

以社會心理模式初探男同志生理健康之風險及保健因子

鍾道詮

東吳大學社會工作學系助理教授

摘要

背景：歐美學界對男同志健康狀況有部分研究成果，但台灣仍缺乏相關研究；此外，很少研究集焦於男同志的生理健康及相關風險及保健因子。本研究採社會心理模式，探討男同志生理健康及相關風險及保健因子。方法：採網路問卷，收集男同志生理健康、相關風險及保健因子、及個人背景資料。結果：270 位偏年輕、有高學歷、多數住於台灣北部的男同志填答了問卷；大部分人認為自己生理健康算佳；雖生理健康狀況仍對少部分人工作或社交活動造成影響。心理健康與生理健康間有著達顯著水準正相關。影響這群男同志生理健康風險因子主要為社會心理因素（包括被他人不友善對待、錢不夠對飲食帶來影響等）。結論：本研究支持社會心理模式對生理健康的影響。本文亦針對相關議題進行深入討論，並提出建議。

關鍵字：男同志、生理健康、調查

以社會心理模式初探男同志生理健康之風險及保健因子

第壹節 緒論

關注男同志健康的主要原因在於：不友善及歧視的社會環境，造成男同志在經濟與社會面向的弱勢，進而從不同面向影響男同志健康(McLaughlin, Hatzenbuehler, & Keyes, 2010; Wolitski, Valdiserri, & Stall, 2008)。歐美學界對男同志(gay)健康狀況雖有部分研究成果，但台灣至今對男同志健康狀況仍缺乏清楚了解；此外，很少研究集焦於男同志生理健康及相關風險及保健因子。這情況讓筆者興起探討此議題¹。本節簡要說明研究背景、研究目的與預期重要性。

男男相戀事蹟本不斷出現在人類生活與歷史中(劉達臨 & 魯龍光, 2005)。西元 1869 年，Dr. Kertbeny 參考德國反常性交法(German sodomy laws)，創造 homosexuality (同性戀) 這專有醫學名詞(Herzer, 1985)。同性相戀由個人行為轉變成需被治療的「心理缺陷或病態」(Cruikshank, 1992)；健康照顧體系也開始「治療」同性戀(Boehmer, 2002)。西元 1973 年，美國精神醫學學會(American Psychiatric Association)雖已將同性戀從精神疾病診斷手冊(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)中除名（這意味，同性戀至此不再是精神疾病）；但仍有不少人抱持「同性戀者為心理不正常的一群人」的觀念(Mail & Lear, 2006)；進而同志健康議題（包括生理健康）則在此種觀念下而被忽略(Wolitski et al., 2008)。由於同志長期以來被視為心理疾病或行為偏差，健康照顧體系多傾向矯正同志、而非關注同志健康(Hunter, Shannon, Knox, & Martin, 1998)。社會對同志的歧視與偏見使得社會對同志的健康狀況不甚瞭解；提供給同志社群的健康資源與健康資訊也相對不足(Culley, 2010)。

隨歐美同志運動開展，歐美同志運動界與學術圈開始關注以往未受著墨的同志健康議題(mental health)、及相關風險及保健因子對同志健康的影響(Ryan & Gruskin, 2006)。男同志生理健康議題值得重視，不單因為男同志社群確實存在，而且其的確有其生理健康需求與問題得

¹ 研究者這份研究只集焦於男同志，而先不處理女同志的健康議題。雖然同樣都是同志，在面對不友善的社會環境與健康照顧體系時，有著類似經驗(Carr, 2010; Mustanski, Garofalo, & Emerson, 2010)；但女男同志終究有著不一樣的生理性別、面對不太相同的社會處境、關切或得注意的健康議題也有些差異(McNair & Hughes, 2011)。另外，跨性別者健康議題有其特殊處(Pitts, Couch, Croy, Mitchell, & Mulcare, 2008)；所以在時間精力有限狀況下，此次研究暫不處理跨性別者的健康議題。但如果跨性別者有男同志認同或男男同性性行為，則仍屬研究對象。

獲得解決與處理(Snyder, 2011)；況且生理健康的良好狀況應該也會改善心理健康狀況。當我們對男同志生理健康議題不清楚時，社會及健康照顧人員如何提供適當服務給男同志社群？健康照顧人員對男同志生理健康議題的陌生或不了解除可能肇因社會對男同志社群的排斥，亦來自現今健康照顧人員養成教育過程仍多以異性戀思維為主；當然也有可能因為我們對男同志生理健康狀況與議題的研究仍不夠全面。

在國際同志社群中，台灣擁有相當好的名聲；但臺灣對男同志健康相關議題仍欠缺了解。直至今日為止，臺灣沒有針對男同志生理健康相關議題進行調查的研究；雖有幾份奠基於愛滋防治立場的研究，調查臺灣男同志的性行為，試著降低無套肛交或其它具有風險的性行為的頻率(柯乃熒, 鍾信心, 章順仁, & 葛應欽, 1996; 徐淑婷, 柯乃熒, 薛克利, 葉明莉, & 文榮光, 2000; 莊徵華, 1994)。這情況讓研究者興起探討男同志生理健康議題。也由於臺灣目前為止沒有針對男同志生理健康議題進行較為全面的調查，對男同志生理健康相關議題及相關風險及保健因子也欠缺適度了解。在這狀況下，臺灣健康照顧體系與人員無法提供適當生理健康照顧服務給男同志；同志運動也只能運用過往歐美文獻，來倡導與宣揚同志生理健康議題該受到重視。綜合上述，本研究嘗試瞭解臺灣男同志生理健康狀況、並探看相關可能風險及保健因素與男同志生理健康間的關聯。以求在學術層面，提升對男同志生理健康議題的了解，增加本土知識；在健康照顧實務層面，以能讓健康照顧人員知道該以怎樣合適方式對待男同志，能針對男同志社群生理健康需求提供妥當服務；在同志運動層面，則提供更多實證資料，來倡導與宣揚男同志生理健康議題該受到重視；在政策層面，以提供有關單位制定健康政策或從事宣導時，注意或加入同志元素，照顧男同志生理健康。

具體研究目的如下：

- 一、了解男同志的生理健康狀況。
- 二、了解男同志個人基本背景與生理健康狀況的關聯。
- 三、了解男同志相關風險及保健因子與生理健康狀況的關聯。

本研究主要研究問題如下：

- 1.男同志有著怎樣的生理健康狀況？

- 2.男同志從事風險行為及保健行為的盛行率及頻率各是怎樣？
- 3.男同志之個人變項的不同（包括年齡、居住地區、宗教信仰、教育程度、工作類別、收入或感情生活狀況），是否使相關風險行為及保健行為的從事有顯著差異？
- 4.男同志個人變項的不同，其生理健康狀況是否有顯著差異？
- 5.男同志之社會心理變項的不同（包括社會支持、自我認同程度、對他人現身程度），其風險及保健行為從事是否有顯著差異？
- 6.男同志之社會心理變項的不同，其生理健康狀況是否有顯著差異？
- 7.男同志從事相關風險行為及保健行為的不同（包括菸、酒、娛樂性用藥施用），其生理健康狀況是否有顯著差異？

第貳節 文獻回顧

此節將簡介男同志生理健康（physical health）議題及相關風險行為與保健行為因素。

壹、男同志生理健康簡述

雖說同樣都是人，由於身為性少數社群，男同志在生理健康面向，除一般的健康議題得注意外，亦有得特別注意的議題。

提到男同志生理健康時，一個關鍵議題則是暴力。暴力不只限於用直接肢體暴力（direct physical violence）對他人或自己身體造成傷害，亦包含惡意或不友善言語或行為騷擾

（unfriendly verbal and behavioural harassment）對心理健康造成的影響(Fraser, 1995)。同志受到的暴力包括：在家庭內，監控日常行為、譴責、停止經濟供給、斷絕家庭關係、被家人毆打或趕出家門等(Hunter et al., 1998; McLaughlin, Hatzenbuehler, Xuan, & Conron, 2012)。在學校，被同學霸凌或被師長不當體罰；在社會，被陌生人毆擊或殺害(Swigonski, 2006)。同志遇到的暴力加害人不只限於陌生人；親友、熟識者、社群內部成員或自身均可能是暴力加害人（例如，家庭暴力、伴侶間的暴力、或自殘）(Swigonski, 2006)。這些暴力除對受暴同志帶來直接身體傷害，亦對心理健康帶來影響(Austin, Herrick, & Proescholdbell, 2016)。

除生理男性常有的疾病外，相較男異性戀者，男同志有較高比例得到因感染人類乳凸病毒(human papilloma virus, HPV)而引發的肛門癌(anal cancer)（若女性感染 HPV，則有較大機率引發子宮頸癌）(Rhodes & Yee, 2006)。HPV 是種經性行為散佈的病毒，且可由檢測得之感染狀況(Dean et al., 2000)。「安全性行為的實踐及定期（每年）規律檢測」是減少 HPV 感染，進而降低肛門癌發生比率的方式(Rhodes & Yee, 2006)。前列腺癌、睪丸癌與直腸癌也是男同志該注意的疾病(Filiault, Drummond, & Smith, 2008)。

此外，學界對男同志生理健康狀況著重多放在愛滋或相關性病議題上，包括試圖瞭解：如何提升男同志從事安全性行為的頻率；哪些因素影響男同志安全性行為從事；感染愛滋或相關性病的狀況；當有些男同志感染愛滋或性病後，是否改變安全性行為從事的狀況等。好似除了性行為與性病外，男同志就沒有其他得特別留意的生理健康議題。至於在健康文獻中常被提及的健康自我評量、上診所或醫院看病的情況等議題則較少出現在男同志生理健康文獻中。

貳、與生理健康相關的議題

在提及與生理健康相關的議題時，主要可分成三個面向：人口學因素、健康相關行為（包括風險行為與保健行為）、及社會心理因素變項。不過，在男同志生理健康文獻中，除風險行為，包括煙、酒、娛樂性藥物施用外，其他兩類因素幾乎沒被探索過。但為了提供參考，我還是依據男同志心理健康文獻，進行整理，以助我們藉此可間接了解哪些因素可能會影響男同志生理健康。

一、人口學變項

較常在男同志健康研究（以心理健康為主）中被提及的人口學變項包括：年齡、種族及居住地域。至於其他在健康相關研究中出現過的人口學變項，包括教育程度、工作類別、收入或感情生活狀況，較不常出現在男同志（心理）健康研究文獻中。

年齡增長常伴隨身體機能退化；但男同志年齡與心理健康間關係相當微妙：有研究結果顯示，隨年齡漸長，中老年男同志越不受社會歧視、恐同情結等因素影響，反有著較佳心裡健康(Bybee, Sullivan, Zielonka, & Moes, 2009)；但也有學者懷疑，那可能是因為無法承受社會歧視年輕同志早就被霸凌或選擇自殺，能存活到年老的同志，由於是存活者，當然有較佳心理健康

(Ryan & Gruskin, 2006)。但如果把同志社群內部老年歧視納進考慮，中老年同志在社會恐同情結及同志社群內部老年歧視雙重壓力下，反可能有著較差心理健康(Schope, 2005)。但相較中老年同志，正處在認同混亂、且較無法向他人現身的青少年同志，在可供運用資源不多情況下，的確有較差的心理健康(Mustanski et al., 2010; Ryan & Gruskin, 2006)。

文獻已顯示：在種族主義作祟下，種族差異的確會對一般大眾生理或心理健康帶來影響：在以白人為主的社會中，非白人通常平均壽命較短，也較欠缺資源使用健康照顧系，進而影響健康狀況(例如，Buhi, Marhefka, & Hoban, 2010)。在歐美同志心理健康的文獻中也有類似狀況：在以白人為主的社會中，非白人通常會有較高比例從事風險行為，例如喝酒、抽菸、使用娛樂性藥物、從事高風險性行為(Gruskin & Gordon, 2006; Stuber, Meyer, & Link, 2008)；有較低的同志社群連結，同志社群內可能也受種族主義的影響；有較低的心理健康，例如自傷或自殺的比例偏高等。

居住地域差異，尤其是大都會區與鄉村地區對比，則是另個研究同志健康議題時常見的重要變項。現今理解多是：鄉村地區氛圍與居民比較保守、恐同，欠缺適度同志社群或組織、醫療環境也可能有所不足；因此居住在此地區的同志常面臨較不友善的居住環境、有著較大的生活或出櫃壓力，同時欠約同志友善健康照顧體系狀況下，其心理健康狀況則令人擔憂(Mustanski et al., 2010; Reif, Golin, & Smith, 2005)。

簡言之，從上述與男同志心理健康相關的文獻中，我們可注意到：當探討男同志生理健康時，年齡、種族及居住地域可能是值得納入的變項；至於其他人口學變項，雖不常出現在男同志（心理）健康研究文獻中，但也不能忽略。

二、風險及保健因子

討論同志健康議題時，常提及的風險因子包括：抽菸、喝酒及娛樂性用藥使用(Greenwood & Gruskin, 2007)。由於菸、酒、娛樂性用藥的使用多少會影響人生理健康，因此了解同志社群使用這些物品現況、找出方式降低或終止這些物品使用，使身體健康，是健康照顧體系及學術界逐漸強調此層面的初衷(Benotsch, Martin, Koester, Cejka, & Luckman, 2011; Blackwell, 2011)。

Conron, Mimiaga & Landers (2010)的研究顯示：相較異性戀者，同志有較多人抽菸、喝酒、

使用娛樂性用藥、及較不常做健康檢查。在墨西哥的研究也發現：相較異性戀青少年，同志青少年較傾向每天抽較多的菸、喝較多杯酒、使用較多次娛樂性用藥、並也有較多危害自己健康的行為(Ortiz-Hernández, Tello, & Valdés, 2009)。

至於在健康文獻中常被提及與健康相關聯的保健因子，例如運動行為、種類與頻率、及飲食注重較少出現在同志健康文獻中。

三、社會心理因素

社會心理因素包括：社會支持、人際網絡、同志自我認同程度、對他人現身的程度。

研究發現：社會支持度越高、自我認同越強烈、且較願意對他人現身的同志有較好的心理健康狀況(Gallor & Fassinger, 2010)。與同志社群有著較深厚連結的同志（社會支持較高），其較不會從事對心理健康有著負面影響的行為(Willoughby, Lai, Doty, Mackey, & Malik, 2008)。有著較多現身經驗的同志，比較知道如何面對與處理他人反應；因而也較有意願與能力在健康照顧體系中現身，並教育健康照顧員工，進而較可能獲得合適的健康照顧服務，維持良好健康(Cant, 2006)。至於在現身後，常被他人以負面方式回應的同志，有著較低的自尊、較大的壓力（亦即有較差心理健康狀況），並消費較多的酒、菸與大麻（可能對身體健康有著負面影響）(Rosario, Hunter, Maguen, Gwadz, & Smith, 2001; Rosario, Schrimshaw, & Hunter, 2006)。

簡而言之，雖歐美文獻已有男同志心理及生理健康狀況及相關因素研究，但沒有台灣本土實證研究。這使臺灣健康照顧體系與人員無法依據現有瞭解，提供適當健康照顧服務給男同志。這讓研究者興起探討男同志生理健康狀況的研究。

第參節 研究設計

壹、研究架構

本研究試圖了解男同志生理健康現況，也探討個人變項、社會心理因素及風險及保健行為，與生理健康的相關。依據本研究之研究目的、研究問題，及相關文獻，本研究相關變項如下：

一、自變項：

（一）個人背景變項：包括年齡、居住地區、宗教信仰、教育程度、工作類別、收入程度或感情生活狀況。

（二）個人社會心理變項：包括社會支持、同志自我認同程度、對他人現身程度、被他人不友善對待經驗、因錢不夠影響覓食的經驗等。

二、中介變項：風險及保健因子，包括菸、酒、娛樂性藥物施用、運動狀況。

三、依變項：男同志生理健康

貳、研究對象

本研究係針對男同志生理健康狀況及相關行為進行調查，因此只要有男同志認同者均可算是本研究的研究對象。如同前述，研究者將女男同志分開處理，以細膩瞭解男同志健康議題；但如果跨性別者有男同志認同，仍屬研究對象。如有人有同性間性行為，卻沒（或不願宣稱有）男同志認同，則不是本研究的研究對象。

參、資料蒐集方式

網路問卷已被視為現今讓男同志社群填答問卷比較好的策略之一(Parsons, Vial, Starks, & Golub, 2013)；因此，本研究採用網路問卷方式，讓在臺灣的本國籍男同志填答問卷。本研究在 2014 年 7 月透過同志入口網站（例如拓網、同志諮詢熱線網站）、臉書或 BBS 同志版面，散發訊息；讓有意願參與研究的男同志藉連結到設置在網路上的問卷，回答研究問題。最後，共 299 人次回答網路問卷，有效問卷計有 270 份。

肆、研究工具：問卷

本研究參考歐美與臺灣學者使用過的有關健康的自填式問卷，研擬研究工具。為適應本土情形，部份內容將依臺灣情況作調整。問卷研製完成後，邀請兩位實務工作者、兩位大學教授、一位對同志議題嫺熟的精神科醫師，從問卷設計與問答等面向，進行討論。在問卷修改後，邀請幾位男同志進行試測，了解問卷適合度，再依回饋意見，進行修訂。

在問卷說明地方，研究單位、研究目的、隱私權保護，及研究負責人連絡方式等均清楚告

知。每位研究對象亦被告知，這是份自願性參與的研究，其有權利在任何時候停止回覆問卷或退出研究。所有問卷均採匿名回答方式，保障研究參與者者隱私。

二、基本背景資料、社會心理變項及健康和風險行為

研究對象被要求回答相關個人基本資料、社會心理變項、及健康和風險相關行為等變項。

（一）個人基本資料

此部分詢問問題項包括：年齡、居住地區、宗教信仰、教育程度、工作類別、收入或感情生活狀況、同志自我認同程度、對他人現身的程度、愛滋篩檢經驗、愛滋篩檢結果等。

（二）社會心理變項

這部份問項包括社會支持，及如文獻所提及，「因同志身分，被他人不友善對待經驗」和「錢不夠對覓食帶來的影響」。

因為同志身分「被不友善對待經驗」面向包含九道題項，以 Likert 六分測量方式（6 為總是、1 為從未），詢問研究參與者一生中是否因同志身分在不同層面被不友善對待過，例如被朋友排斥或被迫離家等。分數越高意謂研究參與者被不友善對待經驗越多。研究者亦彙整研究參與者被不友善對待經驗的總數，以提供對此經驗了解的另一個面向。為區隔此兩者，前者在後文中會被稱為「被不友善對待經驗（總分）」，後者被稱為「被不友善對待經驗（總數）」。「被不友善對待經驗（總分）」此面向的 Cronbachs α 值為 0.923。

「錢不夠對覓食帶來的影響」包含三道題項，以 Likert 六分測量方式（6 為總是、1 為從未），詢問研究參與者是否因錢不夠，影響覓食行為，包括沒有添購食物、吃地比較少等。分數越高意謂研究參與者因錢不夠在覓食上受到的影響越大。這面向的 Cronbachs α 值為 0.913。

（三）風險因子

可能對健康有負面影響的具風險行為以菸、酒、娛樂性藥物施用為主。

在「菸、酒、娛樂性用藥施用」此面向上，研究者除詢問「是否使用過這些物質」外，研究者亦詢問「第一次使用的年齡」、「過去一個月使用這些物質的頻率」、及「與其他使用者相較，自己使用的量算多還是算少」。研究者認為，如只詢問研究參與者「是否使用過這些物質」其實無法精細看出其中細微差異。總分越高，意謂「菸、酒或娛樂性用藥施用」對健康帶來的

風險可能越高。最後，研究者亦綜合「喝酒、抽菸及使用娛樂性藥物」三個面向的得分後，獲得刺激性物品使用的總得分。

（四）保健因子

可能正面影響健康的行為包括「運動、健康檢查」等變項。「運動」面向，研究者詢問運動頻率、運動類型、及每次運動時間；在健康檢查部分，則以過去是否曾做過健康檢查為主。

（五）生理健康量表

同志生理健康狀況可能與一般大眾沒有太大差異；研究者在與相關專家討論後，決定從「生理健康自評」(self-rated physical health)、「診所或住院使用狀況」、及「生活品質量表的身體健康次量表」(Physical Component Summary of SF-12) 三個面向做為探詢依據。

1.生理健康自評量表

在健康研究中，健康自評被學者視為能有效評量每人健康狀況的題目(Snead, 2007)，因此本研究將此面向納入問卷。此面向包含三個問題，分別詢問研究參與者對自己生理健康狀況及與「同年齡層的他人」和「一年前的自己」比較後的看法。這三個問題分別以 Likert 五分測量方式（5 代表優、3 代表可、1 代表劣），瞭解男同志自評生理健康狀況。最後將這三題分數加總，獲得自評生理健康的總分，分數越高意謂生理健康狀況越好。此面向內部一致性檢測結果 Cronbachs α 值為 0.736。

2.診所或住院使用狀況

這些題目主要想了解研究參與者使用門診或住院（包含急診）的狀況；主要考量為：當生理健康狀況越好，人們使用門診或住院（包含急診）次數該會較少，最近一次使用診所或醫院也該是較久前的事情。除詢問研究參與者是否使用過門診或住院（包含急診）服務外，問卷亦詢問「過去一年內使用過門診或住院（包含急診）幾次」、「最後一次使用門診是在多久前」、及「住院平均的天數」四個問題。這題項分數越高意謂生理健康狀況越好。

3.生活品質量表的生理健康次量表

生活品質量表的生理健康次量表(後將簡稱為生理健康次量表)由 Ware、Kosinski 及 Keller 研發而成，從身體生理功能、身體生理功能良窳對日常生活影響等面向，了解身體生理健康狀

況。由於本問卷已包含「健康自評」六道題項，因此這份量表中的「健康自評」題項被移除。這部份分數越高意謂生理健康影響生活狀況程度越低，所以生理健康狀況越好。此面向內部一致性 Cronbachs α 檢測值為 0.829。

避免各量表分數計分差異影響，研究者在計算身體健康總分時，會先標準化各分量表分數，再進行加總。

伍、資料處理與分析

本研究用 SPSS for Windows 15.0 英文套裝軟體進行描述性統計分析，包括次數分配、平均數與標準差等；及推論性統計分析，t 檢定、F 檢定與複迴歸分析等，回答研究問題。

第肆節 資料分析：描述統計部分

壹、基本資料

這 270 位研究參與者全都是男性、基本上偏年輕 (27.9 ± 7.9 , 16-51)、學歷偏高 (81.1% 有著大學以上學歷)。這群研究參與者自我認同為男同志 (84.1%)、79.3% 對男同志身分有著很高或高程度以上的認同；出櫃程度趨近於中間 (50.4% 有著中間以上的出櫃程度)。46.3% 的研究參與者有宗教信仰，以佛教及民間信仰者居多 (共 26.7%)。

就居住狀況而言，這 270 位研究參與者多數居住於北臺灣地區 (包括臺北市、新北市、宜蘭縣、桃園縣及新竹縣) (65.2%)、傾向與父母同住 (52.6%)。有 8 位研究參與者有身心障礙手冊 (3.0%)，有 26 位 (9.6%) 因身心障礙狀況無法工作或就業。就職業與收入而言，這群研究參與者多是沒有固定收入的學生或從事兼職工作 (共 42.6%)，每個月固定收入以「1-25,000 (元)」這區間為最多 (45.9%)。其它相關細節請看表 1。

表1：研究參與者基本資料的次數分配表

變項		次數	百分比	累積百分比
生理性別	男	270	100.0	100.0
性傾向	男同志	227	84.1	84.1
	男雙性戀	42	15.6	99.7
	跨性別	1	.4	100.0
教育程度	專科以下	51	18.9	18.9
	大學	163	60.4	79.3
	碩博士	56	20.7	100.0
認同程度	很高	135	50.0	50.0
	高	79	29.3	79.3
	中	37	13.7	93.0
	低	19	7.0	100.0
出櫃程度	很高	24	8.9	8.9
	高	66	24.4	33.3
	中	46	17.0	50.4
	低	134	49.6	100.0
宗教信仰	有	125	46.3	46.3
宗教信仰類別	佛教	55	20.4	20.4%
	基督教	21	7.8	28.2%
	道教	21	7.8	39.7%
	民間信仰	17	6.3	46.0%
	天主教	7	2.6	30.8%
	一貫道	3	1.1	31.9%
	其他	1	.4	46.4%
居住區域	北北基宜桃竹	176	65.2	65.2
	苗中彰投	38	14.1	79.3
	雲嘉南高屏	35	13.0	92.2
	花東	6	2.2	94.4
	非本島	15	5.6	100.0
居住狀況	獨居	63	23.3	23.3
	與朋友或同學合住	35	13.0	36.3
	與父母同住	142	52.6	88.9
	與同性伴侶同住	27	10.0	98.9
	當兵、服監、住院或安養中心	3	1.1	100.0

表 1（續）

殘障手冊	有	8	3.0	3.0
因殘障狀況無工作	有	26	9.6	9.6
職業	專門技術人員	34	12.6	12.6
	技術員及助理專業人員	24	8.9	21.5
	公職人員及事務工作人員	24	8.9	30.4
	服務業、自由業、準專門技術人員	56	20.7	51.1
	工人（工農漁運輸）	17	6.3	57.4
	學生、兼職、家管、待業	115	42.6	100.0
	45001-	31	11.5	11.5
每月收入	25001-45000	64	23.7	44.2
	0-25000	175	64.8	100.0

貳、社會心理變項

多數研究參與者今感情狀況為單身（61.1%）（77.0%曾有男友、2.2%曾有異性婚姻）。過往或現今最長的一段關係延續時間平均約 3.08 年（SD=3.39 年，0-20 年）。有 16 位（5.9%）研究參與者在伴侶關係中曾遭受過親密關係暴力，有 6 位（2.2%）曾對伴侶施暴。

近乎一半的研究參與者（50.0%）平常往來的朋友中約有四分之一（或以下）是同志；將近六成研究參與者（60.7%）認為自己認識的同志朋友數量算「少或很少」。當研究參與者有男友時，他們傾向讓同志朋友，而不是非同志朋友，知道這消息（63.9%的人讓他約六成以上的同志朋友知道此事，只有 32.7%的人會讓他六成以上的非同志朋友知道）。其它相關細節請看表 2。綜合「認識同志朋友的數量、同志（或非同志）朋友知道研究參與者有男友」三個面向得分後，獲得代表社會支持的總得分：9.28±3.08（3.00~17.00）。

表2：社會心理變項的次數分配表

變項		次數	百分比	累積百分比
感情狀況	單身	165	61.1	61.1
	有一對一的男朋友	82	30.4	91.5
	多元情慾關係	23	8.5	100.0
是否曾有男友	是	208	77.0	77.0

表 2 (續)

是否曾有異性婚姻	是	6	2.2	2.2
是否在關係中受暴	是	16	5.9	7.7
是否在關係中施暴	是	6	2.2	2.9
平日往來朋友是同志的比例	100%	14	5.2	5.2
	75%	60	22.2	27.4
	50%	61	22.6	50.0
	25%	109	40.4	90.4
	0%	26	9.6	100.0
自認同志朋友的數量	很少	88	32.6	32.6
	少	76	28.1	60.7
	中等	72	26.7	87.4
	多	25	9.3	96.7
	很多	9	3.3	100.0
有男友時，多少比例同志朋友知道	100%	50	18.5	24.0
	80%	48	17.8	47.1
	60%	35	13.0	63.9
	40%	25	9.3	76.0
	20%	41	15.2	95.7
	0%	9	3.3	100.0
有男友時，多少比例非同志朋友知道	100%	14	5.2	6.7
	80%	23	8.5	17.8
	60%	31	11.5	32.7
	40%	26	9.6	45.2
	20%	67	24.8	77.4
	0%	47	17.4	100.0

關於因為同志身分「被不友善對待經驗」面向，在 270 位研究參與者中，21.6%的人曾被朋友排斥，19.4%被同學排斥，15.9%被有些親戚排斥，12.8%被同事排斥，8.9%被老師不當對待，6.9%在健康照顧體系受到不公正對待，6.1%在軍中被排斥，5.0%被迫離家，有 3.4%的人被解雇。在所有研究參與者中，71.5%的人因為同志身份，曾經歷過至少一類上述事件；但仍有 7.8%的人曾有七類（含）以上類似經驗；雖還是有 28.5%的人沒經歷過類似事件（請見表 3 與表 4）。

表3：被他人不友善對待經驗的次數分配表

項目	次數	百分比
因同志身分，被朋友排斥	141	21.6%
因同志身分，被同學排斥	127	19.4%
因同志身分，被有些親戚排斥	104	15.9%
因同志身分，被同事排斥	84	12.8%
因同志身分，被老師不當對待	58	8.9%
因同志身分，在軍中被排斥	40	6.1%
因同志身分，在健康照顧體系被排斥	45	6.9%
因同志身分，被迫離家	33	5.0%
因同志身分，被解雇	22	3.4%

表4：被他人不友善對待經驗總數的次數分配表

	次數	百分比	累積百分比
被他人不友善對待經驗的總數	沒有	77	28.5%
	1次	42	15.6%
	2次	44	16.3%
	3次	26	9.6%
	4次	32	11.9%
	5次	18	6.7%
	6次	10	3.7%
	7次	7	2.6%
	8次	7	2.6%
	9次	7	2.6%
	總數	270	100.0%

曾因為錢不夠，吃比較少的研究參與者有167位（61.9%）、沒添購食物者有144位（53.3%）、吃比較不營養者有154位（57.0%）。在所有270位研究參與者中，總共有175位（64.8%）曾因為錢不夠，在添購食物或覓食面向受到影響；也有128位研究參與者（47.4%）上述三種情況都經歷過（請見表5及表6）。

表5：「錢不夠，對覓食帶來的影響」的次數分配表

	次數	百分比
因錢不夠，沒添購食物	144	31.0%
因錢不夠，吃比較少	167	35.9%
因錢不夠，吃比較不營養	154	33.1%

表6：「錢不夠，對覓食帶來的影響」總數的次數分配表

		次數	百分比	累積百分比
「錢不夠，對覓食帶來的影響」的總數	沒有	95	35.2	35.2
	1次	13	4.8	40.0
	2次	34	12.6	52.6
	3次	128	47.4	100.0

參、風險因子及保健因子

在風險因子面向，118 位研究參與者 (43.7%) 有喝酒習慣，第一次喝酒的年齡平均為 17.68 歲 (SD=4.12 歲，5-30 歲)。12-64 歲台灣男性喝酒比例約為 23.88% (張新儀, 邱淑媞, & 康熙洲, 2011)，相較而言這群研究參與者有喝酒習慣的比例則算偏高 ($p < 0.00$)。填答問卷前一個月內，有喝酒習慣的研究參與者每天平均喝酒杯數以「1-2 杯」為最多 (52, 44.1%)，其次為不到 1 杯 (48, 40.7%)。相較其他認識有喝酒的朋友，這群研究參與者自認為喝酒的量較少 (83 位, 70.3%)。在綜合「是否喝酒、第一次喝酒年齡、每天平均喝酒杯數、自認喝酒的量」四個面向後，得到喝酒風險平均得分：3.74 (SD=7.84) (總分為 60，分數越高意謂喝酒風險越高)。

表7：喝酒行為的次數分配表

		個數 (%) / 平均數 (標準差)	全距
有喝酒習慣		118 (43.7%)	
第一次喝酒年齡 (歲)		17.68 (4.12)	5-30
過去一個月，每天平均喝幾杯酒 (杯)	0	48 (40.7%)	
	1-2	52 (44.1%)	
	3-5	10 (8.5%)	
	6-9	3 (2.5%)	
	10-	5 (4.2%)	
相較其他喝酒的人，自認喝酒的量？	較少	83 (70.3%)	
	一樣	17 (14.4%)	
	較多	18 (15.3%)	

34 位研究參與者 (12.6%) 有抽煙習慣，第一次抽煙年齡平均為 19.32 歲 (SD=6.71 歲，8-50 歲)。台灣男性 12-64 歲以下抽煙比例約為 49.19% (張新儀 et al., 2011)，相較而言這群研

究參與者有抽煙習慣的比例則算偏低 ($p<0.00$)。填答問卷前的一個月內，每天平均抽煙數量以「4-10 根」為最多 (10, 29.4%)，其次為 11-20 根 (8, 23.5%)；相較其他認識有抽煙習慣的朋友，這群研究參與者自認為抽煙的量為比較少跟差不多的數量差距不大 (分別為 17 位及 13 位, 50.0%及 38.2%)。綜合「是否抽菸、第一次抽菸的年齡、每天平均抽菸數量、自認抽菸的量」四個面向後，得到抽菸風險平均得分：2.66 ($SD=8.88$) (總分為 72，分數越高意謂抽菸造成的風險越高)。

表8：抽菸行為的次數分配表

		個數 (%) / 平均數 (標準差)	全距
有抽菸習慣		34 (12.6%)	
第一次抽菸年齡 (歲)		19.32 (6.71)	8-50
過去一個月，每天平均抽幾根菸 (根)	0	5 (14.7%)	
	1-3	4 (11.8%)	
	4-10	10 (29.4%)	
	11-20	8 (23.5%)	
	1-2包	4 (11.8%)	
	2包以上	3 (8.8%)	
相較其他抽菸的人，自認抽菸的量？	較少	17 (50.0%)	
	一樣	13 (38.2%)	
	較多	4 (11.8%)	

43 位研究參與者 (15.9%) 使用過娛樂性藥物。第一次使用娛樂性藥物的年齡平均為 24.72 歲 ($SD=5.35$ 歲, 14-42 歲)。台灣男性 12-64 歲以下使用過「非法藥物」比例則約為 2.04%(張新儀 et al., 2011)，相較而言這群研究參與者使用娛樂性藥物的比例看似則偏高 ($p<0.00$)。使用過娛樂性藥物的研究參與者而言，每個月使用娛樂性藥物次數以「0 次」(20, 46.5%) 及「1-2 次」(21, 48.8%) 為最多。填答問卷前最後一次使用娛樂性藥物的時間為「一年前」的人數為最多 (14, 32.6%)；但回答「一個月之內」的人數也共有 11 位 (25.6%)。使用過不同類型藥的總數平均為 0.41 ($SD=1.11$)。在使用過的娛樂性藥物中，曾使用過 rush 的人最多 (11.48%)、其次分別為搖頭丸 (8.52%)、威爾剛 (7.78%)、K 他命 (5.56%)、安非他命 (4.81%)。相較其他有使用娛樂性藥物的朋友，這群研究參與者自認為使用娛樂性藥物的量較少 (40 位，

93.0%)。請見表 9。綜合「是否使用娛樂性藥物、第一次使用的年齡、用過的藥的種類、每個月使用的次數、最後一次使用、及自認使用娛樂性藥物的量」六面向後，得到使用娛樂性藥物風險的總得分 2.34 (SD=8.73) (總分為 420，分數越高意謂娛樂性藥物使用造成的風險越高)。

在綜合「喝酒、抽菸及使用娛樂性藥物」三個面向的得分後，獲得刺激性物品使用總得分： 0.11 ± 0.20 (0.00~1.10)。

表 9：使用娛樂性藥物行為的次數分配表

		個數 (%) / 平均數 (標準差)	全距
使用過娛樂性藥物		43 (15.9%)	
第一次使用年齡 (歲)		24.72 (5.35)	14-42
平均而言，每個月使用的次數	0	20 (46.5%)	
	1-2	21 (48.8%)	
	3-5	1 (2.3%)	
	6-9	1 (2.3%)	
最後一次使用的時間	三天內	2 (4.7%)	
	一星期內	2 (4.7%)	
	一個月內	7 (16.3%)	
	三個月內	8 (18.6%)	
	半年內	6 (14.0%)	
	一年內	4 (9.3%)	
	一年前	14 (32.6%)	
相較其他使用藥的人，自認為的量？	較少	40 (93.0%)	
	一樣	3 (7.0%)	
	較多	0	
曾使用過的藥種類	Rush	31 (27.9%)	
	威爾鋼	21 (18.9%)	
	搖頭丸	23 (20.7%)	
	K他命	15 (13.5%)	
	安非他命	13 (11.7%)	
	大麻	6 (5.4%)	
	神仙水	2 (1.8%)	

47 位研究參與者 (17.4%) 有過使用娛樂性藥物助性的經驗。第一次以藥助性的年齡平均為 26.15 歲 (SD=5.58, 16-43 歲)。這群研究參與者第一次以藥助性的對象以「不熟悉的人」

為多（15, 31.9%）；一般而言，他們以藥助性的對象也以「不熟悉的人」居多（13, 27.7%）。這群研究參與者每個月從事以藥助性的頻率，平均而言，以「1-2 次」（55.3%）為最多，其次是「0 次」（19, 40.0%）。填答問卷前最後一次以藥助性的時間為「一年以前」的人數為最多（17, 36.2%）；其次則為「半年內」（12, 25.5%）。請見表 10。

表 10：以藥助性行為的次數分配表

		個數（%）／平均數（標準差）	全距
從事過以藥助性		47（17.4%）	
第一次從事以藥助性的年齡（歲）		26.15（5.58）	16-43
第一次以藥助性的對象	不熟悉的人	15（31.9%）	
	認識的人	12（25.5%）	
	男朋友	7（14.9%）	
	陌生人	6（12.8%）	
	固定性伴侶	5（10.6%）	
	男性性工作者	1（2.1%）	
	其他	1（2.1%）	
一般而言，以藥助性的對象	不熟悉的人	13（27.7%）	
	認識的人	12（25.5%）	
	男朋友	9（19.1%）	
	陌生人	7（14.9%）	
	固定性伴侶	5（10.6%）	
	其他	1（2.1%）	
	男性性工作者	0	
平均而言，每個月以藥助性的頻率	0次	19（40.0%）	
	1-2次	26（55.3%）	
	3-5次	1（2.1%）	
	6-9次	1（2.1%）	
最後一次以藥助性的時間	一週內	4（8.5%）	
	一個月內	6（12.8%）	
	三個月內	4（8.5%）	
	半年內	12（25.5%）	
	一年內	4（8.5%）	
	一年前	17（36.2%）	

在保健因子面向，這群研究參與者基本上都有運動習慣。在運動次數與時間面向部分：研

研究參與者平均每週運動約 2.46 次 (SD=1.84, 0-20), 平均每週的運動種類為 1.95 類 (SD=1.06, 1-6), 平均每次運動的時間約 48.39 分鐘 (SD=36.66, 1-240) (請看表 7)。跟國人平均每週運動約 3.37 次 ($t=-8.091, p=.000$), 每次運動時間約 66.43 分鐘 ($t=-8.088, p=.000$) 相比, 這群研究參與者每週運動量可能仍不算足夠。

填答問卷前的一年內, 77 位研究參與者 (28.5%) 曾做過全身健康檢查。有 183 位研究參與者做過愛滋病毒篩檢 (67.8%), 其中 25 位研究參與者 (13.7%) 愛滋病毒篩檢結果為陽性反應。跟國人約略有一半的人每一兩年會做一次全身健康檢查相比, 這群研究參與者從事健康檢查的狀況看似更為不足 ($p<0.00$)。請見表 11。

表11：保健因子的次數分配表	個數 (%) / 平均數 (標準差)	全距
平均每次運動時間 (分)	48.39 (36.66)	1-240
平均每週運動次數 (次)	2.46 (1.84)	0-20
做過全身健康檢查	77 (28.5%)	
做過愛滋病毒篩檢	183 (67.8%)	
愛滋病毒篩檢結果為陽性反應	25 (13.7%)	

肆、研究參與者生理健康狀況

在研究參與者自評生理健康的面向：大部分的人 (136, 50.4%) 認為自己生理健康算佳或優, 雖然仍有 37 位 (13.7%) 研究參與者認為自己生理健康算差或劣。不過, 在詢問「與他人相較」及「與一年前的自己相較」時, 多數研究參與者則認為彼此生理健康狀況應該是趨近於一樣, 人數分別是 119 位 (44.1%) 及 116 位 (43.0%); 雖仍各約四分之一研究參與者認為自己生理健康狀況, 無論「與他人相較」(75, 27.8%) 或「與一年前自己相較」(79, 29.3%) 是較差的。將這三個部分彙整後為自評生理健康總得分 (總分為 3, 分數越高意謂自評生理健康狀況越好), 研究參與者的總平均為 1.93 (SD=0.53)。

表12：自評生理健康的次數分配表

變項		次數	百分比	累積百分比
自評生理健康	優	18	6.7	6.7
	佳	118	43.7	50.4
	可	97	35.9	86.3
	差	37	13.7	100.0
相較同齡他人生理健康	較好	73	27.0	27.0
	一樣	122	45.2	72.2
	較差	75	27.8	100.0
相較一年前的生理健康	較好	75	27.8	27.8
	一樣	116	43.0	70.7
	較差	79	29.3	100.0

就研究參與者使用診所或醫院門診這面向而言，絕大多數研究參與者在填答問卷前一年內使用過相關服務（232, 85.9%）；過去一年內大多數研究參與者（198, 73.3%）使用診所或門診的次數在六次以內；最後一次前往診所或醫院門診的時間多集中在填答問卷前的三個月內（167, 61.9%）。就住院這面向而言，有 44（16.3%）位研究參與者在填答問卷前一年內住過院，住院次數以「1-3 次」（42, 95.5%）最多，每次住院天數以「1-3 天」居多（25, 56.8%）。將兩個部分彙整後得到「診所或住院使用狀況」總分（總分為 4，分數越高意謂生理健康狀況越好），研究參與者的總平均為 3.04（SD=0.43）。

表13：診所或住院使用狀況的次數分配表

變項		次數	百分比	累積百分比
過去一年去過診所或醫院	是	232	85.9	85.9
	從未	30	11.1	11.1
過去一年去過診所或醫院次數	1-6	168	62.2	73.3
	7-12	45	16.7	90.0
	13-18	11	4.1	94.1
	19-24	5	1.9	95.9
	25-	11	4.1	100.0

表 13 (續)

最後一次去診所或醫院	三個月內	167	61.9	61.9
	四到六個月	53	19.6	81.5
	一年內	19	7.0	88.5
	一年以前	23	8.5	97.0
	從未	8	3.0	100.0
過去一年住過院	是	45	16.7	16.7
過去一年住次次數	從未	222	82.2	82.2
	1-3次	46	17.0	99.3
	4-6次	1	.4	99.6
	13次以上	1	.4	100.0
過去一年平均住院天數	從未	228	84.4	84.4
	1-3天	25	9.3	93.7
	4-6天	8	3.0	96.7
	7-9天	3	1.1	97.8
	10-12天	2	.7	98.5
	13天以上	4	1.5	100.0

在生理健康次量表面向，在「拖地、掃地、或搬桌子」這個部分，91.5%（247 位）的研究參與者表示完全沒有受到限制；在「走路至少 10 分鐘」這個部分，也將近 93.7%（253 位）的研究參與者表示完全沒有受到限制。但仍分別有 8.5%（23 位）及 6.3%（17 位）的研究參與者因身體狀況，在前述這兩種活動受到限制。但是生理健康狀況還是對有些研究參與者工作量或社交活動造成影響：77 位（28.5%）研究參與者工作量完成狀況不如預期，53 位（19.6%）可從事的工作或活動種類數量受到限制，45 位（16.7%）社交活動因此受妨礙。將上述兩個部分彙整後（總分為 2，分數越高意謂研究參與者因為生理健康因素受到的影響越少，反應生理健康狀況可能越好），研究參與者生理健康次量表面向的總平均為 1.87（SD=0.21）。

綜合「自評生理健康、診所或住院使用狀況、及生理健康次量表」三個面向的得分後，獲得生理健康總得分：20±0.65（18.16~21.47）。分數越高，意謂生理健康狀況越好。

伍、相關分析

生理健康得分與社會心理變項（包括被不友善對待的總分、錢不夠對添購食物影響的總分、社會支持及出櫃程度）與風險及保健因子變項（包括每週運動次數、每次運動時間、喝酒風險、抽菸風險等）皮爾森績差相關分析結果顯示：生理健康得分和被不友善對待的總分及錢不夠對添購食物影響的總分間有達顯著水準的負相關；和平均每周運動次數有正相關。但生理健康得分和出櫃程度、社會支持、及所謂風險因子（包括喝酒、抽菸、娛樂性藥物使用等）之間看似沒有關連。請見表 13。

		心理健康
表14：生理健康量表與社會心理變項、風險及保健因子的相關分析		
被不友善對待的得分	Pearson 相關 (P值)	-.191** (-.002)
錢不夠對添購食物的影響	Pearson 相關	-.314** (.000)
出櫃分數	Pearson 相關	-.108 (.075)
社會支持	Pearson 相關	-.090 (.198)
喝酒風險	Pearson 相關	.089 (.145)
抽菸風險	Pearson 相關	-.012 (.843)
玩藥風險	Pearson 相關	-.081 (.182)
平均每次運動時間	Pearson 相關	.040 (.515)
平均每週運動次數	Pearson 相關	.141* (.020)

生理健康得分各次量表與社會心理變項、風險及保健因子間的皮爾森績差相關分析結果顯示：自評生理健康與每週運動時間及次數有著達顯著水準的正相關；與錢不夠對添購食物影響的總分間有著達顯著水準的負相關。亦即運動時間及次數越多，錢不夠對添購食物的影響越低，研究參與者對自身生理健康的評價會越高。

診所或住院使用狀況意外地與每週運動時間有著達顯著水準的負相關；卻與抽菸風險有達顯著水準的正相關。這意謂運動時間越多，診所或住院使用狀況可能也越多；抽菸風險越高時，診所或住院使用狀況反而會降低。（「診所或住院使用狀況」分數越高意謂研究參與者使用診所或醫院門診或住院服務狀況越少。）

生理健康次量表與被不友善對待的總分及錢不夠對添購食物影響的總分間有達顯著水準的負相關，與喝酒風險有著達顯著水準的正相關（ $r=.119, p=.050$ ）。換句話說，曾經被他人不

友善對待的總分越高、及錢不夠對添購食物影響越大時，生理健康對生活的影響則越大。

表15：生理健康各次量表與社會心理變項、風險及保健因子的相關分析

		自評生理健康	診所或住院使用	身體健康次量表
被不友善對待的得分	Pearson 相關	-.105	.010	-.276**
	P值	.086	.868	.000
錢不夠對添購食物的影響	Pearson 相關	-.257**	-.043	-.309**
	P值	.000	.479	.000
出櫃分數	Pearson 相關	-.103	-.173**	.066
	P值	.092	.004	.282
社會支持	Pearson 相關	-.023	-.127	-.019
	P值	.736	.067	.781
喝酒風險	Pearson 相關	-.032	.085	.119*
	P值	.598	.162	.050
抽菸風險	Pearson 相關	-.110	.128*	-.042
	P值	.072	.036	.494
玩藥風險	Pearson 相關	-.105	-.088	.035
	P值	.085	.150	.568
平均每次運動時間	Pearson 相關	.197**	-.169**	.049
	P值	.001	.005	.424
平均每週運動次數	Pearson 相關	.237**	-.039	.076
	P值	.000	.524	.213

**．在顯著水準為0.01時（雙尾），相關顯著。

第五節 資料分析：差異分析

本章將呈現差異分析的結果。為更清楚看到不同變項可能帶來的差異，本章將先處理個人背景變項、相關社會心理變項或風險行為從事與生理健康等面向之差異情形。其次再呈現個人背景變項、相關社會心理變項或風險行為從事與生理健康得分各次量表（包括自評生理健康、診所或住院使用狀況、生理健康次量表）等面向之差異情形。

壹、研究參與者個人背景變項的差異性

「居住區域」或「宗教信仰」的不同，在本研究中，沒對任何健康層面帶來差異。

「教育程度」不同的研究參與者在「被不友善對待（總分及總數）」兩個層面有差異。經

事後比較，教育程度在專科（含）以下的研究參與者較傾向於被他人不友善對待。

「居住狀況」不同的研究參與者在「出櫃分數」層面有差異。主要差異來自於「與父母同住」及「與同性伴侶同住」兩群的分數。

「是否（曾）有殘障手冊」不同的研究參與者在「喝酒風險」層面有差異。

當比較曾因身心障礙狀況而有無法工作情況的研究參與者時，他們則在「生理健康」（包括自評生理健康及生理健康次量表）、「抽菸風險」及「被不友善對待（總分及總數）」等層面有差異。

「認同程度」不同的研究參與者在「出櫃分數」及「社會支持」層面有差異。

「出櫃程度」不同的研究參與者在「被不友善對待（總數）」、「社會支持」及「刺激性物品施用風險」等層面有差異。

「是否曾有男友」不同的研究參與者在「出櫃分數」及「喝酒風險」等層面有差異。

「感情狀況」不同的研究參與者在「出櫃分數」及「社會支持」等層面有差異。

「每月固定收入」不同的研究參與者在「錢不夠對添購食物的影響」、「出櫃分數」、「娛樂性藥物使用風險」、及「生理健康」（包括自評生理健康、生理健康次量表）、層面有差異。

「自認同志朋友所占來往朋友比例」不同的研究參與者在「錢不夠對添購食物的影響」、「出櫃分數」、「社會支持」、及「生理健康」（包括診所或住院使用狀況）層面有差異。

「自認同志朋友數量的不同」對研究參與者在「出櫃分數」、「社會支持」及「喝酒風險」層面有差異。

「是否曾有男友」的不同對研究參與者在「出櫃分數」及「喝酒風險」層面有差異。

「是否做過愛滋篩檢」的不同對研究參與者在「出櫃分數」、「喝酒風險」及「娛樂性藥物使用的風險」、及「生理健康」（包括生理健康次量表）等層面有差異。

「愛滋篩檢結果」不同的研究參與者在「出櫃分數」、「娛樂性藥物使用的風險」、及「生理健康」（包括診所或住院使用狀況）層面有差異。

貳、研究參與者社會心理因素變項的差異性

當比較曾或不曾在伴侶關係中受暴的研究參與者時，他們在「被不友善對待（總分及總

數)」、「喝酒風險」及「生理健康」等層面有差異。

當比較曾或不曾在伴侶關係中施暴的研究參與者時，他們在「出櫃分數」層面則有差異。

當比較曾或不曾被他人不友善對待過的研究參與者時，他們在「錢不夠對添購食物的影響（總分及總數）」、「生理健康」（包括自評生理健康）等層面有差異。

當比較是否曾或不曾因為錢不夠而影響添購食物的研究參與者時，他們在「被不友善對待（總分及總數）」、及「生理健康」（包括生理健康次量表）等層面有差異。

當比較研究參與者生理健康曾或不曾對生活帶來影響時（主要以生理健康次量表判斷），在「喝酒風險」、「被不友善對待（總分及總數）」、「錢不夠對添購食物的影響（總分及總數）」及「自評生理健康」、「診所或住院使用狀況」等層面有差異。

參、研究參與者風險因子從事狀況的差異性

喝酒與不喝酒的研究參與者在「社會支持」及「生理健康」（包括自評生理健康）等層面有差異。

抽菸與不抽菸的研究參與者在「錢不夠對添購食物的影響（總分）」、「出櫃分數」、「社會支持」及「喝酒風險」等層面有差異。

使用過與沒有使用過娛樂性藥物的研究參與者在「被不友善對待（總分及總數）」、「出櫃分數」及「社會支持」等層面有差異。

實踐過與沒有實踐過「以藥助性」的研究參與者在「出櫃分數」、「被不友善對待（總分及總數）」及「生理健康」（包括診所或住院使用狀況）等層面有差異。

上述差異分析依稀指出，相較個人背景變項及所謂風險行為變項，社會心理因素變項對男同志（本研究的參與者）生理健康層面影響更為深遠。然而相較臺灣衛生單位高度關注愛滋議題（從之前的無套肛交、到最近的娛樂性藥物施用等），卻忽略社會心理因素，包括「被他人不友善對待過」、「是否曾因錢不夠而影響添購食物」可能對男同志生理健康造成的影響，更可見其實男同志健康議題仍未被臺灣衛生單位重視與強調。

研究者在此先檢視哪些因素影響研究參與者易被他人不友善對待，及被不友善對待後可能

有哪些現象出現。如前述文獻探討所提，暴力不只限於所謂直接肢體暴力，亦包含惡意或不友善言語或行為騷擾，都對同志健康造成影響(Fraser, 1995)。本研究，此層面化成曾被他人九個面向上的不友善對待，包括被迫離家出走、被同學排斥、或被老師不公正對待等。從兩獨立變項 t 檢定數值或單因子變異數分析事後檢定可看出，「曾因身心障礙狀況無法工作」、「出櫃程度較高」或「教育程度在專科（含）以下」的研究參與者較可能被他人不友善對待（無論是在總數多或總分高）。曾被他人不友善對待過的研究參與者（無論是總數多或總分高），易因為生理健康議題而對生活事務造成影響；有較高比例的人可能有「錢不夠而影響添購食物」的狀況、或「在伴侶關係中受暴」；並傾向使用「娛樂性藥物」及實踐「以藥助性」；並傾向有較低的「自評生理健康」及「生理健康」得分。這再次強烈反應他人對男同志的不友善帶來的不單只是被不友善對待的當下，亦影響日後生理健康。

研究者彙整可能造成研究參與者生理健康差異的幾個變項：

在「生理健康」得分部份，主要在「是否曾因身心障礙狀況而無法工作」、「每月固定收入」、「愛滋篩檢結果」（個人背景變項）；「是否喝酒」、及「是否實踐過以娛樂性藥物助性」（風險行為變項）；及「是否曾被他人不友善對待」、「是否曾有自傷或自殺念頭或行動」、「是否在伴侶關係中受暴」、「是否曾因為錢不夠而影響添購食物」及「自認同志朋友所占來往朋友比例不同」（社會心理因素變項）等層面達統計上顯著差異。

從兩獨立變項 t 檢定數值可看出，「曾因身心障礙狀況而無法工作」、「不曾喝酒」、及「實踐過以娛樂性藥物助性」；及「曾被他人不友善對待」、「曾有自傷或自殺念頭或行動」、「曾在伴侶關係中受暴」、「曾因為錢不夠而影響添購食物」研究參與者傾向在「生理健康」層面得分偏低。從單因子變異數分析事後檢定中可看出，「每個月收入在 25,000 以下（包括沒有固定收入者）」、「愛滋篩檢結果為陽性反應」、「自認同志朋友所占來往朋友比例約為 75%」的研究參與者也傾向在「生理健康」層面得分偏低。

第陸節 結論

壹、結論

研究資料顯示這群填答問卷的男同志看起來生理健康狀況算不錯。

不過，跟全國性資料粗略比較，這群填答者風險與保健因子實踐狀況在某些面向則需再關注，例如運動時間與運動次數都低於全國平均，而喝酒與使用娛樂性藥物盛行率遠高於全國性資料。然而一些風險行為（例如、喝酒、娛樂性藥物使用）盛行率看起來比全國性資料都高；但差異分析顯示，其實這些風險行為實踐可能對健康影響卻沒那麼大。反而是社會心理變項（例如被不友善對待、錢不夠的影響）對健康的影響值得我們進一步關注。

可能使男同志生理健康狀況有顯著差異的個人變項主要是「是否曾因身心障礙狀況無法工作」（但是否曾有殘障手冊並沒造成男同志生理健康有顯著差異）及「每月固定收入」。少數個人變項，包括「居住區域」、「宗教信仰」，並沒使男同志生理健康狀況有顯著差異。

但反而是社會心理因素，無論「是否曾被他人不友善對待過」或「是否曾因錢不夠對覓食造成影響」均可能使男同志生理健康狀況有顯著差異。至於曾在伴侶關係中受暴的研究參與者生理健康狀況得分可能偏低。

至於風險行為的從事，從資料看起來，只有「是否喝酒」、「是否以藥助性」會使男同志生理健康狀況有顯著差異。其他風險行為實踐（包括是否吸菸、是否使用過娛樂性藥物）並沒有對生理健康狀況造成顯著差異。

貳、討論

一、關於保健因子的相關討論

（一）運動時間與運動次數

如同文獻回顧所提，在健康相關文獻常被提及的運動行為、運動種類或運動頻率等探討其實較少出現在同志健康文獻中。因此本研究納入此面向，試圖了解男同志運動行為狀況。

基本上，這群研究參與者多有運動習慣。就資料看起來，這群研究參與者運動行為其實算不錯：畢竟平均而言，每週運動約 2.46 次、運動種類約 1.95 類、每次運動時間約 48.39 分鐘。

然而跟國人平均每週運動行為進行粗略比較後，這群研究參與者每週運動量可能仍不算足夠。

此外，如同背景資料所呈現的，這次參與本研究的男同志基本上算偏年輕、學歷偏高。如依照社會大眾一般想像：偏年輕的人應該偏好運動；學歷較高的人應知道運動重要性，因此該會注重運動習慣；那麼這群研究參與者運動行為還略低於國人平均時，則值得繼續關切。

相關分析結果透露：這群參與本研究的男同志「平均每週運動次數」跟「平均每次運動時間」與「自評生理健康」有著達顯著水準的負相關（但與自評心理健康間則沒有出現相關）。這意謂運動次數越多或運動時間越長，自評生理健康分數可能反而越低。這現象其實也與一般對於運動及運動帶來的效果的想像有著極大出入。

（二）過於強調男同志的愛滋篩檢，卻沒注重健康檢查

如前述，研究參與者（28.5%）做過全身健康檢查的比例遠低於做過愛滋病毒篩檢的比例（28.5% vs. 67.8%）。這種相較愛滋病毒篩檢，男同志做過健康檢查比例偏低狀況，再次反應關於男同志健康議題過於集中愛滋，忽略其他健康狀況，的現象。跟國人約略有一半的人每一兩年會做一次全身健康檢查相比，這群研究參與者從事健康檢查的狀況看似更為不足。如果臺灣衛生單位真地關切男同志健康狀況，那也許得關注：為何男同志從事健康檢查的比例偏低，及試著以找男同志從事愛滋篩檢的積極心態，提升男同志從事健康檢查的比例。

此外，雖研究者可找得到國人從事全身健康檢查的資料，但卻無法找到國人約略有多少比例的人曾做過愛滋病毒篩檢的資料。這間接反應臺灣衛生單位可能還是抱持「愛滋是種男同志的病，因此只要找男同志進行愛滋篩檢，卻不找社會大眾進行愛滋篩檢」的心態看待愛滋議題。在這種可能心態運作下，難怪臺灣衛生單位並沒有關注男同志從事健康檢查的情形。

二、刺激性物品使用對健康帶來的影響

文獻顯示：菸、酒、娛樂性用藥使用會影響健康。然而本研究結果相關分析顯示：生理健康得分和所謂刺激性物品使用帶來的風險間看似沒有關連。差異分析顯示：無論是抽菸或娛樂性藥物使用都沒對研究參與者生理健康得分造成有顯著水準的差異。換言之，研究資料顯示刺激性物品使用對男同志生理健康影響可能沒文獻所提的那麼嚴重。

關於這現象，研究者提出幾種可能解釋供參考：

1.刺激性物品使用對男同志生理健康的影響可能真地沒那麼嚴重。是其它還沒被看見的變項存在，才使刺激性物品使用與男同志生理健康間的關係被誤以為很嚴重。

2.參與本研究的男同志可能不是重度刺激性物品使用者，所以研究結果才顯示刺激性物品使用與男同志生理健康間看似沒關連。畢竟在詢問研究參與者「相較其他使用刺激性物品（包括酒、煙及娛樂性藥物）的朋友，自身使用的量是比較少、一樣、或比較多」時，大部份研究參與者都自認為是偏少的；雖然相較 12-64 歲台灣男性，本研究的研究參與者無論是酒、煙或娛樂性藥物使用的比例都看似偏高。

3.參與本研究的男同志可能在社會期許偏誤（social desirability bias）作用下，傾向呈現自己並不是重度使用刺激性物品的人，以求能使自己及男同志社群有良好的社會形象，所以研究結果才顯示刺激性物品使用與男同志生理健康間看似沒關連。

4.重度使用刺激性物品的男同志可能同樣在社會期許偏誤、不確定研究者對刺激性物品使用所持立場、或其他因素作用下，沒參與本研究網路問卷，才使研究資料顯示這種研究結果。

無論上述哪種可能解釋才能真切說明本研究資料顯示刺激性物品使用與男同志生理健康的影響間關係可能沒那麼強；但都再次反應：所謂刺激性物品使用和男同志的生理健康間的關係可能相當複雜，而不能只是簡易地說刺激性物品使用就一定會對男同志健康帶來影響。

除上述討論刺激性物品使用與男同志生理健康間的關係外，研究資料亦顯示：刺激性物品使用可能跟社會支持有一定關係。畢竟當比較酒、菸、娛樂性藥物的使用者與非使用者時，「社會支持」的差異性其實都被呈現出來。

這研究結果反應：如果男同志刺激性物品使用是個該被認真看待或處理的議題，從社會支持面向為切入點處理可能也是個可以思考的方向。

三、關於個人背景變項對健康帶來的差異性的討論

（一）收入不同對健康帶來的影響

這次研究資料顯示：「每月固定收入」不同的研究參與者在「生理健康」（包括自評生理健康、生理健康次量表）、「錢不夠對添購食物的影響」、「出櫃分數」、及「娛樂性藥物使用風險」層面有差異。而且，事後檢定結果指出：收入越低者（在本研究中指的是「每個月收入在 25,000

以下（包括沒有固定收入者）」，其生理健康得分會偏低，「錢不夠對添購食物的影響」也會較大。這資料顯示出：同志貧窮也是值得我們進一步關注的議題。

雖對一般人而言，貧窮會對生理健康造成影響。但在臺灣相關研究中，（男）同志貧窮議題卻還未受到社會，甚至同志社群內部，應有的注意。當男同志周遭朋友偶爾遇到手頭緊的狀況時，不少人會傾向認為這只是個人暫時性狀況。況且，同志看似也好像已被塑造成一種多金、具消費力、自在的階級，是很多商人積極爭取與拉攏的對象。因此，社群內部很少思考或注意貧窮與同志間的關係。雖然趙彥寧已在她的老 T 搬家的文章中，提到女同志與貧窮的現象。

本以為這可能因為不少填答者是學生的緣故，但在控制職業別這因素後，研究者發現到，其實就算在有職業的人當中，這種狀況也不能算不常見。況且也不是所有學生都會因為錢不夠而在覓食狀況受到影響。

由於同志社群可能還未對男同志貧窮議題、及貧窮對男同志健康帶來哪些影響有進一步認識，這也使相關方案未被發展出來，以因應貧窮對男同志健康可能帶來的影響。當然有些男同志可能並不是因為收入偏低才出現「錢不夠對添購食物的影響」，例如花錢時的考量、是否懂得財務規劃等。但見微知著，這資料可能亦反應出同志社群內部也許也該思考與準備同志與財務規劃間的議題。

一些值得未來進一步討論的議題包括：男同志其實包含男性（相對女性，是在職場中比較少受到歧視的階級）及同志兩種身分，那麼在這種狀況下，就業體系中的性傾向歧視如何、以何種形式阻礙了男同志的就業發展或經濟收入？男同志貧窮議題以怎樣的方式影響了生理健康？在談論貧窮對男同志健康的影響時，有哪些保護因子或風險因子會強化或弱化這影響？

四、關於社會心理因素對健康帶來的差異性的討論

「被他人不友善對待的經驗」是討論（男）同志健康議題時，一個很常被提及的風險因子。這次研究資料反映了這種社會事實。如前所述，差異分析結果顯示：被不友善對待的經驗可能對生理健康帶來影響。

這 270 位研究參與者中，71.5%曾因為同志身份，而曾有過上述被他人不友善對待經驗中的至少一種；33.9%填答者曾有兩類以下經驗；但得注意的是：7.8%填答者則曾有七類以上經

驗。這說明了，被他人不友善對待的經驗其實是在臺灣的男同志共有經驗。這也是為何同志機構早已開始改善部分領域的不友善。不過，除積極改善對同志不友善的環境外，也許還得留意那些被迫離家的男同志；及該如何處理或改善這些因素加總後對男同志生理健康的影響。

然而困境亦有可能帶來轉化與成長的契機，那麼除了解男同志被他人不友善的對待經驗外，也許可以更進一步了解在這樣的困境中，為何有些同志可以轉化與成長，進而讓其他同志可以藉此參考。

五、男同志同志網絡的建立與聯繫

如果同志網絡或社群是重要的話，那此次研究資料顯現了另個值得關注的議題：此次研究參與者可能也欠缺適當的同志網絡或與同志社群的連結。畢竟如資料所呈現：近乎一半的研究參與者（50.0%）平常往來的朋友中約有四分之一（或以下）是同志；而將近六成研究參與者（60.7%）認為自己認識的同志朋友數量算「少或很少」。然而，本次研究資料蒐集主要是透過某北區同志中心臉書粉絲專業散發出去，亦即這些研究參與者該是與某北區同志中心有一定程度連結；再加上，這次研究參與者多數居於臺灣北部（相較而言，是臺灣同志資源比較多的淤愈）、年齡偏輕、教育程度算高，因此某種程度而言，大部分研究參與者不能不算是沒有同志網絡或與同志社群連結算低的人。那麼，在這種狀況下的研究參與者如果都還自認自己認識的同志朋友數量算「少或很少」的話，又何況是其他處境的男同志。

這資料反應了：如何協助男同志發展同志網絡、強化與同志社群的連結，進而促使同志生理健康，仍是值得持續努力的議題。

參、研究限制

一、網路取樣帶來的限制

- （一）無法採用隨機抽樣。
- （二）年齡偏低、學生比例偏高、大部分的人住在北部。
- （三）沒接觸到不使用網路、或不是某北區同志中心臉書粉絲專業使用者的男同志。

二、問卷設計帶來的限制

- (一) 問卷過長（將近 100 題），使有些人可能沒意願填答完畢。
- (二) 由於問卷過長，因此在採用某些量表時，只好從中挑某些題向，無法完全採用原量表。
- (三) 由於本次研究想探看男同志個人背景變項、社會心理因素變項、健康行為及風險行為變項，對心理健康可能的影響；在要探看的面向過多的狀況下，可能出現每個面向測量指標其實仍不是很周延的狀況。

肆、建議

一、相關健康調查中納入性傾向變項

如前所述，研究者在解讀這次研究資料時，常只能以其它研究資料的結果進行簡略的比對，以大概了解參與這次研究的男同志，與整個臺灣社會大眾，在健康行為、風險行為、心理健康等面向的差異性，進而了解性傾向的不同可能對男同志帶來怎樣的影響。這也說明如果相關健康調查研究可以加入性傾向這個變項，以能更精準掌握到性傾向的不同對各種面向健康議題會造成怎樣的差異。

二、不同地區男同志健康狀況的了解

也由於本次研究參與者言大部分的人來自於北部，因此可能對不同地區男同志健康狀況的了解也有所限制，因此建議未來相關研究者可以試著單單以某地淤的男同志為主要調查對象，以能對該地區男同志健康狀況有更清楚的掌握。

三、關於風險行為對男同志健康的影響

如前所述，刺激性物品使用與男同志心理健康間的關係其實可能相當複雜。因此希望未來的研究者可以進一步細膩探看刺激性物品使用與男同志健康間可能有著怎樣的關連或影響。並進一步澄清相關的保護因子及風險因子。

參考書目

- Austin, A., Herrick, H., & Proescholdbell, S. (2016). Adverse Childhood Experiences Related to Poor Adult Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *American Journal of Public Health, 106*(2), 314-320. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2015.302904>
- Benotsch, E. G., Martin, A. M., Koester, S., Cejka, A., & Luckman, D. (2011). Nonmedical use of prescription drugs and HIV risk behavior in gay and bisexual men. *Sexually Transmitted Diseases, 38*(2), 105-110.
- Blackwell, C. W. (2011). Reducing Alcohol Abuse in Gay Men: Clinical Recommendations From Conflicting Research. *Journal of Social Service Research, 38*(1), 29-36. doi: 10.1080/01488376.2011.583836
- Boehmer, U. (2002). Twenty years of public health research: Inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *American Journal of Public Health, 92*(7), 1125-1130.
- Buhi, E. R., Marhefka, S. L., & Hoban, M. T. (2010). The State of the Union: Sexual Health Disparities in a National Sample of US College Students. *Journal of American College Health, 58*(4), 337-346.
- Bybee, J., Sullivan, E., Zielonka, E., & Moes, E. (2009). Are gay men in worse mental health than heterosexual men? The role of age, shame and guilt, and coming-out. [Article]. *Journal of Adult Development, 16*(3), 144-154. doi: 10.1007/s10804-009-9059-x
- Cant, B. (2006). Exploring the implications for health professionals of men coming out as gay in healthcare settings. *Health & Social Care in the Community, 14*(1), 9-16. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00583.x
- Carr, S. (2010). Seldom heard or frequently ignored? Lesbian, gay and bisexual (LGB) perspectives on mental health services. *Ethnicity & Inequalities in Health & Social Care, 3*(3), 14-23.
- Conron, K., Mimiaga, M., & Landers, S. (2010). A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *American Journal of Public Health, 100*(10), 1953-1960.
- Cruikshank, M. (1992). *The gay and lesbians liberation movement*. New York: Routledge, Chapman & Hall.
- Culley, L. (2010). Exclusion and inclusion: Unequal lives and unequal health. *Journal of Research in Nursing, 15*(4), 299-301.
- Filiault, S., Drummond, M., & Smith, J. (2008). Gay men and prostate cancer: Voicing the concerns of a hidden population. *Journal of Men's Health, 5*(4), 327-332.
- Fraser, M. W. (1995). Violence overview. In R. L. Edwards (Ed.), *Encyclopedia of social work (19th ed.)* (pp. 2453-2460). Washington, D. C.: National Association of Social Workers.
- Gallor, S. M., & Fassinger, R. E. (2010). Social Support, Ethnic Identity, and Sexual Identity of Lesbians and Gay Men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 22*(3), 287 - 315.
- Greenwood, G. L., & Gruskin, E. P. (2007). LGBT tobacco and alcohol disparities. In I. H. Meyer &

- M. E. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations* (pp. 566-583). New York: Springer.
- Gruskin, E. P., & Gordon, N. (2006). Gay/Lesbian sexual orientation increases risk for cigarette smoking and heavy drinking among members of a large Northern California health plan. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC Public Health*, 6, 241. doi: 10.1186/1471-2458-6-241
- Herzer, M. (1985). Kertbeny and the nameless love. *Journal of Homosexuality*, 12(1), 1-26.
- Hunter, S., Shannon, C., Knox, J., & Martin, J. I. (1998). *Lesbian, gay, and bisexual youths and adults: Knowledge for human services practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., & Keyes, K. M. (2010). Responses to discrimination and psychiatric disorders among Black, Hispanic, female, and lesbian, gay, and bisexual individuals. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1477-1484.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Xuan, Z., & Conron, K. J. (2012). Disproportionate exposure to early-life adversity and sexual orientation disparities in psychiatric morbidity. [Article]. *Child Abuse & Neglect*, 36(9), 645-655. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.07.004
- Mustanski, B. P., Garofalo, R. M. M., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2426-2432.
- Ortiz-Hernández, L., Tello, B. L. G., & Valdés, J. (2009). The association of sexual orientation with self-rated health, and cigarette and alcohol use in Mexican adolescents and youths. *Social Science and Medicine*, 69(1), 85-93.
- Parsons, J. T., Vial, A. C., Starks, T. J., & Golub, S. A. (2013). Recruiting Drug Using Men Who Have Sex with Men in Behavioral Intervention Trials: A Comparison of Internet and Field-Based Strategies. *AIDS and Behavior*, 17(2), 688-699. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-012-0231-0>
- Pitts, M., Couch, M., Croy, S., Mitchell, A., & Mulcare, H. (2008). Health service use and experiences of transgender people: Australian And New Zealand perspectives. *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review*, 5(3), 167-176.
- Reif, S., Golin, C., & Smith, S. (2005). Barriers to accessing HIV/AIDS care in North Carolina: Rural and urban differences. *AIDS Care*, 17(5), pp.
- Rosario, M., Hunter, J., Maguen, S., Gwadz, M., & Smith, R. (2001). The Coming-Out Process and Its Adaptational and Health-Related Associations Among Gay, Lesbian, and Bisexual Youths: Stipulation and Exploration of a Model. *American Journal of Community Psychology*, 29(1), 133-160. doi: 10.1023/a:1005205630978
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2006). A Model of Sexual Risk Behaviors among Young Gay and Bisexual Men: Longitudinal Associations of Mental Health, Substance Abuse, Sexual Abuse, and the Coming-Out Process. *AIDS Education and Prevention*, 18(5), 444-460.

- Ryan, C., & Gruskin, E. (2006). Health concerns for lesbians, gay men, and bisexuals. In D. F. Morrow & L. Messinger (Eds.), *Sexual orientation and gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual, and transgender people* (pp. 305-342). New York: Columbia University Press.
- Schope, R. D. (2005). Who's afraid of growing old? Gay and lesbian perceptions of aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(4), 23-39. doi: 10.1300/J083v45n04?03
- Snead, M. C. (2007). Health, self-rated. In G. Ritzer (Ed.), *The Blackwell encyclopedia of sociology* (pp. 2085-2086). Malden, MA: Blackwell.
- Snyder, J. E. (2011). Trend Analysis of Medical Publications About LGBT Persons: 1950–2007. *Journal of Homosexuality*, 58(2), 164-188. doi: 10.1080/00918369.2011.540171
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67(3), 351-357.
- Swigonski, M. E. (2006). Violence, hate crime, and hate language. In D. F. Morrow & L. Messinger (Eds.), *Sexual orientation and gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual, and transgender people* (pp. 364-383). New York: Columbia University Press.
- Willoughby, B. L. B., Lai, B. S., Doty, N. D., Mackey, E. R., & Malik, N. M. (2008). Peer crowd affiliations of adult gay men: Linkages with health risk behaviors. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(4), 235-247. doi: 10.1037/1524-9220.9.4.235
- Wolitski, R. J., Valdiserri, R. O., & Stall, R. (2008). Health disparities affecting gay and bisexual men in the United States: An introduction. In R. J. Wolitski, R. Stall & R. O. Valdiserri (Eds.), *Unequal opportunity: Health disparities affecting gay and bisexual men in the United States*. New York: Oxford University Press.
- 柯乃熒, 鍾信心, 章順仁, & 葛應欽. (1996). 自我效力、自覺愛滋病威脅及其性行為之相關：南臺灣 108 例男同性戀之分析. [The Relationship between Self-Efficacy, Perceived AIDS Threat, and Sexual Behaviors: Analysis of 108 Male Homosexuals in Southern Taiwan]. *護理研究*, 43(1), 285-297.
- 徐淑婷, 柯乃熒, 薛克利, 葉明莉, & 文榮光. (2000). 臺灣地區男同性戀與男異性戀之性行為比較：個案對照研究. [Comparison of Sexual Behaviors between Male Homosexuals and Male Heterosexuals in Taiwan]. *長庚醫學*, 23(5), 267-276.
- 張新儀, 邱淑媿, & 康熙洲. (2011). 「國民健康訪問暨藥物濫用調查」結果報告. 2009 年. 苗栗縣竹南鎮：國家衛生研究院.
- 莊徵華. (1994). 同性戀者之流行病學研究. 臺北：行政院衛生署科技發展計畫研究報告.
- 劉達臨, & 魯龍光. (2005). *同性戀性史*. 臺北市：柏室科技藝術