

子宮切除術前醫師告知內容之研究

張菊惠*、胡幼慧**、張珏*

中文摘要

本研究探討非癌症診斷婦女面臨子宮切除手術決定時，醫師告知之內容，以及對醫師告知之反應。研究場域為某都會區之醫學中心。採用質性方法中的多元方法，交叉檢視婦女問卷訪談與知情人士訪談資料。研究重要發現如下：(1)醫師告知乃以醫師為中心的權威性告知，醫病溝通間的醫病地位不對等。(2)醫師對手術影響的告知偏頗，僅談手術好處與不手術的壞處。(3)醫師對切除子宮告知抱持「無用論」與「癌症預防之道」的態度，並以此說詞說服病人。(4)手術決策過程是由醫師隱藏性操弄資訊，進而操控手術的決定權。(5)病人對醫師告知是不理性的絕對順從。文中就幾個重要發現進行討論，並綜合研究結果與國際間醫病溝通或子宮切除的經驗，提出四點政策啓示，分別為制訂衛生監核政策、保障婦女權益的醫院管理、建立婦女健康網絡與醫學教育的改善。

關鍵語：子宮切除、醫師告知、多元方法、婦女健康

* 國立台灣大學公共衛生學院公共衛生研究所

** 國立陽明大學醫學院衛生福利研究所

前 言

在國際一片訴求婦女健康的聲浪中，子宮切除是其中一項重要的議題，由於它是一項高度自由裁決的處置，爭議性也較大。尤其近來的流行病學研究結果發現國內的子宮切除率有逐年增長的趨勢（張珏等，1995；戴桂英 & 葉元麗，1996；李玉春，1995）。因為子宮具有生育能力，對婦女的意義遠勝於其他器官；同時其手術的範圍常會涵蓋卵巢、子宮頸與陰道，對婦女身心健康的影響比起其他手術更形複雜（Gould, 1986；Wood & Giddings, 1991）。除了一般手術會有的生理適應之外，還有特別的心理適應與婚姻生活、性生活適應等。因此，站在婦女健康促進的立場，子宮切除是否合宜的議題著實需要關注，不必要的子宮切除應設法避免（Crowe, 1992）。

子宮切除手術的決定與適應症，病情嚴重度，醫師對手術的信念，診療型態與醫病溝通等因素有關。其中子宮切除適應症是較無爭議性的一部份，國內子宮切除的主要適應症為子宮肌瘤(49.4%)、子宮內膜異位(13.3%)、生殖器脫出(8.8%)，各種生殖器官惡性腫瘤總計約佔十分之一，與其他國家的分佈相近（戴桂英 & 葉元麗，1996；Luoto et al., 1994；National Women's Health Network, 1993；Santow & Bracher, 1992）。而佔一半子宮切除手術的適應症--子宮肌瘤，它的發生率為20%-30%，是發生率相當高的疾病，而且有隨年紀愈大發生機率愈高的現象（陳瑞堅，1994）。婦女在面對如此高發生率的山宮肌瘤時，是否開刀的決策行為就愈加需要研究。

第二個影響因素是醫師因素，秉持「子宮無用論」觀點的醫師，會影響他對婦女告知的內容，認為在計劃生育後，子宮變成是一個出血、產生症狀、潛在致癌危險的器官，而且子宮切除並非特別有合併症或高危險性的手術，大部份婦女都適應得很好。這樣的思維與告知態度，會教導婦女子宮是一個不好的、麻煩的器官，病人有較高被切除子宮的機率。而醫師的專業判定，認為子宮切除對病情而言是屬於必要性的或是有選擇性的處置，亦是手術與否的關鍵（Travis, 1985）。然子宮切除在臨床的適切性，不論是專科醫師或社區婦產科醫師之間，均有相當分歧的意見（Bickell et al., 1994）。婦產科醫師也認為醫師的診查技術、能力，以及對檢查結果的判斷與解釋能力會影響手術的決策（陳瑞堅，1994）。

第三個影響因素是醫療機構的因素，國內的山宮切除手術75%是分佈在醫學中心和區域醫院內施行；而醫學中心、區域醫院、地區醫院三個等級醫療機構的平均子宮切

除率相差無幾，都在八成五左右；平均切除率的差異是來自於同等級醫院間，而且依醫院等級愈低，差距愈大（戴桂英 & 葉元麗，1996）。這樣的現象暗示不同機構間的診療文化、經營理念，亦是影響子宮切除醫療決策的因素。

醫病溝通是另一個影響手術決定的重要因素，也是本研究欲探討的主題。醫師應提供足夠且明確之資訊給婦女，使其明瞭手術對其之意義、好壞處與其他可行之處置，與醫師做平等式的討論，使婦女能自我評估、調整與適應手術之相關問題（Travis, 1985；Coulter, Mcpherson & Vessry, 1988）。當婦女對子宮疾病與治療方式的認知增加時，會影響婦女參與醫療決定，進而影響手術的決定（Cherkin, 1994）。因此，醫病雙方資訊不對等的情况下，手術決定過程中的醫師告知內容與態度，將是影響婦女決定手術與否的關鍵。

國外的研究顯示：婦女對子宮疾病與治療方式的認知與態度，會影響婦女參與醫療決定，進而影響手術的決定（Cherkin, 1994）。也就是說，在醫療決策的醫病溝通過程中，醫師如果提供足夠且明確之資訊給婦女，使其明瞭手術對其之意義、好壞處與其他可行之處置，與醫師做平等式的討論，使婦女能自我評估、調整與適應手術之相關問題，亦是影響婦女決定手術與否的關鍵（Travis, 1985；Coulter Mcpherson & Vessry, 1988）。

過去在台灣並沒有子宮切除術前醫師告知的研究。國外也只有針對婦女對手術認知的研究，結果約有六成的婦女瞭解手術方式（Mwaba & Letloenyane, 1994）。研究者曾探討醫學中心接受子宮切除手術婦女之自述醫病溝通，由術後 3-9 個月的婦女回溯手術當時的醫病溝通情形。結果發現三成的婦女對疾病診斷、手術範圍認知不正確。如此重大的手術，卻仍有三成婦女對疾病診斷與手術範圍認知不正確，反映出醫師告知的不清楚與不充分（張珽、張菊惠、胡幼慧，1997）。

醫病溝通的接觸戰（encounter）涉及醫病兩方，過去的研究多僅從病人層面探討醫病溝通過程的醫師告知，難以瞭解醫師告知的全貌。是否醫師觀點的醫師告知與病人觀點的醫師告知是相同的？或是互斥的？最理想的研究方法是將醫病接觸錄影下來，或是研究者實地參與觀察，再作分析，但可行性低。在礙於研究方法與研究場域的限制下，研究者採用知情人士的方式，獲取醫師觀點的醫病溝通與醫師告知。本研究將知情人士的訪談結果作敘說分析，再與過去的婦女自述醫病溝通的結果做交叉檢視，以期獲得醫師告知的全貌，並從結果中剖析醫病溝通間的權力結構。

研究材料與方法

研究場域為某都會區的一所醫學中心，探討良性疾病子宮切除手術決定之醫師告知。去除癌症診斷和緊急手術者，乃因婦科惡性腫瘤的患者，其面臨的問題除了子宮切除手術外，更重要的是死亡的威脅，同時在手術後仍會有一系列的治療計畫，就醫的過程複雜。且醫師對重症病人的告知不同於良性疾病患者，會受到家庭結構與疾病類別的影響，臨床經驗及許多研究已發現重要醫療訊息的溝通無法用公開、誠實、事實的原則來處理，尤其如何告知、何時告知是一複雜的問題（Hauser, 1981），因此本研究暫不列入考量。而威脅生命情況下的緊急子宮切除（如：生產併發症、意外事故所導致無法控制的大出血等），醫師在作手術切除前，是無法事先與病人作溝通討論的，因此也不列入研究對象中。另外在手術治療方面，也將採行肌瘤切除手術婦女去除在收案對象中，因其尚保有子宮，手術對其身心的影響與子宮切除者有所不同，告知的內容也將有所不同。因此，本研究探討之子宮切除手術前醫師告知，僅針對非癌症診斷、非緊急手術之良性疾病診斷之子宮切除手術。

一、研究設計

採用多元方法，包括知情人士訪談與子宮切除婦女問卷訪談。婦女問卷訪談資料來自國科會研究計畫「影響子宮切除相關因素探討 II」（張珏、胡幼慧、張菊惠，1995），受訪對象為某醫學中心之子宮切除後婦女，知情人士亦為該醫學中心之醫學生。藉由多元方法論的思考，可以彌補存在於單一研究取向所造成的偏誤（周雅容，1996）。研究者除對研究結果進行檢視外，亦增加研究的深度與廣度，使研究者對現象界的各種層面有更多的瞭解。將兩種資料進行整合與交叉檢視以探究子宮切除手術之醫師告知體系時，知情人士訪談的結果可以用來說明或支持婦女問卷訪談結果所得到的發現，也可以用來澄清問卷訪談中一些令人困惑的結果，以及對原先問卷訪談上沒有預期到的發現，提供初步的解釋。當二種方法所得出的研究結果一致時，研究者對該研究結論較有信心。而當二種方法所得結果有不一致或矛盾之處時，研究者也可試圖由這兩種不同性質的研究資料中，尋求澄清及探索可能潛藏複雜的社會文化過程（周雅容，1996）。換言之，可以用知情人士訪談來增進婦女問卷訪談研究的內在效度，而以問卷訪談來增進知情人士訪談的外在效度。

二、知情人訪談

在探討醫病溝通的議題時，除收集病人方面的資料外，另一方面亦需要有醫師的資料相呼應。而醫師部份的資料收集，因研究者難以進入診療的環境，參與觀察醫師與病人的溝通過程，所以採用另一種間接的方式—透過知情人，收集醫病溝通中醫師告知的資訊。本研究的知情人訪談對象選取是採用立意抽樣(purposeful sampling)的方法，也就是研究者想要瞭解關於選取對象的事，但不需概括所有此類對象，而採取的一種策略。研究者找尋能提供豐碩資訊的關鍵提供資料者或團體，再從中選取子單位，作更深入的研究。換言之，所以選擇這些樣本，是由於他們能就研究者正在研究的對象提供資訊（王文科，1990）。

選擇該醫學中心與主治醫師關係密切之醫學系六年級學生為訪談對象。不選擇住院醫師或七年級實習醫師的理由為，住院醫師與被研究對象間的關係既是同儕又是師生，而醫師倫理中即規範不可批評同業之執業行為，因此不採用此類人士。而另一類相關人士--七年級實習醫師，其實習工作限於病房的常規檢查與針劑注射，以及門診的電腦檢查單打字，並未參與主治醫師的病房巡視，而門診的電腦作業亦在醫師門診間外，與主治醫師之關係並不密切，對本研究所欲收集之資訊，恐無法提供，因此亦不採用。而六年級見習醫師雖然與研究對象具師生之關係，但因不隸屬該院之正式編制，且尚未開始執業，較無提供資訊之顧忌。因此選擇採用六年級見習醫師為訪談對象。

選擇這類知情人訪談的另一層意涵為，六年級見習醫師在實習過程所觀察認知的醫師告知型態、態度、特色，皆會影響其往後的執業行為。對見習醫師的訪談亦可提供另一種訊息，即醫學教育對醫學生之潛移默化影響，臨床醫師的醫病溝通態度與型態是否成為他學習的內容。

最後訪談三位醫學系六年級的見習醫師（兩男一女），兼顧男女性別。兩位男醫學生，於其剛結束婦產科實習後訪談，期能問到最真實無回憶偏誤的內容。由於醫學女學生稀少，難以在訪談階段找到剛實習完的女學生，因此所挑選的是在半年前到過婦產科實習的女學生。三位知情人皆與研究者熟識，在自然輕鬆的氣氛下進行訪談，也都能針對研究者的問題侃侃而談，甚至能進一步解釋其所回答內容的意涵。平均每位知情人訪談 40 分鐘。採非結構式訪談，訪談的主題為「醫師告知」。

三、婦女問卷訪談

手術婦女的個別訪談採半結構式問卷進行，為作深入之探究，在結構式問題後加入開放式問題，務期獲致更完整的資料。選擇這種方式的理由是因為，這個議題的研究尚不多，若以婦女研究精神作質的研究，聆聽婦女本身經驗才是最真實的。手術的過程隱含不確定性的變異，因此在封閉式結構性問題之後，配合開放性的問題，讓受訪者充分反映已見，以期能將變項間的因果關係作清楚陳述。

資料蒐集方法乃抄取某都會區的一所醫學中心，八十三年五月至十月因良性疾病住院做子宮切除手術的病人名冊，共 410 人，去除居住在該都會區外的個案後，餘 278 人，再抽取 140 人進行訪視，訪員事先以電話聯繫，在獲得本人同意後，至其家中進行訪談。於八十四年二月至三月進行訪視，大約為術後四個月至十個月的婦女。去除地址錯誤、搬家、聯絡不到和拒訪的，最後完成訪視的有 72 人。

研究變項包括有：(1)婦女特性：包括人口學特質（年齡、教育程度、婚姻狀態、生育情形）與疾病資料（手術的疾病診斷、手術切除範圍）。(2)醫師告知內容：包括手術範圍、他類治療、手術好處、手術改變、手術合併症五個面向，皆以開放性問題詢問。

問卷訪談之效度方面，在正式訪視前，問卷經專家意見修改（婦產科醫師三名、護理學者兩名、公衛學者兩名），並於婦科門診實施病人預試後，做問卷的最後修正。問卷信度則是將訪員完成之問卷，再由病歷查證其病歷資料，確認受訪對象之基本資料，以及問卷上關於疾病問題的回答。

四、資料分析

完成的手術婦女訪談問卷資料，編製譯碼簿，結構式題目經譯碼後，以 dBASE 資料庫軟體鍵入，再使用 SAS 套裝統計軟體進行分析。開放式題目則以內容分析法分析，歸納出病人自訴內容的特性與類別。

知情人士訪談結果以敘說分析(narrative analysis)方法分析。將訪談獲得之資料分門別類，按議題歸類，在諸多思索與資料修刪後及重新組織之後，選出關鍵性的說辭，最後化約出三個「核心敘說」(core narrative)，並作為結果撰寫的結構。三個核心敘說分別為病情的告知、手術決定的告知、手術影響的告知，各類議題下又有子議題。

研究結果

一、基本資料

完成訪視的 72 位婦女，年齡為四十歲以上的約有九成，40-49 歲組佔了一半以上。教育程度多在高中職以下，以小學程度居多(31.9%)，國中與高中職程度其次(22.2%)，專科程度以上有 18.0%。目前的工作狀態，有一半以上是目前有工作者(55.6%)。目前的婚姻狀態，絕大多數是已婚(88.9%)，有 2 人是未婚。除未婚的 2 人無生育經驗外，其餘均已生育。保險別方面，以勞保病人佔最多(63.9%)，公保病人其次(26.4%)。病人自述手術的診斷中，六成為子宮肌瘤，子宮陰道脫垂約有一成，餘為子宮內膜異位、卵巢良性腫瘤等。自述的切除範圍中，主要為全子宮切除、全子宮合併單側卵巢切除、全子宮合併雙側卵巢切除三種方式，另有 4 人不清楚自己的切除範圍是什麼。

72 位病人分別隸屬於 16 位主治醫師，其職階分別有教授 5 人（含兼任教授 1 人）、副教授 4 人、講師 7 人（含兼任講師 5 人）。若不分專兼職，教授級醫師的病人佔五成，副教授級與講師級各約為四分之一。

二、醫師告知的內容與程度

依據 1973 美國醫院協會所訂定「病人權利典章」的精神，在手術醫療決定的醫病溝通過程中，醫師應該告訴病人疾病的診斷是什麼？除了手術外還有其他的治療嗎？如果要作手術，是怎麼作？切除哪些部位？手術對身體健康有什麼好處嗎？手術會有什麼不好的影響（Leibowitz & Rachlin, 1992）？歸納而言，術前的醫師告知應包含三個面向，即「病情告知」、「手術決定告知」與「手術影響告知」。

本研究即以這三個醫師告知的層面，分別探討子宮切除醫療決定過程中，醫師告知的內容與告知的程度，以及病人對醫師告知的反應，剖析子宮切除手術的醫師告知事件。以交叉檢視的方法，進行知情人敘說與婦女敘說的分析。

（一）病情的告知

知情人就他們的觀察表示，門診的時間匆促，醫師解釋病情的機會不大，病人對疾病提出問題，醫師不見得會回答，甚至如果提出太多問題，會引起醫師的不耐煩。而病情的討論是以醫師為主導，關注在醫師想知道的事情，而不是病人想讓醫師知道的事情。知情人士的敘說如下：

『本院門診的病人很多，醫師常常會看超過中午。如果每個病人都多說一點，不就得看到下午？所以病情的解釋不會說太多，倒是病人住進病房要準備開刀時，就會比較有時間說明。可是我覺得那時候說就沒什麼用了，病人住進醫院就像褲子已經脫下來，那有可能不開刀嗎？』(男醫學生甲)『病人如有疑問，醫師會重點回答，但有些病人問題很多，醫師會不高興。這時候門診的護士就會把病人帶出去，幫忙解答她的疑惑。婦產科的醫師是不會罵病人的，倒是其他科就有。』(女醫學生甲)『病人即使問問題，醫師也不會回答。就像在問診時，病人描述她不舒服的情形，常常是病人說病人的，醫師低頭寫病歷，抬頭問的卻是醫師想問的另一個問題(醫師想要知道的問題)，並不是病人所主訴的問題。』(男醫學生乙)『病人就會被打斷，接著回答醫師的問題。』(男醫學生乙)

而在病人方面，有八成多的婦女表示曾有醫師向她解釋病情，但只有半數病人的醫師會詢問、聽取、討論病人擔憂之事。有 52 人的診斷與腫瘤有關，其中有七成多被醫師告知瘤的位置與大小。

病人對醫師的態度皆認為「醫師應充分且清楚地告訴病人疾病的事情」，「雖然不懂醫療專業，但身體是自己的，有權知道的很清楚」。但是對醫病溝通的看法，有一半的人覺得「醫師很忙，不好意思問問題」，「醫師是專業，不應該有不同的意見」。三成的人認為「看病應少說話，免得醫師不高興」。

(二) 手術決定的告知
當病人因故至醫院就醫時，在超音波、血液生化等檢查之後，會獲知診斷為何。醫師再依診斷、疾病的嚴重度與病人的年齡，決定治療計畫的方針。可能建議病人繼續門診追蹤，內科治療，或建議外科手術治療。此時，病人的年齡、是否還要再生育、對症狀的耐受度等，是醫師決定建議手術與否的關鍵。如果病人不願意開刀，醫師會再多說明手術的好處與不手術的壞處說服病人。少數醫師會詢問病人不願手術的原因，有些醫師則不會。如果病人在別的醫師處判定需要開刀，醫師會再視病人是否符合必須手術的標準後再做決定。而手術與否的考量即包括前述的年齡、生育經驗與症狀耐受情形。當決定要手術後，切除範圍幾乎皆不保留子宮頸。卵巢則視停經與否決定是否合併切除。

關於手術的告知，將分成下列三個議題作深入探討。

1. 第二位醫師意見確認

都會區的教學醫院，常會有一些來自地方診所或地區醫院，被診斷需要手術治療，而尋求第二位醫師意見的病人。此時，教學醫院的醫師會依據病人實際的情形，給予手術外的治療建議或是做範圍較小的切除。知情人士敘說如下：

『有時候病人在別的地方看病，被說的好恐怖，說一定要開刀。來到這裡之後，醫師們會依她實際的情形，建議做內科治療，或是範圍較小的切除，例如：雙側卵巢沒有必要切，就不會切。』（男醫學生甲）

『我想本院是教學醫院，濫開刀的情形不會有，因為醫師不會因為多開刀就賺得比較多，這應該是其他私立醫院會有的情形。有一些婦女她在外面的診所看病，告訴她要開刀，可是老師一看，她並還沒有達到開刀的 criteria，還是不會幫她開的。』（女醫學生）

『通常老師會評估她是否達到必須手術的 indicators，有的話當然也會建議開刀，不需要的也會跟病人說明。』（男醫學生乙）

而在受訪的病人中，有 73.6% 是曾被別的醫院診斷需要開刀後，再到該教學醫院尋求確認。病人抱持的心態是，如果連醫學中心都說要開刀，就是真的需要開刀了，她的第二位醫師意見尋求也會就此終止。

2. 切除的理由

由知情人士與婦女訪談的內容中，可將子宮切除的理由歸納為兩類：「無用論」與「預防癌症」。「無用論」的觀點視無生育計畫婦女之生殖器官（子宮與卵巢）為沒有用處的，所以切除是無所謂；而手術的考量究竟是生育功能的考量或亦是醫療的需要，成了耐人尋味的議題。另一項切除的理由乃是「預防癌症」；預防癌症發生的可能，應該切除子宮；或是認為只要子宮頸存在就有發生癌症的可能性，所以要趁機切除它。

A、無用論

(1) 子宮無用說

三位醫學生在臨床的教學與實習中，皆感受到老師們是抱持子宮無用之觀點，而他們也認同這樣的看法。亦即只要不再生育，或是過了生育年齡，子宮就是沒有用的器官，是可以切除的。而且學理上它是不具內分泌功能的器官，切除不會有什麼影響。這

樣的說詞反映出子宮切除的決定並非基於個人的醫療需要，而是生育功能的存在決定是否作手術。

『如果婦女已不再計畫生育，子宮就沒什麼用了，更何況子宮並沒有分泌荷爾蒙的功能，有沒有都沒有關係的。』（女醫學生）

『子宮本來就是不生小孩就沒用了。』（男醫學生甲）

『如果病人的年紀已經大了，不再生小孩的話，切掉子宮就沒有關係。』（男醫學生乙）

而實際的訪談結果是，有 75%的醫師告知婦女「過了生育年齡，子宮就沒有用了，可以拿掉」、「不生育就可以拿掉子宮，避免婦科疾病的發生」、「子宮只是生兒育女，妳已有兩個兒子，手術切掉沒關係」。婦女方面也有 77.8%的受訪者同意這樣的說法，並且不太認為沒有子宮的女人就不再是女人、是殘廢。

(2) 生育功能 vs. 醫療需要

雖然知情人士表示，症狀的嚴重度與耐受度，是否影響生活品質，是醫師建議病人手術的原則。可是，實際上病人的年齡是否已過生育年齡，是否有繼續生育的計畫，才是真正決定手術與否的關鍵。

『主要是看症狀對日常生活的影響。年齡也是考慮的因素之一，如果已經不再生育了，醫師就會告訴病人切掉，免得長癌。如果還有再生育的計畫，就會保留。也有不再生育的病人要求保留子宮，不過很少。』（男醫學生甲）

『切不切通常是要看婦女對症狀的耐受度，病人如果覺得症狀影響生活品質，就通常會開刀。不過會來醫院求診的，通常是症狀還蠻嚴重的，我在實習時看到的，都是蠻嚴重的情形。』（男醫學生乙）

『本院有一本婦產科工作手冊，就是以上面所列的 indicators 為依歸。如果婦女已無生育計畫，就作 ATH（剖腹式全子宮切除），否則就會設法保留子宮，像是作 myomectomy（肌瘤切除）。』（女醫學生）

而在受訪的 72 位婦女中，有一位 23 歲病人的手術決定過程迥異於其他婦女。這位年輕的女病人患有滋養層細胞疾病，有嚴重出血現象，醫師遲遲不肯為她開刀，一直嘗試手術外的他類治療，諸如內科藥物治療、化學療法、局部病兆部位切除，在子宮切除前共住院五次做這些他類療法。醫師不願意開刀的理由是，她只有一個孩子，而且是女孩，應該還要再生育才對，因此努力設法保留她的子宮。反倒是這位年輕女子與其配偶咸認為一個孩子已足夠，且他們想要的是女孩，不計畫再生育，希望能切除如此多病兆的子宮，最後在幾經折騰下醫師才答應切除。

這樣的案例呼應了前述知情人士訪談中的指射，亦即學理上是以症狀之耐受度為手術依歸，但真實的情況卻是以生育需要為考量，但生育需要卻可能是醫師所定義的。其餘的女病人，均已育有兩個以上的小孩，或是年齡在 40 歲以上，其手術決定過程因已無生育需要，而顯得「平順」多了。

(3) 卵巢無用論

由於子宮切除手術常伴隨卵巢的合併切除，而醫師對卵巢的態度，類似於前述的「子宮無用說」，卵巢在婦女停經後被視為無用的、會長癌的器官，而「一次開刀終生無患的概念」普遍呈現於知情人士與婦女描述的醫師告知內容中。

『因為卵巢癌的預後是很不好的，通常在症狀發現時，已經發展到癌症的中後期，所以既然做腹部手術就一併切除，免得以後得癌症還要再開一次刀。』（男醫學生乙）

『為什麼卵巢沒問題會被切除？道理很簡單，因為女性停經後，卵巢就沒有分泌女性荷爾蒙的功能，留在哪裡就有機會長癌，卵巢癌的預後通常是不太好的，既然要開刀，就順便切除，一勞永逸，不用以後真的發生問題還要再開一次刀。還有另外一個理由，就是醫師要練刀嘛！』（男醫學生甲）

在 52 位合併切除卵巢的病人中，有 67.4% 的人在術前曾被醫師告知會合併切除單側或雙側卵巢。其餘未被告知的人當中，有 3 人是在手術過程中發現卵巢有異狀，而在未事先告知情形下切除，26.9% 的人則是在不知情、不知原委的狀態下被切除卵巢。而醫師在術前告知婦女要切除卵巢的理由為：「怕卵巢日後發生病變」、「拿掉比較乾淨」、「年紀大了沒有用」、「只拿一邊不影響內分泌」。

。在婦女對切除卵巢的看法中，最多人表示「聽從醫師的建議」或「避免日後發生病變」，另外也有少數人表示「有問題就該切」、「年紀大了，卵巢切掉沒關係」或「家人有經驗，能接受卵巢被切除」。而對卵巢切除的態度絕大多數是「接受」、「平常心」、「順其自然」或「沒有關係」、「切了就算了」；只有三位婦女表達負面的態度，即「想保留，但醫師建議切除」、「術前贊成，但術後荷爾蒙失調，後悔切除」或「心理不舒服，怕是不是卵巢有問題」。

B、切除為癌症預防之道

在手術外他類治療的告知方面，知情人士著墨的不多，認為雖然有手術外的治療方法，諸如內科藥物治療、消極性追蹤觀察，但是還是手術最好，可以一勞永逸地解決問題。

她問醫師有沒有手術外的治療，××醫師就會跟她說明她目前的情況，『會看情形，像是肌瘤或子宮內膜異位的病人還沒停經，症狀也不是太嚴重，醫師會告訴病人可以等停經後再看看，或是先用藥物控制，譬如給止痛藥，或是用荷爾蒙治療。子宮脫垂也可以用縫的固定住。不過手術就可以一勞永逸，不用再一直門診追蹤。』（男醫學生甲）

而實際上，就婦女陳述被醫師告知他類治療的比率的確很低，只有兩成。是所有醫師告知項目中告知率最低的一項。醫師告知的內容諸如：「吃藥」、「等停經後再看看是否會縮小」、「化學療法」、「荷爾蒙治療」、「藥膏」、「子宮脫垂，縫上去就可以了」、「先試試打針，控制好就不用開刀」、「可以不用開刀」等。但是醫師在提到手術外的另類治療時，都會附帶強調它的缺點，諸如：「吃藥會有副作用」、「效果差」、「不保證好」、「治療時間長」、「還是開刀最好」、「只有開刀才能根治」。此外，未提及他類治療的醫師，會告知婦女「病情需要開刀」、「最好開刀」、「只有開刀，沒別的辦法」、「繼續追蹤會有 10% 的機會惡化」。醫師的告知內容全面傾向採用開刀的醫療處置策略，與知情人士的說詞是一致的。

而婦女在面對醫師所告知的另類治療時，有不同的反應態度。在藥物治療方面，有的婦女覺得「可以試中藥看看」，或是「不開刀最好」，但也有人表示「胃不好，吃藥不適合」。另外也擔心「荷爾蒙治療會有副作用」，覺得「化療無法百分之百痊癒」，「年紀大了，不想將脫垂的子宮縫回去，整個拿掉，免得以後麻煩」。對等待停經後肌瘤會縮小的看法是：「覺得不好，年紀大了，瘤怎麼縮小」、「由媽媽的經驗知道是如此」。另外也有許多人表示「聽醫師的，醫師比較專業」、「相信醫師說的」、「醫師說什麼就什麼」。不過，不管醫師對另類治療的告知內容是什麼，婦女個人對另類治療的態度是如何，這些婦女最後還是採納醫師的開刀建議。

(2) 子宮頸等同於子宮頸癌

子宮切除手術的範圍常涵蓋子宮頸，而醫師們對子宮頸皆持負面的看法，認為它是一個非常容易長癌的地方，當然要趁做手術時一併切除，留著只會長癌而已。同時也不認為子宮頸的存在與性生活有關。

『會先看她是否有切除的必要，如果在病理上是必須切除的，會毫不考慮就切除。大部份都切，很少作 subtotal hysterectomy（部份子宮切除，切除子宮體保留子宮頸），如果病人特別提出要保留，在無癌症的病理診斷下，會保留。不過如果過了 40 歲大多會切，留著會長癌，因為只要女性有性行為就會有得子宮頸癌的風險，這個風險會在幾十年後發出來，除非有基因的保護作用，否則每個人都會得的，在開始有性行為後就啟動了它，所以愈早有性行為的人愈容易得到。對子宮頸切除的態度沒有那個醫師比較特別，大多是切掉的。子宮頸和性生活的迷思？不知道，沒有聽說過這樣的說法。』（男醫學生甲）

『我認為子宮切除不重要，重要的是子宮頸有沒有切除，那對男生是很重要的。如果一個女人沒有了子宮頸，先生會覺得有點沒趣。這是我個人的看法，不過我問老師這個問題時，老師是說台灣子宮頸癌的發生率如此高，既然做手術就一併切除，免得以後得癌症還要再開一次刀。而且子宮頸與性生活是沒有關係的。不過如果病人堅持要保留，而子宮頸也無癌症反應就會做 subtotal hysterectomy，保留子宮頸。但是很少有病人會提出要保留的』（男醫學生乙）

『我沒遇過要保留子宮頸的病人，而且子宮頸也與性生活無關啊！與

性生活有關的是陰道。我想老師們也不會贊成保留子宮頸的，因為子宮頸癌的好發率太高了，留著就有長癌的機會。如果有病人擔心影響性生活而提出保留子宮頸要求，老師們就會澄清她錯誤的觀念。」

（女醫學生）

而在婦女方面，有 48.3% 的人在手術前曾被醫師告知，切除的範圍會涵蓋子宮頸。而醫師告知婦女要切除的理由為「留著長癌啊！」、「子宮頸一併切除，沒機會長子宮頸癌」。與前述知情人士描述的醫師觀點一致。病人對醫師切除子宮頸的看法傾向為「避免病變，免煩惱」、「聽從醫師的建議」、「疾病與子宮頸有關，一定要切」。對子宮頸切除的態度方面，婦女並無反對之意，覺得「很好」、「接受，同意」、「沒什麼」、「沒感覺」、「沒意見」。

3. 手術的決定權

如果醫師判斷病人需要開刀，會詢問病人開刀與否的意願，如果當下同意手術，則立即安排手術。如果病人不願意，會再多說明手術的好處與不手術的壞處，他類治療的效果沒有手術好等等理由，以說服病人接受手術。這樣的決定過程反映出手術決定的控制權其實是操縱在醫師的手中。另一方面，也並非每位醫師會主動詢問、聽取病人的擔心，並多加以說明解釋。病人的感受與立場，在手術決定過程中是受到忽視的。

「一般在需要開刀的情況下，醫師都會問問病人的意見，看她同不同意開刀。如果同意就登記安排病床，如果病人遲疑不決，醫師會再多說明一些手術的重要性說服病人，請病人回去後考慮考慮，與家人討論一下，再作決定。但是如果主任的話，就會再問病人擔心的是什麼，針對她擔心的部份再解釋說明。」（男醫學生甲）

「通常醫師說要開刀，病人都會同意的，很少有人不同意。不過，有一次我跟××醫師的診時，就有一個病人不想開刀，她問醫師有沒有手術外的治療，××醫師就會跟她說明，她目前的情形作其他的治療效果會沒有手術那麼好，還是手術最好。但是醫生並不會去問病人為什麼不想開刀，是不是對子宮有一些 body image 的想法，都是僅針對生理的部份去作說明。」（男醫學生乙）

「說的很少，通常醫師判斷覺得需要開刀，就開刀，也沒多說什麼。」

反而是在病房的時候，住院醫師比較會多說一些。」（女醫學生）

由於門診時間的匆促，醫師只能簡單說明手術的方式，或於病人入院開刀前再說明。但是，也有醫師是根本不會與病人討論手術的切除範圍。

『門診的時間那麼匆忙，不可能有時間說明手術的方式，就大概說一下會切除子宮。通常是住進醫院後在手術前，才對病人說的。』（男醫學生乙）

『會簡單跟病人說切除哪些部位，要怎麼作，是作剖腹式或腹腔鏡。病人會蠻關心要切除哪些地方，手術要怎麼作的。』（男醫學生甲）

『醫師不會跟病人討論手術範圍，一般都是作 ATH（剖腹式全子宮切除）。』（女醫學生）

婦女訪談的結果中，約有七成左右的人表示在手術前醫師會向她解釋切除範圍，並與她討論切除範圍，但手術認知正確率只有七成。對婦女而言，切除子宮是如此重大的一項手術，但卻並非每個人都清楚自己被切了些什麼。

（三）手術影響的告知

手術的影響可分為三個方面，對身體健康的影響、夫妻性生活影響、與絕育影響。這部份的告知，知情人士表達的不多，咸認為子宮切除是一件很簡單的小手術，不會有什麼影響。因此，這部份主要是婦女自述的醫師告知。

1. 身體健康的影響

當問及手術對身體健康影響的醫師告知時，知情人士認為手術可以徹底解決病灶，避免癌症的發生，所以生活品質會變好，心理壓力也會減輕。至於負面影響則不認為會有，即使真的發生，也只當醫療本身沒有百分之百的保證。

『醫師會把手術的好處和不手術的壞處告訴病人。手術的好處就是症狀會消除，不用再擔心症狀困擾生活，影響生活品質。也不用擔心它會不會惡化，一勞永逸。如果沒有切除雙側卵巢，對病人是不會有不好的影響的，荷爾蒙分泌的功能還是有呀！』（男醫學生甲）

『切除子宮之後，行動會更方便，不用擔心月經、懷孕的事，而且微

底解決問題，不用擔心會不會惡化變不好的東西，心理壓力較小。這是很小的手術，不會有什麼影響的。」（男醫學生乙）

「本來醫生就沒辦法向病人保證會百分之百都沒問題的，沒有人敢做這樣的保證。所以手術合併症是有一些可能發生的機率。」（女醫學生）

在病人方面，有四成多的病人在術前會被醫師告知子宮切除後的好處，諸如：「不會再長瘤，預防復發，一勞永逸」、「不會惡化」、「省得以後長癌」、「不會再痛了」、「不用再吃止痛藥」、「能解除貧血現象」、「方便」、「身體會更好」、「治療效果最好」、「不會有後遺症」、「不怕懷孕」等。與前述知情人士的說詞相呼應。婦女對手術好處告知內容的態度全面為「同意、尊重醫師的看法」，另有一位表示「手術免除了經痛之苦，很好」。

在病人全面被告知手術好處的同時，特別有一位婦女被醫師告知「手術是沒好處的，會無法再生育」，反倒是她認為「已經生了一個小孩，不再生也無所謂」，這位婦女也是本研究中年紀最輕的一位病人（23歲）。

另一方面手術對生理功能改變的告知，只有 34.7%的病人有被告知，但其中 27.8%的醫師是說沒影響，只有 6.9%的醫師說有影響。醫師對手術不會有影響的告知內容為：「卵巢只拿一邊，不會影響內分泌」、「卵巢還在，不影響內分泌，也不會影響夫妻感情」、「影響不大，多吃鈣片」、「一切都會復原」、「不會有影響，只是小手術」、「沒關係的」。醫師對手術可能改變生理功能的告知內容為：「內分泌失調」、「內分泌不平衡，需要補充荷爾蒙」、「麻醉之後會有症狀，很痛苦」。

婦女對因手術身體生理功能改變的告知內容皆表示同意，而對醫師未告知手術影響的看法是：「反正年紀大了，沒關係」、「因為大致知道，所以沒問醫師」、「覺得是小手術，所以不擔心」。但也有人表示「醫師應主動說，可能是太忙了所以沒說」、「擔心麻醉後的不舒服」。

手術可能發生合併症的告知方面，只有 19.4%的醫師提及過，但其中 15.2%告知不會有合併症，只有 4.2%的醫師說可能有合併症。醫師對手術不會有合併症的告知內容為：「手術前有種種的檢查與準備，手術應沒問題」、「不會有合併症，如果有吃藥就可以了」、「不用緊張，是小手術」。相對地，醫師對手術可能有合併症的告知內容為：「要切的部位在下面，可能會傷到神經，不過應該不會」。

婦女對合併症告知內容的反應不一，有人「相信醫師的技術」，有人覺得「醫師說沒有合併症是騙人的」，也有人表示「因為手術過很多次，所以沒想到這方面的問題」。而未沒被醫師告知的婦女們表示「醫師應該主動提出來」、「從書報雜誌得知有合併症，醫師當然不能保證沒有合併症，只能自己擔心，作最壞打算」、「沒想到這方面的問題」、「一發現疾病就馬上開刀了，來不及想這個問題」。

而實際上有 7 位病人(9.7%)在住院期間有合併症的發生，其中有三位是術後出血，兩位是膀胱輸尿管傷害，一位傷口感染，另一位排便系統受影響。雖然術後至今的身體狀況，有 26.4%覺得普通，38.9%覺得好，25.0%覺得非常好。但並非所有的人都覺得手術後身體狀況改善，有 9.7%的人覺得變更差。

2. 性生活影響

可能的性生活影響告知方面，有 14 位婦女在術前是寡居或已與先生無性生活，所以只有 58 人回答性生活影響的問題。其中 36.5%的病人會被提及手術對性生活的影響，但是 23.1%的研究對象被醫師告知不會有影響，只有 13.5%的婦女被告知可能有影響。

醫師對手術不會影響性生活的告知內容為：「仍有卵巢行分泌作用」、「對性關係不會有影響的」、「沒什麼，很多人沒有影響」、「如果有影響是個人心理因素」。醫師對手術可能會影響性生活的告知內容為：「陰道會比較乾燥」、「手術後一段時間不要有性行為」。基本上醫師告知內容所呈現的觀點是手術對性生活不會有什麼太大影響的。

婦女對性生活影響告知的反應如同上述的身體影響一般，皆表示同意。而婦女對醫師未提及手術對性生活影響一事，有人認為「醫師應主動說，因為病人會不好意思問」，有人覺得是「順其自然」、「看病時間緊迫，沒想到這個問題」，也有人覺得「醫師太忙，所以沒時間說」。另外有一位婦女請醫師不要說關於性的事情，覺得會感到很不好意思。

在實際上手術後的性生活方面，58 人中有 50 人恢復性生活，其中有 8.0%對目前的性生活感到很不滿意。而一半以上的人對術後的性生活有適應的問題，50.0%的人主訴有陰道乾燥的現象，16.0%感覺性慾減低，8.0%對性存有恐懼感，8.0%有性交疼痛，6.0%有體力不佳無法維持的感覺，6.0%覺得性感不良。

3. 絕育影響

雖然所有的婦女在術前都知道子宮切除後不能再生育，但是卻只有 68.1%的研究對

象在手術前被告知子宮切除後不能再生育。所有的婦女也都表示可以接受無法再生育這件事實。

討論與建議

影響子宮切除的原因有很多，本研究嘗試從醫病溝通的角度切入，以女性主義研究的精神批判現行醫師告知體系。採用質性方法中的多元方法論，使用知情人士訪談、婦女問卷訪談兩種方法收集資料，並用交叉檢視的方式進行分析。剖析婦產科男醫師與女病人間，在醫師告知體系中的醫病權力結構，男性醫學專家操弄醫療資訊，醫師對子宮切除手術的告知態度，婦女對醫師告知的反應，以及如此的醫師告知體系結構給予我們的啟示又是什麼。

一、重要發現與討論

(一) 以醫師為中心的權威性告知與不對等的醫病關係

在病情告知方面，由於門診時間匆促，醫師解釋病情的時間很少，即便病人提出問題，醫師也不一定會回答，甚至可能引起醫師的不悅。當向醫師索取資訊遭拒絕時，會令病人感到挫敗與屈辱，如此即可能導致病人不敢再發問，擔心自己的問題過於無知，或是擔心醫師不高興而連帶影響其所提供的醫療服務。病人對其角色的期望是不應問醫師太多問題，不能有不同於醫師的意見。醫師亦期望病人扮演的疾病角色是無聲音的、不懷疑、不好奇、信任的，醫病關係受社會文化的信念價值所影響，雙方透過社會化的過程學習符合其社會期望的角色。

醫病互動關係呈現以「醫師為中心」的現象（Hauser, 1981）。病情討論過程以醫師為主導，關注於醫師想知道的事情，而非病人想讓醫師知道的事情。雖然有八成多的婦女表示會有醫師向她解釋病情，但只有一半病人的醫師會詢問、聽取、討論病人擔憂之事。在消費者意識抬頭的今天，病人仍然不是醫療服務之中心主體，吻合 Parsons 早期所提出醫師角色中的「醫療性」觀點，亦即醫師只管醫療的部份，不關心病人私生活的問題。而醫病接觸過程的社會建構是不對等地傾向於醫師的事實，病人體認的現實會被醫師否定或忽視（Anderson, 1979）。

但這種「傳統模式」的醫病關係已不符合近代對醫病關係的新觀點。現今先進國家早已採用「人性模式」的概念，強調互相尊重，用更平等、人性的角度去看病待病人。

醫師的角色不單是診斷治療者，也是病人的技術諮詢者、教育者、情感和社會支持者。將傳統模式中原本重視診查、處理疾病的醫病關係，轉換為重視人際互動、衛生教育功能的醫病關係（曲向光，1990）。

雖然病人對於醫師告知的態度，皆認為病人有權、醫師有義務充分告知病情；但是對醫病溝通的看法，卻未具備病人消費者該有的病人權利認知，存不敢挑戰醫療專業權威的心理，覺得醫師很忙不好意思發問，不應該有不同於醫師的意見，看病少說話，免得醫師不高興（張珏等，1997）。若以 Haug & Lavin（1979）提出的病人向醫師權威挑戰三個概念來看，本研究中的病人只有「醫療資訊獲知權」的概念，沒有「向醫師權威挑戰」的意願。醫病關係仍處於病人被動的不對等情勢，欠缺醫療消費者意識。

（二）影響手術與否的告知是「手術的好處」與「不手術的壞處」

本研究受訪的婦女在手術醫療決定前，醫生偏向於告知婦女子宮切除的好處，而對手術外的其他治療方法，手術可能產生的身、心與性生活影響，以及合併症的可能性很少提及。對照於不同切除範圍時的不被告知，醫師只告知手術的優點而不提副作用等，明顯反映出醫療資訊完全掌握在醫師手中。在如此醫療環境裡，病人著實很難完全知道關於疾病所有治療方式之優缺點，只能獲取已被篩選的資訊。醫療保健資訊不明，甚至受控於權威主導的醫療體系中，醫病溝通已呈現醫療化（medicalization）的現象（Riessman, 1983）。

因為子宮切除是一項高度自由裁決的手術，手術前的告知內容將是影響手術決策的一大關鍵。Cherkin（1994）解釋高教育程度婦女子宮切除率低的原因，在於她們比較會主動參與手術的決定，而在權衡子宮切除手術的傷害性與利益後，可能會選擇不手術。亦即決定手術之醫病溝通過程，醫師如果提供足夠且明確的資訊給病人，使其明瞭手術對其之意義與好壞處，與醫師做平等式的討論，使婦女能自我評估、調整與適應手術之相關問題，即可避免醫療化的現象（Coulter, Mcpherson & Vessry, 1988）。

（三）子宮切除理由為「無用論」與「癌症預防之道」

雖然症狀的嚴重度與耐受度及對生活品質的影響，是醫師建議病人手術的原則。可是，實際上醫師秉持的子宮切除理由是「無用論」與「預防癌症」。「無用論」的觀點視沒有生育計畫婦女的生殖器官（子宮與卵巢）為沒有用的，手術的考量表面上是醫療需要，但實際卻是生育功能的考量。另一理由乃「預防癌症」。為了預防癌症發生的可能性，應該切除子宮，而涵蓋子宮頸和卵巢的合併切除，亦是相同的思維。

事實上病人是否已過生育年齡，有無繼續生育計畫，才是真正決定手術與否的關

鍵。訪談中的 23 歲婦女案例即呼應此思考邏輯，因為她年輕又沒有兒子（僅育有一女），醫師「用心良苦」設法要保留她的子宮。最後乃在病人無法忍受症狀對生活的影響，以及諸多治療的失敗下，才終於切除子宮。相較於其他老女人的平順切除決定過程是相當諷刺的。

（四）醫師操弄資訊與手術決定權

手術決定過程完全以醫師的思考為中心，資訊操控在醫師手中，如前述，影響手術與否的告知是手術好處與不手術壞處。不管病人的意願、想法如何，如果醫師想要開刀，病人終究會被說服。表面上有術前告知，好像是遵照病人的意願，但實際是醫師操弄整個決策過程，提供單一方面的資訊（手術好處、不手術壞處），隱蔽另一面的資訊（手術外的其他治療、手術合併症、手術可能對身體造成的不好影響）。醫師對手術的告知內容全面傾向開刀的醫療處置策略，對手術外他類治療的告知比率很低，只有兩成，是所有醫師告知項目中告知百分比最低的一項。最後誘使病人做出要手術的決定，但其實是在醫師操弄資訊(manipulate information)之下，病人從有限和片面的資訊中做出醫師要的決定，製造出病人有參與醫療決定、醫師有充分告知的假象。

在醫師判斷病人需要開刀時，會詢問病人開刀與否的意願，如當下同意，即安排手術。如果病人不願意，會再多說明手術的好處與不手術的壞處，他類治療的效果沒有手術好等，以說服病人接受手術。訪談婦女中就有一位婦女表達她很想保留卵巢，但醫師建議切除，她只好接受。這樣的決定過程反映出醫療資訊與手術決定的控制權操縱於醫師。病人願意開刀當然就會開刀，病人不願意，也會被說服接受手術。病人對自身醫療決定的權力是欠缺的，對拒絕不想要醫療的勇氣也是缺乏的，結果只能順從於醫囑。

病人在醫療過程中，不僅未被充分提供疾病的正負面資訊，同時在醫師控制疾病和診斷的訊息下，會導致病人對醫療的無參與。所謂病人參與醫療並非指病人可以自主地決定醫療內容，而是病人從醫師處獲得關於疾病和治療決策的參考訊息，瞭解醫師醫療安排的考慮，以及所接受的醫療服務內容，再決定是否接受醫師的醫療安排（鄭麗寶，1990）。

門診時間匆促，使得醫師只能簡單說明手術方式，或於病人入院開刀前再說明。但是，也有醫師是根本不會與病人討論手術的切除範圍。另一方面，也並非每位醫師都會主動詢問、聽取病人的擔心，並多加說明解釋。病人的感受與立場，在手術決定過程中是受到忽視的。同時，手術決定過程的醫師告知，並未讓病人對其治療方式有所選擇，醫師壟斷了病人的決策行為（鄭麗寶，1990）。而醫師對醫療訊息的控制，並不能以

疾病的不確定性與醫師太忙為由。正因為疾病的不確定性，所以才更需要溝通。醫師要病人信任他，但又不給予說明，只顯示出專業支配的侵略性格（Freidson, 1960）。

（五）病人對醫師告知的順從

合併切除卵巢婦女事先被醫師告知的比例為六成多，切除範圍涵蓋子宮頸的告知不到五成，手術影響告知率在四成左右，合併症與他類療法的告知率只有二成。儘管醫師告知率如此不理想，病人仍對醫病溝通、醫師提供訊息感到相當滿意。醫病之間的權威性格是確實存在的。此種醫師對訊息和評價的保留，以及病人的絕對順從現象，可用Parsons的社會控制功能和Millman的醫師自我保護動機來解釋。Parsons（1975）將醫師的角色描繪為社會控制的機構，醫師的工作就是使病人回復原來的健康及社會功能，病人則是在社會規範下將此角色內化。醫病間的角色不對等結構，促成病人對醫師處置的遵從。而Millman（1977）認為醫師對病情相關訊息有所保留，是不想讓病人對自己的疾病狀況和醫學知識瞭解太多，以致於無法判斷醫療錯誤、過失的發生，是屬於一種「防禦」行為。

病人對醫師的告知內容普遍無反對之意，覺得醫師是專業的，所以表示同意、接受、沒意見，只有極少數婦女對醫師告知不會有合併症發生感到存疑。病人對醫師告知的順從，夾雜對專業知識的陌生和敬畏，在面對知識權威時，醫療的專業知識已築起醫病雙方溝通的溝渠，病人失去對醫師評判和協商的意念，從而產生一昧的順從性，呈現出專業本身即代表他人的順從（鄭麗寶，1990）。

（六）多元方法設計的特色

本研究採用多元方法的設計，以交叉方式檢視不同研究資料。結果發現，在問及表淺問題與深探問題時，知情人士的回答是不同的。表淺問題所獲得的是沒有差異的回答，深入詢問時卻娓娓道出什麼情況會如何，什麼情況不會如何，產生這樣現象的原由。問題探得愈深，知情人士的回答也愈豐富，呈現出醫師與病人間的差異性，同時也提供解釋、說明。這樣的結果，給予研究者的啟示是，醫病溝通深層的結構問題是需要用深入探討(explore)的方式，才能發掘出真相。

而在問卷量化資料分析性統計，很少項目達到統計上的顯著差異，無法印證文獻探討中醫病溝通理論與實證研究的發現（張珏、張菊惠、胡幼慧，1997）。但知情人士的質性資料結果，正與醫病溝通理論以及實證研究結果有相呼應之處。這樣的結果呈現出量化研究設計有其限制，並無法問出被研究者間的差異性，而質性研究的設計卻可獲得接近真實現象的答案。多元研究的設計除了可以互相檢視不同方法所獲之資料，也正

好提供研究者比較不同研究方法利弊的機會。對於醫病溝通這種難以研究的議題，採用多元方法的研究設計，較能洞視真正結構的問題。

(七) 結語

本研究之主題雖是子宮切除手術的醫師告知，但在探討過程中，卻也同時深探到醫療體系中醫病溝通、醫師告知的結構問題。從上述各議題的探討中，可以總結現存婦科門診的醫師告知體系並非以婦女為中心，是個「隱藏式操控」(information manipulate)的醫師告知。表面上醫師有告知，但再往下深探其告知的內容與態度，以及手術決策的權力運作，卻發現其實還是醫師在掌控、操弄資訊與手術的決定權。這種隱藏式操控具備了下列的特色：(1)以醫師為中心的權威性告知，(2)醫病地位不對等，(3)告知內容偏頗，(4)醫師操弄手術決策過程，(5)病人對醫師告知的絕對順從。

研究之發現呼應 Lukes 的「權力」觀點，Lukes 對權力提出三個面向的觀點，「權力是可以藉由研究決策過程和記錄誰的決定佔優勢而測量到」，「已被權力運作的情境並非皆能呈現出公然的衝突」，「最嚴重的權力運作是影響他人的選擇，以至於沒有衝突的發生」(Shapiro et al., 1983)。第一個面向即呼應於研究結果中手術決策是以醫師為中心，而非以病人或婦女為中心，醫師告知的權威性與醫病的不對等地位，使得病人在醫病溝通中處於弱勢地位。第三個面向則與醫病溝通中，醫師僅給予偏頗的資訊--手術的好處與不手術的壞處，以至於病人在被選擇過的有限資訊中做了醫師想要病人做的決定。而病人對醫師的告知又是絕對的順從，對醫師給予的資訊感到非常滿意，而沒有察覺自己的利益已被擱置一旁，自然沒有醫病衝突的發生。若以 Lukes 的權力觀點作詮釋，醫病關係與醫病溝通的操控正是權力運作的最嚴重境界。

在研究設計與方法上，女性主義研究運用在醫病溝通研究，有不同於以往傳統研究的設計和發現，除了能瞭解婦女主觀的經驗以及她對經驗的解釋外，對醫師告知體系的結構面，有更深刻的描繪。而本研究所運用的多元方法設計，亦因為交叉互相檢視的運用，使得研究者找尋出值得信賴的解釋，亦足以作為往後醫病溝通這類研究的借鏡。

二、政策啟示

雖然本研究的研究背景是醫學中心，但是婦女在醫療體系中的醫病溝通問題，並非僅存在於醫學中心，而是普遍存在於各等級醫療院所內。比較不同等級醫療院所的醫師告知比率，雖然醫學中心是告知率最高的，但病人滿意度卻是最低的(鄭麗寶，1990)。醫療體系有其根本的結構問題存在，需要從各方面來改革的。針對本研究結

果，研究者提出「落實告知同意」與「改善醫學教育」兩項建議。而綜合參考國際間對醫病溝通或是子宮切除的經驗，另提出「保障婦女權益的醫院管理」以及「建立婦女健康網絡」建議。以下分別逐項探討之。

（一）落實告知同意：制訂衛生監核政策

自由主義學派的女性主義認為，要藉由「立法」確保婦女的平等地位。在落實醫病溝通的權利義務時，一般會聯想到的是醫療法規的制訂。國內在民國七十五年修訂的醫療法中，明確規範醫師的告知責任（醫療法五八條），但是條文的訂定與實際執行時對病人權益的保障尚有一段差距。民國七十五年之後的醫師告知研究仍是低告知率（鄭麗寶，1990；鍾國彪，1988）。

國外在落實醫師告知的法令上，有不同於我國醫療法的作法。例如 1973 年美國醫院協會所發佈「病人權利法案」後，使得美國各州因應而修訂州內法規，落實醫師告知責任。而我國在民國七十二年，李聖隆提出本土的「病人權利法案」，其中關於知的權利就有六條，內容雷同於上述美國的病人權利法案內容（李聖隆，1984），但在當年提出的時候卻並未被立法通過。台灣的醫療院所也應有美國醫院協會的魄力，為提昇醫療品質而提出病人權利法案，或是衛生當局以此作為評鑑醫療品質的測量指標，病人的權益才能有法可循。

美國加州政府特別於 1987 年通過一項子宮切除的告知同意法規，規範醫師必須在病人作手術前，告知手術過程的所有步驟、是否合併卵巢切除、另類的治療方法、預期的好處、合併症的風險、復原的時間、醫療費用等資訊。如果醫師未履行，則會被醫事倫理委員質疑（Cherkin, 1994）。這樣落實的告知法規，配合監核系統，是告知具體化的有效步驟。

有鑑於其他國家的經驗，建議國內在醫病溝通的改革上，能通過病人權利法案，成立申訴管道，確立醫師告知的執行步驟，例如：診斷、治療方案利弊與選擇、切除範圍、手術影響等告知事項的告知時間和告知方式，使能具體落實醫師告知，並有法源可依循監核之。

（二）改善醫學教育

許多病人抱怨醫師的態度獨裁、對病人的感受不敏感等，醫療行為的養成可追溯至他所受的醫學教育和訓練（Salk et al., 1992）。本研究發現婦女在子宮切除決定的醫病溝通過程中，與醫師專業間的資訊不對等與缺乏資訊的情形，以及醫師權威的地位，以醫師為中心的決策控制模式，都需要由醫學教育的改善做起。有關醫學教育的改革，可

由基礎課程內容與臨床實習兩方面著手。

本研究中知情人士，醫學生對子宮切除亦是持「無用論」與「預防癌症」的態度，同時學生也認同老師們對子宮切除的看法。醫學生在醫學院所學習到的不單是醫療的知識，還有對醫療的態度、對女病人的刻板印象、以及醫病溝通的權威姿態。在全國頂尖的醫學中心是如此教學，更遑論其他的醫院。現今醫學教育中基礎課程內容的不合宜，宜需更新。也要將國際間對婦女健康的呼籲與概念，納入課程教材內。使婦產科醫學教育除了醫學知識的傳授外，還有婦女健康觀點的灌輸。

影響醫師日後執業行為與價值觀的是實習階段中直接觀察學習到的診查、諮詢過程（Hauser, 1981）。因此在臨床實習的改善方面，除了要藉由改善醫學教育來改變醫師態度與行為，醫師們應調整他們向來對婦女和病人所持的態度；以「人性模式」的溝通概念看待現今的醫病關係，並學習與婦女討論健康問題時應用的語言與態度。

許多醫學院對住院醫師的訓練會教導醫師用父母-小孩(parent-child)的關係模式技巧地誘出病人的依賴感。當婦女提出實際、真實的問題時，醫師會說：「怎麼搞的，妳不相信我嗎？」（Salk et al., 1992）。女病人被期望是依賴性的角色，醫師則扮演父權、獨裁的角色。當婦女堅持在自己的健康和醫療照護決定上與醫師成為伙伴(partner)關係時，許多醫師會有訝異甚至敵視婦女的激進。

在醫學課程中灌輸醫病溝通的新觀念，在調整心態後，醫病便可以建立一種滿意的關係。病人與醫師的關係如同朋友般，病人有能力答覆、質疑或表達不同於醫師的意見。醫師尊重病人、相信他的描述，而病人也信任醫師在做處置前的建議與諮商（Salk et al., 1992）。這種新的醫病關係在醫學生課程與實習當中，都是需要加強的。

（三）保障婦女權益的醫院管理

研究結果呈現，婦科醫療服務體系並未以婦女為中心，而是醫療權威(medical dominance)的體系，婦女的健康權益並未受到保護。醫院就醫流程的設計常讓婦女感覺無隱私與不舒服。以研究背景醫院來說，知情人士紛紛表示婦科門診的流程設計不良，硬體上的缺失是隱私性不足，軟體上則為醫師為增加看病的效率，常常是分段看病的，整個醫療過程是片段不連續的，對婦女而言是一種非常不自在的就醫經驗。而且與醫師溝通的時間，是零碎片段的，不是一整體性的就醫經驗。而這些影響病人就醫品質的現象，並未在醫療評鑑的內容中，醫療評鑑中病人滿意度的重點只在住院病人，並未問及對醫師告知、醫病溝通態度、溝通時間的滿意度。

而各醫院在病人執行手術或侵入性檢查前，也會填寫所謂的告知同意書(informed

consent)。但是告知同意書寫明的是：任何醫療處置都有其風險存在，一旦發生風險，基於病人同意執行的情況，醫院將不負任何責任。病人同意告知書的設立究竟是為了保護醫師？或是保護病人的權益？而醫師告知義務的落實成效不彰時，亦無法可罰，如此的告知同意書是無法保障病人知的權益的。

醫師在履行病人告知同意時，應儘量使用病人易於瞭解之語言與用字。因為醫療的告知往往涉及醫學之專業知識，若醫師直接引用醫學專用術語向病人說明，不具醫學知識之病人會難以瞭解。而說明應以口頭為主，書面為輔，供病人閱讀參考用，不能只給書面資料就稱之有說明了。而告知時機的選擇也很重要。醫師應詳細並有耐心地回答病人的詢問事項，保持誠懇、友善之態度履行說明義務，以博取病人的信賴與尊重（楊慧鈴，1990）。

美國俄勒岡州在醫院內執行子宮切除教育計畫，編輯一本子宮切除手冊「子宮切除：每一個婦女應該問的問題」，由州內的醫師執行。手冊內容包括女性生殖系統、影響子宮的疾病和症狀、子宮切除前的治療、子宮切除各方觀點的討論，並使婦女能清晰、容易閱讀。此外，為不識字和非英語系婦女製作錄影帶，使衛生教育的資訊是不分教育程度、種族，均是可及的（Rose, 1992）。這種具體落實子宮切除醫師告知的決心與策略方式是值得學習的。

（四）建立婦女健康網絡

社會中幾乎所有的男女關係都天生權力不平等，而婦女與醫師間的關係更是加乘專家與案主的權力不平等。尤其是婦產科醫師具有專門知識和控制婦女身體最隱私部位的權力。醫師經常懷疑婦女所說的話只因為是女人說的（Salk et al., 1992）。站在女性主義的立場，必須婦女自身有健康意識的覺醒，才能感受到自身權益的受損，否則渾然不自覺女體已被醫療體系操弄。此與激進派的女性主義認為婦女本身需要意識覺醒、互相支持、展開自我，才能消除男性的壓迫，在強調女性自助的能力方面是一致的。要讓婦女意識覺醒的首要工作是從教育婦女著手（Ruzek, 1986），使婦女對自身健康權益有所覺知。要控制自我的身體，被告知、參與自己身體的健康和醫療照護，即需要關於自己身體和醫療照護體系的資訊。知識使個人有能力做選擇和控制自己所想要的（desire）。當在看醫生時，病人所想要的是完整的、確實的資訊，而非只是醫療款待。如果個人有確實的資訊，和一點技巧或一些工具或是可以很快的獲得它們，就能處於較有利的地位因應健康事件（Salk et al., 1992）。

今日健康和醫療的資訊比過去更多，也更容易獲得，除了醫師外，護士、健康教育

者、書籍、自助團體、媒體、健康資訊中心等，都是可以取得衛生資訊的來源。因此可在醫療院所和其他相關單位，定點安放婦女健康資訊手冊以備索取。婦女在醫療互動中，也應不畏權威，主動提出問題，學習爭取瞭解自己本身狀況的權利，以確保她們是在充份被告知的情況下，作成最佳的選擇，使自己的健康權益獲得保障。

國際間對婦女健康的重視，各國政府紛紛成立婦女健康部門，民間也組織婦女健康聯盟，共同促進婦女的健康權益。在美國，女性主義學者與實務者，除了致力於教育性知識的提供外（例如：美國賓州巴拉辛威的「子宮切除教育諮詢與服務協會」），也組成全國婦女健康網絡（位於華聖頓特區），一方面提供資訊給婦女，充實婦女權力（empower women），另一方面也結合婦女團體的力量，監督政府有關婦女健康政策的制定（National Women's Health Network, 1993）。

台灣的民間婦女團體亦可以發展本土的婦女健康運動。可結盟現有的婦女團體，形成婦女健康資源網絡，共同在社區推動婦女健康的方案，發揮女性主義互助自助、與經驗分享的精神，收集婦女的經驗、另類醫療服務等相關資料，以作為教育資訊與諮詢服務，共同為自身婦女健康努力。並能形成壓力團體，進一步影響公共健康政策的制訂，敦促醫病溝通中醫師告知的落實，不單造福婦女，更使全民的健康權益獲得提昇。除民間團體的自助互助外，衛生單位也應建立層級高的婦女健康專屬單位，成立婦女健康通報與監測體系，並重行規劃中西醫整合與社區化的服務體系。

參考文獻

- 王文科編譯（1990）*質的教育研究法*（譯自：Chumacher S. *Qualitative Research in Education: a conceptual introduction*. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company, 1989.）。台北：師大書苑。
- 曲同光（1990）*基層醫療醫病關係之研究-著重於醫師態度及行為之探討*。國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 李玉春（1995）*改進勞工保險殘廢給付標準表之研究*。衛生署研究報告。
- 李聖隆（1984）病人的權利，*消費者報導*，2(11):18-20。
- 周雅容（1996）焦點團體法在調查研究上的應用，*第一屆調查研究方法與應用學術研討會論文集*，中央研究院調查研究工作室。
- 胡幼慧（1996）*質性方法--理論、方法及本土女性研究實例*。台北：巨流。

- 張珣、張菊惠、顧淑芬、胡幼慧 (1995) 子宮切除盛行率之初探, *中華衛誌*, 14(6):487-493。
- 張珣、胡幼慧、張菊惠 (1995) *影響子宮切除之相關因素探討 (II)*。國家科學委員會研究報告書。
- 張珣、張菊惠、胡幼慧 (1997) 某醫學中心子宮切除婦女自述醫病溝通之探討, *中華衛誌*, 16(1):1-12。
- 陳瑞堅 (1994) 子宮肌瘤要開刀嗎? 健康世界雜誌社編輯部編, *婦女醫學*, 頁 222-228。台北: 健康世界雜誌。
- 楊慧鈴 (1990) *醫師說明義務的研究*。國立政治大學法律研究所碩士論文。
- 鄭麗寶 (1990) *醫療過程中人際互動的社會學分析*。國立台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 戴桂英、葉元麗 (1996) *全民健康保險子宮切除手術流行病學研究初探*。中央健康保險局八十五年度研究成果報告。
- 鐘國彪 (1988) *公保門診醫師與病人互動之研究*。國立陽明醫學院公共衛生研究所碩士論文。
- Anderson, W.T. & Helm, D.T. (1979) The physician-patient encounter: a process of reality negotiation, In: E.G. Jaco (Ed), *Patients, Physicians, and Illness* (pp.259-272). New York: The Free Press.
- Bickell, N.A., Earp, J.A., Garrett, J.M., Evans, A.T. & Bernstein, S.J. (1994) Gynecologists's sex, clinical beliefs, and hysterectomy rates, *Am J Public Health*, 84(10):1649-1652.
- Blue Cross and Blue Shield of Illinois. (May, 1990) *Hysterectomy at Illinois hospital: potential for eliminating unnecessary surgery*. Blue Cross and Blue Shield of Illinois Health Services Research.
- Cherkin, D. (1994) Participation in treatment decision might affect hysterectomy rates, *Am J Public Health*, 84(2):319.
- Coulter, A., Mcpherson, K., & Vessry, M. (1988) Do British women under go too many or too few hysterectomy? *Soc Sci Med*, 27:987-994.
- Crowe, M. (1992) Some common and uncommon health and medical problems, In: Boston Women's Health Book Collective. *The New Our Bodies, Ourselves* (pp.561-604). New York: Simon & Schuster.

- Freidson, E. (1960) Client control and medical practice, *Am J Soc*, 65:374-382.
- Gambone, J.C., Reiter, R.C., Lench, J.B. & Moore, J.G. (1990) The impact of a quality assurance process on the frequency and confirmation rate of hysterectomy, *Am J Obstet Gynecol*, 163(2):545-550.
- Gilcherist, V.J. (1992) Key informant interviews, In: B.F. Crabtree & W.L. Mille (Eds), *Doing Qualitative Research* (pp.70-89). London: Sage.
- Gould, D. (1986) Hidden problems after a hysterectomy, *Nursing Times*, 4:43-46.
- Haas, S., Acker, D., Donahue, C. & Katz, M.E. (1993) Variation in hysterectomy rates across small geographic areas of Massachusetts, *Am J Obstet Gynecol*, 169(1):150-154.
- Haug, M.R. & Lavin, B. (1979) Public challenge of physician authority, *Med Care*, 17:844-58.
- Hauser, S.T. (1981) Physician-patient relationships, In: E.G. Mishier, L.R. AmaraSingham, S.T. Huauser, R. Liem, S.D. Osherson, N.E. Waxle (Eds), *Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care* (pp.104-140). London: Cambridge University Press.
- Leibowitz, S. & Rachlin, J. (1992) Our rights as patients, In: Boston Women's Health Book Collective, *The New Our Bodies, Ourselves* (pp.682-689). New York: Simon & Schuster.
- Luoto, R., Kaprio, J., Keskimaki, I., Pohjanlahti, J.P. & Rutanen, E.M. (1994) Incidence, causes and surgical methods for hysterectomy in Finland, 1987-1989, *Int J Epidemiol*, 23(2):348-358.
- Mckinlay, J.B. (1987) Who is really ignorant-physician or patient? In: J.D. Stoeckle (Ed), *Encounters between Patients and Doctors*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Millman, M. (1977) *The Unkindest Cut* (pp.128-140). New York: Morrow.
- Mwaba, K. & Letloenyane, E.B. (1994) Attitudes and knowledge about hysterectomy: a study of women in Mmabtho, *Curationis*, 17(3):2-3.
- National Women's Health Network. (1993) *Hysterectomy*. Washington.
- Riessman, C.K. (1983) Women and medicalization: a new perspective, *Social Policy*, 14(1):3-18.
- Roos, N.P. (1984) Hysterectomy: variations in rates across small areas and across physicians' practices, *Am J Public Health*, 74(4):327-335.
- Rose, B.K. (1992) Informed consent and hysterectomy: enhancing the right to know, *Am J Public Health*; 82(4):609-610.

- Ruzek, S. (1986) Feminist visions of health: an international perspective, In: Mitchell J, Oakley A (eds). *What is Feminism* (pp.184-207). Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Salk, H., Sanford, W., Swenson, N. & Luce, J.D. (1992) The policies of women and medical care, In: Boston Women's Health Book Collective, *The New Our Bodies, Ourselves* (pp.651-688). New York: Simon & Schuster.
- Santow, G. & Bracher, M. (1992) Correlates of hysterectomy in Australia, *Soc Sci Med*, 34(8):992-942.
- Shapiro, M.C., Najman, J.M., Chang, A., Keeping, J.D., Morrison, J. & Western, J.S. (1983) Information control and the exercise of power in the obstetrical encounter, *Soc Sci Med*, 17(3):139-146.
- State of California Senate Bill Number 835.
- Travis, C.B. (1985) Medical decision making and elective surgery: the case of hysterectomy, *Risk Analysis*, 5(3):241-251.
- Wood, P.J. & Giddings, L.S. (1991) The symbolic experience of hysterectomy, *Nursing Praxis in New England*, 6(3):3-7.

Physician's Inform on Hysterectomy

*Chu-Hui Chang**, *Yow-Hwey Hu***, *Chueh Chang**

ABSTRACT

The purpose of this study was to explore the content of physician's inform on hysterectomy when women with non-cancer diagnoses faced the surgical decision-making. The data was collected from a medical center located at an urban area. We used multimethod to triangulate two sources of data: women's questionnaire guided interview and key informants interview. Major findings are as follow: (1) since the physician-patient encounter was doctor-centered, the physician had an asymmetrical power-advantage over the patient; (2) the information provided by the physician was biased, rather beneficial than risky; (3) the physician's attitude toward hysterectomy was "uterus useless" and "preventing cancer"; (4) the physician manipulated the information while women making the surgical decision to control the power of decision making; (5) the patient adhered to the physician's regiment irrationally. It is recommend that women's informed right should be improved through policy reform, hospital management, building of women's health network and the changes of medical education.

Keywords: hysterectomy, physician inform, multimethod, women's health

* Institute of Public Health, College of Public Health, National Taiwan University

** Institute of Health and Welfare Policy, College of Medicine, National Yang-Ming University