

國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis



愛滋病個案管理師管理技巧及其與感染者關係初探—

以輔導感染者自我健康為例

Exploring How HIV/AIDS Case Managers
Manage Clients and Their Professional Relationship:
Take Guiding Clients' Self-Care as an Example

潘柏翰

Bo-Han Pan

指導教授：陳端容 博士

Advisor: Duan-Rung Chen, Ph.D.

中華民國 104 年 02 月

February, 2015

誌謝〈借來的時間¹〉

這本論文我要獻給天上及人間²。獻給已在天上的丁志音老師。老師於 2014 年 8 月辭世，在那之前是老師的陪伴與教導引領我。在撰寫誌謝的此刻，我都慚愧沒能在老師闔上眼前完成論文。沒有老師一路的相伴就沒有這本論文。

獻給人間則有太多太多與這本論文相關的人都將他們的時間借給了我。首要感謝的是在論文中無法以真名示人的個管師與感染者們，個管師們在百忙之中抽空與我分享擔任個管師的各種體會與感受。我還記得好幾度訪談完離開醫院的途中，心中總覺得沈甸甸。最令我印象深刻的除了與論文相關的訪談內容外，便是種種與死亡交織的故事。謝謝感染者們無私地與我分享他們和個管師相處的點滴，以及他們的人生如何因為疾病有各種發展與變化。你們是最勇敢的人。謝謝乃熒與道詮師在口試時給予的意見，特別是自我大學三年級就認識的道詮師所給予的幫助，我實在不曉得能如何報答。

在學院的日子我要謝謝陳端容老師願意接續丁老師的指導工作，以及端容老師研究室的同學們，特別是安祺在專題討論的行政支援。在丁老師研究室時則要謝謝子翔、民浩學長與芳盈學姊，特別是民浩學長在丁老師狀況不佳時就像是研究室的大哥哥一樣照顧我。行政協助則是宜娟與所辦的三位姊姊（怡君、曉蓉、詩琴），特別是宜娟總是笑臉迎人地解決了我的問題。研究倫理審查則感謝雅文師及其助理怡欣的協助。謝謝權促會與露德協會協助張貼徵求受訪者的文宣。同儕則要謝謝早我一學期畢業的 r01 級同學們，特別是曾在專題討論給意見或是評論。師長則要謝謝阿夏、凱文、小黃，以及宜靜老師在我撰寫論文的過程給予不同角度的意見，尤其是身兼所長的阿夏老師總是不厭其煩地接受我的打擾。謝謝丁老師質性研究與健康照護課堂的同學們（明叡、龍玉、文倩、仲宜、恆豪），特別是龍玉在我研究一開始聯繫個管師時的協助，以及撰寫論文過程中總是為我加油打氣。明叡對政治哲學的熱情其實也悄悄啟發了我。

於私人情感則是養育我至今的爸媽讓我能無後顧之憂地將碩士學位完成，特別是媽媽儘管總是不理解我在忙什麼仍願意默默支持。謝謝旺達從我大學四年級一路的陪伴，才使我不孤單。以下提及的這些朋友則在我論文從發想到寫作過程中，在生理或精神上提供支持：詩雯、藍藍、夜盲、加加、小三、蚯蚓、都吉、廷浩、弘昌、小白、小霍、熊、君霖、小明、鈞瑜、哆啦、子策，與你們相處的時候都是最美的時光。

柏翰
於 606 研究室

¹ 標題借自保羅·莫奈（Paul Monette，1945-1995）記錄其愛人羅杰因愛滋病過世的回憶錄《借來的時間—愛滋病患的追思錄》（Borrowed Time）。臺北：允晨文化。

² 「獻給天上及人間」借自晶晶書庫前負責人賴正哲《去公司上班》一書的序標題。

摘要

背景：政府自 1997 年免費提供三合一高效能抗反轉錄病毒療法（highly active antiretroviral therapy，簡稱 HAART，俗稱雞尾酒療法）讓愛滋病毒感染者（以下簡稱感染者）服用後，感染者在規律服藥的情形下，其平均餘命逐年增加，生活型態也與其他慢性病患者無異。近年來感染者面臨多樣且複雜的照顧與資源需求，也期望降低愛滋病毒合併梅毒或 C 型肝炎的傳染率，感染者的生活就成了公共衛生部門亟需關切與介入的對象。臺灣衛生福利部疾病管制署（以下簡稱疾管署）自 2007 年起實施愛滋病個案管理計畫（以下簡稱個管計畫），目前已有不少學術研究從結果面（如感染者的生理或健康狀態）來評估此計畫的成效。在此同時我們亦不能忽略個管師作為計畫中的能動者（agent）對感染者的影響。個管師如何從一開始與感染者建立關係，到後續輔導感染者的自我健康管理，都與個管師的技巧以及雙方間的專業關係息息相關。

目的：從微觀互動的層次來探索個管師與感染者互動時的策略或技巧，與既有行為理論中的哪些面向有所呼應。其次，了解雙方間關係的維繫除了理解專業關係如何影響感染者，也可知道該維繫怎麼樣的專業關係才有助於感染者的健康。

方法：本研究為針對個管計畫中個管師與感染者互動情形的探索型研究。我採取深度訪談法來收集研究資料，以滾雪球抽樣（snowball sampling）訪談了 13 位任職於北部地區愛滋病指定醫院或地方衛生局的愛滋病個管師，與 10 位居住在臺灣北部地區的感染者。訪談內容由研究者將錄音檔內容聽寫轉錄成逐字稿後，依據 Strauss 和 Corbin（1997）提出的開放性譯碼（open coding）原則來分析資料。

結果：研究主要發現有：（1）個管師（特別是醫療院所）會運用大量的會談技巧來與感染者建立專業關係，初期建立專業關係時主要透過「噓寒問暖」、「開放式問句」、「反映式傾聽」與「建立框架」來獲取感染者的信任，並營造讓感染者願意訴說的環境。（2）在協助感染者行為改變與服用雞尾酒療法方面，個管師多著眼於強化感染者的認知。針對前者採取「利己觀」的立場，並以感染者的免疫或是疾病負擔作為訴求；服用雞尾酒療法則接近既有行為理論中的行為（學習）理論，藉由創造或形塑感染者的前因（antecedent）來讓感染者規律服藥（3）個管師與感染者間的專業關係會因為疾病的性質、藥物的發明等因素，使得專業關係的性質在時、空間、權力關係，以及信任程度面向較為彈性。（4）個管師與感染者間的專業關係會受到信任程度的影響而朝向親近或疏遠化發展。

結論：不論是哪一場域的個管師與感染者互動時都會運用大量的會談技巧，然而不同場域間的技巧純熟度有別，建議未來在個管師任職前應提供相關訓練。個管師在協助感染者提升服藥順從時的策略較為接近行為學習理論，不過感染者身體對藥物的感受或想法仍較少在共同討論藥物時獲得重視。雙方間的專業關係在性質與規範上會隨著互動情形與信任程度而彈性變化，特別是關係疏遠化時彰顯了個管師在個管計畫中的位置與重要性。

關鍵字：愛滋病個案管理計畫、專業關係、個案管理師、會談技巧

Abstract

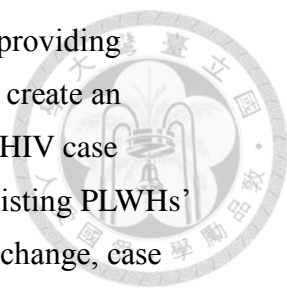
Background: Since the highly active antiretroviral therapy (HAART, also known as ART: antiretroviral therapy) was introduced and freely provided for people living with HIV/AIDS (PLWH) by the government in 1997. People who take HAART on a regular basis have prolonged their life expectancy, and their lifestyles are similar to patients with other chronic diseases accordingly. Multiple and complex needs of care and resources of PLWH have been concerned and intervened by public health sector, along with the expectation of reducing transmission rates of HIV along with syphilis or hepatitis C virus.

The HIV Case Management Program (HIVCMP) has been launched by Centers for Disease Control in Taiwan since January 2007, many research has been done to assess effects of this program's outcomes (such as physical or health status of PLWHs). Simultaneously, we cannot neglect HIV case managers as important agents in the program and their influence on PLWHs. How HIV case managers establish contact with and assist PLWHs' self-care management is closely related to HIV case managers' skills and professional relationship.

Objectives: This study is to explore strategies or skills when HIV case managers interact with PLWHs, and to examine behavior theories corresponding to these strategies. Furthermore, understanding how HIV case managers establish contact with PLWHs helps us to comprehend how professional relationship influences PLWHs, and what kind of professional relationship is beneficial for PLWHs' health.

Methods: This study was an exploratory study focusing on situations where HIV case managers and PLWHs interact. Data were collected by in-depth interviews. By means of snowball sampling, 13 case managers working in AIDS assigned hospitals and local health bureaus and 10 PLWHs living in Northern Taiwan were selected and interviewed. The sound-recording interview data were transcribed into verbatim draft and followed by open coding principle proposed by Strauss and Corbin (1997) to analyze data.

Results: The main findings of this study as follows: (1) HIV case managers (especially those who work in AIDS assigned hospitals) use a great amount of interview skills to establish professional relationship with PLWHs. The skills of



“social conversation”, “open question”, “reflexive listening”, and “providing framework” are used to at the initial stage to earn PLWHs’ trust and create an environment where PLWHs are willing to make self-disclosure. (2) HIV case managers concentrate on strengthening PLWHs’ cognition when assisting PLWHs’ behavior change and use of HAART. In assisting PLWHs’ behavior change, case managers adopt an egoistic-oriented standpoint, along with PLWHs’ immunity or disease burden as argument. HIV case managers create or form PLWHs’ antecedents to help them take HAART, which is similar to behavioral learning perspectives. (3) Due to the characteristics of HIV, the invention and effects of HAART, the professional relationship between HIV case managers and PLWHs is flexible in time, space, power relationship and degree of trust. (4) The professional relationship between HIV case managers and PLWHs becomes more intimate or remote depending on degree of trust in their professional relationship.

Conclusion: HIV case managers use a great amount of interview skills in every field. However, the proficiency of skills varies within case managers in different field. Therefore, this research suggests that providing related training before working as a HIV case manager is crucial. The strategies that case managers use when assisting PLWHs’ use of HAART is similar to behavioral learning theory. However, the experience and ideas of PLWHs who take HAART receive less attention when case managers and PLWHs discuss about HAART. The property and norms of professional relationship between HIV case managers and PLWHs vary with interaction and degree of trust between them. When the professional relationship is remote, the importance and role of HIV case managers in the program is especially significant.

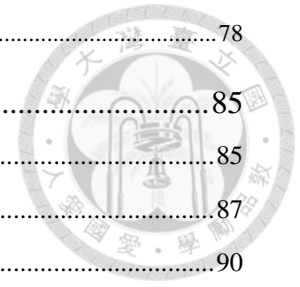
Key Words: *HIV case management program (HIVCMP), professional relationship, HIV case manager, interview skill*

目錄



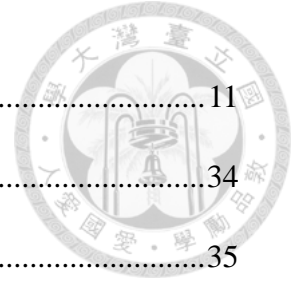
第一章 導論	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究問題與目的.....	5
第二章 文獻回顧	6
第一節 個案管理：定義與發展.....	6
第二節 愛滋病個案管理計畫.....	9
第三節 個案工作技巧.....	13
第一項 建立專業關係.....	13
第二項 專業關係的發展.....	14
第三項 治療作為預防.....	15
第一款 服藥順從性.....	17
第二款 行為介入的策略.....	18
第四節 衛生教育.....	21
第五節 個案管理作為一種社會控制.....	23
第三章 研究設計	25
第一節 研究方法與抽樣.....	25
第二節 研究倫理.....	28
第三節 研究分析.....	31
第四章 研究結果	32
第一節 研究參與者一覽.....	32
第二節 個管計畫概述.....	36
第三節 三階段中的互動與專業關係.....	41
第一項 建立關係期.....	41
第二項 計畫執行期.....	46
第一款 衛生教育.....	46
第二款 雞尾酒療法.....	51
第三款 接觸者追蹤管理.....	65
第四節 專業關係.....	71
第一項 專業關係的變化.....	71
第一款 時間面向.....	72
第二款 空間面向.....	74
第三款 權力關係面向.....	76

第四款 信任程度面向.....	78
第五章 研究討論	85
第一節 治療作為預防理念下的個管計畫	85
第二節 個管師的會談技巧	87
第三節 協商雞尾酒療法.....	90
第四節 接觸者追蹤管理對專業關係的影響	94
第五節 與感染者的專業關係.....	96
第六章 結論與建議	99
第一節 結論.....	99
第二節 研究限制.....	101
第三節 建議.....	103
第七章 參考文獻	104
附錄一 研究參與者招募文宣（感染者）	112
附錄二 研究參與者招募文宣（個管師）	113
附錄三 研究訪談大綱（感染者）	114
附錄四 研究訪談大綱（個管師）	115



表格目錄

表 1 美臺兩國愛滋病個案管理計畫比較.....	11
表 2 受訪個管師一覽.....	34
表 3 受訪感染者一覽.....	35
表 4 個管師對感染者服藥的態度與行動.....	53



圖片目錄

圖 1 感染者與醫師和各場域間個管師的關係對應圖.....37



第一章 導論



第一節 研究背景

臺灣自 1986 年通報第一例本國籍愛滋病個案，截至 2015 年 1 月底已累積 28,872 例本國籍個案，其中發病者數已累積至 12,659 名³。愛滋病疫情的流行趨勢在 2004-2006 年間因為靜脈注射藥物而感染的個案大幅增加。隨後政府實施減害計畫 (harm reduction)⁴讓疫情趨緩，近幾年的疫情則因未採取保護措施的性行為而感染者居多，感染者的年紀亦有年輕化的趨勢。政府自 1997 年免費提供三合一高效能抗反轉錄病毒療法 (highly active antiretroviral therapy, 簡稱 HAART, 俗稱雞尾酒療法⁵) 讓愛滋病毒感染者 (以下簡稱感染者) 服用後，感染者的平均餘命逐年增加已漸漸與其他慢性病患者無異；生活型態也和其他慢性病患者相同，在規律服藥的情形下仍可正常生活。反之，感染者若無規律服藥，身體則會因為免疫力下降而產生伺機性感染或抗藥性，屆時對感染者的照護就會更加複雜，也會提高其將病毒傳染給他人的機率。近年來，感染者不論是在初次確診或是感染愛滋病毒一段時間後，得到梅毒或是 C 型肝炎的人數愈來愈多，此情形亦不容許忽視

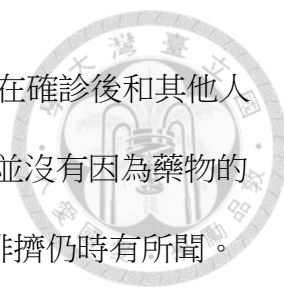
³臺灣愛滋病疫情詳細的統計資料 (感染人數、趨勢、危險因子與地區分布)，請見衛生福利部疾病管制署 (以下簡稱疾管署) 網站的統計資料。

<http://www.cdc.gov.tw/list.aspx?treeid=1f07e8862ba550cf&nowtreeid=6c5ea6d932836f74>

瀏覽日期：2015/02/09。

⁴ 此計畫的主要措施包含：「(一) 衛教諮詢服務，提供藥癮者預防感染愛滋病毒等相關血液傳染病之衛教，並提供篩檢諮詢服務，以早期發現個案，及時給予治療，防止其再傳染給他人；(二) 辦理清潔針具計畫，提供藥癮者輔導追蹤與戒癮諮詢，防止因使用毒品而感染 B、C 型肝炎及愛滋病毒；(三) 辦理替代治療，使一時無法戒毒的人，以口服低危害替代藥品，取代高危險的靜脈施打，並輔以追蹤輔導、教育與轉介戒毒 (疾病管制署 2009)。」

⁵ 三合一高效能抗反轉錄病毒療法由何大一博士在 1995 年年底提出，此療法的原則是：(一) 至少包含三樣有效的抗愛滋病毒藥劑；(二) 至少包含兩個不同種類的抗愛滋病毒藥劑 (蕭秋彬 2006)。因其組合使用的方式類似雞尾酒的調配過程，故又稱雞尾酒調配治療組合 (Cocktail treatment regimen) 或雞尾酒療法。



(李欣純 2010；梁修豪、林錫勳 2013)。這情形反映了感染者在確診後和其他人有性行為時有可能未採取保護措施⁶。此外，感染者的社會處境並沒有因為藥物的出現而獲得明顯的改善，就業、就學或就醫時所面臨的歧視與排擠仍時有所聞。面對感染者多樣且複雜的照顧與資源需求，也期望降低愛滋病毒合併梅毒或 C 型肝炎的傳染率，感染者的生活就成了公共衛生亟需關切與介入的對象。一來，感染者在生活中若能自我健康管理得當，就能減少因為未採取保護措施的行為而傳染的新個案出現以及和其他人有未採取保護措施的性行為接觸而二度感染其他疾病，實為對防疫的一大幫助。二來，幫助感染者連結與建立資源並穩定其病況與生活，可避免感染者發病後使用更多的醫療資源。

為了實現上述目標，臺灣自 2005 年試辦愛滋病個案管理計畫（當時計畫名稱為〈愛滋病毒感染者行為治療醫療給付試辦計畫〉，詳細的發展背景在之後會詳述，以下簡稱個管計畫），2007 年全臺實施，2010 年全臺愛滋病指定醫院均設有愛滋病個案管理師（以下簡稱個管師）。愛滋病個案管理計畫的目標，葉元麗認為主要有以下幾點（引自柯乃熒 2009）：

- （一）建立社會支持網絡（衛生醫療資源、民間團體、社政支持、工商資源等），協助愛滋病毒感染者獲得必要的支援。
- （二）由醫療提供者共同輔導照護感染者及衛教諮詢之責任，進行醫療資源的分工及整合。
- （三）提供愛滋病毒感染者生理、心理、社會三方面的衛教與諮詢服務。
- （四）輔導愛滋病毒感染者自我健康管理，包含（1）降低就醫失落率、（2）提升服藥順從性、（3）提升安全行為執行率、（4）減少併發伺機性感

⁶ 此處不宜斬釘截鐵地斷定感染者沒有採取保護措施的原因如陳馨傑（2011）呈現感染者在性行為實作中的風險管理，在雙（或多）人的性行為中有許多情境式的不確定性存在。這些不確定性會影響到性行為的雙（或多）方如何協商保護措施（例如：是否要使用保險套、在性行為的哪個階段使用、若不使用保險套，有無其他減少風險的方法存在）。

染、(5) 預防母子垂直感染、(6) 提升接觸者服務率，以及(7) 轉介參與減害計畫。

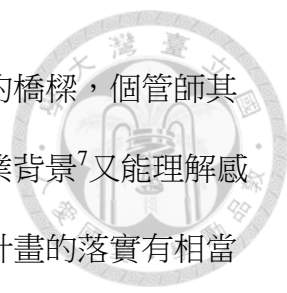


(五) 擴大接觸者衛教服務管道。

綜合上述幾點目標，政府希望透過個管計畫幫助感染者能夠在生活中達成良好的自我健康管理，不但利己（藉由規律服藥與改變風險行為來增強自身的免疫力），也能利他（防止疾病的次級傳染），同時也建立起屬於自己的社會支持網絡，達成生理、心理與社會三方面的健康。

自 2007 年全臺實施個管計畫後，已有學術研究從結果面—即感染者的行為與健康狀況評估此計畫的成效。這些評估研究主要檢視此計畫是否改變感染者傳染愛滋病毒的風險行為以及改善健康狀況。研究成果皆證明了個案管理計畫對感染者的風險行為和健康狀況有正面的影響，像在一段時間內（如半年或一年）經過個管計畫的介入，傳染病毒的風險行為減少（邱珠敏、丁志音 2010）；參與個管計畫有助於提升感染者的服藥順從性，減少其體內的病毒量並提升 CD4 數值（李素芬、林育蕙、潘忠煜 2013；邱珠敏 2009；邱珠敏、丁志音 2010；紀秉宗 2009；陳嬾今、賴怡因、劉曉穎、白芸慧、柯文謙、柯乃熒 2014）；參與個管計畫增加感染者與醫師或個管師見面的頻率，讓感染者接受醫療照護或規律就醫的頻率提高（邱文賢、吳怡君 2010；邱珠敏、丁志音 2010；陳嬾今、賴怡因、劉曉穎、白芸慧、柯文謙、柯乃熒 2014）。在既有的研究中，李素芬、林育蕙、潘忠煜（2012）、邱珠敏（2009）和邱文賢、吳怡君（2010）皆不約而同地強調了個案管理師的重要性，尤其是李素芬等人（2012）的研究建議感染者與主治醫師和個管師維繫良好的醫病關係才能發揮個管計畫的最大效用。

評估感染者的行為與健康狀況在經過此計畫後是否有改善固然重要；然而，會影響計畫成效是否如預期，就不能忽略個管師在計畫中所發揮的作用力。作為



協助感染者改變行為、連結資源、陪同就醫、與醫護人員溝通的橋樑，個管師其實是與感染者相當貼近的一群工作者。個管師既具有醫療的專業背景⁷又能理解感染者的處境與協助感染者連結資源，其多樣的角色對個案管理計畫的落實有相當大的幫助，像是邱珠敏（2009）提及個管師在感染者服用雞尾酒療法過程，可扮演醫師與病患間的協調角色，提升病患的服藥順從性與就醫率。而個管師的工作正如孫娜俐、鄭舒倅、羅雪梅、陳雁君、徐永年（2010）所言是從與感染者建立關係開始，接續才是提供感染者醫療處置與輔導感染者自我健康管理。雙方間專業關係的建立與經營實有一定的難度在，又加上感染者的社會人口學特質多樣且有其專屬的次文化⁸。個管師如何與感染者建立、維繫關係，並且取得其信任？又透過什麼樣的技巧或策略，輔導感染者的自我健康管理？特別是在行為改變的部分，日前已有許多理論分別指認出影響行為的面向（包含認知、信念、環境因素等），Munro 等人（2007）認為既有的行為理論如何廣泛地應用仍有待加強。

⁷ 此處是以醫療院所內的個管師為例，由於臺灣現行的愛滋病個管計畫的發展方式以醫院機構式為主，醫院內的個管師多具有醫療的專業背景。下文會詳述在不同的場域中，個管師的專業背景也不同。

⁸ 與不同社會人口學特質的感染者經營關係的難度在三軍總醫院的愛滋個管師－陳伶雅口中獲得證實。他在由愛滋感染者權益促進會（簡稱權促會）拍攝的系列影片【說愛，一五一十】中，提及自己與（男）同志感染者比較相處得來，一來是因為與同志文化較熟悉，加上同志感染者的年紀與他相近，生活經驗較為雷同類似。藥癮感染者多半是四十到五十歲，他也較不清楚藥癮感染者的文化，故在與這兩群感染者相處時的感受與經驗很不一樣。陳伶雅的訪談影片可見

<https://www.youtube.com/watch?v=faKFnkMip0Y> 瀏覽日期：2014/7/4。

第二節 研究問題與目的



個管師在與感染者建立關係和輔導感染者的自我健康管理時，必然不是完全遵循特定的行為理論在與病人相處，本研究想探索的是那麼實際會運用到的技巧是哪些？這些技巧又與哪些行為理論的面向呼應？而個管師和感染者間的關係如同其他相似的專業關係（如醫師－病人或社工師－案主關係）會左右個案的行為和健康結果，在與其他專業關係相較下，個管師和感染者間的專業關係的特殊之處為何？雙方之間的專業關係又會如何影響感染者？

本研究從微觀互動的層次來探索個管師與感染者互動時，利用什麼樣的策略或技巧來維繫與個案的關係並輔導感染者的自我健康管理，一方面可指認出這些策略或技巧與行為理論中的哪些面向呼應；其次，了解個管師與感染者間專業關係的維繫，除了理解雙方間的專業關係如何影響感染者，也可知道雙方間該維繫怎樣的專業關係才有助於感染者的健康。

第二章 文獻回顧



本章將依序介紹個案管理的定義與歷史發展、愛滋病個案管理計畫在美國與臺灣興起的背景及其發展，並回顧既有研究對專業工作者如何與求助者建立關係、如何理解專業關係的發展、提供衛生教育時運用的技巧、在推廣治療作為預防的情形中，如何看待病患的服藥順從性以及行為介入的策略，最後是上述提及的內容以及相對應的技巧或策略在個案計畫裡如何成為一種社會控制。

第一節 個案管理：定義與發展

隨著各領域採取個案管理的情形愈趨普遍，其定義也隨領域變化。美國個案管理學會（Case Management Society of America, CMSA）將個案管理定義為：「個案管理是一個合作的過程，當中包含評估、規劃、執行、照護協調、評價與倡議，透過溝通和既有資源來滿足個人和家庭廣泛的健康需求，以達到品質和成本效益兼具的結果⁹。」各專業領域（如：社會工作、護理）對個案管理的定義大致遵循著美國個案管理學會，在定義上都認同個案管理的特色為：協調和整合資源、滿足個案需求（或以個案為中心），與提供連續性服務（李宗派 2003；徐森杰 2012；游千代、馮明珠、柯乃熒 2013）。

個案管理在 1980 年代興起，其社會政治背景根據 Amado, McAnally 和 Linz（1989）的整理，主要的兩股力量為大量的人群服務（human services）機構在 1960

⁹ 參考自該學會網站“[What is a Case Manager](http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx)”網頁：
<http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx> 瀏覽日期：
2013/09/09。




年代出現¹⁰，結果是資源日趨複雜、不完整，各機構所提供的資源亦多有重複；另一力量則來自去機構化（deinstitutionalization）運動¹¹的影響。

為了解決與回應上述社會問題，個案管理就成了諸多助人工作專業採取的解決之道。依照 Huber（2002）整理個案管理發展的歷史，個案管理最早是與社會工作息息相關，隨後在護理、保險、健康照護、公共服務等領域受到運用與推廣。王增勇（2003）檢視個案管理在臺灣興起的原因並不像西方國家是因為服務發展過剩導致，而是各行政體系的本位主義造成彼此服務間的斷裂。臺灣醫護領域廣泛運用個案管理則起因於健康保險局在 2001-2 年間針對數項疾病（如結核病、糖尿病、氣喘、精神疾病等）以論質計酬的方式促進醫療服務的改善，醫療院所遂針對上述數項疾病發展個案管理，用以在照護品質和成本間取得平衡（吳易霖、葉莉莉、張嘉蘋、柯乃熒 2010）。

在醫護領域中與個案管理相近的概念尚有疾病（disease）和健康（health）管理，當中以疾病管理的概念最容易與個案管理搞混。根據韓佩軒和呂宗學（2004）的整理，個案管理的標的群體（target population）為少數醫療資源使用偏高的患者，疾病管理則是罹患相同疾病的所有患者。游千代、馮明珠、柯乃熒（2013）和 Huber（2002）都提到疾病管理重心放在疾病，其治療結果是否有因為疾病管理改善，進而減少醫療資源成本的支出。綜觀來看個案管理和疾病管理有若干相似之處，例如：減少對醫療資源的使用、在意標的對象的健康狀況；但個案管理所關注的不只是個案的疾病，甚至得為個案（及其家人）向外連結其他社會資源。此

¹⁰ 同樣根據 Amado 等人（1989）的整理，當時在 1960 年代會有大量的人群服務機構湧現起因於針對人群服務的第二波立法行動在 1960 年代發起，目標即是整合既有與新興出現的資源。許多以問題為中心的立法行動企圖讓在不同領域的計畫得以和諧地運作。此波立法行動沒達成其當初的目標，反而促成了後續推動個案管理的動力。

¹¹ 為西方國家在 1960-70 年間的運動，主張是將長期拘禁在精神病院或療養院的精神病人，協助他們回歸到社區或家庭。興起去機構化運動的原因，王文基提到有實驗性的療法、精神病患在醫療院所中遭受不人道的對待，以及反權威的社會氛圍所促成。參考自王文基〈精神醫學史〉，醫學史課程基本課程綱領：http://www.ihp.sinica.edu.tw/~medicine/medical/read/read_8.htm 瀏覽日期：2013/09/09。



外，個案管理所要滿足的個案需求也不僅僅是疾病層面，而是個案整體的健康需求。臺灣愛滋病個案管理目前的情形，就其收案對象的範圍較接近疾病管理，因為只要是疾管署列管的感染者，多數都會納入個管計畫，並非只針對少數醫療資源使用偏高的患者；就其實施的主要場域，愛滋病個案管理的場域目前以醫院為主導，較接近個案管理。其次，除了要滿足「個人和家庭廣泛的健康需求，以達到品質和成本效益兼具的結果」外，也因為愛滋病具傳染性質，個案管理很重要的目的之一即是避免疾病的次級傳染。

小結

個案管理的核心特色在於透過協調與整合資源，以提供連續性的服務來滿足個案（及其家人）的需求，其興起的社會政治背景在西方國家與臺灣有所不同。個案管理在臺灣興起主要是因為行政體系間的本位主義所造成服務斷裂，醫護領域中廣泛運用則是因為健康保險局推行論質計酬，醫療院所遂運用個案管理以便平衡照護品質與成本。

醫護領域中與個案管理相近的概念包含疾病與健康管理，其中以疾病管理與個案管理最為接近且容易混淆。兩者共同之處為減少對醫療資源的使用、在意目標對象的健康狀況，但個案管理所在意的健康層面更為廣泛。然而就臺灣愛滋病個案管理的情形，在收案對象較接近疾病管理，實施的主要場域則接近個案管理。

第二節 愛滋病個案管理計畫



愛滋病個案管理計畫發源於美國，是為了回應當時急速成長的疫情，由 Robert Wood Johnson Foundation 發起了愛滋健康服務計畫 (AIDS Health Services Program, AHSP)，以利發展當地人類服務機構的社會網絡與協調個案計畫服務 (Centers for Disease Control and Prevention, 1997)。上述機構主要推展的兩項計畫為 1990 年發起的 Ryan White Case Management Program 和 1992 年的預防性個案管理

(Prevention Case Management)。前者的目標在於為感染者提供支持並透過在社區建立資源來發展全面性的健康照護運輸系統；後者則以降低高風險行為者和感染者將愛滋病毒傳染給他人為目標，透過降低風險行為的介入措施和個案管理來提供個案支持且預防性的諮商服務(邱珠敏、黃彥芳、楊靖慧、陳穎慧、林頂 2010)。

愛滋病個案管理計畫在臺灣興起根據黃道明(2014)的整理，最早是因應實施減害計畫¹²過後體認到對感染者族群缺乏長期追蹤資料，以及 2003 年時美國疾病管制局發表了結合照顧與預防的愛滋病個案管理，臺灣的疾管署(當時為疾管局)遂在 2004 年提出了個案管理的試辦計畫草案、2005 年選定了北中南三間醫院¹³配合減害試辦計畫開辦〈愛滋病毒感染者行為治療醫療給付試辦計畫〉，至 2006 年年底結束。2007 年時全臺實施個管計畫，所收的個案以感染者為主，有下列數種情形的個案則必納入此計畫，例如：新通報的感染者、懷孕婦女、持續從事危險性行為者等(衛生福利部疾病管制署 2009)。根據巫沛瑩、洪健清(2013)的研究，截至 2013 年在臺灣已有 56 間愛滋病指定醫院執行了個管計畫，服務量截至 2012 年 9 月為 11,965 人。依據葉元麗的說法，個案管理模式則可分為地方衛生

¹² 減害計畫的詳細內容可參見註腳 2。

¹³ 此三間醫院分別是臺北市的市立聯合醫院昆明院區、臺中市的中國醫藥大學附設醫院，以及臺南市的國立成功大學附設醫院。



局、愛滋病指定醫院和民間社區與社政機構¹⁴三種場域（引自柯乃瑩 2009），位處不同場域的個管師有其工作重點與目標。地方衛生局的重點如柯乃瑩（2009）所述為避免感染者在社區傳播病毒，故其個管師的工作重點為對一地區內的感染者定期追蹤¹⁵，其餘的工作內容則包括門診諮商、防治工作、非政府組織定期關訪及針扎專線處理（張曉慧 2012），以及該地區內其他疾病的追蹤控制（例如：肺結核、登革熱）；指定醫院的重心除了徐森杰（2007）認為讓已進入醫療體系的感染者能夠在定期回診與規律遵醫囑的情形中延緩發病之外，也包含藉由諮商與衛生教育來改變感染者的風險行為。醫院個管師工作內容包含：初次收案時的各種評估，如：醫療、身體功能、經濟、危險行為暨改變動機等、各類衛教，包含：家屬告知、懷孕個案、服藥順從性和性行為、接觸者追蹤及其他行政業務（徐森杰 2012）。其餘的工作還包括：醫院內的感染控制事宜、舉辦愛滋病相關研討會以及愛滋病匿名篩檢服務。民間團體的重點根據徐森杰（2007）的說法為評估感染者社會及心理層面的各項需求，以增權（empower）來發展個案服務計畫。位處民間團體的個管師工作內容則包含了急難救助、短期收容、愛滋衛教、轉介服務，與諮商輔導。根據邱珠敏、黃彥芳、楊靖慧、陳穎慧、林頂（2010）比較美國與臺灣愛滋病個案管理計畫，目前臺灣的發展以醫院機構式為主流。縱然目前臺灣亦有一些民間團體提供的服務類似美國的社區組織模式，其運作方式仍較為個體化也尚未與醫療體系或其他資源有系統性的整合。

依照邱珠敏等人（2010）對美國和臺灣愛滋病個案管理計畫的比較，同時參照本研究訪談所得的資料，整理出下表的内容：

¹⁴ 民間社區與社政機構我在之後簡稱為民間團體。

¹⁵ 追蹤工作實際的執行為和個案面訪諮商，了解個案身體狀況、交友情形、服藥和就醫情形等。每一種追蹤的工作內容會依照個案感染狀態有所差異。地區個管師通常在初次與感染者面訪諮商後，之後的定期追蹤便會以電話聯繫。

表 1 美臺兩國愛滋病個案管理計畫比較

內容	美國	臺灣
發展歷史	自 1986 年開始	自 2005 年 10 月進行試辦計畫， 2007 年 1 月全面推廣。
組織結構	區域聯盟	個體結構
服務對象	HIV 感染者 HIV 高風險行為者	HIV 感染者
個管模式	醫院機構式 (hospital-based) 社區組織式 (community-based)	醫院機構式 地方衛生局 民間團體
個管師 資格條件	依各州不同而有不同資格要求，大多要求須修人群服務 (human services) 相關學系或具 個管實務經驗者。	須具社工、心理輔導、護理或公共衛生等背景，同時具有愛滋病人諮商輔導或臨床防治工作一年以上經驗。

組織結構方面，由於美國幅員遼闊，個管計畫有的是由州政府組織該區內的醫院、民間團體等單位來形成聯盟，臺灣目前因為由各間醫院擔起個管計畫的多數工作，故呈現以單一機構為主的組織方式。服務對象的範圍，臺灣也相對限縮在感染者。縱然邱珠敏等人（2010）在比較兩國計畫後建議將高風險行為者納入個管計畫以符合經濟效益，臺灣是否有足夠的經費以及人力能夠支持納入更多的服務對象也需要考量。個管模式方面，由於美國個管計畫最早發展也最完備，醫院和社區組織都有各自的服務內容與對象。臺灣目前雖然有三種模式，主要是以醫院機構擔起個管計畫大部份的工作，地方衛生局為輔，民間團體最為零星。

小結

美國與臺灣兩國的愛滋病個案管理都是為了回應疫情所需而出現，美國的愛滋病個案管理出現得早、服務對象涵蓋得廣，並且因為國家幅員遼闊而在不同州形成聯盟來統籌服務。臺灣除了發展時間較晚，在結構上也趨向由各間醫院為獨立結構，模式則分為醫院機構、地方衛生局與民間團體，其中由醫院機構負責個管計畫大部份的工作，地方衛生局以定期追蹤感染者為輔。



第三節 個案工作技巧




第一項 建立專業關係¹⁶

類似個案師和感染者間關係的專業關係廣泛地存在人類社會中，像是醫生—病人、社工—案主等專業工作者與求助者間因為求助者的需求或是問題（不論求助者的意願）而建立起的關係都稱之為專業關係，不過各種專業關係受矚目的程度並不相同¹⁷。專業關係的性質如鄭維瑄（2013）所說是目的導向，以有計畫的方式在特定情況中協助求助者。而儘管不同專業領域對專業關係的認知、規範不同，都認可專業關係是工作的基礎，像是社工領域（鄭維瑄 2013）與健康照護領域（林遠澤 2008；Gámez 2009；Nettleton 2013）皆有此共識。

對於專業工作者該如何與求助者建立關係，進而經營出具信任的專業關係較不受領域影響，既有研究針對專業工作者的態度以及溝通技巧提出了原則性的做法或建議。強調專業工作者態度面的研究指出工作者與求助者互動時應表現何種態度為宜，共同提及的有同理與接納（Belcher & Jones 2009；徐森杰 2009；鄭維瑄 2013），其他像是誠實、和善、不批判、真誠、個別化……等則在個別研究中出現（Belcher & Jones 2009；徐森杰 2009；鄭維瑄 2013）。溝通技巧的研究像是 Norfolk 等人（2007）肯認了溝通技巧是貫穿建立專業關係的基石，並指出溝通技

¹⁶ 以「專業」一詞來形容護理人員與病患間因為疾病而建立起的關係是因為護理人員具備照護的專業能力，而這有別於病患與家人或朋友間建立起的關係。在文獻搜尋的過程會交互以 professional 或 nurse-patient relationship 作為關鍵字查找相關文獻。本研究中受訪的個案師可能會以醫病或護病關係來形容其與病患間的專業關係，在引述受訪個案師的訪談內容時將忠實呈現個案師所用的詞彙，在正文中我一律以「專業關係」來統稱個案師與感染者間因為疾病所建立起的關係。

¹⁷ 相較於醫師與病人間的專業關係受到較多矚目與研究，Gámez（2009）認為護理人員作為在健康照護提供者中最常與病人互動的一份子，在學術研究中所獲得的關注卻不成比例。這反映的是護理專業在醫療領域的演變，根據郭嘉琪、金繼春、周汎濤（2012）與張淑卿（2012）對護理專業的回顧，臺灣直至 1950 年代才因為大量的護理專科或職業學校出現，使得護理知識體系建構後才成為一門專業。縱使護理已是一門專業領域，護理人員與病患間的專業關係在醫療體系中很可能被視為是半專業，或是不像醫病關係獲得較多的研究及注目。




巧在建立專業關係時扮演了引導求助者發言以及決定了專業工作者同理精準度的兩種角色。社會工作領域將專業工作者與求助者間的對話稱為晤談，Ballew 和 Mink（1998）建議可從專業工作者自我介紹為出發，說明工作內容並詢問案主的需求；鄭維瑄（2013）則建議專業工作者說明晤談的流程、雙方在晤談過程的角色與工作，專業工作者也需適時地釐清求助者的期待。另有一些研究則認為一開始的溝通形式不需要太嚴肅，像 Leach（2005）的建議是護理人員與病人建立專業關係時的開端以寒暄（small talk）來降低病人的防衛心，再逐漸將對話轉為正式的評估；Lotkar 和 Bottorff（2001）對病房內護理人員與病患互動的觀察亦注意到社交對話（social conversation）有助於護理人員了解病患，也有助於病患的自我揭露。

除了如何開啟對話之外，Belcher 和 Jones（2009）以及徐森杰（2009）都論及了傾聽的重要性，前者提及傾聽更包含向病人解釋即將發生的事情或流程，後者則建議專業工作者以反映式傾聽¹⁸（reflexive listening）將他聽到個案說的內容以及感受回應給當事人並提供協助。Ballew 和 Mink（1998）也認為專業工作者對求助者展現同理心的方式之一可透過反映式傾聽，向求助者說明流程則有助專業工作者在求助者面前展現能力，獲取求助者對其信任。

第二項 專業關係的發展

既有研究對專業關係的發展多認為其將歷經階段性的變化，像是 Halldorsdottir（2008）認為專業關係的發展涉及了雙方相互連結（connect）的過程，提出了專業關係發展的六階段，從如何連結到最後彼此之間形成團結而能夠協商照護；Lotkar 和 Bottorff（2001）對病房內護理人員與病患關係的觀察亦同，特別是護理人員在剛開始建立專業關係的階段會以了解病患、創造相互連結、展現專業能力，

¹⁸ 根據 Ballew 和 Mink（1998：69）的定義為：「你[指專業工作者]每隔一段時間就歸納案主所說的和所感受到的。儘量使用與案主相類似的字，這會使案主覺得你正在聽她說話。」



及提出具療癒功能的建議等建議拉近與病人間的距離。不過對於既有研究將這些階段性的發展視為線性且具有時間先後順序，Hagerty 和 Patusky (2003) 則認為應當將專業關係的發展視作動態且反覆協商的過程；鄭維瑄 (2013) 也將專業關係視為會隨著工作者與求助者變化，是雙方共同創造了專業關係。既有研究發現專業關係發展過程中影響專業關係的元素有信任 (Belcher & Jones 2009) 或是親密 (Williams 2001)，研究指出隨著關係的發展或是變化，信任或親密感也會有程度上的差別，像是 Williams (2001) 的研究發現親密感會影響雙方揭露的程度與範圍。

小結

專業工作者與求助者間的關係是目的導向，並將重心放在求助者的需求。儘管不同領域對專業關係的認知與規範互異，皆認可專業關係的重要性。既有對專業工作者如何與求助者建立專業關係的研究多半強調專業工作者的個人態度與溝通技巧，特別是對後者的重視。社會工作領域重視工作者與求助者晤談時要向求助者說明流程，且了解求助者的需求；其中針對護理人員與病患專業關係的研究則認為發展關係的開端能夠以寒暄或是社交對話為始，過程中儘可能以反映式或積極傾聽的方式讓對話能夠一來一往地持續。對既有專業關係的發展多以階段性來描述，卻這並不代表關係是以線性演進，其更可能像是 Hagerty 和 Patusky (2003) 所形容的動態且來回協商的過程。

第三項 治療作為預防

雞尾酒療法自 1995 年問世後即成了有效地降低感染者發病以及死亡率的治療藥物，也如 Hammer (2011) 所言此療法作為一種預防策略也隨著母嬰傳染機率降低而開始受人矚目與重視，特別是在 Cohen 等人 (2011) 知名的跨國研究中，證實了雞尾酒療法能減少感染狀態相異伴侶間的病毒傳染，以及提早服用藥物能延



緩疾病進程。治療作為預防（antiretroviral treatment as prevention，Hammer 2011）的理念與隨之而出現的計劃就成了世界各國以及聯合國認為能夠有效對抗愛滋疫情的方法。Wilson（2012）研究了加拿大境內的英屬哥倫比亞、美國舊金山市、法國以及澳洲四地推廣治療作為預防的成效，發現疾病篩檢率和藥物涵蓋率（coverage）確實與疾病確診率成反比，也推估藥物涵蓋率會對愛滋病在群體層次的傳播率有影響。然而，在法國與澳洲的情形中，前者境內的藥物覆蓋率沒有減緩男男間性行為者（Men who have sex with men，簡稱 MSM）間的病毒傳染率，後者則是每年新增的感染案例沒有因此減緩，顯示雞尾酒療法在群體層次的成效不如預期。

Gilks 等人(2006)研究由世界衛生組織(World Health Organization，簡稱 WHO)在資源有限的國家內所提倡以公共衛生的方式來擴大愛滋服務需奠定在簡化、標準化、去中心化、公正，以及病人與社區參與，換言之需考慮各國境內的情境而有所調整以及洞察該國感染者間的文化才能順利推廣。各國在資源有限的情形中，對於藥物覆蓋率以及感染者需具備什麼樣的條件才能取得藥物勢必會多加考量。其中感染者需具備什麼樣的條件才能取得雞尾酒療法即與他所身處的國家資源豐沛與否有關，像是 Granich 等人（2010）就討論了各國對於感染者何時開始服用藥物的情形並不相同。他們舉例在撒哈拉沙漠以南地區的感染者取得雞尾酒療法時的 CD4 中位數為 100 cells/ μ l，相較於身處在富裕國家的感染者即便其 CD4 數值仍高（大於 100 cells/ μ l），會參考其 CD4 數值是否持續下降、病毒複製的情形，以及相異伴侶感染的狀態來建議提早服藥。Wilson（2012）認為目前對治療作為預防的研究多在極為樂觀的環境中（包含規律的篩檢前後諮詢、保險套的供給，以及相對低的性傳染病機率）操作，此一環境即與某些國家的狀況不符。此外，他也提及有其他外部因素，像是服藥順從性以及性行為的轉變，都影響著藥物作為預防

的成效是否得以彰顯。



第一款 服藥順從性

雞尾酒療法能否有效抑制感染者體內的病毒除了取決於藥物選擇的組合，也受到感染者的服藥行為以及生活習慣左右。病患的服藥順從性或遵醫囑行為（compliance）是醫療社會學廣為研究的範疇，而研究者使用不同的詞彙來描述病患的服藥行為反映了對服藥行為與病人角色看法的典範轉移。Rier 和 Indyk(2006：135-138)回顧了從順從（compliance）、依附（adherence）到調和（concordance）的歷史轉變。其研究指出最早對病患不遵醫囑的行為往往咎責於病患，認為是其懶惰、害怕或疏忽醫師的醫囑所導致，不遵醫囑的病患也隨之受到標籤化且成了偏差的主體；此看法隨後由 Zola、Svarstad 和 Hulka 的研究修正，當中以醫療社會學者 Zola 認為醫病關係間的諸多不平等會扼殺醫師與病患間的溝通與合作。當醫師沒有充足的時間讓病人知道藥物及其影響，就可能會讓病患不清楚如何服藥以及沒有準備好面對潛在的副作用。Zola 等學者將遵醫囑行為的責任平均地分攤給醫病兩方，強調醫師須與病人並肩作戰與協商，才是通往良性治療經驗之道；醫療社會學者 Peter Conrad 同時質疑了順從此概念背後預設的是「醫囑必然是對的」，任何偏離醫囑的行為皆是偏差行為（因而需要受控制）。Conrad 也觀察到病人的服藥決策會立基於其日常生活、目標以及優先順序。

依附（adherence）一詞於 1990 年代興起，也是當前的標準用語，相較於順從一詞給人較不權威感的意涵。一群在 2001 年世界衛生組織會議的參與者對依附的定義是：「病患的行為在多大的程度與一名健康照護提供者的建議相符。」隨後在 1997 年前由英國皇家藥劑學會與默沙東（Merck, Sharpe and Dohme）公司組成的工作小組信奉 Zola 提出的療癒性同盟（therapeutic alliance）和 Conrad 認為病人服



藥行為實踐反映的是其合理性的計算，提出了調和（concordance）此一概念來取代順從或是依附。該小組認為調和指的是醫病雙方在看診中的工作即是在平等間的協商，目標是為了雙方擁有療癒性的同盟（therapeutic alliance）。Nettleton（2013：133）提及在調和的情形中，醫病雙方應當是共同合作，分享並交換彼此對藥物治療選項的看法，最終對治療方式達成共識。Stevenson 和 Scambler（2005）指出由於調和企圖讓病患的參與變得外顯，是故就得試著在醫療專業和納入病患觀點與詮釋間取得平衡，即便病患的觀點與醫療知識相互衝突。Stevenson 等人也提及調和與共同決策（shared decision-making）遭遇相同的難題，亦即病患到底要擁有多少的資訊量才稱得上是足夠的資訊（引自 Stevenson & Scambler 2005）。

儘管遵醫囑的研究典範進展到以調和來描述醫病雙方是在平等關係中協商服藥行為，在醫師或個管師與感染者討論雞尾酒療法的情境中，很可能還是在依附（adherence）的階段，後文將會指出個管師與病患討論藥物的情形中，雙方間的協商還是存有不平等，不論是起因於護病關係間的權力不對等或是藥物知識的不對等，都使得關係平等的協商仍只是理想。

第二款 行為介入的策略

針對服藥行為的研究有從結構、環境、文化到個人層次的角度來辨識出影響服藥行為的各種因素，於個人層次則集中在對感染者的知識、認知、態度及行為的探討，並理解以何種行為介入有助於改變感染者的行為。Munro 等人（2007）回顧了促進肺結核與愛滋病服藥順從性相關的健康行為理論，歸納出了生物醫學、行為（學習）、溝通、認知和自我管理（self-regulation）等五種理論觀點。

除了 Munro 等人（2007）提出的五種觀點外，近年來以科技物介入來提升感染者服藥順從性的研究愈來愈多，如 Nettleton（2013：132）所言是為了要檢視病

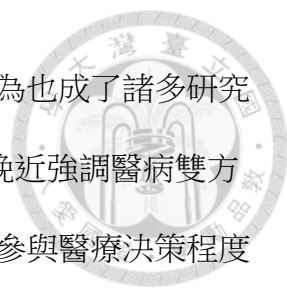


患是否有遵從醫師的醫囑，愈來愈精密的監視科技應運而生。最早以呼叫器訊息 (Simoni et al 2009)、鬧鈴裝置 (Chung et al 2011)，到近期以手機簡訊 (Hardy et al 2011；Horvath et al 2012；Pop-Eleches et al 2011；Shet et al 2010) 和網路通訊軟體 (葉美鈴 2011) 介入。上述研究更進一步地討論以文字訊息或震動、提醒的頻率等形式對服藥順從性影響的差別，例如提醒的頻率以一星期為單位會比每日發送的效果好。然而在 Wise 與 Operario (2008) 針對這類電子提醒裝置 (electronic reminder devices, ERDs) 的系統性文獻回顧中，他們認為此類研究尚無法提供足夠的證據支持這些裝置能否增加服藥順從性，需採取更嚴謹的研究設計 (如控制試驗) 來評估單獨使用此類裝置的有效性。此外，他們也認為科技的進步不應當奪去護病關係在治療中的中心角色。Saberri 和 Johnson (2011) 認為單獨以科技物來提醒感染者服藥的時間到了，並不是最有效提升服藥順從性的方法。在他們回顧了數篇質量性的相關研究後，都顯示感染者對使用科技物的方式感興趣，但必須要同時提供疾病的治療資訊，並增強與健康照護提供者的溝通。

各種健康行為理論分別從不同面向來探討行為改變，也各自有其長與短處存在。既有的行為介入研究也不僅是以單一種觀點來設計介入形式，正如同對風險行為的介入有多種組合，對服藥順從性的介入也可能整合了溝通觀點與科技物來提升感染者的服藥順從性。而在眾多的行為理論之中，究竟個管師實際在與感染者討論服藥的過程中，會採取哪 (幾) 種理論觀點來介入感染者的服藥行為？臺灣對於感染者服藥行為的介入研究仍相當缺乏，因此個管師會如何提升感染者的服藥順從性，是本研究所探索的現象。

小結

隨著雞尾酒療法的發明以及後續研究證實了規律地服藥有助於延緩感染者的疾病進程與疾病的次級傳播，治療作為預防的概念以及實踐就開始受到推廣 (儘



管藥物的覆蓋率在群體層次的效果仍有爭議)。感染者的服藥行為也成了諸多研究關注的焦點，服藥順從性的概念從早先的順從（**adherence**）到晚近強調醫病雙方共同合作的調和（**concordance**），反映的是對病患角色、經驗與參與醫療決策程度的變化。針對感染者服藥行為的介入研究也相當多樣，從生物醫療視角到理解感染者主觀經驗的自我觀點皆有。近年更有許多以科技物介入感染者服藥行為的研究，而對這類介入研究的質疑則主張不應當讓科技物奪去護病關係在治療中的角色，或是強調提供科技物的同時也需配合其他治療相關知識或資訊。

第四節 衛生教育



個管計畫中除了藉由服藥治療作為預防 (treatment as prevention, Hammer 2011) 外,也透過對感染者的衛生教育宣導與諮詢來提升感染者採取具保護措施的行為,最終目的是讓感染者能夠從事自我健康管理。莊莘(2009)強調在協助感染者改變行為前須評估其行為的風險,而風險評估又需要個管師洞悉風險行為所屬的次文化。同時在與感染者討論風險行為時需運用初層次同理心,並保持開放且真誠的態度。其中運用初層次同理心和保持開放的態度與吳佳珍、林秋菊(2009)對動機式會談 (motivational interviewing)¹⁹運用於護理領域的介紹吻合,兩人建議護理人員可掌握動機式的四個原則(表達同理心、指出矛盾處、克服抗拒和支持自我效能),並運用五項技巧—反應性傾聽、開放式問句、確認、改變的損益評估,以及會談摘要來協助個案。

除了具保護措施的性行為宣導與討論外,相關的行為介入研究也透過多樣的方式來改變感染者的行為。根據多篇整合分析研究 (Herbst et al 2005, 2007; Wingood et al 2004),目前針對不同感染者群(例如:女性或是西班牙裔)的行為介入經整理過後可以分成數類:(一)技巧訓練,像是針對認知—行為或是壓力的自我管理、(性)關係發展以及如何協商性行為等。Noar(2008)認為技巧訓練是行為介入的關鍵,不過這當中仍有很多種類的技巧,需要釐清何者對何種對象最適用。(二)諮商,包含了個人和團體的諮商。(三)知識傳授與教育,以提供疾病或是性行為相關知識為主,可以透過演講或是觀賞影片等方式。(四)科技物的介入,以各類的電子或通訊軟體為媒介,發送簡訊給研究對象。其他介入還包括

¹⁹ 動機式會談 (motivational interviewing): 又稱動機式晤談,根據 Miller 和 Rollnick 的介紹,此會談的特色為「以個案為中心的互動模式,重視個案需求、想法和感覺,鼓勵個案多表達,藉由協助個案探討改變的障礙及解決方法以促進行為改變 (吳佳珍、林秋菊 2009: 89)。」

情緒表達與應對策略 (coping strategies) 教學、增強感染者改變行為的動機或社會支持等。

介入研究的結果多以行為的頻率有無改變為評估介入的成效，例如罹患愛滋病毒或其他性病的頻率（或風險）、採取保護措施的頻率（或是障礙有無降低）；針對性行為的介入則有研究以研究對象的伴侶數目是否有減少為指標（Herbst et al 2005, 2007；Wingood et al 2004）。Noar（2008）在其對減少愛滋病毒傳染的風險性行為的整合分析中發現當前的行為介入以使用保險套和儘可能避免沒有採取措施的性行為為主，而非限制伴侶人數。另外，他也提及在性行為的過程即使採取了保護措施不等同沒有罹患性病的風險，仍有其他不可控制的因素²⁰存在。

小結

在論及引導感染者行為改變的研究中還是強調護理人員除了熟悉感染者所屬的次文化外，也需要對熟悉會談技巧（如初層次同理心、反映式傾聽）才能與感染者有效地合作。除了衛生教育的宣導之外，既有的行為介入研究也以各種方式來訓練感染者的協商技巧或是增加感染者對疾病或性行為的認識。對於這些行為介入研究的結果多評估風險或是採取保護措施行為的頻率，並注意到在行為的過程中仍有許多不可控制的變因存在。

²⁰ Noar（2008）提出的原因有三：首先是使用保險套並不等於能完全（100%）預防性病，其次是有使用保險套與全程使用仍有差距，最後是沒有正確使用保險套。

第五節 個案管理作為一種社會控制




針對臺灣現行個管計畫中個管師需輔導感染者的自我健康管理，黃道明（2014）以行動者網絡理論（actor network theory, ANT）與傅柯（Michel Foucault）的治理概念為出發點，將個管計畫視為擴散式的醫療監控模式並提出了兩組知識與權力的問題：首先是個管計畫作為責任化感染者的框架，在醫療情境中的個案管理與諮商有著何種的支配關係，以及運用了何種管理與規訓技術；其次是愛滋民間團體與專家各別在個管計畫的醫療場域扮演了何種角色。黃道明的研究結果認為個管計畫透過醫療道德來責任化感染者，並藉由專業知識規訓且區分出了好與壞感染者。個管師在提供醫療照護的同時也等同規訓並監控了感染者。

然而黃道明的分析有幾點待商榷：首先是研究方法，黃道明以收集個管計畫相關的現有文本作為研究材料，這必然與個管計畫實際情形有所落差（儘管黃道明也意識到這點）。後續的討論我也會提及黃道明對個管計畫中的接觸者追蹤管理的觀察便是因為僅透過文本來理解而與實際現象有極大的落差。其次是在黃道明的分析中，感染者進入到個管計畫後便會受到許多人與非人的行動者管控，其所呈現的權力關係為感染者在個管計畫中全然沒有擺脫這管控的可能。那麼若以傅柯對權力關係的論點來看，有權力之處必有抵抗，然而在黃道明所呈現的現象中，卻無法看見感染者的抵抗究竟在何處。

小結

在第三節所提及個管師與感染者建立關係到後續輔導感染者自我健康管理的技巧或策略，的確如黃道明認為蘊含了知識與權力的議題在其中。然而要對個管計畫中的內容採取此一批判觀點應該要對個管師與感染者實際互動的情形有所了解，才有助於了解個管師究竟在什麼情形中會透過知識來施展其權力；而感染者



假若面對的是一個全面監控的個管計畫，那麼感染者的抵抗又在何處。上述問題都需要實際地去了解個管師與感染者間的互動情形，才能避免像黃道明對接觸者追蹤管理的觀察偏離事實。

總結

在本章前半部先是回顧了個案管理在西方國家以及臺灣興起的社會政治背景，以及愛滋病個管計畫在美國與臺灣兩國發展的情形。愛滋病個管計畫在兩國內都因疫情需求而出現，不過在組織結構與模式有明顯的不同；後半段則整理了個管師與感染者建立關係以及輔導感染者自我健康管理時所運用到的技巧，其中與行為相關的介入措施有多樣的觀點。本研究想探索的個管師實際輔導感染者進行自我健康管理時，所採取的技巧或策略與哪些觀點較為接近。最後，則是回顧針對上述技巧與權力間的批判觀點，認為個管計畫作為一種社會控制的研究提出其在研究方法上的不足很可能削弱了其批判力道。

第三章 研究設計

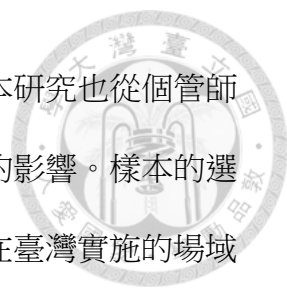


第一節 研究方法與抽樣

本研究屬於探索型研究 (exploratory study)，欲理解個管師與個案建立關係以及協助個案自我健康管理的技巧和策略，這些技巧又如何影響雙方間的關係，以及雙方間關係如何影響個案的健康狀況。個管師所使用的技巧或策略較難採取發放問卷的方式讓個管師填答，原因在於有些技巧和策略可能是內隱知識²¹ (tacit knowledge)，個管師在使用時並不見得有意識到，需要透過探問 (probe) 才能理解個管師為何使用某些技巧和策略，以及這些技巧又對個管師與感染者間的專業關係有何影響。而個管師和個案間的專業關係及這段關係對個案的影響，需要對專業關係有深入且細緻的了解方能掌握雙方的看法。我採取深度訪談 (in-depth interview) 來收集資料。深度訪談的優點誠如吳嘉苓 (2013) 所述能夠對受訪主題得到「深入而扎實的了解、針對研究現象發展詳細的描述、整合多重的觀點，以及了解 (受訪者) 對於事件的詮釋」。

本研究所運用的取樣方式為立意抽樣 (purpose sampling)。依據 Patton (2002) 的說法，立意抽樣所選取的樣本類型與數量取決於研究的目的 (purpose) 與資源。在選取研究對象時儘量以訊息豐富 (information-rich) 或是變異極大的 (maximum variation) 樣本挑選，同時也得考量研究者的經濟能力與時間限制。本研究從個管師與感染者互動的經驗來理解個管師協助感染者的技巧、感染者如何詮釋或回應

²¹ Tacit knowledge，或譯為隱性知識，由哲學家 Michael Polanyi 提出，認為知識可以分為外顯 (explicit) 和內隱兩類。外顯知識可以透過標準且系統化的方式傳遞給他人，內隱知識是關乎個人行為或習慣的知識，需要學習者實踐和親身體驗 (引自彭妮絲 2009)。成令方 (2002: 49) 也援引 Polanyi 的概念，認為內隱知識即是「我們所知道的遠比我們能夠用語言表達的還多」。




這些技巧，以及這些技巧又對雙方間的專業關係有什麼影響。本研究也從個管師和感染者雙方的角度來理解專業關係的變化以及對感染者健康的影響。樣本的選取即分成兩部分：在個管師的抽樣，雖然愛滋病個案管理計畫在臺灣實施的場域包含醫療院所、地區衛生局（所）和民間團體，我在尚未正式開始訪談前與一位任職於醫院的個管師簡單訪談後，得知感染者目前接觸到的個管師仍以醫療院所與地區衛生局（所）為大宗，故尋找研究對象時儘量以涵蓋此兩場域的個管師。一來除了利於勾勒出當前個管計畫實施的全貌，也能讓不同場域中個管師的經驗得以呈現。其中醫療院所的個管師，由於我的經濟能力與研究時間限制，僅能從位在臺北地區的醫療院所尋找個管師。經查詢民國 103 年愛滋病指定醫事機構名單²²後發現在臺北的愛滋病指定醫院多為醫學中心，遂改以儘可能囊括位處臺北各大醫學中心的個管師。個管師最一開始是透過在 T 醫學中心任職社工的同學²³幫忙與該院其中一位個管師聯繫，後續的個管師則由第一位受訪的個管師介紹。我也在每一次與個管師訪談完後詢問有無其較熟識的個管師願意接受訪談，以滾雪球的方式來尋得更多個管師。感染者的抽樣為滾雪球抽樣（snowball sampling），儘管感染者一旦確診通報後便由政府列管，並不見得所有感染者都會在第一時間就醫並讓政府列管。礙於隱私與社會對此疾病的污名，亦即研究者不可能取得完整的感染者清單抽樣；更因為社會普遍對於感染者仍不甚友善，使得他們成為不易接近的隱性群體（hidden population）。

我透過各愛滋民間組織（例如：臺灣露德協會和權促會）的協助在其官方網

²² 詳細名單可參見：

<http://www.cdc.gov.tw/professional/info.aspx?treeid=7B56E6F932B49B90&nowtreeid=67CCCCD371D8DD79&tid=DC7DB25738B03497> 瀏覽日期：2014/10/15。

²³ 此位同學也正好在臺大公共衛生學院修習碩士學位，而他在 T 醫學中心負責的醫療業務恰好是早期療育與感染科，故與感染科內的愛滋個管師們熟識。儘管我並未與此位同學深度訪談，然而因為在學院修課與寫論文時經常會遇見他，故後續的研究結果與討論我也從他身上獲取相關資料。



站發佈徵求研究對象的消息以尋得願意受訪且年齡滿二十歲的感染者。在每訪談完一位感染者後，我會邀請感染者幫忙詢問其認識並符合研究條件的其他感染者，是否願意參與本研究。為了研究目的所需，個管師任職的時間至少一年（含以上）、感染者必須參與個案管理計畫至少一年（含以上），才能探討並理解雙方的關係在時間向度上的變化。

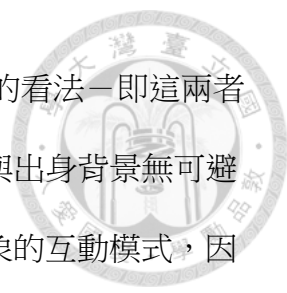
第二節 研究倫理



當研究對象為隱性或是易脆弱（vulnerable）群體時，研究者必須對研究對象在參與研究過程有完善的保護措施以免研究對象受到傷害。在本研究中我原先對感染者的年齡並無特別限制，後來向國立臺灣大學附設醫院研究倫理委員會申請研究倫理審查時，該會規定若研究對象未滿二十歲須同時取得研究對象及其監護人（通常是家長）同意。儘管目前的感染者群體有年輕化的趨勢，感染者要向其監護人袒露其感染身份仍非易事。基於不希望研究對象因為參與此研究得向監護人袒露感染身份造成研究對象與監護人間的衝突或不快，我遂將感染者的年齡條件設定在須滿二十歲（即成年人）。

對於訪談地點的選擇與訪談過程的記錄亦需要事先思考。不論和個管師或是感染者個案訪談，雙方在談話過程都會提及極為隱私的個人經驗，故訪談的地點最好是只有研究者與研究對象，其他任意第三人無法進入的空間以維護研究對象的隱私。與個管師的訪談多在其任職醫院內的諮商室；和感染者的訪談地點，我會先邀請感染者提供其偏好的訪談場合，看我是否能配合。當與感染者在公開場合（例如：咖啡廳或餐廳）訪談時，我們在座位的選擇上儘可能會與其他人相距較遠以防旁人聽到我們的談話內容。

我在訪談開始前會向研究對象說明此研究的動機、目的以及訪談如何進行，並提供訪談大綱（參見附錄三與四）供研究對象參考，也說明研究對象在參與此研究時有哪些權利。在我說明完畢且回答完研究對象的問題後會徵求其同意後開始訪談且錄音，以利後續將訪談內容謄打成逐字稿供研究分析。研究對象若不同意錄音，我會詢問其是否同意我改以在訪談過程中以手寫記錄重點，方便後續訪談後立即撰寫該次訪談內容。



藍佩嘉（2008：33）引述 Clifford 和 Marcus 對研究與寫作的看法—即這兩者都是「從特定文化與社會情境出發」—認為研究者的社會位置與出身背景無可避免地型塑了研究者對研究的觀察與理解，也影響了其與研究對象的互動模式，因此研究者必須對此反思。身為一名非感染者的生理男性男同志，在我與個管師或感染者尚未開始訪談或是訪談之後，確實曾遇過個管師或是感染者好奇我為什麼想以愛滋病個管計畫作為碩士論文題目。這樣的情形在訪談感染者時較常遇到，我曾遇過零星幾個感染者在訪談前或後想知道我是否同樣為感染者，才選擇個管計畫作為題目。作為研究者的我是否要向感染者坦誠我的感染身份（不論感染與否）可能會影響到感染者將我視為是圈內人（insider）或是局外者（outsider），進而影響感染者願意向我透露多少。不論是在正式訪談前或是後詢問，我都會交代我的同志身份以及當時非感染者身份但卻已經接觸愛滋議題長達六年，也與諸多愛滋民間團體工作者多有往來的經歷。

至於研究者是否要與研究對象成為朋友？這問題誠如畢恆達（2010）認為很難有固定的標準答案。在我請求各愛滋民間組織幫忙張貼徵求研究對象的消息後，身旁的一些朋友也在臉書上分享了我的研究徵求消息。這使得在我朋友之中有一些感染者朋友主動與我聯繫並表明願意分享他們與個管師相處的經驗，其中一些朋友是早在我研究前已得知他們的感染狀態，有些則是因為此研究我才得知。基於感染身份在社會上承受極大的污名與社會壓力，以及他們是因為研究主題才與我分享他們極為私人的經驗，他們在訪談所提及的內容我都有義務保密。有一些受訪的感染者朋友確實在訪談後仍與我保持聯繫，甚至是會找我傾訴跟感染身份相關的事情。當他們有需要傾訴對象或是幫忙時，在我能力允許範圍內也會儘力協助；也有一些受訪的感染者基於不希望他們的感染身份與生活曝光，我們在訪

談結束後便無任何聯繫。對此我的應對方式為尊重個別受訪感染者的決定，盡量不要因為研究（者）的關係而影響了他們的生活。



第三節 研究分析



每一份訪談的錄音檔都會轉換為逐字稿以利撰寫討論與分析。分析的過程參考了 Strauss 和 Corbin (1997) 對開放性譯碼 (open coding) 所提供的指示：藉由訪談大綱上問題的設計對訪談所獲取的資料加以分類，賦予暫時性的概念標籤 (conceptual label)。隨後我將內容相近的概念標籤聚在一起，並給予抽象程度較高的概念性名稱，此即為範疇 (category)。隨著在範疇下的概念愈來愈多後，再從中分辨其差異，藉此開發出特定範疇下的性質與面向。

儘管此研究較難採取多樣的方法來達成三角檢証 (triangulation) 的目的，我仍輔以在網路上能夠找到關於個管師工作經驗或是感染者與個管師相處的各式資料來提升訪談內容的一致性 (consistency) 與研究的可信度 (trustworthiness)。此外，網路所收集的資料也能補充不同於訪談內容的說法。

第四章 研究結果

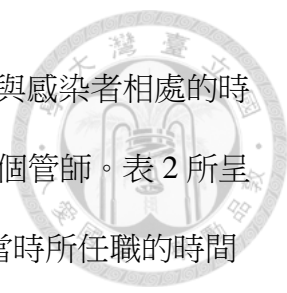


本章呈現的是我與研究參與者訪談後的結果，輔以與個管計畫相關的網路資料或是影片來回答我在導論所提出的問題。以下內容依序為介紹研究參與者的資料、個管師認知中的個管計畫，接著以個管師的角度將其與感染者間的專業關係分成三階段，再分成醫療院所與衛生局兩場域來呈現個管師與感染者在不同階段的互動。個管師與感染者雙方在三階段中的互動會先陳述在個別階段裡，個管師所面臨的情境特殊性為何來帶出個管師所需或是運用的技巧有哪些，而運用這些技巧對他與感染者間的專業關係有什麼影響，最後是從感染者的角度來理解個管師的技巧，或是感染者針對這些技巧發展出了什麼樣的詮釋或因應策略。

第一節 研究參與者一覽

本研究一共訪談了 23 位研究參與者，個管師 13 位，感染者 10 位。接受訪談的個管師幾乎都是女性，最高學歷多為護理背景。其中 10 位目前在醫療院所擔任個管師，2 位在衛生局的業務之一為承辦個管計畫²⁴，A010 目前則歸屬於某學會承接「愛滋病個案管理和加強型伴侶服務試辦計畫」的個管師。醫療院所的個管師（以下簡稱醫院個管師）在任職之前多是在醫院的內科病房或是感染控制中心工作，資歷從研究條件設定的一年到四、五年不等。在此需留意的是任職個管

²⁴ 不以衛生局個管師稱呼兩位專職在衛生局工作的人員是因為愛滋病個管計畫僅是他們的工作內容之一，平時還有其他的工作業務需要處理。在衛生局的編制內也並沒有一個正式的職稱為愛滋病衛生局個管師。此外，在衛生局承辦愛滋病個管計畫的專職人員假若因為其他業務繁重，極有可能壓縮到其與感染者追蹤聯繫的時間。身處衛生局的個管師工作情形會在之後詳述。後續為了行文方便，仍是以衛生局個管師來稱呼，僅在此處說明衛生局個管師的工作並不完全是個管計畫的內容。



師的資歷並不一定等同其接觸或服務感染者的時間，像是 A013 與感染者相處的時間就接近二十年，等至 2007 年始全臺實施個管計畫才轉任職為個管師。表 2 所呈現的個管師資歷係從其職稱為愛滋個管師為起始點到與我訪談當時所任職的時間長度，任職的醫院在規模上多屬於醫學中心。

受訪的感染者皆是生理男性，儘管這與當前感染者的性別比例接近，缺乏生理女性感染者與個管師相處的經驗仍是此研究的缺失。感染者的年齡從 21 歲到 58 歲，感染時間²⁵從 1 年多到 10 年多皆有。受訪的感染者都有服用雞尾酒療法，不過適應藥物的經驗差異極大—從第一次服用藥物即適應良好，到感染十多年仍在適應藥物副作用者皆有。多數感染者皆有與個管師相處的經驗²⁶。至於感染者和幾位個管師相處過與其感染年數、是否有更換指定醫院看診以及個管師生涯規劃有關。受訪的感染者們最少與一位個管師相處，至多者則如感染者 B001 目前的個管師是其第四任。

²⁵ 感染時間的計算方式有兩種，一是體內已經有愛滋病毒，另一種是經由檢驗結果呈現陽性。感染者多數記得的感染時間應該是屬於後者，即從檢驗結果呈現陽性的時間點算起。

²⁶ 當中只有 B010 從一開始感染到至今看診都沒有遇過個管師，由於他陪同 B009 與我訪談，我是在訪談的過程中才得知 B010 的感染身份，也在那次的訪談中比較了有無個管師在感染生涯中的差異。

表 2 受訪個管師一覽

代稱	性別	個管師資歷	醫院規模	最高學歷	訪談時間
A001	女	3 年半	H 醫學中心	大學 (護理系)	1 小時 30 分鐘
A002	女	2 年半	T 醫學中心	碩士 (公衛)	1 小時
A003	女	接近 2 年	T 醫學中心	大學 (護理系)	40 分鐘
A004	女	2 年	T 醫學中心	大學 (護理系)	1 小時
A005	女	1 年多	T 醫學中心	大學 (護理系)	40 分鐘
A006	女	2 年	S 基層診所	大學 (護理系)	1 小時 30 分鐘
A007	女	2 年半	I 醫學中心	大學 (護理系)	1 小時
A008	女	3 年多	O 醫學中心	大學 (心理系)	1 小時 15 分鐘
A009	女	3 年	P 市衛生局	專科 (醫檢系)	1 小時
A010	男	2 年	T 市民間團體	碩士 (性別研究)	1 小時
A011	女	5 年	Y 醫學中心	專科 (護理系)	1 小時 40 分鐘
A012	女	5 年	M 縣衛生局	專科 (醫檢系)	1 小時 20 分鐘
A013	女	7 年	T 醫學中心	碩士 (護理)	50 分鐘

表 3 受訪感染者一覽

代稱	性別	年齡	感染時間	服藥與否	訪談時間
B001	男	28 歲	4 年多	是	1 小時
B002	男	34 歲	5 年多	是	1 小時
B003	男	24 歲	1 年半	是	40 分鐘
B004	男	30 歲	2 年多	是	50 分鐘
B005	男	29 歲	2 年多	是	1 小時 20 分鐘
B006	男	38 歲	6 年多	是	1 小時
B007	男	21 歲	2 年多	是	50 分鐘
B008	男	32 歲	4 年多	是	1 小時 10 分鐘
B009	男	58 歲	10 年多	是	50 分鐘
B010	男	50 多歲	10 年多	是	50 分鐘

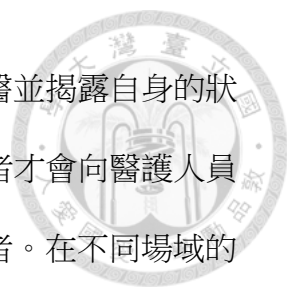
第二節 個管計畫概述



相較於先前在文獻回顧中簡要地陳述了個管計畫在臺灣實施的情形以及不同場域的個管師職責與業務分工，本節所要勾勒的是經由訪談後得知個管計畫實施的真實情形以及感染者與不同場域的個管師之間的網絡，讓讀者能夠對個管計畫有更清楚的認識以利後續的討論。

在了解愛滋個管師如何與感染者互動進而建立關係之前，必須先知道感染者是如何加入個管計畫。感染者如何加入個管計畫取決於他是在哪一場域最先確定已感染愛滋病毒，若是藉由醫院（不論具名或匿名）篩檢或是因為發病送進醫院而確知感染就會先接觸到醫院個管師，接著才會接觸衛生局個管師；若是在醫院以外的場域或事件（如：捐血或是匿名篩檢的外展服務）得知感染，先接觸到的即是衛生局個管師。當個案符合人類免疫缺乏病毒感染或是後天免疫缺乏症候群的通報定義，發現其感染的醫事人員必須在 24 小時內通報。通報完成後，個案現居住地的衛生局個管師會在一週內與個案聯繫、提供個案衛生教育與心理輔導並發放全國醫療服務卡（簡稱全國醫療卡）並協助就醫（行政院衛生福利部疾病管制署 2009）。衛生局個管師之後便固定每三到六個月追蹤訪視個案，並將資料輸入疾管署慢性傳染病追蹤管理－愛滋及漢生病子系統。

個管計畫亦會配合感染者的人生階段與病況進程來提供協助。當感染者須從一地移動至另一地（不論是因為求學或就業），個管計畫亦需從一地的愛滋病指定醫院到另一間醫院；當個案隨著病程開始有其他併發症時，個管師須協助就醫或是提供協助，屆時兩者（甚至包含醫師即為三者）間的互動又會趨於頻繁。個管計畫的工作內容不論是協助感染者獲取資源和自我健康管理，或是基於防疫理念的接觸者追蹤，關鍵的因素都在於醫護人員與感染者間的專業關係是否良好。當



醫護人員與感染者間的專業關係良好時，感染者才願意主動就醫並揭露自身的狀態讓醫護人員了解；也唯有當兩者間的專業關係良好時，感染者才會向醫護人員透露曾經接觸過的對象，醫護人員才能進一步聯繫到這些接觸者。在不同場域的個管師都提及不希望因為執行個管計畫的內容而破壞了與感染者的關係，計畫的目的如 A0013 所述：「希望他[感染者]還是能維持在醫療服務體系之內會比較好，能夠好、健康穩定、活得長遠且健康。」如何讓感染者留在醫療體系之內並與醫護人員聯繫，個管師就扮演了很重要的角色。

感染者與醫師和各場域間個管師的關係應如下圖所式：

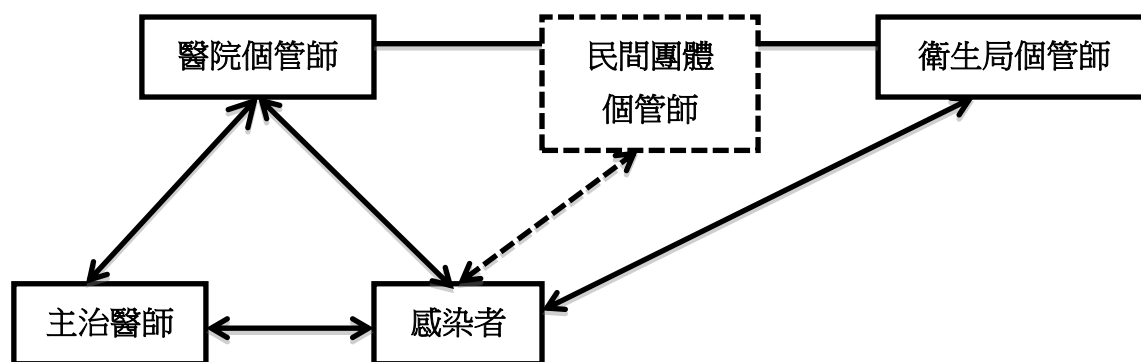
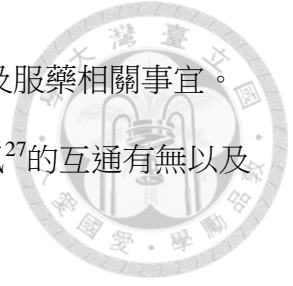


圖 1 感染者與醫師和各場域間個管師的關係對應圖

左側三角形的關係網絡由主治醫師、醫院個管師與感染者三者所構成，主要是與個管計畫直接相關的行動者在醫療院所場域中互動的樣貌。感染者在醫院中會與醫院個管師和主治醫師密切互動，與醫院個管師聯繫互動的頻率又會多過與主治醫師。感染者不論與哪一方相較，就權力關係而言都處於較屈從的位置；醫院個管師則又聽令於主治醫師，其在計畫中的角色與定位會受到主治醫師影響，有時又得為主治醫師執行原先該由其負責的任務。右側則是由感染者與三個場域內個管師所組成的關係網絡。原先應當只有醫院與衛生局個管，即感染者在確診通報後會由衛生局個管發送全國醫療卡並協助就醫，之後固定每三個月追蹤；醫



院個管師則負責感染者在就醫時的資源整合、各類衛生教育以及服藥相關事宜。三種場域內的個管師彼此間會分工合作，特別是關於感染者資訊²⁷的互通有無以及在業務上會分工以免資源重複。

儘管先前在文獻回顧中得知臺灣的個管計畫中確實存有位在民間團體的個管師，不過相關文獻或經驗現象仍相當缺乏。我得以勾勒出民間團體個管師的位置得歸功於 A010，他目前即是隸屬於民間團體的個管師。我將民間團體的個管師放置在醫院與衛生局個管之間，主要的判斷來自於 A010 在民間團體工作的經驗。其任務為將全國醫療卡發給新通報的感染者並協助其就醫，之後再將感染者交由醫院與衛生局個管師接手。A010 也陳述他認為自己的位置像是「公衛[即衛生局]和醫療個管的橋樑」，因此暫時將民間團體個管標示在醫院與衛生局個管之間。以虛線標示其與感染者間的關係，原因有二：其一是光憑藉 A010 的經驗無法得知其它民間團體個管師的經驗與感受是否與 A010 相同。假若其他民間團體個管師的經驗不同於 A010，那麼民間團體個管師在圖中的位置即有可能變動；其二是由於 A010 表明其位置目前僅有 T 市有。對其他縣市的感染者而言，會接觸到的個管師還是來自醫院與衛生局，屆時圖中右側僅有醫院、衛生局個管與感染者三方。

感染者與不同場域個管師間的關係深淺程度不一，會受到場域性質、個管師之間的業務分工以及感染者疾病進程等其他因素影響。其中我認為以疾病進程對雙方專業關係與互動的影響最為明顯，可將個管師與與感染者互動分為三階段，分別是建立關係期、計畫執行期，以及穩定期。這樣階段性的分法是以個管師的角度出發，建立關係期是從剛確診通報後可能會接觸到民間團體個管師（假若恰好在 T 市），當民間團體個管師的任務完成後，會將感染者交由衛生局和醫院個管師接手。衛生局和醫院個管師此階段要先與病人建立關係以便進入到第二階段。

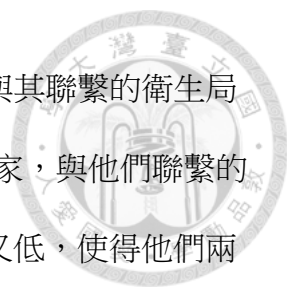
²⁷ 感染者的資訊如個管師 A013 指出包含了就醫、家庭狀況、社會狀況、行為、法律、交友狀況。



計畫執行期主要為個管師執行計畫的內容，包含衛生教育與諮詢以及自我健康管理中的各項內容一如就醫、服藥順從性，以及接觸者追蹤管理等項目。這階段是感染者和醫院個管師互動最頻繁的時刻，根據醫院個管師的經驗，這段時間至少為期半年，有的感染者甚至會因為其健康狀況或其它因素影響，其病況穩定的時間會延長到一年以上。個管師們認為與感染者在建立關係以及計畫執行期這段時間，是最需要他們陪伴與提供資源的階段。到了穩定期後，除非感染者有身體上的不適，否則個管師要再見到個案便是固定三個月回診領藥時了。就像是醫院個管師 A006 所說：「我覺得我們的角色有點是前段的陪伴，後面就是讓他們習慣沒有我們的日子。因為他們未來是靠自己。」要達到讓感染者習慣沒有個管師的穩定期，前提是感染者的身體狀況穩定且能自我照顧。感染者與衛生局個管師的關係則是在通報確診後，每三到六個月的追蹤會有聯繫。其餘時間除非有其他事情要尋求協助，否則與衛生局個管師的聯繫也僅止於此。

後續的結果呈現會以專業關係的三階段為主軸來呈現雙方的互動，其中會以醫院個管師的篇幅較衛生局個管師多。除了因為受訪的個管師中以在醫院任職者較多之外，與感染者有最頻繁互動者也是醫院個管師。三階段的呈現也以前兩階段為主，穩定期因為感染者的身體狀況穩定後僅回診時見到個管師或是透過通訊軟體與衛生局個管師聯繫，雙方的互動與前兩階段相較來得少。衛生局個管師從與 A010 和 A012 的訪談中得知會經歷每兩年一次的輪調——其目的是為了他們能夠快速熟悉衛生局（或所）裡頭的各項業務——而阻礙了他們與感染者建立長期且穩定的關係。儘管 A010 提及兩年一次的輪調並非強制²⁸，此規定仍影響了衛生局個管師與感染者間的專業關係。受訪的感染者們普遍對衛生局個管師的印象或是互動不多，故不太清楚對方是誰。感染者對衛生局個管師感到陌生除了受到輪

²⁸ 依照 A010 的說法是兩年一次的輪調是否為強制性在各個地區的做法不一，有些地方是一定得強制輪調，有些則是個管師想留在同一衛生局工作就可以繼續。



調規定影響外，也會因為感染者求學或就業移動居住地而更換與其聯繫的衛生局個管師有關。如感染者 B001 與 B003 先前都曾因為求學而搬過家，與他們聯繫的衛生局個管師就會隨著他們的居住地點變動，加上聯繫的頻率又低，使得他們兩位都不太記得衛生局個管師到底是誰。受訪的感染者也多會提到衛生局個管師經常換來換去，進而影響了感染者對衛生局個管師產生信任的契機。像感染者 B005 所言：「輪調等於說你就算再怎麼去建立那個關係，你還是會遇到那個時間[即兩年一次的輪調]，你就會覺得說：那就前面好不容易建立起來的信任，雖然其實也不能說很信任。」或是從衛生局個管師 A012 聯繫感染者的經驗：「如果你[是]在公部門的個管師，你不是一開始接觸[感染者]的，信任度不夠多會很難追。我們會發現很多很不好追的[感染者]，他跟之前的個管熟悉度比較高，那你現在換到新的，會需要新的適應。」都能看出當衛生局個管師聯繫個案會受到輪調的影響時，衛生局個管師與感染者間的信任感便很難建立。故後續對個管師的分析會以醫院個管師為主，衛生局與民間團體個管師的經驗為輔。

第三節 三階段中的互動與專業關係



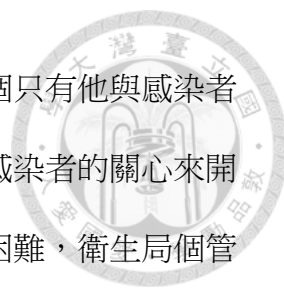
此節呈現三階段中的不同場域個管師因為階段或是場域的特殊性將運用什麼樣的策略或技巧與感染者互動，感染者的立場又如何詮釋甚至是回應這些技巧。若個管師所運用的技巧並不因為場域而有差別，便不特別標示出這些技巧是哪一場域個管師運用；若有需要區分則將場域分為醫療院所與衛生局，在比重部分如上一節所述是以醫療院所較衛生局為多。

第一項 建立關係期

建立關係對位處在任一場域的個管師都相當重要，在此階段若其無法順利與感染者建立關係，更遑論執行後續的個管計畫項目或是提供醫療處置給感染者。此階段的特殊性在於愛滋病長期以來是一種具有污名的疾病，故背負著疾病污名的感染者在不確定健康照護人員或是衛生局行政人員是否接納他們之前，會儘可能地保護自己。受訪的個管師們在談及建立關係期的特殊之處即是感染者們的防衛心在此階段相當地明顯，如何讓感染者們願意卸下防衛心與個管師們互動就成了個管師在這個階段的首要任務。

個管師在此階段透過四種技巧來與感染者建立關係，分別是噓寒問暖（small talk or social conversation）、反映式傾聽、開放式問句，以及建立框架。其中最為明顯的是會以噓寒問暖作為建立關係的開場白，其餘三者間則沒有一定的順序，個管師會視互動情境而交互運用這些技巧與感染者互動。這四種技巧其實是貫穿了個管師與感染者互動的所有階段，只是在建立關係期時這些技巧的運用較為明顯且扮演了重要的角色。

個管師接觸到剛確知感染愛滋病毒的感染者時，第一時間並不是一股腦地告



訴他愛滋病的相關知識或是很急切地詢問個人資訊，而是找一個只有他與感染者在的空間來聊聊。此時談話的性質類似噓寒問暖，藉著表達對感染者的關心來開啟對話。找一個只有個管師與感染者的空間對醫院個管師並不困難，衛生局個管師的經驗則如 A012 表示，有些感染者會顧忌在衛生局（所）內與個管師互動會遇見熟人因而使感染身份曝光，故此時衛生局個管師會與個案約在其他場合來碰面訪問。

個管師噓寒問暖的表達方式有三種，分別是找尋共同性、為感染者解惑與情緒安撫。訪談的結果發現個管師至少會運用其中一種表達方式來開啟對話，也有會交錯運用其中兩者。找尋共同性是個管師會先觀察病患的個人特質而挑選相符的對話主題，此時由於個管師對感染者的個人特質了解並不多，多半會從外觀可辨識的個人特質著手。像是個管師 A005 分享他與新感染者第一次碰面時，會先判斷感染者的年齡或職業來開啟對話。以年齡為例，個管師 A005 分享若感染者小於 25 歲時：「我就會問他說那還好嗎？他如果今天自己來的話，怎麼沒有人陪你。因為那種時期的學生就是永遠都會一群人，或是他一定有直接去跟他朋友講。」感染者若是上班族，A005 會問：「今天有請假嗎？如果沒有請假，你下午幾點要走什麼之類。」以這類的主題來開啟對話不僅能舒緩感染者的情緒，也能循序漸進地切入個管師之後想談的正題。解惑是指個管師會詢問感染者對疾病的了解有多少或是有無擔心疾病對生活的影響。當感染者舉出問題後，個管師再針對這些問題回應。像是個管師 A002 會詢問病人對疾病的認識有多少，或是 A010 說的：「會開始跟他們介紹一下這疾病的認識，但不是那一種衛教宣導，比較是對醫療跟他生活照顧有關的一些相關的狀況。」解惑除了有助於雙方開啟對話，亦能夠舒緩感染者的情緒，其原因在於感染者剛確診時可能有許多疑問存在，透過雙方互動討論的過程，便能釐清夾雜在問題裡的困惑。最後一種是情緒安撫，受訪的個管

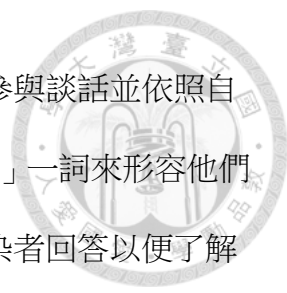


師有超過半數表示會先詢問感染者當下的情緒或感受來給予陪伴或是安慰。個管師們認為當感染者願意開始抒發情緒時，彼此間的對話也才有後續展開的可能。像是個管師 A010 談及一開始與感染者攀談的方式：「其實我覺得大部分一開始當然就是自我介紹，介紹完之後我會問他說你覺得從你感染之後到現在的心情怎麼樣，還有什麼可以幫忙的或有什麼想要發洩的，就陪他們發洩情緒，那有些人就會開始說了。」當感染者願意開始訴說自己的情緒或是困惑，個管師才有機會針對他所說的內容回應。

不論採取或混合運用上述哪一種噓寒問暖的策略，個管師在對談的過程中很重要的技巧是反映式傾聽 (reflexive listening)，也就是個管師每隔一段時間要將他從個案那所聽與感受到的內容，儘可能使用相同的字來回饋給個案 (Ballew & Mink 1998)。個管師 A004 提及自己一開始還不清楚此技巧時，遇到剛確診的個案都是他單方面一直將疾病相關的資訊與知識告訴對方，後來則改為「你就會停頓、聽個案，看他對剛剛講的內容他的反應是怎樣。」個管師 A002 更說重點是「聽比較重要，你要瞭解這病人的想法是什麼。你一直給[資訊或知識]不會有用。(底線為研究者所加²⁹)」這兩位個管師點出了反映式傾聽需要理解病患的反應或是想法才能予以回應。這應和了 Dearing (2004) 和 Gámez (2009) 認為經營專業關係的技巧，了解病患會是首要任務，而反映式傾聽能夠幫助個管師聽見個案的情緒與想法並將其聽見的內容回應給個案。

第三種技巧是開放式問句的使用。雙方對談中很重要的另一點即是如何讓感染者在尚未熟識的個管師面前願意多多表達想法與回應問題端看個管師的問話技巧，而開放式問句的運用便是其中一種。個管師在詢問感染者問題時的句型多為開放式問句，亦即多是以何時 (when)、什麼 (what)、如何 (how) 與哪裡 (where)

²⁹ 在本文中引述受訪者所說的內容中，有特定字句加註底線皆為研究者所加，用以強調研究者認為的重點或是關鍵。




作為問句的起頭。其好處如鄭維瑄（2013）指出能夠鼓勵個案參與談話並依照自己的方式來表達故事與情緒感受。個管師 A002 曾用「好奇寶寶」一詞來形容他們與感染者對談時的樣子，過程中會透過不斷拋出問句來引導感染者回答以便了解他們的想法。感染者在生活中會因為其行為遭到社會貶抑或歧視（例如：靜脈注射藥癮或是同性性行為），時間久了便有可能將歧視內化（*internalize*），擔心就診時醫護人員是否因為其（性）行為而產生差別待遇，嚴重者甚至拒絕為其提供醫療照護。開放式問句除了能讓感染者免去此擔憂外，也能讓個管師了解感染者的想法與處境，對其有更多的認識。

與反映式傾聽技巧並行的是建立框架給感染者。框架的概念在個管師的想法中較類似勾勒出結構性的指引（*instruction*）或知識，讓感染者能夠快速進入就醫情境。提供框架的目的在於讓個管師以系統性的方式向感染者說明，也等同協助感染者建立對疾病與治療的認知。對框架的功能描述得最為貼切者為個管師 A008，他的說法如下：

我覺得這是我們身為個管必須要先告訴個案的事情，而且你可以得到什麼樣的治療、什麼人可以幫助你。這比較結構性的事情是你在，一個個案在接受到重大衝擊的時候，你結構性的東西給他時，他會比較好 follow。

從 A008 的陳述我們可以知道，框架所涵蓋的內容範圍包含哪些之外，框架的性質以及目的又是何在。框架所涵蓋的內容反映的是個管師認為什麼對感染者是重要的，而需要讓感染者在感染的初期得知。整理了數名個管師的說法，包含了就醫流程、疾病知識與治療過程、資源的取得以及日常生活照護為框架所涵蓋的內容。框架的目的也正如上述提到幫助感染者建立認知，得以讓其在剛確診時能夠有一套類似指引的內容得以參考與遵守。提供框架除了方便個管師在工作上的流程之外，個管師 A006 認為也有助於營造個管師在感染者面前的專業形象。「我覺得最



重要可能要讓他[即感染者]知道專業度要存在，如果他覺得你是夠專業的話，他就會對你信任。」在彼此建立關係的階段，個管師亦藉由在感染者面前提供疾病或治療相關知識來展現其專業形象與能力進而取得感染者對其信任。爾後當感染者後續遇到問題或身體狀況有變化時即知道能夠優先找誰尋求協助。

受訪感染者回憶起確定感染後的第一次就診，多半以「混亂」、「不知所措」和「情緒很複雜」來形容當時的情緒，反映的是當時除了對醫療環境不熟悉外，可能也缺乏對疾病的了解並處在剛確認感染的複雜情緒中。他們對個管師當時如何與他們建立關係以情緒安撫與提供框架最為明顯，像是 B002 提及剛遇到個管師時，個管師告訴他生活能夠繼續下去；或者是 B001 與 B007 當時剛確診時對疾病一無所知，個管師除了告知他們後續的就醫流程，也協助他們處理兵役的問題。B001 憶起剛感染時確實有很多事情都還不知道，可見個管師在此階段提供知識或是結構性的指引確實有助於與感染者建立關係。開放式問句的應用感染者也明顯感受得到，他們表示在與個管師互動的過程的確常常表達自己的看法與感受，個管師會經常問「為什麼」或是「那你是怎麼想？」來引導他們。

小結

個管師在建立關係期用來與感染者建立連結與關係的技巧多有所重疊，除了最一開始透過噓寒問暖的方式來開啟話題，其他項技巧多半為彼此在一來一往的對話過程中視情境靈活運用。開放式的問句搭配上回映式傾聽，讓個管師能夠在與感染者剛接觸時得知感染者當下的感受以及想法，也能營造一個讓感染者願意訴說的就醫環境。提供結構性的指引（instruction）或知識除了對個管師在工作流程上有幫助外，也等同為處在剛確診，情緒仍混亂的感染者在短時間內解決問題並對疾病有基本的認識；同時也具有幫助個管師在感染者面前打造專業形象的功能，讓感染者知道有問題時能夠向其尋求協助。藉由上述的方式與感染者建立起



初層次的關係後，個管師才能繼續提供醫療協助與執行個管計畫中的其他項目。

第二項 計畫執行期

個管師在與感染者初步建立關係後便接著執行個管計畫裡的其他項目，由於本研究聚焦在個管師如何輔導感染者自我健康管理，故在計畫執行期當中所呈現的互動會以衛生教育、雞尾酒療法以及接觸者追蹤管理為主。個管師如何與感染者討論行為改變、協商雞尾酒療法，最後是如何執行接觸者追蹤管理，是本階段的重點。

第一款 衛生教育

(一) 目的與特殊性

個管計畫希望藉由衛生教育與諮詢來提升感染者的自我健康管理，包含了提升服藥順從性與具保護措施的性行為，進而降低再度感染其他性傳染病的風險行為。降低愛滋病毒的次級傳染是愛滋病個管師與其他疾病個管師相比之下的特殊之處。此款呈現的是個管師向感染者提供衛生教育與諮詢時，使用的宣導修辭具有什麼樣的特色。提升服藥順從性的部分將在個管師與感染者協商雞尾酒療法時呈現，在此聚焦的是具保護措施的性行為的衛生教育與諮詢。

個管師與感染者在討論具保護措施的性行為衛生教育與諮詢時會遇到的困難是感染者不願意透露性行為的細節。感染者不願透露性行為細節的原因有二，一種是感染者基於性行為是其隱私不願意與個管師討論，另一種則是感染者對個管師信任不足。如此一來，個管師便很難針對感染者性行為的情境加以討論或提出對策。例如個管師 A004 論及衛生教育的困難處時，令他印象深刻的是有一位感染者其實有固定的性行為對象，但就是不願意向他透露性行為的對象以及情境。當這名感染者爾後反覆地感染梅毒時，A004 在無法得知其性行為細節的情況下能做



的只有不斷地向感染者宣導預防觀念，無法針對感染者實際性行為的情境討論。故個管師如何與感染者討論性行為細節就相當地關鍵。

有的個管師會詢問感染者有無需要保險套和潤滑液來開啟對感染者性行為細節的討論。然而性行為的具體細節與情境由於相當因人而異，儘管在我訪談的過程中個管師談了不少如何與個別感染者協商具保護措施的性行為的細節，仍不易從中整理出討論實踐具保護措施的性行為趨勢或方向，僅能以個管師提供衛生教育時的宣導修辭分析為主，但這並不代表個管師不與個別感染者針對其行為情境討論並擬出可行的策略。

（二）衛生教育宣導的修辭

提供衛生教育來提升感染者自我健康管理的目的很大一部份是為了防疫所需，即避免疾病的次級傳染（secondary transmission），背後的立場是利他觀導向（altruistic-oriented）居多。衛生教育常見的說辭像是「要做某某行為以保護他人」、「避免傳染給其他人」，重點多放在感染者採取措施之後對他人（或是公共）的好處，甚至是訴諸重要他人來對感染者動之以情，希望感染者在保護他人的前提下改變自己的行為。邱珠敏、丁志音（2010）論及感染者的風險行為時，強調利他與利己觀應同時並重，因為利他等同利己。然而在他們舉例的情形（從事異性間行為的生理男性感染者）中仍認為應優先以利他觀為出發點。訪談結果發現多數個管師向感染者宣導衛生教育時所採取的立場並非從利他觀的角度出發，而是以利己觀導向（egoistic-oriented）來遊說感染者要保護好自己。採取利己觀的原因由個管師 A006 的回應最為典型：

你沒有安全性行為的話，對你自己的影響是什麼。我都會比較站在他們的角度去看待這件事情，而不是說你一定要戴套子、不能把這病傳給別人喔、保護別人喔。你跟他這樣講，他會覺得別人干我屁事？因為如果一直跟他講說，

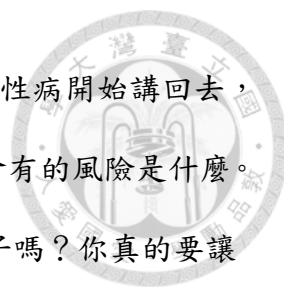


你要保護的是別人，他會覺得：別人當初為什麼不保護我？

個管師們普遍認為與其向感染者耳提面命地要他保護不認識的他人，不如從感染者的立場來宣導衛生教育的重要性更能讓感染者聽得進去。個管師 A010 甚至認為「我們先讓他們[即感染者]穩定了，他們自然就會回頭來問你要怎麼保護對方或在在乎這些事情。」即利他與利己觀並不是截然互斥或涇渭分明，而是有可能先透過利己觀的宣導方式來達成利他觀的防疫目的。

採取利己觀的宣導在修辭內容可分為以免疫力(immunity)和疾病負擔(disease burden)作為訴求兩類。個管師會依照感染者的擔憂來採用其中一種訴求或是兩者交互使用。以免疫力作為訴求的衛生教育宣導，會基於「感染者的免疫力或是抵抗力已經很差，要盡量避免從事風險行為對自身免疫力的影響」的說法說服感染者採取措施保護自己。這可以從個管師 A005：「你要知道你有愛滋，你抵抗力很低，你要擔心是保護你自己。外面到底他有沒有病，你也不知道。」或是 A006：「我在性行為的那一塊，性行為你要做安全防護措施，其實不是為了別人，是為了我們自己。」的說詞獲得驗證，在他們的說法中都訴求感染者採取具保護措施性行為的目的是為了自己，原因在於感染者的免疫力較差要儘可能避免外在環境或是其他人對自身免疫力的影響。在此都先預設了感染者的免疫力比沒有感染的人差為出發點，這當中並沒有因為個別感染者是否有服藥或是反映免疫力高低的指標—CD4 數值高低而調整宣導內容。

以疾病負擔為訴求的宣導方式將重點放在感染者若再度感染其他疾病，其風險或是情況的嚴重性將是感染者無法承受之重。此訴求是立基於感染者免疫力低落，再度感染其他疾病反而會更不利於感染者的健康與處境來說服感染者採取保護措施。像個管師 A006 認為：「我們[即感染者]免疫力已經不好了。有可能我們會得到其他的疾病，甚至我們有不同病毒株的感染。」著重在感染其他疾病，甚



至是可能有交叉感染的機率；A008 則開宗明義地說：「我會從性病開始講回去，就是我會大概讓他們知道其實像你得到小梅[即梅毒]、淋病，你會有的風險是什麼。像小梅就是假設你沒有治療好，長期性失智症，你真的要這樣子嗎？你真的要讓你老的時候失智症嗎？」相對於「避免將愛滋病毒傳染給他人」或是「保護自己（的免疫力）」過於抽象，再度感染疾病的結果對感染者是較為具體且可想像的。


（三）對衛生教育的反思

儘管個管師採取利己觀與兩種修辭策略來宣導衛生教育，這仍是他們最深感無力或挫折的工作項目。個管師認為困難之處除了一開始提及性行為的私密性，其次就是衛生教育宣導的成效無法指標化。個管師們在陳述宣導衛生教育的困境時都會將此與提升感染者的服藥順從性相互比較。由於服藥順從性的成果能夠以 CD4 與病毒量數值此兩生物性替代指標³⁰（surrogate marker）來反映感染者服藥的情形，衛生教育宣導後無法以任何生物性替代指標來反映感染者的風險行為是否有改善，最多只能依賴感染者的自我回報。沒有一套指標能遵循也讓個管師感到無所適從或不知道能如何改善宣導策略。

意識到兩大困難後，個管師們普遍對個管計畫中要引導感染者改變風險行為，抱持著「這極為困難（或是束手無策）」的念頭。特別是在具保護措施的性行為宣導，不少個管師也揣想若是自己接受到這樣的宣導也不見得能落實在性行為的實踐。個管師 A008 很坦誠地說道：「性行為的確有點困難，因為我講真的嘛：試問自己，請問一下你做愛的時候會戴保險套嗎？我自己都說我不會。對啊，所以你性行為你要怎麼去教人家，我覺得是有一點困難。」知易行難的感慨瀰漫在個管師的經驗中。

在所有受訪的個管師當中對改變風險行為持有最不同的看法當屬 A013，他認

³⁰ 根據 Hengel 和 Kovaca 的定義，健康照護專業人員透過特定的生物性替代指標來監測特定介入的效果或是疾病進程（引自丁志音、陳怡欣 2008）。



為協助感染者改變風險行為需要從長計議，將時間拉長來看才知道感染者的行為是否有改變而非僅著眼於短短的三到六個月。A013 的看法與其他個管師不同的原因可能是其與感染者相處的時間長達十幾年，他認為應當以減害 (harm reduction) 的原則來理解行為改變：「需要時間去拉開之後，你才能看到這個人的改變。你不能只看三個月或六個月，要拉長地來看。拉開到三年或五年後來看，他沒有再得[其他疾病]了，那是好的。」並認為改變風險行為能夠以從事行為的時間與程度來評估，他以靜脈注射藥癮感染者為例說明：

像以前說減害對於一個用藥的人，被關了五年出來又被關了三個月，其實我也在跟其他人講說：被關進去又不會再吸毒，那也是一個廣義的減害。我們要看他被關進去之後再出來，他是不是可以拉長他不再使用的時間或減少他使用的量。行為改變也不是三秒鐘或三個月就能達到，不管是精神科醫師，行為改變不是這樣子，也沒辦法這樣。

他從與感染者長時間相處的經驗亦能體會改變人的行為困難之處，不過他觀察到在行為改變的過程中會有一個關鍵點 (critical point) 促使感染者改變。儘管行為改變並不像服藥順從性能以 CD4 與病毒量數值那樣有時間較短的成效，然而他認為時間拉長遠點來評估仍是有改變行為的契機存在。

小結

個管師在向感染者提供衛生教育宣導時會面臨究竟要採取利他 (保護他人) 或是利己 (保護自己) 觀的立場來與感染者討論改變風險行為。訪談結果發現個管師普遍採取利己觀導向居多，也就是從感染者自身的處境來與感染者討論並說服感染者改變風險行為。縱使如此個管師認為利他與利己觀點並非互斥，有可能藉由利己觀的宣導方式來促成利他觀的防疫需求。在利己觀的宣導修辭中又可分成以免疫力和疾病負擔作為訴求兩類，前者預設的是感染者的免疫力已經相對低，



要避免外在環境或他者對自身免疫力的影響；後者則透過再度感染其他性病的情形是感染者無法承受之重，藉由具體且可想像的疾病症狀來說服感染者改變行為。


然而不論是何種修辭策略，衛生教育宣導依然是個管師深感無力的工作項目。一來是性行為的隱密性不易克服，使得感染者會基於隱私或是對個管師不夠信任，無法向個管師透露性行為的對象或情境；其次是衛生教育的成效無法像服用雞尾酒療法一樣能夠透過生物性指標來反映或衡量，使得個管師無法得知衛生教育對感染者有無影響。這當中只有一位較為資深的個管師認為應從減害計畫的精神看待行為改變並將看待行為改變的時間拉長，且從風險行為的時間與程度有無改變來評估會更為恰當。

第二款 雞尾酒療法

在推廣治療作為預防此一理念下，感染者是否需服用雞尾酒療法以及提升服藥順從性的工作主要是落在醫院個管師身上，衛生局個管師僅需定期追蹤感染者的服藥情形。個管師與感染者針對雞尾酒療法的互動可分為以下四個部分，即雙方對生物性替代指標與藥物組合的協商、個管師增加感染者服藥順從性的三種策略、雙方對藥物副作用的理解，最後是彈性的服藥順從性—以藥物假期為例。

（一）協商生物性替代指標與雞尾酒療法組合

臺灣目前對無症狀的感染者何時需開始服藥是依循世界衛生組織在 2013 年最新指引的建議，在 CD4 數值小於 500 cells/ μ l 時建議健康照護人員開始與感染者討論服用藥物。其中以 CD4 數值 350 cells/ μ l 作為分水嶺，介在 350-500 cells/ μ l 的感染者若不願意服用藥物，可再觀察三個月內的病毒量與 CD4 數值並提供其相關的藥物資訊後再次討論；小於 350 cells/ μ l 的感染者則開始與其討論服藥事宜（羅一



鈞、陳茂源 2013)。個管師們在判斷何時該開始與感染者討論服藥都會受到《愛滋病檢驗及治療指引》書中的建議影響，會以「底線」來稱呼判斷是否要與感染者討論服藥（或要求感染者服藥）的一組數值。這組數值的組成方式可以分為兩種，一種是完全以生物性替代指標—CD4 數值與病毒量—為依歸，另一種是會綜合數值與病患病情後來決定感染者是否要服藥。

以生物性替代指標來組成底線的情形中，個管師會依照感染者檢查所得出的 CD4 與病毒量數值，與其心中的底線兩相比較後決定感染者是否要服藥。個管師心中的底線會受到現行治療指引建議的影響，但不會完全以指引所給定的數值作為標準。個管師心中的 CD4 與病毒量數值會參照指引以及其臨床經驗後，得出一組他認為感染者低於這數值就非得開始服藥的數字。從個管師 A008：「因為我覺得我們在看一個人服不服藥的時候，CD4 是很重要的指標，還有他的病毒量。我的底線就是 CD4 的數值。其實我的數字差不多是在 200-250 之間，350 以下建議吃藥，這是之前的。」與 A007：「這[指 CD4 數值]其實多少是會變動的，看指引怎麼改我們就會參考。先前我的標準多是在 250-300 間，300 就是希望他們開始去想服藥這件事，250 以下的我就會腳步加快。」的回答中可以看見有些個管師的底線很明顯就是由這兩個生物性替代指標所構成，由此來判斷感染者是否需要服藥。而兩位個管師所回答的底線數值也都有別於指引所建議的 350 cells/ μ l 此一切點 (cut-off)，代表如何界定組成底線的數值是會隨著個管師的經驗而變動，有因人而異的空間存在。

另一種會綜合數值與病患病情來判斷底線的情形可由個管師 A013 的回答佐證：

看他整體的狀況，也許他有糖尿病或之類，不是光看那個數值，看整體的身體狀況是怎麼樣。有些人 CD4 很高，可是已經開始長東西時就要先吃了。吃



藥計劃是整體性的評估不是只有看 data，有時候是他的精神狀態在改變的時候，那時候我們就會開始去考慮。

相較於完全以生物性替代指標為依歸的個管師，A013 所代表的這類情形中認為感染者是否需要服藥不能只光看那兩組數字，更需要將病患整體的身體狀況納入參考。此情形中個管師不見得會有一組比較明確的數字作為底線，或是即便有這樣一組數字也會同時參酌感染者的整體病情來判斷是否要服藥。

個管師與感染者協商的痕跡在討論服用雞尾酒療法的過程處處可見，個管師評估是否要與感染者（開始）討論服藥是以感染者是否有臨床症狀³¹，以及感染者身上所測得的 CD4 數值與個管師心中底線的關係作為原則。根據此兩原則可以將個管師對感染者服藥的態度與行動整理成下表：

表 4 個管師對感染者服藥的態度與行動

感染者的 CD4 數值與 個管師底線關係 感染者 有無臨床症狀	感染者的 CD4 數值 大於個管師的底線	感染者的 CD4 數值 小於個管師的底線
有	強迫感染者服藥	強迫感染者服藥
無	(共同與) 感染者 決定一組數值	強迫感染者服藥 或 允許例外

表 4 的呈現代表了個管師與感染者協商的動態情境，個管師對感染者服藥的態度與行動會隨著感染者身上測得的 CD4 數值與臨床症狀有無調整。從感染者的角度來看，當其為求學或就業而接觸到不同的個管師時也會遇到不同的底線，同

³¹ 羅一鈞、陳茂源（2013）在其文章中有附表成人的感染者在具有哪些臨床分類的症狀時就建議開始服藥，像是發生愛滋病相關伺機性感染或腫瘤、懷孕婦女、慢性 B 型肝炎感染等症狀，詳細內容可見該文後方的表 1-5。




時其自身有無臨床症狀亦影響了其與個管師協商藥物的情形。

從上表很明顯可以看出當感染者已出現臨床症狀，此時不論感染者身上所測得的 CD4 數值大於或小於個管師心中的底線，個管師都會強行要求感染者立即服藥來減緩臨床症狀對感染者身體的影響。如同前述個管師 A013 對底線組成的想法中提及：「有些人[感染者]CD4 很高，可是[身體]已經開始長東西時就要先吃了。」反映了當感染者身體已經開始出現臨床症狀，CD4 數值的高低並不影響個管師對感染者的服藥態度。

當感染者身體沒有臨床症狀且所測得的 CD4 數值大於個管師的底線時，個管師會交由感染者自行決定或是與感染者共同討論一組開始服藥的數值。個管師們認為在感染者身體狀況沒有立即性的威脅時，應讓感染者決定一個其願意開始服用藥物的數值，這對感染者來說才有意義。像個管師 A004 即說：

我不想要強迫你吃藥，因為畢竟吃藥的是你本人。若是我開藥給你，你不吃，也是浪費這些藥。你每次都要來騙我你也很辛苦。我會跟他協調好，你大概多少[指 CD4 數值]的時候才願意吃。每次回來的時候，大概問他說：你們準備好了沒？我們最近有新的藥，一天只要吃一次喔，副作用很少之類。

認為與感染者協商好討論服藥的數值才不會形成個管師單方面以其標準來強迫感染者服藥的情形。此時個管師會詢問感染者心中認定能夠開始討論服藥的 CD4 數值並一起討論為什麼是這數值。如個管師 A005：「那我通常都會就是先問病人說：你的點到底在哪裡？譬如說你覺得 200 不夠低，那你到底認為多少會是低的？你真的是到那樣的時候，我在來去跟你談，才有意義啊。」以及個管師 A008 說：「我覺得重點是一個個案在面對這疾病的時候，他需要很多時間去因應跟適應這件事情。」反映了協商出來的 CD4 數值除了是經過與感染者討論且同意，也是感染者認知中需要花多少時間來面對服藥的事前準備。



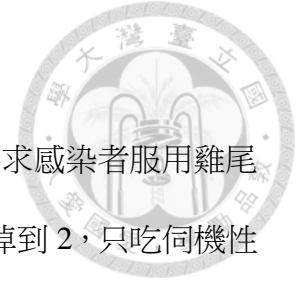
然而，當感染者身上所測得的CD4數值逼近或小於經由協商出來的CD4數值或個管師認定的底線時，此時個管師的態度及行動就變得複雜許多。第一種情形是個管師會基於不希望見到感染者有更嚴重的臨床症狀出現而要求感染者服藥，像是A011說：「另外就是200以下通常都是一句話—你非吃不可了。你非吃不可還要分，有些人就會說好他吃。有些就會抵死掙扎。」以及個管師A008：

只是我會跟他們講說我的底線在哪，為什麼我的底線會是這個。如果說今天到我的底線，我跟他們講說一定要吃藥的時候，我真的跟他們講說真的不要再跟我爭執任何的事情了。……我的底線就是CD4的數值。其實我的數字差不多是在200-250之間……我看到250接近200的時候，那時候我會跟他們講說你要開始準備吃藥了。只是我會給他們一點時間準備，就是你要面臨的是什麼樣的事情。

在此情形中雖然感染者身體還沒有臨床症狀，個管師的回答已表明了「底線」就是他們不能再退讓的範圍，基於不樂見感染者有更嚴重的感染症狀出現而強迫感染者開始服藥。

第二種情形是感染者在此情形中會以身體的安適（well-being）與個管師協商是否要服用雞尾酒療法。雖然個管師A008與A011都提及當感染者身上測得的CD4數值小於他們的底線時就會強行要求感染者服藥，在這之中仍有例外情形。兩位個管師們皆提及有些感染者在此情形依然會抵死掙扎，其中A008描述的情形特別能夠呈現感染者確實會以身體安適來與個管師協商是否要服用雞尾酒療法：

我目前最棘手的個案是都不吃藥。他是伺機性感染的藥吃，HAART[即雞尾酒療法]的藥不吃，CD4只有2。我覺得應該是因為面對這疾病的狀況還不夠好。……這是我遇到最困難的個案，因為你要怎麼樣讓他面對現實，對自己健康負責，不過他也說：我幹嗎要吃藥[指雞尾酒療法]？我吃這些伺機性感染的藥我



都活得好好的。

將 A008 所描述的情形對照到表格 4 時，個管師此時應該就會要求感染者服用雞尾酒療法。然而個管師 A008 所面對的感染者即使 CD4 數值已經掉到 2，只吃伺機性感染的藥物仍舊可以「活得好好的」，這使得該名感染者足以用身體的安適

(well-being) 來與個管師協商不服用雞尾酒療法。個管師面對身體狀況無急需處理的臨床症狀卻不願意服藥的感染者，會尊重感染者意願的同時也會告訴感染者當其 CD4 數值下降時，需留意身體的變化。個管師 A004 跟 A006 都談及曾遇過感染者的免疫力其實已經很低仍不願意服藥，他們也都表明不願意強迫感染者服藥，就會提醒感染者免疫力持續下降時會出現的身體症狀。如 A006 說：「基本上我會跟病人講說：明明免疫力這麼低，你不願意吃藥，這選擇權都在你。我們不會逼你吃，真的。可是我必須盡責地告訴你：不吃藥你可能會有一些症狀出現，所以你就是要自己觀察。」

除了上述提及感染者是否有臨床症狀以及感染者身上所測得的 CD4 數值與個管師心中底線的關係外，個管師也會將其他可能影響感染者服藥順從性的環境或社會因素納入是否要與感染者討論服藥的考量。個管師若注意到由於環境或社會因素相當程度地使得感染者無法規律服藥時，即便感染者的 CD4 數值小於其心中的底線，仍會暫緩與感染者討論服藥，或者將與感染者討論服藥的決定權交由主治醫師定奪。協助我聯繫到第一名受訪醫院個管師的醫院社工向我表示，他曾遇過有位管師在考量了感染者的居住或是精神狀況後，認為居無定所或是精神狀況不佳的感染者很難維持服藥順從性，故選擇暫緩讓這些感染者服藥或者是交由醫師來決定。

受訪的感染者中，除了兩位表示個管師與其討論服藥的時間比與預期早得多，因而不願意或抗拒的情形外，其他感染者對討論或開始服藥的抗拒較不明顯。



雙方在討論感染者即將服用的藥物組合時會牽涉到雙方關係中的權力不對等，而這權力不對等又與醫學知識相關。根據Bryan Turner的說法，由於醫療知識受到專業團體（即醫師）壟斷，故病患與醫師互動時必然處於弱勢（引自葉永文 2012）。感染者在醫療場域中不論是面對主治醫師或個管師，在其關係中都是屬於較屈從的位置。屈從的位置、藥物知識的缺乏，加上不穩定的身體狀況都使得感染者不論與醫師或個管師協商藥物組合時都較為吃力。討論藥物（包含組合與劑量）正如Rier和Indyk（2006）認為對醫病兩方都是反覆嘗試（trial and error）的過程，對感染者更是如此，服用雞尾酒療法除了需在認知與行為上有所準備與調適，也包含了適應藥物對身體所帶來的副作用與改變。

常見討論藥物組合與劑量的情形是個管師與感染者討論，再由主治醫師與感染者溝通確認後由主治醫師開立處方。個管師與感染者討論藥物組合時會拿出一張列有感染者可選擇的藥物圖表，讓感染者從數類的藥物中選出至少兩種不同類的藥物當作組合。然而，此時雙方對藥物的選擇都是在受限制的情形中來挑選。個管師受到疾管署「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」方案³²的影響，會限制感染者能夠優先選擇的藥物組合為哪幾種，或是直接從規範的藥物組合中讓感染者挑選適合的處方。除非感染者的情形特殊才得以選擇非優先的藥物組合，且個管師也得將此情形送疾管署審查。而感染者除了受到上述的藥品處方使用規範的限制外，則可能處在不具備藥物知識或是對藥物所知甚少的情形下將藥物的選擇權交由個管師或主治醫師，或是聽從主治醫師的指示。之後往往是以身試藥後才知道先前自己所選的或是醫師指定的藥物是否適合。

³² 實施此方案的背景為目前治療經費係由疾管署公務預算支付，在日前感染者人數逐年增加，相對應的治療經費支出也會增加。疾管署遂規範主治醫師按此方案「優先開立價廉同療效之處方，若感染者首次使用第四類處方，則須先送疾管署審查後才得以使用（羅一鈞、陳茂源 2013）。」



(二) 增加服藥順從性的三種策略

個管師在確認感染者所選定的藥物組合後，便得協助增強感染者的服藥順從性，亦即如何能讓感染者規律地服藥。服用藥物如前所述除了需要感染者在認知與行為上的改變，同時也必須適應藥物對身體所帶來的副作用與影響。經訪談後發現個管師在協助感染者增加服藥順從性的策略有三，分別是資訊、認知，以及科技物為基礎，個管師認為這三種策略的用意都在於儘可能協助感染者將服藥行為鑲嵌 (embed) 在他們的生活之中。

第一種策略為資訊基礎 (information-based)，此策略強調的是資訊或知識的重要性，認為「當感染者對疾病與治療具備了足夠的知識後，便會規律服藥」的理性與線性預設。個管師在運用此策略時會讓感染者了解疾病與藥物治療的性質，在提供感染者足夠的資訊或知識後期待感染者能夠規律服藥。像是個管師A002便開宗明義地點出了他對知識的看重：「我覺得知識就是力量，你要瞭解愛滋的藥其實非常簡單。其實是跟病人解釋，現在疾管署也規範什麼樣的藥、先前沒有吃藥的病人應該是吃什麼樣的藥，事實上跟病人解釋清楚，你吃藥的時候，你吃這些藥是要治療，會發生什麼樣的問題。」認為讓病人知道藥物治療的現況以及服用藥物後會面臨的問題有助於病人服藥順從性的增加。個管師A003的說法也證明了上述提及的預設，認為當感染者對疾病與治療資訊了解充分後時會對服藥順從性有幫助：「主要是問他了不瞭解愛滋這疾病，個案若知道他是個慢性病，需要長期吃藥控制。如果知道是這個樣子，他大概就是會很規律知道自己什麼時候要吃藥。」

第二種策略為認知基礎 (cognition-based)，即藉由知識或者是既有的指標使感染者對服藥及其責任有相對應的概念。個管師在此策略中會利用既有的生物性替代指標來形塑感染者服藥或是自我照護的概念，藉此強化感染者的服藥責任。最典型的例子是個管師A002的回答：「有時候你吃完藥後的一個月，你的病毒量要下



降兩個零。你的病毒量是像電話號碼那麼長，如果你吃藥一個月還原封不動，那有沒有在吃啊？這是我們在談吃藥的時候就會給他一個目標，你吃藥半年你一定要變成小於20。」他會以病毒量的變化為目標，讓感染者知道在服藥過了特定的時間後，病毒量一定得下降到多少數字以下；又或是像他所言：

HIV你照顧起來有一個hint給他們是說：這個疾病就必須要你們健康管理，而且你很多責任是要擔在自己身上，不是我。(中間略)自己照顧自己包含：我不要再感染到其他性病、HIV這事情我有好好控制，你要為你自己這個疾病負起健康責任。

他會向感染者灌輸自我照護的概念，讓感染者知道哪些範圍（例如：不要再度感染其他性病與好好控制愛滋病毒）是他該負責的，來形塑感染者對疾病與健康的認知與責任。

第三種策略為科技物基礎（technology-based），運用感染者身邊既有或是提供感染者具備提醒服藥時間、次數與藥物劑量的科技物來提醒感染者服藥，常見的科技物包含手機、鬧鐘和藥盒。規律服藥所包含的三要素為在特定時間範圍內，服用適當次數與劑量的藥物，故科技物的介入或輔助便是著眼於提醒感染者服藥的時間、次數與劑量。針對服藥時間，個管師多是建議感染者設定鬧鐘來提醒服藥的特定時間。次數與劑量的部分則會提供感染者藥盒以便攜帶以及提醒一天內該服用藥物的次數與數量。不論是個管師A003：「像我們會有那種彩虹的藥盒，就是星期一到星期日。有分成早上和下午（處方有分成早上和下午，一天吃兩次或一次）個案會把每個星期的藥都排好。」或是A006：

規律的話我都會告訴我病人說就是手機要設定鬧鐘。又有些人會忘了今天到底吃了沒。那種腦袋不靈光的我就會給他藥盒，兩排的那種，我就告訴他說



這一個藥盒就是讓你吃兩個星期。看你今天是星期幾，就是只能吃星期幾的
喔。吃完了就是換下一個星期，你就不會記錯。

都點出了上述提及的三要素，以及各要素能夠對應到何種科技物來提醒感染者服藥。A006的做法也透露了在感染者的服藥行為中並非只運用單一種科技物，而是多種科技物相輔相成。這三種策略在個管師協助感染者維持一定程度的服藥順從性時會交互運用，甚至是透過某一種策略得奠基於另一種策略的基礎上才得以施展。像是資訊基礎的策略可以作為另兩種策略的根基，因為感染者若不對疾病與治療有所了解，個管師很難藉由既有的替代性生物指標或是科技物的介入來增強感染者的服藥順從性。

受訪的感染者對於個管師如何協助他們服藥較多提及的是在確定藥物組合後會耳提面命藥物服用的規則，如次數或時間，以及會提醒他們要設定鬧鐘或是提供藥盒讓他們使用。有些感染者在回應個管師如何協助服藥，第一時間的回答便是藥盒或是設定鬧鐘。至於以知識或既有的生物性替代指標來型塑感染者對服藥的認知在訪談中雖較隱微，從感染者的回應中仍能察覺他們將生物性替代指標當作反映服藥成效的一種指標，不過其中有零星的感染者對於個管師全憑既有的生物性替代指標當作感染者有無規律服藥的反映覺得不滿。已經感染數十年的B009與B010與我分享服藥經驗時，B010便替B009叫屈。B009在接受我訪談時已經是換過了好幾組藥物，也一直在適應藥物的副作用。B010提及先前B009曾經受個管師懷疑是否沒有在服用藥物或是不規律服藥，否則CD4的數值怎麼會一直往下掉。B009也陳述從他開始服藥以來便不停受藥物副作用所苦，而不論怎麼服藥所測得的CD4數值就是無法提升³³。他們倆認為雖然生物性替代指標能夠當作反映感染者

³³ B009 在訪談時向我提及的 CD4 數值為約 200 cells/ μ l。

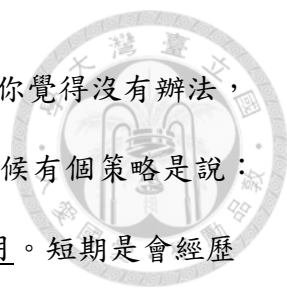


服藥的成效，感染者對服藥付出的努力與成果卻不見得會完全反映在生物性替代指標的數值。

（三）對藥物副作用的理解

感染者服用藥物除了要改變其認知與行為外，也得適應藥物對身體產生的改變。其中藥物的副作用是受訪感染者們提及服藥時最常談到的內容（除了一兩位感染者第一次服藥便適應良好無副作用），也是感染者與個管師看法最為分歧的部分。個管師認為除了透過上述的三種增加服藥順從性的策略來讓藥物鑲嵌在感染者的生活中之外，首要協助感染者克服的便是藥物副作用。受訪的感染者除了B003服藥後沒有藥物副作用，其餘感染者皆受過藥物副作用所苦，甚至像B009感染接近十年仍在適應藥物副作用。感染者會向個管師反應藥物副作用（進而想要更換藥物組合）的原則為藥物是否影響生活作息以及使得感染身份曝光。普遍受訪者在回答到向個管師反應要更換藥物組合，首要原因即是藥物副作用影響了他們的生活作息。整理了受訪的感染者提及的藥物副作用包含頭暈、腹瀉、嘔吐、紅疹，甚至是憂鬱。當感染者基於上述藥物副作用的理由向個管師反應想更換藥物時，個管師會以副作用的必然及階段性來回應感染者。副作用的必然是指個管師認為所有的藥物都會有副作用，差別在於副作用的發生以及嚴重程度會因人而異。階段性則是個管師看待副作用的效果會以副作用延續的時間作為區分。個管師會先告訴感染者遇到副作用是一定會有的事，並讓感染者知道副作用會分成短、中，以及長期的副作用。感染者當時反應的副作用很可能是短期的，他們會詢問感染者是否願意再多適應幾天的副作用，幾天後感染者若仍感到不適再來討論更換藥物。個管師A002的回答即是典型的說法：

其實我覺得病人在吃藥的前兩個星期都非常辛苦，不管是有些病人是很幸運沒有遇到副作用。但有些病人就很辛苦。很辛苦的時候就要協助他、安慰他，



聽他說。最後再問他說：你覺得可不可以再吃下去？那如果你覺得沒有辦法，我們就回來換藥。(中間略) 藥本來就有副作用，吃藥的時候有個策略是說：這所有的藥都有副作用，藥有分短期、中期和長期的副作用。短期是會經歷但一定會捱過，只是這副作用的嚴重程度不一樣。

從A002的回答可看出個管師對藥物副作用的看法，以及他們如何向感染者解釋。

除了藥物副作用對生活作息的影響，副作用可能會使得感染者的感染身份曝光亦讓他們相當在意，卻不見得是個管師（或主治醫師）所在意的事。受訪感染者B001以及B004皆遇過會使得他們感染身份曝光的藥物副作用效果表現在身體外觀（前者為黃疸，後者為脂肪位移），B001提及服藥後眼白處變黃，同學還曾經詢問他是怎麼了。然而當他們向個管師（或主治醫師）反應這些因為副作用而帶來的擔憂時，個管師（或主治醫師）³⁴會認為這僅僅是「外觀問題，不影響健康」無需更換藥物駁回感染者的意見。感染者是否接受個管師或主治醫師這樣的回答也因人而異，像是B001雖然不滿主治醫師的答覆卻礙於當時的主治醫師個性相當嚴厲不好溝通，他也只能默默接受。受訪的個管師中僅有A008在談及感染者反應藥物副作用時會去了解感染者對藥物副作用的擔憂究竟出自什麼原因。如A008所說：「讓他[感染者]先想一下：他擔心副作用是為什麼。因為這是我了解的，為什麼要擔心副作用？是擔心上班被人家發現？還是擔心被你男友發現？還是擔心被家人發現？那我們可以怎麼樣去解決。」他會試著了解感染者對副作用的擔憂來自何處，並共同與感染者討論因應之道。

簡言之感染者與個管師雙方對藥物副作用在意的點不同，感染者在意的是藥物副作用對其生活作息以及感染身份的影響，個管師是以必然與階段性來理解藥

³⁴ 此處我認為較為複雜，但在我的論文中無法處理的是：僅僅是「外觀問題」這樣的回應在個管師與主治醫師間的看法是否一致。其中有一種可能的情形是個管師可以理解感染者對感染身份曝光的疑慮，但主治醫師僅認為這是「外觀問題」並要求個管師向感染者轉達意見。個管師在上述情形中也僅能做為主治醫師的傳話筒，即便他能理解感染者的擔憂。



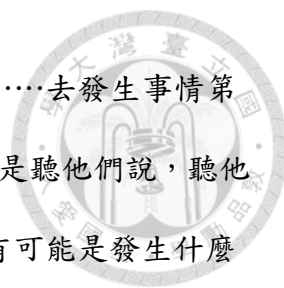
副作用。其中感染者會擔憂藥物副作用使得感染副作用曝光而想更換藥物，但此一擔憂卻不見得為個管師或主治醫師所接受。

（四）彈性的服藥順從性－以藥物假期為例

儘管個管師相當重視感染者的服藥順從性，其對順從性的要求程度並非一直恪守在特定標準，而是會隨著感染者的病情與服藥時間長短而調整，特別是面對長時間服藥的感染者。醫院個管師觀察到長時間服藥的感染者在服藥數年後，其CD4數值會突然下降而病毒量突然上升。個管師在一問之下才得知感染者在長時間服藥的情形中，久而久之會覺得「累」。這裡的「累」指的是感染者的身體感受，身體因為長時間服藥會與藥物產生某種節奏或習慣，規律且定時的服藥使得感染者的身體感到疲憊進而影響了其原先規律的服藥行為。正如個管師A005所述：

他[即感染者]是真的吃很久。就真的很累了，他明明知道，他也都清楚自己的狀況－你不吃藥會怎麼樣，不過他就是真的累了。我覺得目前遇到最大的問題是這樣。我就是真的沒有辦法去跟他講說：「你能不能再嘗試啊」什麼之類。因為我自己會覺得說：如果讓我吃一樣的東西，吃二十年，到底我該怎麼辦？而且還要這麼久的時間。

個管師易地而處也能理解感染者長時間服藥後的感受，故在與感染者和主治醫師兩方討論後會允許感染者在特定的一段時間內暫時不用服藥，等待其CD4數值和病毒量再度靠近個管師的底線時再重新開始服藥。個管師此時並不會執意要求感染者維持在以往的順從性，在與感染者和醫師三方溝通、了解感染者的狀況後，會讓感染者放藥物假期（drug holidays）來緩解因長期服藥所生的疲憊感。個管師們認為與其讓疲憊感繼續影響感染者的服藥行為，不如在理解感染者的疲憊感後，讓他好好休息一陣子再繼續服藥。個管師A002的這番話便是最佳的佐證：



會累啊，就跟他討論說：問他是要先瞭解，我們從頭到尾……去發生事情第一個就是要瞭解狀況，不是罵他們，也不是其他[動作]。就是聽他們說，聽他們講說：就舉出事實，你之前這樣、現在是這樣，你覺得有可能是發生什麼事？你想不想說說看？很累齁。讓他們說出來。如果他們覺得太累了，他們不想要吃，那就停下來，再跟醫師討論，總比你亂吃來得好。

小結

目前個管師判斷感染者是否需要開始服用雞尾酒療法的判準（個管師稱之為「底線」）有兩種組成方式，分別是以生物性替代指標（CD4數值與病毒量），另一種是綜合上述兩數值與感染者病情。個管師與感染者間的動態協商是以感染者是否有臨床症狀，以及感染者身上所測得的CD4數值與個管師心中底線的關係作為原則。其中感染者是否有臨床症狀是相當具影響力的因素，甚至會勝過感染者身上所測得的CD4數值與底線間的關係；而當感染者沒有臨床症狀時與個管師間的協商會較為明顯，個管師會留給感染者決定開始討論服藥的CD4數值或是會因為感染者身體安適，即便感染者CD4數值已經小於其底線，也能尊重感染者不服藥的意願。

個管師與感染者討論藥物組合的選擇時都受到了疾管署的規範，感染者倘若對藥物沒有充分的知識或了解，就可能將對藥物的選擇權全部交給個管師或主治醫師。在選定藥物組合後，個管師會透過三種策略來協助感染者增加服藥順從性，分別是資訊、認知，以及科技物基礎來將服藥行為鑲嵌在感染者的生活中。個管師會交互運用這三種策略或是讓某一策略作為施展另一種策略的根基（例如運用科技物策略的前提是要先有資訊基礎）。個管師除了協助感染者提升服藥順從性外，協助感染者適應藥物副作用亦是任務之一。感染者會因為藥物副作用影響生活作息以及曝光其感染身份而向個管師反映更換藥物組合，此時個管師會以藥物副作



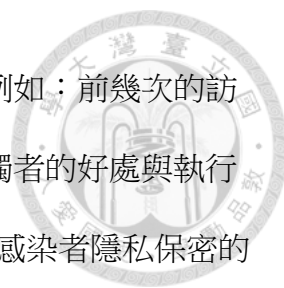
用的必然與階段性來回應感染者的意見，其中感染身份的曝光對個管師（或主治醫師）可能不是更換藥物的最主要因素。

最後是個管師對感染者服藥順從性的要求亦會隨著感染者的病情以及服藥時間調整，特別是遇到長時間服藥的感染者對藥物產生疲憊感時，個管師會在與主治醫師、感染者討論過後，讓感染者放藥物假期來舒緩因長期服藥所產生的疲憊感。

第三款 接觸者追蹤管理

（一）起源與執行方式

接觸者追蹤管理根據 Rutherford 與 Woo (1988) 的說法，其成效也許是在 1950 年代的美國成功地降低了梅毒的盛行率並控制住了抗生素抗藥性淋病的爆發後，才陸續推廣到控制其他性病。近來也有些研究指出接觸者追蹤管理對於避免感染者再度感染 C 型肝炎有其存在的必要 (Götz et al 2005)。根據疾管署 (2014)《愛滋病防治工作手冊》，接觸者追蹤管理是透過感染者接觸過的對象來發現其接觸者中是否有已經感染但並不知情者，希望聯繫這些接觸者來接受篩檢檢查。執行接觸者追蹤管理在臺灣的法源依據為〈人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例〉第 12 條：「感染者有提供其感染源或接觸者的義務。」以及第 15 條第 1 項規定：「主管機關應通知下列之人，至指定之醫事機構，接受人類免疫缺乏病毒諮詢與檢查：二、與感染者發生危險性行為、共用針具、稀釋液、容器或有其他危險行為者。」追蹤的時間分為個管師初次訪視感染者時的首次追蹤以及之後每六個月追蹤直至危險行為結束的定期追蹤。追蹤管理的對象或方式則依照來源明確與否區分，來源明確者依照傳染途徑（性接觸、共用針具與母子垂直傳染）追蹤，不明者則要求感染者儘可能提供暴露事件的詳細資訊。《愛滋病防治工作手



冊》中也提供了個管師如何讓感染者提供接觸者訊息的技巧，例如：前幾次的訪視著重在與感染者關係的建立、告訴感染者接觸者追蹤對其接觸者的好處與執行內容（包含接觸者告知與諮詢篩檢），並提醒個管師在隨時注意感染者隱私保密的情形下，利用諮詢技巧的方式讓感染者說出接觸者的姓名與聯絡方式。Rutherford 與 Woo（1988）認為接觸者追蹤管理要成功的前提必須是與調查對象的合作。

（二）指標化的接觸者追蹤管理

依前所述，接觸者追蹤管理應當是醫院或衛生局個管師都能執行的業務內容，不過從訪談結果得知實際執行仍以衛生局個管師為主。曾擔任過衛生局個管師，目前為醫院個管師的 A006 如此描述兩個場域中執行接觸者追蹤的情形：「因為醫院端的其實他沒有強力要求我們一定要有接觸者這塊，但公衛端[即衛生局]是一定要有接觸者這一塊，他們的壓力是很大。」其他受訪的醫院個管師也表示接觸者追蹤在他們的工作中並非必要項目，一部份是因為他們主要負責的還是感染者的醫療需求，另一部份在於接觸者追蹤管理的性質其實是相當探人隱私，醫院個管師在不希望與感染者失去聯繫的前提下，會盡量避免因為執行接觸者追蹤而帶給感染者就醫的壓力³⁵。醫院個管師 A008 描述接觸者追蹤對他與感染者關係的影響：

關係這種事情，我們醫院處的角度是：我們不希望 lose 掉這個人。因為如果說這個人是 lose 掉的話，那後面的代價很大。因為第一，他可能會身體不好，那身體不好以後他就是有曝光的問題，藥的問題。會有一大堆代價，所以我們不希望跟他打壞關係。當我們不希望跟他打壞關係，請問一下你問我說：請問一下他發生性行為是在哪裡發生的？假設我隨便回答一個三溫暖，對方

³⁵ 此與黃道明（2014）收集個管計畫相關的論述與文本得出「醫院個管已大幅擔起原由公衛進行的感染者性接觸者追蹤工作」的現象不符，醫院個管師反而會在不願失去與感染者聯繫的前提下，延緩執行接觸者追蹤管理或是將此工作交由衛生局（所）個管師來負責。從我訪談的經驗現象看來，目前承擔接觸者追蹤管理的仍是衛生局（所）個管師。

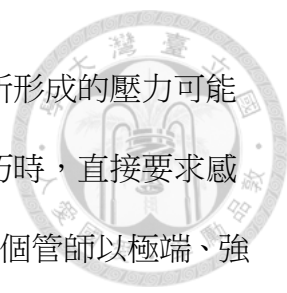


會問：哪一家？在哪裡？叫什麼名字？那你個案會不會跑？他會跑啊，你是警察耶。

多數醫院個管師詢問接觸者的方式是等待雙方間的關係較好，感染者也信任就醫環境，願意提起跟其接觸者相關問題時才會把握時機詢問。像是當感染者詢問或是想要與醫院個管師討論告知議題時，醫院個管師便會把握機會詢問其接觸者。有的醫院個管師則認為感染者暫時不願透露其接觸者也無妨，像是個管師 A006：「我甚至有個病人直接告訴我：我朋友已經告訴我，你們會問這個[即接觸者]。我就說：那你要告訴我們嗎？他就想一想，(搖頭)我可以保留嗎？我就說：好，我讓你保留。」他認為感染者告不告訴他接觸者名單並不影響他與感染者的互動，或是要提供給感染者的醫療處置。

相較於醫院個管師，衛生局個管師在接觸者追蹤管理的壓力就重了許多，能夠允許感染者不透露其接觸者的空間也較少。原因在於疾管署以績效指標³⁶ (performance indicator) 來評量衛生局個管師執行接觸者追蹤管理的成效。曾在衛生局承辦個管計畫的 A010 提及某一次他與上司到疾管署開會，疾管署官員詢問 A010 在工作上是否遭遇困難。當 A010 反映了個管師人力不足、評估計畫的指標所帶給個管師的壓力，以及安置感染者的困難……等困境時，官員回應給 A010 的是：「喔喔，那 OK，我知道我覺得你可以做得好。那我也不擔心這個部分[指安置個案]，那是我不在乎的。我只要看性接觸的人數。我只要知道你抓到多少人，你現在沒有達到那個指標，那我覺得你的計畫就是失敗。就是這樣。」該次開會的經驗使得 A010 認為此美其名為促進感染者生活品質的個管計畫，疾管署真正在意

³⁶ 根據訪談所得知計算接觸者追蹤管理成效的方式為：假定一名個管師在一年內要收案的人數為 N，該名個管師在該年需要完成的接觸者人數有兩種算法。第一種計算方式是接觸者人數需達收案人數的 50% 以上，但這種計算方式規定單一感染者不論有多少名接觸者，都只能算作一名接觸者；第二種計算方式為收案人數的 2 倍以上，在此種計算方式中，單一感染者有多少位接觸者就算多少位。舉例來說，假若規定的收案數是 400 名，第一種計算方式所要完成的接觸者數量為 200 名以上，第二種需達 800 名以上。



的成效僅有接觸者追蹤管理。績效指標化接觸者追蹤管理成效所形成的壓力可能迫使衛生局個管師在尚未與感染者建立關係或是未利用諮商技巧時，直接要求感染者提供接觸者名單。不論是個管師 A006 提及有聽聞過衛生局個管師以極端、強烈的方式逼迫感染者說出接觸者，或是感染者 B001 的親身經驗：

那時候[他衛生局個管師]給我的感覺是要拷問我，要我寫下我跟哪些人做過愛，把電話寫下來。這是在拷問犯人吧，那次的經驗不太好。(中間略)一樣是問性接觸，[醫院]個管師比較有技巧。他會問你說你最近有沒有跟誰約會？有沒有新對象？那你們性行為是怎麼做。公衛護士[即衛生局個管師]就會很直白地要你寫出性愛清單。

以及 B003 提及：「一個感染者一感染了，你就同時出現醫療和公衛個管。突然出現了你本來不認識的人來問你這件事情[指接觸者]時，對你來講本來就是一件壓力。」都呈現了在指標的壓力之下，接觸者追蹤管理的落實會在跳過工作手冊中提到的前提（如：雙方關係建立、利用諮商技巧），反而可能會傷及衛生局個管師與感染者間的關係。受訪的衛生局個管師仍有辦法問出感染者的接觸者，不過所採取的方式也是等待感染者願意開始討論接觸者相關議題時，他們才會藉機詢問。個管師 A010 的做法是他並不會在剛接觸感染者時詢問接觸者，因為那並不會是新感染者第一時間擔憂的事。他會等到感染者開始想與個管師討論時才會去詢問接觸者：

基本上我不會主動去問，我絕對不會主動問這事情[指接觸者]。反而是每一個朋友會跟我說他擔心他的伴侶，或擔心他的朋友。除非是他自己主動提，然後我都會確認說你有想要希望他過來做個檢查嗎？他的生活怎麼樣？反正就是這樣跟他討論，他最後願意的時候我才會去做這件事情[指接觸者追蹤]。

A010 也清楚這樣的等待是相對被動與耗時，但他認為如此才是尊重感染者也不傷



及他們之間關係的做法。

從感染者的立場來看，衛生局個管師如此直白地詢問感染者的「性愛清單」也不見得能夠達到接觸者追蹤管理原先的用意，反而會促成感染者在面對衛生局個管師的詢問時發展出一套制式的回應。感染者們會在虛擬或是實體的病友社群中分享交流彼此與個管師相處的經驗³⁷，有些新感染者在感染初期即從資深的感染者口中得知衛生局個管師會詢問其接觸者，故早已擬好一套應答策略—像是拒絕回答，或是聲稱皆不清楚其接觸者的資訊來回應衛生局個管師。由於衛生局個管師的任務在感染者列管且固定就醫後就僅剩定期透過電話聯繫追蹤，若衛生局個管師持續以逼問的方式來執行接觸者追蹤管理，不難理解為何感染者對衛生局個管師的印象不佳以及雙方間的良性關係難以發展。

（三）對接觸者追蹤管理的建議

縱使對接觸者追蹤管理有所批評，醫院個管師 A008 和民間團體個管師 A010 皆認為接觸者追蹤管理的立意是良善或中性的，但放在臺灣的愛滋個管計畫中前者認為這項工作須由受過專業訓練的專職人員來執行更為恰當。A008 認為接觸者追蹤管理的核心在於關心，如何透過諮商技巧來詢問感染者並提供其接觸者後續的協助，不能將接觸者追蹤管理變成像在訊問犯人：「這個人[指理想中專職接觸者追蹤的工作者]的背景要懂得怎麼樣去關心別人吧，因為這件事情[即接觸者追蹤管理]是一個關心的動作。你關心的動作你不可以就是把它變大事或是訊問，因為這種事情本來就是這樣子的。那我覺得還是訓練的問題。」A010 則建議重新思考接觸者追蹤管理在個管計畫裡的順位。他認為接觸者追蹤管理的落實無法抽離感染者所處的社會脈絡，當今天個管師多數時間都花在協同感染者就醫、安頓生活中的大小事時，是否有必要急著詢問感染者的接觸者便值得思考。

³⁷ 感染者們會相互交流或分享的經驗包含了個管師會詢問感染者的問題、個管師給人的態度、對特定議題的接受度，以及能夠給你的回應有多少等。



小結

Rutherford 與 Woo (1988) 在其文中點出接觸者追蹤管理是一項勞力密集 (labor-intensive) 和耗費成本的工作，從衛生局個管師的經驗反映出向感染者詢問其接觸者 (特別是性行為的接觸者) 並不易，需要事前建立與經營的關係又因為衛生局個管計畫的工作定位以及輪調而受阻。儘管疾管署 (2014) 在《愛人愛己同舟共濟：愛滋病防治專書》中，針對衛生局個案管理的部分點出個管師需與感染者保持良好的關係，但衛生局個管師人事異動頻繁以及技巧不足都可能是良性關係難以建立的原因。專書中也提及將對感染者的配偶以及性伴侶接觸者追蹤完成率納入衛生局的工作指標與防疫考評，卻沒有提及納入指標與考評對個管師帶來的壓力，以及這些壓力如何影響個管師與感染者間的專業關係。

衛生局個管師在人力不足與面臨評估計畫的指標壓力下，很可能破壞了與感染者建立合作關係的前提逕自要求感染者提供「性愛清單」。感染者除了因此對衛生局個管師留下負面印象外，也會在感染者社群內交流與衛生局個管師互動的情形之下擬出一套應答的方式來回應個管師的逼問。能夠順利問出接觸者的個管師多半採取等待感染者願意談接觸者相關的告知議題時才藉機詢問。綜合接觸者追蹤執行的現況以及個管師的意見，接觸者追蹤管理的執行除了考量到防疫成效與成本外，個管師的工作量以及感染者的處境都是要納入衡量的因素。個管師對於如何改善接觸者追蹤管理執行的建議，一者是將接觸者追蹤管理交由受過專業訓練的專職人員負責，另一者則是重新思考此工作在目前個管計畫執行的順位。

第四節 專業關係



本小節所呈現的是個管師與感染者因疾病所產生的專業關係在長時間互動後所產生的轉變。本節想回應的是一開始所提出的研究問題：個管師和感染者間的專業關係在與其他專業關係相較下，其特殊之處為何？雙方之間的專業關係又會如何影響感染者？研究結果依序討論專業關係性質在擔任個管師前後的差別，依序討論專業關係在時間、空間、權力關係，以及信任程度面向的變化，其中特別是專業關係裡信任程度的變化會如何影響雙方的互動。

第一項 專業關係的變化

在臺灣擔任個管師的資格條件為具有助人專業背景（例如：護理、社工或心理輔導），專業工作者在接受教育與職業訓練的過程會習得對於專業關係的認知與規範，即該與求助者保持什麼樣的專業關係以及在專業關係裡能做與不能做的行為分別又有哪些。

醫院個管師多數背景為護理專業，與病人間的互動規範多源自於護理領域對專業關係的認知。從與醫院個管師訪談內容整理出其以往對專業關係的認知是：「醫護人員與病人間的專業關係僅是在醫療院所內，互動也都是因為病人的醫療需求而產生，且不涉及彼此私人訊息的交換。當病人的醫療需求被滿足並離開醫院後，雙方間的關係也隨即終止。」醫院個管師們在任職的第一年內會遵循過往對專業關係的認知與規範來與感染者互動，像是個管師 A001 表明其第一年不與感染者有私底下的往來，即是因為先前擔任護理師的經驗告訴他與病人的關係僅在醫院內且不涉及雙方私人訊息的交換。此外，個管師先前對專業關係中的規範也相當明確，如曾經在精神科工作過的個管師 A008 提及精神科中對專業關係的規範

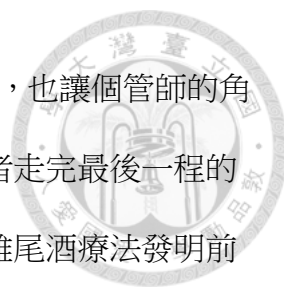


是「不會跟個案說我們自己的事」與「兩者間的關係僅是醫病關係」。這規範也代表了在專業關係中不允許逾越的關係界線在何處。

然而隨著其身份轉換為個管師以及任職時間愈來愈長，個管師們對專業關係的認知會隨著與感染者互動的經驗調整，也連帶影響與感染者間專業關係的規範。不同場域的個管師中以醫院個管師對專業關係的性質與認知有了很明顯的改變，衛生局個管師雖然也與感染者互動聯繫，不過由於先前提及兩者間互動的頻率較低，加上衛生局個管師又得面臨輪調的限制，是故在此對專業關係的討論還是以醫院個管師為主。專業關係性質與認知的改變受到疾病的性質、藥物的發明、科技物以及與感染者的互動等因素，使得專業關係在時間、空間、權力關係，以及信任程度面向產生了變化。

第一款 時間面向

有別於其他非慢性病護理人員與病患間的專業關係，愛滋病個管師與感染者間的專業關係會因為感染者間斷出現的（醫療）需求而長時間維繫，不像其他非慢性病病患在疾病治癒後與護理人員間的專業關係旋即終止。從醫學中心 Y 有個管計畫開始以來便擔任個管師的 A011 說：「因為這醫病關係不會斷掉是因為這疾病還沒有辦法治癒，再加上因為它是一個慢性的疾病，所以他會有其他方面的需求，譬如說：心靈的成長或什麼……等等。」可知愛滋病的疾病性質（即尚無法治癒）加上藥物的發明使得個管師與感染者間的專業關係不同於其他疾病。雞尾酒療法的出現而使得愛滋病慢性病化，延長了感染者的平均餘命並大幅降低其發病與死亡率，也讓感染者的醫療需求隨著疾病的進程間斷出現，因而專業關係便在時間上不具有明顯的結束點，像是衛生局個管師張章裕即認為與個案的關係是



一輩子的³⁸。雞尾酒療法的發明除了延長專業關係維繫的時間外，也讓個管師的角色有了轉變。從尚未有雞尾酒療法前，個管師比較像是陪感染者走完最後一程的角色，到藥物發明後，其則成為感染者健康的督促者。歷經過雞尾酒療法發明前後的個管師 A013 即說明了藥物對個管師角色的影響：「那個時候[指尚無雞尾酒療法前]的關係跟現在是不一樣，現在是處理健康問題為主。那時候是即使你吃藥也不見得能活，那時候是把我們的角色當作是支持陪伴他的角色，而不是醫療的角色。」可以發現在雞尾酒療法尚未發明之前，健康照護人員的角色較像是陪伴感染者走完人生最後一程的陪伴者，雞尾酒療法發明後因其療效顯著讓照護人員的角色轉為督促感染者的健康。

在感染者帶病生涯中不同的疾病進程也影響了個管師與感染者接觸互動的頻率以及專業關係的好壞。多數個管師都會提到一名感染者從確診到病情穩定約莫需要多少時間，穩定之後雙方的聯繫程度就取決於感染者的（醫療）需求。如個管師 A002 便認為：「愛滋的病人是長期的，他有可能一段時間吃藥很穩定。穩定一段時間後我們就會放手，之後哪裡需要幫助我們在收案，不需要我們協助時就是定期來看診。」疾病的進程是動態的，專業關係也會隨之變化。而在感染者的患病歷程中以感染其他性傳染病對專業關係好壞的影響較為明顯，像是個管師 A004 提及曾遇過感染者一再接上梅毒，而他所能做的就是提醒感染者要如何採取保護措施。A004 表示當該名感染者三度感染梅毒時，面對這情形他是有點火大也影響了當時他們的相處。感染者 B001 也回憶起他在第一任個管師任內曾因為參與轟趴³⁹（home party）到高燒不退住院。當他住進當時就醫的醫院時，主治醫師

³⁸ 張章裕在影片拍攝時為苗栗縣竹南鎮衛生所的個管師，他在影片中提到與感染者關係的話為：「我們個管人員最主要的用意就是跟他保持有一個良性的溝通和互動，讓他可以說很信任我們的情況下，跟我們這樣一輩子這樣子，讓我們有溝通的橋樑管道啦。」張章裕在權促會拍攝的系列影片【說愛，一五一十】中的受訪片段可見：<https://www.youtube.com/watch?v=ZW2ePF10hOc> 瀏覽日期：2014/12/30。

³⁹ 與 B001 訪談時我並沒有進一步追問他所指或是參與的轟趴型態為何種。黃彥芳等人（2013）對



與個管師曾問過他是否有使用娛樂性藥物，B001 當時否認後，主治醫師與個管師就再也沒在他住院的期間看過他。

專業關係以單日來看亦有變化。以往的專業關係對護理人員多是下班後即可暫時解除與病患的關係，跳脫其專業角色；然而對在醫院或是衛生局的個管師不見得如此，在醫院的個管師多配有一隻公務手機需二十四小時開機待命，這使得個管師即使下班後並未脫離其專業角色得隨時處在待命的狀態。就像醫院個管師 A005 提及因為公務手機是二十四小時開著，當他時間允許而感染者有需求時，即使是已經下班都還是會提供感染者協助。衛生局個管師 A012 也提及某些跟他關係親近的感染者若有事情想詢問，也不可能限制感染者只在上班時間撥打電話給他，還是會將自己的私人手機號碼給感染者。然而即使配備了公務手機而讓專業關係不受上下班時間限制，個管師仍會對彼此的互動在時間面向上劃分出界線，除了讓自己能免於耗盡（burnout）也讓感染者知道關係在時間向度上的界線在哪。個管師劃分界線的方式是告訴感染者在特定時段（例如晚間睡覺時間）除非有很要緊的事，否則儘量不要在此特定時段聯繫；個管師也會與感染者培養默契，學著讓感染者判斷哪些需求是需要立即撥電話，哪些可以傳簡訊或是 Line⁴⁰告知。

第二款 空間面向

專業關係在空間上的改變是指在個管師過去任職的經驗中與病人互動都侷限在醫療院所內，下班後離開醫院就可卸下護理人員的角色。個管師 A011 對專業關係在空間中的變化觀察最為細微，他先是提到他對主治醫師與病人間互動的觀察，

在臺灣男男間性行為者對愛滋病毒陽性的意識、服用雞尾酒療法與梅毒感染間的調查中，轟趴指的是一群人使用派對藥物且發生性行為。在陳馨傑（2011）探討男同志感染者的帶病生涯與自我照顧研究中，其轟趴指的是「使用派對藥物的男同志聚會」（頁 20），至於會發生集體性行為的轟趴他則以「ES 趴」稱之，E 是 Ecstasy（搖頭丸），S 是 Sex。

⁴⁰ 是一款行動應用程式，其使用者可以透過網際網路與其他使用者相互傳送文字、圖片、動畫等多媒體訊息，在全球擁有 5 億 6 千萬的使用者。參考自維基百科：

[https://zh.wikipedia.org/wiki/LINE_\(應用程式\)](https://zh.wikipedia.org/wiki/LINE_(應用程式)) 瀏覽日期：2015/1/20。



認為雙方的互動僅在醫院內（甚至就是侷限在診間或病房之中）。他認為僅在醫院內的專業關係並無不妥，主治醫師遵守的是多數醫師們對專業關係的認知。然而在他與感染者相處的經驗中，有些感染者會因為情緒的關係需要較為私密的空間或是不習慣在診間分享事情。當醫院無法提供能讓個管師與感染者一對一談話的空間時，就有可能會讓雙方需要離開醫院互動。在醫院以外的空間與感染者互動的經驗也讓個管師 A011 觀察到：「離開診間才能執行的一些層面，才能讓個案放下他的心房去講一些事情。我覺得只要時間地點能配合的話，我是可以接受的。」當雙方互動的空間不在醫院時反而有可能讓感染者能卸下防衛心分享事情，個管師也更有機會了解病患的想法。

如同專業關係即使在時間上跨越了限制，在空間的面向即使跨越了醫院這空間，個管師仍會有一些劃界的策略來維持其私人的空間不受干擾。不少個管師都有在下班出了醫院後，在其他場合碰見其感染者的經驗。此時個管師多採取消極的應對，即感染者若沒主動發現或打招呼，他們就會裝作視而不見。個管師們認為即使在醫院與感染者的關係與互動能像朋友一般，出了醫院或是下班之後仍需要保持他們私生活範圍。如同個管師 A005 認為公私分明對個管師是重要的：

就是可以很親近，但是我會公私分明得很清楚。就是說反正我不會讓他們加入我的私生活……分得很開啦，就是說他可以私底下。因為我們手機是二十四小時的，所以說如果我有時間，我一定會幫助他。當然我不會讓他覺得說就是你可以在我身上能你想要予取予求。

儘管雙方間的專業關係在時與空間向度上延長與拉近，個管師仍需在其工作與私人生活間劃出界線，一來為了保持其私人生活空間的完整性，二來也避免其工作與生活之間界線的含糊不清所帶來的困擾或是過於投入工作而耗盡。

感染者這方也會有類似個管師在空間面向的劃界策略，不過劃界對感染者的



意義是避免其感染身份曝光。受訪的感染者中有幾位與個管師的關係還不錯，不過他們都說這樣的互動僅侷限在醫院裡頭，出了醫院後即便見到個管師就可能選擇裝作不認識；或者是他們與衛生局個管師的聯繫都是以電話和 Line 居多，儘量不讓衛生局個管師到居住地方拜訪。對感染者而言在日常生活中遇到個管師形同增加他們感染身份曝光的風險，故儘管與個管師們再熟、互動再頻繁，感染者們仍是要儘可能避免感染身份在日常生活中曝光。

第三款 權力關係面向

權力關係的變化從感染者的經驗最能明顯察覺。感染者從一開始進入個管計畫在醫療院所受到主治醫師與個管師主導醫療處置，當中以服藥過程最能明顯看出專業關係間的權力不對等。當感染者的 CD4 數值低於個管師的底線或是已經開始有臨床症狀出現時，個管師會強行要求感染者開始服藥。此時感染者即便尚未準備好服藥也很難有能力向個管師或主治醫師表明意願，更別提討論藥物組合時在對藥物不了解或是在身體虛弱的情形下，感染者容易將對藥物的決定權交付給主治醫師或個管師。

感染者在協商藥物組合時與個管師或主治醫師的權力關係轉變仰賴著其從服藥過程憑藉身體累積對藥物的知識與經驗，以及從網路、感染者社群，甚至是從其他醫師獲取對疾病與藥物的知識後，才有與其主治醫師或個管師相互抗衡或協商的可能。感染者 B001 回顧與四位醫院個管師相處的經驗，認為他在身體狀況較差且不穩定時多半是聽從個管師與主治醫師的指示。他在與主治醫師或個管師討論藥物組合時更因為對藥物了解不多，當場無法提出自己的意見。他開始服藥後一陣子即因無法適應副作用而換了一組藥，不過當時仍是由個管師提供 B001 藥物的知識；新一組藥物服用沒過多久，B001 即驗出感染 C 型肝炎。同一時間內服用



兩組藥物讓 B001 無法適應，又因當時的主治醫師相當不好溝通，B001 經衡量後才提出更換醫師的要求，開始了新的治療方案（即停用雞尾酒療法，先服用 C 型肝炎的藥物）。待新的治療方案先處理完其 C 型肝炎後，B001 回到臺北的某間教學醫院看診也準備繼續服用雞尾酒療法。他在停止服用雞尾酒療法的那段時間內收集了許多藥物組合的資訊，也特別詢問了心之谷⁴¹部落格的經營者—羅一鈞醫師藥物組合的事。這才使得他在與第四任個管師以及主治醫師協商藥物組合時，比過往更有經驗也更站得住腳。成功地協商藥物組合的經驗給 B001 的感覺是：「換藥之後我跟醫師的關係也感覺比較平等，就問診的時候我也會問一些比較進階的問題。我覺得他回答的態度可以讓我感覺到說不會只是想要敷衍我，會仔細回答我的問題。」

服藥三年多的 B008 則是在尚未開始服藥時就已經有對雞尾酒療法做功課，當個管師告知他要開始討論服藥時，他在心態上也比較有準備。他在與個管師討論的過程會不停與個管師確認他所知道的藥物資訊與（副）作用是否正確，也讓個管師知道他想避開的副作用有哪些。B008 回憶起與個管師討論藥物選擇過程時說：

在討論的過程中我覺得比較有討價還價的空間，不是只讓個管師幫我決定吃什麼。畢竟要吃藥的人是我，有先找資料跟做功課也可以避開一些自己不想遇到的副作用，雖然後來還是有當初沒有料到的副作用出現而換了一兩組藥，後續在討論換藥時醫師和個管師也都會先問過我有沒有什麼想法。

感染者 B001 和 B008 與個管師（或主治醫師）協商藥物組合或更換藥物的經驗與成令方（2002）的觀察吻合，即病人面對與醫療專業人員間的「能力鴻溝」

⁴¹ 心之谷部落格為現任疾管署防疫醫師與臺大醫院內科兼任主治醫師的羅一鈞在 2008 年創立，內容專以 HIV/AIDS 為主，每個月也有固定的答客問文章供網友詢問 HIV/AIDS 的問題（此答客問已於 2014 年 6 月吹熄燈號）。此部落格的知名度在感染者社群內相當地高。心之谷網址：<http://heartvalley.blogspot.tw> 瀏覽日期：2015/01/11。



(competence gap) 時，會想盡辦法增加己身的生物醫學知識或是善用自己較為豐富的文化資本。而當彼此之間的能力鴻溝或是權力關係縮減後，可能會改變醫療專業人員對病人的態度以及提供給病患的照護品質。


第四款 信任程度面向

個管師與感染者隨著相處的時間拉長，彼此間的專業關係因為疾病需求時而頻繁時而零星後，專業關係裡的信任程度也會隨之改變。信任程度又會左右雙方間的互動朝向親近或疏遠的一方發展，接著影響對彼此看法以及溝通。訪談結果發現，當雙方間的專業關係愈趨親近與互動頻繁時，愈有可能滿足感染者的心理需求。反之，當雙方間因為信任不足或是其他因素減少了互動頻率，則可能影響個管師對特定感染者的投入 (engagement) 程度。親近或疏遠像是關係信任程度的兩端，個管師與個別感染者專業關係裡的信任程度會在這兩端間來回。

(一) 專業關係親近化

個管師在與感染者建立好關係或是長時間相處後，覺得最明顯的改變是感染者對關係的信任程度。當關係經營到一定的程度或是彼此相處到一定時間後，感染者會對個管師以及雙方間的關係有愈來愈多的信任。其中醫院個管師相較於其他場域個管師的優勢正如同個管師 A002 所述：「病人有事情他會來[醫院]找你，你可以給他幫助，他就會信任你。」感染者基於疾病或醫療需求會前來尋求醫院個管師的協助，醫院個管師可在提供協助的過程與感染者建立信任關係。

而當感染者對這段關係投入足夠的信任時便會對雙方間的互動產生影響，使得除了彼此間的互動頻繁增加之外，最具體的則是感染者願意向醫院個管師揭露 (disclose) 更多自己的事。有三分之一受訪的醫院個管師們察覺當感染者愈是信任個管師，就愈會與個管師分享自己的事情。感染者此時的分享並不侷限在其疾



病或醫療需求，而是會與醫院個管師廣泛地分享其生活中的大小事，甚至是較少為人知的秘密。像是醫院個管師 A004 提及：「他很相信你、跟你分享生活的大小事。他[即感染者]不只把我當個管師，你會覺得還蠻好玩。(中間略)他就願意跟你分享事情，你就不需要特別問。他很積極的時候，就會很常跟你報告他的狀況，你也比較瞭解他正在做什麼。」或是醫院個管師 A003 說到：「因為我覺得其實他們[即感染者]就把你當朋友。你可能是唯一也可能是少數幾個知道他狀況的人，好像你知道他的狀況，他什麼事都跟你聊。好像就是沒有隔閡和界線一樣，包括失戀也會跟你提，你跟他就像好姐妹一樣。」都點出了感染者願意與醫院個管師分享的內容不見得與疾病有關，更多時候是近況分享。

感染者願意揭露更多自我訊息的好處也在 A004 與 A003 的回應中有提及，一者是有助於醫院個管師對感染者的認識。個管師能夠更加掌握感染者的狀況與個性，也會減少個管師透過諮商或問話技巧來引導感染者回答他想知道的事情；另一者是會影響雙方對彼此的看法 (perception) 或溝通方式。許多個管師表示，當感染者會與他們分享生活大小事甚至到無話不談的情境時，他們會認為彼此間的關係比較像是朋友。如同上述 A003 提及感染者與他之間無話不談的感覺會讓他產生一種情同姐妹深的情誼，個管師 A006 與 A011 也有類似的看法。像是個管師 A011 說：「當然今天我們解決了他的問題，他回診他會來跟我多聊一點，他最近碰到的一些生活趣事等等。他如果會跟你多分享一點的話，其實你就會覺得說：他不會真的就只是把你當成一名個管師。這一點其實會比較好啦，會拉近彼此之間的距離。」當彼此間談論的話題更廣泛或深入時，會使得醫院個管師在感受上認為自己並不只是一名個管師 (A004 也有類似的看法)，而是認為與感染者的專業關係更像是朋友。反之，感染者在對醫院個管師有足夠的信任以及頻繁地互動中，也會改變他對醫院個管師的看法。超過半數受訪的感染者提及回診時與醫院個管師



的互動就像朋友，對彼此間關係的感受也從一開始的緊繃或不適逐漸轉為像朋友那樣的親近。

然而這其中仍有一、兩名受訪的感染者表示在與醫院個管師像朋友般親近的互動時，不見得會與醫院個管師透露內心的事。其中一位感染者的想法如 B007 所言：「我們就只是醫病關係，因為我覺得畢竟他們[即個管師]還是跟我們[感染者]不同，他們雖然是研究這領域的，他們沒有走過這階段。」他認為儘管醫院個管師陪伴眾多感染者適應疾病，個管師們在身份上依然不是病友，無法完全感同身受感染者的心路歷程。而感染者 B007 提及的另一個原因亦是 B003 不太與醫院個管師透露內心事的原因，也就是想要依靠自己的力量向個管師以外的人建立自己的支持系統，讓個管師能夠去陪伴其他更多有資源需求的感染者。

感染者願意揭露更多訊息也會影響到醫院個管師。先前提及在醫院個管師的專業關係規範中，彼此間的互動是不涉及雙方私人訊息的交換。專業關係中什麼是（不）該做的界線非常明確，醫院個管師會儘可能地遵守規範。然而醫院個管師隨著感染者在一次又一次的互動中揭露了更多的自我訊息時，也會影響其對專業關係界線的感受與互動方式，並願意與感染者分享自己的私人訊息。有些醫院個管師願意與感染者交換私人的通訊方式來保持聯繫，像是 A001 與 A007 在擔任個管師第二年開始就會找他們任何合適的感染者交換 Line；有些個管師則在平常感染者回診互動時會揭露自己的訊息，像是個管師 A008 提及他也會將私人的 Line 給予關係跟他較好的感染者，並且：「我家裡的事情我不吝惜讓你們知道，我的背景讓你知道也沒有關係，我年齡我讓你知道也沒關係。這[指讓病患知道你的個人訊息]在精神科不行喔，因為其實有一些精神分裂症的個案知道你年齡的話，你很難去教他。」指出會與感染者分享的自我訊息有哪些，以及這樣的自我揭露在其他科別可能無法辦到，甚至是規範中明確不允許的行為。而願意與感染者揭露其



私人訊息的醫院個管師在感受專業關係的界線時，都認為與感染者間關係的界線較為模糊或不鮮明。正如 A008 也坦承會願意如此向感染者揭露自己的訊息，前提正是在他感受到彼此間專業關係的界線在互動頻繁之下顯得相對模糊，使得他願意調整他原先對專業關係裡互動的認知。

有的醫院個管師認為彼此間的專業關係或溝通方式像朋友般的好處是感染者比較能聽得進他們提出的建議。他們認為朋友般的關係給人較為親近且平等的感受，如個管師 A003 所言：「當朋友這樣子比較好的是：你有一些建議要給他時，他可能比較聽得進去（例如說：多去運動，三酸甘油質比較高，一天可以分段運動；或是飲食上不要吃太油），以朋友的角度去建議他可能比較聽得進去。」更有助於感染者接受個管師所提出的建議。

（二）專業關係疏遠化

個管師與感染者間的專業關係也會朝向疏遠的一方發展，前提是雙方間沒有足夠的信任，或者是感染者做了某些破壞專業關係的行為時就有可能會使得雙方間的關係疏遠或是互動減少。雙方間專業關係的疏遠或是互動減少對個管師最具體的影響便是會減少投入程度。個管師的投入程度從訪談結果來看，可以分成對感染者的關心以及個管師作為感染者與主治醫師間橋樑的溝通功能兩種。減少對感染者的關心指的是個管師對感染者身體或是生活情形的探問會減少，探問雖然看似微不足道卻是感染者定期回診見到個管師時開啟話題的重要關鍵，個管師也是藉由探問來了解感染者的近況。受訪的感染者們都提及在回診遇見個管師時，彼此間的對話多是以近況關心為主，個管師 A008 在談到當他察覺遭受感染者威脅時，他與感染者間的專業關係會因此受到影響，就會減少他對感染者的關心：

操弄對我來說是會影響到關係變數的。技巧不好的操弄就是威脅，技巧不好的會造成個管或醫師間的摩擦。從原本我說(界線)淡一點的關係變成醫病關係，




吃藥會不會不舒服、病毒量有沒有變化，連關心你或是你家人有沒有、好不好都沒有。我會記家族圖，所以我都會連家裡的人都問。

界線淡一點的專業關係在 A008 的感受中是指在足夠信任之下，彼此間的互動增加並且與先前他所認知的護病關係不同、彼此間專業關係的界線較淡，較接近上述在討論專業關係朝向親近發展的情形。當他感受到來自感染者的操弄時，會將彼此間的專業關係與互動從親近調整回先前認知到的護病關係，甚至是連探問（如：吃藥舒服與否、病毒量的變化，以及對感染者及家人的狀況）都沒有。或是像個管師 A005 談及遇到類似的情形，他對感染者的態度就會轉為「冷處理」：

這種我就會覺得很無言。我就算啦，反正就是你需要我，我就給你協助。我就整個全部冷處理，非常被動，態度就會不一樣了。有些人[即感染者]會要求說：我想換藥，換好一點的藥（他認為好的藥）。他很不喜歡現在他這組藥，那我就會跟他說：藥不是我開的，我沒有那麼大的權力，你可能就要跟醫生討論。這一切我都不會再跟他說，跟他分析什麼。（中間略）他來門診的話，我就在旁邊也都不會多說話。

A005 以服藥為例說明當彼此間的專業關係或信任不佳時，原先會與感染者共同討論藥物組合的互動就有可能不再有，轉由讓感染者直接與主治醫師討論。個管師不再作為病人與主治醫師間溝通的橋樑或多或少對感染者有影響，特別是在先前的章節描述協商服藥的過程中可得知個管師扮演溝通角色的重要性。感染者在診間與主治醫師互動時可能會因為各種因素⁴²而無法直接向主治醫師表達意見，此時若無個管師居中幫忙，就會使得主治醫師與病人間的溝通打折扣。感染者 B001 在與第二任個管師相處時便有這樣的體會，當時 B001 因為就學而轉到高雄的醫院看診，正好當時的主治醫師個性非常嚴厲且講話急促，個管師在 B001 回診的過程

⁴² 影響雙方能否互動順利的因素眾多，包含像是雙方的個人特質、病患是否具有足夠的生物醫學知識、醫師的門診量等變數存在。



就扮演了在中間協調的角色—包含個管師會與 B001 在看診前先沙盤演練稍後在診間互動的流程，以及看診完後會向他解釋剛才醫師的意思。B006 也提及剛開始發病住院時見到個管師的頻率比醫師高，當時身體有什麼狀況或是治療要怎麼做都會先與個管師討論，再由個管師向主治醫師轉達。出院後的定期回診他也都習慣有個管師在診間裡陪伴，除了可以舒緩心情外，個管師也比較了解他的狀況，必要時會在旁邊提醒醫師。感染者 B007 也提及病情穩定後的回診都習慣有個管師在診間，可以幫忙舒緩氣氛。從幾位感染者的經驗可得知個管師在主治醫師與感染者間扮演了傳遞訊息與緩和氣氛的角色，讓主治醫師得以對感染者的病情有更完整的掌握，感染者的意見也能夠透過個管師的幫忙傳遞給醫師。

個管師與感染者間的專業關係疏遠化會減少個管師對個案的投入程度，反映在個管師平時對感染者的關心以及作為傳遞訊息與緩和氣氛的角色，特別是後兩者的角色在感染者與主治醫師互動時具有中介或協調的功能。感染者若少了個管師協助傳遞訊息或是緩和診間的氣氛，在與主治醫師互動上可能會更顯吃力。

總結

從時、空間、權力關係，以及信任程度面向來檢視個管師與感染者間的專業關係與其他專業關係確實有不同之處。個管師與感染者間的專業關係在時間面向因為疾病性質以及藥物發明的關係而延長，專業關係沒有明顯的結束點。雙方間的專業關係會因為感染者斷斷續續出現的需求而持續，也會受到感染者疾病進程的影響。從空間面向來檢視，個管師遇到感染者有特定的需求無法在醫院互動時，在時間地點可配合的前提下個管師願意離開醫院在其它場合與感染者互動。這樣的改變是個管師與感染者長時間互動後的結果，個管師也在這過程中調整其對專業關係的認知與規範。儘管專業關係在時、空間改變，個管師仍會保持其私人時、空間的完整性，以避免工作與私人生活間界線的含糊不清或是過度投入工作而耗



盡。感染者也會在空間面向有劃界策略，其目的是為了避免感染身份在日常生活
中曝光。

個管師與感染者間的權力關係會因著感染者的身體狀況與生物醫學知識變動，
其中以協商服藥最能看得出權力關係的變化。感染者在身體狀況不穩且對藥物知
識了解不多時，容易將對藥物的選擇權交給個管師（或主治醫師）；當感染者身體
狀況穩定且有時間累積生物醫學知識時，便有與個管師協商的能力。成功的協商
經驗會影響感染者對在關係中是否平等的感受，也會影響個管師（或主治醫師）
與病患互動的態度以及所提供的照護品質。

信任程度的變化則以親近與疏遠化作為兩個極端。當感染者對與個管師之間
的專業關係有愈來愈多的信任時，除了使雙方的互動頻繁外便是感染者會願意向
個管師揭露更多訊息。此時的訊息並不侷限於醫療或疾病需求，而個管師也能從
感染者的揭露中對感染者有更深入的了解。感染者如此的自我揭露也會影響雙方
對彼此的看法，不論是個管師或感染者在感受上都會認為彼此間的專業關係除了
是護理人員與病患之外，還多了一層像朋友般的親近感。個管師在受到感染者更
多自我揭露的影響下，也會調整對專業關係的認知與互動方式，選擇合適的感染
者來交換私人聯繫方式或分享訊息。有些個管師也認為當關係拉近得像朋友般時，
有助於感染者接納他的提議。

當雙方間的專業關係疏遠化，對個管師的影響是減少其對特定感染者的投入
程度。個管師減少投入程度展現在兩方面，一者是對感染者的關心，另一者是個
管師作為感染者與主治醫師間的橋樑。這兩者都會影響感染者就醫時的感受，特
別是個管師作為感染者與主治醫師間的中介者，對感染者不論在協商服藥或診間
看診的過程都舉足輕重。

第五章 研究討論

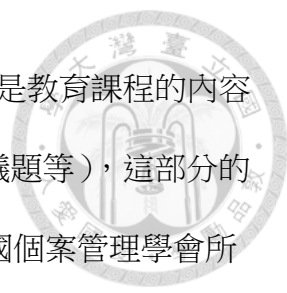


此章我將依循研究結果的順序來討論在治療作為預防理念下的臺灣個管計畫發展，接續才是三階段中的互動與專業關係。

第一節 治療作為預防理念下的個管計畫

臺灣現行的個管計畫模式有三種場域，感染者目前接觸到的以醫療院所與衛生局的個管師為主。治療（特別是雞尾酒療法）作為預防策略如 Hammer（2011）所言也隨著母嬰傳染機率降低而開始受人矚目並重視後，臺灣的個管計畫模式採取以醫療院所作為主流場域也不難理解－即預期感染者能獲得醫療處置且在穩定服藥的情形下有助於減少愛滋病的次級傳播，是故醫院個管師承擔了個管計畫的多數工作。而衛生局體系則如徐森杰（2012）認為公衛體系一直以防疫與疾病追蹤的角度來看待感染者，故衛生局個管師與感染者間互動的重點擺在對感染者的定期追蹤（特別是接觸者追蹤）。

有趣的現象是儘管個管計畫已經推行多年，仍有受訪的感染者搞不清楚在醫院中究竟誰是所謂的「個管師」，在醫院裡的愛滋病個管師與護理師的差別又在哪。這樣的疑惑也並非感染者獨有，作為研究者的我在研究過程中也不時會有類似的疑問。我認為會使得感染者有如此疑惑的原因與治療作為預防理念的推廣有關。在治療作為預防的理念下，個管計畫可以說是借力使力－借助醫療院所提供感染者醫療照護與輔導其自我健康管理來達成穩定感染者病情兼減少愛滋病毒傳播的目的。醫院個管師在此理念下所提供的醫療照護以及協助，從感染者的角度來看



其實與其他護理師無異⁴³。另有些個管師提及每年的在職進修或是教育課程的內容是針對如何與感染者工作（如：困難個案、接觸者追蹤、告知議題等），這部分的課程內容實質上還是較接近社會工作領域中的個案工作，與美國個案管理學會所定義的個案管理仍有一段落差。縱使個管師的工作內容包含了協助感染者連結資源、協調醫療照護等，在醫療院所的個管師主要還是以輔導感染者的自我健康為主，故在工作內容其實與其他護理師相去不遠。

而治療作為預防理念也使得個管計畫在臺灣的發展受醫療、公衛所主導，除了衛生局和民間團體個管的發展偏弱外，對感染者的社會支持網絡、生、心理，以及社會的衛教諮詢等也一直不是個管計畫所評估的重點成果。個管計畫後續的發展，如何整合來自民間團體的觀點與立場，都如同徐森杰（2012）所言會是一大考驗。

⁴³ 曾在 T 醫學中心擔任社工，協助我聯繫到第一位受訪個管師的同學也有類似的看法。他認為愛滋病個管師在 T 醫學中心像是愛滋病專科護理師，即個管師在病房內只需照顧愛滋感染者，不像一般護理師在病房會需要照顧多種疾病的病患，相較之下他認為愛滋病個管師能夠專注地與感染者建立關係與工作。

第二節 個管師的會談技巧



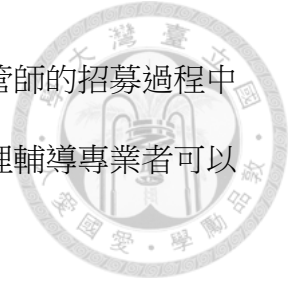
個管師接觸到一名剛確診的感染者到其身體恢復穩定，要負責工作包括評估感染者的各種狀態（如：經濟、醫療）、陪同感染者就醫、引導行為改變，以及提升感染者的服藥順從性。其中不少工作內容都需透過與感染者會談來掌握感染者的狀況以及了解感染者的想法，受訪的個管師們提及擔任個管師所需具備的技巧時，常見的第一個答案是會談技巧。這與 Norfolk 等人（2007）認為溝通技巧是建立專業關係基礎的想法吻合，而會談技巧也確實貫穿了個管師與感染者互動的三個階段。

個管師與感染者在專業關係建立初期所運用的四項會談技巧與既有研究成果相符，像是以噓寒問暖作為開場（Leach 2005；Lotkar & Bottorff 2001）、反映式傾聽（Ballew & Mink 1998；Belcher & Jones 2009；徐森杰 2009），以及建立框架讓感染者知道後續的就醫流程（鄭維瑄 2013）。而以 wh-為開頭的開放式問句更符合了 Norfolk 等人（2007）指出溝通技巧所扮演的功能之一，即引導病患發言。個管師噓寒問暖的三種方式反映了與感染者建立關係的過程中，提供知識與情緒支持是並行的。感染者在剛與醫護人員接觸時與其他疾病病患最大的差別是感染者當時的防衛心較強，這起因於愛滋病長久以來在社會所承受的污名，使得感染者面對不熟悉的醫護人員會先保護自己。而個管師運用上述會談技巧的主要目的，即是營造一個讓感染者願意訴說且與醫護（或行政）人員互動的環境，以利於讓感染者願意固定就醫且能了解感染者的感受與想法。其次是個管師也透過建立框架來形塑己身的專業形象進而取得感染者對他的信任，這也與 Ballew 和 Mink(1998)認為專業工作者需在求助者面前展現組織與提供協助能力來建議信任關係的原則相符。



然而即使個管師所運用的會談技巧與既有研究的結果或原則相符，在我訪談的過程中仍有零星的個管師擔心自己的會談技巧不佳，也直接表明任職個管師前並沒有會談技巧相關的訓練，會談技巧的學習是任職個管師之後邊做邊學。特別是衛生局個管師的會談技巧純熟度不如醫院個管師來得熟練，受訪的衛生局個管師曾在訪談中表示自己的會談技巧是在陪感染者到醫院就醫時，見到醫院個管師的問話方式才察覺差別，也試著學習醫院個管師的會談技巧。我認為會談技巧熟練度在兩場域有差別的原因可能有三：首先是與衛生局個管師的專業背景有關。雖然衛生局個管師的背景也多醫療照護領域，卻是個較少接觸病患的科系或領域（如醫事檢驗）。換句話說，衛生局個管師過往在教育與訓練過程相較於醫院個管師（多為護理背景）是比較少受到如何與人建立關係和共同工作的教育訓練的，也因此會談技巧運用的靈活度上就會偏弱；其次是要從衛生局在個管計畫中的定位來談。衛生局個管師與感染者間的專業關係從研究結果看來，目前以感染者剛通報時的聯繫最為密切，後續就只剩三到六個月的定期追蹤。雙方互動的頻率也會隨著感染者的身體狀態趨穩而漸漸減少。衛生局個管師在與感染者互動頻率有限的情形中，也就無法像醫院個管師在長時間與感染者互動中邊做邊學（或修正）會談技巧。第三點是這類會談技巧其實是一種內隱知識，縱使如同既有研究或是本研究成果可發現這類技巧的運用上有一些原則可以掌握，但如何靈活或是不著痕跡地運用這些技巧仍是需要經驗累積的。

儘管衛生局個管師的職責不如醫院個管師吃重，仍是要與感染者保持聯繫。尤其是感染者剛通報時所遇見的第一位個管師還是可能來自衛生局，衛生局個管師順利聯繫到感染者有助於其後續就醫，之後的接觸者追蹤管理其實也相當考驗個管師的會談技巧以及彼此間的信任程度。Leach（2005）認為良性的專業關係是治療成功的要素，個管師除了態度之外，具備專業的會談技巧是不可或缺的。未



來可在個管師的專業訓練過程加入會談技巧的訓練，或是在個管師的招募過程中讓更多背景專業為心理輔導者加入，藉此讓來自醫護領域與心理輔導專業者可以相互學習交流。

縱使個管師具備了專業知識以及會談技巧，並不代表有能力協助或是引導感染者改變行為。多數個管師在說服感染者採取保護措施的宣導修辭上以利己觀（egoistic-oriented）為主，認為先利己才能利他。而修辭內容中以疾病負擔或嚴重性為訴求的宣導修辭雖然較為具體且可想像，但現行不少疾病的衛生教育也會採取此訴求，仍帶有恐嚇或威脅的意涵在。臺灣早年官方的愛滋教育已經以「生者難堪，死者難看」作為宣導訴求，如今我們是否要延續此類的宣導方式值得再三深思。

個管師普遍對行為改變有知易行難的感慨一方面來自於需要定期評估感染者的風險行為，而評估的時間是每三到六個月，這使得個管師容易因為短時間看不見感染者的行為改變而感到挫折。與感染者相處較久的資深個管師則認為須將評估行為改變的時間拉長，並以減害原則來與感染者討論行為改變。邱珠敏、丁志音（2010）認為以疾病防治的角度看待感染者的性行為時，應當是著眼於持續有性行為者如何儘可能地採取保護措施，而非以較不人性的禁慾或無性行為當作防治目標。延續研究結果發現，個管師與感染者討論行為改變時除了儘可能以採取保護措施的方向討論之外，往如何能夠在性行為的過程中減少傷害亦可作為另一種途徑。

第三節 協商雞尾酒療法



從協商是否要開始服用雞尾酒療法、挑選藥物組合、如何理解雞尾酒療法的副作用到最後的藥物假期，都可以看出個管師與感染者即便是對同一現象，也有不同的解讀方式。個管師對於感染者是否要開始服藥會以其心中的「底線」作為判斷標準，而底線的組成可以分為純然生物性替代指標導向以及整體（holistic）身體狀況導向兩種。不論是哪一組底線的組成都會受到生物性替代指標的影響，卻又不完全遵循既有治療指引對生物性替代指標判讀的建議。此與丁志音、陳怡欣(2008)探討感染者對免疫力的詮釋有些類似，即使是受到生物醫學學理(doctrine)訓練的健康照護專家在詮釋生物性替代指標時也沒有一個放諸四海皆同意的標準(universally agreed criterion)，而是會根據病患個人的差異與情形來調整。個管師心中的「底線」仍會有一組量化的數字，但這數字不與治療指引建議的切點(cut-off)一致，除了因病患個人而異之外，也雜揉了個管師臨床的經驗。

在個管師與感染者協商是否要開始服用雞尾酒療法的過程中，看得出感染者有無臨床症狀是相當具影響力的因素。在此情形可知感染者能自主決定服藥與否的空間其實是有限的，決定感染者是否要服藥的決定權掌握在個管師的手中；當感染者沒有臨床症狀時，其與個管師在協商底線上的互動就相當有趣。有趣的情形是在於感染者沒有臨床症狀，但身體所測得的 CD4 數值小於個管師底線時，感染者在此時會以自我感受的生理跡象(self-perceived physical clue)來與個管師協商不服用雞尾酒療法。感染者以自身感受到的安適(well-being)來證實其免疫力尚可的做法與丁志音、陳怡欣(2008)和陳馨傑(2011)的研究結果相符，即感染者並不完全肯認生物性替代指標來得知他們的免疫力狀況，而是從自身能感受到的生理或精神跡象來作為反映免疫力良好與否的指標，進而與個管師「討價還



價」。

根據 Rier 和 Indyk (2006) 對研究服藥行為典範轉移的回顧，從順從 (compliance)、依附 (adherence) 到調和 (concordance)，最後的調和行為強調的是醫病雙方間對治療的共同合作與協商。從研究結果，來看個管師與感染者對治療 (特別是雞尾酒療法) 的情形依然停留在依附，即感染者的服藥行為與個管師的建議相符程度有多少。個管師與感染者間對治療的協商無法提升到調和的境界，原因包含了：(一) 雙方間的權力關係不平等，感染者進到醫院後不論是面對個管師或是主治醫師，在關係上都相較於後兩者弱；另一種不平等則是如 Stevenson 等人提及病患參與共同決策要擁有多少知識量的困難 (引自 Stevenson & Scambler 2005)，受訪感染者中擁有足夠知識量與個管師 (甚至是主治醫師) 協商治療者畢竟是少數，生物醫學知識量的累積是需要感染者經年累月地收集資料以及了解藥物對身體的感受與影響後，才得以與個管師在協商藥物時平起平坐。(二) 感染者的身體狀態亦影響了其與個管師間的協商能力。研究結果呈現當感染者在發病或是身體狀態不穩定時，比較容易將對藥物的選擇權交付給個管師或主治醫師來決定。身體狀態不穩也使得感染者沒有多餘的心力能夠收集藥物相關的資料，也就更不可能在藥物的知識量上與個管師或主治醫師抗衡。基於上述兩原因使得感染者在協商服用雞尾酒療法的過程中，多還是屬於跟隨個管師 (或主治醫師) 建議的病患角色。

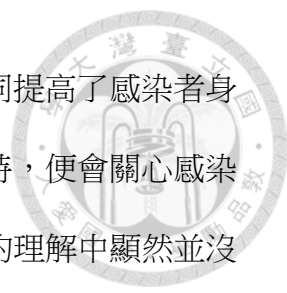
儘管郭嘉琪、金繼春、周汎濤 (2012) 以後現代主義的立場反思專業關係時，認為當病人短時間無法貢獻其多元生活經驗且主動參與時，護理人員需要拿出專業的權威主動解決病人急迫性的問題，再慢慢協助病患建立「病人專家」的能力，進而轉變為夥伴關係。從本研究結果發現，個管師在因為急迫性問題而先幫病人解決問題後並不見得有協助病患建立病人專家的角色，感染者若不具備藥物知識，



還是會處在由個管師主導，病人跟從建議的情境。

個管師在協助感染者選定藥物組合時，幫助感染者提升服藥順從性的行為介入策略有三，分別是知識、認知以及科技物為基礎。從研究結果看來個管師會交錯使用這三種策略，而整體來看待這種策略時，我認為較接近 Munro 等人 (2007) 歸納出來的行為 (學習) 觀點。行為學習理論以影響行為的前因 (antecedent) 與後果 (consequence) 來強化行為的學習。其中前因可再分為內部與外部因素，分別對應到的是行為者的想法 (thought) 與環境線索 (environmental cues)。個管師透過藥物知識以及生物性替代指標來形塑感染者的內部前因，讓感染者意識到「我應該要服藥」。其中特別有意思的是藉由生物性替代指標來個別化 (individualize) 感染者的服藥責任；科技物為基礎的策略作為創造感染者服藥的環境線索在研究結果發現對科技物的運用也是多樣的，甚至有時是透過多種科技物來提醒感染者的服藥時間、次數以及劑量。個管師用以提醒感染者服藥時間的科技物以鬧鈴裝置 (Chung et al 2011)、次數與劑量的科技物則以藥盒為主。從研究結果來看鬧鈴裝置的設定多半是交由感染者自行設定，除非感染者的服藥行為出了差錯，個管師才會與其討論使用科技物的細節。而科技物作為外部前因必然也要對感染者提供足夠的藥物資訊，此與 Saberi 和 Johnson (2011) 對使用科技物來提升服藥順從性的提醒相符。從感染者的角度來看，他們認為透過生物性替代指標來反映其對服藥付出的努力或成果是有問題的，他們認為既有的指標有其侷限存在。感染者對指標的數字和切點 (number and cut-off value) 的不滿再度與丁志音、陳怡欣 (2008) 的觀察相符，感染者基於此有可能對指標發展出質化的解讀來挑戰既有的生物醫學觀點。

對藥物副作用的理解與反應更是凸顯了個管師與感染者立場的差異，感染者對藥物副作用的擔憂起因於擔心藥物副作用影響其生活作息並使得感染身份曝光，



這兩者其實是交織在一起的。影響感染者生活作息的副作用等同提高了感染者身份曝光的風險，即不知情的旁人見到感染者生活作息不如以往時，便會關心感染者是否出了什麼狀況。個管師（以及主治醫師）對藥物副作用的理解中顯然並沒有將感染身份曝光或是對社會生活造成的不便考量在內（陳馨傑 2011），縱使柯乃熒、李欣純、楊靖慧（2013）在建議個管師協助感染者降低影響服藥順從性的阻礙中提及了藥物副作用是其中的一個因素，仍沒有多著墨在藥物副作用對感染者的意義除了帶來身體上的不適之外，擔憂其感染身份的曝光亦讓感染者們非常在意。

而個管師對感染者服藥順從性的要求會隨著感染者的資歷以及服藥年數彈性變化，吻合了 Rier 和 Indyk (2006) 提出的彈性嚴謹 (flexible rigidity)。Rier 和 Indyk (2006) 認為愛滋病治療指引經常性的修改（及其相關爭議），還有感染者間對藥物的耐受性 (tolerance) 不同，使得健康照護人員應以彈性的方式來看待感染者的服藥行為。本研究結果則指出感染者的服藥年數，是主要影響個管師對感染者服藥順從性看法與態度的因素，並且會在與主治醫師及感染者討論後，透過讓感染者擁有藥物假期 (drug holidays) 來緩解長期服藥而帶來的疲憊感。藥物假期也並非無限期，服藥資歷久的感染者在藥物假期中會重新與個管師協商是否要繼續服藥，此時又會回到研究結果的表 4 所呈現的動態情境。


第四節 接觸者追蹤管理對專業關係的影響



接觸者追蹤管理作為輔導感染者自我健康的工作項目之一，從研究結果看來有傷及個管師與感染者間信任關係建立的情形存在（特別是對衛生局個管師），實有必要再思考接觸者追蹤管理對雙方關係所造成的影響。

縱使接觸者追蹤管理在控制性傳染疾病上有其必要性或成效（Rutherford & Woo 1988；Götz et al 2005），其在法律（例如：若感染的個人不願透露其接觸者，法律會怎麼做？）或治療上所引起的疑慮（Adler & Johnson 1988）也早已有些討論。臺灣目前對執行接觸者追蹤管理如何影響個管師與感染者，以及雙方間的專業關係尚無討論，還停留在感染者不願意透露其接觸者的原因以及個管師能如何因應與增進詢問或告知技巧（劉佩伶、黃彥芳、賴安琪、陳昶勳 2013）此一層次。從醫院與衛生局個管師執行接觸者追蹤管理與感染者互動的經驗來看，目前將接觸者追蹤管理成效指標化會使得接觸者追蹤管理失去了它的原則與原先的用意。從醫院個管師採取消極執行的方式便可知接觸者追蹤管理的性質是有可能破壞雙方的關係；衛生局個管師迫於成效指標化的壓力會忽視《愛滋病防治工作手冊》所建議的執行原則，直接要求感染者供出接觸者（特別是性接觸者）的名單，違反了 Rutherford 與 Woo（1988）認為要與調查對象合作的原則。與調查對象合作的前提勢必立基於雙方間專業關係的信任程度足夠，感染者願意向個管師透露其接觸者，而個管師也願意與感染者共同討論如何告知接觸者。以當初推行個管計畫的目的來看，感染者應是與各場域的個管師保持良性的互動與關係為理想。目前執行接觸者追蹤管理的方式破壞了感染者與衛生局個管師間的信任關係，並不見得有助於防疫。

受訪個管師對執行接觸者追蹤管理的建議之一—由受過訓練的專業人員主責



—與劉佩伶、黃彥芳、賴安琪、陳昶勳（2013）回顧的歐美國家經驗相符。臺灣若想仿效目前歐美國家執行接觸者追蹤管理的經驗，就必須在專業人員的人力以及工作型態多加考量。專業人力的部分從研究結果可看見，目前僅由一位衛生局個管師執行接觸者追蹤管理其實相當費時耗力，未來若希望由專業人員來主責此工作，其所負擔的工作量勢必要降低或是由多位人員共同分擔一地區的接觸者追蹤。否則若繼續以現行對接觸者追蹤管理指標化的要求⁴⁴，即便是由受過訓練的專業人員來負責此工作很可能還是會重蹈覆轍。

工作型態的部分，若接觸者追蹤管理的專責人員依然屬衛生局管轄，此人員應如劉佩伶等人（2013）的建議避免調動頻繁。從研究結果可發現衛生局個管師因著輪調的規定，往往無法在特定地區長時間擔任個管師，這使得衛生局個管師與感染者要建立良性的專業關係相當不易，再加上接觸者追蹤管理帶來的壓力，使得多數受訪的感染者與衛生局個管師間的關係較為疏遠，甚至是對衛生局個管師有負面觀感。


⁴⁴ 現行對接觸者追蹤管理成效的計算方式可見註腳 36。

第五節 與感染者的專業關係



個管師與感染者間的專業關係在時、空間、權力關係，以及信任程度面向有所變化，這些性質的轉變都彰顯了 Hagerty 和 Patusky (2003) 對專業關係發展的看法，也就是專業關係是在動態且反覆協商過程所形成的。其中感染者與個管師間的權力關係消長則可能隨著感染者逐漸累積相關的生物醫學知識而減少彼此間的能力鴻溝 (成令方 2002)，不過從研究結果呈現感染者累積知識的過程多半是憑自身的力量，縱使個管師在感染者就醫的過程提供了資訊或知識，卻不見得等同對感染者培力 (empower)。我認為可能的原因有二：其一是感染者在一開始協商雞尾酒療法的情境中，其身體狀況可能較為不穩定。即便個管師在當時提供了諸多雞尾酒療法相關的資訊，對身體狀況較差的感染者而言並非當務之急，也因此較無心思理解這些生物醫學知識；其次是感染者累積知識的過程除了獲取生物醫學知識外，另一部份的知識或經驗是來自於其身體對雞尾酒療法的反應，這類的知識因人而異，也不是個管師所能傳授的。感染者透過身體所累積的經驗是極為珍貴的身體知識，除了能反映既有生物性替代指標無法呈現的身體狀況外，更是感染者在與個管師協商時極為有利的基礎。

對於專業關係朝向親近或是疏遠化的發展，雙方間專業關係的信任扮演了決定性的角色 (Belcher & Jones 2009)。醫院個管師除了藉由提供醫療處置或是其它資源來獲取感染者對他的信任，研究結果中提及的會談技巧也是營造專業關係裡信任的重要策略。研究結果顯示了當關係裡的信任程度到達了某種程度之後，關係才會產生質變並進到另一個階段。專業關係裡信任程度提升所產生的影響其實是雙向的，也就是一方在關係裡互動的改變會影響另一方的行為。感染者與個管師會對彼此揭露以及揭露的程度會隨時間從揭露表淺的資訊 (superficial



information) 轉為私人秘密 (deeply held private secrets) 與 Williams (2001) 的發現相符。彼此輪流揭露自我訊息會再度加深雙方對專業關係的信任，進而影響雙方對專業關係的看法。從個管師與感染者間專業關係的疏遠化，進而個管師減少對特定感染者的投入程度可反映出個管師在醫療院所場域裡的部分角色與功能。減少個管師的投入程度會表現在個管師對感染者的關心以及其作為主治醫師與感染者間中介或協調角色。尤其是個管師作為中介或協調角色對感染者與主治醫師協商服藥 (邱珠敏 2009) 或到醫院就診時其實相當重要，特別是在感染者尚無法與個管師或主治醫師平起平坐時。

Williams (2001) 研究中的護理人員認為親近 (intimate) 並不適合用於描述與病患間的專業關係，然而本研究結果發現受訪的個管師隨著向感染者自我揭露的過程也會調整對專業關係的規範與看法，認為與感染者間維持著情同姐妹深或是像朋友般親近的關係並無不妥，要注意的是雙方仍要保持專業距離以保護私人的生活空間。這與 Halldorsdottir (2008) 認為發展護病關係涉及了護理人員與病患相互關聯 (connect) 的過程中，同時得維持一個令雙方感到自在的距離相符。更深入點探討此現象，則與專業工作者在教育過程中被教導要盡量避免情緒的涉入有關。以護理養成教育為例，蔣欣欣 (2008) 指出雖然護理教育重視同理心 (empathy) 的養成，不過卻主張護理人員必須理性照顧病人並減少情緒涉入。本研究結果發現隨著個管師與感染者認識愈久且互動頻繁後，個管師在面對感染者時很難避免自身情緒的涉入。個管師對感染者投入程度除了受到信任程度左右外，也會受到他與感染者間相處時的感受影響。若個管師與感染者相處、共同工作之時無法避免自身情緒的涉入，在工作場合應當思考如何感染者得知其情緒，並共同討論此情緒是否影響了雙方間的互動與專業關係；個管師與感染者互動的經驗也能反饋給既有的護理養成教育，在教育的過程中應當讓學生反思情緒對專業工作者的影

響會是什麼，在面對多元的求助者產生不同的情緒時又該如何應對進退。



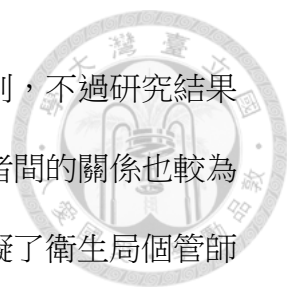
第六章 結論與建議



第一節 結論

本研究以（1）個管師如何與感染者建立關係、輔導感染者自我健康管理，在過程中運用了哪些技巧或策略，與（2）個管師與感染者間的專業關係與其它相似關係的獨特之處為何？雙方間的專業關係又會如何影響感染者。透過兩組問題作為研究出發點，探索個管師與感染者因為個管計畫相遇互動的過程，分別從雙方的角度來勾勒出個管計畫中不同場域的個管師與感染者互動的樣貌。

研究結果顯示位處醫療院所的個管師會大量運用到會談技巧來與感染者建立關係與拉近距離，這些技巧包含了噓寒問暖、反映式傾聽、開放式問句以及建立框架等。這些技巧的運用除了有助於營造一個讓感染者願意就醫且向個管師訴說的環境外，也是個管師在感染者面前建立專業形象的機會。然而運用這些會談技巧並不保證個管師能夠成功引導感染者改變行為，事實上個管師最常採取的方式除了實際針對感染者的行為情境討論外，在宣導修辭上多以利己觀為出發點來說服感染者在從事有風險的行為時採取保護措施。個管師增加感染者服藥順從性的策略有三，整體來看與既有行為理論中的行為學習理論最為接近，也就是透過形塑與創造感染者的內與外部前因（antecedent）來讓感染者規律服藥。而雙方間專業關係的特殊性展現在時、空間、權力關係，以及信任程度四面向的變化，其中特別是個管師對專業關係的看法與規範具有彈性，會隨著與感染者互動情形以及信任程度有所改變。專業關係會影響感染者願意揭露訊息的範圍與深淺，進而讓個管師能為感染者提供更多的心理支持。



衛生局個管師會運用的會談技巧雖與醫院個管師無明顯差別，不過研究結果顯示在技巧運用的純熟度上仍有待加強。衛生局個管師與感染者間的關係也較為薄弱，起因於現行個管計畫對衛生局的定位以及論調制度都阻礙了衛生局個管師與感染者發展長期的專業關係。其中接觸者追蹤管理（特別是指標化追蹤成效）會對衛生局個管師與感染者間的專業關係產生傷害，甚至會造成感染者對衛生局個管師有不好的印象或是反感。對此我建議應當檢討現行指標的計算方式，假若思考仿效歐美目前以專人執行接觸者追蹤管理，也應考量所需的人力、專業知識與能力。

第二節 研究限制



本研究有下述幾項缺失或限制可供未來相關研究參考並修正，同時也就本論文撰寫期間，個管計畫的新發展提出研究的可能：

首先是在受訪個管師與感染者的取樣。目前的個管計畫有三個場域（醫療院所、衛生局以及民間團體），儘管接受我訪問的個管師大多為醫院個管師，也符合目前個管計畫以醫療院所的個管師承擔了多數的業務，但其他兩場域受訪的個管師數量仍然不足。我建議未來的研究可以補足位在衛生局以及民間團體個管師的經驗，以利於更清晰地勾勒出個管計畫的樣貌與豐富不同場域個管師與感染者互動的情形。

其次是受訪感染者的性別清一色為生理男性。儘管臺灣目前感染者的生理性別以男性為大宗，生理女性感染者與個管師相處的經驗是否異於生理男性，以及其中是否有任何性別上的差異仍值得探究。未來研究對感染者的抽樣，建議可依照不同的感染途徑或次文化來選取具代表性的研究對象，有利於凸顯個管師與來自不同次文化感染者在互動是否有差異。

第三是本研究雖聚焦於個管師與感染者間的互動與專業關係，然而從本研究圖 1 勾勒感染者與各場域個管師的關係對應圖可知，在醫療院所中的關係網絡與互動中，隱而未顯卻很重要的角色即是主治醫師。這三者（主治醫師－醫院個管師－感染者）的互動特別是在協商服用雞尾酒療法時最為顯著。我在訪談過程中雖有個管師提及了主治醫師如何定位個管師的角色與位置，會影響個管師與感染者的互動或專業關係⁴⁵，仍礙於資料豐厚度不足而無法呈現主治醫師對醫院個管師

⁴⁵ 在我訪談過程中能夠呈現此現象者我推測為感染科規模較大的醫療院所才可能存有此一現象。確實有受訪的個管師表示當感染科內有好幾位主治醫師及五六位個管師時，會出現某些主治醫師不願意或是不習慣與某些個管師搭配（不論是在門診或是病房工作）。另一種情形是主治醫師對於



和感染者的影響。我建議後續的研究可以納入主治醫師的聲音來豐富醫院個管師的角色以及三者間的互動。

第四是受訪個管師與感染者並無配對關係，即無法得知受訪感染者的個管師是否有接受我的訪談，或是哪一位受訪的個管師。若個管師與受訪者間有相對應的關係，即可驗證雙方的說法是否有出入來增加資料的可信度。

第五是研究資料來源過於單一，僅依賴個管師與感染者的訪談，無法像 Lotzkar 和 Bottorff (2001) 的研究透過攝影機記錄護理人員與病患實際在病房內的互動，或是也無法實際參與個管師與感染者的互動。未來的研究者若想以攝影器材或是實際參與雙方互動來收集資料，都須有更細膩的研究倫理考量。例如：如何避免攝影器材在場而影響了研究對象的行為；研究者實際參與或從旁觀察個管師與感染者互動的考量亦同，如何避免因為研究者在場而影響了雙方的行為。

最後一點是在論文撰寫的期間，社團法人臺灣愛滋病護理學會⁴⁶已戮力在推行個管師認證，此認證是否會影響個管師在背景組成以及與感染者的互動與專業關係值得後續的研究探討。

個管師應當將工作重心放在研究、服務或是照護病患，也會影響個管師能放多少心力在感染者身上，此一情況特別會受主治醫師及個管師所在的醫院規模與性質影響。然而這兩種情形在我訪談的資料中只有一兩位個管師提及，基於資料豐富度的考量我因而無法在此一研究中處理。

⁴⁶ 該會網站上目前可找到許多個管師認證考試以及內容，可作為未來想研究個管師專業或認證化的資料。該會網站：<http://www.tananurse.org.tw> 瀏覽日期：2015/1/18。

第三節 建議



從研究結果可見目前個管計畫中三個場域發展的情形不一，彼此間的整合不夠完善。未來除了加強三個場域個管師間資訊的流通以外，三個場域間的合作或是資源整合也需努力。而目前以醫療、公衛為主導的個管計畫也不應偏廢來自社福視角的觀點。


在三個場域的個管師任職前應提供類似職前訓練的課程，特別是針對會談技巧以及本研究結果所提及的其他技巧，都有助於個管師在應對感染者的工作能更快上手，對雙方間專業關係的建立與經營也有幫助。對個管師在看待感染者的行為改變應著眼於感染者長時間的行為變化，並盡量以在行為過程中減少傷害的角度來與感染者討論行為改變。醫院個管師在提升感染者的服藥順從性時除了創造或形塑感染者的內、外部前因之外，亦應協助感染者增加對藥物組合知識的了解並鼓勵感染者將身體對藥物的反應表達出來。個管師與感染者在協商藥物組合時也建議理解感染者對藥物的想法與經驗（特別是感染者對藥物副作用的擔憂），共同討論並試著從感染者的角度理解服藥對帶病生涯的影響，才有機會慢慢往調和（concordance）邁進。

至於衛生局個管師，我建議讓他們長時間專職與一地區內的感染者聯繫，除了有利於讓衛生局個管師的會談技巧趨於成熟外，也有助於雙方間專業關係的發展與經營而不受到輪調而阻礙了關係的發展。針對接觸者追蹤管理，我則建議重新評估目前接觸者追蹤管理成效指標化的方式是否合宜，以及是否要將此工作交由受過專業訓練的人員負責。倘若要由受過專業訓練的人員負責，則需引進執行此工作相關的知識與能力，也要思考此人員要設置在何種場域。

第七章 參考文獻



- 王增勇（2003）照顧與控制之間—以“個案管理”在社工場域的論述實踐為例。臺灣社會研究 51：143-183。
- 成令方（2002）醫「用」關係的知識與權力。臺灣社會學 3：11-71。
- 行政院衛生福利部疾病管制署（2009）愛滋病防治工作手冊（第二版）。臺北市：行政院衛生福利部疾病管制署。
- （2014）愛人愛己 同舟共濟：愛滋病防治專書。臺北市：行政院衛生福利部疾病管制署。
- 吳易霖、葉莉莉、張嘉蘋、柯乃熒（2010）以個人知識發展過程探索個案管理師之角色衝突與成長。腫瘤護理雜誌 10：47-55。
- 吳家珍、林秋菊（2009）動機式會談於護理之應用。護理雜誌 56（2）：89-93。
- 吳嘉苓（2013）訪談法。瞿海源、畢恆達、劉長萱、楊國樞主編，社會及行為科學研究法（二）：質性訪談法，頁 33-60。臺北市：臺灣東華。
- 李宗派（2003）探討個案管理概念與實務過程。社區發展季刊 104：307-322。
- 李欣純（2010）愛滋病毒感染與梅毒感染之交互作用。愛之關懷 72：26-31。
- 李素芬（2011）愛滋病個案管理成效分析-以台中榮總為例。臺中：東海大學工業工程與經營資訊學系碩士論文。
- 李素芬、林育蕙、潘忠煜（2013）病人對愛滋病個案管理計畫之依循度與生物指標及性行為之相關性。臺灣醫學 17（1）：1-8。
- 邱文賢、吳怡君（2010）愛滋病個案管理師計畫之介紹並以台南市為例評估其成效。中南盟臨床專刊 3（2）：95-98。

- 
- 邱珠敏（2009）「愛滋病個案管理師計畫」對於 HIV 感染者性行為、服藥遵從性及健康狀況的影響。臺北：國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 邱珠敏、丁志音（2010）「愛滋個案管理師計畫」對於個案行為與健康狀況之影響。臺灣公共衛生雜誌 29（4）：299-310。
- 邱珠敏、黃彥芳、楊靖慧、陳穎慧、林頂（2010）他山之石—由美國愛滋病個案管理制度談台灣“愛滋病個案管理師計畫”。臺灣公共衛生雜誌 29（1）：1-7。
- 施鐘卿（2007）愛滋個案管理模式運用及品質管理。愛之關懷 60：11-17。
- 柯乃瑩（2009）愛滋病個案管理概論。見財團法人護理人員愛滋病防治基金會主編，愛滋病個案管理電子書，第一章。臺北市：財團法人護理人員愛滋病防治基金會。
- 柯乃瑩、李欣純、楊靖慧（2013）愛滋病毒感染者預防衛教諮詢與服藥遵從性。見衛生福利部疾病管制署編，愛滋病檢驗及治療指引（第四版），第十章。臺北市：衛生福利部疾病管制署。
- 紀秉宗（2009）愛滋病個案管理計畫效果研究。臺北：國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系在職進修碩士論文。
- 孫娜俐、鄭舒倅、羅雪梅、陳雁君、徐永年（2010）署立桃園醫院愛滋個管師之經驗分享。愛之關懷 73：44-49。
- 徐森杰（2007）社會服務資源的個案管理模式。愛之關懷 60：18-24。
- （2009）個案管理全面性評估與收案技巧。見財團法人護理人員愛滋病防治基金會主編，愛滋病個案管理電子書，第二章。臺北市：財團法人護理人員愛滋病防治基金會。
- （2012）為臺灣愛滋病個案管理制度把脈——談社會、醫療暨公衛個案管理模式之展望。社區發展季刊 137：241-249。



張淑卿（2012）護理技術與專業認同：歷史面向的分析。見盧孳豔主編，*護理與社會：跨界的對話與創新*，頁 3-26。新北市：群學。

張曉慧（2012）公衛個管社區愛滋防治的目的與任務。

http://www.tananurse.org.tw/attachments/20120314_114156.pdf 瀏覽日期：

2013/10/31。

梁修豪、林錫勳（2013）愛滋病毒感染者之 C 型肝炎流行病學與治療相關問題。

愛之關懷 83：28-36。

畢恆達（2010）教授為什麼沒告訴我—2010 全見版。新北市：小畢空間。

莊莘（2009）以個案為中心的危險評估與降低危險行為之策略。見財團法人護理

人員愛滋病防治基金會主編，*愛滋病個案管理電子書*，第六章。臺北市：財團法人護理人員愛滋病防治基金會。

郭嘉琪、金繼春、周汎濤（2012）由後現代主義的中心概念反思護病關係。*護理*

雜誌 59（1）：72-76。

陳嫻今、賴怡因、劉曉穎、白芸慧、柯文謙、柯乃熒（2014）進階護理師主導的

個案管理模式提升愛滋病照護品質之成效。*護理雜誌* 61（3）：69-78。

陳馨傑（2011）男同志 HIV 感染者的帶病生涯與自我照顧。臺北：國立陽明大

學衛生福利研究所碩士論文。

彭妮絲（2009）生命關懷視域中之語文教學研究—以隱性知識顯性化為基礎之探

究。*高雄師大學報：教育與社會科學類* 27：45-66。

游千代、馮明珠、柯乃熒（2013）個案管理之概念分析。*護理雜誌* 60（4）：99-104。

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」與新道德威權。*臺灣社會研究季刊* 94：107-146。

葉永文（2012）醫病關係：一種信任問題的考察。*台灣醫學人文學刊* 13（1&2）：



77-103。

葉美鈴（2011）應用網路通訊軟體於愛滋病個案管理之成效探討。臺北：臺北醫學大學醫學資訊研究所碩士論文。

劉佩伶、黃彥芳、賴安琪、陳昶勳（2013）探討各國愛滋接觸者追蹤執行策略之運用與效益。疫情報導 29（23）：353-360。

蔣欣欣（2008）情緒與護病關係。護理雜誌 55（1）：20-23。

鄭維瑄（2013）社會個案工作的專業關係。見曾華源主編，社會個案工作，頁108-141。臺北市：洪葉文化。

蕭秋彬（2006）設計簡易、安全又高效之愛滋病毒藥物配方。見洪健清、張上淳、國立台灣大學醫學院附設醫院愛滋病防治中心主編，愛滋病學（第二版），頁247-265。臺北市：健康文化。

韓佩軒、呂宗學（2004）由個案管理到疾病管理到健康管理：社區護理如何因應？。榮總護理 21（2）：145-152。

藍佩嘉（2008）跨國灰姑娘：當東南亞幫傭遇上台灣新富家庭。臺北市：行人。

Amado, A. N., McAnally, P. L., & Linz, M. H. (1989) History and effectiveness of case management in the United States. Pp. 1-20 in *Case management : historical, current, and future perspectives*, edited by Mary Hubbard Linz, Patricia L. McAnally, & Colleen Wieck. Cambridge: Brookline Books.

Ballew, J. R. & Mink G. 著、王玠等合譯（1998）個案管理。臺北市：心理。

Belcher, M., & Jones, L. K. (2009) Graduate nurses experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemporary Nurse* 31(2): 142-152.

Centers for Disease Control and Prevention (1997) *HIV prevention case management: literature review and current practice*. Atlanta, USA: Department of



Health and Human Services.

- Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., ... & Fleming, T. R. (2011) Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine* 365(6): 493-505.
- Dearing, K. S. (2004) Getting it, together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 18(5): 155-163.
- Gámez, G. G. (2009) The nurse-patient relationship as a caring relationship. *Nursing Science Quarterly* 22(2): 126-127.
- Gasiorowicz, M., Llanas, M. R., DiFranceisco, W., Benotsch, E. G., Brondino, M. J., Catz, S. L., ... & Vergeront, J. M. (2005) Reductions in transmission risk behaviors in HIV-Positive clients receiving prevention case management services: findings from a community demonstration project. *AIDS Education & Prevention* 17(Supplement A): 40-52.
- Gilks, C. F., Crowley, S., Ekpini, R., Gove, S., Perriens, J., Souteyrand, Y., ... & De Cock, K. (2006) The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *The Lancet* 368(9534): 505-510.
- Götz, H. M., van Doornum, G., Niesters, H. G., den Hollander, J. G., Thio, H. B., & de Zwart, O. (2005) A cluster of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men-results from contact tracing and public health implications. *AIDS* 19(9): 969-974.
- Granich, R., Crowley, S., Vitoria, M., Smyth, C., Kahn, J. G., Bennett, R., ... & Williams, B. (2010) Highly active antiretroviral treatment as prevention of HIV



- transmission: review of scientific evidence and update. *Current Opinion in HIV and AIDS* 5(4): 298.
- Halldorsdottir, S. (2008) The dynamics of the nurse–patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient’s perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(4): 643-652.
- Hammer, S. M. (2011) Antiretroviral treatment as prevention. *New England Journal of Medicine* 365(6): 561-562.
- Herbst, J. H., Kay, L. S., Passin, W. F., Lyles, C. M., Crepaz, N., & Marín, B. V. (2007) A systematic review and meta-analysis of behavioral interventions to reduce HIV risk behaviors of Hispanics in the United States and Puerto Rico. *AIDS and Behavior* 11(1): 25-47.
- Herbst, J. H., Sherba, R. T., Crepaz, N., DeLuca, J. B., Zohrabyan, L., Stall, R. D., ... & HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Team. (2005) A meta-analytic review of HIV behavioral interventions for reducing sexual risk behavior of men who have sex with men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 39(2): 228-241.
- Huang, Y. F. (黃彥芳), Nelson, K. E., Lin, Y. T., Yang, C. H. (楊靖慧), Chang, F. Y. (張峰義), & Lew-Ting, C. Y. (丁志音) (2013) Syphilis among men who have sex with men (MSM) in Taiwan: its association with HIV prevalence, awareness of HIV status, and use of antiretroviral therapy. *AIDS and behavior* 17(4): 1406-1414.
- Huber, D. L. (2002) The diversity of case management models. *Lippincott’s Case Management* 7(6): 212-220.
- Leach, Matthew J. (2005) Rapport: A key to treatment success. *Complementary*



Therapies in Clinical Practice 11(4): 262-265.

Lew- Ting, C. Y. (丁志音) , & Chen, L. H (陳怡欣) . (2008) The surrogate marker and its discontents: pluralism in immunity maintenance among HIV- infected persons in Taiwan. *Sociology of Health & Illness* 30(7): 1039-1054.

Morse, J. M. (1991) Negotiating commitment and involvement in the nurse- patient relationship. *Journal of Advanced Nursing* 16(4): 455-468.

Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2007) A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS?. *BMC Public Health* 7(1): 104.

Nettleton, S. (2013) *The Sociology of health and illness*, 3rd ed. Cambridge: Polity.

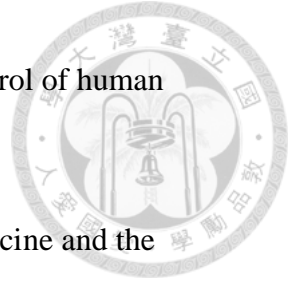
Noar, S. M. (2008) Behavioral interventions to reduce HIV-related sexual risk behavior: review and synthesis of meta-analytic evidence. *AIDS and Behavior* 12(3): 335-353.

Norfolk, T., Birdi, K., & Walsh, D. (2007) The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Medical Education* 41(7): 690-697.

Patton, M. Q. (2002) Designing qualitative studies. Pp. 209-257 in *Qualitative research and evaluation methods*, third edition. Edited by Michael Quinn Patton. London: Sage Publication.

Powell, S. K 著、李豫芸等譯 (2005) 個案管理。臺北市：五南。

Rier, D. A., & Indyk, D. (2006) Flexible rigidity: supporting HIV treatment adherence in a rapidly-changing treatment environment. *Social Work in Health Care* 42(3-4): 133-150.



Rutherford, G. W., & Woo, J. M. (1988) Contact tracing and the control of human immunodeficiency virus infection. *JAMA* 259(24): 3609-3610.

Stevenson, F., & Scambler, G. (2005) The relationship between medicine and the public: the challenge of concordance. *Health* 9(1): 5-21.

Strauss, A., & Corbin, J. M. 著、徐宗國譯（1997）質性研究概論。臺北市：巨流。

Wilson, D. P. (2012) HIV treatment as prevention: natural experiments highlight limits of antiretroviral treatment as HIV prevention. *PLoS Medicine* 9(7): e1001231.

Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Mikhail, I., Lang, D. L., McCree, D. H., Davies, S. L., ... & Saag, M. (2004) A randomized controlled trial to reduce HIV transmission risk behaviors and sexually transmitted diseases among women living with HIV: The WILLOW Program. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 37: S58-S67.

附錄一 研究參與者招募文宣（感染者）

您好：

這是一個想要了解愛滋病個案管理計畫師如何協助個案就醫、連結資源，甚至是改變其風險行為；以及個案管理計畫師和個案間的關係會如何影響到個案的健康狀況與行為的研究。

本研究欲訪談的個案須為已經確診感染愛滋病毒，且參與愛滋病個案管理計畫至少一年（含以上）的感染者，年紀須滿二十歲。

研究方法為一對一的深度訪談。在訪談的過程中，您若有任何不願意回答的問題，都可以表明拒絕回答。或是你在訪談結束後，不願意讓訪談資料供研究者分析、使用，都可以來電（或信）表明退出此研究，與您的訪談資料不會納入研究分析，訪談內容也將全數銷毀。每次訪談時間約 2-3 小時不等（須視研究者與您互動過程而定）。

您的參與會對本研究有重大的幫助，亦有可能有助於未來對愛滋病個案管理計劃政策的改善。您參與研究的過程不會帶來任何危險，所有的資料皆匿名處理，不會讓您的身份洩露。訪談的資料僅供論文分析使用，論文結束後會將所有資料銷毀與刪除。

若您有意願參與本研究，歡迎您與臺灣大學健康政策與管理研究所碩士生潘柏翰先生聯絡。電話為 0933752208，或是電子郵件 r01848003@ntu.edu.tw（信件標題註明：愛滋病個案管理計畫訪談參與）。

在此致上最誠摯的謝意，敬祝您

身體健康 萬事如意

國立臺灣大學健康政策與管理研究所碩士生 潘柏翰

指導教授 丁志音

附錄二 研究參與者招募文宣（個管師）

您好：

這是一個想要了解愛滋病個案管理計畫師如何協助個案就醫、連結資源，甚至是改變其風險行為；以及個案管理計畫師和個案間的關係會如何影響到個案的健康狀況與行為的研究。

本研究欲訪談的愛滋個管師不限定場域（醫療院所和地段公衛皆可），條件為須任職個管師一職滿一年（含以上）的時間。

研究方法為一對一的深度訪談。在訪談的過程中，您若有任何不願意回答的問題，都可以表明拒絕回答。或是您在訪談結束後，不願意讓訪談資料供研究者分析、使用，都可以來電（或信）表明退出此研究，與您的訪談資料不會納入研究分析，訪談內容也將全數銷毀。每次訪談時間約 2-3 小時不等（須視研究者與您互動過程而定）。

您的參與會對本研究有重大的幫助，亦有可能有助於未來對愛滋病個案管理計劃政策的改善。您參與研究的過程不會帶來任何危險，所有的資料皆匿名處理，不會讓您的身份洩露。訪談的資料僅供論文分析使用，論文結束後會將所有資料銷毀與刪除。

若您有意願參與本研究，歡迎您與臺灣大學健康政策與管理研究所碩士生潘柏翰先生聯絡。電話為 0933752208，或是電子郵件 r01848003@ntu.edu.tw（信件標題註明：愛滋病個案管理計畫訪談參與）。

在此致上最誠摯的謝意，敬祝您

身體健康 萬事如意

國立臺灣大學健康政策與管理研究所碩士生 潘柏翰


指導教授 丁志音

附錄三 研究訪談大綱（感染者）

部分	重點	問題
自我介紹	取得受訪者信任	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介紹身份、詳細說明與解釋研究題目與目的、過程與研究參與者的權利，取得其口頭同意參與研究。 2. 詢問是否願意錄音，不願意則使用手寫記錄訪談摘要。
第一部分：個人資料	了解受訪者個人資料與背景	<ol style="list-style-type: none"> 1. 性別：<input type="checkbox"/>男性 <input type="checkbox"/>女性 2. 性傾向：<input type="checkbox"/>異性戀<input type="checkbox"/>男同性戀<input type="checkbox"/>女同性戀<input type="checkbox"/>雙性戀<input type="checkbox"/>跨性別者 3. 年齡：<input type="checkbox"/>21-30 歲<input type="checkbox"/>31-40 歲<input type="checkbox"/>41-50 歲<input type="checkbox"/>51-60 歲<input type="checkbox"/>61-70 歲 4. 感染愛滋病毒時間 5. 服藥與否：<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否 6. 參與計畫時間
第二部分：個案管理計畫	了解受訪者在個案管理計畫的處境為何	<ol style="list-style-type: none"> 1. 你在什麼情況之下，參與了計畫？ 2. 加入計畫之後，獲得的服務或資源有哪些？ 3. 加入計畫之後，對你的就醫（診）情形產生了什麼改變？
第三部分：和個管師的關係	理解受訪者如何理解、看待和個管師間的關係	<ol style="list-style-type: none"> 1. 你和個管師之間的關係如何？你會怎麼形容你和他之間的互動？ 2. 你和個管師之間的關係、互動有什麼變化嗎（例如：隨著感染狀態、認識時間長短等）？ 3. 在你到醫院就醫（診），個管師會扮演什麼角色？提供什麼幫助？ 4. 個管師在你的感染生涯中，對你的影響是什麼？ 5. 你期待個管師和你維持怎樣的關係？

附錄四 研究訪談大綱（個管師）

部分	重點	問題
自我介紹	取得受訪者信任	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介紹身份、詳細說明與解釋研究題目與目的、過程與研究參與者的權利。 2. 詢問是否願意錄音，不願意則使用手寫記錄訪談摘要。 3. 簽署訪談同意書。
第一部分：個人資料	了解受訪者個人資料與背景	<ol style="list-style-type: none"> 1. 性別：<input type="checkbox"/>男性 <input type="checkbox"/>女性 2. 年齡：<input type="checkbox"/>21-30 歲<input type="checkbox"/>31-40 歲<input type="checkbox"/>41-50 歲<input type="checkbox"/>51-60 歲<input type="checkbox"/>61-70 歲 3. 大學所學背景 4. 擔任個管師前的職業
第二部分：個案管理計畫	了解個案管理計畫在受訪者所在的醫院執行的基本情形	<ol style="list-style-type: none"> 1. 你所工作的醫院申請這計畫的時間從什麼時候開始？有多久了？ 2. 醫院內和你一樣擔任此職位的同事有幾位？你們每個人負責多少名個案？ 3. 在擔任個管師之前，有沒有受過相關訓練？ 4. 你擔任愛滋病個管師的時間有多久？
第三部分：個案管理計畫工作內容	了解個管師執行計畫內容的詳細情形	<ol style="list-style-type: none"> 1. 如何協助個案獲得他所需的資源？曾遇到什麼樣的困難嗎？ 2. 對個案的衛教諮詢如何進行？面對不同背景（身份）的感染者，會有不同的衛生教育策略嗎？ 3. 和醫護人員間的醫療分工又如何進行？ 4. 如何輔導感染者願意規律就醫（或回診）／規律服藥／提高其安全性行為？有什麼樣的策略或技巧嗎？ 5. 如何執行接觸者追蹤？在探問個案曾經接觸過的人時，如何在這是工作內容該詢問和個案隱私間取捨？
第三部分：和個案的關係	了解個管師如何看待和個案間的關係	<ol style="list-style-type: none"> 1. 你認為你和個案間的關係如何？和哪些個案的關係讓你最印象深刻？為什麼



	係，以及關係是否有變化	麼？ 2. 你和個案間的關係，會受到什麼因素影響？ 3. 和個案相處的過程，你們之間的關係有發生什麼變化嗎？（若有，你覺得是什麼因素促成了這樣的改變？） 4. 關係的變化表現在哪些方面？對你在和個案工作上有幫助嗎？
--	-------------	--