

從資訊揭露與醫病雙方共同決策談醫病關係的演化

顏如娟¹、許明暉²

醫病關係因為時代背景的不同，呈現對應式的多樣性表現。回顧醫學史，從古希臘羅馬時期以降，直到中世紀基督教掌握西方世界的政經情勢，再歷經文藝復興，以至於近代，直到二十世紀，醫師從一開始的主導者之角色，慢慢才有醫師與病人權力分享式的決策模式。在這當中，醫師從幾乎不需與病人溝通；到有學者呼籲由推廣門外漢的專業醫學知識教育，縮短醫師病人知識程度差異，才促使醫師打開對病人溝通的一扇窗。醫病關係由於二十世紀出數起醫療糾紛的訴訟而發生變化，許多法官在審理這些案件中進行很多腦力激盪：首先，法官既要考慮到不去侵犯到醫師的專業權力，而且考量到病人實際受到醫師善意照護禁錮（caring custody）的事實；其次，又要保護病人免於各式各樣新興的醫療處置與手術濫用；最後，並想給予病人某種程度的自由度，於是“知情同意（informed consent）”就在這樣的狀況下誕生。在醫師解釋病情與處置方面，法官並考慮到醫師與病人的專業知識程度之差異。究竟知情同意要在何種情況下必得告知病人，而又要告知到何種程度，這是值得商榷的議題。從另外一個角度看來，不同文化背景的病人，對知情同意、權力分享式醫病共同決策模式，是否有不同的接受模式與程度，本文亦將一併探討。

關鍵詞：醫病關係，專業權力，照護禁錮，知情同意，醫病共同決策模式
 北市醫學雜誌 2007; 4(8):643-649

前言

有關於醫病關係的探討一直是醫界與普羅大眾所矚目的焦點。生而為人，終其一生皆難逃病痛折磨。當病痛折磨時，有人期待病痛能藉自然力量自動痊癒；有人則尋求醫治者幫助他們盡速恢復正常。在這當中；醫師被期待扮演醫治者的角色。如果我們回顧西方醫學史中醫病關係的軌跡因時間不同而呈現出多樣性，各有其形成的背景與緣由。以資訊揭露與醫病雙方共同決定為例：自古希臘與羅馬時期以

降，醫病雙方一開始並沒有對話的空間，醫師的地位也由一般人心目中半信半疑，至極高或絕對的尊崇，乃至演變到現在的互相尊重。本篇文章即著眼於資訊揭露與醫病雙方共同決定的軌跡。

一、古希臘與羅馬時期

當我們回頭來看古希臘與羅馬時期的醫病關係，會發現其迥異於現在的醫病關係。醫師在拉丁文中意為指導者或教師，在希臘文意為自然的哲學家。這個當時，醫師扮演醫病關

¹臺北市立聯合醫院忠孝院區眼科；²臺北市立萬芳醫院神經外科

受理日期：2007年5月30日；接受日期：2007年6月30日

通信作者：許明暉，臺北市立萬芳醫院神經外科，116臺北市文山區興隆路三段111號5樓



係中主導角色。希伯克拉底的名言：「生命短暫，技藝久長，機會易逝，實驗詭譎，評斷艱困。醫師必須要準備好了，不僅是在他的職責上，也包括了贏得病人與其照護者以及環境通力合作。」^[1]在那個時代，醫師的確是個哲學家，他們除了照顧病人的身體外，他們還是天文學家、作家、和生物學家。從希伯克拉底的觀點來看，負責維持與調整醫病關係的人是醫師，醫師在照護病患的過程中，某些程度有禁錮病人的意涵。然而，希伯克拉底的醫師誓言並未提到資訊揭露的必要性，也未曾提及醫病溝通的必要性。在這時期，疾病的知識是很稀少，而醫師的所得也不高。病人對醫師的信賴感並不高，因為當時的醫療只提供某些假設性的理論，況且，就算有醫師的診療，此時的病患的罹病率與死亡率仍偏高。

二、中世紀時期

在中世紀時期，宗教特別是基督教勢力控制生活許多面向，就連醫療也不例外，第一家醫院是在西元約十世紀由基督教的教會建立，醫療在這一時期是用來控制人們心智與思考模式的方法，這樣的模式即使在現在也屢見不鮮，諸如得了惡性腫瘤就以為自己一定是為惡多端，遭神懲罰，說來難以置信，卻在某些虔誠教徒中卻堅信不疑。在這個時代醫師是替代上帝來執行救贖工作，幫助病人從病痛深淵中解脫出來，所以病人是被期待百分之百合作。這樣的醫病關係是根基於以下三種信念：首先，病人必須榮耀醫師，就如同基督徒必須榮耀上帝一般，因為醫師權威來自上帝；其次，病人必須要對醫師有全然的信心^[2]；最後，病患必得承諾對醫師完全的遵從性。當我們回顧這一時期的醫病關係時，一樣找不到醫者與病人間對話的必須性。就像古希臘與羅馬時期一

般，對病人如何治療的權力仍掌握在醫師手中，未曾與病人分享該負擔。這個時候，醫師就如同神一樣的全能，因為，他們擁有來自神的權力，而信念與服從對於醫療是十分重要。

三、十六與十七世紀醫療與文藝復興時代

在十六與十七世紀醫療與文藝復興時代，醫療演變為僅由醫師的意志來掌控與執行。從此以後，忽略病人想法或意見的氛圍就此形成，雖然，在這時期，有 John Gregory 大聲疾呼致力於門外漢的醫學教育^[3]，有助於醫病雙方對疾病與健康議題的溝通，但是，如此依然無法扭轉劣勢，這股氛圍仍儼然成形。筆者十分同意 John Gregory 之真知灼見，但仍不免擔憂起實際執行層面的困難處；因為，醫學知識十分繁複，不是一般人在短短時間內就可完整理解，就連一名醫師也很難誇口能於跨科的領域中無所不知、無所不曉；就此觀點而言，醫學知識的確具備了寡占性。而且，隨著時間與科技的演進，日新月異的新醫學知識，又以飛快的速度增加許多，不管是自文藝復興與十六、十七世紀時代開始的解剖學等知識，或現代醫師面臨的爆炸性增加的醫學知識，皆對該時代的醫師造成無比壓力，醫師或醫學生都要十分努力才能一窺堂奧，更何況，醫學最能確定的就是不確定性，這種醫療的不確定性與不易了解的醫學知識極易造成醫病雙方溝通的誤解。所謂德不孤，必有鄰。在美國亦有 Rush Benjamin^[4] 呼應 John Gregory 之想法，他也強調資訊揭露與病人同意的必須性，但他並不堅持要強力介入治療決定以影響其結果，進而影響了良好的醫病關係。

四、十九世紀時期

在這時期，第一代的醫療倫理證詞首先於

美國及英國形成。醫療協會（the Association of Medicine）並不接受John Gregory的邀請大眾共同參與治療決策的意見，相反地，其採用了Thomas Percival善意的照護禁錮的想法^[5]。從Thomas Percival的觀點來看，醫療倫理證詞（見於1803年Thomas的著作），他提出了四項倫理的原則，這些原則立基於社會與人道的立場，並同時做為醫界中每日互動的準則，這些準則可以在私人執業，也可以在醫院中執業適用。善意照護禁錮的原則是：每一個病人，不管由內科系或外科系醫師照料，皆應投與專注、穩定及人性的治療。此種善意照護禁錮並沒有邀請病人加入治療選項的共同決策過程。上述的醫病關係仍屬父權式的，而病人仍被期待完全地服從，以求盡速驅逐病魔以及儘早恢復健康。醫師在這個時期仍是威權式的，完全地掌控決策決定，並提供極少資訊給病人，有些醫師就承認：其實不能接受事實真相的是醫師，而不是病人。

五、二十世紀時期

近年來，醫病關係在許多方面都有所改變。二十世紀上半葉，醫病關係由父權式的關懷，漸進到引導式的照護，最後進入現代的相互尊重模式。而二十世紀中葉之後，醫師因為過度生產和官僚化制度（Bureacratization）形成，醫學知識變為可以取得，如網際網路的搜尋引擎，醫療保險制度的廣泛實施，消費者意識高漲等等因素，皆造成了醫師的去專業化（Deprofessinoalization）現象。此等去專業化現象以及醫病關係在這時其氛圍的改變，共同形成了醫療倫理證詞的修正，而修正後的醫療倫理證詞令資訊揭露與病人共同參與治療決策付諸實現。而這個時期距離我們較近，我們能仔細地加以分析與理解，先分述如下：

知情同意（Informed Consent）的誕生

知情同意（Informed Consent）的誕生，就如同其他的事件一般，在歷史中自有其形式的背景緣由。自十九世紀中葉至而十世紀初至中葉，因為醫療訴訟大量增加，法官在醫療訴訟中面臨兩難；希冀能提升病人治療的自我決定權，又不影響到在接受醫師善意照護禁錮的病人福利。知情同意的誕生可以分為三個階段：第一時期是資訊揭露的低調初期，期間為二十世紀初至1957年；第二時期是知情同意的誕生發展期；第三時期則是自1972年後知情同意條例的引退。

一、知情同意的雛形期

知情同意的雛形期緣於許多法官對不同醫療訴訟的腦力激盪，就以手術的知情同意為例，某英國法官曾評論：「任一病人應被告知他將面臨怎樣的處置，如此一來，他才能提起勇氣接受手術。有關手術或處置的本質的了解，對於讓即將接受這樣手術或處置的病人十分重要」^[6]。Cardozo法官及Bobbitt法官都共同為知情同意內容做出重要貢獻，他們都認為人皆可能犯錯，但不揭露資訊卻不可原諒。藉由一些不同案例，及與醫師的互動，病人與法官共同將醫病關係資訊揭露推進至侵襲性處置的知情同意之開始時期，當然這些侵襲性處置是以外科手術為大宗^[7,8]。

二、知情同意的誕生與發展期

第二階段是知情同意的誕生與發展期，時間是1957年至1972年。在這當中，法官給予病人兩種不同面向的權利：包括了病人要接受何種治療，以及要或不要接受治療的權利。當然法官在賦予該項權利時，必須以不影響醫師治

療病人為前提。如同前述，法官們常面臨提升病人對治療決定的自我決定權予維持醫師的全為的兩難中。如果我們回顧1957年在史丹福大學中Salgo與Leland的醫療訴訟，一名55歲男性病人因小腿間接性跛腳而就醫，後在腹部主動脈阻塞的診斷下，接受了主動脈血管攝影以確定診斷；不幸的是，之後他得了併發症，從此下肢完全癱瘓^[9]。Bray法官加速了知情同意條文的誕生，他在判決書的開場白就以加重語氣指出：「當一名醫師沒有提供足夠而必要的資訊，以使病人能完全了解該治療的本質，則該名醫師就有可能面臨訴訟的風險。」。但是，Bray法官立刻想到第二件事：究竟醫師要揭露多少資訊給病人，病人才能避免因為醫師誘導而接受該處置以簽下同意書所引起的危險；而另一方面，醫師要保留多少資訊以保護病人，以避免因過度理解資訊而受傷？筆者以為這的確是知情同意的關鍵所在，醫師與法官都想要保護病人免受不必要的痛苦；而執行層面要如何才能達到可行，並不至於因侵犯到醫界的專業權威而影響病人的權益呢？眾所周知，醫學知識具有艱澀難懂及寡占性的特質，在這個資訊呈爆炸性增加的後現代，一般人不易在短時間內將搜尋到的醫學知識消化理解。就連醫師也不能不戰戰兢兢、臨淵履薄地汲取新知，以免落後跟不上日新月異的醫學新知；而在分科精細的專科醫師制度中，要讓醫師於跨科的領域中嫻熟醫學新知並不容易。所以，要如何能達成這個時期法官所期待的知情同意其實也是一門藝術。曾有人建議醫師在解釋病情後及時給予反饋評估，醫師向病人解釋完病情，即要求病人立刻對醫師說明的意涵予以測驗，在急重症病患或家屬因心境著急或理解力不同，有時答案竟與醫師想法南轅北轍，但這也不失為一種可行方法。

三、知情同意的引退期

第三個階段是自1972年後知情同意立法的引退。從各式各樣的醫療糾紛中，誕生了前述的24州知情同意的立法通過^[10]，但自1972年以後，醫療糾紛卻呈爆炸性增加，有人以「醫療糾紛危機」來加以形容。而有關於其立法的條文，在美國各州不同，如愛荷華和路易斯安那州的條文中明文規定：只有在病人面臨「死亡、腦死、四肢癱瘓、下肢偏癱或喪失任一器官或肢體或其能或產生醜陋的疤痕」的危險時，才需要對該處置執行「知情同意」的告知。而其他如賓州與華盛頓州對知情同意的資訊揭露則要求須做到依病人或家屬個別情況而量身訂做。然而，在許多其它州宣稱知情同意的條例立法通過後，反而造成許多醫療訴訟的形成，而知情同意的條例修訂的引退也可以說是另一種立法的改革。

最後，知情同意的形成就某種程度而言，也是醫病關係的一種演進。對醫師而言，回顧這過去或許是一部辛酸史，但仍讓醫師從這當中學得一些反饋與前瞻性見解，而能在未來堅定向前走。那就是犯錯雖是人性，但是與病人對話及溝通，對醫病關係而言，是非常重要的，也是對下一章節所將提及「共同決策決定過程」具有拋磚引玉的影響。

共同決策決定的過程

一、醫療決策的演進與多元文化的差異性

不管是從歷史或社會的觀點來看，在醫療過程中主宰治療決策的絕大部分是醫師。就如前述，自從古希臘與羅馬時代、中世紀與文藝復興時代，直到十九世紀的醫療，我們並不期待醫師對病人討論疾病的情況，我們只期待醫師告訴病人要如何合作才能痊癒，這也就是為

什麼醫師用「遵醫屬性」(Compliance)來表達要求病人絕對的服從，是絕對其來有自。然而時代改變了，思考模式也隨之而變。首先知情同意條例的立法開啓了執行具有風險的處置的醫病對話。再來就是自主權的分享：醫師與病人間權威的分享。這個過程可能是某些病人的期待，但也可能是某些病人的惡夢。再者，不同區域間的文化與刻板思考皆不相同，例如：在美國，每一位醫師照顧的病患遠比台灣的少，美國的病人也希望能獲知更多與病情相關的資訊。在某些亞洲國家，例如台灣或日本病人從小就被教育完全的服從醫師，以求迅速的痊癒。他們並不喜歡醫師說明所有的病情與解釋各種治療的選擇，甚至於接受治療或不接受治療；他們只期待被告知怎麼合作以及下一個步驟是什麼，他們的想法是：「你是醫師，你該告訴我們下一步該怎麼做。」這就是文化不同的影響。

二、鼓勵醫病對話以重建彼此信任

但是醫病對話的義務需要加以鼓勵，以促進醫病雙方間的彼此信任。有時病人感到憤怒，起因於醫護人員的態度，例如醫師的冷漠，這種憤怒有可能進而發展，而導致醫療訴訟。這樣的問題可能由醫學教育加以解決，醫學生或年輕醫師可以經由站在病人角度設身處地思考，學習提升對病人的同理心。另一方面，醫學生或年輕醫師並不知道如何面對醫療的不確定性、病人即將面臨的死亡、或猝死等情境。醫師向來被訓練要隱藏他們的情緒，冷靜地治療病人；但他們也需要被訓練為在適當的情境與方法下適度透露自己的情緒，以保護病人及醫師自己。如果病人能夠了解到某些醫療不確定性，或不可預期的意外有可能突然發生的可能性，病人將能較平和的接受這樣的現

實狀況。

三、尊重病人價值觀，醫病攜手共同決策

從這種治療共同決策決定的過程中，我們不能忽略的是醫生與病人都有理性與不理性的時候。如果我們把醫師與病人之有意識的、及下意識的想法一併考慮進來，將有助於醫師與病人間共同對治療決策決定的過程，使之更加的理性平和。對於即將瀕臨死亡的病人，醫師也要學習如何誠實的面對；有時候，醫師的逃避態度往往起因於醫師不知如何面對死亡，而想逃離這種情境，甚且比病人更害怕死亡，更不知如何面對^[11]。但是這種逃離對病人的傷害，卻遠比疾病對病人的傷害要大，因為病人有一種被隔離的寂寞與手足無措。如果醫師能學習面對死亡，與病人平靜的對話及表達關懷將使醫病關係更為調和病人也不會有被遺棄的感覺。

就如同管理大師Michael Porter近期發表在美國醫師學會雜誌(JAMA)「醫師如何改變健康照護的未來」一文中指出：改革的策略是市場導向的，但必須由醫師領導來啓動^[12]。他特別強調醫療給付應該被引導到正向的良性競爭，而不是費用移轉至其他同儕的惡性競爭。醫師與病人的溝通及獲得之病人滿意度應該被鼓勵及被獎賞，如獲得經濟利益的回饋。如此將引導醫師與病人多多討論病情，佐以證據為基礎的醫療，依病人喜好和價值觀來做治療決策的判準，使治療決策更符合病人的需求。

結 論

醫病關係隨著時代有不同的呈現與改變，從以前普羅大眾心中醫師高高在上、病人完全配合與服從，醫師不需要與病人溝通，一直到



二十世紀初的資訊揭露為醫病雙方溝通開啓一扇窗。爾後，藉由良好的醫病信賴關係，揭起了醫療照護決策分享的序幕。權力雖然分享，但醫師仍應本諸利他主義，期待社會大眾服務的心不變，相信醫病關係經此演化後，會有機會更貼近人性，也更和諧。

參考文獻

1. Hippocrates, Aphorisms, trans. W Jones: Cambridge: Harvard University Press, 1967; 99.
2. Mac Kinney L.: "Medical Ethics and Etiquette in the Early Middle Ages: The Persistence of Hippocratic Ideals," 26 Bulletin of the History of Medicine 1.; 1952. Reprinted in Legacies in Ethics and Medicine, supra note 20.
3. Gregory J.: Lectures on Duties and Qualifications of a Physician, Philadelphia: M Carey & Son, 1817.
4. Rush B: "The Progress of Medicine" and "The Vices and Virtues of Physicians." (1801). In The Selected Writings of Benjamin Rush, ed. D. Runes New York: Philosophical Library, 1947.
5. Percival's Medical Ethics: Manchester 1803.
6. Slate v: Baker and Stapleton, 95 Eng. Rep. 860. K.B.1767.
7. Shehee v: Aetna Casualty & Surety Co., 122 F. Supp. 1, D.C. La. 1954.
8. Natason v. Kline: 350 P. 2d 1093, Kan.1960.
9. Salgo vs Leland Stanford Jr. University Board of Trustees, 317 P 2d 170.(Cal. Dist. Ct. App.11957)
10. Meisel, A. & Kabnick, L., "Informed Consent to Medical Treatment: An Analysis of Recent Legislation," 41 Pittsburgh Law Review 407(1980).
11. Feifel H., et al., "Physicians Consider Death," Proceedings of the American Psychological Association 201(1967).
12. Porter M: How physicians can change the future of health care. Journal of American Medical Association 2007; 297(10):1103-11.



The Evolution of Doctor-patient Rapport- from the Perspective of Informed Consent and Co-decision-making

Ju-Chuan Yen, M.D.¹, Min-Huei Hsu, M.D.M.S.²

The rapport of doctor-patient is always the issue for medical society and the public. People care about it because almost all of them suffer from illness off and on in their whole lives. Yet the relationships are changeable from time to time. From the ancient Greek and Rome time, to the tenth century of Christian Age, the decision side was always on the doctor's side. Until the modern time of the last century, the decision model has slowly changed into the hands of both sides. From the perspective of medical history, we learned doctors did not converse much. They were asked to behave themselves, but they were not demanded to explain situations of patients or their decision rationales. But time has changed, through the advances of medical technology; there were overwhelming emerging medical procedures

and surgery. Simultaneously, the concurrent medical legal suits have occurred. The Court Judges had to consider not to violate professionalization of medical physicians, the fact of caring custody, and also to protect patients from being abused of newly-developed medical procedures or surgeries. Judges were trying to give patients freedom of autonomy in limited situations. That was a dilemma for Judges at that time. But Judges still tried their best to innovate the "informed consent" for protection of patients from novel procedures or from dangers, and also pushed to communication from doctors to patients at the same time. This article is about these two aspects: the birth of informed consent and co-decision making of doctors and patients. (Full Text in Chinese)

Key Words: doctor-patient relationship, caring custody, professionalization, informed consent, co-decision making
Taipei City Med J 2007; 4(8):643-649

¹Department of Ophthalmology, Taipei City Hospital, Zhongxiao Branch; ²Department of Neurosurgery, Taipei Municipal Wanfang Hospital

Received: 30 May 2007; Accepted: 30 June 2007

Correspondence to: Min-Huei Hsu, Department of Neurosurgery, Taipei Municipal Wanfang Hospital, 5F., No.111, Sec. 3, Singlong Rd., Wunshan District, Taipei City 116, Taiwan