

# PATIENT—PHYSICIAN

本文的目的在討論時下對「病人與醫師的溝通」之問題所知如何。質言之，即社會科學必需告訴臨床醫師有關：什麼樣的病人會來找他？誰會遵照他的指示？乃至在醫師或病人自身，何種因素將促進或阻礙適度的瞭解。此一學問之主題是否已累積到超過常識的水準以上？

有關「病人與醫師的溝通」之主題，歷來在文、哲的著作中已多所論述。至於在醫學界自身，此一主題却慣於留做畢業典禮的講詞；或是在其他的場合裏，由別的行業年齡頗高的專家們致訓，聽眾們認為這是陳腔濫調而感到不耐煩。簡而言之，儘管這個主題十分重要，却因欠缺科學的精確與威望，往往被扔進「醫學的藝術」之字紙簍裏研究病人與醫師的相互關係，一直被認為需要牽涉到「非累積性」的知識，而非「累積性」的知識。誠如羅曼諾(Romano)說過：「二千多年前的文人已談論到人的理想及實踐，以及與他人的關係。當代的人文也談論到同樣的事，這些內容在本質幾無累積性的知識」。他呼籲醫學界應肯定此一領域的本質為「累積性的」，並積極創造、發展這門知識的本體。然而，迄至目前為止到底做得如何呢？

首先，我們先提出幾個理論架構的前提，然後討論到下列各個特定的領域：

- 人們何以會成為病人，乃至如何成為病人？
- 他們是否知道並瞭解他們被告知的是什麼？
- 對加諸他們的醫護是否滿意、滿意的程度如何？
- 他們遵照醫師的指示到何種程度？
- 在病人、醫師、疾病或環境中，何種因素能左右病人的順從？
- 其他保健工作者尤其是護理人員，在病人與醫師的互動(Interaction)中，扮演何種角色？

## 架構(The Framework)

從社會的觀點來說，罹病(Illness)可以視為一種角色；一如就生物的觀點來說，它可以視為一種錯亂的現象。佛利特遜(Friedson)說過：

「在生物物理的層面，罹病超乎人們的知識與評價而存在；然而在社會的層面上，它乃是由人們的知識與評價所製造成形的。是以，當獸醫診斷一頭牛罹病時，對牛而言，此一診斷僅及於生物物理的層面。但當醫師診斷一個

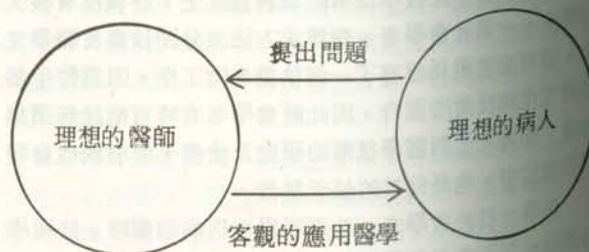
人罹病時，此一診斷不僅在生物物理層面改變此人的行為，且加上了社會層面的意義——即將罹病(Illness)定義為『疾病』(Disease)。基於此義，正如立法者制定『罪行』一樣，醫師製造了『罹病』。」

一舉之下，社會學家將所有的罹病均歸於「醫師造成者」(Iatrogenic)！

在各種不同的「罹病」與「病人的行為」的社會學定義中，值得最先提出的乃是派森思(Talcott Parsons)的理論。他認為西方社會的病人，被期待或被允准如下的作為：(1)他無行為能力、非出於自願，故對其情況不負責任。(2)他可以(有條件地)免除正常的社會義務。(3)雖有上述的權益，生病乃是令人討厭的情況，故病人有恢復健康的義務。(4)也是這義務的一部份，他必需尋醫並合作地接受有效的醫療，並儘可能地避免罹病。社會對那些不肯扮演此種角色的病人施以相當的壓力，同時，醫師也發現那些不遵從(3)(4)的病人特別難以處理。

包括派森思在內的許多學者也規範出醫師的角色，他們常拿醫師和牧師的使徒功能相比。羅曼諾在評論醫師的多重角色時說：「何謂臨床醫師？他是一個生化學家、一個生物物理學家、生物學家、病理學家、心理學家、精神學家、社會學家、抑或統計學家？他既非上述任何一者，同時他又兼具他們的部份特色。」

布洛姆(Bloom)提醒吾人，設若病人與醫師被視為扮演角色的人物，他們的動作乃是發生在繁複的背景上。由於吾人的人格、醫事訓練、或喜歡簡化的天性，使吾人常將醫師與病人的關係設想如圖一：

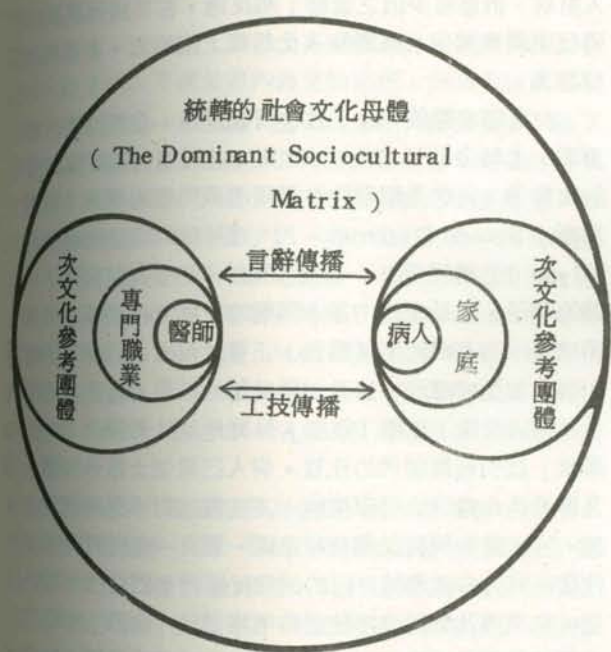


圖一：過份簡化的傳播系統

布洛姆認為在事實上，病人與醫師在臨床的場合均受到多種力量的左右，如圖二：



# N COMMUNICATION



圖二、完整的傳播系統

史札茲 ( Szasz ) 和賀蘭德 ( Hollender ) 的分析更邁進了一步，他們假定醫師與病人係在圖二多因素的場合裏行動，而將醫師與病人的關係分為三類：

	醫 師	病 人	臨床實例
主動—被動	為病人做些事	反應遲鈍	昏迷、麻醉開刀進行
指導—合作	告訴病人如何做	合 作	急性感染
共同參與	幫助病人照顧自己	參預如夥伴	精神分析慢性疾

他們並指出：過於重視其中一型是錯誤的觀念。每一型因各種情況而適用，在處理許多慢性疾病時（如糖尿病），醫師及病人同時兼具三種類型——主動與被動（因酸鹼中毒而住院）、指導與合作（在疾病本質上的基本指導與控制）共同的參與（訂定長期的食譜、疾病與生命的危險）。

當應用不適當的模型，或病人與醫師各執一方，不隨

病狀的改變而變更合作的關係時，就會產生許多問題。大部份的醫療已含三種型態，但是一些特別的醫師，可能極端強調某一類型（如精神病學、麻醉專家），同時有些可能在一天內的治療就包含了上述三種（家庭醫療）。

對病人與醫師溝通的理論、做最後選擇之前，威爾摩 ( Wilmer ) 的發現也需要考慮。假使醫師與病人是混亂階段中的演員（依照史札茲與賀蘭德的分類），群眾注視並影響工作的進行，這時威爾摩像是導演，指導醫師如何完成工作。他說：「不論我們選擇何種角色，假使我們使用移情 ( Empathy ) 的技巧、我們會很巧妙的應付。」他闡釋憐憫 ( Pity )，同情 ( Sympathy ) 和移情 ( Empathy ) 在治療上的關係如下：

「憐憫」是種感情，通常抱著優越感和隱藏著輕蔑與拒絕，往往間離了醫師與病人。「同情」則為一種感受，使醫生感覺到自己處於痛苦的地位。「移情」使醫生瞭解病人的苦境，就像從病人眼中看出這種痛苦的另一個人，醫生和病人融為一體，但又保持了一段距離。憐憫鮮有效果，同情通常有作用，移情總是有幫助的。

因此在瞭解病人與他的痛苦，選擇並反覆以「移情」的態度行醫是開業醫一種必要的工作。

## 成爲一個病人 (On Becoming A Patient)

大部分的醫師直覺地了解：病人並不一定遵循疾病的直線發展，而決定接受照顧。許多研究證實這看法，並提供更多特別的資料來支持。

懷特 ( White ) 等人注意到，四個病人，三個可記錄出一個月中病症的發展，却只有一個就醫。

史德克、若拉和大衛遜 ( Stoeckle, Zola, Davison ) 引用幾種研究顯示出一般人所患的疾病都很普通，而且是人們所能瞭解，但其中只有少數患病的人（不一定是病最嚴重的那少數人）就醫。最近在不同國家的三種研究機構，布特勒 ( Butler ) 發現約有三分之一到一半的人知道自己患病而沒去看醫師，只有近一半的人求醫。這種求醫的現象，以南斯拉夫人最少，美國次之，英國最多。

1950年代，在紐約州北方所作的研究，庫斯 ( Kooser ) 指出病人意識到本身的嚴重程度，而決定去看醫師，這程度隨社會階層的不同而有很大的差異。表一顯示不同的社會階層對一些病症的反應。



## PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION

〔表一〕每一階層對不同症候之尋醫百分比

自覺症候	階層一 N=51	階層二 N=335	階層三 N=128
食慾減退	57	50	20
持續性背痛	53	44	19
連續咳嗽	77	78	23
持續性關節肌肉痛	80	47	19
糞中帶血	98	89	60
尿中帶血	100	93	69
陰道大量出血	92	83	54
足踝腫脹	77	76	23
體重減輕	80	51	21
齒齦出血	79	51	20
長期疲乏	80	53	19
呼吸短促	77	55	21
持續性頭痛	80	56	22
眩暈	80	51	31
乳房長瘤	94	71	44
腹部長瘤	92	65	34

似乎貧困的人較富足的少求醫，而且即使去找醫師時，三分之一的人選擇「按摩醫」(Chiropractors)或其他密醫。在最上流的社會階層，這情形只有九分之一。最近在 Kentucky 貧困的鄉村裡作過調查，顯示出有相當高比率(74~99%)的病人重視病症的發生，其結果相當令人興奮。史德克(Stoekle)等人強調，一些物理症狀或表現，在某些文明下認為是「生病了」，而另一些則被否認。例如墨西哥州的美國人，當孩子們的眼睛現出憂傷的表情(Sadeyes)，或睡眠不足時，會帶他們去找醫師；但腹瀉對他們來說，則視為平常不受重視，因此根本不會帶孩子去尋醫。

事實上社會階層較低的人，很少去找私人精神醫師，這並非因他們有較好的健康心理，而是反應出至少兩種貼切的社會因素：第一、窮人並不把精神上的窘迫，認為是心理健康(mental health)的問題。第二、心理治療在經濟及功能上，適應較文明與較富足的人們。當然這種因社會階級不同所造成的差別，主要是來自治療費用的經濟問題，這是可理解且能改變的。在美國貧苦的人中，有許多

人患病，但僅極少因之就醫；相反地，在英國因經濟的障礙已明顯地減少，貧窮的人比起較上流的人，更常利用醫療設施。

決定尋求醫護，除了社會因素以外，心理因素亦相當重要，尤特金(Yudkin)指出：相同痛苦的陳述如孩子的咳嗽等，可能是瞭解許多不同潛藏問題的關鍵〔即第二診斷(Second Diagnosis)〕。邊林特的建議與克萊因(Clyne)的證明指出：一般診所裏，許多夜間抱孩子來就醫的例子，常是家庭中基本問題的表現。在這項有價值的的研究，一群英國的開業醫們，正嘗試找出人們在下班時間以後來就醫的原因，以及這種就醫的結果。他們發現對於這些病人來說，這種「喚診」無疑地是試著揭示「危急的徵象」以引起醫師們的注意。病人已習知大部分的徵象涉及影響生命健康的明顯疾病。某些醫師對小兒疾病較為敏感，另些醫師則對於腹痛較重視，更有一些則對胸痛較為注意。病人有義務將自己的病徵反應給他們自己的醫師知道。克萊因及其同僚即使能夠明辨這些「喚診」的隱因，他們仍然不能成功地以「心理學」的「第二診斷」來處理這些病例，特別是在晚上。

最近，羅門(Roghman)及哈格地(Haggerty)分析一些家庭保存了好幾個月的日記，支持這項顯示：「某些家庭失和的事件，常促成他們找醫師治療的決定。找醫師的當天，有12.2%的家庭記錄一件危象(crisis)，先前一天的比例則為18.4%。」

簡言之，有許多證據能證明佛利特遜(Friedson)的假說——體認病是一種社會及物理的現象是很重要的。詢問病人「為什麼現在來就醫」(why now)，特別是在症狀不很明顯時，對開業醫而言，將會很有益處。

### 病人知道些什麼

#### (What The Patient Knows)

從這論題的研究，證明了兩個廣泛的結論：病人不瞭解許多普通醫學名詞，特別是醫學術語，和醫師高估了他們的病人所知道的。波義耳(Boyle)最近的研究，基本上符合早先許多有關病人知識的研究。醫院診所的病人至少花一半的時間在一些常用的字，而予以不適當的定義，像盲腸切除(Appendectomy)(35%正確)，消化(digestion)，心悸(palpitation)和黃疸(jaundice)。「實習醫師將照顧你」將使病人產生錯覺：他們將受



## 劉建國、李彰哲合譯

護士的助手、值班的、蒙古大夫或藥房的人看護。特別有趣的是許多病人不清楚體內器官的位置。作者曾以一連串相同的問題測驗一群醫師，他們比起病人好得很多，除了其中有兩位醫師認為心臟位於胸腔的極左端，有一些搞不清腹瀉（Diarrhea）是大便次數頻仍或是大便稀泥。郭虛（Korsch）和他的助手們，從小兒科的急診得到結論：病人對醫學術語使用的缺乏瞭解，是彼此溝通方面普通而嚴重的障礙。例如：腰椎穿刺術（Lumbarpuncture）誤認是從肺引流，腦膜炎（Meningitis）被認為發生在胸腔內，潛伏期（incubation time）被解釋為病人躺在床上休養的時間。很不幸，沒有人告訴我們這些誤解發生的普遍性。

幾位作者證明醫師易於高估病人的知識來源，包括一般的或特殊的醫學知識。對病人經兩週診療後仍能記取多少，學者曾作二個不同的研究，他們指出病人能記起的知識隨著醫師叮囑的量的增加，相對的或絕對的減少，那些極端或根本不緊張的病人記得最少。他們對最後被告訴的記得最好。而整個過程中一半以上的指示被忘掉了。偶然地，學者們發現，病人關節炎的改進與其是否仍記得醫師的指示，兩者之間並無關連。在研究病人對醫學名詞的知識與誤解，一般治療或就醫的可能性的態度，舒克曼（Suchman）指出：能夠作科學判斷的病人，因病而求醫的比率較高，同時較不易半途離開醫學的治療。史密斯及庫斯（Smith and Koos）注意到瞭解醫學的人，較能正確地區別症狀的嚴重性。

為避免大家認為較好的健康教育能直接造成較好的健康，我們必須考慮威廉（William）與其他人在對一群糖尿病成年患者所作的研究。他們的病人確實因瞭解更多有關他們本身疾病的知識，而更遵照治療的指示。然而，在遵行治療的指示與糖尿病的控制之間，並無關聯。事實上，對本身疾病瞭解最多的病人，他們的病反最難控制。學者們指出：糖尿病不穩定的病人，即使他的病一直無法令人滿意地控制，但因為他有較多次的醫學接觸，他對糖尿病瞭解的機會自然也較多。

最後，一個庫斯的病人所作的批評，已能簡潔地概括了溝通的要點，「只要人們不曾馬上決定就醫，就不能責備醫師。但是假使醫師瞭解我們，同時我們也能瞭解他的用意，在解決痛苦，而不是在誇張吹牛，將會有更好的溝通。」

## 病人的滿意(Patient Satisfaction)

整體上來說，對醫療這行業，社會上並不是沒有批評，但是許多研究指出：病人對醫師個別的巡診非常的滿意。郭虛的病人裡，百分之七十六非常或相當的滿意他們在急診室所受的治療。察尼和齊茲曼（Charney and Kitzman）在三家小兒科私人診所的1220個病人裡發現：所有的病人，至少都能「滿意」他們所受到的治療，同時幾乎達到「極為滿意」的標準。Neighborhood Health Centre General Practitioners in Great Britain 和，Columbian clinic users 以及其他地方，也都有相似結果。一般說來，就社會階層及知識水準而言，這並沒有很明顯的區別。

雖然這些研究證實病人滿意，但也留給我們不安。病人因不停的聽從醫師，而預選為滿意，但他們會對不關心的醫師，吞吞吐吐的表示不滿，特別是在治療當中晤談時。而且他們猜測，假使他們抱怨，治療可能因此停止。縱然治療的結果有效，可是滿意與否和治療的能力並無關聯。我們確實知道，常常病人不當滿意時，他倒是很滿意。庫斯發現許多他的病人，對於他們的按摩醫師及治療者（Chiropractor and healer）十分滿意。柯博（Cobb）指出，許多病人被懷疑患有癌症時，到處求治于庸醫，即使這些治療無效，他們對這些治療者（Healers）的忠心，真令人不可思議。布拉雅（Plaja）注意到：到診所去看病，不管病人是否瞭解醫師的話，他們總非常地感激。醫師們時常會發現，在社區中的同業裏至少有一位醫師，醫術雖然值得懷疑，但是病人却很滿意他的。

我們想知道的是影響滿意與不滿意的因素，在這兒撇開統計上的數據，先考慮一些推論，其中有些資料是很有價值的。郭虛承認某些因素使得病人不滿：如病人沒得到期望的照顧，或主要的憂慮沒受到注意時，最容易發生不滿的情緒。巴林特注意到，假使病人能知道自己所患的病名，他將很滿意。同時根據郭虛的觀察，假使希望能得知自己孩子的病因，而醫師沒有解釋時，病人的不順從會從11%提高到24%。赫求斯（Hercules）及察尼也發現，有小兒科私人醫師的家庭，以三個重要的因素衡量他們孩子的醫師：他的能力（ability），治療的效果（ava-



## PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION

ability)，他的體貼關切 (attentiveness) (慇懃與瞭解)。雖然能力是必要的因素，但病人對另外兩種因素的要求，則有不同的反應。當他們被要求明確地表示，他們最喜歡何種小兒科醫療時，在兩間診所裡，一處是有效而迅速的治療，另一處醫師非常的體貼與關心。這種分析正確地指出了病人承認治療的優先性質。這是否意味著，病人選擇他們喜歡的，或只是滿意他們所選擇的，考慮病人對他們所受的醫療做些什麼，似乎較具建設性。

### 病人的順從(Patient Compliance)

「順從」意謂病人是否遵照醫師的指示。醫師總是認為順從對病人是有益的，但是某些社會學家却不敢如此肯定，因為病人順從醫師的指示，並不能保證會使病況好轉，或許這「指示」可能源自一種古老錯誤的醫學觀點，因此「不順從」亦應受到某種程度的重視。在所有研究「順從」的學者中，以戴維斯 (Davis) 的研究方法最有系統，他指出「因為醫療通常由許多指示組合而成，病人可能順從全部或一部分的指示，或者全不順從，且不同程度的順從亦會產生不同的治療效果，因此若用『順從的模式 (Pattern)』的辭句或許比用『順從』兩字來得精確些」。許多學者將不順從的病人分為兩類：一、想順從可是沒做到。二、連想順從的念頭都沒有。要改變病人的態度比改變他的行為容易，某些已證實的研究亦指出被認為順從的病人比事實來得多。這個總結可能為「大部分的病例中，不遵照指示的病人佔了絕大多數」。從截至 1966 年為止的文獻中，戴維斯 (Davis) 指出在許多不同的臨床情況下，平均有 1/3 的病人不能順從醫生的指示。最近的研究亦支持這項論點。在下節中，我們將反過來檢討病人和醫師之間有什麼影響因素，此等因素彼此間的相互影響及疾病和「順從」的關係。

#### 病人本身的因素

通常很難從所研究的疾病或環境中找出病人本身對「順從」的重要性。戴維斯 (Davis) 由許多研究中，找出一個通則，即女人、老人、窮人、和教育程度較低者，較不順從醫師。最近的研究顯示出糖尿病人、吸煙者、接受盤尼西林 (Pe) 預防治療的風濕病人以及在小兒急診室的病人，社會階級的因素並沒有什麼意義。我們可以做一個假設：「當病人和醫師間的關係或疾病本身的重要性增

加後——此病人為個人而非團體的成員——則社會因素的重要性減低。」因此在與公共衛生計劃合作的研究中，社會階級較低者較不合作。但有關個人治療的研究則不易表現出這種關係，同樣地經濟因素能影響「順從」，如在推銷家庭用車的座帶，窮人較不易順從。

許多研究企圖找出家庭因素對順從的重要性，某些學者認為「家庭的大小、團結力、穩定度及其優越感」會影響順從。如前所提到的，這些因素和病人是否會尋求醫療有很大的關係，但一旦受到醫療，這些影響力就變得模糊不清。高迪斯 (Gordis) 等人發現除了「小家庭較合作外」，不能找出家庭因素和風濕熱預防治療的關係。如同每個臨床家所瞭解的，破碎的家庭不易遵照指示，但別的因素可能更具有影響力。

病人感覺本身病況的嚴重性，比醫師所想像的更能左右「順從」程度。察尼 (Charney) 等人指出：小孩因服用 Pe 和母親感覺病況的嚴重性有關連，而和醫生的感覺無關。亦有類似的結果報告出，由於憂慮而得癌症、結核病、或流行性感冒的病人。羅森斯多克 (Rosenstock) 認為：「病人自己覺得易於得到某種他認為具有威脅性的疾病，是最能使其遵照醫生的指示的因素之一。」許多研究 (雖然不是全部) 支持這個論點。

利用病人感覺「易受傷害」的方法來使其順從是危險的。如果病人宿命論地意味到無法避免疾病及其後果，他可能會拒絕治療。雷敏索 (Levinthal) 和瓦特 (Watts) 曾利用吸煙者和非吸煙者來作實驗；將他們分成三組，一組給予戒煙的方法加上輕度的恐嚇 (用統計數字來證明吸煙危險性)。第二組給予中等程度的恐嚇，第三組給予強度的恐嚇 (統計數字加上肺癌手術的影片)，然後提供一架可移動性的 X 光儀器給他們自由決定是否接受檢查。對不抽煙者增加恐嚇的程度，並不會使更多人想作這檢查 (45%)，抽煙者在中等程度的恐嚇後，有 53% 自動請求 X 光檢查，然而在強度的恐嚇下只有 6% 接受 X 光檢查。

#### 醫師本身的因素

醫師本身的因素對「順從」的重要性尚未受到適當的研究，這反映出大部份的社會學家及醫師對於這棘手的領域保持著沈默的態度。然而許多趨勢十分明顯：(1) 醫師常估病人順從的程度，所以醫生在處理胃潰瘍的病人及一般臨床的病人，皆以為病人能遵照他的指示。(2) 醫師在區別



譯自 *The Pediatric Clinics*  
of North America

Vol. 19 No.2 May 1972

「順從者」與「不順從者」的成功率不會比在這方面的研究結果好。③有一些令人不安的證據指出較有經驗的臨床家，不一定比較無經驗者更能把握影響順從的因素。

戴維斯 (Davis) 研究指出，高年級的醫學生比開業醫更能認明影響順從的因素。黑爾福 (Helfer) 更進一步的認為，低年級生比高年級生更能博得患慢性病兒童的父母的關懷。此外亦較少用到「引導問句」(Leading question)，威廉遜 (Williamson) 在臨床診斷的筆試中發現醫師的技能隨著時間而減低。池勞克 (Traux) 和卡克夫 (Carkhuff) 觀察到有經驗的心理治療醫師並不具備「比較無經驗者，更能使病人有建設性的改變的能力」。上述研究結果常因對象和技術上的差異而迥不相同，因此臨床經驗和訓練對「順從」的影響是需要再加以仔細的估計

醫師本身有那些因素和病人的順從有關係？是否溫和、移情的醫師比具有權威性或生意人一般的醫師更能使病人順從？這些性格上的特性相當難以定義以及測量，大部分的研究是問病人對這些性質的感覺而非測驗醫師本身，醫師個人的作風可能和「順從」有關，或者和病人的利益有關。法蘭西斯 (Francis) 等人注意到當病人認為醫生不友好，則不順從的病例由 11% 增加到 24%。郭虛 (Korsch) 由此的數據推論出：「醫師表現出漠不關心，敵意，緊張和一副要懲罰人的樣子，會大大地降低面談的意義。」威廉遜 (Williamson) 發現喜歡有權威性醫生的病人，糖尿病控制得較好。

在心理治療的領域中，懷特洪 (Whitehorn) 和朋馳 (Benz) 發現一項有趣的事：某些精神病醫師比其他的對治療精神分裂症有較好的改善率 (75% 比 27%)。在一系列的研究中，他們更進一步的證實精神病學家有三種性質和其治療的成功與否有很大的關連。(1)對病人有移情的瞭解。(2)對病人有不帶佔有慾的親切。(3)治療者本身的真才實學。顯然這些都是很難下定義及估計的性質。池勞克 (Traux) 和卡克夫 (Carkhuff) 做了一個假設：許多研究證明「接受比不接受心理治療更有好處」(兩組中各約有三分之二隨時間而改善)，此乃由於有的因治療而有所進展，但有的反而更趨嚴重。治療者本身的性格和方法能決定結果是否有意義。將此種研究擴展到一般醫學是相當重要的，郭虛 (Korsch) 已經如此做了。到目前為止，我們仍對於病人的溫度的關切重於醫師的溫情(移情的程度)。

#### 病人——醫師彼此間的互相影響

病人和醫師彼此間常互相影響，但兩者却自己不曉得。研究指出：(1)被醫師描敘為「敏感的、合作的、和受歡迎」的病人較順從。(2)能完全口服盤尼西林的兒童的父母，或那些不順從的父母們，常被醫生用美好的辭句來敘述(如負責的、可靠的)。

在這方面的文獻，除了「醫師不解釋治療的意義」常導致不順從外，戴維斯 (Davis) 找不到和順從有關的模式 (Pattern)。但分析他自己收集的資料，他找到三個不能順從的模式，①在面談時產生拮抗或不理睬的態度。②當醫師隨意或馬虎時，病人反而顯得高興。③醫師只分析病情和給予意見，而不要求病人合作。然而仍無法解釋 37% 的病人為何不能遵照指示。

大部分的研究都以大醫院為對象，因為和病人沒有長期關係的駐院醫師較易利用，且研究者較無心理負擔，但我們仍需於私人診所內來研究上述諸因素。

#### 疾病及其處理

除先前我們提到過「病人愈感到疾病的嚴重性，愈會順從」外，有證據顯示「不須改變病人生活方式或習慣的治療，較易為病人順從」。

我們由許多研究中得到一個結論，此即病人生病的時間愈長，愈不容易遵照指示。患糖尿病一至五年者，把 Insulin 劑量弄錯的有百分之三十。而長達 21 至 42 年者有 80%，這些使人驚訝的數據在處理慢性病有重要的意義。

醫師給病人特別的指導，對「順從」有影響作用，雷敏索 (Levinthal) 等人發現，「從醫師處得知吸煙危險的病人，會減少其煙量，但三個月後可能故態復萌。如果除了使病人知道吸煙危險外，再教導他如何戒煙，則較不易再度吸煙」。他們於是下了一個結論：「特別的指導能使好的意念變成好的行為。」

醫師在和病人一對一的關係中，更能有效地處理具有社會和環境成份的問題。巴斯 (Bass) 和威爾森 (Wilson) 指出，由醫師個人的指示加上某些接連收到的廣告信，使三分之一的病人買了家庭用車的座帶，而對照羣中沒有如此大的改變。豪斯拿 (Hausner) 等人發現，和醫生討論且接受建議的病人中，有 33% 減低煙量，而對照羣只有 9%。由這些研究我們知道，許多現代的衛生問題需要大規模的公共衛生措施，而且開業醫生仍具有扮演一



PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION

個重要角色的地位。

### 相關的職業在溝通之扮演的角色

當醫療變得更具技術性且複雜時，保健專業人員在溝通上也顯得比以前重要，病人也和其他的助手、護士、見習護士、電話接線生、接應生（Receptionist）、醫院停車收費員等人發生關係。生活雜誌曾刊出用高角度（High-angle）鏡頭所攝取的情景——大群擁擠的人們照應僅有的一個搭機者或者僅有的一個前線戰士——所有的人都影響著「溝通」一事，雖然不知影響究竟是好或壞。

透徹地分析一組貧窮家庭對醫療的反應後，布路（Plume）發現這些家庭談到事務員——接應生、出納員等人和談到醫師的次數差不多。臨床醫師一般看來總有想助人的樣子，但是事務員看來却有權勢多了，他們握有是否准許入見醫師之權。於是當你立即要見或非見醫師不可之時，你就得十分謹慎別去觸犯這些人。在幾小時的赴診期間，會見醫師不過是幾分鐘的事，大部分剩下來的時間就是其他人影響病人的時刻了。史蒂芬生（Stephenson）提過醫院辦公人員的態度對少年病患的重要性。他們之間非言語的溝通比醫師更見有影響力。無可置疑地，私人醫生更能深切的影響和控制這些因素，目前，我們在護士及接應生對溝通的影響方面的研究仍感到不足。

### 摘要及結論

我們已經就「病人和醫師的溝通」的文獻做一瀏覽，正如許多的文摘一樣，它囿於作者知識的短淺和顯明的偏見。然而，一如羅曼諾所言：在這領域中，累積性的知識已開始增殖。尚有許多主題及有價值的假說留待進一步的探討：

(1)尋醫求治的病人只是一小撮，而且總是並非最嚴重者。

(2)非臨床疾病而能影響一個人去求醫的因素（包括各種社會及感情的力量），很少單獨地作用或表現出來。且通常病人對這些因素也毫不知情，因此使得診治變得益發複雜。

(3)病人對於醫學的認識一般均少於他們所應具者、或醫師認為他們所應具者。是以，他們在治療期間內忽視或

無法順從醫療指示。和醫師的相互使用的性質，兩者的人格以及醫療是否需生活形式的改變等，在在都能影響病人順從的程度。

(4)醫師的指示如簡單且伴有特別的教導較為有效，較少的藥物似乎比較多者更為有效。

(5)病人通常對他們的家庭醫師較滿意，但這並不意味著他們受到較好的治療，或較能遵照醫師的指示。

(6)除了醫師之外，保健專業人員常是一個重要但常被低估的因素，他們往往左右溝通及處理的成敗。

總之，在這方面的知識仍未像傳統醫學般的具體，許多的研究不是被不良的方法學弄糟，就是缺乏完美的假說或理論，因此造成了錯誤的結論。雖然我們可以作很多的假設並承認他們的成立，如社會因素的確會影響人們求助醫師的心理，但却仍缺乏足夠的精確性，因此我們實無法確認醫師與病人的溝通，對實際行醫有何關連。

為什麼會造成這種結果呢？為何醫學訓練中和課堂上所學的，很少牽涉到這個主題呢？答案正如這主題本身所顯示的多因素樣，它受到社會科學技術的限制。因為社會科學不如生物科學來得精確，而且目前也只有少數的醫師，具有能力來承負這種研究工作。至今，大部分的研究經費是給予生物醫學而非社會醫學者，因此這些有濃厚興趣，且訓練有素的社會醫學家，便由於缺乏設備而無法大展所長——至少在美國是如此。

大多數的醫學研究都是在校內的醫學中心，其溝通因素和外面的醫院差不多。在醫院中，生物技術及設備顯得比以前更為重要，甚至某些別的因素也愈來愈引起人們的注意，結果人的因素看起來反居於次，在這種情況下，研究受到設備優良與否的影響。此外醫生常傾向於依賴同事，其對病人的想法常受同事左右，因此「醫院設備」和「依賴同事」兩個因素妨害了病人醫生間溝通的重要性。

在本世紀的末三分之一一年裏，醫學的對象——預防及處理——慢慢地和診斷及治療佔同樣的地位，因此本篇所討論的一些因素益具重要性。引用史札茲（Szasz）和賀蘭德（Hollender）的說法，我們將處理更多的「互相參與的醫學」（Mutual-participation medicine）。將來或許會發現我們今日大多的診斷及處治均是錯誤的。社會科學對病人和醫師的行為的研究，乃在觀察人性。儘管人性難以更改，此種研究隨著時間的互延仍將持久有效。而此等知識雖然難於習得，却將被證明為吾人最有效、最永恆的資料！