



Farber醫師（前排右四）、Wilkie教授（前排右五）與本院安寧療護團隊人員合影留念。（吳偉涵提供）

# 請聽病人說！ 與末期病人溝通的藝術

文／家庭醫學科 總醫師 吳偉涵、主治醫師 林文元

3月21日的下午是一場令人緊張又期待的交流，美國華盛頓大學家庭醫學科的教授兼醫師Stuart Farber及芝加哥伊利諾大學護理學院的Diana J. Wilkie教授出現在本院。他們是在國科會、台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會以及多家醫學中心的邀請下，來台展開精采的面對面教學，本院是其中一站。

Farber醫師自1989年即開始從事安寧療護的相關工作，主要負責安寧緩和醫學的教導、教材編製及溝通諮詢，並且出任多個委員會的主席和委員，如家庭醫學委員會主席、倫理委員會主席、醫學教育委員會委員等；Wilkie教授的專長是疼痛控制；兩人的組合式教學打破了我以往的觀念，獲益良多。

Wilkie教授的疼痛教學詳細認真，她對相關用藥也知之甚詳，而Farber醫師擅長溝通，華盛頓大學在臨床末期病人的照顧或溝通上有任何問題都會診他。他們爲了推廣安寧緩和醫療，與其他醫護同仁運用網際網路與多媒體視訊設計出一系列的線上學習工具，使學習不受時空限制，師長在線上根據學生的學習進度及成果給予評核及回饋，並且經常與學生透過電子郵件討論醫學倫理議題。

Wilkie教授說，經由線上學習，她的學生可是遍及全世界，「台灣也有喔！」這套教學系統嘉惠了各地有心學習安寧緩和醫療的學生，此次來台，他們將其介紹給各醫院，提供台灣的臨床醫學教育另一種網路互動模式。

### 有效的溝通要懂得傾聽

在美德病房進行個案討論時，我們提出的個案是一位深受腫瘤傷口及惡臭所困擾的頭頸部腫瘤病人，他在住院後，不適症狀大幅減輕，但當他可以回家時，家人卻因爲不知如何照護，心生焦慮，再加上害怕處理傷口以及家中環境的障礙，因而反對他出院。

Farber醫師和Wilkie教授讓我們分別扮演病人及家屬，演練一場想像劇。我們在過程中呈現出家屬相互間的想法，以及醫療團隊與病人及家屬的對談，當「假病人」十分入戲的傷心落淚時，護理人員給他一個大大的擁抱，此舉得到兩位學者熱烈的掌聲鼓勵。Farber醫師說，醫師常感嘆沒有充裕的時間與病人或家屬進行溝通，其實有效的溝

通不一定是冗長的，往往15分鐘左右即可看到效果，重點是要掌握對方向，用心聆聽病人的聲音，而且溝通不限於言語和肢體，無聲的擁抱有時更勝千言萬語。

### 傳統溝通 「Tell-Ask-Tell」

在這場盛會中，Farber及Wilkie一再強調，長久以來我們與病人的溝通模式陷入了「Tell-Ask-Tell」的循環，我們總是先開口向病人解釋一堆我們認爲必須先告知的事項，接下來才詢問病人有什麼問題，等病人提出問題，我們再提供答案，然而病人究竟瞭解了什麼？想瞭解什麼？或許都已被醫師滔滔不絕的言語所掩蓋。他們建議我們不妨試者轉換一下開頭，改成「Ask-Tell-Ask」。

### 人性溝通 「Ask-Tell-Ask」

「Ask-Tell-Ask」的溝通模式是以問題爲起點，透過詢問，瞭解病人的想法、病人所認知的狀況、病人的需求與期待，以及哪些是他（她）已經瞭解、想要瞭解、或者不想瞭解的事項。醫護人員必須發揮同理心，不但妥善說明病人期待瞭解的問題，在言談中也要注意病人釋放的訊息，因爲那很可能是另一個引領我們深入病人心靈的線索。例如，當病人對醫療團隊說I am peace，這可以是一個會談的結束，也可以是讓我們思考的線索。病人爲何對醫療團隊釋出I am peace的訊息？是想結束溝通？還是另有含意？他們這番話讓我不禁回想起在繁忙的住院醫師生涯中，我是否曾經錯過許多無言的訊息？

此外，在安寧緩和醫療裡，多的是我們開不了口的議題，例如壞消息的告知等，這在中外皆然。如果家屬或醫師對於病人的狀況說不出口，Farber醫師提供了一些開場白，如「How do you understand your situation? (請問你知道自己目前身體的狀況嗎?)」病人可能會說「我得的是某某癌症」、「我覺得我可能好不了了」，醫療上很多應否告知病情或刻意隱瞞的倫理問題就可獲得解決。接著詢問「What do you want to be sure we discuss today? (我們今天可以談談嗎?)」藉此探詢病人目前的準備狀況如何?是否可以進行深入的會談?有時病人在沒有取得一定的信任前，無法對問題有深切的回應，也無法表達出情感與恐懼，但我們常常會發現當我們準備好聆聽病人的故事時，其實病人對自己病況的瞭解程度已遠遠超過我們的想像，所以應試著share information with patient而非僅僅tell the information to patient。

### 醫學倫理衍生的兩難習題

在進行醫護分組討論時，Farber醫師和大家分享的議題是「東方倫理下的病情告知問題」。在美國的華人同樣會對病人隱瞞病情，尤其是年事已高的長者，家屬往往因為擔心病人知道實情會情緒低落，喪失求生意志，加速死亡，因此強顏歡笑的刻意隱瞞病



美國Farber醫師(左三)與Wilkie教授(左五)到本院向醫護人員講解與末期病人溝通的藝術。(吳偉涵提供)

情，讓病人以為自己還有痊癒的希望，就連醫療決策也由家屬自行參與。然而，醫學倫理強調的是尊重病人的自主權，我們要如何在家屬的反對聲浪中做到這一點呢?這種兩難的狀況，臨床上屢見不鮮。

Farber醫師曾經遇到一位罹患膽管癌的福建省籍老太太，她不會說也聽不懂英文，子女基於上述想保護病人的理由，不願告訴她病情。Farber醫師讓我們討論該如何解決？我想起在臨床工作上，有時必須由病人或家屬對醫療措施做出決定，當家屬把病情瞞著病人時，也就只能由家屬決定希望從事何種治療。當我們尊重家屬的決議而不再詢問病人的意見，病人經常是安靜的躺在病床上，默默的接受這一切，時間的流逝彷彿都沒了意義。醫師查房，也總是和病人打個招呼就和家屬走向門外，或是僅隔著圍簾談話，家屬隨後再輕描淡寫的告訴病人，醫師要如何如何治療，卻沒有表明他們已經為病人決定了一切。

### 專家經驗談令人茅塞頓開

有時我向家屬反覆說明應該要讓病人有自主權，要讓病人瞭解自己真正的處境，並決定自己要接受何種治療，但家屬往往以擔心病人知道真相會情緒低落，甚至打擊求生意志而善意的拒絕。Farber醫師的處理

方法是與家屬溝通，他在不告知病情的情況下，詢問那位福建老太太：「請問現在方便與您談談嗎？」她回答：「可以。」Farber醫師：「我們可以將醫療處置方法向您說明嗎？」她回答：「向我的兒子說明就可以，一切都交由他決定。」因為病人授權家屬代為決定，無形中就解決了醫師的倫理困境，執行醫療業務會更加順利。

這次課程使我們大有收穫，以上只是其中之一而已。我學到了當面對病人及家屬時，應該鼓勵他們多說一些，從中瞭解他們已經知道哪些訊息，給予他們真正想要的資訊，而非自以為是的大量灌輸病人自己認為他需要瞭解的東西。用心聆聽，關懷分享，正是與末期病人溝通的不二法門。☺

