

當病人告訴我「我知道，但就是做不到」：AI 時代下，更重要的是醫病溝通本質

蘇琮祺心理師 四季心心理諮商所

一、從一個熟悉的診間場景說起

陳先生是診間裡的老面孔。

他每個月都準時回診，血壓、體重、HbA1c，他都記得比護理師還清楚。他知道自己數字在哪個區間、知道主治醫師希望他把糖化血色素控制在一定範圍裡、也知道那個目標跟他目前的數字還有多遠的距離。

醫師反覆說明治療建議，他點頭、理解，也願意持續回診追蹤，但就是無法規律用藥。

然而，當我們再次問起：「藥有按時吃嗎？」

他總是說：「醫生，我盡量。」

這個「盡量」，已經聽過幾百次了。

我們都知道，「盡量」後面通常是：藥有帶但忘記吃、剛好找不到白開水、或是出國玩沒帶藥，理由五花八門。

但他依然按時回診，也沒有否認病情，甚至比多數患者更主動問問題。然而，在「規律用藥」這件事情上，他卻始終停在原地。

如果從醫療效率的角度來看，這樣的行為很容易被理解為「不配合」或「不遵從醫囑」；但從心理學角度看來，這其實是一種心理狀態的「不一致」。

一方面，他確實希望自己變得更健康；但另一方面，他又抗拒某些改變所帶來的意義與代價。用藥，對他而言，可能不只是治療選項，而是某種象徵，例如「病情變嚴重了」、「我失去控制了」，甚至是「我必須一輩子依賴外在的東西」。

也許，我們看到的只是表面的「沒有吃藥」跟「不遵從醫囑」，卻忽略背後正在發生的，其實是一場內在的拉扯。

他並非不想好，他只是，同時也不想改變。

這兩件事，真的可以同時發生在一個人身上。

二、心理師的視角：「不配合」的背後，也許是拉扯

從心理學的角度來看，陳先生的狀態有個專有名詞叫做「矛盾」(ambivalence)：一個人對一件事，同時抱持著截然相反的感受與動機。

簡單而言，許多看似不配合的行為，其實並非抗拒改變，而是同時存在著想改變與不想改變。

而醫療人員們在面對患者的矛盾時，常見的反應是：困惑、挫折、甚至無奈。「我都跟他說那麼多次了，他就是

不聽。」這句話，我經常在許多與醫療夥伴們的交流中聽到。

話語裡有關心，卻也有著無力。

在剛剛的例子中，患者並非不在意血糖控制，他其實已經展現出高度的在意與行動力（持續回診、願意討論）；但與此同時，他對於用藥的想像與情緒，也讓他難以跨出那一步。

此時，動機式晤談（Motivational Interviewing, MI）就很適合進到診間的會談中，MI 強調「改變，並非因為被說服，是因為被理解」的基本框架。

這個框架不把「不配合」看成抗拒、懶惰、或無知，它把不配合看成一種內在的拉扯。人只要還沒準備好，被推得越急，往往會退得越快越遠。

這並非醫療人員眼中的不配合，更是人類在面對改變時共同的心理機制。

對醫療人員來說，這個框架帶來的最大轉變不是學一套新技術，反而是更換一個問問題的視角：從「為什麼他不聽我的話？」換成「他需要或顧慮的是什麼？」

這個問問題方式的差異，有時候就足以改變整個對話的走向，並觸發患者採取行動的開關。

三、診間裡可以直接使用的溝通工具

以下提供幾組具體的對話調整，設計的原則只有一個：減少指導跟批判，增加探索與引導。

與其說：「你這樣下去會有更嚴重。」

可以試著問：「你最擔心的是哪一塊？你覺得有哪些地方是我可以再幫助你的呢？」

因為，警告語言會觸發防衛機制，開放式問句讓患者有機會說出真正的顧慮。

與其說：「你要按時吃藥，這個就是最基本的事情。」

可以試著問：「你上個月有哪幾天比較能按時吃藥？那幾天是什麼情況？」

找到患者可以做到的時刻，比強調做不到的時刻更有力量。這在 MI 的架構裡叫「探索例外」。

與其說：「血糖這樣，一定是你沒控制好飲食。」


可以試著問：「我看到數字有些起伏，你覺得有可能是哪些原因呢？」

讓患者成為自己身體狀態的詮釋者，而不是被評判的對象。通常患者都知道自己應該做的調整是哪些。

與其說：「不吃藥就是對自己不負責任。」

可以試著問：「吃藥這件事，目前對你來說最困難的地方是什麼？」

問「困難」而不是問「為什麼不做」，語氣從評判轉為同理，患者感受到的將是被接納，而非被責備。



試著在結束看診或會談前，多問一句：
「你今天有沒有什麼還想問我的，或是有什麼話想讓我知道？」

其實，結束對話前的最後一兩分鐘，常是患者最願意說真心話的時刻。即便患者沒有說出任何重要或關鍵的內容，但它傳遞的訊息是：「你說的事情，對我來說很重要。」

這五組說法，不需要任何額外的訓練，馬上就可以帶進診間試試看。

四、當患者已經「查過很多資料」：AI 時代的新型態挑戰

林女士，47 歲，第二型糖尿病診斷兩年。

她拿出手機，打開了一個對話介面，那是她最近常用的 AI 助理。「我昨天問過了，」她說，同時把螢幕轉向你，「它說 Metformin 長期吃可能影響維生素 B12 吸收，這是真的嗎？我的手有時候會麻，是不是跟這個有關？」

你看了一下：是的，這是真實的藥理資訊，有臨床意義…

但還沒來得及把話給講完，她又補了一句：「我還查到有一種飲食法，說可以不用吃藥就把血糖控制下來，你覺得呢？」

這種場景，正在診間裡快速增加。

患者帶著大量資訊進到診間，有些正確、有些斷章取義、有些則是將自己

的症狀套入了統計概率而非個別評估。

醫師面對這種情況，很容易進入兩種模式：其一是防衛，急著指出資訊的錯誤；其二則是迴避，用「每個人的狀況都不一樣」匆匆帶過。

但這兩種方式，其實都沒有碰到真正的問題核心：信任焦慮。

當資訊來源變得多元且快速，患者不再只能依賴單一專業權威，但也因此更難判斷「我該相信誰」。在這種情境下，醫療人員所面對的，不只是專業知識的傳遞，還有信任關係的建立。

林女士頻繁使用 AI 查詢，不只是因為她有知識需求。更常見的深層原因是：她對現有的醫療建議感到不安，卻沒有一個讓她感覺安心的地方可以把這個不安說出來。

AI 給了她一個可以問任何問題、不會被評判的空間。這本身不是問題，問題是，當診間裡缺乏同樣的安全感，AI 就成了患者尋求第二意見的主要出口，而這個出口，沒有辦法真正了解她的個人脈絡、病史與生活。

換句話說，林女士的問題核心並非資訊的對錯，而是信任焦慮有沒有被接納跟理解。

她需要的不只是正確答案，還有一段讓她相信「這個醫師或專業人員真的了解我的情況」的對話。

五、醫療角色的轉變：從權威指導到合作夥伴

在傳統的醫病關係裡，醫療專業人員是知識的持有者，患者是資訊的接受者。這個互動關係在資訊不對稱的時代裡運作良好，患者不知道的事，專業人員知道，醫師說什麼，病人就照做。

診間對話的典型結構是：問診、診斷、醫囑。

一切都那麼地快速、清楚、有效率。

但這個模式裡有一個內建的脆弱性：它把改變的責任，幾乎都交給了專業人員。

在過去那個知識稀缺的年代，這個現象的問題影響不大，因為患者想要改善病況，勢必只能配合醫療人員的指示與建議。

但當患者可以在五分鐘內從 AI 取得與專業人員相似的說法、甚至更詳盡的醫學資訊時，「知識」本身的稀缺性已經大幅降低。

但能查到資訊，和願意照著做，是完全不同的兩件事。

現在愈來愈多的研究與臨床觀察都指向同一個結論：能夠長期配合治療的病人，不是那些接受最多衛教的病人，而是那些能感覺到被專業人員「真正理解」的患者。

這意味著，醫療角色的核心正在發生一個根本性的轉移：

過去，專業人員的價值在於知道病人所不知道的事；現在，專業人員的價值在於我願意理解你正在經歷的事情，並跟你一起解決問題。

所謂「醫病共同決策」，並非只是讓病人決定要不要吃藥，更是希望能讓患者感受到：這個治療計畫是我們一起討論出來的，不是被強加跟逼迫的。

有這種感受的患者，會更願意回來、更願意說出他所面對的困難、更願意在出現問題的時候早一點開口，更重要的是，他會開始看見自己在疾病治療過程中的角色跟責任。

這並非專業人員不再專業，而是期待能讓醫病關係變得更有溫度跟承接：「患者不只是因為我說得清楚才做，還因為我讓他感到夠安全而能說出內心的話。」

從「你應該這樣做」，到「我們一起來想想，怎麼讓你能做得到」。這一句話的調整，有時候正是患者願意改變的起點。

在 AI 時代裡，知識變得更容易取得，但被理解，仍然是一種稀缺資源。

而這，也許正是醫療人員無可取代的地方。

參考文獻

陳偉任：強化動機，承諾改變：動機式晤談實務工作手冊。臺北，張老師文化，2018:44-74。

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2025)。動機式晤談：協助人們改變與成長（田秀蘭、林美珠、王詠堂、林呈芳、楊里祥、楊敦翔譯）。學富文化事業有限公司。（原著出版於 2023 年）

