實際共用行為的關係

本研究除調查研究對象共用針頭行為意圖外，並於一個月後追蹤其自我報告之實際共用針頭行為。146 位研究個案中，有 121 位於此一個月內有施打海洛因行為，25 位沒有施打海洛因。121 位有施打海洛因之研究對象中，有共用針頭實際行為者為 36 位，佔 29.7%。而共用針頭行為意圖與實際共用針頭之相關分析， $r = 0.874$ ， $P < .001$ ，二者有顯著正相關存在，也就是共用針頭行為意圖越高者，其一個月內實際發生共用針頭的頻率也越高。從最近的統合性分析（meta-analysis）之文獻（Armitage & Conner, 2001）顯示，意圖與行為之間的相關性介於 $r = 0.44 \sim 0.47$ ，本研究結果的相關性高於文獻中的資料，也就是共用針頭意圖與實際行為之間有相當高的相關性，共用針頭意圖可被使用來預測共用針頭實際行為。

將本研究結果模式內變項的統計資料呈現如圖 5-1。

$$R^2 = 0.753^{***}$$

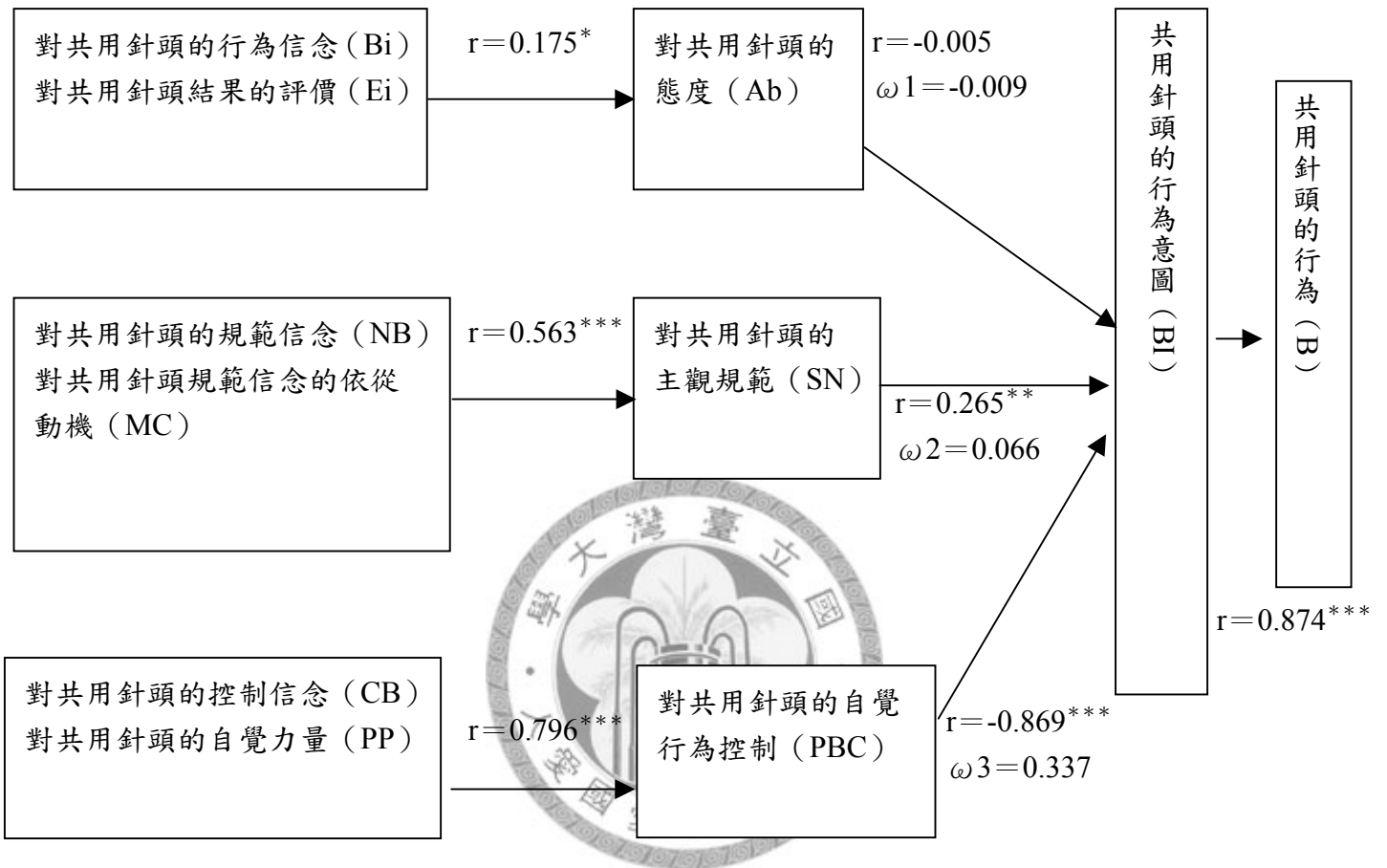


圖 5-1 模式內變項統計資料

第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究主要目的為運用 Ajzen (1985) 的計劃行為理論 (the Theory of Planned Behavior) 來預測並解釋研究對象共用針頭之行為意圖，研究結論如下：

- 一、研究對象認為自己於問卷施測後一個月內，很有可能與有可能共用針頭者為 22.6%，很不可能與不可能共用針頭者為 77.4%。
- 二、研究對象之態度、主觀規範、自覺行為控制三個變項皆與共用針頭行為意圖有相關。態度、主觀規範、自覺行為控制三個變項可解釋研究對象共用針頭意圖 75.3% 的變異量，自覺行為控制為最主要的預測因子。
- 三、最近 10 次用藥行為的共用針頭現況，能在計劃行為模式內變項（態度、主觀規範、自覺行為控制）之外，顯著增加 3% 的共用針頭行為意圖的解釋變異量。
- 四、研究對象共用針頭的態度、主觀規範、自覺行為控制與其構成信念間皆呈顯著正相關，與計劃行為理論相符。
- 五、研究對象各子信念交乘積和中，規範信念與結果評價之交乘積和、控制信念與自覺力量之交乘積和與共用針頭行為意圖有正相關。三項子信念交乘積和可解釋研究對象共用針頭 51.2% 的變異量，主要預測因子為控制信念與自覺力量之交乘積和。
- 六、高/低共用針頭行為意圖在行為信念與結果評價上的差異，高意圖組認為共用針頭能「快速打到藥、馬上解癮」與「表達信任對方」的可能性顯著較低意圖組高，且高意圖組對該行為之結果評價比低意圖組好。
- 七、高/低共用針頭行為意圖在規範信念與依從動機上的差異，兩組均自覺重要參考對象認為研究對象不應該與他人共用針頭，低意圖組感受到「家人」、「藥頭」、「配偶/男女朋友」對其共用針頭的不贊同程度比高意圖組強烈，而低意圖組對於依從「家人」與「藥頭」的願意程度比高意圖組高。
- 八、高/低共用針頭行為意圖在控制信念與自覺力量上的差異，高意圖組顯著比低意圖組更常發生「要打藥時，附近沒有藥局可以買到針」、「要打藥時，藥

局已經關了，買不到針」、「要打藥時，身上沒有錢可以買針」、「拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針」、「要打藥時，發現自己準備的針已經壞了」、「別人把針筒裡還沒打完的藥給您打」、「要打藥時，懶得去買針」與「要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針」等八項促進共用針頭的狀況，且認為在該狀況下發生共用針頭的容易程度也比低意圖組高；低意圖組顯著比高意圖組更常發生「要打藥時，身上有自己專用或全新的針」，低意圖組在該狀況下發生共用針頭的困難程度較高意圖組高；而「要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針」在控制信念兩組無統計上顯著差異，也就是高低意圖兩組發生此狀況的頻率並無差異，但在自覺力量部份，低意圖組在該狀況下發生共用針頭的困難程度較高意圖組高。

九、研究對象共用針頭的行為意圖與實際共用行為之間存在有顯著正相關， r 值為 0.874，可見共用針頭行為意圖對實際行為有相當高的預測力。



第二節 建議

一、臨床實務建議

(一) 持續推廣減害計畫

1. 美沙冬替代療法能有效減少研究對象共用針頭行為意圖與行為現況，讓研究對象能不受戒斷症狀所控制，改善共用針頭的自覺行為控制，因此建議讓更多適合美沙冬替代療法的個案進入醫療體系，減少共用針頭感染疾病的問題。
2. 落實針具交換計畫，除廣設針具販賣機、針具回收筒之外，Islam 等（2008）也提醒廣設針具販賣機也許會造成減少藥癮者接觸衛教人員、醫療人員的機會。因此研究者建議在針具包裡面放置衛教單張與專線電話，提供額外的資源讓藥癮者能在需要的時候找到最合適的管道。
3. 在美沙冬替代療法門診、清潔針具交換點、醫療院所等處可增設更多元、可近的宣導管道，減少課室的教學，而是使用座談會、團體治療或個案管理的方式，增加與藥癮者對話的機會，並以實務操作或示範教學的方式，協助個案提升鑑別危

險情況、溝通技巧、注射技巧等增加自我效能與行為能力的實用議題。

4.採到府服務的方式，接受社區個案預約，發展外展針具交換、愛滋病篩檢等服務，醫療人員以主動、積極深入藥癮社區的方式，讓個案能取得足夠、安全及免費的清潔針具，減少共用針頭的機會。

(二) 強化藥癮者個案管理護理品質

1.提升各美沙冬門診與各縣市毒品危害防制中心對於藥癮者的個案管理品質，提供藥癮者個別性、整體性、即時性的個案管理服務，重點不在於態度的改變，而是著重於改善自覺行為控制。與個案分析每一個注射步驟，矯正錯誤的注射過程（例如：反抽習慣），並討論遇到促進共用針頭的狀況時應該如何因應，強化自我效能與行為能力，增加對環境的控制力。而針對已感染愛滋病者、C型肝炎等傳染性血液疾病者，須加強共用他人針頭的危險風險，例如：感染其他疾病、其他不同型的愛滋病毒或抗藥性病毒。

2.善用醫療專業與每日和個案接觸的時間，除利用門診的機會做適當的教育外，亦可定期辦理座談會、張貼海報於門診處，運用潛移默化的方式改變個案的行為。

(三) 運用藥癮者緊密的社會網絡

善用藥癮者本身存在的團體，訓練同儕志工在團體中發揮影響力，將藥癮者視為「社區」，利用社區裡的內部力量，發展不共用針頭共識，減少在團體中共用針頭的行為，以達到預防疾病的目的。然同儕志工的管理、教育與輔導亦需同步進行與規劃。

二、未來研究建議

(一) 可運用計劃行為理論探討共用稀釋液、共用容器、共用棉花等不同共用行為意圖。

(二) 設計縱貫型、介入型的研究計畫，以發展更有效的防治策略。

第三節 研究限制

本研究量表為針對此美沙冬門診訪談後擬定的，適用本研究對象但無法推論至其他群體。



參考文獻

中文部分：

- 王永衛(2003)·後天免疫缺乏症候群-雞尾酒藥物真相與迷思·於曾珍麗校閱，
愛滋病照護學-理論與實務之應用(pp.41-55)·臺北：大田。
- 田嘉美(2007)·臺東魯凱族成人嚼食檳榔行為意圖之探討·未發表之碩士論文，臺北：國立臺灣大學護理學研究所。
- 行政院衛生署疾病管制局(2007)·藥癮愛滋減害計畫96年執行作業手冊·臺北：行政院衛生署疾病管制局。
- 江薇玲、許麗麗、葉鄉誼(2004)·藥癮個案研究-從非理性的信念看一個初次吸安的個案·輔導季刊，40(1)，63-70。
- 李世凱(2006)·臺灣中部地區藥物成癮者戒毒意向及其相關因素之研究·未發表之碩士論文·臺中：亞洲大學經營管理研究所。
- 李佳琪、朱日僑、陳黛娜、賴環賢、李志恆(2005)·高中職學生對藥物濫用認知調查-以參與反毒大使活動之學校為對象·台灣衛誌，24(3)，224-229。
- 李思賢、趙運植、吳藹薇(2007)·臺灣地區單身且有性經驗軍人使用保險套的意向·台灣衛誌，26(4)，312-323。
- 李選、洪翠妹、蕭琪(1996)·現實治療護理諮商模式於改善海洛因戒治者自我功能與再入院率之成效探討·護理研究，4(1)，79-91。
- 李樹人(2006)·毒品病患愛滋減害計畫本益比·衛生報導，128，20-22。
- 呂昌明(1995)·大學生捐血行為的研究~計劃行為理論的應用·衛生教育論文集刊，8，1-19。
- 呂淑妤、蔡尚達、吳齊殷、蔡奇楠、曹光文、林秀琴(1999)·臺北縣靜脈注射毒癮者用藥行為及心理衛生狀況初探·中華心理衛生學刊，12(2)，67-85。

- 吳元培、陳媛孃、廖德富（2004）．對矯正單位毒癮者個人家庭背景及心理變化的探討．*Journal of Biomed and Laboratory Science*，16（3），86-90。
- 吳明隆、涂金堂（2005）．*SPSS 與統計應用分析*．臺北：五南。
- 宋鴻樟、陳秋瑩（2005）．正視物質濫用．*台灣衛誌*，24（3），192-196。
- 邱佩俞（2007）．運用結構性介入以強化鴉片類藥物成癮替代療法．*中央警察大學警學叢刊*，37（6），69-98。
- 林式毅（2004）．*海洛英的健康影響：第四期文獻回顧研析計劃報告書*．臺北：國家衛生研究院論壇健康促進與疾病預防委員會。
- 林秀琴（1998）．*靜脈注射毒癮者對於愛滋病快速唾液檢驗法接受度之研究*．未發表之碩士論文．臺北：臺北醫學院公共衛生學研究所。
- 林清山（1990）．*多變項分析統計法*．臺北：東華。
- 林瑞欽、黃秀瑄（2005）．海洛因成癮者濫用藥物信念與用藥渴求信念初探．*犯罪學期刊*，7（2），29-66。
- 林滄耀、李世凱、陳瑾樺、吳聖良（2005）．某療養院海洛因依賴住院病患 C 型肝炎盛行率及其相關因素研究．*醫保研究雜誌*，1（1），21-30。
- 柯乃榮、李欣純、李南瑤、陳政惠、柯文謙（2005）．減害措施（Harm Reduction）-注射藥物使用者之愛滋防治措施．*愛之關懷季刊*，50，47-54。
- 洪健清、張上淳（2006）．*愛滋病學*．臺北：健康文化。
- 施鐘卿（2006）．面對靜脈藥癮者，如何減少傷害-談「減害」．*台大護理*，4（1），93-99。
- 涂醒哲（1995）．*全球愛滋攻防手冊*．臺北：性林。
- 陳光輝、林志強、譚立中（2007）．海洛因成癮者之美沙酮替代療法．*台灣醫學*，11（3），315-319。
- 陳政惠（2005）．*台南監所男性靜脈注射藥癮者感染愛滋病毒之危險因素探討*．未發表之碩士論文，台南：國立成功大學公共衛生研究所。

- 陳政惠、柯乃瑩、許甘霖、李欣純、柯文謙 (2007) · 靜脈注射藥癮者感染 HIV 之流行病學 · 感染控制雜誌, 17 (4) , 237-243 。
- 莊小玲、郭青萍、劉恩琪、葉昭幸 (2006) · 以理性行為論探討影響愛滋病毒感染高危險群保險套使用的相關因素 · 台灣醫學, 10 (1) , 10-19 。
- 莊弘毅、劉碧隆、余秀娟、鄭金朋、王美綺 (2006) · 高雄縣政府衛生局「清潔針具交換計畫」受刑人需求及意願調查 · 疫情報導, 22 (8) , 546-555 。
- 莊哲彥 (1995) · 愛滋病的認識與預防 · 臺北: 正中 。
- 莊哲彥 (1998) · 愛滋病新知 · 臺北: 臺灣醫學會 。
- 莊淑棻、吳守謙、蔡文瑛、李志恒、劉瑞厚、柳如宗、李天濬、楊易達、孫曼蘋 (2005) · 臺灣地區查獲之 MDMA 和 Ketamine 毒品分析 · 台灣衛誌, 24 (3) , 264-273 。
- 許義忠、余泰魁 (2006) · 東部某大學學生上網咖意圖模式之建構 · 國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系教育心理學報, 37 (3) , 257-274 。
- 許淑雲、王俊毅、江大雄、楊欣田、廖宏恩、林玠民、高昆裕 (2007) · 靜脈注射藥癮者感染愛滋病毒之危險行為探討 · 疫情報導, 23 (10) , 549-560 。
- 張嫚純、丁志音 (2006) · 成癮藥物使用情境脈絡與 HIV 感染關聯之初探 · 台灣衛誌, 25 (6) , 462-473 。
- 程冠豪 (2004) · 成年海洛因濫用者衝動性、用藥信念、用藥渴求與復發意向關係之研究 · 未發表之碩士論文, 嘉義: 國立中正大學犯罪防治研究所 。
- 黃育慧 (2005) · 台灣注射毒癮者感染 HIV-1 之分子流行病學研究 · 未發表之碩士論文, 臺北: 國立陽明大學公共衛生研究所 。
- 黃淳鈺 (2007) · 男性海洛因成癮者生命歷程之研究 · 未發表之碩士論文, 臺北: 國立臺北大學犯罪學研究所 。
- 黃樹樺、黃高彬 (1998) · 周邊靜脈注射感染之預防與護理 · 院內感染控制雜誌, 8 (5) , 675-678 。

- 劉淑芬、李品珠、呂孟穎、蔡文瑛、李志恆 (2006) 。大臺北地區成癮物質使用調查。 *台灣衛誌* , 25 (4) , 274-282 。
- 蔡淑芬 (1998) 。靜脈注射常見的問題與處理。 *護理新象* , 8 (4) , 40-45 。
- 簡俊生 (2007) 。 *藥物濫用防制宣導教材* 。臺北：行政院衛生署管制藥品管理局。
- 盧幸馥 (2000) 。 *由 PRECEDE 模式探討女性藥癮患者的愛滋病篩檢行為* 。未發表之碩士論文，臺北：臺北醫學院醫學研究所。
- 盧幸馥、李思賢 (2008) 。女性海洛因使用者共用注射針具和稀釋液行為與愛滋感染之初探。 *台灣衛誌* , 27 (2) , 158-169 。
- American Psychiatric Association (2007) 。 *DSM-IV-TR 精神疾病診斷準則手冊 (四版)* (孔繁鐘譯) 。臺北：合記。(原著出版於 2007)
- Denning, P., Little, J. & Glickman, A. (2004) 。 *挑戰成癮觀點：減害治療模式* (謝菊英、蔡春美、管少彬譯) 。臺北：張老師文化。
- World Health Organization (1996) 。 *精神與行為障礙之分類-臨床描述與診斷指引* (胡海國、林信男譯) 。臺北：中華民國精神醫學會。

網路資料：

1. United Nations Office on Drugs and Crime. (n.d.) *drug abuse & demand reduction*. Retrieved June 3, 2007a, from http://www.unodc.org/unodc/en/drug_demand_reduction.html
2. United Nations Office on Drugs and Crime. (n.d.) *World Drug Report*. Retrieved June 3, 2007b, from http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html
3. United Nations Office on Drugs and Crime. (n.d.) *extent of HIV/AIDS and intravenous drug use across the globe*. Retrieved June 3, 2007c, from http://www.unodc.org/unodc/en/drug_demand_hiv_aids_extend.html
4. 內政部統計資訊服務網 (2007.1.18) 。 *內政統計週報* 。檢索 8 月 20 日，2007，自 <http://www.moi.gov.tw/stat/>

5. 疾病管制局全球資訊網 (2007.8.8) · 愛滋病統計資料 · 檢索 8 月 20 日, 2007, 自 http://www.cdc.gov.tw/index_info_info.asp?data_id=1446/
6. 法務部全球資料網 (每月更新) · 法務統計指標 · 檢索 7 月 30 日, 2007, 自 <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=29314&CtNode=11608&mp=001>
7. Icek Ajzen.(2006).*Theory of planned behavior: Constructing a TPB questionnaire*. Retrieved September 3, 2007, from <http://people.umass.edu/ajzen/tpb.diag.html#null-link>
8. 行政院法務部 (2006, 8 月 1 日) · 法務統計月報 · 檢索 8 月 15 日, 2006, 自 <http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=35670&CtNode=11608>
9. 臺北市政府社會局 (2008, 1 月 10 日) · 低收入戶服務 · 檢索 7 月 15 日, 2008, 自 http://www.bosa.taipei.gov.tw/I/I0300.asp?l1_code=06&l2_code=01&fix_code=0601003&group_type=1

英文部分：

- Armitage, C. J. & Conner M. (2001) .Efficacy of the theory of planned behaviour : A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*,40,471-499.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: New York Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitude and predicting social behavior*. New Jersey Prentice-Hall.
- Belenko, S., Langley, S., Crimmins, S., & Chaple, M. (2004). HIV risk behaviors, knowledge, and prevention education among offenders under community supervision: a hidden risk group. *AIDS Education and Prevention*, 16(4), 367-85.
- Braine N., Des Jarlais D.C., Goldblatt C., Zadoretzky C.,& Turner C.(2005). HIV risk behavior among amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs. *AIDS Education and Prevention*,17(6),515-524.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique,*

and Utilization. (5th ed.). St. Louis, MI: Elsevier Saunders.

- Chang, C. J., Lin, C. H., Lee, C. T., Chang, S. J., Ko, Y. C., & Liu, H. W. (1999). Hepatitis C virus infection among short-term intravenous drug users in southern Taiwan. *European Journal of Epidemiology*, *15*(7), 597-601.
- Chen, C. C., Kuo, C. J., & Tsai, S. Y. (2001). Causes of death of patients with substance dependence: a record-linkage study in a psychiatric hospital in Taiwan. *Addiction*, *96*(5), 729-736.
- Cohen, J.(2004).Changing Course to break the HIV-Heroin connection. *Science*,*304*(5676), 1434-1435.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M., Mattick, R.P., Hall, W. & Wodak, A.D.(2003).A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence*,*72*, 59-65.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Freeman, R. C., Rodriguez, G. M., & French, J. F. (1994). A Comparison of Male and Female Intravenous Drug Users' Risk Behaviors for HIV Infection. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, *20*, 129-157.
- Gaskin, S., Brazil, C., Pickering, D. (2000) . The sharing of injecting paraphernalia by intravenous drug users (IDUs) within a Worcestershire cohort, with specific reference to water and filters. *International Journal of Drug Policy*,*11*,423-435.
- Gerber, J. G., Rhodes, R. J. & Gal, J. (2004) . Stereoselective metabolism of methadone N-demethylation by cytochrome P4502B6 and 2C19. *Chirality*,*16*(1),36-44.
- Go, V.F., Quan, V.M., Voytek, C., Celentano, D. & Nam, L.V. (2006) .Intra-couple communication dynamics of Hiv risk behavior among injecting drug user and their sexual partners in northern Vietnam. *Drug and Alcohol Dependence*,*84*,69-76.

- Godin, G. & Kok, G. (1996) The theory of planned behavior : a review of its applications to health-related behavior. *American Journal of Health Promotion*, 11 (2) , 87-98.
- Hilton, B.A., Thompson, R., Moore-Dempsey, L. & Janzen, R.G.J.(2001).Harm reduction theories and strategies for control of human immunodeficiency virus:a review of the literature. *Journal Advanced Nursing*, 33 (3) ,357-70.
- Hu, S-C & Lanese R. R. (1998) .The applicability of the theory of planned behavior to the intention to quit smoking across workplaces in southern Taiwan. *Addictive Behaviors*, 23 (2) ,225-237.
- Islam, M.M., Stern, T., Conigrave, K.M. & Wodak, A. (2008) .Client satisfaction and risk behaviours of the users of syringe dispensing machines: a pilot study. *Drug & Alcohol Review*, 27 (1) ,13-19.
- Jonsen, A. R.(1990).The duty to treat patients with AIDS and HIV infection. In Gostin LO ed. *AIDS and the Health Care System*.(pp.155-168).New Haven:Yale University Press.
- Joseph, H. & Stancliff, S. & Langrod, J.(2000) .Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues. *The Mount Sinai journal of medicine*, 67(5-6),347-364.
- Kwiatkowski, C. F., & Booth, R. E. (2003). HIV risk behaviors among older American drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* , 33(Suppl 2), S131- S137.
- Lee, T. S.-H. (2005). prevalence and related factors of needle-sharing behavior among female prisoners. *Journal of Medical Sciences*, 25(1), 27-31.
- Lee, T. S.-H. (2006). sexual violence victimization and condom use in relation to exchange of sexual services by female methamphetamine prisoners: an exploratory study of HIV prevention. *Taiwan Journal of Public Health*, 25(3), 214-222.
- Lee, T. S., Fu, L. A., Fleming, P., Lee, T. S.-H., Fu, L.-A., & Fleming, P. (2006). Using

- focus groups to investigate the educational needs of female injecting heroin users in Taiwan in relation to HIV/AIDS prevention. *Health Education Research*, 21(1), 55-65.
- Levy, J. A.(1998). AIDS and injecting drug use in later life. *Research on Aging*, 20, 776-797.
- Loxley, W. (2000) . Doing the possible: harm reduction, injecting drug use and blood borne viral infections in Australia. *International Journal of Drug Policy*,11, 407-416.
- Magura, S., Grossman J.I., Lipton D.S., Siddiqi, Q., Shapiro, J., Marion I. & Amann, K. R. (1989) .Determinants of needle sharing among intravenous drug users. *American Journal of Public Health*,79 (4) ,459-462.
- Mark H.D., Nanda J., Davis-Vogel A., Navaline H., Scotti R., Wickrema R., Metzger D., & Sobalski J.(2006).Profiles of self-reported HIV-risk behavior among injection drug users in Methadone maintenance treatment, Detoxification, and needle exchange programs. *Public health nursing*,23(1),11-19.
- Marlatt G.A.(1998).*Harm reduction:Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*.New York: The Guilford Press.
- McMillan, B. & Conner M. (2003^a) .Applying an extended version of the theory of planned behavior to illicit drug use among students. *Journal of Applied Social Psychology*, 33 (8) ,1662-1683.
- McMillan, B. & Conner M.(2003^b) . Using the theory of planned behaviour to understand alcohol and tobacco use in students. *Psychology, Health & Medicine*, 8 (3) ,317-328.
- Metrebian, N., Carnwath, T., & Stimson, G. V.(2002). Survey of doctors prescribing diamorphine(heroin) to opiate-dependent drug user in the United Kingdom. *Addiction*, 97 (9) , 1155-1161.

- Montano, D. E., & Kasprzyk, D. (2002). The Theory of Reasoned Action and The Theory of Planned Behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education* (3rd ed., pp. 67-98). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Patterson, T. L., & Jeste, D. V. (1999). The potential impact of the baby-boom generation on substance abuse among elderly persons. *Psychiatric Services*, 50 (9) , 1184-1188.
- Panda, S., Kumar, M. S., Lokabiraman, S., Jayashree, K., Satagopan, M. C., Solomon, S., Rao, U. A., Rangaiyan, G., Flessenkaemper, S., Grosskurth, H., & Gupte, M. D. (2005). Risk factors for HIV infection in injection drug users and evidence for onward transmission of HIV to their sexual partners in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(1), 9-15.
- Polit, D. & Beck, C. T. (2006) .The content validity index : are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.
- Poshyachinda, V. (1993). Drug injection and HIV infection among the population of drug abusers in Asia. *Bulletin on Narcotics*, 45(1), 77-90.
- Prins, M., Sabin, C. A., Lee, C. A., Devereux, H., & A., C. R. (2000). Pre-AIDS mortality and its association with HIV disease progression in haemophilic men, injecting drug users and homosexual men. *AIDS*, 14 (12) , 1829-1837.
- Quaglio, G., Lugoboni, F., Pajusco, B., Sarti, M., Talamini, G., Lechi, A., Mezzelani, P., & Des Jarlais, D.C. (2003). Factors associated with hepatitis C virus infection in injection and noninjection drug users in Italy. *Clinical Infectious Diseases*, 37(1), 33-40.
- Raine, A., Lencz, T., Bihrl, S., LaCasse, L., & Colletti, P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality

disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 119-127.

Riley D., Sawka E.& Conley P.(1999).Harm reduction: concepts and practice.A policy discussion paper. *Substance Use & Misuse*,34 (1) ,9-24.

Satel, S. L., & Aeschbach, E. (1999). The Swiss heroin trials. Scientifically sound? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17 (4) , 331-335.

Schoeneberger, M., Logan, T., & Leukefeld, C. (2001). Age differences in HIV risk behaviors and drug treatment utilization among drug users in Kentucky. *Substance use & misuse*, 36 (6-7) , 867-925.

Simoens, S., Matheson, C., Bond, C., Inkster, K. & Ludbrook, A.(2005). The effectiveness of community maintenance with methadone or buprenorphine for treating opiate dependence (2005) . *British Journal of General Practice* , 1 , 139-146.

Tun, W., Celentano, D. D., Vlahov, D., & Strathdee, S. A. (2003). Attitudes toward HIV treatments influence unsafe sexual and injection practices among injecting drug users, *AIDS*,17(13),1953-1962.

Wolk, J., Wodak, A., Morlet, A., Guinan, J. J., & Gold, J. (1990). HIV-related risk-taking behaviour, knowledge and serostatus of intravenous drug users in Sydney. *The Medical Journal of Australia*, 152(9), 453-458.

Weiss, F., Ciccocioppo, R., Parsons, L. H., Katner, S., Liu, X., Zorrilla, E. P., et al. (2001). Compulsive drug-seeking behavior and relapse. Neuroadaptation, stress, and conditioning factors. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 937, 1-26.

附錄一 開放式訪談分析

一、資料整理：

將訪談內容真實完整謄寫成逐字稿。對於受訪者以台語敘述的部份，研究者使用台語文字敘述，後方則以括號說明國語之意義。每份逐字稿皆清楚註明訪談日期、訪談對象、訪談地點、訪談人數與訪談內容。訪談內容中以「研」作為研究者之代號，以「A」至「O」的英文字母代號分別代表每位受訪者。以下例舉受訪者 D 之訪談逐字稿的部分內容作為謄寫逐字稿的說明：

研：您好！我是這裡的護士，我們想要了解為什麼有人會共用針頭？就是打毒的人為什麼會共用筆（針）？你可以跟我們講一下嗎？

D：喔！我尬你講（國語：我跟你說喔），現在比較不會這樣了啦，以前會用針喔，是因為去西藥房買針，警察都會在藥房門口等，你去買就把你抓起來。所以說，普通啦（國語：平常啦），一支針頭都可以用很久呀，沒辦法用了才會丟掉呀！現在藥拿回來了，一支針頭而已，沒法度呀（國語：沒辦法呀），兩三個人就不夠用呀！還有針頭不能用了！

研：不能用了？

D：已經壞了呀，你用久就不利了呀！

研：筆（針）會自己處理過嗎？

D：沒啦（國語：沒有啦），沒在洗也沒在煮啦！（國語：沒有洗也沒煮）有洗就是拿清水抽一抽，沒在煮啦，要怎麼煮！所以就是這樣。

研：你自己共用的狀況是這樣。

D：嘿…（國語：對…）

研：去買針會不會很難買？

D：現在不會了啦！現在大部分都有在賣比較多啦，以前是只有特定的西藥房才有在賣。有特定的西藥房在賣，警察就知道啦，憲調組的也好啦，警察

也好啦，就知道這家有在賣針頭，他都在外面埋伏，你去買就把你抓起來，有針頭，就把你抓去驗尿，就中了呀，所以就不敢去買，一直用那幾支針。

研：還有沒有什麼樣的原因？

D：還有就是沒有錢也有啦！

研：針賣很貴嗎？

D：不會呀，十塊呀！你不要說十塊，一塊錢沒有就是沒有呀，吃藥的人就是這樣，錢要省去買藥呀，所以沒有錢也是一個原因啦！

研：也是一個原因！

D：嗯，還有一個原因就是方便，譬如說我有，我有一支，是不是，我們兩個去拿藥拿回來了，我有一支針頭而已，你沒有，打這種東西的人，藥拿回來就很急…

研：很急？

D：很急就是馬上打最好了啦，是不是，就是因為這種原因，一支而已，打一打就好，就這一支打一打就好了。這一次，我們兩個打一打，下一次，如果我和別人，可能也是這一支，打一打，就這樣。就是在家裡或是外面，今天我們兩個共用針頭，這支針頭是我的，我和你去買藥，我們共用這一支，用完了，我留起來，下一次，我和另外一個人去買藥回來，來我這邊打，我只有一支針，還是用這一支，除非說這個人他有帶針，還是說他比較有潔癖，比較有一種預防的觀念，他會自己去買，要不然的話，不會說很重視的人喔，他就會用這一支。

研：大哥，你剛剛有講說那個人有觀念喔，那個傳染病的觀念，現在大家知道嗎？

D：對，現在大家大部分都知道，但是呀，知道歸知道，有一個僥倖的心理啦，怎麼會剛好是我呢？不會吧，所以說，打一次而已，應該是沒有關係。還有一種原因是對方不要講。

研：對方不要講是指…？

D：有病不告訴你，這樣的話打下去，是不是沒有講的話，就這樣打下去了。因為這種病呀，你如果不講的話，很少人知道，不會說很多人知道啦，對不對，除非說，現在有比較好，進去看守所，這一些人就是另外關，大家就知道了。以前沒有呀，以前就是有的和沒有的都關在一起，這樣的話人家就不知道了，現在有隔離開來，有的人另外關，這樣就比較會知道說這個人有，以後出去的話就知道了。

二、資料分析：

研究者首先詳細閱讀逐字稿內容，充分了解受訪者所要表達的意義，劃出重要的、顯著的字句。針對所標示出的內容，以扼要、精簡、充分表達又不失原意的原則，將受訪者的顯著信念摘要敘述出來。摘取一段受訪者 C 的訪談逐字稿，經過劃出重要字句與摘要敘述的過程，呈現資料如表 1。

表 1 逐字稿資料分析示例

訪談內容	摘要敘述
<p>研：還有沒有其他的原因，以您個人或您知道的狀況，為什麼會共用？</p> <p>C：<u>我不敢說每個人都會想共用針頭，這個是人人其實想避免的，那真的是在很不得已的狀況下，所謂不得已就是剛剛我講的，你到外面，然後忽然藥癮來了的時候，你找不到針頭，哪邊有針頭你就去拿哪邊的針頭來用。</u></p> <p>研：癮來的時候，你是覺得那個會很不舒服？</p> <p>C：<u>會影響，藥癮來的時候你當然要馬上解癮呀！找不到針頭的話，是不是哪邊有針頭稍微消毒一下，把東西先打下去再講，這一定都是這樣子。</u></p> <p>研：會有哪些不舒服？</p> <p>C：全身性的，上吐下瀉一定跑不掉，然後身體忽冷忽熱，坐不住，流眼淚、鼻涕，那個都會，這些症狀都有。</p> <p>研：症狀會持續很久嗎？</p>	<p>【控制信念】藥癮來了、不得已的狀況下</p> <p>【行為信念】快速解癮</p>

男性藥物成癮者共用針頭行為意圖之問卷調查說明

各位朋友：

您好！這是一份關於「共用針頭」的問卷調查，我們想要了解您個人對於共用針頭的看法。您所有的回答都是保密的，其他人並不會知道您的結果，所有問卷會在資料收集完後收存在保密之處，除研究者外絕不供其他人參考，且於完成統計分析後進行移除或銷毀。您的回答僅供學術研究之用，絕不作其他用途，不會影響您的美沙冬療法也不會有法律責任，請您務必放心。請您仔細閱讀並根據實際狀況詳細填答。非常感謝您參與本研究！

國立臺灣大學護理學研究所
指導老師：張 媚 博士
研究生：袁美珍 敬上

【問卷說明】

在本研究中的問題是使用 5 分量表，兩邊放相反詞，中間均勻分成 5 個等級，請將最符合您的看法之答案勾起來。

例如：如果您被問到對喝酒的看法，量表如下：



①喝酒會讓您得肝癌……

如果您個人認為喝酒「有可能」讓您得到肝癌，則請在「有可能」的□裡面打勾，以此類推。

* 作答時，請您注意以下事宜：

1. 請記得需回答所有問題，不要跳過任何一題。
2. 請盡量不要勾選「不確定」，除非您真的無法決定您的想法。
3. 這裡沒有正確或不正確的答案，我們重視的只有您個人的觀點。
4. 請回答以下每一個問題，並選擇最符合您意見的答案。有些問題可能看起來很相似，但它們仍有些不同的地方，請您仔細回答每一個問題，衷心感謝您的協助！

【請翻下一頁，開始正式填答，非常感謝您！】

第一部份【共用針頭的行為信念】

以下題目是有關共用針頭**可能產生的結果**，您個人對於這些結果的同意程度。請您依照自己的實際想法，選擇出最符合您心中的答案。請記得需回答所有問題，不要跳過任何一題。此部份每一題只能**選擇一個**最符合您想法的答案。

★以下所說的【**共用針頭**】指的是：不論您是用打血管或打皮膚的方式施打毒品時，使用他人用過的針頭（使用不乾淨的針頭）。

- | | 很 | 有 | 不 | 不 | 很 |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 可 | 可 | 確 | 可 | 可 |
| | 能 | 能 | 定 | 能 | 能 |
| 1. 共用針頭會增加您得到愛滋病的機會..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 共用針頭會增加您得到C型肝炎的機會..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 共用針頭能讓您快速打到藥，馬上解癮..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 共用針頭可以讓您表達信任對方..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 共用針頭會增加您得到傳染病的機會..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

第二部份【共用針頭的結果評價】

以下題目是有關於您對共用針頭**可能產生的結果之評價**。請您依照自己的實際想法，選擇出最符合您心中的答案。請記得需回答所有問題，不要跳過任何一題。此部份每一題只能**選擇一個**最符合您想法的答案。

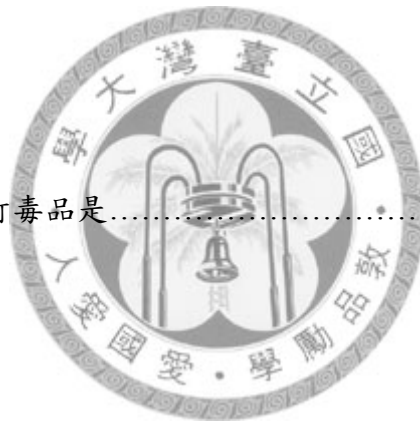
- | | 很 | 沒 | 不 | 不 | 很 |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 好 | 好 | 意 | 好 | 好 |
| | 的 | 的 | 見 | 的 | 的 |
| 1. 因共用針頭而增加您得到愛滋病的機會，對您而言是..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 因共用針頭而增加您得到C型肝炎的機會，對您而言是..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 因共用針頭而讓您快速打到藥，馬上解癮，對您而言是..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 因共用針頭而讓您表達信任對方，對您而言是..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 因共用針頭而增加您得到傳染病的機會，對您而言是..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【請翻下一頁，繼續作答】

第三部份【共用針頭的態度】

以下題目是有關共用針頭的**態度**，請您依照自己的實際想法，選擇出最符合您心中的答案。請記得需回答所有問題，不要跳過任何一題。此部份每一題只能**選擇一個**最符合您想法的答案。

1.對您而言，**共用針頭**施打毒品是.....
 很 有 沒 有 很
 害 害 意 益 有
 的 的 見 的 的



2.對您而言，**共用針頭**施打毒品是.....
 很 沒 不 很
 好 好 意 好 不
 的 的 見 的 好

3.對您而言，**共用針頭**施打毒品是.....
 很 不 不 很
 衛 衛 沒 衛 衛
 生 生 意 生 生
 的 的 見 的 的

【請翻下一頁，繼續作答】

第四部份【共用針頭的主觀規範】

以下題目是有關共用針頭的**主觀規範**，請您依照自己的實際想法，選擇出最符合您心中的答案。請記得需回答所有問題，不要跳過任何一題。此部份每一題只能**選擇一個**最符合您想法的答案。

1. 在日常生活中對您很重要的人，對於您**共用針頭**施打毒品，認為是.....
- | | |
|--|-----------|
| | 很 |
| | 很 不 不 不 |
| | 應 應 確 應 應 |
| | 該 該 定 該 該 |
| | □ □ □ □ □ |



2. 在日常生活中對您很重要的人，對於您**共用針頭**施打毒品，認為是.....
- | | |
|--|-----------|
| | 很 |
| | 很 不 不 不 |
| | 支 支 確 支 支 |
| | 持 持 定 持 持 |
| | □ □ □ □ □ |

3. 在您周遭對您有影響力的人，對於您**共用針頭**施打毒品是.....
- | | |
|--|-----------|
| | 很 |
| | 很 不 不 不 |
| | 贊 贊 確 贊 贊 |
| | 成 成 定 成 成 |
| | □ □ □ □ □ |

【請翻下一頁，繼續作答】

第五部份【共用針頭的規範信念與依從動機】

以下題目是您內心覺得在日常生活中對您很重要的人，他或他們認為您**是否應該共用針頭**，而您順從他或他們的**意願**為何。請您依照自己的實際想法，選擇出最符合您心中的答案。請記得需回答所有問題，不要跳過任何一題。此部份每一題有兩個項目，請各**選擇一個**最符合您想法的答案。

1. 您的**好朋友**認為您應不應該與他人**共用針頭**?

	很				
	很	不	不	不	不
	應	應	確	應	應
	該	該	定	該	該
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

那您**願意聽從**他們的意見如此做嗎?

	很	沒	不	不	不
	願	願	意	願	願
	意	意	見	意	意
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2. 您的**家人**認為您應不應該與他人**共用針頭**?

	很	不	不	不	不
	應	應	確	應	應
	該	該	定	該	該
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

那您**願意聽從**他們的意見如此做嗎?

	很	沒	不	不	不
	願	願	意	願	願
	意	意	見	意	意
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 您的**藥頭**認為您應不應該與他人**共用針頭**?

	很	不	不	不	不
	應	應	確	應	應
	該	該	定	該	該
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【請翻下一頁，繼續作答】

那您願意聽從他們的意見如此做嗎？.....

很
很 沒 不 不
願 願 意 願 願
意 意 見 意 意

4.您的醫生認為您應不應該與他人共用針頭？.....

很
很 不 不 不
應 應 確 應 應
該 該 定 該 該

那您願意聽從他們的意見如此做嗎？.....

很
很 沒 不 不
願 願 意 願 願
意 意 見 意 意

5.在監獄上課的老師認為您應不應該與他人共用針頭？.....



很
很 不 不 不
應 應 確 應 應
該 該 定 該 該

那您願意聽從他們的意見如此做嗎？.....

很
很 沒 不 不
願 願 意 願 願
意 意 見 意 意

6.您的配偶(男女朋友)認為您應不應該與他人共用針頭？.....

很
很 不 不 不
應 應 確 應 應
該 該 定 該 該

那您願意聽從他們的意見如此做嗎？.....

很
很 沒 不 不
願 願 意 願 願
意 意 見 意 意

【請翻下一頁，繼續作答】

第六部份【共用針頭的控制信念】

以下題目是您認為以下這些情境，**是否經常發生**在您身上。請您依照自己的實際想法，選擇出最符合您心中的答案。請記得需回答所有問題，不要跳過任何一題。此部份每一題只能**選擇一個**最符合您想法的答案。

- | | 常 | 有 | 不 | 少 | 幾 |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 發 | 時 | 一 | 發 | 乎 |
| | 生 | 候 | 定 | 生 | 有 |
| 1. 要打藥時，附近沒有藥局可以買到針..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 要打藥時，藥局已經關了，買不到針..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 要打藥時，身上沒有錢可以買針..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 要打藥時，身上有自己專用或全新的針..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 要打藥時，發現自己準備的針已經壞了..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 別人把針筒裡還沒打完的藥給您打..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 要打藥時，懶得去買針..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【請翻下一頁，繼續作答】

第七部份【共用針頭的自覺力量】

以下題目是您覺得在下列情況下，控制自己共用針頭的**難易程度**。請您依照自己的實際想法，選擇出最符合您心中的答案。請記得需回答所有問題，不要跳過任何一題。此部份每一題只能**選擇一個**最符合您想法的答案。

- | | 很 | 不 | 很 | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 容 | 容 | 確 | 困 |
| | 易 | 易 | 定 | 難 |
| 1. 當您要打藥時，附近沒有藥局可以買到針，要您 共用針頭 是一件..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 當您要打藥時，藥局已經關了，買不到針，要您 共用針頭 是一件..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 當您要打藥時，身上沒有錢可以買針，要您 共用針頭 是一件..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 當您拿到藥時，已經很啼了，等不及去買針，要您 共用針頭 是一件..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 當您要打藥時，可以在附近找到自己事先藏好的針，要您 共用針頭 是一件..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 當您要打藥時，身上有自己專用或全新的針，要您 共用針頭 是一件..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 當您要打藥時，發現自己準備的針已經壞了，要您 共用針頭 是一件..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 當別人把針筒裡還沒打完的藥給您打時，要您 共用針頭 是一件..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 當您要打藥時，懶得去買針，要您 共用針頭 是一件..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 當您要打藥時，因為怕被警察抓，不敢去買針，要您 共用針頭 是一件... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【請翻下一頁，繼續作答】

第八部份【共用針頭的自覺行為控制】

以下題目是您認為控制自己共用針頭的**難易程度**。請您依照自己的實際想法，選擇出最符合您心中的答案。請記得需回答所有問題，不要跳過任何一題。此部份每一題只能**選擇一個**最符合您想法的答案。

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | | | | | 很 |
| | 很 | 不 | 不 | 不 | |
| | 容 | 容 | 確 | 容 | |
| | 易 | 易 | 定 | 易 | |
- 1.對您而言，不論在任何狀況下，**共用針頭**施打毒品是一件... 發生的事。

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | | | | | 不 |
| | 很 | 確 | 很 | | |
| | 多 | 多 | 定 | 少 | 少 |
- 2.總體而言，您在施打毒品時，讓您可以選擇**不共用針頭**的狀況是多或是少？.....

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | | | | | 不 |
| | 很 | 確 | 很 | | |
| | 多 | 多 | 定 | 少 | 少 |
- 3.總體而言，您在施打毒品時，會促使您**共用針頭**的狀況是多或少？.....

第九部份【共用針頭的行為意圖】

以下題目是假設未來一個月內，您會共用針頭的**可能性**。請您依照自己的實際想法，選擇出最符合您心中的答案。請記得需回答所有問題，不要跳過任何一題。此部份每一題只能**選擇一個**最符合您想法的答案。

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|---|
| | | | | | 很 | | 很 |
| | 有 | 有 | 不 | 不 | 不 | | |
| | 可 | 可 | 確 | 可 | 可 | | |
| | 能 | 能 | 定 | 能 | 能 | | |
1. 從今天起到未來一個月內，您**共用針頭**施打毒品的可能性是.....

【請翻下一頁，繼續作答】

第十部分【基本資料】

- 1.年齡：_____（足歲）
- 2.婚姻：①未婚 ②已婚 ③離婚 ④分居 ⑤喪偶 ⑥同居
- 3.學歷：①不識字 ②識字但不曾就學 ③國小 ④國中 ⑤高中（職）
⑥專科 ⑦大學或以上
- 4.個人每月收入：
- ①一萬以下 ②一萬~二萬以下 ③二萬~三萬以下 ④三萬~四萬以下
⑤四萬以上
- 5.健康狀況：您是否有以下疾病（可複選）：
- ①B 型肝炎 ②C 型肝炎 ③愛滋病毒感染 ④梅毒 ⑤都沒有 ⑥不清楚 ⑦其他_____
- 6.您曾上過幾次愛滋病的衛生教育？
- ①1-3 次 ②4-6 次 ③7-9 次 ④10 次以上 ⑤從來沒有上過
- 7.第一次注射毒品時，您當時的年齡：_____歲。
- 8.您從開始用注射打毒品至今，累積約_____年的時間。
- 9.目前您多久打一次毒品？平均約隔_____（單位：_____）
- 10.最近 10 次打藥中有幾次共用針頭？
- ①常常（7-10 次）②有時（4-6 次）③很少（1-3 次）④完全沒有（0 次）
- 11.您是否會在打完毒品後，有反抽血液至針筒再打入血管的習慣？（最近 10 次打藥中有幾次？）
- ①常常（7-10 次）②有時（4-6 次）③很少（1-3 次）④完全沒有（0 次）
- 12.您常跟別人聚在一起打毒品嗎？（最近 10 次打藥中有幾次？）
- ①常常（7-10 次）②有時（4-6 次）③很少（1-3 次）④完全沒有（0 次）
- 13.您今天美沙冬喝_____cc。

【問卷結束了！非常感謝您耐心填寫，麻煩您再次確認是否有遺漏的選項】

衷心感恩您的協助與配合！

.....
【以下由工作人員填寫】

*受訪者進入美沙冬替代療法日期：_____年_____月（已服藥期間：_____）。

男性藥物成癮者共用針頭實際行為之問卷調查

各位朋友：

您好！這是一份關於「共用針頭」的問卷調查，我們想要了解您個人共用針頭的狀況。您所有的回答都是保密的，其他人並不會知道您的結果，所有問卷會在資料收集完後收存在保密之處，除研究者外絕不供其他人參考，且於完成統計分析後進行移除或銷毀。您的回答僅供學術研究之用，絕不作其他用途，不會影響您的美沙冬療法也不會有法律責任，請您務必放心。請您仔細閱讀並根據實際狀況詳細填答。非常感謝您參與此研究！

國立臺灣大學護理學研究所
指導老師：張 媚 博士
研 究 生：袁 美 珍 敬上

1.最近一個月，您是否有施打毒品？

① 有（請填第二題）

② 沒有

2.最近一個月施打毒品時，10次打藥中有幾次共用針頭？

① 常常（7-10次）

② 有時（4-6次）

③ 很少（1-3次）

④ 沒有（0次）

附錄三 人體試驗委員會同意函



臺北市立聯合醫院人體試驗委員會 TAIPEI CITY HOSPITAL INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

同意函

中華民國 97 年 2 月 26 日

聯絡人：黃愛玲管理師


聯絡電話：27093600 轉 3826；
0968952016

計畫名稱：運用計劃行為理論探討男性藥物成癮者共用針頭行為—以臺北市某美沙冬門診之個案為例（本會編號：TCHIRB-961211-E）

計畫主持人：袁美珍護士（疾病管制院區）

上述計畫業經本院九十七年度第二次人體試驗委員會審查通過，計畫有效期限：2009年2月19日，特此證明。

※ 依照 ICH-GCP 規定，臨床試驗每屆滿一年，人體試驗委員會必須重新審查是否繼續進行。請於計畫有效期限到期一個月前繳交期中報告以利本會進行審查。

翁林仲 

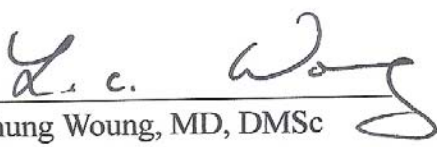
臺北市立聯合醫院人體試驗委員會主任委員

CERTIFICATE

Date : 2008/02/26

The project entitled "A Study of Theory of Planned Behavior to Sharing Needle Behavior of Male Drug Addicts in Methadone Clinic in Taipei" submitted by investigator Yuan, Mei-Jen has been approved by Institutional Review Board of the Taipei City Hospital.
ICF Version Date : Version 1, Date : 961214

(Above study is approved by the TCHIRB on Feb. 20, 2008 and valid till Feb. 19, 2009. Since the constitution and operation of the review board are formulated according to the guidelines of ICH-GCP. The IRB will have to review each clinical research case annually. Please send us your Midterm Report one month before the expiry date.)


Lin-Chung Woung, MD, DMSc
Chairman
Taipei City Hospital Institutional Review Board



The Committee is Organized and operates in accordance with ICH-GCP regulations and guideline.
本委員會組織與運作皆遵守 ICH-GCP 規定