

HOSPICE



每冊工本費 50 元



財團法人 中華民國 安寧照顧基金會

104 台北市中山北路二段 92 號 16 樓

電話：(02)2561-5590

傳真：(02)2523-4429

URL：www.hospice.org.tw

劃撥帳號：14875053

— 專業人員篇 —

安寧療護  
溝通手冊



HOSPICE



財團法人 中華民國 安寧照顧基金會

# 序

「溝通真相是痛苦的，欺瞞卻帶來更多的麻煩」（Fallowfield, 2004），英國安寧療護教科書溝通篇作者清楚的說明：安寧工作者和病人及其家屬溝通時的壓力、兩難，及專業人員對溝通理論和實務訓練的需求。本手冊整理出安寧工作者日常工作中可能會遇上的病人及家屬提問，並簡明陳述答與問之間的原由。執筆皆為多年安寧教育資訊中心擔任同理心訓練課程的講師們，所取之內容和例子亦由臨床經驗出發，故極具實用性，期待藉著這本安寧實務工作者的操作手冊，能使專業人員適切的了解病人與家屬的需求及工作人員對其需求的回應，在安寧工作中得到生命的領會及互動的靈感。

倉促付梓，不完整之處尚祈不吝指正。

Fallowfield, L. (2004). Communication with the patient and family in palliative medicine. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, & K. Calman (Eds.), *Oxford of Palliative Medicine (3<sup>rd</sup> Edition)*. New York: Oxford University Press.

# 目錄

一、為什麼溝不通	李開敏 ■ ■ 4
二、溝通什麼	張玉仕 ■ ■ 9
三、病情溝通原則	蔡佩真 ■ ■ 11
四、溝通基本態度	張玉仕 ■ ■ 18
五、溝通實例	張玉仕 ■ ■ 21
六、和其他人的溝通	李開敏 ■ ■ 25
七、作者簡介	■ ■ 31
溝通手記	■ ■ 32



## 一、為什麼溝不通？

十餘年前，有醫師提出癌症是預後最好的慢性病，強調早期預防及勇敢面對，無論是各種癌症的病友團體：喉癌、大腸癌、乳癌、血癌、腫瘤...等，也包含其他各種慢性病。在醫學中心工作十三年，自己的父母分別罹患大腸癌、乳癌，去年公公死於癌症術後併發症，無論是工作上，或做為癌患家屬的個人經驗，醫病溝通的課題對我不但無法規避，且一直是我胸中塊壘，很願意就醫療團隊的成員、社會工作老師、及病人家屬多重立場，提出淺見。

**談** 醫病溝通的困難，必先回歸現階段醫病關係的處境。坦言之，台灣歷年醫療教育強調生理醫療導向，整合式(生理-心理-社會)或全人照顧的理念在醫護養成教育中一直被忽視，醫病關係、倫理、溝通的課在醫學院是極邊緣且無份量的課。古人云「下醫醫病、中醫醫人、上醫醫國」，這反映的是“下醫醫病”的教育，如何期待產出“中醫醫人”的醫生呢？再者，健保財務拮据，給付有限，重量不重質的成本下，醫護疲於奔命，超重負荷，連溝通的時間都沒有，如何苛責這些醫療人員不盡力溝通？這些現實層面的因素是探討醫病溝通困難前必須先有所認知的。

探討醫病關係溝不通的一個關鍵因素在於醫病關係的本

質，就Blumenfield(1984)醫師提出醫病關係的三種基本模式(見圖一)來看，前兩者主動/被動以及指導/合作模式中，反映的是父母與嬰兒以及父母與兒童/青少年關係，這正說明了醫療行業中無可避免的“家長主義”(paternalism)，以及其所延伸的不平等關係。

畢竟醫師的權威角色因為醫學知識的高度專業化，讓病人處在極度敬畏權威而甘處被動弱勢的地位，以致就醫過程中，病人全然相信醫師會善盡「家長」之責，為「子女福祉」做最佳決定，而不習於站在平等立場提出問題，與醫師充分溝通討論自己的疾病，參與醫療的決策過程。

長久以來受到醫學知識精緻化，科學化的影響，有些醫師認為提供病人資訊，或是解釋這些科學語言，病人會難以理解或吸收，進而使醫師覺得要向病人說明或介紹醫學資訊，變得多餘且不重要。醫病雙方的心態默許著彼此關係如同家長對待子女一般，直接影響彼此說和聽的溝通意願，這可以說是醫病溝通的最大阻礙。然而重視病人知權、努力溝通的醫師還是大有人在。



互動模式	醫師角色	病人角色	臨床運用	原 型
主動-被動	對病人有所作為	被動接受 (無法反應)	麻醉，緊急 傷害、昏迷	父母-嬰兒
指導-合作	指導告訴病人	合作服從 (不能質疑反對)	傳染	父母-兒童、 青少年
相互參與、 平權	幫助病人 自助	參與者， 夥伴關係	慢性病，心 理治療	成人-成人

圖一、醫病關係的三種基本模式

修改自 Szasz & Hollender (1984)

醫師(doctor)一字有其教育的意義：有些病人認為面對慢性病，就像想要跑完一場馬拉松戰役，最好的方法是醫師做教練，充分掌握病人的身體狀況，再悉心教育長跑中會面對的各種障礙、挑戰，教導病人監督自己的體能狀況，做好健康管理，然後備水、急救箱，以及大量的心理鼓勵、支持，和實質的諮詢指導，並結合其他團隊成員，讓長跑者有著強壯的後盾。很多醫師放棄假日，參加病友醫療講座，隨同病友至偏遠處義診，百忙中寫文章，病榻旁發衛教單張，充分維護病人的知權、參與權，著實令人感動。曾遇過有一位主任醫師笑咪咪地說：「平日看診不到三分鐘，只有靠病友團體來加強教育囉！」

就病人和醫師難以溝通的其他因素，可從兩方面討論：

### (一) 迴避溝通。

癌症、死亡都是禁忌話題，醫師常把告知的決定交在家人手中，擔心溝通可能帶來的痛苦，家人要善意隱瞞，病人也配合噤聲，這正是死亡學先驅Kübler Ross所說的“沈默的陰謀”(silent conspiracy)。

### (二) 雙方情緒作梗。

醫師面對“宣佈”癌症往往充滿了不忍、不安，畢竟受到生理醫療模式的醫界使命影響，宣告不可治癒的致命疾病就等同於醫治無效，使得醫師擔心宣佈影響病人面對治療的勇氣，繼續抱持著治療(cure)為重而非照顧(care)為主的觀念，對病人和醫師來說都比較安全。醫師甚至因此充滿挫敗沮喪的情緒，如果無法跨越，則難以坦然面對病人，和病人進行溝通。同樣病人和家屬也可能因為過度焦慮、擔心、害怕，甚至否認震驚，以致於聽而不聞，或是選擇性聽，這些情緒也常是溝通路上的絆腳石。

如果醫病關係繼續待留在“家長主義”，也就是病人還原到生命中無助的幼兒期，醫師是權威，並扮演一個全知全能的父母，可以主導醫療決定，這樣不平等的位置和出發點還會繼續影響溝通。若是安寧療護中，醫師能體認病人的生命終程原



## 二、溝通什麼？

「有效的症狀處理惟有靠有效的溝通」(Buckman, 1998)，這是英國安寧療護教科書「溝通篇」作者所言，他簡要地表達了溝通在安寧療護中的重要性。病人自得知診斷--不論是初期或已近的晚期，由病情的告知、治療的選擇、情緒的衝擊、與醫療人員及親友的交談等，均需要藉著語言表達和接收，增加了解彼此的心情、想法和行動。溝通，聽起來簡單，好像老掉牙一般，做起來卻不一定能自然、熟練、和圓融，溝通成了日常工作中重要但是有難度的挑戰。

常見安寧療護的溝通主題，為：

1. 診斷：疾病的名稱，如：是不是得了癌症，什麼樣的癌？
2. 治療：疾病的處置，如：怎麼治療才會好？治療時會遇到什麼情形？如果治療沒效，還能做什麼治療？可不可吃中藥？
3. 病情發展：還能活多久？為什麼這麼喘？接下來會發生什麼事？
4. 出院安置：回家是否就不會有醫療了？回家後的照顧怎麼辦？



是他自己的馬拉松，充分討論終點的各種狀況，雙方謹守成人對成人的相互尊重及信任關係，那麼溝通方能達成最大果效。溝通中，聽或許比說更重要，基於平等的關係，聽取病人的身心狀態、價值信念都成為重要的課題。(我的嫂嫂在美乳癌手術後，醫師尊重她的選擇，鼓勵她游泳、滑雪，待體能狀況進步後再進行化療即為一例。)

最後需要問的是溝通的目的究竟為何？前述都在強調病情告知，告知當然重要，但告知之外，更重要的是溝通過程，也就是如何溝通，何時溝通？曾有研究指出癌患對醫療團隊期待的心理支持大於資訊支持。回歸到以病人為中心的溝通，須要捐棄傳統治療、科技、管理中心的導向，而以病人需要為依歸。



Bumenfield, Michael (1984). The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. In Simons, R.C. & Pardes, H.(Eds.), *Understanding human behavior in health and illness (3<sup>rd</sup> Edition)*. Baltimore: Williams & Wilkins.



5. 和家人溝通：要不要告訴本人？家裡的小孩子或老人家可不可以知道？
6. 其他：需不需要急救？要花多少醫療費用或生活費？有關葬禮和後事怎麼辦？

溝通之所以困難是因為來自底層死亡陰影的威脅，醫療人員擔心告知病人實情，會帶來情緒衝擊和反彈，大家都籠罩在不安和不舒服的氣氛下，還有自己也對死亡產生焦慮和抗拒，如果無法察覺這些“阻塞”，將難以回應病人／家屬的詢問並提供協助。故除了溝通理論和實務訓練的課程外，醫療專業人員尚需接受死亡焦慮覺察的自我探索課程，能了解自己對分離與死亡的感知狀態，又需建立一套自己的生命價值觀，在面對自己、家人、服務對象的生死大事時，有適當的闡釋和應對之道。



Buckman, R. (1998). *Communication in palliative care: A practical guide*. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. MacDonald (Eds.), *Oxford Textbook of palliative medicine (2<sup>nd</sup> Edition)*. Oxford: Oxford University Press.

### 三、病情溝通原則

病人常常有自己一套評價醫療人員的標準，常聽到病人說：「這個醫師真是好醫師，對病人態度好，說話有耐性」，「那位護士小姐人很親切熱心」，有的時候我們會發現病人眼中「好的」醫療人員，不必然是他們對醫療人員精湛技術的要求，而是在醫病溝通的質與量之中決定了他們對醫療人員的評價與信任的程度。

#### 醫療人員當遵循醫療倫理發展病情溝通的指引

##### 一、行善原則 (Beneficence)：

病情的溝通是為了病人的最大利益著想，亦為了讓醫病雙方都安心。如果病人和家屬一再詢問病情，那表示他們仍然不夠理解，必須以他們能夠理解的語言再多做說明，如果，一再說明之後，病人和家屬還是不停的問病情，醫護人員不要馬上有所防衛，那是表示對方的困境已經不只是認知上，而可能是在情緒上的焦慮或生理上的疲累，醫護人員應該多體諒，多同理，多給一點時間讓病人問問題和做反應，多做一些適度的保

證讓對方安心。

此外，在病情告知方面不能假行善之名而剝奪病人對真相的了解，所有的病情溝通都應該指向對病人有好處、而且有建設性的方向，如果病人想知道病情，特別是壞消息，醫療專業團隊應在溝通的方法上尋出路。如果病人不想知道，不想面對，也不多問，醫療團隊應該給予尊重，依著病人的速度進行溝通。

行善原則還包括：永遠要給對方希望和鼓勵，即使在病情上只有一點點好消息，仍然值得強調，好讓病人活在希望中。對於病情的進步更不要忘記嘉許和鼓勵病人與家屬，醫療人員一句小小的鼓勵和肯定都會讓病人高興老半天呢！

## 二、誠信原則 (Veracity) :

醫療專業人員要用誠懇的態度溝通，在說話的口氣、眼神、表情、內容上都有一致的訊息，對自己誠實、對病人及其家屬誠實，給病人及其家屬的期待要合於現實，不做過高的保證，也不要過度驚嚇病人。面對醫療瓶頸時，也要讓病人及其家屬覺得醫療團隊還在盡力，而面對醫療疏失時，更應以負責的態度誠懇的說明。許多的醫療糾紛的原因是家屬認為醫療團隊拒絕出面說明且不尊重他們，人們往往在意的是溝通的誠意，只有坦然相待才能化解分爭。

## 三、自主原則 (Autonomy) :

任何病情的溝通都會影響醫療計畫的安排與決定。病人和家屬最了解自己，也最了解自己對醫療決擇結果的承受能力與利弊得失，因此，醫療團隊應該給予充分的資訊和經驗的分享，好讓病人有做決定時的參考依據，病人才會心甘情願、清清楚楚，願意承擔醫療決擇的風險與後果。除非病人缺乏自主的能力，例如年紀太小、神智不清、傷害自己與他人，自主權才需要有所限制。

## 四、不傷害原則 (Nonmaleficence) :

醫療團隊要竭盡所能避免病人和家屬承受不必要的身心傷害。除了治療措施的不傷害原則之外，病情溝通上對於某些疾病不要有污名化的言詞、眼光或態度；也要盡量避免對病人的批評與責備。此外，雖然醫師有告知壞消息的責任，但是告知的方式可以盡量言詞婉轉，漸進地說明，告知後要多予同理，以及保證盡力照顧的意願，以免病人與家屬措手不及，痛苦難當。

## 五、保密原則 (Confidentiality) :

保密的原則包括：

1. 對於病人的病情與私人資訊需要予以保密，未經當事人

同意，不宜轉知他人。病人有權利選擇告知的對象。

2. 探詢病人相關家庭史以及生命史的目的是為了病人的利益及全人關懷的協助目的，而非滿足個人好奇心。
3. 不是每個團隊成員都需要知道病人的所有資訊細節，訊息的分享是為了相關團隊成員執行協助的任務。

### 病情溝通的技術面向

平日醫療團隊的工作非常忙碌，工作與說話的步調快速，病情溝通所耗費的時間勢必也會增加一些負擔，但是，有效的溝通是為與病人達成共識、化解危機。病情溝通需要醫療團隊成熟的態度，和藝術化的方法，也需要有應變危機的能力，特別是所告知的病情是一些壞消息時，醫師的壓力特別大，例如預後不好的診斷、病情惡化、病危、出院醫囑、醫療糾紛等等主題，溝通更需要勇氣與方法。

根據一項對醫師所做的調查發現，在是否告知事實時，醫師們會考慮四個特別的因素是：病人有沒有要求告知事實？病人在情緒上是否穩定？病人的年齡、以及病人的智力。因此，需要視病人的個別情況來決定病情溝通的內容和範圍，而且告知的方法，包括時機、用詞、都要做個別的考慮（王國裕，

1997）。以下僅提供一些技術面的提醒：

- 一、**溝通對象**：病人有知的權利，但是在台灣的文化中病情告知對象需視情況而定，台灣醫療文化裡習慣先告知家屬，再由家屬決定是否及如何告知病人，如果家屬眾多時，需要先從家屬中找出主要照顧者以及主要決策者，以便能做出醫療決定。如果病人意識清醒，且明顯渴求掌握病情，醫療人員的病情溝通不能忽視病人知的意願。為了顧及隱私權，某些特殊疾病例如：愛滋病應該要先告知病人本人，才由病人自行決定是否再告知他人。無論是病人或家屬在告知彼此的技術上有困難時，醫護人員都需要從旁協助。
- 二、**環境的安排**：越是不好的消息越易引發病人情緒上的起伏，因此，重要醫療談話或有情緒反應的談話，都應該選擇干擾較少的環境溝通。
- 三、**注意溝通的質與量**：壞消息最好婉轉而循序漸進，一點一滴分次完成，給病人一些情緒上緩衝的機會與理解的時間（Buckman, 1992）。
- 四、**暢通溝通管道**：給病人問問題的機會，此外，也讓家屬知道有一些疑惑與緊急狀況可聯絡與諮詢醫療人員聯繫方式，維持病人的安全感。



五、非語言的溝通輔助專業的衛教：特別是在講話的口氣、眼神、姿態上應該展露醫護人員的誠懇、關心與支持。

六、適度運用家族團體的溝通：有時病情的溝通需要藉由家族會議的形式，幫助病人與相關的家人快速且有效的了解病情、形成共識。

七、醫病溝通的內容與過程充滿動力，需要彈性調整：病情溝通是一個漸進而持續的動態過程，隨著病情的變化、新的評估與治療計畫、以及病人和家屬也可能有新的需求與問題，使得病情溝通不可能一次就克竟全功，需要隨時保持溝通流暢的狀態。

八、兼顧醫療任務、專業判斷與關切病人的情緒：有時溝通是為了達成某種醫療任務，由於醫療人員掌握訊息來源，因此在溝通中具有較優勢的位置，溝通的立場具有專業權威，但是，與病人溝通病情除了達成任務之外，應該有同理心的態度，同理病人與家屬的心情，專業的判斷並不表示無情或置身事外、與己無關的態度，醫療專業與人情、人性當是並行不悖的。

九、病情溝通是團隊共同的責任：醫師雖然負有重責大任，其他團隊成員仍然有輔助病情溝通的角色，每種專業角色有不同的溝通切入點，應該常常交班、彼此配合。

## 小結

醫療人員對於病情溝通內容的精準需要負有責任，好讓病人能夠安心和信任，醫療團隊必須不斷在專業知識上繼續學習。另一方面，醫療溝通者於己身需要培養一些有助於溝通的特質，包括：耐心、專注、自省、尊重、接納和開放的心胸，對於病人的反應也要有及時察覺與修正溝通的能力。人際溝通本來就是需要終生學習的功課，在高度工作壓力下，雖使得醫療人員在醫療環境中溝通時更有難度，亦容易受挫，但也會促成自己的成長，在溝通上用心耕耘的人，就會在關係上得到善意的回應與激勵。



王國裕。(1997)。醫療藝術告知病情。健康世界，140(260)，頁57-62。

Buckman, R. (1992). *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

## 四、溝通的基本態度

目前於安寧療護溝通的訓練課程，是以同理心為主。同理心的理論與技巧有著支持、尊重、引導服務對象情緒抒發的特性，對處在失落、悲傷的複雜情緒壓力下的末期病人與其家屬來說，同理心可以令他們感受到被支持、被關懷。同時，同理心更是醫療人員和病人與其家屬建立關係之元素，奠定後續設定輔導目標及歷程時之基礎。

### 一、醫療人員同理時所需的態度：

1. 理解病人所在之主觀世界：情緒是主觀的，病人遇到事件時，會以他的主觀來思考和面對，並產生隨之而來的感受反應。當病人發洩對病情的無奈和憤怒，並不代表病人不理性，反而是一種自然而然對疾病的主觀感受，此時醫療人員如果秉持不批評、不分析的態度，並採以接納的關懷之心，即已具「治療性」(therapeutic factor)。
2. 尊重、真誠：醫療人員當無條件的接納，並且裡外一致地將觀察到、感受到的病人及其家屬的心境和需要，正確地回應給他們。醫療人員不應故作了解，或過分委婉的迂迴回答。

3. 醫療人員需要檢視自己的表達無誤。

### 二、溝通時的小提示（李閏華、張玉仕，2004）

1. 表達了解對方心境的語言和字眼宜由少到多，或由淺至深。
2. 請勿假裝了解，如回答：我了解你的痛苦。
3. 坦誠不是就表示有什麼話都直說，一針見血反而會刺傷方。
4. 了解不等於同情或贊同其行為、想法。
5. 同理不是用問問題與澄清等尋問的方式來代替了解對方。
6. 表淺的溫暖有時不會使對方感到有效的協助或建議。
7. 所用語句，必需自然，而且符合對方文化背景更佳。

### 三、同理心也有限制

1. 同理心不是萬靈丹，企求對方改變。改變是主動的決定行為，同理心可以建立關係，帶來支持、信任，是改變的基石，卻不是力求對方改變的重心。
2. 同理是過程不是目的。目的在建立關係，做為專業關係的發展，卻不是做好同理心即罷。
3. 困難處理時，當轉介。關係親密或複雜的個案，可能因期待過高而使用不出同理心，此時需轉介或改試其他輔導學派或策略。

4. 價值觀及角色的限制。和有上尊下卑的關係、或和權威者之間確實較難改變溝通模式，此時使用同理心的不建議、不批評、不分析態度，也不易獲對等尊重。

以上的限制，在溝通中不一定會全然發生。人本學大師 Carl Rogers 認為無條件的關懷和接納的態度、同理心的了解，是不論人、事、地皆可施展的，且是促進個人自我成長和自我實現最主要的因素。



李閔華、張玉仕。(2004)。同理心及溝通訓練手冊。台北：安寧療護教育資訊服務中心。

## 五、溝通的實例

**同**理心要素包括**情緒字眼**和**簡述語意**。情緒字眼，多半為描述感受的形容詞，如：高興、得意、挫折、無力、生氣。簡述語意指的是變換說法，以不改對方原意的方式，讓對方知道你可以充分了解對方的狀態和心境。

本章將採安寧療護實務中常見的問題，並舉例說明：

### ※ 案例一、

一位六十多歲的肺癌病人說：「我一生沒做過什麼壞事，不知道為什麼老了要受病來磨」，下列二種回應：

1. 你很想知道自己為什麼要生這種病。
2. 你覺得自己很倒楣，今天落到這種景況。

第一句是尋求問題答案，第二句的倒楣是情緒字眼，較符合病人感受。

### ※案例二、

一位48歲乳癌末期女病人說：「我的病是治不好了，如果真這樣，我也不想拖太久」

請看下列二種回應：

1. 治療都沒有用的話，你想結束生命。
2. 病好不了，你覺得活得沒意義。

第二句是同理心語言，充分了解情緒的痛苦。

第一句具隱藏意思，會讓病人感到暗示和威脅。

### ※案例三、

一位三十多歲的肺癌病人說：「唉！為什麼還這麼痛？一直痛怎麼辦？」

請看下列四種反應：

1. 你對身體的痛感到很傷心。
2. 你覺得痛都沒有改善，很無助很痛苦。
3. 持續的痛，讓你很擔心。
4. 你都是幾點的時候痛？

第一句，是錯誤情緒反應，和身體感知不同層次。

第二句，是同理心語言，讓病人覺得充分被了解，感同身受之體會。

第三句，太淺的情緒表達，未達適當的感受層次。

第四句，這是解決問題的問句。是專業人員的自然反應，易有距離感，建議在同理心表達後，再使用。

### ※案例四、（李閏華，2002）

一位沒有特定宗教信仰的病人說：「我又沒有做什麼壞事，真不知道為什麼要受這樣折磨？」

請看下五種的反應：

1. 受折磨又不能怨歎神明，而讓你覺得難過。
2. 你生氣於自己生了病又受苦。
3. 對於自己受折磨讓你覺得很倒楣，偏偏挑中你。
4. 找不著自己生病的理由，感覺真的很懊惱。
5. 你有時會覺得很不公平，因為受折磨好像沒有理由。

同理心情緒詞彙除表示不同的反應外，簡述病人情緒來源的語詞亦為重要的同理心內涵。上述第五句「不公平」較能貼切形容病人的情緒，且「因為受折磨好像沒有理由」能中立的



## 六、和其他人的溝通

### ～醫療人員、親人和探病者

**安**寧療護四大原則，涵括了英文四個C開頭的字：安適 (comfort)、關懷和信賴 (competence, concern, compassion, confidence)、溝通 (communication) 和持續 (continuity)，其中溝通便佔了一項。而安寧療護強調的四全：全人、全家、全程、全隊，突顯溝通的面向之廣和醫療團隊、親友、甚至探病者的溝通，都是重要的課題。

#### 共識型的團隊溝通

先談醫療團隊溝通。安寧療護是一個特別的團隊，結合了醫、護、社工、營養、藥劑、及神職人員、志工等。因為講求全人、整合式 (生理社會心理) 的照顧，因此醫療人員間的溝通協調、資訊分享很重要。從評估及掌握全人、全家的全面狀況，必須依賴全隊間的默契和有效的訊息交換。這樣的合作模式屬於共識型的團隊 (consensus model)。也就是醫療人員各司其職，團隊成員各有其重要性。雖說共識模式，但在實務層面，跨專業團隊的合作並非易事。因為各專業之訓練養成，依

描述病人情緒的來源，是較適當的表達。

此外，即使是病情訊息的傳遞，在倫理原則前提下，仍可以使用同理心。譬如一位不知情的病人問到：「我真想知道我還有多少時間？」，若能回答：「你大概也很擔心你的病吧！」病人若真的很想知道時，便會再問到：「我好像不會好了。」，若還能再一次同理心的語言：「你似乎對自己生病有一些感覺和猜想！」當病人感到被了解，接下來的結果就會形成一段自然的交談，減輕病情告知時雙方的焦灼不安。



李閔華。(2002)。溝通技巧與同理心的運用。載蔡麗雲等合著，*安寧緩和護理學*。台北：華格那。



持的價值乃至個人的信念想法都有很大差異，必須依賴不斷、開放的溝通，才能確保病人的照顧品質。

醫療人員間的溝通，其目的可分為二：（一）功能性：對病人治療目標的設定、全面評估的討論，角色、任務的分工等。溝通的管道有固定正式的病歷紀錄、病情討論會、查房等，或透過讀書會、個案研討、方案計劃（研究、團體等）進行。而非正式的溝通，往往亦可達到服務照顧的目標。醫院中大家都忙，有時共進餐、晨更後或路上巧遇，反而是很好的溝通時間。（二）情感性：安寧療護工作耗心耗神更耗體力，團隊間的情感支持十分重要。美國一家兒科安寧病房，為了營造出一個親切輕鬆的溝通時間，每週在查房外有一次全隊的點心時間，叫做cookies round，然而有餅乾也未必輕鬆，討論時仍完全工作取向，會中對如何告知某病人有很多爭辯，是一場激烈的辯論。這樣透明公開不畏衝突的溝通，展現團隊民主的風貌，成員坦誠相對，容許不同意見，相當難得。而國內也有透過團隊的在職訓練，支持團體等方式，強化溝通合作。

### 醫療團隊學習用溝通減壓

美國臨床倫理顧問Dr. Zaner於93年4月訪台時，特別強調雖然醫療過程中時常面臨的倫理兩難議題，但是他認為多數是因為欠缺溝通抒發的管道，使得助人專業者常陷於挫敗困惑及孤軍奮戰。安寧病房中關乎病人尊嚴、生命價值等各種倫理問題

複雜且層出不窮，值得注意醫療人員關注如何運用溝通以降低倫理兩難的壓力。

Dr. Zaner提醒不可忽略醫病倫理抉擇中的情緒角色。即兩難的痛苦不只是病人家屬之痛，也是醫療團隊之痛，因為照顧之責，加上醫師不習於自我表達，使得照顧者的情緒長期累積。他的建議是：“說！說！說！（talk！talk！talk）”。不只是公事上的討論，更是醫療同仁勇於面對自我，開放真誠地分享內心的衝擊與壓力。他回憶在美田納西Vanderbilt醫院任職時，經常敞開門，歡迎疲憊的醫師進入，一吐心頭塊壘。

### 醫病溝通由「病」進入「人」的正向引導

醫病溝通的部份，邀請Dr. Zaner來台的哲學系教授龔卓華從現象學的觀點，指出醫病生活世界的差距和意圖是關鍵所在，醫師如何跳脫「生物醫學實徵模式」，透過「詢問」、「聆聽」、「對話」，進入病人的「主體病痛體驗模式」，著重生活經驗上的交流和溝通，以創造出兩個生活世界之間的理解。他指出一元論述的生物醫學模式，化約了病人自身心理和生活多重向度的豐富性，也窄化了醫病關係的可能性。

艾瑞克森學派Dr. Zeig為另一位來台講學的學者，也提出專

業人員需要多層面溝通，特別是運用「是的組合」(yes set)，強化病人正面向對疾病的能量。耕莘醫院陸院長舉例說她長期為乳癌病人手術，時常說：「永遠提供希望，手術不成，還有電療，電療不成，可試化療，化療不行，仍可以在心理、心靈上打一場美好的仗。」她對病人的正向態度、語氣，展示出令人感佩的信、望、愛，指的就是此意。

Dr. Zeig提出「是的組合」可以用三個正面語句，一層一層地為病人做出暗示，比如針對感官知覺，常對和疼痛角力的病人說：「其實痛和緊張很有關係」、「身體越緊、越怕，就越痛」、「身體放鬆，自然比較不痛」。接下去就是「來！我們用深呼吸來放鬆」。或就著其感受而言，「有些久病的人還能常保心情愉快」、「心情好的人苦中作樂，像杏林子那樣」、「心情對病的影響很大」，接著再說「我全心照顧你的病，希望你合作全心照顧自己的心情，社工或牧靈同工會從旁協助」、「我們一同努力，整個醫療團隊和你一起努力」。在想法的層面，可以做以下的保證「你是一個勇敢的病人」，「你也是一個願意溝通的病人」，「我治療這種癌症的經驗已有五年」，「我覺得最重要的是生活品質」，「我會盡力讓病對你生活品質的影響降低」，「所有的治療我都會和你討論，並且尊重你的需要」。

醫護同仁如上述建立自己的語言習慣，遣詞用字都培養出正向暗示的溝通導向，對病人和家屬的心理支持會有莫大效

果，對自己的心情也會形成一種安定調節的力量。

## 和親友的溝通

和親人、探病者的溝通也十分重要。許多研究強調，這些非正式支持系統提供的情緒和實質支持，對病人而言更勝於正式系統，站在後者的立場，是可多開發運用的資源。親人中角色關係不一，有些代表病人的意義他人，在最後的陪伴路上意義重大。可能是堂姐、教會友人、乾哥哥、外孫女等。

和親人的溝通有幾點注意事項：(一)關懷主要照顧者的照顧負荷，並為後續遺族計劃奠定基礎。(二)評估並關懷家庭系統內的悲傷，鼓勵心願完成及道別。(三)視需要安排家庭會議，強化家族支持力量。保障親人對病情、照顧的疑問有溝通管道可獲滿足。

探病者來源甚廣，或是同學、同事、鄰居、教友，或是社會工作轉介的社會資源，如喜願兒基金會等，也可能是因病結識的病友或家人。如果有機會，可推廣安寧療護教育，介紹維護生命及生活品質的觀念，無論是病房海報的張貼、簡介的提供、書籍的借閱，都是靜態的溝通。有關病人身體狀況的衰退，也應就探訪者的需要，予以解釋說明。主動接觸探訪者，可以增加對患者支持系統的了解。

以下提供一案例說明溝通在安寧療護上可能的盲點。某醫



## 七、作者簡介

### 總校閱

#### ■ 張玉仕

馬偕紀念醫院社會服務室課長

曾任：馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心教育管理師

### 作者介紹

#### ■ 李開敏

台大社工系兼任講師

陽明大學學生輔導中心兼任諮商師

華人心理治療研究發展中心諮商師

#### ■ 張玉仕

馬偕紀念醫院社會服務室課長

曾任：馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心教育管理師

#### ■ 蔡佩真

暨南大學兼任講師暨博士生



院的兒童臨終病人為一青少年，因生父早年不負責任棄家，使其成長備極艱辛。醫療團隊認為臨終前生父能來相見，可減少憾恨。雖經母親同意，但未徵詢當事人，致父親出現時引發病人激烈情緒。類似的案例很多，反映出安寧療護團隊對“臨終和解”的看重，也反映許多家庭未了之情結，處理上不得不慎。平日複雜的家庭動力會因死亡事件之將臨更為表面化，溝通的準則必須堅守以病人為中心，以尊重當事人在此生落幕前的自主自決為最大考量。

### 和外界溝通—運用資源、志工

在此亦用另一案例說明善用社會資源的重要性，開啓臨終的外界支持。某醫院兒科病房因為一位音樂工作者的志願投入，每週增加了音樂治療的時間，不但繼續發展成一場病人音樂會，讓固定的練習有了演出的空間，也讓安寧療護的理念經由十幾位病人的歌、朗誦得以傳播。其中一位更在臨終彌留前請音樂老師以歌相伴、相送，成就了一個特殊的告別經驗。

### 溝通媒介

溝通的媒介很多，善用兒童繪本、音樂、畫圖、日誌、芳香一直是安寧療護的特色。若能在病房、家屬休息室或祈禱室設置一看板或留言簿，歡迎分享生命的感動，彼此的祝福，或許也不失為一個鼓勵多向交流和溝通的方式。







# 安寧

0800-072310  
安寧專線

安寧

你知道安寧護理是什麼嗎?

你知道如何利己安寧護理的社會需要嗎?

你知道安寧護理的正確知識嗎?

你知道安寧護理的正確知識嗎?

安寧護理是什麼?

安寧護理的社會需要

Handwriting practice area with horizontal dashed lines on a light blue background.



療護諮詢專線  
**0800-008520**  
免付費，歡迎來電！

- \* 你想知道安寧療護是什麼嗎？
- \* 你想知道如何利用安寧療護的社會資源嗎？
- \* 你對安寧療護有正確的認識嗎？
- \* 你對安寧療護有任何疑問或想認識更多嗎？

開  
打  
了  
！

 **安寧照顧基金會 關心你！**  
 電話：(02)2561-5590  
 傳真：(02)2523-4429  
 地址：(104)台北市中山北路二段92號16樓  
 http：//www.hospice.org.tw  
 e-mail：hospice@ms1.mmh.org.tw

行政院衛生署國民健康局 委託辦理

## 捐款方式

親愛的安寧之友們，感謝您們長久以來一直以實際行動贊助我們的工作。雖然，我們的經濟狀況總是有些拮据，但我們秉持著細水長流、有多少能力做幾分事的態度，支撐著我們以穩健紮實的脚步邁入了第十三個年頭；這一路行來，收穫最豐富的就是您源源未絕的支持與鼓勵。

隨著時代潮流的演進，在捐款方式上我們也不斷開發更便捷的途徑；目前，基金會共有下列六種捐款方式，您可逐一選擇最適合您的方式，持續地奉獻您的一份心力，和我們一起為安寧的成長而努力。

### ♥支票捐款：

抬頭請寫「財團法人中華民國安寧照顧基金會」，以掛號郵寄本會。

### ♥信用卡捐款：

請填妥「信用卡捐款授權書」，填妥卡號、捐款金額等基本資料後，簽上您的大名再傳真或郵寄回本會，即完成您的捐款程序。我們會在收到您發卡銀行撥付的款項後儘快寄上收據。（可由本會網頁下載「信用卡捐款授權書」）

### ♥郵局劃撥捐款：

請至各地郵局辦理劃撥（帳號-14875053、戶名-安寧照顧基金會）即可，不需再繳交任何手續費。我們會在收到您的劃撥單後儘快寄上收據。

### ♥郵政帳戶直接轉帳捐款：

可利用郵局帳戶，直接轉帳至基金會的劃撥專戶內，可省去來回郵局之不便，只要來電本會索取轉帳授權同意書（一式3份），填寫資料後再寄回本會即可。

### ♥捐款專戶：

請逕至各地彰化銀行，填妥聯行代收活期儲蓄存款單（帳號-50815141335300）基本資料後，至櫃臺辦理即可。我們會在每月底收到您的存款單後儘快寄上收據。

### ♥現場捐款：

請直接至本會（台北市中山北路二段九十二號十六樓）捐款。

## 文宣品總表

親愛的朋友：

如您要贊助安寧基金會文宣品工本費，請至郵局劃撥註明您所要的文宣代號及份數（不需收據者，請一併註明）。本會在收到金額後，將儘快寄出收據及文宣。

代號	名稱	內容簡介	工本費
1	安寧緩和醫療臨床工作指引	醫療人員就臨床上的各種狀況，提出解套妙方，是專供安寧臨床人員使用的口袋書。	50元/本
2	開啓一扇窗讓悲不再傷	這是一本寫給喪親者的小冊子，希望和他們一起走過人生的風暴。	20元/本
3	阿嬤再見	藉著小男孩的眼睛，看著阿嬤從生病到過世的過程，搭配精美的插畫，是一本適合大人、小孩閱讀的好書。	50元/本
4	「生命的樂章—個案紀實篇」 影帶/VCD	透過三位病患，三個家庭的故事的現身說法，讓我們知道為什麼安寧療護是癌末病人的最好選擇。	150元/卷、片
5	「人生四季之歌」影帶/VCD	國內首支生死教育影帶，內容精簡、溫暖，卻涵蓋了人們生命中可能會遇到的變化和問題，且深入淺出，是探討生死問題的極佳教材。	150元/卷、片
6	安寧療護醫療綜論錄影帶	介紹安寧緩和醫療緣起、目的、現況之主要概念，更詳述各種症狀處理、溝通、家庭支持等議題，是專業人員瞭解安寧緩和醫療的入門資訊。	150元/套
7	安寧療護護理概論錄影帶	從闡明護理人員面對臨終病人的心態，到瞭解醫學目標、再說明重新定醫療方向—慎終與善終，來看善終的具體作法～安寧療護。影片中的案例真實清楚地讓專業人員瞭解安寧療護的全貌。	150元/套
8	安寧療護醫療綜論VCD(為雙片CD包裝)	同項目6	150元/套
9	安寧療護護理概論VCD(為雙片CD包裝)	同項目7	150元/套
10	本會英文簡介	適合外籍人士及臨床人員參加國際會議之用。	免費
11	「一扇窗的故事」	單張，本會中文簡介。	免費
12	安寧照顧會訊	季刊，可定期索閱。	免費
13	安寧歸去～如何面對生命終點	以幾個小故事寫成的小冊子，內容簡單易懂，適合一般人了解安寧的概念。	免費
14	安寧療護暨緩和醫學—理論與實踐	安寧的基本概念、台灣的安寧狀況等，適合義工閱讀。	免費
15	安寧衛教手冊	含安寧問答、諮詢機構、病情告知、情緒照顧、臨終照顧、安寧緩和醫療條例等，適合家屬及大眾閱讀。	免費
16	中文即時資訊	每月發行一次，刊登本會最新活動及同道訊息等，可定期索閱。	免費
17	英文即時資訊	每兩個月發行一次。	免費
18	安寧緩和醫療條例專業人員臨床作業	本手冊為衛生署委託製作，刊登條例全文、相關表格、施行細則、問答集等。	免費
19	生命花園～安寧心情故事	安寧臨床人員及接受安寧療護的病患及家屬的真心分享。	免費
20	「人生賞味期」VCD	第二支生命教育VCD，內容生動、精闢，從過去、現在、未來，幫助人們思考面對分離與失落時，懂得珍惜當下。	150元/片

# 臺灣原真文



財團法人 中華民國 安寧照顧基金會

出版者 ■ 財團法人中華民國安寧照顧基金會  
 發行人 ■ 黃俊雄  
 地址 ■ 104 台北市中山北路二段 92 號 16 樓  
 電話 ■ 0800-008-520、(02)2561-5590  
 傳真 ■ (02)2523-4429  
 E-mail ■ hospice@ms1.mmh.org.tw  
 URL ■ www.hospice.org.tw  
 基金專戶 ■ 財團法人中華民國安寧照顧基金會  
 劃撥帳號 ■ 14875053  
 彰銀專戶 ■ 50815141335300  
 美術設計 ■ 賴麗榕  
 印刷 ■ 華茂印刷有限公司  
 出版日期 ■ 2004 年 9 月 第一版 第一次 印行

◎ 著作權所有 · 翻印必究 ◎

