



# 臨終病情的溝通模式與技巧

楊博仁<sup>1</sup> 顏啟華<sup>2</sup> 李孟智<sup>3,4</sup>



## 前言

臨終病情的告知及討論，是一門科學，更是一種藝術。臨床醫師該如何以合情合理的態度，達成病情告知的目的，需要結合生物醫學的知識以及良好的溝通技巧。告知的方式會影響病患對病情的理解、對醫療人員的信念與態度、治療順應性，及將來的調適。

臨終溝通包含最初的診斷、預後討論、對治療不如預期的反應，以及生命將結束的對策等。這些議題牽涉到家庭、心靈、倫理與跨文化差異等各層面。本文著眼如何以病人為中心的溝通模式，向病人及家屬告知病情及討論預後，並討論家庭醫師於癌症不同階段可扮演的角色。

## 溝通模式與技巧

溝通是建立良好醫病關係的基礎。良好的溝通會令病人感到親切、受

尊重、有信任感，同時使醫病雙方都感到滿意，進而建立和諧及持續性的醫病關係，提升病人對治療的順從性。藉由良好的醫病溝通，能獲得完整及正確的病情訊息，藉以達成處置的共識，而解決問題。

臨床溝通是動態的過程，醫師要根據病人不同文化背景與需求、不同的臨床狀況，來扮演不同的角色。Emanuel(1992)將醫病溝通模式分為四種：

1. 父權模式 (Paternalistic model)：像是監督人選擇性保留部分訊息。
2. 資訊提供模式 (Informative model)：訊息完全揭露。  
以上兩者沒有考慮病人個別性。
3. 詮釋模式 (Interpretive model)：個人化的揭露，醫師的角色類似諮商者。
4. 審議模式 (Deliberative model)：醫師提出專業建議、分享自己的理念，幫助病人檢視自己的價值，做出抉擇。此模式有如朋友或老師般的誠信對待，同時考量病人自主權。一般是建立在家庭醫師跟病人的關係，也較符合以病人為中心的溝通模式。

溝通的基本原則有「五心」：同情心、同理心、細心與關心，並令對方感

1 中山醫學大學附設醫院家庭醫學科總住院醫師

2 中山醫學大學附設醫院家庭醫學科主任

3 中山醫學大學附設醫院家庭醫學科主治醫師

4 中山醫學大學教授兼教務長

關鍵字: end-of-life care, communication, breaking bad news



到安心。溝通的要素包含：訊息傳送者之語言(包含書面及口語)、臉部表情、肢體動作、音量、聲調、情境與干擾與否，都會影響到接收者對訊息內容的解讀。一般會談的進行有以下幾個技巧：

1. 醫師儀表要整齊，要給予病患親切、穩重的印象，有助於往後的會談。
2. 清爽安靜的環境可令患者感到舒適，較能放鬆地描述病情。

#### 3. 語言的溝通(verbal communication)：

- (1) 用字遣詞使用簡明易懂的字句，並就患者之文化及教育背景，做彈性的調整。
- (2) 鼓勵性的言談：使用開放式的詢問法、重複重要的字句、簡明扼要的總結。
- (3) 適時地使用支持的語氣如：「我們一定盡力幫助你」、同理心的語氣如：「我能瞭解你對這次治療的擔憂」。

#### 4. 語音的溝通(vocal communication)：語音的輕重、高低、轉折及停頓等代表不同的意義。例如病患談話突然中斷、暫停，可能是有難言之隱。而醫師暫時的靜默，則表示重視或鼓勵繼續談的作用。

#### 5. 行為的溝通(behavioral communication)：

- (1) 姿勢動作：醫師坐姿輕鬆，上身微傾或微微點頭，可令患者鬆弛，並感受到專心傾聽。握手或拍肩等動作可表示關懷。

- (2) 面部表情：適當的目光接觸，鼓勵繼續傾訴。

- (3) 語音行為：對患者的言談，發出「嗯! 嗯」的聲音時，表示傾聽陳述。

6. 病人因心理社會等原因，不易吐露敏感事宜時，醫師應表達願意聆聽或幫助的立場，如：「有什麼我可以幫忙的地方，不要客氣，請講。」

### 以病人為中心的溝通( patient-centered communication )

臨終照顧是「以病人為中心」的醫療服務，以病人主訴為導向，考慮到病人的處境、心理及情緒反應，強調尊重病人的需求喜好及自主參與。其內涵是包含了身體、心靈以及社會各層面兼顧的全人照護模式；其目的是提高病患生活品質。Dale (2000)等認為以病人為中心的照護模式，授權給病人，根據自己價值及需求作最好的選擇，決定生命的結果。溝通的關鍵要素在於病人的理念、信仰、期望、情感及恐懼會被瞭解。實行此模式可建立正向的醫病關係及情緒的連結。

以病人為中心的醫療照護，常使用的是LEARN溝通模式：以同理心傾聽(Listen)並明瞭病人的問題、詳細說明(Explain)對問題的看法、認知(Acknowledge)到醫病雙方對於臨床狀況了解與解釋的異同點、提出檢查及治療的建議(Recommend)及與病人協商(Negotiate)決定彼此可接受的方案。



以病人為中心的溝通，進行步調應合乎病人的希望及訊息的接受能力，醫師應適當的維持同理心與真實的平衡，表現真誠及較少控制的行為，由病人及醫師共同參與決策過程。就癌症病人的觀點而言，偏好何種溝通要素呢？Clark (1995) 調查發現，醫師具有前瞻性、病患被充能 (empowering)、清楚及積極的討論問題、改善病人對癌症經驗的認知 (normalize the cancer experience)、承認個別差異、表達真誠與同理心、保證連續性的支持及給與希望 (convey hopes) 等特質是有利的溝通要素。

關於溝通模式與技巧的臨床應用方面，癌症病情的告知與溝通預後，是最讓醫護人員感到棘手的問題，但卻也是照顧癌症病患所必經之歷程，故特別探討這兩個溝通課題，做為溝通技巧的延伸，期望能為相關臨床醫師提供實用的建議。

### 病情告知之溝通技巧

病情告知之目的在於提供病人及其家屬疾病相關資訊，如病情、可能的治療方案、可能之併發症、副作用，以及不治療之後果等，以便在醫療處置和生命照護上能作出最適當的決定。為何要告知病情有下列幾點考量：

1. 知情同意 (informed consent) 的醫學倫理基礎：醫師要告知病人相關資訊，促使病人主動參與自身的臨床決定；要得到病人告知後之同意，方得進行該醫療決定。

它是建立於誠實、自主原則及尊重病人主體性的倫理基礎上。有效的知情同意包含幾個要素：病人能獲得足夠的資訊並充分理解、病人具有決定能力、做決定時沒有受到操弄或脅迫、病人有表達自己意願的機會。

2. 法律規範：安寧緩和醫療條例第八條明文規定：「醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。」這說明病患知道病情的權利，而告知病情已是醫師的法定說明義務。

臨床上有許多研究，指出病情告知的好處包括：避免在無知之下做決定、預知未來可能遭遇之問題、降低不確定感和焦慮、使病人能積極接受正規之治療、提高病人及家屬之醫療參與和醫囑順從度。一般當檢驗 (尤其是病理學之驗證) 結果確認癌症之存在時，臨床醫師必須在彙集相關治療方針與預後等完整醫療資訊，儘快安排會談。

關於病情告知，可參考 Buckman (2005) 的六步驟 (The SPIKES protocol) 來實行：

S (setting 物理環境及社會情境)：場所要隔音安靜、隱密、非診間環境 (如討論室)，避免電話或其他人員等不必要的干擾與中斷。病患可選擇親友陪同，隨時給予支持。要有充分的時間，給病人及家屬情緒上的緩衝。表現出專心平靜的身體姿勢，採取坐姿，移開物理屏障的隔



閱，維持視線的接觸。

傾聽模式(Listening mode)：(1)當病人陳述時保持沉默，以示尊重。(2)陳述重要的字眼。病人：「我受夠你的治療。」，醫師可回答：「那方面的治療讓你受夠了？」也可表現點頭、微笑或嗯的聲音。

P(perception 感受)：評估病人的瞭解，採取說之前先問的原則：「當摸到腫塊時，有什麼懷疑？」、「目前為止對這疾病，你知道了多少？」；藉由開放式的問題，建立病人及家屬已知的內容。紀錄病人的語言跟詞彙。如果病人採取否定的機制，最好不要與之起衝突，應該溫和的處理。

I(invitation 引導)：尊重病人知道或不知道的權利，例如：「你想知道全部詳情，還是…？」、「關於治療及診斷，你想要得到多少訊息？」。可從瞭解病患及家屬的立場，決定訊息如何被處理。

K(knowledge 訊息)：在還沒告知壞消息時，先給病人心理準備，例如：「很遺憾的，我有壞消息要告訴你…。」用字遣詞要以病人能理解的話語，簡單、直接，避免用診斷性的字眼跟專業術語。以溫和的語調而不是宣判的口氣陳述事實，態度要坦白。溝通是動態的過程，要依個別情況及步調，調整病情告知內容的多寡。

E(empathize 同理心)：感受病人的情緒反應。病情告知後，病人可能會經歷從否認、憤怒、討價還價、沮喪到接受心理

歷程，針對可能的情緒反應要有因應之道。最有用的是「同理心的反應」(the empathic response)技巧：

步驟(1)傾聽及檢視情緒(混雜的情緒)：

「聽了剛才我告訴你的消息，你覺得如何？」

步驟(2)檢視情緒的成因及來源：一般是來自剛聽到的壞消息。

步驟(3)連結前兩步驟：「聽到報告的結果，顯然讓你很震驚」或「我能理解你的感受，許多人都會有這樣的反應。」結合同理心反應(empathic responses)及探索性反應(exploratory responses)，印證(validating)病人的感覺，可以表現出人道關懷。

S(summary 摘要)：在討論結束之前，將資訊做整合，清楚了解目前為止的現況；對下個步驟要有明確的計畫，也讓病人或家屬有發問的機會。

### 討論預後之溝通技巧

根據國外已開發國家的研究顯示：有百分之八十的癌症病患希望能得到詳細預後訊息，而約有百分之二十不想知道完全的訊息。國內方面，根據桃德癌症關懷文教基金會在2000年，針對364位台灣癌症病患所做的調查顯示：有九成病人曾被告知自己癌症名稱和治療方式，但有五成病人卻不曾被告知有關疾病的預後。

根據2003澳洲國立乳癌中心及癌症控



制機構，提出討論預後的指導準則如下：

1. 在開始治療之前提供預後消息
  - (1) 作為治療決策的一部分。
  - (2) 詢問病人是否想被告知預後消息，探查他目前的瞭解及期待。
2. 討論預後之範圍
  - (1) 癌症詳細分級及預後之涵義。
  - (2) 治癒與否的機率。
  - (3) 治療的可能好處及風險。
  - (4) 平均及最長的存活時間區間。
3. 如何討論預後
  - (1) 先聲明任何預後評估都有它的極限，提供包含文字、統計圖表的資訊。
  - (2) 結合口頭評估，例如機率大小。
  - (3) 當提及相對風險，可使用統計用語，如平均值。
4. 討論摘要
  - (1) 簡述諮詢要點，再評估病人瞭解。
  - (2) 給予希望，例如存活的特例。
  - (3) 有任何問題可再會談。

當評估病患已準備好討論預後，要先建立病患適當的期望(expectations)一要有最好的希望，但做最壞的打算。而討論治療方案的選擇有兩種溝通方式，其一是提供完全的(full spectrum)治療選擇，以反映病人的需求，鼓勵其積極參與治療；其二是提供次序性的(sequential)治療選擇，以便在最初的治療不成功之時，能考慮下一步，允許其他的替代方案。當建立治療及照顧的優先目標時可詢問病患：「現階段你最擔心的問題是什

麼？」；而在建立完整治療計畫時，可說：「關於你的疾病，我們打算這麼處理…我們會給你最好的照顧，讓我們一起努力！」

### 家庭醫師於癌症不同階段所扮演的角色

對於癌症病患的照顧，家庭醫師的角色在於提供連續性的心理支持，協調醫療決策，安排社區資源，監控後遺症並對疾病提供前瞻性的見解(表一)。

家庭醫師的身分像是病患的個案管理者及醫療諮詢者。Steinmetz及Gabel(1992)提出的三面向模式(three-dimensional model)，更清楚界定家庭醫師的角色：

第一面向：直接介入病人及家屬：建立良好的醫病關係、與家屬互動、支持悲傷及喪親、死亡教育、面對倫理及法律議題與症狀緩解。

第二面向：處理醫師自身的需求及人際發展的困境：了解自身對臨終議題的感覺、尋求指導及支持與接受繼續教育。

第三面向：協同其他照顧者：家庭醫師是病人的中心支持者，整合其他社區機構及資源，協調其他專家及照顧者，同時也是教育者。

家庭醫師可藉由開放式的溝通來釐



表一 家庭醫師於癌症不同階段所扮演的角色

角色	早期	中期	末期
病情說明	討論診斷、疾病過程、治療選擇、病人或家屬的價值目標及治療喜好。	討論治療效率。	評估病人或家屬對預後及疾病過程的了解。
溝通預後	討論預後的期望。	幫助病人瞭解預後的改變及重新聚焦期待；再檢視病人的價值觀及喜好。	客觀地討論實驗性治療的優缺點；討論緩和醫療(palliative care)的選擇，像是安寧療護(hospice)。
討論病情變化	當評估緩和和醫療的需求時，主要聚焦在醫療(medical treatment)；目標在延長生命同時改善生活品質。	聚焦在醫療及緩和醫療的需求。	明確地聚焦在緩和醫療以改善症狀；目標在於改善生活品質，包括癌症轉移所產生的症狀，像是腸阻塞。
協調照顧	轉介病人給次專家，要求病人還是要定期回診；要求次專家能定期回報病人的照顧情況。	監控病人的症狀及身心的反效果；討論安寧療護作為治療選擇；鼓勵病人開始積極的計畫，例如：當病情惡化時，指示穩定的代理人。	討論所選擇治療的益處與傷害；討論緩和和醫療的選擇。
提供支持	允許病人表達感情；回答問題及表達關切；提供情緒支持及同理心，轉介病人及家屬給支持團體或諮商。	回答問題及表達關切；提供情緒支持及同理心。	回答問題及表達關切；提供情緒支持及同情心；讓病人相信他不會被放棄。
提供照護	癌症預防、篩檢及診斷；提供相關醫療資訊。	癌症治療期： 與其他專科醫師聯繫與合作；參與整合及建立治療團隊；協助舉行家庭會談，提供建議。	住院安寧療護(安寧病房)： 疼痛與症狀緩解；併發症處置；臨終照顧；指導家屬做好善終準備；撫慰家屬哀傷。 安寧居家療護： 家庭訪視及出診；疼痛緩解與症狀控制；協調聯繫社區資源；轉介入院治療；臨終照顧；指導家屬做好善終準備；撫慰家屬哀傷。

資料來源：參考資料 7

清各方的期望：

- 1.對病人：「你想要瞭解接下來會發生什麼嗎？」、「你跟你的家屬如何處理這個消息？」
- 2.對次專科的專家：「你預期這個新的治療的好處、壞處，病人可以獲得多少的助益？」
- 3.對治療團隊：「有什麼其他的資源可以動員？」

當討論安寧或緩和醫療的選擇時，一定要小心傳達，不能讓病人有被放棄的感覺。醫師如果把他的角色僅視為治療疾病，那可能傳達給病人一個錯誤的訊息：如果治療失敗，就是照顧的結束。Quyen (2008)等舉出一些不恰當的語詞：談到照顧結束時，醫師的用辭：「你已經治療失敗(例如化療或放療)」。病人可能的解讀是：「治療已停止，我的醫生



不想再照顧我了」。較委婉的說法應該是：「癌症對治療的反應似乎不如預期，你是否覺得應該考慮另外的治療方式？不管你決定如何，我會在你身旁。」

### 結語

增進臨終的溝通策略有四個重要的環節：醫師的人際溝通技巧、以病人為中心的照顧模式、善用醫病溝通模式及提升臨終的生命品質。面對不同社會文化的差異，需要完善的溝通來填補許多知識及認知的鴻溝，而溝通則需要不斷的學習及演練。

面對無法治癒的絕症，對於病人及家屬而言，是生命中前所未有的衝擊，也是艱苦的歷程。但家庭醫師可藉由以病人為中心的溝通，尊重病人自主，讓病患共同參與醫療照護；實踐四全照顧，包括身、心、靈的全人照顧、病患及家屬的全家照顧、癌症每個階段的全程照顧及多專家協調合作的全隊照顧，以改善病人的生活品質，確保他們可以得到最佳的照顧，這才是臨終病情溝通的目標。

### 參考資料

1. 李孟智：家庭醫學與全民健保醫業管理。增訂第四版，台北：合記圖書出版社，2003：261-7。
2. Stendardo S, Kushner P, Mayeaux EJ: Cancer: Supporting Patients and Families. American Academy of Family Physicians 2002 Annual Clinical Focus:1-15.
3. Larson DG, Tobin DR: End-of-Life Conversations. *Evolving Practice and Theory. JAMA.* 2000;284:1573-8.
4. 楊孝友、蔡甫昌：知情同意。蔡甫昌編著，臨床倫理病案討論。台北：橋井文化事業股份有限公司，2007：14-7。
5. Buckman RA : Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Commun Oncol* 2005;2:138-42.
6. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Dimitry S, Tattersall MHN: Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Annals of Oncology.* 2005;16:1005-53.
7. Ngo-Metzger Q, August KJ, Srinivasan M, Liao S, Meyskens Jr FL: End-of-Life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication. *Am Fam Physician.* 2008;77:167-74.
8. Steinmetz D, Gabel LL: The family physician's role in caring for the dying patient and family: a comprehensive theoretical model. *Family Practice* 1992; 9: 433-6.