

# 北京大學和芝加哥大學醫學 倫理學教育和實踐機制比較研究

叢亞麗

## 摘要

本文通過中國和美國的醫學生對同一個案例的不同看法，提出了醫學倫理學教育的本質問題，即如何實現醫學生的道德？作者根據芝加哥大學臨床倫理中心和北京大學醫學倫理學教研室工作的實際情況繪出了兩個單位的工作示意圖，基於此，作者嘗試對北京大學和芝加哥大學醫學倫理學教育和實踐機制進行比較研究。總的來說，無論是從學生入學時的年齡和學生對學醫目的的明確上，還是從醫學倫理學的教學方法上，以及學校在醫學倫理學的教育體制等方面，二者都存在很大的差別。我國的醫學倫理學教學雖然已經比較普及地進行案例教學，但案例教學若想深入下去還是比較困難的，若不成功，非常容易使學生得出學習醫學倫理學之後沒有什麼長進的感覺，表面上看是因為學科本身的對案例分析沒有明確答案的原因，但本質上是教師在引導學生思考的方式、角度和啟發性上存在問題，沒能真正提高學生分析和解決問題的能力。所以，本文提出了我國的醫學倫理學教育是個系統工程，需要在案例分析方法、教師的素質本身的提高、帶教老師的倫理學培訓、教師與醫生聯合進行課題中

---

叢亞麗副教授，北京大學醫學部醫學倫理學教研室，100083

《中外醫學哲學》IV：1（2002年5月）：頁149-166。

© Copyright 2002 by Global Scholarly Publications.

請和研究、醫院成立醫院倫理委員會和 IRB 兩個與倫理學有關的職能部門等方面必須加強，也開展定期的發生在醫院內的案例討論，這樣既可以使醫學倫理學教學和科研人員能通過正常渠道進入醫療實踐中，充分實現醫學倫理學的實踐性，並反映到醫學倫理學的教學中，也能在醫學生的培養、醫學生成為醫生之後的繼續教育等方面取得突破性進展。

**關鍵字：**醫學倫理學 教育 實踐 比較

案例1：QWL因腹部隱隱作痛被家人送到離家約1公里處的江蘇省幹江縣公道衛生院，懷疑腹腔內大出血，“宮外孕及脾破裂可能性較大”，需剖腹探查。晚8時50分，向揚州血站要A型血1200毫升。晚9時30分在探查過程中發現脾蒂部破裂，出血量約4000至4500毫升，同時催促血站，答覆血已在路上。晚10時，開始做脾切除手術，10時20分血送到，25分患者心跳停止，30分開始輸血，無濟於事，11時30分死亡。術前患者家屬兩次要求獻血，院方說，醫院要按規定行事，幹江縣衛生局曾給他們傳達過上面的有關文件：醫療機構不得自採自供血液，誰採誰負責。

《中華人民共和國獻血法》第15條規定：“為保證應急用血，醫療機構可以臨時採集血液，但應當依照本法規定，確保採血用血安全”。

《醫療機構臨床用血管理辦法》（試行）第19條規定：醫療機構應急用血需要臨時採集血液的，必須符合以下情況：（1）邊遠地區的醫療機構和所在地無血站。（2）危及病人生命，急需輸血而其他醫療措施不能替代。（3）具備交叉配血及快速診斷方法檢驗乙型肝炎病毒表面抗原、丙型肝炎病毒抗體、愛滋病病毒抗體的條件。

## 一、對同一案例的不同反映

北京青年報2000年9月19日第24版“法律圓桌”欄目邀請衛生法和衛生管理人士，以“醫療機構是對是錯，患者家屬有理沒理”為題從法律角度討論上面案例。關於醫院是否負責任，當時多數的意見為：醫院不負法律責任，患者家屬與醫院之間的輸血合同法律上無效；關於患者的健康權重要還是生命權重要的問題，雙方勢均力敵。

該案例的特殊情況是，法規意指這三個條件同時具備才能取家屬血液，但現實是如果同時具備，尤其是具備第三條的條件，那麼最起碼也是縣級醫院，也就不是什麼邊遠地區了。而本案例所反映的這種情況在我國應是非常多的。案例中的衛生院不具備交叉配血和快速檢查這三種抗原、抗體的條件；此縣沒有血站，需要揚州血站提供。

北京大學人民醫院97—2班和97—4班學生共47位同學，認為醫院做法合理合法的有13人，認為合法不合情理的有34人，其中願意冒違法的風險而採患者家屬的血液搶救患者的有11人。

同一個案例，當我在芝加哥大學做訪問學者時，曾有機會與醫學生談談中國的生命倫理學問題，我借此機會也對此案例徵求學生的看法。當時有17名參加生命倫理學小組的學生參加了這個座談，在了解了相關的法規後，14名學生持為家屬取血的觀點。

其實，任何人都知道在道德上要為家屬輸血，但究竟是什麼因素使兩校醫學生持差異較大的看法呢？是我國學生不善良而美國學生善良嗎？不是。是什麼原因使中國醫學生的善良不能完全得以實現呢？

## 二、兩校醫學生醫學倫理學教育情況

### (一) 學生的來源和醫學倫理學學習時間的安排

我國的醫學生是高中畢業直接升入醫科大學，年齡相對小，經常是在他們意識到問自己為什麼選擇學醫之前早已進入了醫科大學了。他們正處於價值觀形成時期，受外界影響，尤其是受臨床帶教老師的影響較大。我校的醫學倫理學現為36學時（從99級開始），一般是在學生進入臨床見習期間學習這門課，各教學醫院安排的時間不同，前後可差距近1年。

芝加哥大學（美國所有大學）生命科學學院的醫學生是在4年本科畢業後再經入學考試和面試後才能入醫學院學習的。醫學倫理學主要講醫患關係，安排在第一年，學時也是36學時。

### (二) 素質教育和專業教育的衝突

眾所周知，我國的醫學生學習壓力大，專業課顧及不過來，多數學生根本沒有時間和精力，也沒有主動意識到應該重視專業課之外的人文課程。現在都在強調素質教育，其實素質教育在醫學生身上體現較多的便是醫學職業道德了。任何一個行業都有職業道德，但醫療行業與其他行業不同的還在於醫學本身是個道德的行業，即醫療的目的是為了人的健康，這本身就是“善”。作為與素質教育聯繫密切的學科，教師更應注重培養學生做人、做事和做學問的基礎性品格，使其具備內在的、整體的、穩定的素質和發展的基本條件。但我國高校存在著事實上的重理輕文，重技術輕素質等傾向，故素質教育不能通過排斥專業教育的方式進行，最好是通過使素質教育融於專業教育中的途徑進行。具體到醫學專業的素質教育中，醫學生首先要學習如何具備做人、做事和

做學問的品格：做人做好了，才能把病人作為人來尊重；做事做好了，才能理順醫患關係、醫生與其他醫務人員等的關係；做學問做好了，才能為病人真正解除疾苦，為前兩者提供物質基礎。其次，各教師應在專業教育中融會道德教育的內容，學校應為此提供必要的條件（如相關的培訓——醫學倫理學教師學習些醫學和臨床知識，讓其有條件深入臨床；基礎和臨床的教師要學些醫學倫理學和倫理學案例分析方法等）。而我們現行的教育是按照“做學問”、“做事”到“做人”的順序進行的，這樣在醫療領域將明顯不適應現實的要求。

相比而言，美國的醫學生在入醫學院之前的面試中，已經初步做了素質方面的測試，醫學生被要求在學醫之前做些志願者或其他方面的為患者服務等事宜，需要了解患者的疾苦，美國有的醫學院的醫學教育的實踐值得我們借鑒，如讓學生在入學的第一周就接觸病人，並把“人們面臨的疾苦”放在教學大綱的首頁，因為醫學中有一件很難學也很難教的事情，就是病人的感覺如何，這種從一開始便使學生深刻體會到病人的痛苦、焦慮和治癒後的快樂與感激的做法，就是利用醫學的倫理學基礎來增加學生將來能成為好醫生的可能性。類似地，我們學校的學生在學了醫學倫理學之後，有的才意識到：我們平時只注重專業性的學習，從沒有想到在醫療已經對病人不起作用的時候，病人是什麼感受和我們醫生該做些什麼等問題。

專業課確實是學習期間的需要解決的主要矛盾。但工作後，時時刻刻需要面對患者，而醫患關係便是需要處理的一個重要問題，即時時刻刻都需要人文知識來補充，有時人文方面的知識和技能甚至佔主導地位——尤其是當醫學對患某些疾病的患者無能為力時。醫患關係作為醫學倫理學的核心，在此時表現出了它的核心地位，但卻錯過了最佳的理論學習的時機。

### (三) 教學方法上的不同

醫學是實踐性的，醫生在工作中會同時處理醫學問題和倫理學問題，這就決定了醫學倫理學的教育目的為了讓學生提高解決倫理學問題的意識和能力。要達到提高意識和知識水平的目的，可以通過理論教育和實踐教育（如案例教育）的方式；要達到解決倫理問題能力的目的，主要需要依靠案例教學才能達到。因為案例能讓學生接觸到第一手的原始資料，並通過文字或錄像資料使學生儘量能想像出事情發生的原始情境。

我國的道德教育傳統上過分注重理論教育說教，但理論教育若做得不恰當，便可能與“道德說教”劃等號。而且，我國的倫理學傳統中有“倫理與政治”密切結合的特點，表現為學生在學習之前會在心理對倫理學發生抵觸情緒。如果說教者的言行不一致，則更易造成負面影響。

我校的案例教學始於1992年，多年來一直作為常規教學方法，取得較好的結果。但不可否認的是，學生還會有“案例沒少分析，但真正沒覺得有什麼提高”的感覺。這裏有兩種可能，一是學生對自身的期望值過高，而事實上他已經進步很大了，但離他腦中期望的學完醫學倫理學之後應有的進步距離較大。二是教師的教學確實沒有使學生的解決問題的實踐能力得到提高。可能性較大的還是後一種。這種情況的原因主要還是我國普遍存在的案例教學方法的缺陷造成的。最苛刻地說，我國案例教學首先是為了對課堂上講解的理論內容的應用而設，有時僅起到事例的作用，這樣與案例教學的本質相去甚遠。

美國的案例教學是他們的傳統，不僅有經典的案例庫，而且在案例分析和學生的主動參與等方面有系統的體系。我國本身沒有這方面的深遠的傳統，加上教師尚不能具備充分的多學科的知識，短時期內很難達到案例教學本身所要求的

最高層次的水平。當然這對芝加哥大學的老師也是同樣的挑戰，但畢竟美方在此方面已經站在較高的起點上了。

如果說案例1說明了“倫理學的要求和現實的做法之間本來就存在差距，這不是倫理學本身的問題”，那麼通過對案例的分析和對學生的引導，使學生有正確的認識則是倫理學教師責無旁貸的事情。作為一名醫學倫理學教師，我確實存在很多困惑，因為教師要做好案例分析，需要同時具備多方面的條件：他需要是倫理學家、法學家和醫學家。但這樣的條件幾乎沒有人能達到。故此，對案例的選取、分析、引導、總結等多層次把握上我國的醫學倫理學教師還存在很多需要學習的地方。另外，即便這些條件具備，如果教師不瞭解你的學生，同樣不能有令人滿意的教學效果。醫學生所在的班級不同，即所在的教學醫院的風氣不同，對醫學生會產生不同的影響；醫學生所在的年級不同，即學生的角色在從學生角色向醫生角色轉化的進程也不同，這些都會對教學效果產生影響。

### (四) 泛法律化現狀

案例1中提到有法學界和衛生管理界人士參加討論，而且竟然多數得出醫院不負法律責任的結論，甚至在患者的健康權和生命權孰重孰輕的問題上爭執不下，不能不說明法律工作者有的已經囿於法律，而與道德失之交臂。

若從法律上講，本案例是否屬於拒絕急救處置呢？如果單憑醫務人員沒有停止搶救，就算進行了急救處置的話，那麼庸醫大可不必擔心了。如果醫務人員明知只有輸血才能救病人的命，但卻拒絕取家屬的血，死等血站的血，就應該看作拒絕急救處置！

從學生對案例1的分析和討論能感受到（當然從其他討論也同樣能感受到），至少半數的學生認為：只要醫療中的某種情況法律已經有了規定，我們倫理學就不用討論了，即

我國在許多領域存在著泛法律化現象。誠然，守法本身是一種道德要求，但倫理學要求的是遵守公正的法律。有些法律規定由於種種原因沒有站在充足的道德基石上，或由於時代和各種條件等的改變已經不符合當初制定法律的情形，需要有人提出來，對不適應時代的法律進行修改，這時候，道德的力量將會是至關重要的，這其實也是道德的一個社會功能，也是法律不斷修改的原因和動力之一。所以，案例1中醫院的做法即使在法律上沒有錯，但不是最佳的選擇，而這最佳的選擇是倫理學意義上的。

這同時說明了因為法律的不健全，影響到倫理的實現的社會現實。這是否是影響醫學生道德實現的一個原因？

### 三、醫學倫理學 在醫院中的實踐機制情況

案例2：一組醫學生，其中有兩名男生跟婦科老師出門診，但病人堅決不讓男生給她做婦科檢查，老師說：“他們給你檢查就是我給你檢查，你不讓他們查，我也不查”，結果這位病人走了。

#### (一) 我國部分法律要求醫療結構需要設置倫理委員會

如2001年8月1日起實行的《人類精子庫管理辦法》，其中第七條第二款關於申請設置人類精子庫的醫療機構應當符合的條件中有“設有醫學倫理委員會”。同時頒佈的《人類輔助生殖技術管理辦法》第六條中也有類似的規定。另外，1999年9月1日實行的《藥品臨床試驗管理規範(GCP)》，在第三章專門提到設立倫理委員會。芝加哥大學醫院和美國的其他醫院一樣都有倫理委員會，芝加哥大學有

兩個倫理委員會，一個是醫院倫理委員會，一個是機構審查委員會(IRB)。前者主要處理醫療領域中的倫理學問題，實體就設在臨床倫理中心；後者處理臨床試驗的倫理問題，中心中有教授是IRB中的委員。

#### (二) 對醫學生和醫生的醫學倫理學教育不同

在為醫生講授職業道德時，曾用案例2作為討論的一部分內容。這是醫學生見習期間發生的未做任何修飾的，相信在其他醫學院校中也同樣存在的案例。在進行案例討論時，我的問題是“此時，醫生怎樣做在道德上最佳？”，醫生幾乎一致地回答：“找別的病人”。記得當時我的頭腦中還停留在醫生應該如何變換一種方式或應該意識到醫生身上的雙重身份等一系列分析程序中，所以對他們的回答我一時沒聽懂。後來我意識到他們是在從自身的角色出發來考慮問題，而不是從倫理學角度分析，於是我知道如果在當時繼續分析這個案例的結果是造成我自己和學員之間的對立，不利於職業道德的教育，於是只好及時停止討論。這是典型的因為角色的不同，利益的不同而產生的看問題不同的表現。和醫學生不同，醫生已經不自覺地在分析和解決問題時從自身的利益出發，從方便自身出發而考慮問題，若此時我仍採用和醫學生討論問題的方式分析此案例，那不僅不是事倍功半的事，而且還可能會產生負面的結果。

案例2所反映的是國內外共同面臨的在校教育和在職教育的差別和銜接問題。這並非說明學生在校期間接受的醫學倫理學的理論有什麼不足，而是現實中確實存在醫學生在校期間的想法與工作後的想法之間有本質區別的問題。醫學生多能從患者的角度，從患者的權利和醫生的義務出發，按照醫生如何能尊重患者，同時儘量滿足醫學生的學習的邏輯思考此案例；而醫生所想的是如何儘快完成教學任務，沒有從

患者的角色考慮，也沒有想到對醫學生的“身教”，所以提出“找別的病人”為醫學生進行示教，多考慮自己工作的方便。

若苛刻地說，本案例還反映了另一個問題，即臨床的帶教老師把我們的好學生給“帶”壞了。但若從批評和自我批評的角度，我們不能不說，是我們的醫學倫理學教育沒能深入下去，沒能覆蓋到臨床的醫務人員中，尤其是非常關鍵的群體——帶教老師。

但如果醫院中能把醫學倫理學作為繼續教育的一個重要方面，將可能會縮小這種差距；如果能把這區別在醫學倫理學課堂上提出，也許可以通過對學生的提醒來減少一些在校和在職之間的強烈反差。

### (三) 直接和非直接接觸病人的醫務人員的倫理學意識不同

醫學倫理學不僅存在於醫患之間，而且也存在於門診和病房中那些不直接與病人有倫理關係的檢驗、藥劑和管理等科室。我曾跟實習生參加一次心血管方面的集體查房，討論的是從急診室轉來的病人患的是心肌炎還是擴張型心肌病的問題，其中病人兩次檢查（分別是急診室和病房）的室壁厚分別為9mm和7mm，從絕對值來看這差別是很大的，但病房的大夫不信急診室的檢查結果，而信病房自己的結果，從其討論中可看出許多大夫已經習慣性地考慮到其中的誤差。這樣做的結果，一是浪費了資源，二是沒有醫際間的溝通，三是沒有絕對的科學上的把握。事實上，這是很微妙的倫理學問題，因為做檢查（如此處的超聲心動）的醫務人員並未有任何主觀上違背醫學道德的地方，但病房大夫針對兩次結果較大的差別而單純地捨棄一個，以另一個做為診斷的依據之一的做法，就像一座大樓建在沙灘上，缺乏穩固的基礎。又如健康報1999年10月27日第7版刊載了來自全國的

病理工作者對解放軍總醫院病理科紀小龍教授的《我與細胞的“對話”》一文的共鳴，說明病理中的倫理學問題已漸引起人們的注意。一個病理報告經常得出相反的兩種結論的事實，無疑是進一步治療最大的障礙，但有時這並不是病理科的問題，因為一張片子所含的信息量與病程所處的不同時期、同一組織做切片時所切的不同方向和部位等均有密切關係，所以送檢醫師還應把病人的臨床體徵簡要傳遞過去，但現實中常發生因醫際間缺乏聯繫而延誤治療的情況。紀小龍教授的一句“病理能夠更好地為病人服務”真實體現了病理中的倫理學思想。

所以，不論是直接與患者打交道的醫生還是不直接打交道的其他醫務人員，其共同的目標是患者，出現問題時最好的解決方式是醫際之間的溝通，既符合科學，又遵守道德，將是比較完滿的結果。

### (四) 芝加哥大學臨床倫理中心和北京大學醫學倫理學教研室工作情況示意圖

首先看芝加哥大學臨床倫理中心和北京大學醫學部醫學倫理學教研室工作的簡圖。



### (五) 對兩校工作的分析和改進我國醫學倫理學教育現狀的可操作性建議

#### 1) 兩校工作的本質區別

從兩校的醫學倫理學機構的工作情況看，表面上看只有機構的區別，即芝加哥大學的臨床倫理中心設在醫院，是芝加哥大學生命科學學院醫學系中的一個部門，擔負醫學生的醫學倫理學教育工作、芝加哥大學醫院醫護人員的倫理學教育和為醫護人員和醫學生提供倫理學諮詢工作；北京大學的醫學倫理學教研室設在大學裏而非醫院，是社會科學和人文科學的教學部門，擔負在校醫學生的醫學倫理學和護理倫理學教育，以及電視大學衛生事業管理專業的醫學倫理學教學任務。

其實兩校的工作還有內在的區別，即人員的區別。芝加哥大學臨床倫理中心有 10 名左右的工作人員，其中三至四名醫生，一個律師，一個哲學家，一個社會學家，一個是諮詢人員（原是護士，通過參加 Fellow 的學習，取得倫理工作資格）等。中心有培養 fellow（可譯成學者）的項目，每年招 4-5 個臨床倫理方向的 fellow，畢業後可進行研究或指導醫療結構臨床的倫理問題。

芝加哥大學臨床倫理中心成立於 20 世紀 70 年代末，是美國最早的臨床倫理機構。除兩個專職的管理和辦公人員，其餘一般都是兼職，多數是在醫學系和生命科學學院附屬的醫院工作。北京大學醫學倫理學教研室成立於 1988 年，前身是 80 年代初的德育教研室。一般情況下專職醫學倫理學教師有三至四人，從 2003 年起有招收碩士生的項目，沒有 fellow 的項目。教師中有一個是醫生，其餘都是倫理學和哲學背景。有調查初步顯示，現今全國的四、五百名醫學倫理學教師中約五分之三是醫學背景，五分之二是教育學、倫理學、哲學、管理學等背景。

兩校最關鍵的區別在於所開展的活動。除了兩個學校都相同的為醫學生開設醫學倫理學課程之外，芝加哥大學比北京大學多了如下的活動：fellow 的暑期強化培訓課程、醫院日常的倫理學諮詢和教育（主要為治療師、護士、社會工作者和牧師等進行臨床倫理教育）和醫院倫理委員會。另外，中心的一個教授還是 IRB 的成員。醫院倫理委員會就設在臨床倫理中心，每周一次的案例討論是其精華。案例來源於 fellow 所在的醫院，一般每周討論兩個案例，最後給出建設性意見。參加案例討論的除臨床倫理中心的人員，還有 fellow、芝加哥大學醫院的醫生，少數的醫學生，護士參加得較少。而北京大學下屬的醫院還沒有醫院倫理委員會，附屬的醫院一般都設有 IRB，主要是為臨床藥理研究所需要，但 IRB 成員中沒有倫理學教研室成員。

2) 從北京大學的情況看我國的醫學倫理學教育需要改進之處和可操作性建議

#### ① 醫學倫理學教師本身要提高素質

關於醫學倫理學專職教師的知識背景一直是個有爭論的問題。由醫學背景的講授醫學倫理學因其瞭解臨床中的實際，被多數人認為這是首選的。但是醫生自覺不自覺地有保護醫生的傾向。人文背景的進行倫理分析時易站在患者角度或純中立的角度，不會有醫療保護主義的傾向，但最致命的在於易犯外行的錯誤，由於沒有真正深入進臨床而不易被學生信服，學生多數還是喜歡聽醫生講醫學倫理學。不管什麼背景的教師，都需要補自己缺乏的背景知識，人文背景的教師在補醫學課時不需要那麼精細，關鍵是要了解臨床情況，或者不恰當地說，補到能看懂或與醫生能交流即可，因為在醫學倫理學的案例教學中進行人文方面的分析和挖掘倫理學方面的內涵是更重要的。具有醫學背景之後再去補人文方面的課，看似容易，但容易浮在人文科學的表面，因較早地進入醫學思路而較難重新培養哲學思維方式。

## ② 把醫學倫理學教育作為系統工程

除了醫學生三年級的醫學倫理學課程外，在五年級生產實習時應增加幾次醫學倫理學課，一是使醫學生真正把倫理學知識應用到臨床中，二是使醫學生在畢業後還能保留較強的醫學倫理學意識。最好的做法是把醫學倫理學的學習和實踐分成三個階段，一是基礎階段的倫理學學習，二是見習階段的醫學倫理學學習，三是實習階段的醫學倫理學再討論。我校現已開始在醫學生的基礎學習階段開始普通倫理學課程。

## ③ 醫院要成立醫院倫理委員會

醫科大學應要求各附屬醫院成立醫院倫理委員會，並作為常規機構，吸收醫科大學倫理學教師參加委員會，即可為倫理學教師增加醫學倫理學實踐機會，也可為倫理委員會的工作把關。如何擴大到非附屬醫院。在醫院若能成立這樣的組織，並成為醫院的一個職能部門，其明顯的效果是：醫生在提高了倫理學意識的同時，也知道在不能處理時從何處尋求幫助。事實上，醫院倫理委員會的直觀好處是避免倫理問題的惡化而導致的法律上的糾紛，即倫理委員會的成員可使醫患糾紛軟著陸。

④ 定期或不定期的為臨床醫生開辦師資培訓班，主要培養帶教老師的醫學倫理學素質

從另一個角度分析案例2，關鍵問題是帶教老師的雙重身份。要知道，在患者眼中，帶教老師還是醫生，若能遵守患者利益至上的原則，此案例可能不會發生或發生後解決問題的方式和結果不會這樣差。醫學院校的醫學倫理學專職教師可通過定期或不定期地為教學醫院的臨床帶教醫生開設師資培訓班，目的是使兼醫生和教師雙重身份的帶教老師能更好地培養醫學生或實習醫生，因為是他們最能對醫學生產生直接的影響。事實上國外很多的醫學倫理學教師是由醫生兼職的，而且在教學醫院擔任固定的臨床倫理學帶教任務，我國可借鑒此做法。

## ⑤ 教師與醫生聯合進行課題研究

呼籲醫院和政府職能部門提供醫學倫理學研究課題和資金，客觀上可使醫學倫理學專職教師有機會去深入到臨床，也使臨床醫生主動反思醫學中的倫理學問題。

## ⑥ 醫學倫理學年會的利用

利用兩年一次的醫學倫理學年會，大量吸收臨床醫生參加，使他們對醫學倫理學產生興趣，通過聽取主題報告和討論問題，使醫生提高倫理學素質，並運用到臨床實際中去，成為真正解決臨床倫理學問題的醫學倫理學專家，即真正的醫學倫理學專家應該是醫生本身。

## ⑦ 建立醫學倫理學網站

隨著電腦使用的普及和社會交往的增加，可通過建立醫學倫理學網頁或網站的方法廣收案例、擴大教學人員與眾多臨床醫生接觸的機會、提出有代表性的案例並從網上得到臨床醫生對案例解決上的意見，然後分析總結出某些具有規律性的東西，使那些沒有參加師資培訓和醫學倫理學年會的臨床醫生也有機會提高倫理學素質。

參考文獻：

- 〈醫療機構是對是錯，患者家屬有理沒理〉，《北京青年報》，2000年9月19日第24版。
- 叢亞麗，〈案例分析：家屬可否鮮血救人〉，《醫學與哲學》，2001年第6期，第22卷，頁58-59。
- 劉欣，1998，〈高等教育跨世紀的走向—由過分注重專業教育向素質教育轉變〉，《高等教育》，中國人民大學複印報刊資料，7，頁19-21。
- E. Grey Dimond, M.D.：1994，〈醫學教育的新路——堪薩斯城醫學院21年的實踐〉，《醫學教育》，12，頁14-17。
- 紀小龍，〈我與細胞的“對話”〉，《健康報》，1999年10月27日第7版。