

將故事帶入社區： 敘事醫學作為社區醫學教育的 另一種可能

余尚儒

國立成功大學醫學院公共衛生研究所研究生
嘉義基督教醫院家庭醫學科醫師



一、緣起

近年來，臺灣醫學教育日益流行納入偏遠地區醫療參與，導入服務學習課程，然而，對許多學生來說，這些課程或是活動往往只留下學生時代一段難得的回憶。筆者在機緣下參與嘉義基督教醫院（以下簡稱嘉基）的規劃，此醫院自 2000 年成立菲勞中心後，也開始陸續援助菲律賓、泰國等數個醫療資源匱乏區域，其中包括馬尼拉著名貧民窟如垃坡山、巴石等地。此外，嘉義阿里山南三村（山美村、新美村、茶山村）一直是嘉基長期經營重要的區域，除了週四之外，每天都有醫師上山巡迴診療，南三村山地醫療也是陽明大學醫學系六年級學生至嘉基本院接受社區醫學訓練必經之處。2009 年此醫院教學部協同家庭醫學科及社區健康部，籌劃陽明醫學生國際醫療及社區健康促進教學訓練計畫，試圖串聯一系列偏遠地區服務學習課程，企圖發展一套敘事醫學的方式，引導學生以社會人文觀察的角度來深化訓練，其中讓學生參與偏遠地區醫療後不只是為了留下一段感人肺腑回憶，而透過敘事醫學小組的討論也不只是為提升學生人文關懷情操，更重要的是讓學生能反思自己價值觀對於他者既有健康問題的偏見，同時意識到被觀察者現實生活的健康問題和社會經濟之間的關係。藉此擴大學生更多元的（或更多向度的）田野觀察能力，嘗試進一步建構解決社區醫療問題能力。本文試圖突顯敘事醫學對醫學教育的重要性，並指出偏遠社區醫學應用的可能性。





二、敘事醫學的誕生

「敘事醫學」(narrative based medicine)可謂是1990年代西方醫療界開始對強調實證醫學(evidence based medicine, EBM)的一種反省，過去，實證醫學認為只要依照客觀收集的資料分析，然後進行治療，就可以解決人類的疾病。因此，實證醫學操作往往屈就於集體資料的限制，使醫師以原子化的方式看待病人，病人被去個人化，失去個別性。¹ 實證醫學中常見忽視病患的個體性的醫學模式，敘事醫學正好可以彌補此一缺陷。²

敘事(narrative)的原始假設是並不預設有一定「客觀真實」的東西存在，在「敘事」的觀點中，「唯一正確的故事」其實是不存在的，換句話說，所謂的故事本身，只是對應當時的情況所發展建構出來的敘事而已。當今所謂的敘事，是在我們生活中不同社會、文化的背景之上，相互交流建構出來的故事，因此這種取徑的基調是反對客觀主義的實在論，因此也被視為是社會建構主義(social constructivism)。

若將這樣的觀念轉換應用到醫療領域，這意味著醫學中所說的「故事」其實是醫療工作者和病患共同產出的敘事，敘事醫學中認為敘事本身才是構成醫療真正的本質。³ 敘事醫學透過敘事建構出

¹ Trisha Greenhalgh (1999) "Narrative Based Medicine in An Evidence Based World." *British Medical Journal*, 318: 323-325.

² 河合隼雄，齋藤清二(2000)。「物語と対話」《医学書院2409号》。2012年9月4日，取自 http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2000dir/n2409dir/n2409_01.htm

³ 医療教育情報センター(2004)〈NBM (Narrative-based Medicine) - 物語と対話による医療〉。2012年9月4日。取自 <http://www.c-mei.jp/BackNum/015r.htm>

來的故事情境，是理解病人需要以及增強臨床實踐中醫病互動關係的重要基礎。⁴ 由於敘事醫學強調醫療從事者和病患共同構築出的故事，因此，敘事醫學的訓練中，必定要有對「敘事文本」的討論和回饋的過程，如此才能增進參與者對彼此觀點的理解，進一步相互影響。

若從字面上來看，*narrative* 這個字中文譯作「敘事」，其實就是「敘說故事」的意思。事實上，這裡存在兩個內涵，一個是名詞「故事」這個內涵，另一個則是動詞「敘說」這個內涵。也就是說，敘事討論過程「要有人說故事，有人聽故事」。

敘事醫學在實務操作上會特別強調三個要素：第一、專注力（*attention*）；第二、再現性（*representation*）和第三、聯繫性（*affiliation*）。⁵

敘事醫學的操作步驟看似簡單，但單單是專注力（*attention*）對於習慣於分辨數字和病徵的醫療工作者來說，其實並不簡單。唯有足夠的注意力和傾聽，才能把病患舉手投足、弦外之音、想要傳達給我們的訊息一網打盡。以國內現在大型醫院中門診實際情形，往往診間電話響個不停，醫師一邊看病還要答覆護士問題，家屬進來陪病吵鬧，甚至是藥商進進出出拜訪，一位醫師要好好專注的傾聽病人說話並不容易。醫生一面看診還要面對打不完的電子病歷，到底有多少醫師能專心注意病人的言談，更何況舉手投足呢？

⁴ Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz (1999) "Narrative Based Medicine: Why Study Narrative? *British Medical Journal*, 318: 48-50.

⁵ Charon Rita (2001) "A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust." *JAMA* 286(15): 1897-1902.





其次是再現性（representation），再現性就是將對方告訴我們的東西，整理成一段文本，幾段文本則形成一篇故事。透過小組共同閱讀這故事，共同標示出自覺關鍵的詞彙，或是與自身經驗有共鳴的字裡行句，共讀過程中如果發現故事中令人感動的元素，可回饋給作者和其他閱讀的人，目的是理解病患真正需要，因為每位病人都是獨一無二，故事的內容可避免原子化個體的弊端。此外，我們可以透過故事進一步和病患發生聯繫（affiliation）、產生連結，敘事醫學的最終目標是可以增進醫病關係，彌補實證醫學的不足。⁶

三、走進社區的敘事醫學

本人參與的嘉基教育訓練計畫乃嘗試結合敘事醫學與社區醫療，「說人們的故事、聊社區的現況、行醫學的關懷」，期待透過這樣的試驗建立一套初步且能應用於區域教學醫院的醫學教育模式。雖然學員由於身分尚是醫學院六年級的學生，在各個教學醫院見習的時間並不長（一個月或二個月左右），但為讓每位學員的學習能即時回饋並避免記憶的遺失以維持最原始的記錄，計畫中著實地記錄與搜集每位學員書寫的日誌，同時不定時進行焦點團體式的訪談（focus group interview），以理解學員在不同階段對社區或偏遠地區醫療的認知，同時邀請每位學員寫下個人印象最深刻的就醫故事，就醫病關係作為切入點成為團體討論（group discussion）的主軸，除讓學員彼此理解不同個體對其自身就醫經驗的不同認知與擷取的重點記憶圖像外，更深入探討各種不同醫病關係之意義。

⁶ Ibid.

因配合實習醫學生計畫，每梯僅施行一個月時間，兩梯學生共計兩個月，自 2010 年 9 月至 10 月。實習醫學生每月行程主要分為三階段：阿蓮鄉參訪、阿里山部落見學、以及菲律賓服務學習。嘗試從敘事醫學的角度描繪偏遠地區人民病痛故事及公共衛生現象，目的在培養實習醫學生反思與解決問題之能力，帶動學員有更多關心偏遠地區健康議題的討論，學習為健康不平等之問題提出反省與建言。讓學生能對社區健康照顧與國際醫療之健康不平等有更敏感的觀察力，並強化從社會科學的角度來理解社區健康與政治經濟問題之間的關聯性。⁷

從學員進入社區開始，本訓練計畫便要求每位學員保持每日書寫行動日誌（diary）的習慣。從一篇篇書寫的內容中，我們得以追蹤學員學習歷程的軌跡，以及敘事醫學應用於社區教學的成效。行動日誌包括了學員參與觀察的記錄與隨機訪談的筆記，學員的記憶呈現在其所書寫的日誌。另外，學員回院後還進行焦點團體討論，從討論中再一次詳細驗證其所見所聞以及其記錄關懷焦點之所在。藉著即時回溯過往的過程刺激學員在思辨中形成新觀點，這項訓練計畫嘗試探索臺灣社區醫學教育的另一種可能性。

在將敘事醫學方法應用到偏遠地區醫療服務學習課程中，雖然學生人數不多，但課程安排和規劃都是創新嘗試，希望開創出一種有別於一般服務學習課程風貌。參與社區醫學課程的學生所產出的資料主要有四類，整理說明如下：

第一、學生個人生病經驗故事：以自己生病經驗出發，寫一篇短文故事當作業，作為理解該學生看待生病角度、觀點的基礎。

⁷ 胡幼慧（1991）《社會流行病學》。臺北：巨流出版。





第二、偏遠地區田野察訪的故事：學生經過半個月阿蓮鄉和阿里山社區田野實際踏察所經驗到人事物撰寫成一篇故事，用來理解學生觀察力和對於社區疾病洞察力以及檢視本身可能帶有的偏見。

第三、菲律賓國際醫療日誌：即使義診服務相當忙碌且勞累，我們仍要求學生在菲律賓每天都要寫日誌，記錄當地所見所聞。我們相信經過前面兩次書寫訓練之後，同學的觀點會有改變，因此選擇以日誌紀錄方式來理解。相信這是相當珍貴第一手資料，這不僅是義診過程紀錄，也是理解學生看待當地健康問題的捷徑，亦是訓練學生對於這樣活動的反省過程。

第四、社區健康促進方案的研擬：以菲律賓當地健康問題為中心，透過實地踏察，在與當地人接觸過程中，小組腦力激盪出一張概念架構（conceptual framework），針對當地健康促進可能性提出方案。此一概念架構乃參考Wendy 等人在澳洲和太平洋島國中所運用的方式，他們畫出當地健康問題的問題樹和解決樹（problem trees and solution trees），但不同之處在於本課程是以敘事醫學作為媒介來發現問題。⁸

⁸ Wendy Snowdon, Jimaima Schultz, Boyd Swinburn (2008) “ Problem and Solution Trees: A Practical Approach for Identifying Potential Interventions to Improve Population Nutrition” *Health Promote International*, 23(4): 345-353

四、敘事醫學訓練所產出的敘事文本

學員在敘事醫學訓練的過程中所產生的反省可以從以下兩個例子看見端倪：

故事一：「阿香，你為何不離開？」

某學生甲從原住民社區回來，在他的敘事文本中發現了一段他對一位刻苦耐勞鄒族女性（阿香）的描寫：

趁著阿香進去忙的時候，督導低聲對著正讚嘆桌上的豐盛與色香味俱全的我們說道：「阿香真的是很好的一個人，非常非常能幹又刻苦耐勞，不僅會做菜，還會做很多種食品，例如酵素啦、醃梅子啦，大大小小事都是她一個人去學、去做的！」我們轉頭望望四周，哇！真的好多透明的瓶瓶罐罐，存放著各種阿香自己做的食品、酵素、梅子等等。看著眼前滿桌的菜餚，我心中不禁開始對於眼前這位忙進忙出的阿姨肅然起敬。

「可惜……嫁了一個很會喝酒的老公」督導用滿臉惋惜的表情說著……

「請問教會對於原住民的酗酒問題，有在其中做什麼事嗎？」我問了牧師。一旁的阿香聽到後，對著督導露出苦笑的表情……聊了一陣後，督導還是忍不住問了阿香：「阿香，我們知道你的先生也是有喝酒的問題。不過你在結婚前知道他有這樣的狀況嗎？」





阿香的苦笑中露出無奈又略微的苦澀。

阿香無奈苦澀的笑反映原住民社會普遍存在酒癮問題，學員觀察後的敘事中展現了一個與健康有關的結構性文化議題。同樣針對這個議題另一個學生乙在其敘事中也提出他的觀察：

就傳道以及長老們所述，其實就過去歷史資料所知鄒族人並非很嗜酒，酒通常是節慶時才能飲用，平時喝甚至會被責罵，因此目前會有酗酒的問題，結合我們目前所了解的現況，一方面除了是外來文化以及啤酒取得容易的影響，另一方面工作上的困頓或許也是主要的原因。因為風災重創觀光產業，以往客源人潮擁擠的盛況不再，剩下的只是破碎的達娜伊谷以及一家家空蕩蕩的民宿，目前的南三村正面臨經濟轉型，許多人沒有工作。喝酒，或許就是逃避現實的一個方法。鼓勵與陪伴是目前成長團體所能給予的支持，結合信仰，希望可以幫助他們走出困頓。

在學員訓練的過程中我們和學員分享了已知流行病統計資料，展示了山地鄉公賣局的數目增加和原住民喝酒盛行率以及肝硬化發生率增加之間成正比例上升的數據和圖表。一方面他們印證了他們的在地觀察，另一方面由他們的敘事中，我們看到了學員體會到一個實證醫學領域之外的一些重要變因。社會結構變遷及文化結構的因素，都在實證醫學診斷出來的病癥背後起這莫大的影響因素。有這層在地文化認知的醫師，相信在診斷及醫療實作對醫病關係的經營也會有所不同。

故事二：帶「藥物」還是募「冰箱」

學生從菲律賓田野回來之後，發表令人驚豔的報告，以高血壓的觀察為例：

早上對衛生小站的五十名志工衛教了整個早上。過程順利的出乎意料，主要是他們（菲律賓當地志工）認真的程度超出我的預期許多。以從前在臺灣的經驗，高血壓衛教這種老掉牙的題目大概講超過十分鐘聽眾應該就進入崩潰狀態。什麼少油少鹽、運動 333、戒煙戒酒這種隨處聽得見的芭樂內容應該沒人會想理你吧！（摘自學生甲 菲律賓敘事）

當我們早上到達教會時印入眼簾的就是成群等著要掛號的居民們，著實讓我小吃驚了一下，不過還是趕快準備一些今天要衛教的東西，其實從昨天開始我就在想『到底我們給他們的衛教他們聽的懂嗎？』。不過今天一整天下來還是有一點成就感的，而且就我們主觀的觀察好像他們高血壓的情形都滿嚴重的，而且大部分都是第一次才知道，以往都沒有任何藥物方面的控制，根據我們衛教當中的互動，可以發現這邊的居民普遍都吃很鹹，而且都有吃一些內臟的習慣，在詢問過一些當地的居民他們表示『鹽加太少的話菜就不好吃了！』因此我是建議他們可以用一些其他的調味，比如說酸和甜或是辣都是可以替代鹽分的使用來增加食物的風味，他們也覺得這似乎是一個可行的方式。（摘自學生乙 菲律賓敘事）





學生分享在菲律賓馬尼拉巴石社區服務的經驗中，在與當地人一起生活之後，認為可能因為飲食過鹹，而飲食之所以過鹹可能又因為當地缺乏冰箱，無法長期保存食物，特別一方面是缺少蔬菜，當地人以肉類食物為主，故醃製品流行，因此認為解決高血壓問題與其給予藥物，不如調整飲食習慣。如果無法從整體環境著手，提供足以保存食物的設備或是替代性烹飪技術，無法真正解決問題。有鑒於此，學生建議是否將來臺灣義診團，應加入營養師和專業廚師前往，與當地居民溝通飲食方式，共同尋找適合的烹飪法，或是向大眾募贈冰箱冷藏設備，這些作法都比只給藥更有幫助。

在以上這兩個討論案例中，我們發現學生在觀察影響當地社區成員健康的兩個危險因子「不當飲酒」和「過鹹食物」時，角度已不只是停留在傳統生物及醫學專業因素，也主動考慮經濟因素、文化因素和環境因素，觀察視野的拓展無疑是從之前個案討論經驗分享中所獲得，他們對於原民社區中酒癮氾濫有超過生物和文化因素的認識，並擴大到社會經濟層次的社會流行病視野。可見學生觀察偏遠地區健康問題的方法，透過敘事醫學的引導，無形中也下意識地內化這類能力。因此，我們認為敘事醫學的討論在其中促成學生觀點的改變，扮演相當重要的角色。

五、避免偏遠地區健康議題的「見樹不見林」

有別於傳統醫學教育方法對社區醫學的教育方式，老師直接告訴學生該地區常見的流行病是什麼，所以學生到某個社區時候，就變成只會去找統計上顯著的流行病。我們並非忽視背景資料蒐集的必要性，而是要提醒學生，這樣學習過程很容易忽略眼前對象的生活脈絡，忽略以居民主體的感受以及環境因素。

強調疾病原因和具體數字的調查，不僅會原子化個人，也會喪失基本人文關懷和瞭解他者生活脈絡的機會，甚至因缺乏反身自省而陷入見樹（只注意流行病）不見林（他者生活脈絡）的結論，自陷霧裡看花的窘境。敘事醫學強調在故事脈絡中學習疾病。

社區的敘事醫學和傳統敘事醫學不一樣的地方，在於應用場域的不同，它讓我們從傳統在醫院診間或病房中醫病互動的觀察跳脫出來，走入社區進行觀察及反省，以社區為田野，社區就是診間。將「注意力」擴及到社區中，任何接觸到的人事物，觀察到的景物標語，和交談或訪談到的對象，都可以納入「再現」的材料。傳統敘事醫學中「聯繫」，僅涉及醫師是否察覺到病人的需要（無論身體心理或社會），但在社區的敘事醫學則涉及的不只是個人的需求，更要連結到社區的需要，如此方能察覺傳統醫學的統計數字和居民需要差距有多遠。

人類學特色的敘事醫學指出，在敘說偏遠地區健康問題的故事中，作者自然而然顯露出對於「他者」的偏見，甚至是歧視。同樣的，從學員的訓練過程中也發現，學員在寫故事過程中通常不會特別留意自己的既定立場，不過少數學生在過程中，逐漸可看出他們對自己觀點的反身和批判，通過朗讀自己文章和小組討論，這些歧視也好偏見也罷，變得顯而易見，我們認為巧妙之處在於，這些突顯出來的偏見與歧視，往往也是直指該偏遠地區健康的核心問題—例如社會經濟不平等，或是文化差異。





六、總結：敘事醫學在臺灣醫學教育發展的可能限制

敘事醫學訓練本身對於正規醫學教育教師和學生來說都是一大挑戰，目前國內高雄醫學大學已經將敘事醫學應用到醫學倫理教育，而嘉基更跨出醫院及學校進入社區，秉持的基本理念就是進行一個社會就是診間的實作嘗試。

回到實際面思考敘事醫學在臺灣醫學教育發展的可能性，發現有以下幾點限制：

第一、師資、平台、評估法缺乏，並且受主流醫學教育的束縛

誠如〈「敘事醫學倫理」之課程建構及教學經驗〉中最後的討論，認為師資、平台、評估法缺乏是國內敘事醫學推動主要問題，師資的培育以及平台的建立，仍需倚賴主流醫學教育課程設計中，對於此種教學法能接納及採納。⁹ 此外，作者認為除了敘事報告之外，目前尚無具公信力評估方式。對於主流醫學教育課程設計中，將「量化測量代表學生學習成效」的評量方法用在應用敘事醫學的做法高度存疑，特別當敘事醫學在追求一種觀點視野的轉移時，量化測量確實會有高度困難，顯然量化指標不適合評量敘事醫學，充其量只能偵測學生對課程滿意度而已。敘事醫學在醫學教育應用本土化研究在臺灣還是有很大的進步空間。

⁹ 林慧如、王心運、賴春生等（2010）〈「敘事醫學倫理」之課程建構及教學經驗〉，《醫學教育》，第14期卷4，頁257-258。

第二、人在江湖身不由己：與現實醫療生態結合的困難

許多同學雖認同敘事醫學學習方式，自認敘事醫學強調的步驟都做到，也熟悉敘事醫學技巧，但也反應在忙碌的臨床操作上，特別是日益吃重的醫病互動中，有多少醫學生將來在實際行醫之時能持續書寫和反省。面對此現實問題，更突顯敘事醫學需走出診間，進入社區，嘗試與其他學科連結。例如本課程中強調「社會就是診間」，從公共衛生立場與社會流行病學銜接，擺脫以病人為單位，改以社區為範疇，以健康促進為手段來應用。無論如何，敘事醫學的場域在醫院還是在社區，與現實醫療生態結合的問題，是所有從事敘事醫學教學者必須思考的挑戰。

敘事醫學源自對實證醫學反省，回到「以人為本」的醫病互動，雖然現實環境（醫院）中有現實上應用困難，若是走出從個人應用進到社區，與傳統流行病學搭配來瞭解社區居民需要，未嘗不是社區醫學教育的另一種可能。特別對於政府培養將來必須進入社區（衛生所）的醫學系公費生而言，在思考社區健康問題時，敘事醫學能夠讓人多一項武器。

