

天主教醫師協會年會  
我如何告知壞消息

臺中榮民總醫院

婦產部主治醫師/緩和醫療中心主任

倫敦大學 緩和療護碩士

黃曉峰 醫師

# 不好的告知 例一

60歲男性，肝癌，第一次住院，栓塞  
(家人轉述)

- ◆ 醫師：你這是肝癌，這就只能做栓塞，再來就無醫阿。
- ◆ 栓塞後的痛苦，沒有得到注意及處理
- ◆ 醫師查房時重複說‘你這癌，這無醫阿’
- ◆ 病人原本可以騎車跑來跑去的；原本有鬥志的，可是打擊加上痛苦，他一個月後去世。

## 不好的告知 例二

- ◆ 一位母親帶著被診斷【一耳嚴重聽力受損】的女兒到醫學中心
- ◆ 醫師重做聽力測驗後，看著報告說：這幾乎聽不見、也不用帶助聽器了  
(很簡潔的回答，包含預後和處置)
- ◆ 媽媽一片空白，之後一年才再開始詢問如何照顧.....
- ◆ 如果是你:說完報告之後, 你還須要說些什麼?

# 如果是你

## ◆還要說些什麼？

- n 以前病患的經驗、曾出現的問題、病友團體、社會資源...
- n 之後照顧要注意的地方、學習上的問題...
- n 造成的病因、是否會影響另一耳...

→ 都是**理性**的層次：提供訊息

（可能醫師是說了，但是她「腦中一片空白」所以有聽沒有見）

## ◆她可能有的情緒：罪惡感、茫然、想要再尋求第三意見（否認）、失落、失望

## 那年我才高一...

◆ 46歲女性，卵巢癌，術後八天，前一日被告知切片報告

“我昨天到現在哭了好幾次，我覺得老天爺這玩笑開得太大了...”

“祂為什麼讓我生這麼多病！”

“哦？你以前生過其他病？”

“是啊！我有白斑症！”（額頭上，看不太出來）

“醫生跟我說，你這個不會好的，你不用再來了，再來也沒有用！”

## 那年我才高一...

“我覺得很生氣，那年我才高一！我到現在還很恨他！”(30年了，還在生氣！)

我就換一個醫生看，這個醫師說：“這個一半會好一半不會好；你可以晒太陽、抹藥...”

# 病人為什麼不高興？

- ◆ 病人對醫生溝通技巧拙劣的不滿意,遠超過對技術能力不足的不滿意 (Ben-Sira,1976; J.Health Soc. Behav)
- ◆ 病人不高興是因為:
  - n 聽到壞消息
  - n 醫生說壞消息的方式
    - w 醫生沒有在聽
    - w 醫生說一堆專有名詞
    - w 醫生像是向下宣布事情

# 醫生說了三句話

◆ 52歲職業婦女，上腹痛、食慾下降、健檢醫師說：‘你的身體是第一名的’

◆ 一個月後出國旅行回來，腹脹

◆ 婦科醫師看著超音波結果說：

n ‘你都不看病的嗎？都已經有腹水了’

n ‘去排電腦斷層’

n (可不可以不開刀)‘不行，你先到外面等，有誰跟你來？(女兒)叫你女兒進來就好’

◆ 女兒說：醫生只是告訴她這個腫瘤可能有遺傳機會，她自己要小心……



# 醫生說了三句話

◆ 病人心情：無知的恐懼



# 沟通技巧

## 面對怒氣-metastatic adenoca of bil. neck LN

- ◆ 65y/o male, Metastatic adenoca, bil neck, primary unknown.
- ◆ Diagnosed 2 months ago, Refractory to C/T.
- ◆ Dyspnea, death rattle, weakness, not in pain.
- ◆ 案妻：‘伊昨天 有討說要回家’
- ◆ 回應：同理她的失落、討論‘要回家’的意涵、詢問回家照顧的能力、說明居家照顧、詢問是否有其他家人希望一同決定
- ◆ 結論：傍晚開家庭會議

## 面對怒氣-metastatic adenoca of bil. neck LN

- ◆ 家庭會議: 兒子、女兒、妻妹(2)、妻舅(2)
- ◆ ‘我下午看過A先生，他看來狀況不太好，所以請大家過來，不知道大家有什麼看法’
- ◆ 女兒: ‘爲什麼又沒有比較好、就要趕我們出院?’ ‘你們這麼大間的醫院，怎麼就沒有辦法可以醫他的?’
- ◆ 妻妹: ‘那你要幫我們轉回去L綜合’
- ◆ 兒子: ‘轉去T綜合卡大間，可以再治療’
- ◆ 女兒: ‘你要幫我們安排好轉診喔，以前某某人轉來的時候...這次轉來的時候讓我們在急診等’

## 面對怒氣-metastatic adenoca of bil. neck LN

回應：

◆‘爲什麼又沒有比較好、就要趕我們出院？’

‘你會覺得好像我們急著趕你爸爸出院(重述)，其實我是在會診時知道爸爸有這樣的想法，所以想知道大家的看法(說明)，來決定目前的治療方向和照顧的場所(聚焦)’

## 面對怒氣-metastatic adenoca of bil. neck LN

回應:

◆ ‘你們這麼大間的醫院，怎麼就沒有辦法可以醫他的?’

‘你會覺得醫院這麼大，一定有好方法可以治療他的ho! 這個病才知道沒有多久怎麼就會不能醫咧?...看爸爸每天都沒有比較好，心理一定很著急!(同理)

不過，現在醫生有沒有說可以開刀? ‘不能開了’

那如果醫生說要打化療? ‘不行啦，他現在這麼虛弱!’

所以聽起來，你們也會覺得好像要往前走也沒有什麼好方法可以把他治好的 ‘我們知道不可能了，盡量給他舒服一點就好了’(小舅子)

## 面對怒氣-metastatic adenoca of bil. neck LN

◆回應:

◆關於轉院

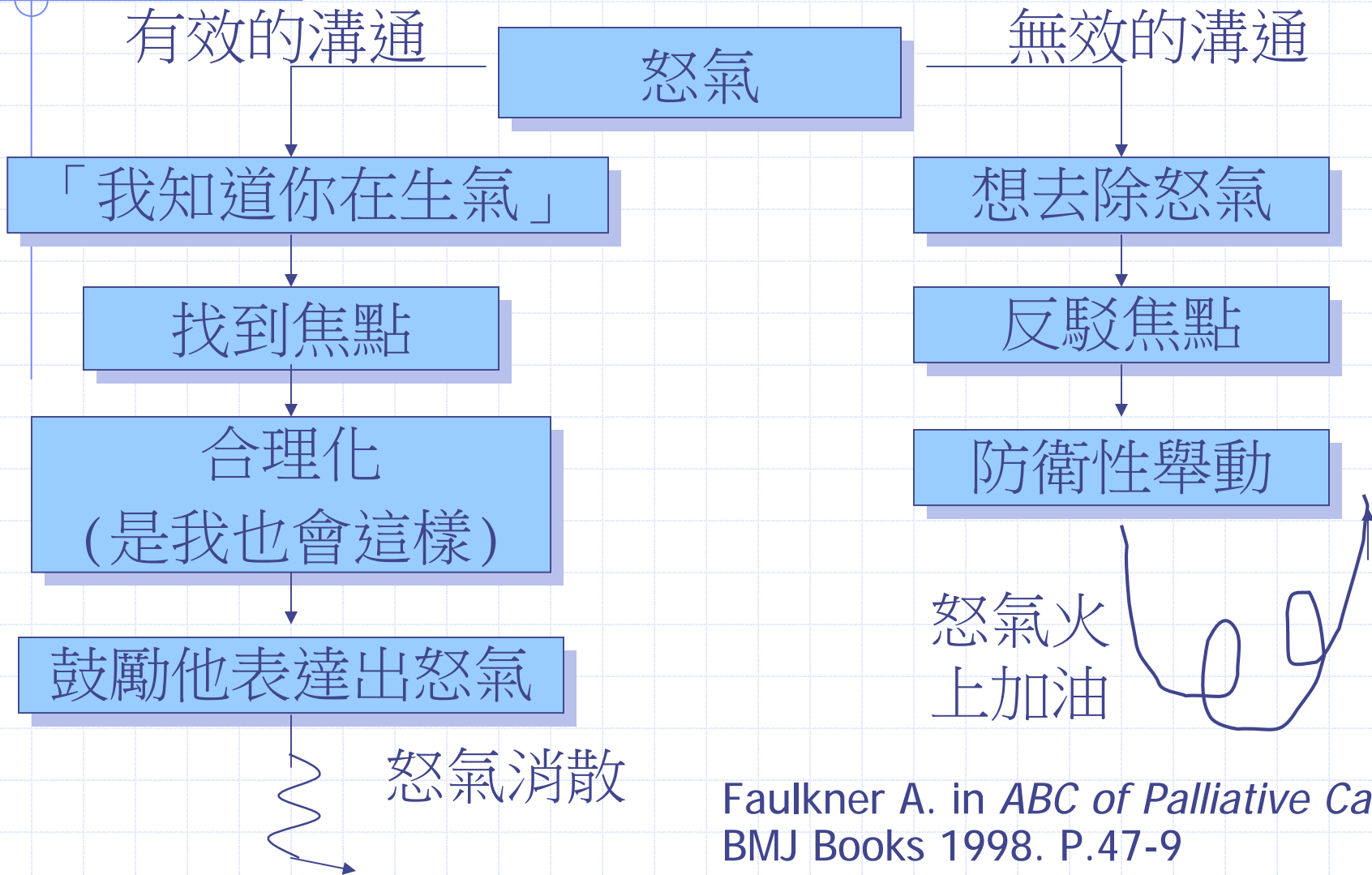
其實要轉回家或是轉到其他醫院，我們盡量配合(ignore細節)；只是到其他醫院，治療的目標還是要抓清楚，不然做了很多檢查，到時候醫生問說要不要化療或是電療，大家還是決定不要，可是時間就浪費掉了(分析建議)

## 如果我這樣回答：

◆你爸爸的病已經很嚴重了，也沒辦法開刀、也不能化療、連放射治療也不能做了，我們沒有辦法再治療了；就只能給他舒服一點就好了...你們轉院大概人家不會收的啦！



# 應付怒氣



Faulkner A. in *ABC of Palliative Care*.  
BMJ Books 1998. P.47-9



# 病情告知

# 家人擔心些什麼

- ◆ 怕病人無法接受 (unable to cope)
- ◆ 怕剝奪病人的希望，自我放棄
- ◆ 怕一旦病人被告知，自己無法掌握自己的情緒
- ◆ 不想被病人發現：原來他們一直都知道
- ◆ 擔心壞消息是以一種**粗糙** (甚至是**粗暴**) 的方式傳達給病人

R.J.Dunlop, J.M.Hockley: *Hospital-based palliative care teams*, p73-75. Oxford Univ Press, 1998

Faulkner A. in *ABC of Palliative Care*. BMJ Books 1998. P.47-9

# 醫生擔心些什麼

- ◆ 缺乏訓練，技巧不足
- ◆ 怕刺激病人出現情緒的痛苦不安
- ◆ 怕一旦病人被告知，自己無法掌握病人爆發的情緒
- ◆ 擔心混雜自己的情緒--所以故意採取專業(冷漠的)態度
- ◆ 擔心被家人怪罪治療失敗
- ◆ 給病人治療才能給他希望 Over-identification
- ◆ 必須面對自己對死亡的懼怕

L.Fallowfield, in Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2004

# 讓病人自己說

- ◆ 自我介紹(姓or姓名、醫師)、訪視目的
- ◆ 身體檢查；找到治療/手術的痕跡
- ◆ 讓病人述說治療內容、受苦經歷
- ◆ 詢問及同理其社會心理的可能 distress
- ◆ 有機會觸及其靈性問題、同理其不安、讚許其平安
- ◆ “順便問到” DNR

# 魏老師

- ◆ 52 y/o lady, Colon ca,
- ◆ 英文老師, 退休二年
- ◆ Cachexia, Carcinomatosis
- ◆ 單人病房, 護士: 先生要求隱瞞病情  
(又要拆一個炸彈!)

# 魏老師

- ◆ 自我介紹後,我可以坐下來嗎?(坐在床旁)
- ◆ 您現在最不舒服的是?
- ◆ 您開的是什麼刀?醫生怎麼說?
- ◆ 現在肚子裡情況怎麼了?
- ◆ 喔,那你一定很擔心!

# 魏老師

- ◆ 因為喘由居家住院
  - ◆ 謝謝先生
  - ◆ 化妝
  - ◆ 我下午要回去了
- 
- ◆ 先生轉述：我們要快樂地接受這個事實



# HOW TO BREAK BAD NEWS

A GUIDE FOR HEALTH-CARE  
PROFESSIONALS

Dr Robert  
Buckman

By the author of I DON'T KNOW WHAT TO SAY

'A book to help us in this demanding and rewarding area of communication... its ease of style and clarity of presentation will help many, both among the general public and professionals.'

*Dame Cicely Saunders, DBE, FRCP, FRCS*

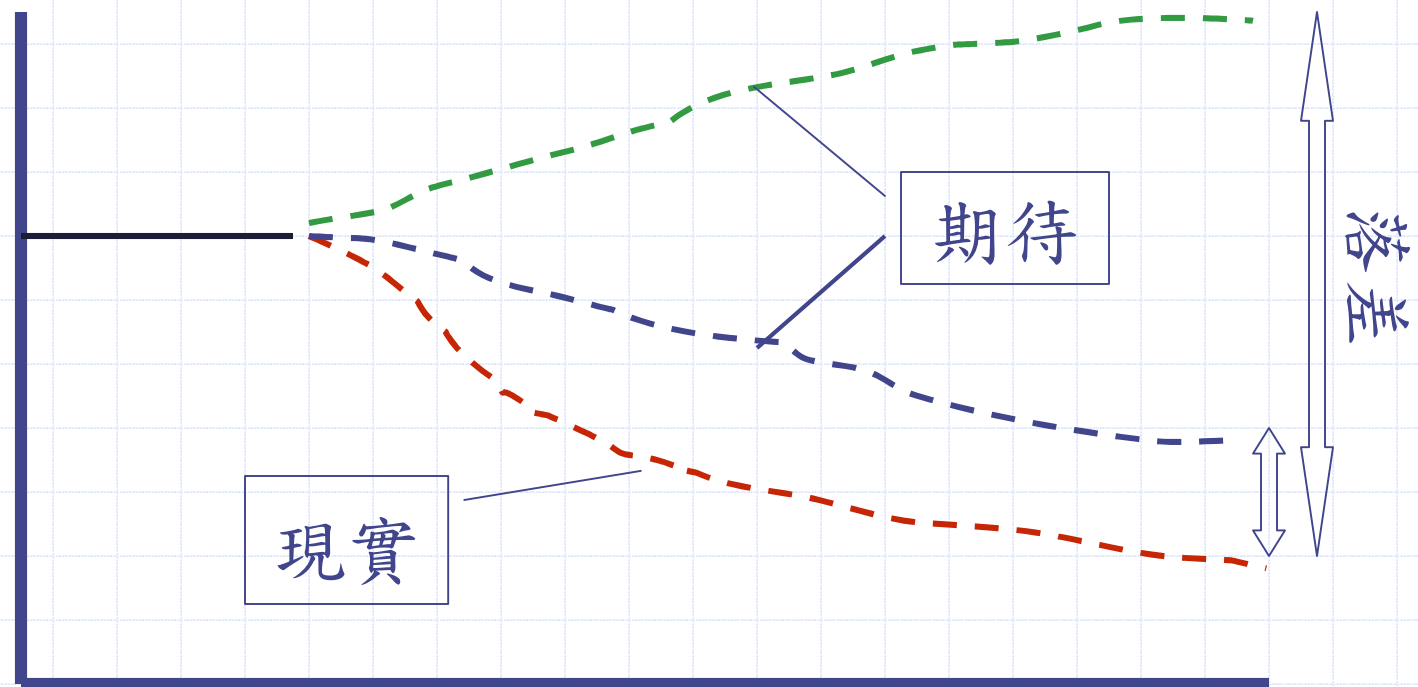
Dr. Robert Buckman

Robert Buckman,  
*MB, PhD, FRCP, FRCP( C )*  
*Medical Oncologist and*  
*Associate Professor of Medicine,*  
*Toronto-Bayview Regional Cancer*  
*Centre, University of Toronto, Canada*

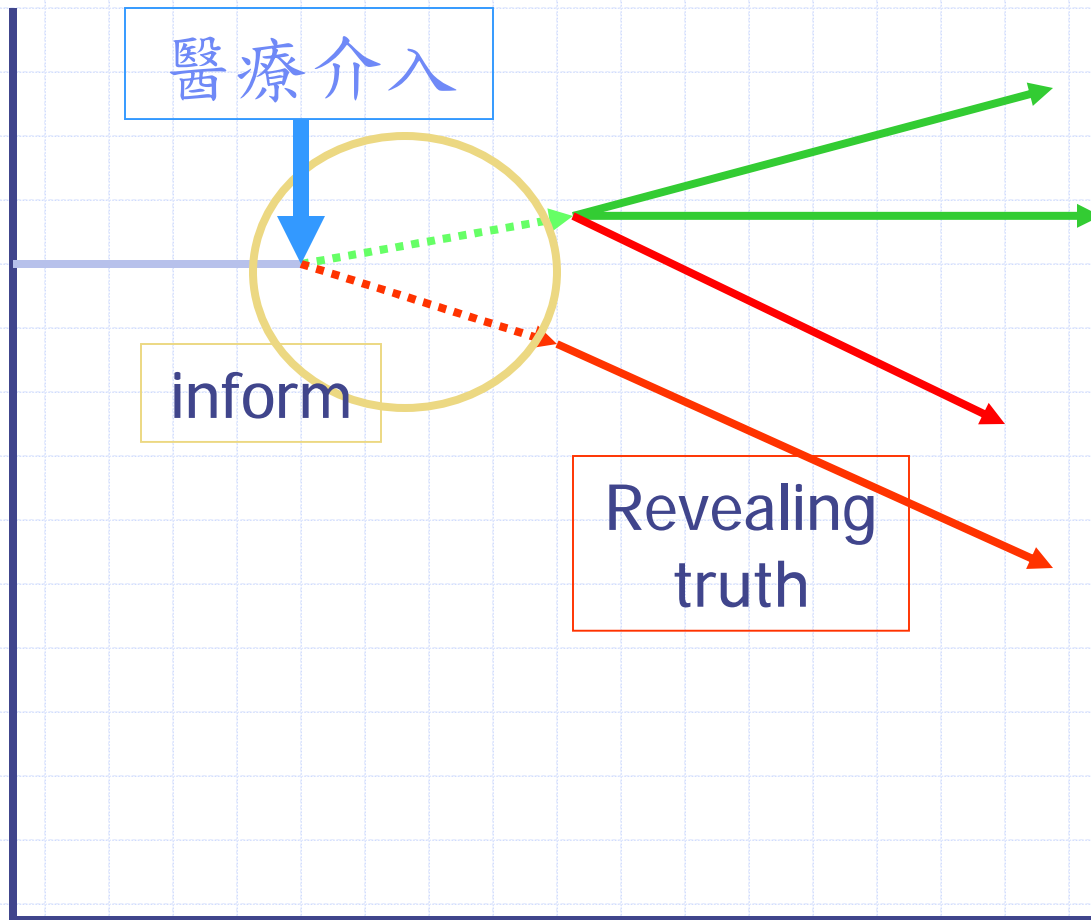
London: Pan books, 1994

# “壞消息”影響

取決於病人的期望與醫學上現實情況之間的落差 (the size of gap)



# 知情同意前的說明與病情告知



# SPIKES

- ◆ Step 1. **Setting** : 準備動作
- ◆ Step 2. **Perception** : 弄清楚病人已經知道多少
- ◆ Step 3. **Invitation** : 弄清楚病人希望知道多少
- ◆ Step 4. **Knowledge** : 訊息分享
- ◆ Step 5. **Empathy** : 對病人的心情做適當的回應
- ◆ Step 6. **Strategy** : 擬定治療及追蹤計畫

# Step 1. 準備動作

開場白：

◆ 正常的問候語

◆ 先問些問題

n 如：你現在感覺如何？今天好嗎？...

—除非病人先發問。

n 避免正因症狀所苦，無法深談。

n 如時間緊迫：“我知道你不太舒服，但是我想跟你談一下，明天我們再多談些。”

# Step 1. 準備動作

## ◆重要訊息：

n 我們在乎他的狀況，

n 會談將是雙向的，

n 要求病人表達，有機會評估症狀、精神狀態、語言能力等。

– Buckman R. *How to break bad news – A guide for healthcare professionals*. London:Pan books, 1994

## Step 2 弄清楚病人已經知道多少了

◆概括地瞭解病人對病情的瞭解：

n 他自己覺得病有多嚴重

n 未來會受多大影響

n 重點不在於知道：病理生理學/疾病名稱

## Step 2 弄清楚病人已經知道多少了

從病人的回答中，仔細聽三個部分：

◆他了解多少？與實情有多接近？

◆病人描述的方式：

n 話中有些什麼情緒、教育程度、敘事能力。

n 注意他使用的語彙(或避免用到的字)

◆病人描述中的情緒：

n Verbal and Non-Verbal

n 不必評斷這些反應



## Step 3 弄清楚病人希望知道多少

- ◆ 關鍵的一步！
- ◆ 好比手術的切口：
  - n 手術中必要的
  - n 必須在正確的部位。
- ◆ 如果病人沒有清楚表達想知道或不想知道更多訊息，我們就不知道自己講太多還是太少

## Step 3 弄清楚病人希望知道多少

- ◆ 不是問：你想要知道你的病是什麼嗎？
- ◆ 醫師說的話不是病人唯一的訊息來源：  
病人知道自己覺得好不好；知道到醫院  
是要作檢查或手術；聽到別的病人說  
的；聽到其他工作人員說的；
- ◆ 如果醫師什麼也沒說  
≠ Simple, Reassuring good news

## Step 3 弄清楚病人希望知道多少

◆ 問病人是否要 Information-Sharing 是  
要知道病人是否願意明白地且全盤地談  
論病情 (overtly and in full view)

◆ Jones S. (Br Med J. 1981)

Dr told 200 p't with lung ca: *“the diagnosis would be available next visit - if they wish to know, they should ask, if they did not wish to know, they should not ask and would not be told.”*

100 p't asked: 2 regretted later

100 p't not asked: half later indicated that they knew anyway (subsequent studies: 75-97% of patients wants to know)

## Step 3 弄清楚病人希望知道多少

### ◆用語：

“如果情況比較複雜不容易說明，你是不是還是要知道到底是怎麼回事？”

“你要我告訴你這個診斷的所有細節嗎？”

“你習慣哪裡不對都要弄清楚，還是你只想聽聽治療的計劃？”

“你想知道到底是哪裡不對的詳細情形，還是你只要知道大綱？”

“關於你的情況，我要把全部細節告訴你，還是你要我先跟另外甚麼人講？”

## Step 4. Sharing the Information

◆ 由二部分組成

n 披露訊息： 你把訊息帶給病人。

n 治療性對話： 傾聽並且瞭解病人對這訊息的反應並給予適當回應

◆ 這兩個部分同時進行

## Step 4. Sharing the Information

### ◆ 決定我們要談的事(agenda)

Diagnosis - Treatment plan - Prognosis - Support

### ◆ 病患有二項不容侵犯的權利:

1. 接受或拒絕任何我們提出的治療建議,
2. 對知道的消息產生反應、表達感受.

# 從病人希望的起跑點起跑 – Aligning (對頻)

- ◆ 會談至此，已經知道病人對狀況瞭解的程度，以及他用哪些詞彙來描述他的瞭解 – 這是我們的起跑點
- ◆ 增強(Reinforce)病人已經說對的部分，使用他的詞彙，接著說下去。
- ◆ 病人可感到有信心(狀況掌握中)，知道自己說的我們聽到了，覺得我們把他的話當一回事

# Aligning - Educating

- ◆ Educating: 把病人的感受與我們在醫學上的所知拉近距離。
- ◆ 如何進行: 先小幅度地改變病人的瞭解，並且持續觀察反應。使病人接近事實的反應：增強之；遠離事實時，強調相關的醫學訊息。



# Guidelines for Educating

- ◆ 一次給一小口 (in small chunks)

- n 病人只記得50%!

- n 先給預防針 (the warning shot)

- 當病人的期望與事實有個Big Gap時：  
‘事情可能比你想像的要糟糕一點...’

- n 說一段故事，描述發生了什麼事。

- ◆ 說白話文，病人聽得懂得話

- ◆ 經常檢查他聽懂了沒

# Guidelines for Educating

- ◆ 強調重要的訊息：重複說重點、使用圖表或書面資料、影像資料
- ◆ 檢查自己的level：
  - n adult-to-adult 或 talk down to patient?
  - n 是否接受到病人的訊息?
  - n 病人的詞彙是否改變了?

# Guidelines for Educating

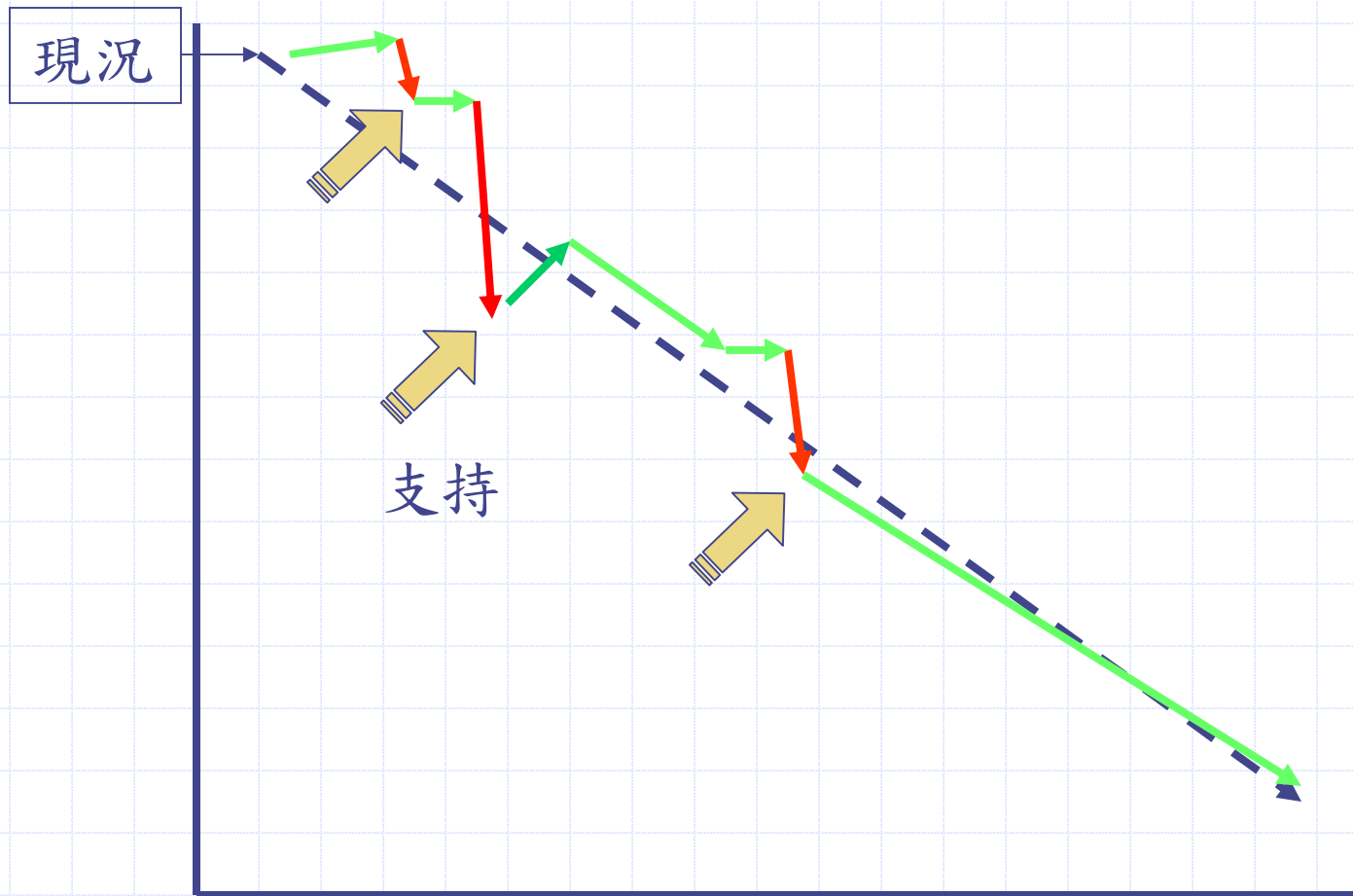
## ◆聽出病人想談的事 (listen for patient's agenda)

1. 嘗試能引出一個‘我所關心的是...’的清單
2. Listen for **buried questions**. 在談話當中插進來的問題，常是重要的問題
3. 如病人要主導話題，讓他主導.

## ◆試著把我們的議題與病人的議題混在一起

- n “我知道你擔心掉頭髮，我待會會告訴你，不過我先把化療的好處和缺點先告訴你”

# 病情告知- 縮小預期與現實的差距



## Step 5. 對病人的心情做些回應

- ◆ Factual response
- ◆ Aggressive response
- ◆ Judgmental response
- ◆ Reassuring response
- ◆ Empathic response

# 回應的不同深度

層次	回應方式	
I	完全以自己為中心，沒有回應對方的意思，質疑、保證、評斷、建議	<p>‘我一直嘗試和父親好好相處，可是沒用，他對我太嚴了’</p> <p><del>你為什麼不能好好相處</del>            繼續努力你一定能成功的            你把問題看的太嚴重了            你應該試著由他的角度想想</p>
II	回應對方說話的內容意義， 但忽略對方的情緒感受	<p>你和父親相處有困難，常常不合</p>
III	回應對方說話的內容意義， 以及情緒感受	<p>一直無法和父親相處融洽，你覺得很沮喪</p>
IV	回應對方說話的內容意義、 情緒感受、以及絃外之音	<p>你覺得很沮喪，因為無法和父親相處融洽，你希望他能相信你</p>
V	回應對方說話的內容意義、 情緒感受、以及絃外之音，並給予一個行動建議	<p>無法和父親相處融洽，你覺得很挫折沮喪，你希望他能相信你，給你機會表現，或許你可以向他表達你的感覺</p>

Carkuff and Pierce (1975)

## Step 6. 擬定治療及追蹤計畫

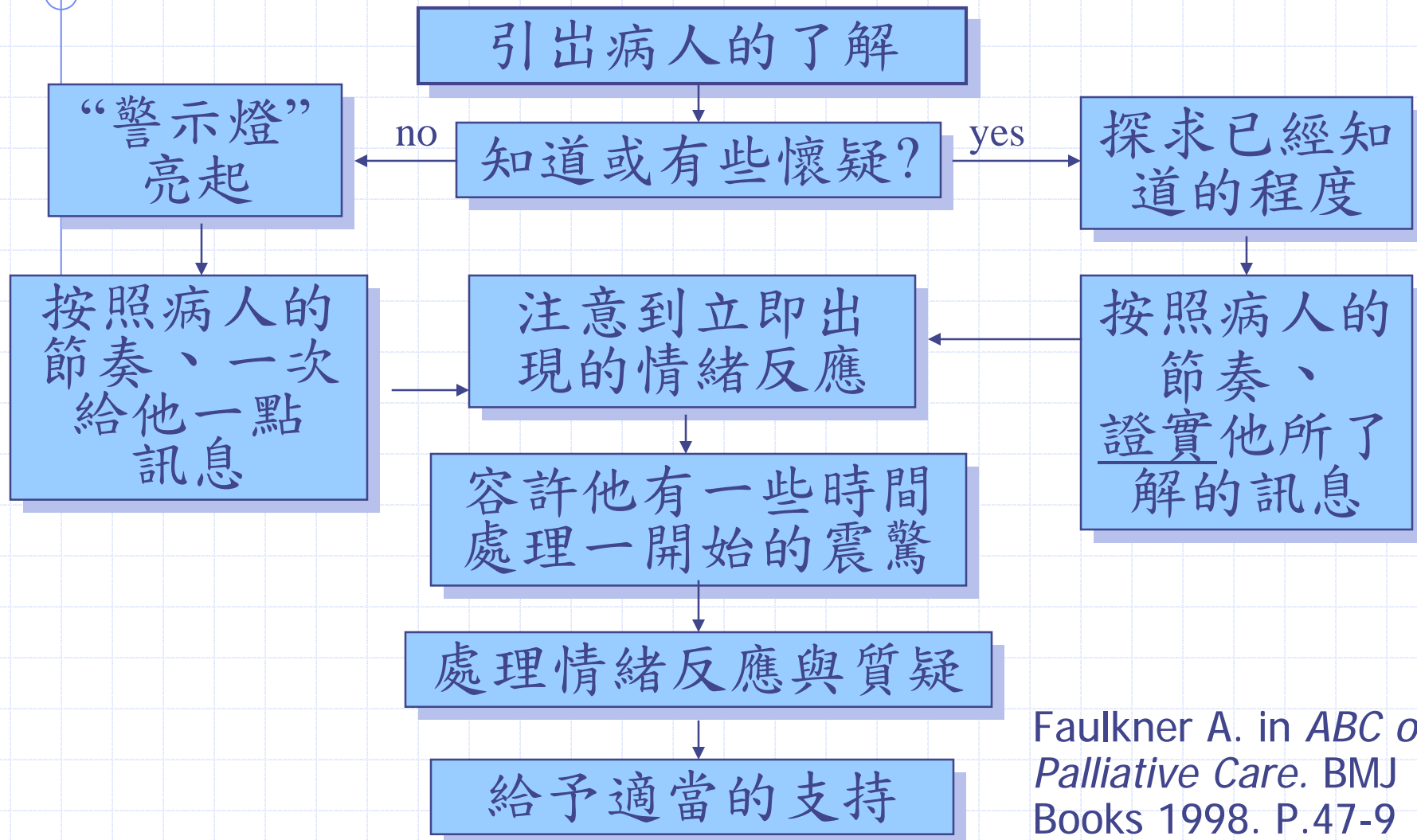
### ◆ 規畫未來(Planning for the future):

1. 表現出你了解病人的 problem list
2. 指出你對可以有彈性/會保持彈性
3. 定下治療計畫 並加以解釋
4. 找到病人的自我調適方式並適當地加以肯定(Identify coping strategies of patient and reinforce them. )
5. 幫病人找出其他支持資源

### ◆ 作結語

### ◆ 約定後續動作

# 告知壞消息 Breaking bad news



Faulkner A. in *ABC of Palliative Care*. BMJ Books 1998. P.47-9



# 希望在哪裡？

## ◆ 4 levels of Hopes

- n Hopes for cure
- n Hopes for control and prolonging life (changing prognosis)
- n Hopes for a better life (improving quality of life; improving level of function and comfort.)
- n Hopes for a good / peaceful death (cared for in all times, not deserted. )

D. Bridge 2005; D. Currow, 2006

# 交談與溝通的層次

溝通的層次	Responding to patients	溝通的內容
寒暄	Reassuring response Aggressive response	直覺的反應 未經深思
談別人的事	Judgmental response	
理性的交談 分析解釋,忠告建議	Factual response	身體生理的問題 或知識
感性的交談	Empathic response Questions, Silence	情緒/靈性層面的 問題
(蔡佩真:同理心及 溝通訓練, 2002)	(Robert Buckmann. <i>How to break bad news – A guide for healthcare professionals.</i> , 1994)	

# “不理性的意見/要求/決定”

$P \rightarrow Q$

◆若：考慮理性的因素

⇒則：理性的要求/決定

$\equiv \sim Q \rightarrow \sim P$

◆若：不合理的要求/  
決定

⇒則：不在理性層次的  
因素(在干擾決定)

# 何時同理？何時問

- ◆ 約略知道，同理
- ◆ 摸不著頭緒，問
- ◆ 不要勉強回答、說明

## 避免這些回應法

- n 不要想那麼多！過去的事就讓他過去吧！
- n 要勇敢！想想那些更不幸的人吧！
- n 看開一點，就當做沒發生過！
- n 我能了解你的感受，那沒什麼大不了的！
- n 我都走過來了，你一定也可以！
- n 世上不如意的事，十之八九！
- n 這算得了什麼？世界上還多得是更悲慘的人呢！

- 呂素貞：超越語言的力量,2005, p44

# 演練：再次插管治療？

- ◆ 76歲男性，抽菸五十多年，COPD病史15年，近二年尤其嚴重，曾有二次因為急性發作併發肺炎及呼吸衰竭，住到ICU，插管治療後改善而出院。
- ◆ 三天前因為喘送到急診，診斷COPD併急性發作，肺炎。
- ◆ 醫師給與治療後，症狀並未改善，喘的更嚴重，醫師考慮應該再次插管治療。
- ◆ 醫生問病人：是否願意再插管。病人勉強回答說：我不知道，問我兒子...
- ◆ 兒子說：醫生，他插管就會好嗎？

## 演練：再次插管治療？

◆ 醫生認為病人肺炎情形並非不可治癒，在插管治療後仍然有可能如同以往一樣病癒出院。但是當然無法保證一定能拔管。醫生意見偏向鼓勵病人及家人接受插管治療。

# 演練：再次插管治療？ (兒子的劇本)

- ◆ 兒子的一位好友的父親也一樣因COPD而反覆急性發作，最近一次發作時插管治療，結果存活下來但是無法拔管，作氣切後，在呼吸照顧病房長期住院，家庭經濟平添許多負擔  
n 好友對插管感到後悔，曾向案子表示懊悔當初決定。
- ◆ 兒子(反覆問)：醫生，你可以保證會好嗎？
- ◆ 兒子(底限)：我也希望我爸好起來，但是我不要我爸爸再插管了！我要簽不急救同意書



# 演練：再次插管治療？

## (Dr.A的劇本)

◆一再(耐心地)說明或解釋插管必要性：

◆我怎麼可能保證

(底限)：

◆如果家屬堅持不要插管，要請家人在病歷上簽名表示醫師有告訴他們不插管可能會死亡。

◆如果不願插管那麼要請他們辦自動出院。

# 演練：再次插管治療？

## (Dr.B的劇本)

不立刻解釋病情：先說下列的話：

◆你很不希望爸爸再一次被插管喔！

n 你每次看爸爸插管一定覺得很心疼。

n 如果有其他好的治療方法而不用插管，你一定會馬上讓他去做對不對？

◆你可以告訴我什麼這麼擔心嗎？

◆(再解釋需要插管的理由...)

◆你一定很想盡兒子的責任為你爸爸做一個最好的決定。

# 演練：再次插管治療？ (兒子的回饋)

◆原不想和Dr.B坐下，因為與Dr. A談完感到頗為激動，覺得站的比較能活動，(因為已經想打人)

◆覺得解除武裝：

n 坐下時

n 被直視入眼中

n 聽到：每次看爸爸插管一定覺得很心疼



# 同理心與訓練

# 面對難以回答的問題

◆ 生理層面、理性層面：提供答案 (factual response)

◆ 情緒層面、靈性層面、不合理的要求或拒絕治療、已經回答了n次的問題：

⇒ 是否有 unspoken question?

n 開放性問句 (Open Question)

n 給予同理反應 (Empathic response)

-Robert Buckman，趙可式

# 自己深信不移的事

- ◆ 上帝/神
- ◆ 安寧療護
- ◆ 愛與被愛-親子、夫妻、情侶
- ◆ 善有善報
- ◆ 努力一定有完美的結果
- ◆ 我一定要活著

# 維持和諧關係

God (Higher Being) 主宰

Faithfulness, hope,  
gratitude

Self 自我

Self-identity,  
wholeness,  
inner peace

Self

Others 他人

Love,  
reconciliation

Natural 自然

Inspiration from the beauty  
of nature, creativity

趙可式. Spirituality in Hospice  
Palliative Care, APHC 2001

# 同理心Empathy的過程

◆察覺某種情緒已經出現

(Identify the presence of an emotion)

◆找出情緒的由來

(Identify the source of the emotion)

◆告訴他，你知道他這樣的情緒，說出  
他沒說出的隱喻

(Acknowledge the emotion)

-Robert Buckman

◆三段話：回應內容、回應情緒、絃外之音



# 同理性回應的結構

- ◆ 一句困難問題轉換成三段話同理：
  - n 回應內容(重複關鍵字、用自己的話重述一次、描述他的行為)
  - n 回應情緒(下頁)
  - n 絃外之音(如果不是這個困境，應該會...)

# 同理性回應中 常用於描述情緒的語句

◆說出他沒說出的情緒-- Acknowledge the emotion

n 我看到你的**XXX**

n 我知道你會覺得**XXX**

n 你是不是覺得 **XXX**

◆很多人/家人 都會這樣覺得

◆我想如果我是你，我也會**xxx**

趙, 2004; Robert Buckman, 1994

# 同理性回應+理性說明的結構

## ◆三段話同理：

- n 回應內容(重複關鍵字、用自己的話重述一次、描述他的行為)
- n 回應情緒(你會覺得...，很多人也會...，如果我是你我也會...)
- n 絃外之音(如果不是這個困境，應該會...)

## ◆說明

## ◆再同理(說出他聽完說明的心情)

# 住院醫師訓練的目標

◆美國內科醫學會  
住院醫師訓練的目標  
是養成有豐富知識  
的,有足夠能力的,  
具有憐憫心的醫師,  
並且符合高的倫理  
道德標準 .

◆ Am Board of Internal  
Medicine:  
The goal of residency  
training is to produce  
knowledgeable,  
competent, and  
compassionate  
physicians with high  
ethical and moral  
standards .

# 一位好醫師的標準-賴其萬教授

## ◆ Sensitivity to human suffering

對人們受苦的敏感度

## ◆ 如何增進[對人們受苦的敏感度]

- n 隨著資歷增加自然學得?
- n 當自己成為病人或經歷過失落的苦之後就能體會?

# 練習

◆ 理性要說明或建議的事，是什麼？

◆ 同理的內容是什麼

n 回應她的內容(行為的內容)？

n 她的情緒？

n 她沒說出來的話是？

# 我不想開刀

- ◆ 38歲女性，卵巢癌，開刀後完成六次化療，追蹤十個月後發現腹腔內腫瘤復發。原本不願開刀，經醫師說明解釋後，同意手術，並簽署手術同意書住院手術。
- ◆ 術前一日住院後，在護士要為她灌腸時，拒絕灌腸並決定不開刀，堅持要出院。

# 我不想開刀

- ◆ 理性要說明或建議的事，是什麼？
- ◆ 同理的內容是什麼
  - n 回應她的內容(行為的內容)？
  - n 她的情緒？
  - n 她沒說出來的話是？



# 我不想開刀

## ◆ 理性要說明的：

- n 屬於platinum-responsive tumor、
- n 再次手術及化療仍有機會控制腫瘤增加存活期、
- n 手術減除大部分腫塊可以讓化療的成功率增加、
- n 如果堅持回家必須要在病歷上簽署、
- n 不應該自我放棄否則...

# 我不想開刀

## ◆同理的內容

- n 手術和化療的痛苦你都已經很清楚、不喜歡這種不舒服
- n 你想到得要重新再來一次，一定覺得很挫折；
- n 你覺得這麼努力了怎麼上帝/老天爺都沒有來幫你
- n 你很想躲起來！

# 我不想開刀

## ◆同理的內容

### ◆說明：

- n 屬於platinum-responsive tumor、
- n 再次手術及化療仍有機會控制腫瘤增加存活期、
- n 手術減除大部分腫塊可以讓化療的成功率增加

◆再同理：我知道對你而言，手術或不手術都是很難的決定。

## 我不想開刀(二)

◆病人回應：我不想過這樣的生活，我想過很多，雖然很不甘心但是仍然可以接受生命大概就這樣了。能不能就給我安樂死就好了，或是讓我舒舒服服的過日子就好。

# 我不想開刀(二)

## ◆ 理性要說明的：

- n 安樂死是不合法的、是違反醫學倫理的、
- n 手術及化療仍有機會控制腫瘤增加存活期、你不應該放棄機會
- n 手術及化療控制腫瘤就能夠讓引起的不舒服減少、
- n 醫師的看法認為你馬上跳到安寧照顧言之過早、
- n 我就是安寧照顧的醫生...

# 我不想開刀(二)

## ◆同理的內容

- n 你想到要安樂死一定是覺得這樣的生活很痛苦、
- n 你覺得這不是你要的生活
- n 你其實已經對人生有很深的體驗、覺得如果只有這樣、你想過自己要的生活
- n 你很想跳過去！直接給你結局就好了

# 我不想開刀(二)

## ◆同理的內容

### ◆說明：

- n 安樂死是不合法的、不被我們醫生所認同
- n 手術及化療仍有機會控制腫瘤增加存活期、放棄機會我們覺得可惜
- n 手術及化療控制腫瘤就能夠讓引起的不舒服減少、
- n 醫師的看法認為你馬上跳到安寧照顧言之過早、
- n 恰好我就是你到了末期會接手照顧你的醫生...
- n 如果你真的要回家，可否維持回來看門診

### ◆再同理：我知道對你而言，手術或不手術都是需要很大的勇氣。

## 我不想開刀(後續)

- ◆因為談完已經夜間11點，提醒病人務必在30-40分鐘內決定以便及時完成出院手續，以免多付一天病床差額。為此匆促抱歉。
- ◆10分鐘病人的弟弟與妹妹說病人同意開刀、同意進行灌腸
- ◆完成同意書簽署，向病人說：你一定是下了很大決心；明天開完刀我會來看你
- ◆(出院前)‘你給了我勇氣’



# 基本的原則

- ◆ 溝通的重點在於聆聽，而不只是說話或告知的技巧(Communications are as much about **listening** as about talking and telling.)。
- ◆ 不要以為溝通就是傳遞訊息給另一個人。它還包含聆聽、知道何時該聽而何時該靜默、何時該說多少而何時該保留一些、以及如何根據我們要溝通對象的不同而有所修飾。

-D.Doyle & D.Jeffrey in: *Palliative care in the home*. Oxford U. Press 2000

# 一位退休護理長

- ◆ 退休二年, 子宮內膜癌, 術後, 化療; 復發, 化療... 肺轉移 ⇒我可不可以和你談一談? 現在要換去年用過的藥, 小紅莓, 紫杉醇
- ◆ ‘我每次要等CA-125都很緊張...’
- ◆ ‘上次和前一次Carboplatin劑量用450mg, 可是我的體重有變重, 那是不是上一次應該劑量多一點?’
- ◆ ‘我一直想退休後做好多事, 到孤兒院做義工, 到教會幫忙...我跟上帝禱告說趕快讓我的病變好, 好讓我可以去做這些事’
- ◆ ‘像上次腸阻塞將近一個月後來通了, 我好高興, 這一定是上帝的恩賜...但是有時候沒有好, 也會怨祂, 爲什麼沒有回應我的禱告’

# 一位退休護理長

- ◆ 談她的心境, 一起咀嚼這些情緒⇒您都記得這麼清楚CA-125的變化, 你真的很在意. 情緒隨著指數高低一起高高低低...
- ◆ ⇒每次復發換藥的心情, 以前都很有信心, 相信自己一定會好; 現在很需要再找人確認這些藥物是不是真的有效
- ◆ 回頭看自己走過的路, 真不知道自己是怎麼走過來的
- ◆ 你有好多退休後想做的事, 上帝應該要幫你好好去做
- ◆ 上帝讓你的病變好一些你就很高興
- ◆ 有時候怨祂好像沒有在聽

# 一位退休護理長

- ◆ 挑戰她的心境⇒您會生上帝的氣吧
- ◆ 您希望回應你的祈求,要在你祈求的清單中,祂有沒有可能用其他的方法回應你?
- ◆ 你現在看日出,看大自然還會覺得好美嗎
- ◆ 你的生活重心好像都是CA-125! 你確定你的病有一天好了你還知道如何過生活享受生活?
- ◆ 建議⇒有沒有可能不要這麼認真當病人?

# 退休護理長與上帝

◆ 意料之外的併發症：視力受損

◆ 詢問新症狀帶來的衝擊

◆ 妳與上帝之間的關係？

n 她知道病痛不是上帝在生氣

n 不懂上帝為什麼還要給她這麼多考驗

n 教友的“鼓勵”令她生氣

n 同意這是與上帝最接近的一段時間

◆ 以前也曾有過與上帝這麼親近的經驗？或是人生中的大困境而由上帝得到力量？--父親的腸癌

# 退休護理長與上帝

◆ 對上帝求的比較多?!

n 對啊，教友也會這樣告訴我

n 上帝不會生氣的，在祂面前我們都是小孩子

◆ 有沒有可能祂就是要讓我們能從小孩成為成人?

n 可能啲

# 能不能給我一支針

- ◆ 49歲女性，未婚，與相戀十年男友結婚前一個月診斷出卵巢癌
- ◆ 手術後接受第一次化療；噁心嘔吐、體力大減、終日臥床、情緒低落
- ◆ 希望不要再打化療
- ◆ 會診緩和療護
- ◆ 「能不能就給我一支針！我已經都準備好了！我也沒什麼牽掛...」

# 能不能給我一支針

- ◆ 理性上的答案：「不行...安樂死不是我要做的」
- ◆ 你一定是已經很痛苦了，所以希望我趕快讓你脫離這裡(回應內容)
- ◆ 你以前什麼都自己來，現在什麼都要靠別人幫忙，你很不喜歡這樣的日子，這種不上不下的不是你要的人生(回應情緒)
- ◆ 可是我不能幫這個忙...我很想幫你的忙，也幫許多其他病人的忙；可是我如果給你這樣一支針，我馬上就關起來，以後就不能再幫其他人了(說明)



# 能不能給我一支針

- ◆ 討論我可以在症狀上幫些什麼忙...
- ◆ 趁她患尿布的空檔，四處看。櫃門貼一張教會朋友的慰問卡

# 你還會禱告嗎

- ◆ 問到教會朋友是否給她支持
- ◆ ‘你還會禱告嗎？’
- ◆ ‘那麼你禱告時能不能請上帝
  - n 垂憐你的痛苦
  - n 不要忘了早一點帶你回去
  - n 賜給這些照顧你的醫護人員智慧去療解你的痛苦，以便答應讓你早點回天國

(Dr. Bridge)

# 安樂死的請求

- ◆“我已經準備好了”
- ◆“我活著還有什麼用？”
- ◆“活著有什麼意義？”
- ◆“我為什麼還要等下去？還要等多久？”

“活著 沒有意義”

◆解決之道：

n 不要“活著”？

n 不要“沒有意義”！

# 我們通常怎麼思考？

## ◆對生命已經絕望的人：

- n 樓頂準備跳樓的失戀男-幫他避開遮雨棚？
- n 要攜子投水的失業單親媽媽-幫她確定水夠深？
- n 被地下錢莊逼急，要引廢氣自殺的計程車司機-幫他車外貼膠布？
- n ...

## ◆我們會幫他們 (1)有效率地死掉or(2)設法勸下來，協助渡過難關？

# 對於安樂死的回應

## ◆ 無法回答，但可以回應

- n 你不知道為什麼還要活著(內容)
- n 你一定是覺得很痛苦，才會這麼說(情緒)
- n 這樣活著不是你要的
- n 很多人走到你這樣的困境，常常都會這麼想

## ◆ 挑戰：你準備好了嗎？

- n 道歉、道謝、道別
- n 別人來道歉、道謝、道別

# 蔡老師的眼淚

◆ 38歲女性，乳癌復發病友，

n 右側乳癌，手術、化療、放療，局部復發

n 多發性骨轉移、服用雙磷酸鹽、無症狀

n 中學老師，兒子中班

n 基督徒

◆ 急診，上背胸壁痛，會診安寧

n 臆斷：為神經性疼痛

n 加開抗癲癇劑，回家

# 蔡老師的眼淚

- ◆ 二週後，右下肢乏力，肌力：3/5
  - n 經由急診住院(週日)，臆斷：脊髓壓迫
  - n Steroid 使用後次日有下肢恢復肌力，疼痛明顯改善。討論放射線治療脊椎轉移處
  - n 住院第一周：bone scan, Spine MRI
  - n 疼痛時好時壞
  - n (週五)向護士抱怨為何住到安寧病房還要幫她做這麼多檢查？她就是為了不要再做治療才同意到安寧病房的！



# 蔡老師的眼淚

## ◆住院第八日(OS:該談談這個抱怨)

- n 這一週很辛苦，跑來跑去檢查
- n 對啊！為何住到安寧病房還要做這麼多檢查？我就是不要再做治療才到這裡的！
- n 做這麼多檢查有什麼用？做治療就會好嗎？我現在是這裡痛(指前胸皮膚復發小腫塊)又不會腳痛沒力氣。
- n 你能保證這次治療會好嗎？反正最後還不是一樣！

# 蔡老師的眼淚

## ◆住院第八日

同理：

- n 很希望我清楚地告訴你：這次電了就會好
- n 一開始你一定很努力地配合治療；可是每次復發又讓你失望；每一次醫生都不能保證你...
- n 你覺得努力也沒有用是不是？
- n 你或許會覺得現在又不是背痛，為什麼要治療背部？
- n (說明)可是現在不治療脊椎，萬一塌了壓迫神經、下半身不能動，對你的傷害更大！

# 蔡老師的眼淚

## ◆住院第八日

- n 抱怨：每天我醒過來都很生氣，為什麼還讓我活著，沒有睡著睡著就把我帶走！我希望就這樣一直睡，不要醒過來。有時候感到這樣睡著很好或是夢到愉快的事，就被你們：老師老師，醫生誰誰來看你了。
- n 大家都叫我要好好利用現在的時間；我想要的人生我已經得到過了
- n 留話給小孩有什麼用！他長大本來也不一定聽你的...那不關我的事了！

# 蔡老師的眼淚

◆住院第八日

n 同理...

n 約定...

n 你可以來握我的手，讓我知道你來了！

# 蔡老師的眼淚

## ◆住院第九日-傍晚

n 先生：她今天精神好好，講了很多話

n 讓我哭一哭也好。常常很想哭但是也哭不出來。

n 善用時間

n Helen的心情

# 練習

◆請在說明之前，試著先使用同理性回應

# 同理心的(自我)訓練

## ◆ 自我訓練

◆ 第一步：不要有問必答，不要有話就說（病患或家人不是專科口試委員!）；先同理看看

◆ 從病人身上學：

n psychological impact

n social impact

n spiritual impact

◆ 用以前病人的話同理以後的病人

# 同理心的(自我)訓練

◆ 從病人身上學：

◆ 在cancer journey 的某點，詢問病人

n 醫師告訴你得了這個病，你一定很不好受吧？  
(psychological impact)；

n 這個病讓你有什麼喜歡做的事情不能再做了？什麼角色不能再扮演了？(social impact)；

n 這段期間會不會讓你有時會想要怨天尤人的想法？(spiritual impact)

◆ 用以前病人的話同理以後的病人



# 如何與(癌末)病人/家人交談

◆ 準備好傾聽病人的心聲：坐下、放輕鬆、肢體接觸

◆ 發問：

n 是非題/選擇題 (封閉式發問法)

n 簡答題/問答題 (開放式發問法)

◆ 稱職的聽眾：讓病人說、盡量不打斷他的話、鼓勵的語助詞 (嗯、啊、喔、降子又)

◆ 聽到了：複述一次最後一句話中的關鍵字、用自己的話再講一次、引申他的話

W 重述、澄清、摘要

◆ 回應：再問問題、提供事實、給予同理、靜默

– Buckman R. *How to break bad news – A guide for healthcare professionals*. London:Pan books, 1994

## 下載網址

◆ 國民健康局 > 健康九九衛生教育網 > 首頁 > 影音劇場 > 影音劇場列表：

安寧入門醫療專業人員自學教材

[www.health99.doh.gov.tw/](http://www.health99.doh.gov.tw/)

VideoZone/VideoListAll.aspx?TypeID=B

# TAKE HOME MESSAGES

- ◆ 溝通從聽開始
- ◆ 了解對話的層次, 尤其應試著了解靈性層次的困擾(spiritual distress)
- ◆ 不要陷在Physical dimension 的理性說明
- ◆ 同理心的訓練