



国家医学考试中心唯一推荐用书

2013

新编版

国家医师资格考试 医学综合应试指南 医学人文概要

(适用于临床、口腔、公共卫生类别)

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

2013

新编版

国家医师资格考试 医学综合应试指南

医学人文概要

(适用于临床、口腔、公共卫生类别)

医师资格考试指导用书专家编写组

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

2013 国家医师资格考试医学综合应试指南. 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, 2013.1

ISBN 978-7-117-16858-8

I. ①2… II. ①医… III. ①医学—人文学—医师—资格考试—自学参考资料 IV. ①R192.3 ②R-05

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 305172 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

本书本印次内有 5 种防伪标志, 请注意识别。欢迎致电、来函查询真伪、举报盗版。电话: 010-59787491
E-mail: WQ@pmph.com

2013 国家医师资格考试 医学综合应试指南 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: 三河市富华印刷包装有限公司

经销: 新华书店

开本: 787×1092 1/16 印张: 24

字数: 614 千字

版次: 2013 年 1 月第 1 版 2013 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16858-8/R · 16859

定价: 60.00 元

(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

编者名单 (按姓氏笔画排序)

王北京	王丽宇	尹秀云	田 侃	达庆东
刘 鑫	刘俊荣	杜文东	李本富	汪建荣
张 滨	张大庆	胡佩诚	洪 炜	曹永福
潘 芳				



出版说明

为深入贯彻《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和教育部、卫生部联合召开的“全国医学教育改革工作会议”精神以及卫生人才规划纲要,根据各学科的发展特点和对医疗卫生人才培养和使用的要求,在广泛听取专家和考生意见和建议的基础上,对医师资格考试大纲进行了全面修订,以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及综合应用能力,使其能够安全有效地从事医疗、预防和保健工作。特别是为推进卫生行业文化建设,进一步规范从业人员行为,倡导遵纪守法,依法执业,提高执业医生的职业道德素质和服务水平,对医学人文大纲进行了重新修订。根据新大纲的要求和特点,组织有关专家精心编写了《医学人文概要》考试指导用书。

《医学人文概要》内容包括医学伦理、医学心理与卫生法规三个学科,单独成册,供各类别考生使用。考核的内容主要涉及执业医师在工作中必需掌握的心理、伦理、法律法规等人文学科的基本理论、概念、原则等。以体现医学人文在执业医师考试中的重要地位,提升执业医师的人文精神。

该书在 2011 年修订的基础上,进一步进行了完善,部分章节重新编写,将《医疗机构从业人员行为规范》、《医疗机构临床用血管理办法》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《精神卫生法》、《疫苗流通和预防接种管理条例》等相关内容纳入书中,加强了对医师执业素养和相关法律法规的考核。

2013 年考试指导用书紧扣新大纲,内容全面,逻辑性强,且重点突出,具有权威性,有利于考生进行应试复习。

最后,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

2012 年 12 月



总论·····	1
---------	---

第一篇 医学心理学

第一章 绪论·····	13
-------------	----

第一节 医学心理学的概念与医学模式·····	13
------------------------	----

第二节 医学心理学的研究任务与基本观点·····	15
--------------------------	----

第三节 医学心理学的研究方法·····	16
---------------------	----

第四节 医学心理学的发展简史·····	17
---------------------	----

第二章 心理的生物学基础·····	21
-------------------	----

第一节 心理与脑·····	21
---------------	----

第二节 心理的发生和发展·····	23
-------------------	----

第三节 心理的实质内容·····	25
------------------	----

第四节 心理与脑科学的研究·····	26
--------------------	----

第三章 感觉与知觉·····	28
----------------	----

第一节 感觉·····	28
-------------	----

第二节 知觉·····	31
-------------	----

第四章 记忆与思维·····	34
----------------	----

第一节 记忆·····	34
-------------	----

第二节 思维·····	38
-------------	----

第五章 情绪、情感与意志·····	43
-------------------	----

第一节 情绪、情感概述·····	43
------------------	----

第二节 情绪的发展与表现·····	44
-------------------	----

第三节 情绪的作用·····	45
----------------	----

第四节 情绪的调节·····	46
----------------	----

第五节 意志·····	48
-------------	----

第六章 人格	51
第一节 人格的概念与特性	51
第二节 人格诸方面	52
第三节 需要与动机	55
第四节 人格的形成与发展	57
第七章 心理卫生	59
第一节 心理卫生概述	59
第二节 心理健康的评价标准	61
第三节 不同年龄阶段的心理卫生	62
第八章 心身疾病	69
第一节 心理应激的概念与健康	69
第二节 心理应激与调节	71
第三节 心身疾病的概念	73
第四节 心身疾病的心理社会影响因素	75
第五节 几种常见的心身疾病	77
第九章 心理评估	80
第一节 心理评估概述	80
第二节 心理测验的分类	82
第三节 应用心理测验的一般原则	83
第四节 心理测验的标准化	83
第五节 常用的心理测验与临床评定量表	84
第十章 心理治疗	90
第一节 心理治疗概述	90
第二节 心理治疗的理论基础	93
第三节 心理治疗的主要方法	95
第四节 心理治疗的原则与要求	98
第五节 临床心理咨询	99
第十一章 医患关系	102
第一节 医患关系概述	102
第二节 医患关系模式	104
第三节 医患沟通的技巧	106
第四节 医患沟通中存在的问题	108
第十二章 患者的心理问题	110
第一节 患者角色和求医行为	110
第二节 疾病过程中的心理反应	114
第三节 患者的心理需要	116
第四节 医务人员的心理素质	117



参考文献	118
------	-----

第二篇 医学伦理学

第一章 伦理学与医学伦理学	121
第一节 伦理学	121
第二节 医学伦理学	125
第二章 医学伦理学的基本原则与规范	131
第一节 医学伦理学的基本原则	131
第二节 医学伦理学的基本规范	134
第三章 医疗人际关系伦理	137
第一节 医患关系伦理	137
第二节 医务人员之间关系伦理	145
第四章 临床诊疗伦理	149
第一节 临床诊疗的伦理原则	149
第二节 临床诊断的伦理要求	150
第三节 临床治疗的伦理要求	153
第四节 临床急救的伦理要求	159
第五章 临终关怀与死亡的伦理	162
第一节 临终关怀伦理	162
第二节 安乐死伦理	165
第三节 死亡伦理	169
第六章 公共卫生伦理	172
第一节 公共卫生伦理的含义和理论基础	172
第二节 公共卫生伦理原则	175
第三节 公共卫生工作伦理要求	177
第七章 医学科研伦理	180
第一节 医学科研伦理的含义和要求	180
第二节 涉及人的生物医学研究伦理	182
第三节 动物实验伦理	185
第八章 医学新技术研究和应用伦理	187
第一节 人类辅助生殖技术伦理	187
第二节 人体器官移植伦理	191
第三节 人的胚胎干细胞与生殖性克隆伦理	196
第四节 基因诊疗的伦理	197
第九章 医务人员医学伦理素质的养成与行为规范	199
第一节 医学道德修养	199



第二节 医学道德评价·····	202
第三节 医疗机构从业人员行为规范·····	207
参考文献·····	212

第三篇 卫生法规

第一章 绪论·····	215
第一节 概述·····	215
第二节 卫生法的特征·····	216
第三节 卫生法的基本原则·····	217
第四节 卫生法的渊源·····	219
第五节 卫生法律关系·····	221
第六节 卫生法的作用·····	222
第七节 新中国卫生法的发展·····	223
第八节 卫生法与卫生法学研究·····	224
第二章 公共卫生法·····	228
第一节 概述·····	228
第二节 传染病防治·····	228
第三节 病原微生物实验室生物安全·····	236
第四节 医疗废物管理·····	238
第五节 艾滋病防治·····	239
第六节 血吸虫病防治·····	241
第七节 职业病防治·····	242
第八节 使用有毒物品作业场所劳动保护·····	245
第九节 食品安全·····	247
第十节 乳品质量安全·····	251
第十一节 食盐加碘消除碘缺乏危害·····	252
第十二节 化妆品卫生·····	253
第十三节 消毒产品卫生·····	255
第十四节 生活饮用水卫生·····	256
第十五节 公共场所卫生·····	258
第十六节 学校卫生·····	261
第十七节 突发公共卫生事件应急·····	262
第三章 医疗法·····	264
第一节 概述·····	264
第二节 医疗机构·····	264
第三节 执业医师·····	267
第四节 乡村医生·····	271
第五节 母婴保健·····	273
第六节 计划生育技术服务·····	276

第七节 精神卫生·····	277
第八节 人体器官移植·····	282
第九节 人类辅助生殖技术·····	284
第十节 血液管理·····	286
第十一节 放射诊疗·····	290
第十二节 抗菌药物临床应用·····	293
第十三节 处方·····	297
第十四节 医疗损害责任·····	300
第十五节 医疗事故争议处理·····	301
第四章 药事法 ·····	307
第一节 概述·····	307
第二节 药品·····	307
第三节 特殊管理药品·····	310
第四节 血液制品·····	312
第五节 疫苗·····	314
第六节 药品不良反应·····	317
第七节 中药品种保护·····	318
第八节 医疗器械·····	319
第五章 中医药法 ·····	322
第一节 概述·····	322
第二节 中医医疗机构·····	323
第三节 中医从业人员·····	323
第四节 中医药教育与科研·····	324
第五节 民族医药·····	324
第六节 中医药管理部门·····	325
参考文献·····	325
 第四篇 模拟试题解析	
第一章 医学心理模拟试题解析·····	327
第二章 医学伦理模拟试题解析·····	338
第三章 卫生法规模拟试题解析·····	347
 附录 医疗机构从业人员行为规范·····	359

总 论

医学人文是应用人文社会科学的知识与方法对医学的本质与价值、卫生保健的目的与意义、医疗保障的公平与公正等问题进行探究的活动。医学人文能激发医务人员对人性、对苦难、对生命的敏感性和洞悉力,能确立医学研究、临床治疗、预防保健以及卫生政策制定过程中自主、尊重、宽容、公正的价值观。

一、概 述

(一) 医学人文的概念

在讨论医学人文的概念之前,首先应对医学与人文的概念有一个清晰的表述。医学是什么?《科学技术辞典》的定义是:医学是旨在保护和加强人类健康、预防和治疗疾病的科学知识体系和实践活动。《自然科学学科辞典》的定义是:医学,狭义可视为医学科学的同义语,广义则应理解为医学科学和医疗保健事业的综合称谓。《大英百科全书》的定义是“医学是维持健康、预防、诊断和治疗疾病的实践活动。”在中国,“人文”一词最早出现在《易经》中,《易经》贲卦的象辞上讲:“观乎天文以察时变,观乎人文以化成天下。”在此人文与天文相对,天文是指天道自然,人文是指社会人伦。所谓人文,强调的是人类社会运行所形成的秩序和伦理规范。《辞海》中对人文的定义是:“人文指人类社会的各种文化现象”。所谓文化是人类或者一个民族、一个人群共同具有的符号、价值观及其规范。人文就是人类文化中的核心部分,其体现在对人的尊重和关爱。在西方,人文的概念包含有人道的(humane)、人文主义(humanism)、人性(humanity)和人文学科(humanities)等,起源于古希腊人对人的认识,文艺复兴时期人文主义成为抗衡封建神学的思想武器,笛卡尔提出的“我思故我在”的命题最终确立了人的自我意识,马克思非常重视人的发展,马斯洛将人文发展作为人类社会发展的最高等级。由此,我们可以发现人文概念的内涵和具体内容既是人类社会共通的,也蕴涵着时代和文化特征。

“医学人文”的概念实际上具有多重含义。其一是指“医学人文精神”,即人类的终极关怀与人性的提升,如批评人类企图控制自然的骄傲自大,承认“医学的限度”,强调尊重人、敬畏生命;其二是指“医学人文关怀”,强调的是对待他人的善行,如医学研究、临床治疗中的伦理价值、良好的医患沟通能力;其三是指“医学人文学科”,即研究与探寻医学本质与价值的人文学科,如医学史、医学哲学、医学伦理学等。医学人文精神与医学人文关怀是观念层面和实践层面,而医学人文学科则介于二者之间,是从观念到实践,从知识到行动的桥梁。而“医学人文素质”是一种综合素质,即医务人员通过医学人文学科的学习,理解医学人文精神的内涵,具备医学人文关怀的能力,并在医疗卫生工作中得以体现。

广义的医学人文学包括与医学相关的法律、社会学、人类学和心理学,亦可称为医学人文社会科学。因此,医学人文是一个多学科与跨学科的研究领域,它从人文学科和社会科学的角度探讨健康、疾病、生命、死亡、疼痛、快乐之于人类社会的意义,考察医学和卫生保健之于人类



社会的价值,研究与关注这些学科如何应用于医学教育和改进医疗实践。

(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 with 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,给病人和社会带来沉重的经济负担。



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,医生可将自己的情绪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学的兴起与发展。

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。著名生命伦理学家佩里格里诺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: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需内容, 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; 也涉及文艺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