



国家医学考试中心唯一推荐用书


2011 修订版

国家医师资格考试

医学综合笔试应试指南

医学人文概要

医师资格考试指导用书专家编写组

 人民卫生出版社



国家医学考试中心唯一推荐用书

2011 修订版

国家医师资格考试 医学综合笔试应试指南

医学人文概要

医师资格考试指导用书专家编写组

卫人网
www.ipmph.com

此卡可用于兑换以下网络服务之一：

- 精品网络课程 3-5小时
- 学习水平测试试卷 1套
- 同步练习试卷 10套
- 购买辅导班可做抵扣 20-50元

本卡还可用于人民卫生出版社图书的防伪验证，以及体验卫人网其他频道海量数字资源，详见网站说明。

卡号 **CRYPEWMTGR** 密码

使用流程：
1. 登录卫人网www.ipmph.com，注册为会员。
2. 在网站首页赠卡激活通道中输入卡号和密码，激活本卡。
3. 兑换上述服务。
4. 详情说明参见网站“赠卡使用说明”

有效期：2011年1月1日至2011年12月31日内使用，逾期则半年内失效。
全国免费咨询电话：4008-300-587 服务邮箱：exam@ipmph.com
卫人网在法律允许范围内保留对本卡最终解释权。

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

国家医师资格考试 医学综合笔试应试指南 医学人文概要/医师资格考试指导用书专家编写组编写.

—北京: 人民卫生出版社, 2010.12

ISBN 978-7-117-13854-3

I. ①国… II. ①医… III. ①医学: 人文科学-
医师-资格考核-自学参考资料 IV. ①R192.3

②R-05

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 232171 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

本书本印次内封贴有防伪标。请注意识别。

国家医师资格考试 医学综合笔试应试指南 医学人文概要

编 写: 医师资格考试指导用书专家编写组

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京机工印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 20

字 数: 502 千字

版 次: 2010 年 12 月第 1 版 2010 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13854-3/R·13855

定 价: 46.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

编写组名单

主 编 汪建荣

副主编 张大庆 胡佩诚 李本富 达庆东

编 者 (按姓氏笔画排序)

王北京 田 侃 丛亚丽 兰礼吉 达庆东

刘俊荣 杜文东 李本富 张大庆 张 滨

汪建荣 胡佩诚 洪 炜 樊民胜 潘 芳

出版说明

为深入贯彻《中华人民共和国执业医师法》，根据医师执业的实际需要，国家医学考试中心（以下简称中心）组织医学教育、医学考试和教育测量专家研究提出了临床、口腔、公共卫生执业医师、执业助理医师准入的基本要求，包括基本素质、基础理论和基本知识、基本技能，要求申请医师资格者不仅要具有较高的医学专业知识和能力，还要具有必要的人文素养。根据医师准入基本要求，中心于 2008 年组织对原《医师资格考试大纲》作了修改和补充，卫生部医师资格考试委员会已于 2009 年正式颁布并施行。

《医师资格考试大纲》包括实践技能考试大纲和医学综合笔试大纲两部分。医学综合笔试部分将大纲考核的内容整合为基础综合、专业综合和实践综合三部分。为帮助考生有效地掌握其执业所必须具备的基础理论、基本知识和基本技能，具有综合应用能力，能够安全有效地从事医疗、预防和保健工作，根据新大纲的要求和特点，中心组织专家精心编写了医师资格考试系列指导丛书。

本系列指导丛书包括临床、口腔、公共卫生执业医师和执业助理医师二级三类的《医学人文概要》、《医师资格考试医学综合笔试应试指南》、《医师资格考试实践技能应试指南》、《医师资格考试模拟试题解析》共 19 本。通过使用，专家和广大考生反映良好，并对系列丛书提出了修改建议，中心再次组织有关专家对部分章节进行修订。为使考生更加全面地了解医师资格考试，临床执业医师和临床执业助理医师《医师资格考试医学综合笔试应试指南》、《医师资格考试实践技能应试指南》增加了考生须知相关内容。《模拟试题解析》增加了大量已公布的试题，帮助考生全面熟悉考试题型，并更好地掌握相关知识。

为了确保指导用书的内容和质量，专家们参阅了国内外权威教材，吸取了国内外公认的实际工作中普遍应用的新知识、新技能。经过修订，本系列指导丛书紧扣新大纲，内容科学，突出重点，结构合理，逻辑性强，有利于考生进行应试复习。

诚恳地希望广大考生在应用中发现问题，给予指正。

国家医学考试中心

2010 年 12 月

目 录

总论	1
----	---

第一篇 医学心理

第一章 绪论	15
第一节 医学心理学的概念与医学模式	15
第二节 医学心理学的研究任务与基本观点	17
第三节 医学心理学的研究方法	18
第四节 医学心理学发展简史	20
第二章 心理的生物学基础	23
第一节 心理与脑	23
第二节 心理的发生和发展	26
第三节 心理的实质内容	27
第四节 心理与脑科学的研究	28
第三章 认识过程	29
第一节 感觉与知觉	29
第二节 记忆与思维	33
第四章 情绪与情感	38
第一节 情绪、情感概述	38
第二节 情绪的发展与表现	39
第三节 情绪的作用	40
第四节 情绪的调节	41
第五章 意志与行为	43
第一节 意志概述	43
第二节 意志行动的基本特征	44
第三节 意志的品质	45
第四节 行为	46

第六章 人格	48
第一节 人格的概念与特性	48
第二节 人格诸方面	48
第三节 需要与动机	51
第四节 人格的形成与发展	53
第七章 心理卫生	56
第一节 心理卫生概述	56
第二节 心理健康的评价标准	57
第三节 不同年龄阶段的心理卫生	58
第八章 心身疾病	65
第一节 心理应激的概念与健康	65
第二节 心身疾病的概念	67
第三节 心身疾病的心理社会影响因素	69
第四节 几种常见的心身疾病	71
第九章 心理评估	74
第一节 心理评估概述	74
第二节 心理测验的分类	75
第三节 应用心理测验的一般原则	76
第四节 心理测验的标准化	77
第五节 常用的心理测验与临床评定量表	78
第十章 心理治疗	82
第一节 心理治疗概述	82
第二节 心理治疗的理论基础	84
第三节 心理治疗的主要方法	86
第四节 心理治疗的原则与要求	89
第五节 临床心理咨询	90
第十一章 医患关系	92
第一节 医患关系概述	92
第二节 医患关系模式	94
第三节 医患沟通的技巧	96
第四节 医患沟通中存在的问题	98
第十二章 患者的心理问题	100
第一节 患者角色和求医行为	100
第二节 患者的一般心理问题	101

第三节 不同年龄阶段患者的心理活动特征·····	103
第四节 特殊患者的心理问题·····	104
第五节 心理护理的概念、原则与程序·····	104
参考文献·····	105

第二篇 医学伦理

第一章 绪论·····	107
第一节 道德·····	107
第二节 伦理学·····	110
第三节 医学伦理学·····	111
第二章 医学道德的规范体系·····	116
第一节 医学道德的基本原则·····	116
第二节 医学道德的基本规范·····	118
第三节 医学道德规范的特点和作用·····	119
第四节 医学道德的基本范畴·····	120
第三章 医疗活动中的人际关系道德·····	123
第一节 医患关系道德·····	123
第二节 医际关系道德·····	128
第三节 患际关系道德·····	131
第四章 公共卫生道德·····	133
第一节 公共卫生的含义和特点·····	133
第二节 公共卫生伦理原则框架·····	134
第五章 临床诊疗的医学道德·····	136
第一节 临床诊疗的道德原则·····	136
第二节 临床诊断过程中的道德要求·····	137
第三节 临床治疗工作中的道德要求·····	139
第六章 临终关怀与死亡伦理·····	145
第一节 临终关怀道德·····	145
第二节 死亡伦理·····	148
第七章 医学科研中的道德·····	152
第一节 医学科研道德的含义和要求·····	152
第二节 涉及人的生物医学研究道德·····	154

第八章 医学高科技研究和应用伦理	159
第一节 人类辅助生殖技术伦理	159
第二节 人体器官移植伦理	163
第三节 干细胞研究和应用的伦理	167
第九章 医学道德的修养和评价	169
第一节 医学道德修养	169
第二节 医学道德评价	172
参考文献	176

第三篇 卫生法规

第一章 绪论	179
第一节 卫生法的概念	179
第二节 卫生法的特征	180
第三节 卫生法的基本原则	181
第四节 卫生法的渊源	183
第五节 卫生法律关系	185
第六节 卫生法的作用	187
第七节 新中国卫生法的发展	187
第八节 卫生法与卫生法学研究	188
第二章 公共卫生法	192
第一节 公共卫生法概述	192
第二节 传染病防治	192
第三节 病原微生物实验室生物安全	202
第四节 医疗废物管理	203
第五节 艾滋病防治	204
第六节 血吸虫病防治	206
第七节 职业病防治	207
第八节 使用有毒物品作业场所劳动保护	210
第九节 食品安全	211
第十节 化妆品卫生	217
第十一节 消毒产品卫生	218
第十二节 生活饮用水卫生	219
第十三节 公共场所卫生	221
第十四节 学校卫生	222
第十五节 突发公共卫生事件应急	223
第三章 医疗法	226
第一节 医疗法概述	226

第二节	医疗机构	226
第三节	执业医师	227
第四节	乡村医生	231
第五节	母婴保健	233
第六节	计划生育技术服务	236
第七节	人体器官移植	237
第八节	人类辅助生殖技术	239
第九节	血液管理	241
第十节	处方	243
第十一节	医疗事故争议处理	247
第四章	药事法	254
第一节	药事法概述	254
第二节	药品	254
第三节	特殊管理药品	257
第四节	血液制品	259
第五节	疫苗	260
第六节	药品不良反应	262
第七节	中药品种保护	263
第八节	医疗器械	263
第五章	中医药法	266
第一节	中医药法概述	266
第二节	中医医疗机构	266
第三节	中医从业人员	267
第四节	中医药教育与科研	267
第五节	民族医药	268
第六节	中医药管理部门	268
	参考文献	269

第四篇 模拟试题解析

第一章	医学心理模拟试题解析	271
第二章	医学伦理模拟试题解析	284
第三章	卫生法规模拟试题解析	295

（二）医学人文的内容

随着医学模式的转变,医学人文社会科学的教育已成为医学教育的重要内容。医学院校与医院开展医学人文教育,提高医学生和医务人员的人文素质,以更好地承担救治病人、关爱病人的责任。医学人文并非仅是医学教育中的一类学科建制,它还是一场社会运动,一种后现代思潮,是对当代医学和保健文化的哲学反思。因此,“医学人文”具有丰富的学术探究和社会文化内容。

1. 医学人文学科 从医学教育的角度来看,医学人文是医学院校和医院开展人文和社会科学教学的活动。从研究的角度看,医学人文是对医学或卫生保健本质和价值问题的探究。通常所说的医学人文学科包括:医学史、医学哲学、医学伦理学、医学心理学、医学法学、医学社会学、医学人类学等。

医学伦理学旨在培养医务人员的伦理意识,使他们能更全面、深刻地理解医学是道德的职业这一特性,能够在尊重生命、尊重人的层面认识医学科学和医学职业,从而能够从哲学的视角或更高的层次去认识和理解医学科学及医学职业的现状、把握其发展趋势,并最终将医学道德理念贯彻于医学实践之中。

医学法学介绍医疗行为与医疗法律关系,医疗纠纷与医疗事故,患者的权利,医疗机构和医务人员的义务,医疗纠纷的技术鉴定制度,医疗事故的相关证据,医疗纠纷的赔偿,医疗纠纷的法律责任,医疗纠纷的救济途径和医疗过失保险等内容。重点针对当前日趋紧张的医患关系给出医务人员应掌握自我保护的基本程序与方法,更重要的是增强法律意识,避免工作中的违法行为。

医学心理学将心理学的理论与知识应用于医学,研究心理因素对人体健康与疾病的影响,通过提高心理素质及沟通能力,使医务人员能自觉地按照生物心理社会医学模式去思考与处理健康与疾病问题。

此外,还有其他一些相关的医学人文社会科学分支,如医学美学、叙事医学、音乐医学等,在此不一一列举。医学人文涉及诸多领域或学科,作为国家医师资格考试,重点放在医学伦理、卫生法规和医学心理等学科,主要是因为目前医务人员通过学习这些方面的知识及技能,更好地应对医学技术迅速发展和卫生改革所带来的诸多挑战。

2. 病人权利 病人权利是作为社会运动的医学人文。医疗保健服务是民生问题,公民获得医疗保健是一项基本民权,已载入联合国人权公约和许多国家法律。在西方,政党的竞选纲领中都不可缺少卫生福利政策,在我国目前的卫生保健体制改革亦作为建设和谐社会的重要标志。

病人的权利自18世纪倡导“天赋人权”开始,尊重病人的权利是医学从“家长制”中解放出来的一个标志。20世纪60年代“病人权利”运动得以迅速发展,其主要原因:其一是对第二次世界大战期间纳粹医生的非道德人体实验的深刻反省;其二是消费者权利、妇女权利、黑人权利等一系列人权运动的推动下,病人意识到了自身在医疗活动中的权利问题;其三是新技术对医生的行为和医患关系产生了深刻的影响,不断更新的诊疗技术导致了医生花费更多的时间在实验室,而不是在病人床边聆听病人的陈述和与病人交谈,医生更加关注病人的躯体问题而忽视病人的情感,以及对医源性和药源性疾病增加的担忧。人们逐渐认识到,单纯无条件地依靠医疗技术来保护和延长生命是有欠缺的。脱离病人去治疗疾病,将病人视为“肉体物质”或“生命机器”的倾向,可能导致医疗保健的畸形发展,给病人和社会带来的沉重经济负担。

20世纪70年代后在西方国家出现的病人权利运动、自我保健运动、自然疗法运动、整体医学运动,以及70年代后期生物-心理-社会医学模式的提出,都充分地显示出医学开始出现从在生物学因素方面探寻疾病的原因和治疗向多维度地审视健康和疾病问题转向。与此同时,随着生命科学研究的深入,人们更加清楚地认识到生物机械论的局限性和人的整体有机联系,更加强调医学的目的是以人为本,医学不仅只是对疾病的治疗(cure),而且更需要对病人的关怀和照料(care)。于是,1981年世界医学联盟在里斯本所发表的病人权利宣言(Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient)指出,病人的权利包括:获得良好质量医疗照护的权利;自由选择医疗方式的权利;自主决定的权利;获得信息的权利;诊疗秘密被保守的权利;获得健康教育的权利;保有个人尊严的权利;以及获得宗教协助的权利。

病人权利最重要的观念是病人的生命为病人所有,病人有权利为自己的生命做最好的安排,社会应尊重并协助病人完成他(她)的选择,因此,从狭义观点来看,病人自主权就是病人的基本权利,从病人自主权可衍生出病人应有知情同意的权利。从广义观点来看,社会应保障以下权利给予病人:医疗平等权、安全权、选择权、隐私权、求偿权、医疗文件收取权、医疗拒绝权、医疗尊严权。因此,病人权利运动是医学人文学科发展的社会文化基础。

(三) 医学人文的任务

医学人文为人们理解医学与卫生保健提供理论基础,为分析从医学研究、临床活动以及国家卫生政策的意义与价值提供方法。这些理解与分析不仅需要知识和理性,也需要感性与直觉。医学人文学的主要任务包括:

1. 阐明医学理论与实践的价值 医学理论和医疗实践都有其价值取向。在理论上和实践中,医学都不能将科学与人文的层面进行分离。医学科学与技术归根结底是为特定的病人作出“正确”和“善”的决定。医学并非仅仅为了获得科学的三段论结论,或者揭示普遍的自然规律,而是立足于临床实践,在这种价值体系中,科学化的“正确”终归要服从于病人的“善”和“益处”。因此,美国著名医学人文学者佩里格里诺(Edmund D. Pellegrino)指出:“医学居于科学与人文之间,并且非二者中的任何一方,而是包容了双方的许多特性。医学是最人文的科学,最经验的艺术,并且是最科学的人文。”

医学不应仅仅被理解为科学,更应看作是复合的学科,医学科学和生物技术不足以表达医学的复杂本质,而人文学则可以帮助我们更好地理解医学的本质。在临床决策时,如延长生命、堕胎、危险的手术与诊断过程,医生都面临着价值的判断,不仅要考虑病人境遇的方方面面,还要考虑到社会的、伦理的、法律的问题。因此,在作出临床决策时,需要从科学与人文两个维度考虑。

随着医学技术的发展,知识与权力的扩张已经超越了医学职业的范围。各类诊疗技术的涌现,医学似乎能做更多,但究竟什么应该做什么不该做却变得模糊起来。因此,医学需要调整方向,需要明确目标,方向与目标与人类的理想与价值密切相关。在此,医学人文承担着重要的作用。

2. 理解医学经验的主观性及对他者主观性的理解 在医学人文的框架下,一些科学不能解决的健康和疾病问题可以得到解决。医学人文教育能为医生提供替代选择,尤其是当关注的焦点是病人而非疾病时。医学人文学可以为医生提供四种不同但又相互关联的路径:首先是获取与整合主客观信息以作出最有利于病人的决定;其次能够强化和利用医患关系以达到治疗的目的;再次能理解病人的行为方式;最后是可以开展有效的沟通。

在以往的医学教育中,一般重视认知能力而忽视情感能力的培养。由于情感易受主观影

响,会干扰“科学”的判断,因此,医务人员需要与患者在情感上保持距离。临床上也要求医生要客观分析病情。不过,随着医学的发展,情感因素得到了重新评价。首先,在对患者的感觉或情绪缺乏理解的情况下,医生往往无法将患者作为一个完整的人来理解。虽然情感带有主观性,但患者生活中这些主观性情感会影响他们的疾病表现以及疾病的诊断和治疗。医生在面对患者以及他们的疾病时,若无法辨认患者的情绪并对此作出回应,则会对患者的情况了解不够透彻,从而可能会在诊断和治疗患者时出现错误。此外,医生也需要理解自己的情绪,医生可将自己的情感作为对患者同情融入到医学实践中。医学人文可以为医生提供多样的机会来体验自己和患者的情绪,审视自己和患者的反应,并且在无法完全控制的临床环境下更好地处理情绪。情感能力的培养可激发医生观察和解读患者语言和行为的能力;培养对患者体验的想象力和好奇心;增加对患者以及家人的看法的同情心;鼓励与患者建立关系和情感的联系;从而将患者作为完整的人来理解。

3. 提高医学生和医务人员的道德素质、心理素质、法律意识等人文素质 医学实践,包括疾病诊断与治疗、疾病预防与公共卫生、卫生资源分配、医学科研等,都与人文学科具有密切的相关性。例如,在处理卫生资源分配问题、医疗服务的质量与费用问题,临床技术的应用与评价问题等,都依赖于人文学科的审视与估量。在临床实践中,诊断与治疗首要关注的是医患之间的互动关系。医学的核心概念是负载价值的,理解病人的价值观、信仰、生活方式和对痛苦的观点,实际上可能影响诊断和治疗的选择,而这些不能脱离人文的考量。医学和人文科学在本质总是相互交织的。

在我国社会经济快速发展和卫生事业改革的新形势下,对医务人员的人文素质要求进一步提高。构建以人为本的和谐社会,尊重人、尊重生命、成为有爱心和高尚职业道德的人类健康的守护者是医务人员的神圣职责。20世纪五六十年代以后,人类疾病谱发生了很大的变化,由社会因素、心理因素、环境因素及行为因素诱发的心脑血管病、精神疾病、肿瘤等非传染疾病的发病率明显增加,医学模式已由传统生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变。这也要求医务人员必须调整自己的知识结构,全面提高整体素质,这也是医学人文性复归的客观要求。

4. 培养批判性思维能力 医学人文的理念既可作为医学的一种整合知识,也可以独立于医学,作为一种知识操练。人文学的特点包括反省、沉思、灵感和评判。医学人文学可以培养个人的反思和创造能力,对于临床医生来说,跨学科的训练是重要的,在诊疗疾病的过程中,他不仅需要具备生物医学的知识与技能,也应当了解病人的患病经历,认识到临床推理的不确定性。医学人文学也力图从知识上和实践上与当下医疗保健观念和卫生服务体制保持一种张力,制衡医学技术的过度使用,保证卫生保健服务的公平与公正,鼓励医疗保健文化的多样化。

二、医学人文的历史

(一) 医学人文的传统

医学的目的是救治在病痛中挣扎、饱受躯体疾患和精神痛楚折磨的病人,因此,医生除了应具备有用而必要的知识之外,“还应当具有优秀哲学家的一切品质:利他主义,热心、谦虚、冷静的判断、沉着、果断、不迷信。”自古以来,医学就一直被认为是最具人文传统的一门学科,医生是最富含人情味的职业。在中国古代,医学被称为“仁术”,医生被誉为“仁爱之士”,行医治病、施药济人被认为是施仁爱于他人的理想途径之一。在西方,古希腊医学家希波克拉底认为

“医术是一切技术中最美和最高尚的”。强调人体的整体性、人体与自然的和谐统一是古代东西方医学思想的共同特征,古代医生在治病过程中并不囿于有病部位的治疗,而是主张机体的整体性康复。他们相信“人体是由其本身的各个部分的一致而又交流着的知觉环构成的,当其中任何一部分受到侵袭时,整个身体都可能受到影响。……因此即使人的很小部分受伤,全身就感到疼痛,因为各部分是相互联系的。”所以,医生不仅应当注意有病部位的治疗,而且也应当关爱病人。病人躯体上的不适往往也导致精神上的痛楚,更何况疾病有时被视为上苍对人类不良行为的惩戒,病人从而遭受到躯体和精神上的双重折磨,所以医生舒缓病人的精神压力也有益于躯体疾病的康复。古代医生强调对医疗技术的热爱与对病人的热爱两者之间的密切关联,一方面是因为他们相信医术的目的就是解除病人的痛苦,或者至少减轻病人的痛苦。另一方面则是由于他们缺乏有效的治疗和缓解病痛的手段,于是他们在竭力为病人寻求治疗和缓解病痛的措施的同时,更注重对待病人的态度和行为方式,通过对病人的同情、关心、安慰等,给予病人情感的关照。

在西方,宗教与医学有着密切的联系,拯救生命的宗教观是施医赐药的道德基础。中国的传统宗教——道教和佛教,也把医疗行善作为医疗实践中的一项基本原则。由于文化传统的差异,中西医疗实践在医疗行善的理解上也有所不同。启蒙运动以后,西方更加强调尊重个人的自主性,西方医学伦理学家强调尊重病人自主权是首要的、基本的原则,而行善原则是建立在自主原则基础之上的,医生的临床决定必须首先尊重病人的选择。

儒家思想是中国文化的主干,它在整个中国文化思想上、意识形态上、风俗习惯上都烙上了深深的印痕。中国传统医学深受儒家的影响,儒家的仁爱思想也成为医学道德的理论基础。儒家认为医学为“生生之具”,医学的目的是仁爱救人。《灵枢·师传》指出,掌握医术,即可“上以治民,下以治身,使百姓无病,上下和亲,德泽下流……”。儒家的“爱人”原则第一是强调尊重人的生命。中国医学经典《黄帝内经》说:“天覆地载,万物备悉,莫贵于人。”唐代医家孙思邈也强调:“人命至重,有贵千金。”因此,儒家要求医生在疾病诊疗中,应有“如临深渊、如履薄冰”之感,处方开药应小心谨慎,以免诊断或用药错误伤害病人。“爱人”原则第二是强调尊重病人。《灵枢》中强调医生要“入国问俗,人家问讳、上堂问礼、临病人问所便。”并且主张对待患者要“举乃和柔、无自妄尊”。不得以施恩者自居,更不得利用医疗职业谋财、猎色。充分体现了对病人尊重的思想。“爱人”原则第三是强调“泛爱众”,提出医生对待病人应该一律平等相待,不论贫富贵贱、老幼美丑,都要一视同仁。孙思邈在《千金要方》中指出:“若有疾厄来求救者,不得问其贵贱贫富,长幼妍媸,华夷愚智,普同一等,皆如至亲之想。”

儒家十分重视个人的美德,认为仁爱救人是医生美德的体现。医生美德的基础是良心,即医生应具备恻隐之心、羞耻之心、恭敬之心、是非之心。由于医患之间事实上的不平等地位,儒家十分强调医生的“慎独”和“推己及人”。仁爱不仅作为行医的指导思想,也成为评价医生的一项重要标准。南齐杨泉在《物理论·论医》中指出:“夫医者,非仁爱之士,不可托也,非聪明理达,不可任也,非廉洁淳良,不可信也。”由此可见,强调医生的品德修养是中国医学道德传统的重要内容。

(二) 医学人文学科的兴起

20世纪医学技术的迅速发展,以往那些威胁人类健康的急性传染病、寄生虫病、营养缺乏性疾病得到了有效的控制,人类的健康状况有了极大的改善。然而,具有讽刺意味的是,在现代医学技术为人类提供越来越多的保健需求的同时,人们对医学批评也日益增加。因此,人们

不得不开始反思医学技术发展的价值,反思医学的目的究竟是什么,反思我们到底需要什么样的医学。

1960年,美国新罕布什尔州的达特茅斯医学院举办了“现代医学中良知的重要问题”的讨论会。在这次会议的开幕致词中,达特茅斯医学院院长 S. Marsh Tenney 博士指出,虽然现代医学的基础更加理性,但原应融科学与人文为一体的医疗实践却越来越偏离人的价值。因此,需要反思医学。考察医学与科学进步的良知问题,不是简单地追问人的生存与存在,而是要追问是何种生存、如何存在。

对现代科学技术的忧虑是20世纪60年代西方社会的一种较为普遍的情绪。1962年,卡森《寂静的春天》所展示的杀虫剂对人类的危害,以及随之不久发生的妊娠呕吐缓解药物“反应停”导致畸形儿出生的事件所暴露出来的时髦药物的潜在危险,都验证了科学家和人文学者的共同担忧。1969年,美国“健康与人类价值学会”(Society for Health and Human Values)成立,其目标是促进将人类价值作为医疗卫生专业人员教育的基本、明确的内容。健康与人类价值学会成立后,又创建了医学人类价值研究所,致力于研究人文学在医学教育中的地位。在1971年到1981年的十年间,研究所成为学会的主要实践机构,并直接或间接地影响了医学人文的兴起与发展。

20世纪70年代以后,美国许多大学的医学院纷纷成立了医学人文学教学和研究机构。医学人文学科的研究生教育也得到迅速发展,许多大学设立了跨学科的医学人文学研究生培养计划。医学人文学科在美国的发展也影响到世界其他国家,20世纪80年代以后,在欧洲、亚洲、南美洲、大洋洲一些国家的著名大学也陆续建立了医学人文学的教育和研究机构。我国医学人文学科的教学和研究也是在20世纪80年代以后陆续开展起来。

虽然医学人文学的概念已为学界所接受。然而,关于医学人文学的学科性质、研究领域、学术范式等却存在着不同的理解。医学人文学这个词具有多重含义,有人仅仅将之视为医学伦理学的同义词,或将其作为人际沟通技巧、行为科学的一部分,也有人提出医学人文学实质上是一种人文的医学。著名生命伦理学家 E. D. Pellegrino 认为医学的人文学科包括文学、哲学、历史、艺术、音乐、法律、经济、政治学、神学和人类学等。这些学科在医学中具有正当合理的位置,它不是医疗技艺彬彬有礼的装饰,也不是为了显示医生的教养和绅士的品质,而是临床医生在作出谨慎和正确决策中应必备的素质,如同医学科学知识和技能一样。

就医学人文学与医学科学的关系而言,一种看法是医学人文学可“软化”医学科学的“硬核”,但并未在本质上改变医学实践。这种“医学人文”一般被看作为医学科学的平衡力量,形成与医学科学的互补。另一种观点认为医学人文学是将人放在医学的中心位置,来重建医学的框架。它提出医学需要哲学上的根本转变,跨越传统的边界,使临床医学不仅基于科学的观察和实验室的数据,也应基于理解和减轻病人痛苦所形成的经验。这种观点期望将病痛的经验、病人的观点带入医学解释的模式。因此,医学人文学应是医学整体的一部分。当代医学发展和医疗卫生服务所面临的难题,不是哪一门学科所能单独解释和解决的,需要多学科的综合研究和跨学科的交流。医学人文学科作为一个由多学科交叉、综合的形成的学科群,正是旨在确保医学技术和医疗卫生服务的正当、公正与公平,促进社会和谐与协调发展。2005年,英国医学人文学会议的主题是“医学与人文学:走向交叉学科的实践”。会议的目标是:推进医学人文学在临床实践中的价值的讨论;关注医学与人文学科交叉研究;创造一个不同专业背景交流思想和经验的场景。

美国一些医学院在 20 世纪 60 年代末 70 年代初创设了一批实验性项目,在医学教育中加入人文学科,培养能够将人文和社会科学运用于医学教育与实践的教育工作者,为来自于人文和医学领域的教师和学生提供互补学习的机会。1984 年,美国医学院协会刊发了《医生普通专业教育和医预科教育专门委员会报告——21 世纪的医生》(Report of the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. Physicians for the Twenty-First Century),报告强调了在医学院和住院医师训练阶段连续性进行医学伦理学教育的重要性。1985 年,美国内科医学委员会出版了《内科医生人文素质的认识与评价指南》(A Guide to Awareness and Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist)。指南要求住院医师达到较高的人文修养标准。从那时起,内科住院医师培养计划就有责任培养住院医师的人文品质。在医疗实践中体现人性维度已经成为教育计划的必须内容,在这类训练中人文教育是最有潜力的,也是被全美医学教育工作者广泛接受的。

自 20 世纪 70 年代以来,从生物-心理-社会医学模式的提出到医学目的的讨论,从生命伦理学的诞生到医学跨文化研究的兴起,在我国医学界和相关领域涌动起医学人文研究的潮流。研究者从传统的人文学科,如医学史、医学哲学和医学伦理学扩大到跨学科的文化研究,如医学传播研究、医学的后殖民化研究、医学人类学研究、同性恋研究等,通过多维度地审视医疗保健实践、卫生服务制度以及卫生政策的制定来探讨医学的本质与价值。20 世纪 80 年代以后,我国医学人文学科的教学和研究在各医学院校陆续开展起来,来自医学史、自然辩证法、医学伦理学以及马列课的教学和研究人员,在承担着传统医学人文学科的教学和研究的同时,也开设了一些新兴的医学人文学课程并开拓了新的研究领域,如医学文化人类学、生命伦理学、医学美学等。90 年代,医学人文学科研究的相关机构也有了可观发展,一是传统的医学人文学科研究机构突破原来单一学科的研究局限,开展了跨学科工作,二是部分院校成立了专门的医学人文研究机构。这些举措表明国内学者对医学人文学科学术共同体的建设已有了共识,学科的建制化稳步发展。

(三) 医学人文学科的发展

1. 从多学科到交叉学科 医学人文学科群究竟囊括哪些学科也是众说纷纭,并无内在的逻辑联系。医学史、医学伦理学等均可追溯到古代先贤对医学的评述并建立了自己的学术传统。这些学科有助于我们理解在文化与社会境遇中生命科学与医学如何发生,文化如何与疾病的个体经验相互作用,理解医疗实践的方式。医学的文学与艺术,有助于拓展和培育我们观察、分析和反省的能力。它不仅包括探讨写作、绘画等创作活动的治疗价值,如鼓励慢性病人进行创作并解释临床症状对他的意义;也涉及艺术作品在公共卫生和健康教育中的作用,如利用各种卫生宣传展览和社区健康教育。

由于医学人文学不是一个单一的研究领域,而是引入现有的学科,如伦理学、哲学、文学和历史等对医学进行批评性反思的多学科活动。这并不否认医学人文的各专门学科的学术价值,例如医学史是相当成熟的一个研究领域,医学伦理学也有其理论体系和研究范式,这些学科的研究依然有它们自己的关注点和亚分科研究。医学人文学科试图将人文学科的观点与研究方法应用于解释和解决医学所面临的问题,研究方法和进路可以是多种多样的。从多学科的视角看医学人文学的发展,最基本的要求是不同学科之间的宽容和合作。医学人文学科各学科都有自己的传统与主要关涉,学者之间也可能是兴趣迥异。对医学技术和卫生保健中问题的多学科解释和理解有时会显现出矛盾。对同一问题不同学科的理解方式也可能不同。所谓理解方式,即人们在试图对某种现象获得某种理解时关注方面不同,所处理的方式亦可不

同。例如,当我们讨论器官移植问题时,医史学家关注的是这种观念和技术是如何形成与如何演化的,而伦理学家则关注这种技术的应用是否合乎人们的价值观,但无论是医史学家还是伦理学家,都是通过器官移植来探讨人类观念和社会文化的影响。多学科可拓宽和深化我们对这一问题的理解,即所谓“解释的越多,理解的越好”。

医学人文在正式的医学课程体系和研究领域中,大多沿袭传统的学科体系。欧美国家医学院校开设的医学人文课程不尽相同,但从课程体系上看,大致包括了三个方面的内容:一是关涉知识的价值,如医学哲学和医学史课程,目的是对生命科学与医学发展的理解以及对现有知识的怀疑和批评意识。二是关涉医学技术的道德价值和医学职业的价值,如医学伦理学,目的是强调医学研究和临床技术的应用必须符合伦理准则以及医生的职业精神,如同情、宽容、尊重、理解和正直。三是关涉叙述的价值,如医学与文学、医患沟通学等,增强医生对临床病史和患者经历的敏感性和在交流中使用修辞策略的灵活意识。当然,从广义的医学人文学定义出发,还有一些课程也可列入其中,如医学文化人类学、医学心理学、医学社会学等。

实际上,“医学人文”的概念已超越了“医学”和“人文”本身的含义,“医学”包括了各类卫生保健活动,“人文”包括了艺术和部分社会科学学科。在技术理性的时代,我们需要医学显示出更多的人文性和敏感性。我们希望通过医学人文教育的医生不仅是人道的、伦理的和敏感的医生而且也是医学学科的鉴赏者,评价临床判断的艺术家。这种医生将从简单地应用知识和适应规则走向临床的革新,如熟悉临床知识的解释和直觉方式(应用默会知识),能与患者之间建立起良好沟通,且能做到有目的的自我约束。

2. 跨学科的方法学 医学人文保持其宽泛性,需要多学科的研究路径和分析方法以及宽容不同的甚至完全相反的观念。医学人文关涉的是人性本身,因此没有比选择最宽泛的路径能更好地解释和理解人性问题的了,尤其是有关卫生保健方面的问题。医学人文需要保持一种有活力的、广泛的联盟,鼓励不同学科之间的对话与论争。

在后现代理论的推动下,人文社会科学领域的学者打破传统的学科界限,开展新的人文社会科学的“跨学科”活动,如文化研究、人文地理、性别研究等。这些研究既利用了原来学科的话语,同时又试图发展新的话语体系,鼓励跨文本比较。解释与理解复杂的人文社会学问题,强调单一学科纯粹性既不必要也不可能。医学人文的跨学科研究才刚刚起步。所谓跨学科,原则上是指不同学科联合在一起研究医学和卫生保健中的问题。例如,神经衰弱作为一种疾病可由医学史来考察该病什么时候出现、如何演化的;文学研究可就某一时期的著名艺术家或作家的作品中描述的病症来研究当时人们对该病的态度;哲学可研究疾病概念的原意和含义。跨学科研究的关键不在于不是将这些问题分门别类来考察,而是要研究它们之间是如何关联的。当代医学技术发展和卫生保健服务中涌现出诸多伦理、社会和法律问题,实际上都很难从单一的学科研究中找到答案,其讨论范围也往往超出了任何单一的学科,因此这些问题是真实的跨学科问题。

三、医学人文的现状与前景

(一) 医学人文传统的断裂

20世纪以前,医学技术的进展是相当缓慢的,医生们凭借有限的药物和实践中摸索的经验,为病人解决力所能及的问题。在20世纪,这种局面发生了根本性的变化,医学不仅获得了消灭、控制疾病的武器,而且还掌握了操纵生命的密码。不断涌现的现代化诊断、治疗技术将