

閱讀重點：

- 1.FIFE各代表什麼？
- 2.FIFE個別與整體意義/價值為何？
- 3.FIFE與 "client-centered care"有何關連？

病人為中心的倫理思維

戴正德

提起倫理，大部份的人都會豎起圍牆，認為它是一個生活框框，要限制一個人在某種只被認可的規範裡，去待人處世。就好像碰到了一位道高德厚的人，個個稱許讚美，但卻不敢與他做朋友甚或避而遠之一樣。雖然倫理在傳統上可以說是一門研究道德的學問，不過在急速變化的社會與愈趨多元的價值體系裡，倫理除了對真善美之理想的追求外，也強調一種決定過程的思維去促成一個對人，對事，對社會，對整個環境，都是最有益處的抉擇指引。當然凡是被大眾認為是對的事務，舉止與抉擇，一定有它的道德價值在，因為一個人在決定做某種訴求，採取某種對事的表現方法時，都是因為他認為那是最好的，對他而言最真，最善，最美的抉擇，他才會如此做，它可以說是價值觀的判定，也就是一種倫理抉擇。在廿一世紀談起倫理思維，因之不能只以傳統的道德面來了解與衡量，而必須擴展到決定選擇某種價值觀之過程的思維與行動。每一個人對每一件事的決定，都有它的因由，不論它是根據於直覺或謹慎的思維。可是我們看到很多的決定過程都有所缺失，所做的決定也會有錯誤，因之思維過程的操練變得格外重要。這個操練，在臨床或研究醫學上，就是醫學倫理的探討與學習所要提供的。

在過去的醫療過程，通常是一種以「醫生為中心」(physician-centered)的模式，但廿一世紀的醫療已邁向「病人為中心」(patient-centered)的模式，因之在新世紀所須的醫學倫理思維，也將是一種「病人為中心」的倫理思維。

「醫生為中心」的醫療行為是以疾病為中心的。換句話說，醫生行醫的目的就是要正確判斷病人的疾病，而對症下藥來醫治病人。是故主要的醫療關係就是醫生在找尋並消滅敵人，也即疾病。病人本身則不是主要關懷的對象，因為疾病一消除，病人就會痊癒。所以醫生為中心的醫療模式，也可稱之為「疾病為中心」(disease-centered)的模式。雖然這個模式並沒有什麼不對的地方，但這個傳統的方法已被很多學者，比如歐迪格(Odegaard, 1986)，懷特(White,

中山醫學大學 醫學人文研究中心

1988)，英格爾(Engel, 1977)……等認為太簡化了生病的問題。畢竟醫學的進步使我們發現「病」，常常並不是一個單一事件，比方說只由病菌的感染所引起，「病」除了生物醫學的因由外，也具有社會行為環境等因素的影響層面。

隨著世界思潮的變遷及人權意識的高漲，人性尊嚴的強調與醫學的更新，新世紀已必須以「病人為中心」做為醫病關係的思考了。病人為中心的模式不單在發現病因，更以整個病人的感受為中心。醫生要醫治的不只在消除促人生病的病毒，更要對整個生病(illness)的病人加以關照。疾病(disease)是禍因，而生病則是病人所忍受的痛苦。雖然疾病一痊癒，生病情況也會跟著消失，但重心已不只放在疾病上，更要於在病人身上。一位醫生最重要的倫理思維已不再只是對症下藥及病得醫治，而必須擴展至親切關懷病人，和善照顧病人，促進病人信心，減輕病人畏懼並促進健康。以病人為中心的倫理思維，因之提出了四個基本信念，可簡稱為「懷衛」(FIFE)。

醫生要有效的照料病患，就必須對病人生病(illness)的經驗與疾病(disease)本身都有相當的了解。對疾病的診察有賴豐富的醫學知識與臨床經驗，但對病人生病的感受，則非醫學知識本身所能提供。這個「懷衛」的理念就是要幫助醫護人員去真正了解並醫治病人。它所包含的有：病人的感受(Feeling)，病人的認知(Ideas)，病人身體的功能(Functioning)，及病人的期待(Expectation)等四個需要：

1. Feeling (感受)：病人怕病嗎？也許不必然，不過如果不怕，就不會來尋求醫助，特別是莫名或威脅性命的病症，病人的感受可以用恐懼(Fear)及不安(anxiety)來描述。恐懼、不安、憂慮都會影響病人的心情，感受與能力。醫生會注意到嗎？

2. Ideas (病人對病的認知)：在一個醫療知識水平低落的地區，通常會有很多認知上的誤差，比方說，把盲腸炎看成消化不良而自行服藥，或肝炎認為只是熬夜過度工作疲累，只要休息就好。或說吃腦補腦，吃腰子補腰子的傳統觀念，有的更以為中西藥一起服用會效果加倍。病人對自己的病情因觀念認知的誤差而有不同的了解，也影響就醫行為。到什麼都無效之

後，病人開始想是不是得了絕症？會不會死？會不會失去某種身體功能…？認知的影響太大了。

3. Functioning (身體功能)：每一個疾病對病人本身都會造成不同的影響，雖然頭痛還不致於使一個人不能正常運作，但工作成效會下降，精神也受影響。當一個人不能隨心所欲從事工作時，就會出現暴躁、沮喪…等不同的反應，影響生活與身體機能。

4 Expectation (期待)：不能稱心的去做該做的事或想做的事，病人就會希望能以某種方法來恢復失去的機能。「我該怎麼辦？」是這個期待中最主要的疑惑，因之病人願意吃藥，打針，開刀，也會使病人變得脆弱聽任擺佈。有時爲了得痊癒可以不顧一切。台灣俗語所說的「死馬當作活馬醫」就是這個期待的心裡寫照。

這些「懷衛」的病人心態，醫護人員在過去可以視而不睹，或睹而不覺，或覺而不察，或察而不理…但在21世紀這個FIFE卻是醫生在醫療診治過程中不可忽略的。爲什麼呢？其答案也就是醫學倫理在新世紀重新被強調的原因。

1. 消費主義的興起：也是消費者權利的高漲，對知(the right to be informed)，敘述(the right to be heard)，安全(the right to safety)與選擇(the right to choose)等權利的執著。

2. 醫學分科的細膩。

3. 老年人的增加。

4. 醫學科技的急速發展。

5. 資源的瓶頸。

6. 全人醫學取代身心二元的傳統了解。

二十一世紀醫學倫理在醫療臨床上的新思維是在1970年由巴林德醫師(Balint)及他的同僚發展出來的，後來又經過很多學者醫生的精徹反省，在1989年Leventein醫生把這個patient-centered的模式提出了六個主要的訴求：

一、病人生病之經驗與疾病本身都應是醫生要探求的對象。就如同前面所說，這就是「病人爲中心」之模式的主要訴求，醫生看的不仅是病，要是整個人，使健康變成是整體的，而不只是生物身體而已。「病」是一個理論上的概念，它使人的身體功用失常，生病則是對這些失常的感受。有效的醫治疾病當然需要以病爲中心的診斷，不過對人生病的了解則有賴另一模式。醫生應去發現1. 病人自己認爲到底有什麼不對之處，患了何種疾病。2. 病人的忍受，特別是對病所衍生的恐懼感。3. 這個病如何影響到他的日常生活。4. 病人所期待的醫治方法。這些問題都可由病

人的傾述中得到答案，因之傾聽病人的聲音的確不可忽視。

二、全人的了解：既然要醫治人而不只是病，就必須有全人的了解。這是從笛卡爾二元論再重新出發，把人的身體，社會，心智，環境都包含在內的了解，也就是一種biopsychosocialspiritual understanding。醫生長久以來對病人本身應已累積不少的訊息，至少病歷表也可對病人有深層的認識。病人的生活習慣、嗜好、交往、工作、信仰、家庭…，都影響病人的病與生病的感受。醫生對病人的各方面了解可以更有有效的診斷病因，醫治疾病。

三、病人與醫生角色的定位：病人與醫生二者間必須相互合作來對整個療程做有效的設計(management)並對這三個問題充分溝通，取得共識：1. 問題的本質與重要性次序的設定，2. 治療的目的，3. 醫生與病人共同找尋治療方法。要滿足這三個問題，就必須把病人的認知、感受、功用與期待溶入在治療過程裡。傳統的醫生一定會問，醫生那有時間與義務去做這些思考？當然在過去「醫生爲主病人爲輔」的時代，這些思維都是多餘的！但時代不同了，這是二十一世紀了，病人的自主性與知情同意(informed consent)已不能加以忽略否認。

四、預防醫學與促進健康的一體化：病人生病是醫生的責任嗎？不是，那是病人要自己負責的。因之醫療過程的另一目標就是要使病人能夠把維護健康及促進健康的責任操縱在自己手中。醫生成爲病人的支持者幫助病人得到精神與肉體二方面的長久康健。要達到這個目的，病人就不能有病才就醫，而也要鼓勵病人不要在醫療上從事shopping，並使病歷系統化來幫助醫生更能有效地指導民眾。

五、增進醫病關係：醫生不只是醫生，也變成病人的生活導師、朋友，以共同參與(mutual participation)的方式來做醫療抉擇。不同的病人必須以不同的方法來面對，就是同類的疾病亦會因病人文化社會情況的不同而有不同的治療與應付方法。

六、現實化：醫生似乎需要多的時間、支援與資源來從事醫療工作，因之時間與情緒的管理，資源的分配，分工合作與目標的設定都須成爲醫療思維的一部份。特別在今日醫學分科細膩化與知識爆炸的時代，teamwork已變成重要的醫療需求。

醫生在21世紀似乎是難爲的，但如能有效的設計並從事謹慎的倫理思維，其實醫生將更能獲得工作的滿足與成就感，也受人群與社會所敬崇。