

醫學倫理通識課程之研究

1. 陳中庸 2. 戴志展

1. 通識教育中心 教授 2. 公共衛生學系 講師

摘 要

本研究旨在探討國內醫學院校「醫學倫理」的教學效果與價值，擬就醫學倫理之歷史發展及醫療形態變遷的瞭解，現代醫學倫理內涵的把握，並就國內醫學院校師生及從業醫師對「醫學倫理」教育的認知與態度，從而研擬一套適合醫學院校「醫學倫理通識課程」之架構模式。

本計劃之目的在透過對國內醫學院校之調查，以瞭解各校「醫學倫理」教學情形，舉凡課程內容，教學方式，師資陣容，學分安排，以及師生對該課程的態度與認知，作全盤分析，以作為規劃該課程方案之依據，讓教育從業人員都能了解什麼樣的教學方式，什麼樣的課程內容，最能激發學生的學習動機及產生良好的學習效果，並建立學生對此一課程的信念與興趣。此研究結果可提供醫學院與教育當局開設課程之決策與參考。

關鍵詞：通識教育、通識課程、科際整合、醫學倫理學、兩難問題。

壹、緒 論

一、問題背景

民國七十三年四月五日，教育部發佈「大學通識教育選修科目實施要點」，通知全國各公私私立大學及獨立學院查照辦理通識課程選修制度，這是近數十餘年來我國高等教育史上的重要發展。在「實施要點」中，教育部指出：「當前大學教育由於分科過早，學生缺乏本門以外的知識與研究方法，所以大學畢業生不免目光侷限一隅，無法全面觀照現代知識的發展。本要點旨在配合現行部頒『大學必修科目表施行要點』第七點之精神，使學生在自由選修中可以獲得較佳的通識教育。」並進一步解釋說：「大學教育的目的，不僅在培養有能力的工作者、生

產者，而且在培養懂得生活，了解生活之知識份子。」

『大學必修科目表施行要點』第七點之規定，其用意並不在於灌輸各學科龐雜、瑣碎的知識，而在於讓學生通過這些課程，了解自身與自身（包括生理或心理之自身）、自身與社會環境、自身與自然世界等，相互之間的種種關聯，使學生生活於現代社會而善知如何以自處。同時，強調人類取得這些識的方法，使學生日後對其他學科知道如何入門，知道如何在本門工作上借助其他學科的方法，甚至知道如何批判各門知識的根源與限度，以利於科際整合，拓寬研究的視野。

在上述對大學教育目的的認識之下，教育部要求各大學院校在下列七大學術範疇內開授各種選修科目：

- (一) 文學與藝術
- (二) 歷史與文化
- (三) 社會與哲學
- (四) 數學與邏輯
- (五) 物理科學
- (六) 生命科學
- (七) 應用科學與技術

上列選修科目之基本範疇，所包括之科目應作廣義之解釋。為顧及各校之師資、設備及其他狀況之差異，本要點對實際開授之科目不作硬性規定，以發揮各校教育之特色。為提供學生充分之學習機會，各校宜儘量提供多種選修課程，提昇其多樣性。各科目如因教材幅面較廣，可由數位教授擔任，輪流講授；對於牽涉價值判斷的課程，學生可同時接觸不同學說，使思慮活潑，心胸開放。各科目之講授，可作概略性介紹，亦可就特殊論題講授，每年更換論題。所選論題或方法，以具代表性且易引起學生興趣為準。為避免修課學生程度差異太大，而影響教學效果，每年開課時宜註明選修之條件，使不同程度的學生皆有選修機會。教學方式宜講授與討論並重，必要時，輔以參觀或實習。為提昇選修科目之教學效果，各科開授時，宜提供參考書目或指定教材，俾使學生選讀。

以上所述，即為我國大學通識教育選修科目實施要點之內容，亦即為我國通識教育與通識課程之所由來。

二、研究的動機與目的

近代科學發展的趨勢越來越專門化，各行各類的分工也越來越精細，因此每一門工作者鑽研其專門領域已竭盡思慮，自然很少有餘暇去思考別的部門相關的

問題，更遑論人類社會整體的問題。

通識教育課程的設立，是要依通才而非專家的方式去思考，就是希望藉著大學的教育設計，使學生在自己專門的科目之外，也接觸其他領域的學問，不但想藉此擴大學生的視野，同時也希望訓練他們的綜合融會的能力，更希望培養他們對人類社會的關懷與瞭解。尤其對醫學、理工科的學生，我們的計畫是想透過歷史上重大的文化或思想問題的思考，透過對當前社會變遷的探索，培養學生之人文素養，瞭解人與社會的現象，充實學生之文化資源，藉以開拓學生之胸襟器宇，加強其立足於多元化現代社會之能力。我們希望透過這樣的努力，使醫學院校的學生，不僅是某一行的專家而已，同時也會慢慢地成為社會的領導人與設計者。

我們必須了解，醫學有兩大內涵：一為科技內涵，一為倫理內涵。前者是利用生物與醫學科技方面不斷創新的知識，用來達成預防、診斷或治療(包括復健)疾病的目的；後者是本諸倫理學的基本原則，藉著醫者的仁心，用來協助病人，使其能避免、減輕或縮短因疾病而帶來的危害與痛苦。國外有人常將醫事專業稱為「照顧或助人的專業(caring or helping profession)」，稱醫事人員、特別是臨床醫師為「社會上值得尊敬的一群(honorable members of the society)」，顯然是鑒於醫學在倫理上具有此一崇高的內涵。醫事倫理學就是一門旨在協助醫事專業人員瞭解醫學中倫理內涵的學科。

在二十世紀五十年代以前，醫學倫理本質上幾乎皆為規範倫理，它所認定的善惡與是非都是絕對的，而且是不解自明的，其實就是先賢心目中所謂「醫德」，也就是專業的禮節或醫界的行規。但在六十年代以後相繼受到重視的醫學倫理問題，其中絕大多數都是評估性的，它所判定的是非多是相對性的。因之和往昔的醫學倫理相比，本質上有明顯的差異。但往昔與當今對醫事倫理的重視，則無差別，反而在今天醫德落沒的時候，對倫理的重視更顯得更加的迫切與需要。

大學教育的目的是在培養高品質的人，也就是在造成良善的品德與豐富的知識。每個人應了解且常思考人生的真諦、人生的價值，了解對歷史、社會、國家的使命與責任，從而建立其奉獻精神，為達成此目的，需要比較廣泛的知識基礎。除了本國文化外，對外國文化亦應了解，當然也應注意倫理道德的修養。我們除本行的知識外，對一般知識的了解還需要有相當的範圍，尤其做人處世之道，更

不能忽視。

大學通識教育選修科目實施要點規定：對實際開授之科目不作硬性規定，以發揮各校教育之特色，我們認為醫學院校的教育目標，不僅在培養學有專精的醫事人才，還需要有深厚的道德修養，我們認為「醫學倫理」課程是醫學院校學生人人必修的課程，它是醫學院校通識課程的中心，其重要性遠在其它課程之上。

四十年來經濟發展，使我國呈現一片民生富裕繁榮景象，然而就在這快速經濟成長中，也使得整個經濟結構產生急劇變化。它不僅凸顯了既有的社會問題，也衍生出無數倫理道德的反常現象。影響所及醫療行為也充斥著濃厚的功利色彩，道德淪喪，實乃當前社會之一大隱憂，自然引起國人對「醫學倫理」教育的關切。

現代醫學教育，無論在歐美、日本或在我國，課程的安排，對於倫理學(道德哲學)、醫學倫理、行為科學等之教學，分量都嫌不足，因此，習醫事的人，是否因為所受的倫理薰陶不夠，以致醫德的培養積效不彰，這是值得我們深入探討的。如何振興醫德改善社會風氣，與加強醫學倫理教育的效果，遂成為本研究計劃之動機。

醫學倫理課程設置的目的，最主要在於讓學生了解醫學倫理教育的意義，知道照護病人的基本原則與醫事專業人員的倫理義務，以及熟悉如何正確處理與倫理有關各類臨床問題。這是醫務人員最起碼的修養。醫學倫理課程其實就是道德教育、人品教育的課程，為教育中最重要的部份，可惜長久以來一直被忽略。

有人認為看病靠技術，與道德修養無關，還有人認為專業課程(技術)都顧不了，那還有時間去進行醫德修養?這實在是一種非常錯誤的觀念，殊不知一個醫務人員如果缺乏醫德修養，醫療技術就有可能發揮不出來，例如遇到垂危病人時，如果考慮個人得失，怕惹麻煩，甚至拒絕給予治療，醫療技術自然無從發揮，因其缺乏視病如親的情懷，及不負責任的態度，醫療結果還可能危及患者的健康與生命。反之，一個具有醫德修養的醫務人員，他會千方百計地為病人的健康作出最大的努力，如果本身技術差，他會虛心努力去學習，為了對病人的生命與健康負責，他會忘掉個人得失，勇於承擔責任，自然會培養嚴謹的態度。由是觀之，

醫德修養的好壞，不只是決定醫術能否正常發揮的保證，而且它本身就是醫治病
人活動中一個不可或缺的因素。

本研究除對時下瀰漫著一種「重術輕德」的錯誤觀念提出糾正外，並就當前
國內醫學院校醫學倫理教育的實施情形，作全面的了解，擬設計一套能啟發學生
學習動機與興趣，同時能兼顧理論與實際，以期學以致用的「醫學倫理」通識課
程，實為本計畫的目的。

三、研究問題

本研究在透過對國內八所醫學院校之調查，以瞭解各校「醫學倫理」教學情
形，舉凡課程內容、教學方式、師資陣容、學分安排，以及師生對該課程的態度
與認知，作全盤分析，以作為規劃本課程方案之依據，讓教育從業人員都能了解
什麼樣的教學方式，什麼樣的課程內容，最能激發學習動機及產生良好的學習效
果，並建立學生對此一課程的信念與興趣。

根據上述研究目的，本計畫擬探討問題如下：

- (一) 國內醫學院校開設有「醫學倫理」課程實施的情形。
- (二) 國內醫學院校的「醫學倫理」課程應包含那些課程內容。
- (三) 國內醫學院校的「醫學倫理」教學應採取什麼方式較為適當。
- (四) 國內醫學院校「醫學倫理」的教學考評應採什麼方式？
- (五) 國內醫學院校「醫學倫理」課程應由誰來擔任？
- (六) 國內醫學院校「醫學倫理」教學上遇到最大困難及本課程不受重視原因
之所在。
- (七) 醫學院校師生及從業醫師對「醫學倫理」課程態度與認知。

貳、文獻探討

我國「春秋之世，周政失綱，諸侯攻伐，子弑其父，臣弑其君，社風敗壞，
民生塗炭。孔子目觸心憂，思謀挽救，認為先聖倫理之教，實為建設個人、安定

社會之重要準則，於是加以研究發展，以君臣、父子、兄弟、夫婦、朋友為五倫之體，以人性之智仁勇三德為倫理之用；於是中國倫理體用兼備。

可見，倫理在春秋時代就為孔子重視提倡，成為中華文化精髓之一。醫師為病患治病救命，本來是一種高尚的服務，但是後來逐漸走進收費維生的職業。是在西洋紀元前五世紀時代，西醫的元祖「希波克拉底」(Hippocrates)就提倡醫師的規範，即所謂的「希氏誓約」(Hippocratic Oath)。一九四七年世界醫師會(WMA)將希氏誓約以現代語言重譯為「日內瓦宣言」，就是「醫師宣言」。其主旨為：以良心和尊嚴從事醫業，以病人的健康為首要的理念，保守病人的秘密，視世人為同胞，不分宗教、國籍、種族、政黨、地位等盡責救治，尊重胎兒生命，不運用醫學知識做違反人道等事。

近幾十年來，國內外有關討論醫學倫理的主題，幾乎都集中而環繞著醫師的倫理問題，其實隨著醫學科技的進步，廣義的醫學倫理的範疇，已經不僅僅涉及醫師而已，而是與各類醫事人員、醫藥科技人員、與醫藥相關的企業管理人員等等多方面的人士，有非常密切的關係。那是因為每一個人的一生牽涉到的領域很廣，有教育、宗教、職業、家庭、固有文化、道德觀念及傳統醫學等等多方面的領域，在在都會影響到每個人的肉體與心理的健康。所以，我們現在研討醫學倫理的問題，就要從認識廣義的醫學倫理著手。

我們都瞭解醫療行為的決定，除了醫師之外，尚取決於護理人員、社會工作者、藥師、牙醫師、以及其他衛生技術人員，甚至非醫護人員也參與醫療上的選擇。例如病人自己、父母、養護人、監護人往往也參與選擇醫師(中醫或西醫)及醫院診所，或參與決定就醫或不就醫、或往教堂祈禱、或往寺廟求神卜卦等等。除外，夫妻間決定節育、墮胎、培育試管嬰兒、實施人工受精等；立法委員研商決定醫療相關的法律；法官判定安樂死的合法性等等直接間接都涉及醫療行為，由以上情形，我們可知醫學倫理涉及的層面甚廣。

另外一個與醫德相關的因素，就是醫療糾紛問題。由於病人向醫師敲詐性糾紛事件的發生，近年來成正比例的增加，因而多少帶給了醫師行醫時一種無形的壓力，這種壓力的存在，難免會給醫師某種程度的影響，以致產生了醫師不能無後顧之憂的行使醫療行為，嚴重時，甚至避重就輕，因此，行醫的服務品質降低，

這也是我們探討醫學倫理時，同時要考慮的因素之一。

除外，醫學科技突飛猛進，發明了更進步的診斷檢查儀器，醫師爲了求得更精確的診斷，往往要詳細檢查，檢查項目增加，檢查費用相對的也激增，患者負擔的醫療費用也會增加。在如此情況下，如果醫師不很「謹慎、節儉」的選擇檢查項目，就會增加患者不必要的開支，往往也會破壞醫生與病人間的和諧關係。

當然，學校應該教導學生正確的使用檢查儀器，正確的運用科技，不必要的檢查要避免，以免除病人的誤解。

早期，因爲藥品較便宜，檢查及醫療儀器較少，現在因爲醫學科技進步，儀器及藥品的種類增多，其成本都比以前昂貴，因此醫療費用也比以前增加，同時免費施醫的情形也少了，多少影響社會大眾對醫師的「好形象」。二者之間的關係，比以往淡薄多了，尤其是健康保險制度擴大實施以來，更改變了醫師與患者的關係。

其次，對於照顧長期住院的病人、加護病房之病人及植物人，是否付出應有的耐心與愛心，對於病人「安樂死」的處理，人體器官移植，試管嬰兒之培育及遺傳工程等技術之運用，也會涉及到醫師的醫德問題。

一、現代醫學倫理學之探討

醫學是整個科學的一部份，它的發展一方面取決於它自身，另一方面取決於整個自然科學和社會科學的發展。尤其是物理學、化學和生物學對它的影響更爲直接，更爲明顯。X 射線與天然放射線的發現使臨床診斷學和治療學發生了重大的變化，物理學家和醫學家合作，運用物理學的成就，研究機體的結構與功能，從而產生了許多嶄新的科學，如生物力學、生物流體力學和生物材料學等等。

(一) 醫學現代化衍生倫理學新的問題

物理學的革命，推動著化學的發展，使整個化學的面貌發生巨大的變化，直接推動著藥物化學的建立和發展，每年都有成千上萬種的新藥問世或投入臨床使用，雖對臨床治療帶來方便與療效，也衍生不少倫理學問題。同時，現代科學

技術的現代化；也武裝了西方的醫學，過去醫學中不能解決的許多難題，現在開始得到解決，如人工器官的研製：人造心瓣膜、人工心、人工肺、心臟起搏器、人工肝、人工腎、人工胰腺、人造氣管等等，這些人工器官一方面提高了醫療質量，促進了臨床醫學的發展，另一方面也產生許多倫理的新問題。

尤其是從二十世紀五十年代起，生物學由細胞水平進到分子水平和量子水平，產生分子生物學和量子生物學。此外，對蛋白質與核酸結構和功能的研究也突飛猛進，這對免疫學和遺傳學的研究有很大的推動，對膠原性疾病和酶的研究也向前推進了一大步。隨著分子生物學的興起，也出現了許多新課題，如基因工程、人工受精、試管嬰兒、控制生育、優生學、器官移植等等，一系列倫理道德問題也一一呈現於醫學倫理學的面前。

（二）現代醫學倫理學的問世

二十世紀以來，許多醫學家、倫理學者和哲學家，他們對於醫學現代化給醫學倫理學提出新要求和新問題，進行了研究、整理、概括和總結，使醫學倫理道德系統化和理論化，把醫學倫理學推向新的階段—現代醫學倫理學階段。例如：Jonser 和 Hellegers 於 1973 年對醫學倫理學作了全面而有系統的論述，他們認為醫學倫理學由三部分組成：

1. 善的理論 強調醫務人員對待病人除了應具有一般的道德規範以外，更重要的要有善良的內心意願和動機，且正直、仁慈、莊重和值得病人信任。
2. 義務的理論 醫務人員對病人的道德義務。即判斷醫生行動正確和錯誤的標準，分析醫生的意向和後果、動機和條件的關係，目的是保證醫學上的行動在道德上的正確性。
3. 公益的理論 醫學這種社會性事業是否公正的問題，因其是社會性事業，就有收益與支出的分配問題，也就是是否公正問題，這一部份，實際上是衛生工作的方針政策與體制問題。

1976 年美國出版了《醫學中的道德問題》一書，書中全面地論述了醫學倫理學問題，其中最主要內容有

1. 醫生與病人關係中的道德問題。
2. 與生死有關的道德問題。

3.社會規範的道德問題。

此外，還有醫藥資源的分配問題。

二十世紀五十年代以來，制定的國際公約很多，其中影響較大的有

1947 年的紐倫堡公約(The Nuremberg Code)

1948 年的日內瓦宣言(Declaration of Geneva)

1949 年的醫學倫理學國際公約(International code of Medical Ethics)

1964 年的赫爾新基宣言(Declaration of Helsinki)

1968 年的雪梨宣言(Declaration of Sydney)

1973 年的瑞士會議制定的文件(Statement on the use of Computers in Medicine)

1975 年的東京宣言(Declaration of Tokyo)

這些文件對醫師在人體試驗、器官移植和遺傳工程等研究領域中的倫理道德原則作了具體的規定。

(三) 現代醫學倫理學的內涵

現代醫學倫理學的發展，至今已有五十餘年的歷史，由於科技發展及生活的多元化，醫學倫理所涉及的層面越來越廣，所衍生新的倫理問題也越來越多，醫學倫理學的範疇勢必與日俱增與擴大。至於現代醫學倫理學的內涵，主要的有列幾項：

1. 道德責任

1949 年世界醫學會採納的《日內瓦協議法》宣佈：「我莊嚴地宣誓把我的一生獻給為人道主義服務，我首先考慮的是我的病人的健康，凡是信託於我的祕密，我均予以尊重。」

「在我的職責和我的病人之間，不允許把宗教、國籍、種族、政黨和社會黨派考慮進去。即使受到威脅，我也將以最大的努力尊重從胎兒開始的人的生命，決不利用我的醫學知識違背人道法規。」

1953 年國際護士會議採納的《護士倫理學國際法》中規定：「為人類服務是護士的首要職能，也是護士職業存在的理由。護士的基本職責包括三方面：保存生命，減輕病痛和促進康復。」

1975 年通過的《東京宣言》序言中寫道：「實行人道主義而行醫，一視同仁

地保護和恢復人體的、精神的健康，去除病人的痛苦是醫師的特有權利，即使在受到威脅的情況下，也對人的生命給予最大的尊重，並決不應用醫學知識作相反於人道法律的事。」

1971年蘇聯公佈的《蘇聯醫師宣言》中寫道：「把我的全部知識和權力貢獻給保護和增進人類健康、治療和預防疾病。在社會需要的地方自覺地工作。隨時準備投入工作，認真、關心地治療病人；保守醫療秘密。不斷改進自己的醫學知識和技術，通過自己的工作發展醫學和實踐。」

Freide 於 1974 年提出：「醫師對病人關係的傳統概念是對病人健康的無限忠誠，醫師不應作任何妨害病人健康的事情，必須盡一切努力來促進健康，醫師應無限忠誠於病人的利益。」

Jonsen 和 Jameton 談到醫生的社會和政治責任感時指出：「醫生的第一項道德責任是對他們的病人給予應有的照料和親切的關心，其社會和政治責任考慮，不能做為理由來限制、中斷或終止在這責任中所進行的活動。」

2. 人體實驗

有關人體實驗的目的，1964年的赫爾新基宣言中寫道：「包括以作為受驗者的生物學研究的目的，必須是旨在用以增進診斷、治療和預防等方面的措施，以及為了針對疾病學與發病機理的了解。」

1969年紐約出版的《人體實驗，世界基督教組織協商會議報告》一書，列舉了人體實驗的四種基本特徵

第一種特徵：實驗科學

每個人都有生理和心理的特點。所以甚至對每個人採取的保守療法，在某種程度上都是一種帶有冒險的實驗。在這種意義上，醫學始終都是一種實驗科學。

第二種特徵：驗證效果

醫生同時又是科學家，而患者則是實驗對象。治療患者儘管仍是主要目的，但在治療過程中則要積累資料，借助這些資料來檢驗和驗證假設，治療方法和藥物效果，以及論證新的見解。

第三種特徵：豐富生理學與生物學的知識。

為重大的臨床研究而制訂的另一種試驗方法。這種試驗的主要目的不在於立即取得某些治療效果，而是為了豐富生理學方面、生物學方面和一般心理功能方

面的知識。

第四種特徵：增加倫理學的複雜性。

隨著人的生理學的新成就和把這種成就用於社會問題。隨著醫生將成為這個過程的參與者，增加了倫理學問題的複雜性。

有關人體實驗的原則，《紐倫堡醫學法典》第一款規定人體實驗必須使受試者知情，並自由地表示同意。

美國醫學會於 1946 年制定了人體實驗必須遵守三項倫理學原則

第一，必須徵得受試者的自願同意。

第二，實驗的危險性必須在以前曾用動物實驗研究過。

第三，實驗必須在適當的醫學保護和管理下進行。

1964 年赫爾辛基宣言中云：「病人的健康必須是我們首先認真考慮的事。」國際醫學道德標準的規定也宣稱：「任何可能減弱人們身體上或精神上的抵抗力的行為或意見，只有當它是為了受實驗者本身的利益時才可以使用。」在使用新的治療措施時，「醫生要給病人提供充分的解釋並獲得病人自由表示同意。」在非為病人的臨床研究中，「在使病人充分知情後，沒有病人的同意。」什麼也不能做。

綜上所述，人體實驗的倫理學原則，可概括如下：

- (1).知情原則－不應該向受試者有絲毫隱瞞。
- (2).自願原則－充分尊重受試者的個人願望，徵得受試者的自由同意。
- (3).病人利益原則－實驗應取決於病人的利益。
- (4).保健原則－實驗必須在適當的醫療保健下進行。
- (5).人體實驗的基本前提－實驗前必須經過動物實驗。

在人體實驗原則上存在兩種不同的意見：一種主張放棄知情同意原則，認為可以犧牲少數人使多數人得到益處，另一種意見，則表示反對。

3. 器官移植

歷史醫學的出發點是防治疾病、保障健康、造福人類，因此臨床醫學的治療原則是既不損害病人，又要幫助病人自救。然而器官移植，如果從健康人身上摘取組織和器官，必然會降低和破壞其正常機能，這是否合乎醫學倫理道德呢？如果從瀕死病人身上摘取器官，這首先關係到死亡的定義是什麼的問題。生命的主

體是心臟或是大腦?如何判斷人是否死亡?這就十分尖銳地提出醫學倫理學方面的問題。

1968年美國醫學會發表了器官移植的倫理學原則：

- (1). 必須保持醫生對病人健康的關心和忠誠的原則。
- (2). 知情和同意原則。
- (3). 關心病人第一，發展醫學第二的原則。

4. 安樂死

臨床上一些垂死的病人，在其本人或家屬的請求下，醫生是否有權終止其生命?醫學界、哲學界和倫理學界對這個問題討論很熱烈，但尚未取得一致意見，但他們原則上認為安樂死在倫理道德上是可容許的，不過對其出發點和採取的方法存著兩種不同意見。

一種認為安樂死在道德上的可容許性是符合患者的切身利益，其它考慮只能是第二位的。另一種則認為安樂死在道德上的可容許性，不僅要考慮患者的切身利益，而且要考慮親屬、醫護人員、有限的醫學資源以及可移植器官的好處。安樂死的分類：

(1). 按病人是否有機會表示願意與否，可分為自願的與非自願的安樂死兩種。

(2). 按是否由他人採取行動，可分為消極的和積極的安樂死兩種。

現在許多醫學家和倫理學家贊成施行自願的安樂死。他們認為現代醫學水準無法挽救的垂死病人，只要病人願意，就可以施行安樂死，結束其生命。如美國哈佛大學教授 Arrom 認為，對於垂死的病人應盡可能給予自由的信息與充分的選擇。還有的學者主張，只要符合病人利益，積極或消極，自願或非自願的安樂死都是允許的。有的學者則不贊成非自願的安樂死，他們的理由是：每一個無辜的人都有權活著，活著是一個人最基本、最重要的權利，活著總比死好。有的學者則駁斥這種主張，他們認為有權活著本身並不是處於壓倒一切的地位，而死也並不總是壞的，痛苦的、空虛的生命比死更壞。

5. 人工流產與控制生育

古代的醫德和傳統的觀念都把人工流產和節育當作是違反道德的行為，甚至認為是一種犯罪行動，醫生絕對不能參與婦女的墮胎，這在希波克拉底誓言中也

是非常重要的。這種傳統道德觀念相傳兩千多年，在人們的頭腦中是根深蒂固的。但隨著醫學與醫學倫理學的發展，人口控制理論得到社會廣泛的承認，以及西方社會風氣的改變。人工流產和節育已得到法律的允許，人們的道德觀念也在發生變化，現在國外普遍認為人工流產和控制生育在醫學倫理學上是完全允許的。

6. 基因工程

在六十年代已經可以聽到人們警告說，細菌基因的重組合或複製，雖有用處也有害處。近二十年來基因工程的發展，不但迅速而且深入。科學家們用大腸桿菌(特別是 K12 型大腸桿菌)作基因的置換重組合。重組合的基因像正常天然的基因一樣，具有遺傳性，可以傳之於子代。利用這種組入的基因的遺傳性，科學家們正在用來生產胰島素、垂體前葉生長激素、人抗體、人干擾素以及用於制作疫苗的微生物蛋白質等有用物質。但是這種新組合的遺傳基因在另一方面也潛存著一種危險。大腸桿菌是人類腸道中正常存在的細菌，倘把有害基因例如癌細胞基因組入大腸桿菌，則基因工程也可以給人類帶來製造並繁殖癌細胞的威脅。

科學家們以及關心這方面問題的人們，鑒於既能造福人類，但也帶來有一定的潛在威脅，所以就正面地肯定這一先進科學的價值，並且集中世界上優秀的科學家來努力發展它的同時，在另一方面要在此項工作中實行極嚴格的管理。

綜上所述，僅列舉數端以說明當代醫學倫理學的特徵，我們都知道社會不斷的變遷，經濟持續的進步與發展，人類思想觀念的改變，醫學倫理所涉及的範圍自然越來越大，實非上述六項所能概括。事實上，在今日社會已衍生許多新的醫學倫理問題，如醫療糾紛層出不窮，我們則須制訂醫療法規加以規範，又如老人人口增加，安寧照顧問題等等也都成為今日醫學倫理學之重要內涵。

二、國內醫學院校實施醫學倫理教育之概況

自通識教育被當作為一個大學教育的理想提出後，各方人士紛紛從不同角度提出各種關於大學通識教育的意見，充實了教育部實施通識課程選修制度的理論基礎。歸納近年來實際所發表的言論，大學通識教育之所以有其必要，乃基於下列幾個理由：

(一)促進人文學術與自然科學的交流：我國高中教育自然科學與人文學術過早分組，再加上大學聯考制度的僵化，使大學教育中「人文」與「科技」形成

兩大壁壘，如同 C. P. Snow 所謂的「兩個文化」，許多人士早深引為憂。幾十年前，我國的一些大學，都規定文法科的學生須選若干學門的理科課程，理科學生須選修若干人文學科或社會學科的課程，這規定大致仍維持至目前。這種作法著眼在以通識教育作為「人文」與「科技」之間的橋樑。我國傳統教育的毛病在於偏重通才，不重專業，現在情形恰好相反。由於社會趨於專業化，個人必須有一技之長，職業才有保障，但這種純粹以職業為主導的教育取向，應有自覺改變的必要。通識教育旨在促使自然科學及社會科學交流，使人文精神灌注於各種科學研究的領域之中。

(二) 加速從傳統到現代的轉化：近年來國內知識份子所關懷的重大課題之一就是如何促使傳統中國文化加速其現代化。李亦園先生曾說：「現代所說的文化應該是過去傳統文化與新的環境配合適應於現代社會。……若能將中國文化真正精神提出，想辦法利用到現代社會，是很有用的。這樣的研究，可補救現代工業社會過份機械化、功利化的影響，對未來人類的發展必有益處。」因此，許多人認為通識教育是一條從傳統社會通往現代化社會的重要途徑。

(三) 促使教育從割裂走向整合：長期以來，我國大學教育偏重於專業教育，課程過於割裂。大學生應是高尚品質的人，不只是某一專門知識領域的專人。大學畢業生成為科學家或工程師前，應先做一個完整的人，培育一個完整的人才是最重要的。台灣三十多年來的教育方向，一直走實用、功利的知識，尤其是科學知識。這樣的教育只能培養單向度的人。這種理論要求教育目標從「專業本位教育」走向「人性本位的教育」，其實它與「科技人文化」的呼聲是互通的。

我國各大學依教育部之規定，實施通識教育以來，各方人士關於大學通識教育的具體及細節問題，爭議甚多，但在校園內師生對於通識教育則多持肯定的態度。均認為「通識教育」有繼續實施的必要，這一點非常重要，因為這表示在校園裡無論老師或學生仍然對通識教育予以肯定。當然也有它的許多的缺點，這是在所難免的，這也就是我們要探討而力求改進的重點。

當前國內實施通識教育所遭遇的問題，非只一端，僅就兩項最重要的來說明。

(一) 學生心態問題：其實此一問題是由於教育結構性問題所引發的。我國現階段社會日趨功利，學術基礎較弱，大學通識教育在這種社會及結構之下，不

易真正生根。在中學階段，教師教學方法及目標，皆在訓練學生應付升學考試，致學生養成不正確的求學態度和習慣，對學術沒有興趣，升學的動機是為獲取學位，沒有較高的理想，不屑努力於「知識基礎」的奠立。面對資訊發達，工業進步，現代化加速發展的背景，他們成為徬徨無依的浮萍，想振作，欲振乏力，想奮鬥，不知方向，想努力，沒有師友相扶持，他們沒有思想、沒有氣魄、沒有擔當。現在各界人士所提倡的大學通識教育，就是針砭時代病痛的良藥，但這帖良藥卻為社會及教育結構所架空，令人浩歎。大學通識教育絕不能脫離社會教育、家庭教育，乃至於中小學教育而孤立存在，因此，當前我國大學通識教育首次面對的就是如何透過整體社會及教育結構的改善，奠定紮實的基礎這個問題。

(二)師資問題：任何形式教育之中，教師的重要性不言而喻。我們認為影響通識教育成效最重要關鍵在於教師是否恰當。因為通識教育主要在教給學生有寬廣的眼光及綜合的能力去吸收理解現代知識，因此專業很高的教師未必能勝任此類課程，大學教授大多是專業教師，特別是醫學院校通識課程的師資不多，課程不免流於形式，教師教學態度不夠認真，上課多屬閒話家常，未能精心設計課程以滿足同學的需要。

「醫學倫理」是醫學院校通識教育的中心課程，是醫學院校學生必須要探討的課程，多年來實施所遭遇的問題如上所述，師資問題及學生心態問題實為整個問題的中心。「醫學倫理」教學，在過去一向由資深的教授(學醫的)或附設醫院院長所擔任，資深教授往往身兼數職與醫院院長一樣，行政工作繁重，授課時，憑其一生從事醫務的經驗，閒話家常，能講多少算多少，很難針對學生的需要設計一套完善而實用的課程。在學生心中自然產生不良的反映，認為這只是「營養」學分而已，同時師資平時沒有培育，往往造成斷層。至於學生對課程錯誤的認知，也是一大問題，他們總認為專業課程才是主科，倫理課程只是副科中的副科，一來資格考不必考，二來在臨床醫療也用不上，花時間學那些抽象的理論是一種浪費，而本課程僅有一學分，通常每兩週才上課一次，考試幾乎可以全部過關，自然無法引發學生對本課程的重視。

近年來由於社會急劇變遷，由威權時代走向民主時代，時代在變，觀念也在變，民主風氣大開，也直接影響校園民主運動的開展，大學教育在整體上也作了很大的變革，學校行政，學生有權參與討論，老師授課情形，學生每學期也實

施意見調查，學生已不像過去完全任校方擺佈，儼然成爲學校的真正主人，民主呼聲助長學生的權威，教學一向以老師爲中心也逐漸轉移至以學生爲中心，其實這種轉變，個人認爲是一種進步、一種突破，只要師生倫理能維持良好而正常的關係，這樣的發展並無不妥。

在學生的權力膨脹之餘，要求降低學費，提高教育品質，行政當局及教師也承受很大的壓力。教師在教學上自然也要作適當的調整，改變教學方式，充實教學內容。課程內容採用科際整合，除本課程外，也同時介紹其他相關學科，如哲學、倫理學、行爲科學、法律學，...等，由學有專長的教師共同參與，以充實醫學倫理學之內容。原由一人教學的方式也轉變爲 Team 教學，靜態也轉爲動態，實際參觀訪問，課堂舉行討論會或辯論會，使教學生動、活潑、啓發學生的興趣。國內醫學院校「醫學倫理」教育近年來已作了很大的變革，成效卓著，這是非常可喜的現象。

國內醫學院校開設有關於「倫理學」課程名稱，以「醫學倫理學」爲主，醫學系與中醫學系均列爲必修科，多數學校的牙醫學系與復健學系亦列爲必修科課程。此外也有因系之需要開設有「公衛倫理學」、「護理倫理學」或「倫理學」，不一而足。但仍有許多科系未列爲選修或必修的。茲就國內八所醫學院校：中國醫藥學院、中山醫學院、高雄醫學院、成大醫學院、長庚醫學院、台北醫學院、台大醫學院及陽明醫學院有關「醫學倫理」通識教育實施情形分項說明於後：

甲、課程教材內容：(講授大綱或討論主題)

中山醫學院

- (一) 綜說及簡介－紅包之問題、道德、宗教、政治。
- (二) 人工受精與試管嬰兒問題。
- (三) 醫療有關之法律問題。
- (四) 家庭計劃、人口問題、老人問題。
- (五) 器官移植、腦死判定、死刑犯之捐贈器官之問題，器官之買賣問題。
- (六) 安樂死之問題，全民保險、醫療保險之制度。
- (七) 色情、安毒之問題，愛滋病患之照顧，優生保健問題。
- (八) 生老病死之綜合檢討。

中國醫藥學院

- (一) 醫學倫理之基本原則
- (二) 倫理學概論
- (三) 醫療人員對病人之義務
- (四) 醫療法規
- (五) 醫病關係
- (六) 醫療糾紛
- (七) 中醫醫學倫理
- (八) 醫師間與醫事同仁間之倫理
- (九) 如何成爲一個好醫師
- (十) 公共衛生法規
- (十一) 安樂死、墮胎問題
- (十二) 人體實驗、人工生殖

長庚醫學院

- (一) 課程簡介－倫理學導論
- (二) 醫師與醫護人員之間的倫理
- (三) 末期病患之醫護倫理
- (四) 生與死之醫事倫理
- (五) 安樂死的爭論
- (六) 器官移植之醫事倫理
- (七) 非自然生育之醫事倫理
- (八) 人工流產之醫事倫理

高雄醫學院

- (一) 醫事倫理學導論
- (二) 醫學史與倫理
- (三) 從臨床醫師觀點看醫學倫理
- (四) 人體實驗
- (五) 醫師保密
- (六) 移植與腦死



- (七) 早產兒
- (八) 植物人可以安樂死?
- (九) 墮胎與生殖科技之倫理難題
- (十) 醫療糾紛與醫療責任
- (十一) 醫療糾紛與病人權利

成大醫學院

- (一) 倫理學導論
- (二) 醫學倫理學原理
- (三) 病人與醫師(或醫務人員)的權利與義務
- (四) 死亡的定義(腦死的判定)
- (五) 安樂死的問題
- (六) 人工生殖的倫理及法律問題
- (七) 人體實驗與科學研究之倫理問題
- (八) 器官移植與移植之倫理
- (九) 極小早產兒與畸型兒之處理
- (十) 如何處理臨床終病人及輔導其家屬
- (十一) 精神病患之權利、責任與倫理問題
- (十二) 殘廢及老人的處理與醫學倫理
- (十三) 醫師與醫師法規
- (十四) 醫療糾紛

台北醫學院

- (一) 人道主義與醫學倫理
- (二) 尖端生殖科技之醫學倫理
- (三) 佛教的生死觀
- (四) 醫療法規
- (五) 天主教醫學倫理觀
- (六) 醫學倫理之臨床決策
- (七) 醫學與法律
- (八) 基督教醫學倫理觀



- (九) 基礎與臨床研究醫學倫理
- (十) 臨床藥師制度與醫師關係
- (十一) 腦死、器官移植外科倫理醫學
- (十二) 醫師與病人之間的關係

陽明醫學院

- (一) 醫學倫理之定義與範圍
- (二) 墮胎與避孕
- (三) 優生與試管嬰兒
- (四) 移植與稀有資源分配
- (五) 精神醫學與行為控制
- (六) 人體試驗與醫學研究
- (七) 診療之同意權與拒絕權
- (八) 安樂死與臨終照護
- (九) 愛滋病之倫理問題
- (十) 如何避免醫療糾紛
- (十一) 國內常見醫療糾紛及醫倫問題

就上列八所學校之「醫學倫理學」授課大綱、教材內容觀之，我們發現大多相同，主題鮮明，各具特色，而各校亦能表現自己的特質，如中國醫藥學院在本課程中也推出「中醫醫學倫理」的專題，台北醫學院也開「宗教的醫學倫理觀」等。茲將上列八所院校「醫學倫理學」講授內容大綱，經綜合整理，大致可歸納為下列十二大項：

- (一) 倫理學導論
- (二) 醫學倫理學原理
- (三) 醫事人員之間的合作倫理
- (四) 醫師與病人的權利與義務
- (五) 實驗性醫療問題(人體實驗－藥物臨床實驗及雙盲實驗之倫理問題)
- (六) 生殖醫學倫理(人工生殖、人工流產及早產兒畸形兒之處理)
- (七) 器官移植倫理(器官的來源、器官買賣與器官捐贈)
- (八) 安樂死的爭議(癌症病人可要求安樂死嗎?植物人的家屬同意,可

以安樂死嗎?現階段執行安樂死有罪嗎?)

(九) 死亡定義(腦死判定之倫理觀)

(十) 安寧照顧倫理(末期病患、精神病患、植物人、殘廢者及老人之照顧倫理)

(十一) 醫療行為與醫療糾紛

(十二) 醫療法規(醫師與法律、醫療與責任)

綜觀國內醫學院校「醫學倫理學」的教學內容，比較偏重於醫療行為所產生之倫理問題的探討，而忽略了倫理問題的認知與道德的訓練。倫理學之研究，其最終目標在於倫理行為的實現，要知道倫理的理論與實踐是不可分的，應是合而為一的，沒有理論的實踐是盲動，沒有實踐的理論是空想的。倫理道德其本身不會自動發生什麼力量，倫理道德如離開了實行，它就變成了一種空洞而毫無意義的具文，醫學倫理學亦復如此。

今天我們談醫學倫理，最讓我們直接聯想的問題就是「醫德」問題，醫務人員仁心仁術及視病如親情的培養，就是醫務人員最重要的修養，很顯然的，倫理教育與道德的訓是非常必要的，醫學倫理學應將其列入本課程範疇。

乙、教學方式

課程是達成教學目標的工具，方法是達成目標的手段，二者如車之兩輪，鳥之雙翼，相輔相成。課程端賴良好的方法，以顯示其價值和發揮其功能；若缺乏方法，課程只是一堆死的材料，或一串無由實現的活動計劃。而且方法亦影響材料的學習，方法精巧有效，可使材料條理清晰，易於學習，方法拙劣，則使材料艱深，次序混亂難學。另一方面，課程和教材的性質，又決定了方法的採用，方法自亦須與課程相互配合，才能相得益彰。

教學是一件複雜的、有意義的、有價值的活動。就內容說，它包括了目標、學生、教師、課程和方法等因素，這些相互有關的因素，都足以影響教學的效果，就其性質說，則教學是一種參與的、動態的活動，對於師生雙方，同具極大的激勵。

從實際探訪，我們發現國內醫學院校「醫學倫理」的教學方式在最近幾年中，有極大的改變。過去一向以教師為中心的教學方式已逐漸地轉為以學生為中心或

教材為中心。一向由教師口授的教學(注入式教學)，也兼採用了啟發式教學。注入式是由教師傳授，學生被動接受，缺乏思考和活動的機會。啟發式則是教師指導學生，自己運用思考學習，教師有活動，學生也有活動。

往昔教師一人教學的傳統方式，也有很大的改進，經調查結果，絕大多數學校也已採用小組(Team)教學，其實施方式，係將課程劃分若干單元或專題，請校內外學有專精的學者與專家共同參與教學活動，每一專題或單元介紹後，則由學生實施分組討論或辯論，然後出老師講評。教學中配合有關活動，如影片欣賞、實地參觀訪問，事後發表自己的心得、看法或評論。

盱衡國內醫學院校「醫學倫理」的教學方式，已趨於多元化，一般被認為最好的教學方式，幾乎已被同時在各校實施中，使得整個教學活動顯得生動活潑、生意盎然，「醫學倫理學」也逐漸受到學生的重視與喜愛。更可喜的是參與本課程教學的教師也有增多的趨勢，參與教學的教師中已不只限於醫師教師，也有非醫師教師，如道德哲學、宗教哲學、法學、行為科學、藥學、公共衛生等學者，使得本課程的教學儼然就是科際整合，其教學的品質、教材的內容及教學效果的提昇，是可以預見的。諸如此類情形與研究前之假設，顯然有很大的出入，這是始料未及的。

丙、教學成績考評

教學成績的評鑑，在整個教學活動中，佔著極為重要的地位，無論在學校行政方面，或是個別的教師，雖然不是以此為教學的終極目標，至少也是許多重要的教學中心活動之一。至於學生，則首當其衝，關係更為密切。

通常提到教學成績的考核，立刻會使人想到考試，想到考試，就會想到紙和筆。事實上，考查並不等於考試，而考試亦不僅僅是紙和筆的一種方式。考試是考查的一部份，但考查不限於考試，考查可以用考核、評鑑等詞來代替。

「考評」一辭包涵有考試與評估的雙重意義，考試在測試學生當時對課題或討論內容的理解程度。「醫學倫理學」是否應如同其他課程一樣，需要按規定擇期舉行正式考試?也許有人認為不必要，因為筆試成績只能反映其在學理上已有若干認識，它不能證明日後會身體力行，而成為一位具有「仁心」的醫師或醫事人員。但問題是，如果事後不舉行考試，那麼如何知道學生對課程內容的瞭解程

度?如此一來，可能會使學生誤解，以為這門課程無關緊要，有的學生可能因此不來上課，因此考試還是必要的，只是「考試」的方式則有待斟酌罷了。

綜觀國內醫學院校「醫學倫理學」的學生成績考評，與教學方式一樣，顯得多姿多彩，已不拘泥於傳統式的筆試了，今日大學院校學生學科成績考評，大致有兩種方式，一為傳統的期中考與期末考，另一種為心得報告(或心得記述，而心得報告又可分為書面報告或口頭報告二種。由於「醫學倫理學」課程不同於一般學科，它不僅僅在於要求學生對課程內容的認知，特別還需要有知情意的訓練與陶冶，這不是筆試所能達到的，所以學生繳交「心得報告」的方式就普遍被各校教師所採用，規定學生必須在聽課或參加討論會後呈交「心得報告」，此不僅可敏銳地測知學生對課程內容的了解狀況，而且還可以提高他們在上課或討論時注意與用心的程度。每當同學作「心得報告」(口頭報告)後，也保留若干時間，讓同學們發問，這樣即使原本是單向的教誨式的授課方式，改變為教誨與討論的混合方式，一掃過去呆板與枯燥無味的印象，這是一個相當進步的作法。

「醫學倫理學」學生成績的考評，仍保有傳統筆試的方式，它仍不失為一種最基本的考評方式，但採用「心得報告」者，則有逐漸增加的趨勢，亦有「筆試」與「心得報告」並行的。至於採用何種方式乃見仁見智的問題，不過吾人以為「成績考評」與「教學方式」一樣，不宜固定單採一種方式，宜兼用其它各種方式，靈活運用，始能產生最大的效果。總之，只要「醫學倫理學」這門課程學習之後，學生能潛移默化，對日後在病人的照顧上，尤其在倫理決定上，發揮效果，對個人修身，為人與處世各方面也產生助益，其實這才是最好的考評。

參、研究結果與討論

本章擬就文獻資料與問卷結果之統計分析，綜合整理所獲致的結果，分別說明於下：

一、醫學院校開設「醫學倫理」課程之必要性

多年來常有人對「醫學倫理」這門課程有無必要開課、教授這個問題保持傳統的觀點，他們認為資深醫師的「身教」無疑要比開課在課堂上「言教」來得重要，主張倫理道德的教育與培養是「用榜樣來教人，從漸悟中學習。」(Teach by

example and learn by osmosis)

但從問卷調查顯示，今日醫學院校之師生則抱持著較為積極的看法，均認為「醫學倫理」課程之開設是極其必要。一項對學生的問卷「您認為開設醫學倫理課程有必要嗎？」認為必要者佔 88.2%。另一項對老師的問卷：「醫學院校各系是否均應開設倫理學課程？」認為必要者佔 66.7%，依各系情形而定者佔 26.7%，認為不必要的僅佔 6.7%。

另一項問卷：「醫學倫理能教嗎？」這個問題也獲得絕大多數師生的支持。教師認為能教的佔 86.7%，學生認為能教的佔 75.2%。可見師生對「醫學倫理」課程設置之必要性、可教性均予相當的肯定與認同。

有人認為醫學倫理乃是一種感性訓練(Sensitivity training)，旨在造就具有熱忱與愛心的醫師。一個人對倫理與道德的敏感性，如同情心與仁愛行為，確實難期可經由教導來感化的。今日吾人所面臨的重大醫事倫理問題，如其人缺乏道德哲學與醫學倫理的基本知識，當其面對倫理上的兩難(Ethical dilemma)時，必左右為難，不易作出明智而合理的抉擇，這是很自然的事。因此，「言教」就有實施的必要，當然老師的「身教」毫無疑問的會對學生日後的志趣與待人接物的取向發生若干影響。由此可知，不管從實際的或理論的觀點，「醫學倫理」教育，不僅在教學上有其必要，而且在技術上也是能教的。

「醫學倫理」課程既然受到如此肯定，醫學院校各系是否均應列為必修，此乃見仁見智的問題，就實際觀察，將來從事醫療行為時，與醫病之間直接發生關係的科系，均應列為「必修」，如醫學系、中醫學系、牙醫學系、復健學系及護理學系等。其餘如公共衛生、醫技學系、營養學系、藥學系……等，至少也應列為「選修」。但從整個社會的風氣觀察，經濟進步、道德落後、功利主義抬頭的今天，大學院校，不論何系，倫理學課程均有列為「必修」的必要性。

二、醫學院校「醫學倫理」教學上所遭到的困難

醫學倫理本為倫理學的一支，倫理學亦為通識課程之一門，當前國內通識教育所遭遇的問題，最主要是學生的心態問題，而此一問題是由於教育結構問題所引發的。今日社會日趨功利，學術基礎較弱，大學通識教育在這種社會及教育結構之下，不易生根。學生讀書的目的在應付升學考試，無法培養正確的求學態

度與習慣，對學術沒有興趣，沒有較高的理想，不屑努力於「知識基礎」的建立。致通識課程之不被重視是可以想見的。此外，課程內容的安排、教學的方式、師資……等，都是倫理教育所面臨的問題。

就一項問卷調查顯示：醫學院校學生不重視「醫學倫理」課程的原因依次為：(一)流於理論。(二)課程內容安排不妥。(三)與臨床無關。(四)授課時數不足(學分數太少)。(五)社會風氣影響。

另一項問卷統計：醫學院校教師認為醫學倫理在教學上，所遇到最大困難依次是：(一)理論與實際無法配合。(二)範圍廣，無法獨立教學。(三)學生不重視。(四)師資不足。(五)時數不足。教師認為醫學倫理教育可能有的缺失，依次為：(一)流於理論。(二)師資不足。(三)與臨床無關。(四)授課時數不足。(五)課程時間安排不妥。

由以上資料顯示，醫學倫理教育最大的缺失，莫過於流於理論，無法與實際或臨床配合，故未來醫學倫理課程應著重於理論與實際兼顧的教學目標。

三、醫學院校師生及從業醫師對「醫學倫理」課程的態度與認知

從問卷結果可知學校師生對「醫學倫理」課程仍然均予相當的重視，而從業醫師對「醫學倫理」教育之價值，亦給予相當的肯定。一項醫師問卷：「醫學倫理教育對你目前的工作是否有幫助？」答「是」的佔 68.6%。答「否」的只佔 9.1%。很顯然的，老師、學生與醫師對「醫學倫理」教育之認同是十分一致的，對本課程之重要性均予相當高的評價，這與我們原先所提出的假設有很大的出入，這是十分可喜的。今後只要針對過去教學上的一些缺失，做適當的調整與改進，「醫學倫理」教育必能步入正軌而發揮其應有的功能。

四、「醫學倫理」課程之架構模式

欲研擬一套「醫學倫理」課程之理想模式，首先應把握此一課程之教學目標，究竟「醫學倫理」教育的目的何在。大致可歸納下列三點：

(一)讓學生瞭解醫學倫理教育的意義，知道照護病人的基本原則與醫事專業人員的倫理義務，以及熟悉如何處理與倫理有關的各類臨床問題。

(二)使學生能應用倫理學的原理與原則來處理日常各種與倫理有關的醫事問題，尤其是個人或專業倫理上的兩難。

(三)要學生知道有很多醫療上的決定，必須顧到倫理價值。醫學倫理教學旨在協助學生能以更合理的方式來考慮與醫德有關的各種決定。當遇到自己對某一倫理問題的觀點與別人發生抵觸時，知道如何化解衝突，達成協議。

為達教學目標，我們認為國內醫學院校「醫學倫理」課程之理想架構模式，擬從四方面來探討：(甲)教學內容—教些什麼課程？(乙)教學方法—教學應採取什麼方式？(丙)教學評量—如何來考評教學效果。(丁)師資陣容—該由誰來教？茲分別說明於下：

甲、教學內容—教學什麼課程？

醫學倫理教學所需的課題(Topics)常因人、因時、因地而異。這裡「人」乃指教育的對象，也就是學生的專業屬性，例如醫學生、牙醫學生、復健學生或護理學生等。「時」乃指教學的時期，意謂課程安排在第幾年，在畢業前或實習前。「地」乃指地區，也就是說選擇課題必須顧及當地的教育水平，以及當地人民的倫理觀念、道德意識與宗教信仰等。由於這些因素存在，因之，即使在同一個國家之內，各醫學院校的課程內容也很少有完全相同的。

根據美國醫學會於一九八二年十一月的一項問卷調查，對象是曾在醫學院接受過醫學倫理教育，現在擔任住院醫師或自行開業醫師，問卷經電腦處理後，發現醫師們所喜愛的醫學倫理課題是，按照喜愛人數多寡最主要的有三，依次為：

(一)對處理特殊病例或問題的倫理決定有關的課程。(二)對病人與醫事專業人員的相互倫理關係，和經濟、預算、法律的課題，倫理的價值，某些比較特殊的倫理上兩難問題解答。(三)對同情與人性有關的倫理教學。

本研究並未作課程的問卷，因此上述資料可供我們參考。綜觀國內台大醫學院等八所學校之醫學倫理課程內容，可謂大同小異，經綜合整理，大致可歸納下列十二項：

- (一) 倫理學導論(規範倫理學與形上倫理學)
- (二) 醫學倫理學原理(醫學倫理的歷史發展、醫療形態的變遷及當代醫學倫理的內涵)
- (三) 醫事人員之間之合作倫理(醫師與醫師之間、醫師與護理人員、醫事人員之間)
- (四) 醫師(或醫護人員)與病人的權利與義務。

- (五) 實驗性醫療倫理 (人體實驗—藥物臨床實驗、雙盲實驗之倫理)
- (六) 器官移植倫理(活體或屍體的移植.....)
- (七) 生殖醫學倫理 (人工授精、試管嬰兒、冷凍胚胎、墮胎.....)
- (八) 死亡的定義及安樂死的抉擇問題。
- (九) 安寧照顧倫理 (末期病患、植物人、殘廢及老人之照顧倫理)
- (十) 醫療糾紛與醫療責任 (醫事法規與醫療業務)
- (十一) 孕母之倫理問題
- (十二) 生命的尊嚴與死亡的尊嚴

以上十二項大綱幾乎是每所學校醫學倫理課程熱烈討論的主題，各校也可因本身的需要，增加討論項目，以發揮學校的特色，如中國醫藥學院則增列「中醫醫學倫理」，北醫也增列「宗教醫學的倫理觀」。此外，在課程中可再補入倫理學、哲學、法律學、神學或宗教學……等知識，以增加教學效果。

上述課程大綱中，值得一提的是「倫理學導論」這一部份特別重要。就醫事從業人員而言，倫理學的知識無疑是不可或缺的，因為它是醫事專業倫理的學術根基。當代倫理學家常將倫理學劃分為規範倫理學(Normative ethics)與形上倫理學(Metaethics)，吾人亦可按其屬性與功能把它分為規範醫學倫理與批判的醫學倫理。前者旨在規範醫事專業人員態度與行為的醫學倫理，後者旨在規範倫理學的理论支柱，兩者缺一不可。當醫學院學生日後在臨床上遇到與醫學倫理有關的兩難問題時，這些倫理學方面的基本知識會協助他們在慎思明辨上發揮其心智潛力，使他們更有自信判別是非，作正確的倫理決定。因為培養學生處理「醫學上道德兩難」的才能正是醫學倫理的最大目的。

乙、教學方式—教學採取什麼方式?

我們都知道課程是達成教學目標的工具，方法是達成目標的手段，教學應採取什麼方式為宜，則無定論，因為各種方法各有優點與缺點，不宜一成不變的單獨使用一種方法，最理想的方式，根據不同的需要，綜合採用不同的方式，更能發揮教學效果。

目前先進國家最常見的教學方式是正式授課(formal lecture)、臨床病例討論會(clinical case conference)與討論課程(seminar course);比較少見的是利用巡視

病房的時候從事床邊教學(bedside teaching)與不具任何形式，只是告訴學生遇有問題可直接向負責指導該學生的導師請教，也就是所謂「導師式教學」(tutorial teaching)。

我們對國內醫學院校師生作了一項問卷，對於「醫學倫理」課程的適當教學方式，調查結果依序為：(一)臨床病例討論會的教學。(二)討論課程。(三)床邊教學(或實習方式)。(四)課程正式授課。由此可知，傳統注入式的教學方式最不受歡迎，取而代之的為啟發式的教學。過去一向以教師為中心的教學，也同時重視學生的活動。而往昔教師一人教學的傳統，也轉為小組(team)教學。為使教學生動活潑，還可配合有關活動，如實地參觀訪問、影片欣賞……等，邇後分組討論或心得報告等方式，不僅可吸收新知，而且可啟發智慧，更能發揮學以致用的效果。

丙、教學評量－如何來考評教學效果？

在此「考評」一辭包涵有考試與評估的雙重意義，考試主在測試學生當時對課題或討論內容的理解程度，評估主在醫學倫理教學對學生立身處世與進德修業上有些什麼助益。

前章已論及醫學倫理教學是否應如同其他課程一樣，講授之後需要規定擇期舉行正式考試？因筆試成績高的不能用來證明來日會身體力行，成為一位具有仁心的醫師。但如果不考試，又如何知道學生對課題內容瞭解的程度？因此，考試還是需要的，只是考試的方式有待細斟而已。

八十年代初期有兩位美國學者曾對如何能客觀地評估臨床前期學生，對當時所傳授的醫學倫理學的課題內容的瞭解狀況，作了一番研究，結果證明，學生於聽課後所寫的「心得記述」能敏銳地反映學生對課題內容的瞭解狀況，而且還可提高他們在上課或討論注意與用心的程度。和傳統的期中與期末考試相較，此類下課前測試(即心得記述或其他包括一般所常用的是非與選擇題等在內的測試)至少有下列三個優點：(一)它可以同時用來評估教學雙方的成績，前者包括課題的內容與教授的能力，後者包括學生的智慧與用心的程度。(二)如規定每次上課於下課前舉行測試成績之平均，作為這一學期的考試成績，期末則不再考試，學生則不會隨便缺席，聽課或出席討論會必然認真學習。(三)由於結束講授或

討論之後立即就開始測試，教師勢必保留若干時間讓學生發問，無形中使教學形式改變為教誨與討論的混合方式，一掃過去呆板與枯燥無味的印象。因此理想的教學評量，以混合方式為宜。

至於醫學倫理學這一門課程日後對畢業生究竟會有些什麼幫助？根據我們前所述的一項醫師問卷得知，從業醫師對「醫學倫理」教育之價值，給予相當的肯定。美國一九八二年美國醫學會所作的問卷調查中，其中有 81.9%的醫師認為已往「醫學倫理」訓練使他們更能明辨是非，78.7%謂能增加對病人需求的敏感性，76.1%謂能幫助他們瞭解自身的價值。73.3%謂能以更開放的胸襟來處理與病人或同事之間在道德方面的兩難問題。其他方面，使醫師對社會責任更明確的認知，更勤於閱讀，以及對醫學倫理問題的分析能作妥善的準備。由此可見，醫學倫理這門課程對學生日後在病人照顧上及倫理的決定頗有用處；對個人修身、為人與處世各方面也多少有些助益。

丁、師資陣容—由誰來擔任教學？

對於醫學倫理「該由誰來教？」這個問題，過去至少美國已有兩個學術團體為此作過問卷調查。英國也於一九八七年也發表了研究報告。雖然學人與醫師們的意見仍有出入，但對教學應採科際整合的方式，由具有醫師身份與非醫師身份（如主修倫理學、哲學、神學或法學）的教師共同來參與教學與研究一事，則已獲有共識。

英國有一位醫學倫理學者曾撰文指出聘任主修哲學的教師來參與醫學倫理教學至少有以下三個優點：（一）因某些醫學倫理問題，與生命何時開始有關，例如人工流產、胚胎研究、遺傳工程，以及如何處理對有嚴重殘障的胎兒等問題，因涉及哲學概念。同時，有關何時結束生命的討論也需要哲學方面的某些基本知識。（二）有不少與醫療照顧有關道德上兩難問題，迄今尚無定論。（三）由主修哲學的教師來參與教學與研究工作，可保證使研討範圍更為寬廣。

從目前的發展趨勢來看，將來醫事上面臨複雜難決的倫理問題時，多半會採納情境倫理的觀點，經由科際整合的方式，邀請倫理學（道德哲學）、神學、哲學、法學等非醫事專業的專家學者，來共同商研，以謀求合法、合理、合情的解決。而國內的醫學倫理教學也已朝向這個方向發展。我們從一項師生問卷中可以了

解。

肆、結論與建議

一、醫學倫理學是一門科際整合的學科

依教育部規定「通識課程」是當今大學所共同必修的，而「醫學倫理學」課程則是醫學院學生所不能缺少的。其重要性前已詳述。

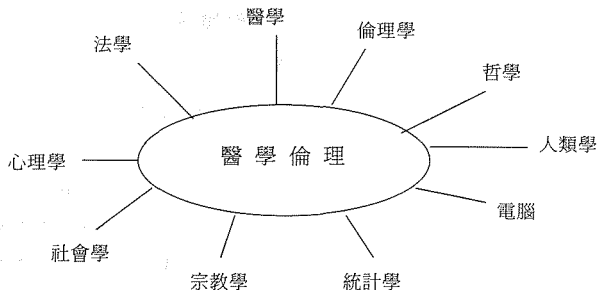
近代科學分野嚴密，治一科學問者多故步自封，以專門為藉口，對其他相關學問毫不過問，這對分工研究或許是必要的，但也產生了劃地為牢的弊端來。宇宙本體為機體，其中事理彼此息息相關，牽其一即動其餘，所以研究事理的種種學問在表面上雖可分別，但在實際上卻不能割開。世間絕沒有一種孤立絕緣的學問。比如政治學須牽涉到歷史、經濟、法律、哲學、心理學以至於外交、軍事等等。如果一個人對於這些相關學問未曾問津，入手就要專門學習政治學，愈前進愈感到困難，如老鼠鑽牛角愈鑽愈窄，尋不著出路。其他學問也大抵如此，不能通就不能專，不能專就不能約。先博學而後守約，這是治任何學問所必守的程序。我們只要看學術史上，凡是在某一科學問有大成就的人，就必定於許多其它科學問有深廣的基礎。可見為了使知識更能深入，學術的分工實有其必要。

醫學倫理特別是要透過科際整合，才能對醫學倫理的現象與內涵獲得真正的瞭解。「醫學倫理學」從字面上看，至少包涵了醫學與倫理學，而這二部門所涉及的問題，則是非常的廣泛與複雜，因此，吾人在探討醫學倫理時，似應就研究主題而「慎選」相關學科，來協助我們充分認識醫學倫理的各方面向，使認識更有整體性。

今天對醫學倫理的教學與研究，應採科際整合的方式，由具有醫師身份與非醫師身份(如主修倫理學、哲學、神學或法學)的教師來共同參與，已獲有共識，因每位專長不同教師皆能充分展現其所長。

因此，從目前發展趨勢來看，將來醫事上面臨複雜難決的倫理問題時，多半會採納情境倫理的觀點，經由整合的方式，邀請倫理學(道德哲學)、神學、法學等非醫事專業的專家與學者，來共同商研，以謀求合理、合情的解決。為探討醫

學倫理科際整合方式，就以圖示說明如下：



二、醫學倫理教育著重正確人生觀之建立

醫事工作所面對的是人類最深切的需要，負有保健、治療和救命的最高任務，因其直接對象是人本身，是性命攸關的大事，按理在一切物質建設之先，首應重視醫學倫理，以強化醫事人員之道德建設。

人人都知道，修德行善自古以來就是非常艱苦的事，尤其在我們今天的社會，真正作個好人更是談何容易；非具備超凡的自制勇氣與自律的毅力不可。但類此自我超越的生活，必須有強烈的內心的動機作為後盾。我認為這一動機是崇高的理想。換句話說，就是對人生要有正確而深入的瞭解，並在人生中追求一個高超的目標。

(一) 正確而高超的人生觀

每個人對人間的事物以及整个人生，都有自己的看法和評價，而這一看法和評價實際上是綜合一個人的宗教、道德和哲學的判斷。

人由小至大要經過人生不同的階段；由年齡的增長，閱歷越來越豐富，反省力也越來越增強，所以會隨時隨地更深入思考、批判和印證自己的信念，如此逐漸形成了每個人的人生觀。

但是由於人生觀是每個人的主觀見解，並且在形成過程中又不可避免的受到各種錯誤，或不利因素的影響，所以可能會發生很大的偏差。古有明訓，凡事要明辨是非，就是告訴我要行事必須認清人生正確目標，要有所為，有所不為，重仁義，勿背信忘義。惟有如此，才能有效抗拒現實社會所加給我們的壓力和誘惑。

(二)力行與反省的工夫

「個人有了明確與高超的人生觀，而又能努力使自己的行為符合這一理想，才是高尚人格的表現。所謂德行，就是貴乎行，不僅要行，還要持之以恆，自強不息而後可。道德生活在於良好習慣的養成，而良好習慣的培養是有賴於長期不斷有意識的操練與力行。人是在不斷的創造自己。從事醫務工作時，隨時有救人行善助人的機會，只要勇於把握，定可使自己成爲一位品格優秀而有高度修養的良醫。

進德與修業，必須肯嚴格的檢討自己。凡事必須三思而後行，有勇氣面對自己的良知，有擇善固執的毅力。事後檢討若有錯誤或缺失，則即時改正並防範未來。

因此，凡在學術或行政上負有領導地位的醫師或行政主管，在進德修業方面能時加反省、自勉自勵，以身作則，樹立楷模，作爲後進者之表率。以能刻苦自新爲己任，建立服務人生觀，發揮團隊精神，使醫學界邁向一嶄新的境界。

三、醫學倫理的重視有助於醫療品質的提昇與社會風氣的改善

醫療品質之良窳，一方面有賴於醫學科技的水平，另一方面取決於醫事倫理道德之高低。醫德與醫術有相互關聯，相互促進與相輔相成的關係，在醫療的實踐上，二者缺一不可。在技術水平和設備條件相等的情形下，由於醫務人員的醫德水平不同，所獲得的醫療效果也就不同。

精神的力量或道德的力量，常在醫療或社會實踐中轉化爲物質力量，推動社會的發展與進步。一個人的精神狀態，不能不在他的實踐活動中發生作用。高尚的醫德，一方面可使病人獲得良好的心理因素，增強病人對醫務人員的信任感，促進疾病的康復。另一方面，一個有高尚醫德的醫師，在遇到疑難重症患者，一定會千方百計搶救病人生命，可使不治之症轉爲可治之症，可見醫德是改善與提

昇醫療品質的動力。

醫務人員受過良好的正規專業訓練，素質優秀，是病人心中之佛陀，也是社會大眾的敬重的對象，因其社會地位高，如果醫務人員品德操守好，必然形成一股優良的風氣，君子之德風，小人之德草，草上之風必偃。由於醫療品質的改善及醫德的提昇，而導致社會風氣之改善是很自然的事。

四、醫學倫理之醫療實踐，應該是務實的，前瞻的，循序漸進的，絕不是一種遙不可及的高遠理想

醫學倫理教育著重知行合一，不宜過於標榜崇高的道德境界，以免曲高和寡，無法實踐，常淪為自欺欺人之譏。時代在變，觀念在變，古時醫德所謂「病瘵在抱，視病如親，不取分文」的醫風，已不能適應在這時代，特別是「分文不取」又如何要求良好醫療品質。當今醫療行為已成為道道地地的商業行為，付出與得是相對的，醫療行為不是救濟，也不是慈善事業，我們談復興中華文化，並非復古，而是要把優良傳統加以保存發揚，但必須隨時代變遷因時制宜，通權達變，始能發揮最大的效果。

今天國內正全面展開「全民健保」之準備工作，這是畫時代的壯舉，在此政策下台灣地區的中華兒女在身心健康上能獲得安全的維護與保障。然而由於醫療保費的低廉，引起醫界的全面反彈，因為這樣的保費必然大大大降低醫療品質，無補於全民健康之維護。但若保費過高也失去全民健保之精神。醫療行為本屬一項良心事業，它應該是務實的，前瞻的，醫學倫理之醫療實踐不是空中樓閣，它可以逐步實現的。

五、醫學倫理學應列為醫學院共同必修科

吾人以為大學教育必須重視哲學與倫理學的訓練，因為前者可擴大我們的眼光，可使我們思想縝密，後者可使我們對倫理行為與道德價值做出正確的判斷，這是大學生應有的基本修養，可惜教育當局一直忽略它的重要性，幸而通識教育的實施，又逐漸引起大家的關切。

目前國內社會充斥著嚴重倫理道德問題，價值觀念混淆，人心世風墮落，令人憂心，人權高漲，造成民主偏差，自由誤用，脫序惡化，影響所及，醫病糾紛

層出不窮，欲重整社會道德，和諧醫病關係，匡正社會風氣，須透過教育，力挽狂瀾，蔚成一股健康光明的「清流」，社會國家才能獲得希望與新生。因此，將醫學倫理學列為醫學院共同必修科是十分必要的。

六、積極於「醫學倫理學」課程師資的培育，鼓勵相關學科之教師，專家學者共同參與教學與研究

醫學倫理教育積效不彰，最主要的原因，莫過於師資的缺乏，我們都知道，該科教師大都由資深教授或由醫院院長來擔任，他們往往身兼數職，行政工作繁重，僅憑一生從事醫務的經驗，上課時間話家常，很少能針對學生需要設計一套完整而實用的課程，在學生心中自然產生不良反映，認為這只是營養學分，如此惡性循環，難有成效可言。

今日「醫學倫理學」所要探討的問題廣泛而具體，教育方式也隨著社會變遷而趨於多元化，醫學倫理也朝向科際整合方式研究，其教師已不限於學醫的，非習醫的學者教師亦可共同參與教學與研究工作。若能以堅強的師資陣容，配合各種的教學方法及豐富的課程內容，必能使醫學倫理教育大放異彩，因此師資之培育，實刻不容緩。

《附錄》〈A 卷〉醫事倫理課程問卷之統計分析

問卷對象－教師

- ___ 1. 您所服務的學校重視醫學倫理教育嗎？
(1)重視(52.2%)(2)不重視(44.4%)(3)其他(3.4%)
- ___ 2. 醫學院各系是否均應開設倫理學課程？
(1)必要(66.7%)(2)不必要(6.7%)(3)視各系情況而定(26.7%)
- ___ 3. 您認為醫學倫理能教嗎？
(1)能(86.7%)(2)不能(13.3%)
- ___ 4. 「醫學倫理」在校期間教學應採取什麼方式？
(1)課堂上課(4.4%)(2)見實習方式(8.9%)(3)實例討論(50%)(4)授課內容討論(13.3%)(5)其他(23.4%)
- ___ 5. 您認為醫學倫理課程應排在什麼時候？

- (1)一進入醫學院(32.2%)(2)進入臨床醫學課程之前(35.6%)(3)所有課程結束之前(6.7%)(4)進入臨床以後(7.8%)(5)以上均可(17.7%)
- ___ 6.您認為醫學倫理課程該由誰來教？
- (1)資深醫師(20%)(2)倫理或哲學教師(18.9%)(3)醫院社工人員(2.2%)(4)team教學(52.2%)(5)其他(6.7%)
- ___ 7.您認為醫學倫理課程的教學效果如何評量？
- (1)考試(1.1%)(2)報告(口頭，書面)(8.9%)(3)專題討論(21.1%)(4)學生行為態度(21.1%)(5)以上皆是(40%)(6)其他(7.8%)
- ___ 8.您認為下列那些學科應列入醫學倫理教育的範圍內?(可複選)
- (1)哲學，倫理學或人生哲學(6.7%)(2)社會科學與法律學(8.9%)(3)行為科學(0%)(4)實驗醫學(2.2%)(5)其他(82.2%)
- ___ 9.您認為在醫學倫理教學上，所遇到的最大的困難何在？
- (1)缺乏教材(6.7%)(2)時數不足(0%)(3)學生不重視(17.8%)(4)理論與實際無法配合(38.9%)(5)範圍太廣，無法獨立教學(18.9%)(6)師資不足(6.7%)(7)其他(11%)
- ___ 10.您認為醫學倫理教育可能有的缺失是？
- (1)課程時間安排不妥(3.3%)(2)授課時數不足(學分數太少)(5.6%)(3)流於理論(60%)(4)與臨床較無關(10%)(5)師資不足(14.4%)(6)其他(6.7%)
- ___ 11.除學校倫理課程外，是否需要一套在職醫師之倫理教育課程
- (1)需要(83.3%)(2)不需要(6.7%)(3)無意見(10%)
- ___ 12.您認為學生重視「醫學倫理」課程嗎？
- (1)重視(6.7%)(2)不重視(47.8%)(3)不確定(44.4%)(4)其他(1.1%)
- ___ 13.您認為學生之所以不重視醫學倫理課程的原因為何？
- (1)課程時間安排不妥(0%)(2)授課時數不足(學分數太少)(2.2%)(3)流於理論(16.7%)(4)與臨床較無關(12.2%)(5)社會風氣的影響(24.4%)(6)與國考無關(18.9%)(7)其他(25.6%)
- ___ 14.試觀今日醫德敗壞的原因是：
- (1)學校忽視倫理教育(12.2%)(2)社會風氣的影響(26.7%)(3)急功近利的心態(31.1%)(4)醫德標準之改變(7.8%)(5)其他(24.2%)

___ 15.沒有受過倫理學訓練的人，能作正確的道德判斷與從事道德改革嗎？

(1)能(30%)(2)不能(14.4%)(3)不一定(55.6%)

〈B卷〉醫事倫理課程問卷之統計分析

問卷對象－醫師

___ 1.醫學倫理教育對您目前的工作是否幫助？

(1)是(68.8%)(2)否(9.1%)(3)不確定(22.3%)

___ 2.您贊成或不贊成安樂死？

(1)贊成(76%)(2)不贊成(11.6%)(3)無意見(22.3%)(4)其它(2.5%)

___ 3.在醫院中資深與資淺醫師之倫理關係，您覺得比十年前

(1)更好(12.4%)(2)更差(56.2%)(3)差不多(25.6%)(4)其它(5.8%)

P.S.若選(1)或(3)，第8題不必作答；

___ 4.您覺得目前的醫師橫向倫理(不同科或不同院所之醫師倫理)比十年前

(1)更好(6.6%)(2)更差(44.6%)(3)差不多(41.3%)(4)其它(7.4%)

___ 5.您覺得：資深與資淺醫師之倫理關係，應從何處改進？

(1)學校教育(19%)(2)醫院教育(37.2%)(3)醫學會或公會教育(0%)(4)社會教育(28.1%)(5)其它(15.7%)

___ 6.您認為一位醫師之倫理觀念在何時養成？

(1)大學生時期(44.6%)(2)實習醫師(32.2%)(3)住院醫師(10.7%)(4)主治醫師(1.7%)(5)主任醫師(0%)(6)其它(10.8%)

___ 7.在職醫師之倫理教育以何種方式最能受益？

(1)研討會(14%)(2)專家授課(5%)(3)臨床指導(48.8%)(4)實例解說(22.3%)(5)書籍與文獻研討(0%)(6)其它(9.9%)

___ 8.您覺得：資深與資淺醫師之倫理關係變不好，導因於

(1)教育不足(4.1%)(2)社會風氣(42.1%)(3)上行下效(8.3%)(4)個人修養問題(12.4%)(5)其它(33.1%)

___ 9.您認為資淺醫師在那方面需要加強？

(1)尊師重道(13.3%)(2)虛心向學(24%)(3)刻苦耐勞(23.1%)(4)溝通技巧

(16.5%)(5)其他(23.2%)

___ 10.您認為資深醫師在對待資淺醫師態度方面需要加強？

(1)學術指導(19%)(2)合理需求(3.3%)(3)品格榜樣(47.9%)(4)溝通技巧(9.1%)(5)其他(23.2%)

___ 11.您覺得目前的醫師橫向倫理關係不良，主因為

(1)業務競爭(19%)(2)對方醫療水準不足(3.3%)(3)疏於溝通(47.9%)(4)無法相互支援(9.1%)(5)不清楚(20.7%)

___ 12.您滿意目前的醫師橫向倫理關係，主因為

(1)工作上相互支援(36.4%)(2)法律或行政上相互支援(6.6%)(3)可以獲得新知(12.4%)(4)作為生活或休閒上的好夥伴(7.4%)(5)其他(37.2%)

___ 13.您所屬的醫療院所是

(1)醫學中心(52.1%)(2)區域醫院(47.1%)(3)地域醫院(0%)(4)小型綜合醫院(0%)(5)衛生所(0%)(6)診所(0%)(7)其它(0.8%)

___ 14.在您目前的工作中，您認為最重要的醫療倫理問題為何？

(1)醫病關係(55.4%)(2)醫師間與護理間的倫理(4.1%)(3)安樂死(1.7%)(4)墮胎(0.8%)(5)移植(1.7%)(6)人工生殖(1.7 %)(7)人體試驗(25.6%)(8)以上皆是(9%)

___ 15.您最沒把握處理的醫療倫理問題有那些？

(1)紅包(3.3%)(2)醫病關係(36.4%)(3)醫師間與護理間的倫理(4.1%)(4)安樂死(13.2%)(5)墮胎(2.5%)(6)移植(0.8%)(7)人工生殖(11.6%)(8)人體試驗(17.4%)(9)以上皆是(10.4%)

〈C 卷〉醫事倫理課程問卷之統計分析

問卷對象－學生

___ 1.您的系別 _____ 年級

___ 2.您自認對醫事倫理的認知程度

(1)相當有概念(4.6%)(2)普通(76.4%)(3)沒有什麼概念(18.7%)(4)其它(0.3%)

___ 3.您認為開設醫事倫課程有必要嗎？

(1)必要(88.2%)(2)不必要(1.4%)(3)無意見(10.4%)

- ___ 4. 您認為醫事倫理能教嗎？
(1)能(75.2%)(2)不能(8.6%)(3)不確定(15.6%)(4)其它(0.6%)
- ___ 5. 您看重醫事倫理課程嗎？
(1)重視(62.2%)(2)不重視(4.4%)(3)普通(33.4%)
- ___ 6. 一個好醫師的特質只能選一，您會選擇
(1)良好的道德(52.7%)(2)高超的技術、知識(33.7%)(3)圓滑的人際關係(5.8%)(4)其它(7.8%)
- ___ 7. 您不看重醫事倫理課程的原因為何？
(1)課程內容安排不妥(9.5%)(2)授課時數不足(學分數太少)(5.2%)(3)流於理論(40.3%)(4)與臨床較無關(8.6%)(5)其它(36.4%)
- ___ 8. 您認為醫事倫理教育可能有的缺失是？
(1)課程內容安排不妥(5.2%)(2)授課時數時不足(學分數太少)(3.2%)(3)流於理論(21.3%)(4)與臨床較無關(5.8%)(5)其它(64.5%)
- ___ 9. 您認為醫事倫理教學應採何種方式？
(1)課堂上課(3.2%)(2)見實習方式(17%)(3)臨床病例討論(40.9%)(4)討論課程(36%)(5)其它(2.9%)
- ___ 10. 您認為醫事倫理課程應排在什麼時候？
(1)一進入醫學院(25.9%)(2)進入臨床醫學之前(54.2%)(3)進入臨床以後(12.4%)(4)皆可(6.9%)(5)其它(0.6%)
- ___ 11. 您認為在大學所修「醫事倫理」課程幾學分較適合？
(1)無(4.9%)(2)一(66.3%)(3)二(24.8%)(4)三(1.7%)(5)四以上(2.3%)
- ___ 12. 您對您所接受醫事倫理教育覺得滿意嗎？
(1)非常滿意(2%)(2)滿意(47.8%)(3)不滿意(31.1%)(4)非常不滿意(3.5%)(5)沒意見(15.6%)
- ___ 13. 您認為醫事倫理課程該由誰來教？
(1)資深醫師(37.5%)(2)倫理或哲學教師(7.5%)(3)醫院社工人員(20.7%)(4)醫院牧師(2.6%)(5)team 教學(29.1%)(6)其它(2.6%)
- ___ 14. 您覺得現今醫療提供者的醫德如何？
(1)很好(4.6%)(2)不錯(58.8%)(3)普通(29.9%)(4)不好(5.8%)(5)很差(0.9%)

15. 您認為醫病關係不良的主要關鍵在於：

- (1)醫護人員(11.5%)(2)病人(1.4%)(3)病人家屬(6.1%)(4)社會價值觀(70%)(5)治療效果(9.2%)(6)其它(1.8%)

參考書目

- | | | | |
|--|----------------|---------|------|
| 1.當代醫事倫理學 | 嚴久元 | 橘井文化 | 1990 |
| 2.醫學倫理(Medical Ethics) | | 高雄醫學院 | 1988 |
| 3.醫學倫理 | 陸以仁 | 中國醫學院 | 1981 |
| 4.護理倫理學 | 盧秀美 | 匯華圖書 | 1993 |
| 5.護理倫理學 | 莊英瑜、方利萍編譯 | 南山堂 | 1992 |
| 6.醫學倫理學 | 石大璞、孫溥泉 | 陝西科技出版社 | 1986 |
| 7.中國醫德史 | 伍兆雄 | 上海醫科大學 | 1987 |
| 8.歷代醫德論述選譯 | 王治民 | 天津大學 | 1990 |
| 9.醫事法論 | 黃丁全 | 作者自印 | 1991 |
| 10.倫理學 | 范 錡 | 台灣商務印書館 | 1965 |
| 11.倫理學概論 | 林子勛 | 作者自印 | 1976 |
| 12.倫理學新論 | 謝扶雅 | 台灣商務印書館 | 1983 |
| 13. Medical Ethics | Abrams/Buckner | | 1983 |
| 14. Medical Ethics - The Moral Responsibilities of Phy Beauchamp/McCullough | | | |
| 15. Health Care Ethics | | | |
| 16. Recent trends in Medical education | | | |
| 17. Law and ethics in the Medical office. | | | |
| 18. Handbook of In Vitro Fertilization Ed. A. Trounson.d D.K. Gardner, 1993 | | | |
| Pub. CRC Press Inc. | | | |
| 19. Assisted Reproductive Technologies Ed. R. P. Marrs 1993. Pub Blackwell Scientific Publications. | | | |
| 20. A Textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction Ed. P. R. Brinsden and P.A. Rainsbury. 1992, Pub Rarthenon Pub. Group. | | | |
| 21. Ethics Committee of the American Fertility Society. Ethical. considerations of the new reproductive technologies. Fertil Steril 1986; 46(3, Suppl1):is, 29S-30S. | | | |
| 22. Warnock, M., A Quesion of Life : the Warnock Report on Hnman Fertilisad-tion and Embryology, Basil Blackwood, Oxford, 1985. | | | |