

專輯論文

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

葉蓉慧
連吉時

摘要

本文藉由分析病患與家屬的意見反映以及就醫經驗，試圖勾勒出台灣民眾在醫病關係中表達與減低不確定感的方式。研究以檢閱病患或就診者向醫院意見反映電話與信件的紀錄，以及深入訪談15位病患或病患家屬，來勾勒台灣民眾與病患如何在醫病關係中減低不確定感及焦慮。研究發現：民眾與病患會以問問題、要求各種檢查、向醫生抱怨病痛表達不確定感及焦慮。病患與民眾也期待能由醫生說明病況，告知醫療進度，採取積極的醫療作為，來紓解病患的焦慮與不確定感。文中也討論提升民眾醫療素養，對於醫病關係的重要性。

關鍵詞：醫病關係、降低不確定感、焦慮、台灣社會

葉蓉慧，台灣世新大學口語傳播系副教授，研究興趣包括：跨文化溝通與訓練、醫病關係與溝通、人際溝通。電郵：jhyeh@cc.shu.edu.tw

連吉時，台北醫學大學附屬萬芳醫院副教授，研究與學術關注議題包括：醫院管理與醫療品質、醫學教育、消化內科。電郵：gslien@wanfang.gov.tw

Special Issue Article

Reducing Patient Uncertainty by Addressing Patient/Physician Relationships from the Patient's Perspective in Taiwan

Becky J. H. YEH
Gi-Shih LIEN

Abstract

Patient/physician relations in Taiwan are greatly influenced by traditional Chinese, contemporary western, and colonial medical systems, as well as by sociocultural perceptions of health and illness. This study analyzed letters of complaint and encouragement and the medical experiences of hospital visitors, patients, and primary care givers to understand (1) how patients express their uncertainties when encountered with physicians, and (2) what actions or procedures can substantially reduce the uncertainties of patients and their families. One thousand nine hundred and forty-one letters and 14 in-depth interviews are analyzed. Finally, the importance of medical literacy is discussed under the framework of Taiwanese physician/patient relations. Through these letters and interviews, Taiwanese patients expressed their uncertainties by asking questions of their physicians, requesting various health checks, and complaining about their health problems to medical staff in a repetitive manner. Patients expect their physicians to notice or reduce their uncertainties by answering questions,

Becky J. H. YEH (Associate Professor). Shih Hsin University. Research interests: intercultural communication and training, patient/physician relations, interpersonal communication.

Gi-Shih LIEN (Associate Professor). Taipei Medical University. Research interests: management and administration in medical quality, medical education, Internal medicine, Gastroenterology.

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

sharing medical plans or medical knowledge, and intervening positively and energetically with medical action.

Keywords: physician/patient relations, uncertainty reduction, Taiwanese society

Citation of this article: Yeh, B. J. H., & Lien, G. S. (2011). Reducing Patient Uncertainty by Addressing Patient/Physician Relationships from the Patient's Perspective in Taiwan. *Communication & Society*, 17, 61–86 .

《傳播與社會學刊》，(總)第17期(2011)

醫療體系與病患之間，因醫療專業知識，及可運用的醫療資源差距所形成的不對等關係，已經是一個中外皆然的現象(Duberstein, Meldrum, Fiscella, Shields & Epstein, 2006; Zhao, 1999; 張菊惠、胡幼慧、張珩，1998; 蔡美慧、盧豐華，2001, 2006)。在這個知識與權力不對等的現象之下，醫療體系從醫師、醫事技術、行政管理人員與病患的關係與溝通形態，則涉及醫療體系各文化中的社會歷史發展脈絡，以及文化對於疾病、健康以及求醫方式與形態的影響。因此，醫病關係的討論，除可通則性的討論因權力、地位不對等而衍生出的種種問題，也應該放置於文化脈絡中深究與討論，方能理解醫病關係與特定溝通形態在文化社會中的意義(成令方，2002; Ishikawa & Yamazaki, 2005)。

台灣社會中，醫師與病人之間的關係與溝通狀況(以下統稱醫病關係)，受到傳統中國醫學、日本殖民醫學及西方生物醫療體系的影響(葉永文，2005, 2006)，對於「健康」與「疾病」概念的認知(Stibbe, 1996)，醫師與病家的角色、職責的認知(雷祥麟，2003)，求醫與就醫的習性與行為，形成了今日台灣社會醫病互動之間的微妙關係。本文從台灣民眾的就醫經驗，對於醫病互動過程的描述，歸納並探討減低不確定感的方式，提供增進醫病之間良性互動與關係的方向與建議。

台灣社會的醫病關係

台灣地區的醫療發展，先後受到中國傳統醫學以及西方生物醫學兩種醫療體系的影響，形成文化特有的醫病關係與求醫行為。提到醫病關係，醫者在社會文化中的社會地位與社會角色，除了影響「醫」與「病」之間相對關係外，也影響民眾的求醫行為模式。傳統中國醫學中的醫家，並沒有證照或制度約束與規範，醫者素質良莠不齊。根據祝平一(2010)對於明清年間醫療市場與醫病關係的考據，明清時代的醫者，不若生物醫學模式下的醫病關係，具有(聽診)儀器及專業的權威來支持其醫療作為。也正因為當時醫者與病家之間的知識差距較今日小，¹醫生專業權威不足的情況下，醫者不但須要面臨病家的挑戰與試探，更不可能強行主導醫療的方向，必須靠說服病家的社會技巧來維

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

繫醫病之間的關係與互動。

明清年代，病家及家屬不但經常參與診治的過程，並且對於醫療方式以及診斷有着很大的決定權。傳統醫者的問診程序，除根據病患把脈所得的脈象外，也參考病患及病人家屬朋友所描述病況。醫家診斷後，須留下脈案供病家與下一位醫生討論，由病家來決定聽從哪位醫生的診治方式。因為醫者素質不一，使得病家必須藉由「擇醫」與「試醫」的過程，來決定值得「信任」的醫生。因此，過去有人將華人病患不斷換醫師診治的現象，解讀為對於治療沒有耐心，但雷祥麟(2006)認為，中國病家不斷的換醫生不見得完全是為了求「速治」，而是在多位醫生參與的治病過程中，尋找最能傾心服從且信任者。

西醫醫學的生物醫學(biomedical)導向，因為專注於疾病衍生出的症狀，問診內容則多限定在技術程序，以及對於疾病症狀的資訊蒐集，以協助界定疾病可能範圍疾病名，並決定接下來的醫療程序(雷祥麟，2003)。醫師對於醫療醫器的依賴與重視，甚於病患的個人感受，專注於疾病衍生出的症狀，忽略病患心理感受的治療結果，也使得病患對於醫生以及醫生所給予的治療產生排斥與抗拒，造成治療成效不佳。因此，黃達夫(1999)在檢討現今西醫的醫病關係時指出，生物醫學導向的醫療程序，醫生治療的是「病」，不是「病人」。此外，台灣的醫療受到日本傳統的影響極深，在日本殖民時期，台灣的精英青年多半選擇醫學或法律為專業，使得醫師在社會上備受尊重與推崇(Liu, 2004)，但這種對於醫生的尊重與推崇也造成了醫病之間的上下不平等關係，保持相當的距離(黃達夫，1999)。

生物醫學導向對於疾病症狀的過度注重，對於病患感受的漠視(或是無能為力)，都讓病患逐漸對於醫生以及現有醫療方式失去信心與信任。以癌症病患為例(蔡友月，2004)，許多檢查不出的痛，「只要檢測結果正常，病患的呻吟、身體不舒服的感受，都不算是『真的』。醫護人員強調疼痛點與疾病之間的科學因果關連，當身體經由各項精密的高科技儀器找不到『異常值』，醫師便不知如何處理」(頁86)。蔡友月(2004)在分析病患的身體經驗時寫道：「醫學客觀檢驗與病患生活世界主觀感受，在現有的醫療情境中，似乎是個無法用醫學語言跨越的鴻

《傳播與社會學刊》，(總)第17期(2011)

溝……經過一連串的醫療檢查，所得到的仍是無法被體會的痛，這種無法被理解的感受，讓他/他們感到更痛了」(頁87)。有些醫生親自致電要病患開刀治療，但是「醫師那時說得很難聽，說她(病患)不開刀一定會爛得很厲害……」(頁77)，有些延遲治療的病患，就因為過去的害怕與疑惑沒有得到門診醫生的接納與理解，加深對於醫療系統的不信任。同樣的，以生物醫學導向復健過程，雖然復健師的用意良善，藉由忽略患者的求助與感受，督促並製造機械式練習的機會，抱持「會操才會好」的治療信念(張玲慧，2006)，忽略患者的主觀感受(如疼痛或疲累)，反而讓患者失去尊重及掌控自己身體的意念與想法，最後轉而放棄復健。鄧雅凌、王劼及張玲慧(2008)認為，在整個復建過程中，忽略病患的感受所顯現的，不但是醫病之間不平等的權力關係，最終也使得病患認為感受無法被理解或是重視，失去對於醫師或治療者的信任，失去繼續復健治療的意願與動機。

承襲日本殖民時代習醫者多半是社會精英，具有相當高的社會地位，台灣社會對於醫師的崇敬與敬畏至今仍在，但也更加劇了醫師與民眾的關係與權力不對等，使得病患在台灣的醫療體制內鮮少提問、質疑或挑戰醫師，表達權益與情緒。一旦發生醫療傷害，原本隱形沉默的病患，便採取激烈的方式來對抗醫療權威(邱玉蟬，2009)。加上台灣媒體對於醫療事件的報導方式，非但沒有提供閱聽人有關醫療內涵的知識，醫治與受醫治角色的個別觀點，反而將醫病關係中最極端惡劣的狀況塑造為一種慣見的常態，造成醫療體系(及醫師)與病患之間的對立與不信任。張荳雲(1998)描述，台灣的病患對於醫師的專業知識近乎宗教式的崇拜和依賴，以及行為上的尊敬，其實也累積醫病關係之間的對立與猜忌。台灣的病人對於醫囑的順從是託付式的順從，也就是「夾雜着對專業知識的陌生和敬畏，在面對知識權威的所有者時，病人已失去其對醫師的評判和協商意念」(1998: 227)，使得醫病關係存在着緊張、不穩定，以及隨時會翻臉求去的「逛醫師」行為。

現今台灣民眾以「逛醫生」與尋求各種不同的治療方式的作法，或許受到傳統就醫習慣的影響，雖與明清時代「擇醫」的作法看似雷同，但卻有着截然不同的意義。雷祥麟(2006)認為，過去的「擇醫」是病家

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

的責任，具有高度的正當性，醫者也都知道病家會對照比較各醫家的說法與診治方式，來判斷醫生的可信度。也就是在治療的過程中，患者及其家屬的決定（醫者與治療方式）高過於醫者。反觀今日，病患不斷的更換醫生，卻是在現有醫療體制之下，「服從、被動、無聲、善忍耐」病人對於醫生診斷或診治不信任的另一種抗拒方式。張荳雲（1998）認為，台灣民眾不斷更換醫師及看診地點的理由，除了與社會文化對於疾病與健康信念有關外，病者對於「釋惑的企求」也是不斷更換醫師的原因。研究指出，病患進入醫療系統之後，除了部分是由醫生轉介到其他醫院就診外，其他更換就診醫生的病患，多半是因為醫生未能切中病患的痛處，或是不願意或不能接受醫者的處理方式。換言之，「逛」醫生的做法，反映出的是病患在求醫過程中，不能從醫病互動中解除對於病痛或與疾病相關的疑惑，當病患的問題持續存在，資訊不足，或是不確定訊息的正確性時，換醫生的做法，反映出病患試圖尋求更值得信任或滿意的醫病關係。

不確定感與醫病關係

根據研究調查（張荳雲，1998b），台灣民眾通常在沒有強烈不適感，或是疼痛還可忍受的情況下，都不會採取求醫行動。促使病患急速求醫的關鍵，通常是等到症狀持續且逐漸加重，見紅見血、發燒、心臟喘跳、盜汗、昏倒，甚至於生活習性或身體外觀已經產生變化，才會選擇投入正規的醫療體系中。面臨健康或身體狀況顯現的警訊嚴重到需要就診時，對於診斷，治療或是預後種種的焦慮與疑惑自不在話下。台灣病患與醫生之間的尊卑距離，增加了病家表達疑慮及醫方降低病患不確定感的難度。病患對於醫療體系的「服從、被動、無聲、善忍耐」背後隱藏着的是病患對於醫生以及諸多不確定感的壓抑（吳嘉苓、黃于玲，2002）。

醫病關係中的不確定感有兩種可能的對象：一是病患對於醫生個人的不確定感，另一部分則為病患對於病況與治療的不確定感。患者對於醫生的不確定感，可由人際溝通中的語文溝通、親切的非語言訊息（nonverbal warmth）、自我揭露（self-disclosure）、尋求資訊（information

《傳播與社會學刊》，(總)第17期(2011)

seeking)、交互往來(reciprocity)、相似性(similarity)、喜好程度(liking)以及共享的(社交)網絡(shared network)等方式來減低(Berger, 1987)。也就是醫病關係間的不確定感，受到語言/非語言訊息、社交與人際之間的往來(自我揭露，尋求資訊，交互往來)、情境的社交及心理狀態(相似性，喜好程度以及共享網絡)彼此之間的牽引與消長關係的影響。許多醫病關係的相關研究，雖沒有直接針對病患如何減低對醫生不確定感，但是許多研究也針對醫生的社交、溝通特質(Rahmqvist & Bara, 2010)，溝通方式與內容，與病患對於醫師專業能力的認知(Brann, 2005)，及對於治療品質的信任與信心的關連進行探討(Baker, Mainous, Gray & Love, 2003; Paulsel, McCroskey & Richmond, 2006)。研究顯示，幽默、回應病患的程度(responsiveness)、親切(warmth)；關懷(caring)等特質，與降低不確定感理論中的語文溝通、親切的非語言訊息、交互往來、相似與喜好程度等概念有許多重疊。換言之，病患及家屬在醫病互動的過程中，期望由醫師身上尋求某些社交與溝通的特質與行為線索，降低他們對於疾病診斷與治療的不確定感。

在醫療相關的研究也顯示，病患對於病況與治療的不確定感，除了也受到醫生溝通與傳達形式的影響，病患在不同的病程與階段，降低不確定感的需求也不同。以攝護腺癌患者為例(Nanton, Docherty, Meystre & Dale, 2009)，對於初期或是原位癌患者，或者病情發現較晚，除開刀與化療之外，無其他治療選擇的患者，醫療專家給予病患的專業信心與可信度(expert credibility)是對於減低不確定感的重要支柱。隨着病程與治療的發展，患者主動尋求資訊，則是加強對於病況的知識，或是用以恢復信心與勇氣(reassurance)，也是減低焦慮的做法。對於癌症末期的患者，分享個人病情知識與經驗，參與支持團體的活動，則是對於未來不確定感的一種正面轉移。

醫生與病家之間，除了存在着知識與權力的差距，加上台灣社會長期對於醫生社會地位與角色的敬畏，民眾長期對於醫療制度的順從與忍耐(吳嘉苓、黃于玲，2002；祝平一，2009)，以及東亞文化在人際關係及溝通形態中的委婉與和諧考量(Yum, 1988)，「逛」醫師似乎是現階段民眾降低不確定感的常見做法(張荳雲，1998b)。台灣的病患從敬畏醫生的專業知識與社會地位，總是扮演着服從、被動、無聲、善

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

忍耐的角色。在這樣不對等的醫病關係中，病患的不確定感是如何在醫病互動過程中展現與表達？是甚麼樣無法滿足病患釋惑需求的回應方式，而讓病患萌生「出走」的想法？因此，本文所欲探究的研究問題為：

RQ 1：台灣民眾在就醫及醫病互動的過程中，如何表達不確定感？

RQ 2：醫病關係中，病患及家屬的不確定感需要靠甚麼樣的方式減低？

研究方法與程序

本研究以觀察記錄病患或就診者向醫院社工或公關部門反映意見的電話與信件，以及深入訪談14位病患或病患家屬的求醫與住院經驗兩種不同途徑，了解病患在就醫時所面臨的溝通挫折與難處。閱讀投書意見以及深入訪談兩種途徑，提供了不同層面的醫病關係資訊：病患或就診者直接向醫院反映意見的電話與信件，往往是病患或民眾在有意識的狀況下，對於醫療或醫病關係的另一種表達方式。這些文件內容所提供的是從病患及家屬觀點，在不同的醫療場域（診間、病房、急診室等），與醫療人員的互動觀察。以訪談的方式取得的資料，透過病患或家屬所描述的醫療案例與經驗，能夠對於醫病互動過程中，病患及家屬的顧慮與想法有更多的理解，用以分析就醫過程中，對於表達疑慮的方式與考量。

研究者取得台灣北區幾所大型醫院的許可，在院內指定的地點閱讀2008年一整年的病患投訴文件。院方在保護投訴當事人隱私權的狀況下，限制研究者不得將文件攜出指定的閱讀地點，如遇到與研究相關的案件，研究者則以筆記方式做觀察記錄。研究者在檢閱文件時，特別針對意見反映內容中，與醫生治療方式、看診或治療態度，語言與互動相關的案件做紀錄。本研究總共檢閱2008年度（1月到12月）的1,941宗意見反映案件，反映方式包括電話、郵寄信件、現場口頭向院方人員反映（由院方記錄或填寫表格），或以院內表格投遞至醫院的意見箱。反映意見的主題從院內硬體設施、動線、等候時間，到醫療人員或是行政（批價掛號）或服務人員（保全或推床人員）態度，醫療處置

《傳播與社會學刊》，(總)第17期(2011)

方式等面向的建議，讚揚或抱怨批評正反面意見皆有。

深入訪談的受訪者，則以方便取樣的方式，徵求曾在2008至2009年期間，本人或親人曾經住院或留院照料過親人者，共徵求到13宗住院經驗，共15位受訪者，其中兩位受訪者分別是病患與主要的陪病照料者，另外一宗病歷的受訪人為一對陪病的姐妹(見附件一)。研究同時將陪病家屬也納入訪談對象，因為許多病患在住院治療期間，因為健康狀態與治療方式無法參與許多病情、治療或是與醫護人員溝通討論的細節，使得陪病的家屬常常扮演與醫護人員溝通交涉的主要角色。訪談的重點主要放在受訪者的就醫經驗，每段訪談時間約40分鐘至90分鐘不等。受訪者主要描述個人或親人住院的原因，以及病患或照料者在急診室、加護病房或是各科病房中的經驗。訪談人員由受訪者對於就診或與醫護人員討論病情或癒後狀況等情節描述，進一步詢問受訪者補充說明或解釋病患或家屬對於這些細節的理解與感受。病患及陪病家屬所陳述的就醫經驗，雖不等於實際的醫病溝通實況，甚至於在病情或治療方式的描述，加上了病患或家屬個人的評斷。但是由病患及家屬的描述與評斷，同時也透露着病患對於治療狀況以及醫療體系的情緒感受與觀點。

研究發現

病患與家屬在就醫就診時的不確定感，可以細微至醫生對病患的說話/看診態度，病況的診斷正確性，醫生專業能力的可信度，治療程序與方式合宜與否等等。病患及家屬有時會當面向醫生提出疑慮(不確定感)，但是，從訪談以及投書資料中顯示，更多的疑慮是在醫病互動的過程中，還來不及提出，便因為其他更為急逼的狀況而被遺忘，或是基於社會文化中對於禮貌與醫生面子等顧慮，未能及時提出。受訪者往往是在投書時或是訪談中，才首次提出未曾向醫護人員提及的疑慮。歸納民眾就醫投書及患者所述說的就醫經驗發現：台灣的病患在醫病關係中雖扮演著服從、被動、無聲、善忍耐的求醫角色，但也都曾經在醫病互動的過程中，表達對於病況的疑惑與不確定感，並且試

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

圖從醫療人員或其他管道，尋求解釋疑惑與不確定感。

期待告知/說明病況減低不確定感

患者及家屬用以減低不確定感最直接的方式，是以「問問題」來獲取與病況相關資訊。有些病患降低不確定感的方式，不只是提問題，也提出做各種檢查的要求，或是與醫生「討價還價」治療方式。當患者或家屬提問，未能從醫生處得到資訊解答或情緒支援時，更多的問題與請求便接連而來，甚至於引發醫生與病家雙方的不滿：

今天八月四日我帶女兒來看骨科，醫生看也不看，直用嘴巴比喻，例如我請問醫生我女兒膝蓋怎麼會痛，醫生反問我醫院再大，也會倒，房子再穩也會垮……我再問醫生我女兒需不需要照X光……旁邊我太太問醫生說我女兒現在怎麼辦……(0805)

家屬的直接問題：「膝蓋為甚麼會痛？」，醫生並沒有直接回答，而用房子做譬喻當作回應。病患家屬或者完全無法理解「房子」的譬喻，或者能約略猜測醫生所指為何，但都無法得知醫生對於現有疼痛狀況的具體診斷與建議為何。因此，病家會繼續提出下一個問題（請求），需不需要照X光，甚至最後直接問：「現在怎麼辦？」如果醫生能夠藉由回答病患家屬的問題，提供病家提供疾病或症狀相關的醫療資訊與知識，認知的疑慮已經因為第一個問題就獲得解答，也許病患的第二個，甚至於第三個問題就不會（也不需要）出現。病家接二連三的問題與請求，顯示出醫生以房子做譬喻說明，以及對於照X光診斷病況的必要性說明，依然不足以減低或解除病家在認知與情緒上的不確定感。

病患認知面的疑慮，可藉由明確的說明與資訊的數量，來降低患者的不確定感。但是要在短時間內，減低病患情緒面的焦慮感，則是較為艱難的任務。若是病患情緒性的焦慮無法獲得接納與理解，很容易全盤否定醫病互動的過程。接下來的兩封投書內容，醫生都有做到回答或提供資訊，但從投書中的描述，患者最為不滿之處，則為醫生對於患者情緒焦慮的回應方式：

《傳播與社會學刊》，(總)第17期(2011)

晚上看眼科XXX醫生的門診，因自覺知識貧乏，檢查出有白內障(現年51歲)，故問有關保養照護的問題。X醫師雖有簡略說明，但顯然不耐煩，告知半年後再追蹤檢查，最後補上一句：你想太多了……(0641)

有些病患會用「討價還價」的方式來表達他們對於治療方式的焦慮，或進一步蒐集其他治療方式可能性：

……因診斷胸部有類似發炎，連超音波都還沒照，就拿針說要幫我抽胸部，我就說我有點怕，可以等一下再抽嗎？醫生說：不抽喔！那算了！就開藥吃就好了！我問他，那吃藥會比較不痛嗎？他就說沒抽的話，吃藥也沒有甚麼用！……(0641)

病患向醫生提出「等一下再抽」的請求，有可能是對「連超音波都沒照」的治療程序疑惑，或是對於針頭要刺入胸部的焦慮表達。醫生回應的內容雖然是資訊面(不將膿吸出，無法改善問題)的診療方式，但顯然未能照顧到患者情緒面的焦慮感，而被解讀為是冷漠的回應。

病患及家屬對於情緒性的不確定感，可藉由醫師告知病情狀況，提供醫療資訊，說明治療的必要性，而得到緩解與安慰：

當我中風微血管破裂緊急送達醫院時，要不是X醫師的緊急處理、專業的醫治，也許今天不能提筆寫信，想想當時進醫院時我也是半模糊狀態，在我身邊來了一位(個)人，告訴我她是我的主治醫生，會盡量醫好我，暫時不用開刀，緊急處理後送至加護病房……(0116)

……經X醫師耐心、細心檢查結果，我母親是因為長期臥床，導致長期營養不均衡，缺乏鈉、鉀及貧血，需要住院治療，後來鼻胃管不可以用在胃，因此換到十二指腸，這段治療期間，X醫師很有耐心而且又擔心家屬着急，常與我們溝通，也希望母親能接受治療(母親曾拔掉鼻胃管說不想治療)……經過一段治療，漸入佳境，於X年X月22號出院，回家靜養……(0268)

……急診我們遇到的值班醫生是XXX醫生，並且是第一次接觸X醫生，住院期間，X醫生一趟又一趟，仔細檢查家父手腳肌肉

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

的力量變化，並與我分析中風在急性期的各種呈現狀態和變化曲線的時間與天數。爸爸從慢慢無力道逐漸開始有力氣，由動彈不得到可以單側翻身……

醫師對治療的方式與步驟的說明，讓病患及家屬的不確定感能因醫療知識的增加，以及與醫生的往來互動 (reciprocity) 的頻繁而減低。同時，讓患者能夠參與治療的過程，並且對於接下來會面臨的可能狀況，預先作出合理的期待與準備。9號受訪者罹患肝癌末期的父親，因全家從南部遷移至北部，腹脹不舒服，求診三所大醫院均被以「無法掌握過去病史」或是「還要排隊」為由拒收。後來第四所醫院的醫生同意他父親住院，醫生也很明確向家屬表達，肝癌病患能拖四年半是很不容易的事情，接下來治療的方向只是在減緩病患的不適，無法進行深度治療。醫生的訊息都讓家屬對於「將要怎麼做」，「即將要面對」，或是「可能發生的事」預做準備。受訪者回憶：「……醫生那時有說，之後可能的過程就是腹積水、黃膽、肝昏迷、去世。」

即使面臨不樂觀的病況，醫生讓病患及家屬參與了解治療的原則與方向，預先告知接下來病況可能的發展，不但能讓病患及家屬免於總是扮演驚慌與無助的角色，並且將醫病關係置於對等的共同參與位置。9號受訪者舉例，當他父親的腹部積水嚴重時，醫生在事前有來說明並詢問病患及家屬的決定。醫生告知去除腹積水有兩種治療方式，一種是直接抽掉，另一種試用藥物慢慢將積水排掉。「……原先醫生不讓我爸抽(腹積水)，是我爸堅持要抽。醫生認為腹積水已經累積一段時間，身體器官已經習慣那個狀態，抽掉會讓身體無法適應，用藥物排掉，這樣對身體的負擔不會這麼大。但後來我爸堅持說：『你們不了解我背着那腹水很痛苦，反正我現在就想要抽掉就好。』大概溝通了兩三次吧，後來尊重我爸的意願(抽掉)。第一次抽的時候我沒有在場，第二次大概抽了七千多cc的腹水出來。抽完後是有不舒服，但我爸是說還好，可能七公斤的水抽掉了，身體也比較輕鬆吧。」

《傳播與社會學刊》，(總)第17期(2011)

多重資訊來源減低不確定感

對於求醫的病患及家屬而言，主治醫生的說法多半是病患及家屬最在意的說法，雖不能完全解除病患及家屬的不確定感，卻是一股穩定的方向與力量。但是，當醫生的說法，與實際病況有出入，或是治療後未見改變或好轉時，病患及家屬對於醫生、診斷與治療方式的不確定感勢必提高。因此，病患多半還會參照多重資訊來源，降低對於醫生診斷與治療的不確定感。醫生身旁的醫護人員，或是從事醫療工作親友的說法，網上提供或流傳的資訊，都是病家用以減低不確定感的資訊來源。

無論從甚麼樣的資訊取得來源降低不確定感，主治醫生的說法，最能左右病患及家屬的情緒。13號受訪者因車禍住院，住院的後期，由於意識狀態已經較為清楚，會開始向醫護人員詢問自己的復元狀況。通常，最容易接觸到的醫療人員是護士，以及常來查看的住院醫生，他們都會告知患者復元的狀況與進度。受訪者表示，即使同樣的說法已經分別從住院醫生及護士處得知，當主治醫師來探視時，他還是要再問主治醫師，「同樣的話還是要從主治醫師口中得知，才能真正放心。」但是，真正讓患者放心的理由，還是患者的康復進度，也如同醫生以及其他醫護人員所預告一般，主治醫生的說法，更是讓病患安心的加持。

如果主治醫生的回覆或說法上無法滿足病家對於病情的疑慮，其他醫療對象、醫療方式或資訊來源便成為釋疑的選項。3號受訪者母親頸椎開完刀還沒恢復意識，醫生要出來向家屬說明開刀結果時，看到20歲的兒子是唯一陪伴的家屬時，當面轉頭問其他護理人員：「有沒有其他家屬？」後來，也沒有甚麼說明，就將他母親推入加護病房。3號受訪者回想，他母親整個住院的過程，他只跟主治醫師說過一次話，問醫師他母親以後還可不可以騎摩托車，或是可否被載。醫生回答：「你載別人，不表示別人不會來撞你。」3號受訪者表示，之後有關他母親恢復進度的問題，他都問護士，關於預後狀況的問題，就上網查，或是問同學(因他媽媽也因同樣問題開刀)。

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

病患與家屬都曾掩藏他們對於病情陷於膠着的焦慮，以及對於醫師治療能力的信心動搖。12號受訪者的父親因為出現水腫及無法站立走路的問題至醫院門診求醫。病患在醫師要求驗血驗尿後返家，但因檢驗數據顯示狀況不佳，由醫院通知患者迅速回診，隨即就安排住院。住院之後，病患每天打針與驗血。家屬詢問護理人員打的是甚麼針，護理人員說是抗生素。主治醫師每天也都到病房查看病患的狀況，但是，受訪者的父親住院後的健康狀況不見好轉，反而是每況愈下。其後，開始出現神智不清，甚至危急到轉至加護病房將近有一個月之久。在加護病房期間，除了加護病房探視時間之外，家屬對於病患病情的進展以及醫療的方式與狀況，多半由護理人員處約略了解病患每日的狀況（例如血壓、體溫、神智及情緒狀態）。家屬由多處醫護人員處拼湊得知的說法是，目前無法知道是何種細菌感染，因此在做細菌培養，並嘗試各種抗生素。

基於對醫生敬畏與動輒得咎的心情，使得病患及家屬總是壓抑住「病情卻未能控制住」的疑惑。這樣的情況反映在受訪者12的父親病況不見起色時。在整個就醫過程中，家屬問過主治醫師最直接的問題就是：「為甚麼狀況沒有改善？」主治醫師出現在病患與家屬面前時，態度總是和善，同時也對病患與家屬打氣：「我們要保持樂觀。」但是，病患或家屬對於其他細節與疑問，諸如注射的藥劑的目的，治療的進度等疑惑或資訊，都是由巡房醫師或是護理人員口中得知，但不敢當面問主治醫師。一來，萬一醫生解釋了一些家屬也聽不懂的名詞或解釋，不再繼續問請醫生解釋的話，問了很可能也是白問；二來，要是繼續問個沒完，深怕讓醫生留下不信任醫生的印象。當病患的病情不見好轉時，家屬當然除了憂心之外，也會對於主治醫師的能力產生信心上的質疑。縱使家屬對於主治醫師信心動搖，雖然主治醫師的風評不錯，經驗聽說也很豐富，但是家人在生命的關卡中掙扎，就算他們對於主治醫生信心動搖，身為家屬也不敢有其他大膽的做法。

對於擔心冒犯醫生，而壓抑家屬對於病情及治療疑惑的考量，12號受訪者父親病情不見好轉時，有這麼一段插曲。12號受訪者表示，她曾有多次想要直接找主治醫師討論病情，但是她母親非常嚴厲的制止她這麼做，甚至於拿出「現在還是由我在作主」的話，來阻止受訪者

《傳播與社會學刊》，(總)第17期(2011)

對主治醫師可能造成的冒犯。受訪者說，他們(家屬)曾想過要詢問其他醫生的意見，但是對於目前已經檢查過的項目、數據與步驟並不清楚，也不敢貿然向醫護人員表達要調病歷出來的請求，深怕申請病歷的舉措會讓主治醫師「識破」家屬對主治醫師的不信任。後來，他們請託親戚詢問一位外院的醫師，醫生告訴家屬需要那幾項判讀的數據，家屬才向醫院申請要求這幾項數據，供外院醫師判讀。由於外院醫師判讀各項數據後，也表示贊成目前的治療方式，縱使病患的病情不見好轉，家屬能做的就是守候在加護病房外面等待探病時間。

病患家屬顯然無法從醫生「持續保持樂觀」的答覆、不斷翻閱過去病歷、沒有更多說明與解釋的回應方式或行為，得到任何值得放心或信任的線索。因此，病家才會轉而尋求其他資訊減低不確定感。黃達夫(1999)提到，醫療工作中，仍有許多難以控制與解釋的突發狀況。12號受訪者的父親，以及下一封抽蓄、呼吸困難投書家屬的案例，屬於(暫時)難以解釋或控制的狀況。無論病況如何發展，是否在控制與掌握之中，醫生對於病情與治療程序的說法與分享都可能稍稍緩解病家的疑慮，譬如向病患與家屬透露對於病情的不確定性，或是接下來的醫療計劃與流程，讓病患及家屬能夠參與治療的現況。這樣的做法，雖不能完全消除病家對於病情以及未來的不確定感，但是至少積極地將病患及家屬引導至接近實際的狀況中，而不是只能消極地等待病情的起落。

感受醫生的(溝通或醫療的)積極作為

究竟，甚麼樣的說明和釋疑內容與方式，才是足以減低病家不確定感的回應或是做法？歸納受訪者3、12及13的說法，除了醫生回答病家提問的直接、具體與明確程度之外，病家也會對照醫生的說法與病況實際發展，來確認先前的疑慮是否獲得解答或抒解。下面一則投書也是病家在醫生的醫療處置之後，病情未見改善。同時，病家向醫生所提出的疑慮或焦慮，也未能獲得重視與回應：

……因多年前曾有類似不適症狀至一般診所診療，注射藥品引發抽搐，呼吸不順，急促而轉至W院急診處理，故本次直接至W院

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

求診，期待舊病歷能提供更多資訊協助醫師診療，避免舊事重演（抽搐，呼吸不順）。醫師雖有做處理，告知家屬是因過度緊張所致，並加注（射）肌肉鬆弛劑與鎮定劑協助減緩症狀。症狀雖有稍緩和，但無明顯改善，人有明顯不適。幾經告知醫師無效後（醫師一直看舊病歷，無進一步醫療處置與檢查），決定離院。返家後又開始不斷抽蓄，呼吸不順，病人父親哭着開車將病人轉至T院急診，T院進行抽血檢驗，注射抗過敏針劑後，症狀即明顯改善而不再感到任何不適。（0456）

有些病患在醫病互動的過程中，以質疑醫生診斷、不服從或是干預治療程序等的不合作態度與做法，表達對於病況的焦慮與不確定感。對照前一個呼吸不順症狀未能得到緩解，轉至他院求醫的案例，受訪者2號的描述就醫過程，同樣的以抱怨症狀未能得到緩解的方式，表達對於自己病況的擔憂，並且對於醫生未能回應患者的不適狀態與感受而失望（另尋協助）。受訪者2本就患有嚴重糖尿病並且視力已經嚴重受損。某日度假期間，夜間覺得身體不適，至附近醫院的急診室求醫。患者表示，自己在就醫過程中，已多次向醫師表達心臟不舒服，但是醫師卻診斷是急性腸炎，病患表示：

我認為我的症狀不應該是急性腸炎，我感覺我的問題應該是心臟的問題，心臟的問題，所以當時我跟M醫院的急診室醫生有過爭執……但是我一直強調我心臟不舒服，但是他就是不理我，後來我就堅持出院，他就拿了一個證明叫我簽名，就是我出院之後要是發生任何事情，他們醫院一律不負責，我就簽了。但是回到家後，我覺得越來越不舒服……我緊急聯絡C醫院，但是要到C醫院之前，我想還是要到M醫院把之前做過的檢查及病歷調出來，所以我又回到M醫院。那時已經是早上七八點了，晚班醫生已經下班，早上的醫生看到我的病狀，馬上要我搭救護車，有護士陪着我到C，並且M醫院馬上打電話到C醫院告訴C醫院講……早上的醫生也發現我的症狀是危急的…所以當我到達C醫院時馬上住到急診的重症加護病房……後來又轉到心臟內科做詳細檢查，後來又轉到心臟外科……

《傳播與社會學刊》，(總)第17期(2011)

從上一則抽搐、呼吸困難的投書，以及2號受訪者的轉院經驗顯示，讓患者與家屬決心另尋他院協助的原因，是醫生無法減低他們認知或情緒上的不確定感(翻閱舊病歷或是診斷為腸胃炎)，在醫療行為上，也不見積極的作為。對照他們的第二段(換另一個醫院)就醫經驗，除了病況在第二所醫院獲得控制外，病患及家屬看到的，是在病況不明的狀態下，醫生依然積極努力(例如驗血，做各種不同的檢查)，尋找可能的治療方式。患者及家屬在這些醫療行為上，看到的是語言溝通之外，對於病患與病況的重視與關懷，同時減低病患與家屬情緒上的不確定感。

討論與結論

本文從降低不確定感切入，由民眾投遞給醫院的意見投書內容，以及個人或親人敘述住院過程與經歷中，討論台灣民眾及病患對於醫病關係的看法。對照整合意見投書以及就醫經驗兩部分的資料後，對於醫病關係中，如何降低民眾及病患的不確定感，有幾點值得思考討論之處。

首先，台灣病家在醫生面前的噤聲，除了是對於醫生權力的懼怕外，也是對於醫生的溝通能力失去信任感。從本研究的投書以及就醫經驗發現，許多求醫者在噤聲(不問問題)與出走(換醫生)之前，都曾以各種形式(問問題、對治療與檢查的討價還價、情緒性的抱怨等)向醫生表達過疑惑與焦慮，但是醫生的回應，顯然未能減低與解除病家的疑惑與焦慮。有些病家(如3號與12號受訪者)擔心，不斷地提出疑慮，可能干擾或造成醫生反感，因此後來選擇沉默，放棄從醫生之處尋求減低焦慮或不確定感的說法與解釋。換言之病家的沉默，只是對於醫生治療方式的「暫時」信任，但對醫生的溝通能力失去信任，因此讓他們打消與醫生溝通的意願。而換醫生出走的病家(如投書0456及2號受訪者)，則是對於醫生的溝通與治療能力皆失去信任的作為。

雖然病家的不確定感是既多重且複雜的感受——既對醫生，也對病況；既是對於資訊面的匱乏，也有情緒面的焦慮；既來自於病家所處的外在環境，也來自於(病家)自身的(個性)特質。研究結果顯示，

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

病患與家屬期望醫生除了醫治身體的病痛外，也能減低他們對於病痛與治療的不確定感。由投書及住院病患的經驗描述顯示，在醫生面前，民眾與病患多半在半推半就的情況下，扮演無知者的角色——在醫療過程中，無須存在與發聲，只須等待或享受醫療的成果即可。即使民眾與病患有參與的意願與權利，只享受醫療成果也讓為他們主觀認為，病家的意願與權力是被醫生忽略或是刻意剝奪。

過去，台灣社會中對於醫病關係，多半強調醫生的權威與距離，較少討論醫生對於病患治療與康復過程中的影響力。民眾及病患對於醫生說法與反應的看重，除了影響醫病關係的滿意度之外，更可能左右病患接下來的治療信心與態度。因此，醫生的「言」與「行」，同時也都是治療的一部分。從病患對於醫生反映與治療方式的描述，也不乏醫生對於病患與病況的說明，告知與討論病情的方式，讓病患與家屬參與治療的過程，明白治療的進度與目標，紓緩病家的不確定感。對照之下，醫生對於醫療程序，醫療方式的告知與分享，能將民眾與病患的地位，從無知與無助，提升到能夠與醫生討論或參與醫療決策。

另一個值得深思的問題則是：民眾與病患認為醫生「沒有」回應或減低（病家）不確定感的印象，究竟是醫生對於減低病患不確定感的做法與努力有待加強？還是，現有的社會文化氛圍，已經塑造出對於醫生與醫療體系的不信任感，使得無論醫師怎麼做，都無法降低患者或民眾的不確定感？

從投書與訪談資料中顯示，病患與民眾認為，他們之所以需要從其他來源與管道來紓緩或減低焦慮及不確定感，往往是醫生未能回應或是安撫病患及家屬所表達的不確定感。然而，從Berger (1988) 的降低不確定理論來看，降低不確定感本就是蒐集尋求資訊、觀察喜好感、相似度與交流互動的過程。醫病關係中，病患與家屬對於醫生及病況的不確定感，本就不能從單一的來源（醫生或是回應）就能減低或解除。病患與民眾由其他管道尋求協助與獲取資訊，本就是降低不確定感過程中必然的行為，不必然是因醫生的回應方式不佳造成。

醫病關係之間的不信任與對立，使得醫生無論怎麼說或怎麼做，都無法減低病家對於病況及醫療體系的不安與焦慮。對現有西醫體系的不信任，有一部分是來自於台灣媒體對於醫療事件與糾紛的極端報

《傳播與社會學刊》，(總)第17期(2011)

導方式，已經塑造出醫院及醫師的負面刻板印象(邱玉蟬，2007)，也將醫病關係中最極端惡劣的狀況塑造成一種慣見的常態(邱玉蟬，2009)。另一部分的不信任，則來自於民眾過去求醫的經驗與感受。許多民眾因為自己或親人，曾在西醫醫療體系中有過不良的印象與經驗，但在危急之時，卻又有不得不投靠西醫體制的矛盾(吳嘉苓、黃于玲，2002；蔡友月，2004)。

近年來，台灣社會雖然不斷的強調醫療品質與優質醫病關係的重要性。對於優質的醫病關係，除了是由醫療體系提升對民眾與病患的尊重與照料品質，加強醫護人員對於醫病關係的重視與經營外，民眾與病患對於醫療體系所能給予的照料與服務，各式醫療方式的極限與利弊，也應該抱持合理的期待與期望。未來，提升民眾醫療素養，灌輸民眾與病患要求就醫與就診權利，「醫」與「病」之間地位與關係對等的同時，也應該學習為醫療的選擇與決策承擔起部分的責任。特別是台灣社會受到多重(中醫、西醫與民俗療法)醫療信念的影響，使得民眾與病患經常擺盪於不同的醫療信念與醫病期待之間，造成了民眾與病患對於每種醫療體系都不信任——中醫不夠科學，西醫不夠人性，也對於選擇的醫療方式採取不負責的態度，習慣性的將負面的經驗與醫療後果，歸因於醫生或治療者的失職與冷漠。

台灣病患就醫經驗中，對於醫生存在着矛盾的期盼，這種期盼，是對照比較過去負面的醫病經驗，以及要求不多的醫病關係。從民眾與病患的求醫經驗顯示，病患與民眾對於醫病關係的矛盾擺盪於醫學專業能力，溝通方式與醫療態度之間的取捨。當然，最完美的狀況是上述三種特質兼備，但是如果須要選擇時，民眾會選擇專業能力。在面對不同於文化規範中「權威」及「距離感」的醫師形象時，民眾與病患對於醫師的判別標準，便產生一些混淆與掙扎。

本研究以檢閱民眾與病患投書以及深入訪談的方式，討論台灣民眾與病患對於醫病關係的期望與看法，藉此探索台灣醫療社會與文化中，民眾與病患對於醫生以及醫療經驗的感受。文中歸納與發現的醫病關係，雖不能完全代表台灣地區整體醫病關係的現況，但是由投書的方式、內容以及受訪者陳述的就醫經驗中，浮現出現有中外文獻，以及量化研究量表或調查未能觸及的現象。其中，不乏是台灣的醫療

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

場域中，長期以來對於醫生形象以及長期醫病互動模式的習慣與看法。民眾與病患對於醫病關係的模式與期待，除了與社會文化的溝通形態與醫療結構相關外，可能隨着醫療資訊的流通，病患對於醫療權利意識以及健康素養的漸增，使得台灣的新醫病關係的發展，成為推動與改善醫療品質的助力。

附件一

編號	身份	年齡	住院原因	治療結果
01	家屬	24	父親膽結石開刀	已康復
02	病患	58	心臟繞道手術	已康復
03	家屬	20	母親頸椎第六七節骨刺開刀	已康復
04	病患	52	頸椎第六七節骨刺開刀(3號受訪者母親)	已康復
05	家屬	42	母親腦中風住院開刀	歿
06	病患	58	頸椎動脈出血開刀	已康復
07	病患	72	血糖過低休克住院	已恢復
08	家屬	24/25	父親因血液疾病(類似血癌)住院	歿
09	家屬	25	父親肝癌末期住院	歿
10	病患	30	腳韌帶斷裂開刀	已康復
11	家屬	28	祖母(79歲)因子宮肌瘤摘除子宮卵巢	已康復
12	家屬	26	父親因不明原因水腫昏迷	已康復
13	病患	20	車禍肝臟出血	已康復
14	家屬	39	妻剖腹生產	已康復

註釋

1. 過去醫者的背景不一，從遭貶丟官失去生活來源者，長年賣藥而累積開藥經驗者，在自己行業不走運的畫家，識字的村夫，或是前途茫茫的讀書人，皆可擇醫為業。

《傳播與社會學刊》，(總)第17期(2011)

參考文獻

中文部分 (Chinese Section)

- 成令方(2002)。〈醫「用」關係的知識與權力〉。《台灣社會學》，第3期，頁11-71。
Cheng Lingfang. (2002). Yiyong guanxi de zhishi yu quanli. *Taiwan shehuixue*, No. 3, pp. 11-71.
- 吳嘉苓、黃于玲(2002)。〈順從、偷渡、發聲與出走：「病患」的行動分析〉。《台灣社會學》，第3期，頁73-117。
- Wu Jialing & Huang Yuling. (2002). Shuncong toudu, fasheng yu chuzou: binghuan de xingdong fanxi. *Taiwan shehuixue*, No. 3, pp. 73-117.
- 祝平一(2010)。〈藥醫不死病，佛度有緣人：明、清的醫療市場，醫學知識與醫病關係〉。《中央研究院近代史集刊》，第68期，頁1-50。
- Zhu Pingyi. (2010). Yao yi bu si bing, fo du youyuanren: ming qing de yiliao shichang, yixue zhishi yu yibing guanxi. *Zhongyang yanjiuyuan jindaishi jikan*, No. 68, pp. 1-50.
- 黃達夫(1999)。《用心聆聽—黃達夫改寫醫病關係》。台北：天下文化。
- Huang Dafu. (1999). *Yongxin lingting—Huang dafu gaixie yibing guanxi*. Taipei: Tianxia wenhua.
- 張苙雲(1998)。《醫療與社會：醫療社會學的探索》。台北：巨流。
- Zhang Liyun. (1998a). *Yiliao yu shehui: yiliao shehuixue de tantao*. Taipei: Juliu.
- 張苙雲(1998)。〈「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析〉。《台灣社會學刊》，第21期，頁59-87。
- Zhang Liyun. (1998b). Guang yishi de luoji: qiuyi licheng de fenxi. *Taiwan shehui xuekan*, No. 21, pp. 59-87.
- 張菊惠、胡幼慧、張珏(1998)。〈子宮切除術前醫生告知內容之研究〉。《婦女與兩性學刊》，第9期，頁115-144。
- Zhang Juhui, Hu Youhui & Zhang Jue. (1998). Zigong qiechushu qian yisheng gaozhi neirong zhi yanjiu. *Funu yu liangxing xuekan*, No. 9, pp. 115-144.
- 張玲慧(2006)。〈生物醫學意識形態於台灣復健病房住院患者的復健經驗之呈現〉。《職能治療學會雜誌》，第24期，頁36-54。
- Zhang Linghui. (2006). Shengwu yixue yishi xingtai yu taiwan fujian bingfang zhuyuan huanzhe de fujian jingyan zhi chengxian. *Zhineng zhiliao xuehui zazhi*, No. 24, pp. 36-54.
- 雷祥麟(2003)。〈負責任的醫生與有信仰的病人——中西醫論與醫病關係在民國時期的轉變〉。《新史學》，第14期，頁45-96。

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

- Lei Xianglin. (2003). Fuzeren de yisheng yu you xinyang de bingren—zhongxiyilun yu yibing guanxi zai minguo shiqi de zhuanbian. *Xin shixue*, No. 14, pp. 45–96.
- 葉永文 (2005)。〈日治前的台灣醫政關係概說〉。《台灣醫學人文學刊》，第6期，頁129–141。
- Ye Yongwen. (2005). Rizhi qian de taiwan yizheng guanxi gaishuo. *Taiwan yixue renwen xuekan*, No. 6, pp. 129–141.
- 葉永文 (2006)。〈台灣醫療社會的文明化歷程：一種「醫政關係」的統合主義分析〉。《台灣醫學人文學刊》，第7期，頁113–131。
- Ye Yongwen. (2006). Taiwan yiliao shehui de wenminghua licheng: yizhong yizheng guanxi de tonghe zhuyi fenxi. *Taiwan yixue renwen xuekan*, No. 7, pp. 113–131.
- 鄧雅凌、王劫、張玲慧 (2008)。〈合理化「會操才會好」治療模式的情境脈絡之探討〉。《職能治療學會雜誌》，第26期，頁64–79。
- Zheng Yaling, Wang Jie & Zhang Linghui. (2008). Helihua huicao cai huihao zhiliao moshi de qingjing mailuo zhi tantao. *Zhineng zhiliao xuehui zazhi*, No. 26, pp. 64–79.
- 蔡友月 (2006)。〈台灣癌症患者的身體經驗：病痛、死亡與醫療專業權力〉。《台灣社會學刊》，第33期，頁51–108。
- Cai youyue. (2006). Taiwan aizheng huanzhe de shenti jingyan: bingtong, siwang yu yiliao zhuanye quanli. *Taiwan shehui xuekan*, No. 33, pp. 51–108.
- 蔡美慧、盧豐華 (2001)。〈適當的回應病人：從言談技巧改善醫病關係〉。《醫學教育》，第5期，頁245–252。
- Cai Meihui & Lu Fenghua. (2001). Shidang de huiying bingren: cong yantan jiqiao gaishan yibing guanxi. *Yixue jiaoyu*, No. 5, pp. 245–252.
- 蔡美慧、盧豐華 (2009)。〈問診開場皆斷言談技巧：「稱名、正身、就診、暖身」〉。《醫學教育》，第1期3，頁60–72。
- Cai Meihui & Lu Fenghua. (2009). Wenzhen kaichang jie duan yantan jiqiao: chengming, zhengshen, jiuzhen, nuanshen. *Yixue jiaoyu*, No. 13, pp. 60–72.
- 蔡宗宏、洪陵鎧 (2008)。〈病人知覺醫師行為與組織因素對其醫病關係滿意之影響〉。《醫管期刊》，第9期，頁222–242。
- Cai Zonghong & Hong Lingkai. (2008). Bingren zhijue yishi xingwei yu zuzhi yinsu dui qi yibing guanxi manyi zhi yingxiang. *Yiguan qikan*, No. 9, pp. 222–242.

《傳播與社會學刊》，(總)第17期(2011)

蔣欣欣、盧孜艷(1996)。〈健康與疾病的文化觀及現象分析〉。《護理雜誌》，第43期，頁42-48。

Jiang Xinxin & Lu Ziyang. (1996). Jiankang yu jibing de wenhuaguan ji xianxiang fenxi. *Huli zazhi*, No. 43, pp. 42-48.

英文部分 (English Section)

Baker, Richard, Mainous, A. G., Gray, D. P. & Love, M. M. (2003). Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scand Journal of Primary Care*, 21, 27-32.

Berger & Charles. (1987). Communicating under uncertainty. In Michael Roloff & Gerald Mill (eds.), *Interpersonal processes: New directions in communication research* (pp. 39-62). Newbury Park, CA: Sage.

Brann, Maria. (2005). The influence of medical orientation on perceived physician credibility. *Communication Research Reports*, 22, 265-273.

Chen, T-J, Kung, Y-Y, Chen, Y-C, Chou, L-F, Chen, F-J, & Hwang, S-J. (2007). Use frequency of traditional Chinese medicine in Taiwan. *BMC Health Services Research*, 7, 26-37.

Duberstein, P., Meldrum, S., Fiscella, Shielfs, C.G., & Epstein, R.M. (2007). Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient Education and Counseling*, 65, 270-274.

Fan, Vincent S., Burman, Marcia, McDonell, Mary B, Fihn, & Stephan D. (2004). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 226-233.

Hattori, H. Salzberg, S.M., Kiang, W.P., Fujimiya, T, Tejima, Y. & Furuno, J. (1991). The patient's right to information in Japan Legal rules and doctor's opinions. *Social Science and Medicine*, 32, 1007-1016.

Ishikawa, Hirono, Yamazaki, & Yoshihiko. (2005). How applicable are Western models of patient-physician relationship in Asia? Changing patient-physician relationship in contemporary Japan. *International Journal of Japanese Sociology*, 14, 8-93.

Liu, S. (2004). Building a strong and healthy empire: The critical period of building colonial medicine in Taiwan. *Japanese Studies*, 24, 301-314.

由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感

- Nanton, V., Docherty, A., Meystre, C., & Dale, J. (2009). Finding a pathway: Information and uncertainty along the prostate cancer patient journey. *British Journal of Health Psychology*, 14, 437–458.
- Ng, FL., Schumacher, A., & Goh, CB. (2000). Autonomy for whom: A perspective from the Orient. *Palliative Medicine*, 14, 163–165.
- Rahmqvist, Mikael, Bara, & Ana-Claudia. (2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 22, 86–92.
- Richmond, Virginia P., Heisel, Alan D., Smith Jr., Ralph S., McCroskey, & James C. (2002). The association of physician socio-communicative style with physician *credibility* and patient satisfaction. *Communication Research Reports*, 19, 207–215.
- Ruhnke, G.W., Wilson, S.R., Akamatsu, T. (2000). Ethical decision making and patient autonomy: A comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest*, 118, 1172–1182.
- Shih, F.J. (1996). Concepts related to Chinese patients' perceptions of health, illness and persons: Issues of conceptual clarity. *Accident and Emergency Nursing*, 4, 208–215.
- Zhao, & Binbin. (1999). Asymmetry and mitigation in Chinese medical interviews. *Health Communication*, 11, 209–214.

本文引用格式

葉蓉慧、連吉時 (2011)。〈由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感〉。《傳播與社會學刊》，第 17 期，頁 61–86。

鳴謝

本文感謝國科會專題研究計劃(編號：NSC: 99-2410-H-128-026)的經費協助與支援。