

羅一鈞 洪健清

台大醫院 內科部感染科

愛滋病毒感染的早期檢驗與診斷是相當重要的公共衛生議題，然而愛滋病毒檢驗有其實務上的敏感性。2007年經立法院修正通過的『人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例』規定醫事人員應經當事人同意及諮詢程序，始得抽取當事人血液進行人類免疫缺乏病毒檢查。如何進行愛滋諮詢，是醫師與患者共同面對的挑戰。醫師需要接受更多關於愛滋諮詢的訓練，以減輕進行諮詢時的焦慮不安，提升溝通的技巧，熟悉如何主動轉換話題至愛滋危險因子討論，妥善選擇談話的空間環境，並瞭解如何處理尷尬時刻。透過實例的演練，使醫師能更自信地為患者進行愛滋諮詢。

### 前 言

愛滋病毒感染者總數，近年來在台灣有快速上升的趨勢。根據疾病管制局的統計，至民國 96 年 11 月底，全台灣累積共有 15,506 名愛滋病毒感染者，其中 4,255 名為愛滋發病者。在『藥癮愛滋減害計畫』的努力之下，2007 年的新增愛滋病毒感染人數較去年大幅下降，針對靜脈毒癮者的防治策略明顯奏效，但是性行為傳染途徑的愛滋病毒傳染，今年依然持續增加中。未來台灣可能會再度回到過去的狀況，是以同性間性行為與異性間性行為為主的愛滋流行病學。

靜脈毒癮者感染愛滋病毒，絕大部分是在警局、監所或勒戒所抽血發現，發現時多為感染早期。透過性行為途徑的愛滋病毒感染，若急性感染症狀未就醫，或是以急性感染症狀就醫但未被醫師診斷，感染者本身亦未接受匿名篩檢或其他例行篩檢，往往經過多年不自知已感染，而以發病症狀就醫才獲得診斷。愛滋病毒感染的延遲診斷，一方面會增加愛滋病毒傳播的機會，一方面患者的併發症與死亡率都升高，同時加重了政府醫療支出的負擔。因此，如何早期檢驗、診斷愛滋病毒感染，實為一項重要的醫療衛生議題。

### 愛滋諮詢的法律依據

不可諱言的，愛滋病毒檢驗有其實務上的敏感性。由於社會對愛滋病毒感染者加諸的歧視與偏見，以及愛滋病毒感染本身的疾病嚴重性，除了捐血篩檢或其他少數強制篩檢之例外情形，醫療同仁要為患者檢驗愛滋病毒，必須經患者同意，且需有良好的諮商程序作為配套。2007 年七月經立法院修正通過的『人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例』，第十五條即明文規定：『醫事人員…應經當事人同意及諮詢程序，始得抽取當事人血液進行人類免疫缺乏病毒檢查。』該條例第二十三條則規定了罰則：『違反第十五條…處新台幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。』

雖然新法保障當事人不可被任意檢驗愛滋病毒，臨床仍不乏遭遇到患者在不知情的狀況下，被醫療同仁檢驗愛滋病毒的實例。一方面新法實施不久，亟待媒體與醫界宣導此一重要的法條修正，以免同仁誤觸法網，另一方面，眾多醫療同仁對愛滋病現況不瞭解，對愛滋諮商不熟悉，甚至對愛滋病毒感染者仍抱持著誤解

或恐懼，都將使愛滋病毒檢驗陷入實務上的執行困境。在急診處、病房或各科照會場合，『如何和患者討論愛滋病毒感染檢驗？』已成爲感染科醫師與感染控制師常被詢問的問題。因此本文特別針對此一尷尬的議題進行討論。

## 醫病之間--愛滋諮詢現況

具有不安全性行爲或靜脈毒癮等危險因子的民眾不在少數，國外統計指出，具有上述危險因子的民眾有 90% 每年至少會就醫一次[1]。負責第一線照顧的醫師很少會主動詢問病人與愛滋病毒感染相關的危險因子。研究指出，在造訪第一線照顧的醫師門診時，醫師會與患者討論愛滋病毒感染的比例不到 1%[2,3]，然而 90% 以上的患者認爲性關係是醫療照顧應詢及的重要資訊[4]，而有接近一半的患者願意和醫師討論愛滋病毒感染的相關議題[5]。

醫師和患者，正如社會上的大多數民眾一樣，對於討論愛滋病的議題感到不安[6]。討論愛滋病毒感染，會佔用醫師額外的看診時間，更重要的是，在討論危險行爲時，醫病雙方都可能需面對尷尬的對話與患者複雜的家庭社會問題。醫師擔心自己無法妥善應對患者所有的問題，在患者面前顯示出本身專業的不足。患者則通常不願主動詢問醫師愛滋病相關問題，認爲醫師會主動在適當時機提出詢問。在雙方各自的顧忌之下，診間中許多可討論愛滋病的機會就這樣徒然喪失了[7]。

## 愛滋諮詢技巧

大多數的患者期待醫師會主動詢問愛滋病相關問題，在看診時，醫師往往不曉得如何自然地將話題轉換至此一領域，特別是在患者沒有直接與愛滋病毒感染相關的症狀時[8]。國外的學者建議，可以採用例行問題，例如：『因爲現在愛滋病滿普遍的，我總會固定詢問每一位患者是否會擔心感染愛滋病毒，請問您是否會擔心有愛滋病毒感染呢？』這樣的開場白，可以減輕醫師與患者雙方討論此議題的恐懼和焦慮，幫助患者更自然地表達自己的想法[8]。

另一項討論愛滋相關議題時很重要的，是討論場合的空間環境是否讓醫師與患者雙方都感到心安。以目前國內看診的環境，診間若不上鎖，常有其他患者或家屬會自行闖入，很難讓患者覺得安心透露自己的隱私。因此討論愛滋相關議題時，應比照替患者進行隱私部位的身體檢查，將診間上鎖，除了阻絕外界的干擾外，也是以行動明示對患者的尊重。

在病房與患者討論時，若患者不是住在單人房，最好找到獨立且較不受外界干擾的空間，例如會談室、教室，讓雙方都可坐下進行討論。切忌在多人雜處的環境下進行，以免使患者擔心『隔牆有耳』而陷入焦慮尷尬的局面，將嚴重破壞醫病關係。

討論愛滋感染相關危險因子時，特別是性行爲模式，患者常因尷尬而會用一些語意不明、模稜兩可的字眼，例如：『還好啦』、『應該沒問題』、『都滿安全的吧』等等，醫師若不澄清患者的確切語意，往往會自己產生出錯誤的詮釋。善用一些簡短但具有澄清效果的問句，可以釐清患者話中真正的含意，例如：『您所謂的『還好』，意思是…』、『可以請您講得更清楚一點嗎？』、『您可以舉個例子給我聽嗎？』。經

過這樣的澄清問句，醫師常常會從患者口中獲得意想不到的答案，患者覺得醫師具有同理心，醫師則可掌握患者更明確的資訊，有助與拉近醫病雙方之間的距離。

## 尷尬時刻的處理

在醫病雙方進行愛滋相關討論時，不可避免的會遭遇尷尬的時刻，醫師或患者顯露出不安、困窘、緊張，使得對話的順暢度大幅減弱，醫師若無法妥善處理尷尬時刻，往往就會改變話題，提前中止既有的討論[8]。尷尬時刻常發生的原因包括：不適當的幽默、不適當的雙關語、先入為主的問句或陳述、突兀的轉折、主導式的問法、不自然的沈默等等。

醫師的肢體語言也可能影響到患者的感受。例如有醫師在詢問患者的性行為時，不自覺的搖頭、避免與患者視線交集，或是轉身背對患者，這些小動作可能讓患者產生負面的感受。若醫師在患者理學檢查翻開病人衣物時，或是檢查患者私處時，詢問患者的性行為，也會讓患者感到不安與恐懼。醫師應盡可能避免上述的情形發生。

如何有效的處理尷尬時刻？同理心、微笑、暫時離開主題，是幾種有助於減輕彼此焦慮的策略，讓醫師與患者能堅持下去繼續進行討論。醫師需留意澄清患者一些語意含糊的陳述，拼湊患者對話中零碎的片段加以連貫，並且能將患者拉回主題並繼續討論愛滋相關的議題。使用『您有特別擔心什麼嗎？』、『您有什麼想問的問題嗎』這樣的問句，可以讓患者有機會表達自己關注的問題，藉此能針對患者個人，進行更多的細節討論。

## 愛滋諮詢實例與說明

以下提出幾個不適當的愛滋諮詢實例及說明，供讀者參考。

### 實例一：突兀的開場白

• 醫生：因為您有發燒、喉嚨痛的症狀已經超過一個星期，我會開退燒藥和止痛藥給您。嗯。(暫停)所以，您是否會和同性發生過性關係呢？

• 病人：沒有。(心中疑惑：其實我會和同性發生過性關係，可是醫生為什麼會突然問這樣的問題呢?)

醫生：您是否有其他可能感染愛滋病的危險因子呢？• 病人：應該沒有吧。(猶豫：原來醫生是要問愛滋病，我要不要老實說呢？可是剛剛已經跟醫生否認過了，現在說實話醫生會不會生氣呢?)

此對話中的醫生，以突兀的方式開始了性行為的討論，患者並不能瞭解為何醫生會突然討論此一議題，在猜疑的過程中，患者先隨便給了一個答案，當發現醫生其實是要問愛滋的危險因子時，患者常因恐懼醫師會惱怒，只好繼續圓謊下去，醫病雙方錯失了深入討論的好機會。

較佳的方式，是醫生在詢問性關係前，先說明為何要進行此一討論。例如說：『您的症狀可能是一般的感冒，但也有可能是不尋常的病毒感染，其中包括愛滋病毒在內，您是否聽過愛滋病毒呢…因為和您的症狀也許有關，想要請問您一些比較隱私的問題…』，讓患者能逐步地從醫生的解釋中，了解醫生是出於對患者健康的考慮，才詢問性行為等愛滋相關的問題。上述的對話裡，醫師只是多花了幾十秒的時間解釋，卻

可以讓患者充分瞭解、安心，願意向醫師透露自己真實的隱私資料。

### 實例二：不適當地處理尷尬時刻

醫生：您是否每次都使用保險套呢？

- 病人：沒有，沒有每一次，有時候沒有。
- 醫生：有時候沒有。
- 病人：嗯，對。(心中疑惑：為什麼醫生重複我的話？是他覺得我有時候沒用保險套，很不應該嗎？)  
(病人打探醫生的表情，然而醫生只是低頭沈默不語。此時陷入尷尬時刻)(三十秒鐘後…)
- 醫生：喔，對了，您說您有抽煙的習慣。

病人：喔，對，沒錯。(疑惑：醫生為什麼忽然轉移話題？他果真是認為我沒用保險套，很不應該。下次我還是講些醫生希望聽到的話好了。)

此對話原本進行順利，但先因醫生重複患者的話語，讓患者產生多餘的聯想，隨後不自然的沈默，又讓尷尬加深，使醫病雙方都陷入焦慮與不安。而醫生選擇轉換至毫無關連的話題，讓患者猜測醫生對自己的陳述產生負面的評斷，而決定為了討好醫生做出讓步。倘若此對話主題後來再度轉回性行為，患者的陳述也將不再完全真實。

醫病對話難免會有尷尬時刻，不自覺的重複患者話語，或是因勞累分心而突然陷入沈默，有時無可厚非。較恰當的挽救方式，仍然是要堅持著原來的對話脈絡，以同理、微笑等方式應對，而非全然轉換到關連性甚低的話題。例如在沈默的時刻開口說：『有時沒使用保險套，從醫生的角度來看是滿危險的，我擔心您會不會因此傳染到別人身上的疾病，不曉得您沒使用保險套的比率，大概有多高呢？』或是先以微笑打破僵局，說：『有時候沒使用保險套，也是難免的，不曉得您是在什麼場合，或是跟什麼對象發生性關係時，比較會沒使用保險套呢？』以這樣的方式挽救尷尬時刻，就能讓患者重新感受到醫師的關心，因此釋懷並且繼續保持誠懇對話。

### 實例三：未澄清的含糊語意

- 醫生：我想要跟您討論比較敏感的話題。
- 病人：我想我在那方面滿安全的。
- 醫生：喔，那就好。……您最近的性關係安全嗎？
- 病人：最近比較好一點。
- 醫生：喔，OK，那這方面我就不多問了。

上述的兩段對話中，病人使用了一些主觀且語意不明的字眼作為回答，例如『這方面滿安全的』、『最近比較好一點』，這些字眼究竟代表何種意義？醫師沒有進一步追根究底，澄清病人真正的想法，根據病人含糊的回答就認為病人確實有安全的性關係。事實上，常常病人因不擅於應對，會先用隱晦的回答試圖逃避直接陳述，當醫師繼續探詢下去時，才發現病人真正的答案其實可能是：『我和網友約出去發生性關係時都一定會使用保險套，但是和男友發生性關係時就不會。』、『最近一個月因為新交往的女友要求，我都使用保險套，可是更早之前就沒使用過。』

善用一些具有澄清效果的問句，有助於釐清病人真正的想法。例如：『您所謂那方面滿安全的，是什麼意思呢？』『我不是很清楚您的意思，可以請您說的更詳細一點嗎？』『您可以舉例說明嗎？』這樣能讓醫師與病人的對話能更明確、更深入。

#### 實例四：破碎的語言

- 醫生：我想要跟您討論一些重要的事情，比如說，嗯，…(暫停)，嗯，其實是，…(再度暫停)，您目前還是單身，對嗎？喔，不好意思，忘記跟您說，我們所談的都是一定會保密的。就是…(三度暫停)
- 病人：嗯。醫生您的意思是…(病人疑惑為何醫生欲言又止？開始坐立難安。)
- 醫生：嗯，(暫停)…，我只是想跟你討論有關於性關係的部分。(再度暫停)…喔，我不會把這些東西寫在病歷上。
- 病人：醫生您究竟是想要問我什麼呢？(病人顯露出恐懼的表情)

此對話中，醫生的話語斷斷續續，而且經常穿插臨時的想法，使病人無法抓到醫生問話的本意，反而因為破碎的語言產生焦慮不安。雖然醫生穿插臨時想法的用意是良善的，希望讓病人安心，不會透露對話中的隱私，但過份強調保密，反而讓病人對於要討論的內容產生恐懼。

事實上，牽涉性關係的對話，原本就不是一般日常生活中會遭遇到的，對醫師來說，也非一般醫病溝通時的常用話語。醫師平時需要演練的機會，才能在真正需要討論性關係議題時，能自信的提問與應對。

#### 結語

台灣的爱滋病毒感染仍逐年持續增加中，雖然爱滋病的藥物療法已經有很大的進展，爱滋病毒感染的防治，仍有許多待努力的空間。台灣的民眾就醫頻率高，醫師若能與患者討論敏感議題例如違禁藥品使用、性行為，有助於幫助患者瞭解自己感染爱滋病毒的風險，從而使患者改變危險行為，防範自己感染相關疾病。新法實施後，醫師需經患者同意與諮詢程序，才能為患者檢驗爱滋病毒。一個流暢的爱滋諮詢，平均只多花醫師三分鐘的時間，醫師實有必要加強自己爱滋諮詢的技巧與演練，醫學院、教學醫院與各科醫學會也應增設爱滋諮詢的課程，使醫學生、住院醫師與專科醫師都能具備爱滋諮詢的能力。

#### 參考文獻

- 1.Samet JH, Winter MR, Grant L, et al: Factors associated with HIV testing among sexually active adolescents: a Massachusetts survey. Pediatrics 1997;100:371-7.
- 2.Gemson DH, Colombotos J, Elinson J, et al: Acquired immunodeficiency syndrome prevention. Knowledge, attitudes, and practices of primary care physicians. Arch Intern Med 1991;151:1102-8.
- 3.Makadon HJ, Silin JG: Prevention of HIV infection in primary care: Current practices, future possibilities. Ann Intern Med 1995;123:715-9.

4. Ende J, Rockwell S, Glasgow M: The sexual history in general medicine practice. *Arch Intern Med* 1984;144:558-61.
5. Epstein R: Patient attitudes and knowledge about HIV infection and AIDS. *J Fam Pract* 1991;32:373-7.
6. Epstein RM, Frarey L, Beckman HB: Talking about AIDS. *AIDS Patient Care STDS* 1999;9:545-53.
7. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, et al: Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. *AIDS* 2007; 21:1617-24.
8. Epstein RM, Morse DS, Frankel RM, et al: Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. *Ann Intern Med* 1998;128:435-42.