

醫學倫理教育
及
其教學法的研究探討

計劃編號：NSC89-2511-S-040-001

中山醫學院 戴正德

一、 研究源起

醫學倫理教育在 20 世紀末期已是醫學教育不可或缺的一環，其重要性也將因醫技與科技的進步而與日俱增。醫學教育在過去受 Flexner 之理念所主導的訓練內容，在世界的新情勢的不斷創新下，已顯然過時有所不足。美國醫學協會於 1970 年時即呼籲醫學倫理情操之培養在醫學之訓練過程中之重要性。緊接著，美加的醫學院就把醫學倫理有關之議題列為醫學教育的課程，而哈佛大學也在 1982 年開始對傳統醫學教育加以檢討，並在 1985 年開始“新路徑”(New Pathway)的教育改革，使醫學人文與倫理的強調更上一層樓。

台灣在過去一直對醫學人文素養加以忽略，但隨著醫病關係的每況愈下，也開始感受到醫學倫理教育的重要性。但如何教學呢？醫學教育不是在於訓練會看病的醫生就好了嗎？怎談到倫理來了？而倫理思考又該如何去在課堂上教導呢？又是一個大課題。近幾年來我國的醫學教育也在改進當中，但對醫學倫理之教育有不知從何著手之感。為了調查醫學院學生對目前醫學倫理教育之意見，並研究改進之道，本研究計畫也就應運而生。

二、 醫學倫理教育

爲了了解台灣醫學生及醫護人員對醫學倫理教育與醫學倫理之看法，本研究計劃寄發 500 張問卷調查表，其中包含了在學校直接發給學生的，總共收取了 386 張的回應，回收率達 77.2%。問卷對象大部份以醫學院的學生為主，有台大醫學院醫科六年級，中國醫藥學院醫學系四年級，中山醫學院醫、牙四年級，成大醫學系四到六年級，高醫四年級等。可惜北醫的問卷調查沒有回應，不適在全國 9 所醫學院（國防除外）得有 6 所回應，誠爲可貴。另外馬偕醫院醫生及中榮，中山之護理人員也有部分參與問卷調查。回收問卷之分類如下：

男：56.2% 女：43.8%

職業：學生 70.2% ， 護士 22.3% ， 醫師 6.2% ， 其他 0.8%

年齡：20-25 : 67.9% ， 25-30 : 16.6% ， 30-40 : 10.6% ， 40-50 : 4.4%

等別：醫學系 65.8% ， 藥理 22.5% ， 牙醫 9.3% ， 醫管 0.3% ， 其他 2.1%

在回收之問卷調查中，明顯顯示台灣的醫學生對醫學倫理之重視不下於西方國家，但卻有三分之一的回應者表示在學習醫學倫理之前對對醫倫毫無所悉，而 45% 的人表示聽過這個名詞，但認識不多。

九成以上的人表示在醫技急速發展下，醫倫已是醫護人員務必研修的課題，且又有八成以上（83.7%）表示台灣的醫學教育發展缺乏人文方面的培育。關於醫學倫理的可教

性方面，幾乎一半的人反對醫學倫理不能言教。而七成以上認為醫學倫理的課程有助學習者的醫療倫理決定，又高達八成六的人認為學習醫倫能減少無謂的醫療糾紛。相同人數的人認為醫學倫理的研習應予多方舉辦，給予醫護人員機會學習研討。

至於醫學倫理的可教性 (teach ability) 及如何教授醫學倫理，我們可從問卷調查中發現：

1. 醫學倫理課程之教授，有助於醫療決定 (73.8%)
2. 醫學倫理的課堂時數必須增加 (55.7%)
3. 只有 21.7% 的人認為可把醫學倫理改為選修，讓有興趣的人選修
4. 醫學倫理應以小班，及 20 人或小於，來從事課堂學習 (82%)
5. 醫學倫理的教學應著重個案及小組討論 (76.7%)
6. 教學紀錄片或錄影帶有助於醫學倫理的教學 (87%)
7. 醫學倫理隻教學應原則理論與實際案例並重 (67%)

三、 台灣地區醫學倫理教學之課題

綜合這個問卷調查的結果，加上與學生訪談所得紀錄，本研究計畫，把目前台灣醫學倫理所遇到的課題，分成五項加以陳述。

1. 學生把醫學倫理當做營養學分

很多學生認為醫學倫理是一門營養學分，是學校在他們沉重的功課之餘所給予的舒鬆劑，有些學生因為它是必修又怕點名，所以不得不來上課，因為被學生認為是營養學分，所以雖然對醫學倫理無所認識，也要求高分，老師也為了學生的「營養」，慷慨施捨，看到台灣千瘡百孔的醫療現象，我們怎不質疑醫學倫理學得高分的意義？

2. 大班教學成效不彰

台灣大部份的醫學院醫學系都有上百名的學生，醫學院為了在繁多的必修課程當中再擠進一個醫學倫理，只能以大班教學行之，結果變成有醫學倫理的課程，卻難有所成效，很多學生在上課時，人在心不在 (physically present but mentally absent)。在人數眾多老師管不著的情形下，利用時間研習其他課目的，大有人在。分組教學似可增進教學的效力，但學生有時間嗎？老師的負荷呢？

3. 教科書的缺乏

國際上醫學倫理的教科參考書已無遠弗屆，應有盡有，不但數量非凡，而內容也極為豐富。但到我們的圖書館一查，既沒有醫學倫理學刊，在藏書上也只有寥寥數本，而且大部份是簡介之類的。雖然也有中文的著作，但往往只是以大眾市場為對象的讀物，要充當醫學院的教科書，在內容與深度上尚嫌不足。台灣固有獨特的民俗風情，我們也不能一味的把西方的觀念當成劃一不二的典範，因之一本兼顧醫學倫理原則與我們民情的醫學倫理教科書，似乎已是當務之急。

4. 醫學倫理思考原則訓練之不足

教學上在沒有討論醫學倫理的思考原則之前，就把許多個案提出來討論，往往會使

學生只能憑其本身的直覺或主觀的價值判斷做為研討的依據。有時雖然討論熱烈，但卻只是如同盲眼摸象，各說各話，無法適度的得到學習。不過如果只把重點放在思考原則之討論上，則不但整個學期教學時間不夠，而且學生也可能會覺得內容枯燥索然無味。是故二階段教學是可行的折衷方法。

5.視聽教材的缺乏

除授課討論之教材外，我們缺乏個案討論之視聽教材，雖然外國已製作很多錄影帶供醫學倫理教學之用，但因皆以英語發音，我們學生英語領悟力尚有待加強，而派不上用場或效用零落，雖然也可以用講故事的方法把個案提出，不過如此卻失去了現實感。

四、 建議

茲提出幾點建議，盼我們的醫學倫理教育能有顯著的效果，在 21 世紀初期就能培育出醫術卓著，敬重人性又誠心奉獻造福社會的良醫。

1. 二階段教學的實施:

把醫學倫理的課程分成二階段來上，首先，在初年級時先給予學習基本醫學倫理概論的機會，並把醫學倫理的理論基礎及原則做為研討的重心。到了高年級再開個「醫學倫理與醫療行為」或「醫學倫理專題研討」的課程，使學生把在醫院的實際觀察學習中所碰到的諸問題提出來討論，或以個案專題之研討方式行之。目前台大醫學院所規劃的可做為參考借鏡。

2.研習會的舉辦

醫學的進步不但造福人群，也帶來諸多的倫理問題，醫護人員的倫理訓練過程，文化背景及宗教信仰，將影響他們對問題的密度與見地。新世紀將更是一個團隊合作的時代，獨行俠將難於突破困境而必須在互助合作的精神下創造新的科技。生命倫理思想界也必須著重相互間的對話來提昇對問題的了解，以提出增進人性的方案。因之希望台灣生命醫學倫理學界能相互提攜，舉辦研習會，通過對話與相互學習來利益我們的學生與社會，我們能做的，至少可以從下列開始嚐試:

- a.由各醫學院輪流舉辦醫學倫理研習會或研討會;
- b.成立台灣醫學倫理學會;
- c.發行台灣醫學倫理學刊，把研習會及研討會的論文整理發表，供各方參考及討論。

3.生命倫理研究所的成立

廣泛推展生命倫理至各院校及醫療機構的最大問題，在於人才的欠缺，生命醫學倫理研究所的成立，將提供一個人才的培育機構，生命醫學倫理學便不是醫學院的專利品，先進國家的大學幾乎在每一個學院都已經開始有了生命倫理學的課程，使學生在科技專業的學習之餘，也會顧慮到人性的問題。在台灣目前人文素養每況愈下的，情況下，推廣生命倫理的課程將是教育行徑。

生命倫理研究所除了師資與研究員的訓練之外，也能提供一個對生命倫理有興趣的

人之進修場所，當西方國家的醫院開始設立醫學倫理委員會的時候，我們似也可以開始準備培育往後各個醫院成立醫學倫理委員會時所需要的專家。

4.增加醫學人文的課程

對生命的奧秘越了解，越使人們感受到靈、智、體(body、mind、spirit)互連性之全人思想的重要。健康所指的不只是身體的健壯，也必須心智及靈性皆健全。要維護全民的健康並促進一個全人教育的落實，醫學院務必加強醫學人文的課程，使學生在專業的訓練外，有機會去進修增進對人性之了解的人文科目。

這些展望與期待也許與台灣的現實環境相去甚遠。但時代的巨輪永遠向前，有一天我們必須面對新情勢去思考這些可能性，其實台大醫學院的新課程規劃，已點出往後醫學教育該走的方向，誠如謝博生院長在其著作「醫學概論」一書所說：「醫學教育是人性化醫療的傳承，必須使醫學生對於醫學的人文哲學層面能夠了解、體驗、掌握，必須使醫學生能確立自己的價值觀及倫理觀，更要能確立自己的生命哲學觀，才能達成其目標。」

5.設計一套評量醫學倫理教學成果的設計一套評量醫學倫理教學成果的工具

醫學倫理教學的成效是非常重要的，如果沒有成效，教學有何用處呢？僅用牛津大學醫學倫理學程裡就強調。在我們能夠衡量出我們教學的效果之前，我們必須發展出一套評量工具。加拿大多倫多倫理敏感評量具，就是一種評估效果之工具。台灣也應發展出一套適合我們的方法。本人計畫於後年提出這一方面之研究。

6.倫理教育應予推擴於各層次之教育與專業

倫理思考不應在醫學院教授，歐美國家整個社會託定一個倫理價值之搖籃，但我們缺乏了類似的社會條件。因之如能從小學開始加以強調，並在各大學學院開授有關課程，對整個國家都是一大助益，並能促進社會政治，提升生活品質。因之商學院應有商業倫理，工學院應有工業倫理，教育學院有教育倫理，生命科學學院有生命倫理...等之思考研討課程。

7.教學方法應以激發學生倫理思考與決定的能力

問卷與訪談之中，學生皆表示學習思考的重要性，但過去我國的教育只重知識的傳授，缺乏方法之訓練。在最近醫學倫理學起之後，有人認為倫理抉擇應無絕對之答案，因之開授給學生自由討論，這兩種都屬極端。沒有思考方法之教學固然缺失，但只由學生憑空思索也非完全。因之在教學過程中務必有學理基礎之介紹，思考方法之訓練，再而老師必須分析由實用論來作思考方向之利弊，並提供一個道德方向，給學生參考。當然我們不是在推銷某種立論，而是提供方向。

8.醫學倫理研討會之舉辦

由於醫學思考方向可能分歧，而且我國教授醫學倫理、生命倫理、商業或工業倫理之老師都未受過專業之訓練，因之很有可能教導之結果，倫理方向極端不同，反造成社會價值思想之模糊，因之應定時舉辦研討會，提供延伸課程，使老師及專業人士有機會共聚一堂學習，使倫理思考方向不致太過分歧雜亂。當然我們不在於製造一個共同的價值觀，但避免空洞式價值自由的倫理思考是必要的！

結論

本研究發現台灣目前醫學院的醫學倫理教學必須突破傳統講述的方法，並且一定必須真正去感受到醫學倫理思考的重要性，不是只爲了開個醫學倫理課程而開課，沒有實際把醫學倫理在新世紀醫學中的重要注入學生腦海裡，及訓練學生從事獨立做倫理判斷的能力，就失去教授醫學倫理的意義。

加拿大莎省大學規劃誠可成爲我們的借鏡，在本研究報告「七」的建議是本研究成果的重要課題，盼我們的醫學倫理教育能真正落實其精神，造福台灣人民。

考察報告

醫學倫理教育

及

其教學法的研究探討

計劃編號：NSC89-2511-S-040-001

中山醫學院 戴正德

國外考察報告：

一美加醫學院醫學倫理之教學

美國喬治城大學甘迺迪倫理研究所是世界醫學倫理研究重鎮之一。目前被醫學界視為金科玉律的醫學倫理四原則，即出自喬治城大學。

甘迺迪倫理研究所主要的研究與教學重心在於理論上的思考，而實際的臨床倫理則以喬治城大學醫學院為主要學習地點。醫學院醫學倫理中心由世界著名的醫學倫理學者 Dr. Pellegrino 主持，他雖年事已高，對醫學倫理的關心與貢獻卻不減當年。

喬治城大學甘迺迪研究所開有無數醫學倫理課，由醫學、社會學、哲學、神學…等來探視，主要的教學法與其他大學研究所沒有兩樣，除講授外，學生的討論、自我的研究、師生間的互動是學習的重心。

醫學院的教學則以小班教學為主，因理論基礎已早先研修過，是故以個案討論，每位學生提出解決方案來相互討論磋商。

本研究計畫在考察美加醫學倫理教學中發現加拿大莎省大學(University of Saskatchewan)醫學院的醫學倫理教學，可供我們參考，因之將以此大學醫學院之教學為例，加以敘述：

莎省大學醫學院學生第一年(因係大學後，故相當於我們的醫學院四、五年級)就得研修醫學倫理，但並不以單純的醫學倫理為課程名稱，因為他們認為醫學倫理並非是單一學科，而是一種橫跨各學門的科學，因之幾乎在每個課程裡都會討論到醫學倫理的問題。

第一年的專業技巧(Professional Skill)就是醫學倫理方面的課，除討論醫學倫理思考方法、醫病溝通與關係外，也著重社區經驗(Community Experience)。首先學生在第一學年研修約 40 小時的專業技巧與醫學倫理，每位學生在上課前必須把先行發給的講義加以研讀，上課的方式先由老師摘要講述(因學生已先研讀過)，再以小組討論，每 10 人左右為一組，而每組也都有至少一位老師參與。老師會把與講述相關之個案提出，再由學生討論，提出意見，再而找出最合乎醫學倫理的答案。

第三年，也即我們的六年級，再上一門健康照護倫理(Health Care Ethics)。老師只引導學生針對問題去多方了解，提出問題，再由學生討論，不只從醫學觀點，更由倫理道德觀點。第三年的課程較少著重理論方面的思考，而是鼓勵學生去發展本身的解決方法。

上課的目的不在於老師知識的傳授，而在於訓練學生的思考分析與判斷能力，並了解倫理道德在醫療過程中的重要性並能做合乎倫理的判斷。

學生除上課外(出席率佔成績的 40%)，也有考試(以申論分析，提出解決方法為主)佔 60%，加拿大與美國的不同在於加拿大的醫學院較強調社群關係，而美國則以個人主義為主。

再則，莎省大學醫學院每個月都辦有醫學倫理研討(Ethical Seminar)，利用中午午餐時間在醫學院大講堂由三位醫師及專業學者針對每月主題，發表簡短講述，後以互談為主，

開放討論。這個倫理研討使整個醫院及醫學院充滿倫理關心氣息。雖然這不是正規課程之一，但卻能帶動整體對醫學倫理的關心。

除了上述直接與醫學倫理關係密切的課程外，尚有人類成長與發展(Human Growth and Development)，發展中國家的健康照護(Health Care in Developing Countries)，醫學史，臨床相關課題(Clinical Correlations)…等課讓學生選讀。

醫學倫理教育
及
其教學法的研究探討

計劃編號：NSC89-2511-S-040-001

中山醫學院 戴正德

An Inquiry of Biomedical Education and Its Teaching

Methods in Taiwan

Michael Cheng-tek Tai. Ph.D.
Chungshan Medical College.
Taichung, Taiwan

I. Introduction.

Increasing value has been placed on medical humanities including biomedical ethics in medical education in the last two decades. [1] [2] The MCAT (Medical College Admission Test) of USA and Canada regards students' failure in competence of medical ethics in the same way as failure in science or clinical subjects.[3] The poor clinical performance of physicians is attributed to as the result of poor medical knowledge and of moral failing by overlooking patients' concerns. [4] To train a good physician, improvement of ethical sensitivities and analytic abilities must be carried out along with the improvement of students' knowledge of the technical and scientific aspects of medicine.[5] The inclusions of more humanistic ideas in medical teachings in north America and England is a proof of this new understanding.

II. A Survey of the Bioethics Teaching

The medical educators in Taiwan have also noticed this new trend of medical training and thus beginning to revamp its curriculum since the 90s as a response. [6] Courses in bioethics have become required subjects for students in all medical colleges. Full time faculty members in the field of bioethics have also been appointed. Questions, however, such as : is morality teachable ? can the bioethical courses yield any positive result ? in what way can we teach bioethics ... ? etc, remain in skeptical minds.

To find out how Taiwan's medical students feel about bioethics course, a survey has been done through the assistance of the National Scientific Research Council. The purpose of this survey is to find out how medical students including some medical professionals, feel about medical ethics after taking bioethic course or

at least attending a bioethics seminar. Questions such as whether or not in their view medical ethics is teachable, how can medical ethics be effectively taught, should the bioethics course be a lecture only class or should it be a discussion class? how about the size of the class....etc were asked.

The questionnaires were sent to 9 medical colleges in Taiwan and all responded except one. There were close to 400 respondents and the findings of this survey are most encouraging as great majority of respondents stated that the learning of bioethics can be most helpful in their clinical decision-makings. The following conclusions are derived from this survey study:

1. Bioethics cannot be regarded as a western product. Its important is universal.(92%)
2. Biomedical ethics must be emphasized in this biotechincally advanced age. (91.2%)
3. The conferences on biomedical ethics should be convened periodically to provide opportunity of discussion for medical professionals. (86.3%)
4. Learning of biomedical ethics can reduce the litigation resulted from patient-physician conflicts. ((86.2%)
5. We are lacking the training of medical humanities in Taiwan at the moment.(83.7%)
6. The courses in bioethics are helpful in medical decision-makings.(73.8%)
7. The teaching of biomedical ethics should best be carried out in a small class style such as 20 students or less.(32.4%)
8. The small group discussion is an effective way of learning in biomedical ethics discourse. (75.1%)
9. Video tapes, case study, bed-side teachings are all effective in learning ethics.(87%)
10. Discussion of bioethical theories, principles and practical cases are equally important in bioethics learnings. (67.1%)

III. A reflection of our present teaching:

This survey can serve as a guide in our planning of bioethical curriculum.

a. It pinpoints small class teaching as effective.

All the medical colleges in Taiwan except Taiwan University Medical School teach medical ethics in an old fashion, namely, in a big hall with packed students. I have taught or being invited to lecture at all medical colleges except Yang-min. My

experience is that teaching to a large number of students such as over 100, even 200 is almost impossible. Firstly, there cannot be interaction between lecturer and students, secondly, students mostly pay little attention to what is being discussed. Thirdly, class discussion becomes impossible.

This way of big class teaching must be changed if we are serious about medical ethics. We, however also encounter a problem – lack of resources. Almost all private medical colleges claim that they cannot afford to appoint full time bioethicists thus only inviting retired physicians or the respected public servants to help.. Can this problem of lack of resources be solved? yes, firstly, a graduate school of bioethics must be established unless we are willing to send more students to go overseas for advanced studies.

b. Bioethics teaching cannot be a value-free discussion.

The teaching of biomedical ethics cannot be a value-free, laissez-faire style. In other words, class discussion must be concluded with lecturers' comment to give at least his/her view in order some explained guidance is given. A disclosure of Pro and Con opinions can enable students to reflect upon themselves their view points. To help students to do rational yet humane reasoning, the theories and principles of biomedical ethics must first introduced at the beginning. Anti-principle-ism is present in the wake of consumerism. Still, without analyzing the pro and con of various decisions can misguide students particularly in Taiwan as Taiwanese students often yearn for “ correct “ answer of everything they study. The foundation of bioethics, namely principles must not be excluded from teachings.

c. Bioethics should be offered in all levels of education

why in Taiwan bioethics is offered only in medical colleges? Bioethics is available in all colleges even in primary and high schools in north America. The differences between Taiwan and the western world is that our education is examination-oriented while the western is not. To reach the goal of entering into “ famous “ university, humanities have often been sacrificed in Taiwan. How to introduce character-enhancing subjects to instill students' humanistic thinking is the challenge ahead of us.

d. Tool of measurement must be developed.

If the bioethics teaching is ineffective, what good does it serve to make it available to all schools? As the Practice Skills Project in Oxford stated that “ you cannot teach ethics until you have shown that your programme is effective”, [7] we must develop a way to evaluate our teaching. Various instruments have already been

developed to assess ethical awareness of students. Such as the Toronto Ethical Sensitivity Instrument [8] which measures the number of ethical issues identified in vignettes. Kohlbergs' Moral Judgment Interview [9] and the Sociomoral Structured Clinical Examination [10] are another. A tool which reflects Taiwan's special cultural background must be developed in order we can evaluate our teaching effectiveness..

e. Medical humanities must be emphasized.

The survey respondents revealed that our students are hungry for more humanities yet medical humanities are still at its early stage of formatting in Taiwan. Pellegrino and Engel had voiced almost 20 years ago that medical humanities must be included in medical training. [11] Taiwan is already 20 years behind in this regards. A research to develop a measurement is our challenge in the years to come.

Conclusion

In United Kingdom, the Pond Report recommended that there should be compulsory assessment of medical students' ability to reason through ethical issues as medical ethics teaching is a behavioural intervention intended to bring about certain desirable outcomes. [12] From this statement we can conclude that bioethics is indeed teachable and cannot be neglected any further. We must not forget in the meanwhile that a method to evaluate the effectiveness of our teaching must be adopted .

References:

1. Savulescu J, Crisp R. Evaluating Ethics Competence in Medical Education in *Journal of Medical Ethics*, 1999;25:367-374
2. General Medical Council Recommendations on General Clinical Training. London: General Education Council. 1992
3. Mitchell KR, Myser C, Keridge IH. Assessing the Clinical Ethical Competence of Undergraduate Medical Students. *Journal of Medical Ethics*, 1993;19:230-6
4. Price PB, Taylor DE..et al, Measurement and Predictors of Physician Performance: Two Decades of Intermittently Sustained Research. Salt Lake City: Aaron Press, 1971
5. see Reference 1
6. 李明濱：台大醫學院經驗・醫學倫理教育研討會專集，台大醫學院，台北，1998:31
7. Hope T, Ethics and Law for Medical Students: The Core Curriculum. *Journal of Medical Ethics* 1998;24:147-8
8. Hebert PC, Mselin EM, Dunn EV, Measuring the Ethical Sensitivity of Medical Students : a study at the University of Toronto, *Journal of Medical Ethics* 1992;18:142-7
9. Self DJ, Schrader DE, The Moral Development of Medical Students: a Polite Study of the Possible Influence of Medical Education. *Medical Education* 1993;27:26-34
10. see Reference 7
11. Pellegrino ED, Teaching Medical Ethics: Some Persistent Questions and Some Responses. *Academic Medicine* 1989;64:701-3
12. Boyd KM, ed. Report of a working party on the teaching of medical ethics – the Pond report. London: IME Publications, 1987

一、 研究源起

醫學倫理教育在 20 世紀末期已是醫學教育不可或缺的一環，其重要性也將因醫技與科技的進步而與日俱增。醫學教育在過去受 Flexure 之理念所主導的訓練內容，在世界的新情勢的不斷創新下，已顯然過時有所不足。美國醫學協會於 1970 年時即呼籲醫學倫理情操之培養在醫學之訓練過程中之重要性。緊接著，美加的醫學院就把醫學倫理有關之議題列為醫學教育的課程，而哈佛大學也在 1982 年開始對傳統醫學教育加以檢討，並在 1985 年開始“新路徑”(New Pathway)的教育改革，使醫學人文與倫理的強調更上一層樓。

台灣在過去一直對醫學人文素養加以忽略，但隨著醫病關係的每況愈下，也開始感受到醫學倫理教育的重要性。但如何教學呢？醫學教育不是在於訓練會看病的醫生就好了嗎？怎談到倫理來了？而倫理思考又該如何去在課堂上教導呢？又是一個大課題。近幾年來我國的醫學教育也在改進當中，但對醫學倫理之教育有不知從何著手之感。為了調查醫學院學生對目前醫學倫理教育之意見，並研究改進之道，本研究計畫也就應運而生。在探討醫學倫理教學之前，本文將首先討論醫學倫理興起之緣由。

二、 問題的濫觴

科技的進步，特別是醫學的知識與技術，帶給人類無窮的祝福。很多過去醫生束手無策的病症，現在不但能加以治療，也有可能完全根治，不再復發。今天的醫學更能無限期延長一個人的生命，確定未出世之胎兒的健康與異常，從而決定胎兒繼續成長或被墮掉的命運。基因醫學也能預知一個人一生的健康狀況，會不會蒙受癌症的糾纏等等。因之醫技的進步確是一個福音，但這個進步也同時帶來無限道德上的困擾。

比方說，1975 年一位 21 歲年輕貌美的女孩 Karen Quinlain 昏迷不醒被送到 New Jersey 的 St. Claire 醫院，雖然她腦細胞已受損傷，醫生本著救人的使命，還是加以急救，以機器來維持她的生命，六個月後，醫生確信 Karen 將永無甦醒的日子，並將噩訊轉告 Karen 的父母親。他們在慎思熟慮之後，要求醫院拔除維持 Karen 生命的維生系統，好讓她有尊嚴的安然過世，但醫院嚴厲拒絕了。父母親最後不得不求助於法院，而把案件告到法庭。這個案子引起醫界極大的盪漾，觸發了醫界去面對新的醫技情勢，並成為現代醫學倫理重新被重視的里程碑之一。

Karen 的情況在過去醫技不甚發達的時代是不可能發生的，因為沒有特別的醫技與儀器來延長已垂死的人的生命，病人有難，雖然醫生盡力醫治，也得聽天由命。但今天醫技的進步，已使醫生在某種程度上能扮演上帝的角色，迫使人不得不去重新思考與詮釋一些

問題。例如:生命的神聖性之意義，病人的權益如何?什麼樣才是切適的治療?醫生與病人的關係為何?我們該不該有一個持有人性的醫學(humanistic median)?…等等。

Emmanuel Methane 在“工業社會中的角色”一文中指出“科技給我們更多的選擇，但卻也帶來價值觀念重新修正的必要性”。Nicholas Rescher 也說，價值觀念的改變已迫使價值再標準化的產生。健康是一個共認的價值，自古從無改變，但取得健康的方法，或過得更適合滿意的生活方法，卻正逐漸在修正之中。比例來說:在婦女生產過程中開始使用麻醉劑是 150 年前的事，這種所謂的無痛分娩在當初被認為是道德錯誤，因為在人們的價值觀念裡，女人經歷生產的痛苦是天經地義的事，違反了這個自然法則，就是不道德。再舉一例，心臟移植開始之初，很多人對它的可行性保持了懷疑與保留，甚或反對，不是因為它的危險性與新技術受到質疑，而是因為傳統上心臟與人的靈魂與人格緊緊相連接。與靈魂或一個人之人格有關之心臟，怎麼可以隨便取代更換?可是今天我們知道婦女的無痛分娩，甚或心臟移植已極為普遍，這不是人們價值觀念再標準化與改變的結果嗎?不過誰可有優先取得移植，或說醫療過程中的公義，卻成為新的難題。

面對這個醫學的新情勢，醫學倫理應運而生了。當然，今天的醫學倫理之範圍與關心，已跟 2500 年前醫學鼻祖 Hippocrates 的倫理強調與範圍有所不同，但其基本精神與訴求還是一樣。台灣很多人以為醫學倫理只是一種醫德的強調，當然我們不否認這個事實，但醫學倫理已不再只是一個心理學、社會學、法律學…或道德學。醫學倫理已變成使醫學富有人性的努力，因之我們也可以稱之為人文(性)醫學。它是一種決定過程，以道德原理與最新的科學資訊為判斷的基礎去確保善良、公義、善益的倡行，以造福個人與這個社會。這個判斷的學術觀與基礎是什麼?

三、 醫學倫理的學術基礎

提及學術觀就表示它不是訴諸權威或以主觀的見地為認識根本之學問，學術的基礎在於理性的訴求，也就是從理性的角度去判斷取決。柏拉圖在其哲學的教導就強調倫理的決定與價值判斷必須排除一切主觀感情的因素;這個訴求就是醫學倫理的學術基礎。

但什麼是理性?換句話說，到底學術基礎的根本理性所指的是什麼?理性避免主觀訴諸感情，而探求客觀的真理性。比方說一加一等於二，不論天南地北，這個真理性一定改變不了，就是因為這個永恆的真理，科學才能發展進步，沒有固定永遠不變的基礎做為科學研討的基石，就沒科學。因之所謂學術性就是一個理性的探求。世界如果都是如此以理性為出發點來論事，我們就易於捉摸預測，難題就能應運而解。但我們發現理性雖然是學術的基礎，不過當它應用到人的身上時，卻問題層出不窮。比方說生病看醫生是一個合乎理性因之也是好的抉擇，當醫生發現病人因頭痛而身受其苦時，根據醫學之理性診斷，頭痛要吃 Aspirin，因 Aspirin 專門止痛，但吃了藥之後還是頭痛，因為病人的頭痛是心理壓力的關係不是肉體的變異，換句話說，發炎吃抗生素理論上能消炎治病，但因人類體質的差異，別人有效的，對我而言未必有效;因之臨床醫學似乎不能全然以純理性的觀點去衡量，

頭痛醫頭，胃痛醫胃，背痛醫背未必有效:是故 St.Louis 大學醫學倫理教授 Kevin O'Rourke 說:醫學不是全然的科學，就是因爲醫學決定的複雜性，所以我們必須更謹慎去思考價值判斷與決定過程的倫理問題。

因爲醫學的科學曖昧性，我們發現在醫學倫理界有很多不同訴求，大略我們可以把它歸納爲五類:

1. 情緒主義(Emotivism):情緒主義者的倫理決定建立在主觀的情緒反應上，根據此說，只要我感覺爲好的，必爲善 反之爲惡。今天在各地，特別是台灣，這個情緒主義到處充斥，他們認爲只要他們的決定出自赤誠，就無可厚非。

2. 律法主義 (Legalism):律法主義認爲法律，不論成文法或法院的判決，就是合乎倫理的。在醫療上律法主義傾向於避免法律訴訟，因之醫療人員，醫院行政管理階層及醫院之法律顧問所要求的，即不要有誤診差錯，也不要觸犯法律，任何可能帶來法律訴訟的，例如危急的病人盡量不予收留，以防往後法律的麻煩，因之醫療行爲以法律的思考爲主;合法的玩弄道德，遇到不置可否的醫療困擾時，也訴之法律，由法院來判決。

3. 文化的相對主義(Cultural Relativism):任何行爲只要合乎社會制度的，就是倫理的。比方說，病人一來一定打針是社會流行的慣例，因之不論需要不需要，一律先打一針。文化相對主義的倫理是地域性的，只限於某一地區而已，因之醫療準則有普世的意義，在不同文化背景會有不同的倫理見地，這就是文化相對主義產生的原因。

4. 忠信主義(Fidelism):以宗教信仰爲依歸的倫理決定，以教會的教導爲倫理原則，是故不同信仰者會持不同的判斷標準。最常見的忠信主義倫理履行者爲天主教徒，因爲教皇反對墮胎，因此虔誠的天主教徒不墮胎，耶和華見證會信徒絕不輸血，某些佛教徒則死後不得馬上移動屍體。

5. 思考分析(Reasoned Analysis):以理性的思考爲道德批判的方法，也就是以歸範(Norm)爲倫理原則。比方說醫藥保險的普及性是合乎理性的，因之就得實施全民健保;病人與醫生都一樣是有血有肉的人，故彼此尊重;因爲是理性的，故倫理必有其普世性，換句話說，倫理的準則沒有地域性。在美國醫生沒有收紅包，在台灣醫師當然也不能收紅包，在美國不必開刀的病，在台灣也應該不必開刀，真理不因時空的轉變而不同，真理永遠都是真理。上述五個倫理訴求雖有其差異，但總括來說，都在努力於一個醫學倫理的形成，有的強調赤誠的心理感受，以良心或自然法爲導向的指引，有的則以宗教情操爲倫理的關懷，但這些都有主觀的傾向，雖然有的以理性爲訴求，但我們前面已講過，醫學並不像數學與物理學一樣是以純理性爲取得結論的方法。醫學也是一種美學，更是一種人學，因爲它所追求的，不只是真而已，更是善與美的發揚與落實，因之在醫學倫理的學術思考中，主要的有三種理倫，不論在醫療政策，臨床醫學或研究，這三種理論是目前醫學倫理的思考重心。

A. 實用論:實用論的鼻祖是英國哲學家 Jeremy Bentham (1748-1832)及 John S.Mill(1806-1873)。實用論堅持"實用原理"。只要能促進幸福快樂的行爲都爲善、反之則惡，它的主要關心在於行爲的結果，所以它又可稱之爲結果論。行爲的實用與否取決於它所能產生的善益，凡能促進最大的快樂卻消費最少資源的行爲就是應有的決定選擇。爲了

避免淪為個人主義，Mill 強調一個倫理的決定是一個使最多的人得到最大之益處的決定，由此觀之「倫理的」似乎與「快樂的」同義。Bentham 因之認為快樂應有高低之別，如知識的快樂應高於肉體的快樂。換句話說：一個商人與哲學家都須要得到緊急的醫療照顧時，因為哲學家所能提供的快樂高於商人，所以哲學家有優先權。但 Mill 則不一定會同意，因為如果金錢能給予最大的快樂，而商人能拿出更多的錢時，則哲學家變成次要。一些實用論者則說，善益者有其內在的意涵，所以知識、美、愛、友情、自由與健康者被視為有價值的善益。

實用論又可分為二種立論：行為實用論與規範實用論。行為實用論強調凡能促進最高益處的行為就是倫理的，它的主要關心在於行為本身，而不問規範。但規範實用論則在判斷行為的倫理之前，先制定一些原則規範，公認這些原則規範必給最多的人得到最大的快樂，因之只要依循規範行事，就不會出錯。比方說「新生嬰兒具有嚴重的腦損傷又有腎臟缺陷，則不予救治」或「癌症末期病人心跳突然停止時，不給予人工呼吸再啟動心跳」是一個已建立的原則，那麼醫生就照著此原則條例去行醫做決定。

B. 責任論：責任論的先驅者為康德（1724-1804）他認為行為的結果與道德彼此不相干，一個行為合乎倫理與否取決於「絕對責任」的原理上；絕對的責任是一種普世的自然法，比方說：「不可殺人，不可欺騙」為公認每一個人必須履行的責任，所以一個人絕不可殺人，也不可欺騙。殺人是犯罪的行為而欺騙為不道德違反倫理的事，根據此一理論，一位醫生必須把實際的病情解釋給病人了解，也不可向病人欺騙隱瞞病況，因為已違反了醫學倫理上「絕對責任」的訴求；是故醫生醫治病人絕對不能把它當做取得報酬賺錢的手段，因為行醫濟世是醫生選擇做醫生的目的，換句話說，病人永遠是主體不是客體，這種恰似「天職」的理念康德稱之為「絕對的命令」。

康德又把責任分成完全的責任與不完全的責任二種，完全的責任是每一個人無時無刻必須力行的，如不可傷害別人，醫生的行醫濟世或警察的維護社會安全。不完全的責任則有其時空與選擇性，履行諾言是一個完全的責任，但看到一位溺水的人時浮時沉因我不會游泳或沒有承諾去幫助他，因之拯救他變成一種不完全的責任。

C. 公義情境論

由於實用論缺少了公義，而責任論又對「情境」僵直不化，因之又有了既重責任又關心情境的倫理思考方法，我們稱之為公義情境論。

英國哲學家 W.D. Ross (1877-1940) 拒絕了實用論只重結果的行為立論，但他對康德「絕對命令」的責任條例感到憂心，因之他提出了另一個論點，他雖然是一位責任論者，但認為行為結果與情境也必須在行為決定過程中加以考慮，因之他把責任分成兩種，一種叫真實責任(actual duty)，另一種叫表相責任(prima facie duty)。比方說一位醫生答應赴一個約會，信守諾言是普世的倫理，因之他一定要準時去赴約，但在他將離開醫院之前，一位急診病患正須他的醫治，雖然他有赴約的責任，但因病人的病情緊迫，而這位病人剛好又是他的病人，赴約的責任在此時就變成表相責任，或次要責任，而醫治病人變成真正責任或首要責任，換句話說，公義情境論在二個衝突的責任中，做一種理性的分析抉擇，並把絕對命

令加以情境化。

公義情境化也在思考的過程中把公平的信念加以融入，美國哈佛大學哲學家 John Rawls 也嚐試把實用論與責任論加以融合，並強調公平的重要性，根據他的立論病人與醫生應站立同地位上，醫生有責任向病人解釋病情，醫生對病人負有自然的責任(Natural duty)而病人在其自主權內也須要與醫生合作。

四、 醫學倫理教育

我們大略窺視了醫學倫理的學術論點，但在這個變化無窮的世界裡，特別是醫學知識不斷進步之際，如何應用這些理論到實際的工作上，又繼續研究，以便向層出不窮的新難題提出指引，卻是一個大考驗，今天我們看到先進國家的醫學倫理研究中心及機構正如雨後春筍相繼成立，向建立起一個不但醫技及知識進步，而且敬重人性的醫學之道路邁進。我們台灣，醫學倫理的課程，雖曾被列為選修，但大都是邀請德高望重的退休醫生來分享他們的經驗與心得，我國近十年來開始對醫學倫理提出較嚴謹的態度並把它當作一個學科來思考，可說源於 1993 年在台大醫學院召開，由教育部醫教會、衛生署，台灣醫界聯盟主辦，醫學院院長聯誼會，北美洲台灣人教授協會及醫師協會所協辦的「台灣醫學教育研討會」為里程碑。會後，定名為「醫學教育」的研討會專集也隨著出刊。台大醫學院後來也在 1996 年以「醫學教育」為刊名，出版了醫學倫理與醫學人文方面的學刊，可謂把醫學倫理的思考與研究推向一個新層次。

不過有一個問題一直徘徊在關心醫學倫理教育者的心裡，即醫學倫理很有人道主義者的味道，到底這種醫德情操的事能不能在課堂上講授？醫學倫理是一個「身教」科目或是「言教」科目呢？

雖然世界先進國家醫學院都已開有醫學倫理的課程，嚴格說起來，它應是能加以「言教」的！但如何教呢？目前我國的醫學院雖都已開有必修的醫學倫理課程，但教授的方法都有所不同。台大醫學院於 94 年開始將原來一學分的單人式講授者學改為二學分的啟發式小組教學。其他醫學院則大部份還是以大班講授法為之，有的則邀請各科醫生來演講。到底醫學倫理的教學應以什麼方法最能引出成效？目前我們的教學所碰到的問題，又有哪些呢？

爲了了解台灣醫學生及醫護人員對醫學倫理教育與醫學倫理之看法，本研究計劃寄發 500 張問卷調查表，其中包含了在學校直接發給學生的，總共收取了 386 張的回應，回收率達 77.2%。問卷對象大部份以醫學院的學生為主，有台大醫學院醫科六年級，中國醫藥學院醫學系四年級，中山醫學院醫、牙四年級，成大醫學系四到六年級，高醫四年級等。可惜北醫的問卷調查沒有回應，不過在全國 9 所醫學院（國防除外）得有 6 所回應，誠為可貴。另外馬偕醫院醫生及中榮，中山之護理人員也有部分參與問卷調查。回收問卷之分類如下：

男：56.2% 女：43.8%

職業：學生 70.2% ， 護士 22.8% ， 醫師 6.2% ， 其他 0.8%

年齡：20-25：67.9% ， 25-30：16.6% ， 30-40：10.6% ， 40-50：4.4%

等別：醫學系 65.8% ， 藥理 22.5% ， 牙醫 9.3% ， 醫管 0.3% ， 其他 2.1%

在回收之問卷調查中，明顯顯示台灣的醫學生對醫學倫理之重視不下於西方國家，但卻有三分之一的回應者表示在學習醫學倫理之前對醫倫毫無所悉，而 45% 的人表示聽過這個名詞，但認識不多。

九成以上的人表示在醫技急速發展下，醫倫已是醫護人員務必研修的課題，且又有八成以上（83.7%）表示台灣的醫學教育發展缺乏人文方面的培育。關於醫學倫理的可教性方面，幾乎一半的人反對醫學倫理不能言教。而七成以上認為醫學倫理的課程有助學習者的醫療倫理決定，又高達八成六的人認為學習醫倫能減少無謂的醫療糾紛。相同人數的人認為醫學倫理的研習應予多方舉辦，給予醫護人員機會學習研討。

至於醫學倫理的可教性（teach ability）及如何教授醫學倫理，我們可從問卷調查中發現：

- 1.醫學倫理課程之教授，有助於醫療決定（73.8%）
- 2.醫學倫理的課堂時數必須增加（55.7%）
- 3.只有 21.7% 的人認為可把醫學倫理改為選修，讓有興趣的人選修
- 4.醫學倫理應以小班，及 20 人或小於，來從事課堂學習（82%）
- 5.醫學倫理的教學應著重個案及小組討論（76.7%）
- 6.教學紀錄片或錄影帶有助於醫學倫理的教學（87%）
- 7.醫學倫理隻教學應原則理論與實際案例並重（67%）

五、 整個問卷內容與結果陳述如下：

醫學倫理教學相關議題問卷調查表

I.問卷題目：

請在下面議題上分享你的看法，比方說，議題為“學生上課時必須穿制服”，請你在 1 至 5 之間圈選你的意見。5 表示非常贊成，4 贊成，3 可有可無或不好也不壞，2 不贊成，1 非常不贊成。謝謝您！

1. 我聽過醫學倫理這個名詞，但對它認識不多。

5 4 3 2 1

(6.0)(39.1)(26.4)(24.4) (4.1)

2. 醫學倫理在醫技急速發展下，已是醫護人員必須細心研修思考的議題。
- 5 4 3 2 1
(60.6) (30.6) (6.7) (1.6) (0.5)
3. 醫學倫理在 20 世紀末期在西方被重新重視，我們不必去理會。
- 5 4 3 2 1
(2.3) (2.3) (3.4) (28.3) (63.7)
4. 目前臺灣的醫學教育缺乏人文方面的培育。
- 5 4 3 2 1
(38.9) (44.8) (11.4) (3.6) (1.3)
5. 醫學倫理的重要性不可置疑，務必強調。
- 5 4 3 2 1
(47.9) (40.2) (9.8) (1.8) (0.3)
6. 醫學倫理的主要關懷應是醫生醫德的培養，因之只能身教不能言教。
- 5 4 3 2 1
(13.7) (19.7) (19.7)(35) (11.9)
7. 醫學倫理是一種態度和認知也是專門學問，必須增加研習科目並擴充時數。
- 5 4 3 2 1
(19.4)(36.3) (28) (10.6) (5.7)
8. 醫學倫理的課程有助於學習者的醫療倫理決定。
- 5 4 3 2 1
(25.9) (49.9)(13.7)(7.3) (5.2)

9. 醫學倫理應以小班(20 左右或小於)來教導比較合適有效。
- | | | | | |
|--------|--------|--------|-------|-------|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (39.9) | (42.5) | (13.2) | (3.1) | (1.3) |
10. 醫學倫理應列為選修，讓有興趣的人選讀就好。
- | | | | | |
|-------|--------|--------|--------|--------|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (7.8) | (13.9) | (21.8) | (34.7) | (21.8) |
11. 醫學倫理的教學方法應以老師講課為主。
- | | | | | |
|-------|-------|--------|--------|--------|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (3.6) | (8.3) | (25.1) | (39.9) | (23.1) |
12. 醫學倫理的教學方法應以個案討論為主。
- | | | | | |
|--------|------|--------|-------|-------|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (25.6) | (51) | (16.1) | (6.0) | (1.3) |
13. 醫學倫理的教學方法以學生分成小組討論(5 人左右)再集合分享討論結果之方式為佳
- | | | | | |
|--------|--------|--------|-------|-------|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (26.4) | (48.7) | (20.5) | (2.8) | (1.6) |
14. 醫學倫理的教學方法應有記錄片或錄影帶做模擬討論。
- | | | | | |
|--------|--------|--------|-------|-------|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (34.7) | (52.3) | (11.4) | (1.3) | (0.3) |
15. 醫學倫理的落實能減少無謂的醫療糾紛。
- | | | | | |
|--------|--------|--------|-------|-----|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (30.3) | (45.9) | (17.6) | (5.2) | (1) |
16. 醫學倫理由各個不同科別醫師講授有看法不一易引起意見相左的顧慮。
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|

(10.4)(28)(27.7) (24.6) (9.3)

17. 醫學倫理課程目前大部分醫學院只有二學分，嚴重不足。

5 4 3 2 1

(21) (31.6) (38.3) (7) (2.1)

18. 醫學倫理的教學應以實際為主，不必談原則理論。

5 4 3 2 1

(8.5) (15) (21.2) (38.6) (16.6)

19. 醫學倫理的教學應以原則理論為主，實際案例為副，兩者並重。

5 4 3 2 1

(22.3) (44.8) (21.5) (9.3) (2.1)

20. 應多開醫學倫理研習會，使醫護人員有機會討論學習。

5 4 3 2 1

(35.8) (50.5) (12.9) (0.8) (0)

II. 背景資料：(%)

男(56.2) 女(43.8) 職業：(70.2)學生 (22.8)護士 (6.2)醫師 (0.8)其他

年齡：(69.7)20-25 (16.6)25-30 (10.6)30-40 (4.4)40-50 (0.5)50 以上

專攻：(65.8)醫學系 (22.5)護理系 (9.3)牙醫系 (0.3)醫管系 (2.1)其他

六、 台灣地區醫學倫理教學之課題

綜合這個問卷調查的結果，加上與學生訪談所得紀錄，本研究計畫，把目前台灣醫學倫理所遇到的課題，分成五項加以陳述。

1. 學生把醫學倫理當做營養學分

很多學生認為醫學倫理是一門營養學分，是學校在他們沉重的功課之餘所給予的舒鬆劑，有些學生因為它是必修又怕點名，所以不得不來上課，因為被學生認為是營養學分，所以雖然對醫學倫理無所認識，也要求高分，老師也為了學生的「營養」，慷慨施捨，看到台灣千瘡百孔的醫療現象，我們怎不質疑醫學倫理學得高分的意義？

2. 大班教學成效不彰

台灣大部份的醫學院醫學系都有上百名的學生，醫學院為了在繁多的必修課程當中再擠進一個醫學倫理，只能以大班教學行之，結果變成有醫學倫理的課程，卻難有所成效，很多學生在上課時，人在心不在(physically present but mentally absent)。在人數眾多老師管不著的情形下，利用時間研習其他課目的，大有人在。分組教學似可增進教學的效力，但學生有時間嗎？老師的負荷呢？

3. 教科書的缺乏

國際上醫學倫理的教科參考書已無遠弗屆，應有盡有，不但數量非凡，而內容也極為豐富。但到我們的圖書館一查，既沒有醫學倫理學刊，在藏書上也只有寥寥數本，而且大部份是簡介之類的。雖然也有中文的著作，但往往只是以大眾市場為對象的讀物，要充當醫學院的教科書，在內容與深度上尚嫌不足。台灣固有獨特的民俗風情，我們也不能一味的把西方的觀念當成劃一不二的典範，因之一本兼顧醫學倫理原則與我們民情的醫學倫理教科書，似乎已是當務之急。

4. 醫學倫理思考原則訓練之不足

教學上在沒有討論醫學倫理的思考原則之前，就把許多個案提出來討論，往往會使學生只能憑其本身的直覺或主觀的價值判斷做為研討的依據。有時雖然討論熱烈，但卻只是如同盲眼摸象，各說各話，無法適度的得到學習。不過如果只把重點放在思考原則之討論上，則不但整個學期教學時間不夠，而且學生也可能會覺得內容枯燥索然無味。是故二階段教學是可行的折衷方法。

5. 視聽教材的缺乏

除授課討論之教材外，我們缺乏個案討論之視聽教材，雖然外國已製作很多錄影帶供醫學倫理教學之用，但因皆以英語發音，我們學生英語領悟力尚有待加強，而派不上用場或效用零落，雖然也可以用講故事的方法把個案提出，不過如此卻失去了現實感。

七、建議

茲提出幾點建議，盼我們的醫學倫理教育能有顯著的效果，在 21 世紀初期就能培育出醫術卓著，敬重人性又誠心奉獻造福社會的良醫。

1. 二階段教學的實施:

把醫學倫理的課程分成二階段來上，首先，在初年級時先給予學習基本醫學倫理概論的機會，並把醫學倫理的理論基礎及原則做為研討的重心。到了高年級再開個「醫學倫理與醫

療行為」或「醫學倫理專題研討」的課程，使學生把在醫院的實際觀察學習中所碰到的諸問題提出來討論，或以個案專題之研討方式行之。目前台大醫學院所規劃的可做為參考借鏡。

2. 研習會的舉辦

醫學的進步不但造福人群，也帶來諸多的倫理問題，醫護人員的倫理訓練過程，文化背景及宗教信仰，將影響他們對問題的密度與見地。新世紀將更是一個團隊合作的時代，獨行俠將難於突破困境而必須在互助合作的精神下創造新的科技。生命倫理思想界也必須著重相互間的對話來提昇對問題的了解，以提出增進人性的方案。因之希望台灣生命醫學倫理學界能相互提攜，舉辦研習會，通過對話與相互學習來利益我們的學生與社會，我們能做的，至少可以從下列開始嚐試：

- a. 由各醫學院輪流舉辦醫學倫理研習會或研討會；
- b. 成立台灣醫學倫理學會；
- c. 發行台灣醫學倫理學刊，把研習會及研討會的論文整理發表，供各方參考及討論。

3. 生命倫理研究所的成立

廣泛推展生命倫理至各院校及醫療機構的最大問題，在於人才的欠缺，生命醫學倫理研究所的成立，將提供一個人才的培育機構，生命醫學倫理學便不是醫學院的專利品，先進國家的大學幾乎在每一個學院都已經開始有了生命倫理學的課程，使學生在科技專業的學習之餘，也會顧慮到人性的問題。在台灣目前人文素養每況愈下的情況下，推廣生命倫理的課程將是教育行徑。

生命倫理研究所除了師資與研究員的訓練之外，也能提供一個對生命倫理有興趣的人之進修場所，當西方國家的醫院開始設立醫學倫理委員會的時候，我們似也可以開始準備培育往後各個醫院成立醫學倫理委員會時所需要的專家。

4. 增加醫學人文的課程

對生命的奧秘越了解，越使人們感受到靈、智、體(body、mind、spirit)互連性之全人思想的重要。健康所指的不只是身體的健壯，也必須心智及靈性皆健全。要維護全民的健康並促進一個全人教育的落實，醫學院務必加強醫學人文的課程，使學生在專業的訓練外，有機會去進修增進對人性之了解的人文科目。

這些展望與期待也許與台灣的現實環境相去甚遠。但時代的巨輪永遠向前，有一天我們必須面對新情勢去思考這些可能性，其實台大醫學院的新課程規劃，已點出往後醫學教育該走的方向，誠如謝博生院長在其著作「醫學概論」一書所說：「醫學教育是人性化醫療的傳承，必須使醫學生對於醫學的人文哲學層面能夠了解、體驗、掌握，必須使醫學生能確立自己的價值觀及倫理觀，更要能確立自己的生命哲學觀，才能達成其目標。」

5. 設計一套評量醫學倫理教學成果的設計一套評量醫學倫理教學成果的工具

醫學倫理教學的成效是非常重要的，如果沒有成效，教學有何用處呢？僅用牛津大學醫學倫理學程裡就強調。在我們能夠衡量出我們教學的效果之前，我們必須發展出一套評量工具。加拿大多倫多倫理敏感評量具，就是一種評估效果之工具。台灣也應發展出一

套適合我們的方法。本人計畫於後年提出這一方面之研究。

6.倫理教育應予推擴於各層次之教育與專業

倫理思考不應在醫學院教授，歐美國家整個社會託定一個倫理價值之搖籃，但我們缺乏了類似的社會條件。因之如能從小學開始加以強調，並在各大學學院開授有關課程，對整個國家都是一大助益，並能促進社會政治，提升生活品質。因之商學院應有商業倫理，工學院應有工業倫理，教育學院有教育倫理，生命科學學院有生命倫理...等之思考研討課程。

7.教學方法應以激發學生倫理思考與決定的能力

問卷與訪談之中，學生皆表示學習思考的重要性，但過去我國的教育只重知識的傳授，缺乏方法之訓練。在最近醫學倫理學起之後，有人認為倫理抉擇應無絕對之答案，因之開授給學生自由討論，這兩種都屬極端。沒有思考方法之教學固然缺失，但只由學生憑空思索也非完全。因之在教學過程中務必由學理基礎之介紹，思考方法之訓練，再而老師必須分析由實用論來作思考方向之利弊，並提供一個道德方向，給學生參考。當然我們不是在推銷某種立論，而是提供方向。

8.醫學倫理研討會之舉辦

由於醫學思考方向可能分歧，而且我國教授醫學倫理、生命倫理、商業或工業倫理之老師都未受過專業之訓練，因之很有可能教導之結果，倫理方向極端不同，反造成社會價值思想之模糊，因之應定時舉辦研討會，提供延伸課程，使老師及專業人士有機會共聚一堂學習，使倫理思考方向不致太過分歧雜亂。當然我們不在於製造一個共同的價值觀，但避免空洞式價值自由的倫理思考是必要的！

八、 有趣的比較

從問卷調查中我們發現台灣各個醫學院的學生雖然對醫學倫理的看法非常類似，但其強調處也有些微不同。本研究也把各個醫學院之調查結果加以統計，逐一比較。比方說中山醫學院、中國醫藥學院及高醫對醫學倫理在研修前之認知比台北醫學院為低，這是不是意味台北醫學院對醫學倫理之重視大於其他學校，而使學生在研修前就有所反應呢？這是個有趣的問題但不在此研究的範圍之內。並把各校調查結果附錄於下做參考：

醫學倫理教學相關議題問卷調查表

I.問卷題目：

請在下面議題上分享你的看法，比方說，議題為“學生上課時必須穿制服”，請你在 1 至 5 之間圈選你的意見。5 表示非常贊成，4 贊成，3 可有可無或不好也不壞，2 不贊成，1 非常不贊成。謝謝您！

1. 我聽過醫學倫理這個名詞，但對它認識不多。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	0.5	1.8	1	2.6	0.5
中山牙醫系	1.3	2.6	2.6	2.8	0
中山護理系	0.3	7.5	1.6	2.1	1.0
台大醫學系	0	3.9	4.4	4.1	0.3
成大醫學系	0	0.8	0.8	1.0	0
中國醫學系	1.3	6.5	5.2	6.0	0.8
中國後三護	1	4.4	3.4	2.6	0
高雄醫學院	1.3	8.5	6.0	2.1	0.8
馬偕醫學院	0.3	3.1	1.6	1.0	0.8
總計	6.0	39.1	26.4	24.4	4.1

2. 醫學倫理在醫技急速發展下，已是醫護人員必須細心研修思考的議題。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	4.4	1.8	0.3	0	0
中山牙醫系	7.0	1.6	0.5	0	0.3
中山護理系	6.5	4.1	0.3	0.3	0
台大醫學系	7.3	4.1	1.0	0	0.3
成大醫學系	0.5	1.8	0.3	0	0

中國醫學系	11.7	6.0	1.8	0.5	0
中國後三護	6.2	4.1	1.0	0.3	0
高雄醫學院	11.4	5.7	1.6	0.5	0
馬偕醫學院	5.7	1.3	0	0	0
總計	60.6	39.1	6.7	1.6	0.5

3. 醫學倫理在 20 世紀末期在西方被重新重視，我們不必去理會。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	0.5	0.3	0	1.6	4.1
中山牙醫系	0	0.3	0.5	1.3	7.3
中山護理系	0	0	0.3	3.1	7.8
台大醫學系	0.5	0.5	0	4.4	7.3
成大醫學系	0.3	0	0	1.6	0.8
中國醫學系	0.3	0.5	0.5	7.5	11.1
中國後三護	0.5	0.5	0.5	2.6	7.5
高雄醫學院	0.3	0	1.3	5.7	11.9
馬偕醫學院	0	0.3	0.3	0.5	6
總計	2.3	2.3	3.4	28.3	63.7

4. 目前臺灣的醫學教育缺乏人文方面的培育。

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

中山醫學系	1.8	3.6	0.3	0.5	0.3
中山牙醫系	4.4	3.9	1.0	0	0
中山護理系	4.7	6.2	0.3	0	0
台大醫學系	3.6	5.7	2.6	0.8	0
成大醫學系	0.8	1.0	0.5	0.3	0
中國醫學系	8.5	8.3	1.8	1.0	0.3
中國後三護	4.9	4.9	1.3	0.3	0.3
高雄醫學院	7.5	8.5	2.3	0.5	0.3
馬偕醫學院	2.6	2.6	1.3	0.3	0.3
總計	38.9	44.8	11.4	3.6	1.3

5. 醫學倫理的重要性不可置疑，務必強調。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	3.1	3.1	0.3	0	0
中山牙醫系	5.7	3.4	0.3	0	0
中山護理系	6.2	4.9	0	0	0
台大醫學系	4.1	6.7	1.3	0.5	0
成大醫學系	0.5	1.6	0.5	0	0
中國醫學系	9.3	7.5	2.6	0.5	0
中國後三護	4.9	4.9	1.6	0.3	0
高雄醫學院	9.1	6.5	3.1	0.5	0
馬偕醫學院	4.9	1.6	0.3	0	0.3

總計	47.9	40.2	9.8	1.8	0.3
----	------	------	-----	-----	-----

6. 醫學倫理的主要關懷應是醫生醫德的培養，因之只能身教不能言教。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	0.5	2.3	0	3.1	0.5
中山牙醫系	1.6	1.6	2.3	0.4	0.5
中山護理系	0.5	0	1.6	6.0	3.1
台大醫學系	0.5	0.8	3.6	6.5	1.3
成大醫學系	0.3	0.8	0.5	1.0	0
中國醫學系	3.6	3.9	4.9	6.2	1.3
中國後三護	4.4	5.2	1.0	0.5	0.5
高雄醫學院	1.6	3.6	4.7	6.2	3.1
馬偕醫學院	0.8	1.6	1.0	2.1	1.6
總計	13.7	19.7	19.7	35.0	11.9

7. 醫學倫理是一種態度和認知也是專門學問，必須增加研習科目並擴充時數。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	1.3	3.6	1	0.5	0
中山牙醫系	2.3	3.4	2.8	0.5	0.3
中山護理系	4.1	5.2	1.8	0	0
台大醫學系	2.0	3.6	5.7	1.3	0

成大醫學系	0.3	0.8	0.5	0.5	0.5
中國醫學系	3.1	7.3	1.6	1.6	0.5
中國後三護	0	0.8	2.3	4.4	4.1
高雄醫學院	4.1	8.3	5.4	1.0	0.3
馬偕醫學院	2.1	3.4	0.8	0.8	0
總計	19.4	36.3	28.0	10.6	5.7

8. 醫學倫理的課程有助於學習者的醫療倫理決定。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	1.8	3.9	0.5	0	0.3
中山牙醫系	4.1	4.4	0.3	0.5	0
中山護理系	4.1	6.0	1.0	0	0
台大醫學系	2.3	7.8	2.3	0.3	0
成大醫學系	0.3	1.3	0.5	0.3	0.3
中國醫學系	5.2	10.1	3.4	1.0	0.3
中國後三護	0.3	0.8	2.1	4.9	3.6
高雄醫學院	4.7	10.4	2.8	0	0.8
馬偕醫學院	3.1	3.4	0.5	0	0
總計	25.9	47.9	13.7	7.3	5.2

9. 醫學倫理應以小班(20 左右或小於)來教導比較合適有效。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	3.1	3.1	0.3	0	0
中山牙醫系	5.2	2.6	0.8	0.8	0
中山護理系	3.1	5.7	2.3	0	0
台大醫學系	4.9	6.2	1.0	0.5	0
成大醫學系	0.3	1.3	0.8	0.3	0
中國醫學系	8.5	8.3	2.1	1.0	0
中國後三護	3.1	4.8	2.8	0.5	0.5
高雄醫學院	8.3	7.5	2.8	0	0.5
馬偕醫學院	3.4	3.1	0.3	0	0.3
總計	39.9	42.5	13.2	3.1	1.3

10. 醫學倫理應列為選修，讓有興趣的人選讀就好。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	0.5	1.0	1.0	3.3	0.5
中山牙醫系	1.0	0.3	2.1	4.4	1.6
中山護理系	0.3	0.8	1.6	4.9	3.6
台大醫學系	0	1.6	4.4	4.4	2.3
成大醫學系	0.5	0.5	0.3	1.0	0.3
中國醫學系	3.6	6.7	3.4	3.9	2.3
中國後三護	1	1.3	3.4	3.1	2.8
高雄醫學院	0.5	1.3	5.4	7.0	4.9

馬偕醫學院	0.3	0.5	0.3	2.6	3.4
總計	7.8	13.9	21.8	34.7	21.8

11. 醫學倫理的教學方法應以老師講課為主。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	0.3	0.3	1.6	2.6	1.8
中山牙醫系	0	0.5	2.3	3.9	2.6
中山護理系	0.3	1.8	1.8	5.2	2.1
台大醫學系	0	0.5	3.6	5.7	2.8
成大醫學系	0	0.8	0	1.3	0.5
中國醫學系	1.6	1.8	5.4	6.7	4.4
中國後三護	0.5	2.8	3.4	4.4	2.6
高雄醫學院	0.8	1.8	5.2	6.5	4.9
馬偕醫學院	0.3	0	1.8	3.6	1.3
總計	3.6	8.3	25.1	39.9	23.1

12. 醫學倫理的教學方法應以個案討論為主。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	1	4.7	0.8	0	0
中山牙醫系	2.8	4.9	0.8	0.8	0
中山護理系	2.3	6.0	2.1	0.8	0
台大醫學系	3.4	6.2	2.6	0.5	0
成大醫學系	1	1.3	0	0.3	0

中國醫學系	4.1	11.7	2.6	0.5	1.0
中國後三護	2.3	5.4	1.6	2.1	0.3
高雄醫學院	6.0	8.0	4.4	0.8	0
馬偕醫學院	2.6	2.8	1.3	0.3	0
總計	25.6	51.0	16.1	6.0	1.3

13.醫學倫理的教學方法可以學生分成小組討論(5 人左右)再集合分享討論

結果之方式教學為佳。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	1.8	4.1	0.5	0	0
中山牙醫系	2.3	5.4	1.6	0	0
中山護理系	3.6	6.0	1.6	0	0
台大醫學系	1.0	5.4	4.9	1	0.3
成大醫學系	0.8	1.3	0.5	0	0
中國醫學系	4.7	11.1	3.4	0.5	0.3
中國後三護	2.3	4.7	3.6	0.5	0.5
高雄醫學院	7.5	8.0	2.8	0.5	0.3
馬偕醫學院	2.3	2.6	1.6	0.3	0.3
總計	26.4	48.7	20.5	2.8	1.6

14.醫學倫理的教學方法應有記錄片或錄影帶做模擬討論。

5 4 3 2 1

中山醫學系	1.8	4.1	0.5	0	0
中山牙醫系	4.4	3.6	1.8	0	0
中山護理系	3.6	7.5	0	0	0
台大醫學系	3.6	7.3	1.6	0.3	0
成大醫學系	1	0.3	0.3	0	0
中國醫學系	8.5	9.6	1.3	0.5	0
中國後三護	3.6	6.7	1.3	0	0
高雄醫學院	6.7	9.3	2.6	0.3	0.3
馬偕醫學院	1.8	2.8	2.1	0.3	0
總計	34.7	52.3	11.4	1.3	0.3

15.醫學倫理的落實能減少無謂的醫療糾紛。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	1.6	3.6	1.0	0.3	0
中山牙醫系	4.9	4.4	0.5	0	0
中山護理系	5.7	4.4	1.0	0	0
台大醫學系	2.0	7.0	2.0	1.0	0
成大醫學系	0.3	1.3	0.8	0.3	0
中國醫學系	5.2	9.3	3.4	1.8	0.3
中國後三護	1.6	5.2	4.1	0.8	0
高雄醫學院	5.4	9.1	3.6	0.8	0.3

馬偕醫學院	3.6	2.1	1.0	0.3	0
總計	30.3	45.9	17.6	5.2	1.0

16.醫學倫理由各個不同科別醫師講授有看法不一易引起意見相左的顧慮。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	1.0	1.8	0.8	2.6	0.3
中山牙醫系	1.0	2.8	3.1	0.8	1.6
中山護理系	0.8	4.9	3.4	1.0	1.0
台大醫學系	0.8	2.6	3.6	4.4	1.3
成大醫學系	0.3	0.8	0.3	0.8	0.5
中國醫學系	2.8	7.0	6.5	2.8	0.8
中國後三護	1.6	3.1	4.1	1.8	1.0
高雄醫學院	1.3	4.1	4.7	7.0	2.1
馬偕醫學院	0.8	0.8	1.3	3.4	0.8
總計	10.4	28.0	27.7	24.6	9.3

17.醫學倫理課程目前大部分醫學院只有二學分，嚴重不足。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	2.3	2.8	0.8	0.3	0.3
中山牙醫系	1.8	2.1	4.7	0.8	0
中山護理系	1.3	5.2	4.4	0	0
台大醫學系	1.3	3.9	6.0	1.3	0.3

成大醫學系	0.5	0.5	0.8	0.8	0
中國醫學系	2.6	4.7	10.4	1.8	0.5
中國後三護	5.4	5.2	0.8	0.3	0
高雄醫學院	3.4	5.2	8.5	1.0	1.0
馬偕醫學院	2.3	2.1	1.8	0.8	0
總計	21.0	31.6	38.3	7.0	2.1

18.醫學倫理的教學應以實際為主，不必談原則理論。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	1.0	0.5	0.8	3.4	0.8
中山牙醫系	1.0	1.8	2.1	2.8	1.6
中山護理系	0.5	1.0	2.3	5.7	1.6
台大醫學系	1.3	5.7	4.1	0.8	0
成大醫學系	0.3	1.3	0.3	0.5	0.3
中國醫學系	2.3	4.1	4.9	6.2	2.3
中國後三護	0	2.1	3.4	4.1	2.1
高雄醫學院	1.8	2.6	4.9	6.7	3.1
馬偕醫學院	0.3	0	1.8	2.6	3.1
總計	8.5	15.0	21.2	38.6	16.6

19.醫學倫理的教學應以原則理論為主，實際案例為副，兩者並重。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	1.6	3.4	0.8	0.5	0.3
中山牙醫系	2.8	4.1	1.8	0.5	0
中山護理系	3.9	5.4	1.8	0	0
台大醫學系	2.0	5.7	4.1	0.8	0
成大醫學系	0.3	1	0.8	0.5	0
中國醫學系	2.6	11.7	3.6	1.6	0.5
中國後三護	0.5	2.8	3.9	3.1	1.3
高雄醫學院	5.2	9.1	3.1	1.8	0
馬偕醫學院	3.4	1.6	1.6	0.5	0
總計	22.3	44.8	21.5	9.3	2.1

20. 應多開醫學倫理研習會，使醫護人員有機會討論學習。

	5	4	3	2	1
中山醫學系	2.6	3.4	0.5	0	0
中山牙醫系	4.7	3.6	1.0	0	0
中山護理系	5.2	5.4	1.8	0	0
台大醫學系	3.1	7.3	2.0	0.3	0
成大醫學系	0.3	1.3	1	0	0
中國醫學系	5.4	10.4	3.9	0.3	0
中國後三護	4.4	6.7	0.5	0	0

高雄醫學院	7.8	8.3	2.8	0.3	0
馬偕醫學院	2.3	4.1	0.5	0	0
總計	35.8	50.5	12.9	0.8	0

II.背景資料：

	男	女	職業：	學生	護士	醫師	其他
中山醫學系	4.4	2.1		6.5	0	0	0
中山牙醫系	4.66	4.66		9.3	0	0	0
中山護理系	0	11.1		0	11.1	0	0
台大醫學系	9.6	3.1		12.7	0	0	0
成大醫學系	2.3	0.3		2.6	0	0	0
中國醫學系	13.5	6.5		19.95	0	0	0
中國後三護	0	11.7		0	11.7	0	0
高雄醫學院	14.8	4.4		19.2	0	0	0
馬偕醫學院	7.0	0		0	0	6.2	0.8
總計	56.2	43.8		70.2	22.8	6.2	0.8

年齡： 20-25 25-30 30-40 40-50 50 以上

中山醫學系	6.5	0	0	0	0
中山牙醫系	9.3	0	0	0	0

中山護理系	3.9	3.9	2.3	1.0	0
台大醫學系	12.7	0	0	0	0
成大醫學系	2.6	0	0	0	0
中國醫學系	19.2	0.8	0	0	0
中國後三護	2.6	7.3	1.8	0	0
高雄醫學院	11.1	4.7	2.6	0	0
馬偕醫學院	0	0	3.9	2.6	0.5
總計	67.9	16.6	10.6	4.4	0.5

	專攻：	醫學系	護理系	牙醫系	醫管系	其他
中山醫學系	6.5	0	0	0	0	0
中山牙醫系	0	0	9.3	0	0	0
中山護理系	0	11.1	0	0	0	0
台大醫學系	2.7	0	0	0	0	0
成大醫學系	2.6	0	0	0	0	0
中國醫學系	19.95	0	0	0	0	0
中國後三護	0	11.4	0	0.3	0	0
高雄醫學院	17.9	0	0	0	0	1.3
馬偕醫學系	6.2	0	0	0	0	0.8
總計	65.8	22.5	9.3	0	2.1	

九、 他山之石—美加醫學院醫學倫理之教學

美國喬治城大學甘迺迪倫理研究所是世界醫學倫理研究重鎮之一。目前被醫學界視為金科玉律的醫學倫理四原則，即出自喬治城大學。

甘迺迪倫理研究所主要的研究與教學重心在於理論上的思考，而實際的臨床倫理則以喬治城大學醫學院為主要學習地點。醫學院醫學倫理中心由世界著名的醫學倫理學者 Dr. Pellegrino 主持，他雖年事已高，對醫學倫理的關心與貢獻卻不減當年。

喬治城大學甘迺迪研究所開有無數醫學倫理課，由醫學、社會學、哲學、神學…等來探視，主要的教學法與其他大學研究所沒有兩樣，除講授外，學生的討論、自我的研究、師生間的互動是學習的重心。

醫學院的教學則以小班教學為主，因理論基礎已早先研修過，是故以個案討論，每位學生提出解決方案來相互討論磋商。

本研究計畫在考察美加醫學倫理教學中發現加拿大莎省大學(University of Saskatchewan)醫學院的醫學倫理教學，可供我們參考，因之將以此大學醫學院之教學為例，加以敘述：

莎省大學醫學院學生第一年(因係大學後，故相當於我們的醫學院四、五年級)就得研修醫學倫理，但並不以單純的醫學倫理為課程名稱，因為他們認為醫學倫理並非是單一學科，而是一種橫跨各學門的科學，因之幾乎在每個課程裡都會討論到醫學倫理的問題。

第一年的專業技巧(Professional Skill)就是醫學倫理方面的課，除討論醫學倫理思考方法、醫病溝通與關係外，也著重社區經驗(Community Experience)。首先學生在第一學年研修約 40 小時的專業技巧與醫學倫理，每位學生在上課前必須把先行發給的講義加以研讀，上課的方式先由老師摘要講述(因學生已先研讀過)，再以小組討論，每 10 人左右為一組，而每組也都有至少一位老師參與。老師會把與講述相關之個案提出，再由學生討論，提出意見，再而找出最合乎醫學倫理的答案。

第三年，也即我們的六年級，再上一門健康照護倫理(Health Care Ethics)。老師只引導學生針對問題去多方了解，提出問題，再由學生討論，不只從醫學觀點，更由倫理道德觀點。第三年的課程較少著重理論方面的思考，而是鼓勵學生去發展本身的解決方法。

上課的目的不在於老師知識的傳授，而在於訓練學生的思考分析與判斷能力，並了解倫理道德在醫療過程中的重要性並能做合乎倫理的判斷。

學生除上課外(出席率佔成績的 40%)，也有考試(以申論分析，提出解決方法為主)佔 60%，加拿大與美國的不同在於加拿大的醫學院較強調社群關係，而美國則以個人主義為主。

再則，莎省大學醫學院每個月都辦有醫學倫理研討(Ethical Seminar)，利用中午午餐時間在醫學院大講堂由三位醫師及專業學者針對每月主題，發表簡短講述，後以互談為主，開放討論。這個倫理研討使整個醫院及醫學院充滿倫理關心氣息。雖然這不是正規課程之一，但卻能帶動整體對醫學倫理的關心。

除了上述直接與醫學倫理關係密切的課程外，尚有人類成長與發展(Human Growth and Development)，發展中國家的健康照護(Health Care in Developing Countries)，醫學史，臨床相關課題(Clinical Correlations)…等課讓學生選讀。

十、結論

本研究發現台灣目前醫學院的醫學倫理教學必須突破傳統講述的方法，並且一定必須真正去感受到醫學倫理思考的重要性，不是只爲了開個醫學倫理課程而開課，沒有實際把醫學倫理在新世紀醫學中的重要注入學生腦海裡，及訓練學生從事獨立做倫理判斷的能力，就失去教授醫學倫理的意義。

加拿大莎省大學規劃誠可成爲我們的借鏡，在本研究報告「七」的建議是本研究成果的重要課題，盼我們的醫學倫理教育能真正落實其精神，造福台灣人民。

參考書目

1. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics 4th ed. Oxford University Press .1994 .
2. Bioethics Proceedings: "Too Hot to Handle?", British Council/Nature, Paris, 16 October 1997.
3. Bissonette R, O' Shea RM, Horwitz M, Route CF. Data generated basis for Medical ethics education: categorizing issues experienced by students during clinical training. Acad Med 1995; 70:1035-7.
4. Blackhall LJ. Must we always use CPR? N Eng J Med 1987; 317:1281-7.
5. Botros S.: Rights and the four principles. In: R Gillon (ed.). Principles of Health Care Ethics, pp.231-40.
6. Brazier M. Medicine, patients and the law: London: Penguin Books. 1992.
7. Brett AS. Laurence BM. When patients request specific interventions: Defining the limits of 'the physician's obligation. N Engl J Med 1986; 315:1347-51.
8. Brett AS Limitations of listing specific medical interventions in advance directives. JAMA 1991
9. Campbell CS. Pi-inciplism and religion: The law and the prophets. In: DuBose ER, Harnci RP, O'connel LJ (ed.). A matter of Principles? - Ferments in *V. S. Bioethics*.
10. Charon R, Fox RC. Criticucs and remedies: medical students call for change in ethics teaching. JAMA 1995; 274:767-71.
11. Chclala C. China's human-organ trade highlighted by US arrest of "salesmen."Lancet 199S; 351:735.
12. Childress JF. Practical reasoning in bioethics. Bloomington & Indianapolis, Indiana University Press. 1997.
13. Davidson GW. The hospice development and administration. NY, Hemisphere Publishing Corporation. 1985: pp.1-71.
14. Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.1998:
15. Dunslan OR., Lachmann, PJ. Ethanasia: Deiaith, dying and the medical duty. UK, Royal Society of Medicine Press Limited. 1997
16. ELSI (Ethical, Legal, ard Social Issues) abstracts from U.S. DOE Human Genome Program Reports, 1994 to 1998.
17. Engelhardt HTJr. The foundation of bioethics. New York, Oxford University Press. 1986.

18. Fox E. Arnold RM. Brody B. Medical ethics education: past, present and future. *Acad Med* 1995; 70:761-9.
19. Georgia Ilarkness. The sources of western morality. Sobers, New York 1959.
20. Gillon R. Medical Ethics: Four Principles Plus Attention to Scope, *BMJ* 1994;309
21. Gillon R. Philosophical ethics. Chichester. John Wilcy & Son. 1986.
22. Gina Kolata. Clone: The road to Dolly and the path ahead. The Penguin Press, 1997.
23. John Wilkinsion. Christian ethics in health Care. The Handsel Press. 1988.
24. Jonsen AR. The birth of bioethics. New York, Oxford University Press. 1998.
25. Kant. Foundation of the metaphysics of morals in ethics: The theory and practice. Valasques M edited. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall. 1985.
26. Keown J. Euthanasia Examined: Ethical, Clinical, Legal Perspectives. UK. Cambridge University Press. 1995; pp.6-3 5, pp.261-89.
27. La Puma J, Orenticher P, Moss RJ. Advance directives on admission: Clinical implication and analysis of the patient self-determination act of 1990. *JAMA* 1991; 266:402-5.
28. Lewis CS. The abolition of man. Geoffrey Bless, London. 1946.
29. Lyons D. Forms and limits of utilitarianism. New York, Oxford University Press, 1965.
30. Macintyre A. After virtue Notre Dame, University of Indiana Press. 1981.
31. Mill JS. Utilitarianism. New York, Liberal Arts Press, 1957.
32. Mkohell SW. Doctor and Patient. J. B. Lippincott Co, London, 1888.
33. Munson R. Intervention and reflection basic issues in medical ethics. Beirmont, Calif, Wadsworth Publishing. 1991.
34. O'Rourke K. A primer for health care ethics. Washington DC, Georgetwon University Press, 1994.
35. Parsons AH, Parsons PH. Health Care Rthics. Wall & Emerson, Inc. Toronto, Ontario, Middletown, Ohio, 1992.
36. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: Deciding to Forego Life — Sustaining Treatment. 2nd ed. Washington DC, VS Government Printing Office. 1987; pp. 136-3 87.
37. Rachels J. The end of life: Euthanasia and morality. Oxford, Oxford University Press. 1987.
38. Rawls J. A theory of justice. Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1971.
39. Raymond SE, John RG. The ethics of health care. Delmar Publishers Inc. Big Rapid, Michigan. 1994
40. Ross RD. The right and the good. Oxford, Oxford University Press, 1930.
41. Shorter E. The health century. New York, Doubleday. 1987.
42. Steinberg MD, Youngner SJ. End-of-life decisions: A psychosocial perspective. Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc. 1998
43. Tai MC. Medicine and morality. *J Med Education (Taiwan)* 1997;1:11-20.

44. The future of medicine. Time, Jan. II, 1999 Vol. 153 No. 1.
45. The Hasting Center guidelines on the termination of life -sustaining treatment and the care of the dying New York: The Hasting Center.1987.
46. Iwycross R. Introducing palliative care. New York. NY. Kadcliffe Medical Press Ltd. 1997.
47. Veatch RM. A theory of medical ethics. New York, Basic Book. 1981.
48. Veatch RM. Medical ethics. Boston. Jones & Barlett Publishers. 1989:17.
49. Waller A, Caroline NL. Introduction to palliative Care. Handbook of palliative care in cancer. Newton, MA Butterworth-Heinemann. 1996.
50. 戴正德・李明濱，「醫學倫理導論」，台灣台北，教育部，2000。