



敘事醫學

前言

美國畢業後醫學教育評鑑委員會（Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME）要求醫師對病人須提供慈悲、合宜及有效之照護，並對不同背景的病人族群具備敏感度及回應能力。而美國國家科學院醫學研究所（Institute of Medicine, IOM）則要求醫療人員必須尊重病人的價值觀。提供慈悲、具備敏感度以及尊重病人價值觀的醫療照護並非單由的生物醫學知識和技能可以達成。

自 1910 年，「卡內基教學促進基金會」（The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching）發表的弗萊克斯納報告（Flexner Report），將醫學教育的實踐方向重新定義，認為醫學的正確目標是「奮力與疾病爭戰」。這一刻，是推倒學徒制，將醫學教育建立在科學基礎的轉捩點。然而，到 20 世紀後期，批評家卻指稱西方醫學因一面倒地強調科學而導致專業素養的淪落，許多醫學院校和住院醫師訓練計畫將醫師訓練成只根據病人的症狀來處理醫療問題，而不考慮病人的特殊心理狀況和個人史。於是有人倡導敘事醫學，目的是要扭轉醫療以純科學掛帥的歪風，將當代醫學重新予以人性化。

敘事醫學

有效的醫療照護需要「敘事能力」（narrative competence），就是能認知、感受和解讀病人的故事和困境，並有所行動。所謂敘事醫學，是指具備敘事能力的醫療照護，是人道和有效的醫療照護的典範。

除了為病人提供更好的照護之外，醫師閱讀和書寫病痛故事的另一個理由是醫師不能「戰勝」死亡——病人終會逝去。如果醫師把病人死亡視為失敗，如面對癌症或末期疾病，自然常會帶來失敗的挫折感。每個人最終都會死去，而最終的勝利並不在於戰勝死亡，而在於祥和地活著和優雅地逝去。了解這一點，醫師可以更積極地幫助病人，也不會因病人死亡而感覺挫敗。憑著敘事能力，醫師可以體會並加入面對病人的病痛、認清自己在醫學之路的個人行程、認同對其他醫療專業人員應有的仁慈和義務，並對公眾開闢醫療照護的言談。敘事醫學檢視和照亮醫學的四個中心敘事情境：醫療人員和病人、醫療人員和自我、醫療人員和他的同事，以及醫療人員和社會。藉由去除醫師與病人、同事和社會間的藩籬，敘事醫學為尊重、善解他人和提升醫療照護提供了新的機會。

以下是 Rita Charon 醫師於 2001 年在美國醫學會雜誌 JAMA 發表“Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust”一文所引用的故事，說明敘事醫學的在臨床診療與醫病關係的角色：



蘭伯特小姐今年33歲，她罹患了進行性神經性腓骨肌萎縮症。她的祖母、母親、兩個阿姨和她四兄弟姐妹中的三人均患有這種致殘性疾病。她的兩個侄女在兩歲時便呈現該疾病的跡象。儘管必須使用輪椅而她的胳膊和手部的使用亦在衰減之中，蘭伯特小姐的生活充滿情感和責任。

「菲利普好嗎？」醫生在一次例行複診中問病人。蘭伯特小姐的兒子今年7歲，他活潑、聰明，而且是病人生命的中心和意義的根源。病人回答說菲利普開始雙腿無力，導致跑步時翻倒。縱使尚未作神經系統檢查確診，病人已知道這意味著什麼事。她因恐懼而不能成眠，她天天看著兒子已經7年，以為孩子能逃脫她家族的宿命。現在，她被悲傷所吞噬。「健康了7年已經是很難得的了...」她說：「但他怎能承受這事呢？」

在聆聽病人的故事和打量病人的失落時，醫師也被悲傷所吞沒。因為她也認為菲利普是健康的。醫師與病人一起悲痛，重新認識疾病如何改變了一切、它意味著什麼、它宣示了什麼、不公平的事是怎麼隨機而來，以及要全然地面對它是需要多麼大的勇氣。

生病的人需要醫師，他可以理解、治療他們的疾病，並陪伴他們走過病痛。儘管在診斷和治療疾病的藥物和科技近年有耀眼的進步，醫師有時卻會缺乏能力去認知病人的困境、對他們的苦痛展現同理心，及誠實而勇敢地與病人共同面對病痛。單憑科技的醫學不能幫助病人為失去的健康奮鬥或在痛苦中找到意義。除了有科學的能力，醫師還需要傾聽病人的敘述，把握和忠於故事的含義，並為病人作出行動。這就是敘事能力，也就是吸收、解讀和回應故事的能力。本文介紹敘事能力，並指出它可讓醫師展現同理心、反思、專業素養和值得信任。這種靈丹妙藥我們稱為敘事醫學。

作為一種醫療執業的模式，敘事醫學提出理想的照護，並為追求此一理想提供了概念性和實用性的方法。從生物-心理-社會醫學（全人醫療）和以病人為中心的醫療等模式的認知，使醫療人員對病人和病痛有更寬廣的視野，敘事醫學提供方法讓醫師了解病人和醫師間的人際連接、醫師個人的行醫意義、醫師專業的理想，以及醫學與它所服務的社會的對話。敘事醫學同時提供醫師方法以改善他們與患者、自己、同事和公眾所作工作的成效。

建構敘事醫學的模式需採用龐大的理論和作業來檢視及照亮敘述行為。從人文，特別是文學研究，醫師可以了解如何在他們執業中的敘事層面有新的成效。敘事醫學不至於是一個臨床醫療新框架或新的專業，但它可以給醫師技能、方法和指引來學習如何灌輸個別病人和醫師健康和疾病及其後果和含義的事實和目的。

敘事醫學並不是最近才被提及，早在半世紀前開始，英美等國逐漸開啓這個領域。以下是敘事醫學發展的一些重要里程碑：

1967年：賓州大學醫學院於建立了第一個人文學系。

1973年：德克薩斯醫科大學加爾維斯頓分校成立醫學人文學院。

1980年：羅切斯特大學醫學和牙科學院於創立醫學人文學科。

1980年：美國醫學會雜誌（Journal of American Medical Association，JAMA）便設立專欄——「我心靈的一篇」（A Piece of My Mind）每週刊載一篇敘事短文。

- 1982 年：約翰霍普金斯大學推出文學與醫學雜誌。
- 1988 年：西北大學醫學院於成立醫學人文與生命倫理學程。
- 1998 年：Trisha Greenhalgh 和 Brian Hurwitz 出版 “Narrative-based Medicine”。
- 2000 年：哥倫比亞大學設立敘事醫學課程。
- 2008 年：國王學院和達勒姆大學建立了醫學人文學科中心。
- 2009 年：哥倫比亞大學開設第一個敘事醫學碩士學位學程。
- 2013 年：哥倫比亞大學與國王學院合辦國際敘事醫學大會。

從敘事醫學在英美的發展歷程可見，致力發展敘事醫學的教師多任職於名校，可以推想他們是高瞻遠矚；但這些里程碑卻是寥寥可數，也似乎反映出其曲高和寡的窘境。在台灣，醫學院校自 21 世紀之初開始力推醫學人文教育，但至今對敘事醫學仍僅是由少數教師「默默耕耘」，在臨床醫療場域中卻很少被重視。由於敘事醫學對大多數臨床教師而言都是陌生的議題，必須有變革性的推動方案，以及具體的教育課程，才有可能將敘事醫學帶入主流。

敘事能力訓練

一般以為敘事能力的培養只需要閱讀文學作品和反思寫作，其實不然，表面上敘事能力看似是陳述和寫作的的能力，但其真正的核心能力是反思能力（competency of reflection）。因為敘事並非把遇到的事寫個感想而已，而是要能將經歷過的事變成一個令人感動、啟發心靈且對人有幫助的故事，其中涉及一連串的程序和能力——觀察⇒記住/回憶⇒重組/故事⇒說/寫出來。以下分別簡述各程序相關能力的訓練：

1. 觀察力的訓練

要能像福爾摩斯般對每件事都可以觀察入微，必須經過訓練。訓練項目可包括下列各項：

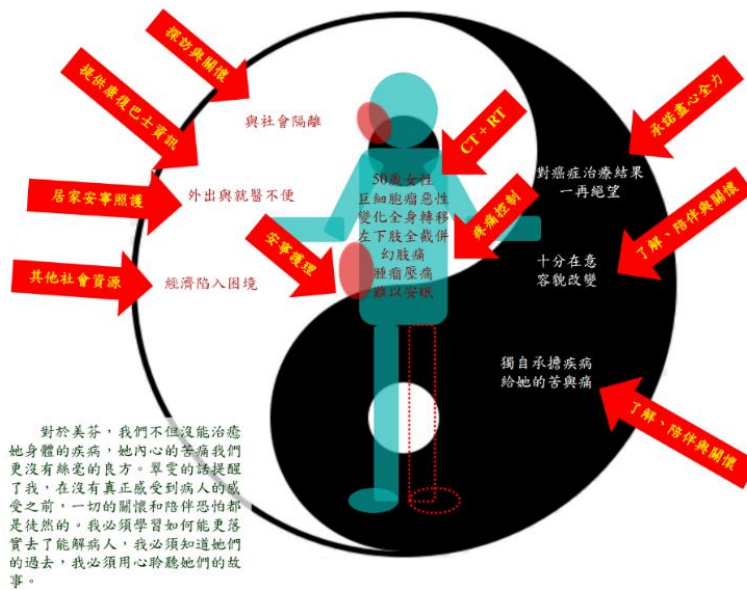
- (1) 主動掃瞄——避免錯過訊息。
- (2) 明訂目標——促使辨識細節。
- (3) 排除干擾——確保專注觀察。
- (4) 製作紀錄——便於回顧思量
- (5) 靜坐調息——保持心境平靜。

以上訓練項目(1)~(4) 項可採用互動和實作的方式教導學生如何養成習慣。而第(5) 項則須另請相關的專家指導。如正念減壓（Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR）等課程是值得推廣的。

2. 記憶能力的訓練

提升記憶的方法很多，但最基本而應做的就是資訊視覺化（information visualization）。常用的圖示如心智圖（mind map）、概念圖（concept map）、決策樹（decision tree）和魚骨圖（fish bone diagram）等都有助於對事物的明白記憶。而在病人照護方面，特別是在護理領域，有使用護理圖（nursing diagram），在台灣則有人稱為人形圖（humanoid diagram、humanoid map）。筆者亦曾於醫院的教師培育課程中推動「全人人形圖」（如下圖，2015 年繪

製於台中慈濟醫院)。



在「全人人形圖」中的全人包括身、心、社會 (biopsychosocial) 三個層面，圖中的人形代表身體，背後太極的陰儀代表心理層面 (隱藏於內心的感受和意念)，陽儀則代表社會層面 (家庭、職業及人際互動情況等)。圖示能提升記憶和回憶，主要是因為經歷用心繪製的過程，並藉由圖的框架提醒製圖者不會遺漏任何須要考量或述說的部分。

3. 建構故事/道理能力的訓練

要將觀察到的事物從回憶中擷取出來構成一個感人的故事或領悟出道理，就是關鍵性反思 (critical reflection) 的過程，對新手而言並不容易，故建議使用合宜的反思框架，方可事半功倍。各式反思框架的原理相近，較常用的是 5Rs 模式 (詳情請參閱另文「慎思明辨」)，5Rs 是指：

- (1) **R**eporting (報告)：描述經歷 (人、事、地、物)。
- (2) **R**esponding (回應)：說出感受。
- (3) **R**elating (關聯)：連接舊有經驗或學習、其他來源的資訊。
- (4) **R**easoning (推理)：找到各項事物的理由及相關道理。
- (5) **R**econstructing (重建)：歸納出結論、訂出計畫並付諸實施。

在完成反思之後便要整理出一個故事，一般的故事都有幾項基本元素：角色 (characters)、場景 (setting)、情節 (plot)、衝突 (conflict)、解決 (resolution)。在撰寫故事時須考量將這些元素注入故事之中。以上文 Rita Charon 醫師在 2001 年發表在 JAMA 的故事為例：

- (1) 角色：33 歲罹患進行性神經性腓骨肌萎縮症的蘭伯特小姐、她 7 歲大的兒子菲利普。
- (2) 場景：門診，蘭伯特小姐定期回來複診。
- (3) 情節：醫師在看診時關心一下蘭伯特小姐的兒子菲利普。
- (4) 衝突：菲利普開始雙腿無力，導致腳步不穩而跌倒；蘭伯特小姐被悲傷所



吞噬；在聆聽病人的故事和感受她的失落時，醫生也被悲傷所吞沒。

(5) 解決：醫師除了理解和治療病人的病痛，並要陪伴病人渡過傷痛。

上述故事五元素其實是對應著反思框架 5Rs 模式的五個程序。

4. 說/寫故事能力的訓練

如果故事只是用作反思，至此已達成目的。但如果要跟同儕或學生分享，則說/寫故事的能力就有其重要性。

無論是文字敘述或現場講述故事，所需要的基本架構是相同的，就是「起、承、轉、合」或「觸發、衝突、解決」。有效的訓練方式為多閱讀和多練習。說故事和寫故事在技巧方面卻有相同與互異的地方。兩者的共同技考包括：情節緊湊、懸疑曲折、前後呼應、高潮疊起、扣人心弦、感人肺腑、風趣幽默、充滿驚喜、大快人心、合情合理。有效的訓練方式為互動和實作課程。而兩者分別需要不同訓練的技巧包括：

(1) 寫故事：

a. 遣詞用字簡潔達雅。

b. 適度使用比喻典故。

訓練方式是多閱讀和多寫作。

(2) 說故事：

a. 營造合宜氛圍：利用合宜的聲調語氣、姿勢動作營造故事的氛圍。

b. 恆與聽眾互動：與聽眾一起想像情境和感受、一起建構劇情、交換意見、互問互答。

c. 猶如身歷其境：除聽覺外，在適當時機加入視覺、嗅覺、觸覺和情緒上的刺激。

有效的訓練方式為互動和演練課程。

敘事醫學的問題/困境

英美等國推動敘事醫學至今仍無重大突破，主要是因為有許多障礙。在台灣也遇到相同問題，若不解決恐怕難有成效。以下分述幾項最重要障礙的原因及解決方式。

1. 不被重視：近代醫學科學發展突飛猛進，許多難症的預後都大幅改善。醫療科技的發展被列為研發創新的優先領域，醫療技術的養成亦被視為臨床教學的首要項目。醫學人文相關能力（包括敘事能力）的發展始終未受重視。因此，敘事醫學的發展須由機構最高領導階層訂出新的願景，以領導變革的模式進行周延、務實而資源充足的行動方案才會產生成效。
2. 缺乏師資：要做好敘事的教學，教師本身便須具備相關的能力。由於在台灣醫學院評鑑委員會(Taiwan Medical Accreditation Council, TMAC)成立之前，我國醫學教育對醫學人文課程著墨甚少，故在 20 世紀入學的醫學生在就讀醫學院時幾無相關訓練，因而目前仍在執業中較資深的臨床教師大多需要補強敘事能力的訓練。在機構推動敘事醫學的第一步，就是要進行全面性的師培計畫，使教師能具備相關的知識、技能和態度。



3. 誘因不足：敘事醫學的教和學都需要耗用時間，由於敘事的效果不如手術和藥物般的立竿見影，在開始推動時常會看不到敘事帶來的利益，便有可能引發廣泛的抱怨。故在規劃上要比照機構的變革計畫等級，須成立高位階的工作小組、深入各部門和階層的宣導，以及暢通的溝通管道，循序漸進，持續檢討和改進，並逐漸納入更多核心教師。在獲得初步成果之後，再逐步推展，最後達成目標。

結語

敘事醫學，是一種善解、反思、專業和信任的醫療照護模式。培養學生敘事能力，除了可提供更佳的病人照護之外，還增加了學生的潛能（capability），因為敘事涉及思考能力、溝通能力和善解他人的能力。然而，由於敘事醫學的理念普遍仍未得到重視，加上師資和誘因的不足，教育機構必須有充分的決心和毅力，配合周延的推動計畫，才有可能讓敘事醫學進入醫學的主流。