

某醫學中心子宮切除婦女自述醫病溝通之探討

張珣¹ 張菊惠² 胡幼慧²

本研究欲探討前往某醫學中心求診之非癌症診斷婦女在面臨子宮切除時，醫病溝通間醫師告知與婦女認知的情形。訪視 72 位術後 3-9 個月的婦女，結果發現三成的婦女對疾病診斷、手術範圍認知不正確。88.9% 曾有醫師解釋病情，50.0% 曾與醫師討論病情；72.2% 曾有醫師說明手術範圍，68.9% 曾與醫師討論手術範圍。32.6% 的病人在術前並未被醫師告知會合併單或雙側卵巢切除，51.7% 的人未被醫師告知子宮切除的範圍涵蓋子宮頸。75.0% 的婦女被告知「過了生育年齡子宮就沒有用了，拿掉沒有關係」，44.4% 被告知子宮切除後的好處，只有 6.9% 與 13.5% 的婦女被告知手術對身體與性生活可能會有影響，4.2% 被告知可能會有合併症，其餘則是沒有說或說沒影響。結果得知，醫師告知偏向於手術的好處，而手術風險與可能影響較少提及，婦女對疾病與手術範圍認知不正確，反映出醫師告知的不清楚與不充份。根據本研究結果，建議改善醫學教育，建立婦女健康資源網絡，立法規範醫師告知的責任，敦促醫病溝通中醫師告知的落實。(中華衛誌 1997; 16(1): 1-12)

關鍵詞：子宮切除、醫病溝通、醫師告知

前言

在一項台北地區婦女的調查研究中發現，55-60 歲婦女子宮切除盛行率為 17.8%，50-54 歲為 10.2%，45-49 歲為 9.5%[1]。健保局所推估的年發生率則為 35-39 歲 3.5/1000，40-44 歲 8.4/1000，45-49 歲 9.8/1000，50-54 歲 4.4/1000[2]。從盛行率與發生率的資料看來，子宮切除手術的好發年

齡在 40-49 歲間，隨年齡的增加盛行率愈高。對中年婦女而言，四五十歲是接近停經的年齡，除了面對更年期的適應問題外，尚有一子宮切除的潛在風險存在。

此外，因為勞工保險殘障給付第 58 項，45 歲以下切除子宮的婦女可以申請生殖機能障礙的殘障給付，所以由近年來的數據可以約略看出子宮切除年發生率的趨勢[3]。結果發現請領殘障給付之年齡別標準化發生率，自 81 年的 2.2/1000 增加至 83 年的 2.9/1000。若單看 40-44 歲組的婦女，其發生率上升更多，由 81 年的 8.2/1000 上升至 83 年的 14.3/1000，短短三年內成長了 75%。由上述趨勢看來，台灣的子宮切除已有急速上升的趨勢，除了一般的流行病學調查外，尚需要社會流行病學與醫療社會學觀點來研究它。

子宮切除手術在美國是除了剖腹產外婦

¹ 國立台灣大學公共衛生研究所

² 國立陽明大學衛生福利研究所

聯絡人：張珣

聯絡地址：台北市仁愛路一段一號 1523 室

聯絡電話：(02) 3970800 轉 8348

傳 真：(02) 3974812

投稿日期：84 年 9 月

接受日期：85 年 10 月

女最常見的手術[4]。Crowe[5]指出，在美國每年有 650,000 位婦女接受子宮切除，其中 30-50%是不必要的手術。而大約三分之一的美國婦女在做子宮切除時會一併將無疾病的卵巢和輸卵管切除[6,7]。這是 70 年代初常出現的行為，但 80 年代已改變。因為子宮具有生育能力，其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，因而對婦女身心健康的影響比起其他手術更形複雜[8,9]。除了一般手術會有的生理適應之外[10]，另有其特別的心理適應[11]與婚姻生活、性生活適應[12-14]。因此，站在婦女健康促進的立場，應該設法避免不必要的子宮切除[5]。

基於對婦女健康的重視，世界各國早在 20 年前開始研究子宮切除，探討影響子宮切除的因素[15-17]，以及造成子宮切除率地區差異性的原因[18,19]。有婦女的生理經驗（避孕藥、子宮內避孕器使用、婦科疾病史、家族疾病史等），不同種族、信仰、地區居民對子宮的態度，保險給付的誘因，婦產科醫師的性別與專科醫師訓練，醫院的監核制度等等。並且進一步檢討切除率高漲的原因，以達到減少不必要手術發生和避免濫用手術的目的，甚而提出政策方案以控制、監測切除率[20-22]。此外，國外的研究[23]也發現，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。而且，在醫療決定過程中，醫師是否充份告知手術之好壞處與其他可行之處置，亦是影響婦女決定手術與否的關鍵[24,25]。

台灣的醫病溝通實證研究，分別有 Kleinman[26]從人類學角度，吳就君[27]與鐘國彪[28]以公共衛生觀點，鄭麗寶[29]從社會學來探討。簡單整理如下：醫療人類學家 Kleinman 在台灣的實際觀察中發現，醫病互動的時間大多是在 2-3 分鐘之間，這樣的時間裡，病人很少能夠完整的描述病狀，更不用說任何與生病有關的醫師解釋、溝通活動了。

而吳就君[27]在觀察醫護人員的工作行為時，也指出病人離開醫院或門診時，所能獲得有關疾病、治療、生活注意事項的資料，

十分有限。醫師對告知這方面資料的興趣與病人的期望相去甚遠。鐘國彪[28]則是觀察公保病人的醫病互動，發現有的病人還沒說完症狀，醫師就已開完處方；只有四分之一的醫師診斷病名；五分之四的醫師沒有解說病因，其中又有四分之一以上的病人不瞭解醫師的解說；八成的醫師沒有向病人說明藥的用途、服用方式、詢問病人的藥物過敏史；四分之三沒有告知病人生活上需要注意的事項。一半的病人沒有把心中關於疾病的問題向醫師提出。

鄭麗寶[29]則以社會學的觀點探討醫療過程中人際互動，發現病人對疾病治療的態度是 70%交給醫師，13%會詢問醫師，只有 10%會主動參與；24%的病人不知道病名是什麼；告知程度最好的醫學中心，在疾病治療各個項目的告知比率皆不到 5 成；而病人對醫師的告知內容有極度順從的態度。這種醫療過程中病人的無參與，以及對專業臨床非理解順從所造成的病人無知，將會在病患權益意識日漸抬頭的醫療結構轉型間，尖銳化醫師專業和病人間的緊張與糾紛。

在診療過程中，醫師和患者基於說明和同意的關係，醫師必須對病人說明她的病症、病因、治療計畫、治療後果以及醫師自己對該病處理的經驗等等，在坦白、親切的溝通過後，得到病人的瞭解與同意才能進行醫療[30]。1973 年美國醫院協會所訂定的「病人權力典章」更明文規定，醫師對病人有以病人能充分瞭解的語言告訴或說明其對該病的診斷、治療和預後的義務[30]。

受消費者運動、婦女運動的影響，婦女健康運動在美國於 1970 年初期被提出，女性自覺意識成長，開始重視自我健康的保健與疾病認識的需求，促成了一種新的醫病關係，一種建立在病人教育、知識、縝密思想，以及「知」的要求上的合夥關係。醫師被視為相關的顧問、教育者及教師，是具有能力的偵察者、專業意見的提供者，但作決定的還是婦女自己[31]。

如前段所言，台灣的子宮切除是一普遍且逐漸增加的手術，而在此手術決定的過程

中，醫病溝通的情形如何？婦女是否有被醫師充分告知？使她能在充分資訊下作一最佳的決定？是否如國外有被濫用的情形[15-19]？國內應該趁問題尚未太嚴重時，加強瞭解本土的情形，提醒醫界對此議題的審慎，也提醒婦女朋友對自身健康與權益的重視。而依據病人權利典章的精神[30]，在手術的醫病溝通過程中，醫師應告訴病人疾病的診斷、手術外其他治療方法、手術怎麼做、手術對身體健康的影響。本研究即針對子宮切除手術的婦女，探討醫病雙方在面臨手術醫療決定時，在疾病診斷、手術範圍、手術外另類治療與手術影響四方面的醫病溝通情形，包括婦女知覺醫師的告知比率與告知內容，以及婦女對醫師告知的反應。

材料與方法

本研究對象為因良性疾病診斷而接受子宮切除之婦女。由於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。而緊急威脅生命情況下的子宮切除（如：生產併發症、意外事故所導致無法控制的大出血），是無法事先作溝通討論的。另外手術範圍採肌瘤切除者(myomectomy)，因其尚保有子宮，與做全子宮切除者的情境不同。因此，本研究去除了癌症、緊急手術與肌瘤切除者，僅針對良性診斷之婦女，接受部份子宮切除(subtotal)、全子宮切除(total)、根除性子宮切除(radical)者為探討對象。

研究方法採用回溯性調查，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 322 人。受限於時間、經費與人力、車程，因此只初步選擇都會區婦女為訪問的對象，得 239 人。再抽取 120 人進行訪視，訪員事先以電話聯繫婦女，在獲得同意後，至其家中進行訪談。於八十四年二月至三月進行訪視，大約為術後三個月至九個月的婦女。去除地址錯誤、搬家、聯絡不到和拒訪的，最後有 72 人完成訪視，訪視完成率六成。

訪談採半結構式問卷進行，除結構式問題外，並加入開放式問題於問卷中。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化研究，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性，因此在封閉結構性問題之後，配合開放性的問題，以期能將變項間的因果關係作清楚陳述。開放性問題以內容分析法處理。問卷的內容如下：

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：包括疾病診斷、手術範圍、他類治療、手術影響四個面向的告知比率與內容，告知內容以開放式問題詢問。
3. 婦女對醫師告知的反應：對醫師告知內容的反應，以開放式問題詢問。
4. 婦女對醫病溝通的態度：共有五題，以量表的方式回答非常同意、同意、不同意、非常不同意，刻意去除中立沒意見的選項，強迫受訪者分類至同意或不同意的選項中。但由於回答非常不同意與非常同意的人數很少，因此資料的分析僅區分為同意和不同意。

為了想瞭解醫病溝通的有效性，除了從婦女的訪談之外，亦經該醫院同意後，從醫院病歷室調閱受訪婦女的病歷，抄取婦女手術後的疾病診斷與手術範圍，以獲取正確的診斷和手術範圍，同時可檢驗婦女對診斷、手術範圍認知的一致性。而病歷上所記載的診斷有術前診斷、術後診斷與病理診斷三種，三者不一定相同。雖然病理診斷是真正的診斷，但術後診斷才是醫師認知的診斷，亦應是告訴婦女的診斷，故以它作為病人認知的確認比較標準。

在問卷的效度方面，正式訪視前，問卷先經過七位專家作內容效度（婦產科醫師三名、護理學者二名、公衛學者二名）。修改之後再於婦科門診隨機挑選 5 位病人實施預試（未包括在正式樣本內），使得問卷內容以及用字遣詞都適合後，問卷方始確定。問卷施測的訪視員均為大學護理系有臨床實習

經驗之學生，接受一天的家庭訪視訓練，以及互相練習問答之後，再至個案家作訪視。當訪視完成後，訪視員再與研究者討論訪談內容，澄清有不清楚之虞的回答。

信度方面，最後完成之問卷，再與病歷查證的資料做確認，確認受訪對象之基本資料（年齡、教育程度、婚姻狀態、生育史），以及問卷上關於疾病問題的回答（術前主訴症狀、住院日數），結果一致性達百分之百。而問卷上的開放式問題回答，再用以檢視封閉式問題回答的一致性，一致性亦達百分之百。

結 果

結果的部份分別呈現病人的人口學資料、疾病資料、醫病溝通內容以及醫病溝通態度四方面。

一、病人人口學資料

最後完成訪視的 72 位婦女，其年齡分佈有九成在 40 歲以上，其中以 40-49 歲最多(57.0%)，50-59 歲其次(19.4%)。教育程度以小學程度最多(31.9%)，國中、高中職與大專以上程度，各約佔兩成。目前的婚姻狀態，除有 2 人尚未結婚、未生育外，其餘均是已婚

且育有子女。目前的工作狀態，有一半以上是目前有工作者(55.6%)，過去曾工作過的佔三成(30.6%)，餘為從未工作過者。保險別方面，以勞保病人佔最多(63.9%)，公保病人其次(26.4%)。

二、疾病資料

1、診斷

婦女自述的診斷有六成為子宮肌瘤，子宮或陰道脫垂約有一成，餘為子宮內膜異位、卵巢腫瘤等。但是由醫院病歷室的出院資料所抄錄的出院診斷，與婦女自述診斷的分佈有所差異，而診斷可能有兩個以上，本研究採用主診斷作為疾病分類的標準。病歷查證的結果（表一），子宮平滑肌瘤仍是最多，有 38 人(52.8%)，子宮內膜異位 14 人(19.4%)，子宮或陰道脫出 9 人(12.5%)，卵巢輸卵管疾患 7 人(9.7%)。再進一步做個別性的確認，以瞭解婦女對疾病診斷認知的正確性。結果發現(同表一)，72 人中有 51 人(70.8%)完全正確知道自己的疾病診斷，另外不一致的 21 人中，只知道兩個診斷中的一個的有 13 人(18.1%)，自述診斷完全與病歷診斷不相同的有 8 人(11.1%)，甚至有 1 人不知道診斷是什麼。

表一 病歷診斷與病人自述診斷一致性

病 歷 診 斷	人數(%)	一致	不一致	不一致的病人自述診斷與人數
子宮平滑肌瘤	30	30	0	
子宮平滑肌瘤+第二診斷 ^(註 1)	8 (52.8%)	1	7	肌瘤 6，月經量過多 1
子宮內膜異位	6	3	3	肌瘤 3
子宮內膜異位+第二診斷 ^(註 2)	8 (19.4%)	0	8	肌瘤 4+腺瘤 2+卵巢瘤 1+子宮肥大 1
子宮、陰道脫出	9 (12.5%)	8	1	不知道 1
卵巢、輸卵管疾患	7 (9.7%)	5	2	肌瘤 2
子宮外孕	2 (2.8%)	2	0	
子宮肥大	1 (1.4%)	1	0	
子宮內膜增生	1 (1.4%)	1	0	
總 計	72 (100%)	51(70.8%)	21(29.2%)	

註 1 第二診斷分為子宮內膜異位(4 人)、卵巢輸卵管良性腫瘤(3 人)、子宮脫出(1 人)。

註 2 第二診斷分別為子宮肌瘤(4 人)、卵巢輸卵管良性腫瘤(3 人)、子宮肥大(1 人)。

2、手術切除範圍

與前述的診斷一般，由婦女自述手術範圍，再抄取醫院病歷記載的手術範圍，確認婦女對手術範圍認知之正確度（表二）。病歷記載的切除範圍中，分別為全子宮切除 28 人(38.9%)、合併單側卵巢切除 21 人(29.2%)、

合併雙側卵巢切除 23 人(31.9%)。而與自述的手術範圍相對照，72 人中有 52 人(72.2%)是完全正確。不正確認知的 20 人當中，對合併卵巢切除不一致的有 10 人(13.9%)，對子宮頸切除不清楚、不一致的有 9 人(12.5%)，對陰道部份切除與否不一致的有 1 人。

表二 手術範圍一覽表

病歷記載手術範圍	人數	正確認知	不正確認知
全子宮切除	28(38.9%)	17(60.7%)	11(39.3%)
全子宮切除合併單側卵巢輸卵管切除	21(29.2%)	19(90.5%)	2(9.5%)
全子宮切除合併雙側卵巢輸卵管切除	23(31.9%)	16(69.6%)	7(30.4%)
總計	72(100 %)	52(72.2%)	20(27.8%)

Fisher's Exact Test: P=0.0554(non-significance)

三、醫病溝通內容

將醫病溝通內容分為疾病情形、手術範圍、手術外的另類治療、手術影響四方面，逐項檢視在手術決定的醫病溝通過程中，醫師告知的內容與婦女的認知情況。

1. 疾病診斷

64 人(88.9%)表示曾有醫師向她解釋病情，但進一步討論病情的只有 36 人(50.0%)。

而 55 位疾病診斷與腫瘤有關的病人中，74.5%有醫師向她解釋瘤的位置與大小。

雖然絕大多數的醫師在手術前，有向婦女解釋病情，但解釋病情與婦女對疾病診斷的正確認知，兩者間並未有顯著差異性（表三）。若作婦女年齡、教育程度與診斷認知關係的分析，會發現婦女的疾病診斷認知與她的年齡、教育程度無關（同表三）。

表三 病人對疾病診斷認知的相關性檢定

病人認知 (%)	一致	部份一致	不一致	共計	Fisher's Exact Test P 值
醫師解釋病情					
有	45(70.3)	12(18.8)	7(10.9)	64(88.9)	1.000
無	6(75.0)	1(12.5)	1(12.5)	8(11.1)	
病人年齡組					
39 歲以下	3(42.9)	2(28.6)	2(28.6)	7(9.7)	0.134
40-49 歲	27(65.9)	10(24.4)	4(9.8)	41(56.9)	
50-59 歲	13(92.9)	-	1(7.1)	14(19.4)	
60 歲以上	8(80.0)	1(10.0)	1(10.0)	10(13.9)	
病人教育程度					
不識字、小學	20(74.1)	5(18.5)	2(7.4)	27(37.5)	0.259
國中	11(68.8)	2(12.5)	3(18.8)	16(22.2)	
高中職	12(75.0)	1(6.3)	3(18.8)	16(22.2)	
專科以上	8(61.5)	5(38.5)	-	13(18.0)	
共計	51(70.8)	13(18.1)	8(11.1)	72(100)	

2. 手術範圍

72 位受訪病人的手術範圍皆涵蓋子宮頸，但是只有 33 人(45.8%)在術前曾有醫師告知切除的部位涵蓋子宮頸。而其中 28 人被醫師告知要切除的理由為：「留著長癌啊；切了就沒機會長子宮頸癌；免得以後長癌還要再開一次刀」。另 5 人則是醫師告知「子宮頸有發炎潰爛的現象」而一併切除。而婦女對醫師告知的反應多為「聽從醫師的建議、聽醫師的就對了」(57.6%)，其次是認為「為避免病變、免煩惱，還是切了好」(42.4%)，另有 12.1%是覺得「疾病與子宮頸有關，一定要切」，6.1%則是沒意見。

合併切除單側或雙側卵巢的 44 人中，有 16 人(36.4%)在術前並未被醫師告知會合併切除卵巢，其中有 5 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，另外的 11 人則是術前不知道會合併切除卵巢。而 28 位術前有醫師告知的婦女，被告知切除卵

巢的理由為：「怕卵巢日後發生病變，拿掉比較乾淨」(60.7%)、「年紀大了沒有用」(46.4%)、「只拿一邊，不影響內分泌」(10.7%)。而婦女對醫師告知的反應多為「聽從醫師的建議」(35.7%)、「避免日後生病變」(25.0%)、「接受、沒關係、切了就算了、平常心」(46.4%)。另外有三位婦女提及「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」、「心理不舒服，怕是不是卵巢有問題」。

整體而言，術前有 72.2%的婦女曾有醫師向她解釋手術範圍，68.9%曾與醫師討論手術範圍。若進一步分析醫師說明與婦女對手術範圍認知間的關係時，會發現沒有醫師解釋手術範圍的婦女，對手術範圍認知的不一致率較高，但並未達統計顯著差異(表四)。若作年齡、教育程度與手術範圍認知關係的分析，會發現婦女對手術範圍的認知與她的年齡、教育程度無關(同表四)。

表四 病人對手術範圍認知的相關性檢定

病人認知 (%)	一致	不一致	共 計	Fisher's Exact Test P 值
醫師說明手術範圍				
有	37(71.2)	15(28.9)	52(72.2)	0.744
無	15(75.0)	5(25.0)	20(27.8)	
病人年齡組				
39 歲以下	5(71.4)	2(28.6)	7(9.7)	0.180
40-49 歲	33(80.5)	8(19.5)	41(56.9)	
50-59 歲	7(50.0)	7(50.0)	14(19.4)	
60 歲以上	7(70.0)	3(30.0)	10(13.9)	
病人教育程度				
不識字、小學	19(70.4)	8(29.6)	27(37.5)	0.203
國中	9(56.2)	7(43.8)	16(22.2)	
高中職	12(75.0)	4(25.0)	16(22.2)	
專科以上	12(92.3)	1(7.7)	13(18.1)	
共 計	52(72.2)	20(27.8)	72(100)	

3. 手術外另類治療

手術前 34.7%的婦女知道除了手術外還可能有其他的治療方法，諸如中藥或西藥、荷爾蒙、化療。80.6%的醫師未在手術前提及

是否有其他的治療方法，只有 19.4%的婦女曾有醫師告知另類療法，諸如：吃藥(35.7%)、等停經後再看看(21.4%)、荷爾蒙治療(14.3%)、化學療法(7.1%)、子宮脫垂可以用

縫的(7.1%)等。但是幾乎每一位醫師都強調吃藥會有副作用、效果差、不保證好、時間長，還是開刀最好。

而婦女對醫師告知內容的反應是「無法百分之百痊癒，還是切除好了；開刀才能根治；開刀較安全；還是開刀較安心」(50.0%)、「聽醫師的，醫師比較專業」(35.7%)、「覺得年紀大了，拿掉免麻煩」(7.1%)、「擔心荷爾蒙有副作用；吃藥胃會不舒服」(14.3%)等。

4. 手術影響

手術影響分成對手術好處、性生活以及絕育三方面影響來探討。

(1) 手術好處

44.4%的人術前被醫師告知子宮切除後的好處，諸如：「徹底、乾淨、方便，一勞永逸，肌瘤不會再復發」(34.4%)、「不會惡化」(15.6%)、「省得以後長癌」(12.5%)、「不會疼痛」(12.5%)、「不會有後遺症」(9.4%)、「行動更方便、身體會更好、不怕懷孕」(9.4%)。只有一人是被告知「無好處，不能再生育」。而婦女對醫師告知內容的態度全面為「同意、尊重醫師的看法」(59.4%)、「沒意見」(37.5%)。而那位被告知無好處的婦女覺得已經生了一個小孩，不再生也無所謂。

(2) 手術對生理功能的影響

51.4%術前知道手術對生理功能的影響。但是在術前醫師告知方面，65.3%的醫師什麼也沒有說，27.8%有說，說沒影響，只有6.9%的醫師說有影響。而婦女對手術可能產生身體影響的擔心程度，13.9%非常擔心，30.6%有點擔心，38.9%不擔心，16.7%完全不擔心。

(3) 手術可能發生的合併症

27.8%術前知道手術後可能會發生合併症。但80.6%的醫師沒有提及可能有合併症一事，15.3%告知不會有合併症，只有4.2%說可能有合併症。而婦女對醫師告知不會有合併症的反應，除了有一人覺得「醫師騙人」外，其餘均表示「相信醫師」。而對醫師未告知合併症相關事情的反應是「醫師怎麼說，就怎麼作」(10.3%)、「沒想到這方面的事」

(6.9%)、「醫師應該主動提出來」(5.2%)、「開刀決定的太快，來不及想這個問題」(1.7%)等。而婦女在術前對可能產生合併症的擔心程度，5.6%表示非常擔心，34.7%有點擔心，45.8%不擔心，13.9%完全不擔心。

(4) 性生活影響

有20人在術前已與先生無性行為或是寡居，所以只有52人回答關於性生活影響的問題。24人(46.2%)在術前知道手術對性生活可能會有影響。但是只有13.5%的人在術前被醫師告知可能會有影響，63.5%沒有醫師提及，另外23.1%被告知不會有影響。被告知會影響的內容為「陰道比較會乾燥」(57.1%)和「術後一段時間不能有性行為」(42.9%)。而告知不會有影響的理由為「仍有卵巢行分泌作用，不會有影響的」(41.7%)、「沒什麼，對性關係沒有影響」(41.7%)、「如果有影響是個人心理因素」(16.7%)。

婦女對醫師告知內容的反應全面為「同意醫師的看法、聽醫師的」，而對醫師未告知的反應是「一切順其自然」(18.2%)、「醫師太忙沒有時間說」(18.2%)、「醫師應該主動說，病人會不好意思問」(18.2%)、「時間緊迫，沒想到這個問題」(12.1%)等。而術前對性生活可能影響的擔心程度，40.4%有點擔心，38.5%不擔心，21.2%完全不擔心。

(5) 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，全部的婦女都能接受。但是卻只有68.1%的醫師在手術前有告知子宮切除後不能再生育。另外有75.0%的婦女在術前被醫師告知「過了生育年齡子宮就沒有用了，拿掉沒有關係」。

四、醫病溝通態度

全部受訪的婦女都認為「醫生應充份且清楚地告訴病人治療之意義與好壞處，使她明瞭」。而98.6%的人也同意「我雖不懂醫療專業，但身體是自己的，應有權利知道得很清楚」。43.1%的婦女認為「醫生是專業人員，他說得話一定是對的，不應該有不同意見」。59.7%的人認為「醫生總是很忙，我也不好意

思問他太多問題」。30.6%的人覺得「看病時應少說話，免得醫生生氣不高興」。

討 論

將所訪視的 72 位婦女之年齡與診斷別分佈，與原本抄錄的 322 人名單作比較時，會發現兩者是很接近的。訪視樣本 40-49 歲、50-59 歲的年齡分佈為 57.0%與 19.4%，原始名單則為 54.1%與 16.5%。作適合度檢定時兩組並無顯著差異存在 ($\chi^2=5.222$, $P>0.05$)。原始名單的子宮肌瘤、子宮內膜異位、生殖器脫出比率分別為 52.6%、15.6%、11.8%，亦與訪視樣本的 52.8%、19.4%、12.5%接近。作適合度檢定時，兩者也無顯著差異 ($\chi^2=0.712$, $P>0.05$)。是故所訪視的婦女可以代表該醫學中心的病人。

手術決定的醫病溝通內容包括病情、手術、治療、恢復等複雜的醫療內容，本研究僅以最簡單的病名和切除範圍來檢視，卻發現手術如此重大的事件竟然只有七成婦女正確知道。二者的認知正確率與病人年齡、教育程度和醫師解釋無關。由於病人對疾病診斷與手術切除範圍的資訊只能從醫師獲知，本研究的病人來自都會區的一所著名醫學中心，而樣本醫院的子宮切除率是在醫學中心等級中屬於低切除率的[2]。如此的結果呈現三個層面的意涵，第一是醫學中心的醫師告知都如此了，其他等級的醫院會更糟[29]。尤其本研究測量的只是最易懂的病名與切除範圍，如果再往下深探腫瘤發生的位置大小、治療方式、病理原因等更細節的問題時，認知的情形勢必更差。足以顯見醫師告知體系潛藏許多問題。

另一層面的意涵是，醫師的告知不清楚，使病人得到的訊息是不清楚或錯誤的，以至於對疾病診斷與手術切除範圍有所誤差。而在病歷文件分析的過程中，發現某些病人的術前術後診斷有所差異，可能醫師並未在術後澄清或補充說明，以至於病人僅知道術前的診斷，或是兩個診斷中的一個診斷，甚至是完全錯誤認知。醫師對病人告知的訓練是需

要加強的。

第三個意涵是，病人的人口學變項與認知的正確性是無關的，因此不能將病人的無知歸因於病人的社經地位。只要醫師能加強病情的說明，無論是年紀多大或是教育程度多差，病人都是能有所瞭解的，病人人口學特性不能成為醫師告知無效性的藉口。

過去在台灣並沒有子宮切除這方面的研究，無法比較醫師告知與婦女認知比例是否有增加、減少的現象。而國外子宮切除的研究，只有針對婦女認知的研究，結果是有六成婦女瞭解手術範圍[33]，正確認知子宮解剖的比率是 40%，生理功能是 77.5%，手術後無月經、無法生育達 100%，錯誤認知不再是完整的人、其他器官會掉下來、不再是女人有 70%、50%和 20%，手術會喪失性功能、減低性慾的有 15%和 35%[34]。相較於本研究的結果，則是 71-72%正確知道疾病診斷與手術範圍，51-46%的婦女知道手術會有生理和性的影響，全部都知道會無法生育，28%知道可能會有合併症，35%知道有另類治療。

從婦女回溯手術決定時的醫病溝通情形，會發現醫師對手術影響的告知偏向於告知子宮切除的好處(44.4%)，而對手術外的其他治療方法(19.4%)、手術可能產生的身心與性生活影響(6.9-13.5%)、與合併症產生(4.2%)很少提及。而研究者另一篇子宮切除後性適應的文章[12]指出，有 13.7%的婦女覺得術後性生活變差，五成以上覺得有性交不適的現象。另一方面，約有一成的婦女在手術住院期間發生合併症，術後亦有兩成的婦女有腰痠、便秘、頻尿、體力變差、無法提重物的後遺症[34]。事實上手術的負面影響是確實存在的，對照於前述各種切除時的不被告知，醫師只告知手術的優點不提副作用等，反映出醫療資訊大多掌握在醫師手中的醫療環境裡，婦女著實很難完全知道關於疾病的所有治療方式之好壞處評估，只能獲取已經被篩選過的資訊。這種醫療保健資訊不明，甚至被控制在權威主導的醫療體系中，醫病溝通已呈現醫療化(medicalization)的現象[35]。

他山之石可以借鏡

美國在 1970 年代的子宮切除發生率和盛行率很高，有濫用的趨勢，便開始著手控制。政府與民間都做了諸多努力，從保險監測、醫院審查、婦女健康資源網絡等多層面進行介入，歷經二十多年，現已成功地將子宮切除率控制住，更甚至降低它的發生率[36]。作者等人[1]曾比較國內外的子宮切除盛行率與發生率，發現 15 歲以上婦女的年平均子宮切除率(3.04/1000)比美國的低(5.68/1000)，但是 40-49 歲的年切除率(8.4-9.8/1000)已接近美國的比率(35-44 歲 11.8/1000，45-54 歲 10.8/1000)[2,36]。而國內的發生率有三年內增加 75% 的趨勢，是否達到濫用尚不能斷言，但在公共衛生防治立場，應有更多這方面的研究。特在此提出。以作為我國廣大研究學者在這方面的探究，另一方面也從公共衛生觀點，提出衛生政策監測的建議。

而國外在子宮切除的醫病溝通與醫師告知上，也做了很多努力。例如：1983 年，俄勒岡州立法確保病人的權利，規範醫師在做任何處置與手術前，需要病人簽署告知同意書(ORS 677.097)[37]。加州更於 1987 年通過一項法令[22]，特別針對子宮切除的告知同意，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、另類治療方法、預期好處、合併症風險、復原時間、醫療費用等資訊。如果醫師沒有這麼做，會被醫事倫理委員會質疑。俄勒岡州甚至在 1990 年執行一項子宮切除教育計畫[37]，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，另外還製作錄影帶提供給不識字婦女。

綜觀美國對子宮切除醫病溝通的努力，他山之石可以作為我們的借鏡。本研究發現婦女在子宮切除決定的醫病溝通過程中，雖然認為醫師應該充分告知，即使不懂醫療專業，也有權利清楚明白自己的身體狀況。但半數的婦女不敢發問，怕醫師不高興，也覺

得醫師說的話一定是對的，不能有不同意見。如此重大的手術，竟有三成的人不清楚病名和手術範圍。而即使醫師有說明解釋，也仍有三成的病人不清楚。子宮切除的醫病溝通確實存在有很多問題。婦女對醫病溝通的態度，與醫師專業間的資訊不對等與缺乏資訊，溝通的無效性，並不能藉口為病人的年齡大或是教育程度差。醫師們應調整他們向來對婦女和病人所持的態度，學習跟她們討論健康問題時應用的語言。另一方面，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[31]。

在美國，女性主義學者與實務者，除了致力於一般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(位於華盛頓)，一方面提供資訊給婦女，充實婦女的權力(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[38]。

回顧國外針對子宮切除所做的諸多努力，成功地控制高子宮切除率，國內著實應該重視子宮切除的議題，加強醫病間在做子宮切除決定時的溝通。婦女部份可藉由建立本土的婦女健康資源網絡，提供教育資訊與諮詢服務，教導婦女對身體權、健康權的覺知，以及如何與婦產科醫師溝通的技巧。醫師方面，期望婦產科醫學會的自律，衛生政策對醫師告知的規範，甚至能立法規範醫師告知的責任。如此一來，不單造福婦女免於不必要的手術，或是能在被充分告知的情況下作對自己最好的決定，更進而能使全民的健康權益獲得提昇。

誌謝

本研究感謝國科會研究計畫 NSC-84-2413-H002-014 的經費補助，以及受訪婦女與訪視員的協助，才得以順利完成。

參考文獻

- 1.張珏、張菊惠、顧淑芬、胡幼慧：子宮切除盛行率之初探。中華衛誌 1995; 14(6):487-493。
- 2.戴桂英、葉元麗：全民健康保險子宮切除手術流行病學研究的初探。中央健康保險局八十五年度研究成果報告。1996。
- 3.李玉春：改進勞工保險殘廢給付標準表之研究。衛生署研究報告，1995。
- 4.National Center for Health Statistics. Hysterectomy: past, present, and future. Statistical Bulletin 1989; 12-21.
- 5.Crowe M. Some common and uncommon health and medical problems. In: Boston Women's Health Book Collective. The New Our Bodies, Ourselves. 2nd ed. New York: Simon & Schuster, 1992.
- 6.Lauersen N & Stukane E. Listen to your body. New York: Simon and Schuster, 1982.
- 7.Budoff W. No more menstrual cramps and other good news. New York: G.P.Putnam & Sons, 1980.
- 8.Gould D. Hidden problems after a hysterectomy. Nursing Times 1986; June 4:43-46.
- 9.Wood PJ & Giddings LS. The symbolic experience of hysterectomy. Nursing Praxis in New England 1991; 6(3):3-7.
- 10.Bernhard LA. Consequences of hysterectomy in the lives of women. Health Care for Women International 1992;13:281-291.
- 11.Ryan MM, Dennerstein L & Pepperell R. Psychologic aspects of hysterectomy a prospective study. British Journal of Psychiatry 1989; 154:516-522.
- 12.張珏、張菊惠、毛家齡：子宮切除後的性適應。婦女與兩性學刊 1996; 7:97-114。
- 13.陳鳳櫻：子宮切除病人的性問題及其調適方法。護理雜誌 1986; 33(2): 83-86。
- 14.Williamson ML. Sexual adjustment after hysterectomy. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 1992; 21(1): 42-47.
- 15.Wright RC. Hysterectomy: past, present and future. Obstet. Gynec. 1969; 33:562.
- 16.Amirikia H & Evans TN. Ten-year review of hysterectomies: trends, indications, and risks. Am J Obstet. Gynecol. 1979; 134:431-437.
- 17.Santow G & Bracher M. Correlates of hysterectomy in Australia. Soc. Sci. Med. 1992; 34(8):992-942.
- 18.Roos NP. Hysterectomy: variations in rates across small areas and across physicians' practices. Am J Public Health 1984; 74(4):327-335.
- 19.Haas S, Acker D, Donahue C & Katz ME. Variation in hysterectomy rates across small geographic areas of Massachusetts. Am J Obstet Gynecol 1993; 169(1):150-154.
- 20.Blue Cross and Blue Shield of Illinois. Hysterectomy at Illinois hospital: potential for eliminating unnecessary surgery. Blue Cross and Blue Shield of Illinois Health Services Research May, 1990.
- 21.Gambone JC, Reiter RC, Lench JB & Moore JG. The impact of a quality assurance process on the frequency and confirmation rate of hysterectomy. Am J Obstet. Gynecol. 1990; 163(2): 545-550.
- 22.State of California Senate Bill Number 835. In National Women's Health Network. Hysterectomy. 1993.
- 23.Cherkin D. Participation in treatment decision might affect hysterectomy rates. Am J Public Health 1994; 84(2): 319.
- 24.Coulter A., Mcpherson K., Vessry M. Do British women under go too many or too few hysterectomy? Soc. Sci. Med. 1988; 27: 987-994.
- 25.Travis CB. Medical decision making and elective surgery: the case of hysterectomy. Risk Analysis 1985; 5(3):241-251.

26. Kleinman, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press. 1980.
27. 吳就君：從醫護人員工作行為分析看醫院病人衛生教育實況。公共衛生 1983; 10(2):136-145。
28. 鐘國彪：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，1988。
29. 鄭麗寶：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，1990。
30. 陳阿教：病人的權利法案。公共衛生 1976; 3(2):81-86。
31. 丹妮絲佛莉(Foley D.)、依蓮妮克絲(Nechas E.)、預防(Prevention)雜誌編輯群(月旦編譯小組譯)：女人的健康顧問。台北市：月旦，1994。
32. Mwaba K & Letloenyane EB. Attitudes and knowledge about hysterectomy: a study of women in Mmabtho. *Curationis* 1994; 17(3):2-3.
33. Tsoi MM, Poon RSM & Ho PC. Knowledge about reproductive organs in Chinese women: some overlooked 'common sense'. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 1983; 2(2):70-75.
34. 張菊惠、張珏：婦女有知的權力嗎？--子宮切除的決定過程。婦女健康政策學術研討會實錄，37-61。
35. Riessman CK. Women and medicalization: a new perspective. *Social Policy* 1983; 14(1): 3-18.
36. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z & Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1980-1990. *Obstet Gynecol* 1994; 83(4):549-555.
37. Rose BK. Informed consent and hysterectomy: enhancing the right to know. *Am J Public Health* 1992; 82(4):609-610.
38. National Women's Health Network. *Hysterectomy*. 1993.

Physician-Patient Communication Reported by Women of Hysterectomy

Chueh Chang¹, Chu-Hui Chang², Yow-Hwey Hu²

Focusing on women of one medical center in Taiwan metropolitan area with non-cancer diagnoses who are faced with hysterectomy, this research investigates the physicians-patients communication about the extent of information provided by physicians, and women's knowledge of hysterectomy. The 72 subjects in this study were women who had a hysterectomy 3-9 months prior to interview. The results showed that 29.2% of the women were unclear of their own diagnosis, 27.8% were unclear of their operations. 72.2%-88.9% of the physicians had explained the operations and disease to their patients, and 50.0%-68.9% had discussed the disease and operations. Among the 72 women interviewed, 61.1% had either a unilateral or bilateral oophorectomy, 32.6% were not advised by a physician to have the oophorectomy. In the course of physician-patient communication, 75.0% of the women were told that

the uterus is useless beyond childbearing age. 44.4% were told the benefits of hysterectomy. Only 6.9-13.5% were told the possible side effects of the surgery, and 4.2% were told the possible complications of the surgery; the rest of the subjects were not told of the possible negative outcomes.

Therefore, physicians prefer to tell women the benefits of surgery rather than the risks, side effects and complications of surgery. The facts that women were unclear of their diagnosis and operations reflect the information of physicians supply were unclear and inadequate. This research implies a need for improving the medical education as well as developing women's health network, legislating the physician's responsibility of informing patients to improve the physicians-patients communication. (*Chin J Public Health (Taipei)*: 1997; 16(1): 1-12.)

Key Words: *Hysterectomy, Physician-patient communication, Physician's Informed*

¹ Institute of Public Health, College of Public Health, National Taiwan University

² Institute of Health and Welfare Policy, National Yang-Ming University