

# 多向度医学人文关怀理论初探

叶子辉<sup>1</sup>,王兆良<sup>2</sup>

(1.浙江医学高等专科学校,浙江 杭州 310053;2.安徽医科大学人文社会科学学院,安徽 合肥 230032)

**摘要:**当前的医学人文关怀实践并未有效缓解国内医患关系紧张的局面,以及医学所面临的现代性危机。作为缓解医患矛盾、化解医患冲突理论基础的医学人文关怀,因其实践无力应当被重新审视。传统视域下的医学人文关怀理论注重医护人员对病患群体的关怀研究,研究视域和关怀对象较为狭窄,未能全面理解把握人文关怀在医学中的应有内涵。在传统视域之外还存在着病患群体与社会对医护人员的关怀,以及社会对医患双方的关怀。文章分析人文关怀在医疗过程中的现实需求,探讨医学人文关怀存在的多向度视角,并通过对其在实践中存在的众多不足进行解读,进而对多向度医学人文关怀理论进行初步探索。

**关键词:**医学人文关怀;多向度;人文关怀

中图分类号: R-05

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2015)05-373-008

doi:10.7655/NYDXBSS20150509

医学人文关怀理论作为医学人文及其相关领域研究的基础理论,关系着医学人文领域的研究思路和医学人文实践的路径选择。目前学界对医学人文关怀的定义主要为医护人员在医疗过程中给予病人疾病治疗以外的、关乎人性的温暖与帮助,即给处于疾病痛苦中的病人以符合人性的待遇。学界对医学人文关怀内涵的认识虽存有一定分歧,但整体上依旧是将医学人文关怀定义为医护人员对病人的关怀。理论上的认识影响着医学人文的实践,在现实中出现医疗纠纷或医患矛盾时,医疗机构和社会认为有效的预防策略是对医护人员进行医学人文关怀教育、提升他们在医疗过程中人文关怀的能力。实践中的路径选择反作用学术界的理论研究,越来越多的学者开始关注医护人员的医学人文关怀教育、人文关怀能力的提升<sup>[1]</sup>,甚至开始对医学生的人文关怀能力进行“测量”<sup>[2]</sup>。但与此同时,现实中的医患矛盾和医患冲突并未如理论上所预计那样销声匿迹,反而以更为剧烈的形式——伤医事件呈现出来<sup>[3]</sup>。

由此我们可得出,仅强调医护人员对病患群体的人文关怀并不能有效缓解医患之间的矛盾。人文关怀要求也在无形中增加了医护人员的工作压力,给医护人员自身也带来了众多的生理和心理问题。

医学人文关怀,存在广义和狭义上两种解释,狭义上的医学人文关怀主要是医护人员在医疗过程中对病患的人文关怀,而广义上的医学人文关怀则是指在医学中应当包含的人文关怀或者是人文关怀理论在医学中的运用。本文所谈及的多向度医学人文关怀是以广义医学人文关怀为基础,探讨在医学中人文关怀理论的多向度视角,进而推进医学人文关怀理论对医学人文实践的促进与发展。

## 一、人文关怀的价值基础与医学人文关怀

人文关怀是关怀人的生存状况,关注人的基本生存需求与发展需求。人的生存是发展的基础,医疗是人更为长久存在的重要条件。人的生存以生命健康作为标志,医疗则以维护人的生命健康作为终极

**基金项目:**南京医科大学人文医学协同创新中心招标课题“多向度,医学人文关怀的全面性”(JXZ183180210061007),安徽省高校人文社科重大项目“多元视域下的医学人文关怀研究”(SK2014ZD0036),安徽医科大学重点学科“马克思主义中国化研究”(201003-09)

**收稿日期:**2015-06-17

**作者简介:**叶子辉(1991-),男,安徽泗县人,硕士,助教,研究方向为医学人文关怀、医疗卫生政策;王兆良(1958-),男,安徽砀山人,教授,研究方向为马克思主义人文关怀、医学人文关怀。

目标,因此医疗与生命的联系在人类发展历史中逐渐由陌生到亲密再到不可分割,正如萨顿所说“医学就是人学”。伴随现代医学的诞生与发展,与人息息相关的“生”、“老”、“病”、“死”无一不与医学紧密联系在一起。在医学科学技术不断进步发展的过程中,疾病谱系也在不断扩大;有些疾病被医学彻底消灭了,而更多令医学束手无策的疾病却出现了。医学的目的是维护人的健康,医学本身即是对人的关怀,即对人类生存和发展的关怀。医学的目的是多元的,其包括促进机体功效的发挥、维持或恢复正常机体结构和功能、促进生命质量、拯救和延长生命、帮助病人缓解病情、改善人类生存环境和促进儿童发育等七个方面,却也统一于对人生存状况的关注和关怀<sup>[4]</sup>。我们在追求医学进步发展时,也是对人类健康的追求,更是对人类生存关怀的追求。

医学本身即是人文关怀的存在,为何我们还要提出医学人文关怀的概念?如果简单解读其字面涵义,医学人文关怀便是在“医疗过程中追求人文关怀”,也就是“人文关怀中的关怀”。病患群体因疾病以及疾病所带来的痛苦已经处在人与非人之间挣扎,甚至在这过程中会出现疾病以外的隐喻和思考。随着现代进程的推进,疾病对人的侵蚀也在推进,人类对未知和不可有效治愈疾病的痛苦感受达到了一种惊人的地步<sup>[5]</sup>。因此,病患群体对人文关怀的需求是强烈的,更是不可或缺的。在医学人文关怀内涵中,医学对生命的关怀是必需的,在这种必需之外也应看到存在的问题——部分医护人员对病人和生命的冷漠与麻木。医护人员在医患接触过程中所产生的冷漠与麻木在一定程度上是对病患人文关怀需求的压抑,当压抑超越病患所能承受的上限时,非理性的对待便进一步恶化为暴力伤医,社会要求个人在多大程度上作抑制性的发展,个人的需求本身即满足这种需求的权利就在多大程度上服从与凌驾其上的批判标准<sup>[6]</sup>。面对医护人员对病患群体的冷漠、不关怀,社会的批判、指责是前所未有的激烈,而原因正是病患群体对人文关怀的强烈需求和现实无法提供之间的矛盾。

目前,对医学人文关怀研究中涉及医学生人文关怀能力的教育、医护人员人文精神的培养、医护人员人文关怀的实践路径等方面,国内的学界和社会都在努力证明医护人员的人文关怀能力提升可有效缓解医患关系、化解医患矛盾。医学是实践对人的生存关怀,然而医护人员在实践中却忽视了对病患的心理关怀。如仅仅将医学人文关怀简单地理解为关注人的生存和发展,在医疗中只见疾病不见人的现象,忽视了对病患群体承受疾病带来的心理痛苦的关注,医学

人文关怀的显性价值是无法被社会以及患者所认同接受的。医学从来都不缺少人文关怀,而现实社会所要求的正是医学所不足的——人文关怀的实践。医护人员在运用医学技术对病患进行治疗时,是对人的健康问题——即生存问题的关怀。

对于人生存问题的关怀,与医学人文关怀内涵相近的还有医学人道主义,两者兼有对病患群体进行人文关怀的内涵。相较于医学人文关怀,医学人道主义的内涵具有更为明确的主体定位,即以医护人员为主体对客体病患群体实施人道主义关怀<sup>[7]</sup>。医学人文关怀具有强烈且唯一的指向性,即医学人文关怀如果仅仅为医护人员对病患群体的关怀,则医学人文关怀的内涵不存在额外的探讨空间。医学人文关怀区别于医学人道主义的核心在于主体的非唯一性和多向度的指向性。因此我们在探讨医学人文关怀内涵时应当跳出单一视角的维度来看待人文关怀在医学中的实践。

关于医学人文关怀的概念应该是怎么样的,赵美娟<sup>[8]</sup>将其总结为:存在于医学行为之中的实践人类内心医学人文精神信仰的具体的、对象化的“物化”过程与结果,体现的是对人、人的生命与身心健康在终极意义上的敬畏、尊重与关爱生命本体的现代人文理念。她所提出的医学人文关怀的概念具有一定的代表性,也得到了学界较为广泛的认可。进一步说,其所指的医学人文关怀更像是将医学人文精神和医学人文理念外化为行动和实践的过程,是一个宏观抽象的观念,即医学人文关怀无特定的实施主体亦无特定的接受客体。这种宏观抽象的概念对学界研究的启发意义较大,却无法有效指导医学人文实践。医学人文关怀的内涵归纳应当兼具理论上的概括性和现实运用的指导性。故我们认为医学人文关怀应当是人文关怀理论在医学中的运用,应当包含有多向度的关怀视角,使得医学中和医疗过程中各个参与群体得到应有的关怀与对待,进而实现让整个医学中的参与群体生活在人性化的社会中这一状态。

## 二、传统视域下医学人文关怀理论 实践中存在的问题

医学人文关怀的目的是为了更好地促进医学为人类健康发展服务,强调其重要性也是对人类健康的重视。现实中不断提出的加强医学人文关怀教育、提升医护人员人文关怀能力等主题,也从另一个侧面反映出目前医学人文关怀在现实中存在不足,且这种不足已经深深影响到医学与人的关系,甚至影响到医学对健康维护的有效性。这种不足并非简单的实践

不足,而是由理论基础不完善引发的实践无力,更是理论准备不足所导致的社会困惑。传统视域下医学人文关怀的实践无力主要表现为医学的运用发展中所遇到的各种问题,如医患关系紧张、医生的自我矛盾、社会对医患关系的过度关注等。特别是近年来,伤医事件频发,医护人员的社会价值受到各种质疑,社会迫使医务人员在承担高技术、高风险、高压工作工作的同时,还不断要求他们向病人提供足够的人文关怀,这一现实致使医护群体面临更多的心理风险,也将医学推向了更为严峻的现代性危机边缘。

#### (一)对病患群体人文关怀的实践不足

在医疗过程中,各个群体都存在对人文关怀的需求,病患的健康关怀、医护的心理关怀、医患关系的制度关怀都是需求的直观表现。病患的健康受到威胁,即人作为人的存在受到最根本的威胁,是最亟须关怀的。对生命健康和生存状态的关怀是人文关怀在医学中推进的主要意义,也是医学人文关怀的价值取向和主要表现形式。因此,对病患群体的人文关怀是医护人员在工作中的基本要求,也是医学的基本职责所在。

医学是治病救人的,但医学又不仅仅是治病救人。因为医学更多时候是对疾病进行治疗,实现人生命的有限延续,而不是疾病治愈、构建健康的完美。治愈和治疗在很多时候可相互替换使用,但更多时候则表达出各自不同的目标价值倾向。关于治愈,医学对这个词有着天然的回避企图,医学产生的目的并非是为了治愈疾病,而是更好地维持生命的长久和健康的完美。治愈追求的是彻底性,即治愈之后不会再复发,不会再对人的健康产生威胁。关于治疗,医学界更喜欢用这个词描绘医学的价值,因为医学是通过对疾病的治疗完成对健康的阶段性维护,并不能保证不会出现同样的健康问题。且目前的医疗技术水平难以实现对疾病治愈,甚至有些时候治疗也难以实现,只能是减少痛苦的安慰和关怀。在医疗过程中,存在着对生命健康与生活质量的维护,也应该存在着对病患群体内心痛苦的安抚与关怀。

病患群体对人文关怀的需求不仅有生存关怀的需求,还有着心理关怀的需求。为满足这些需求,对病患群体的关怀需要来自多方面的群体合作。病患的生命健康关怀主要依靠医护人员的医疗技术,进而实现生命的有效延长和助力健康完美。对病患的心理关怀需求则应当由医护人员、医务社会工作者和社会共同承担。医护人员承担对疾病病情的解读,缓解病患因疾病带来的直接心理压力,而医务社会工作者主要承

担对病人的心理疏导以及一般性问题的解决,社会承担更多的是对病患健康心理环境的构建。

医护群体的技术支持对病患的关怀也存在为题,以诊疗机器化和疾病器官化为特点的现代医学诊疗模式,对病患群体来说存在着将疾病与人割裂的问题。医学科技的发展,特别是先进医疗仪器在临床的使用,使过去需要丰富经验才能诊治的疾病现在依靠仪器便可诊断,化学检查的加入使得疾病的确诊和治疗更有科学依据,辅助生殖等技术的引入使过去的顽疾也可治愈。医学由经验主义转向科学主义,病患对疾病的认知也由医生的详细比喻或隐喻式讲解的认识转变为对冰冷数据的认识。医护和病患双方存在病痛感受与疾病认知的思想差异,医护人员认知的疾病以及对疾病有效的治疗和病患群体认知的病痛以及对健康的渴望本应是有着共同目标的,但医疗过程中呈现的现代技术检查使达到这种共同目标的路径被割裂,加之现代医学分科细化,病痛的整体性和疾病的器官性也加剧了医护人员和病患群体之间的隔阂。

病患群体对于人文关怀的需求是多重性的,其中医护群体依靠医疗技术所能够提供的关怀并不能有效满足所有的健康需求与生存需求。在基本健康需求与生存需求不能有效满足的情况下,我们只能选择通过对病患实施心理关怀来减轻病痛所带来的心理负担。我国医疗资源不足导致医护人员超负荷工作,无力分出更多时间和精力为患者提供心理关怀,只能在工作范围内提供力所能及的帮助和疏导,因此在医疗过程中引入社会工作方法与制度的价值益发突显。现实问题是目前的医务社会工作制度刚刚起步,医务社会工作者缺乏以及志愿者专业能力有限,难以实现对数量众多的病患群体提供心理关怀。目前认为对病患实施人文关怀最有效的方式是建立完善的医务社会工作制度,以社会工作者的专业身份提供人文关怀抚慰人因疾病带来的精神创伤<sup>[9]</sup>。我国医药卫生体系对医务社会工作的价值与作用等问题存在着认识不足的问题,且在医务社会工作制度的建设、机制的完善等方面还有漫长的路要走<sup>[10]</sup>。目前,医务社会工作在医院以及医疗过程中虽有所尝试但仍未有效开展。因而,在医疗过程中,对病患群体的生存关怀和心理关怀都存在着一定程度的实践不足。

#### (二)对医护群体人文关怀的认识缺乏

医护人员是否需要人文关怀在学界和社会中还存在一定争议,究其原因是认识的不足和交流的隔阂。在当前医患关系严峻的时期,社会习惯性将医疗纠纷的原因和过错都推向医护人员或医疗机构,

某些时候医院承担的无过错责任更是加剧了这种认知和倾向。医护人员在承担维护人类健康发展的社会职责、承担超越职业限度的工作压力的同时,却也承受社会的错误批判指责。上个世纪末不成功的医改将医疗体制推向市场,迫使医护人员在治病救人的同时不得不进行生计的考量。现实中出现部分医护人员在治病救人的过程中过分追求经济利益的现象,给医护人员的整体形象带来了众多的负面影响。近年来,医患关系的紧张,部分媒体夸大或失实的报道,更是让医护人员的形象在一定程度上被丑化、妖魔化。“红包”、“回扣”等污名化词汇与医护人员之间被画上等号,社会对医护人员形象的认识呈现出更为明显的负面化趋向。学界在对医患关系紧张和暴力伤医事件的原因分析时依旧将医护人员的人文精神缺失放在首要位置,未能探寻到其真正的原因是体制和资源供需矛盾等问题。社会转型期,也是我国健康问题集中爆发的时期,人民对健康的需求与医疗健康服务提供能力不足使矛盾更为激化。人的健康的供需矛盾是多方面原因导致的,但社会更愿意将问题表象归因于医护人员的个人素质等方面。因此,医护人员承担着治病救人以外的社会压力和“看病难、看病贵”矛盾的归因指向。

医护人员作为社会个体成员,也是独立个体的存在,不能因其在社会中的属性而否定其作为人的权利。医护人员的自我认同中存在“谋道”与“谋食”的差别,即医护人员在现实中存在着治病救人理想的同时,也有着对生存的物质需求<sup>[11]</sup>。医护人员不仅有生存的物质需求,也存在与其他社会人相同的作为人的需求和追求。在实践中社会更多是强调医护人员的社会属性与社会职能而忽视其作为人的自然属性和追求,势必在进行道德评价的过程中将医护人员放在道德的高地,对他们作为自然人的需求进行着无休止的批判<sup>[12]</sup>。医护人员作为自然人的属性是不可也不能改变的,而目前对其自然人属性认知处于不足或忽视的状态。这种不足或忽视将医护人员推向一种不符合人性的境遇,即一个人如被戴上“医护人员”的光环,那其本应属于人的权利将难

以被认可和保护,至少在“媒体”的视野中医护人员作为人的权利是受到质疑的。

媒体在医患关系中的角色一直是被诟病的,因为医学作为专业性较强的学科,媒体在报道过程中难以将专业人员都无法解释清楚的事情用通俗的语言向社会大众报道。为了博取读者和社会大众的关注,部分媒体在报道涉及医疗纠纷新闻的时候会用绝对事实的姿态,用带着极强指向性的话语描述事件的“相对事实”。以2014年关注度较高的“湘潭孕妇死亡”和“西安手术室自拍事件”为例,最先媒体所披露的新闻都是用极强的导向性词语来描述部分事实或单方面陈述的事实,将所有的过错和问题都推向医护人员,引导或诱导社会舆论对医护人员进行口诛笔伐,形成对医护群体不利的舆论压力。在深入发掘之后,事情往往发生逆转,最初报道的只是部分事实,甚至还存在着各种虚假的干扰信息给人以误导。从“八毛门事件”到“手术室自拍门事件”,媒体在报道医疗纠纷时都是以单方诉说、记者揣测,甚至是网络谣言为新闻依据进行报道,完全不尊重事实与科学,以及专业人员的解读。目前我国媒体在报道医患关系的过程中,有第三方的事实陈述或专业人员意见的报道不足总数三分之一<sup>[13]</sup>。且现代大众媒体对医护人员逐渐形成了冷漠、没有责任、急功近利、物质利益先行的刻板形象<sup>[14]</sup>,并在新闻报道中为这一形象寻找现实证据,甚至试图用个例的问题推及整个群体的形象,特别是部分网络媒体。

社会对医护人员的人文关怀需求的认识不足只是问题的一个方面,而医护人员的另一种处境则是社会视而不见或难以做到有效改变的根本性问题——供需矛盾带来的执业压力。2012年我国拥有卫生技术人员667.5万人,从事临床工作的执业(助理)医师261.6万人(其中执业医师数为213.8万人),执业护士249.6万人<sup>①</sup>。同期,我国的每千人拥有医生和护士数分别为1.94和1.85。依据这一数据我们很难想像中国会存在如此巨大“看病难”的问题,以至于在某些综合医院“一号难求”的状况也是不能理解<sup>②</sup>。问题的关键在于医疗服务的质量。我国

① 本文中所采用数据如无特殊注明均引用《中国卫生统计年鉴(2013)》(中国协和医科大学出版社)。

② 根据世界银行的《世界发展指数》统计,与中国同期的美国每千人拥有的医生、护士数量分别为2.452人(2011年)、9.815人(2010年),加拿大每千人拥有的医生、护士数量分别为2.068人(2010年)、9.288人(2011年),日本每千人拥有的医生、护士数量分别为2.297人(2010年)、4.143人(2010年)年。相较于“金砖国家”俄罗斯的4.309人(2010年)、8.519人(2010年),巴西的1.891人(2013年)、7.601人(2013年),南非的0.776人(2013年)、4.902人(2012年),印度的0.702人(2012年)、1.711人(2011年),仅以人均医生、护士数量(每千人)来看,我国与发达国家的存在差距,但与其中大国的差距不大,与发展中的“金砖国家”相比人均医生数仅低于俄罗斯,但护士等医疗辅助人员存在较大差距,即便与发展中的金砖国家的相比,也是存在较大差距的。

拥有世界上数量最为庞大的医生群体,但执业(助理)医师中本科以上学历的比例仅为43%,中级以上职称的为46%,即能提供优质医疗服务的医生数量明显不足。我国的医疗资源分布又存在明显的城乡差异,城市的每千人医生、护士数分别为3.19人和3.65人,同期的农村地区仅为1.40人和1.09人。为最大化地维护生命权益,追求优质医疗资源,在缺乏分级转诊制度的情况下,就医群体普遍倾向于选择医疗条件较好的大型综合医院。以宏观视角来看,我国的医疗卫生资源相对不足(护士数量明显低于合理水平),优质医疗资源明显不足且集中于城市。从微观视角来看,医护人员的工作压力过大、工作时间长,且工作压力得不到有效疏放,长久以往职业倦怠成了临床医务工作者的“职业病”<sup>[15]</sup>。职业倦怠在医护人员中的分布规律是大型综合医院高于基层医院,且程度与医院的规模和层次呈现正相关。职业倦怠已经严重影响医务工作者的工作积极性和工作态度,离职倾向人群增加,不利于医务工作者群体的稳定和成长。

医护人员对关怀的需求是强烈的,却不是显而易见的,因为社会对这种需求存在认识不足的问题。目前社会虽认为医护人员是改善当前医患关系的关键,却单纯地认为解决医患关系的方法是加强医护人员的人文素质教育,要求医护人员在医疗过程中承担更多的责任和义务,给医护人员施加更大压力。合理压力可有效增加医护群体的工作热情和积极性,但超出正常范围的压力必然是负面的,职业倦怠和离职倾向即为体现。医护人员并非神灵,医护人员作为自然人,要过正常人的生活。无论是作为医护人员的社会身份还是作为普通社会成员的自然人身份,在不出离其职业道德的情况下医护人员应当生活在符合人性的条件下。现实和理想的差距,工作上的压力、社会的误解、媒体的刻板印象都使得医护人员在生理和心理上遭受着前所未有的压力和磨难。对医护人员来说,生存状况是严峻的,执业中的尊严也常常受到威胁,甚至部分人员要忍受着不符合人性的对待,对医护人员的人文关怀迫在眉睫。因为隔阂和误解,医护人员的生存状况难以被外界有效认识,以至于对医护人员的关怀需求处于认识不足的状态。

### (三)对医患群体人文关怀的制度不完善

医疗卫生体制和社会医疗保险制度是关系着社会大众健康福祉的重要政治体系,合理有效的制度将是对社会大众健康的有益保护,也是实现医学对人关怀的途径。即便是将医疗保障完全推向市场的

美国,奥巴马也在试图通过医改法案实现其对民众的健康许诺<sup>[16]</sup>。因此构建合理的医疗卫生体制可以更好地满足人民的健康需求,实现对人民群众的人文关怀。邓小平曾指出,制度好可以使坏人无法任意横行,制度不好可以使好人无法充分做好事,甚至会走向反面<sup>[17]</sup>。进一步说,医疗卫生制度与社会医疗保障制度的好与不好对医患群体的人文关怀有着决定性的影响。好的合理的医疗卫生制度可以关怀医护人员,激发医护人员的工作热情,使其在工作中可以给病患更多温暖和心灵的慰藉,同时也可有效地促进医学技术的发展、推广与普及。完善的社会医疗保险制度可有效保障社会大众的健康权利,特别是病患人员作为人的生存权利因社会医疗保险制度的完善可被有效维护。医学人文关怀的制度保障是实现人文关怀的最佳途径,也是医学实现对人的生命健康与生存状况的价值指向。

医护人员和病患群体是医疗过程中的两个重要参与方,且都有着强烈人文关怀的需求。在实践中,我国尚未建成合理的关怀体制和人文关怀的保障机制,对医护人员和病患群体的保障制度都存在不同程度的不足。2005年7月国务院发展研究中心发布《对我国医疗改革的评价与建议》的研究报告中表明:改革开放以来,我国医疗卫生体制改革基本不成功。即我国的医药卫生体制在相当长的一个时期内都处于不合理或非正常的状态,直到2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》的发布和新一轮医药卫生体制改革的开启才有所改善。新医改各项政策的不断出台,经过数年的推进实施,我国的医药卫生体制改革虽有所好转,却依旧存在较大的改革发展空间。

我国在医学中对医护人员、病患群体和医患关系的制度关怀不足主要表现在以下几个方面。一是未建立合理的医护人员薪酬制度。在上一轮的医改中,将医护人员的薪酬待遇由公共财政负担推向市场自给自足,这虽可以改善过往医疗卫生体系内人浮于事的状况,提高医护人员的工作积极性和医院的效率,但在提高医护人员绩效水平的同时,却在其他方面牺牲更多。在前有政策限制收费水平,后无财政支持作为保障的情况下,医生如要提高自己的收入只有两个途径:多看病人或收受红包回扣等。这样的医药卫生制度对医护人员来说不仅没有关怀,反将其推至不符合人性发展的境遇。正如马克思笔下描绘的英国工人那样,为了维持生计不得不延长工作时间以期增加收入。新医改在这些方面虽有改变,却仍未能构建合理的医护人员薪酬制度。二是社会

医疗保障制度发展不健全。在我国主要存在三种社会医疗保障制度——城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新农村合作医疗,在运行方面还存在着制度不完善、覆盖面不广等问题。社会医疗保险制度主要是在社会大众患病时,对病患所有需要的医疗费用给予适当补贴或报销,以实现对其健康的关怀。对病患群体的关怀分为医疗技术和心理等方面,如没有健全社会医疗保障,部分居民是无力支付大额医疗费用的,健康权益无法实现,对人的关怀因人无法作为人的存在而失去意义。三是未构建合理的医患矛盾化解机制。医患双方作为医疗过程的参与主体,在社会医疗资源整体供求不足的情况下,误解、纠纷、矛盾,甚至冲突都在一定程度上无法避免,但我国在相当长的一个时期内未建立有效的医患矛盾化解机制和医患冲突的防范机制。当纠纷、矛盾、冲突发生时,对医患关系处理的依据仅有《医疗事故处理条例》可遵循,即便是《侵权责任法》出台后,其对医疗侵权行为的界定仍不能有效满足医疗纠纷的解决。在医疗纠纷无有效化解机制的情况下,医患双方在发生纠纷时多通过“私力救济”的方式解决,故伤医事件时有发生,“医闹”严重影响医院的运行和医护人员的正常生活,却也在屡禁不止中呈现增长和模式转变。合理的医患纠纷化解机制将有效改善医护人员的职业环境,实现对病患群体的公权力救济。

### 三、多向度视域下医学人文关怀的构建

如果人文关怀理论在医学中仅仅被理解为医护人员对病患群体关怀的单一向度,那医学人文关怀就失去了其应有的价值。国内目前的医学人文关怀及其相关领域的研究关注度较高,已发表学术文章规模较为可观,却总是跳不出这样的一个怪圈——只是在强调医疗过程中对于病患群体的关怀,却无法指出这样关怀的本质是什么,即总在现象中谈现象。医学本是对人的关怀,多向度理论视域下的医学人文关怀不仅有对人文关怀在医学中重要性的强调,还包含对参与医学过程中各个群体的关怀。应当实现对医护人员和医患关系的关怀,且尽可能地减少医学过程中各方参与群体的痛苦和非人性境遇。如仅将病患群体作为关怀对象,认为医学人文关怀仅是医护人员必备的人文素养,那医患关系可能会因给医护群体施加过大的压力而走向另一个极端。

医学人文关怀应该关怀谁、关怀什么,笔者可以作一个合理的推论,即医学本身即作为人文关怀的形态存在于人类发展的过程中,在这样的过程中实

施的对人的关怀定然不能局限于对患病且正在接受治疗的人,而应当是医疗过程中的所有参与者——既包括正在接受治疗的病患,也应当包括医疗过程其他参与主体。对病患的关怀是毋庸置疑的,医学的人文关怀对象也应当包含医疗过程中的其他参与群体,关怀他们的生命状况、生存境遇,是否在符合人性的条件下实现人的发展与自由解放<sup>[18]</sup>。

医护人员作为医疗过程的重要参与群体,是对病患群体实施关怀的中心源动力。如果没有医护人员参与,医疗过程本身就不会存在,对病患群体的生存关怀也就无从谈起。生存问题不得以解决,人不能作为人存在于社会,在生存关怀之上的发展关怀和人的自由解放又何以实现。因此,医学人文关怀的对象应当包含医护人员,因为医护人员是医疗存在的核心价值所在。医护人员作为医学的使者,承担“仁医”、“仁术”的社会责任,秉承治病救人、救死扶伤的职业道德,践行健康所系、性命相托的医学生誓言。作为医学人文关怀的源动力的医护人员也存在着众多的人文关怀需求。现阶段在医疗卫生事业中,存在着人民对健康的需求与医疗健康服务的提供能力不足的矛盾,即我国将在一定时期内面临“看病难”的问题。“看病难”成为医疗卫生服务的特征之一,也是影响社会稳定的因素。为缓解这一问题,往往需要医护人员在工作中付出更多,即尽可能多看病、多收治病人,在有限的时间内为更多的病人提供服务,且需要保证服务质量。问题的关键在于,在工作强度高、工作压力大的情况下,如何保障医护人员的生理与心理健康?医护人员的生理与心理健康是医学对人类健康关怀的保证,也是医疗质量的保证。保障医护人员身心健康是社会对医护人员的关怀所在,也是通过医学实现对人类生存、发展保障的基础,是医学人文关怀的重要基石之一。

医患关系是否和谐可以作为医学人文关怀实施情况的侧面反映。总结近年来医患关系研究的成果显示,医患关系的不和谐仍然是当前学术界和社会对这一问题的主要认识形态。不和谐的原因是多方面的,医护人员付出不足或医方责任只是其中之一。且在医患关系紧张的原因探析中,存在明显的“归因偏差”现象,即首先将医护人员放在道德的十字架上予以批判,并将医患关系的主要责任推至医护人员,忽视了我医疗服务供需矛盾和制度不合理等根本性原因。构建和谐医患关系的建议措施中,对医护人员的改进意见多为提升人文素养、加强人文关怀教育,似乎医护人员的人文素质永远是低下的,人文关怀能力永远是不足的。纵使在医护人员中存在个别医

德败坏的情况,也不能因此判定整个医护群体的人文素质是低下的。实际上,医护人员的整体人文素养和人文关怀能力是值得肯定的。以2012年为例,我国政府卫生支出为8431.98亿元,仅占当年GDP总额的1.62%<sup>[19]</sup>。而同期,我国的执业医师总数与美国大体相当,但服务的群体人数是美国的4倍,在医疗资源投入等方面我国也远远落后于美国<sup>①</sup>。我国医护人员对社会、对卫生事业的付出是巨大的,但社会对医护人员的形象认识与其对社会的付出是不相适应的。

医学人文关怀在传统视域下的理解是医护人员对病患群体的关怀,这种对人文关怀的理解和践行出现众多问题,也无力改变目前医患关系紧张的局面。我们称这种关怀为单向度的医学人文关怀,正如马尔库塞所描述的“单向度的人”。工业革命带来的技术发展,医护人员被认为是掌握技术的,社会认为其在医患关系中处于优势地位,应当给予病患群体以人文关怀和心理慰藉。单一向度的关怀是无法有效持续的,医护人员作为人的存在也会有各种需求——包括关怀的需求,而社会认为其作为医护人员因掌握维系生命安全的技术,故只应是人文关怀的提供方,而不应当是人文关怀的接收方。这也是工业社会所带来的技术至上论,这一理论将对技术的掌握与控制和人性和谐联系在一起,认为其处在社会的统治地位。然而医护人员作为个体人的存在,与所有人一样在生理和心理上都具有社会性,在高风险、高压力的工作环境下也需要人文关怀。因此多向度人文关怀理论在医学中的运用不应只是关怀病患群体,而是应当实现对所有处于非人性境遇下的群体、个体的关怀,医护人员因其所处的境遇也应当是受到关怀的群体。与此同时,医患双方本应是同一战壕的战友,却因各种外在的原因呈现出不和谐,这同样需要制度保障这种关怀的实施。对医护人员的关怀、对病患的关怀及对医患关系的关怀在医疗过程中同时实现,单向度的人文关怀是无能为力的,因此在医学中需要的是多向度的医学人文关怀。多向度理论视域下的多向度人文关怀才可能在医学中同时实现对各方面的关怀,从而构建出和谐的医患关系,促进我国医疗卫生事业的良好发展。

#### 参考文献

[1] 时统君. 论意义关怀医学人文教育实践机制的建构[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2014, 14(5):

403-407  
[2] 申正付, 杨秀木, 韩布新. 医学生人文关怀能力问卷的编制及其应用[J]. 第三军医大学学报, 2013, 35(15): 1069-1072  
[3] 王 茹, 王兆良. 对我国暴力伤医现象的思考[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2015, 15(1): 23-26  
[4] Brülde B. The goals of medicine: towards a unified theory[J]. Health Care Analysis, 2001(9): 1-13  
[5] 苏珊·桑塔格. 疾病的隐喻[M]. 上海: 上海译文出版社, 2003: 6-7  
[6] 赫伯特·马尔库塞. 单向度的人——发达工业社会意识形态研究[M]. 上海: 上海译文出版社, 2014: 6  
[7] 李振良. 身心之间——医学人道主义思想研究[M]. 北京: 人民出版社, 2014: 245-246  
[8] 赵美娟. 医学人文关怀应关怀什么和怎样关怀——美学视角下的人文关怀建设[J]. 医学与哲学, 2005, 26(4): 26-28  
[9] 唐 文. 医务社会工作者: 医学人文关怀的使者[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2006, 27(5): 41-43  
[10] 卫生部人事司. 中国医院社会工作制度建设现状与政策开发研究报告(摘要)[J]. 中国医院管理, 2007(11): 1-3  
[11] 于建星. 变革社会中的医生身份认同及其职业精神重构——解决医患关系紧张的哲学思考[J]. 医学与哲学, 2014, 35(23): 47-50  
[12] 黄荣贵, 桂 勇, 冯博雅, 等. 当代中国医生心态研究[M]. 上海: 上海社会科学院出版社, 2014: 12-14  
[13] 阳欣哲. 媒体传播对医患关系的影响研究[D]. 上海: 上海交通大学, 2012  
[14] 彭 曼. 我国近期报纸医生的传媒形象研究 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2007  
[15] 王富华, 徐 玲, 谢 铮, 等. 我国临床医生职业倦怠的区域分布现状分析[J]. 中国全科医学, 2013, 16(25): 3006-3009  
[16] 付玉帅, 张业亮. 奥巴马医改法及其实施前景[J]. 世界经济与政治论坛, 2012(6): 111-125  
[17] 邓小平文选[M]. 第二卷. 北京: 人民出版社, 1994: 333  
[18] 王明泉. 三位一体探解医患关系困境 [J]. 中国卫生事业管理, 2013, 30(2): 97-99  
[19] 张毓辉, 万 泉, 翟铁民, 等. 2012年中国卫生总费用核算结果与分析 [J]. 中国卫生经济, 2014, 33(2): 5-7

① 中国的执业医师总数采用《中国卫生统计年鉴(2013)》中标明的数量, 美国执业医师数根据美国人口和每千人拥有执业医师数计算, 其中部分数据来自世界银行发布的《世界发展指数》。

## Study on theory of multi-direction medical humanities concern

Ye Zihui<sup>1</sup>, Wang Zhaoliang<sup>2</sup>

(1. Zhejiang Medical College, Hangzhou 310053; 2. School of Humanities and Social Sciences, Anhui Medical University, Hefei 230032, China)

**Abstract:** Medical humanistic care in medical institutions and the medical humanities quality training implementation in medical staff can not effectively help alleviate the tense relationship between doctors and patients in China. To resolve conflicts between doctors and patients, theory foundation of medical humanistic care should be revisited. The traditional view of medical humanistic care theory pays attention to the care of medical staff on patient groups, relatively narrow research horizon and caring object can not help us to fully understand connotation of doctor-patient's relationship. Besides the traditional view of the medical humanities care theory, there are still the patients with the community and the community care for the medical staff, as well as the social care for both doctors and patients. Through the practical need of humanistic care in medical treatment, the theory of medical humanistic care is preliminarily explored, and the theory of multi degree medical humane care is put forward.

**Key words:** medical humanistic care; multi-direction; humanistic care; theoretical exploration