

傳染病照護的選擇性歧視—醫師及牙醫師的愛滋病專業倫理觀與照護意願

丁志音^{1,*} 涂醒哲²

CHIH-YIN LEW-TING, SHIING-JER TWU

¹ 國立台灣大學公共衛生學系，台北市仁愛路一段一號15樓1513室
Department of Public Health, National Taiwan University, No. 1, Sec. 1, Jen-Ai Rd., Taipei, Taiwan, R.O.C.

² 國立台灣大學預防醫學研究所
Institute of Preventive Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

*通訊作者Correspondence author. E-mail: chihyin@ha.mc.ntu.edu.tw

目標：在新興傳染病不斷侵襲的時代，本研究試圖以愛滋病的醫療照護為例，瞭解醫療專業在遭逢危機及挑戰時，其專業成員的反應方式，特別是檢視專業倫理的價值觀及照護愛滋病患及感染者(people with AIDS, PWAs)的意願。**方法：**研究資料來自於1995及1996年分別針對全國的醫師及牙醫師所做的郵寄問卷調查。在剔除曾有照護PWAs經驗之220名醫師及94名牙醫師以後，本研究的樣本共包括了1482名醫師及1685名牙醫師等從未照護PWAs之專業成員。針對每一個專業群體，以雙變項分析及多變項邏輯斯迴歸分析，來檢視照護焦慮及專業特質對照護倫理觀與照護意願的影響。**結果：**兩群專業人員對愛滋病所具有之專業知識不足，對此病表達出極其負向的反應，且對照護倫理與意願欠缺利他傾向，顯現出違反專業倫理的選擇性歧視。只有25.2%的醫師及18.1%的牙醫師自述願意照護所有的PWAs，不願照護任何PWAs則分別為9.7%及53.0%；介於兩者間的則為「只願意照護不知情感染者」(27.7% vs. 14.5%)，而有37.5%的醫師及11.6%的牙醫師則能更進一步地接受某些類別的高風險PWAs群體(37.5% vs. 11.6%)，其中最無法忍受的則為靜脈注射毒癮者。如此的負向反應主要源於對感染AIDS之恐懼及對PWAs的情感性的心理不舒服感。而專業歸屬感、專業知識及執業型態等測量專業性的變項扮演次要的角色。**結論：**面臨新興不確定性高的新型傳染病，醫療專業人員的憂懼有時會凌駕科學理性與專業價值，而顯現出悖離社會期許的反應。在傳染病侵襲日漸嚴重的時代，醫師養成教育必須強調醫療執業場所中潛伏的執業風險及預防方法，並應重申醫者專業角色的重要性。(台灣衛誌2004；23(1)：45-58)

關鍵詞：愛滋病、專業倫理、照護意願、選擇性歧視

Selective discrimination in the health care of infectious diseases - professional ethics and willingness to treat AIDS patients among physicians and dentists

Objectives: In the era of continuous attack from newly emerging infectious diseases, this paper, by taking AIDS as an example, aims to explore the medical professionals' responses to the challenges of an epidemic. Particularly emphasized are individuals' ethical values and willingness to treat people with HIV and AIDS (PWAs) among physicians and dentists. **Methods:** Structured questionnaires were mailed to practicing physicians and dentists in 1995 and 1996, respectively. The final physician sample consisted of 1482 and dentist sample 1685 respondents after excluding 220 physicians and 94 dentists who reported having experience in treating PWAs. For each professional group, bivariate analysis and logistic regression were used to explore the effects of perceived care-related worry and anxiety and professional attributes on ethical values and willingness to treat. **Results:** A lack of AIDS clinical knowledge was commonly found among both groups of medical professionals. They showed very negative, un-altruistic reactions to AIDS and PWAs, such as rejecting the value for ethical responsibility and being reluctant to treat PWAs. An obvious tendency of selective discrimination was observed. Only 25.2% physicians and 18.1% dentists were willing to treat all PWAs. The percentages of those unwilling to treat any PWAs were 9.7% and 53.0%, respectively. In between were those who were only willing to treat the uninformed (27.7% vs. 14.5%), and who were still willing to treat some of the high risk individuals (37.5% vs. 11.6%). Among the high risk groups, the most unaccepted category was IV drug users. The extremely negative reactions mainly came from the fear of infection and psychological discomfort towards PWAs. Sense of professional belongingness, AIDS knowledge and type of practice, all characterizing professional attributes, played relatively less significant roles. **Conclusion:** In the face of uncertainty inherent in the emergence of new infectious diseases, the medical professionals' worry and anxiety might go beyond scientific reasoning and professional values, and their responses may be against the expectations of the society. With the increasing threat posed by infectious diseases, medical education should urgently pay greater attention to the prevention of occupational risks which are inherent in clinical settings. Likewise, the critical roles physicians are expected to play during the time of epidemic are to be emphasized. (Taiwan J Public Health. 2004;23(1):45-58)

Key words: AIDS, professional ethics; willingness to treat, selective discrimination

前言

在新興(newly emerging)與再浮現(re-emerging)傳染病紛至沓來的時代，醫療照護體系對傳染病的醫療照護力(medical care capacity)的評估[1]、如何加強這樣的能力[2]、以及如何在不确定之中提供照護[3]等議題，已密切受到關注。其中，尤其以在近期內流行期持續最久且已重創全球的愛滋病(acquired immunodeficiency syndrome，以下簡稱AIDS)[4]所引發的矚目與投入最巨。本文藉著這樣一個獨特的世紀瘟疫，來探討醫療照護體系中最具專業地位的醫師，在遭逢醫療挑戰與危機時，所可能顯現出的反應。本研究重點在於了解醫師的專業特質如何與AIDS互動而形成特別的專業倫理價值觀，以及對照護愛滋病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染者或AIDS病患(people with HIV and AIDS，以下簡稱PWAs)所呈現的個別意願。本文所使用的資料雖來自1995及1996年的兩個調查，時間稍嫌久遠，但就傳染病照護所可能關連的專業主義與社會心理反應而言，其所蘊含的理論本質依舊，仍可為借鏡。

醫療危機與專業責任

AIDS的流行提供了一個觀察醫師專業如何自處與自決的時機[5]。如何在一個既是基本的人性與道德也是專業倫理的衝突中 - 即利己(self-interest)與利他間，取得一個平衡[6]，成為AIDS流行以來極度被關切的議題。在學術界及醫界激烈的爭辯及討論中，一些在歷史上曾於鼠疫、黃熱病、霍亂等大流行時挺身而出，且通常是於孤立無助下恪守崗位的疫病大夫(plague doctors)和他們的事蹟，往往成為論斷當代AIDS紀元中專業準則的依據之一[7-9]。

至於專業團體所宣示的態度與立場，當然是以專業主義中所強調的利他及服務為依歸。以美國而言，美國醫學會(American Medical Association，以下簡稱AMA)自1980

投稿日期：92年3月20日

接受日期：92年10月3日

年代以來，便針對AIDS之盛行一再重申醫師的責任(responsibility)、義務(obligation)、職務(duty)、以及專業倫理(professional ethics)等，對其會員強調身為醫療專業成員所該扮演的角色[10-14]。不過絕大多數鑽研於醫學倫理的醫界及學術界人士卻認為，連法律及專業倫理規章都僅能暫時的、表面的約束醫師，若從根本論起，醫師在面臨像AIDS這樣的危機之時，其專業責任及義務似乎仍應由良心(conscience)[6]、美德(virtue)[9]及社會契約(social contract)[8]等方面來加以闡釋及剖析。

然而，「醫師對於具有感染症狀之病患的義務是一個複雜的倫理及哲學意涵問題。…雖然是如此複雜，我們的社會可沒這等閒功夫用學究般的步調去思索這些理論。」[9]，若未考量專業中各個成員的實際反應，史學的、倫理的分析及評論，以及醫師專業團體重申或修訂其倫理規章皆成空談。也因此，在1980年代時，為了要掌握醫師對AIDS的反應，興起了一股「應急式」的調查研究，以作為評估照護人力與提升照護品質的參考。這些初階段的研究多為機構式或地域性的零星調查，在理論架構及方法論上皆欠缺嚴謹度[15]。較大範圍或全國性的相關研究，則至1980年代後期才開始陸續出現[16-18]。

將近二十年來類似調查的匯集，多少也可視為一種史料。隨著一個現代瘟疫流行時期的延長，這些逐年累積的研究成果，足以讓我們觀察一個醫療專業及其成員反應的變化。以美國而言，是由極端的恐懼、抗拒到逐漸適應、接受；而對特定高風險群的歧視與排斥，其對象則由早先的男同性戀者到後來的靜脈注射毒癮者[19]。

在這些醫師及牙醫師的調查中，最主要的依變項多數為照護意願(willingness to care)，其測量方式多為詢問醫師是否願意照護PWAs，或願意照護的程度為何。而這些研究所涵蓋用以解釋照護意願的因素，除了與傳染相關的社會及心理學變項之外，還包括對高風險群的主觀感受(例如對同性戀、靜脈注射毒癮者的看法)。如果照護意願可反映醫療照護體系內的歧視及烙印現象，則上述

的研究範疇顯然與一些社會心理學者檢視民眾對PWAs之烙印所發展出的各類雙因子理論(Two Factor Theory)[20]相當契合。這些理論指出，對PWAs之歧視及排斥來自於工具性(instrumental)及象徵性(symbolic)兩類因素。前者是指對HIV傳染之恐懼，源自對現有知識的評估；而後者則是一種情緒與情感(affective)反應，主要來自於連結(association)作用，也就是將PWAs或AIDS與一些具負面形象的人、事、物關連在一起(例如一看到PWAs便想到同性戀、性氾濫)。

另一個強化其焦慮恐懼的因素，則是在一些先進國家，醫療科技不斷征服一些傳統傳染疾病的肆虐，已使得新一代的醫師逐漸降低了對各類醫療職業風險的知識、處理技能與警覺心，無法在心理上與行為上及時因應此危機。AIDS的到來又喚起了新一代醫師這方面的意識[21]。

在台灣，對醫療人員的愛滋病照護意願及行為研究，幾乎完全集中在護理人員[22-27]，只有極少數針對醫師[28-29]或牙醫師[30]的研究。而在這些以及上述國外的研究中，缺乏以專業特質為重點的觀察，此處所謂的專業特質，除了指專業訓練(如專科別、臨床教育等)及執業經驗之外，更強調個別專業人員對所屬專業的價值觀與認同程度。其基本的假設是，當專業成員的專業歸屬感及利他價值愈強時，則愈能將內化的認知反映在照護意願上。從這樣的假設出發，本研究將個別瞭解醫師及牙醫師兩類醫療專業人員的倫理價值觀與照護意願。

材料與方法

研究對象、抽樣與資料收集

本研究資料分別來自一項醫師與牙醫師有關AIDS照護的全國性調查。以下就兩項調查的過程分項描述之：

醫師

研究對象為全台灣正在執業的西醫師，抽樣名單為1994年「中華民國醫師公會全國聯合會會員名冊」。在剔除民國14年以前出生即70歲以上的醫師之後，以系統抽樣對母群體

($n=20258$)進行抽樣，一共抽取出7010位。問卷自設計完成後，於1995年1月6日起開始以郵寄方式寄發，經一次追蹤後，去除填答不完全者，最後得到有效問卷1702份，佔原樣本之24.3%。為了瞭解本研究樣本之特質是否有別於母群體，特別以四項特質：性別、年齡、執業型態、及執業地點進行適合度(goodness of fit)檢定。與1994年70歲以下之全省執業醫師[31]比較，除性別分佈無差異之外($\chi^2=0.0$)，本樣本年齡稍長($\chi^2=61.4$)，服務於診所($\chi^2=60.9$)及執業於非院轄市($\chi^2=29.5$)者比例偏高(見表一)。

牙醫師

研究對象為全台灣正執業的牙醫師。以1995年「中華民國牙醫師公會全國聯合會」的會員名錄為主，除去民國15年以前出生之年滿70歲以上的牙醫師之後，全數共7289位即為母群體。問卷自設計完成後於1996年1月初寄發，經一次催收後，至2月底共取得1779份有效問卷，回收率為24.4%。樣本與1995年70歲以下之全省執業牙醫師比較[31]，性別分佈亦無差異($\chi^2=0.0$)，年齡較輕($\chi^2=29.6$)、執業型態相若($\chi^2=0.7$)、而執業於院轄市者偏低($\chi^2=18.5$) (見表一)。

本研究樣本

就方法學而言，本研究兩項調查的回收率皆嫌偏低；然而與其他醫師調查回收率比較[32-34]，本研究的回收率則差強人意。必須說明的是，由於本研究特別想明瞭醫師在面臨以往從未曾遭逢之重大傳染病患時的反應，因此將原樣本中自述有照護或診療PWAs之經驗的220名醫師(12.9%)及94名牙醫師(5.3%)剔除，使得最後納入本研究分析的1482名醫師及1685名牙醫師，純粹是一群毫無診療PWAs經驗的醫療專業人員。這群醫師是否有照護PWAs的意願？是受哪些因素影響？是本研究將回答的問題。

研究工具與變項

兩次調查使用之工具皆為結構式的自填式問卷。問卷的設計除參考國內外相關文獻之外，並就有關的議題，和22位醫師與6位牙

表一 以適合度(goodness of fit)檢定醫師、牙醫師樣本與母群體間之差異

	醫 師			牙醫師		
	母群體 ^c %	樣本 %	χ^2	母群體 ^d %	樣本 %	χ^2
性別						
男	92.7	92.7	0.0	83.8	83.8	0.0
女	7.3	7.3		16.2	16.2	
年齡 ^a						
<35	29.9	22.1		32.2	36.3	
35-44	36.3	39.6	61.4***	42.6	43.6	29.6***
45-54	16.4	21.4		17.7	14.9	
55-70	17.3	16.9		7.5	5.2	
執業型態 ^b						
醫療院所	67.2	58.3	60.9***	18.9	19.5	0.7
私人診所	32.8	41.7		81.8	80.5	
執業行政區						
院轄市	38.4	34.3		39.8	33.1	
省轄市	18.1	21.8		18.4	20.0	
縣轄市	19.7	17.3	29.5***	20.4	24.1	18.5**
鎮	11.2	12.0		9.5	11.8	
鄉	12.6	14.1		11.5	11.0	

** $P < 0.01$ *** $P < 0.0001$

a b樣本漏失值未納入計算

c 根據醫事人員資訊系統醫師人力檔資料1994年的資料計算(n=19709)

d 根據醫事人員資訊系統醫師人力檔資料1995年的資料計算(n=7092)

醫師進行訪談和預測，而發展出本研究之問卷。由於先進行的是醫師部分的調查，因此對問卷的設計花費較多的時間與心力。在此期間，與22位醫師的訪談內容相當具參考價值。此22位醫師皆服務於一所醫學中心的主治醫師，年齡介於34~48歲，專業背景內外科系兼有之，其中女性僅3人，而真正診療過PWAs者僅6人。雖然真正有診療經驗者不多(其實以當時的年代而言，此比例已不算低了，不過這可能也是出於立意選樣的結果)，這些受訪醫師提供的看法在範疇及深度上極具參考價值，由於分析此質性資料非本文目的，在此不加贅述。問卷初版完成後，這些醫師又成為測試的對象，對問題的明晰度及問法、詞句的流暢、答項的內容及流程等提供建議，對問卷測量效度的保證與提升貢獻

良多。

這份問卷之後成為牙醫師調查問卷的藍本，將其就教於6位牙醫師(3位來自醫學中心、3位為診所牙醫師；有照護PWAs經驗者2人；女性2人)，請其針對原有問題的適切性加以評估修改(例如執業經驗)，才對牙醫師全面施測。

本研究除了性別、年齡等社會人口變項之外，還包括以下變項：

專業特質

包括兩個變項：(1)專業別(醫師=1，牙醫師=2)，以及(2)執業型態(1=診所醫師，2=醫院醫師)。

專業性

包括兩個與醫療專業有關的變項：(1)專業歸屬感：即個人對所屬專業的認同依附程

度，原來之操作型測量為：如果能重新選擇，你會選擇醫師(牙醫師)這一行嗎(1=絕對會，2=可能會，3=絕對不會)？隨者負向回應的增強，專業歸屬感愈弱，以及(2)AIDS照護的倫理觀：原題為「從醫療倫理的觀點而言，醫師對任何病患應一視同仁，而法律也已規定醫師不准拒絕AIDS病患，但是面臨像AIDS這樣的疾病，您自己覺得醫師是否有權利拒絕AIDS病患或感染者？」(1=有權利拒絕，2=無權利拒絕)。該題中特別以專業倫理價值及法律規範作為前提，因此可謂一個相當保守的測量。換言之，唯有對此持強烈態度者才可能堅持此一權利。

AIDS知識

由於研究對象的特殊，因此特別以四個與臨床照護有關的知識問題進行測量，之所以用這四題進行測量，也是出自多數接受訪談之醫師的建議。此四個問題為：(1)一般人感染愛滋病毒後的空窗期有多長？(2)那些症狀為愛滋病之典型臨床表徵？(3)感染愛滋病毒後三年內最常見之症狀為何？及(4)那一種檢查最能指出免疫系統被破壞的程度？

照護AIDS病患的憂懼

包括身體安全、心理情緒、及社會互動三個層面：(1)怕被感染(1=是，0=否)，(2)無法克服心理不舒服的感覺，以及(3)擔心親友同事無法接受。

照護PWAs的意願

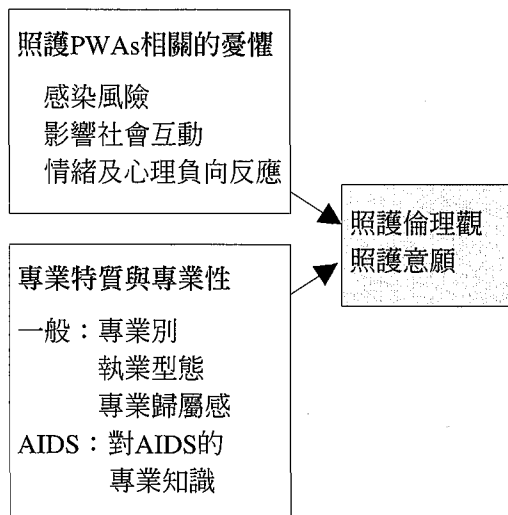
不同於相關的文獻中直接以是否或程度(Likert量度)來測量照護意願，本研究對照護意願是以下列方式測量：如果可以選擇，以下那些愛滋病患或感染者是您不太願意去照護的？選項包括同性戀者、靜脈注射毒癮者、嫖妓者、不知情感染者(血友病患、配偶感染、垂直感染等，我們在本文中以此名詞統稱之)，若受訪者未勾選以上任何類別，則可勾選銜接以上選項的另一個選項：願意照護所有的愛滋病患或感染者。根據上述的測量，可將照護意願分為四類：不願意照護任何PWAs、只願意照護不知情感染者、除不知情感染者外亦願意照護一些高風險群的PWAs、以及願意照護所有的PWAs，是由最

排斥、最不利他，依序而至全然接受、最利他，就性質而言，是屬於序位變項。

概念架構

本研究的主要依變項為照護PWAs之專業倫理觀及照護意願，其與兩大類自變項間的關係將以下列的概念架構表示之。

資料分析



首先描述研究樣本的基本特質，而後呈現兩個專業之成員的照護意願與歧視的型態。接著以 χ^2 分別對醫師及牙醫師之各變項與專業倫理觀及與照護意願間進行雙變項分析，最後則以專業別為分層變項對醫師及牙醫師進行logistic regression (binominal and polytomous) 分析，以分別了解各變項對專業倫理觀及對照護意願之影響。

結 果

研究樣本的基本特質

表二列出整體樣本的基本特質、專業特質、及對AIDS的相關認知與行為意向反應。研究樣本中以男性佔絕大多數，兩種專業皆然。牙醫師較醫師年輕約5歲。執業型態方面，醫師則以在醫院執業者較多(52.7%)，而牙醫師以自行開業者居多(81.1%)。

表二 醫師與牙醫師樣本的特質

	醫師 (n=1482)		牙醫師 (n=1685)	
	n	(%)	n	(%)
性別				
男性	1382	(93.3)	1422	(84.4)
女性	100	(6.7)	263	(15.6)
年齡				
<35	285	(19.2)	589	(35.0)
35-49	790	(53.3)	939	(55.7)
50-70	394	(26.6)	146	(8.7)
拒答	13	(0.9)	11	(0.7)
平均值 (SD)	43.5	(10.9)	38.3	(7.7)
執業型態				
開業醫	674	(45.5)	1367	(81.1)
醫院醫師	781	(52.7)	311	(18.5)
其他/拒答	27	(1.8)	7	(0.4)
專業歸屬感				
高	322	(21.7)	128	(7.6)
中	820	(55.3)	1010	(59.9)
低	309	(20.9)	528	(31.3)
拒答	31	(2.1)	19	(1.1)
AIDS知識				
高	308	(20.8)	114	(6.8)
中	504	(34.0)	491	(29.1)
低	670	(45.2)	1080	(64.1)
平均值(標準差)	1.7	(1.1)	1.2	(0.9)
照護PWAs的憂懼				
擔心被感染				
是	1196	(80.7)	1341	(79.6)
否	279	(18.8)	272	(16.1)
不詳	7	(0.5)	72	(4.3)
擔心親友同事排斥				
是	287	(19.4)	451	(36.8)
否	1188	(80.2)	1163	(69.0)
不詳	7	(0.5)	72	(4.3)
無法克服不舒服感				
是	348	(23.5)	521	(30.9)
否	1127	(76.1)	1092	(64.8)
不詳	7	(0.5)	72	(4.3)
有權利拒絕照護PWAs				
是	590	(39.8)	1066	(63.3)
否	857	(57.8)	592	(35.1)
不詳	35	(2.4)	27	(1.6)
照護意願				
不願照護任何PWA	143	(9.7)	893	(53.0)
只願照護不知情PWA	410	(27.7)	244	(14.5)
願照護高風險PWA	556	(37.5)	196	(11.6)
願照護所有PWA	373	(25.2)	305	(18.1)
不詳	0	(0.0)	47	(2.8)

對AIDS的反應

首先，本研究樣本對AIDS基本臨床知識的了解未盡理想。進一步依答對題數區分為低(答對0-1題者)、中(答對2題者)、高(答對3題及以上者)三組。醫師的知識得分高於牙醫師。在對於照護PWAs所可能有的三類憂懼當中，以擔心被傳染為最普遍，兩種專業人員中皆有八成有此顧慮。而擔心親友家人無法接受，及無法克服心裡的不舒服反應的比率則低了許多。

至於對照護PWAs的倫理觀，即使有專業倫理規範及法律的約束，仍有四成的醫師及超過六成的牙醫師，持著較為自利的倫理觀，認為自己所屬專業的成員有權利拒絕照護PWAs。最後，樣本對照護PWAs的意願偏低，特別讓人深覺不解的是，當各有57.8%的醫師及35.1%的牙醫師認為專業成員無權利拒絕照護PWAs時，卻只有25.2%的醫師以及18.1%的牙醫師自述願意照護所有的PWAs，而有不到一成(9.7%)的醫師及超過一半(53.0%)的牙醫師，坦言不願照護任何PWAs。介於上述兩個極端之間的是所謂選擇性的照護，其中27.7%的醫師及14.5%的牙醫師只願意照護不知情感染者，而有37.5%的醫師及11.6%的牙醫師則能更進一步地接受某些類別的高風險PWAs群體。

進一步的分析顯示(此資料未列於表中)，在752名聲稱願意照護某些類高風險群的樣本中，70.1%表示不能接受靜脈注射毒癮者，其次約有一半(49.1%)無法接受嫖妓者，而相對之下，男同性戀者只被約三成(32.3%)的醫師所排斥。必須附帶說明的是，有一些醫師可能排斥兩種類別，因此上述三項比率總和大於100%。

各因素與倫理觀及照護意願間的關係

表三分別就照護PWAs的倫理觀及照護意願，針對醫師及牙醫師列出個人特質、專業特質及AIDS相關變項與倫理觀和照護意願之間的關係。整體而言，醫師的性別及牙醫師的年齡與兩個依變項的關係較弱。而AIDS臨床知識與兩個專業的照護意願間皆有顯著

關係，但與倫理觀的關係則較弱。

首先，就照護的倫理觀來說，無論是醫師或牙醫師，AIDS知識與專業倫理觀之間的關係最弱。而在專業特質方面，醫院的醫師與診所的牙醫師具有較利己的倫理觀，在兩個專業間存著不一致的型態；相對的，專業歸屬感的作用極強且在兩個專業的表現相當一致，隨著專業歸屬感的增強，利他的倫理觀亦愈強。至於照護的憂懼，則會增強利己的倫理觀，在兩種專業皆是如此。

而在照護意願方面，兩種專業的醫院醫師皆比診所醫師更能接受所有的PWAs；而隨著專業歸屬感的增強，照護意願亦愈強愈無歧視。前述對倫理觀作用不強的AIDS臨床知識，則對照護意願產生影響，知識的掌握程度愈佳，則照護的意願愈強。最後是照護的憂懼，不論是哪一方面的憂懼，存有該項憂懼的，其願意照護高風險PWAs或所有PWAs的比例皆相對降低。

對AIDS的反應相對於專業特質的作用

最後，我們將對兩專業群體分別進行倫理觀與照護意願的多變項logistic regression分析。由於照護意願為具有序位性質的類別變項，因此以累積勝算比模式(cumulative odds model)之多類別複迴歸(polytomous multiple logistic regression)來檢視[35]。

表四顯示複迴歸分析的結果，表中四個模式皆達統計顯著水準。首先，整體來說，對照護的憂懼，特別是害怕被傳染及心理上的不舒服感的影響最大，二者對倫理觀及照護意願皆產生重要作用。而在與專業相關的因素中，執業型態(執業於醫院或診所)的影響最為顯著，雖然其對醫師倫理觀的影響極微。至於愛滋病臨床知識的影響則是相當微弱。

其次，將兩個專業群體的分析結果比較後可發現，專業認同度在醫師中產生的影響較為顯著。換言之，在醫師當中，對專業愈有歸屬感的人，則愈不認為醫師有權利拒絕PWAs且愈有照護PWAs的意願。但是這樣的關係較不存在於牙醫師當中。不過，在牙醫師當中，性別對倫理觀及照護意願皆為重要

表三 醫師及牙醫師的各類特質！與專業倫理觀及照護意願間的關係

	拒絕PWA之權利 ^a		照護意願 ^b							
	醫師 牙醫師		醫師 ^c				牙醫師 ^c			
	是 %	是 %	皆否 %	不知情 %	高風險 %	皆願 %	皆否 %	不知情 %	高風險 %	皆願 %
性別										
男性	39.4 ^{ns}	61.7	10.0	27.7	37.0	25.3 ^{ns}	52.4	14.4	10.9	19.3
女性	45.0	71.5	5.0	27.0	45.0	23.0	56.3	14.8	15.6	11.4
年齡										
35以下	46.0	61.1 ^{ns}	8.4	21.8	39.3	30.5	50.3	14.8	13.9	19.0 ^{ns}
35-49	43.3	65.0	10.9	29.2	34.6	25.3	55.1	14.5	10.2	17.0
50以上	27.7	61.0	8.1	28.9	41.6	21.3	50.7	14.4	10.3	21.2
執業型態										
診所	36.8	66.0	10.1	32.6	38.6	18.7	56.5	14.1	11.3	15.2
醫療院所	42.5	51.8	9.2	23.7	36.2	30.9	38.3	16.4	12.9	30.2
專業歸屬感										
高	34.2	54.7	8.4	27.6	30.8	33.2	46.9	10.2	10.2	30.5
中	39.0	61.8	9.3	27.2	40.5	23.1	49.8	15.5	12.7	19.3
低	47.6	68.0	2.3	29.1	36.9	21.7	60.2	13.8	10.2	12.9
AIDS 知識										
低	39.9 ^{ns}	65.3 ^{ns}	10.3	30.0	39.1	20.6	55.6	13.9	10.7	16.6
中	38.7	59.9	7.7	26.2	36.7	29.4	49.7	15.9	12.4	20.2
高	41.6	58.8	11.4	25.0	35.4	28.3	43.0	14.0	16.7	23.7
擔心被感染										
否	22.9	55.2	2.5	12.5	45.2	39.8	43.4	15.8	13.2	23.5
是	43.1	66.3	11.4	31.4	35.6	21.7	57.1	14.5	11.6	15.0
旁人無法接受										
否	38.6	61.5	8.5	26.1	39.7	25.8	53.2	14.1	12.6	17.8
是	45.0	71.8	14.6	34.8	28.2	22.3	59.0	16.2	10.0	12.9
心裡不舒服感										
否	36.5	59.5	7.9	25.2	38.1	28.8	50.0	14.6	11.9	20.9
是	50.9	74.7	15.5	36.2	35.3	12.9	64.9	15.0	11.7	7.1

a 未列出回答「否」的百分比

b 皆否：皆不願照護；不知情：只願照護不知情感染者；高風險：只願照護某些高風險感染者；皆願：願意照護所有感染者

c 若百分比合計不為100%，是因為有漏失值

ns指未達0.05統計顯著水準，除此之外則皆達0.05統計顯著水準 (χ^2 test)

表四 專業倫理觀與照護意願的迴歸分析，醫師與牙醫師的比較

	醫師		牙醫師	
	專業倫理觀 ^a (n=1414)	照護意願 ^b (n=1449)	專業倫理觀 (n=1582)	照護意願 (n=1570)
	b (SE)	b (SE)	b (SE)	b (SE)
性別 (男=1, 女=2)	0.02 (0.23)	-0.05 (0.20)	0.64 (0.17) [‡]	-0.41 (0.15) ^{**}
年齡				
< 35歲(參考組)				
35-49歲	-0.12 (0.15)	-0.25 (0.14)	-0.23 (0.12)	-0.12 (0.11)
50-70歲	-0.79 (0.20) [‡]	-0.10 (0.17)	-0.09 (0.21)	-0.10 (0.20)
執業別 (診所=1, 醫院=2)	0.10 (0.13)	0.42 (0.11) [‡]	0.58 (0.14) [‡]	0.76 (0.13) [‡]
專業歸屬感				
高程度 (參考組)				
中程度	0.19 (0.14)	-0.27 (0.12) [*]	0.04 (0.20)	-0.04 (0.18)
低程度	0.57 (0.17) [‡]	-0.38 (0.15) ^{**}	0.27 (0.21)	-0.42 (0.19) [*]
愛滋臨床知識				
高程度 (參考組)				
中程度	-0.19 (0.13)	0.22 (0.08) ^{**}	-0.11 (0.12)	0.16 (0.11)
低程度	-0.17 (0.16)	0.18 (0.11)	-0.02 (0.22)	0.29 (0.20)
對照護的憂懼(否=0, 是=1)				
害怕被感染	0.90 (0.16) [‡]	-0.72 (0.09) [‡]	0.31 (0.14) [*]	-0.43 (0.13) [‡]
擔心親友排斥	0.17 (0.15)	-0.14 (0.08)	0.34 (0.13) ^{**}	-0.10 (0.12)
無法克服不舒感	0.55 (0.13) [‡]	-0.63 (0.08) [‡]	0.58 (0.13) [‡]	-0.61 (0.11) [‡]
-2LogL ^c	(1912-1806)	(3758-3583)	(2038-1949)	(3651-3531)
Likelihood Ratio (χ^2)	106 [‡]	175 [‡]	89 [‡]	120 [‡]

* p < 0.05 ; ** p < 0.01 ; [‡]p < 0.001

a 是否有拒絕照護PWA的權利：0=否，1=是。

b 照護意願：0=不願意照護任何PWAs，1=只願照護不知情感染者，2=願照護某些高風險群體，3=願照護所有PWAs。以 proportional odds model 進行

c (intercept only - intercept and covariates)

的變項，女性的倫理觀與照護意願皆較弱。然而在醫師當中卻無這種性別上的差異。

總之，雖然醫師及牙醫師對倫理觀及照護意願顯現出極為懸殊的差異，然而以迴歸分析分別檢視相關因素對態度及行為意向的關係，卻可發現兩群專業人員的倫理觀及照護意願仍比較受到風險知覺(怕被傳染)及醫病互動時心理情緒反應的影響。

討 論

本研究以1990年代中期的AIDS照護為例，來觀察醫師對照護重大新興傳染病病患的反應。本研究的樣本得自回收率皆小於25%的兩項調查，適合度檢定的結果顯示對個別之母群體的代表性不足，加上本研究只包括未曾照護PWAs之醫師，研究結果的外推性有限，然而一些發現仍值得對理論及政策有所回饋。

初步的分析發現，本研究的專業人員對

AIDS的臨床知識極其有限、對照護PWAs存有相當程度的疑懼、對專業倫理的看法較為自利。他們對HIV/AIDS病患的接受度低。另外，值得一提的是，有將近45%懷著濃厚的選擇性歧視(selective discrimination)，即選擇性的接納病患，其中最受排斥的類別是靜脈注射毒癮者，最被接納的是不知情感染者。而這樣對PWAs的低接受度與非利他傾向，則與執業型態與照護的憂懼有極強的關係。

專業背景與專業性

若將專業倫理價值觀及照護意願視為個人對專業義務的認同，則此認同程度的確同時受到兩大類因素的影響。其一為與醫療專業相關的因素，醫院醫師比診所醫師更具有專業義務的認同感，專業歸屬感高者也比低的人有更高的認同。其二為心理情緒的反應，其中害怕被感染當然源於對風險的評量，然而無法克服的心理不舒服感，則與AIDS相關的象徵意義及社會聯結有關，此二者皆對倫理觀及照護意願有相當強的影響。本研究發現顯示，雖屬於專業的一員，但在執行不確定性高、具生命威脅、且需接觸社會所強烈排斥之特殊人群(如同性戀、靜脈注射毒癮者)的職務時，專業人員的「專業」部分可能無法符合專業主義的內涵，而呈現悖離社會期許的行為反應。

雖然本研究目的不在於比較醫師及牙醫師在某一項特質上的差異，然而兩者在照護倫理觀及照護意願上的確有著極大的懸殊，這當然可能與臨床工作的性質有關。相較於某些科別的醫師，牙醫師在診療過程中接觸到傷口、黏膜及血液的頻度更高；另一方面，文獻顯示，牙醫師拒絕PWAs的最大的原因，是擔心會影響其他正常病患之求診率。一項對全美民眾的調查顯示，約有半數(44%)的民眾不願意求助於診療過PWAs的牙醫師[36]。此外，牙醫師還會認為自己照護PWAs病患之技術不夠，對病患可能發生的口腔部位疾患缺乏了解[37]。在台灣，經營診所是牙醫師的主要執業型態，因此該也有

類似的顧慮。上述皆為當有效的病情控制方法(如高效性抗病毒藥物Highly active antiretroviral therapy, HAART)尚未出現時，一個慢性且致死率高的傳染病對醫療照護所可能造成的衝擊。

還值得一提的是，在進行複迴歸分析前檢測自變項的共線性時，我們發現無論是哪一個專業，執業型態與年齡兩者皆與專業歸屬感及AIDS知識間存有極強的相關性，而執業型態當然也與年齡有關(年長世代的醫師或牙醫師多為自行開業)。執業於醫院的專業成員比執業於診所者對專業的歸屬感較強、AIDS知識較佳，對AIDS照護的各項憂懼較微。就政策而言，在傳染病防治方面，執業型態所形成的差異的確值得在專業養成教育及在職訓練及轉診制度上，多所著力。

選擇性歧視

與國外對AIDS照護意願的相關研究比較，本研究最大的特色是描繪出醫師對PWAs的選擇性照護意願，也就是選擇性歧視。仔細檢視「選擇性歧視」所造成照護意願的差異，我們可發現醫師們對PWAs之對待是圍繞在患者的兩個身份(identity)上打轉，一個是感染到HIV的身份(感染者身份)；另一個則是屬於一個次文化，過著一種特殊的生活方式，或有一種特殊的行為型態的身份(高風險行為身份)。文獻顯示，AIDS在美國流行之初，醫療專業人員的反應型態和社會大眾沒有兩樣[19]。例如，歐美醫師與一般民眾一樣，有極普遍且強烈的同性戀恐懼(homophobia)[38,39]。在本研究中，整個樣本所最不能接受的高風險類別是靜脈注射毒癮者，次為嫖妓者，比較能接受的反倒是男同性戀者，而且其間的排斥比率差距頗大。本研究無法真正指出專業成員對高風險群體的不同偏見程度究竟是基於道德上的，或安全上的顧慮或考量。但無論如何，高風險群體之所以被拒絕，多導源於生活方式及行為上的某些特質，這樣的「身份」雖具有公共衛生防治傳染病的重要意涵(發展特殊的介入計

畫)，但未必是重要的臨床風險評斷依據。

因此最利他的醫師(願意照護所有的PWAs)能同時包容這兩種身份；而還只願意診療某高風險類別PWAs的醫師，則較在意的是屬於具象徵意涵的「身份」，而非感染HIV的身份。另有一些則不能容忍所有的偏差行為型態，然而基於人道的考量，而僅願意接受「不知情感染者」一無須在道德上為自己的得病負責、僅具有感染HIV身份的特殊類別。那麼最不利他的，不願照護任何PWAs的醫師呢，應該是對「感染HIV身份」的恐懼大於一切。如果說最利他的那群醫師是「有醫無類」，則最不利他的這群可謂「有避無類」。

選擇性歧視的意涵何在？可以想到的是，與偏差行為較無關係的疫疾如登革熱、肺結核、霍亂、甚至SARS等，在照護時應該較不會產生類似的顧慮。隨著傳染途徑的不同，照護時的顧慮也有所不同，然而無可諱言的，很少有傳染病會如AIDS一般，除了感染風險之外，還蒙上一層濃厚的道德批判色彩並引發強烈的情緒好惡反應。然而如果高風險感染者知道他們的「身份」會影響醫病間的互動時，他們還會願意揭露自己的特徵嗎？這樣的選擇性歧視對AIDS或其他性病防治的影響又如何呢？

醫師照護人力與能力

本研究進行時，台灣地區的本土感染者人數才約為540人，且絕大多數病患以台北市立性病防治所為固定門診地點。對當時絕大多數的國內醫師而言，照護PWAs絕然不是一個普遍的、共同的經驗。由於充滿不熟悉及不確定性，對PWA存著如此負面的印象是可以預期的。不過，對同一國家長期的趨勢觀察[15]；或對AIDS流行階段及盛行程度不同國家的跨國比較研究[40,41]皆顯示出，醫療人員對PWA的負向反應，會因流行的持續而逐漸淡化。在台灣，我們當然需要更多的後續研究才足以判斷是否有類似的趨勢，特別是當HAART已於1997年開始全面免費提供之後。然而在傳染病的威脅與日遽增的時

代，我們似乎不能完全仰賴時間來達成這樣的「適應」。及早進行有系統的傳染病相關教育與訓練，應是充實照護人力的最佳保障。

我們都明白，在傳染病流行期間照護病患的確有其潛在的風險，但本研究也告訴我們，誠如雙因子理論[20]所詮釋的，專業人員對傳染病的情緒與心理反應，有時會凌駕個人的專業意識與價值觀，產生出偏離專業倫理與社會期許的反應。除了本研究的結果外，我們也曾將那些自述有照護過PWAs而排除於本研究的220位醫師及94位牙醫師進行另外的分析，發現他們有較高的比例(52.3%)認為醫師無權利拒絕PWAs(相較於本樣本的總合45.8%)，照顧意願亦不同(不願照護任何PWAs～願意照護所有PWAs分別為16.0%、18.9%、28.2%、36.9%，相較於本樣本的32.7%、20.7%、23.7%、21.4%)，顯示這群人的確異於他們的同僚，亦即過往接觸PWAs的臨床經驗，其實的確會帶來較正向的照護意願及專業倫理價值觀。換言之，不僅是對醫療專業人員，即使對社會大眾，我們也該讓「有病的」與「無病的」兩個世界有更多的接觸，先讓這個疾病類別去神秘化，才可能有去烙印的希望。

小 結

在當今醫學教育中，有太多的資源是花在醫療科技知識的傳授上，卻較少告知「醫療照護微觀環境」(micro environment of medical care)的本質為何。因此在面臨醫師對傳染病患的歧視的議題之時，似乎應該同時考量所謂的科學未就緒(scientific unpreparedness)及心理上的未就緒(psychological unpreparedness)[6]。針對傳染病照護的急迫需求，我們應該透過某些機制，讓有意進入醫師專業的人在選擇時便已瞭解這個行業的本質，及其潛在的風險。

所幸，將近十餘年來，台灣的醫療照護體系面對AIDS瘟疫，沒有招架不住的情狀。不過，隨著新感染者數目的持續增加，以及已感染者因接受免費雞尾酒療法的治

療，我們的PWAs人數已加速累積。我們的醫療照護體系及醫師專業能否在這「緩慢」適應的過程中，更從容不迫地、周延地思考並具體實踐對這群罹病者的責任及義務，有待進一步的觀察。AIDS可能是當代的第一個瘟疫，但絕非最後一個，我們不該錯過它所帶來的任何挑戰與啓示。

誠如Feldman在對美、法兩國的AIDS醫師所做跨國比較的著作*Plague Doctors*中指出，當醫學本身因AIDS的流行再置於歷史的脈絡中時，醫療問題及社會問題間的界線便因著AIDS的論述得以重塑。AIDS的醫學論述激發了對個人危險(personal danger)及專業承諾(professional commitment)的進一步體驗與感受，它成為我們藉以再檢視作為一個醫師之本質的媒介(medium)[42]。

誌 謝

本研究經費來自國科會補助(NSC83-0301-H-002-133, NSC84-0303-H-002-031, NSC85-2417-H-002-017)，謹此誌謝。並感謝所有參與本研究之醫師與牙醫師的支持。

參考文獻

1. Glaser CA, Gilliam S, William W, et al. Medical care capacity for influenza outbreaks, Los Angeles. *Emerg Infect Dis* 2002;**8**:569-74.
2. Berkelman RL, Pinner RW, Hughes JM. Addressing emerging microbial threats in the United States. *JAMA* 1996;**275**:315-7.
3. Masur H, Emanuel E, Lane HC. Severe Acute Respiratory Syndrome: Providing Care in the Face of Uncertainty. *JAMA* 2003;**289**:2861-3.
4. Gostin LO ed. *AIDS and the Health Care System*. New Heaven: Yale University Press, 1990.
5. Friedlander WJ. On the obligation of physicians to treat AIDS: Is there a historical

- basis? *Rev Infect Dis* 1990;**12**:191-203.
6. Jonsen AR. The duty to treat patients with AIDS and HIV infection. In: Gostin LO ed. *AIDS and the Health Care System*. New Haven: Yale University Press, 1990; 155-68.
7. Fox DM. The politics of physicians' responsibility in epidemics: A note on history. *Hastings Cent Rep* 1988;**18**:S5-10.
8. Loewy EH. Duties, fears and physicians. *Soc Sci Med* 1986;**12**:1363-6.
9. Zuger A, Miles H. Physicians, AIDS and occupational risk: historic traditions and ethical obligations. *JAMA* 1987;**258**:1924-8.
10. Board of Trustees, American Medical Association. Prevention and control of AIDS -- an interim report. *JAMA* 1987;**258**:2097-103.
11. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Ethical issues involved in the growing AIDS crisis. *JAMA* 1988;**259**:1360-1.
12. Clarke OW, Conley RB. The duty to attend upon the sick. *JAMA* 1991;**266**:2876-7.
13. Hendee WR, Rapoza NP, Rindldi RC, et al. The American Medical Association's program on Human Immunodeficiency Syndrome. *JAMA* 1987;**258**:1519-20.
14. Hotchkiss WS. The American Medical Association and the war on AIDS. *Public Health Rep* 1988;**103**:282-8.
15. Horsman JM, Sheeran P. Health care workers and HIV/AIDS: A critical review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;**41**:1535-67.
16. Gerbert B, Maguire BT, Bleecker T, et al. Primary care physicians and AIDS. *JAMA* 1991;**266**:2837-42.
17. Rizzo JA, Marder WD, Willke RJ. Physician contact with and attitudes toward HIV-seropositive patients. *Med Care* 1990;**28**:

- 251-60.
18. Bredfeldt RC, Dardeau FM, Wesley RM, et al. AIDS: Family physicians' attitudes and experiences. *J Fam Pract* 1991;**32**:71-5.
 19. Wallack JJ. AIDS and the health care professional: Evolving attitudes and strategies to effect change. *Psychiatric Med* 1991;**9**:483-501.
 20. Pryor JB, Reeder GD, Landau S. A social-psychological analysis of HIV-related stigma: A two-factor theory. *Am Behav Sci* 1999;**42**:1193-211.
 21. Association of American Medical Colleges. AAMC statement on professional responsibility in treating AIDS patients. *J Med Educ* 1988;**63**:587,589-90.
 22. 張秋麗、鄒海月、任新菊：護理人員之愛滋病照護知識、態度及行為趨向之探討。護理研究 1999；7：104-18。
 23. 黃宜純、何瓊華：某北區五專高年級護生對愛滋病人護理意願之探討。德育學報 1996；2：109-26。
 24. 嚴毋過：臺北市立醫療院所護理人員參加「愛滋病照護講習」前後對愛滋病知識態度及對該病病人接受度之比較。醫院 1996；29：31-43。
 25. 阮慧沁、潘靜雲、陳九五：五專及職校高年級護生對愛滋病知識、態度及護理意願之探討。護理雜誌 1994；41：41-51。
 26. 阮慧沁、沈勝昂、陳九五、鍾昆原、葛應欽：探討護理人員接受愛滋病在職教育課程後知識、態度及意願之改變。高雄醫誌 1993；9：508-17。
 27. 段藍媿：教學介入對高護女生愛滋病預防行為意向及護理意願之影響—以計劃行為理論應用為例。台中：靜宜大學青少年兒童福利學系碩士論文，2001。
 28. 丁志音、涂醒哲：愛滋風險、醫師的臨床防護及照護意願。台灣衛誌 1997；16：231-43。
 29. 丁志音、涂醒哲、賴淑寬：醫師對愛滋病的反應與因應—危機知覺、自我保護、及專業倫理與責任。台灣醫界 1997；40：689-96。
 30. 丁志音、江俊彬、闕玲惠：當牙醫專業碰上了愛滋病。牙醫界 1998；17：32-4。
 31. Chiang TL. Trends in the characteristics of active physicians and dentists in Taiwan, 1972-1997. Taipei: Health Care Resource Lab/Center for Health Policy Research, National Taiwan University. Unpublished paper.
 32. 盧昭文：醫師遭遇醫療糾紛之經驗與其認知、態度對醫師行為影響之研究—以大台北地區為例。台北：國立台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1998。
 33. 陳怡沁：小兒科專科醫師與家醫科專科醫師對於「全民健保兒童預防保健服務」的態度、認知與執業情形之研究調查。台北：國防醫學院公共衛生研究所碩士論文，1998。
 34. 林芸芸、江東亮：醫師對全民健康保險的意見調查。中華衛誌 1992；11：220-7。
 35. Agresti A. An Introduction to Categorical Data Analysis. New York: Wiley, 1996.
 36. Gerbert B, Maugire B, Spitzer S, et al. Patients' attitudes towards dentistry and AIDS. *J Am Dent Assoc* 1989;**119**(Suppl 1):16S-27S.
 37. Hardie J. Problems associated with providing dental care to patients with HIV-infected and AIDS patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;**73**:231-5.
 38. Rose L. Homophobia among doctors. *BMJ* 1994;**308**:586-7.
 39. Yedidia MJ, Berry CA. The impact of residency training on physicians' AIDS-related treatment practices: a longitudinal panel study. *Acad Med* 1999;**74**:532-8.
 40. Brachman P Jr, Kozarsky P, Cetron M, et al. Knowledge and attitudes of hospital-based physicians and trainees about HIV

- infection in the United States, Canada, India, and Thailand. Arch Intern Med 1996; **156**:761-6.
41. Shapiro MF, Hayward RA, Guillemot D, Jayle D. Residents' experiences in, and attitudes toward, the care of persons with AIDS in Canada, France, and the United States. JAMA 1992;**268**:510-5.
42. Feldman JL. Plague Doctors: Responding to the AIDS Epidemic in France and America. London: Bergin & Garvey, 1995; 233-8.