

# 人性思考融入臨床推理： 以多觀點文本建構臨床倫理之學習基模

林慧如\*

## 一、計畫緣起：未來醫師的挑戰

「醫學是不確定性的科學，也是可能性的藝術」(Sir William Osler)，在科學與藝術的光譜間，當代醫學正積極靠向科學的一方：醫學與人工智慧結合是當前醫療科技的最新趨勢，例如 2017 年全球首例 AI 醫師於臨床綜合筆試測驗通過醫療執照考試，而基於深度學習的 AI 影像分析系統，其運算效率與精確性已可匹配、甚至超越經驗豐富的臨床醫師。AI 在某些領域已超越人類能力，未來是否能取代人類醫師？在智慧醫療時代，未來醫師的角色何在？

關於人類的未來，麥肯錫全球研究院 (MGI) 2017 年發布報告指出，2030 年全球 15-30% 的工作預估將被自動化取代。其中「從事具可預測性操作」及「數據蒐集及分析性工作」，都將因機器的高效率與準確性而被迫面臨轉型或技能提升。而人際互動及專業知識應用等不具可預測性工作，則因「涉及複雜性、靈活度及情感交流」等「科技技術尚無法突破的能力」，成為創造未來新工作的來源或現有工作轉型的方向。換言之，唯有涉及「人性」的知識能力，才是人類得以決勝機器的最後關鍵。

醫學原本是複雜靈活的助人藝術，但長期以來醫學教育傾向擁護自然科學典範，注重實證研究及分析推理；而人性相關的主題，如醫學倫理、醫病溝通及醫學專業素養，在現代教育學的分類學下，被分割為知識、技巧與態度等單向訓練。人文學之脈絡性與複雜性等學習條件不受重視，再加上專業訓練對精確與效率的要求，醫學的人文性與藝術性逐漸被取消了。以醫學倫理為例，在生物醫學議題的兩難推理中，倫理情感等人性思考被視為多餘的插曲。如此的倫理知能既是 AI 運算可以輕易取代的，那醫學實踐的價值何在？這種失衡狀況已成為醫學發展的危機。

---

\* 高雄醫學大學人文與藝術教育中心副教授

猶記多年前剛踏入醫療機構與醫學院校的醫學倫理討論會，我驚訝的發現人們對醫學倫理的認知與想像多半侷限於倫理的議題與原則。許多專業者固然承認醫學倫理課題在臨床實務上的重要性，但在描述情境及表達感受等方面卻顯得薄弱生疏，深究原因，可發現學科既有的示範教材對於廣大學習者的深遠影響：多數倫理教案內容都是輕薄短小，僅粗略勾勒疾病治療所面臨的問題爭點，關於病人的描述則幾乎一概略去。因此，雖然由「疾病為中心」轉向「病人為中心」的教育方針早已是全球醫學教育之共識，但礙於傳統教材編寫的角度，倫理教育一直缺少關於倫理感知的具體學習範式。在獨尊專業知識的學習架構中，「醫學人文」仍是一個高懸的理想。為此，將「人性思考」融入臨床推理的教材，培養未來醫師人性化實踐之能力，確實是當前醫學教育的重要挑戰。

## 二、研究內容簡介

本計畫之研究內容可從以下三個面向來呈現：「解構（病例化的倫理腳本）」、「建構（多觀點臨床倫理文本）」，以及「跨界（醫學與人文的視域融合）」。因篇幅有限，在此僅簡介各項研究內容，並為結語的政策建議作鋪陳。

### （一）解構（病例化的倫理腳本）（林慧如，2017、2018a、2018b）

坊間醫學倫理教材多聚焦於「兩難議題」的討論，如是否告知？是否手術？是否撤除維生醫療？關於倫理情境的「倫理腳本」則付之闕如，以致醫學倫理被侷限於抽象原則討論，這些原則甚至成為探討醫學倫理時牢不可破的思想框架。「專業知識越多，同理心越衰退」的現象，或許正是肇因於醫學倫理教材的「倫理腳本」缺乏人性的元素，久而久之制約了一般人對於倫理的想像。以下就以一則典型的醫學倫理教案為例：

A 先生 58 歲，為轉移性癌症患者，因敗血症而住院。當醫師和他討論「不施行心肺復甦術」(DNR) 醫囑時，他堅持在心臟停止時接受心肺復甦術。

——Singer, 2004:153

這則倫理案例展示了一種病歷化的倫理腳本。為了主題聚焦，案例中刪除所有不與議題直接相關的脈絡，以避免討論偏離原先的設定。例如，上述案例設定在討論如何因應臨床中的各種「不適當的醫療要求」，至於那位提出不適當

醫療要求的 A 先生，他的想法和意圖是什麼，案例中沒有任何描述，讀者甚至不需要去多想一下為何會出現眼前的困境。A 先生到底是什麼樣的人？為什麼寧願忍受末期癌症的痛苦而堅持要活下去？他的醫師是什麼樣的醫師？當時抱持什麼想法和他討論「不施行心肺復甦術」？醫師對於 A 先生的堅持有什麼反應？是焦急、氣憤、同情，或根本覺得事不關己？讀者無法在案例中獲得絲毫進一步資訊。

從這些醫學倫理案例中，讀者能揣摩某些情境的明顯特徵，藉此快速有效地學習如何應對一些特定情況。但另一方面，這樣的學習模式似乎暗示著讀者：比起個別差異，倫理規則才是最重要的學習目標；更嚴重的問題是，這似乎強烈暗示學生：醫學倫理有一定的推論程序，其他問題不重要，跟上這些常規就好，臨床不會有時間讓你問為什麼。久而久之，倫理真的就變成了不多想、不解釋的例行公事。醫學倫理脫離了床邊教學的情境，成為課室中腦力激盪的知識課題。

## (二) 建構(多觀點臨床倫理文本)(林慧如, 2017、2018a、2018b)

為了平衡醫學教育中只關心問題解決的實用取向，以及日趨僵化的倫理推理形式，我們在醫學大學連續多年開設敘事醫學倫理課程。我們發現經過敘事醫學的教學介入，實習醫學生所創作的敘事文本，均能表現比以往倫理教案更為成熟的人文向度，包括：更能完整地表達個人的倫理體驗、感受多元他者的處境、深化對倫理困境的思考，並表達出人性共同的倫理價值，因而令讀者產生共鳴。為此我們將這些倫理故事整理出版。例如在《實習醫「聲」》這本案例故事集中，研究者將各篇故事的精華片段找出，從「新人」、「身分的轉換」、「習題」、「師長」、「受苦的他者」、「情感的連結」到「醫學之美」，藉由關鍵特徵的命名，歸納出「醫學人文養成地圖」(林慧如、王心運, 2018)。以下謹以部分片段為例，勾勒出習醫過程中不同時分的倫理畫面：

### 1. 習題

會，沒，事，的，這四個字卡在喉嚨，我沒有說出口，因為，我不知道能不能講，該不該講。狀況看起來好像沒有那麼樂觀，不知道是否會給家屬太多希望。沒事，在此時此刻，成為了過多的希望……

——引自〈平靜·不平靜，王穎蓁〉

這篇故事提到加護病房中一名病人淑惠，病情看起來似乎穩定，卻突然陷入昏迷需要急救。當作者面對淑惠焦急悲痛的家屬，想安慰的話語卻卡在喉

嚨。「告知壞消息」是醫學倫理的一個重要課題，但是相較於教材中以尊重自主原則作為前提、以病人法律權益作為依據，實習醫學生的這段自白無疑更能引起讀者共鳴。特別是當作者將鏡頭移到讓人心碎的一幕：

一旁一直默默看著的淑惠爸爸，悄悄挪動年邁的身軀，到玻璃窗旁的白牆邊，拿出面紙，偷偷擦掉他歲月歷練的臉龐上的淚珠……爸爸在撐起一個家、成為支柱的時候，收起了自己的軟弱還有情緒，可是在看到自己的女兒在裡頭急救時，他的脆弱、他的堅強、他的無計可施形成巨大矛盾。

——引自〈平靜·不平靜，王穎蓁〉

藉由這些具體的描述，倫理似乎不再需要額外以原則或規範的形式來表達。閱讀故事同時，讀者能被故事中人物的情感所牽動，自然而然能召喚出倫理的回應。

## 2. 師長

醫學倫理不只是課室中的倫理知識討論，床邊教學原是更悠久的傳統。透過敘事寫作，醫學生更能把師長的典範銘記在心。底下這篇故事描述了學生跟診的老師，經過了白天的看診、夜晚的急刀，第二天一早就精神抖擻過來查房。在醫療人力吃緊的高強度工作負荷下，許多人都抱怨連連，為何老師能夠堅持下來呢？

最後一天要離站時，我忍不住問了老師，這一行這麼辛苦，她有沒有後悔過。

「婦產科是我的初衷，到現在一直都是。」老師眼神堅定地說。

「當然有時候也是會累啊，會覺得或許我不做還是會有別人來做，應該不是非我不可吧。但是當你想想那些癌症的病人，一聽到自己得癌症，誰不希望馬上開刀，連一天都不想拖啊。或許我在睡覺的同時，他可能根本睡不好，或是一直在哭，他們也在受折磨。想到這些我就寧願自己累一點。這應該說是，醫生的天職吧！」

——引自〈五分鐘的約定，許璣文〉

受限於各種現實條件：如健保給付、工時績效、法律責任……等，許多時候醫療確實必須遷就於整體環境，但也因此許多人「務實」地主張：能生存最重要，至於醫學人文、醫學倫理，那根本是不食人間煙火的高論。然而，當一個

人認定自己的專業受箝制、多想沒意義，一旦這種價值觀成為定調，那麼專業耗竭也就是指日可待之事了。要對治意義匱乏的虛無感，最終的解決辦法就是自己親身去找出意義。在同一篇故事中，作者看到一位罹患婦癌的老婆婆，因為錯過了上次追蹤，在診間對著老師邊說邊哭了出來。只見「老師靜靜的聽她訴說委屈，電腦前的護理師也停止了敲擊鍵盤的動作。好像診間裡成了一個小世界，與外面熙攘的人潮暫時隔絕了開來」。在老師輕聲安慰病人的溫柔互動中，作者領悟了「醫學之美」：

### 3. 醫學之美

或許對於癌末病人來說，生活中除了治療與追蹤外，也沒有什麼事能讓他們重燃希望，但藉由這樣的方式，可以讓她知道，還有事情還沒完成，她還有一次又一次的追蹤，而她也會惦記著老師對她的關心。這樣一想，我才發現，醫學之所以偉大，不是治療，而是能給人希望。

——引自〈五分鐘的約定，許璦文〉

在實習醫學生創作的敘事文本中，我們看到臨床倫理並不是單一平面的理性分析過程。每位作者都不只是位倫理推論者，他同時是倫理的感受者、觀察者及行動者。並且在臨床中相遇的每一位「他者」，不論是病人、家屬、師長或工作夥伴，他們每一位也都同時身兼倫理的感受者、觀察者及行動者的多重角色。在不受干擾的情況下，人們的敘事原本都包含「直覺性」與「分析性」知識的雙重運作。倫理情境的動態性並不是指單一事件在時間軸上的進程，事實上它更像是印度神話中的帝釋珠網，「重重影現，隱映互彰，重重無盡」。

#### (三) 跨界(醫學與人文之視域融合)(林慧如, 2017、2018a、2018b)

醫學人文是跨界的學門，傳統醫學人文課程「文學與醫學」常以蘊含醫療主題的古典文學名著為教材，對臨床專業者而言，文學作品距離臨床現實太遠，造成學習上過度的「外在認知負荷」(extrinsic cognitive load)；但對於人文科學而言，觀察複雜條件及辨識隱性脈絡卻是學習必要的「內在認知負荷」(intrinsic cognitive load)。開門見山的病歷式倫理案例內容太過貧乏，曲折離奇的文學名著內容又太過豐富。針對這過與不及的兩難，研究建議可以從醫學專業的真實經驗中取材，透過跨專業教師(包含人文與醫學及護理、社工……等各職類)實務社群的定期聚會，以貼近生活世界的在地語言討論，才能跨越不同學門之間認知的鴻溝。用在地的語言重新建構倫理生活的真實經驗。

### 三、結論與建議

西方醫學人文學者經過數十年的探討最後得到一項結論：病人和醫生都需要一種新的醫學形式，即敘事醫學 (Rita Charon, 2006)。誠如敘事醫學前輩 Charon 所指出，當代醫學技術雖日益進步，如果醫者無感於病人的痛苦，那只能造就以犧牲醫病關係為代價的冷漠醫學。敘事能打破理性的慣性推論，因此對於醫學倫理教育更具重要意義：由於社會對醫療專業的期待及醫院評鑑的要求，醫學倫理成為醫療專業必要的學分規定，但是在臨床工作緊迫的時效壓力下，醫學倫理往往被簡化為原則規範，甚至被窄化為醫療法規的註腳。當倫理變得僅以「分析能力養成」為主時，病人的個別差異就徹底被倫理原則抹除盡淨了。(林慧如，2018a)

從國外文獻與在地經驗中，都可以發現跨領域倫理案例討論會 (moral case deliberation) 是最有效的醫學倫理教學模式 (陶宏洋，2019)。透過跨領域倫理案例討論會，能從實際案例討論中匯集多方觀點，結合推理與感受、連結專業與個人，更能跨越專業角度的侷限，我們體會到跨領域倫理案例討論會是將人性思考融入臨床推理最佳的方案。但是國內對此尚未建立起成熟的教學模型。為了推廣此一教學模式，我們希望能持續彙集跨專業、多觀點的敘事醫學文本，分享給有志一同的臨床教學單位，使醫學人文教育能在地扎根，進一步參與並貢獻於國際醫學教育的進程。

### 參考文獻

- 林慧如 (2018)。〈敘事倫理：人性關懷的藝術〉，發表於《批判、理性與人性關懷——慶祝陳文團教授七十華誕國際學術研討會》，臺北：輔仁大學，2018年10月5日。
- 林慧如 (2019a)。〈敘事醫學與他者現象學〉，發表於《現象學與當代思潮學術研討會》，臺北：國立政治大學現象學中心，2019年6月14日。
- 林慧如 (2019b)。〈敘事醫學：從臨床敘事瞥見多元他者的面容〉，發表於《邁向多元他者——當代中華新士林哲學及其未來展望學術研討會暨沈清松教授七秩冥誕追思紀念會》，臺北：輔仁大學，2019年7月10日。
- 林慧如、王心運 (主編) (2018)。《實習醫「聲」：敘事醫學倫理故事集》，高雄：高雄醫學大學。
- 陶宏洋 (2019)。〈醫院裡倫理教育的最佳方案——跨領域倫理案例討論會〉，《澄清醫護管理雜誌》15卷1期 (2019.1)，頁4-7。
- Charon, Rita. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Singer, Peter A. 編著，蔡甫昌編譯 (2004)。《臨床生命倫理學 (初版修訂第三刷)》，臺北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。