

研究論文

# 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

盧鴻毅、林書帆、黃建勳、李修慧(釋普安)、馬立君

## 摘要

本研究以「家庭溝通模式」與「傳播隱私管理」作為理論基礎，深度訪談五位癌症病患及六位家庭照顧者，了解他們在抗癌及陪病的照顧過程中，如何討論「癌症」這件事。研究發現，癌症病患得知自己罹病後，往往會先默默處理自我情緒，之後再決定該告知誰，該透露多少與病情有關的訊息，以便掌控自我的疾病隱私；至於家庭照顧者面對家人罹癌情況下，會考量病患的年齡及個性等因素，決定對病患「隱

盧鴻毅，國立中正大學社會科學院傳播系(含電訊傳播碩士班)教授。研究興趣：健康傳播、資訊尋求、媒介效果。電郵：telhyl@ccu.edu.tw

林書帆，國立中正大學社會科學院電訊傳播研究所碩士。研究興趣：健康傳播。電郵：dk88520@gmail.com

黃建勳，國立台灣大學醫學院附設醫院雲林分院社區及家庭醫學部主治醫師。研究興趣：安寧緩和醫療、家庭醫學。電郵：beveganlovepeace@gmail.com

李修慧(釋普安)，佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院、國立台灣大學醫學院附設醫院雲林分院臨床佛教宗教師、南華大學人文學院生死學系兼任講師。研究興趣：靈性照顧、悲傷輔導。電郵：zpuann55288@gmail.com

馬立君，朝陽科技大學人文暨社會學院傳播藝術系助理教授。研究興趣：媒介效果、電視新聞。電郵：Jessiemal6@gmail.com

論文投稿日期：2018年3月9日。論文接受日期：2018年8月2日。

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

瞞」或「揭露」多少與罹癌有關的訊息。研究結果也發現，病患或家庭照顧者在溝通過程中，彼此之間基於「保護對方」為由，往往避談「死亡」這個議題，即便是「高溝通導向」型態的家庭，也難以克服這個溝通難關。

關鍵詞：癌症、傳播隱私管理、家庭溝通模式、主題迴避

---

Research Article

## Talk about Cancer! Exploring Communication between Patients and Family Caregivers

Hung Yi LU, Shu Fan LIN, Chien Hsun HUANG, Hsiu Hui LEE (Pu Ann Bhikkhuni), Li Chun MA

---

### Abstract

Based on the perspectives of family communication patterns (FCP) as well as communication privacy management (CPM), this one-on-one in-depth study interviews five cancer patients and six family caregivers so as to investigate communication between patients and family caregivers. The findings show that patients tend to remain silence at the very beginning when they are diagnosed with cancer. Later on, patients decide who will be informed and what will be disclosed. By doing so, patients have their wills to manage privacy related to

---

Hung Yi LU (Professor). Department of Communication and Graduate Institute of Telecommunications, College of Social Sciences, National Chung Cheng University. Research interests: health communication, information-seeking, media effect.

Shu Fan LIN (MA). Graduate Institute of Telecommunications, College of Social Sciences, National Chung Cheng University. Research interests: health communication.

Chien Hsun HUANG (MD). Department of Community and Family Medicine, National Taiwan University Hospital Yunlin Branch. Research interests: hospice palliative care, family medicine.

Hsiu Hui LEE (Pu Ann Bhikkhuni) (Clinical Buddhist Chaplain). Dalin Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medicine Foundation; National Taiwan University Hospital Yunlin Branch; (Adjunct Lecturer). Department of Life and Death, College of Humanities, Nanhua University. Research interests: spiritual care, sad counseling.

Li Chun MA (Assistant Professor). Department of Communication Arts, College of Humanities and Social Sciences, Chaoyang University of Technology. Research interests: media effect, TV news.

*Communication & Society*, 51 (2020)

being a cancer patient. Family caregivers tend to avoid talking issues about “end-of-life” with patients. Communication about “end-of-life” between cancer patients and family caregivers is also difficult and not effective in highly-communication-oriented families.

**Keywords:** cancer, communication privacy management, family communication patterns, topic avoidance

**Citation of this article:** Lu, H. Y., Lin, S. F., Huang, C. H., Lee, H. H., & Ma, L.C. (2020). Talk about cancer! Exploring communication between patients and family caregivers. *Communication & Society*, 51 , 31–74.

## 致謝

本文主要以科技部個別型補助計劃「忘不了的憂傷：透過社會支持團體探討癌症往生者家屬的創傷、療癒與分享歷程」(MOST 105-2410-H-194-075-MY2)、科技部個別型補助計劃「在『守口如瓶』及『開誠布公』之間擺盪：癌症病患與照顧者之間的溝通」(MOST 107-2410-H-194-085-MY2) 及林書帆的碩士論文「病患與照顧者之間的溝通：以癌症為例」的研究成果綜合書寫而成。本文第一作者為計劃主持人，第二作者為兼任研究助理，第三作者為計劃共同主持人，第四作者為計劃研究員，第五作者為計劃共同主持人。

談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

## 研究動機與目的

2015年世界衛生組織(WHO)國際癌症研究署(IARC)發佈的《全球癌症報告2014》(*World Cancer Report 2014*)指出,全球癌症病例迅速成長,2012年罹癌人數為1,400萬人,預估2025年將增加至1,900萬人,2035年時將有2,400萬人是癌症病患(Stewart & Wild, 2015);而台灣衛生福利部國民健康署(2017)公佈的2014年台灣癌症登記報告也指出,台灣的癌症新發人數首破10萬大關(103,147人),平均每5分鐘又6秒就有一人罹癌,「癌症時鐘」比2013年加快了12秒,且「惡性腫瘤」自1982年起高居國人十大死因之首,每年奪走4萬多人的生命。

面對居高不下的癌症罹病率及死亡率,學界相當關心這個議題,其中醫護界花了不少心力投入癌症生物學的研究(Sherr & Bartek, 2017; Tomasetti & Vogelstein, 2015)、商議癌症藥物與癌症治療的研發與進展(Delbridge, Grabow, Strasser, & Vaux, 2016; Seguin, Desgrosellier, Weis, & Cheresch, 2015; van Gent & Kanaar, 2016)、探討影響癌症病患生活品質的因素(Kool, Fontein, Meershoek-Klein Kranenbarg, Nortier, Rutgers, Marang-van de Mheen, & van de Velde, 2015; 張美玉、徐莞雲、徐倩儀、林麗英, 2016),並試圖了解癌症病患的需求(王素真、洪耀釧、陳住銘, 2016);心理領域則著墨於癌症病患的心理經驗與歷程發展(Goldzweig, Hasson-Ohayo, Alon, & Shalit, 2016; 蔡逸鈴、林耀盛, 2016);近幾年,傳播領域也逐漸重視癌症這個議題,針對癌症篩檢宣導海報對民眾參與癌症篩檢的效果進行探討(周穆謙、林以容, 2015),分析癌症病患書寫的意義為何(陳憶寧, 2011),或是探討台灣報紙新聞報導如何建構癌症、病患與女性角色(邱玉蟬, 2015),也有學者探討民眾使用國家癌症研究機構服務的情況(Byrne, Kornfeld, Vanderpool, & Belanger, 2011)或研究癌症病患資訊尋求的意圖(Smith-McLallen, Fishbein, & Hornik, 2011)。

多數學者的研究試圖了解癌症醫學可以提供癌症病患那些醫療上的幫助、分析癌症病患在罹病過程中的心理反應、調適或就醫經驗;但癌症病患的家庭照顧者在面對親屬罹癌、治療或往生過程中,所歷經的傷痛並不亞於病患,有時甚至比病患承受更多壓力(Manne, Ostroff,

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

Winkel, Goldstein, Fox, & Grana, 2004; Kim, Duberstein, Sorensen, & Larson, 2005; Fujinami, Sun, Zachariah, Uman, Grant, & Ferrell, 2015)；換言之，癌症不僅是個人的疾病，也是一個家庭議題 (Veach, Nicholas, & Barton, 2002)，特別是負責照顧病患的家庭成員，必須因應病患的照顧問題，調整自我扮演的角色，與病患一起面對癌症 (何怡儒，2002)。

對於照顧者來說，要如何與病患談論癌症這回事才好？從家庭溝通及疾病的相關研究文獻來看，答案是：「非常困難」(Veach et al., 2002; Zhang & Siminoff, 2003a; Caughlin, Mikucki-Enyart, Middleton, Stone, & Brown, 2011; Shin, Shin, Kim, Yang, Cho, Youm, Choi, Hong, Cho, & Park, 2016)。雖然家庭成員大多認為在家人罹癌期間，討論癌症議題是迫切需要的 (Kilpatrick, Kristjanson, Tataryn, & Fraser, 1998)，但「說是一回事，做又是一回事」，每個人的溝通目的不一樣，所選擇談論與迴避的問題也就不同。多數癌症病患或是家庭照顧者會採取不揭露悲傷訊息的方式進行溝通 (Afifi & Guerrero, 2000; Caughlin et al., 2011)，他們試圖保持「希望」、「正面思考」與「維持正常感」(Zhang et al., 2003a; Goldsmith, Miller, & Caughlin, 2007)，間接迴避癌症相關敏感問題 (例如死亡) 的討論；然而，上述這種溝通方式，往往致使病患與家庭照顧者之間存在一層越不過的溝通藩籬，這種微妙的互動也成為一種家庭溝通問題。

為了探究這個關乎病患及家屬之間的癌症溝通問題，學者試圖以不同的理論來分析它，例如「資源理論」(resource theories) 試圖了解在病情的討論過程中，家庭成員扮演的資源角色為何？「對偶層次理論」(dyadic level theories) 主要關注夫妻雙方在癌症經驗過程中的互動關係 (Manne & Badr, 2008; Harris, Bowen, Badr, Hannon, Hay, & Sterba, 2009)；而以家庭為研究單位的「家庭系統理論」(family systems theory) 則企圖將家庭關係放置於社會情境下，由多面向角度探討家庭功能的問題 (Peterson, 2005; Harris et al., 2009)；此外，也有學者從傳播學、社會學或人類學的理论基礎切入，例如「家庭溝通模式」(family communication patterns, FCP) 理論，它是源自認知心理的領域，後來被引用到傳播研究，運用於家庭傳播時，便著力於討論個人的關係認知 (relational cognition) 與人際行為 (interpersonal behavior) 之間的交互作

## 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

用 (Koerner & Fitzpatrick, 2006)，至於「傳播隱私管理」(communication privacy management, CPM) 理論則探究病患或家屬在建構隱私邊界時，如何選擇特定對象揭露資訊，以及為何一再圍繞特定訊息打轉 (Petronio, 2002; Harris et al., 2009)。

在不願意揭露罹癌情況下，可能讓病患與家庭照顧者雙方停留在一個不透明的狀態，導致病患無法在有限時間內，完成生命中想要達成的想法或心願，而家庭照顧者也可能在病患往生之後心生悔恨，後悔當初沒與病患開誠布公地討論如何與癌症共生共存，或是病患往生的後事如何處理等相關細節。

社會、科技、醫學高度發展的今日，癌症病例不斷成長，癌症家庭如何與疾病共生存是必須正視的問題；但過去關於癌症的研究大多將重點擺放在癌症病患的身、心、靈狀態，相對忽略癌症病患與家庭照顧者互動交織下所衍生的議題。基於上述討論，本研究將焦點轉向探討癌症病患與家庭照顧者針對癌症及其相關議題的溝通方式，為達成上述的研究目標，將透過深度訪談癌症病患與照顧者，尋求病患與家庭照顧者之間的溝通策略、模式以及隱私管理等；在臨床部份，期望本研究的發現得以貼近描繪癌症家庭討論癌症的溝通情況，提供健康傳播實務工作者更多實證資料，協助癌症病患與家庭照顧者間達成有效的溝通。

## 文獻探討

### 癌症的隱喻：不確定性的開始

「癌症」向來充滿隱喻性。在《疾病的隱喻》一書中，作者蘇珊·桑塔格 (Susan Sontag) 觀察發現，心臟病與癌症的死亡率差不多，可是很少人會對心臟病患者隱瞞病情，但社會大眾面對癌症卻難以啟齒；同為癌友的桑塔格指出：「癌症病人被隱瞞病情，不只因為癌症是(或被認為是)絕症，而且因為癌症被認為是卑污的，cancer 這個字，原意有壞兆頭、可惡、使人反感等意」(蘇珊·桑塔格，2012)。

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

癌症於是經常與負面情緒(如絕望、抑鬱、自憐與孤獨等)連結在一起，其治療方式也被比喻為如同一場「戰爭」，桑塔格如此描述：「放射線療法使用空戰隱喻：病人受放射線『轟擊』，化學療法是使用毒物的化學戰」(蘇珊·桑塔格，2012)；同樣地，在台灣報紙新聞報導中，也以「戰爭」隱喻癌症治療這件事(邱玉蟬，2015)，這樣的隱喻，間接傳達病患如想要打擊癌細胞，就必須走過一段令人感到恐懼的歷程，而且還不保證最後是否能成功擊退癌細胞。

長久以來對於癌症的隱喻，無疑加深大家對於癌症的畏懼，使得癌症家庭更難調適外在壓力。誠如桑塔格所言：「隱喻性的誇飾，扭曲了患癌的體驗，給患者帶來了確確實實的後果：它妨礙了患者儘早地尋求治療，或妨礙了患者作更大的努力，以求獲得有效治療。我相信，隱喻和神話能致人於死地」(蘇珊·桑塔格，2012)。

## 癌症病患與家庭照顧者的共業長路

正因為長久以來對抗癌症被視為一場硬仗，使得癌症病患及家庭照顧者雙方陷入無止盡的痛苦，一方要面對罹病對身體健康的毀損，另一方則需扛起照顧的重責大任，於是「他/她病了，我累了」成為病患與家庭照顧者在抗癌這條路上的一大生命課題。

### I. 病了：癌症對病患的衝擊

任何疾病都會影響病患的心理健康，而最具創傷性的莫過於被診斷罹患「癌症」這件事(Mills & Sullivan, 1999)。癌症又稱惡性腫瘤，它的一個明確特徵是細胞快速異常生長，且可以入侵身體其他器官(World Health Organization, 2017, February 6)。癌症的類型超過100種(例如乳癌、肺癌、肝癌、皮膚癌、淋巴癌、前列腺癌等)，可能產生的症狀則因不同類型有所差異，常見的癌症治療包括化學治療、放射治療或手術(National Cancer Institute, 2015, February 9)，通常癌症的進程、症狀及癌症治療所產生的副作用，難以掌控且充滿不確定感，使得它成為容易摧毀個人身、心、靈狀態的疾病。



## 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

當成為癌症病患那一刻起，震驚、恐懼、憤怒與絕望等心情可能一次湧現，患者所經歷的情緒既痛苦又複雜。多數癌症病患是在沒有心理準備下接受罹癌的事實，他們立即面臨選擇哪一種癌症治療類型，生活方式也因而改變 (O'Hair, Villagran, Wittenberg, Brown, Ferguson, Hall, & Doty, 2003)，一連串快速變動過程中，讓癌症病患感到自己對生活失去掌控能力 (Brockopp, Hayko, Davenport, & Winscott, 1989)。一項以乳癌病患為受訪對象的研究便發現，病患罹病後所面臨的困擾與擔憂，包括因治療引起的身心壓力、日常飲食起居改變、生死未知以及失眠問題 (王貴霞、劉哲銘、呂志得，2005)。

評估癌症病患的心理壓力是一項重要課題 (Fujinami et al., 2015)。抑鬱 (depression) 為癌症病患常見的心理症狀，它會依癌症類型、癌症期數、病患性別與年齡的不同而有強度差異 (Massie, 2004; Cho, Choi, Kim, Shin, Cho, Kim, Koh, Guallar, Bardwell, & Park, 2013)，抑鬱不僅會降低癌症病患的生活品質，也會讓癌症治療產生負面影響，甚至引發自殺危機 (Massie, 2004)。

癌症病患之所以會產生高度焦慮與不穩定情緒，是因為他們需要處理令人沮喪的心理或健康照護等問題 (O'Hair et al., 2003)。研究指出，癌症病患從確診到臨終過程中，經常處於悲傷狀態 (Sirois, 2012)，通常他們會歷經五種階段的心理反應，包括「否認疾病的發生」(denial)、「感到生氣」(anger)、「試圖討價還價」(bargaining) 及「陷入悲痛情緒」(depression)，最後才會慢慢「接受生病的事實」(acceptance) (Bruce, 2007)。

如同被診斷出肺癌的神經外科醫生保羅·卡拉尼提 (Paul Kalanithi) 描寫其抗癌經歷：「我多半臥床休息，癌症持續發展，我明顯虛弱不少。我的身體，以及與之緊密連結的分身，發生劇烈變化。下床上廁所，不再是不經思考的皮質下運動程式，而是需要努力與策劃的活動」(保羅·卡拉尼提，2016)。抗癌過程是一條漫長且佈滿荊棘的道路：「死亡永遠是贏家。不過你仍然可以繼續奮鬥，你永遠無法觸及完美，但是你可以相信那條漸近線，永不止息地朝它努力」(保羅·卡拉尼提，2016)。

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

## II. 累了：癌症對家庭照顧者的影響

部份研究發現，癌症病患的家庭照顧者可以從照護工作中獲得收穫 (Nijboer, Triemstra, Tempelaar, Sanderman, & Van den Bos, 1999; Bessa, Moore, & Amey, 2012)，例如有癌症病患的照顧者認為，在整個照顧過程中，可以提高照顧者的自我價值感 (self-esteem) (Groo, Fossa, Tønnessen, & Dahl, 2006) 或改善家庭成員之間的關係，使其變得比以往親密 (Bessa et al., 2012)；可是，我們無法否認癌症正在改變一個家庭，多數照顧者面對家庭與工作日常中斷、財務壓力等困境，心中浮現負面想法在所難免。

癌症的特性與複雜的治療流程，不僅讓病患吃盡苦頭，也對照顧者產生極大心理壓力與負擔。病患的主要照顧工作多由家屬承擔，他們的身份通常是病患的父母、配偶、兄弟姊妹等 (Ferrario, Zotti, Ippoliti, & Zotti, 2003; Weitzner, Jacobsen, Wagner, Friedland, & Cox, 1999)。

家庭照顧者在陪伴病患的過程中，因不同背景經歷，背負不同程度的身體、心理與財務壓力。Mosher, Jaynes, Hanna 及 Ostroff (2013) 針對肺癌病患的照顧者進行研究，發現家庭照顧者在與病患一起抗癌的過程中面臨三大挑戰，其中之一是「對未來充滿不確定感」，其次是「付出大量時間管理病患的情緒反應」，第三則為「難以實際執行對病患的醫療照顧任務」。而當癌症病患的病情不樂觀與持續惡化至末期階段，家庭照顧者除了需調適哀傷情緒，他們對病患提供的照護工作量也會日益增加 (陳玉葉、陳桂敏，2007)。

亞當·威夏特 (Adam Wishart) 在《陪父親走過癌症的一年》(*One in Three: A Son's Journey into the History and Science of Cancer*) 一書中便提及身為照顧者的感受：「……前幾周那段日子兵荒馬亂，任何『沒做的處置』都像在糟蹋機會，放任爸爸的生命一個細胞、一個細胞從我們指間溜走；但現在，再也沒什麼好做了……，儘管多數時候我都能接受爸爸即將過世的事實，偶爾還是會對眾人的無能為力感到憤怒。」 (亞當·威夏特，2009)

談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

## 疾病在我家：癌症溝通的相關理論及實證研究

當家中有一人罹患癌症，其他家庭成員必須調整角色互動方式、話題談論的邊界與規範等；換言之，癌症不只是病患一個人的事，它是一個屬於家庭層次的議題 (Veach et al., 2002)。

但台灣傳播學界對於一個癌症家庭如何談論癌症一事，所知甚少。環顧相關理論，台灣傳播界甚少討論的「家庭溝通模式」(Koerner & Fitzpatrick, 2006) 及「傳播隱私管理」(Petronio, 2002) 等相關理論，或許適合作為探討家中成員討論癌症相關議題的重要理論依據。

### I. 「家庭溝通模式」理論

「家庭溝通模式」(FCP) 理論的原始概念受社會學者Newcomb的A-B-X模型影響 (Koerner et al., 2006; Baxter & Akkoo, 2011)。傳播學者McLeod與Chaffee (1972) 將Newcomb的A-B-X模型應用到家庭傳播領域，發現家庭溝通結構中存在二種面向，一種是「社會取向」(socio-orientation)，即家庭成員關注其他家中成員對事物的評估與採用該意見，另一種是「觀念取向」(concept-orientation)，其意涵是指家庭成員可以討論一事件的相關屬性，以達成對該事件的共同想法。

由McLeod與Chaffee所發展的FCP，已廣泛用於家庭中媒介效果研究，直到1990年代早期，學者Fitzpatrick與其同事才將FCP用於家庭傳播的其他研究中，他們將FCP重新概念化，建立一個更普遍的測量工具「修正後的家庭溝通模式」(Revised Family Communication Patterns, RFCP) (Koerner et al., 2006)，將原先的「社會取向」重新概念化為「關係導向」(conformity orientation)，而「觀念取向」則重新概念化為「對話導向」(conversation orientation) (Fitzpatrick & Ritchie, 1994; Ritchie & Fitzpatrick, 1990)，其中「關係導向」(conformity orientation) 指出家庭溝通強調態度、價值觀與信仰的同質性程度，高度關係導向家庭的特色為注重信念與態度的一致性，他們的互動側重於避免衝突，重視成員之間的相互依賴，這類家庭的溝通特色在於順從，而低度關係導向家庭的特色在於異質性的信念、態度與個性，家庭溝通重視成員的平

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

等，即便是小孩也會參與家庭的決策 (Koerner & Fitzpatrick, 2002a)；至於「溝通導向」(conversation orientation) 著重家庭創造溝通氛圍的程度，鼓勵所有家庭成員互動與參與討論，高度溝通導向的家庭成員會自由、頻繁及自發性地對不同議題進行討論與互動，這類家庭會使用大量時間分享個人的活動、想法與感覺，而低度溝通導向的家庭，成員互動率較低，只討論少數議題，對於個人的想法、感受與活動很少交流，當家庭須對某事件做決策時，往往不太在意每一位家庭成員的意見 (Koerner & Fitzpatrick, 2002a)。

不論是 McLeod 與 Chaffee 的 FCP 或是 Fitzpatrick 與 Ritchie 的 RFCP，都是想要更準確地探究家庭溝通，在他們的實證研究中，將家庭文化分為四種類型，包括「一致型」(consensual) (高關係、高溝通導向)、「多元型」(pluralistic) (低關係、高溝通導向)、「保護型」(protective) (高關係、低溝通導向) 及「放任型」(laissez-faire) (低關係、低溝通導向) (Koerner & Fitzpatrick, 2002a; Koerner & Fitzpatrick, 2006)。

Koerner 與 Fitzpatrick (2002b) 指出，「認知基模理論」(cognitive schema theory) 可以說明家庭溝通如何穩定地運作。他們認為，家庭成員會使用「關係特定基模」(relationship-specific schemas) 來判斷自己對事物的認知，接著進入「關係類型基模」(relationship-type schemas)，選擇期望的溝通類型方式，再憑藉著一般「社會基模」(general social schemas)，進行對話交談。舉例來說，一對兄妹當中，哥哥罹癌，妹妹清楚知道哥哥擁有樂觀開朗的個性(關係特定基模)，所以選用正向的方式與哥哥討論未來將面臨的事情(關係類型基模)，對話過程中，妹妹所依循的是誠實信念的溝通方式(一般社會基模)，與哥哥心平氣和地討論關於罹癌的種種。

由此可知，FCP 這個理論是建立在認知途徑上，且在 Koerner 與 Fitzpatrick 的修改及論述中變得更加開放與流動 (fluidity) (Baxter & Akkoo, 2011)。

## II. 「傳播隱私管理」理論

「傳播隱私管理」(CPM) 理論由 Petronoi 所提出，它提供一個分享隱私資訊的全面性地圖，強調個人如何根據自我感知、自訂的規則與

### 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

條件，決定對身邊其他人揭露與隱瞞多少訊息 (Petronio, 2002)；也就是說，「隱私」在本質上是「辯證的」，當個人做出困難選擇時，會同時存在拉力與推力來管理隱私訊息，個人會在「訴說」與「保留」一些事實之間取得平衡點 (Petronio & Caughlin, 2006)。

CPM的中心觀念為「隱私邊界」(privacy boundaries)，即個人有權管理自身「隱私訊息」與「公開訊息」之間的界線，這個邊界「薄厚不一」，通常作為個人用來保護自己不欲人知的秘密 (Petronio, 2002；Griffin, 2011)。個人在管理隱私邊界的過程，會依照六項原則來規範自我隱私資訊的流動性，這六項原則包括：(一) 個人相信自己擁有私人訊息的權力；(二) 個人也相信自己有權控制這些訊息；(三) 為了控制私人資訊的流動，個人會發展出自我的隱私規則；(四) 一旦告知他人自己的隱私資訊時，彼此就變成隱私資訊的共同擁有者；(五) 隱私資訊共同擁有者需要相互協商，以便訂定傳播給其他人的隱私規則；及(六) 當隱私資訊共同擁有者產生不一致與沒有達成有效協商共同隱私的規則時，會導致「邊界動亂」(boundary turbulence)，使得私人訊息流向第三方 (Petronio & Reiersen, 2009; Griffin, 2011)。

整體來說，CPM的概念性原則由三大要素構成，包括「隱私所有權」(privacy ownership)、「隱私控制」(privacy control)及「隱私動亂」(privacy turbulence) (Ngwenya, Farquhar, & Ewing, 2016)。「隱私所有權」是指個人相信擁有私人資訊的權利，會藉由風險效益評估來決定是否揭露訊息，以及對誰公開 (Petronio, 2002; Petronio & Reiersen, 2009)，個人因而積極控制與維護訊息的各種面向，例如何種資訊、何時告知、如何說以及與誰分享；「隱私控制」強調個人在建立隱私規則時，會因其文化、性別、動機、情境與風險效益比的不同，發展出特有的隱私規則，而當私人訊息與他人共享時，雙方便形成「相互隱私邊界」(mutual privacy boundary)，為了讓私人訊息在掌控之下進行傳遞，隱私資訊共同所有者需要同步協商他們的隱私規則，以便確立各自的權利與責任，在此稱為「邊界所有權」(boundary ownership)，此一權利決定誰應該能夠知道這項私人訊息，進而形成「邊界連動」(boundary linkage)，但雙方會因此訂定「邊界滲透率」(boundary permeability)，允許多少程度的私人訊息流量流向第三方；不幸的是，理想狀態並非每次都如願出現，這時會

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

產生「隱私動亂」，即隱私邊界管制不是一個完美的系統，一不小心會衍生出「模糊的邊界」(fuzzy boundaries)、「故意違反」(intentional breaches)以及「錯誤」(mistakes)的情況(Petronio, 2002; Griffin, 2011)，當團體中發生隱私規則遭受破壞與邊界不再依照原定協議維護時，成員就會面臨私人訊息被第三方知曉的情境(Petronio, 2002)。

近年來，CPM這個理論便被運用於不同國度中，探討傳播的相關議題，例如面對疾病污名化(stigma)情況下，Xiao等人(2015)將CPM運用於中國大陸的健康傳播研究，探討HIV病患如何對性伴侶或配偶揭露自己感染HIV一事；此外，在當前行動傳播盛行的潮流下，Worthington等人(2012)執行跨文化研究，針對芬蘭、德國、韓國及美國的大學生進行實證調查，了解不同國度的大學生在行動通過話過程中的隱私管理有何異同；更重要的是CPM被運用在癌症病人的相關研究中，讓「癌症這個『壞消息』(bad news)如何在家中被討論」的議題日漸受到學界關注，例如Ngwenya等人(2016)便採用此一理論，針對17個肺癌患者的家庭溝通進行質性訪談研究，以了解患者與另一半之間如何討論癌症這回事，包括患者與家人彼此之間如何界定隱私界限等議題。

從上述的理論內容及援用狀況來看，CPM這個作為討論隱私揭露的理論，正透過許多傳播的實證研究(不管是採用量化或質化的研究方法)，了解此一研究在各種不同傳播議題及不同國度的適用性；如同提出CPM理論的Petronio(2013)所言，過去三十多年來，她與不同的學者，針對不同的議題，在不同的文化中，援用CPM理論討論隱私管理問題，雖然發現在某些議題或狀況下，CPM理論或許需要些許的調整，但整體而言，此一理論有其值得肯定之文化適用性。

### III. 關於癌症病患與家庭照顧者的溝通

家庭溝通存在複雜性，雖然同屬一個家庭，但每一位家庭成員的經歷與溝通形式不盡相同，不同溝通模式家庭在面對家中有人罹癌時，如何啟口討論癌症這回事，自然有不同的方式與結果；經由「家庭溝通模式」與「傳播隱私管理」理論探討癌症家庭如何談論癌症這回事，更能深入洞悉這個議題如何在家庭溝通動力之下變得更清明或更模糊。

## 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

基本而言，有些家庭的成員內部溝通很自由、公開，很容易透過彼此相互合作與支持，建立承諾與肯定親密關係 (Goldsmith et al., 2007)；但有些家庭則不一樣，討論比較敏感的議題時，寧可迴避。當家中有人罹患癌症，如果家中的成員選擇了上述的第二種模式，企圖閉口不談、掩耳不聽，這對面臨癌症的家庭來說，將有一場艱難的溝通長路要走。

在確認家人罹癌與對抗病魔期間，癌症病患與家庭照顧者有許多機會討論敏感性問題，不論是病患或家庭照顧者可能都會考慮選擇開放或隱藏的溝通方式 (Venetis, Greene, Checton, & Magsamen-Conrad, 2015; Petronio, 2002)。家人針對癌症的溝通過程中，不同主題 (例如癌症的內涵、死亡、未來計劃、治療與副作用、身體變化與性、日常生活、感覺與恐懼等) 都可能帶來特定挑戰或引發特別反應 (Goldsmith et al., 2007)。

一般溝通情境下，「主題迴避」(topic avoidance, TA) 是經常出現的狀況，它是一種目標基礎的行為，發生在個人策略性選擇不揭露訊息的狀況下 (Afifi & Guerrero, 2000)。個人之所以迴避討論某些議題，在於防止他人產生負面印象 (Afifi & Guerrero, 2000; Petronio, 2002)、保護自己、避免他人受傷 (Afifi & Guerrero, 2000) 或減低過多的情感衝擊等 (Turner, Kelly, Swanson, Allison, & Wetzig, 2005)；此外，個人如果不滿意家人彼此之間的關係，也會採取「主題迴避」策略，拒絕與家人討論相關資訊 (Golish & Caughlin, 2002)。

Goldsmith 等人 (2007) 則進一步討論癌症家庭避免討論相關議題的原因，包括「保護對方不受痛苦」、「不願意吐露感受」、「希望保有隱私」、「維持希望、正常感與正面思考」及「保留身份與關係的品質」。其中，「保護對方不受痛苦」是最普遍的理由，研究發現超過三分之二的癌症病患，雖然面臨死亡威脅，他們仍然覺得有義務照顧他人遠離自己的負面感受 (Vess, Moreland, Schwebel, & Kraut, 1989)；其次，由於癌症會引發家人強烈的情緒感受，有時大家會避免談論此種情緒，以防陷入痛苦 (Caughlin et al., 2011; Zhang et al., 2003a)；當然，也有癌症病患認為疾病是私人問題，只要個人自身經歷即可，與旁人無關；或是有人覺得為了維持希望、正常感與正面思考，不希望有太多關於

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

罹癌的討論，以免破壞生活中的感受 (Gray, Fitch, Phillips, Labrecque, & Fergus, 2000; Zhang et al., 2003a)；值得注意的是，「不討論病情」有時也被視為一種尊重，就像有些罹患前列腺癌男性，在男性主義心態作祟下，欣賞妻子尊重他們不想談論的想法，以保留他們作為一個男人的最後自尊 (Gray et al., 2000)。

從上述的討論得知，個人選擇開放性或迴避性溝通，都是經由謹慎思考各種理由後所表現的行為；也就是說，溝通本來就是為了獲取某種訊息、保護自己與對方或企圖守護一段關係，它是一種目標導向的策略 (Berger, 2007)，不僅因溝通雙造的關係、個性等不同而必須進行調整，也因社會文化情境的不同，衍生不同的溝通模式與策略 (Goldsmith et al., 2007)。

#### IV. 癌症病患與家庭照顧者溝通之後

過往的研究發現，當癌症家庭開放地討論癌症相關主題時，可以幫助癌症病患與照顧者降低負面情緒 (Jeong, Shin, Kim, Yang, & Park, 2016)、提高彼此對社會環境的適應力與自尊 (Zemore & Shepel, 1989) 或增強彼此的親近性 (Walsh, Manuel, & Avis, 2005)。Manne 等人 (2004) 指出，癌症病患及家屬透過對話，能將疾病所帶來的不愉快記憶清除乾淨，甚至可以幫助彼此理解癌症的種種問題，最後家庭成員會賦予這段與疾病共舞的經驗意義；但也有研究發現，許多家人公開討論癌症相關議題後，卻導致大家所不樂見的情況，例如 Hinton (1998) 研究 76 名癌症病患與照顧者 (其中 64 人為配偶) 時發現，當癌症病患愈公開談論死亡這回事，往往帶來愈多的焦慮與抑鬱。

如果選擇「避而不談」是否能防止不樂觀的狀態發生呢？從 Vachon 等人 (1977) 針對丈夫死於癌症的婦女研究中可以略知一二，那些從來沒有談論過死亡議題的夫妻，其中有 36% 的寡婦感覺「罪惡」、「愧疚」，進而對當初避免討論的決定產生懷疑或悔恨，使得她們在丈夫離世時更難處理傷痛。從 Vachon 等人的研究結果來看，面對癌症這回事，家中成員採取迴避性溝通不盡然能杜絕悲劇在家庭中產生，也可能引發親密關係的損害、造成家庭不和諧、阻礙相互支持及無法確定彼此感受等情況 (Boehmer & Clark, 2001)；但 Zhang 與 Siminoff (2003a)



## 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

卻提出相反的研究結果，他們發現有些晚期肺癌病患不談論疾病的原因，是為了讓自己遠離心理的痛苦，提及肺癌反而使他們對於自己長期的吸煙習慣充滿罪惡感，他們也不希望別人對他們產生「感到抱歉」或「看不起」的想法。

面對疾病，「談論」與「不談論」都存在利益與風險，家庭成員對於結果的接受與否，取決於主題的類型、個人如何論述、彼此之間的關係與所處的情境 (Afifi, 2016)，儘管談論癌症議題所造成的效果好壞參半，多數人仍傾向使用迴避性談話的應對方式處理癌症溝通，目的是為了讓自己與他人分散對癌症的注意 (Goldsmith et al., 2007; Afifi, 2016)，更多時候是基於相互保護，不願意讓對方曝露於有害的情況，有時癌症病患試圖傳達罹癌的感受，卻擔心家屬的反應，也就選擇不談論，以免家屬處於絕望之境，好讓家庭維持正常運作；反過來說，家庭照顧者也可能閉口不談任何可能催化病患焦慮與抑鬱的言論，讓病患好好過生活 (Zhang & Siminoff, 2003a; Zhang & Siminoff, 2003b)。

## 研究問題

基於上述相關文獻的討論，本研究企圖探討癌症病患與家庭照顧者之間如何談論癌症這回事，希望能回答下列問題：(一) 癌症家庭的家庭溝通型態對罹病隱私管理的影響為何？(二) 癌症家庭談論(或不談論)那些議題？理由何在？對病患及照顧者產生那些影響？

## 研究方法

### 一對一深度訪談法

在陪病歷程中，癌症家庭面對許多溝通問題，這些溝通過程相當複雜，包括他們對於疾病的看法、面對疾病的態度，以及如何討論病情等。為達上述目的，本研究採用質性研究中的「深度訪談」蒐集相關資料，訪問癌症病患與家庭照顧者，藉由受訪者對於生命及疾病的處理，深入了解癌症病患家庭如何討論癌症這個疾病。

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

訪談是以語言作為最主要的交流媒介，訪談者與受訪者之間是一種合作或交換想法的關係。「深度訪談」能使雙方的談話內容環繞特定主題，也就是讓訪談者與受訪者建立親密性，讓訪談得以真正觸及受訪者內心深處的感受，促發研究者了解受訪者的感受、經驗、價值觀及其所處的社會文化脈絡 (Johnson & Rowland, 2012)；換言之，深度訪談法提供理解受訪者與其情境之關係的基礎資料，可以得知特定情境下與受訪者行為有關的信念、動機、態度與價值觀等。

### 受訪者招募

受訪的病患及家庭照顧者主要從嘉義及雲林的兩所地區醫院招募而來，主要是本研究團隊的醫師及宗教師服務於這兩家醫療院所，受訪者大多與醫師及宗教師具有一定的熟識程度，長期累積的信任感，提高病患及照顧者受訪的意願；另外，研究團隊也透過社交媒體或人際網絡尋找其他合適的受訪者，以增加受訪者的多樣性。

### 受訪者的背景描述

本研究選擇以癌症病患與家庭照顧者為研究對象，但癌症是令多數人感到恐懼的疾病，加上社會對於癌症的污名 (Cho et al., 2013)，讓許多病患或家庭照顧者不願多談關於罹病的種種，願意接受訪問的病患或家庭照顧者相對不多；基於上述理由，本研究的受訪對象就不侷限於某種特定癌症的病患及家庭照顧者，而是廣泛性納入各種不同類型的癌症病患及家庭照顧者。

另一方面，本研究所訪問的家庭照顧者，必須是曾經肩負照料癌症病患工作的家庭成員，如此才能深入了解家庭照顧者在照護過程中其生理及心理上所承擔的壓力。

在此情況下，本研究於2017年7月至2017年11月之間，陸續訪談五位癌症病患 (每位受訪者從確診罹癌至2017年底都不超過三年) 與六位病患的家庭照顧者 (受訪者相關資料請見表一)。

## 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

表一 受訪者的個人背景描述

受訪者(病患)	性別	年齡	職業	教育程度	癌症類型	
P001	男	53	廚師	國中	肝癌	
P002	女	51	保險業務員	國中	後腹膜腔惡性脂肪肉瘤	
P003	女	51	採購人員	專科	乳癌	
P004	男	52	報社主管特助	研究所	腎臟癌	
P005	女	49	大學約聘人員	大學	乳癌	
受訪者(照顧者)	性別	年齡	職業	教育程度	家屬罹癌類型	與病患之關係
C001	女	47	清潔公司主管	專科	肝癌	夫妻
C002	女	52	助理教授	博士候選人	肺腺癌	母女
C003	女	53	家庭主婦	大學	肺腺癌	父女
C004	女	39	設計公司業務	大學	大腸癌	父女
C005	女	25	學生	研究所	乳癌	母女
C006	女	26	專案企劃	大學	膽道癌	母女

### 深度訪談的問題大綱

本研究針對病患訪談的題目大綱主要包括：(一) 請問您罹患的是哪一種癌症？從被確診至今有多久的時間？(二) 請問您可以描述一下當時被醫師宣佈罹癌時的心情嗎？(三) 您確定自己罹癌時，心中第一個想法是什麼？有沒有想過要告訴自己的家人？為什麼？(四) 請問您生病之後，家中是由誰承擔起主要的照顧者角色？您如何跟他一起面對罹癌這回事？(五) 請問到目前為止，您跟照顧您的家人聊了那些與罹癌有關的事？為什麼？(六) 請問您最不想跟您的照顧者聊那些關於癌症的事？為什麼？(七) 請問您覺得您的家庭溝通方式對於您與照顧者討論(或不討論)罹癌一事有何影響？

至於針對家庭照顧者的訪問大綱主要如下所列：(一) 請問您為何成為家中癌症病患的主要照顧者？您照顧他(她)已有多久的時間？(二) 請問您在照顧家中癌症病患過程中，曾經跟他(她)聊過任何與癌症有關的議題嗎？主要聊那些內容？(三) 在您照顧罹癌家人的這段時間，您最想跟他(她)談論那些跟癌症有關的事？最不想(或不敢)聊那些事？為什麼？(四) 請問您與罹癌家人討論癌症這回事時，那些因素(例如病患的年紀、個性等)會影響您們討論的內容？(五) 請問討論(或不討論)癌症這回事，對您與罹癌的家人溝通上產生那些影響？

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

## 訪談過程與資料分析整理

確定受訪者符合本研究條件設定的對象之後，研究團隊會事先告知受訪者此次的訪談主題、訪談所需時間與訪談過程等相關事項，也一併說明訪談過程須採取全程錄音，一旦涉及任何可能揭露受訪者身份之資料，皆會以匿名方式處理；待受訪者同意接受訪問後，研究者便與其約定訪談時間及地點(本研究的訪談地點包括咖啡廳、研究室、病房等，主要以受訪者覺得舒適、放鬆的地方為主)。

進入訪談之前，研究團隊會再次說明訪談主題與訪談過程中相關事項，接著請受訪者詳細閱讀訪談同意書內容，簽署同意書後，開始執行正式訪談。為讓訪談資料便於後續分析，也為了保護受訪者隱私，本研究分別給予每一位受訪者一個編號，是由一個英文字母(C或P)加上數字所組成，且此編號不會與受訪者的真實個人資訊產生任何連結。

訪談中，首先會詢問受訪者個人基本資料，接著請受訪者分享就醫過程或家庭狀況；之後，再進一步提出受訪者對癌症的討論、感受等。本研究採取「半結構式訪談」(semi-structured interviews)，其特點為無須拘泥訪談問題的用字與提問順序，可以依據訪問當下的情境，即時調整問題次序，以便掌握整場訪談內容與節奏，重點是研究者能適時導引受訪者針對該主題深入陳述其想法(林金定、陳美花、嚴嘉楓，2005)。

訪談結束後，研究團隊會檢查錄音設備是否確實收錄，並確認所有問題是否完整執行，如果仍有未提問的部份，則當下詢問受者訪意願，立即補訪或討論下回約訪時間；所有受訪者中，受訪時間最長為1.5小時，最短為45分鐘，平均大約一小時左右。

每次訪談結束後，研究團隊會將訪談內容整理成逐字稿，也同時記錄受訪者當時回答的非語言反應(如哭泣、嘆息、沉默不語等)，逐字稿裡僅會刪除明顯錯誤(例如口誤)，其餘皆忠於受訪者原意，最後依據相關文獻與研究問題逐一整理，歸納受訪者的經歷，從中獲得研究結果。

至於資料分析部份，本研究團隊會先針對訪談逐字稿部份進行「開放性譯碼」(open coding)，即詳讀所有的訪談內容，再從中找出一些描

談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

述某些現象的字句；之後，進行「主軸譯碼」(axial coding)，即研究團隊不斷地在資料的歸納及演繹過程中自問「發生了啥事」；最後，則是進行「選擇性譯碼」(selective coding)，此為整合及修正理論的過程。整體來說，研究團隊會在不同階段的譯碼間來回不斷地分析，找出可能的問題，以提高資料分析的可信度及效度，同時也建立資料分析的嚴謹度。

## 研究結果

### 當病患面對癌症

當病患得知自己罹癌，常常需要一段時間沉潛，待時機點成熟，再思考如何與家人討論。對癌症病患來說，「說」或「不說」各有難處，為了讓討論罹癌這一事的衝擊降到最低，他們會考量先向誰說？思考何時才是適當的公佈時間？或是選擇「點到為止」？一來是擔心家人受不了，另一方面是顧及對哪些人說比較有幫助，不會讓事情亂成一團。

只是，每個家庭的溝通型態不一樣，間接影響病患選擇溝通的方式。看透生死的人，或許覺得直白一點無所謂，面對面說一說，也就沒有秘密；但還在面對調適的人，告知別人自己罹癌一事，可能需要「轉個圈、繞個彎」，例如有人選擇以電子書寫作為溝通媒介，將病情相關資訊化為文字「貼」在臉書上 (Chou, Hunt, Beckjord, Moser, & Hesse, 2009)，其親人竟然是透過社交媒體才得知她的病情。

#### I. 先選擇沉默以對

受訪者 P001 說：「這個 (指要不要向說家人宣佈罹癌一事) 考慮很久，真的考慮很久，我知道的時候，我當天沒有跟她 (老婆) 講……因為我怕她煩惱。」之後，他特別選在老婆用完晚餐後講述病況，他對老婆說：「我去看醫生，醫生幫我照超音波，他說肚子裡面有長一顆，但是那一顆不曉得是什麼，那我有問醫生可能是什麼，醫生說可能是腫瘤，但是良性還是惡性不曉得。」由於他是站在不願讓老婆擔心的立場，所以在確診與開刀前，夫妻兩人採取「盡量避免這個 (癌症) 話題」，好讓彼此可以暫時維持正常生活，不讓悲傷佔據生命。

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

考慮先用「沉默」面對罹癌的，還有受訪者P003。她在得知罹患乳癌的當下，也沒有馬上對家人說出口，反而是先告知公司同事與曾經罹癌的姊姊，對自己的先生及孩子，則是忍了一段時間才說出口，而且是以手機傳訊息的方式通知他們：

我那時候就還沒有心理準備要告訴他們(家人)，其實也隔不到一個禮拜，我也沒有親自跟他們說，其實我是用訊息，因為我沒有勇氣說，在那時候說真的，只要我想要打個字或講出自己生病了，我邊打就眼淚邊流，我根本就沒有辦法開口跟人家講任何話，不知道怎麼跟人家啟口，就只能(先跟)公司很要好的同事與姊姊們(說)。

## II. 等待合適的時機點公佈病情

對受訪者P003而言，她決定對家人說出病情的原因在於「我必須有周邊的環境配合。」由於家裡養了許多隻貓，主要的清潔工作又是由她負責，所以當自己生病，沒辦法繼續處理家中寵物的日常生活所需時，就必須說出來，「因為我知道身體這個病要化療，就一定要休養，那環境很重要，我不能夠感染，我一感染就沒有什麼條件了。」雖然想過將貓給他人認養，可是家中成員無法妥協，最後是在她的大嫂與哥哥邀請之下，回到娘家養病。

周邊環境的支持，提供癌症病患透露自己身體狀況的良好契機。在老公陪同下看診，被醫師告知罹患乳癌的受訪者P005，也是一段時間後才讓孩子知道她罹癌一事；她說：「想先整理一下自己的情緒再講。」因為她怕自己成為孩子的擔心所在。

受訪者P004在住院檢查期間家人都是知情的，所以他自己主動在確定要進行腫瘤穿刺前，對父母親大概提及此事，他說：「我要去檢查，但檢查出來不一定是不好的。」但壞消息一公佈後，他是這麼對父母講：「沒關係，就一顆嘛(指腎臟)！反正還有一顆沒事啦，頂多割掉還OK。」之所以會輕鬆帶過，是因為他知道父親的弟弟是肝癌往生，其父親心中對癌症存有恐懼與陰影。

### 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

受訪者 P004 接著說，由於他曾陪伴岳父走過抗癌歷程，當自己轉身變為癌友，更懂得如何自處，心中也默默地告訴自己，等找到合適的時機點再告訴家中的人；他說：

我知道我必須要讓身邊的人不慌張，我知道我自己有害怕，我還是會怕死，但是我覺得我有相對鎮定，我有跟我太太講說，我不是在交代遺言啦，我就說謝謝你照顧我……。

### III. 面對死亡以減低心中掛礙

抗癌 10 多年的受訪者 P001，選擇在生命即將畫下句點時，勇敢面對「死亡」一事，親口向自己的父母親道別，他雙膝下跪，向家中兩老表達要比父母先走，實在不孝。為何會有勇氣說出口？他說：「我想說早晚也會知道，那乾脆給爸爸媽媽知道也沒有關係，反正長痛不如短痛，對不對，那他們會想一下，不要騙他們。」自此以後，家人間不必再閃躲關於罹癌或死亡的話題，心境也隨之開朗。他訴說當下自己的心境：「現在心情有比較輕鬆啦，因為我要交代的事情都交代好了。……慢慢平靜下來了。」

同樣在臨終前，選擇對已逝的母親說出心裡話語的受訪者 P002 則表示，小時後，她跟弟弟一起到鄰居家借蠟筆，但在回程時弟弟意外失足落水往生，從那時起她便不被母親諒解；即便在自己生命的最後一哩路，受訪者 P002 依然對母親當年的不諒解無法釋懷。躺在「心蓮病房」（指「安寧緩和治療病房」）的她，早已了然看透「死亡」這回事，受訪當天，她兩眼看著病房的天花板，用如游絲般的氣息，誠心地對天上的母親訴說她積存在心中多年的心事，希望在與死神交會之前，為自己一生放不下的「心中疙瘩」做個了結；她說：

媽媽其實我非常愛你，對你的照顧我都無怨無悔，不過把弟弟帶走這件事，我不好意思，這不是我願意的，這就是人生的因緣，我真的很想救他，但我一個女孩子真的沒有辦法，我知道你對我不諒解，不過最後我發現弟弟的走，對你來說是好的，當然這你聽不下去，一個活蹦亂跳的孩子從你身邊把他帶走，……但這就是事實，所以我覺得這就是我們母子的因緣，所以你如何怨恨我，我都沒關係，我都給你怨。

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

癌症病患接受宗教師的鼓勵，在生命長河的最後一段路上，體現「道謝、道歉、道別及道愛」的必要性，勇於說出積壓多年的心事，為的都是讓自己在接近死亡的當下，了無遺憾(McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003; 釋德嘉、釋宗惇, 2016)。

#### IV. 商議治療方式與討論藥物副作用

癌症病患在抗癌期間所談論的議題，主要是治療方式與藥物副作用等。例如受訪者P005確定要接受化療時，才與家人討論化療期間可能產生的藥物副作用及飲食問題等：但與父親之間，兩人還是無法面對面討論，但父親在這段期間都會幫他準備便當，以行動代替了言語表達。

受訪者P004在抗癌期間，幾乎都是與另一半或是具有醫學背景的同學討論手術後的治療方案，對父母親則是採取不刻意討論此事的方式，即便父母親問起，也是以「檢查一切正常」回應；他認為：「因為第一個沒幫助，不會對實際這件事情有任何幫助，第二個只是讓老人家有更多擔心。」

受訪者P003也會將化療的副作用與曾罹患乳癌的姊姊一同分享，至於會不會與家人談到癌症後的治療或生死等議題？她帶著微笑表示：

其實我對生命是一個很會自然去接受的人，我要去開刀之前，就先把我要交代的事情先寫好，全部交代我女兒，只有我女兒才能handle(指「處理」)，因為爸爸跟弟弟比較聽她的話。

#### 當照顧者面對家人罹癌

從驚嚇到接受、面對癌症，這是絕大多數家庭照顧者的共同經歷；然而，究竟該不該對病患說出罹癌的事實？家庭照顧者的原意都是希望在「告知」與「隱瞞」病情之間，做出對當事者最好的決定。

##### I. 病患的個性或年紀成為告知病情與否的關鍵因素

受訪者C003考量病患的年紀，在家人共同商討下，做出不對當事人告知罹癌的決定；她說：



## 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

這點我們家倒是很一致，大家覺得不要告訴他，因為我爸爸對健康不是很有安全感，對自己的健康只要稍有點不舒服，他就是「我會不會怎樣」、「我會不會怎樣」。那我看到我二叔應該算是肺癌還是肺腺癌，因為他最後沒有接受治療，也沒有做任何處理，他就是吃中醫藥，也沒有真的做很徹底的檢查……，他就是陰影一直在身體裡面；所以，他就一直很不開心，他知道後大概一年多走掉……。所以，我們想我爸爸絕對不能讓他知道，我們寧願我爸爸開開心心過每一天……。

面對家人罹癌，照顧者究竟要直白地「說出口」或是選擇「三緘其口」？通常視狀況而定。有些照顧者擔心病患年事已高，多說無益，此時病患有沒有必要知情，往往不是家庭照顧者在意的地方，他們將重點放在病患可不可以因為善意的隱瞞，心安地走完一生；但如果病患年紀不大，其與家庭照顧者之間的討論，相對也比較多，家庭照顧者似乎也比較認為病患應該被告知病情。

受訪者C002就提到，當初她的媽媽覺得身體不舒服，堅持要到醫院檢查，「所以絕對不太可能說沒有告訴她，我媽媽得病這件事情，我們倒是從頭到尾都知道。」而受訪者C005與受訪者C006也有相似的經驗，他們都是陪同自己的母親前往醫院檢查，不論檢查結果是好是壞，病患都會知道自己身體的狀況；因此，醫師是直接到病患與家屬面前告知確定罹癌，以便討論後續治療方式。

此外，病人的個性也是照顧者考量要不要告知病情的考量因素之一。受訪者C004十分了解其父親的個性，如果很直白地告訴他病情，應該會承受不了，在與家人討論以及醫師建議之下，他們最後雖選擇對父親說出口，不過是採取階段性方式告知。

由於住院期間，受訪者C004的父親都會被安排接受檢查，她會順勢每天向父親報告醫療進度，適時透露一些病情，從腸子循序漸進講到肝臟，慢慢讓她的父親知道許多器官都已經受到癌細胞的感染：

我記得那時候跟我爸說，你前陣子便秘都吃一個什麼黑藥丸……，我就說你腸子長東西，都吃黑藥丸就更嚴重了……。反正，因為住院每天都有檢查，我就每天跟他報告一些，透露一些，我說你肝

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

好像有感染到，他說啥？我說要趕快治療去做化療，他說化療？我說對呀！這有點像是癌症了。我爸沒辦法接受啦！很多醫生講話就很直，可是以我爸這種剛退休、剛要過好日子的時候，他怎麼可能接受他得癌症了。

## II. 家庭溝通模式影響照顧者與病患之間的病情討論

一個家庭的溝通型態也會影響對於罹癌一事的討論深度與廣度。如果家庭內部經常採取低互動方式，自然而然家人對疾病的討論程度也降低，例如受訪者C005就表示，她們家裡本就沒有習慣對某些突發事件舉行類似家庭會議的討論；她接著說：「我家凝聚力沒這麼強。」

相反的，對於事情抱持開放性討論的家庭就不同了。受訪者C006在接受訪問時提到：

我們家對任何的主題都是很open、很開放性去討論，只是說我媽生病之後，就沒有再針對用什麼方式善終進行討論，因為之前都講過了……。我覺得我們家人的觀念都蠻好，其實我們想到的就是說，現在事情發生了，我們只能往前走，大家就會討論那要怎麼做，大家都是站在如何解決或是如何治療的心態去做，還有一部分是因為大家都知道不能停留在這，所以大家才會卯起來討論。

具有相同體悟的受訪者C004也指出，她們家人之間非常樂意討論任何事情，包含父親生病一事也是；她說：「攤開來講……，後來我們跟醫生的討論，包含我姊我弟，我們全部都是講好，才由我去跟醫生講……。」

同樣的，成長於放任式家庭教育環境下的受訪者C003表示，在父親生病過程中，她家中的兄弟姊妹想法南轅北轍，偶爾難免有些小爭執，但也算是圓滿，「我覺得我們家這幾個月走來，我是真的很滿意，可是滿意中總會有些遺憾或不完美，譬如說很多想法的不一樣……。」

在台灣家庭中，談起癌症這回事真不容易，過往遇到癌症，往往優先考量隱瞞不說，直到這幾年，病患知情權受到重視，討論癌症成了癌症家庭不得不思考的議題，只是每個家庭的溝通模式不一樣，家人想法有時各異，如何在異中求同，的確不易。走過這條道路的照顧

## 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

者，發現過程中的溝通，往往一不小心，就打破家人之間原有的和諧關係，造成難以彌補的遺憾，當中辛酸，可說「如人飲水，冷暖自知」。

### III. 面對「死亡」這回事

癌症病患與死亡離得很近，身為照顧者的家屬，又怎麼忍心對病患討論關於死亡的種種？

受訪者C002根據自己收集的資料，加上與醫師不斷討論，成功地勸服她媽媽進行積極治療，但為了讓她的媽媽保持正向能量，她還是選擇在存活率等相關問題上輕描淡寫地帶過；她說：

我會把好的一面講出來，舉例來說，我會說妳得這個東西（指癌症）是抽煙的關係，然後做化療效果還不錯，可以第一次就馬上有效，我就勸她試試看，但是後面的復發率、存活率，第一個它太複雜，第二個我也不想講這麼多。……我覺得媽媽聽到這個說好，我們來試試看，但是她說這樣是不是就會好了，我說對。我覺得媽媽也就打迷糊，她心裡面應該是有數的。

站在癌症照顧者的立場，與病患談論死亡議題何其不忍。「我們不會告訴他說沒希望，因為我覺得這太殘忍了，」受訪者C004這樣說。一旦談起生死問題，家庭照顧者與病患之間如果沒有足夠的默契，往往讓這個議題討論走向「冰點」。

也有病患隱約感知自己即將離去，主動對家人暗暗提示「生命盡頭將至」；受訪者C002分享照顧她爸爸的點滴時說：「我爸有一天就跟我說，他要走了，然後我就在旁邊哭，不敢哭給我爸爸聽，我就抱著我爸爸哭，可是我沒有出聲音，我爸爸知道，所以我爸就跟我說，XX不要傷心。」

家庭照顧者在一同抗癌的期間，會評估家中病患的情況，調整該談論哪些癌症相關主題；不可否認的是，家中進行的每一場癌症溝通都充滿挑戰性，特別是談及死亡議題，可能讓病患與照顧者選擇沉默以對，即便已經談及死亡問題，雙方也傾向輕描淡寫地帶過，不太願意觸及太深入的討論。

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

## 病患與家庭照顧者溝通之後

對於癌症病患來說，把自己的病情一五一十地告訴家人，有時是他們走在生命最後一哩路時不得不下的決定。開誠布公地向家人說明病情，對病患而言也是一種解脫與放下。

受訪者P001進出安寧病房多次之後，決定向家中的兩老坦言病情。開口當天，他甚至還對兩老下跪，直說自己不孝，讓父母親日後要「白髮人送黑髮人」。事後受訪時，受訪者P001很安定地訴說心中「一塊石頭放下了」，因為他不想欺瞞父母，也很開心可以當面向他們表達心中的感受，彼此告別。

受訪者P001不但有機會與父母做最後的道別，也向他的太太說了很多過往沒說過的話語，讓他的太太感動萬分，轉以祝福的心情面對他的生命消逝；他的太太(受訪者C001)在受訪時娓娓說出心裡話：

我只希望說，再來他不會受疾病的痛苦，……只是說對他當然會不捨，因為他是我老公，就是希望他能多跟我相處一些日子，雖然看他生病自己心裡會很難過，……但是看到他在我旁邊……，然後，你還可以跟他講話，如果說他不在了，你就會覺得好像生命中缺一個完整的東西，缺了一塊，自己會難過、會害怕，雖然自己覺得說，我已經準備好了，可是我知道未來的路可能會面對很多，我老公有說叫我要堅強一點。

癌症家庭中，每個人都希望為病患迎來一個美好的結果，不論是選擇善意隱瞞病情或是勇敢揭開事實，背後都是滿懷溫暖。

不同於P001與C001夫妻之間的開誠布公討論病情方式，受訪者C003一路以來都是將病情模糊化，簡單地使用「肺發炎」來回應她爸爸針對病情的提問，她對於這個選擇沒有後悔，且充滿堅定地說：「因為他(爸爸)這段時間過得還不錯，他不會為他這病情每天被折磨，那心理折磨很可怕，因為我爸爸不是可以承受這種東西的人。」

至於部份選擇告知病患病情的家庭照顧者，她們也不會後悔這樣的決定，例如受訪者C005說，她自己的個性在面對問題時不會想太

## 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

多，也就不會隱瞞她的媽媽病情；另一方面，她是秉持「病患最大」的想法，不能不讓她的媽媽知道自己的健康狀況。

一樣將病患視為首位的受訪者C004，是藉由與爸爸一同待在病房時，有意無意間透露一點實情；她指出：

如果沒有跟他講，我們才會後悔，因為就騙了他嘛。我覺得每個人應該要有知道自己身體出了什麼事的權利，我今天身體發生什麼事，任何人都不應該瞞我，這是我必須要知道，這是我跟我們全家人溝通完之後，覺得應該要這樣，只是選擇要怎麼告訴他，你要一次就告訴他，還是慢慢告訴他。

受訪者C002與受訪者C004有同樣的體悟，她們都認為，適時讓病患知道實情，能讓病患有一點心理準備，進一步思考當下想做的事，這對病患與家屬來說都是好的。受訪者C002表示：

不應該是親人來替她做決定，只要她還有意志，因為你不是她，你沒有辦法去感受她喘不過氣，像一個從水裡撈起的魚的感覺，……；所以，你要讓她自己決定，讓她有尊嚴的決定，她要不要這樣下去，所以我們轉往安寧病房不到一天，她(媽媽)就決定放棄了，放棄的時候，我雖然在樓上哭，但是後來我覺得你要她(媽媽)怎麼樣子撐下去，這樣為難她，不應該是這樣子。

多數癌症病患的照顧者雖然乘載許多心理上的煎熬，仍舊坦然擁抱生命中的意外。受訪者C006是在一個樂意交流想法的家庭中成長，對於家中突如其來的重大事件，家庭成員從不會迴避溝通。生、老、病、死是每個人都會經歷的生命過程，受訪者C006說：「不用假裝自己很堅強，我覺得你哭是因為你真的很愛他，但哭歸哭……，多多陪伴生病的人，因為彼此心情的複雜程度是不相上下的。」

從上述訪談的內容來看，不管是病患或是家庭照顧者，當他們決定說出或談論病情後，就是一種溝通，不管結果如何，都是希望心中的秘密可以找到出口，進而追求一個圓滿的結局。

## 討論

### 癌症家庭的溝通型態對隱私管理的影響

病患被告知罹患癌症，會渡過一段艱難路子，甚至必須一個人處理震驚、恐懼、憤怒或怨天尤人等情緒 (Birnie, Garland, & Carlson, 2010)；之所以有上述這些心理壓力或反應，很大原因在於「癌症」一詞本身即帶有殺傷力，如同受訪者P004所說：「癌症是會死人的。」對癌症病患來說，他們要將自己生病一事告知家人與朋友，是件非常困難的事 (Hilton, Emslie, Hunt, Chapple, & Ziebland, 2009)，這也難怪有些癌症病患受訪者在得知罹病後，選擇先自我處理複雜的心理情緒，經過一段時間的自我建設後，再對親屬與朋友開口，談論自己的病情。

從受訪的癌症病患決定如何將個人的健康狀況透露給他人知曉的過程來看，可以發現他們的經驗符合了「傳播隱私管理」的基本原則。病患大多認為癌症診斷是自己的隱私資訊，他們也相信自己可以掌控此訊息的流向；因此，在意識到自我的健康隱私可能意外走漏給第三方知道的考量下，病患會決定哪些人可以得知關於自己罹癌的消息，也相信獲得此訊息的人，會遵守共同訂定的「隱私規則」(Petronio, 2002)。

儘管癌症病患承受身體不適與心理的壓力，他們還是藉由隱私規則管理隱私邊界問題，擁有掌握資訊的控制權；所以，癌症病患對每個人所透露的資訊含量是不相同的，他們選擇對誰說出口的同時，便已經決定此人該知道多少事實，受訪者P003便是相當典型的例子，例如她會將自己健康狀態的資訊分享給同事或也是乳癌病患的姊姊，但她卻不是選擇對自己的另一半來說，除了是夫妻感情淡薄之外，主要是跟罹癌的姊姊可以交流關於疾病的相關訊息，另一方面是姊姊及同事都是女性，較能感同身受。

至於家庭溝通型態如何影響病患與家庭照顧者之間的溝通？從受訪者P003的故事也可以看出端倪。受訪者P003在抗癌期間，與另一半幾乎沒有交流，一來是看著長期工作不穩定的丈夫，讓她壓力無形變大，原本就生活於「低度溝通導向」家庭的她，很難對她的家人(特別是丈夫)分享自己罹癌的體悟。

## 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

而病患與家庭照顧者針對癌病溝通的「廣度」與「深度」也與家庭溝通型態有關，通常「高度關係、高度溝通」的家庭中，病患與家庭照顧者的確比較能夠針對癌症一事侃侃而談，甚至照顧者會希望病患應該被充份告知病情，進而主動參與醫療決策；相較之下，關係疏離、溝通狀況不良的家庭中，病患與照顧者對於癌症的溝通往往流於表面，甚至缺乏溫暖。以受訪者C006為例，她的家庭溝通型態向來比較開放，當家中有人被診斷出罹癌時，全家立馬一起針對這件事情進行討論，不會在原地「停止不進」，後來當受訪者C006的媽媽往生時，家中成員內心的創傷也比較低，這主要是家庭的溝通型態比較開放，讓病人對於罹病的隱私管理邊界變得模糊了，家庭成員進行議題討論的廣度及深度也都提升，不管是針對化療的療程或是未來可能面對的「死亡」議題，患者、照顧者都可以充份討論溝通，減低了一家人在抗癌過程中所面臨的恐懼與不確定感。

值得注意的是，在討論癌症病患與照顧者的溝通議題上，仍須將「文化情境」列入考量 (Caughlin, 2003)，例如受訪者P004在訪問中強調，身為家中的長子，他自認為必須肩負照顧長輩與自己家庭的責任，於是他再三告誡自己一定要挺過這一場癌症風暴，也對於「誰應該知道他生病」及「知道多少關於他生病的事」進行必要的資訊掌控，特別是對家中的長輩還是以「報喜不報憂」為要，非必要絕不在家中長輩面前輕易討論罹癌一事；顯然，癌症病患與家人針對罹癌一事進行溝通時，採取的說話策略，會將自己在家中所扮演的角色位置與其文化情境納入考量，這與歐美國家的國情可能略有不同，顯然在華人社會中運用「隱私管理」理論討論癌病溝通時，需要進行必要性的微調，試著觀照文化對癌症隱私管理所產生的影響有何不同。

### 癌症家庭迴避(或討論)的議題

本研究發現，受訪病患基於「保護對方」、「避免過多情感宣洩」與「維持生活的正常感」等理由，會產生「閃避特定主題」的情形，例如受訪者P001在抗癌期間盡量不談及「癌症」一事，而受訪者P004與受訪者P005雖然會將自己最新的病況與另一半分享，但對於父母親則是輕描

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

淡寫地帶過，甚至不會主動提起「罹癌」這回事，其背後原因都是為了保護身邊的重要他人，讓他們免於擔負過多憂愁與痛苦，也藉此保住家中生活的正常運作；有趣的是，上述這些避免討論癌症的原因與國外討論癌症溝通的「主題迴避」文獻(例如 Afifi et al., 2000; Afifi, 2016; Caughlin et al., 2011; Turner et al., 2005; Goldsmith et al., 2007)大致相同，顯然國內外皆然，當面臨癌症來敲門時，病患與照顧者如何打開話匣子談癌病這一事，的確不容易；如同受訪者C003所言，在無法坦誠地告知父親真實病情之下，最後家人還是決定對父親「三緘其口」，讓他在「不知情」的情況下走完生命的最後一程。

癌症病患在治療期間與照顧者如果真有機會針對病情進行討論，似乎比較聚焦在「癌症的治療方式」與「藥物副作用」為主，很少談論個人的情緒感受；如此作為，一方面是基於保護對方的內心不受創傷，另一方面則與家庭向來的溝通型態有關，譬如受訪者P005會與伴侶進行癌症相關討論，但對於自己的父親則淡然以對，不願多談，但從訪問的內容來看，這可能源自其個人認知基模的判斷，因為受訪者P005的母親也是罹癌往生，為了不讓她的父親擔憂，她選擇不讓父親知道太多她的病情，為的是不讓父親在失去另一半後，又要面對女兒罹癌的事實。

至於如何談論「死亡」？它是一個難以啟口的話題(Walsh et al., 2005)；只是，隨著病程的發展，往往挑動病患與照顧者之間不得不面對「死亡」這個議題。以病患為例，當走向癌症末期，愈靠近死亡，他們愈容易與家庭成員討論生死議題以及說出自己心中隱藏多年的話，例如同受訪者P001與受訪者P002在臨終前，對其家屬說出心裡話，經由完成「四道」(道謝、道歉、道別及道愛)人生，讓他們的生命相對變得圓滿一些。

相較之下，照顧者通常較不願主動提起「死亡」這個議題，除了想保護患者免於心理承受壓力之外(Afifi & Guerrero, 2000)，也可能涉及其「溝通效能」(communication efficacy) 是否有辦法處理這樣的議題(Caughlin et al., 2011)，特別是當家庭照顧者認為他們與病患談論死亡這回事是「無用」或「徒勞無功」時，更會避而不談，形成一種「相互沉默的合謀」(mutual conspiracy of silence) 現象(Wilson & Morse, 1991)；



### 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

如同受訪者 C003 家中的狀況一樣，面對年事已高的罹癌父親，家人認為「不告知」也是一種溝通，更別談說開口討論死亡一事，甚至一直到她的父親往生時，家人始終沒跟他聊過癌症這回事，「知而不言」、「不談死亡」成為這家人後來一起面對癌症的共同默契，而這樣的默契也讓受訪者 C003 的家中的成員順利地走過「說」或「不說」的意見不一紛擾期，最後和諧地陪父親走完生命最後一程。

### 小結：在「開誠布公」與「三緘其口」之間擺盪的癌病家庭溝通

Wang 等人 (2004) 針對台灣人關於癌症病情告知的研究發現，即便癌症病人強調自主權，希望自己有權利知道罹癌一事，但作為家屬的一方，通常都是從「慈悲」的角度出發，採取某種程度的隱瞞，必要時只透露一些無關輕重的病情，或是給予病患正向的希望，避免病患一時受到太大的衝擊；處在這樣的文化情境下，使得癌症來敲門時，病患與家庭照顧者即便具有血緣或婚姻關係，在溝通過程中，彼此之間難免產生「隱私管理」問題，形成不同的「隱私邊界」，以降低病患與照顧者之間的溝通困擾。

「隱私邊界」的形成，固然可以讓「癌症」這回事暫免赤裸裸地被提出來討論，但病患與家庭照顧者終究要面對癌病來襲的事實，當話匣子不得不打開時，彼此會討論哪些議題？從本研究的訪談結果來看，病患與家庭照顧者之間比較願意提出來溝通的主題，似乎比較聚焦於「癌症治療方式」、「藥物與副作用」以及「健康食品」等話題的討論，「死亡」則是一個難以啟口的議題。顯然，癌症病患與家庭照顧者在考慮「公開」或「保密」病情時，還是根據認知基模來判定該對誰說？該怎麼說？與該說什麼？其理由不外是為了保護對方免受傷害，於是「迴避性談話方式」經常出現在癌症溝通中，病患或家庭照顧者可能在諸多考量下（例如病人的年齡或個性等因素），選擇透過「報喜不報憂」的方式進行溝通。這種被視為善意的病情隱瞞，是中國文化的特點，一來中國人重視「和諧」，如果選擇「開誠布公」，將病情詳實告知病患，可能搞亂一池春水；另一方面，「死亡」在中國文化中是談論的禁忌，選擇「三緘其口」，避而不談，正吻合中國傳統文化的需求，談「生」、不談「死」(Lai, 2006)。

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

面對癌症，討論與否難有定論。病患與家庭照顧者如果試圖選擇公開談論，難免猶豫溝通之後對彼此是好或壞？但如果保持緘默不語，又擔心往後會不會留下遺憾？「癌症這回事」這個議題在一個家庭中如何被溝通討論，的確需要進一步了解。從本研究的訪談結果來看，癌症並非是不可商議的禁忌，「說」與「不說」都是一種溝通，在不同家庭文化、病患年齡及個性等因素考量下，選用合適的方法進行溝通，才能降低癌症病患與家庭照顧者在面對癌症來襲時的抑鬱與焦慮。

## 研究貢獻

台灣傳播學界針對癌症的研究，多集中於媒體對癌症的論述、疾病書寫的意義與癌症衛教的傳播效果等，對於癌症在家庭中如何被討論，甚少提及。本研究針對癌症病患與家庭照顧者進行深度訪談，從中得知癌症溝通在個人與家庭成員之間運作的過程，進一步分析溝通之後對病患及家庭照顧者的影響為何？本研究從家庭傳播的觀點切入，導入病患與家庭照顧者之間的溝通議題，正好彌補了過往研究的缺漏。

至於臨床部份，訪談內容正好勾勒出癌症家庭真實的溝通樣貌，讓外界更清楚知道一個家庭在抗癌期間會因為哪些因素，改變其討論內容與話題深淺度？過程中又會產生哪些溝通問題？一個完整的癌症溝通實證樣貌，有助臨床協助癌症家庭達成有效的溝通。

## 研究限制與未來研究建議

### 研究限制

本研究透過人際網絡找尋合適受訪者，受限於人力與環境因素，再加上每一位癌症病患與家庭照顧者所處的背景環境不盡相同，僅能勾勒出小部分家庭在面臨「癌症」登門造訪時，可能會出現哪些討論內容與產生的溝通障礙？再者，本研究所接觸的受訪病患與家庭照顧者，前者的年齡層集中於中年階段，後者的教育程度偏高，這使得本

## 談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

研究僅能描繪出特定族群的經驗與想法，本研究結果將無法類推到所有癌症病患及家庭照顧者身上。

多數癌症家庭中願意接受訪談的病患或照顧者，大多數是比較願意面對自己或家人罹癌一事，他們會詳細講述整個抗癌歷程，但對於拒絕談論的病患或照顧者，對於罹癌溝通的方式是否有所不同，這可能是本研究無法回答的問題。

### 未來研究建議

對很多人來說，癌症之所以被視同死亡，主要是不祥的隱喻，多年來纏繞著癌症。社會對癌症的隱喻，本身就蘊含了暴力與壓迫，加深癌症溝通的複雜性與困難性。從本研究的訪談結果可發現，多數的病患及家庭照顧者還是對癌症抱有某種程度的恐懼與抗拒，當雙方需要進一步討論這項疾病時，避重就輕在所難免。

現今癌症人口不斷攀升，如果無法擺脫對癌症的隱喻性思考，病患與照顧者將無法誠實、理性地談論關於癌症的種種，癌症溝通注定走向失敗之路。建議未來研究者，可以針對同一年齡層或不同世代的病患或家庭照顧者，梳理出他們如何看待癌症一事？有哪些可能因素影響他們對於癌症的看法？不同的看法對他們針對癌症進行溝通時產生什麼影響？甚至討論社會或個人能以何種方式扭轉傳統對於癌症的隱喻？這將有助癌症家庭的溝通。

此外，本研究所訪談的家庭照顧者大多數為女性，可能在華人社會中，女性向來被視為理所當然的病患照顧者 (Huang, 2004; Tung & Gillett, 2005; Hsiao, 2010)，當女性在家庭文化中被定位為照顧者的角色時，她們通常會花費大量精力與時間照料家中大小事務，一旦「癌症」來敲門，女性自然成為照顧者；正因女性經常被賦予照顧者的責任，研究發現病患與照顧者之間的溝通需要處理較多涉及情緒的部份 (Rose-Rego, Strauss, & Smyth, 1998; Nijboer, Triemstra, Tempelaar, Mulder, Sanderman, & van den Bos, 2000)，例如受訪者C001曾表示，她在知道丈夫罹癌後，整個腦海都是負面想法，非常慌亂，每晚以淚洗面，也不敢與丈夫訴說，遑論公開討論癌症一事。

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

照顧者的性別與其家庭關係是密不可分的(Brody, 1981)。在父系社會觀念下,「女性」作為照顧者的社會印象,已經深植於社會大眾心中(王叢桂, 2000; Miller & Cafasso, 1992),當家庭有人罹癌時,女性擔任病患的照顧者,成為一種性別角色期待下的必然結果。在此情況下,未來研究也可以從性別角度切入,以了解女性作為癌症病患照顧者的生理壓力及心理歷程,或許可以為「性別與醫療」的研究領域注入更多的新思維。

## 參考文獻

### 中文部分 (Chinese Section)

- 王叢桂(2000)。〈促進參與父職因素的探討〉。《應用心理研究》,第6期,頁131-171。
- Wang Conggui (2000). Cujin canyu fuzhi yinsu de tantao. *Yingyong xinli yanjiu*, 6, 131-171.
- 王貴霞、劉哲銘、呂志得(2005)。〈乳癌病患的困擾及擔憂問題〉。《北市醫學雜誌》,第2期,頁844-850。
- Wang Guixia, Liu Zheming, Lv Zhide (2005). Ru'ai binghuan de kunrao ji danyou wenti. *Beishi yixue zazhi*, 2, 844-850.
- 王素真、洪耀釗、陳住銘(2016)。〈以癌症多專科聯合門診診療服務品質探討癌症病患需求〉。《澄清醫護管理雜誌》,第12期,頁29-37。
- Wang Suzhen, Hong Yaochuan, Chen Zhuming (2016). Yi aizheng duozhuanke lianhe menzhen zhenliao fuwu pinzhi tantao aizheng binghuan xuqiu. *Chengqing yihu guanli zazhi*, 12, 29-37.
- 台灣衛生福利部國民健康署(2017年2月)。中華民國103年癌症登記報告。取自 <http://www.hpa.gov.tw/Home/Index.aspx>。
- Taiwan weisheng fulibu guomin jiankangshu (2017, February). Zhonghua minguo 103nian aizheng dengji baogao. Retrieved from <http://www.hpa.gov.tw/Home/Index.aspx>.
- 何怡儒(2002)。《病患家屬照顧經驗中壓力之探討》。南華大學生死學研究所碩士論文。
- He Yiru (2002). *Binghuan jiashu zhaogu jingyanzhong yali zhi tantao*. Nanhua daxue shengsixue yanjiusuo shuoshi lunwen.

談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

- 周穆謙、林以容 (2015)。〈癌症篩檢宣導海報之說服效果探討〉。《資訊傳播研究》，第6期，頁1-27。
- Zhou Muqian, Lin Yinrong (2015). Aizheng shaijian xuanchuan haibao zhi shuofu xiaoguo tantao. *Zixun chuanbo yanjiu*, 6, 1-27.
- 邱玉蟬 (2015)。〈寫劇本或新聞？看熱鬧還是感同身受？女性癌症病人的新聞建構〉。《傳播與社會學刊》，第31期，頁65-94。
- Qiu Yuchan (2015). Xie juben huo xinwen? Kan renao haishi gantongshenshou? Nuxing aizheng bingren de xinwen jiangou. *Chuanbo yu shehui xuekan*, 31, 65-94.
- 林金定、陳美花、嚴嘉楓 (2005)。〈質性研究方法：訪談模式與實施步驟分析〉。《身心障礙研究》，第3期，頁122-139。
- Lin Jinding, Chen Meihua, Yan Jiafeng (2005). Zhixing yanjiu fangfa: Fangtan moshi yu shishi buzhou fenxi. *Shenxin zhang'ai yanjiu*, 3, 122-139.
- 保羅·卡拉尼提 (2016)。《當呼吸化為空氣：一位天才神經外科醫師最後的生命洞察》(唐勤譯)。台北：時報出版。(原書Kalanithi, P. [2016]. *When breath becomes air*. New York: Random House.)
- Baolu Kalanithi (2016). *Dang huxi huawei kongqi: Yiwei tiancai shenjing waikexue yishi zuihou de shengming dongcha*. (Tan Qin, Trans.). Taipei: Shibao chubanshan. (Original book: Kalanithi, P. [2016]. *When breath becomes air*. New York: Random House.)
- 陳玉葉、陳桂敏 (2007)。〈癌末病患居家照顧工作量及困難度與照顧壓力負荷之相關性探討〉。《安寧療護雜誌》，第12期，頁143-155。
- Chen Yuyue, Chen Guimin (2007). Aimobinghuanyuan jujia zhaogugongzuoliang jikunnandu yu zhaoguyali fuhe zhi xiangguanxing tantao. *Anning liaohu zazhi*, 12, 143-155.
- 陳憶寧 (2011)。〈「我」即是來源：癌症部落客的書寫研究〉。《新聞學研究》，第106期，頁99-134。
- Chen Yining (2011). "Wo" jishi genyuan: Aizheng buluokeye de shuxie yanjiu. *Xinwenxue yanjiu*, 106, 99-134.
- 張美玉、徐莞雲、徐倩儀、林麗英 (2016)。〈新診斷癌症病患生活品質之相關因素探討〉。《榮總護理》，第33期，頁293-302。
- Zhang Meiyu, Xu Wanyun, Xu Qianyi, Lin Liying (2016). Xinzhenduan aizheng binghuanyuan shenghuo pinzhi zhi xiangguan yinsu tantao. *Rongzong huli*, 33, 293-302.

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

- 亞當·威夏特(2009)。《陪父親走過癌症的一年》(賴盈滿譯)。台北：遠流出版。(原書Wishart, A. [2007]. *One in three: A son's journey into the history and science of cancer*. New York: Grove Press.)
- Yadang Weixiate (2009). *Pei fuqin zouguo aizheng de yinian*. (Lai Yingman, Trans.) Taipei: Yuanliu chuban. (Original book: Wishart, A. [2007]. *One in three: A son's journey into the history and science of cancer*. New York: Grove Press.)
- 蔡逸鈴、林耀盛(2016)。〈臨終處境現象：一位癌症末期患者的心理經驗〉。《應用心理研究》，第64期，頁173-223。
- Cai Yiling, Lin Yaosheng (2016). Linzhong chujing xianxiang: Yiwei aizheng moqi huanzhe de xinli jingyan. *Yingyong xinli yanjiu*, 64, 173-223.
- 蘇珊·桑塔格(2012)。《疾病的隱喻》(程巍譯)。台北：麥田。(原書Sontag, S. [1989]. *Illness as metaphor*. New York: Picador.)
- Sushan Sangtage (2012). *Jibing de yinyu* (Cheng Wei, Trans.). Taipei: Maitian. (Original book: Sontag, S. [1989]. *Illness as metaphor*. New York: Picador.)
- 釋德嘉、釋宗惇(2016)。《生死奧秘：十六個生命的靈性對話與臨終學習》。台北：三應。
- Shi Dejia, Shi Zongdun (2016). *Shengsi aomi: Shiliuge shengming de lingxing duihua yu linzhong xuexi*. Taipei: Sanying.

#### 英文部分 (English Section)

- Afifi, W. A., & Guerrero, L. K. (2000). Motivations underlying topic avoidance in close relationships. In S. Petronio (Ed.), *Balancing the secrets of private disclosures* (pp. 165-180). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Afifi, T. D. (2016). Topic avoidance. In C. Berger & M. Roloff (Eds.), *The international encyclopedia of interpersonal communication*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Baxter, L. A., & Akkoo, C. (2011). Topic expansiveness and family communication patterns. *Journal of Family Communication*, 11(1), 1-20.
- Bessa, Y., Moore, A., & Amey, F. (2012). Caring for a loved one with cancer: It is my job. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(2), 217-238.
- Berger, C. R. (2007). Communication: A goal-directed, plan-guided process. In D. R. Roskos-Ewoldsen, & J. L. Monahan (Eds.), *Communication and social cognition: Theories and methods* (pp. 47-70). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Birnie, K., Garland, S. N., & Carlson, L. E. (2010). Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psycho-Oncology*, 19, 1004-1009.
- Boehmer, U., & Clark, J. A. (2001). Communication about prostate cancer between men and their wives. *Journal of Family Practice*, 50(3), 226-231.

談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

- Brockopp, D. Y., Hayko, D., Davenport, W., & Winscott, C. (1989). Personal control and needs for hope and information among adults diagnosed with cancer. *Cancer Nursing, 12*, 112–116.
- Brody, E. M. (1981). Women in the middle and family help to older people. *The Gerontologist, 21*(4), 471–480.
- Bruce, C. A. (2007). Helping patients, families, caregivers, and physicians, in the grieving process. *Journal of the American Osteopathic Association, 107*, 33–41.
- Byrne, M. M., Kornfeld, J., Vanderpool, R., & Belanger, M. (2011). Discussions of cancer clinical trials with the National Cancer Institute's Cancer Information Service. *Journal of Health Communication, 17*(3), 319–337.
- Caughlin, J. P. (2003). Family communication standards: What counts as excellent family communication and how are such standards associated with family satisfaction. *Human Communication Research, 29*, 5–40.
- Caughlin, J. P., Mikucki-Enyart, S. L., Middleton, A. V., Stone, A. M., & Brown, L. E. (2011). Being open without talking about it: A rhetorical/normative approach to understanding topic avoidance in families after a lung cancer diagnosis. *Communication Monographs, 78*(4), 409–436.
- Cho, J., Choi, E. K., Kim, S. Y., Shin, D. W., Cho, B. L., Kim, C. H., Koh, D. H., Guallar, E., Bardwell, W. A., Park, J. H. (2013). Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: A nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology, 22*(10), 2372–2378.
- Chou, W. S., Hunt, Y. M., Beckjord, E. B., Moser, R. P., & Hesse, B. W. (2009). Social media use in the United States: Implications for health communication. *Journal of Medical Internet Research, 11*(4), e48.
- Delbridge, A. R., Grabow, S., Strasser, A., & Vaux, D. L. (2016). Thirty years of BCL-2: Translating cell death discoveries into novel cancer therapies. *Nature Reviews Cancer, 16*(2), 99–109.
- Ferrario, S. R., Zotti, A. M., Ippoliti, M. I., & Zotti, P. (2003). Caregiving-related needs analysis: A proposed model reflecting current research and socio-political developments. *Health and Social Care in the Community, 11*(2), 103–110.
- Fitzpatrick, M. A., & Ritchie, L. D. (1994). Communication schemata within the family. *Human Communication Research, 20*(3), 275–301
- Fujinami, R., Sun, V., Zachariah, F., Uman, G., Grant, M., & Ferrell, B. (2015). Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psycho-Oncology, 24*(1), 54–62.
- Goldzweig, G., Hasson-Ohayo, I., Alon, S., & Shalit, E. (2016). Perceived threat and depression among patients with cancer: The moderating role of health locus of control. *Psychology, Health & Medicine, 21*(5), 601–607.
- Goldsmith, D. J., Miller, L. E., & Caughlin, J. P. (2007). Openness and avoidance in couples communicating about cancer. *Journal Annals of the International Communication Association, 31*(1), 62–115.

《傳播與社會學刊》· (總) 第 51 期 (2020)

- Golish, T., & Caughlin, J. (2002). I'd rather not talk about it: Adolescents' and young adults' use of topic avoidance in stepfamilies. *Journal of Applied Communication Research*, 30(1), 78–106.
- Gray, R. E., Fitch, M., Philips, C., Labrecque, M., & Fergus, K. (2000). Managing the impact of illness: The experience of men with prostate cancer and their spouses. *Journal of Health Psychology*, 5(4), 531–548.
- Griffin, E. (2011). Communication privacy management theory of Sandra Petronio. In *A first look at communication theory* (8<sup>th</sup> ed.) (pp. 168–180). New York, NY: McGraw-Hill.
- Grov, E. K., Fossa, S. D., Tonnessen, A., & Dahl, A. A. (2006). The caregiver reaction assessment: Psychometrics, and temporal stability in primary caregivers of Norwegian cancer patients in late palliative phase. *Psycho-Oncology*, 15(6), 517–527.
- Harris, J., Bowen, D. J., Badr, H., Hannon, P., Hay, J., & Sterba, K. R. (2009). Family communication during the cancer experience. *Journal of Health Communication*, 14, 76–84.
- Hilton, S., Emslie, C., Hunt, K., Chapple, A., & Ziebland, S. (2009). Disclosing a cancer diagnosis to friends and family: A gendered analysis of young men's and women's experiences. *Qualitative Health Research*, 19(6), 744–754.
- Hinton, J. (1998). An assessment of open communication between people with terminal cancer, caring relatives, and others during home care. *Journal of Palliative Care*, 14(3), 15–23.
- Hsiao, C.Y. (2010). Family demands, social support and caregiver burden in Taiwanese family caregivers living with mental illness: The role of family caregiver gender. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23–24), 3494–3503.
- Huang, C. Y. (2004). Informal female caregivers of older adults with dementia in Taiwan. *California Journal of Health Promotion*, 2, 53–66.
- Jeong, A., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., & Park, J. H. (2016). Avoidance of cancer communication, perceived social support, and anxiety and depression among patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 25(11), 1301–1307.
- Johnson, J. M., & Rowlands, T. (2012). The interpersonal dynamics of in-depth interviewing. In J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, & K. D. McKinney (Eds.), *The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft* (pp. 99–114). California: Sage.
- Kilpatrick, M. G., Kristjanson, L. J., Tataryn, D. J., & Fraser, V. H. (1998). Information needs of husbands of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25, 1595–1601.
- Kim, Y., Duberstein, P. R., Sorensen, S., & Larson, M. R. (2005). Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: Effects of personality, social support and caregiving burden. *Psychosomatics*, 46(2), 123–130.
- Kool, M., Fontein, D. B. Y., Meershoek-Klein Kranenbarg, E., Nortier, J. W. R., Rutgers, E.J. T., Marang-van de Mheen, P. J., & van de Velde, C. J. H. (2015).



談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

- Long term effects of extended adjuvant endocrine therapy on quality of life in breast cancer patients. *The Breast*, 24(3), 224–229.
- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2002a). Understanding family communication patterns and family functioning: The roles of conversation orientation and conformity orientation. *Communication Yearbook*, 26(1), 36–65.
- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2002b). Toward a theory of family communication. *Communication Theory*, 12(1), 70–91.
- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2006). Family communications pattern theory: A social cognitive approach. In D. Braithwaite & L. Baxter (Eds.), *Engaging theories in family communication: Multiple perspectives* (pp. 50–65). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Lai, Y-H. (2006). *Views from Asia: Truth telling in cancer diagnosis and prognosis in Taiwan*. Paper presented at UICC world Cancer Congress 2006.
- Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112(11 Suppl.), 2541–2555.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 442–454.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 2004(32), 57–71.
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603–1607.
- Mills, M. E., & Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8(6), 631–642.
- Miller, B., & Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: Fact or artifact. *The Gerontologist*, 32(4), 498–507.
- Mosher, C. E., Jaynes, H. A., Hanna, N., & Ostroff, J. S. (2013). Distressed family caregivers of lung cancer patients: An examination of psychosocial and practical challenges. *Support Care Cancer*, 21(2), 431–437.
- National Cancer Institute. (2015, February 9). *What is cancer?* Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>.
- Ngwenya, N., Farquhar, M., & Ewing, G. (2016). Sharing bad news of a lung cancer diagnosis: Understanding through communication privacy management theory. *Psycho-Oncology*, 25(8), 913–918.
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R., & van den Bos, G. A. M. (1999). Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: Psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA). *Social Science & Medicine*, 48(9), 1259–1269.
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Mulder, M., Sanderman, R., & van den Bos, G. A. M. (2000). Patterns of caregiver experiences among partners of cancer patients. *The Gerontologist*, 40(6), 738–746.

《傳播與社會學刊》· (總) 第 51 期 (2020)

- O'Hair, D., Villagran, M. M., Wittenberg, E., Brown, K., Ferguson, M., Hall, H. T., & Doty, T. (2003). Cancer survivorship and agency model: Implications for patient choice, decision making, and influence. *Health Communication, 15*(2), 193–202.
- Peterson, S. K. (2005). The role of the family in genetic testing: Theoretical perspectives, current knowledge, and future directions. *Health Education & Behavior, 32*(5), 627–639.
- Petronio, S. (2013). Brief status report on communication privacy management theory. *Journal of Family Communication, 13*(1), 6–14.
- Petronio, S. (2002). *Boundaries of privacy: Dialectics of disclosure*. Albany, NY: SUNY Press.
- Petronio, S., & Caughlin, J. P. (2006). Communication privacy management theory: Understanding families. In D. Braithwaite & L. Baxter (Eds.), *Engaging theories in family communication: Multiple perspectives* (pp. 35–49). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Petronio, S., & Reiersen, J. (2009). Regulating the privacy of confidentiality: Grasping the complexities through communication privacy management theory. In T. D. Afifi & W. A. Afifi (Eds.), *Uncertainty, information management, and disclosure decisions: Theories and applications* (pp. 365–383). New York, NY: Routledge.
- Ritchie, L. D., & Fitzpatrick, M. A. (1990). Family communication patterns: Measuring interpersonal perceptions. *Communication Research, 17*(4), 523–544.
- Rose-Rego, S. K., Strauss, M. E., & Smyth, K. A. (1998). Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer's disease. *The Gerontologist, 38*(2), 224–230.
- Seguín, L., Desrosellier, J. S., Weis, S. M., & Cheresch, D. A. (2015). Integrins and cancer: Regulators of cancer stemness, metastasis, and drug resistance. *Trends in Cell Biology, 25*(4), 234–240.
- Sherr, C. J., & Bartek, J. (2017). Cell cycle-targeted cancer therapies. *Annual Review of Cancer Biology, 1*(1), 41–57.
- Shin, D. W., Shin, J., Kim, S. Y., Yang, H. K., Cho, J., Youm, J. H., Choi, G. S., Hong, N. S., Cho, B., Park, J. H. (2016). Family avoidance of communication about cancer: A dyadic examination. *Cancer Research and Treatment, 48*(1), 384–392.
- Sirois, F. (2012). Psychiatric aspects of chronic palliative care: Waiting for death. *Palliative & Supportive Care, 10*(3), 205–211.
- Smith-McLallen, A., Fishbein, M., & Hornik, R. C. (2011). Psychosocial determinants of cancer-related information seeking among cancer patients. *Journal of Health Communication, 16*(2), 212–225.
- Stewart, B. W., & Wild, C. P. (Ed.) (2015). *World cancer report 2014*. WHO Press.
- Tomasetti, C., & Vogelstein, B. (2015). Variation in cancer risk among tissues can be explained by the number of stem cell divisions. *Science, 347*(6217), 78–81.

談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通

- Turner, J., Kelly, B., Swanson, C., Allison, R., & Wetzig, N. (2005). Psychosocial impact of newly diagnosed advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14(5), 396–407.
- Tung, W. C., & Gillett, P. A. (2005). Stages of change for physical activity among family caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 513–521.
- Vachon, M. L., Freedman, K., Formo, A., Rogers, J., Lyall, W. A., & Freeman, S. J. (1977). The final illness in cancer: The widow's perspective. *Canadian Medical Association Journal*, 117(10), 1151–1154.
- van Gent, D. C., & Kanaar, R. (2016). Exploiting DNA repair defects for novel cancer therapies. *Molecular Biology of the Cell*, 27(14), 2145–2148.
- Veach, T. A., Nicholas, D. R., & Barton, M. A. (2002). *Cancer and the family life cycle: A practitioner's guide*. New York, NY: Routledge.
- Venetis, M. K., Greene, K., Checton, M. G., & Magsamen-Conrad, K. (2015). Decision making in cancer-related topic avoidance. *Journal of Health Communication*, 20(3), 306–313.
- Vess, J. D., Moreland, J. R., Schwebel, A. I., & Kraut, E. (1989). Learning from patients and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6(1–2), 31–51.
- Walsh, S. R., Manuel, J. C., & Avis, N. E. (2005). The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children. *Families, Systems, and Health*, 23(1), 80–93.
- Wang, S. Y., Chen, C. H., Chen, Y. S., & Huang, H. L. (2004). The attitude toward truth telling of cancer in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 53–58.
- Weitzner, M., Jacobsen, P., Wagner, H., Friedland, J., & Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: Development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 8(1), 55–63.
- Wilson, S., & Morse, J. M. (1991). Living with a wife undergoing chemotherapy. *Image-Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 78–84.
- World Health Organization. (2017, February 6). *Cancer fact sheet*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Worthington, D., Fitch-Hauser, M., Välikoski, T-R., & Kim, S-H. (2012). Listening and privacy management in mobile phone conversations: Cross-cultural comparisons of Finnish, German, Korean and United States students. *Empedocles*, 3(1), 43–60.
- Xiao, Z., Li, X., Zhou, Y., Shen, Z., & Tang, Z. (2015). Using communication privacy management theory to examine HIV disclosure to sexual partners/spouses among PLHIV in Guangxi. *AIDS Care*, 27(S1), 73–82.
- Zemore, R., & Shepel, L. F. (1989). Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Social Science and Medicine*, 28(1), 19–27.
- Zhang, A. Y., & Siminoff, L. A. (2003a). Silence and cancer: Why do families and patients fail to communicate? *Health Communication*, 15(4), 415–429.

《傳播與社會學刊》，(總)第51期(2020)

Zhang, A. Y., & Siminoff, L. A. (2003b). The role of family in treatment decision making by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30, 1022–1028.

## 本文引用格式

盧鴻毅、林書帆、黃建勳、李修慧(釋普安)、馬立君(2020)。〈談論癌症這回事！探討病患與家庭照顧者之間的溝通〉。《傳播與社會學刊》，第51期，頁31–74。