医学伦理教育的问题审视与路径探析

彭树涛 (上海交通大学 医学院,上海 200025)

摘要:医学伦理教育存在的问题通过教学层面得以直接反映和集中体现。这些问题主要包括教学内容知识化、课程设置模块化、教学过程阶段化、教学方式单一化。政府、高校和学科是医学伦理教育供给侧的核心要素。政府是政策制定方,高校是实施执行方,学科是理论输出方,高校的实施执行结果受制于政府和学科这两个要素。政策内涵模糊导致医学伦理教育目标错置,学科地位迷失导致理论供给缺位,从而从根本上制约了医学伦理教育的发展。破解医学伦理教育的困境和危机,政府层面应加强顶层设计,完善政策供给;院校层面应优化教学模式,完善教学供给;学科层面应加强学术研究,完善理论供给。

关键词:医学伦理;医学教育;医学伦理学学科;供给侧;路径

Medical Ethics Education: Problem Review and Path Analysis

PENG Shutao

(School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200025, China)

Abstract: Existing problems in medical ethics education can be reflected directly and concentratedly through teaching, including theorized teaching content, modularized curriculum, fragmented teaching process, and simplified teaching methods. The government, universities and disciplines are three essential elements on the educational supply side of medical ethics education, with the government as the policy maker, universities as execution bodies, and disciplines as theoretical delivery parties. However, the actual execution results of universities are constrained by both elements of government and disciplines. Ambiguity in the connotation of policies leads to misplaced medical ethics education goals, while the misaligned status of disciplines leads to the lack of supply in theories, which fundamentally restricts the development in medical ethics education. Therefore, to solve the dilemma and crisis in medical ethics education, it is necessary to renovate the supply side of medical ethics education. The government needs to strengthen its top-level design so as to improve its provision of policies. Universities need to optimize their education model so as to provide more resources. Disciplines need to strengthen academic research so as to provide more theories.

Keywords: medical ethics; medical education; medical ethics discipline; supply side; path

医学伦理教育对于培养医学生的医学伦理精神、 医学伦理素养和医学伦理实践能力至关重要,长期以 来一直是学界的重要关注点。自20世纪80年代以 来,我国专家学者聚焦医学模式转型诉求、医学人文 精神构建、医学伦理教育症结、新医学伦理问题的应 对之策等现实主题,对我国医学伦理教育目标、教育 体系、教学内容、课程设置、教学方式等内容开展了大量富有成效的研究。伍天章^{□1}提出建设符合中国国情的医学伦理学教育体系。孙福川、尹梅^[2]创立"现实问题研讨-学生主动参与"型的课堂教学新模式。王超^[3]指出我国医学伦理教育需重新调整定位、转换教育模式、优化课程设计和创新教育方法。赵菁等^[4]通过中

外比较提出了我国医学伦理教育的实践路径。苏映宇⁶⁰提出将医学伦理教育融入思想政治教育的教学改革思路。马琳琳等⁶⁰从通识教育的视角提出基于通识教育先行的医学伦理教育新理念。邹明明、刘虹⁷⁰,王雪文、殷从全⁸⁰通过调查,指出了我国医学伦理教育教学的组织状况和实施效果,总结分析了存在的问题并提出建议。总体而言,这些研究大都侧重于从教学层面讨论医学伦理教育,研究主题、研究视角和研究方法不够丰富多元;部分研究对"现象域"的概括分析流于表层化和经验化,对"问题域"的原因剖析缺乏学理深度和学科依附,对"实践域"的路径建构缺乏有针对性的回应。

一切教育的问题最终都会在教学层面得以集中体现。在医学伦理教学方面集中体现出来的问题,最终应回到医学伦理教育本身进行审视。基于此,本文将从医学伦理教育的供给侧切入,探讨影响医学伦理教育的核心要素、内在逻辑和发展路径。

一、我国医学伦理教育存在的主要问题

我国于1981年开设医学伦理学课程。经过40余年的实践探索,我国医学伦理教育得到了长足发展,但总体水平与其应承担的职责和应发挥的功能尚有距离,教学内容知识化、课程设置模块化、教学过程阶段化、教学方式单一化等问题亟待解决。

(一)教学内容知识化

我国医学伦理教育比较重视伦理知识的传授,缺乏对伦理素质和伦理能力养成的足够关注,教学内容知识化倾向明显,实践课程往往流于形式。医学院校未能充分考虑到医学伦理教育的实践性特点,普遍把教学重点放在理论知识的传授上,局限于让医学生机械地掌握医学伦理的理论、原则和规范,试图用外部伦理知识的传授替代内部伦理素养的养成,将医学伦理知识的获得等同于医学伦理素养和伦理实践能力的形成,难以将医学伦理知识转化为自身内在的行为准则和价值目标。

西方发达国家的医学伦理教育突出实践性,认为 医学伦理教育传授的不是理论知识而是实践智慧,不 是理论教条而是实践慎思^[9];医学生对医学伦理理论 知识的学习和理解只是起点,只有通过早期接触临 床、走近病人等方式获得切身实践体验,才能深入医 学伦理教育的核心。同时,也注重将一些典型案例引 人医学伦理教育当中,通过真实案例的使用和实际问 题的提出激发学生的学习动力^[10],帮助学生更好地理 解医学伦理教学过程中遇到的各种问题。

(二)课程设置模块化

我国医学伦理课程设置重模块式组合而轻系统式整合,缺乏包括选修课程、必修课程、第二课堂课程、继续教育培训课程在内的多元化课程设计,以及包括医学伦理史、医学伦理理论、医学哲学、临床伦理问题、医患关系、医学相关专科伦理问题、新伦理问题、伦理决策能力在内的系统性教学内容安排。医学伦理课程通常被作为一个单独的模块,既与医学人文课程之间缺乏内在联系,也与医学专业教育缺乏有效衔接。单模块的医学伦理课程不仅会影响医学生对伦理知识的有效获得和对伦理问题的深度思考,还会影响医学伦理原则的临床实践应用和医学伦理素养的内在转化。

相比较而言,西方发达国家一直将医学伦理学列为核心课程,重视医学伦理教育与医学人文教育、医学专业教育的有机整合。英国《明日医生》报告提出,医学伦理学应列为英国医学课程的核心内容之一四,要求临床实习期间定期组织开展跨学科伦理教育。据美国医学院协会的统计,2004年被调查的125所美国医学院校全部开设了供必修和选修的医学人文课程四,实现了医学教育各个学段的全覆盖,内容也随着学段的升高而不断加深。如美国德州农工大学通过开展"多学科医学伦理学课程"教学,向医学生介绍日常医疗实践中可能遇到的伦理问题,提高对自我和他人价值的认识,为自我反省实践提供方法学,引导进入以患者为中心的医疗实践和团队合作工作[13]。

(三)教学过程阶段化

我国医学伦理教育只是被作为"阶段性"教育加以开展,大多数医学院校都集中在大二或大三的理论学习阶段开展医学伦理教学,临床实习阶段开设的医学伦理课程较少。医学伦理教育尚未实现院校教育阶段各个学段之间的有效贯通,遑论院校教育、毕业后教育和继续教育的全过程贯通。以《中国本科医学教育标准—临床医学专业(2016版)》为例,该标准虽然已将"课程计划必须覆盖包括医学伦理在内的人文社会科学内容"列为"基本标准",但人文社会科学融入医学专业教学只是被列为"发展标准"。很显然,这种"发展标准"的达成情况完全会因各医学院校发展阶段、资源状况和教育政策的不同而差异明显。调查结果显示,我国医学伦理教学课时一般在18-36学时之间,最多的也只有54学时,且是"一过性"的教学[14]。

对比而言,西方发达国家更注重医学伦理教育的

全程式贯通。英国规定医学伦理学教育应该"贯穿在 医学教育整个阶段、有一定间隔和反复进行","应该 在临床教育中按一定的间隔插入一定时间的、由医学 以外很多专家进行的、跨学科的伦理教育"[15]。日本则 强调,医疗伦理和生命伦理应当贯穿于素质教育、临 床前教育和临床实习等医学教育的全过程[16]。

(四)教学方式单一化

我国目前主要通过课堂教学的方式和理论讲授的方法开展医学伦理教学。教师在"教-学"关系中处于知识灌输的主导地位,没有充分考虑学生学习的主体性地位,较少采用讨论式、启发式、参与式、情境式等教学方式,忽视与学生的双向互动和激发学生的知识诉求。学生在"教-学"关系中处于被动接受知识的不对称状态,仍以传统的授予式学习为主,缺乏形成式、转化式学习习惯的养成以及批判性、创造性思维的训练。这种教学方式背离了以学生为中心和自主学习的现代教育理念,难以将枯燥的"教"变为有趣的"学"、被动的"学"变为主动的"习"、记忆的"知"变为拓展的"识",从而削弱了医学伦理教学的效果。

西方发达国家的医学伦理教学方式相对来说更加灵活多样,医学院校会根据不同的教学内容和医疗实践的具体情境,灵活运用启发式教学、案例分析、讨论式教学、情景模拟、沟通式教学、伦理查房、床旁教学、专题讨论、课堂辩论、义工活动等教学方式。美国匹兹堡大学通过多样化的教学方式和以学生为主体的积极学习模式,使知识得以不断内化^[17]。美国芝加哥大学采取与患者互动、小组讨论、伦理科研课题、伦理会诊、案例教学等多种建立在学生主观能动性上的教学方式^[18]。

需要指出的是,以上问题并非以相互分离的样态独立呈现,而是以相互交织的样态集中体现。问题重重的医学伦理教育正遭遇着"破""立"两难的困境和功能发挥有限的危机,对医学生的培养难以取得理想效果,诸如理论认识失准、实践操作失范、伦理决策失效等问题愈发突出。这些异样表现不仅会给医学伦理教育带来结果导向式的否定,也会给医疗实践活动带来"医学成为自身成功的囚犯"[19]般的质疑。

二、医学伦理教育供给侧的构成要素分析

通常意义上,医学伦理教育可以理解为医学院校根据社会需求,有目的、有计划、有组织地传授医学伦理知识、提升医学生医学伦理素养和临床决策能力的一项教育活动。就供需关系而言,政府、学校和学科

在这项教育活动中处于供给侧环节,学生处于中间环节,社会处于需求侧环节,其链条结构呈现为:供给侧(政府、学校、学科)—中介(医学生)—需求侧(社会)。

政府、学校和学科作为供给侧最重要的主体性要素,三者联系紧密但角色各异。其中,政府扮演着战略设计、政策引领和监督管理的角色,其作用在于以"国家意志"的形式制定教育方针政策。学科扮演着理论研究和学术支撑的角色,其作用在于为医学伦理教育输送教学内容和提供学科依附。学校则扮演着根据国家政策和学科规律开展教学实践的角色,处于联结政府和学科的中间环节。在供给侧的三个重要构成要素中,政府是政策制定者,学科是教学内容输出者,高校是教学实践者。就其影响效度而言,政府和学科这两个要素更为根本,决定着高校教学实践的目标、性质、方向与成效。

(一)政策视域:模糊的政策内涵与错置的教育 目标

从政策内容来看,国家很多政策都对医学教育目标这一根本问题作出了规定,但这些规定总体上显得模糊抽象。对新中国成立以来国家有关医学教育政策进行梳理后发现(详见表1),这些政策基本上是对思想品德、医学人文素养、医德、职业道德、职业素质的目标作出了质性规定,而明确使用"伦理"的表述并对其目标进行规定仅1次。姑且不论这些名称的"混用"是否代表了尚无医学伦理的意识自觉,更重要的是这些政策缺乏明确清晰的内容、路径和举措,其直接后果就是政策的指导性不足和可操作性不强,以至于在执行过程中虽有"硬性"原则可依却无具体路径可循。因此,各医学院校的重视程度高低不一,教学水平和效果参差不齐,部分医学院校甚至将完成政策文件中的"硬性"规定作为最高的追求目标。

从教育标准来看,我国目前没有全国统一的《医学伦理教育教学大纲》,各医学院校主要是依据《中国本科医学教育标准—临床医学专业(2016版)》来开展医学伦理教育。在该标准的"课程计划的结构和组成"中,医学伦理学归属于与科学方法教育、生物医学课程、公共卫生课程、临床医学课程相并列的"人文社会科学和自然科学课程"。这种将医学伦理学课程内置于人文社会科学课程的设置方式,与其说是让医学伦理课程有人文社会科学作为依托,不如说是医学伦理课程地位的边缘化。在现有的教学实践中,医学伦理教学除了只是作为"阶段性"的教学活动来安排,其教学内容还会遭受人文社会科学课程的挤压或遮蔽,

表 1 我国医学教育政策关于医德相关主题的教育目标	表 1	我国医学教育	T 政策关干医	德相关 主是	页的教育目标
---------------------------	-----	--------	---------	--------	--------

发布时间	发布单位	文件名称	医德相关主题的教育目标	
1959年	卫生部	《关于修订高等医药院校教学计 划的几项原则规定》	有社会主义觉悟。	
1988 年	国家教委	《医学本科教育的总体培养目标》	德、智、体全面发展。	
1995 年	教育部	《高等医学教育面向 21 世纪教学 内容和课程体系改革计划》	具有良好的思想品德和职业道德。	
2001年	卫生部、教育部	《中国医学教育改革和发展纲要》	把医德与医术的培养结合起来,加强综合素质培养。	
2004年	卫生部、教育部	《护理、药学和医学相关类高等教 育改革和发展规划》	知识、能力、素质全面培养,体现职业素质和能力。	
2009年	教育部、卫生部	《关于加强医学教育工作提高医 学教育质量的若干意见》	加强以医学职业道德、职业态度和职业价值观为基本内容的 职业素质教育,培养学生的道德责任感,重视伦理问题。	
2009年	中共中央、国务院	《关于深化医药卫生体制改革的 意见》	加强医德医风建设, 重视医务人员人文素养培养和职业素质 教育, 大力弘扬教死扶伤精神。	
2012年	教育部、卫生部	《关于实施临床医学教育综合改 革的若干意见》	着力于医学生职业道德和临床实践能力的显著提升。加强医 学生职业道德教育。	
2012年	教育部、卫生部	《关于实施卓越医生教育培养计划的意见》	强化医学生医德素养和临床实践能力的培养。培养医学生关 爱病人、尊重生命的职业操守和解决临床实际问题的能力。	
2014年	教育部等六部门	《关于医教协同深化临床医学人 才培养改革的意见》	加强医学人文教育和职业素质培养。有针对性地开展职业综 合素质教育和业务技术培训。	
2017年	国务院办公厅	《关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》	把思想政治教育和医德培养贯穿教育教学全过程,推动人文 教育和专业教育有机结合。	
2018年	教育部、国家卫健 委、国家中医药管 理局	《关于加强医教协同实施卓越医 生教育培养计划 2.0 的意见》	把德育作为医学人才培养的首要内容,将思想政治教育和职业素养教育贯穿教育教学全过程,加强以医学职业道德、职业态度和职业价值观为基本内容的职业素质教育,培养学生"珍爱生命、大医精诚"的教死扶伤精神。	
2020年	国务院办公厅	《关于加快医学教育创新发展的 指导意见》	加强救死扶伤的道术、心中有爱的仁术等的教育, 培养医德 高尚、医术精湛的人民健康守护者。	

甚至被思想政治教育课程取代。调查显示,我国独立建制医药院校的人文医学教学组织发展不均衡、人文医学师资队伍不足、人文医学课程建设缺乏整体规划,根源在于对人文医学在实现医学人才培养目标中的地位和作用认识不到位,甚至严重偏颇^[20]。我国综合性大学医学院(部)的人文医学教育机构设置、学科建设、课程开设情况、团队结构、科学研究、学位点建设、学术平台情况普遍不容乐观。医学人文教育的情况尚且如此,医学伦理教育得不到应有的重视也就不足为奇了。有的学校至今仍未开设医学伦理学课程,已开设课程的高校平均课时数为27学时,其中,11所高校的课程学时在20学时以下^[7]。

(二)学科视域:游离的学科依附与缺位的理论 供给

目前我国将医学伦理学归属于哲学、医学和法学等不同的学科领域,主要设置在伦理学、科学技术哲学、人文医学、思想政治教育等二级学科之下。按照"学科门类——级学科——二级学科—学科方向"的设置方式进行归纳,目前共有四种设置方式:哲学—哲学—伦理学—医学伦理学方向、哲学—哲学—科学技术哲

学-医学伦理学方向、医学-基础医 学-人文医学-医学伦理学方向、法 学-马克思主义理论-思想政治教育-医学伦理学方向。《中华人民共和国 学科分类与代码》(GB/T 13745)将"医 学伦理学"作为三级学科,列于一级 学科"哲学"下的二级学科"伦理学" 之下。在1997年印发的《授予博士、 硕士学位和培养研究生的学科、专业 目录》中,"哲学"门类下设的一级学 科"哲学"中包括"伦理学"和"科学技 术哲学"两个二级学科,二者均可下 设"医学伦理学"方向。2011年修订 的《学位授予和人才培养学科目录》 只规定了学科门类和一级学科,二级 学科由学位授予单位在一级学科学 位授权权限内自主设置。有的学校 会据此在"医学"门类的一级学科"基 础医学"之下设置二级学科"人文医 学",或者在"法学"门类的一级学科 "马克思主义理论"下设置二级学科 "思想政治教育",二者均可下设"医 学伦理学"方向。

诚然,医学伦理学对人的生命和健康问题的关 怀,在目标追求上与伦理学的基本关怀具有内在一致 性,具有伦理学的学科本质。医学伦理学产生和形成 于医疗实践活动中的道德问题和伦理现象,其生命力 就在于对医疗实践活动中相关具体问题的密切关注, 医学伦理是内在于医学的一个重要构成要素。因此, 医学伦理学是伦理学的一个分支,在学科归属上首先 属于伦理学,同时又具有医学的学科特质。现有的这 种学科设置方式最大的问题在于学科定位不明确和 学科归属多样化,对学生的专业训练、专业思想稳定 性、专业归属感和学校的专业招生都会产生极大影 响,进而加剧师资队伍的专业水平不高和专业背景 "错位"的问题。从实际情况来看,目前我国医学伦理 学的教师队伍以哲学、思想政治教育专业的老师为 主,部分学校的教学任务甚至由思政课教师来承担。 以"医学伦理"作为"关键词"在中国知网进行检索的 结果显示,自2004年至今,我国共有医学伦理学方向 毕业的研究生147人,其中博士仅5人,有限的研究生 毕业人数将严重制约医学伦理学教师的来源以及高 水平医学伦理学师资队伍建设。

学科一般存在三种形态:知识形态的学科、作为 一种知识的规训制度的学科、组织形态的学科[21]。无 论学科以何种方式存在,要成为一门独立的学科且 自足完善,都必须"有自己特定的边界,有自建的学 术用语、研究方法和理论","具有系统性和成熟性"[22]。 医学伦理学涉及哲学、伦理学、医学、社会学、经济 学、文化学、政治学、历史学、艺术学等领域,它作为 一门交叉学科的定位毋庸置疑,但是否已经成为以 及能否成为一门独立学科仍有待讨论。原因在于, "医学伦理学是什么"的本体论问题和"医学伦理学 何以可能"的合理性问题,以及由此衍生出来的研究 对象、研究方法、学术范式等基本问题都需要通过学 理阐释和理论研究加以澄明。如果用一流学科应该 具备的达成度、贡献度、支撑度、影响度、引领度等核 心评价要素[23]进行衡量,医学伦理学独立的学科地位 就更加存疑。

事实上,医学伦理教育与医学伦理学的关系十分 紧密。一方面,医学伦理教育实践孕育了作为一门知 识的医学伦理学,同时也规训了作为一门学科的医学 伦理学。另一方面,医学伦理学则从学科自主性层面 为医学伦理教育提供理论资源、学术思想和学科依 附。但现实情况并非如此。医学伦理学是理论化、系 统化的医学伦理,本应为医学伦理教育提供基于学科 独立所内蕴的基本理论、基本概念、研究对象、学术研 究、话语体系、伦理语境、医疗场域、学术组织、学术阵 地等,但由于学科自身不能自足完善,它能为医学伦 理教育提供的理论资源和学科支撑也就有限。比如, 如何确立更加清晰明确的教育目标? 如何树立更加 符合学科逻辑的教育理念?如何设计更加适应医学 模式转变和科学技术发展要求的教学内容? 如何完 善更能体现学科本质和学科特质的课程设置?如何 优化更能巩固教学效果的教学方式?要回答这些问 题,都需要首先从学科层面提供学理支撑和理论 依据。

三、我国医学伦理教育的发展路径探析

如前文所述,政府、学校、学科是医学伦理教育供给侧的核心要素。基于对医学伦理教育供给侧要素的讨论分析,破解医学伦理教育的困境和危机,需建立一个包括政策供给、教学供给、理论供给在内的医学伦理教育供给体系,以供给侧的改革驱动医学伦理教育体系创新,培养医学生的医学伦理精神、伦理素养和伦理决策能力。

(一)政府层面:制定目标明确、内涵清晰的政策 文件,回归医学伦理教育的基础性地位

教育政策作为一种有关教育的政治措施,是有关教育权利和利益的具体体现。其作用在于通过宣传理论路线方针、规定教育的性质、指明教育的任务、制定相关措施和教育发展规划等方式,发挥导向功能、协调功能和控制功能,为经济社会发展培养各类人才^[24]。针对目前我国医学伦理教育政策内容模糊抽象的问题,以及由此带来的指导性不足、可操作性不强的结果,政府应加强政策研究和理念创新,为医学伦理教育的改革与发展提供政策基础和实践规范。

一方面,出台国家医学伦理教育指导意见和医学伦理教育相关政策文件,确定内容明确清晰而非模糊抽象的医学伦理教育目标和教育内容,为医学院校提供既有目标要求、又有实践标准、更有实施路径的政策依据。比如,从国家政策层面明确医学院校的医学伦理教学机构设置和资源配置标准,为医学伦理教学提供组织机构和资源保障;明确师资条件、教师配备比例,扩大研究生(特别是博士研究生)招生人数,实施多层次的教师队伍在职培训项目,为教学可持续发展提供人才队伍保障;推进医学伦理学"金课"建设,组织专家学者编写国家级优秀教材,制定课程目标、课程设置、课程评价等方面的标准。

另一方面,树立大健康、大综合、大医学教育理念,确立医学伦理教育在医学教育中的基础性地位,转变医学伦理教育的边缘化现状,促进医学伦理教育的内容协同、环节协同和阶段协同。适应新医学模式发展要求,建立与"以健康促进为中心"相适应的医学教育新模式,实现医学伦理教育从"诊断-治疗"到"预防-医疗-保健-康复"的全过程覆盖。构建以医学生综合伦理素养和伦理能力提升为核心的教学模式,完善以问题为基础的教学、以探究为基础的科研训练、以形成性评价为主体与多样化考核相结合的综合评价。制定贯通院校教育、毕业后教育和继续教育三阶段的医学伦理教学规划和课程安排,确保医学伦理教育的一体化管理和各阶段贯通。

(二)院校层面:适应医学伦理教育特点,创新医 学伦理教学内容和教学方式

"教育是灵性和理性的产物"[25],其本质在于解放心灵、唤醒智慧、培养自由而完整的人,其目的在于促进学生认知素质、情意素质的全面发展和自我实现。由于市场经济和现代化等方面的冲击以及社会转型期价值观的缺失,医学教育过度追求技术主义和实用

主义,见"病"不见"人"、见"技"不见"道"等不当医疗 行为屡见不鲜,此种环境下的医学伦理教育常被认为 是"无用"的基础性教育而遭到严重挤压。医学院校 作为国家教育政策的执行者和实施者,应围绕医学伦 理教育的实践性、实用性、贯通性和内在转化性等特 点,重点从教学内容和教学方式这两方面推进改革。

一方面,应推进医学伦理教学内容改革。首先, 开展整合性医学伦理知识教学。改革目前分段式导 向和理论知识导向的医学伦理课程设置模式,推进知 识组织范式由知识单元向知识系统转变。整合医学 伦理学科内部、医学伦理与其他医学学科、医学伦理 与新兴学科之间的知识,弥补医学伦理教育的知识盲 区和知识漏洞。其次,开展梯度性医学伦理教学。根 据医学生认知水平的客观规律设计有梯度和相衔接 的教学计划。其中,低年级医学生应聚焦获得医学伦 理知识、伦理原则、伦理思维等培养目标开设医学伦 理课程;高年级医学生聚焦伦理问题分析能力和思辨 能力、科研伦理判断能力、临床伦理决策能力等培养 目标开设课程:毕业后教育和继续教育聚焦医学伦理 原则的临床应用能力和临床伦理决策能力等培养目 标开展培训。再次,开展动态性医学伦理教学。根据 社会时代性、知识前沿性、科技创新性和学生个性化 等因素动态调整医学伦理教学内容,开设人工智能、 大数据、精准医疗、人类基因、健康管理、动物科研等 前沿医学伦理课程。

另一方面,应推进医学伦理教学方式改革。一是 开展转化式学习。既要开展注重获取医学伦理知识和 技能的授予式学习,夯实医学生的医学伦理理论;也要 开展注重价值观养成的形成式学习,培养医学生的医 学伦理素养;还要开展注重核心能力培养的转化式学 习,培养医学生对医学伦理问题的思辨能力和临床伦 理决策能力。二是开展主动性学习。推进教学理念由 "教学范式"向"学习范式"变革,教学方法从"以教师、课 程、课堂为中心"向"以学生为中心"转移,授课方式从 "我要教"向"学生要学"转变,制定以问题为导向、以好 奇心和兴趣为内在驱动的高质量教案,转变学生"被动 式接受"的学习习惯,激发学生纯粹的求知欲和好奇心, 培养学生的医学伦理问题意识和思辨精神。三是开展 探究式学习。实现教学主体由教师为本向学生为本转 变,强调变"传授"为"引导"、变"规训"为"启发",建立教 师与学生组成的教学共同体,形成探究医学伦理学问 的共创机制。实施小班教学,综合运用以案例为基础、 以探究为基础、以问题为基础、以团队为基础、以能力为 基础的学习方式,增加师生互动,促进知识互构。

(三)学科层面:推进医学伦理学学科建设,夯实 医学伦理教育的理论基础

医学伦理学来源于医疗实践,最终应当回归医疗实践,这是医学伦理学学科的实践使命。但它最终能否回到医疗实践并为医疗行为提供理论指导,其前提是要成为一门以研究学理为目的、以科学理论为支撑的独立学科。医学伦理学学科建设包括医学伦理教育、科学研究、人才培养、学术交流等核心要素[26],其发展也是各个要素共同发展、合力作用的结果。反而言之,医学伦理学学科的发展也会带动或者助推包括医学伦理教育在内的各个核心要素的发展。因此,加强医学伦理学学科建设,为医学伦理教育提供理论支撑,既是医学伦理学学科发展的应有之义,也是医学伦理教育发展的路径之需。

"医学并不是一个纯净清晰的专业技术领域,而 是包含着医学所涉及的科学知识、技术标准、伦理价 值、社会经济等诸多因素的混合体。"[27]以研究视域为 例,随着经济社会的不断发展和科学技术的日新月 异,医学伦理问题早已突破传统的医学领域,日渐扩 展至医学、哲学、科学技术、法学、管理学、人类学、社 会学等众多领域,医学伦理学学科的研究范围、关注 领域、理论边界也随之不断扩大。与过去医疗实践中 的伦理问题相比,这些新领域所衍生和引发的伦理问 题更加复杂多元。诸如基因选择、克隆技术、辅助生 殖、器官捐献、数据异化、个人隐私泄露、信息安全隐 患、精准医疗等引发的新的伦理问题不断涌现,使得 传统医学伦理学的基础和范式受到了巨大的冲击。 过去被视为解决医学伦理问题"金规"的四个原则 ——尊重自主原则、不伤害原则、有利原则、公正原 则[28],在面对种种新的医学伦理问题时解释力明显不 足,也就难以很好地为医疗实践和医学研究提供坚 实、有效的支撑。如何调适新的医学伦理问题与传统 医学伦理规范之间的冲突? 如何变革医学伦理范式 以应对新的伦理问题和伦理难题?要回答这些问题, 都需要在医学伦理学的理论研究和应用策略等方面 推进创新。从这个意义上说,加强医学伦理学学科建 设也就显得尤为迫切和重要。

一方面,通过加强理论研究,为医学伦理教育的客体明辨学理、厘清内涵。既要围绕医学伦理学的学科性质和学科特质,加强对医学伦理学的本体论问题和其他基本问题的研究;也要围绕中国传统医德文化、当代医学伦理精神与西方伦理思想,加强比较研

究;还要关注新的医学伦理问题,汇聚不同学科领域的专家,创新跨学科的理论范式,开展交叉研究。另一方面,通过加强学术共同体建设,为医学伦理教育提供学术平台。依托各级各类教育委员会等行业机构,主办各级各类医学伦理教学研讨会、教学技能比赛、学术研讨会,开展教育教学研讨和学术交流。依托各级各类医学伦理学会,制定医学伦理培训计划和操作规程,举办相关培训班,加强对医学伦理教育工作者的培训。成立医学伦理研究机构,开展医学伦理、医学伦理教育等方面的专题研究。

参考文献

- [1]伍天章.建设符合中国国情的医学伦理学教育体系[J].中国医学伦理学,2005(1):25-27.
- [2]孙福川, 尹梅. 医学伦理素质教育与医学伦理学课堂教学改革的研究[J]. 医学与哲学, 2003(12):49-51.
- [3]王超."医患冲突"背景下医学伦理教育的检视与重构[J].伦理学研究,2018(1):100-105.
- [4]赵菁,刘章锁,杨鹏跃,等.新医学模式下医学伦理教育研究[J].中国高等医学教育,2017(4):5-6.
- [5]苏映宇. 临床医学生医学伦理素养培育的思政教学空间建设探究——基于"概论课"的教学观察[J]. 中国医学伦理学,2019,32(9): 1230-1235.
- [6]马琳琳,李延飞,许飞.基于通识教育的医学伦理学教育新理念[J]. 中国医学伦理学,2017,30(10):1297-1299,1304.
- [7]邹明明,刘虹.综合性大学医学院(部)人文医学教育教学组织状况调查报告[J].医学与哲学(A),2015,36(7):19-23.
- [8]王雪文,殷从全.从医务人员医学伦理学认知现状谈医学伦理教育[J].卫生职业教育,2017,35(3):23-25.
- [9] MCCLURE M W. MOOCs, Wicked Problems, and the Spirit of the Liberal Arts[J]. The Journal of General Education, 2014 (4): 269–286
- [10] MCKNEALLY M F, SINGER P A. Bioethics for clinicians: 25. Teaching bioethics in the clinical setting[J]. Canadian Medical Association Journal, 2001, 164(8):1163–1167.
- [11]申逸彬. 医学伦理学教育的进展:目标和内容[J]. 国外医学(医学教育分册),2002(1):1-5.
- [12]WERSHOF SCHWARTZ A, ABRAMSON J S, WOJNOWICH I, et al. Evaluating the impact of the humanities in medical education[J]. Mount Sinai Journal of Medicine, 2009, 76(4):372–380.

- [13]刘玮.美国德州农工大学"多学科医学伦理学课程"教学分析[J]. 医学与哲学(A),2018,39(12):72-75.
- [14]杨建兵,雷红,彭松,等.比较视阈的中美医学伦理学教学——以武汉大学与芝加哥大学为例[J]. 医学与哲学(A),2014,35(8):80-83
- [15]殷小平,苏博,刘鉴汶,等.国外医学人文教育课程计划的特点及启示[J].中国医学伦理学,2002(6):25-26,29.
- [16]黄春春.日本的生命伦理教育与研究(上)[J].日本医学介绍, 2005(9):426-428.
- [17]顾云湘,亓曙冬,樊民胜,等.美国医学伦理学课程教育及启示——以匹兹堡大学为例[J].中国医学伦理学,2018,31(1):101-105
- [18]赵宇亮,付平,程春燕,等.医学伦理教育体系的现状和启示——以芝加哥大学为例[J].中国医学伦理学,2020,33(5):642-645.
- [19]罗伊·波特. 剑桥医学史[M]. 张大庆, 等译. 长春: 吉林人民出版 社, 2000:10.
- [20]刘虹,沈超.独立建制医药院校人文医学教育教学组织状况调查报告[J].医学与哲学(A),2015,36(7):13-18,50.
- [21]王晓玲,张德祥.试论学科知识生产的三种模式[J].复旦教育论坛,2020,18(2):12-17.
- [22]杨天平. 学科概念的沿演与指谓[J]. 大学教育科学, 2004(1): 13-15.
- [23]王战军,杨旭婷.世界一流学科建设评价的理念变革与要素创新[J].中国高教研究,2019(3):7-11.
- [24]张新平.简论教育政策的本质、特点及功能[J]. 江西教育科研, 1999(1):37-42.
- [25]张曼菱. 西南联大行思录[M]. 北京:生活·读书·新知三联书店, 2013:423.
- [26]曹永福,陈晓阳.重视学科建设是学科发展的关键——山东大学发展医学伦理学学科的经验和体会[J].中国医学伦理学,2011,24(4):421-423,437.
- [27]刘剑,刘佩珍,蒋涛.礼节、职责、伦理决策——阿尔伯特·约恩森 医学伦理思想述评[J].医学与哲学(A),2013,34(10):5-8,61.
- [28]汤姆·比彻姆,詹姆士·邱卓思.生命医学伦理原则[M].李伦,等译.北京:北京大学出版社,2014:201.

收稿日期:2021-11-12

基金项目:2022年度上海市社科规划一般课题"新时代医学伦理教育改革研究"

作者简介:彭树涛,1979年生,男,湖南邵阳人,上海交通大学医学院 副研究员,医学教育研究所副所长,博士,从事高等医学教育研究。