

國立暨南國際大學諮商心理與人力資源發展學系

輔導與諮商碩士班

碩士論文

減害取向於 HIV 感染藥愛者的實踐與經驗探究：以露德為例

Exploring the Practices and Experiences of Harm Reduction
among HIV-Positive Chemsex Participants: A Case Study of the
Taiwan Lourdes Association.

指導教授：趙祥和博士

研究生：陳喬逸

中華民國 115 年 7 月

國立暨南國際大學碩士論文考試審定書

諮商心理與人力資源發展學系 輔導與諮商碩士班

研究生 陳喬逸 所提之論文

減害取向於 HIV 感染藥愛者的實踐與經驗探究：以露德為例

Exploring the Practices and Experiences of Harm Reduction among
HIV-Positive Chemsex Participants: A Case Study of the Taiwan Lourdes
Association.

經本委員會審查，符合碩士學位論文標準。

學位考試委員會

蕭富聰

委員兼召集人

蔡佩貞

委員

王文

委員

委員

中華民國 115 年 6 月 17 日

致謝辭

沒想到自己真的走到了寫謝誌的這一天。從踏入研究所的第一天，到完成論文最後一個句點，這一路有太多難以言喻的心情：有學習的滿足、有成長的喜悅、有感恩的際遇，也有他人難以體會的辛苦與掙扎。直到現在回頭看，才發現那些看似熬不過去的日子，都慢慢變成了今天的自己。原本以為口試結束會迎來毀貼滅地的慶祝，結果完全沒有。生活依舊是工作改論文工作改論文，然後還要準備迫在眉睫的國考，還被賦予期待要去投稿，真的是苦不堪言，盡頭到底在哪裡(認真在這裡大抱怨)。

回頭來看，原本因我的經歷想寫跟感染者有關的研究，然而最終選定這個题目的起心動念是我第一次上山去朝露，聆聽了學員的生命故事後所下定決心。我至今仍記得有一位曾對我說：「你知道嗎？同時擁有感染者、物質使用者、男同志三種身分的我，每一種我都覺得難以啟齒，每一種我都擔心被他人拒絕。」那一刻，我第一次如此深刻地理解，多重污名帶來的，不只是社會眼光，而是一個人每天都必須背負的重量。直到今天，我仍然記得下山時一路沉悶的自己，那份心酸與不捨，久久沒有散去。

我還記得第一次和指導教授 meeting 時，我便說，希望寫一篇真正對實務有幫助，也能讓更多人看見藥愛者生命經驗的研究。我希望世人能理解，你們不只是一群從事藥愛、感染 HIV 的人，而是在這些身分背後，是一群有血有肉、懷抱理想、時而可愛、時而靠北靠木，但同樣渴望被愛、被接納，並持續在復元道路上努力與掙扎的男同志。**這篇研究，是獻給你們的。**我想讓你們知道，這條路真的不容易，但你們不是一個人、你們不孤單。

這一路上需要感謝的人真的細數不完，我最先想感謝的是願意接受訪談的三位朋友與助人者，正因為你們願意坦露這些寶貴的經驗，我才有機會從這些文本中彙整出這份研究中的亮點；我也想謝謝露德跟台中辦公室的夥伴在這份研究上

給我很大的支持，讓我能順利地兼顧工作與研究的進行。同時我也想謝謝指導教授祥和老師以及兩位口委富聰老師、佩真老師，謝謝老師們在這份研究的過程給予很重要的提點，讓我有機會在這份論文的撰寫上能有很深刻的思辨與呈現；也謝謝老師們肯定這篇研究的價值，鼓勵我後續投稿。我始終覺得，這篇研究仍然有許多不足，但如果它能讓更多人願意理解藥愛者背後複雜的生命處境、多重污名的重量，以及減害存在的價值，那它就已經完成了我最初寫這篇論文的目的。

我也想謝謝在暨大一路以來接受老師們不同的訓練與教導，每個諮商背景的老師都有我真心欽佩的地方，尤其在你們身上看到更難能可貴的是展現助人的慈悲與情懷，這個身教更大過於言教。我也想感謝彰化學諮中心，在過去幾年我在中心獲得好多的滋養與勇氣，嘗試了好多挑戰，也慢慢發現自己是有能力可以做到跟完成的，也很感謝在學諮期間能夠讓我在職並完成研究所學業的方主任，可以說沒有學諮那幾年的經歷，不會有現在的我。雖然前同事們時常喜歡惹我生氣、看我抓狂，但我心裡知道你們就是很愛這樣的我。再來想感謝大休息與國誠老師，在大休息全職實習的一年裡，真的如沐春風般地成長許多，也認識很棒的實習夥伴儀、妮跟行督超，特別想謝謝國誠老師，除了在專業上，老師也是第一個支持我做這方面研究的人，甚至願意運用自己的人脈來給予我一些幫助。

謝謝在論文這一路上一同一起打拼及口試的夥伴育嫻、雅倫。以及謝謝陪同一同寫論文的親辜皓耘，我倆假日經常相約出門寫論文，雖然苦但沒有你一起我可能無法如期完成這個大挑戰。還有在論文半路懷上謝寶王而暫時下車的綵卉，謝謝你在我覺得最辛苦的時候拉我一把。謝謝日本行一試就成主顧的乃燁、以恩，讓我在這段日子時還可以找你們喘息，接下來作為學妹的乃燁將走我走過的路，請好好加油。也謝謝共同在老趙組苦不堪言但一起走到終點的玫瑰、子紋。當然研究所的日子肯定是要感謝我這些可愛又機掰的同學們，謝謝中區保經姐妹時不時的肯定及關心，特別謝謝雅君在我論文卡住的時候讓我求助跟抱怨，也謝謝詩穎、睦睦、舒仔、亭羽、璇璇不管在論文、IRB 或其他方面指點迷津，謝謝經常

一起找吃飯跟玩耍的碧池姐妹宇宸，還有其他繁族不及備載但我心裡都惦記著。因為有你們，研究所這段日子雖然苦但卻活得精采，各種好聽的傳奇故事點亮我的餘生，我知道你們其實很愛我這張得理不饒人的小嘴嘴，若曾覺得被我講到有點受傷……還請自行檢討，我是真不覺得自己毒舌，只是比較喜歡講實話。

天啊不知不覺已經寫到第三頁，寫的跟頒獎感言一樣長，但不管這是我的謝誌我想怎樣就怎樣，我還沒謝完，不想看的可以跳去看第四章的綜合討論，整篇論文我最喜歡的地方。最後也想謝謝運動團的朋朋，嘉卿、佩鈴、貝貝、慧君、文馨、教練，謝謝你們每次運動都關心我的進度、也提供我一些想法跟鼓勵，你們真的是看我這篇論文從無到有的見證人。也謝謝完形小組的瑜珊跟雅婷，看著我從踏入研究所到畢業。也謝謝牛不在群組的姿凡、思慧、人豪，我們從過去同事的孽緣持續到現在，但每次跟你們一起出去玩都很開心。還有過去在世展、高風險的夥伴們，雖然後來大家各奔東西，但同樣都還在助人圈子裡努力。最後，也想謝謝我的家人與阿姨，雖然你們未必真的理解我在學什麼、研究什麼，但始終尊重我的選擇，也在我最需要的時候成為穩定的支持。另外，我想鄭重感謝客美多咖啡株式會社，謝謝陪我一路從實習到畢業，過去兩年每個週末幾乎都泡在客美多裡寫督導提案跟論文，當然我也是花了不少錢(認真的)，如果哪天社長看到這篇論文，希望可以考慮招待我去名古屋總店朝聖之類的，完成我的感謝之旅。好啦最後的最後，最想感謝的人是我自己。沒想到真的完成了這趟曾經以為難以觸及的旅程。一路從在職讀研究所、全職實習，再到邊工作邊完成論文，生活一直都很緊湊，也曾經懷疑過、崩潰過、想放棄過，但我始終沒有停下來。如果這篇論文一直在談「復元」，那麼或許，完成它的這段過程，也是我自己的復元。想對自己說一句——你真的很棒，辛苦了，也謝謝你一路都沒有放棄。

2026.7.8

寫於還在上班當社畜的自己

論文名稱：減害取向於 HIV 感染藥愛者的實踐與經驗探究：以露德為例

校院系：國立暨南國際大學教育學院諮商心理與人力資源發展學系

輔導與諮商碩士班

頁數：182

畢業時間：中華民國 115 年 7 月

學位別：碩士

研究生：陳喬逸

指導教授：趙祥和博士

摘要

台灣在 HIV 防治政策中逐漸納入減害觀點，但針對同時具有 HIV 感染、藥愛行為與 MSM 社群的在地化研究依然不足。藥愛族群面臨多重污名、心理健康風險與求助困境，使傳統戒斷式防治模式難以完整回應其生活脈絡。民間組織在此情境下扮演關鍵角色，其中台灣露德協會長期投入 HIV 與藥癮工作，並逐步發展本土化的減害理念與實踐模式，提供較具彈性且貼近需求的支持服務。

本研究採個案研究法，並以露德協會為研究場域，立意取樣三組分析單位，每一組皆分別有一位助人工作者與 HIV 感染藥愛者，訪談時間為民國 115 年 4 月。透過半結構式訪談，並以主題分析法進行分析，以建構出露德協會的減害實踐及實際經驗與挑戰。研究結果顯示，露德協會針對 HIV 感染藥愛者的實踐，其內涵可歸納為「關係、場域、受助者賦能」三大核心面向；同時，減害服務對藥愛者與助人者而言，更是一段觀念重塑、關係轉化的經驗。此外，研究亦發現減害在實務推動中面臨著精神共病、助人價值衝突以及藥愛者異質性需求等實務挑戰，以及單一成效指標與主流價值觀的雙重困境。

本研究認為，露德協會的減害實踐不僅是一套物質使用的服務方法，更是一種以人為本、重視關係、主體性發展與社會連結的服務哲學。建議未來發展本土化減害服務典範，深化工作者的減害知能與多元文化敏感度，並累積更多長期成效評估之實證研究，以促進臺灣減害服務之理論建構與實務發展。

關鍵詞：藥愛、HIV 感染者、減害、復元、台灣露德協會

Title of Thesis: Exploring the Practices and Experiences of Harm Reduction among
HIV-Positive Chemsex Participants: A Case Study of the Taiwan Lourdes Association.

Name of Institute: Master's Program of Guidance and Counseling, Department of
Counseling Psychology and Human Resource Development, College
of Education, National Chi Nan University

Pages: 182

Graduation Time: 07/2026

Degree: Master

Student Name: Ciao-Yi Chen

Advisor Name: Dr. Siang-Hua Tey

Abstract

Harm reduction has gradually been incorporated into HIV prevention and intervention policies in Taiwan. However, localized research on HIV-positive chemsex participants remains limited. This population often experiences multiple forms of stigma, mental health challenges, and barriers to help-seeking, making traditional abstinence-oriented approaches insufficient for addressing their complex needs and lived experiences. In this context, non-governmental organizations play a critical role. Among them, the Taiwan Lourdes Association has long been engaged in HIV- and substance use-related services and has gradually developed a localized harm reduction philosophy and practice model that provides flexible and needs-responsive support.

This study adopted a case study approach, using the Taiwan Lourdes Association as the research site. Purposive sampling was employed to recruit three units of analysis, each consisting of one helping professional and one HIV-positive chemsex participant, resulting in a total of six participants. Data were collected through semi-structured interviews conducted in April 2026 and analyzed using thematic analysis to explore the Association's harm reduction practices, service experiences, and implementation challenges.

The findings indicate that the Association's practices can be understood through three core dimensions: relationships, supportive spaces, and service-user empowerment. Through diversified direct services, supportive environments, and peer empowerment mechanisms, the Association has developed a harm reduction model characterized by accessibility, inclusivity, and long-term accompaniment.

The study further found that harm reduction is not merely a strategy for reducing risks and harms, but also a process of reconstructing perspectives and transforming relationships. For HIV-positive chemsex participants, harm reduction facilitates greater self-awareness, reduced self-stigma, the development of individualized coping strategies, and the restoration of important relationships. For helping professionals, harm reduction encourages a reconsideration of professional roles and values, shifting the focus from demanding change to understanding needs and accompanying individuals through their recovery journeys. Nevertheless, harm reduction practice continues to face challenges, including psychiatric comorbidities, value conflicts among helping professionals, the diverse needs of service users, and broader structural pressures arising from outcome-oriented evaluation systems and dominant social values.

This study argues that the harm reduction practices developed by the Taiwan Lourdes Association represent not merely a service approach to substance use but a person-centered philosophy emphasizing relationships, personal agency, and social connectedness. Future efforts should focus on developing localized harm reduction models, strengthening professional competencies, and expanding empirical evidence to advance harm reduction theory and practice in Taiwan.

Keywords: chemsex, people living with HIV, harm reduction, recovery, Taiwan Lourdes Association.

目次

致謝辭	i
摘要	iv
Abstract.....	v
目次	vii
表目次	ix
圖目次	x
第一章 緒論	1
第一節 研究動機與背景	1
第二節 研究目的與問題	6
第三節 名詞解釋	7
第二章 文獻回顧	8
第一節 HIV 感染與藥愛文化的風險與挑戰	8
第二節 HIV 感染藥愛處遇的理論與相關研究	22
第三節 在地的減害實踐與可能的研究方向	32
第三章 研究方法	42
第一節 研究構思與取向	42
第二節 研究參與者	44
第三節 研究工具	47
第四節 研究程序	49
第五節 資料處理與分析	52
第六節 研究嚴謹度檢核	57
第七節 研究倫理	60
第四章 研究結果	64

第一節 露德協會的減害服務實踐	64
第二節 助人者與藥愛者的減害歷程經驗	84
第三節 減害所面臨的挑戰與因應作為	109
第四節 綜合討論與反思	128
第五章 研究結論、限制與建議	133
第一節 研究結論	133
第二節 研究限制	136
第三節 研究建議	139
參考文獻	143
一、中文部分	143
二、西文部分	148
三、網路部分	173
附錄	176
附錄 1 研究倫理審查同意研究證明書	176
附錄 2 研究同意書	177
附錄 3 訪談大綱	182

表目次

表 2-1 常見的藥愛藥物類型	12
表 2-2 減害取向與完全戒斷取向的差異比較	29
表 3-1 研究對象基本資料—HIV 感染藥愛者	46
表 3-2 研究對象基本資料—助人工作者	46
表 3-3 提取概念歷程	54
表 3-4 萃取核心主題歷程	56

圖目次

圖 1 研究分析流程圖	53
圖 2 露德協會的減害服務階層圖	65
圖 3 助人者與藥愛者的減害經驗整理	85
圖 4 減害取向服務的挑戰與困境	109

第一章 緒論

第一節 研究動機與背景

一、在恐懼與理解之間：走向對 HIV 議題的關注

在過去的一段時間裡，研究者曾經歷一段「偽陽性」的心路歷程，當匿篩試劑上顯示出陽性感染的訊息，頓時間湧上震驚、害怕、茫然、焦慮等複雜的情緒，這是我第一次深切地體會到感染 HIV 所帶來的心理衝擊。從收拾混亂心情、查找資料到鼓起勇氣前去醫院抽血檢測，那段短暫等待結果的日子，著實是一場深刻且刺痛的生命震盪：恐懼與羞愧的層層交疊、對未來規劃的混亂與焦躁、以及擔憂各種關係是否會產生變化，這些都在一夕之間浮現，並無以復加地告訴自己可能這輩子要背負著這個標籤走下去。即便最後的結果是陰性，但曾經歷的感受依然刻骨銘心。事實上，有許多的研究皆指出，當感染者被告知確診為 HIV 陽性時，往往會伴隨羞愧、自我苛責、害怕病情被披露以及對人際關係的焦慮（余嘉惠等，2018；Evangeli & Wroe, 2016；Ho & Goh, 2017；Laryea & Gien, 1993；Ouzounakis et al., 2023）。換言之，我那短暫卻幸運的插曲，只不過是稍縱即逝的體會；然而對真正感染 HIV 的人而言，這些恐懼與壓力卻不是片刻的陰影，而是他們日復一日必須面對的現實。

因著這段經驗，我對 HIV 感染者的處境產生了不同以往的理解。過去我僅以「公共衛生」的角度認識 HIV，我知道 U=U（Undetectable=Untransmittable）測不到即不具傳染力、也知道 HIV/愛滋已逐漸步向慢性疾病的去污名化，但在親身經歷這份驚恐之後，我才有機會能以「個人」的角度去反思：若那真是一份陽性結果，身處其中的人將如何承受社會異樣的眼光？如何應對來自家庭、伴侶、職場的種種壓力？又該如何在龐大的污名中持續過日子？

儘管聯合國愛滋病規劃署（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS；簡稱 UNAIDS）在 2025 年的全球愛滋病報告裡指出，相比過去十年，愛滋感染人數與死亡人數、以及感染者壽命延長等方面都有顯著的改善與進展，但也提及廣泛的污名與歧視依然持續存在（UNAIDS, 2025）。張芷菁和張晏蓉（2024）針對台灣成年民眾的愛滋污名及相關因子的調查研究中也發現，缺乏愛滋相關經驗與知識的民眾，易對感染者抱有愛滋污名的偏見與歧視。台灣露德協會（2023）針對感染者的十年生活品質調查中提及，感染者的社會關係與心理健康需持續關注，憂鬱情緒的普遍性明顯增加。中華民國愛滋感染者權益促進會（2018）也在台灣愛滋污名與歧視調查裡指出，感染者普遍在國內的社會環境中仍承受社會污名所帶來的心理壓力，多數感染者在被侵權時不敢採取行動、以及當感染者主動揭露感染身分時會有一定比例遭到歧視對待。

我逐漸意識到，HIV 感染者所承受的，不僅僅是醫療疾病層面的挑戰，更深層的是社會長期存在的偏見與歧視。污名的存在，使許多感染者不敢揭露自身狀態，甚至不敢尋求資源或協助，而這樣的孤立感往往比病毒本身更具傷害性（Lichtenstein et al., 2002）。因此透過反思自身的「偽陽性」經驗，我得以更深刻地理解感染者在社會污名與內在掙扎下的心理處境，並將這份理解作為我持續關注與研究的出發點。也正因如此，我選擇不僅停留在「理解」的層次，而是實際走進 HIV 與藥物使用交織的服務現場——露德協會，成為一名助人工作者。這段投身的決定，讓我有機會更加貼近並聆聽感染者的生命故事，親身看見他們在藥物、性別身分與疾病污名之間所經歷的困境與掙扎。身為研究者與工作者的雙重角色，我也意識到自己並非完全的旁觀者，而是帶著特定生命經驗、價值與專業位置進入研究。這份位置性，既可能影響我對研究現象的詮釋，但也正是推動我持續關懷與反思的動力。

二、 HIV 與藥愛文化的交織處境

在過去的二十年裡，HIV 感染的流行病學樣貌逐漸出現變化。以我國為例，在 2003 年 HIV 疫情大爆發，感染數不斷劇增，2005 年甚至新增 3,380 例為史上高峰，經分析主因為注射藥癮者共用針頭與稀釋液所引發（陳昶勳，2013）。雖然在政府全力推動減害的成果下，注射藥癮者的感染比例顯著下降，但經由性行為傳播的動能，尤其是在男男間性行為者（Men Who Have Sex With Men，以下簡稱 MSM）的人數卻不斷攀升。根據衛生福利部疾病管制署（2025）針對愛滋病統計資料顯示，HIV 感染者以男男間不安全性行為目前最大宗的感染途徑，佔比六成以上，高於異性間不安全性行為、注射藥癮者以及母子垂直感染等比例，這顯示出顯示 MSM 社群已成為 HIV 防治中不可忽視的重要關鍵。

然而，在這個脈絡下，娛樂性用藥與性實踐相互結合的「藥愛（Chemsex）」文化，早已在 MSM 社群中流淌成形。藥愛的前身是所謂的娛樂性藥物，也被稱為俱樂部藥物（Club Drugs），最早出現在歐洲國家作為派對助興使用。在台灣，這類娛樂性藥物以甲基安非他命、愷他命、大麻、搖頭丸與 GHB（俗稱 G 水）最為常見（李珈旻，2019；蔡晏櫻，2020）。值得注意的是，這些藥物在 MSM 社群中，並非僅限於娛樂或派對，到了後期則是與性行為緊密交織，逐漸形塑出一種獨特的社群文化。研究指出，「藥愛」之所以在 MSM 社群中普遍發展，除了藥物能增強性快感、延長性行為時間外，還承載著親密、連結與身分認同等意涵（李佳霖等人，2024）。

這種結合性與藥物的文化實踐，同樣伴隨著高度的健康風險。疾管署的調查報告裡指出，國內的 MSM 社群在使用娛樂性藥物後易助長不安全性行為與針具共用的情境發生（黃彥芳，2013）。Lee 等人（2021）的研究發現，我國在 2015 至 2020 年間新診斷 HIV 感染者中，有藥愛行為的比例逐年上升，其中又以甲基安非他命為最主要的使用藥物。這個正與內政部統計處（2025）的數據相互呼

應，後者指出台灣近年來查獲量最高的物質正是甲基安非他命。這不僅顯示出安非他命在台灣藥物使用版圖中的核心地位，更突顯它在 MSM 與藥愛文化中的特殊性：既是帶來身體愉悅與社群歸屬的依附媒介，同時也是升揚 HIV 傳播風險與健康困境的重要因素。

由此可見，藥愛文化並非單純的「娛樂性使用」或「使用物質問題」，它往往被參與者視為一種獲得親密、尋找歸屬與表達自我的途徑，背後反映的是一種獨特的社群經驗。這些藥愛者們常處於「快樂與風險」交織的矛盾狀態：一方面藉由藥愛追求親密、自由與社群連結，另一方面卻逐漸陷入藥物依賴與健康風險的失序。然而，長期的藥愛實踐甚至可能演變為藥物混亂或成癮狀態，加重 HIV 感染後的治療與生活挑戰。

HIV 與藥愛文化的交織，使得服務與介入的複雜性大幅提高。這群對象同時承受三重處境：疾病帶來的醫療需求、藥物使用的心理與社會影響、以及性少數身分所面臨的持續性污名。這種交織性不僅讓 HIV 藥愛者成為高度脆弱的群體，也使得傳統以「完全戒斷」為中心的藥物治療模式難以回應這般多層次的處境。正因如此，如何在 HIV 與藥愛文化交會的脈絡下，發展出更合適的服務模式與支持系統，研究者認為這是助人工作者中不可迴避的重要挑戰。

三、研究者的關懷實踐與研究缺口

在逐步接觸並理解 HIV 感染與藥物使用交織的議題後，研究者觀察到台灣在此領域的服務與研究仍存有顯著不足。現行國家政策多著重於感染防治、疾病管理與藥癮戒治，然而，對於同時處於「藥物使用」、「HIV 感染」以及「性少數身分」交織處境的群體，缺乏整合性與貼近其真實需求的支持系統。尤其是「藥愛文化」所衍生的使用模式，其背後需要關注到的是參與者內化性污名的標籤、自我認同與主流社會異性戀價值的不一致，以及為此心生的羞恥、撕裂、孤寂感和成長階段受到歧視或壓迫的創傷等因素（吳孟姿，2024）。

在此脈絡下，台灣露德協會所推動的服務模式顯得格外關鍵。露德長期投入 HIV 感染者與愛滋病患者的醫療照護與社會支持工作，更在早期介入服務時便從國外引進「減害取向」的理念，並轉化為本土可操作的服務方式。隨著藥物濫用、娛樂性用藥與 HIV 感染之間的連動愈加明顯，露德進一步看見藥癮者與藥愛社群的特殊需求，開始引入並推廣減害心理治療中的評估工具與工作方法，例如「減害六大工具」，並將減害觀點融入個案管理、中途之家服務、復原培力的同儕機制、家屬支持，以及藥愛團體等多元服務之中。

此外，露德更建立全台第一個以減害取向為核心的治療性社區——「朝露農場」，專注於提供藥癮相關服務，嘗試在公共衛生觀點與個人需求之間取得平衡，以具體回應藥癮與 HIV 感染者在生活中面臨的複雜挑戰（賴志超等人，2022）。這些服務模式在國內屬於少見且具前瞻性的實踐，但目前仍缺乏從質性觀點深入剖析其運作邏輯、服務歷程與現場困境的研究。

因此，本研究期望從實務場域出發，深入理解露德協會在減害取向上的具體實踐方式，並呈現服務接受者與提供者的真實經驗。此研究不僅可補足現有文獻在服務模式與實務經驗上的缺口，也能為助人工作者在面對 HIV 藥物使用者時提供具體的參考與反思基礎，促進更貼近需求的專業介入。

第二節 研究目的與問題

一、 研究目的

HIV 感染藥愛者在身心健康、社會適應與生活重建的過程中，面臨多重挑戰與高度脆弱性。減害取向（Harm Reduction）作為一種兼顧公共衛生與個人福祉的服務理念，強調透過多元策略降低藥物使用與相關危害，已廣泛應用於國際藥癮與 HIV 預防服務中（Denning & Little, 2024）。然而，國內針對減害取向在同時具有藥愛與 HIV 感染身份之服務對象的實際應用、經驗與挑戰之探討，相關研究仍相對有限。

露德協會長期投身於愛滋與藥癮的社區服務，並在「朝露農場」等方案中實踐減害取向的理念，提供涵蓋醫療、心理、社會支持與生活重建等地整合型服務，形成具代表性的在地服務模式。本研究採個案研究法，以露德協會為研究對象，旨在：

1. 描述並分析露德協會針對 HIV 感染藥愛者的實踐與服務模式。
2. 探討 HIV 感染藥愛者與助人工作者對減害取向服務的經驗與觀點。
3. 分析減害取向在 HIV 感染藥愛者服務脈絡中所面臨的挑戰與因應，並提出改善與發展建議。

二、 研究問題

1. 露德協會針對 HIV 感染藥愛者的實踐與服務模式為何？
2. HIV 感染藥愛者與助人工作者對減害取向服務的經驗為何？
3. 減害取向在 HIV 感染藥愛者服務脈絡中所面臨的挑戰與因應為何？

第三節 名詞解釋

一、 HIV 感染藥愛者

藥愛一詞，指的是男男性行為者（MSM）在計畫性行為的前或過程中，有意識地使用特定精神活性物質，如甲基安非他命（俗稱煙／冰）、甲氧麻黃酮（俗稱喵喵）、伽瑪羥基丁酸／伽瑪丁內酯（GHB／GBL，俗稱 G 水）等，藉此提升、延長或強化性行為的興奮與愉悅（Bohn et al., 2020；Moreno-Gámez et al., 2022；Pufall et al., 2018）。MSM 一詞涵蓋了多元性取向身份的男性，不僅包括男同性戀與雙性戀者，也包含部分異性戀者及跨性別者（Mundy et al., 2025）。因此，本研究所稱的「HIV 感染藥愛者」，是指 HIV 檢驗結果為陽性，且在性情境中使用上述相關的藥物以增強或延長性愉悅的 MSM 社群。

二、 減害取向

根據國際減害協會（International Harm Reduction Association, 2010）所提出的理念，減害是指透過政策、方案與實踐，降低因使用精神活性物質（包含受管制藥物、酒精、菸草及藥品）所造成的健康、社會與經濟上的負面影響。進一步而言，減害取向並非以「完全停止使用」作為唯一介入目標，而是強調以務實的方式，盡量減少藥物使用所帶來的危害（Denning & Little, 2020）。因此，本研究所稱的「減害取向」，乃是指露德協會在服務 HIV 感染藥愛者時，所採用並落實的減害理念與具體實踐。

第二章 文獻回顧

本章將回顧與本研究相關之文獻，一共分為三節。第一節探討 HIV 感染與藥愛文化的風險與挑戰，說明流行病學趨勢、MSM 社群的藥愛特徵，以及 HIV 感染藥愛者所面臨的多重困境。第二節則是回顧國外、內有關 HIV 感染藥愛處遇的相關研究，並探討減害取向如何成為回應此一議題的重要理論與實務基礎。第三節則聚焦在地的減害實踐與可能的研究方向，檢視我國的減害政策與非營利組織的服務實踐，並指出相關研究的不足之處。

第一節 HIV 感染與藥愛文化的風險與挑戰

在討論減害取向於台灣 HIV 感染藥愛者的在地實踐之前，需要先理解 HIV 感染藥愛社群所處的多重風險與結構脈絡。近年來全球與台灣的 HIV 疫情雖在治療與預防上取得顯著進展，但 MSM 社群中的藥愛文化卻逐漸成為推動新感染與健康危害的重要因素。藥愛所涉及的精神活性物質、數位化的邀約模式、私密化的性場域與符碼文化，構成一套與主流預防策略截然不同的實踐邏輯，使公共衛生、心理健康與社會支持介入皆面臨新的挑戰。尤其當藥物使用與 HIV 感染交織在同一個身體上時，個體往往同時面臨治療不順從、成癮風險、精神健康共病，以及來自感染身分、性傾向與藥物使用的多重污名。這些交錯性的風險不僅影響疾病管理，也加深他們在求助過程中的孤立與脆弱。

因此，本節旨在從流行病學趨勢、藥愛文化特徵與 HIV 感染藥愛者的身心社會挑戰三個層面出發，勾勒出此社群的樣貌與困境。

壹、 全球與台灣的 HIV 流行病學趨勢

一、 全球 HIV 疫情趨勢與現況

全球 HIV 流行病學在過去數十年間經歷了顯著的變化。根據 UNAIDS (2025) 的統計，相較於 2004 年的高峰，2023 年全球愛滋病相關死亡人數已減少 70%；新發感染數自 1996 年達到高峰後，至今也下降了約 61%。截至 2024 年，全球約有 4,080 萬名 HIV 感染者，其中 3,940 萬為成人、140 萬為 15 歲以下兒童，女性及女童則佔所有感染者的 53%。整體而言，疫情的趨緩與改善，主要可歸因於抗反轉錄病毒療法 (ART) 的普及，以及暴露前預防性投藥 (PrEP)、社會教育與政策支持等多元防治策略的推展 (World Health Organization, 2021)。然而，因著 ART 有效延長了感染者壽命，全球存活的 HIV 感染者總數仍持續上升，並預計於 2039 年達到 4,440 萬人 (GBD 2021 HIV Collaborators, 2024)。

值得注意的是，這些進展並非全球均衡，實際上存在地區的差異性。像是撒哈拉以南非洲在降低 HIV 感染率與死亡率方面有著顯著突破，但依舊是全球盛行率最高的地區 (GBD 2017 HIV Collaborators, 2019)。相對之下，中東、北非、東歐與中亞的疫情卻持續惡化，至少有 32 個國家出現感染人數上升，其中東歐與中亞更是少數自 2010 年以來愛滋病相關死亡人數增加 48% 的區域 (UNAIDS, 2025)。Govender 等人 (2021) 認為，篩檢與治療覆蓋不足，以及對高風險群體的防治措施缺位，是導致這些地區疫情惡化的關鍵因素。

面對此挑戰，聯合國愛滋病規劃署 (UNAIDS) 於 2020 年提出全球防治的核心策略——「95-95-95」目標，即：95% 的感染者知曉自己的感染狀況、95% 的已診斷感染者獲得 ART 治療、95% 接受治療的感染者達到病毒抑制 (Frescura et al., 2022)。然而，截至 2024 年的數據顯示，全球仍僅有 87% 的感染者知曉自身狀態，77% 接受治療，73% 達到病毒抑制 (UNAIDS, 2025)，這顯示出愛滋的防治工作仍有相當努力的空間。

二、 台灣 HIV 流行病學演變

根據衛生福利部疾病管制署（2024）的統計，截至 2024 年底，台灣累計通報 45,261 例本土 HIV 感染個案，其中 22,173 例發展為愛滋病，約佔 48%；累計死亡人數為 8,964 例，目前仍存活感染者約 36,091 人，盛行率約佔全人口的 0.1%。Huang 等人（2025）的研究綜整台灣過去四十年的疫情演變，大致可分為四個關鍵時期：

（一） 感染首例與 ART 的引進（1984-2002）

台灣於 1986 年通報第一起本土的 HIV 感染個案（Lin et al., 1987）。台灣第一起因手術輸血而導致感染的病例可能發生於 1985 年，直至 1993 年才被確診為 HIV 感染者（Yao et al., 1996）。在此同期，也發現本土第一例男同性戀與女性感染者的案例（Ko et al., 1988）。然而在台灣 HIV 流行的前二十年，MSM 的不安全性行為仍是 HIV 傳播的主要途徑。

1997 年台灣開始引進「抗反轉錄病毒療法」（ART）後，使得愛滋病發和死亡率開始下降（Sun et al., 2006）。整體的愛滋發病率在 1992 至 1996 年間達到高峰後開始下滑，並於 2002 年趨於穩定（Lee et al., 2021）。

（二） 注射藥物使用者（People Who Inject Drugs, PWID）疫情爆發（2003-2007）

2003 年，台灣開始因藥癮者共用針具，導致 HIV 疫情急劇上升（楊靖慧，2006）。PWID 的感染人數在 2005 年達到高峰，佔當年新通報個案的極高比例（Lee et al., 2021）。為應對此危機，政府推動了「減害計畫」，包括提供乾淨的清潔針具與美沙酮替代療法，成功控制了 PWID 社群的疫情（Huang et al., 2014）。

（三） 男男性行為者（MSM）疫情再起（2008-2017）

在 PWID 疫情得到控制後，MSM 社群的不安全性行為的傳播再次成為台灣 HIV 感染的主要途徑（Huang et al., 2013）。Ko 等人（2011）發現，台灣三溫暖場

所的 MSM 社群感染率從 2004 年的 7.8% 上升至 2007 年的 15%。Lee 等人 (2018) 進一步指出，MSM 社群的高感染率與對風險認知不足、害怕污名與歧視、保密性疑慮及預防資源分配不均等因素密切相關。

(四) 近年趨勢與防治成果 (2018 至今)

自 2018 年以來，台灣 HIV 新感染人數持續下降，主要歸功於多項公共衛生政策，包括「全面治療政策」(Treat-all policy)、暴露前與暴露後預防性投藥 (PrEP/PEP) 的推廣，以及匿名篩檢、社區篩檢、自我檢測等篩檢覆蓋率的提升 (Huang et al., 2025)。截至 2024 年，台灣已達成「92-96-95」的成效，優於全球的平均水準 (衛生福利部，2025)。

綜合以上研究可見，無論是全球或台灣，HIV 防治策略皆強調擴大篩檢與提供 ART 的重要性，並持續推廣 PrEP 作為關鍵的預防措施。然而台灣的政策在此基礎上更趨多元，特別是透過與 NGO 合作及推動減害措施，在全球防治經驗中展現了獨特性。而值得注意的是，全球層面雖然女性與女童約佔感染者的一半以上，但其分布高度集中於撒哈拉以南非洲，該地區的新感染人數中有 63% 來自女性 (UNAIDS, 2025)。相較之下，在台灣以及全球其他多數地區，MSM 社群則持續是 HIV 感染與流行的核心人群。

貳、 MSM 社群的藥愛文化特徵

「藥愛」(Chemsex) 一詞是指「化學物質」(Chemical) 與「性」(Sex) 的結合，相較於一般的以藥助性行為，藥愛具有其獨特的社群文化內涵，特別是在 MSM 社群中已形成一種具辨識性的次文化現象 (Mundy et al., 2025)。這一文化不僅涉及特定藥物的使用，也深植於社會、心理與文化的交織脈絡之中，並已成為近年全球公共衛生與社會研究領域關注的重要議題 (Drysedale, 2020; Møller & Hakim, 2021)。

一、 常見的藥物類型與作用

藥愛的核心在於使用特定的精神活性物質，透過其藥理作用來改變使用者的心理狀態與感官體驗，進而與性行為產生強烈的連結（Giorgetti et al., 2017）。以下為研究者整理出近年來在藥愛行為中常見的藥物類型。

表 2-1 常見的藥愛藥物類型

藥理分類	常見藥物	主要效果
中樞神經興奮劑	甲基安非他命、 合成卡西酮類、 古柯鹼、搖頭丸等	欣快感、精力旺盛、自信、降低抑制
中樞神經抑制劑	伽瑪羥基丁酸 (GHB)、 伽瑪丁內酯 (GBL) 等	放鬆、鎮靜、增強觸感
解離性麻醉劑	愷他命	解離感、幻覺、止痛
吸入劑	亞硝酸酯 (Poppers)	短暫欣快感、肌肉鬆弛

資料來源：Denning 等（2007）、Giorgetti et al.（2017），研究者綜合整理

其中，中樞神經興奮劑與抑制劑為最常見的使用類型，然而近年來「多重藥物使用」（Polydrug Use）的現象愈加普遍，混合使用不同藥物往往會引發高度不可預測的交互作用與健康風險（Evers et al., 2020）。例如，同時使用甲基安非他命與 GHB/GBL 時，對身心的影響與混亂程度遠高於單獨使用任何一種藥物（Hsu et al., 2024）。

不同地區的 MSM 社群在藥物使用類型上亦呈現顯著差異。歐洲如英國等西歐國家以甲基安非他命、甲氧麻黃酮與 GHB/GBL 為主要使用藥物（Lagojda et al., 2025；Whitlock et al., 2021）；北美則常以「PnP」（Party and Play）指涉藥愛活動，並以甲基安非他命與古柯鹼為主流藥物，而甲氧麻黃酮相對罕見（Davis

Ewart et al., 2022)。亞洲地區則以甲基安非他命居主導地位，古柯鹼使用率極低（Cheung et al., 2024；Hua et al., 2025；Palmer et al., 2024；Tan et al., 2021；Wang et al., 2023）。整體而言，雖各地在藥物選擇上存在差異，甲基安非他命仍是全球 MSM 社群藥愛文化的核心象徵與共通語言。

二、 藥愛的行為模式分析

（一） 數位化邀約與符碼文化的興起

現今的藥愛邀約與互動高度依賴數位科技的推動，特別是交友軟體的普及（Capodieci et al., 2025）。常見於 MSM 社群的交友平台如 Grindr、Hornet 等，不僅提供匿名性、即時性與便利性，也打破了過去以公園、三溫暖等實體場域為主的互動形式，使藥愛活動逐漸轉向虛擬空間（林奕任，2020）。

在這些平台上，使用者常透過特定符碼或暗號進行邀約與辨識同好。Tan 等人（2021）指出，「Chill Fun」、「PnP」或「Wired Sex」等術語常被用來指涉藥愛行為。杜思誠（2014）提到，台灣早期常以「E」與「K」分別代表搖頭丸與愷他命，自 2010 年代安非他命盛行後，「煙嗨」一詞逐漸於 MSM 社群流行。李珈旻（2019）進一步指出，台灣各地也衍生不同的地域用語，如南部以「乾呼」指鼻吸安非他命，中北部則以「水車」意指使用水煙工具來吸食，並以「SL」代稱靜脈注射使用（Slam）。由此可見數位化的連結方式不僅加速了 MSM 社群性伴侶的配對過程，也使藥愛的邀約更具匿名性與流動性，成為高效卻又低調的重要媒介。

（二） 從公共到私密—藥愛場域的空間轉向

藥愛文化的另一特徵是場域的轉變。相較於早期以搖頭丸（MDMA）為主的娛樂性藥物多出現在舞廳等公共空間，以甲基安非他命為核心的當代藥愛活動則開始集中於民宅、汽車旅館或星級飯店等私人場所（愛知識性健康知識平台，

2023)。Guadamuz 與 Boonmongkon (2018) 指出，這樣的空間轉向降低了參與門檻，強化群聚性與社群封閉性，同時也使外部的公共衛生或醫療資源更難介入。這樣的隱密性使藥愛活動得以在私密空間中延續，也使得 MSM 社群在「安全感」與「孤立性」之間維持微妙的平衡。

(三) 高風險性行為與健康危害

眾多研究顯示藥愛行為與高風險性行為之間具有顯著關聯 (Capodiecì et al., 2025; Chone et al., 2021; Mundy et al., 2025; Szczypińska et al., 2024)。藥愛參與者通常伴隨多重性伴侶、無套肛交與長時間性行為。Sousa 等人 (2023) 的研究指出，約 75% 的藥愛參與者未使用保險套，其平均性伴侶數顯著高於非藥愛者。Bolmont 等人 (2022) 則表示甲基安非他命等興奮劑會影響大腦前額葉功能，降低風險判斷與衝動控制，會讓使用者更易從事高風險性行為，同時因性行為時間的延長導致性器官與黏膜組織易受磨傷，增加病毒的傳播機率。

在某些 MSM 社群中，甚至出現「保險套污名化」的現象——提出使用保險套可能被視為不信任或暗示對方感染 HIV 與性病，導致性協商更為困難 (Shen et al., 2022)。此外，藥愛與 HIV 及其他性傳染病（如梅毒、淋病）之間的高度關聯亦廣為證實。根據疾管署的研究，藥愛者合併使用成癮物質時，HIV 陽轉風險是非使用者的 3 倍；若同時感染其他性病，風險再增 126% (李佳琪, 2011)。影響因素包括藥物降低風險意識與防護意願 (Bolmont et al., 2022)，多重性伴侶網絡的病原傳播加速 (Coronado-Muñoz et al., 2024)，以及藥物與抗反轉錄病毒治療 (ART) 間的交互作用干擾治療效果 (Huang., 2024)。

(四) Slamming (靜脈注射) 文化的崛起

近年來，藥愛文化中最引人注目的轉變之一，便是靜脈注射 (Slamming，又稱 SL、51、走水路) 甲基安非他命的急速興盛。Slamming 意指將甲基安非他命

溶於水後，以針筒直接注射入靜脈，這種方式能比傳統吸食方式藥效發揮得更快、快感也更加強烈（束連文、王思樺，2016）。同時「Slamming」（注射）與「Sex」（性）結合而成的「Slamsex」更是在 MSM 社群中成為了獨特且新興的藥愛類型（Race et al., 2021）。

Albers（2022）的研究指出，使用者從吸食轉向注射的動機是複雜且多層次的，不僅為追求強烈快感，也可能藉由 Slamming 釋放心壓抑，探索更多元的性實踐（如拳交）；部分使用者則出於經濟考量，認為注射能以較少藥量達到更強效果；對某些人而言，Slamming 甚至構築了其社交網絡與歸屬感，成為社群連結的重要象徵。然而，Slamming 所帶來的健康風險極高，包括藥物過量、感染性心內膜炎、蜂窩性組織炎，以及因共用針具或稀釋液而感染 B 型肝炎、C 型肝炎與 HIV 等（張嫚純、丁志音，2006）。

綜上所述，藥愛行為已成為 MSM 社群中一個兼具快感追求與風險暴露的文化實踐。其結合了數位科技的社交網絡、符碼語言及私密場域，形塑出獨特而複雜的社群結構；同時，高風險性實踐與靜脈注射（Slamming）的蔓延，更凸顯出身體愉悅與健康風險之間的張力。這種文化實踐不僅反映 MSM 社群在追求性自主與面對社會規範之間的掙扎，也揭示了在高度污名與法律壓力下，個體於親密與歸屬之間的矛盾心境，以及公共衛生與心理治療介入所面臨的新挑戰。

三、 藥愛對 MSM 的社群意涵

藥愛在 MSM 社群中具有多層次且複雜的社會文化意涵。從少數壓力理論（Minority Stress Theory）的觀點來看，藥愛行為可被視為 MSM 面對邊緣化、污名與社會歧視時的一種心理與社會性因應機制（Pollard et al., 2018）。在這樣的脈絡下，藥愛情境不僅提供身體上的快感，更創造出一種暫時性的社群歸屬與認同。質性研究顯示，參與者往往在藥愛場域中形塑出所謂的「臨時社群」或「部落」，透過共同的身體經驗與藥物感官連結，獲得情感支持與社會連結，得以短暫

脫離日常的孤立與壓抑 (Milhet et al., 2019)。

此外，藥愛文化也與自我效能與自尊的重建密切相關。對某些 MSM 而言，藥愛場域提供了一個相對安全的空間，讓他們得以探索性身份、增強性自信，並在身體互動中獲得自我肯定。特別是對尚未出櫃、長期承受歧視，或在社群中感到孤立的個體而言，藥愛可能象徵著一種「被看見」與「被接納」的經驗

(Pollard et al., 2018)。然而，這種文化實踐也潛藏矛盾：它一方面帶來歸屬與愉悅，另一方面卻可能伴隨健康風險、成癮問題與情感耗竭 (Giraudon et al., 2025)。

值得注意的是，藥愛在 MSM 社群內部已呈現出一定程度的文化接納，藥物使用在性與非性脈絡中的社群接納度逐漸提高 (Evers et al., 2020)，這一方面反映出次文化的形成與鞏固，另一方面也使公共衛生介入面臨挑戰。當藥愛成為某些社群成員建立連結與自我認同的重要途徑時，單以戒斷或道德勸說為主的策略往往難以有效回應其需求。唯有深入理解 MSM 社群的文化脈絡與動力，發展出更具敏感度、非污名化且符合社群經驗的支持與減害介入，方能實現最佳的預防與處遇介入。

參、 HIV 感染藥愛者的多重挑戰

HIV 感染與藥物使用往往被視為彼此交織的公共衛生議題。當個體同時面臨 HIV 感染與藥物使用過量的雙重診斷，其身心處境將更加複雜與艱鉅。江振亨 (2019) 指出，感染 HIV 的藥物濫用者在戒治歷程中，常同時經歷來自社會的污名、醫療體系與生活適應的困境，其心理與行為調適過程較一般藥癮者更為艱難。綜合前述研究可知，藥愛行為不僅在 HIV 的傳播中扮演重要角色，更使感染者面臨來自「藥物使用者」與「HIV 感染者」雙重身份的社會壓力，導致其在尋求支持與資源的過程中舉步維艱。以下將從生理層面、心理健康與社會污名三個部分探討其所面臨的挑戰。

一、 生理層面挑戰—醫療順從性挑戰、藥物成癮風險

穩定服用穩定服用抗反轉錄病毒治療（ART）是目前控制 HIV 疾病與預防傳播的關鍵，然而藥愛行為常干擾感染者的醫療順從性，導致治療中斷與健康風險升高。LeMessurier 等人（2018）指出，ART 的不順從性不僅會提升愛滋疾病的死亡率，也可能促使病毒持續傳播並產生抗藥性。Maxwell 等人（2019）在對 2010 至 2018 年間的系統性回顧中發現，藥愛者的 ART 不順從比例比非藥愛者高出 23%，顯示維持規律服藥對此族群而言是重大挑戰。Strong 等人（2022）的研究則指出，有藥愛行為的 HIV 感染者，其 CD4 細胞數量顯著低於未有藥愛的感染者，顯示藥物使用不僅影響服藥意願，也干擾免疫系統功能。

此外，Olete 等人（2024）在針對菲律賓 MSM 的研究中雖未發現藥愛與 ART 順從性之間的顯著相關，但觀察到近期參與藥愛的 MSM 其不順從比例呈上升的趨勢，顯示此現象可能會隨時間惡化。後者這點與國內研究相似，Lai 等人（2020）發現娛樂性藥物使用、憂鬱症狀與性病感染皆與 ART 不順從性有顯著相關。另一篇研究更是進一步指出，過量使用甲基安非他命不僅會造成神經認知功能下降，也會增加憂鬱風險，間接導致 ART 治療的不穩定（Lai et al., 2024）。

另一個影響的關鍵便是藥物成癮，藥愛所涉及的藥物中—特別是甲基安非他命，具有高度的成癮性。Hartzler 等人（2017）指出在美國有將近 50% 的 HIV 感染者患有物質使用疾患（SUD）。Li 等人（2021）在台灣的研究顯示，使用甲基安非他命從事藥愛的 MSM 中，近半數已出現明顯的藥物依賴現象。尤其與海洛因等鴉片類藥物有美沙酮、丁基原啡因等替代藥物治療不同，目前尚無針對甲基安非他命等非鴉片類藥物的有效替代療法（Trivedi et al., 2021）。這使得藥愛者在治療選項與支持服務上相對匱乏，且當藥物依賴與 HIV 慢性治療並存時，個體往往陷入「藥物使用—治療中斷—健康惡化」的循環，也使疾病管理更加困難。

二、 心理健康挑戰—精神疾患共病、自傷/自殺高風險

HIV 感染藥愛者也同樣面臨著多重且複雜的心理健康挑戰，其中最需關注的現象之一便是精神疾病的高共病率。Gavin 等人（2021）針對西班牙的研究指出，藥愛者中多達 72.1% 具有精神疾患共病，而 HIV 感染與甲基安非他命的使用更被視為顯著增加精神病風險的關鍵因素。Moreno-Gómez 等人（2022）綜整多項研究後發現，藥愛者的精神疾患症狀發生率介於 6.7% 至 37.2%；特別是在 Slamsex、多重藥物使用與長期吸食甲基安非他命者中，其罹患精神病的風險更是非使用者的三倍。Lee 等人（2023）針對香港 MSM 社群的研究亦提供了華人地區的觀察數據，結果顯示 HIV 感染藥愛者罹患軸 I 類精神疾病（Axis I Mental Disorders）的比例約為非藥愛者的三倍，顯示精神疾患共病是 HIV 感染藥愛者中極為突出的健康議題。

在這些共病之中，憂鬱與焦慮症狀尤為顯著。Capodiceci 等人（2025）於義大利的研究發現，藥愛者與憂鬱症狀呈現強烈正相關，而這樣的現象在同時感染 HIV 者中更為明顯。Bohn 等人（2020）針對德國樣本的分析亦指出，藥愛者在憂鬱與焦慮的平均分數上均顯著高於非藥愛者。Íncera-Fernández 等人（2021）在系統性回顧的研究中發現從事藥愛的 MSM 更容易經歷憂鬱、焦慮與藥物依賴，而在同時感染 HIV 且進行 Slamsex 的族群中，則觀察到更高比例的偏執意念、自殺意圖與情緒困擾。

這樣的現象在台灣也有相似趨勢。Hung 等人（2023）針對台灣 HERO（藥愛療癒、賦能、復元）中心個案的研究發現，藥愛者中約有 25.7% 為 HIV 感染者，其中 25% 出現焦慮症狀、29.3% 出現憂鬱症狀，且有 32.1% 在兩週內經歷過焦慮或憂鬱發作。研究同時指出，使用心理健康服務的經驗與降低藥愛行為的意願之間呈現顯著正相關，顯示心理健康支持不僅刻不容緩的照護，更是減少藥愛風險的重要防護因子。

除了精神疾患共病之外，自傷與自殺風險亦是 HIV 感染藥愛者心理健康中的重大警訊。Strasser 等人（2023）回顧 2016 至 2022 年間的研究指出，藥愛使用者

的自殺意念盛行率從 11% 上升至 83%，自殺企圖率則從 7.1% 提升至 27%。值得注意的是，MSM 社群本身的自殺意念與企圖率即高於一般人口，而從事藥愛行為者則進一步將此風險放大。該研究也進一步發現風險因素與性少數的社會逆境、HIV 及性病感染、心理壓力與內化污名密切相關。對此台灣的研究與之相呼應，Hsu 等人（2024）指出有 27.7% 的藥愛者曾在過去一週出現自殺意念，其中超過半數為 HIV 感染者，反映出此族群的心理困境不僅是個體層面的議題，更與社會結構性的壓力緊密交織。

綜上所述，HIV 感染藥愛者的心理健康問題具有高度的脆弱性，從精神疾患、情緒困擾到自殺風險，均反映出藥物使用、疾病處境與社會歧視的多重交錯效應。這些心理挑戰不僅阻礙了 HIV 感染藥愛者的復元動能，也使其在面對疾病管理與求助過程中更顯孤立，而這些困境提醒我們，復元並不單只是醫療的問題，更關乎 HIV 感染藥愛者被看見、被理解與被承接住的需要。

三、 社會污名挑戰—形成多重困境的交織性

污名（Stigma）一詞源自 Goffman 書中的經典概念，指個體或群體因偏離社會主流規範而被貼上負面標籤並遭受歧視。HIV 自出現以來便伴隨深厚的社會污名（蔡宜蓁等，2013），而對於同時身為 HIV 感染者與藥愛者的 MSM 而言，所承受的更是「三重污名」——來自感染身分、藥物使用以及性少數身分的交疊壓力（Amundsen et al., 2023）。特別在許多亞洲社會中，這多重標籤身分不僅象徵社會邊緣，也常伴隨法律制裁與道德譴責的風險，使 HIV 感染藥愛者更難接近友善的醫療與減害服務（Alibudbud et al., 2022）。這種層層疊加的社會排拒，使他們承受著深層的心理壓力，甚至可能導致自我價值感的瓦解。

Turan 等人（2017）指出，HIV 感染者常將社會對「骯髒」、「有罪」、「不值得被愛」的負面標籤內化為自我概念的一部分，形成所謂「內化污名」。這種內在認同的崩解，與憂鬱、焦慮及無望感高度相關（Venable et al., 2006）。同時，

Camacho 等人（2020）發現許多感染者也懷抱「預期性污名」，即害怕他人得知其身分後會遭到排斥，因此長期活在「被揭露」的恐懼中，導致對醫療治療的抗拒與不信任。Rueda 等人（2016）整合多項研究後指出，高度的污名與高風險性行為、憂鬱、醫療順從性低、焦慮與負向自我概念等密切相關。這些研究揭示出污名不只對身心健康的影響，更是與 MSM 的藥愛文化相互形成複雜的交織性。

而這些污名也在公共衛生體系中引發一連串漣漪效應，Valdiserri（2002）早在二十年前便指出，HIV 污名會讓高風險族群害怕被醫療人員評價或排斥，而延遲檢測與治療，影響疾病控制與防疫成效。Mbeda 等人（2020）針對撒哈拉以南非洲的 MSM 研究亦發現，許多人因擔心性傾向曝光而避開醫療服務，使得 HIV 預防與治療工作更加困難。Tsai 等人（2019）則進一步指出，當醫療人員對藥物使用者抱持偏見時，會直接削弱醫療與減害服務的可及性，使這群人更加遠離醫療照護系統。

另一方面，社會污名也形塑了 MSM 社群內部的文化與互動模式。Huang 等人（2024）指出，藥物使用者與 HIV 感染者為了應對外部歧視，發展出特定的符碼與隱語以維持匿名性與安全感。然而這樣的符碼文化同時也可能在社群內部製造新的排斥與分化。Smit 等人（2012）發現，部分感染者因害怕在社群內遭受負面評價而選擇隱瞞感染身分，反而使病毒傳播風險升高。Samuel（2024）也觀察到 MSM 社群中以「Clean」標示未感染者的文化傾向，將感染者隱喻為「不乾淨」或「不受歡迎」的性伴侶。即使現今交友軟體平台已設有陰性、PrEP、陽性、未檢測等多元選項供使用者揭露其健康狀態，但仍有相當比例的使用者選擇不揭露，多半是出於對污名化、差別待遇或個資外洩的恐懼（Warner et al., 2019；Warner et al., 2024）。這些現象反映出污名不僅存在於社會結構與醫療體制中，也滲透 MSM 社群內部的互動與文化規則之中。

綜上所述，HIV 感染藥愛者所面臨的，不僅是疾病與藥物使用的身體風險，更深陷於社會結構性偏見與文化歧視所交織的困境之中。這些外在的排斥與內化

的羞愧，使他們在求助、就醫與建立支持關係時步履維艱，也讓「被看見」與「被理解」需求成為一種不敢奢求的想望。污名的力量不僅隔絕了感染者與社會的連結，更在他們內在植入一種長期的孤立與自我否定。唯有當社會能以更溫柔與細膩的方式，聽懂且理解 HIV 感染藥愛者身處的複雜處境，將他們視為值得被支持、而非被責難的主體，污名的壁壘才有機會鬆動。這樣的理解與接納，不僅是公共衛生介入的起點，更是復元與關係修復的根基。

第二節 HIV 感染藥愛處遇的理論與相關研究

綜整 HIV 感染藥愛者在生理、心理與社會等所面臨的多重挑戰，也揭示出 MSM 社群的健康風險與社會處境並非僅源自個體行為，而是與結構性歧視、次文化污名與資源可近性等緊密交織。這樣的脈絡意味著對 HIV 感染藥愛者的支持與介入不僅需要醫療層面的照護，更需關照心理健康、社會支持與文化敏感性的整合策略。對此，學術與實務領域紛紛探索不同的介入模式，以回應這類「疾病—藥物—污名」三重脆弱交錯下的需求。以下將分別探討國內外處遇上的相關研究，並探討減害取向何以是一個值得考慮的方向。

壹、 針對 HIV 感染藥愛者的處遇研究回顧

一、 不同取向之心理治療介入成效

目前國際間尚未建立專門針對 HIV 感染藥愛者的心理治療模式，但已有多種治療取向在 HIV 感染者與藥愛者的研究中逐漸展現出實務成效，為後續的介入模式提供了理論依據與實證支持。

（一） 認知行為治療（CBT）

CBT 在針對藥物使用者與 HIV 感染者的介入上具有相當豐富的實證基礎。Reback 與 Shoptaw（2014）運用結合「男同志專屬認知行為治療」（Gay-specific CBT, GCBT）與「後效作用管理」（Contingency Management, CM）的整合模式，發現能顯著延長 MSM 戒斷甲基安非他命的週期，並減少性伴侶人數。Shi 等人（2019）指出，CBT 能有效改善 HIV 感染者的憂鬱症狀，Yu 等人（2022）的研究亦得到類似結果，並指出此成效在教育程度較高者中特別明顯，不過也同步提及相關研究多聚焦於憂鬱議題，對其他心理健康層面的探討相對不足。Coelho 等人（2025）進一步發現，CBT 介入可增強感染者對 ART 的服藥順從性，尤其在

合併精神疾患或處於中低收入國家的個案中效果更為顯著。Hassan Awaji 等人（2025）的研究亦顯示，CBT 可有效降低 MSM 的高風險性行為，特別是在無保護措施的肛交性行為方面。

（二） 接納與承諾治療（ACT）

ACT 屬於第三波認知行為取向，透過「接納、認知解離、當下覺察、觀察自我、價值澄清與承諾行動」六個核心歷程，強化個體的心理彈性。研究顯示，ACT 在減少物質使用上具有良好療效（Osaji et al., 2020；Karekla et al., 2025）。Strika-Bruneau 等人（2024）的探索性研究指出，ACT 對有藥愛行為的 MSM 在焦慮、憂鬱、心理僵化與性成癮上的症狀均具改善效果。Pozo-Herce 等人（2024）亦在系統性回顧研究中指出，ACT 與 CBT 等取向能協助藥愛者發展復發因應策略，緩解情緒困擾並改善人際關係品質。

（三） 動機式晤談法（MI）

MI 是一種以個案為中心的晤談取向，旨在協助個體釐清矛盾、增強改變動機。研究顯示，MI 極具實務可行性，特別適合運用於 HIV 服務體系（Knudsen et al., 2025）。Wechsberg 等人（2012）發現 MI 有助於提升 HIV 感染者 ART 服藥順從性及安全性行為。Ontario HIV Treatment Network（2024）的報告指出，MI 介入可顯著降低高風險性行為與藥物使用頻率，且介入時間越長、療效越穩定。Feijó 等人（2025）的系統性回顧研究則進一步確認，MI（無論是否與 CBT 結合）均對多項健康與行為結果產生正面影響。

（四） 以正念為基礎的治療

正念（Mindfulness）指一種專注於當下、不加批判地覺察自身經驗的狀態（Kabat-Zinn, 2003）。Witkiewitz 等人（2012）的研究指出，以正念為基礎的復發

預防模式（MBRP）能顯著減少藥物渴求。Banbury 等人（2024）則發現，線上正念認知介入（MBCI）對有藥愛行為的 MSM 在降低焦慮、促進性健康與自我照顧方面具有正向效果。

（五） 國內的團體模式介入

目前台灣針對藥愛者的心理處遇研究仍相對稀少，現有研究多以團體模式為主要形式。李珈旻等人（2018）以藥癮減害團體的模式進行實踐，並指出團體中能透過減害理念建構安全的敘說空間，有助於藥愛成員在復發後承接罪惡感。陳伯愷等人（2021）結合 MBRP 與 MI 的團體介入模式，發現可提升藥愛者自我覺察並降低復發風險。賴志超等人（2023）則透過心理劇團體的介入，顯著降低藥愛者焦慮與負向情緒，並提升幸福感、活在當下及覺察藥物使用對自己的傷害影響。

綜上所述，國際上已有多元的心理治療取向應用於 HIV 感染與藥愛族群的研究與實務中，顯示此領域的介入策略正從單一模式走向多元。值得注意的是，越來越多研究開始結合 CBT、ACT、MI 與正念等不同治療元素，形構成兼具結構性與彈性的整合性介入策略。這樣的趨勢不僅回應了 HIV 感染藥愛者身心處境的複雜性，也為未來在地化的減害服務提供了重要啟示——真正有效的介入，或許不在於套用單一理論，而是能否以人為本、以關係為核心，整合多元方法以回應真實生命的困境及需要。

二、 多元的減害策略

除了心理治療的介入，針對 HIV 感染藥愛者亦發展出多元化的因應策略，並側重減害的理念與觀點來推行，期望降低藥物使用與性行為風險所帶來的身心與公共衛生影響（Strong et al., 2022）。這些介入策略涵蓋生物醫學、數位科技與同儕支持等多重層面。

（一） 化學預防（chemoprophylaxis）減害

在化學預防層面，暴露前預防性投藥（Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP）與暴露後預防性投藥（Post-Exposure Prophylaxis, PEP）為當前全球降低 HIV 感染風險的主要策略之一。PrEP 指個體於高風險性行為前規律服用抗反轉錄病毒藥物以預防 HIV 感染；而 PEP 則是在性行為或針具暴露後 24 至 72 小時內啟動藥物療程。這些化學性預防介入對參與藥愛的高風險者尤具關鍵意義（Íncera-Fernández et al., 2021）。然而，研究亦指出，儘管 PrEP 能有效降低 HIV 感染率，但性病的盛行率卻呈現上升趨勢（Flores Anato et al., 2020；De La Mora et al., 2022），顯示單一藥物防護仍不足以應對整體健康風險，需整合心理支持與行為教育等多面向介入。

（二） 數位減害

近年來，隨著藥愛活動日益數位化，研究者開始發展以網路與行動科技為基礎的減害介入策略。Reback 等人（2021）將原本的治療方案〈Getting Off〉轉化為行動應用程式，提升治療可近性與匿名性，結果顯示能有效降低 MSM 使用甲基安非他命的頻率並改善性健康指標。Herrijgers 等人（2022）開發的〈Budd〉應用程式則整合了自我監測工具、減害資訊與在地資源，協助使用者在參與藥愛時維持更安全的行為實踐。Gautam 等人（2023）於馬來西亞推行的〈PartyPack〉行動醫療方案，透過匿名配送安全性套組（含保險套、潤滑劑、消毒用品等），有效降低藥愛過程中暴露風險。Choi 等人（2023）在香港的研究亦證實，以減害為導向的線上介入能顯著提升 MSM 拒絕危險性行為的能力、降低藥愛意願，並提高 HIV 篩檢率。

（三） 同儕領導減害

除科技與醫療導向外，同儕介入亦逐漸成為國際間減害工作的關鍵策略之一。Thain 等人（2024）在馬來西亞推行的〈Beyond-66〉即是一項嶄新的同儕領導減害介入方案，由具藥愛依賴經驗的引導員帶領，透過經驗分享與支持關係的建立，協助 MSM 族群增強戒除動機與心理健康。研究結果顯示，參與者在自我效能、復元意識與減少藥物使用方面皆有明顯改善，凸顯社群互助在減害實踐中的潛在力量。

綜合而言，國際間針對 HIV 感染藥愛者的減害實踐也和心理治療的趨勢相似，逐步從單一的策略因應走向結合醫療、心理、社群與科技的整合式模式。這些多元介入不僅在公共衛生層面上展現實效，更重要的是，它們體現出一種以「減少傷害」為核心的人本關懷取向。

三、 整合型照護模式

由於 HIV 感染與藥愛行為之間的有著極為複雜交織，近年來學者們開始呼籲應建立「整合型照護模式」（Integrated Care Model），以回應 HIV 感染者與藥愛者在醫療、心理與社會層面的多元需求（Hill et al., 2023）。

在國際上，多國已發展出具代表性的整合照護實踐。英國的性健康診所體系便是先行者之一，其中以倫敦的 56 Dean Street 最具代表性。該診所自 2009 年設立以來，採取多專業團隊模式，結合醫師、專科護理師、物質使用實務工作者及心理健康顧問，提供包含性病檢測與治療、HIV 檢測與治療、暴露前預防性投藥（PrEP）、以及藥愛與心理支持等整合服務（British Psychological Society, 2023）。根據 Gregson 等人（2021）分析，自實施整合性預防措施後，該診所 HIV 新診斷案例自 2016 年的 679 例降至 2020 年的 129 例，降幅高達九成，顯示整合型服務對 HIV 防治具顯著成效。

西班牙的 BCN Checkpoint 由社區組織於 2006 年在巴塞隆納成立，是歐洲第一個專為男同志與跨性別者設計的社區性健康中心，提供快速 HIV 篩檢、PrEP

計畫與性健康諮詢等服務。近年更積極擴展至藥愛與成癮支持領域，並以社區參與為核心，推動以同儕支持為基礎的照護模式（Kirby, 2022）。。

荷蘭的 Mainline Foundation 則以減害為核心理念，從 2015 年起針對藥愛 MSM 社群提供介入服務。其「連續性照護」（continuum of care）模式強調預防、減害與治療之間的無縫連結，並培訓專業人員、發展社區倡議，使個案在藥物使用的不同階段都能獲得可近、持續且非評價的支持服務（Bakker & Knoops, 2018）。。

澳洲的 Thorne Harbour Health（前身為 Victorian AIDS Council）自 1983 年成立以來，一直是澳洲 HIV 與 LGBTIQ+健康促進的核心機構。該組織提供心理健康、藥物與酒精諮詢、減害治療與清潔針具計畫等多項服務，並推行「Re-Wired」計畫—澳洲第一個針對 MSM 的甲基安非他命治療與支持方案。此計畫以減害為核心策略，融合治療性介入與同儕支持，藉以提升參與者的戒除動機與心理健康（Burgess et al., 2018）。

在亞洲地區，台灣的 HERO 中心（Healing, Empowerment, Recovery of Chemsex）則是亞太地區首要針對藥愛族群設立的整合型服務中心。該中心由與在地 LGBT 社群合作多年的非政府組織於 2017 年成立，初期設置於區域醫院內，提供以減害理念為基礎的一站式服務，包括藥愛與心理健康照護、HIV 檢測及 PrEP/PEP 諮詢等（Barmania, 2022）。自 2022 年起，HERO 轉型為社會企業並更名為 HÉROS，其新模式結合社區診所、藥局與健康中心，將照護重心由醫院移向社區，實踐以人為本、社區為核心的整合照護（Strong et al., 2023）。

綜觀上述的研究可見，整合型照護展現出回應 HIV 感染藥愛者需求的有效性。這些模式的共同特徵在於：以社區為基礎、跨專業合作、一站式服務及強調非評價的減害精神。它們不僅使服務更具可近性與持續性，也在結構上打破了醫療與社會之間的阻礙城牆。正因如此，減害取向逐漸被視為在 HIV 與藥愛介入中最具實際可行性與人本關懷的方向。

貳、 減害取向何以是一個值得考慮的方向

一、 什麼是減害？

減害（Harm Reduction）意指「減少傷害」，其主要目標在於降低藥物使用後對個人、家庭及社會所造成的不利後果。然而，減害並不以「完全停止使用藥物」為前提，也非僅聚焦於減少使用量；其核心關注的是藥物使用過程中及停止使用後所可能產生的傷害，試圖理解藥物使用行為背後所潛藏的需求與動機，並提供實用且可行的措施，以降低風險和危害（Denning & Little, 2024）。

雖然減害理念早已在公共衛生領域中被廣泛應用，但其與藥癮防治的連結，始於 1980 年代成功控制靜脈注射藥物使用者（IDU）的 HIV 疫情之後。減害的精神在於承認現實世界中的改變往往是緩慢、漸進的，而非一蹴可幾的理想化過程（Wodak & McLeod, 2008）。

根據美國國家減害聯盟（National Harm Reduction Coalition, 2020）制定的原則，減害的核心理念包括：

1. 接納藥物使用為社會現象的一部分，並致力於減少其帶來的傷害。
2. 理解藥物使用是一種複雜且多層面的行為。
3. 以提升生活品質與福祉作為介入成效的指標，而非單純追求戒斷。
4. 向藥物使用者及其社群提供非批判、非強制性的支持與服務資源。
5. 確保藥物使用者擁有參與決策的發言權。
6. 肯認藥物使用者本身即是減害實踐的主體。
7. 關注社會結構性因素（如貧困、歧視、創傷等）對藥物使用與危害承擔能力的影響。
8. 誠實面對藥物使用所可能帶來的真實風險與危害。

減害取向看似與傳統「零容忍」的戒斷政策相左，但事實上，兩者並沒有本

質上矛盾。只要「減少傷害」仍為首要目標，長期戒斷亦可視為減害實踐的終極目標之一（Wodak & McLeod, 2008）。Ti 與 Kerr（2014）在溫哥華的研究指出，採取針具交換、同儕計畫及美沙酮替代治療等減害措施後，HIV 與 C 型肝炎的感染率明顯下降，共用針具的比例截至 2011 年已低於 2%。這顯示減害策略在疾病防治上具有很好的實證支持。

二、 減害與完全戒斷之間的對比

減害（Harm Reduction）與完全戒斷（Abstinence）分別在藥癮治療領域中代表了兩種不同的哲學取向。前者聚焦於「降低危害」；後者則將「完全停止藥物使用」視為唯一成功標準。兩者在治療目標、服務對象與介入態度上存在顯著差異。

表 2-2 減害取向與完全戒斷取向的差異比較

面向	減害模式	完全戒斷模式
目標設定	降低傷害為首要目標；戒斷是選項之一但非必要	完全停止藥物使用視為唯一目標
服務門檻	低門檻，不要求戒斷承諾	高門檻，需先同意戒斷
服務對象	包括無法或不願戒斷者	主要服務願意戒斷者
成功定義	使用量減少或危害減少即為進步	只有完全戒斷才算成功

資料來源：Denning & Little（2024）、Logan & Marlatt（2010），研究者綜合整理

減害與戒斷取向最大的分歧在於對「復發」的態度。戒斷取向多將復發視為治療失敗，而減害則將其視為復元歷程的一部分，強調即使仍持續使用藥物，也能透過安全與負責的方式降低傷害（Denning & Little, 2024）。

此外，以戒斷為基礎的疾病模式傾向要求藥物使用者先做到戒除藥物，否則

將視為尚未準備好接受服務，而這往往都需等到情況已變得足夠糟糕、或者「跌到谷底」後，藥物使用者才會同意戒斷是他們唯一的選擇，然後才被允許接受治療。而減害則更著重以人為本的理解，將焦點放在個體的整體處境與心理脈絡上，承認使用藥物有時是為了面對情緒困境與社會排斥的暫時性因應（Rothschild, 2025）。這種觀點更貼近心理治療中對「復元歷程」的理解，也更能建立具同理性的助人關係。

雖然目前直接比較兩者效果的實證研究仍相對有限（O'Leary et al., 2024）。不過在一項針對藥癮者團體治療效果的統合分析發現，在五項符合資格的研究中，有四項研究指出減害表現優於戒斷模式（Parramore, 2020）。也有一些研究支持，減害的介入措施更具有成本效益（Broz et al., 2021；Wilson et al., 2015）。

三、 減害何以適用於 HIV 防治與 MSM 的藥愛議題上？

在 HIV 感染的防治上，特別是提供乾淨針頭與替代藥物療法等減害措施，已被視為有效降低注射藥物使用者（PWID）HIV 感染擴散的主要策略，並獲得大量實證研究支持（Aspinall et al., 2014；Broz et al., 2021；Fernandes et al., 2017；Huang et al., 2014；Matter & Younan, 2025；Ti & Kerr, 2014；Yeh et al., 2023），同時也受到國際組織的肯定及背書（UNAIDS, 2016；WHO, 2021）。

針具交換計畫（NSPs）旨在提供無菌注射設備與安全處理方式，高覆蓋率的 NSPs 已證實能顯著降低共用針具所導致的傳播風險；而鴉片類藥物替代療法（OAT）——以美沙酮與丁基原啡因為代表，則能有效減少注射頻率並降低過量使用的風險（Matter & Younan, 2025）。更有研究指出，當 NSPs 與 OAT 整合推行時，可使 PWID 的 HIV 感染率下降超過 70%（MacArthur et al., 2012）。

此外，抗反轉錄病毒療法（ART）有助於降低病毒量並預防 HIV 傳播，而每日服用或長效型的暴露前預防性投藥（PrEP）則為高風險族群提供額外的防護。這些多元減害策略的結合，已被國際公共衛生系統納入為主流預防政策（Matter

& Younan, 2025)。

另一方面，隨著 MSM 藥愛文化逐漸成為 HIV 防治中不可忽視的現象，近年亦有越來越多學者呼籲，應在回應 MSM 藥愛者所處的社群文化、性實踐與多重污名交織的脈絡下，發展更具彈性與多元性的減害策略。Pozo-Herce 等人

(2024) 在一項系統性回顧研究中指出，藥愛行為所導致的危害與缺乏減害策略之間存在顯著關聯，特別是許多從事藥愛的 MSM 可能不願改變其行為或使用專業照護服務，因此相較於尋求戒斷，更傾向選擇減害作為可行的介入途徑。

Íncera-Fernández 等人 (2025) 則在針對藥愛者介入策略的系統性回顧中指出，現今發展的多元減害措施—包含化學預防的 PrEP 與 PEP、社區整合型照護模式、數位介入程式以及心理治療等，能有效降低藥愛的參與頻率，同時提升個體自我效能與心理健康狀態。

整體而言，減害取向兼具公共衛生與心理社會層面的意涵，不僅能有效降低疾病傳播與醫療風險，也更貼近 HIV 感染藥愛者所處的真實生活脈絡。相較於傳統的完全戒斷，減害更強調人性化、低門檻與建構同盟關係的介入精神，特別適用於面對高度污名與文化敏感性的 MSM 社群。

然而，儘管減害策略在國際上已獲廣泛實踐，其針對 HIV 感染藥愛者的具體研究與在地化經驗仍相對較少。這正顯示出探討以減害為核心的 HIV 感染藥愛者介入研究，不僅具有理論與實務上的必要性，更是回應當前防治策略缺口、促進平權的重要方向。

第三節 在地的減害實踐與可能的研究方向

隨著國際間對藥物使用與 HIV 防治逐步採取以人為本的減害取向，台灣的防治策略也在近二十年間歷經顯著轉型。從早期以懲罰與戒斷為核心的「零容忍政策」，逐漸走向兼顧公共衛生與人權保障的減害模式，顯示出政府在面對複雜的藥癮與感染議題時，已不再僅以控制或矯正為目的，而開始嘗試以整合性照護回應不同族群的實際需求。這樣的政策演變，不僅是防疫策略的調整，更反映出台灣社會對藥物使用者與 HIV 感染者的觀念正逐漸鬆動，從「他者化」的排斥邏輯，走向更具包容與支持的健康治理視角。

本節旨在梳理台灣減害觀點的在地實踐與發展脈絡，分別探討政府體系的政策措施、以及民間組織的自發行動，並試著回應現行制度下對於 HIV 感染藥愛者仍有待發展的研究方向。

壹、台灣藥物政策與 HIV 防治中的減害觀點

近年來，減害取向逐漸成為全球藥物與 HIV 防治的重要思維，而台灣的政策發展亦隨著國際趨勢而持續調整。回顧其歷程，可發現我國的減害觀點並非一蹴可幾，而是在多次的公共衛生危機與社會輿論衝突之下，逐步摸索出一套兼顧「防治成效」與「人權保障」的政策框架。

根據李志恒、馮齡儀（2017）的研究，我國藥物危害的歷史大致可分為三個階段：十九世紀末至日據時期的鴉片氾濫、1980 至 1990 年代的甲基安非他命浪潮，以及 2000 年代初以海洛因與愷他命為主的新興藥物興起。2004 年同時發生的「注射藥物使用者疫情爆發」與「農安街轟趴事件」，成為台灣首次引入減害政策的轉捩點。以下將此區分兩個段落，其分別重點代表了我國對於 HIV 防治所發展的減害奠基。

一、 解決海洛因成癮與共用針具感染的減害計畫

海洛因作為有極強成癮性且被列為我國一級毒品的鴉片類藥物，其使用者多以「針具注射」作為主要的使用方式，因此注射藥物使用者（PWID）常因針具不潔、共用針頭與稀釋液等，導致肝炎、性病以及 HIV 病毒的感染（Chen et al., 2008）。特別是 HIV 的爆發擴散，在 2003 至 2005 期間為我國感染疫情最嚴峻的時期（李志恒、馮齡儀，2017）。

2004 年，疾管局收獲各地看守監所通報 PWID 感染人數激增的通報，當年的新感染人數則暴增了 600 名，增加率達 77%，成長幅度是前所未有之高（黃道明，2014）。為應對這一新興的公共衛生威脅，疾病管制署於 2005 年實施一項「試點減害計畫」，重點關注四個行政區域：台北市、台北縣（早期的新北市）、桃園縣和台南縣，並於 2006 年將該計畫推廣至全國（Lee et al., 2012）。這個減害計畫包含了擴大教育和篩檢、針具交換計畫以及鴉片類藥物替代療法，然而在當時的社會氛圍、媒體及相關政府體系部門（警政、矯正機關等）仍傾向對非法藥物的使用進行壓制與禁止的主流思想下，提供免費針具以及替代成癮藥物（如美沙酮、丁基原啡因等）減害計畫，無疑被反毒人士與團體抨擊為荒誕不經並質疑間接鼓勵繼續使用藥物（Chen, 2016）。這也形成了一個有趣的矛盾現象，政府不鼓勵警察在合作美沙酮的醫院與診所附近徘徊並對前來者進行逮捕，即使知道這些人有使用非法藥物之行為。

然而，這項減害計畫確實達到很好的成效，在計畫實施後的四年有效降低了 PWID 的 HIV 感染率。Lyu 等人（2012）研究指出，回收針具中 HIV 陽性率自 2007 年 3 月的 18.0% 降至同年 10 月的 9.4%；2009 年因使用第一級毒品（海洛因）被捕者首度低於第二級毒品（甲基安非他命、搖頭丸、大麻），顯示出美沙酮替代療法對藥物相關犯罪數量的影響顯著。

不過，也有學者指出，感染率下降或許不僅歸功於政策介入，更可能與民間

組織長期推動的防疫宣導與公衛教育有關。早期的愛滋防治宣導多聚焦於針具共用的風險，而忽略共用稀釋液的傳染途徑；加上美沙酮療法可近性不足，反映教育與篩檢才是減害政策成功的關鍵（Chen, 2016；Lyu et al., 2012）。

整體而言，這一階段的政策確立了「減害作為公共衛生介入手段」的可行性，為台灣後續防治 HIV 的政策基礎奠下根基。但隨後疫情又再次激增，這引發了政府體系的警覺，發現傳播模式逐漸變化向更廣泛的群體，也就是 MSM 社群的藥愛型態轉向。

二、 因應從 Club Drugs 轉化為 Chemsex 的減害策略

2000 年代初期，MSM 社群在台北都會區興起了以電音派對與轟趴為核心的娛樂性用藥文化。從早期的「搖頭店」到 2002 年興起的藥物性愛轟趴，網路社群（如 BBS、聊天室與部落格）成為傳遞用藥與性經驗的重要平台。直到 2004 年初「農安街轟趴事件」和同年 10 月「建國北路事件」發生後，媒體大肆報導「毒品、男同志、愛滋」之間的濫交關係，尤其當時愛滋的主管機關甚至配合檢警偵辦、洩漏感染者身分，並將 28 名 HIV 感染者通通移送法辦的作為，激起社會對 MSM 社群的輿論撻伐（蔡孟哲，2015）。

由於農安街事件後，媒體與警方對此的關注度上升，建國北路事件被視為延續性的取締行動，進一步鞏固了社會對「男同志、毒品、愛滋」三位一體的污名化印象。這個讓公權力（司法、警方、衛生單位）對 MSM 藥物性愛派對的「合力肅清」行動或許符合當時我國整體的反毒意識型態（黃道明，2014）。但如今來看這起行動顯得荒腔走板與人權迫害，無疑加劇了 MSM 社群的恐慌，並使得原本在檯面上的娛樂性使用轉變為地下化與私密化的藥愛文化。

娛樂性用藥的派對場景開始轉型為私人邀約及私宅化的空間轉向，派對聚會越來越少見。而藥物類型也從原本適合派對狂歡的搖頭丸（俗稱 E、衣服）與愷他命（俗稱 K、褲子）等，轉變為更貼合網路約炮生態的性愛藥物—甲基安非他

命（俗稱煙、冰），並再次讓用藥助興／性的 MSM 成為我國 HIV 疫情的核心版圖（曾嘉琳等人，2021）。

面對排山倒海的疫情以及社會污名效應，我國於 2007 年修訂《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》，擴大感染者的人權保障，包含明文禁止公私立照護機構拒絕收治感染者，解決當時感染者面臨社區排斥的狀況。同年也在全國推動了愛滋病個案管理試辦計畫，旨在提高 ART 的服藥順從性，以期感染者能達到持久的病毒抑制（Huang et al., 2025）。

為了加速 HIV 感染疫情的防治，在此之後政府推展了幾項相當重要的減害策略。2016 年我國遵循世界衛生組織（WHO）的指導方針，不論 CD4 計數或處在愛滋病病程的哪個階段，只要診斷確立，就實行全面的 ART 治療（Lin et al., 2017）。並於 2021 年政府引進推展免疫層析試紙分析法

（Immunochromatography），取代耗時的西方墨點法（Western Blot），來作為快速確認 HIV 的診斷工具，達成當日診斷、當日即投入 ART 治療的方針（洪健清，2024）。2016 年我國也投入暴露前預防性投藥（PrEP）的試辦計畫，並於 2018 年起擴大辦理，以增加對 HIV 感染高風險族群的預防覆蓋率（Huang et al., 2024）。2017 年則實施全國愛滋病毒自我篩檢計畫，大幅度提高篩檢的就近性、可近性與隱匿性，該計畫已被證明能有效提升 HIV 陽性個案的發現率並有五分之三的個案在篩檢呈陽性後一個月內連結到相關醫療服務。

簡要地說，政府推展的減害策略，其關鍵核心即是針對未感染者擴大篩檢、推展衛教以及 PrEP 預防；針對已經確診的個案，則儘速提供治療，維持病毒量檢測不到，除了自身免疫功能有機會恢復，同時也大幅降低傳染他人的風險（洪健清，2024）。

綜觀我國的減害政策發展，從針對注射藥物使用者的防疫策略，到面對 MSM 藥愛文化的防治行動，台灣的政策歷程清楚反映出「從疾病控制逐漸走向人權導向」的轉變。政府逐漸意識到，防治不僅是抑制傳染，更必須兼顧人權、污名、

可近性與社群參與等社會層面的考量。然而，我國整體的政策架構仍深受「反毒意識形態」的影響，對藥物使用的理解多停留在「毒品防制」與「戒斷矯治」的框架中。藥物使用者、藥愛者依舊被視為偏離社會規範的「問題群體」，其行為被歸類為道德失序或行為偏差，而非一種與心理、社會、關係處境緊密且複雜現象。這樣的觀點不僅延續了「用藥者＝危害」的單一敘事，也使得減害政策在實際推行時，仍受限於法律管制與社會污名的雙重張力，難以真正落實以人為本、以復元為導向的精神。

因此，儘管國家層級的防治架構沿用了減害觀點，但現有政策多聚焦於醫療與公衛面向，以「心理健康」、「關係動力」及「生活復元」為導向的整合性減害模式仍相對不足。這也顯示，深入探討減害取向如何在 HIV 感染藥愛者身上落地實踐，並發展符合在地文化脈絡的介入策略，能夠是未來研究與實務發展不可或缺的重要方向。

貳、 在地民間組織的減害實踐與作為

我國政府自 2017 年啟動「新世代反毒策略」以來，至 2025 年已邁入第三期行動綱領，仍以「緝毒、驗毒、戒毒、識毒」四大方向作為國家藥物政策的核心架構（行政院，2024）。然而，這套政策基調依舊深受反毒意識形態主導，將藥物使用視為必須被遏止的偏差行為。在此官方框架之下，民間非營利組織（NGO）對於 HIV 感染藥愛者的自發行動、社區工作與制度倡議便顯得格外重要，也形成我國減害實踐的另一個重要支軸。

Morisky 等人（2009）指出，自 1992 年起，台灣陸續出現多個以愛滋防治為主的 NGO，提供預防教育、匿名篩檢、諮詢與庇護等服務。尤其在 PWID 疫情爆發期間，台灣預防醫學學會旗下的「希望工作坊」更主動進入矯正機構推動愛滋預防教育。Twu 等人（2004）亦指出，台灣 NGO 積極扮演社區中「最後一哩路」的角色，不僅協助政府連結難以觸及的高風險群體，也在同志匯聚場所，像

是三溫暖、酒吧、公園等地提供保險套、衛教資訊與匿名篩檢等減害措施。

一、 國內實踐藥愛減害的民間組織

由於台灣本土的藥愛研究起步較晚，國內針對藥愛行為與減害介入的論文仍相當有限。目前最具代表性的本土減害實踐研究，即為國立成功大學莊佳蓉教授團隊於 The Lancet HIV 發表之 HERO 中心模式。

2017 年，在成大醫學院柯乃瑩教授的推動下，愛之希望協會整合產、官、學、民四大體系對「愛滋防治」的理念，在高雄市成立了「藥愛療癒復元健康中心」(Healing, Empowerment, Recovery of Chemsex)，簡稱 HERO 中心，成為亞太地區第一個以減害理念推行的整合型照護中心。HERO 中心以人為本設計的照護環境，著重療癒、增能及復元的核心功能導向，而非強制戒斷，並整合五大服務：HIV/性病篩檢治療、PrEP/PEP 諮詢處方、物質使用評估、精神衛生服務、藥愛復元團體。除了提供一站式的「感染科門診」與「藥愛身心科門診」；也對多元性別族群，提供 HIV 篩檢、預防、治療；對藥愛者提供身心支持、減害戒癮治療及辦理支持復元團體等服務 (Strong et al., 2023)。

在成效上，HERO 中心於 2017–2021 年間的資料顯示，69%曾使用藥愛服務的個案願意減少藥愛行為，而減少行為的意願與其接受精神衛生服務呈現顯著正相關 (Hung et al., 2023)。這說明整合心理健康、藥物使用管理與復元陪伴的減害模式具有高度潛力。

然而，更早以前，台灣露德協會就已在 HIV 與藥愛議題上深耕多年。其前身為天主教仁愛修女會的「露德之家」，1997 年轉型投入愛滋服務，秉持「哪裡有需要，露德就去那裡」的精神 (台灣露德協會，無日期-a)。值得注意的是，露德協會更是國內最早揭露 PWID 感染問題的「吹哨者」—2003 年在監所探訪中發現大量 PWID 同步感染 HIV 的趨勢並進一步通報疾管局 (現今的衛福部疾管署前身)，卻因政府的誤判情勢而錯失即早防疫的契機，最終導致 2004 年疫情大爆發

(黃道明, 2014)。這起事件之後, 政府開始意識到與 NGO 協作的必要性, 也正式邀請露德投入藥癮防治工作。

露德協會不僅長期關注、倡議 HIV 感染者與愛滋病者的人權與需求, 也在看到了 HIV 感染與藥愛文化的複雜交織, 開始於國外參訪並引進減害心理治療的概念, 逐步在國內開展推動和實踐。其中最具代表性的即是在國內首次建立以減害為核心的治療性社區—朝露農場、以及本土減害五大工具的研發推展 (台灣露德協會, 2022)。

2019 年, 衛生福利部偕同六間民間機構推動「藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」, 分別有財團法人利伯他茲教育基金會、衛生福利部草屯療養院茄荖山莊、社團法人台灣露德協會朝露農場、財團法人台灣基督教主愛之家輔導中心、財團法人屏東縣私立基督教沐恩之家與財團法人基督教晨曦會, 用以協助藥癮者重建健康的生活型態與正向人際互動, 並走向復原歷程與社會賦歸 (衛生福利部心理健康司, 2025)。特別的是, 這六間治療性社區皆側重靈性層次在藥癮戒治上的介入, 也使得有著濃厚宗教色彩的戒癮十二步驟模式成為國內藥癮治療的主流趨勢 (鄭蒲澤、陳怡青, 2025)。惟朝露農場除外, 是國內唯一以減少傷害處遇觀點出發, 也是少數願意收容 HIV 感染藥愛者的治療性社區 (朝露農場治療性社區, 2023)。

露德協會目前所推動的「六大減害工具」源自 Denning 與 Little 所提出的《減害心理治療》中的五大核心概念, 包含: 決策平衡 (Decisional Balance)、改變階段 (Stages of Change)、物質使用管理 (Substance Use Management, SUM)、綜合專業評估 (Multidisciplinary Assessment Profile, MAP) 以及發展網格

(Developmental Grid)。此外, 露德協會亦根據本土服務脈絡與國外的實務經驗借鏡, 發展出第六項工具——回觀表單, 使整體架構更符合在地需求與使用情境 (台灣露德協會, 無日期-b)。六大工具主要用於協助藥物使用者與助人者提升對物質使用行為的覺察, 作為評估與自我檢視的實務工具。

（一） 決策平衡（Decisional Balance）

決策平衡分析旨在協助藥物使用者具體地釐清使用藥物的利弊得失。工具內容可涵蓋身心健康、情緒、自尊、人際關係、家庭支持、生命目標、司法處境、工作、經濟與社區等面向，並以「短期好處、短期代價、長期好處、長期代價」四項結構逐一分析。透過視覺化、結構化的整理，幫助藥物使用者能更全面理解自己的行為脈絡。

（二） 改變階段（Stages of Change）

改變階段一共分為七個歷程：懵懂期、思考期、準備期、行動期、維持期、復發期、終止期。此模型提供藥物使用者面對改變時的階段性指引，呈現每個階段可能面臨的困境與風險。改變階段的三大核心概念包括：改變具有流動性、不同階段對應不同動機狀態、自我效能對改變至關重要。

（三） 物質使用管理（SUM）

SUM 是一套協助藥物使用者「規劃—控制—回顧」使用行為的工具。其目的在於提升覺察、降低風險並強化使用者的自主性。工具內容包含：

1. 人事時地：時間、地點、對象、種類、劑量等。
2. 內在狀態：使用前心情與誘發因素。
3. 後果評估：使用後生理心理感受、對日常生活的影響。

SUM 協助藥物使用者能更加客觀地理解自身使用模式並做出調整。

（四） 綜合專業評估（MAP）

MAP 是整合「藥物特性、自身狀態、背景環境」三方資訊的評估架構，幫助助人者去理解個案與藥物使用之間的關聯，並發展合適的減害計畫。

1. 藥物面向：藥物使用樣態、依賴程度、目前服用的處方藥物。
2. 自身狀態：使用動機與期待、個案設立的目標、改變階段、自我效能、治療史、精神疾病診斷、發展網格。
3. 背景環境：藥物使用情境、支持系統、助人者的綜合評估。

MAP 提供一個「全景式」視角理解物質使用的複雜性。

（五） 發展網格（Developmental Grid）

發展網格將成癮行為置於生命歷程中進行理解，整合心理動力與創傷知情觀點，以簡化表格勾勒出藥物使用者的成長脈絡與經驗，進而幫助覺察、理解成癮的根源。其目的不在於處理創傷，而是協助藥物使用者辨識「我的成癮如何形成、與哪些早期經驗相關、如何影響現在的我」，作為後續介入與陪伴的重要基礎。

（六） 回觀表單

回觀表單原屬 SUM 的後果評估項目，後被露德協會依據本土實務需求獨立發展為第六項工具。其設計參照 MAP 的動機、覺察、計畫的框架，幫助藥物使用者在藥後階段進行回溯式反思。透過此工具，復發不再被視為失敗，而是用來重新調整方向、促進覺察並累積動機的契機。

綜觀上述，台灣在藥愛議題的減害實踐上雖起步較晚，但已逐漸出現具有本土特色的多元模式。其中，HERO 中心以醫療為核心，強調整合精神衛生的介入與復元支持，為國內首屈一指的整合型減害照護典範。然而，若從更長期的服務脈絡來看，露德協會在台灣減害發展史中的角色也同樣關鍵，不僅早在國家政策介入前即投入 HIV 感染與藥癮處遇，更主動引進減害心理治療理念，逐步打造出兼具評估、介入與復元導向的本土減害工具及治療性社區模式。

二、從露德的模式看見可能的研究方向

露德協會至今已形成一套相對完整的社區服務體系，包括評估工具、個案管理模式、同儕陪伴、監所服務、支持性活動、中途之家安置與治療性社區等（台灣露德協會，無日期-c）。協會亦多次針對女性感染者、長照需求的中高齡感染者等議題提出倡議。然而，目前國內外針對露德協會的服務實踐研究仍十分有限，多為協會內部所發表的研究，且有關減害取向的實踐也僅涉略在單一特殊對象的團體研究與行動研究上（台灣露德協會，無日期-d）。

另一方面相較之下，HERO 中心雖提供精緻化的一站式醫療整合，但其服務侷限於南台灣地區，地域性與可及度較低；反觀，露德協會則在北中東皆有據點，並可提供更長期、日常生活層面的復元陪伴、以及多元化需求的處遇規劃。兩者之間的差異，更凸顯露德在「長程復元支持」、「個別化陪伴」、「多元化服務提供」方面的獨特性。

綜合以上可知，雖然台灣已有 HERO 中心等先行者推動整合型的減害服務，但針對 HIV 感染藥愛者的在地化經驗研究仍舊少見，尤其是聚焦於生活復原與社區支持的實務模式更是尚未被充分討論。露德協會作為我國少數同時具備愛滋照護、藥癮服務、治療性社區與中途安置之完整服務鏈的民間組織，其深耕多年的經驗正提供了理解台灣在地減害脈絡的珍貴視角。因此，探究露德協會在 HIV 感染藥愛者服務中的實踐，不僅能增添學術與實務研究的豐富度，也有助於建構更貼近本土文化情境與社群需求的減害模式。

第三章 研究方法

本章內容說明本研究之研究方法，共分為七小節，第一節說明研究構思與取向，第二節說明研究參與者，第三節說明研究工具，第四節說明研究程序，第五節說明資料處理與分析，第六節說明研究嚴謹度檢核，第七節說明研究倫理。

第一節 研究構思與取向

本研究旨在探討社團法人台灣露德協會運用減害取向介入 HIV 感染藥愛者的本土實踐與經驗。露德協會早期透過修女引入西方的減害觀點，並運用在 HIV 感染者與愛滋病者的服務上，提供陪伴、個案管理與各類的支持性服務。自台灣在 2000 年代中期面臨 PWID（注射海洛因等鴉片類藥物者）疫情爆發後，露德協會即長期參與相關倡議與支持服務；近年亦因應 MSM 社群中甲基安非他命為主的藥愛文化興起，更加推展在服務中融入以減害為核心的介入觀點，並運用個案管理模式回應其多樣化需求。尤其在 MSM 藥愛者中，有相當比例同時具 HIV 感染身分，暴露於高度污名化的社會脈絡，使其成為露德協會近年服務的重要焦點。

國際研究逐漸肯認減害取向在藥愛議題中的必要性，Strong 等人（2022）更指出藥愛 MSM 需要「量身打造」的減害模式，以因應其性實踐、社群文化與心理健康的交織需求。面對台灣仍以「反毒」意識形態為主的政策環境，露德協會持續嘗試發展本土化減害工具與介入策略，以協助 HIV 感染藥愛者在面對疾病、物質、關係與社會壓力之間建立可行的生活平衡。在多重污名（HIV、藥物、性傾向）疊加的處境下，每位走進服務體系的藥愛者都具有獨特的社群脈絡、心理狀態與復元歷程，而露德協會的個案管理工作人員亦以服務提供者的角色參與並見證其中的複雜經驗。

鑒於目前台灣針對藥愛者採用減害觀點的服務研究相當有限，本研究採用個案研究法（Case Study），以露德協會作為具有代表性的研究個案，深入探討其減害服務在本土脈絡下的具體實踐。個案研究強調在自然情境中分析現象，旨在解釋複雜情境中多重因素之間的交互關係（Yin, 2023），並能從情境化（contextualized）的角度理解特定事件或社會行動背後的意義（林佩璇，2000）。

本研究將採取「多組分析單位」的設計，亦即以一位 HIV 感染藥愛者及其相關助人工作者（社區個管社工、治療性社區社工等）形成一組分析單位。研究者將分別訪談服務接受者與服務提供者，以掌握雙方在減害實踐中的主觀經驗，並透過逐字稿編碼、彙整與交叉分析比較，建立露德協會在 HIV 感染藥愛者服務上的減害模式樣貌。同時，本研究亦呈現實務現場在推動減害時所面臨的挑戰、困境與回應策略，對未來本土 MSM 藥愛減害服務及後續研究提供具體參考。

第二節 研究參與者

本研究採立意取樣 (Purposive Sampling)，由研究者取得露德協會機構主管同意後進行內部招募。研究者同時為機構現職員工，能掌握服務流程並與工作者保持合作關係，並透過助人工作者的判斷邀請其現有或曾服務的 HIV 感染藥愛個案參與訪談。

一、 HIV 感染藥愛個案之納入與排除條件

納入條件：

1. 年滿 18 歲之成年者。
2. 具 HIV 感染身分，且於過去一年內曾有或持續從事藥愛行為。
3. 接受露德協會服務至少六個月，且目前仍在案中或於六個月內關檔者。

排除條件：

1. 由醫師診斷或社工評估有急性精神症狀者。
2. BSRS-5 前五題分數 ≥ 9 分，或自殺意念（第六題） ≥ 1 分者。
3. 仍有明顯創傷反應、戒斷症狀或其他不利於完成訪談之因素。

二、 助人工作者之納入條件：

1. 入職一年以上。
2. 完整參與機構至少八次以上減害相關訓練（督導會議、國內外工作坊、國內外研討會、讀書會、五大工具訓練等）。
3. 曾經或目前正在服務 HIV 感染藥愛個案。

三、 分析單位組成與樣本規模：

本研究招募一共三組分析單位，每組包含

1. 一名 HIV 感染藥愛個案。
2. 一名助人工作者。

訪談皆以一對一方式進行（意即使用者與提供者分開訪談，避免有權力位階不對等議題）。研究者依受訪者意願安排訪談時段，地點則限定於露德協會辦公室具隱密性的會談空間。

此外，本研究對象為 HIV 感染藥愛者，有著高度敏感個資隱私與社會污名的風險，涉及社會行為科學研究所定義的易受傷害族群，因此本研究亦進一步申請中正大學人類研究倫理中心的「一般審查」機制，針對 HIV 感染藥愛者的個資曝光風險採取相對應保護與預防措施。因此本研究的受訪者資料全面以最簡要的方式呈現；同時本研究雖採「多組分析單位」交織比對來呈現服務視角，但在分析上，將刻意隱蔽各組的詳細成員的組成，成果會以組別代碼來呈現。例如：一共有 A、B、C 之三組單位，但 A 組單位內的不會透漏是哪個 HIV 感染藥愛者與助人工作者的代碼所組成，確保任何人不會透過特徵、服務關係來推敲研究受訪者身分。其他嚴謹的保密措施將詳述於研究倫理段落。

訪談前，研究者將向受訪者說明研究目的、參與方式、風險與權益，並提供可求助的心理支持資源，獲書面簽署同意後才進行訪談。研究者將以多方受訪者的訪談敘述，作為豐富的質性資料來源。所有資料皆採匿名處理並存放於加密設備，以確實保密性；同時也會在本研究結束後，進行 IRB 倫理審查的結案報告，完整落實研究從開始到結束都嚴謹遵守倫理規範、保障受訪者權益。

表 3-1 研究對象基本資料—HIV 感染藥癮者

代碼	性別	年齡區間	藥癮經驗	是否具感染者身分
甲	生理男	40-49 歲	15 年以上	是
乙	生理男	30-39 歲	10 至 15 年	是
丙	生理男	20-29 歲	10 年以下	是

表 3-2 研究對象基本資料—助人工作者

代碼	工作年資	減害相關訓練（含督導會議、國內外工作坊、研討會、讀書會、五大工具訓練等）
丁	7 年以上未滿 14 年	超過 20 次
戊	7 年以下	8 次以上
己	7 年以上未滿 14 年	超過 20 次

第三節 研究工具

本研究的研究工具將以研究者、偕同分析者、訪談大綱、訪談同意書以及錄音設備分別說明之。

一、 研究者背景

研究者為具十年社會工作實務經驗之專業社工師，同時正在進修諮商與輔導研究所，現任職於露德協會，服務內容涵蓋愛滋與藥癮社會工作、減害服務、藥癮家庭介入與教育宣導等。入職後接受機構完整訓練（愛滋知能、減害、多元文化等），參與減害讀書會、督導會議、國際工作坊，並協助減害工具之編製。研究者亦通過機構試用考核，具備進行監所探訪與愛滋教育宣導之資格。

在個人經驗方面，研究者認同機構的減害理念，也因曾經偽陽性的經驗培養出對 HIV 感染藥愛者處境的敏感度，看見 HIV 感染藥愛者更是身處於多重污名的困境，進而導致其對自身自尊與關係的貶抑與痛苦，陷入和藥物之間難以割捨的依附，這都使得研究者對此議題更加地關注、也想為此表以關懷。研究者的雙重身分（研究者／助人者）為本研究帶來深入場域的優勢，但同時亦可能導致觀點偏移，因此在資料分析階段採取與偕同分析者交叉檢視，以提升研究信度，將在後續的研究程序與分析進行說明。

二、 偕同分析者

本研究邀請露德協會研究專員擔任偕同分析者，該專員的職能在於針對機構減害服務與相關議題的研究與發展，特別負責朝露農場治療性社區的課程療效、後續追蹤分析、學員用藥風險因子分析與減害指標建立等。同時，該研究專員具社會學碩士背景，畢業於國立清華大學，曾修習質性研究方法並具性少數與多元

文化研究經驗。

三、 訪談大綱

訪談大綱以研究問題與文獻回顧為基礎，採半結構式設計，涵蓋三大主軸：露德協會的減害實踐與運作方式；HIV 感染藥愛者／助人工作者對減害服務歷程的經驗；實務上減害介入面臨的挑戰與因應策略。訪談大綱皆由指導教授審閱通過，確保內容符合研究目的並具可操作性，用以後續正式訪談的重要指引。

四、 訪談同意書

本研究的訪談同意書，是以中正大學人類研究倫理中心所制定的版本進行製作，並經由IRB審核通過後使用。同意書將於訪談前提供並說明，包括研究目的、流程、資料使用、保密規範、風險說明與求助管道，最後待受訪者簽署後才進行錄音與正式訪談。

五、 錄音設備

所有訪談將以取得同意後才進行錄音，並於訪談結束後立即備份至加密資料夾。研究資料將由研究者妥善保管，僅研究團隊可存取；同時所有的逐字稿都進行去識別化處理，確保從基礎資料上就保障受訪者的隱私安全。

第四節 研究程序

本研究採用質性個案研究，並以半結構式深度訪談為主要資料來源，同時用以主題分析法作為分析方法，進而形成研究成果。整體資料蒐集流程可分為五個階段：

一、 準備期

研究者因著對 HIV 議題的關注，決定了研究方向並同步踏入實務場域—露德協會任職。在初期，研究者發現國內甚少針對此議題的研究，因此大量閱讀國外文獻並逐步構築研究的架構與確切方向，並接著爭取露德協會對進行此研究的同意與支持。研究者同時根據研究問題與文獻回顧修訂訪談大綱，邀請指導教授檢視研究工具是否符合倫理與專業標準。考量研究議題對象的特殊性與脆弱性，本研究亦主動送至中正大學人類研究倫理中心進行審查，於民國 115 年 3 月 20 日取得核准同意後，才開展進行研究受訪者的招募及訪談。

二、 受訪者招募與預備訪談

研究者透過機構內部進行研究招募，並由助人工作者推薦、介紹符合資格的 HIV 感染藥愛個案，事前研究者以郵件、電話方式進行初步說明，協助其理解研究目的、訪談流程、可能風險與受訪權益。當受訪者同意參與研究後，研究者即安排正式訪談時間，並約在露德協會各處辦公室。在正式訪談前，研究者再次向受訪者說明研究目的與相關權益，同時進行受訪同意再確認，同意後才進一步進行書面同意書簽屬。

三、 正式深度訪談

正式訪談皆於露德協會具隱密性的空間進行，以確保受訪者隱私與心理安全。每次訪談時間約進行 60 至 90 分鐘，再訪談結束後也徵詢受訪者同意，若後續考量研究豐富度並邀請進行二次訪談，會再次詢問受訪者意願。

訪談形式將區分為：HIV 感染藥愛者個別訪談、助人工作者個別訪談。訪談中過程中研究者會持續保持同理、展現非評價與尊重多元文化的態度，並適度用以探問來澄清或深化敘述。

四、 逐字稿撰寫與初步備忘錄

訪談結束後，研究者則於一週內完成逐字稿，並同步撰寫分析備忘錄，記錄研究者的初步觀察、反思、訪談過程中的情緒脈絡以及可能的主題線索。此步驟有助於後續在分析時能有依循的指南、同時也避免遺漏重要的非語言訊息。

五、 資料分析與整理

所有訪談錄音資料由研究者親自轉錄，在完成逐字稿整理後，研究者即進入資料分析程序。為更精準抓取核心的主題，逐字稿根據不同的意義單元進行編碼；爾後根據不同編碼的語錄原文先進行初步摘要，以利後續的概念彙整；接著會分次進行初步概念彙整、二次概念彙整，每一次的概念提取都將逐步精萃、聚焦所能呈現的主題面向；最後彙集成共同主題，並分析三組之間所呈現的核心主題命題，形成本研究的最終結果。

同時，為提高分析信效度，研究者會先與偕同分析者討論概念彙整與主題的呈現。舉例說明：在主題命名上，偕同分析者在閱讀文本後建議研究者原本的主題層次可以更細緻的區分及彙整，避免都放在同一層次裡顯得主題過於龐大而失焦，例如其中一個原主題命名為「在不評價的態度中，建立合作與信任關係，減少自責與羞愧」，與偕同分析者討論後將其修改為「不帶評價的態度與自我接

納」，使主題的層次更為一致及一目瞭然。

除此之外，由於研究者與偕同分析者皆身處在露德協會的場域中，為避免兩者有主觀判斷的偏誤，因此在每完成一層次的分析檔，如完成初步概念、二次概念、形成主題、核心主題命題等，皆會讓指導教授過目並針對建議進行修改。

六、 撰寫研究成果與報告

分析結束後，研究者依據彙整出的核心主題命題，反芻並系統化地呈現研究結果。本研究的結果章節視以研究問題作為骨幹架構，並以核心主題命題為主軸來回應，藉此來呈現受訪者的經驗與實務脈絡，並適度引用受訪語句來增進成果的厚度。完成初稿後，研究者反覆校閱與調整內容，並依指導教授建議進行修改，確保研究的完整性，最終定稿作為論文口試與研究呈現的重要成果。

第五節 資料處理與分析

一、 資料蒐集

根據 Yin (2023)，個案研究的證據來源可包含文獻、檔案紀錄、採訪、直接觀察、參與式觀察與實物證據等六大類。本研究以半結構式訪談為主要資料來源，並透過多組分析單位（HIV 感染藥愛者與助人工作者）的各自訪談進行資料蒐集。其後，研究者進一步將訪談內容進行彙整與交叉檢視，進而得出研究結果。

所有訪談資料皆會進行完整的逐字轉錄，並搭配研究者編寫的分析備忘錄，確保資料分析的一致性脈絡，同時有助於分析概念的聚焦。在逐字稿處理過程中，研究者也會同步進行匿名化、去識別化改寫，以保護受訪者隱私。舉例說明：某一組受訪者的陳述涉及到有高度曝光其隱私的風險，因此研究者將可能曝光的內容進行刪減；同時也將可被識別出身分、職位、關係等語詞進行模糊處理，例如受訪者提及「特定家人的支持與關係變化」，研究者統一改寫為「家屬支持」。

二、 資料分析

本研究採「主題分析法」進行訪談資料的分析，再以每組為單位分別進行描述，交叉分析與比較各組異同，形成本研究最終的研究結論。訪談資料處理依序如下圖：

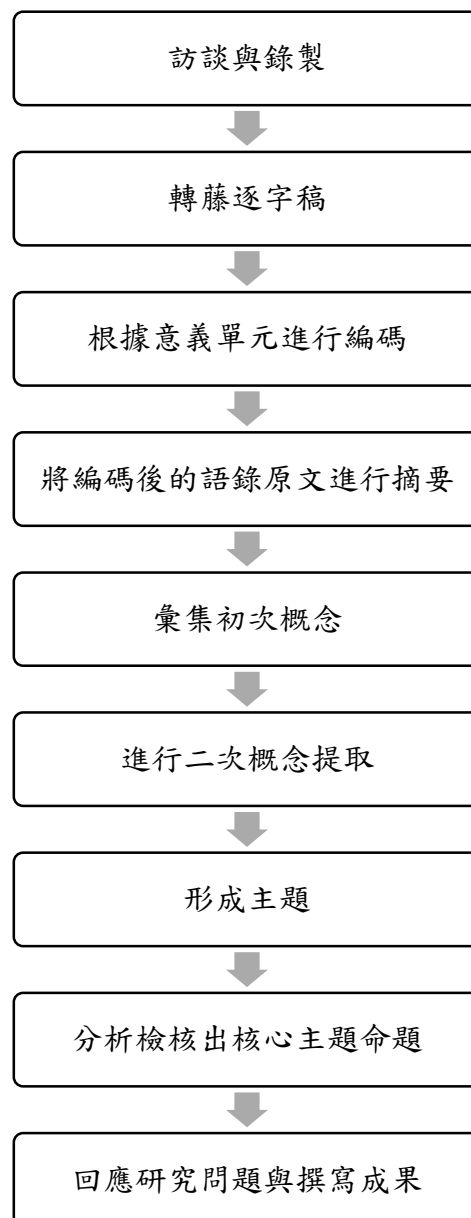


圖 1 研究分析流程圖

其具體操作步驟如下：

(一) 語錄轉騰與意義單元編碼

在訪談之逐字稿完成後，研究者會將語錄根據不同的意義單元切分段落，並進行開放式編碼，同時為同組的受訪者（HIV 感染藥愛者、助人工作者）建立獨立分析檔案。編碼代號包含受訪者身分別，如：

1. HIV 感染藥愛者以「CL」表示
2. 助人工作者以「SW」表示

例如編碼「A-SW-1-0001」表示：組別、受訪受訪者類別、第幾次訪談、語句序號。此編碼方式有助於後續追蹤脈絡與跨文本比較。

(二) 編碼後進行語錄摘要，並逐層彙集為更精粹的概念

完成初步編碼後，研究者在第一次閱讀文本時，將每一句的語錄原文進行「第二層的摘要」改寫，此舉主要是將該語錄的重點凸顯出來，有利於後面的概念可以更聚焦的提煉。完成後接著進行「第三層的初步概念」，將摘要所要呈現的文本彙集成重要的概念，同時不失其原意，過程中研究者也同步搭配閱讀原始文本、減少偏頗與失焦的詮釋內容。最後，進行「第四層的二次概念」彙整，將初步概念加以萃取，形成更精微的概念詮釋，為接下來的主題命名奠定重要的基礎與輪廓。

表 3-3 提取概念歷程

逐字稿文本	摘要	初步概念
嗯對那我覺得目前對我還滿有效的一個方式，然後我也用這個方式去，我覺得有幫助到其他人的是精油。我那邊有蠻多不同的精油，然後當就是可能有渴癮上來，或者是我看見對方有渴癮上來的時候，我也會請，他說：「好，沒關係，我們就先聞一下精油。」然後我也請他邊聞精油邊深呼吸，先讓他把那個心情冷靜下來。然後這個也是我覺得我	個案發現精油對自己很有幫助，當渴癮上來時，透過聞精油和深呼吸可以讓情緒先冷靜下來，也會用這個方式幫助其他人。	個案發現精油可以暫時轉移渴癮的注意力。

自己在渴癮上算是一個比較有效，不能說消除，但可以緩解的一個方式。

我覺得求救對我來說，原本是一件我根本不會去想到的事情，以及它對我來說很困難。

因為我覺得說，當我在使用之後，我不知道個案認為求救是很重
我會影響到誰，所以我會把自己封閉起來。要的改變，過去使用
一個方面是我不想面對現實，第二個方面是後只會把自己封閉起
我不想要去麻煩別人，或者是可能因為我的來，不想麻煩別人，也
行為去影響到別人，所以我不會去求救。可不敢面對現實，因此
是在治療性社區，其實很強調求救這件事不會主動求助。現在
情，對那包含是說除了像專業人士，比方說則知道可以向機構的
祕書長、主任、社工、復培員等等去做求救工作者、家人求助。

減害幫助個案正
視求救的重要
性，從原本會擔
心麻煩別人，到
現在則是願意使
用正式與非正式
資源求救。

之外，我覺得我現在最主要的一個求救人會是我家人。

（三）命名主題，並綜觀分析後形成核心的主題命題

研究者反覆閱讀原始文本與概念，將相似的二次概念加以合併、梳理後，開始形成「第五層的主題命名」。此階段亦會細細品味三組相異的 HIV 感染藥愛者與助人工作者放入相似情境後呈現類同與不同的敘事視角，為接下來的核心主題命題構築重要且關鍵的鷹架。

最後，研究者將三組分析單位分別形成的主題進行橫向閱讀與檢核，找出重複、獨特、印象深刻的「第六層之核心主題命題」。其後，將這些具有相似性的核心主題再以全體進行綜合分析，並根據與指導教授及偕同分析者的意見持續修正與調整，最終得出露德協會減害服務的本土化概念架構與實踐樣貌。

分析過程，研究者透過與偕同分析者、指導教授三方的討論與檢核，並針對最後的核心主題命題以及成果的書寫進行滾動式調整，避免主觀偏誤與誤解的同時，也讓研究成果更加貼近研究受訪者及實務現場的本質。

表 3-4 萃取核心主題歷程

二次概念	主題	核心主題命題
使用精油作為緩解渴癮的個人策略。	發展個別化減害策略	發展個別化與安全的策略
過去面對渴癮與復發時，習慣自我封閉不求助，但現在願意向他人求救。	發展求助能力	

(四) 回應研究問題，撰寫研究結果

在研究結果的撰寫上，研究者將以三組呈現的核心主題命題為主要論點，並透過訪談引述、相似的概念分析共同構成證據鏈，用以支持研究結果。除了在成果的書寫過程中引用受訪者的原文敘述外，研究者也會在適當的段落加註自身的理解與詮釋；同時，在研究成果的最後章節「綜合討論」，研究者試圖以綜觀的視角加上自身對此研究議題的關懷及反思，進一步形成精彩的對話與思辨。

第六節 研究嚴謹度檢核

傳統的研究領域中要評斷一項研究是否可信、客觀並具有價值，通常會仰賴信度、效度這兩項標準。學者 Lincoln 和 Guba（1985）提出的「可信賴性」（Trustworthiness）是一個極為重要的概念，作為質性研究品質檢核的重要架構。其目的在確保研究結果扎根於資料、具有邏輯性、足以被讀者與研究社群信任。研究者依據王文科與王智弘（2010）的對照概念，說明本研究如何提升研究品質，分述如下：

一、可信性（Credibility）

可信性強調研究是否真實貼近受訪者的經驗，並能妥善處理現象中的複雜性，重視推論過程的嚴謹性和合理性。本研究具體採取以下措施以提升可信性：

1. 適切的受訪者選擇與排除條件

透過明確的納入與排除條件，確保受訪者具備分享能力，且其經驗與研究目的相符。例如研究者在進行正式訪談前亦讓所有受訪者填寫 BSRS-5 量表，符合條件者才進一步進行訪談。

2. 資料的三角驗證

本研究在設計時，從原本僅想以助人工作者的視角切入，在與教導教授討論後調整為訪談服務接受者與服務提供者的雙邊視角，並以多組分析單位進行比較，藉此將有助於資料佐證的廣度。

3. 研究者投身實務場域

因研究者本身即為提供減害服務的現職露德社工師，深度參與實務現場，不僅有持續直接服務的經驗，包含個別會談、團體帶領；同時也有社區參與經

驗，像是教育宣導、社區擺攤等，這些實際參與的經驗能，皆能讓研究者更精準理解受訪者的文化脈絡與現象場。

4. 訪後檢核與分析共識

每當分析檔完成一個向度的層次，研究者皆會分別與偕同分析者與指導教授討論原始資料內隱含的重要意義與詮釋。例如，原先研究者針對露德協會減害服務實踐之多層次的直接服務向度，是以服務的性質來呈現，像是原本撰寫為以個案管理為核心、提供長期陪伴等。經指導教授的建議，需更加提煉出研究成果的特色後，修改為以全人為核心支持、以生命為週期的陪伴。呈現研究成果的層次與代表性。

二、 可遷移性 (Transferability)

可遷移性指研究結果是否能應用至其他相似情境，本研究強化可遷移性的做法如下：

1. 多組分析單位比較

以三組的「個案—助人者」配對訪談作為主要的分析資料來源，呈現不同服務情境中的共通性、差異性與獨特性。

2. 情境脈絡的描述

在分析中充分描述露德協會的組織脈絡、服務模式與減害實務，使讀者能理解研究結果所根據的實務情境。

三、 可依賴性 (Dependability)

可依賴性關注研究過程是否穩定、可追蹤並具一致性。本研究採取以下方式提升可依賴性：

1. 完整保存訪談過程

所有訪談均以錄音方式完整紀錄，並於每次訪談後立即備份與整理。

2. 系統化資料管理與編碼流程

訪談逐字稿與開放編碼、摘要、初步概念、二次概念、主題到最終的核心主題命題，皆以清晰的程序漸進開展，並建立資料庫，以利檢視與追蹤。

3. 清楚描述研究流程

在研究方法章節中以明確步驟說明資料蒐集、分析與詮釋過程，使其他研究者於未來可依循相同程序進行類似研究，並獲得相近結果。

四、 可確認性 (Confirmability)

可確認性亦指研究結論應源自資料本身，具有中立性和客觀性而非研究者主觀意見。本研究透過以下方式提升可確認性：

1. 偕同分析者交叉檢視

如前述所及，在編碼與主題生成過程中邀請具質性研究能力的偕同分析者共同討論，減少單一視角的偏差。

2. 分析備忘錄以區分資料與詮釋

研究者在分析期間持續撰寫備忘錄，將受訪者的原始語句與研究者的理解、推論明確區隔，以避免將自身偏好投射至資料。

3. 與指導教授定期討論

在與偕同分析者討論後的主題命名、架構形成與交叉分析過程中均向指導教授進行檢核，確保結論具備原始資料的根據與合理的詮釋意義。

第七節 研究倫理

本研究旨在透過訪談HIV感染藥愛者及其服務之助人工作者，勾勒出露德協會在地減害實踐的樣貌與經驗。然而，研究者深知本研究所接觸的並非一般性議題，特別是我們所身處的社會，至今尚未友善到能讓HIV感染藥愛者談及自身作為性少數、感染者身分以及遊走在親密與危險模糊地帶的藥愛經驗時，能夠全然感到安全、自在，不用害怕被評價、甚至是被逮捕的風險。HIV感染藥愛者多年來被束縛在多重污名的框架下，日以繼夜地面對可能潛在的歧視、漫漫長夜地消化那些不被尊重的屈辱與失落、如履薄冰地因應各種被拒絕甚至是被釣魚的風險。這些酸楚與痛苦，往往難以被充分理解。正因如此，研究者認為藥愛帶給其能快速趨樂避苦的管道，在藥的作用下、在體驗性與愛的歡愉下、在多數人只看到不檢點行為的表層下，鮮少有人能看到那深不見底的無力與痛苦深淵，這些痛僅能在藥物作用的期間暫時地拋卻。

研究者同時作為實務場域中的「局內人」，深知要求受訪者回到這些經驗並非易事，因此在訪談過程中特別需要以高度涵容、無條件關懷與非評價態度，陪伴其觸碰那些被長久壓抑與隱藏的主觀現實。同時，局內人身分亦也可能帶來角色混淆、權力不對等與主觀詮釋的偏誤，研究者需以嚴謹的倫理自覺與反身性來處理這些影響。誠如潘淑滿（2022）所指出，研究者在質性研究中本身即為研究工具，必然會進入受訪者內在世界並與其經驗產生交會。尤其在本研究中，討論的主題可能勾起受訪者過往創傷、羞愧或其他脆弱經驗，故倫理保障需更加周延。

在此考量下，研究將依機構與指導教授建議送交倫理審查委員會（IRB）審查，最終是由中正大學人類研究倫理中心進行最高嚴謹度的一般審查，將針對可能的風險進行預先規劃與防範，確保受訪者不因本研究而受到傷害。以下分述本研究在倫理層面的因應作為：

一、 知情同意

為確保研究受訪者能夠充分了解研究的風險和權益，不論是否會參與研究，研究者會在招募時一併附上書面文字，包含告知研究者身分、研究目的、研究用途、資料使用方式及受訪者權益等事項以及研究同意書。並在每位受訪者參與前，再以對方清楚且可理解的方式說明研究目的、訪談流程、可能的心理感受、資料使用方式等相關權益，並強調：「參與完全自願」，可在任何時間退出，且不影响其在露德協會的服務權益；可拒答任何不願意觸及的問題；研究不涉及法律判斷或提供醫療建議。在受訪者充分理解後才予以簽署書面同意書，以維護其自身權益。

二、 隱私與保密

考量研究涉及高度敏感資訊，根據 IRB 之審查建議，以下為最大幅度保護受訪者身分安全為基礎所進行的措施，包含：

1. 落實「去識別化」招募：本研究所有的招募報名與訪談全程皆以「暱稱」取代真實姓名，不蒐集具辨識性的法定個資。
2. 資訊系統權限實體隔離：露德協會內部的系統權限本就因個資保密處理設定權限，研究者即使身為機構員工，亦無法跨區或越權調閱其他服務提供者之個案資料，落實從源頭阻斷風險。
3. 確保實體環境隱私：訪談過程皆安排於機構內具高度隱密性與安全之獨立會談室進行。
4. 數位資料加密控管：錄音檔、逐字稿及分析資料皆採去連結處理並儲存於加密空間，僅限研究團隊核心成員（指導教授、協同分析者）可存取。
5. 資料全面代碼化：所有訪談文本皆以代碼呈現，絕不保留任何可直接辨識個人之資訊。

6. 配對特徵隱蔽處理：研究成果將以「主題」為論述核心，刻意隱蔽各組的詳細成員組成。引述資料時僅標示出自特定組別（如：A 組分析），不標明具體感染藥愛者或助人者代碼（如甲、乙、丙）之從屬關係，藉此打破特定人員間的對應連結，避免透過特徵反向推敲身分。
7. 文本細節模糊化：引述內容若涉及特定人物、地點或特殊事件等明顯特徵，將進行全面改寫與模糊化處理。
8. 建立雙重把關機制：主動邀請機構內具備倫理敏感度之研究專員擔任協同分析者，與指導教授共同審視去識別化措施之落實程度。
9. 落實資料銷毀規範：研究計畫完成並達倫理規範之保存期限後，將依規定將所有實體與數位資料進行銷毀與永久刪除。

三、 最小傷害原則

因部分受訪者可能具有脆弱處境（如渴癮、創傷反應、心理壓力等），研究者於訪談中採取「最小傷害」原則，包括：

1. 避免過度逼迫或引導受訪者回到強烈痛苦情境。
2. 若受訪者出現焦慮、情緒失控或其他危險徵兆，將暫停訪談並提供安撫。
3. 必要時依照協會流程轉介至專業心理或醫療協助，並提供後續關懷追蹤。
4. 研究者亦準備相關支持資源，確保受訪者在研究中的心理安全。

四、 研究者反身性的倫理實踐

因研究者同時身為露德協會的實務工作者，此身分帶來理解脈絡的優勢，也伴隨倫理風險。為減少角色與視角造成的偏誤，本研究採取以下反身性策略：

1. 訪談前明確界定研究者與工作者的角色界線，避免受訪者將研究視為「服務」。

2. 資料分析期間撰寫反身備忘錄，檢視自身假設、價值觀與可能的立場偏移。
3. 偕同分析者進行交叉檢視，降低單一視角的影響。
4. 與指導教授定期討論，確保理論推論與結論的中立性與資料基礎。

反身性不僅是一種研究態度，更是質性研究倫理的重要實踐，使研究者得以持續警醒、避免權力濫用，並忠實呈現受訪者的聲音。

第四章 研究結果

本章主要呈現訪談資料的分析後所歸納出的核心發現。本研究透過分別訪談服務接受者（HIV 感染藥愛者）及服務提供者（助人工作者）並交叉比對三組的核心觀點，來藉以回應探究露德協會針對 HIV 感染藥愛者的服務模式與實踐、相關經驗以及服務中的挑戰與因應作為。本章一共會分為四節，第一節整理出露德協會針對 HIV 感染藥愛者提供的服務實踐；第二節則是呈現減害取向服務的經驗；第三節則為減害取向在服務中所面臨的挑戰與因應作為；第四節綜合討論。

第一節 露德協會的減害服務實踐

露德協會面對 HIV 感染藥愛者多元與複雜的需求，在實踐與服務模式的開展上，打破了單一的處遇方法，而是建構出一套包含個案工作、團體工作、社區工作等多面向的服務系統與資源。根據分析資料的彙整，將服務實踐分為三大項，分別是建構多元化的直接服務、提供沉澱與對話的空間、同儕培力與陪伴機制，以下將逐一描述之：

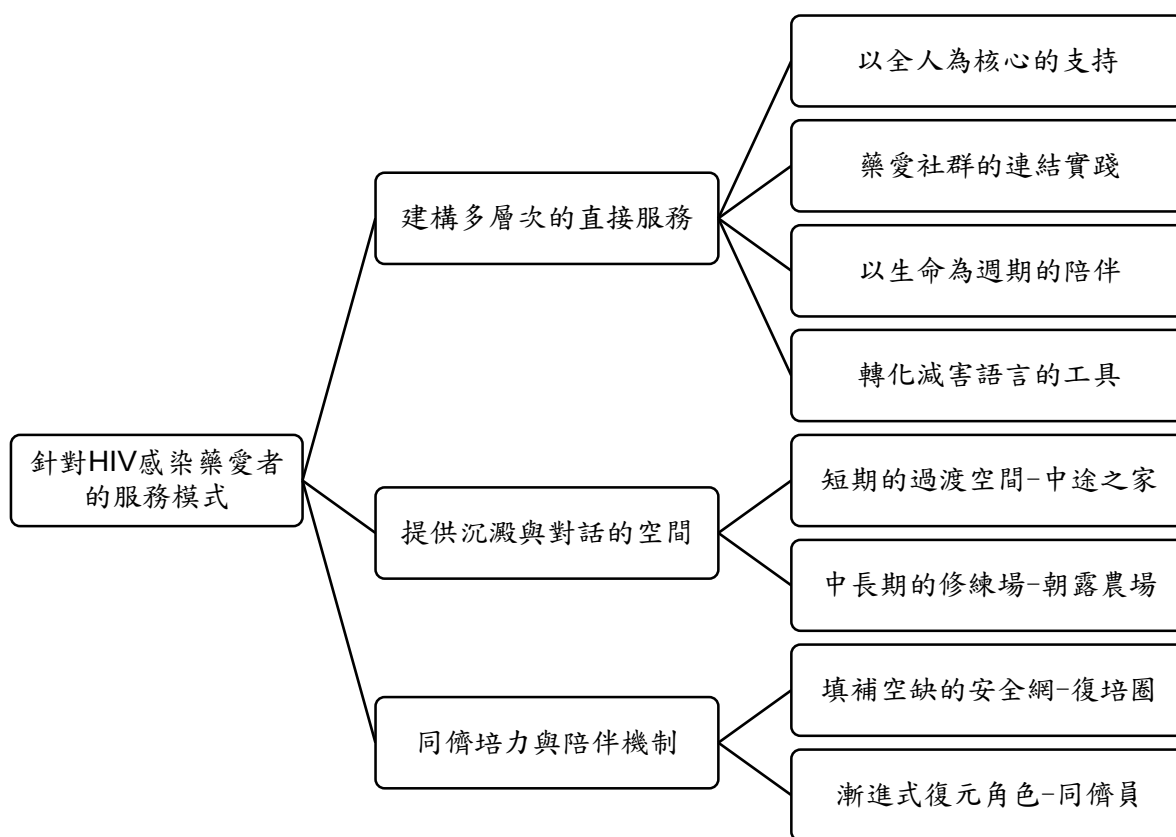


圖 2 露德協會的減害服務階層圖

壹、 建構多層次的直接服務

露德協會的直接服務，側重社會工作（Social Work）的專業，並發展多元化的支持性服務，其中更是融入減害觀點（Harm Reduction）與藥愛社群之特殊性，使服務兼具高度的可近性與周延性。露德協會在 HIV 感染藥愛者的服務上，並非僅將焦點放置於藥物使用本身，而是從服務對象（以下又稱個案）整體生命處境出發，回應其多重的服務需求，其直接服務除了具有一般社會工作中的個案工作、團體工作與資源連結等專業內容外，也逐漸發展出具減害取向與長期陪伴特色的實務模式。以下將分為四個面向來探討：以全人為核心的支持、藥愛社群的連結實踐、以生命為週期的陪伴、轉化減害語言的工具。

一、 以全人為核心的支持

在露德協會的實踐中，秉持「以人為本、全人關懷」的理念，來回應感染者與藥愛社群所面臨的污名、法律風險與疾病困境。有鑑於此，露德協會所發展出來的直接服務基調是以「個案管理模式」為服務核心，試圖以全人的角度理解藥愛者不同生命階段的需求，並透過長期且持續性的合作關係，提供相對應的支持及陪伴。根據露德的經驗，社工在服務歷程中，會針對服務對象（個案）的個別化需求進行全面性評估，並依其生活狀態、困境、甚至是家庭的動力，提供多元的支持服務。

「直接服務的內容就是一般社工會做的工作都會做。比如說個案會談、家庭的會談、團體工作、教育宣導、監所這些，就是可以想像到的工作都可以做。」(A-SW-1-0002)

「嗯，我覺得我們只是因為服務族群的特殊性而已。但是服務的工作內容應該是差不多的。比如說團體工作、個案工作、喔線上的 LINE 諮詢，嗯，我想這些應該其他的單位也都有在做，哦。就我所知啦，就我跟我朋友聊天的話，我們做的他們應該也會做。」(A-SW-1-0003)

「然後職務內容主要就是個管服務啊、個案管理服務，那個個案管理服務裡面就會有包括，呃個別會談啊，然後個案的關懷啊，然後如果有需要就會有訪視啊，然後還有資源連線部分。那個案管理比較籠統來講，就是大概這一些。」(B-SW-1-0001)

「然後還有就是團體工作、社區工作也會，就是會去宣導啊。然後或者是擺攤，這類的社區服務，那團體工作應該就不不太需要，就團體工作。」(B-SW-1-0002)

「個案目前有提供的服務，我剛有想主要會有就是個案工作的部分，因為畢竟在治療性社區，所以就是會跟這個個案有很密集的會談去討論他的治療地圖或者是復原的一個計畫。那同時就是我們也會有多元的團體，希望他們就是可以全人發展這樣子。那同時我也想到就是其實我們也會有家庭的一個介

人，包含就是家庭關係培力營、或者是家屬日。」(C-SW-1-0016)

「好，我覺得先講個案，假設我們接到轉介好了，那這個個案，他通常可能是家人打電話過來，那比較少是個案自己打電話過來，那這時候我們可能就第一個會先做家屬這邊需要支持的轉介，然後可能會進一步再接到個案。那當我們今天接受到家屬的諮詢的時候，其實我們第一步就會先處理，或者說哎先協助呢安撫家人的情緒，那也會跟家人討論一下，哎個案他現在的狀況，就會採用減害觀點沒有錯。那可能第一個就評估個案自己有沒有意願啊？然後他的狀況？也協助家屬去做這個個案，他下一步怎麼樣？要連結他的資源？或者是做怎麼樣的決定來協助這個案比較好？這是第一個家屬的部分。」(C-SW-1-0006)

然而，對許多 HIV 感染藥愛者而言，其困境往往不僅限於藥物使用本身，更可能延伸至居住不穩定、經濟困難、家庭支持薄弱、精神疾病、心理健康與長期失業等議題。對此，A、C 組的社工就分享，除了提供情緒支持與陪伴外，也會協助服務對象連結所需的諮商、居住、就業與醫療等相關資源，使服務得以更加周延地回應藥愛者的處境。

「這一年多就是，朝露治療性社區的服務，跟個別會談，然後他也有自己的心理諮商。啊，這個心理諮商是他延續在朝露治療性社團的戒癮計畫諮商，延續到就是離院後的生活這樣子，他都有在持續。」(A-SW-1-0013)

「居住的部分，我還記得就是社工其實他們握有蠻多的資源。那甚至如果這個個案他家庭支持的功能不是那麼高，或是他的經濟能力有限，其實居住的部分社工也會討論怎麼樣申請社宅，然後也會跟他討論怎麼樣，比如說先爭取朝露的就業機會啊，或者是現在有小院的，那可能就是這個部分的話，其實社工都還蠻幫忙的。」(C-SW-1-0013)

「那這個案瞭解之，哎聯絡到他之後，我們我就會先了解到一下他的狀況，

那通常會聯絡到我們的時候，都可能就是或多或少都會有一些精神共病的狀況，那這時候我們就是呃會諮詢他的共病的一個狀況，可能連結醫療的資源或者是諮商的資源，也瞭解到他的需求是什麼，甚至是連結 DA 團體的資源等等的。那有時候個案他不是那麼早想上來，那或許就是 DA 是適合的，他甚至他可能現在有卡案子，哦比如說他可能被釣魚、驗尿陽性，我們也會諮詢他的意願或者是他的狀況，他的司法走到哪裡？然後可能需要協助、甚至是寫申請狀等等的這樣子，這是前段的部分。那如果這個個案他是有意願上來，或是他狀況真的很不穩定，我們會跟醫療端會跟社工一起做，共照了解一下他住院的狀況，這段時間就會是比較密切的聯繫。」(C-SW-1-0007)

二、 藥愛社群的連結實踐

除了個別化的全人支持服務，減害團體一直是露德協會裡極具有減害色彩且行之有年的介入工作方法。從早期以海洛因與愛滋議題為核心的減害團體開始發跡，隨著娛樂性藥物的議題逐漸擴大並蔓延至 MSM 社群，進一步和性實踐交織形成藥愛文化，服務現場所面對的物質使用樣態也隨之轉變，使露德協會開始回應非鴉片類藥物使用者日益浮現且複雜的需求（李珈旻，2019）。

正因清楚地意識到在藥愛文化裡，社群的連結佔有非常重要的份量，因此針對這樣的需要，露德協會開設所謂以藥愛為主題式相關的減害團體（以下簡稱 DA 團體）、工作坊及支持性聚會。又如 A 組提到，藥愛 DA 團體的特色在於多是由露德協會的社工來主導帶領，為提供 HIV 感染藥愛者一個相對安全、不批判且能夠自在分享自身經驗的場域。不同於傳統藥癮團體多以勒戒教育或問題矯正的架構為主，露德協會的 DA 團體更強調過程陪伴、自我覺察與經驗分享，使團體不僅成為討論物質使用的空間，同時也成為藥愛者得以被理解、被接納與建立連結的重要支持網絡。

「再來就是團體工作啊，那我覺得這個也可以回應到上一個問題，是有沒有跟其他單位不一樣地方？我覺得是團體工作吧。因為我們自己在就是目前的辦公室，團體工作是社工會自己帶領的。但我們可能會視主題的需要會請外師，不過大部分會是社工自己來帶減害的過程式團體。對，我覺得這個可能跟其他的其他單位可能會不太一樣，是呃可能其他單位會比較多是請外師來帶自己的呃、會請外師來帶團體。那我們會是自己帶的。」(A-SW-1-0005)

「團體工作如果以辦公室目前來說，就是會帶藥愛減害的團體。然後還有時候會有一些特定主題的工作坊，跟一些聚會吧小聚會這樣子。」(B-SW-1-0003)

「哦，以我目前來說，我覺得第一個有想到的就是，是直接提到物質減害的就會是我們的物質減害的團體，那我覺得這是最直接會聯想到的。那比較我覺得比較隱性的一些減害的服務，其實它就會融入在我們平時個案管理的，就是在跟個案會談的時候的那個過程當中。」(B-SW-1-0004)

從 A 組的經驗中可以看見，DA 團體與個別工作兩者並非彼此分化的服務形式，而是相互配合、合作的服務樣態。透過下班後的聚集、分享與討論，服務對象得以慢慢練習談論自己的情緒、關係與物質使用經驗，而社工也藉由團體歷程，逐步陪伴個案建立對自身狀態的理解與覺察。

「從那時候開始就開始上，就是來這邊參加 DA，然後下班時間過來，就是社工會帶一些活動嘛。所以那時候開始就會分享，比如說啊這個禮拜的近況啊。然後他會帶一些什麼我有點忘記那類的課程，就是呃覺察，然後那些東西的。所以那時候開始真的有比較接觸是從 DA，然後跟社工的一對一的會談。大概就這兩個。」(A-CL-1-0025)

三、 以生命為週期的陪伴

有別於多數社福機構大多以「問題解決」或「固定期限」作為服務的結案標準，露德協會的直接服務最獨特之處是從全人的視角發展近乎「以生命為週期」的同行陪伴。露德協會並不將個案是否停止使用藥物、需求是否暫時解除，作為結束服務的依據，而是更重視與個案之間關係的持續維繫。就如 B 組所提到的，即便個案因需求降低、暫時失聯或離開服務系統而中斷聯繫，機構也多採取「關檔」而非真正結案的方式。當個案再次有需求或是以不同的生命階段再次出現時，露德協會皆願意敞開大門，持續與其保持連結。

「針對我們自己的個案…有別於其他機構，我覺得對我來說最特別就是我們是走長期陪伴。那我覺得走長期陪伴這件事情跟減害這件事情是，應該是說我覺得減害這個概念的應用，在放在長期陪伴這個過程當中，它比較可以顯現出減害的效果。所以我覺得這我一直覺得露德跟其他機構很不一樣的就是，我們的結案標準不是說，個案可能需求到了某一個程度我就結案，或者是他可能哎好像不需要服務了就結案，這是我們很常聽到的結案標準。可是我覺得露德對我來說最特別就是我們的結案標準是個案死亡。那最多就是個案，我們評估個案可能不需要服務了，那或者是可能種種原因可能聯絡不上，我們最多就是關檔。那我自己覺得這樣的服務方式，跟其他的機構是最不一樣的。那我也覺得說我們在提倡減害這件事情，那我覺得長期陪伴加減害的確對他們來說會比較有效。」(B-SW-1-0007)

相較於傳統服務模式重視以「服務對象的問題是否被解決」而形成的工作關係，露德協會更想建立的是宛如「鄰里、朋友般的連結」，尊重每個個案想對這份關係維繫的程度，但重要的是：只要個案經歷復發、失序、情緒崩潰或陷入困境時，露德仍是一個他們隨時可以回來的地方。這樣的服務觀點，也回應了減害取向中對於「改變是非線性歷程」的理解；同時這樣的態度，也呼應了公衛系統針對 HIV 感染者的追蹤與陪伴也是以其生命的存歿作為服務標準。

四、 轉化減害語言的工具

露德協會的減害實踐也並非僅停留於服務樣態及理念倡議，露德深知減害的理念需要具體轉化可以放入工作的語言中，也因此實務上積極發展出所謂的六大減害工具。根據 A、B、C 三組經驗，社工會依據個案當下的狀態、改變階段與需求差異，將減害觀點細緻地融入直接服務裡，彈性運用減害工具在服務的脈絡中，以利因應個案的多元需求。

「我覺得呢最常使用應該就是物質使用管理，然後還有回觀，雖然我沒有叫他直接寫回觀表單，但那個是朝露、他在朝露會寫。但我覺得那個…我比較會像是用跟他聊天的方式，然後回觀他那一次使用的狀態發生什麼事情，那怎麼了？然後讓他至少知道，會至少知道他當下使用的狀況到底發生什麼事情。那我覺得討論完之後，我們有一個最後我都會跟他討論：下一次、如果下一次又復發了，我們可以做哪一些策略？然後回觀，那討論策略的時候一樣，裡面就會有物資使用管理跟那個。危險因應？風險因應。想一想還有什麼？我覺得在那個討論過程當中，有時候也會加一點決策平衡啦。」（B-SW-1-0015）

「我覺得這是他比較早期的需求，我在跟他工作的時候，其實很少用到減害的五大工具欸。嗯，除非在他…除非在他真的是在物質使用之後，狀況比較不好，會比較是用 MAP 的部分來跟他討論。」（A-SW-1-0015）

「嗯我覺得蠻常使用的會是減害中的動機式晤談法，跟朝露農場也有在用的是六大工具，包含決策平衡、改變階段、物質使用管理跟綜合評估、發展網格，還有就是回觀表單。其實就是看個案的階段，還有狀況來去做不同的使用这样子。」（C-SW-1-0024）

像是針對物質使用方面，綜合專業評估（MAP）與物質使用管理（SUM）就會是社工在實務現場中相當核心使用的減害工具。例如 C 組的社工就提及，會透

過 MAP 協助個案盤點過往的使用模式、生命脈絡與物質使用歷程，並進一步討論其對現階段生活所帶來的滿意與不滿意之處，逐步形成個案自己的減害目標與方向。

「那在這些之前，他們必定就是會討論，就是綜合專業評估，就是 MAP 的部分，會協助他盤點過往他使用的一個模式，或者是他怎麼樣漸進演變而來。其實過程中就是在討論 MAP 的時候，就會討論滿意跟不滿意的部分。那滿意當然是要維持，可是不滿意的部分也會進一步的跟他們討論有沒有他們自己可以做什麼？或者是外界可以幫忙什麼？跟就是哎有什麼可怎麼樣的資源可以去降低傷害？這是第一個部分。」(C-SW-1-0041)

而當個案面對返家、休假等復發風險恐會升高或可能再次使用藥物的危險情境時，社工則會進一步透過減害工具，偕同個案去討論用藥風險評估及因應策略。像是 C 組社工就會運用 SUM 和決策平衡來幫助個案因應過年長假的復發風險。而這樣的工作方式，並非直接要求個案不要使用，而是與個案共同思考：若真的使用了，可以如何降低傷害、避免失控，並提前預備可能面臨的風險。

「那接下來他們在進階之後，或者是有時候過年會有休假機會，那我們就會跟他們討論就是物質使用管理的計劃，也會做決策平衡，包含他們這次要或不要啊，結果是什麼？能不能夠承擔？假設他無論要或不要都會再討論就是那怎麼樣去降低傷傷害或者是預防使用等等的。然後假設他今天要使用好了，那我們就跟他討物質使用管理計劃。那這個部分就會帶入到過往我們對他模式的認識，那這樣的計劃到底有沒有符合實務？或者是在我們的經驗中，他可能會遇到的風險是什麼？那我們會進一步討論，就是物質使用管理計劃。呃希望他可以儘量就是去達到他的目標，也降低就是我們可以預見的傷害。」

(C-SW-1-0042)

同時，B 組社工也發現社工在運用減害工具的同時，「情緒」與物質使用之間

的依附關係可能就會慢慢浮現水面，對此就可陪伴個案去辨識自身渴癮、情緒狀態、觸發因素三者之間的關聯，並逐步去發展更適合自己的因應方式及替代策略。

「我覺得我們減害有一個概念，就是裡面…就是那個物質使用管理。我覺得他在那個過程當中，他一直在做這件事情。那我覺得當他知道了他自己的狀態之後，我後面就比較可以去跟他討論說，那他之後可以怎麼進行更多細節的減害策略？比如說，渴癮的時候他可以怎麼去處理？比如說他可能因為他物質使用，他有發現他物質使用的狀況有時候跟他的情緒是有關聯的。那我覺得這個就會很好的，是我可以去跟他討論說，那當你那樣子的情緒來的時候，我們可以怎麼去處理這個情緒，而不要讓他直接轉換到物質使用身上。」(B-SW-1-0013)

除此之外，「回觀」亦是露德協會減害工作中相當重要的一環。以 B、C 組為例，無論個案是否使用藥物，社工會進一步透過回觀表單或回觀技巧，協助其重新整理當次使用經驗、復發脈絡與當下選擇。不同於傳統戒癮模式常將復發視為失敗，露德協會更傾向將復發視為一種可以重新學習與理解自身的機會。

「嗯，我覺得一開始如果是他剛復發那段時間的時候，我其實就會比較結構性，就可能用一些工具呃那個物質使用管理啊、或者是回饋表單。當然不是說很制式啦，就是用口語跟他討論這些過程發生什麼。那我覺得除了讓他自己也清楚他自己的狀態之外，其實每一次的、每一次的回觀的整理，我覺得都是一個很好的成長。那我覺得當他再次復發的時候，我自己會做比較結構的、比較有一些工具進來的。因為這個是他在山上一直都有在練習的，那我覺得直接用這些方式，他會比較熟悉。我們也的確可以比較快地去討論他當那個時候復發的狀態。」(B-SW-1-0027)

「那在他使用或者是不使用回來之後，我們會協助他回觀，假設今天他使用

好了，欸哪些地方計劃是有效?哪些地方計劃是失靈的?那他們更看得清楚，去補足他之前的 MAP。那或者是說哎他這次怎麼樣不使用啊，會不會這個過程中其實是有腦部迴路發生啊，只是他透過什麼樣的方法?我們會去幫他彙整這樣子。」(C-SW-1-0043)

透過上述的分析可發現，露德協會多層次的直接服務體現，是以「個案與助人者的關係為核心」所建構而出的服務實踐，彰顯出減害取向從理念到行動的具體轉化。無論是全人支持的個案管理、藥愛社群的團體連結、以生命為週期的長期同行，或是將減害理念轉譯為可操作工具的工作方法，其核心皆指向同一件事：在不否定藥物使用者現況的前提下，陪伴其逐步提升覺察、累積改變動機，並重新建立與自己、與他人及與社會的連結。

貳、提供沉澱與對話的空間

在針對 HIV 感染藥愛者的實踐中，除了前述是以社工（助人工作者）為主體開展的多元直接服務外，露德協會同時也相當重視「空間」在減害歷程中的功能與意義。露德協會深刻體認到，許多藥愛個案長期處於反覆用藥、關係失序與高度壓力的生活狀態之中，往往缺乏一個能夠真正讓身心安頓下來的安全場域。為此，露德協會依據服務對象不同的外控需求與復原階段，發展出「中途之家」與「朝露農場（治療性社區）」兩個層次的實體空間，讓個案能在不同階段中，擁有相對應的支持與緩衝地帶。

一、承接社會排除與危機的過渡空間：中途之家

露德協會之「中途之家」的設立，源自於對 HIV 感染者與藥癮者所處社會困境的長期觀察。許多個案因感染身分、藥物使用、家庭衝突或反覆進出監所等因素，而在家庭與社會中逐漸失去支持與容身之處。尤其在用藥狀態混亂、生活失

序的階段，更容易因為與家人關係惡化、行為脫序或污名化處境，而被迫離開原有生活處。

「那中途之家，中途之家其實，那時候會建立，據我所知，其實也是發現很多的藥癮、或者是感染者，在很污名化的情況底下，有時候他們會可能莫名其妙的被家人趕出家門啊，那或者是可能也因為一些家庭的關係、伴侶的關係、或者是可能進監所出監，反正就是因為各種原因，他們可能就會呃失去住的地方。那我們會設立中途之家。當然不是說把這些人全部都收進來，而是有時候他們有一些狀況是需要被好好的安置的。譬如說，可能他因為感染身份被家裡趕出來，那家人不理解嘛。那可是他得要有一個地方，讓他可以穩定的治療他的身體的狀況。那這個時候，我覺得就是中途之家可以，嗯中途之家這個資源可以被納入的時候。」(B-SW-1-0010)

在此情境下，中途之家扮演了危機介入與初步外控的庇護角色。A 組就表示，相對於個案獨自租屋或居住在家中，中途之家提供了「稍微強一點點」的外控環境。雖然不及治療性社區的強度，但它的核心價值在於提供一個安穩的停損點，讓個案在遭到社會或家庭邊緣化時，能有一個不受干擾的、可以暫時從混亂的生活秩序中抽離的過渡空間。

「就是如果針對狀況比較混亂的，或是需要外控比較強的藥愛個案的話，我們也可以提供中途之家或是朝露農場的治療性社區的服務。那當然中途之家外控就會比較相對於自己住在其他租屋處或者是住家裡，中途之家的外控大概會再稍微強一點點，但是朝露治療性社區的外控是更強的。但不過…不過要投入這樣子的準備，當然就要更高啊，心理預備就要更高一點。所以這要取決於個案意願啦，因為他也不是強迫式的。」(A-SW-1-0010)

二、 靜心沉澱、開展關係對話的修練場：朝露農場／治療性社區

相較於中途之家，朝露農場（治療性社區）提供了更強大的外控環境，個案的「心理預備就要更高一點」。這裡不只是居住空間，更是一個透過高度結構化課程與自然環境，強迫個案放下外在干擾，專注於內在沉澱與多方對話的修煉場域。

像是 A、B 組都提及，朝露農場善用山上的自然環境，讓藥愛個案透過農務與正念相關的課程向內覺察、進行生理上的排毒。在遠離塵囂的環境中，個案得以抽離山下那些充滿誘惑與反覆復發的生活重演。強制的留白，同時也為個案創造了自我沉澱的空間。

「如果先從治療性社區來講好了，就是第一個接觸到的就是農務。對那農務我覺得它第一個就是，你如果在上山之前有使用(藥)的話，它第一個可以達成的就是排毒。因為你會大量的流汗，做大量的體力活，那就是直接身體上的排毒嘛。然後再來就是因為跟大自然接觸，其實我覺得對很多都市小孩來說，他是一件很罕見的事情。所以就是回歸自然，然後可能可以花比較多時間跟自己相處，我覺得其實它會讓自己去反思很多事情。」(B-CL-1-0015)

「然後，你能不能用山上給的一些，比如說我們學的正念嘛，就是山上就像 XX 老師就會帶正念課程。那些東西我覺得在山上比較有機會。當然之前 DA 也會帶，然後社工也會講。但是我覺得有時候是給你一個環境跟一段時間，讓你真的你比較不會、心無雜念去做。可能可以那個時間比較能夠感受到正念他到底能夠帶給你的幫助這樣子。所以我覺得在朝露那一年對我的幫助是這樣，就是我學到一些技巧，那技巧讓我可以在沒有工作，沒有生活，那些拉七拉雜東西的煩。就是事情裡面我可以強迫我自己在那邊，時間可以一年時間，我可以練習這個東西。」(A-CL-1-0028)

在沉澱之後，朝露農場也提供安全的對話空間讓個案能表達真實自我。B、C 組就提到，透過多元的自我探索課程與團體，這些藥愛個案被鼓勵打破過去壓抑

或武裝的習慣，使得朝露農場成為一個能夠接納脆弱、真實以及彼此對話的場域。

「對，那當然還有像在治療性社區的課程，包含像表達性藝術課程跟會心團體，這個一般在山下也不會接觸到，應該說在山下如果要去上這些課程會需要花很多的費用。對，那所以我覺得他也讓我…因為我本身是一個不太會分享自己的人。就是我在山上是比較害羞的，然後也不會主動去分享自己的一些事情，所以很多時候就是自己會積著，然後可能累積到一定的量的時候就爆掉。那在山上他就是其實很鼓勵表達自己，像是不管是情緒啊或者是情緒，好的情緒、不好的情緒，對，就是都可以說出來。然後也在會心團體被引導說，就是越來越可以去表達自己真實的想法，而不是說一定要裝一個好像讓人印象很好的樣子出來。對這是第二個部分。」(B-CL-1-0016)

「嗯，我覺得個案在這邊，減害對他來說也蠻有幫助的。那他可能…雖然他意志在於他決定不要使用，但是因為這樣子的一個環境，或者是說我們蠻允許一個人可以發聲自己的議題、這樣子的容忍、或者是允許，其實還蠻幫助到他的發展的。」(C-SW-1-0029)

除了個案自身，朝露農場也將「對話空間」延伸至家庭系統。像是 A、B 組都非常肯定，朝露農場透過舉辦「家庭培力營」，為長期處於關係緊張的藥愛者與家屬搭建了溝通的橋樑，這讓原本充滿指責的家庭空間，撐起了一個有機會互相理解與支持的對話平臺。

「我覺得這是哦，可能上朝露之後。朝露這幾年辦了家庭培力營，我覺得家庭培力營是一個很能夠去看自己跟呢自己跟家人關係，不管是個案，對爸媽、還是爸媽對個案。這個家庭培力營的確幫了很大的忙。因為在培力營裡面有蠻多老師可以帶他們看，就是呢就是會導心理劇嘛，或是可以導入一些減害的一些概念、或是知識，讓他們彼此可以運用，對。」(A-SW-1-0023)

「那相對的是他的學習，但爸爸媽媽也透過這樣家庭培力營，或是透過這些方法，爸媽也學習到怎麼樣去應對，或是爸媽也學習到怎麼樣去設定這個界限，不會過度的涉入。那我覺得這是比較健康的發展啊。」(A-SW-1-0024)

「因為我爸媽他們也有參加培力營幾次。我媽比較認真，我爸比較少參加。然後我覺得我發現我媽在 even 現在還可能還是會復發狀況之下，她比較能夠理解我的狀態，她不會像以前那麼緊張，跟就完全會…她也會陷入一種很痛苦的狀態裡面。」(A-CL-1-0065)

「嗯，但我覺得改變最多的是(家庭)培力營。對因為家屬他們…這個東西對他們來說非常陌生，要怎麼樣去就是跟自己的藥癮小孩一起，就是去共同的走這條路，我相信大部分的家屬…他們是他們一開始是很懵懂的。所以到培力營，我覺得不止課程，一個主要的部分是可能有其他、比較有經驗的家長，然後跟這些可能剛踏入這個圈子的家長，可以有不同的互動。那互動過程當中，其實他就是一個培力的過程，所以等於是說家人跟我自己都在同時的做調適。那我覺得如果沒有這個過程，其實很難走下去。因為就是現在跟我的家人其實我覺得算是一個大躍進。」(B-CL-1-0018)

為了讓沉澱與對話的歷程更加具備階段性，露德協會在近期更發展出「朝露小院」與「朝露小鋪」的場域。「朝露小院」作為進一步的轉銜空間，讓預備賦歸且較為穩定的學員能有獨立空間進行自我操練，同時設有隔離床位，讓剛復發者能接受照護而不影響他人；而「朝露小鋪」則著重工作訓練場域的發展。這些皆讓朝露農場的「對話空間」意象，開拓地更加全面與立體。

「那就是目前來說還沒有這樣子的一個服務可以支撐住個案，他們有緊急或者是轉銜的需求，那麼陸續的有在做這樣子的建構，就是朝露小院。那同時朝露小院它也有一個功能，它也是比較成熟的學員，他們可以在那一邊做漸

進式賦歸的一個部分，就是他們可能可以在這邊繼續在朝露農場工作，但同時就是他們也可以拉出更多的自由跟彈性，讓他們可以去增加他們的一個操練這樣子。嗯好像，大概想到是先想到這些。」(C-SW-1-0069)

「朝露小鋪的部分。那也是早期因為，就是因為我們是保護性的機構，我們地址其實不外傳，可是也會有一些社會大眾或者是外部單位，他們會有一些興趣，所以我們有建構這樣子一個地方。那起初也是希望就是，給這一些成熟的學員或者是多元人力，讓他們可以在朝露小鋪呢，可以去做一些營銷，或者是去做一些訓練，讓他們可以販售這些東西。所以就是我們也有就是朝露小鋪的一個部分這樣子」(C-SW-1-0071)

「哎小鋪他主要是場域，讓他們可以去像一個工作的地方這樣子哈。但是小院的話，它比較是一個額外拉出來的空間，然後可以在物理上跟就是適應期到維持期的學員，他們可以有一些隔開，避免就是階段不同，然後操練不同，而相互影響這樣子。好假設這一個個案，他服務九個月足夠穩定，那他可能想要在臺中地區工作好了假設，那他就可能就是足夠穩定的狀況下，他可以申請去(朝露)小院，他可以住在那邊，然後提出他的計劃。那同時就是他也可以就是來上課，或者是安排做多元的工作，或是其他的工作等等的這樣子。小院比較是讓賦歸期的人他們可以直接住在那邊。然後也跟適應期到維持期的人，他們可以隔開這樣子，前提是要穩定。」(C-SW-1-0073)

整體而言，露德協會第二個重要的服務實踐，其核心是建構「一個能夠安全、被理解與承托的修練空間」，這樣的空間並不只是單純的居住或安置場所，而是透過不同層次的支持機制，協助 HIV 感染藥愛者在失序當中，能重新獲得沉澱、自我整理與開啟對話的可能。這同時也回應了減害實踐中相當重要的核心精神——並非急於要求個案立即改變，而是先提供一個能夠安全存在與重新出發的地方。

參、 同儕培力與陪伴機制

在減害服務的實踐當中，雖然露德協會已逐步建構出多元化的直接服務與支持空間，但同時機構亦深刻意識到：單靠專業助人工作者的陪伴，仍難以全面回應 HIV 感染藥愛者在日常生活中所面臨的突發危機與渴癮狀態。特別是許多藥愛者的渴癮升高、混亂使用、復發後的情緒潰堤與自傷意念，往往發生在助人系統較難即時介入的時刻；同時，也並非所有個案都願意進入中途之家或治療性社區等較具外控性的場域。因此，在這樣的脈絡下，露德協會進一步發展出以「同儕」為核心的支持機制，包含「復元培力圈（簡稱復培圈）」以及「同儕員／復培員」制度。這套機制仰賴同儕互助的概念，不僅去填補體制內的支持空窗，更推動了讓個案從「受助者」轉化為「助人者」的復元路徑。

一、 填補系統支持空窗的「即時安全網」：復培圈

復培圈的建置，精準回應了藥愛者在渴癮與復發歷程中的特殊需求。許多藥愛者的復發或情緒危機，不盡然會發生在白天、社工能夠處理的時刻，而是發生在深夜或連假期間，也是正式支持系統最薄弱的時候。而復培圈的存在，正是在這些容易失控與墜落的時間點中，提供一個能夠即時接住個案的支持網絡。

「嗯，我覺得我的個案蠻常使用復培圈這一個資源的。比如說他們過年長假啊下去，每個人他們都會有自己的復元培力圈。那的確他們還蠻常會遇…遇到這麼長的時間，會有不如預期，甚至這個時間都是社工放假跟下班的時候，那他們就可能使用到這一個資源。比如說他們可能思覺失調的症狀啊、OD(過量用藥)啊、跟家人緊急的衝突，他都可以在上面求救。那上面求救之後，因為復培圈裡面呢，不只有社工啊，還有就是呃其他的同儕、同儕培力員或者是那個專員，那他們其實都可以在當下給予個案支持，或者是進一步的指引。哎暫時先 Hold 住個案的狀況這樣子。」(C-SW-1-0020)

復培圈的運作形式，多以社群媒體的群組作為即時回應的媒介，群組內除了社工、專員等相關機構工作者外，也包含了同儕培力員。這樣的設計讓個案在渴癮難耐、情緒混亂或復發後感到不知所措時，能夠即時找到人回應自己、不必獨自承受。

「呃目前的話，我覺得第一個他創立的就是…就是有創立一個復培圈的機制。那包含像是祕書長啊、主任啊、然後還有所謂的復元培力員，還有我的主責社工都在裡面。當然我覺得我自己很少使用這個資源，那我也還在練習當中。可是他就是一個資源在那裡，等於是說你可能在渴癮上來或者是說呃你真的去使用了，但你當下很不知所措的時候，你可以在復培圈的那個 Line 群組裡面去回報，那有看到的人，他就會及時的去接住你，可能用不同的方式，這是第一個。」(B-CL-1-0019)

「那我之前一開始是只要下山，我都會定期的回報，就是我的狀態跟我現在在做什麼事情。但那個後面有點流於形式的時候就沒有做。那近期是有把就是我真的渴癮上來很嚴重的狀態在復培訓圈裡面講，那也有得到迴應這樣子。」(B-CL-1-0020)

「只是我覺得他最近做了一件我覺得蠻棒的事情是，他把他最近很渴癮的一個狀況，在我們那個復培圈上面直接說明了。那他大概就是說最近那個渴癮的狀況一直下不來啊，然後就是有點困擾。可是他也清楚的知道，就是目前有家人再幫他踩剎車。」(B-SW-1-0021)

復培圈的重要性不僅在於「危機處理」，更在於它提供了一個可以允許脆弱的存在。如 B 組所提及，當個案感到不知所措或快承受不住時，可以在復培圈的群組裡表達出來，且不用擔心會被指責。這種不帶評價的接納，也間接幫助個案長出願意求助的能力，而這種願意主動求助的行為，本身就是減害的重要實踐。

「就是當就是我在復培圈，我就是一個藥癮者。那我可以把我比較直接的脆

弱呈現出來，那當然我還在練習，因為這對我來說不容易，但我就可以說我現在可以很高、然後我已經跟他奮戰了好久，但我不知道怎麼辦了，我快爆炸了。對就是我可以很直接去講這件事情，然後復培圈的人是不會帶有評價，不會有指責的來幫助我。」(B-CL-1-0027)

「對，因為他因為當你願意講出來的時候，就代表你，你把那個癮稍微丟出來了。那他稍微丟出來，當你看到別人給你的一些回饋的時候，你搞不好，有時候你就會啊轉移注意力，或是往別的方向去想。那我覺得這很不一樣的是，你不會再一直陷在那個環境裡面，讓你的大腦不斷的去思考用藥用藥這件事情。但我覺得你當你要從完全不動到有一個動作，這個過程當中，這個過程，其實對於某一些人來說是非常不容易的。」(B-SW-1-0023)

二、從受助走向助人的「漸進式復元角色」：同儕員

如果說復培圈是承托 HIV 感染藥愛者墜落的安全網，「同儕員/復培員」機制則是給予個案向上成長的階梯。露德協會相當重視「過來人經驗」在減害服務中的價值，因此會在長期陪伴過程中，逐步挑選狀態相對穩定、對助人工作具有興趣與潛力的個案，進一步培力成為同儕員或復培員。相較於專業工作者，同儕員最大的力量，是來自於「彼此走過相似生命經驗」的理解；同時也能將受助者轉化為助人者，讓復元的歷程更加地豐厚。

「或是他也可以有復培圈，我們現在有同儕員的呃復培員，訓練同儕員擔任復培員，所以也可以進到復培圈的協助裡。這三個?還有什麼?也可以幫助比較穩定的過來人，他可以把他訓練成為復培員，他也可以擔任復培員。所以協助可以從受助者到助人者這個部分。可是那個助人者可能不是法律定義的助人者、專業關係那一種，比較像是同儕員的助人者。」(A-SW-1-0006)

「嗯我會覺得，第一個會讓我覺得我不孤單。……可是同儕員就是有其他類似經驗的人進來，然後會跟你…當你拋出問題的時候，他們可以…可能比如

說分享以前自己的經驗」。(B-CL-1-0025、B-CL-1-0026)

然而，同儕員的培力並非一蹴可幾，而是經過細緻設計的漸進式歷程。如 C 組形容「我覺得很像是實習管理員的概念。」(C-SW-1-0018)，機構不會一開始就讓同儕員擔負沉重的處遇責任，而是讓其從陪伴、協助與觀察開始，逐步學習如何在關係中拿捏界線、提供支持。而這種陪伴責任的擔當，亦被機構視為復元的進階之路。

「那同儕的部分來說，剛有講這是一個怎麼樣的服務。那有想到的是，其實治療性社區有一個很重要的觀點就是這一個人他的分享、或者是他的擔當的責任，他會有益於整個社區，或者是同儕員他們會對於哎這一個服務，其實他的有效是有目共睹的。那為什麼會是屬於他的服務，是因為呢他對於助人的專業工作他是具有興趣的，那甚至是在他過往的副業中，專業工作它同時也是一個挑戰。那在這樣子的狀況之下，所以我們也有看見他有這樣子的能力，所以我們也邀請他就是可以漸進式的升任同儕的這一個角色。那剛剛我講這是一個怎麼樣的服務？其實他會是一個漸進式的服務，就是說他不會一下子就升任同儕角色，他會是逐步的嗯先從協助的角色開始，去熟悉這一個業務甚至是理念。那起初其實不會讓他擔負可能服務個案、或者是處遇個案的責任，他比較會是一個協助的角色。那慢慢的讓他就是去熟悉，然後也去就是學習，怎麼樣掌握跟學員去相處跟工作的能力這樣子。」(C-SW-1-0017)

綜合來看，露德協會第三個重要的服務實踐，不只是服務人力的延伸，而是「重新建構受助者的復原歷程」。當個案逐漸從「被幫助的人」轉變為「有能力陪伴別人」之人時，其實也象徵著對自身生命經驗開拓出新的理解與定位。過去那些關於藥物、失控與受傷的生命歷程，不再只是失敗與污名的象徵，而成為有機會設身處地、支持他人的基石。

第二節 助人者與藥愛者的減害歷程經驗

「減害」在 HIV 感染藥愛者的實務脈絡中，不僅僅只是降低物質使用頻率或減少劑量的技術性概念，它更是一場深刻的「觀念翻轉與重塑」。至今社會主流對於藥物成癮，仍多抱持著「非黑即白」、「全有全無」的二元框架，認為只要接觸物質，就應立刻且完全地戒除。在這樣的脈絡下，藥愛者往往因反覆使用與復發而背負沉重的羞愧與自責；而助人工作者則易陷入期待個案改變的焦慮與拉扯之中。

然而，在露德協會所實踐的減害取向服務裡，無論是對 HIV 感染藥愛者還是助人工作者而言，都產生了相當深刻且獨特的經驗轉變。減害不再只是聚焦於「有沒有停止用藥」，而是將焦點放置於「人」的生命脈絡，理解使用藥物背後有其複雜交織的情緒、關係、創傷、慾望及身分認同等議題。透過較具彈性與不帶評價的工作方式，藥愛者開始有機會鬆動過去對自身的道德批判，也逐漸發展出面對渴癮、情緒與人際困境的覺察及因應能力；而助人工作者則在陪伴的過程中，重新反思何謂真正的接納、合作與陪伴。

以下將根據分析資料的整理結果，將減害取向服務的經驗分為五大核心主題，包含：不帶評價的態度與自我接納、走向有意識的覺察、發展個別化與安全策略、修復重要關係，以及務實且彈性的生活哲學，並逐一進行描述：

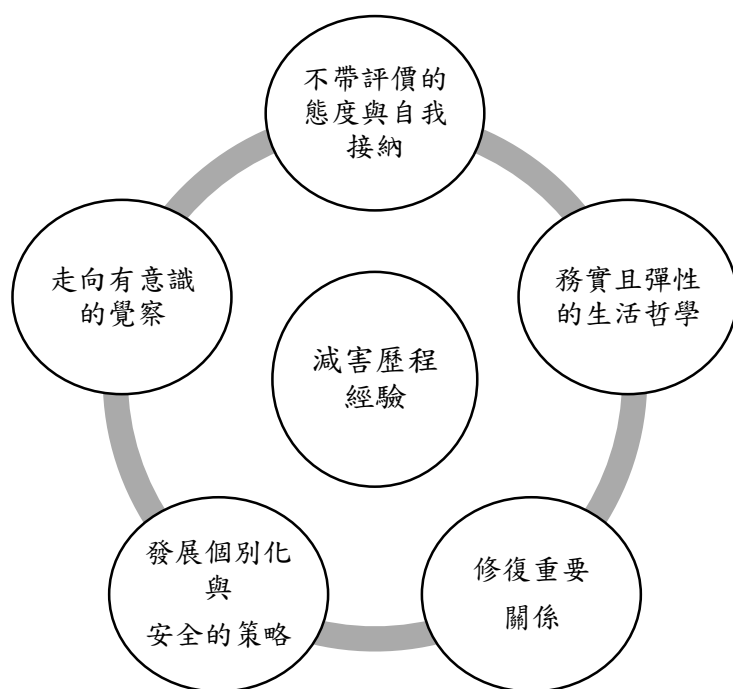


圖 3 助人者與藥愛者的減害經驗整理

壹、 不帶評價的態度與自我接納

物質使用者長期處於被社會指責、糾正與污名化的壓力之中。尤其 HIV 感染藥愛者，同時背負著性少數、感染者與藥物使用者等多重污名身分，使其經常擔心被否定、拒絕或視為「有問題的人」，也因此更加難以接納真實的自己。

然而，減害取向服務的核心之一，正是為個案撐出一個「不帶評價與批判」的心理空間。這種無條件的接納，不僅降低了藥愛者的防衛與羞愧，也逐漸鬆綁了他們長期加諸在自己身上的道德枷鎖，使其開始有機會以較溫柔且真實的方式看待自己。

一、 助人者的不評價姿態：卸下防衛，建立真實的合作關係

減害服務的起點，在於助人工作者願意放下「要求個案立刻改變」的權威角色。像 B 組社工就深刻感受到，若一開始便急於要求個案停止使用，很容易讓其感到「被批評、被命令」，這種做法可能會讓雙方的關係拉遠、甚至斷裂。

「我覺得我自己感受到的第一個優勢就是，他會主動願意跟你談用藥這件事情。因為我覺得有時候有一些人對於要談用藥這件事情是抗拒的，可是當你跟他說，你沒有要、你沒有叫他戒啊，你沒戒啊、要批評他啊，我覺得當他在有時候他在聽到這樣子的語言的時候，他反而比較可以放下那個戒備心，跟你實際的多談談藥物這件事情、物質這件事情。那我自己會覺得這是一個很…這是一個蠻大的優勢，是我們更能夠直接…我們更能夠離個案更靠近一點啊。」(B-SW-1-0051)

「因為有時候我覺得對於某一些人來說，當你一直…你直接告訴他說你就是要戒，他直接就會覺得說你就是在批評我、就是在命令我。有時候這個時候就會讓我們跟個案距離，突然間就拉得很遠，甚至直接斷掉。他可能關係就會直接斷掉。那我自己是覺得說我自己看到的一個滿好的點就是在於這樣子。」(B-SW-1-0052)

相對地，減害最大的不同，在於它並不強迫個案立即戒除，而是回到現實脈絡中，與個案討論「如何降低傷害」、「如何讓自己更安全」。這樣的工作方式，對許多藥愛者而言，是過去從未經驗過的。社工不再只是糾正與管理的角色，而成為一個可以安全談論「禁忌」的人，也讓雙方得以建立更真實且穩定的合作關係。

「那我覺得說有一個對象他是不評價你，然後不會去帶著批判的一個角色去跟你合作，對然後你不管什麼事情都可以提出來。那社工他會去慢慢地引導你說，可能甚至不止在藥物這一塊，因為我發現有上山之後，屏除掉藥癮這個問題，其實有非常多的議題會出現。那我覺得就是慢慢跟社工去討論說，我遇到這些議題，我要怎麼樣去面對跟處理，然後隨著每一次不同的會談，其實都有不同的議題跑出來，那怎麼樣去呢做後續的處遇，然後持續走下去？我覺得這是蠻重要的。」(B-CL-1-0034)

「就是我覺得綜合起來，減害它讓當事人是可以很大方很自然的把這些東西全部攤出來講。就是你可以不用保留，然後全部的講出來、去丟出來，對我覺得這個就是它的一個彈性所在。嗯，它不是…它不再被視為一個…藥不再被視為是一個禁忌的東西。」(B-CL-1-0059)

「那這個部分其實是採蠻開放或者是呃蠻接納的態度，我覺得這個跟減害也蠻貼，意思是說，就是我們有看到這樣子的現象，那他可能也覺得有一些困擾。那其實，但是我們不會要求他說，哎你接下來要怎麼樣改變或怎麼樣改變，那主要還是回到他自己怎麼樣看待這一件事情，他覺得有沒有困擾？還是他覺得有沒有就是，好處的地方是什麼？協助他盤點說，欸他這個東西，它是不是跟以前有關？是不是跟他長期以來怎麼樣，就是發展有關，慢慢的去發展出他的動機。」(C-SW-1-0032)

除此之外，A組的社工也反思到，當個案的真實狀態與自身價值觀產生衝突時，更需要持續覺察自己的情緒與反應，重新回到專業關係的位置，並透過減害架構與個案共同討論可預期的風險與傷害，而非急於以個人價值進行介入。

「但我想到的如果真的硬要說挑戰的話，可能比如說他可能會在用藥之後很巧一尤，然後就會做出一些脫序的事情。就是我自己身為不是工作者的角色、是個人的話，我就會說這個完全不行吧。對，就會跟我自己原本的價值觀完全不一樣。」(A-SW-1-0038)

「我覺得這個可能在會談上就會再小心謹慎自己的反應，不能夠很真實地反映出個人我的狀態這樣。但是會用比較專業的我的部分來跟他討論，這個在專業、在法律上你會遇到什麼樣的風險？那有沒有什麼樣的倫理考量？對，會回到這樣子的討論。」(A-SW-1-0039)

二、鬆綁「三重污名」與道德枷鎖：接納真實的慾望與脆弱

藥愛者長期背負著沉重的污名與道德壓力。如同 B 組提及，這些社會標籤容易使其認為自己是不夠好的、自卑的。同時，藥愛者也受到主流價值對性與慾望的規訓，進一步將使用藥物與追求快感視為是十惡不赦的，最終陷入極深的羞愧與自責。

而在減害服務中，社工透過真誠、不避諱討論藥物與性議題的態度，逐漸讓個案有機會稍微掀開社會長期強加於其身上的遮羞布。這種被理解、被允許談論的經驗，也讓藥愛者開始能較誠實地面對自己的慾望、脆弱與需求。

「呃我想一下哦，減害對我的改變或是其他層面？我覺得是自信。對就是因為我覺得身為就是目前有三個敏感身份的人，包含像同志、感染者跟藥癮者身份，其實會蠻自卑的。本來會蠻自卑的，然後我本來又是一個很沒有、很容易沒有自信心的人。那因為我覺得減害它就是，他不會去避諱談這些事情。」(B-CL-1-0044)

「但是後來隨著這幾年社工跟他會談啊，或是他歷經了朝露農場的學習，還有無數次的 DA 減害團體之後。他比較可以去放下這樣子的枷鎖、道德感的枷鎖。對，所以他比較可以去更真實地面對自己原始的慾望，要怎麼跟這個原始的慾望共存，我覺得對他也是很重要，可能不是用打壓或是壓抑的方式。嗯，可是必須讓他有一個抒發的窗口的管道。」(A-SW-1-0026)

「所以減害的方式是：哎，其實你還是這個慾望本身沒有錯啊，只是我們可以用什麼樣的方式去看待，跟去解放這樣子的慾望。或許在他原本的成長背景裡面，這些慾望是不允許被存在、或是不允許出現跟去解放的。但我覺得透過減害的概念，他會知道哦，原來這是這是正常的，不是只有我其他可能也會有，嗯嗯，是可以有一個空間可以去談的。」(A-SW-1-0027)

當藥愛者不再時時刻刻被道德與自我批判追趕時，他們對待自己的方式也開始產生轉變。A、C 組分別經驗到，減害所帶來的彈性與空間，讓個案有一種「終於可以鬆一口氣」的感受。即便復發，也不再只是全然的失敗與潰堤，而是

開始能較中立地理解自己的行為模式，並因此有更多勇氣繼續向內探索與梳理真正的生命課題。

「我覺得對於個案來說就是彈性，嗯對就是彈性。因為他本來就是一個自律的人，他本來就知道是不能用，所以他用了之後就會陷入很、很深的愧疚跟道德的綁架之中，所以他會更、更讓他窒息。所以透過減害服務，他比較可以鬆一口氣啊，比較可以比較冷靜啊、比較可以中立地客觀看待自己的行為，而不是陷於那些情緒裡面啊，愧疚自責的情緒裡，不會一直陷在那個情緒裡，就沒有辦法看到事情的樣貌，跟就是行為發生的原因這樣子。嗯對。」(A-SW-1-0063、A-SW-1-0064)

「我舉例有幾次復發的經驗。假如我還沒有去朝露之前，自責感可能是 8，滿分之 10 的話，我大概會落在 7 跟 8，很高，就我在退藥完之後。在退藥的過程就會覺得很糟糕、自責，負面情緒很強烈。然後我在經過朝露這一年的課程之後，下山之後這幾次復發我發現，那個自責感降大概 2 到 3。我知道我會有我感覺到我在負面情緒裡面，我會懊悔但是我會跟自己講那是一個過程，這是不是我可以控制，它就是藥物產生，是自然生理的一個感受這樣。」(A-CL-1-0046、A-CL-1-0047)

「還有因為我其實剛來的時候是不想要開諮商，因為我很討厭諮商，我覺得諮商會一直挖，一直挖，我覺得很不舒服，所以我一開始來都沒有開諮商。可是因為社工會談慢慢談到後面、我們談得越來越深了以後，我感覺不像在會談，感覺像在諮商。然後我自己的感覺就是好吧，是不是時間到了？我是不要開始去試諮商。所以我才開啟某心理師的諮商，然後就從諮商跟社工的雙管齊下，讓我覺察到了更多冰山以下底下的東西。」(C-CL-1-0044)

貳、 走向有意識的覺察

已有藥癮傾向的 HIV 感染藥愛者，在面對壓力、孤單或負面情緒時，往往容

易受制於既有模式，而無意識地將情緒直接連結到藥物使用。然而，減害取向服務透過提供沉澱空間、情緒辨識練習與自我覺察，逐漸幫助藥愛者從「被動的自動化反應」，轉向「有意識的自我覺察」，進而開始看懂自身與藥物之間所發展出來的關係樣貌。

一、 創造心理空間：停下腳步與向內探索的契機

減害服務的第一步，往往是為陷入混亂狀態的個案，創造一個能讓身心暫時靜下來的空間。如 A、B 組就深刻地體會到，在治療性社區與社工的陪伴經驗中，「有機會讓自己停下來，靜下來後才有辦法想一些事情」。這種外在物理空間的留停，也進一步創造了內在覺察的窗口，使個案得以稍微安撫內在長期累積的躁動與混亂。

「我覺得那個過程讓我現在回想起來，在朝露那年是，比較像是讓你停下來。你不要去想剩下的事情，讓你停下來，就是讓自己靜下來去想一下就是過去就是可能發生的那些事情。」(A-CL-1-0027)

「我覺得那個會談對我幫助蠻大是，因為你靜下來，就是比較能夠去想，過去啊，然後到底現在在這邊，我要做什麼這樣。你就會有很多東西可以跟社工去討論。」(A-CL-1-0031)

「因為我們現在看的是他的結果是用藥造成你的生活或是工作上或是其他關係的破裂，會糾結在那個痛苦裡面。但是可能一開始還在這個階段的朋友，我覺得就更需要社工的幫忙。讓我們先沉澱下來，然後慢慢去疏解。但是疏解的過程就要花很多時間。我跟社工合作了兩年，我才發現為什麼我會使用藥物，跟我為什麼會有這些反應。」(A-CL-1-0111)

「我覺得定期會談是一個很重要的部分，是他可以幫你去梳理，你可能呢就是你自己可能都沒有想到的一些事情，或是你真的覺得頭腦很混亂，那你透過直接跟別人去談話，你可以去梳理整理出來一些事情。」(B-CL-1-0021)

而當一個人開始能夠與自己相處時，減害服務似乎也開展出另一種可能——引導個案從過去習慣性的「向外追尋」，逐漸轉向「向內探索」的過程。這種從向外依附物質，轉向對內的自我關照，正是覺察力萌芽的起點。

「因為朝露除了減害以外，它最終就是想要我們向內求，而不是向外求。以前的我們總是怨天尤人。不要說我們啦，以前的我總是怨天尤人，總是覺得為什麼是我？總是覺得怎麼樣怎麼樣。但來到這邊以後，學習了一些理論，學習了一些課程，然後跟社工們會談。然後慢慢慢慢慢慢，很多事情往內看，回歸到自我的時候，其實好像沒有那麼的就不會那麼的累。」（C-CL-1-0021）

二、 打破自動化反應：辨識情緒與發展選擇

減害服務也大幅提升了個案對自身情緒與身體反應的敏感度。像 C 組藥愛者提及，過去自己幾乎缺乏辨識情緒的能力，很多時候只知道「不舒服」，卻不知道那究竟是焦慮、憤怒、羞愧還是孤單。而在減害服務的學習歷程中，他們開始「知道怎麼覺察情緒，辨識情緒後，理解生心理會有的自動化反應」。

這樣的覺察，讓個案在渴癮、人際衝突或情緒失衡來臨時，得以稍微踩下一點剎車。原本那種幾乎不經思考、直接奔向用藥的反應，開始慢慢被鬆動，使「很多事情從無意識變成有意識」。如同 A、C 組提及的，能看見自己的情緒與反應模式後，也開始能在情緒調節與人際互動中，發展出更多不同的選擇，不再只有「受傷—用藥」這條單一路徑。

「然後你也會比較，當然因為課程的關係，你會比較知道說譬如說情緒好了，我會辨認情緒。情緒來不要馬上做反應，這個過程裡面，因為身上其實好像說那群人在那邊，他也會產生一些爭執，或是一些事件啊，情緒啊什麼的。那他比較有機會讓你去用課程白天教的東西去看待你每天遇到的那些事

件。我覺得在朝露的好處這個耶。」(A-CL-1-0032)

「我來到這邊學到對我最大的幫助就是覺察、覺察情緒。以前的我情緒詞匯很少，可能講出來的就是不爽、或是我很開心、或是怎樣怎樣就是很簡單的。但是來到這邊以後，慢慢的從一開始的覺察到後面覺察情緒，辨識情緒以後，到後面辨識身體的反應，然後辨識什麼。其實來到這邊我學到很多。」(C-CL-1-0021)

「那慢慢到後期就是到中間的時候，其實跟人際上就會有摩擦，但對於我來說，我很常就是會有立即反應，那如果要舉的例子的話，就是跟學員之間的衝突有慢慢的在減少，然後我也有覺察、也有意識我自己很容易有立即反應。所以減害另外的、我腦袋的解讀就是減少傷害。所以在人際方面，我從我很常立即反應，我從我舊有的模式，慢慢透過我儘量減少立即反應，然後有情緒的時候，離遠離現場，或者是做一些那個焦點轉移等，然後一路一路到現在。其實我，我變得很多事情我都不會去很刻意的去…也不是刻…不是說，就是我會很刻意的，不讓我自己掉入立即反應，就不會有很多傷害造成。因為當有那個立即反應出來的時候，其實話都很難聽、或是做的事情都會很衝動。」(C-CL-1-0022)

「所以減害對於我來說就是可以輔助，我可以把日子過好，然後把我的覺察能力再提高，然後讓我能夠在很多事很多，不管情緒人際溝通等等等，我可以有更多更多的選擇。因為對我一直漏掉，其實減害最大的理念就是最大的一個幫助，就是可以讓我們有很多的選擇。」(C-CL-1-0051)

三、 梳理內在課題：看見藥物底下的需求

隨著藥愛者的覺察能力逐漸提升，助人工作者也進一步陪伴其梳理物質使用背後更深層的內在課題。社工觀察到，許多個案之所以難以停止使用藥物，往往與其內在長期累積的「自我價值感低落、自我認同衝突、家庭關係失衡，以及難

以滿足社會主流期待」等經驗有關。

因此，A、B、C 三組的助人工作者也深刻體認到，每一個人選擇用藥都「其來有自」。有些人藉由藥物處理過往未被安置的創傷，有些人透過藥物安撫情緒與孤單，也有些人是在關係破裂與親密失落中，試圖尋找一種被理解與被接住的解放。這些經驗都可以說明，藥物使用從來不只是「用或不用」的問題，而是牽涉到一個人如何與自己、與情緒、與關係共處的生命課題。

「比如說對於親密關係或是伴侶關係的想像，可能一定要是一對一的才是合理的、正常的，或是可能也是自己以為想要發展的是穩定的伴侶關係。但後來透過會談、或是透過其他的探索之後，會發現哦自己在伴侶關係的時候，可能好像是因為基於主流價值，會覺得一對一才是正常的、才是合理的。那其實可能自己並不、這可能並不適用於自己。所以我可能可以不用發展，長期的、穩定的、封閉式的關係，我可能可以是讓自己在關係上可以有更自由的探索，不用這麼快就進入一段穩定的關係裡」(A-SW-1-0029)

「我覺得當鬆動了自己原本對於關係的想像之後，就不太需要或是就不一定一定要透過物質，去滿足這樣子的關係。對，所以可以發現我們可以擁有多元的關係，或是讓自己可以更自由的去探索之後，好像就沒有一定得要透過物質才可以去解放。」(A-SW-1-0030)

「所以在服務他過程中，我反而會希望他可以去更看見自己的渴望或是慾望。對，而不是用這些主流的、應該的社會的價值觀去框自己。」(A-SW-1-0035)

「那其實我覺得談到後面，我知道慢慢的可能會期待會跟他談他自己、家庭跟自我的部分。因為慢慢的其實會發現…應該是說我覺得我自己觀察那麼多藥愛或者是物質使用的朋友，有時候沒辦法停下來，很多時候，尤其是藥愛的個案，有時候跟自己的不管是自我價值、自我認同、或者是可能家庭關

係，其實都會有很大的關聯。那我覺得這個個案其實也是。」(B-SW-1-0028)

「對因為每個人，他會接受朝露服務的原因不一樣，雖然可能都跟使用相關，可是其實不是每一個人，我覺得不是每一個人都要處理使用的議題，因為使用的背後原因蠻複雜。有些人是替代性創傷，有些人是情緒控制，有些是關係。所以再更進一步的，在朝露農場其實會處理的不是只有用跟不用。反而是在外控的狀況下，他可能用的動機變低了，我們有機會可以處理，就是說回過頭來有可以去處理那一些影響使用的因素這樣子。」(C-SW-1-0034)

參、 發展個別化與安全策略

減害取向打破了傳統「全有全無」的二元戒治框架，使藥愛者得以在較具彈性的空間中，依據自身特質與需求，逐步發展出務實且個別化的因應策略。在這段歷程中，個案不再執著於一步到位的完美戒斷，而是將焦點放回「如何減少傷害」，並在不斷嘗試與修正的過程中，逐漸建立起安全意識與求助能力。

一、 從不停的試錯中發展「個別化策略」

由於減害不將復發視為失敗，而是將其視為復元道路中必經的光景，因此也讓許多藥愛者逐漸形成一種重要經驗：「在每一次試錯的過程中，我會知道哪種方式比較適合我」。這樣的觀點，使個案更願意投入於發展適合自己的延宕與轉移渴癮策略，例如 A、B、C 三組的藥愛者分享到自己會透過手機外控限制、精油轉移法、自慰後的聖人模式、正念練習、或其他能幫助自己拉開與藥物距離的方法。這些策略未必能立即阻止使用，但卻逐漸幫助個案累積出對自身狀態的掌握感。

「然後，也會比較理性去看，比如說這次復發到底是我哪一個對策其實沒有

做好，或是我是不是風險判斷的那個，就是能力還是不夠強？就是明明知道這邊很容易讓你有感覺，但是我還是往這地方走這樣。」（A-CL-1-0048）

「所以我舉這個例子是說，其實在最近這一次的過程裡面，我就理解到其實還是有漏洞。所以那怎麼修正？就是我會換一次安卓的手機，就是，我覺得每次在試錯過程中，我會比較知道哪種方式比較適合我。所以我覺得像之後，你談減害這些課程對我的幫助，我覺得是有幫助的，但是依然還是在這個過程裡面，還是要持續的會試錯，然後再去調整，那邊還是可以再優化。」（A-CL-1-0051）

「這也是我在山上去發現出來，就是我對味道很敏感，所以我會帶，後來就是會買精油，就是當我真的渴癮的時候我會塗精油的，所以我包包有帶。有時有效、有時沒有效啦。就是不知道耶他其實是滿強烈的，我就戳在這邊，他的好處是會讓我醒個一兩秒或三四秒。」（A-CL-1-0052）

「嗯對那我覺得目前對我還滿有效的一個方式，然後我也用這個方式去，我覺得有幫助到其他人的是精油。我那邊有蠻多不同的精油，然後當就是可能有渴癮上來，或者是我看見對方有渴癮、我看見有別人渴癮上來的時候，然後我也請他邊聞精油邊深呼吸，先讓他把那個心情冷靜下來。然後這個也是我覺得我自己在渴癮上算是一個比較有效，不能說消除，但可以緩解的一個方式。」（B-CL-1-0041）

「當然還是會有，就是可能你在滑臉書或滑 IG，有時候會勾到、就是有一些畫面出來，當然還是會有一些小渴癮，但是我的立即反應就是我尻一槍、我馬上就去尻一槍。尻一槍對我來說，就是可以降低我那個渴癮的感覺、還有轉移，我就趕快把它解決。因為其實藥愛來講，你除了在享受那個藥打到你身體裡面那種感覺以外，其實最後的我們要達到目標就是射。嗯所以其實在渴癮的時候，為什麼很多人會選擇去尻一槍？我不知道其他人怎麼樣，但是對我來說，我在渴癮的時候我尻一槍，我就聖人模式，我就不會想要用

藥。」(C-CL-1-0029)

「那其實他還持續地運用正念，那他也會定期地書寫，是沒有間斷的。對我覺得這都是他在幫助自己的，幫助自己的心靜下來，或是幫助他在面對壓力，或是考驗的時候，他可以用的方法。」(A-SW-1-0020)

「我現在感覺是這樣，就是你要有平常的修煉，比如正念寫日記，這個很依賴這個在調你的心啊。就是我儘量在我的念頭來的時候，我們能不能去拉一下？但這個其實是我覺得還是要很長的練習。」(A-CL-1-0055)

二、 建立對用藥的風險與使用場域的「安全意識」

當藥愛者尚無法立刻停止使用藥物時，減害的核心實踐，便具體展現在「安全意識」的建立上。像是 B、C 組的藥愛者就提到在接觸減害觀點後，開始重新正視藥物對身體與心理的實質影響，也開始思考如何透過減量、減用、保持衛生、避免感染等方式，降低使用後可能造成的傷害。

「我覺得比較具體的部分是，呃可能因為我到後來其實都轉變用打的。因為我覺得打的好像目前變成一個圈內的趨勢，可能因為比較不會浪費、或者是比較直接。但是它其實對身體很傷，就是我在接觸到減害的時候，其實有講到這一塊。」(B-CL-1-0036)

「所以可能還沒辦法從打的變成呼的，但是用呼的要怎麼樣可以減少？那也會教說你可能在打的過程當中要注意哪一些事情？比方說針具的清潔？或者是說要做好消毒，不要公用什麼之類的，就是這些東西我覺得是有幫助的。」(B-CL-1-0037)

「我覺得他是一個滿認同減害這個概念並且也會去用它，然後用了滿多的一個個案。所以我覺得，嗯比如說他自己在一開始物質使用很不間斷的時候，他有時候甚至於他自己用了多少、頻率什麼、幾克啊什麼的，他都其實都記不清楚。可是我覺得慢慢的到會談過後好幾個月之後，他可能某次復發的時

候，你再跟他討論，你會發現說欸他其實大概知道他當時用了多少，然後那個有沒有補？我有沒有補打啊？補打了多少？那我覺得這就是一個很，我覺得這就是一個減害在他腦袋裡面發芽的一個狀況。就是他開始從一個完全懵懂無知，然後玩藥玩到瘋掉、也不想去想任何東西的時候，他後面開始可以去知道，他最基本的一些資訊，那我覺得這就是不錯的進步。」(B-SW-1-0047)

「那你說對於這些來講，我上來朝露學習減害有什麼影響？或是有什麼改變？其實如果我真的復發以後，我可能會減少劑量。嗯對，或是減少追藥的次數。因為我來到這邊，我才知道我原來打的量那麼多，我都以為我是正常的。」(C-CL-1-0037)

「對就是來到這邊讓我很震驚的是，哦原來其他人都是打 5 打 10 就很有感覺。那我都覺得打那些，那幹脆不要打，然後我才發現，哦原來我真的打太多了。」(C-CL-1-0038)

除此之外，安全意識也延伸到「使用場域」與「使用對象」的選擇。B 組的藥愛者就提及，自己在使用藥物後容易出現幻聽、幻覺或被害妄想的狀態，甚至會將周遭環境視為威脅，讓自身暴露於危險情境中。因此，減害十分重視個案是否能在熟悉、可信任且相對安全的環境中使用，避免讓自身處於失控與高風險的處境之中。

「然後我現在意識到一個很重要的部分是安全，安全包含像場域的選擇，對這個人他是不是你所熟悉的？你跟他是網路上隨便抓的人嗎？還是說你是已經跟他約過很多次了，你信任他？因為我發覺就是在一個安全、你覺得安全的場域去做使用很重要。因為當你今天不知道這個人他的背景，他會不會騙你？他會不會想要偷你的錢？他會不會想要害你？嗯對。」(B-CL-1-0037)

「我覺得印象比較深刻的是，就是因為當你幻聽幻覺爆發的時候，你如果是

在一個你完全不熟悉的環境，你就會把這個人設為假想敵，然後周遭的所有東西看起來都是想要害你的。對所以會出現一個狀態，是我不敢出去，我不知道外面有什麼，但我又不敢離開，可是我又覺得這個場域是危險的。」（B-CL-1-0038）

三、 發展「主動求助」與重建人際網絡的能力

減害策略的建立，也包含了對正式與非正式支持系統的重新連結。助人工作者在實務中觀察到，許多藥愛個案其實非常害怕求助，他們擔心麻煩別人、害怕被責備，也不願面對自己再次陷入渴癮或復發的事實。然而，社工們認為「願意主動求助本身就是一種極佳的減害策略」。當個案開始能在渴癮升高、情緒混亂或即將失控時，主動向不會責備與羞辱自己的支持系統求救，其實就已經是在為自己踩煞車，也是在重新建立保護自己的能力。

「我覺得我看到他的那個改變是他可以清楚的知道，當他發生事情的時候，最低限度他可以怎麼求救？他可以怎麼照顧好他自己？那我覺得這也是減害裡面很重要的概念是：你要懂得求救。」（B-SW-1-0014）

「我覺得第二個部分是求救。對，我覺得求救對我來說，原本是一件我根本不會去想到的事情，以及它對我來說很困難。因為我覺得說呢，當我在使用之後，我不知道我會影響到誰，所以我會把自己封閉起來，一個方面是我不想面對現實，第二個方面是我不想要去麻煩別人，或者是可能因為我的行為去影響到別人，所以我不會去求救。可是在治療性社區，其實很強調求救這件事情，對那包含是說向機構的工作人員去做求救之外，我覺得我現在最主要的一個求救人會是我的家人。」（B-CL-1-0042）

「然後後來我會覺得說好，我有我試著就是我真的使用了，那我可不可以找一個人剛剛所講到的找人求救？然後我可以趕快把我自己拉回來？我覺得也慢慢的有在做到這件事情，那我現在可不可以去平衡兩者？嗯對就是當渴癮

上來的時候，我不特別去壓抑它，而是讓它出來對，那我要用什麼方法去把這些東西排解掉，而不是壓住它？」(B-CL-1-0056)

「我覺得他走到現在他是很接受的。這個接受是指他知道他會有脆弱的地方，他知道什麼時候該求助，甚至他知道有時候、有時候不如預期就不如預期。……我覺得減害觀點、或者說減害這個方法對他來說，其實就是打開了，就是他的復原力的這一個部分。」(C-SW-1-0036)

此外，也有藥愛者逐漸覺察到，同為物質使用的人際網絡對自身的渴癮觸發具有相當大的風險。像 A 組藥愛者開始發現，與藥友之間的互動，往往難以避免再次回到藥物與藥愛話題，甚至容易重新勾起使用衝動。因此，開始主動嘗試「切斷與藥友的連結」，並期待能逐漸建立一個不以藥物為核心的新社交圈，以支持自身持續走向復元的歷程。

「因為我們都會多少會帶到藥物，因為都是有共同相同背景。我發現以前會覺得好玩，就是反正聊嘛，但是我發現這個聊過程就會讓我的心裡癢癢的。那我發現我好像不想讓這些事情又一直影響到我未來的生活，所以我覺得我現在要把這些東西切掉啊。」(A-CL-1-0041)

「嗯，因為當我在跟藥物的朋友接觸的時候，還是會回想到，他好像我會有個潛意識在暗示我說：你還是用藥的人，對你還是在跟一群用藥的人。或許在聊天過程中，還是很容易，就是每次都會帶到這些東西。然後我講我的心還修的不夠，我覺得我還是很容易躁動這樣，就是我還是會心癢啦。」(A-CL-1-0082)

「應該這樣說，是因為我有那一年的經驗，讓我有機會去想，嗯比如說工作人員曾跟我建議說，你要發展一個無藥的交友圈這些事情。我就很想試啊，所以我在山下後來，我開始切斷跟用藥朋友的連結，後來產生新的這群朋友。就是因為聽了那句話，可能是他無意，他想要給你的祝福，但對我來講

我就記住了。所以我覺得在朝露，我們談更多減害的課程裡面，其實更多是你跟那群人的互動，不管是學員、社工或是工作人員。我覺得那個過程裡面就會觸發你很多的對於用藥這件事情的想法，我覺得這是對我來說是很珍貴的。」(A-CL-1-0106)

肆、 修復重要關係

長期以來，HIV 感染藥愛者在物質使用、感染身分與性少數身分的多重壓力下，往往與重要他人形成高度緊張的互動關係。當復發發生時，家人、伴侶或其人際關係常會因擔憂其安全與未來而感到焦慮，進而以指責、監控或強硬介入的方式回應。而藥愛者則可能因羞愧、自責或不被理解的感受，選擇隱瞞、逃避或激烈反抗。久而久之，雙方陷入反覆衝突與失望的循環，使關係逐漸走向疏離甚至斷裂。

然而，根據分析資料表示，減害取向服務不僅影響藥物使用行為本身，更深刻地改變了藥愛者與重要他人的互動模式。透過家屬培力、自我覺察練習與情緒調節能力的提升，個案與其家人、伴侶及人際網絡得以重新理解彼此的處境，並逐步建立較具彈性、理解與支持性的關係。

一、 從監控焦慮轉向理解與陪伴

在過去，藥愛者與家人的相處往往充滿張力與防衛。當個案反覆復發時，家屬因缺乏對成癮與復元歷程的理解，經常陷入高度焦慮與無力感之中。一方面擔憂藥愛者再次陷入危險，另一方面則是疲於收拾復發後所帶來的各種問題，最終只能透過不斷查勤、情緒勒索，甚至要脅報警等方式來試圖協助藥愛者。

「我覺得對他來講有比較理解、同理，原來就是會大概長這樣。所以他現在比如說，我可能復發之後當天不回家，他也會說嗯你跟我報平安就好。我只

要知道你是平安就好，其他我就不管了。就是相對於他之前可能就會非常緊張，一直狂 call 啊，一直 call 你啊，有時候找不到你就是訊息，就會打的非常煽情，就是覺得你再不來我就是要行動了這樣子，就是我要報警啊什麼的，就會很多各種各樣的激動的東西這樣。那相對於現在他就會有一句說哦，我知道你現在在過程裡面，讓你給我報平安就好了。我覺得差別會是差在這邊。」（A-CL-1-0068、A-CL-1-0069）

「減害這個部分，我覺得在家人關係的影響最大。對因為家人本身也是，他們之前沒有聽過減害這個觀念。他一直就覺得說，這就是社會大眾覺得是非法的東西啊，你為什麼還要繼續去用呢？然後也不理解說為什麼我跟你討論了這麼多次，你都還是，你都承諾不要用可是卻還是去使用。」（B-CL-1-0045）

然而，在露德協會減害取向服務的介入下，家庭系統開始出現鬆動與轉變。A、B 組就提到透過家庭培力營及相關支持活動的參與，家屬開始能逐漸理解成癮並非僅是單純意志力薄弱，而是一段漫長且反覆的復元歷程；同時，與其他家屬的交流經驗，也減少其孤立無援的感受。當家屬開始理解復發是復元歷程中的一部分、而非全然的失敗時，其應對方式也逐漸從焦慮性的監控與控制，轉向較具彈性與信任的陪伴。家庭關係因此不再只是圍繞著「如何阻止他用藥」，而是開始學習「如何陪伴他一起面對復元」。

「那我發現，我相信說這幾次復發他，他其實蠻冷靜的。我不曉得這對他來講是不是他的減害。就是因為他也上過一些課程，然後他也參與過朝露的活動，所以他比較理解小孩子在這個過程裡面他們會有的狀態。我覺得可能對他講是一個學習啦，是一個對，就他也在這個過程裡面，所以我覺得如果要談關係，我覺得可能他陪伴我這段過程裡面，他也因為、他也認識其他媽媽，在培力營的第一天晚上，他就會跟我們那個家長們會聚會嘛。我覺得對

他來講可能是一個很大支持。因為本來他看我都覺得我這樣好嚴重，比如說我使用的時候就不回家這件事情，他覺得怎麼可以這樣。但他開始聽到其他家長在分享他們小孩的狀況，他也會知道，我原來每個人都差不多。」（A-CL-1-0066、A-CL-1-0067）

「我覺得改變最多的是（家庭）培力營。對因為家屬他們，這個東西對他們來說非常陌生，要怎麼樣去就是跟自己的藥癮小孩一起，就是去共同的走這條路，我相信大部分的家屬他們是、他們一開始是很懵懂的。所以到培力營，我覺得不止課程，一個主要的部分是可能有其他、比較有經驗的家長，然後跟這些可能剛踏入這個圈子的家長，可以有不同的互動。那互動過程當中，其實他就是一個培力的過程，所以等於是說家人跟我自己都在同時的做調適。那我覺得如果沒有這個過程，其實很難走下去。因為就是現在跟我的家人其實我覺得算是一個大躍進。」（B-CL-1-0018）

「直到家人去培力營、或者是在跟可能其他有相關經驗的家屬去聊的時候，他們才知道說所謂腦部迴路這件事情，就是其實家人現在會把我當成是一個我正在生病的人，我的腦部迴路被改變。他需要時間去重建，需要時間去調適。所以變成是說家人可以理解我現在的狀態是什麼。然後因為我覺得其實呢在我們家啦，家人其實都是帶著關心，他們當然會有其他可能憤怒？生氣？的情緒，但其實他們都是出於擔心，他們就是擔心說你呃你會不會又？也不是走回頭路，就是你會不會又傷害自己？或者是說，你會不會未來的路又走得很辛苦？所以我覺得減害是，他們到後來接觸到減害這個觀念之後，他們會慢慢去理解到說我現在在走的路其實很辛苦，然後他們也想要幫助我，而不是只是一再地說，你就是不能用，你就是要變回所謂的正常人。」
（B-CL-1-0046）

二、 從立即反應走向對話與修復

除了家庭系統的改變之外，藥愛者自身在人際互動模式上也產生了明顯轉變。例如 C 組就有提到過去藥愛個案在面對衝突、誤解或情緒壓力時，往往習慣以逃避、反擊或切斷關係作為回應方式，使家庭、伴侶及人際關係反覆陷入對立與內耗。

然而，透過減害服務中的情緒覺察與自我觀察練習，個案開始學習辨識自身情緒與衝動反應，並嘗試在情緒高漲時為自己保留一段緩衝空間。這種「先停一下、緩一緩」的能力，讓個案不再急於以立即反應回應外界刺激，而是能夠長出後設認知的能力，進一步選擇較不傷害關係的方式來回應。

「嗯，我發現他在關係上面的改變很大。一開始他上來還蠻容易被勾起來，或者是被惹毛這樣子。然後這個過程我們就會回頭再過去說是發生了什麼事，那為什麼會點燃？那這個東西是什麼？然後這個結果是不是他所喜歡的？然後在這一個進退的過程中，持續地討論，持續地做選擇，那到現在就是他的人際其實，第一個是他很會照顧人，所以他現在就是擔任滿多人的小天使，然後還有就是其實他面對人際的衝突其實不太像以前一樣說斷就斷。因為他以前在山下的確可能今天這個人讓自己不開心，那我明天、後天、這個輩子就不要繼續跟他有關係了。可是在這邊來說，因為大家都住在一起，我們有更長的時間可以沉澱。那也有機會，也真的他有這樣子的經驗是他跟別人鬧掰，可是繼續跟他相處，那就日久見人心，發現哎其實他並不是自己所想像的對自己有惡意，那也慢慢的去了解其實自己也有可能做、當時做的不是那麼好的地方，甚至跟別人修復關係。」(C-SW-1-0039)

「對於伴侶來說的話，就是我來這邊有學習到比較是立即性反應嘛。…所以我當然會把減害的一些東西運用在生活中，跟大家還有就是跟家人、跟伴侶的相處。我會利用在這邊學習到的，例如不要有立即反應，例如就是有事情就講出來，然後有情緒就說，哎我們暫時先不要聊這個、或是我暫時暫停一下或是緩緩，然後有時間再來聊這個話題等。以前都是直接 Boom 就吵了，

或是怎麼樣、怎麼樣就衝突了。」(C-CL-1-0039)

「然後我們那時候在吃飯的時候，其實因為我媽有時候就是會說你以後真的不要再用了啊怎麼的，就還是會有一些話題，就是關心的話語出來。那以前的我就會覺得很煩、很有情緒，覺得怎麼樣怎麼樣的，我就會懟回去，然後就會吵起來。但今年我是選擇，喔我就聽她講話，然後就嗯好回覆她就也不要多做回應，就有回應就好。然後，可是他還是，我忘了我不知道到底講了什麼話，然後他還是又生氣了。哦講到我抽煙啦，他很不希望我抽煙，然後他聽到我又抽把煙抽回來以後，他其實又很生氣。可是以前我也會這樣，以前我也會跟他吵，但我學習到不要有立即反應的時候，我就不講話，聽她講，然後最後反倒變成我去哄她、去逗她開心，然後化解了這次的危機。」

(C-CL-1-0041)

「那在家人關係上，我覺得爸爸媽媽當然還是會擔心他，可是爸爸媽媽也開始發展怎麼樣跟他應對的技巧，那他也知道怎麼樣去在自己復發的時候去應對爸爸媽媽。不會像過去那樣，家人的關係其實是很緊張跟衝突的。所以減害在這個概念上的確也協助了這個家庭。」(A-SW-1-0022)

減害，不只是減少藥物造成的傷害，而是也能去關注到如何減少關係中的傷害。無論是在家庭、伴侶或一般人際關係中，藥愛者能夠因著減害的概念，逐漸發展出透過對話取代衝突、以理解取代對立的能力，使原本瀕臨斷裂的關係重新獲得修復與連結的可能。

伍、 務實且彈性的生活哲學

隨著減害服務經驗的累積，無論是藥愛者、還是助人工作者，對於減害的理解皆不再侷限於物質使用本身，而是逐漸延伸至生活中的各個面向。減害不僅是一套降低風險與傷害的工作方法，更是一種面對生活、關係與自我的思考方式。

一直以來，減害所重視的並非要求個案立即達成完全戒除的目標，而是在「使用」與「不使用」之間保留更多彈性與可能性。相較於傳統非黑即白的思維，減害更強調依據個人的能力、準備程度與現實處境，循序漸進地朝向較少傷害的方向前進。因此，減害所關注的不只是結果是否符合期待，更重視藥愛者如何在現有條件下持續朝向改變邁進。

一、 在光譜中擁抱漸進式的改變

社會大眾對於藥癮者的主流期待，往往是要要求其要立即停止使用物質、不要復發，並以是否完全戒除作為衡量改變成效的重要標準。但這往往沒這麼容易，就如同 B 組社工自陳的經驗，一味追求全然改變的壓力，反而有時會適得其反，更容易陷入挫折與放棄當中。

「嗯，我其實我自己蠻喜歡減害這個概念。嗯因為我覺得，這個概念放在任何人身上，其實都可以用。比如說在我自己身上好了，因為我自己也有一個自我認識，就是我的確沒有辦法從一個東西，比如說含糖飲料好了，我的確沒有辦法從有糖到無糖，直接完全戒掉。那所以我那時候我在聊、我在聽到減害這件事情的時候，我覺得第一個想法是它套用在了我自己身上。那我自己其實蠻認同這件事情，是因為的確其實我自己本身也試過當我完全就突然間戒掉一個東西的時候，那個之後的反彈其實會很大，就突然間給你暴飲暴食。」(B-SW-1-0017)

相較之下，減害更傾向承認復元歷程的真實樣貌是流動的。改變不再被視為只能存在於使不使用的兩端結果，而是在兩者之間存在著許多不同程度與形式的可能性。如同 A、B、C 三組皆提及，這種對改變的彈性理解，不僅減輕了藥愛者及其支持系統所承受的壓力，也讓藥愛者能以較少挫敗感的方式看待自己的歷程，進而更願意嘗試新的改變與因應策略。

「嗯我覺得它(減害)的精神是好的，就是在使用跟不使用中間，它提出了第三個選擇。我覺得這件事情是，紓解了用藥者跟陪伴者的壓力。這是實話，因為的確，就是這過程，就是從使用到不使用它真的的確需要時間。那你怎麼去理解這個時間？用減害去述說好像很行得通，就是很合理化這件事情。」
(A-CL-1-0097)

「那我覺得還有一個是，用減害跟個人在討論物質這件事情的時候，有時候他們也真的不會那麼的壓抑。就是他們不會覺得說那個難度是直接到 100 分，我沒有辦法做到，他就會直接放棄。可是我覺得減害的那個彈性是有時候讓他們可以比較覺得說，欸我好像可以做到。我覺得這有時候就會是一個加強他們動力的一個還不錯的效果。」(B-SW-1-0053)

「我覺得減害有…因為我覺得減害他的觀念一直是，他不是光譜的兩個極端，他是中間那個部分，所以它彈性很大。那在面對渴癮的時候，可能以前都會覺得說呃它不能出來，它出來就是不好的，那我必須要想辦法去消掉這個東西。可是減害他就會說，好那你可以出來了，我們可以怎麼樣有效的去面對它？你要他消除嗎？那我們來討論怎麼樣去消除的方法？好像渴癮大到承受不住了，好你真的想去使用？我覺得這個在朝露、就是這個在治療性社區，我覺得朝露他特別的地方就是在這裡。」(B-CL-1-0058)

「我們永遠都在這個光譜當中遊走，可是最終最終一定會達到我們想要的目標嗎？也許可能可以達到我們最想要最想要的那個目標，也許可能人家的目標就是我減少用量，那對我來說我的最終目標就是想要戒癮，所以我也在努力當中，也在這個光譜上面遊走，我應該已經在這個光譜上，只是我自己沒有意識到，我已經在這個光譜上。」(C-CL-1-0052)

二、 在生活中找到共存的步調

從分析資料來看，減害的影響並不僅停留在物質使用層面，而是逐漸被延伸

與運用至生活中的各個面向。例如 A、B、C 三組提到，當減害被內化為生活中的思考方式後，其核心已不再只是談如何避免使用藥物，而是如何在現實條件下做出較有利於自己（減少傷害）的選擇。減害既可以是面對藥物的方法，也可以是處理性健康、人際衝突、情緒困擾，甚至是日常生活決策時的重要參考。

「我覺得是在我們因為減害是算是我們的精神嘛，跟我們主要的服務宗旨。所以在會談過程裡面，如果有談到物質使用或是性健康議題等其他的話，我覺得都會有相互減少傷害的概念。所以減少傷害概念不只運用於物質減害這件事情上，在其他生活方向也都會運用到。」（A-SW-1-0004）

「不過後來我覺得減害它可以擴及到就是生活當中每一個層面。對，包含就是不只是藥這個部分啦。對可能、呃有點難講。我覺得只要做對於自己減少傷害的事情，它就是一種減害，它是可以自己定義的。那不過如果 focus 在藥這個部分的話，我覺得其實從實質面或者是心理面其實都可以去做探討。那可能本來是從比較客觀的一些具體的東西去實踐，到後面可能是你在過程當中，你會慢慢的知道，哎什麼對自己比較好。別人不一定覺得這是好的，但是你自己覺得這個對你的生活是好的，我覺得那就是減害。」（B-CL-1-0010）

「我意思是說就是減害這個東西可能不一定運用在物質使用，我覺得他也會運用在生活之中。比如說他跟一個人，他發生了衝突。那我們會就是說陪伴他去回觀這一些事情，然後也會協助他去，我覺得這個時候決策平衡的工具就會出來，來去做決策，每一個選擇它背後的好跟壞是什麼？然後最後就是交由他自己去做選擇。我覺得這個歷程對他來說蠻有幫助的，就是讓他慢慢的可以有自己的步調，去更認識自己，然後慢慢地跟自己的身份或者是疾病相處。」（C-SW-1-0030）

整體來說，減害所想表態的共存，更是一種面對生活的態度。它允許藥愛者

在 imperfect 之中持續前進，在反覆與挫折之間保有調整的空間，同時也鼓勵將這樣的生活哲學運用在個人的生命歷程當中。可以看得出，減害其實尊重著每個人能以自己所想要的步調邁向改變的可能。

第三節 減害所面臨的挑戰與因應作為

儘管「減害取向」的服務為 HIV 感染藥愛者提供了一條充滿彈性與接納的復元光譜，也為助人工作者開展出不同於傳統戒治模式的合作關係，但其在實務場域中的推動並非總是一帆風順。從分析資料中可以發現，減害服務在落實過程中仍面臨許多挑戰與限制，無論是服務現場的工作實踐，抑或是制度與社會環境的影響，皆可能成為減害理念推展的重要阻力。

面對這些舉步維艱的困境，露德協會仍在充滿張力與限制的實務現場中，嘗試發展出貼近需求的因應策略。本節將聚焦於減害取向在實務推動過程中所遭遇的困境與挑戰，並依據分析資料區分為微觀的「實務執行困境」與宏觀的「體制與社會壓力」兩個面向進行探討，想藉此呈現減害服務在 HIV 感染藥愛者脈絡中的真實處境與回應方式：

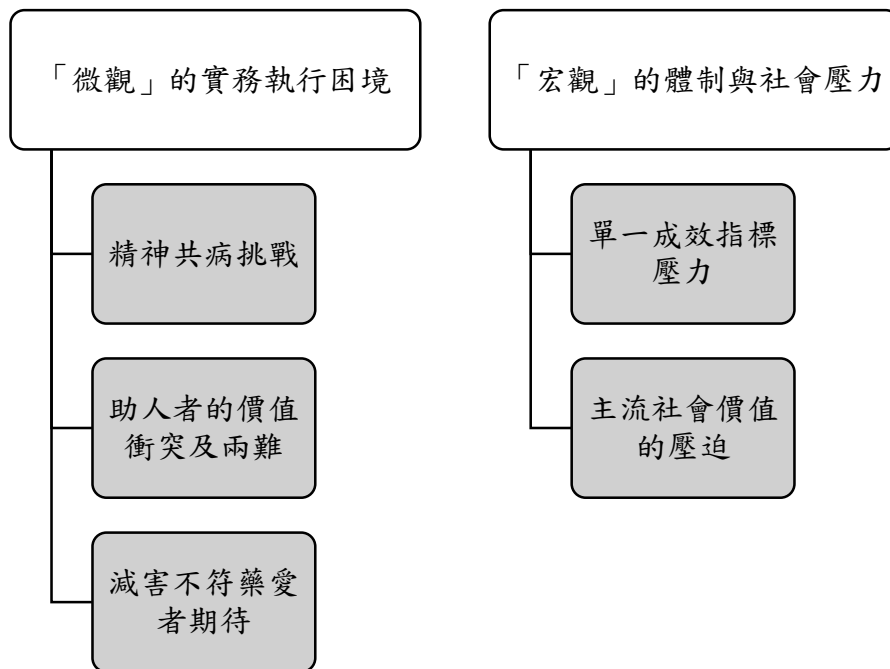


圖 4 減害取向服務的挑戰與困境

壹、實務執行困境

在微觀的實務層面上，助人工作者經常需要面對藥愛者反覆用藥與渴癮拉扯的處境，亦需因應藥物作用所衍生的精神症狀、認知功能受損與風險行為，進而增加服務介入的困難。此外，當個案的選擇、安全風險與助人專業價值相互碰撞時，工作者也時常陷入倫理判斷的兩難之中。以下將說明三個微觀層面的困境，並逐一回應助人者與機構的因應作為。

一、 精神共病挑戰

助人工作者在減害的實務中發現，因著減害服務高度仰賴個案的自我覺察與策略討論，因此當藥愛個案的認知能力受損、或受制於生理上的限制時，減害的可挪動的討論空間往往會被壓縮，甚至在實踐上面臨相當大的挑戰。像 B 組的社工就提到當個案具有思覺失調的症狀、或是理解能力較弱時，可能減害就不是初期關注的焦點，並需要用淺顯易懂的語言來進行工作。

「我覺得最具挑戰的狀況會是那個個案同時合併精神共病的狀況。因為我覺得、我覺得減害對我來說，減害這個概念有時候真的就是靠比較多靠你跟他討論然後得出一個策略或方法。可是當他又有一些共病，或者是他可能…我覺得他如果剛用完藥的精神症狀那還好，因為他狀態消了之後其實都 OK。可是如果他自己本身就有一些精神共病的話，譬如說呢他確診思覺失調，那其實有時候要處理的，你要跟他談減害這件事情，有時候就會比較困難。因為可能他更需要被談的，搞不好就不是那個。」(B-SW-1-0031)

「所以我覺得如果單單論減害這件事情的話，我自己會覺得當他真的是有一些精神共病，或者是他理解能力比較差的話，他有時候…我覺得那個困難點就會在於，你有時候你要一直轉換你的講話的方式，因為他可能聽不懂，或者是可能精神共病的個案搞不好有時候就會誤解你的意思。」(B-SW-1-0032)

更艱難的是，當藥愛個案的復發已可預期會引發嚴重的精神症狀，甚至伴隨居無定所、欠債等惡化情境，若再加上家屬的無力支援，助人者就會陷入深刻的兩難。例如 C 組的社工就提到，當評估這個個案是需要外控協助時，這時候談減害似乎會覺得有些矛盾，尤其社工同樣還面對著家屬的情緒張力。

「我覺得減害…的確我覺得他會有一些困難，可是我覺得這個困難可能在他身上，不是呃用藥跟不用藥，而是有時候我們在、他在情緒比較強烈的時候，那個時候比較會回到過往的慣性之中，那個時候就會沒有能夠判斷的一個空間這樣子。我覺得這是一個。第二個是，他在以前用藥的時候，那個狀態、藥物作用的影響下，那個時候可能會需要比較多的協助，尤其是外控或者是醫療。那個時候可能會比較多的是需要戒斷多一點的服務這樣，這是我想到的兩個部分。」(C-SW-1-0037)

「我覺得就是上週主任問的問題，就是當這個個案，他用藥必定會思覺失調，然後家人沒有辦法支援、或者是他這個個案，他的狀況，各方面條件來說是很惡劣的。比如說他可能會流落街頭、然後欠債…各方面來說就是他沒有那麼多資源可以幫他，然後他用藥必定會思覺失調的時候，其實還蠻陷入兩兩難的。就是我還印象深刻是某老師說，這個真的是一個很難的問題，我覺得這時候可能呢…這時候如果討論減少傷害，然後的話我覺得有點矛盾啊。減少傷害某種程度上來說，是我們覺得自己還有可以控制的空間，可是當如果這個個案，他的狀況其實相對很嚴重，或是他沒有那麼多條件可以支持他使用的時候，還滿兩難的。」(C-SW-1-0044)

「因為治療性社區或者是我們同時不只是接觸個案而已，也會接觸到很多家屬的情緒跟張力，我覺得那個還蠻多重的困難這樣子。」(C-SW-1-0047)

對此，在因應精神共病的挑戰上，助人者認為在實務上需要彈性調整溝通方式，轉換成個案也能明白的語言頻道，例如 B 組社工所及：「你就會得要做一些

比較更淺顯易懂的語言，或者是做更多的解釋」(B-SW-1-0032)。而當藥愛個案處於極度混亂，且家人承接匱乏時，社工可能會優先引入醫療資源介入，此時的處遇方針就會偏向危機干預，以確保個案的人身安全為主。

「因為如果在他上山之前其實家人在承接上已經是沒有餘裕的。那個時候可能就是會先需要有一些醫療或者是緊急的一些介入這樣子。」(C-SW-1-0038)

整體而言，在面對藥愛者合併精神疾病時，將相當考驗助人者在當下的應臨機應變，同時也得有外控的資源一同進入合作。對於在精神共病的情境下減害是否能夠回應以及提供作為，目前似乎未有明確答案，就如同 C 組社工所說的，目前可能還需要有更多的討論空間，同時也還在找尋適宜的方法。

「比較傾向可能有更多的空間討論跟準備。因為我也不認為說要一直戒斷，或者是一直忍耐下去，那有可能會換來的是他可能更強烈的使用。只是覺得，就是可能還要多一點的討論空間，甚至是在這個時候我們會需要…會需要呢，我覺得也還在找合宜的方法是什麼。」(C-SW-1-0046)

二、 助人者的價值衝突及兩難

在實務的情境中，助人者經常面臨到價值觀與倫理上的兩難。有些藥愛者為了達到減害或外控目的，會提出跨越社工專業或法律界線的要求，像是希望社工可以代為保管「工具」以及「藥物」；同時，也有些藥愛者深知交友軟體會是刺激自己尋求藥愛的主要管道，因此也期待社工能協助設定手機的監控，成為「遠端的監護人」概念。

「倫理兩難的界線啊？我覺得早期會遇到說，個案說他想要把物質或是工具，交由工作人員保管可以嗎？因為他如果身上沒有東西的話，他就可以減少使用，然後也知道說來拿可能不是那麼好拿。嗯對，可是身旁又沒有人可

以幫他保管，然後如果你一次買少，或是他就可能會很容易有法律的風險，或是他會花費更多的金錢，那你就會想說，喔那我們是不是可以幫他保管一下？對。那當然後來就是經過討論或是因為這東西畢竟還是違法就是不行嘛。那你就會想到哦，那怎麼辦呢？我們可不可以有其他的管道可以協助他？嗯，對對，這是一個兩難的部分。」(A-SW-1-0046)

「哦可能最近比如說因為他們會使用交友軟體嘛，那某些特定的交友軟體會讓他們的物質使用頻率提升或是增加，那可能會請你協助設定他交友軟體的下載。比如說手機的管控，用兒童模式啊還是等等的啊，你必須是以家長或是監護人的那種概念，去幫他監控他的手機。」(A-SW-1-0047)

對此，A 組社工就認為這部分有賴於向專業律師進行諮詢、抑或是機構內部有一致性的共識，避免助人者最後單獨面對法律上的風險。

「一個是就是尋求專業的諮詢嘛，你可能就是要諮詢律師，確認一下這些事情是不是合法，可不可以做嘛。那另外一個就是如果在沒有法律的前提下，那我們可以做到的程度有哪些？就是內部的討論跟其他同儕的討論，或是跟主管的討論。我覺得機構有共識就可以，因為就是多數人機構自己的共識，就不會是一個人去承擔，那你願意講出來就不會有鬼嘛。」(A-SW-1-0048)

減害服務高度尊重個案的主體性與用藥計畫，但這往往會與家屬的期待產生落差，使助人者夾在中間左右為難。例如 C 組社工就提及，當藥愛個案堅持進行預期的用藥計畫並為此準備積蓄，但同時家屬已存有疑心時，社工會有個兩難在於要站在哪一方的立場。

「就是因為我們服務個案，那他今天可能有使用的一個計劃。那但這個使用通常會需要存一些錢，他可能同時沒有要讓家屬知道，或者是家屬接受度不是那麼高。然後可能…呢但家屬也會有一些疑問，或者是甚至是個案今天發使用了，個案沒有讓家屬知道，但是家屬有一些疑心，這時候就會有一些兩

難出來，這可能跟倫理沒有關係的兩難這樣子。一方面是要不要讓家屬知道，就是我要跟這個個案一起聯合騙這個家屬，還是說就是怎麼樣講對家屬，跟對這個個案都是好的？其實還蠻…還蠻兩難的。」（C-SW-1-0055、C-SW-1-0056）

為了化解這種角力，社工會採取「事前建立共識」與「事發爭取緩衝」的策略。例如 C 組的經驗就表示，在事情發生前，社工會先與個案討論家屬探詢時的應對方式，並坦誠表達自身的難處；當事發突然未有事前共識且家屬開始詢問時，社工則會選擇先簡單帶過，爭取先與個案確認共識的空間。

「現在來說，就是在事情發生之前，我們會跟個案討論好，我們可能遇見家屬會問的狀況，那他希望我們怎麼樣講好？假設他今天希望呢…我們會跟他講，就是我們實際上的兩難是什麼。比如說你是要我騙他嗎？就是會讓他思考說，今天他要我這樣做對我們的工作的影響是什麼？或者說對他這個人的影響是什麼？我們會討論這件事情。」（C-SW-1-0057）

「也是有遇過，就是他可能…我沒有預計他可能會使用，然後今天可能家人有問了，那我們可能會先大約帶過，就是他可能會問我們最近他怎麼樣啊，然後我們會大概講了一下他的狀況，比如說他可能重新回來還在適應等等的，那我們會趕快再跟那個個案說，哎家屬在問了，再做一下討論，那也先撐出一個討論的空間或者是緩衝的空間這樣子。」（C-SW-1-0058）

減害的理念同時也要求助人者在提供服務時放下批判與強迫個案戒斷的期待，但這有時會與助人者「想要幫助個案」的助人價值觀時發生衝突。當社工眼睜睜看著個案持續瘋狂用藥且引來極大的代價時，如同 B、C 組社工提及，內心會產生強烈的拉扯。這甚至也會讓社工對自身專業產生懷疑，像 A 組社工就開始反思長期的服務歷程是否真的回應了藥愛個案的真實需要。

「整體好像也不算倫理兩難，就是我想想看，那應該叫什麼，但我覺得那個

比較像是呢，個案一直在瘋狂地使用，可是我們已經看到那個東西對他造成了很大的傷害。所以我覺得有時候那個也不算，那個算倫理兩難嗎？就是我覺得可能也某種程度算啦。因為就會變成說，有時候我們會不自覺地去一直提醒他，或者是一直要求他不要再用。可是，個案就會一直可能卡在他自己的議題上面，他就會一直想要用。我覺得在我一開始服務的時候，面對某一些個案的時候，會有這樣子的困難，就是我已經發現那個東西對他的傷害性很大了，可是他自己沒辦法停下來，在討論的那些事情也好像愛做不做的。」(B-SW-1-0037)

「我覺得安全是一個啊。的確就是有很多的數據，我們會跟他說、或問他以前用藥狀況等等，然後跟他說哎你這個狀況可能、甚至他的計劃，我們評估也有可能有一些風險，但是他如果堅決還是要這樣做，的確會有這樣子的兩難沒有錯。」(C-SW-1-0054)

「所以我其實這也一直，應該說我從這一、兩年我其實就開始在思考說，藥愛族群或是使用物質的朋友們，真的需要這麼長的服務時間嗎？真的需要這麼長服務時間，這是必經的歷程，還是我們的專業不足，所以才導致他可能需要很長很長的服務，才可能有一點點的效果。其實我不知道，嗯對。」(A-SW-1-0059)

面對助人價值與藥愛者期待的碰撞，助人者提到需要不斷經歷實務的反思，如同B組所體悟到的，站在減害的立場必須把選擇權還給個案，並探索行為背後的成因，同時在專業上也清楚告知可能預期到的風險。社工也發現當焦點從「制止用藥」轉向「理解需求」，不僅緩解了自身的焦慮，有時反而更能促成個案的真實改變。

「但我之後就我覺得在遇過很多次這樣子的個案之後，也跟其他人有一些討論之後，有時候就會發現說，可能慢慢的就會去思考說，我需要一直執著在

這個東西上嗎？所以之後的策略我自己有時候就會變成說，我還是得要告訴他這個東西對他造成的傷害、對他造成的副作用，那他要不要繼續，那就是他自己的選擇。可是我就會從跟他的服務過程當中去查找一個，哎到底為什麼什麼事情是讓他沒有辦法停下來的？就會換個方向去跟他討論。」（B-SW-1-0038）

「那我自己覺得，當我放下這樣子一直叫他不要用的執念的時候，轉而去討論一些可能他自己內在的狀況的時候，有時候就會他反而就可以去討論更多，甚至他有時候自己就可以比較慢下來，不再那麼頻繁地去使用。我自己剛剛想到的是這個。」（B-SW-1-0039）

三、 減害不符藥愛者的期待

在傳統反毒教育的深根及主流價值觀下，許多藥愛個案在尋求協助時，往往抱持著「完全戒斷」的強烈期待。因此，當他們初步接觸到強調彈性、漸進式的「減害取向」時，常會產生強烈的認知衝突與拉扯，認為減害並不符合自己對復元的期待。在未深刻理解減害精神前，部分藥愛者直覺認為減害是很困難的，就如 A 組藥愛者提到的，覺得減害「他好像給了使用者一個藉口」（A-CL-1-0091）。而有時機構為了降低門檻而傳達的理念，也可能讓個案產生誤解，例如 C 組藥愛者就講到：「因為秘書長一直常講，減害就是，無能為力的時候才做減害。」（C-CL-1-0014）。這些觀念會使渴望徹底改變生活的藥愛者，初期難以認同減害的做法，認為只有「戒掉」才能恢復正常、才是唯一出路。

「哦，我覺得他一開始是滿抗拒（減害）的，因為他有滿多的道德觀念，他覺得這個就是不行的、不能做的，但為什麼好像自己都非得透過這個方法才可以去解放？所以他就會陷入很深的道德的愧疚裡面。」（A-SW-1-0025）

「對那這是秘書長的想法啦，然後我們也都是這樣聽，但當然對外也是這樣講。可是其實從因為我以前一直接收到的都是戒治戒治戒治戒治。不管是勒

戒好了、不管是醫療好了、不管是其他治療的機構好了，基本上都在聊、都在講戒治。所以其實我剛上來朝露的時候，減害跟戒癮一直在我腦袋裡面碰撞。我就是覺得我明明知道我要走戒治。可是我上來我也很知道我的目標是要找到為什麼我又復發，然後我也最終也想要走戒治。」（C-CL-1-0015）

「可是，上來以後慢慢接觸減害，然後接觸這些五大工具，然後我就覺得，會動搖，可是誒？可是動搖之下還是想…因為減害最後最後的目標也是走戒治，嗯對吧？我的想法啦，因為最後最後你走減害就是兩條路嘛，要嘛你戒治，要嘛就是 OD 嗯，不然就是走掉。最後就是這兩個結果。」（C-CL-1-0016）

同時，也有藥愛者認為減害是「因人而異」的。特別是減害的策略當中有些提倡透過「減少使用量」或「減少使用頻率」來降低傷害，對這點就不予以認同。例如 A 組藥愛者就表示自己在用藥當下根本無法控制劑量與衝動，因為清楚意識到只要一碰藥就會喪失理智與自控力，所以會認為減少用量的策略是無效的。除此之外，這個因人而異也讓藥愛者看到有一些人「不一致」的表現，並更堅信自己應走向不同於這些藥愛同儕的減害之路。

「比如說在我身上，比如說減少用量這件事情就不成立啊。因為在使用過程裡面，因為你、譬如你使用了，你打了一針之後，你跟我說不要再打，就是享受那一針，對我來講是蠻困難的。因為我打一針下去，我的前額葉就關掉了。我的判斷的那一塊就沒有了。就完全回到就是想要爽想要快樂的那個，就剎不住了。」（A-CL-1-0061）

「然後我講一個我看到的經驗，就是我那時候還在朝露的時候，就是我的有幾個學長比我早進去嘛。我覺得朝露比較嗯奇怪的狀況，就是大家都會，呃因為學了很多概念、知識，大家在比如面對老師或面對社工的時候會講得非常漂亮，會講了很多很多工具什麼啊、我不會使用阿、我下山之後不會怎

樣怎樣，都會把它講得非常的理想化。」(A-CL-1-0094)

「但實際上我看得，他們就是不斷的，就是講完之後，然後就在約就在找藥，放假的時候就要去使用，然後…我也不知道哎，我就覺得檯面上是一套，檯面下是另外一套，太多了，很多的夥伴是這樣子。所以我會覺得減害很看人，跟你怎麼去理解減害這件事情。」(A-CL-1-0095)

最終，有些藥愛者則是無法允許「復發再發生」。雖然減害的核心精神之一是不將復發視為失敗，而是復元漸進式過程的一部分，但對一些藥愛者而言，復發帶來的傷害過於巨大，以至於他們無法接受這種「容許復發」的彈性空間。例如B組的藥愛者分享自身的經歷指出，復發不僅會引發嚴重的幻聽幻覺與焦慮恐懼，還會導致工作喪失與家庭關係破裂；C組的藥愛者在經歷利弊分析與決策平衡後，也認為無法承受復發後的代價，因此堅決自己只能選擇完全戒斷。

「嗯我覺得減害它當然不等於說，就是我可以持續的去使用啊，可是我覺得我目前所理解到的是，就是它是產生遞減的。對那我覺得這個方法對我來說不適用。就目前我每次復用跟復發的經驗來看的話，就是我會直接講他是失敗的。因為我只要跑去使用，不管前面講的多多就是有有共識或者是說需要去做的事情，他到後面全部都會垮掉。」(B-CL-1-0052)

「我只要使用完，我前面的大概半個小時會是舒服的，但半個小時之後，全部排山倒海來的是幻聽幻覺，他會佔滿我，然後我會全部充斥著焦慮跟緊張跟害怕，那這個東西會讓我不敢離開當下的現場。然後以至於說跟家人說討論完的，你使用完沒關係，你就趕快回家，因為家是最安全的地方，這個會互斥，因為我不敢離開現場。」(B-CL-1-0053)

「因為認識了減害以後，更瞭解更熟悉減害以後，其實有時候心裡會有一個想法：那我就走減害就好，我幹嘛要走戒治？」嗯可是我上來我都會告訴我自己，我是為了家人、為了伴侶，然後我上來讓我自己可以好好的去走戒治這

條。可是因為戒癮跟減害在碰撞的過程當中，一直很常會有一個聲音出現就是我知道我為了他們要走戒治，這是這沒有不好，可是真正的是要為了我自己，去走這條路才是好的，我才會持之以恆。然後後來接觸到減害之後，其實我很常會覺得有時候用一下，好像不會怎樣，可是我沒有辦法去承擔我復發以後的那個後果。所以我會一直告訴我自己減害對於藥癮、對於我藥癮生涯來說是不適用，因為我沒有辦法承擔，我如果復發以後我要承擔的後果。」(C-CL-1-0048)

「因為秘書長也常講，你可以復發啊、你可以走減害，你走減害就是無能為力，才走減害。也常說復發一定是，復發是必然，復發沒有錯都是過程。但前提是有個 But 你要能夠接受你，或是你要能夠承擔，你復發以後所帶來的後果或是代價。但當我自己決策平衡下，我自己評估下來，利弊分析以後，我沒有辦法承擔，我目前為止我沒有辦法承擔我如果復發以後的傷害，所以減害對於我藥癮來講，我會打叉叉。我會有意識的告訴我自己，我不能走減害。」(C-CL-1-0049)

針對藥愛者的期待落差，從助人工作者的觀點來看，減害「並非完全戒斷的對立面」，而是一種尊重個體差異與自主選擇的工作取向。如同 C 組社工在因應藥愛個案的戒癮期待時，仍會回到減害的觀點，幫助個案持續走向其想要的目標。

「就是戒癮可能對他們來說還比減害還要簡單這樣子。那這個部分的討論就是其實還是會回到動機式晤談，就是那他覺得可能戒癮比較好，那 OK 啊，那我們可以從這個方向討論，但同時也會提醒他的是，萬一今天他可能發生的使用，那不是失敗的。那也會跟他講，代入的可能是其他可能減害可以介入的一些觀點這樣子。嗯，就是也還是會接納他，他自己的狀態跟他自己實務體驗的認知這樣子。」(C-SW-1-0048)

綜合三組藥愛者的經驗可以發現，其對減害的疑慮與質疑，並非源自於拒絕改變，而是對於復元目標有著不同的理解與期待。部分藥愛者期待透過完全戒斷來擺脫過往生活，因此較難認同減害所強調的彈性與漸進性；另有部分藥愛者基於自身反覆復發的經驗，認為只要再次接觸藥物便可能失去控制、過去的努力皆會化為烏有，因而選擇以完全戒斷作為最適合自己的策略。然而，減害取向認為「本就沒有一套標準化的復元路徑適用於所有人」，唯有將選擇權交託於藥愛者本身，只要該選擇是帶著意識去避免危害發生、或是減少傷害程度的，那就是減害的一部份。

貳、 體制與社會壓力

而在宏觀的制度與社會層面上，減害取向同樣持續受到主流價值觀與既有制度邏輯的考驗。在強調戒除成效與成果的環境下，減害服務經常需要不斷自證其價值與效益；另一方面，多重污名的交織，也使藥愛者長期處於被拒絕、邊緣化與歧視的處境當中，進一步增加其復元歷程的困難。以下將整理成兩個宏觀層面的困境，並逐一回應助人者與機構的因應作為。

一、 單一成效指標壓力

在減害取向服務的實務推動中，助人工作者與機構最常面臨的現實挑戰，便是國家主流的體制與資助方對於藥癮的「成效評估」仍以單一的標準為主。在矯正、衛生、社福等體系機關，針對藥愛者的成癮服務效果，往往只看重「完全停藥」這個結果，這種缺乏彈性且僵化的指標，難以真實反映個案在減害歷程中的動態進步，更讓服務模式在爭取社會認同與資源挹注時屢遭質疑。如同 A 組社工坦言當服務的成果無法被量化測量、或是驗證服務有其成效時，就容易被他人詬病與質疑，甚至影響到服務經費的供給；C 組社工也提到當政府機關以一定時間內有無復發用藥作為審視成效的指標時，機構得要想辦法提出其他能夠證明成效

的指標來說服主管機關。

「對，你可能沒有辦法很快地去做測量。嗯對，就成效的部分。所以這也是減害最被詬病的地方。所以我們怎麼要發展一個可以被測量的、或是可以怎麼去驗證自己的成效的工具？我覺得在臺灣本土化法的發展過程裡面，這個可能也是我們可以要思考的方向。」(A-SW-1-0060)

「要被看得見的，跟別人也認可的。對，比如說我們可能說他使用的頻率降低，但這個別人不一定會認可啊，會覺得你就還是在用啊，你怎麼會用使用頻率降低來當一個成效。舉例啦對。」(A-SW-1-0066)

「或是對資助方。因為畢竟你服務還是要費用嘛，那你的費用就會來自於捐款，或是來自於政府，那你就必須這些成效，就是必須是他們可以認可的。」(A-SW-1-0067)

「對我覺得這是去年我們面對到的，因為政府他會發放量表或者指標了解我們服務的狀況，他其中有一題就問啊，你三個月內沒有用藥的人有多少？這的確唯一指標，那我們的確也沒辦法回答出來。那時候我們有諮詢專家，不是專家，就是諮詢我們方案的那個上面的單位，那他們就有說，我們就是要自己去找到指標。那的確是也是我們近年的核心重點跟方向這樣子。」(C-SW-1-0062)

面對外部單一指標的現實壓力，機構開始意識到「露德所實踐的減害需要發展自己的指標」。據社工所述，這也成為露德協會近年來核心發展的方向，機構開始透過科學實證研究，努力將減害的方法與成效越說越清楚。對此，C組的社工就提到，在新的成效評估架構中應納入更多元的面向，像是工作的穩定度、家庭功能與關係改善、藥愛者本身的生活滿意度、HIV 感染的服藥順從度、甚至是靈性等指標。

「因為去年有一些研究出來我們其實初步發現還可以加入的就是他的工作、

生活滿意度、家庭或者是人際關係的狀況，甚至是他的靈性，對自己的人生是覺得有意義跟幸福的。這些其實也可以納入指標啊，不只是用與不用而已。」(C-SW-1-0063)

「因為我們從去年的研究就有發現，朝露服務出去的個案，他們其實雖然可能有保持使用（藥物），甚至是有一段時間使用會更多，比如說過年前後、有一些節日前後等等的。但是他們有透過一些方式，有一些支援，可以讓他們繼續保持他們的生活、工作關係，甚至是就醫這樣子。」(C-SW-1-0064)

「好，包含…我看我想一下啊。因為他背後有一些問卷啊，就是大概包含的就是他有沒有穩定的工作，或者是維持住他的工作？那還有就是他家庭功能，或者是他家庭關係狀況的評估？那也有就是他生活滿意度的評估？那也有就是他有沒有穩定就醫？因為他有個指標是他的 CD4 跟病毒量，然後是他的生理的狀況有沒有是穩定的？那還有就是那個也有就是發放靈性的量表，了解到他的這個生活，這或者是他的人生是不是幸福的這樣子，大概有這一些。」(C-SW-1-0066)

整體而言，單一成效指標的壓力，雖然凸顯了減害取向在現行體制下的短板，但同時也催生了機構推動本土化研究實證的契機。透過「多元成效指標」的建構，減害服務正努力向社會證明：即使個案尚未完全戒除物質，只要他們能穩定工作、修復家庭關係、維持健康並感受到幸福，這本身就是極具價值的復元成效。

二、 主流社會價值的壓迫

在推動 HIV 感染藥愛者減害服務的脈絡中，「主流的社會價值」經常扮演著一股龐大且無形的結構壓力。這種壓力不僅來自於社會大眾對物質使用者、HIV 感染者的刻板印象與對立態度，更將傳統華人社會的文化結構與道德鑲嵌在框架

之中。這些主流價值往往成為壓迫個案的囹圄，甚至在無形中成為促使他們逃避現實、依賴藥物的隱性推力。

這種「藥物本就不應該碰」的思維，不僅於社會大眾心中根深蒂固，對於藥物更是極度的厭惡與排斥，就像 B 組分享常聽到他人說：「你戒掉了你的生活才可以恢復到正常，就是兩…就是兩個極端，要嘛用、要嘛不用，就別人會希望說你就是不要用，就不會衍生出這麼多的問題」(B-CL-1-0011)，這也導致社會難以發展對物質使用者理解的眼光。此外，甚至在公部門與政府單位也不易接受，導致他們在面對減害理念時，往往難以理解，甚而產生嚴重的污名與誤解。例如 B 組也提到，「對減害半知不解的人就會覺得說，哎你不就是讓他們瘋狂用嗎？你不是不完全戒除，啊不然他要用到死掉？」(B-SW-1-0041)。這些都使得減害在推動於社會的視野當中窒礙難行。

除了社會對減害的誤解與阻抗，也有助人者觀察到華人社會中的文化脈絡，特別是對男性角色的社會期待，這對許多的藥愛個案而言，極容易引發深層的「自我認同和自我價值的衝突」。如同 B 組社工所觀察到的，當藥愛者無法達到這些主流標準、無法接納真實的自己時，便容易陷入與藥物糾纏的混亂狀態。

「我覺得可能在納入本土化、在納入藥愛的時候，可能還是要去看看、還是要去看一下華人社會的一些傳統的結構和一些概念。我覺得這個對於幫助個案，其實會滿有效的。因為有時候當我們去看見這個文化的時候，有時候你就會發現個案自己，有時候你就會發現是這樣子結構、這樣子文化就是造成他想要去用藥的可能某個源頭。」(B-SW-1-0044)

「像重男輕女啊，就會很要求這個孩子要行得正坐得端、要很有成就、要很有能力、要很有責任感等等之類的、或者是要很陽剛這些。可是我覺得對於很多的藥愛個案來說，他在成長過程當中，當他面對這些社會結構的眼光的時候，很多時候那不是他想要的。可是當父母、或者是當這個社會結構長這

樣並告訴他說：你就是要成為這樣子的人的時候，他很容易就會有很多的自我認同和自我價值的衝突。」(B-SW-1-0045)

「那我覺得有時候當他沒有辦法建立自己這個人，把他自己建立好，或讓他自己也可以認同他自己的時候，他很常就會在一個很混亂的狀態。那種混亂的狀態，當有一個人跟他說哎你用完這個，你這些東西都可以不要想的時候，他當然會很想去用啊。我覺得我自己有時候在服務個案的時候，我覺得那個社會的眼光有時候其實也是其中一個，造成他們會想要去用藥的某種隱藏的因素。我自己是這樣覺得啦，它可能是一個蠻隱性的因素，但我覺得的確我自己的觀察的確有時候也會被這些影響。」(B-SW-1-0046)

最終，是主流社會對於多重污名交織的 HIV 感染藥癮者，經常抱持著不理解的恐懼與刻板印象下的排拒。在一般大眾的想像中，HIV 感染者的傳染力令人畏懼、物質使用者就是和暴力與失控畫上等號，同時再加上大眾媒體的渲染也經常將男同志與負面標籤掛勾。

「對可是我覺得其實我們可能…我覺得我們其實也跟一般人沒有到很不一樣。就是我覺得如果以感染者的部分來說的話，就是因為現在醫療那麼進步了，然後我們真的也不會就是有這麼恐怖的傳染力對，所以其實就是…我覺得不要去特別的想說呃好我不想要接觸，我不想接觸感染者，我怕接觸感染者。因為我們其實也是很就像一般人一樣，我們只是因為有一個慢性病在接受治療而已。」(B-CL-1-0070)

「然後像藥癮者的部分，我覺得因為我看過這麼多的參訪團，然後他們很常講的一句話就是，哎跟我想像中的藥癮者不一樣耶。原本以為可能會是比方說就是那種可能大哥啊、或者是可能精神狀態很不穩定的，會像新聞報道那樣子很恐怖的。對很瘦弱…然後可能比方說就是開車去撞人，或者是在大馬路上咆哮，然後拿刀要砍人那種。就是他們就覺得很不一樣，他們就會覺得

哎，我們其實就是一群很可愛的男生。」(B-CL-1-0071)

「那當然因為…其實前陣子某新聞台有來我們這邊訪問那個戒毒等等的嘛，就是他前陣子出來了，然後下面的留言也是罵罵罵的亂七八糟。我自己在看的時候，我自己就有幾個想法，就是這個社會對於我們好像還是很多的…很多的不諒解、跟很多的標籤、還有很多的厭惡。不管男同志身分…因為他那個新聞也沒有說出來是男同志、也沒有說他是怎樣的人怎樣，但下面的就是：這一看就是 Gay 啊，這一看就是怎麼樣啊，然後什麼呢一次不戴套終身怎樣怎樣的。但其實對於(沉默)…對於我們，只要跟男同志畫上等號，就是要講到男同志，就會自動連結到性病，就會自動連結到 HIV，就會自動連結到巴拉巴拉等等等，就是雜交啊，用藥啊，幹嘛的幹嘛的其實(沉默)…。」

(C-CL-1-0054)

當「性少數、藥癮、HIV」這三重身分交纏在一起時，藥愛者必須承受社會極度不友善的凝視與拒絕。這種巨大的污名壓力，讓個案深刻感受到這輩子得活的唯唯諾諾、躲躲藏藏，而為了保護自己，只能選擇隱藏真實的自我，並不斷地掙扎在自我貶抑的深淵當中。這種被主流道德否定的恐懼，不僅讓他們深陷孤立，更成為了求助與復元路上難以跨越的巨大障礙。

「對就是因為我覺得身為就是目前有三個敏感身份的人，包含像同志、感染者跟藥癮者身份，其實會蠻自卑的。」(B-CL-1-0044)

「第一個是社會污名，我覺得現在對於，就是我還是沒有很…就是我現在對於自己是藥癮者這個身分，那當然我覺得我在治療性社區，我是非常坦然的，我非常接受自己的這個身分。可是你要我出去跟別人講說，我是一個藥癮者，可能還沒辦法，因為我不會很害怕別人的眼光。」(B-CL-1-0061)

「尤其我們又是同志、又是藥癮、又是 H。這三個身份交纏在一起其實，會讓別人怎麼樣我不知道，但對於我來說，會讓我覺得我在這個社會上唯唯諾

諾，我沒有辦法抬頭挺胸的去說，哦對啊我就是 HIV、我就是藥癮者怎麼了？對，因為口水會噴死人啊！所以在能夠保護自己的當下這種東西。呃我是希望這些污名化可以再…可能應該還要十幾二十年，臺灣才會再更進步，但我們現在活在这个當下，我們只能先隱藏起來。嗯沒有辦法。」(C-CL-1-0056)

為了解除社會大眾對同志、感染者與藥癮者的刻板印象與恐懼，露德協會積極走入社區、向外界倡議。如同 B 組的提及，機構會定期會進行社區外展、擺攤與宣導，試著透過這些面對面的公眾活動，努力讓更多人理解藥愛者的真實樣貌與困境，持續為「愛滋、藥癮去污名」發聲。

「我想一下啊，目前想到的是做那個叫什麼？可是現在其實已經有在做了，就是社區外展。對啊就是因為像我都會看到，其實露德會有在一些活動會去定期擺攤，然後做就是社區宣導、或者是交流這件事情，就是我覺得讓更多人知道就是相關的事情，說像是可能愛滋去污名、藥癮去污名這些事情，我覺得其實都是可以持續做的。」(B-CL-1-0073)

同時，為了解決專業端與政策端的認知落差，機構透過舉辦工作坊、講座與研討會，不留餘力地向其他專業人員分享藥愛與減害的正確概念。助人者也倡議應在政策推動上加入減害資訊，讓體制內的專業人員能具備多元的處遇思維，不再用單一標準壓迫個案。

「我自己是覺得，可能政策相關的推動？因為我覺得減害這個理念其實還是很多人不知道，那我覺得雖然現在每一年都有在辦一些什麼研討會啊，我覺得這個是一個好的開始啦，就是至少可以讓專業人員也基本知道減害到底在做什麼。然後我覺得補強的話自己是覺得可以的話，搞不好在社政上或者是政策上，也可以加入這些相關的資訊。」(B-SW-1-0040)

總結來說，主流社會價值透過僵化的戒斷標準、傳統的性別期待以及多重污名標籤的恐懼，形塑出一套隱而不顯卻深具力量的壓迫系統。這些價值不僅影響社會如何看待藥愛者，也影響著藥愛者如何看待其自己，甚至在無形之中加劇其羞愧、自我否定與孤獨感。有鑑於此，HIV 感染藥愛者所面對的困境，不盡然只是藥物本身與作用，而是長期處於多重污名與社會排除的結構處境之中。對藥愛者而言，真正需要被修復的，不只是與藥物之間的糾葛，更是與自己、與他人及社會之間的關係連結。

第四節 綜合討論與反思

若前述的研究發現是各種精微且盤根錯節交會的「木」，那此章節亦是研究者想拉到鳥瞰的位置，去試著整理出完整「森林」的減害樣貌，並在這過程中和研究結果進行思辨與對話。

一、 減害是以人為本的精神

從前述的內容可以了解到，減害取向服務所帶來的影響，並不僅止於物質使用行為的改變，也不只是幫助個案降低使用頻率、減少風險或避免傷害而已。對許多 HIV 感染藥愛者與助人工作者而言，減害更是一種重新理解人的方式，一種有別於傳統框架的生命觀，能夠接納一個人在傷害和健康之間來回擺盪。

過去在藥癮處遇的主流思維中，往往將「使用與戒除」、「成功與失敗」、「正常與偏差」視為彼此對立的兩端。然而，減害取向則試圖鬆動這種二元對立的思考方式，承認改變是一段歷程，而非一個瞬間完成的結果。它不要求個案必須立刻成為理想中的樣子，而是允許人在有限的能力、現實的處境與反覆的掙扎之中，逐步朝向較少傷害、較符合自身期待的生活前進。

研究者認為，減害想做的是試圖去「重新定義所謂的成功」。對減害而言，成功未必等同於完全戒除物質，而是個案能夠逐漸看見自己的風險、理解自己的需求、承認自己的慾望與限制，甚至是接納自己尚未準備好的部分，並在一次次的嘗試與挫折中，持續朝向自己所期待的方向前進。這同樣也呼應了減害的先驅 Denning & Little (2020) 在《減害心理治療》一書所提到的觀點：減害認可所有正向的改變，並相信任何朝向降低傷害的行動都具有其價值。

而從本研究的結果進一步來看，許多 HIV 感染藥愛者真正需要被回應的，往往不只是藥物使用問題本身，而是在長期累積的羞愧、自我否定、孤獨感，以及

來自家庭、社會與文化脈絡中的多重污名中，仍有人願意無條件的接納與關懷、仍有人願意一次次地重新相信。因此，在這樣的觀點下，個案不再只是被要求改變的人，而是被看見、被理解且被尊重的主體；助人工作者也不再是要求改變的監督者，而是一個試圖去理解一個人為何使用藥物、藥物在其生命中扮演何種角色，以及好奇背後被滿足的需求與存在傷痛的同行者。

研究者認為，以人為本並非意味著放任或忽視風險，而是在看見風險的同時，仍然選擇先看見「這個人」。如同人本主義提倡者 Rogers（2014）在《成為一個人》書中反思到「變化之所以發生乃是透過關係之中的體驗」。當助人工作者願意放下批判與控制，理解個案的處境、尊重其選擇與步調時，個案才有可能一步步的安全與信任中體驗到修復性的關係，並願意卸下防衛，面對自己、理解自己，發展出能夠承托自我的涵容空間。換言之，減害所期待的實踐，或許是戒除不需要完美，而是真誠的理解、接納與相信一個人仍具有改變的可能，陪伴對方在光譜之中找到屬於自己的位置。

二、 減害是一場倡議的社會運動

在減害發展的脈絡下，研究者認為減害取向所想挑戰的，或許不僅是一套物質處遇方法，而是一種長期以來被視為理所當然的社會價值觀。它所回應的從來都不只是物質使用問題本身，而是社會如何看待差異、如何理解脆弱，以及如何定義一個人的價值。

長期以來，華人的社會文化總習慣以生產力（我有什麼成就？）、自我控制能力（我是否足夠自律來達到目標？）以及是否符合社會的期待（我是否符合世道中的價值？）來作為評價個人的標準。在這種非黑即白的結果論框架下，那些無法符合主流模板的人，往往會被貼上失敗、偏差或需要被矯正的標籤。對於 HIV 感染藥愛者而言，性少數、感染者與物質使用者等多重身分在至今的社會中仍不

被待見與友善地接納，反而是持續的污名、排斥與譏諷，使他們長期得活在處於擔憂、害怕不斷被拒絕的處境之中。如同藥愛受訪者的獨白：「我在這個社會上唯唯諾諾，我沒有辦法抬頭挺胸的去說，哦對啊我就是 HIV、我就是藥癮者怎麼了？對，因為口水會噴死人啊！」(C-CL-1-0056)。

對此，研究者認為減害最終所想傳遞的是：一個人的價值，不應只是「活出社會所期待的樣子」來定義；也不因其感染身分、物質使用經驗或性傾向而去否定其作為人的真實。研究者深深地相信，**一個人首先是人，接著才是性少數者、才是感染者以及物質使用者**。當社會只看見標籤，便容易忽略標籤背後那個真實存在、有情感、有血肉、有掙扎、有懊悔、渴望被愛、同時也有改變可能的人。

因此，減害不只是對個案的陪伴與支持，更是一種對主流價值的思辨與倡議。它試圖鬆動社會對於「正常／偏差」、「成功／失敗」、「戒除／使用」等二元框架的窠臼，並提醒人們生命本就存在多元樣貌，而改變也未必只有單一的途徑。相較於要求所有人朝向相同的標準前進，減害更重視的是讓每個人都能在自身所處的位置上，找到屬於自己的復元方向與生活可能。

或許對露德協會而言，推動減害不只是降低傷害的實務工作，而是從看見一群在生命困境中反覆跌撞、卻仍努力尋找出路的人們，陪同其一起進行一場持續鬆動污名、爭取理解與促進社會對話的行動實踐。**當社會願意從標籤背後重新看見人，或許才是真正實踐減害精神的開始。**

三、 減害仍有需要跨越的高山

儘管減害取向在實踐上為 HIV 感染藥愛者開啟了不同於傳統戒治模式的可能性，在理念上站在人本的立場上試著去解構社會的偏見姿態，但這並不意味著減害已經擁有所有問題的答案且毫無矛盾。相反地，從露德協會的實務經驗中可以

看見，本土減害至今仍是一條持續摸索與修正的道路，其本身亦存在許多尚待回應的挑戰與辯證。

首先，減害所面臨最直接的挑戰，來自物質使用本身確實具有真實且不可忽視的傷害性。近年研究已指出，長期使用甲基安非他命等非鴉片類物質，可能造成神經系統損傷、認知功能退化、精神疾病風險、運動功能障礙等後果（Wang et al., 2025；蔡震邦，2020）。當助人工作者在實務現場看見個案反覆經歷精神症狀惡化、生活功能崩解、甚至出現自傷或傷人風險並造成社區危害時，「尊重個案選擇」與「避免個案受傷害」之間便形成難以迴避的拉扯。尤其當傷害已非想像中可能的風險，而是正在發生的現實，減害工作者往往必須面對一道艱難的捫心自問：究竟應該持續尊重個案的自主選擇，還是該積極地介入避免傷害擴大？

上述的掙扎歷程也同樣是研究者身處於露德實務現場的寫照。研究者認為，主流矯正與治療體系之所以長期以完全戒斷作為核心主軸，並不全然是站在道德的至高處或是用以懲戒來控制的思維，而是建立在大量研究已證實物質使用確實會造成身心健康損害的基礎之上。換言之，當藥癮個案已因使用而對其本身、對他人、對社區產生嚴重傷害時，完全戒斷本身也可能是一種合理、有價值且重要的復元選項。

再者，研究者也發現，減害作為一種「光譜」的概念，至今仍未真正被社會大眾、藥癮工作者、甚至是露德的服務對象所充分理解。許多人在談論減害時，往往將其簡化為「支持繼續使用藥物」或是「使用藥物也沒關係」，並將「減害放置在完全戒斷的對立面」，形成二元論證的結果。然而，**減害從來都沒有將完全戒斷排除在外、也從來都不是鼓勵使用**，而是承認改變存在不同階段與不同可能性，並允許個案可以遵循其自己的步調去改變。因此，完全戒斷本就被視為減害光譜中的其中一種可能，只是不是優先選項，也非減害的反面。當減害被誤解

為「反對戒斷」時，不僅容易引發社會質疑與控訴，也使服務對象難以真正理解其核心精神。如同上述的研究分析可以發現，三位藥愛受訪者皆將完全戒斷與減害觀點全然地分化，而這個現象亦非僅是局面，是實在地刻劃出露德目前在提供減害服務中所呈現的真實差異。

然而，更值得關注的是，減害最大的危機是工作者自己都未必有一致的減害語言。研究者發現上述的現象並不僅侷限於服務對象的理解錯置，而是露德的體制內部也存在不一致的詮釋。雖然露德協會長期投入減害工作，並發展出多元服務模式與六大減害工具，但在不同助人工作者的理解與運用中，仍存在不同程度的差異。有些助人者將減害理解為關係優先；有些則強調自主決定；也有人更重視風險管理與傷害降低。研究者認為，這些差異並非問題本身，這些確實都反映出減害精神的一部分，但作為一種實踐的理論與哲學，**減害在台灣至今仍缺乏一套足以被普遍共享與清楚傳遞的實務典範**。當助人工作者對減害的理解各有側重時，不僅可能造成服務上的差異，也容易使減害在對外倡議時缺乏一致且具說服力的論述基礎。以上述的共病傷害為例，當減害的基礎論點放在自我控制（Denning et al., 2017），然而個案卻已自我膨脹到失序並產生更大的危害時，這時就相當仰賴於助人者的評估與處遇拿捏。但若助人者僅一味的尊重與接納，其結果不必然會走向減少傷害之路、反而是更大的傷害。而這之中的減害標準，需要被清楚定義。

研究者認為，減害真正需要跨越的高山，或許不只是藥物本身，而是如何在傷害事實、自主選擇、復元歷程與社會期待之間，發展出更成熟且具有共同語言的實踐框架。當減害不再被理解為戒斷的對立面，而是被視為一條容納多元改變可能性的復元光譜；當助人工作者能在尊重個體與避免傷害之間建立更細緻的專業判斷；當社會能以更開放的視角理解成癮與改變的複雜性時，減害才有可能真正從一種理念，逐步成為更具深度與影響力的助人實踐。

第五章 研究結論、限制與建議

第一節 研究結論

本研究做為初探性研究，旨在瞭解露德協會長期投入 HIV 感染者與藥愛社群的減害工作所積累的寶貴實務經驗與服務樣態，並以個案研究的角度切入分析，透過服務提供者搭配服務使用者為一組的多組單位分析，進而拼湊出減害服務實踐、相關經驗與服務挑戰及困境因應之全貌。本研究綜合分析得以下結論：

一、 露德協會針對 HIV 感染藥愛者的服務是以「關係、場域、受助者賦能」三位一體所呈現的實踐

本研究發現，露德協會針對 HIV 感染藥愛者所發展的服務模式，並非以單一的戒癮處遇或疾病管理為主軸，而是建構出一套以減害理念為基礎，整合個案工作、團體工作、社區工作及同儕支持的多元服務系統。此服務模式突破傳統以「停止用藥」為主要目標的介入框架，而是從 HIV 感染藥愛者的整體生命處境出發，回應其在健康、心理、人際、家庭及社會支持等多元需求。

研究結果顯示，露德協會的服務實踐大體可整理三大核心的內涵：第一個實踐是重視助人者與藥愛者間的助人關係，露德以全人的視角，並以個案管理方法為基準，發展藥愛社群的連結、以生命為週期的陪伴以及轉化減害語言的結構化工具，來建構多層次的直接服務系統。第二個是放在場域建立的實踐，透過中途之家、朝露農場／治療性社區的場域，提供藥愛者能夠短暫喘息、安全的避風港；同時也能有沉澱靜心、促進自我整理與開展關係對話的空間，以利 HIV 感染藥愛者能從混亂的失序中重整出發。第三個重要實踐是側重同儕的支持系統，建立復元培力圈與同儕助人制度，透過同儕的連結與過來者的經驗，填補正式系統的陪伴空窗，並進一步創造由受助者轉化為助人者的復元路徑。

整體而言，露德協會所發展的服務模式，似乎不僅是一套減少藥物傷害的處遇方法，更是一種具備了尊重個體的精神、重視關係連結與長期陪伴的整合性服務實踐。

二、 減害取向服務對藥愛者與助人者而言，是一段觀念重塑、關係轉化、以人為本的經驗

而在經驗方面，本研究亦發現減害取向的服務對 HIV 感染藥愛者及助人工作者而言，皆是一段觀念翻轉重塑、關係正向轉化的歷程。當減害重新將焦點放置人的生命經驗本身，能使藥愛者有機會在較少批判與羞愧的環境中重新拾起自我理解的鏡子，也讓助人工作者在關係的映照中回頭反思陪伴與改變的意義。

對藥愛者而言，減害服務促進了其對自我、情緒與物質使用經驗的覺察，幫助其從過去無意識的自動化反應，逐漸清明，並發展出更有意識的覺察與選擇能力。同時，在無條件的正向關懷與不帶評價的接納環境中，藥愛者得以鬆動長期污名所浸染的：一個名為自我否定的桎梏，開始試著學習接納自身的慾望、脆弱與限制。此外，透過減害工具與社工會談中的對話，藥愛者也逐漸知曉更多減害知識，並開始建立、發展個別化的安全策略與求助能力，同時更願意鼓起勇氣，進一步去修復與家人、伴侶及重要他人的關係。

對助人工作者而言，減害經驗則是一場專業價值的反思歷程。助人者開始從「要求改變」轉向「理解需求」，從「控制風險」轉向「相信與共同承擔風險」，學習尊重個案的自主選擇與改變步調。研究亦發現，隨著服務經驗的累積，減害逐漸超越物質使用議題本身，無論是對藥愛者或是助人者而言，皆將其理解為是一種務實且彈性的生活哲學，成為面對生活、關係與自我的重要思維方式。

三、 減害取向仍面臨著從個別的實務挑戰到體制及社會的壓迫困境

本研究發現，減害取向雖提供 HIV 感染藥愛者一條更具彈性與接納的復元道路，但其在實務推動過程中仍面臨來自個人、專業、制度及社會層面等多重挑戰。

在微觀的實務層面，助人工作者需面對精神共病、認知受損與高風險情境對減害工作的限制，也需持續處理個案自主權、安全考量與專業倫理之間的衝突。同時，有許多的藥愛者無論是因長期受到主流戒治觀點的影響、抑或是將復發視為整體的失敗，對減害所強調的彈性與漸進性抱持著疑慮，並認為完全戒斷才是減害之後唯一可走的選擇。

在宏觀的制度與社會層面，減害服務則面臨單一成效指標與主流價值觀的雙重壓力。現行制度多以是否完全停藥作為評估標準，使減害服務的成效難以被看見；另一方面，性少數、HIV 感染者與物質使用者三重污名的交織，也使藥愛者長期處於被社會排斥與誤解的處境之中。

面對上述挑戰，露德協會試圖透過調整溝通方式、引入醫療與外控資源、建立專業共識、發展多元成效指標以及持續性推動社區倡議與去污名化運動等策略進行回應。研究結果顯示，減害除了是一套服務方法與觀點，更是一項需要持續與制度、文化及社會價值進行對話的實踐工程。

綜合所述，本研究整理發現，露德協會所實踐的減害取向，不僅僅是一套改善物質使用傷害的介入方法，而是一種**以人為本、重視主體性與關係修復、挑戰社會既定價值觀的服務哲學**。透過多元化的服務系統、陪伴生命的工作關係，以及對污名與社會排除的持續回應，減害協助 HIV 感染藥愛者在反覆與不確定之中，逐步建立與自己、與他人及與社會重新連結的可能。儘管減害在實務與制度仍面臨諸多挑戰，但所展現的核心價值，在於看見人的複雜性與改變的多元樣貌，並相信每個人都能在生命節奏中，朝向較少傷害與更符合期待的生活前進。

第二節 研究限制

從過程與結果來看，本研究仍存在一定的限制，以下將逐一說明：

一、 必須考量感染者隱私的曝光風險

由於 HIV 感染者的身分一旦於社會中曝光，可能造成極大的生活、職場與人際傷害，因此在人類研究倫理審查（IRB）的建議中，就特別重視感染者身分曝光風險一事。尤其本研究所聚焦之藥愛社群及露德協會皆具有一定程度的封閉性與特殊性，許多藥愛者彼此之間可能相互認識、接觸或聽聞過對方，而露德協會又為國內少數長期以 HIV 感染藥愛者為主要服務對象的機構，因此研究者在研究設計與資料呈現上，必須全盤考量各種可能導致身分被揭露的風險。

舉例來說，例如研究初期原先規劃納入更多元的服務提供者經驗，包含同儕員之訪談資料。然而，由於露德協會官網公開資訊顯示，直接服務的同儕員人數僅有兩位，若納入訪談資料，極有可能使受訪者身分被特定辨識，因此最終決議不將同儕員納入正式受訪對象。此外，在研究結果呈現上，亦未將藥愛者與其對應之社工進行明確配對，這部分也考量避免服務對象透過服務社工去推測其他受訪者身分。即便是服務提供者的背景資料，也盡可能採取最大程度的去識別化處理。

因此，研究者在研究設計與產出上除了需要審慎應對研究成果之書寫與呈現外，對於收案、聯繫、資料保存及歸檔等各階段，皆須遵循最小傷害原則，確保受訪者之隱私與權益獲得保障。

二、 收案的適配性限制

由於本研究主題涉及 HIV 感染、藥物使用及藥愛經驗等高度敏感議題，不適合透過公開方式進行招募。此考量亦延續前述隱私保護原則，以避免因公開招募而引發社群內部不必要的揣測與身分辨識風險。因此，本研究在收案過程中，相當仰賴機構內部社工的推薦。

研究者也意識到此種收案方式存在一定程度的適配性限制。第一，是藥愛者的物質使用階段具有高度差異性。有些個案處在初期接觸的歷程、有些已進入混亂使用階段、有些則早已發展出與物質共存的減害之道。然而，真正能夠長期接受露德協會服務、熟悉其多元服務模式，並累積豐富減害經驗的受訪者，多半曾經歷較嚴重的混亂使用歷程，因此研究結果較容易反映此類服務使用者的經驗觀點。

其次，研究者亦需考量受訪者當下的認知能力、心理健康狀態及整體穩定程度是否適合參與訪談。許多接受露德服務的藥愛者仍處於復元歷程之中，若個案尚未穩定，或仍處於高度情緒困擾與受創階段，則研究者認為亦不適宜進行深度訪談，因為重敘藥愛經驗可能觸發渴求反應、情緒波動或創傷反應，進而增加受訪者的危機。有鑑於此，本研究於正式訪談前，皆請受訪者填寫簡式健康量表（BSRS-5），僅在情緒困擾程度低於中度風險且近期無自殺意念之情況下，方能進行正式訪談。

綜合而言，本研究在收案過程中，除了需兼顧隱私保護與倫理考量外，亦須評估研究主題之適配程度與受訪者狀態，致使符合條件且願意接受訪談之對象相對有限。

三、 研究資料之詮釋限制

由於服務提供與服務接受的經驗本質上具有高度主觀性，本研究主要仰賴受

訪者透過回溯與敘說方式呈現其經驗，因此研究結果不可避免地受到個人生命經驗、記憶建構及主觀理解的影響。

此外，研究者本身同時亦具有露德協會專業人員的身分，須恪守反身性的倫理立場，持續檢視自身的價值預設與詮釋位置，避免影響資料分析的客觀性。即便研究者熟悉與了解服務實踐的樣貌，也不能因個人立場或主觀意識介入期待受訪者講述的視角，也因此整體資料的呈現上，研究者認為難以全然反映出更有深度的客觀樣貌。理論上，上述之限制可以透過擴大受訪人數與資料來源，即有助於提升研究資料的豐富性與多元性。但礙於研究議題的特殊性、隱私保護考量以及符合條件之受訪者數量有限，本研究難以大幅增加樣本規模。

因此，在既有條件下，研究者透過訪談大綱的反覆修正與深度訪談的方式，盡可能捕捉露德協會減害服務實踐的多元面向，並於分析與詮釋過程中持續保持敏感度與思辨。然而，本研究仍難免存在資料詮釋上的侷限，此亦為後續研究可進一步深化與補充之處。

四、 研究場域限制

本研究以露德協會為單一研究場域，其服務模式具有特殊歷史脈絡與組織文化，因此研究結果主要反映露德協會在 HIV 感染藥愛者服務上的實踐經驗，不宜直接推論至其他藥癮服務機構或減害服務場域。

第三節 研究建議

一、 對機構的建議

（一） 減害需要建立典範

從研究結果與綜合討論可以發現，露德協會在推動減害服務過程中，最無法迴避的挑戰之一，便是不斷面臨「減害是否有效」的質疑與驗證。減害作為一種折衷取向，其內涵涵蓋人本精神、改變動機理論以及物質使用相關知識等多元基礎，其核心更像是一種價值立場與實踐精神，並在此基礎上發展出相應的工作方法與服務策略。

然而，減害所強調的光譜性、彈性與個別化，本質上較難以透過單一標準進行界定與量化，但這不代表其無法發展出具有代表性的理論觀與實務典範。如同以個人中心取向治療（Person-Centered Therapy）或存在主義取向治療（Existential Therapy）為例，兩者皆透過更多的實證研究來彙整其核心哲學與價值觀的完整系統，以此來看，研究者認為減害亦有能形成本土化實務典範的可能性與潛力。

因此，露德協會未來除了持續深化服務實踐外，可進一步將多年積累的服務經驗進行系統化與知識化整理，建構屬於臺灣脈絡下的減害服務典範。當減害不再只是抽象的信念，而是逐步發展成具有理論架構、服務原則、實務策略與多元成效指標的實踐哲學時，研究者認為將有助於提升其在專業體系中的看見，並促進更多實務單位與專業工作者投入相關服務。

（二） 在廣而淺、精而深之間取得平衡之道

從研究結果來看，露德協會已針對 HIV 感染藥癮者發展出相當多元的服務模

式，並嘗試回應其不同階段的需求。然而，藥愛者所面臨的議題往往極其複雜，也使得非所有有需求的藥愛者皆能順利進入或穩定留在服務系統之中。

在廣度方面，研究者根據受訪者的建議，期待露德協會未來可進一步建構視覺化的減害服務地圖與資源系統，透過簡明且易於理解的方式，協助初次接觸服務或尚未進入系統的藥愛者快速掌握各項服務內容與資源路徑。同時，亦可整合外部對性少數與物質使用者友善之相關資源，形成更完整且低門檻的支持網絡，以實踐減害強調之可近性與多元選擇精神。

在深度方面，從研究結果來看，部分藥愛者雖熟悉減害語言與相關概念，但未必真正將其內化為深刻的洞察與情緒接納，而是仍停留在認知層次的理解。此現象亦反映出，復元歷程不只是學習減害技巧，更是一段持續探索自我、理解自身需求與重新整理生命經驗的過程。除了生活支持與關係陪伴之外，如何協助藥愛者去整理生命經驗、深度自我覺察以及發展自我肯認的能力，或許是未來服務深化的重要方向。

因此，露德協會未來在建構減害實踐的藍圖時，如何在「廣泛接住更多人」與「深入陪伴少數人」之間取得平衡，會是未來服務發展的重要課題。

二、 對工作者的建議

（一） 精進減害專業，建立一致的語言

在露德的服務現場，可以發現減害的概念仍可能出現不同的理解。減害雖強調彈性與個別化，但並不意味著無法建立出共同的原則。當減害仍持續走在一條修正與探索之路上，露德的實務工作者可持續透過研究、督導、教育訓練與案例討論，建立團隊間較一致的減害語言與服務框架，不僅有助於提升服務品質，也能降低個案對減害概念的混淆。

（二） 多元文化敏感度訓練

HIV 感染藥愛者所面臨的困境，往往並非單一問題，而是多重身分與社會壓力交織的結果。因此，工作者除了精進減害相關知能外，亦應持續培養性別、性傾向、疾病經驗與社會文化污名等面向的敏感度，以避免有意識或無意識地將主流價值觀投射於服務對象身上。唯有如此，方能提供更具包容性、文化回應性與以人為本精神的專業服務。

三、 對後續研究的建議

（一） 減害服務需要更多元的實證基礎

目前國內針對 HIV 感染藥愛者減害服務的相關研究仍相對有限，尤其缺乏長期追蹤與多面向成效評估之實證研究。未來或許可進一步探討減害服務對生活品質、家庭功能、心理健康與社會參與等層面研究，並逐步建構符合本土脈絡的多元成效指標與實證基礎。當減害的價值能夠透過更多研究被看見與累積，不僅有助於回應社會對減害成效的疑慮，也有機會促進相關政策與制度對減害觀點的接納，拓展臺灣本土減害發展的可能性。

（二） HIV 感染藥愛者的故事需要被更多人聽見

本研究的初衷，除了希望透過研究去整理跟呈現露德協會的減害實踐經驗與樣貌之外，更期盼能讓 HIV 感染藥愛者的生命故事被更多人看見，進而促進一些社會倡議的對話與反思。

研究者認為，無論是在研究場域或實務現場中，當人們習慣以「用藥者」、「感染者」等標籤稱呼一個人時，往往會容易忽略其背後所承載的生命故事與創傷處境。事實上，在成為感染者或物質使用者之前，他們首先是一個人。因此，

研究者期待未來能有更多聚焦於藥愛者的生命敘事與主體經驗的研究，讓更多藥愛者有機會述說自己的故事，也讓社會能透過故事看見標籤背後真實的人。

參考文獻

一、中文部分

- Denning, P., & Little, J. (2020)。減害心理治療：務實的成癮治療方法（第二版）（楊菁菁、傅雅群譯）。心靈工坊。（原著出版於 2012 年）
- Denning, P., Little, J., & Glickman, A. (2007)。挑戰成癮觀點：減害治療模式（謝菊英、蔡春美、管少彬譯）。張老師文化。（原著出版於 2003 年）
- Rogers, C. R. (2014)。成為一個人：一個治療者對心理治療的觀點（宋文里譯）。左岸文化。（原著出版於 1961 年）
- Yin, R. (2023)。個案研究：設計與方法（周海濤、李永賢、張衡譯）。五南文化。（原著出版於 2009 年）
- 王文科、王智弘 (2010)。質的研究的信度和效度。彰化師大教育學報，(17)，29-50。<https://doi.org/10.6769/JENCUE.201006.0029>
- 江振亨 (2019)。HIV 毒癮者與非 HIV 毒癮者接受戒治處遇前後之心理適應比較評估研究。矯政期刊，8(2)，157-193。
[https://doi.org/10.6905/JC.201905_8\(2\).0006](https://doi.org/10.6905/JC.201905_8(2).0006)
- 余嘉惠、邱奕頌、鄭夙芬、柯乃熒 (2018)。愛滋感染者的污名與靈性照顧。護理雜誌，65(3)，11-16。
[https://doi.org/https://doi.org/10.6224/JN.201806_65\(3\).03](https://doi.org/https://doi.org/10.6224/JN.201806_65(3).03)
- 吳孟姿 (2024)。以藥找愛：藥愛的歷程與復元。性別平等教育季刊，(104)，73-76。
<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=15629716->

[N202406010003-00013](#)

李志恒、馮齡儀 (2017)。由臺灣戒毒歷史發展軌跡及亞洲鄰近國家戒毒處遇之作為談我國未來戒毒處遇策略。《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，(13)，4-14。 [https://doi.org/10.6460/CPCP.201707_\(13\).0001](https://doi.org/10.6460/CPCP.201707_(13).0001)

李佳琪 (2011)。暴露愛滋病毒前預防性投藥使用者行為分析 (MOHW110-CDC-C-315-000103)。衛生福利部疾病管制署。
<https://ah.cdc.gov.tw/planOne?pid=1544>

李佳霖、黃宣穎、衛漢庭、王聲昌 (2024)。戒除抑或減害：台灣藥癮防治專業人員之處遇經驗與觀點。《台灣公共衛生雜誌》，43(4)，386-400。
[https://doi.org/10.6288/TJPH.202408_43\(4\).113027](https://doi.org/10.6288/TJPH.202408_43(4).113027)

李珈旻 (2019)。男同志娛樂性藥物使用者參與減少傷害團體經驗之探究。〔碩士論文。國立暨南國際大學〕臺灣博碩士論文知識加值系統。
<https://hdl.handle.net/11296/8qeq2b>。

李珈旻、孫可書、徐森杰 (2018)。男同志藥癮減少傷害團體之實踐經驗。《東吳社會工作學報》，(34)，91-105。 [https://www.airitilibrary-com.utorpa.lib.ncnu.edu.tw:8443/Article/Detail?DocID=10264493-201806-201807260010-201807260010-91-105](https://www.airitilibrary.com.utorpa.lib.ncnu.edu.tw:8443/Article/Detail?DocID=10264493-201806-201807260010-201807260010-91-105)

李麗紅、楊政議 (2020)。質性研究訪談個案數之判定：資料飽和概念之使用。《澄清醫護管理雜誌》，16(1)，47-52。 [https://www.airitilibrary-com.utorpa.lib.ncnu.edu.tw:8443/Article/Detail?DocID=18136702-202001-202001030027-202001030027-47-52](https://www.airitilibrary.com.utorpa.lib.ncnu.edu.tw:8443/Article/Detail?DocID=18136702-202001-202001030027-202001030027-47-52)

杜思誠 (2014)。有關男同志娛樂性藥物性愛的一些工作經驗與思考。愛之關懷

季刊, (89), 17-26。 <https://www.airitilibrary->

[com.autorpa.lib.ncnu.edu.tw:8443/Article/Detail?DocID=a0000410-201412-](https://www.airitilibrary-com.autorpa.lib.ncnu.edu.tw:8443/Article/Detail?DocID=a0000410-201412-)

[201501230025-201501230025-17-26](https://www.airitilibrary-com.autorpa.lib.ncnu.edu.tw:8443/Article/Detail?DocID=a0000410-201412-201501230025-201501230025-17-26)

束連文、王思樺 (2016)。物質濫用的防治政策與防治網絡。載於蔡佩真 (主

編), 物質濫用社會工作實務手冊 (17-31 頁)。巨流。

林佩璇 (2000)。個案研究及其在教育研究上的應用。載於中正大學教育研究所

(主編), 質的研究方法 (239-262 頁)。麗文文化。

林奕任 (2020)。高風險性的虛擬空間？臺灣男同志使用手機交友軟體的愛滋風

險與避險策略 [碩士論文, 國立臺灣大學]。華藝線上圖書館。

<https://doi.org/10.6342/NTU202100076>

洪健清 (2024)。台灣愛滋病毒感染防治：距離愛滋消除的最後一哩路。台灣公

共衛生雜誌, 43(3), 211-213。

[https://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43\(3\).PF03](https://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43(3).PF03)

張芷菁、張晏蓉 (2024)。臺灣成年民眾的愛滋污名及相關因子：橫斷性調查研

究。健康促進與衛生教育學報, 58, 27-60。

[https://doi.org/10.7022/JHPHE.202406_\(58\).0002](https://doi.org/10.7022/JHPHE.202406_(58).0002)

張嫻純、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

公共衛生雜誌, 25(6), 462-473。 <https://doi.org/10.6288/TJPH2006-25-06-06>

陳伯愷、江佳璇、翁銘鴻、盧永欽、廖御圻、李俊宏、郭乃文 (2021)。預防復

發模式融合動機與正念應用於非鴉片類藥癮愛滋團體減少藥物性愛之個案報

告。臨床心理學刊，15(1/2)，32-48。

[https://doi.org/10.6550/ACP.202112_15\(1_2\).0003](https://doi.org/10.6550/ACP.202112_15(1_2).0003)

陳昶勳（2013 年 11 月 10 日）。台灣愛滋病毒感染流行病學現況。在洪健清（主持）專題討論 10：愛滋病毒感染治療與預防之最新進展〔研討會演講〕。

2013 台灣醫學週—台灣聯合醫學會學術演講會，台北市，台灣。

曾嘉琳、莊葦、劉亞平、曾雯琦（2021）。愛滋男同志使用安非他命焦點民族誌研究。人文社會與醫療學刊，(8)，1-26。

[https://doi.org/10.6279/JHSSM.202105_\(8\).0001](https://doi.org/10.6279/JHSSM.202105_(8).0001)

黃彥芳（2013）。男男間用藥與不安全性行為之相關性調查（DOH102-DC-2701）。衛生福利部疾病管制署。<https://ah.cdc.gov.tw/planOne?pid=947>

黃道明（2014）。列管制度下的醫療治理—「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」與新道德權威。台灣社會研究季刊，(94)，107-145。

<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=10219528-201403-201504240004-201504240004-107-145>

楊靖慧（2006）。臺灣愛滋病流行現況與防治政策。感染控制雜誌，16(1)，17-23。[https://doi.org/10.6526/ICJ.200602_16\(1\).0003](https://doi.org/10.6526/ICJ.200602_16(1).0003)

潘淑滿（2022）。質性研究：理論與應用（二版）。心理出版社。

蔡孟哲（2015）。愛滋病毒、派對藥物與酷兒壞情感：《愛我就趁夏天》的「毒／藥」政治。台灣學誌，(11)，35-60。

<https://doi.org/10.6242/twnica.11.3>

蔡宜蓁、呂佩珍、梁蕙芳（2013）。愛滋病污名之概念分析。長庚護理，24(3)，

272-282。 [https://doi.org/10.6386/CGN.201309_24\(3\).0004](https://doi.org/10.6386/CGN.201309_24(3).0004)

蔡晏櫻（2020）。多面向瞭解娛樂性藥物使用：從人格特質到精神症狀。〔博士論文。中山醫學大學〕臺灣博碩士論文知識加值系統。

<https://hdl.handle.net/11296/kwjd3s>。

蔡震邦（2020）。藥物濫用的潛藏危機－從注意力、記憶力的功能減損到輕度認知障礙症。《矯政期刊》，9(1)，142-170。

[https://doi.org/10.6905/JC.202001_9\(1\).0005](https://doi.org/10.6905/JC.202001_9(1).0005)

鄭蒲澤、陳怡青（2025）。臺灣藥癮治療性社區的經驗對靈性社會工作的啟示－質性研究。《社區發展季刊》，(191)，92-109。 [https://www.airitilibrary-com. autorpa. lib. ncnu. edu. tw:8443/Article/Detail?DocID=P20251113002-N202511130019-00009](https://www.airitilibrary.com/autorpa.lib.ncnu.edu.tw:8443/Article/Detail?DocID=P20251113002-N202511130019-00009)

賴志超、蘇倫慧、徐森杰（2023）。心理劇團體治療介入對藥愛成員之成效研究。《臺灣心理劇學刊》，(6)，61-81。

<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=P20201104001-N202401180001-00003>

二、西文部分

- Albers, T. (2022). *Meth, Sex, Health and Pleasure: Exploratory research into the motivations for MSM (men who have sex with men) to engage in slamming, ie the intravenous use of crystal methamphetamine in a sexual context* (Master's thesis, Utrecht University).
- Alibudbud, R. C. (2022). The triple stigma of HIV and chemsex among gays, bisexuals, and other men who have sex with men (GBMSM) in the Philippines. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 15(11), 477-478.
- Ambrosioni, J., Díaz, N. A., Marzolini, C., Dragovic, G., Imaz, A., Calcagno, A., Luque, S., Curran, A., Troya, J., Tuset, M., Khoo, S., Burger, D., Cortés, C. P., Naous, N., & Molto, J. (2024). Outcomes of Drug Interactions Between Antiretrovirals and Co-Medications, Including Over-the-Counter Drugs: A Real-World Study. *Infectious diseases and therapy*, 13(3), 609–617.
<https://doi.org/10.1007/s40121-024-00935-0>
- Amundsen, E., Muller, A. E., Reiherth, E., Skogen, V., & Berg, R. C. (2023). Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Scoping Review of Research Methods. *Journal of Homosexuality*, 71(6), 1392–1418.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2170757>
- Aspinall, E. J., Nambiar, D., Goldberg, D. J., Hickman, M., Weir, A., Van Velzen, E., Palmateer, N., Doyle, J. S., Hellard, M. E., & Hutchinson, S. J. (2014). Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *International*

- journal of epidemiology*, 43(1), 235–248. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt243>
- Bakker, I., & Knoops, L. (2018). Towards a continuum of care concerning chemsex issues. *Sexual health*, 15(2), 173–175. <https://doi.org/10.1071/SH17139>
- Banbury, S., Lusher, J., Chandler, C., & Zervoulis, K. (2024). A pilot RCT of an online mindfulness-based cognitive intervention for chemsex. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(3), 994–1005. <https://doi.org/10.1002/capr.12728>
- Barmania S. (2022). HERO-providing support for those engaged in chemsex. *The lancet. HIV*, 9(10), e677. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(22\)00247-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00247-8)
- Bohn, A., Sander, D., Köhler, T., Hees, N., Oswald, F., Scherbaum, N., Deimel, D., & Shecke, H. (2020). Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. *Frontiers in psychiatry*, 11, 542301. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.542301>
- Bolmont, M., Tshikung, O. N., & Trelu, L. T. (2022). Chemsex, a Contemporary Challenge for Public Health. *The journal of sexual medicine*, 19(8), 1210–1213. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.03.616>
- British Psychological Society (2023). Chemsex intervention services: How can psychologists help? *BPS Report*. <https://doi.org/10.53841/bpsrep.2023.bre59.2>
- Broz, D., Carnes, N., Chapin-Bardales, J., Des Jarlais, D. C., Handanagic, S., Jones, C. M., McClung, R. P., & Asher, A. K. (2021). Syringe Services Programs' Role in Ending the HIV Epidemic in the U.S.: Why We Cannot Do It Without Them. *American journal of preventive medicine*, 61(5 Suppl 1), S118–S129.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.044>

Burgess, K., Parkhill, G., Wiggins, J., Ruth, S., & Stoovè, M. (2018). Re-Wired: treatment and peer support for men who have sex with men who use methamphetamine. *Sexual health*, 15(2), 157–159.

<https://doi.org/10.1071/SH17148>

Camacho, G., Kalichman, S., & Katner, H. (2020). Anticipated HIV-Related Stigma and HIV Treatment Adherence: The Indirect Effect of Medication Concerns. *AIDS and behavior*, 24(1), 185–191. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02644-z>

Capodieci, S., Zaccarelli, M., Stingone, C., Giuliani, E., Cafaro, V., Gianserra, L., Donà, M. G., Latini, A., & Giuliani, M. (2025). Chemsex, sexualized drug use and emotional vulnerability among men who have sex with men (MSM): a one-month survey in a STI/HIV center. *BMC public health*, 25(1), 600.

<https://doi.org/10.1186/s12889-025-21792-7>

Chen J. S. (2016). Harm reduction policy in Taiwan: toward a comprehensive understanding of its making and effects. *Harm reduction journal*, 13, 11.

<https://doi.org/10.1186/s12954-016-0101-6>

Chen, C. H., Ko, W. C., Lee, H. C., Hsu, K. L., & Ko, N. Y. (2008). Risky behaviors for HIV infection among male incarcerated injection drug users in Taiwan: a case-control study. *AIDS care*, 20(10), 1251–1257.

<https://doi.org/10.1080/09540120801926985>

Cheung, D. H., Samoh, N., Jonas, K. J., Lim, S. H., Kongjareon, Y., & Guadamuz, T. E. (2024). Patterns of Chemsex Substance Use and Its Association with HIV

Transmission Risk Among Men Who Have Sex with Men in Thailand: A Latent Class Analysis. *Archives of sexual behavior*, 53(9), 3527–3536.

<https://doi.org/10.1007/s10508-024-02868-8>

Choi, E. P. H., Choi, K. W. Y., Wu, C., Chau, P. H., Kwok, J. Y. Y., Wong, W. C. W., & Chow, E. P. F. (2023). Web-Based Harm Reduction Intervention for Chemsex in Men Who Have Sex With Men: Randomized Controlled Trial. *JMIR public health and surveillance*, 9, e42902. <https://doi.org/10.2196/42902>

Chone, J. S., Lima, S. V. M. A., Fronteira, I., Mendes, I. A. C., Shaaban, A. N., Martins, M. D. R. O., & Sousa, Á. F. L. (2021). Factors associated with chemsex in Portugal during the COVID-19 pandemic. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, e3474. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4975.3474>

Coelho, D. R. A., Njiro, B. J., Yussuf, M. H., Mikomangwa, W. P., Vieira, W. F., Papatheodorou, S., Bain, P. A., Sunguya, B. F., Sando, M. M., Coutinho, C., Veloso, V. G., Grinsztejn, B., Bakari, M., Sudfeld, C. R., Fawzi, W. W., Mayer, K. H., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2025). Cognitive behavioral therapy for antiretroviral therapy adherence and treatment outcomes among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Nature. Mental health*, 3(6), 735–746. <https://doi.org/10.1038/s44220-025-00444-0>

Coronado-Muñoz, M., García-Cabrera, E., Quintero-Flórez, A., Román, E., & Vilches-Arenas, Á. (2024). Sexualized Drug Use and Chemsex among Men Who Have Sex with Men in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6), 1812. <https://doi.org/10.3390/jcm13061812>

Davis Ewart, L., Johnson, A., Bainter, S., Brown, E. C., Grov, C., Harkness, A., Roth, A. M., Paul, R., Neilands, T. B., Dilworth, S. E., & Carrico, A. W. (2022). Tina's ParTy line: Polysubstance use patterns in sexual minority men living with HIV who use methamphetamine. *Drug and alcohol review*, 41(2), 338–346.
<https://doi.org/10.1111/dar.13405>

De La Mora, L., Ugarte, A., Martínez-Rebollar, M., De Lazzari, E., García-Hernández, D., Font, G., De Loredó, N., Solbes, E., Miquel, L., Blanch, J., Torres, B., Riera, J., Chivite, I., Ambrosioni, J., Inciarte, A., González-Cordón, A., Martínez, E., Blanco, J. L., Mallolas, J., & Laguno, M. (2022). Chemsex Practices in PrEP: Beyond Addiction and Risk Toward a Healthy Sex Life-Baseline Experiences from a Hospital-Based PrEP Program in Barcelona, Spain. *AIDS and behavior*, 26(12), 4055–4062. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03730-5>

Denning, P., & Little, J. (2024). *Practicing harm reduction psychotherapy*. Guilford Publications.

Drysdale, K., Bryant, J., Hopwood, M., Dowsett, G. W., Holt, M., Lea, T., Aggleton, P., & Treloar, C. (2020). Destabilising the 'problem' of chemsex: Diversity in settings, relations and practices revealed in Australian gay and bisexual men's crystal methamphetamine use. *The International journal on drug policy*, 78, 102697.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102697>

Evangelí, M., & Wroe, A. L. (2017). HIV Disclosure Anxiety: A Systematic Review and Theoretical Synthesis. *AIDS and behavior*, 21(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1007/s10461-016-1453-3>

- Evers, Y. J., Geraets, J. J. H., Van Liere, G. A. F. S., Hoebe, C. J. P. A., & Dukers-Muijrers, N. H. T. M. (2020). Attitude and beliefs about the social environment associated with chemsex among MSM visiting STI clinics in the Netherlands: An observational study. *PloS one*, *15*(7), e0235467.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235467>
- Feijó, M., Vaites Fontanari, A. M., da Silva, L. P., Dos Santos Boeira, L., Wendt, G. W., & Brandelli Costa, A. (2025). HIV and mental health: a scoping review of systematic reviews about motivational interviewing and cognitive-behavioral interventions for people living with HIV. *Psychology, health & medicine*, 1–17. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2565522>
- Fernandes, R. M., Cary, M., Duarte, G., Jesus, G., Alarcão, J., Torre, C., Costa, S., Costa, J., & Carneiro, A. V. (2017). Effectiveness of needle and syringe Programmes in people who inject drugs - An overview of systematic reviews. *BMC public health*, *17*(1), 309. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4210-2>
- Flores Anato, J. L., Panagiotoglou, D., Greenwald, Z. R., Blanchette, M., Trotter, C., Vaziri, M., Charest, L., Szabo, J., Thomas, R., & Maheu-Giroux, M. (2022). Chemsex and incidence of sexually transmitted infections among Canadian pre-exposure prophylaxis (PrEP) users in the l'Actuel PrEP Cohort (2013-2020). *Sexually transmitted infections*, *98*(8), 549–556.
<https://doi.org/10.1136/sextrans-2021-055215>
- Frescura, L., Godfrey-Faussett, P., Feizzadeh A, A., El-Sadr, W., Syarif, O., Ghys, P. D., & on and behalf of the 2025 testing treatment target Working Group (2022). Achieving the 95 95 95 targets for all: A pathway to ending AIDS. *PloS one*, *17*(8),

e0272405. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272405>

Gautam, K., Paudel, K., Jacobs, J., Wickersham, J. A., Ikhtiaruddin, W. M., Azwa, I., Saifi, R., Lim, S. H., & Shrestha, R. (2023). An mHealth-Delivered Sexual Harm Reduction Tool (PartyPack) for Men Who Have Sex With Men in Malaysia: Usability Study. *JMIR formative research*, 7, e48113.

<https://doi.org/10.2196/48113>

Gavin, P., Arbelo, N., Monras, M., Nuno, L., Bruguera, P., De la Mora, L., Martínez-Rebollar M, Laguno M, Blanch J & Miquel, L. (2021). Methamphetamine use in chemsex and its consequences on mental health: a descriptive study. *Revista espanola de salud publica*, 95, e202108108-e202108108.

GBD 2017 HIV collaborators (2019). Global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980-2017, and forecasts to 2030, for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017. *The lancet. HIV*, 6(12), e831–e859.

[https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30196-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30196-1)

GBD 2021 HIV Collaborators (2024). Global, regional, and national burden of HIV/AIDS, 1990-2021, and forecasts to 2050, for 204 countries and territories: the Global Burden of Disease Study 2021. *The lancet. HIV*, 11(12), e807–e822.

[https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(24\)00212-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(24)00212-1)

Giorgetti, R., Tagliabracci, A., Schifano, F., Zaami, S., Marinelli, E., & Busardò, F. P. (2017). When "Chems" Meet Sex: A Rising Phenomenon Called "ChemSex". *Current neuropharmacology*, 15(5), 762–770.

<https://doi.org/10.2174/1570159X15666161117151148>

Govender, R. D., Hashim, M. J., Khan, M. A., Mustafa, H., & Khan, G. (2021). Global Epidemiology of HIV/AIDS: A Resurgence in North America and Europe. *Journal of epidemiology and global health*, 11(3), 296–301.

<https://doi.org/10.2991/jegh.k.210621.001>

Gregson, S., McOwan, A., Whitlock, G., & Dean Street Collaborative Group (2021). Towards no missed opportunities: the experience of 56 Dean Street. *The lancet. HIV*, 8(5), e251–e252. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00068-0](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00068-0)

Guadamuz, T. E., & Boonmongkon, P. (2018). Ice parties among young men who have sex with men in Thailand: Pleasures, secrecy and risks. *The International journal on drug policy*, 55, 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.005>

Hartzler, B., Dombrowski, J. C., Crane, H. M., Eron, J. J., Geng, E. H., Christopher Mathews, W., Mayer, K. H., Moore, R. D., Mugavero, M. J., Napravnik, S., Rodriguez, B., & Donovan, D. M. (2017). Prevalence and Predictors of Substance Use Disorders Among HIV Care Enrollees in the United States. *AIDS and behavior*, 21(4), 1138–1148. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1584-6>

Hassan Awaji, H. H., Awaji, W. H., Tohari, F. M., Alamrani, A. A., Hamdi, I. Y., Aljuhani, T. Y., Alatawi, A. M., Alatawi, M. E., Alhowiti, F. A., Albalawi, B. M., & Al-Asiri, M. I. (2025). Cognitive Behavioral Therapy as a Game Changer in HIV Prevention for Vulnerable Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*, 17(1), e77560. <https://doi.org/10.7759/cureus.77560>

Herrijgers, C., Platteau, T., Vandebosch, H., Poels, K., & Florence, E. (2022). Using

- Intervention Mapping to Develop an mHealth Intervention to Support Men Who Have Sex With Men Engaging in Chemsex (Budd): Development and Usability Study. *JMIR research protocols*, 11(12), e39678. <https://doi.org/10.2196/39678>
- Hill, K., Kuo, I., Shenoi, S. V., Desruisseaux, M. S., & Springer, S. A. (2023). Integrated Care Models: HIV and Substance Use. *Current HIV/AIDS reports*, 20(5), 286–295. <https://doi.org/10.1007/s11904-023-00667-9>
- Ho, L. P., & Goh, E. C. L. (2017). How HIV patients construct liveable identities in a shame based culture: the case of Singapore. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(1), 1333899. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1333899>
- Hsu, J. H., Huang, P., Li, C. W., Bourne, A., Strong, C., & Ku, S. W. (2024). Experiences of harm and mental ill-health among gay, bisexual and other men-who-have-sex-with-men who use methamphetamine or GHB/GBL in different combinations: findings from the COMeT study in Taiwan. *Harm reduction journal*, 21(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12954-024-01094-8>
- Hua, S. C., Ku, S. W., Huang, P., Ko, N. Y., Li, C. W., Bourne, A., & Strong, C. (2025). A Longitudinal Investigation of Chemsex and Its Relationship with Depressive Symptoms Among Gay, Bisexual Men and Other Men Who Have Sex with Men in Taiwan. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 24, 23259582251339906. <https://doi.org/10.1177/23259582251339906>
- Huang P. (2024). Slamsex as slow edgework: Sexualized drug use and harm reduction in post-AIDS Taiwan. *The International journal on drug policy*, 133, 104613.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104613>

- Huang, H. Y., Huang, J. R., Chan, P. C., & Lee, C. C. (2024). In the fight against HIV/AIDS: the arduous implementation of government-funded pre-exposure prophylaxis programme in Taiwan. *Sexually transmitted infections*, 100(4), 216–221. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2023-055917>
- Huang, P., Du, S. S., Ku, S. W., Li, C. W., Bourne, A., & Strong, C. (2024). An object-oriented analysis of social apps, syringes and ARTs within gay Taiwanese men's chemsex practices. *Culture, health & sexuality*, 26(4), 497–512. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2228859>
- Huang, S. H., Huang, H. Y., Wen-Wei Ku, S., Kuo, P. H., Lin, K. Y., Chen, G. J., Lee, C. C., Huang, Y. F., & Hung, C. C. (2025). Forty years of HIV infection and AIDS in Taiwan: Reflection on the past and looking toward the future. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 58(1), 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2024.11.003>
- Huang, Y. F., Chen, C. H., & Chang, F. Y. (2013). The emerging HIV epidemic among men who have sex with men in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*, 112(7), 369–371. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2012.10.018>
- Huang, Y. F., Huang, Y. C., Lo, Y. C., Latkin, C., Huang, H. Y., Lee, C. C., Pan, L. C., & Kuo, H. S. (2022). Towards the first 90: impact of the national HIV self-test program on case finding and factors associated with linkage to confirmatory diagnosis in Taiwan. *Journal of the International AIDS Society*, 25(3), e25897.

<https://doi.org/10.1002/jia2.25897>

Huang, Y. F., Yang, J. Y., Nelson, K. E., Kuo, H. S., Lew-Ting, C. Y., Yang, C. H., Chen, C. H., Chang, F. Y., & Liu, H. R. (2014). Changes in HIV incidence among people who inject drugs in Taiwan following introduction of a harm reduction program: a study of two cohorts. *PLoS medicine*, 11(4), e1001625.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001625>

Hung, Y. R., Chuang, T. T., Chen, T. W., Chung, A. C., Wu, M. T., Hsu, S. T., Ko, N. Y., & Strong, C. (2023). Utilization of mental health services in relation to the intention to reduce chemsex behavior among clients from an integrated sexual health services center in Taiwan. *Harm reduction journal*, 20(1), 52.

<https://doi.org/10.1186/s12954-023-00777-y>

Íncera-Fernández, D., Gámez-Guadix, M., & Moreno-Guillén, S. (2021). Mental Health Symptoms Associated with Sexualized Drug Use (Chemsex) among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13299.

<https://doi.org/10.3390/ijerph182413299>

Íncera-Fernández, D., Riquelme, A. R., Sánchez-Ocaña, A., Montesinos, F., & Gámez-Guadix, M. (2025). A systematic review of intervention strategies aimed at chemsex users. *The International journal on drug policy*, 140, 104795.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.104795>

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–

156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

Karekla, M., Georgiou, K., & Lamprou, E. (2025). Acceptance and Commitment Therapy for Substance Use Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 48(3), 537–550. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2025.02.008>

Kirby T. (2022). BCN Checkpoint-sexual health services in Barcelona. *The lancet. HIV*, 9(12), e826. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(22\)00298-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00298-3)

Knudsen, H. K., Gotham, H. J., Solinger, E., Swan, E., Brinker, J., Patel, S. V., Tueller, S. J., Bradshaw, M., Mungo, J., Philbrick, S., Donohoe, T., Freese, T. E., Rutkowski, B. A., Roosa, M. R., Speck, K. J., & Garner, B. R. (2025). Dissemination of an evidence-based motivational interviewing brief intervention for substance use disorders to HIV service organizations across the United States: protocol for a national-level cluster-randomized adaptive parallel-groups superiority experiment. *Addiction science & clinical practice*, 20(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s13722-025-00612-8>

Ko, N. Y., Lee, H. C., Hung, C. C., Tseng, F. C., Chang, J. L., Lee, N. Y., Chang, C. M., Lee, M. P., Chen, B. J., Wang, S. W., & Ko, W. C. (2011). Trends of HIV and sexually transmitted infections, estimated HIV incidence, and risky sexual behaviors among gay bathhouse attendees in Taiwan: 2004-2008. *AIDS and behavior*, 15(2), 292–297. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9748-2>

Ko, Y. C., Pan, B. J., Yu, H. S., Lin, K. H., Wang, Z. H., Tsai, M. S., & Group, A. R. (1988). Epidemiological Surveillance of Human Immunodeficiency Virus Infection in Southern Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 4(12), 667-676.

<https://doi.org/10.6452/KJMS.198812.0667>

Lagojda, L., Ferreira de Jesus, D., Kinnair, D., & Chrysanthou, M. (2025). Mental Health and Drug Use Patterns Among Men Who Have Sex with Men (MSM) Engaging in Chemsex in the UK. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 13(7), 719. <https://doi.org/10.3390/healthcare13070719>

Lai, H. H., Kuo, Y. C., Kuo, C. J., Lai, Y. J., Chen, M., Chen, Y. T., Chen, C. C., Yen, M. Y., Hu, B. S., Wang, T. H., Wang, C. C., Kuo, L. L., Yen, T. F., Chuang, P. H., & Yen, Y. F. (2020). Methamphetamine Use Associated with Non-adherence to Antiretroviral Treatment in Men Who Have Sex with Men. *Scientific reports*, 10(1), 7131. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64069-2>

Lai, H. H., Wang, C. C., Yen, T. F., Yeh, P. T., Yen, Y. F., & Hsu, S. H. (2024). Antiretroviral Treatment Adherence among People Living with HIV in Taipei, Taiwan. *Journal of epidemiology and global health*, 14(4), 1701–1710. <https://doi.org/10.1007/s44197-024-00329-y>

Laryea, M., & Gien, L. (1993). The impact of HIV-positive diagnosis on the individual, Part 1: Stigma, rejection, and loneliness. *Clinical nursing research*, 2(3), 245–266. <https://doi.org/10.1177/105477389300200302>

Lee, C. Y., Jen, I. A., Lan, Y. C., Yen, Y. F., Chuang, P. H., Chen, M., Lee, Y., & Chen, Y. A. (2018). AIDS incidence trends at presentation and during follow-up among HIV-at-risk populations: a 15-year nationwide cohort study in Taiwan. *BMC public health*, 18(1), 589. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5500-z>

Lee, C. Y., Wu, P. H., Chen, T. C., & Lu, P. L. (2021). Changing Pattern of Chemsex

Drug Use Among Newly Diagnosed HIV-Positive Taiwanese from 2015 to 2020 in the Era of Treat-All Policy. *AIDS patient care and STDs*, 35(4), 134–143.

<https://doi.org/10.1089/apc.2020.0246>

Lee, C. Y., Wu, P. H., Lu, P. L., & Liang, F. W. (2021). Different Trends of Distinct Time Points of AIDS Events Following HIV Diagnosis in Various At-risk Populations: A Retrospective Nationwide Cohort Study in Taiwan. *Infectious diseases and therapy*, 10(3), 1715–1732. <https://doi.org/10.1007/s40121-021-00494-8>

Lee, H. Y., Yang, Y. H., Yu, W. J., Su, L. W., Lin, T. Y., Chiu, H. J., Tang, H. P., Lin, C. Y., Pan, R. N., & Li, J. H. (2012). Essentiality of HIV testing and education for effective HIV control in the national pilot harm reduction program: the Taiwan experience. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 28(2), 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2011.10.006>

Lee, K. C. K., Chung, A. K. K., & Wong, B. C. K. (2023). Chemsex, HIV, and psychiatric diagnosis in gay or bisexual men in Hong Kong. *Substance Use & Misuse*, 58(7), 841-850.

LeMessurier, J., Traversy, G., Varsaneux, O., Weekes, M., Avey, M. T., Niragira, O., Gervais, R., Guyatt, G., & Rodin, R. (2018). Risk of sexual transmission of human immunodeficiency virus with antiretroviral therapy, suppressed viral load and condom use: a systematic review. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 190(46), E1350–E1360. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180311>

- Li, C. W., Ku, S. W., Huang, P., Chen, L. Y., Wei, H. T., Strong, C., & Bourne, A. (2021). Factors associated with methamphetamine dependency among men who have sex with men engaging in chemsex: Findings from the COMeT study in Taiwan. *The International journal on drug policy*, 93, 103119. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103119>
- Lichtenstein, B., Laska, M. K., & Clair, J. M. (2002). Chronic sorrow in the HIV-positive patient: issues of race, gender, and social support. *AIDS patient care and STDs*, 16(1), 27–38. <https://doi.org/10.1089/108729102753429370>
- Lin, K. T., Huang, S. H., Kao, C. L., Huang, K. M., Yu, J. C., Hung, T. P., ... & Kuo, Y. T. (1987). An autopsy-proved case of AIDS in Taiwan. *Asian Pac J Allergy Immunol*, 5(1), 25-31.
- Lin, K. Y., Cheng, C. Y., Li, C. W., Yang, C. J., Tsai, M. S., Liu, C. E., Lee, Y. T., Tang, H. J., Wang, N. C., Lin, T. Y., Lee, Y. C., Lin, S. P., Huang, Y. S., Zhang, J. Y., Ko, W. C., Cheng, S. H., Hung, C. C., & Taiwan HIV Study Group (2017). Trends and outcomes of late initiation of combination antiretroviral therapy driven by late presentation among HIV-positive Taiwanese patients in the era of treatment scale-up. *PloS one*, 12(6), e0179870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179870>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Logan, D. E., & Marlatt, G. A. (2010). Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *Journal of clinical psychology*, 66(2), 201–214. <https://doi.org/10.1002/jclp.20669>
- Lyu, S. Y., Su, L. W., & Chen, Y. M. (2012). Effects of education on harm-reduction

programmes. *Lancet (London, England)*, 379(9814), e28–e30.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60786-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60786-1)

MacArthur, G. J., Minozzi, S., Martin, N., Vickerman, P., Deren, S., Bruneau, J., Degenhardt, L., & Hickman, M. (2012). Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 345, e5945.

<https://doi.org/10.1136/bmj.e5945>

Matter, A., & Younan, S. (2025). HIV Prevention Among People Who Inject Drugs (PWID): A Narrative Review. *Cureus*, 17(6), e85719.

<https://doi.org/10.7759/cureus.85719>

Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *The International journal on drug policy*, 63, 74–89. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>

Mbede, C., Ogendo, A., Lando, R., Schnabel, D., Gust, D. A., Guo, X., Akelo, V., Dominguez, K., Panchia, R., Mbilizi, Y., Chen, Y., Chege, W., & Theo Sandfort on behalf of the HPTN 075 Protocol Team (2020). Healthcare-related stigma among men who have sex with men and transgender women in sub-Saharan Africa participating in HIV Prevention Trials Network (HPTN) 075 study. *AIDS care*, 32(8), 1052–1060. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1776824>

Milhet, M., Shah, J., Madesclaire, T., & Gaissad, L. (2019). Chemsex experiences: narratives of pleasure. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1), 11-22.

Møller, K., & Hakim, J. (2021). Critical chemsex studies: Interrogating cultures of

- sexualized drug use beyond the risk paradigm. *Sexualities*, 26(5-6), 547-555. <https://doi.org/10.1177/13634607211026223>
- Moreno-Gómez, L., Hernández-Huerta, D., & Lahera, G. (2022). Chemsex and Psychosis: A Systematic Review. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 12(12), 516. <https://doi.org/10.3390/bs12120516>
- Morisky, D. E., Lyu, S. Y., & Urada, L. A. (2009). The Role of Nonformal Education in Combating the HIV Epidemic in the Philippines and Taiwan. *Prospects*, 39(4), 335–357. <https://doi.org/10.1007/s11125-010-9133-y>
- Mundy, E., Carter, A., Nadarzynski, T., Whiteley, C., de Visser, R. O., & Llewellyn, C. D. (2025). The complex social, cultural and psychological drivers of the 'chemsex' experiences of men who have sex with men: a systematic review and conceptual thematic synthesis of qualitative studies. *Frontiers in public health*, 13, 1422775. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1422775>
- O'Leary, C., Ralphs, R., Stevenson, J., Smith, A., Harrison, J., Kiss, Z., & Armitage, H. (2024). The effectiveness of abstinence-based and harm reduction-based interventions in reducing problematic substance use in adults who are experiencing homelessness in high income countries: A systematic review and meta-analysis: A systematic review. *Campbell systematic reviews*, 20(2), e1396. <https://doi.org/10.1002/cl2.1396>
- Osaji, J., Ojimba, C., & Ahmed, S. (2020). The Use of Acceptance and Commitment Therapy in Substance Use Disorders: A Review of Literature. *Journal of clinical medicine research*, 12(10), 629–633. <https://doi.org/10.14740/jocmr4311>

- Ouzounakis, P., Frantzana, A., Iliadis, C., Sialakis, C., Kaptanoglu, A. Y., & Kourkouta, L. (2023). Shame and HIV infection: A narrative review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 18(3), 1504-1508.
<https://doi.org/10.30574/wjarr.2023.18.3.1204>
- Palmer, L., Maviglia, F., Wickersham, J. A., Khati, A., Kennedy, O., Copenhaver, N. M., Uyer, C., Halim, M. A. A., Ikhtiaruddin, W. M., Azwa, I., Gautam, K., & Shrestha, R. (2024). Chemsex and Harm Reduction Practices Among Men Who Have Sex with Men in Malaysia: Findings from a Qualitative Study. *Journal of psychoactive drugs*, 56(4), 585–594. <https://doi.org/10.1080/02791072.2023.2250342>
- Parramore, J. D. (2020). *Group Treatment Effectiveness for Substance Use Disorders: Abstinence vs. Harm Reduction* (Doctoral dissertation, Old Dominion University).
- Pozo-Herce, P. D., Martínez-Sabater, A., Sanchez-Palomares, P., Garcia-Boaventura, P. C., Chover-Sierra, E., Martínez-Pascual, R., Gea-Caballero, V., Saus-Ortega, C., Ballestar-Tarín, M. L., Karniej, P., Baca-García, E., & Juárez-Vela, R. (2024). Effectiveness of Harm Reduction Interventions in Chemsex: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(14), 1411.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12141411>
- Pufall, E. L., Kall, M., Shahmanesh, M., Nardone, A., Gilson, R., Delpech, V., Ward, H., & Positive Voices study group (2018). Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV medicine*, 19(4), 261–270. <https://doi.org/10.1111/hiv.12574>
- Race, K., Murphy, D., Pienaar, K., & Lea, T. (2021). Injecting as a sexual practice:

- Cultural formations of ‘slamsex’. *Sexualities*, 26(5-6), 620-637. <https://doi.org/10.1177/1363460720986924>
- Reback, C. J., & Shoptaw, S. (2014). Development of an evidence-based, gay-specific cognitive behavioral therapy intervention for methamphetamine-abusing gay and bisexual men. *Addictive behaviors*, 39(8), 1286–1291. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.029>
- Reback, C. J., Fletcher, J. B., & Mata, R. P. (2021). A Theory-Based mHealth Intervention (Getting Off) for Methamphetamine-Using Men Who Have Sex With Men: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 10(2), e22572. <https://doi.org/10.2196/22572>
- Rothschild, D. (2025). A Convergence of Treatments and Ideas: Psychoanalysis Meets Harm Reduction Therapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 45(9), 756–767. <https://doi.org/10.1080/07351690.2025.2541546>
- Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globberman, J., Chambers, L., Wilson, M., Logie, C. H., Shi, Q., Morassaei, S., & Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ open*, 6(7), e011453. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011453>
- Shen, Y., Zhang, C., Mohammadi, L., & Li, X. (2022). Condom stigma among men who have sex with men population: Concept synthesis. *Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban = Journal of Central South University. Medical sciences*, 47(6), 771–779. <https://doi.org/10.11817/j.issn.1672-7347.2022.210575>

- Shi, Y., Zhao, M., Chen, S., Wang, S., Li, H., Ying, J., Zhang, M., Li, Y., Xing, Z., & Sun, J. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy on people living with HIV and depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychology, health & medicine*, 24(5), 578–594. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1549739>
- Smit, P. J., Brady, M., Carter, M., Fernandes, R., Lamore, L., Meulbroek, M., Ohayon, M., Platteau, T., Rehberg, P., Rockstroh, J. K., & Thompson, M. (2012). HIV-related stigma within communities of gay men: a literature review. *AIDS care*, 24(4), 405–412. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.613910>
- Sousa, A. F. L., Camargo, E. L. S., & Mendes, I. A. C. (2023). Chemsex and its repercussions on the health of men who have sex with men (MSM): a global health perspective. *Revista brasileira de enfermagem*, 76(3), e20230004. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0004>
- Strasser, M., Halms, T., R  ther, T., Hasan, A., & Gertzen, M. (2023). Lethal Lust: Suicidal Behavior and Chemsex-A Narrative Review of the Literature. *Brain sciences*, 13(2), 174. <https://doi.org/10.3390/brainsci13020174>
- Strika-Bruneau, L., Karila, L., Amirouche, A., Fauvel, B., & Benyamina, A. (2024). Acceptance and commitment therapy approach for problematic chemsex among men who have sex with men. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31(4), 451-468.
- Strong, C., Hsu, J. H., Chung, A. C., Wu, M. T., Wu, Y. H., Lo, K. W., Hsu, S. T., & Ko, N. Y. (2023). Transition of a community- and person-centred design for providing healthcare services to gay and bisexual men and other men who have sex with men who engage in chemsex from a facility-based setting to a community-led setting in

Taiwan. *Journal of the International AIDS Society*, 26(11), e26188.

<https://doi.org/10.1002/jia2.26188>

Strong, C., Huang, P., Li, C. W., Ku, S. W., Wu, H. J., & Bourne, A. (2022). HIV, chemsex, and the need for harm-reduction interventions to support gay, bisexual, and other men who have sex with men. *The lancet. HIV*, 9(10), e717–e725.

[https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(22\)00124-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00124-2)

Sun, H. Y., Chen, M. Y., Hsieh, S. M., Sheng, W. H., Chang, S. Y., Hsiao, C. F., ... & Chang, S. C. (2006). Changes in the clinical spectrum of opportunistic illnesses in persons with HIV infection in Taiwan in the era of highly active antiretroviral therapy. *Japanese journal of infectious diseases*, 59(5), 311-316.

Szczypińska, Z., Marciniec, K., & Pawlak, A. T. (2024). Types of psychoactive substance and manifested risky sexual behaviors among men - a review. *Postepy psychiatrii neurologii*, 33(2), 103–108. <https://doi.org/10.5114/ppn.2024.141378>

Tan, R. K. J., O'Hara, C. A., Koh, W. L., Le, D., Tan, A., Tyler, A., Tan, C., Kwok, C., Banerjee, S., & Wong, M. L. (2021). Delineating patterns of sexualized substance use and its association with sexual and mental health outcomes among young gay, bisexual and other men who have sex with men in Singapore: a latent class analysis. *BMC public health*, 21(1), 1026. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11056-5>

Thain, B. K., Lu, R., Fitzpatrick, C., & Richardson, D. (2024). Beyond-66: A pilot evaluation of a novel, peer-led harm reduction intervention for chemsex dependant men who have sex with men in Kuala Lumpur, Malaysia. *International journal of*

STD & AIDS, 35(3), 164–168. <https://doi.org/10.1177/09564624231213113>

Ti, L., & Kerr, T. (2014). The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use. *Harm reduction journal*, 11, 7. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-7>

Trivedi, M. H., Walker, R., Ling, W., Dela Cruz, A., Sharma, G., Carmody, T., Ghitza, U. E., Wahle, A., Kim, M., Shores-Wilson, K., Sparenborg, S., Coffin, P., Schmitz, J., Wiest, K., Bart, G., Sonne, S. C., Wakhlu, S., Rush, A. J., Nunes, E. V., & Shoptaw, S. (2021). Bupropion and Naltrexone in Methamphetamine Use Disorder. *The New England journal of medicine*, 384(2), 140–153. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2020214>

Tsai, A. C., Kiang, M. V., Barnett, M. L., Beletsky, L., Keyes, K. M., McGinty, E. E., Smith, L. R., Strathdee, S. A., Wakeman, S. E., & Venkataramani, A. S. (2019). Stigma as a fundamental hindrance to the United States opioid overdose crisis response. *PLoS medicine*, 16(11), e1002969. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002969>

Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Turan, J. M. (2017). How Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived Community Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. *AIDS and behavior*, 21(1), 283–291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>

Twu, S. J., Huang, Y. F., Lai, A. C., Ming, N., & Su, I. J. (2004). Update and projection on HIV/AIDS in Taiwan. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*, 16(3 Suppl A), 53–63.

<https://doi.org/10.1521/aeap.16.3.5.53.35530>

Valdiserri R. O. (2002). HIV/AIDS stigma: an impediment to public health. *American journal of public health*, 92(3), 341–342. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.3.341>

Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C., & Littlewood, R. A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and behavior*, 10(5), 473–482.
<https://doi.org/10.1007/s10461-006-9099-1>

Wang, H., Jonas, K. J., & Guadamuz, T. E. (2023). Chemsex and chemsex associated substance use among men who have sex with men in Asia: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 243, 109741.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109741>

Wang, J., Hao, Y., Ma, D., Feng, L., Yang, F., An, P., Su, X., & Feng, J. (2025). Neurotoxicity mechanisms and clinical implications of six common recreational drugs. *Frontiers in pharmacology*, 16, 1526270.
<https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1526270>

Warner, M., Gibbs, J., & Blandford, A. (2024). Shifting Norms and Value Conflicts: Exploring the Effects of HIV Status Disclosure Fields in Sex-Social Apps. *Archives of sexual behavior*, 53(4), 1575–1589. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02801-5>

Warner, M., Maestre, J. F., Gibbs, J., Chung, C. F., & Blandford, A. (2019). Signal appropriation of explicit HIV status disclosure fields in sex-social apps used by gay and bisexual men. In *Proceedings of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 1-15).

- Wechsberg, W. M., Golin, C., El-Bassel, N., Hopkins, J., & Zule, W. (2012). Current interventions to reduce sexual risk behaviors and crack cocaine use among HIV-infected individuals. *Current HIV/AIDS reports*, 9(4), 385–393.
<https://doi.org/10.1007/s11904-012-0131-y>
- Whitlock, G. G., Protopapas, K., Bernardino, J. I., Imaz, A., Curran, A., Stingone, C., Shivasankar, S., Edwards, S., Herbert, S., Thomas, K., Mican, R., Prieto, P., Nestor Garcia, J., Andreoni, M., Hill, S., Okhai, H., Stuart, D., Bourne, A., & Conway, K. (2021). Chems4EU: chemsex use and its impacts across four European countries in HIV-positive men who have sex with men attending HIV services. *HIV medicine*, 22(10), 944–957. <https://doi.org/10.1111/hiv.13160>
- Wilson, D. P., Donald, B., Shattock, A. J., Wilson, D., & Fraser-Hurt, N. (2015). The cost-effectiveness of harm reduction. *The International journal on drug policy*, 26 Suppl 1, S5–S11. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.11.007>
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive behaviors*, 38(2), 1563–1571.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.001>
- Wodak, A., & McLeod, L. (2008). The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users. *AIDS (London, England)*, 22 Suppl 2(Suppl 2), S81–S92.
<https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327439.20914.33>
- World Health Organization. (2021). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. World Health Organization.
- Yao, C., Wang, W. W., Chung, Y. M., Su, Y. L., Liu, C. Y., & Chen, Y. M. (1996).

Transfusion-acquired AIDS in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association= Taiwan yi zhi*, 95(1), 51-55.

Yeh, P. T., Yang, X., Kennedy, C. E., Armstrong, K. A., Fonner, V. A., Sherryn, O'Reilly, K. R., & Sweat, M. D. (2023). The Impact of Needle and Syringe Exchange Programs on HIV-Related Risk Behaviors in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis Examining Individual- Versus Community-Level Effects. *AIDS and behavior*, 27(10), 3306–3331.
<https://doi.org/10.1007/s10461-023-04051-x>

Yu, Y., Wang, X., Wu, Y., Weng, W., Zhang, M., Li, J., Huang, X., & Gao, Y. (2022). The benefits of psychosocial interventions for mental health in men who have sex with men living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 22(1), 440. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04072-1>

三、網路部分

International Harm Reduction Association. (2010). *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. International Harm Reduction Association.

https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf

National Harm Reduction Coalition. (2020). *Principles of Harm Reduction*. NHRC.

<https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>

Ontario HIV Treatment Network. (2024, August) *Motivational interviewing:*

Effectiveness in changing risk behaviours for people living with HIV. Rapid

Response Service. [https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-87-effectiveness-of-](https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-87-effectiveness-of-motivational-interviewing-in-changing-risk-behaviours-for-people-living-with-hiv/)

[motivational-interviewing-in-changing-risk-behaviours-for-people-living-with-hiv/](https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-87-effectiveness-of-motivational-interviewing-in-changing-risk-behaviours-for-people-living-with-hiv/)

Samuel, K. (2024, Mar 18). *It's Time to Move Toward Status-Neutral Disclosure on*

Apps. TheBody. <https://www.thebody.com/article/status-neutral-disclosure>

UNAIDS. (2016). *Ending AIDS by 2030 requires investment in harm reduction for people who inject drugs*. UNAIDS.

https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/october/20161010_harmreduction

UNAIDS. (2025). *Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet*. UNAIDS.

<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

UNAIDS. (2025). *2025 Global AIDS Update — AIDS, Crisis and the Power to*

Transform. UNAIDS. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2025/2025-global-aids-update>

內政部統計處（2025）。114 年第 9 週內政統計通報。

https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=9&s=326021

行政院（2024 年 11 月 26 日）。「新世代反毒策略行動綱領」第 3 期—實現健康臺灣，落實無毒家園。

<https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/f8dbf304-2a63-4f42-8730-ccfd1341c6f2>

社團法人中華民國愛滋感染者權益促進會（2018 年 6 月 21 日）。台灣愛滋污名與歧視調查發布記者會新聞稿。<https://praatw.org/news/905>

社團法人台灣露德協會（2022）。伴我茁壯 | 為愛見證，滋長正向力量。

<https://www.lourdes.org.tw/OnePage.aspx?mid=105&id=281>

社團法人台灣露德協會（2023）。愛滋感染者 10 年生活品質調查。

<https://www.lourdes.org.tw/List.aspx?mid=143>

社團法人台灣露德協會（無日期-a）。本會大事記。2025 年 11 月 16 日，取自

<https://www.lourdes.org.tw/OnePage.aspx?mid=29&id=10>

社團法人台灣露德協會（無日期-b）。減害知識。2025 年 11 月 16 日，取自

<https://www.lourdes.org.tw/List.aspx?mid=223>

社團法人台灣露德協會（無日期-c）。服務項目。2025 年 11 月 16 日，取自

<https://www.lourdes.org.tw/List.aspx?mid=26>

社團法人台灣露德協會（無日期-d）。學術發表／研究。2025 年 11 月 16 日，取自 <https://www.lourdes.org.tw/List.aspx?mid=44>

朝露農場治療性社區（2023）。朝露農場治療性社區專刊—在減害中慢慢耕耘生命。<https://www.chaolu.org.tw/OnePage.aspx?tid=146&id=279>

愛知識性健康知識平台（2023 年 4 月 23 日）。在歡愉、毒品及性愛三者間－為什麼會想 Slamming。

<https://www.iknowledge.info/between-pleasure-drugs-sex-why-slamming/#%E5%8F%B0%E7%81%A3%E8%A7%80%E9%BB%9E>

衛生福利部心理健康司（2025 年 11 月 12 日）。生活即治療！藥癮治療性社區成果發表，在地扎根發展多元模式。

<https://www.mohw.gov.tw/cp-7172-84482-1.html>

衛生福利部疾病管制署（2024）。愛滋病統計資料。

<https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/rCV9N1rGUz9wNr8lggsh2Q>

衛生福利部疾病管制署（2025）。愛滋病統計資料。

<https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/rCV9N1rGUz9wNr8lggsh2Q>

衛生福利部疾病管制署（2025 年 1 月 7 日）。「U=U(愛滋病毒量測不到＝傳不出去)」，正確認知消除愛滋污名與歧視，實踐愛滋健康與平權。

<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-81111-1.html>

附錄

附錄 1 研究倫理審查同意研究證明書

國立中正大學人類研究倫理審查委員會

Tel: 886-5-2720411 ext:22236 嘉義縣民雄鄉大學路一段 168 號

同意研究證明書

計畫名稱：減害取向於 HIV 感染藥愛者的實踐與經驗探究：以露德為例

送審編號：CCURECH14121701

計畫書版本及日期：第 3 版，115 年 3 月 13 日

研究參與者同意書版本及日期：第 2 版，115 年 2 月 23 日

計畫主持人：國立暨南國際大學諮商心理與人力資源發展學系陳喬遠研究生

計畫主持人計畫起訖時間：115 年 2 月 1 日至 115 年 7 月 1 日

通過日期：115 年 3 月 20 日

核准有效期間：115 年 3 月 20 日至 117 年 7 月 1 日

結案報告繳交截止日期：115 年 9 月 1 日

依照本委員會規定，凡研究期間超過一年之計畫，研究計畫每屆滿一年，送本委員會進行期中審查。請於有效期限到期一個月前檢送期中報告至本會。

計畫在執行期間計畫內容若欲進行變更，須先向本委員會提出變更申請。倘若計畫主持人於非核准有效期間收案，此同意研究證明書視同無效。若研究參與者在研究期間發生嚴重不良事件，計畫主持人須立即向本委員會提出書面說明。

國立中正大學人類研究倫理審查委員會



主任委員

連雅慧

中 華 民 國 1 1 5 年 3 月 2 0 日

附錄 2 研究同意書

114 年 10 月 23 日國立中正大學人類研究倫理審查委員會 1114 年度第 8 次會議通過版

國立中正大學人類研究倫理審查委員會

研究參與者同意書



研究參與者同意書版本		115/2/23/第二版	
研究計畫名稱	減害取向於 HIV 感染藥愛者的實踐與經驗探究：以露德為例		
研究機構名稱	台灣露德協會	經費來源	研究生自籌
計畫主持人	陳喬逸	職稱	研究生
聯絡電話		職責	執行計畫與知情同意程序
共同主持人	趙祥和	職稱	副教授
協同主持人	不適用	職稱	不適用
24 小時緊急聯絡人	陳喬逸	電話	

一、研究目的

本研究是為了深入了解台灣露德協會是如何協助 HIV 感染者及藥愛社群，特別是在推動「減害（減少傷害）」服務時，實際的做法、經驗以及遇到的挑戰與因應作為。

本研究會透過「一對一訪談」的方式（由研究者親自與你面對面聊天），邀請露德協會內部的服務使用者（兼具感染者身分與藥愛的個案）以及服務提供者（社工、生輔員等）來參與。我們預計邀請至少 3 組配對（包含個案與其社工），共約 6 至 10 位受訪者。

研究想透過訪談，了解以下這三件事：

1. **具體做了什麼：**描述露德協會目前針對 HIV 感染藥愛朋友，具體提供了哪些「減害服務」？
2. **大家怎麼看：**了解「接受服務的朋友」以及「提供服務的助人工作者」，大家分別對這些服務有什麼看法、感受或經驗？
3. **遇到什麼困難：**在接受或提供服務的過程中，曾經遇過什麼困難或挑戰？協會又是用什麼方法去解決或因應的？

二、研究對象

1. 邀請符合以下條件的夥伴參與：

本研究分為「服務提供者（助人工作者）」與「服務使用者（接受服務的朋友）」，需符合以下條件：

(1) 服務提供者（協會第一線的助人工作者）：

- 擔任主責社工、生輔員或治療性社區社工等職務，且工作資歷滿一年以上。
- 為了確保專業度，需完整參加過至少 8 次以上的減害訓練（包含：督導會議、國內外的工作坊或研討會、讀書會、減害工具訓練等）。
- 曾經服務過、或目前正在服務 HIV 感染藥愛個案。

(2) 服務使用者（接受服務的朋友）：

- 年滿 18 歲的成年人。

- 具 HIV 感染者身分，並且在「過去一年內」曾經有過、或是現在仍持續有藥愛（Chemsex）的行為。

- 在露德協會接受服務滿六個月以上（目前仍在案，或關檔還不到六個月）。

2. 為了保護你的身心狀況，若有以下情形暫時不適合參加：

- 經醫師診斷或社工評估，目前正處於精神狀況很不穩定、較為急性的狀態。
- 「簡式健康量表（BSRS-5）」若前五題分數加總 ≥ 9 分，或是自殺意念（第六題） ≥ 1 分。
- 目前仍有明顯的創傷反應、物質戒斷的不適症狀，或其他任何可能影響你順利完成訪談的因素。

三、研究方法與程序

1. 訪談怎麼進行：

- 像聊天一樣的訪談：研究者會先準備好一些想了解的問題，但這不是考試，過程會像聊天一樣。你可以依照你的想法自由發揮，想說什麼就說什麼。
- 輕鬆自在的氣氛：訪談時研究者保持真誠、積極傾聽、無條件接納的態度，不會批評、評價或責備你的任何經驗或想法，你可放心分享。
- 地點：我們會約在露德協會裡一間安靜、有隱私的會談室見面。
- 錄音說明：為了避免遺漏重要的內容，訪談過程需要錄音。但我會先向你解說這份同意書，確認你都了解並且簽名同意後，我才會按下錄音鍵。

2. 我們邀請誰參加：

- 我們預計邀請至少三組成員，每一組包含一位有藥愛經驗的感染者服務對象（個案），以及至少一位協會的助人工作者。實際人數會看資料收集的狀況調整。
- 訪談採「一對一」進行，也就是說，你會單獨接受訪談，不會跟社工或個案一起。

3. 預計花多少時間：

- 訪談時間：原則上我們訪談只進行一次，時間大約會花 60 至 120 分鐘。過程中如果你覺得累了想休息、喝口水，或是需要上廁所，隨時都可以告訴我。
- 後續規劃：之後如果為了讓研究資料更豐富、更完整，可能會需要再次邀請你進行第二次訪談。到時候我會再次徵詢你的意願，你有權利可以決定想不想參加。

四、參與研究應配合事項

1. 你有絕對的決定權：

請依照你真實的經驗分享即可。參加這個研究是完全自願的，如果你在訪談中不想回答某個問題，或者不想繼續參加了，隨時都可以喊卡、拒絕回答或退出，不會有任何問題。

2. 訪談不是會談、諮商：

這只是研究訪談，過程中研究員不會提供法律建議或醫療診斷。

3. 說話內容絕對保密：

你的名字不會出現在報告裡，訪談內容也只有研究團隊會接觸。露德協會的社工、主管都不會看到你的訪談內容，所以請不用擔心說了實話會影響你在協會的權益，或被秋後算帳。

五、研究潛在風險與處理方式

1. 心理不舒服怎麼辦：

因為訪談可能會聊到比較隱私或敏感的話題，如果你在過程中覺得心裡不舒服或壓力很大，請隨時告訴研究者。研究者會馬上停下來關心你的狀況，進一步提供心理諮詢；如果後續有需要，研究者也可以協助轉介相關的心理健康資源給你。

2. 什麼情況下必須打破保密（保密例外）：

雖然我們會盡力保密，但只有一種情況例外：如果你在訪談時出現想要傷害自己、傷害別人的念頭或行為，或是發生緊急危險時。為了保護你的安全，研究員會先告訴你，然後通知協會的主管或社工，一起找資源來幫助你度過危機。

六、研究益處

1. 幫助實務現場做得更好，讓更多人理解這個議題：

研究者希望能透過這項研究，把露德協會如何陪伴、幫助 HIV 感染藥愛朋友的寶貴經驗整理出來。這能讓更多第一線的社工、以及社會大眾，真正看見 HIV 感染藥愛朋友們的需求與辛苦。你的分享，未來將成為重要的參考資料，不只能幫助助人工作者改善服務方式，也能提供給政府或相關單位參考，制定出更貼近需求的政策。

2. 雖然沒有直接獎勵，但你的貢獻很有意義：

這份研究的結果將會寫成碩士論文並公開發表。雖然參加訪談不會帶給你直接的金錢收入或物質利益，但你的參與非常有價值。因為有你願意分享真實的經驗，才能幫助社會大眾不再誤解這個議題，並讓未來的服務環境變得更友善、更完善。

七、研究參與者之權益

1、參與本研究您不需負擔任何費用。

2、為感謝您參與本研究的訪談，填答後我們將贈送您一份**金額 200 元的超商禮券**，以表達感謝。

3、**個人資料保護機制**：研究計畫主持人將依法把可辨識您身分的紀錄與個人隱私的資料視為機密處理，絕對不會公開。將來發表研究結果時，您的身份仍將保密。中央主管機關及人類研究倫理委員會在不危害您的隱私情況下，依法有權檢視您的資料。

4、**新資訊之提供**：過程中如有新資訊可能影響您繼續參與本研究意願的任何重大發現，都將即時提供給您。

5、損害賠償或保險

(1)若您因參與本研究而發生不良事件或損害，得依法請求損害賠償。但可預期之不良事件(例如生理與心理症狀的不適，將會如上述說明協助提供心理諮詢與轉介相關資源)，不在此限。

(2)您簽署本知情同意書後，在法律上的任何權利不會因此受影響。

6、**聯絡方式**：若您對研究有疑問時，您可以和計畫主持人聯絡，

計畫主持人 陳喬逸，

八、中止研究參與或退出

您可自由決定是否參加本研究，研究過程中不需要任何理由，可隨時撤回同意或退出研究。如果您拒絕參加或退出，將不會引起任何不愉快，也不會有任何的懲罰，更不會損及您的任

何權益（工作、修課或醫療照護）。若您決定撤回同意或退出研究，可透過當下直接與研究者反應；事後則可透過研究者的電話、信箱或是主責社工轉達進行，計畫主持人將會初步先行關心與了解緣由，此舉主要是關懷受訪者的狀態、也了解是否有研究者即時提供資源協助之需，並非說服之目的，請你放心。研究者將一律尊重受訪者的決定。研究計畫主持人或研究計畫贊助或監督單位，也可能於必要時中止該研究之進行。

若您決定退出本研究(請勾選)：

☐ 同意研究者使用已提供之資料。

☐ 不同意研究者使用已提供之資料，研究者應該將該資料銷毀。

九、研究可能衍生之商業利益及其應用之約定

本研究無任何可能衍生的商業利益。

十、研究材料之保存期限及運用規劃

1、研究資料儲存方式：本研究所獲得之研究資料，以電子方式儲存至加密資料夾中，分析資料之內容已去連結。資料內容僅供學術論文使用並發表，不做任何其他用途。

2、保存地點儲存：紙本文件將由研究者本身自行保管、不放在協會內部的實體空間；電子資料檔案保存於研究者的個人雲端空間，與協會的個管系統、雲端空間分流。

3、保存年限：本研究計劃執行結束後三年(即保存至民國 118 年 07 月 01 日)。資料內容僅供學術論文使用並發表，不做任何其他用途。

4、保存年限後的處理方式：保存年限到期後將其紙本文件銷毀，電子檔案資料全數刪除銷毀。資料內容僅供學術論文使用並發表，不做任何其他用途。

5、可接觸或使用資料者：訪談錄音檔與逐字稿僅由計畫主持人(研究生)及共同主持人(指導教授)可接觸使用。本研究欲邀請露德協會的研究專員作為僑同分析者，但僑同分析者無法接觸訪談原始資料，僅針對研究者整理後的質性分析資料進行主題的檢核與建議。所有研究資料內容僅供學術論文使用並發表，不做任何其他用途。

十一、研究主持人/研究人員聲明

計畫主持人或研究說明者已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，及可能產生的風險與益處。

研究主持人

姓名： 簽名： 日期： 年 月 日

研究說明者（擔任本研究計畫職稱： ）

姓名： 簽名： 日期： 年 月 日

本研究已經過國立中正大學人類研究倫理審查委員會審查，審查內容包含利益與風險評估、研究參與者照護及隱私保護等，並已獲得核准。委員會係依規範運作，並通過中央目的事業主管機構查核認證之審查組織。若您於研究過程中有任何疑問，或認為權利受到影響、傷害，可直接與國立中正大學人類研究倫理中心聯繫，電話：05-2720411 分機 22236 或 05-2729309、E-mail: depthree@ccu.edu.tw，或郵寄地址：621 嘉義縣民雄鄉大學路 168 號 國立中正大學人類研究倫理中心；或教育部申訴專線：02-77365913；或於教育部「便民服務」(https://www.edu.tw/Content_List.aspx?FEBC117EF0C10834)「人體研究倫理申訴」陳情。

附錄3 訪談大綱

一、 訪談大綱—HIV 感染藥愛者

1. 可以談談你最初是怎麼接觸到露德協會的嗎？
2. 在你自己的理解中，「減害」對你來說是什麼？
3. 你曾在露德接受過哪些與減害相關的服務或支持？
4. 還沒來露德之前接受過哪些非減害的幫助呢？能分享一個具體的例子嗎？
5. 在服務過程中，哪些工作者的做法（社工、生輔員）讓你特別感到被支持或被理解？
6. 減害服務是否影響你對藥愛行為的看法或做法？（例如使用方式、頻率、場域選擇、性行為安全策略等）
7. 減害服務是否曾幫助你面對渴癮、關係困擾或情緒低落？能分享你的經驗嗎？
8. 是否有任何減害做法讓你覺得不適合、不舒服或無法理解？為什麼？
9. 有沒有覺得減害目前仍無法完全處理的部分？（例：社會污名、精神症狀、司法問題、伴侶關係等）
10. 你是否曾覺得減害服務與你的需求或期待有落差？差異主要在哪裡？
11. 對像你一樣的 HIV 感染藥愛者而言，你覺得最需要被看見、被理解或被支持的是哪些部分？
12. 如果能為減害服務提出建議，你希望未來有什麼改變或補強？

二、 訪談大綱—助人工作者

1. 可以先分享你在露德的角色、工作內容與相關經驗嗎？
2. 在你的理解中，露德目前針對 HIV 感染藥愛者主要提供哪些減害服務？
3. 在你的工作中，最常使用哪些減害工具、方法或策略？
4. 能否分享一個你認為「減害確實發揮效果」的個案經驗？
5. 你觀察到 HIV 感染藥愛者對減害服務的接受度如何？
6. 他們在減害實踐上常出現的誤解、抗拒或主要困難是什麼？
7. 你通常如何協助他們發展「更符合其生活脈絡」的減害方式？
8. 在服務過程中，你覺得最具挑戰性的減害情境是什麼？
9. 是否曾遇到「減害理念與個案需求／期待衝突」的情況？你是如何調整？
10. 在提供減害服務時，有沒有遇過倫理兩難的經驗？（例：安全、自主、司法風險、界線拿捏等）你當時如何因應？
11. 根據你的經驗，你覺得露德在推動減害服務上哪些部分仍可補強或改進？
12. 若以實務角度來看，你認為未來本土化的「MSM 藥愛減害模式」還應加入哪些元素？