

知情同意與語境

王德彥

摘要

理解是實現知情同意的基礎，而理解與知情同意的語境學問題有密切關係。醫生常常抱怨病人聽不懂，病人也認為醫生的解釋過於術語化。問題就在於醫患雙方語境的差異。20世紀80年代對知情同意的研究已經開始從告訴病人什麼資訊轉向了怎樣告訴病人的研究。因此醫生除了關心病人敘述的意義之外，還需要關注以各種日常語言為中介與事實之間所建立的聯繫，注意語句的規範性以及正確把握雙方的語言意圖和目的。本文試圖對知情同意進行語義學、語形學和語用學的分析，以便從這三者統一上來透視和闡述知情同意的各種語境的規定性，以提高知情同意的可理解性。

【關鍵詞】知情同意 語境 語義學 語形學 語用學

知情同意作為溝通醫患關係的重要環節已得到醫學、法學及倫理學界的共識。知情同意的目的是為病人在充分理解的基礎上參與治療決定 (decision-making) 提供一種機制。

王德彥副教授，第二軍醫大學人文社會科學部副主任，兼任國家人類基因組南方研究中心社會、倫理和法律問題研究部副主任，200433

《中外醫學哲學》IV：2（2002年12月）：頁24-37。

©Copyright 2002 by Global Scholarly Publications.

但問題是實現知情同意的效果卻不盡人意，病人常常是難以達到真正的理解。不知情的同意是毫無價值的，而不理解的知情同意同樣也是不可能的。因此，理解就必然地成為實現知情同意的關鍵。

理解與知情同意的語境學問題有密切關係。知情同意的可理解性 (understandability) 和可讀性 (readability) 已受到人們的關注 (Grundner T.M., 1980; Kenneth J. Tarnowski, et al:1990)。20世紀80年代對知情同意的研究已經開始從告訴病人什麼資訊轉向了怎樣告訴病人的研究 (Gary R. Morrow, 1980)。本文試對知情同意原則進行語義學、語形學和語用學的分析，以便從語形、語義與語用的統一上來透視和闡述知情同意的各種語境的規定性。按照卡爾納普的說法：“如果在一種研究中明確地涉及說話者，或者用比較一般的辭彙來說，涉及語言的使用者，我們便把這種研究劃入語用學的領域。如果我們撇開語言的使用者，只分析語詞與其所指者，那我們便處於語義學的範圍。最後，如果我們把所指者也撇開，而僅僅研究語詞之間的關係，我們便處於邏輯的語形學的領域內。” (涂紀亮，1987) 對知情同意進行語義學、語形學和語用學方面的分析，目的是從醫患雙方的文化背景出發，探討如何使醫患雙方實現真正的相互理解。我知道，把知情同意與語境聯繫起來充其量只能算是一種嘗試，願這種嘗試能引出更深入的研究。

一、知情同意的語義學分析

知情同意的本質就是醫患雙方的資訊交流。這種交流的方式是，首先是醫生要把病人在日常語言 (主訴) 語境內一些事件 (snippets of life story, Brain Hurwitz, 2000) 的意義和指稱轉化為醫生的醫學語境中的意義與指稱，然後醫生再根據自己的判斷把他所理解的意義和指稱轉換到病人的日常

語言中去，以便病人能夠理解。知情同意的語義學分析意在克服醫患雙方不同語境下語義的差異，達到醫患雙方的相互理解。

(一) 醫學語言與日常語言

病人由於缺乏醫學知識，病人的主訴往往表現為日常語言，因此醫生除了關心病人敘述的意義之外，還必須關心以各種日常語言為中介與事實之間所建立的聯繫。醫學語義學就是從根本上超越個體的經驗視域，為醫患雙方的交流和理解提供說明。儘管病人的主訴是病人對病痛體驗的內心獨白，但醫學語言並不是一種單純的體驗性聯繫，而是經過醫學實踐檢驗的一種本質的聯繫。這種必然的本質的聯繫跨越兩種語境、兩種視域、兩種文本：醫生的語境與病人的語境。只有充分認識到醫患雙方語境的差異並能有效地相互轉換才能保證知情同意的順利實現。

知情同意要求病人理解醫生的解釋和說明，也要求醫生瞭解病人的敘述和意圖，因此醫生必須具備理解日常語言的能力。病人在主訴時常常使用日常語言，如心口痛，後腦勺、心慌等等。如果醫生不理解病人的日常語言，那麼他就無法做出正確的判斷。但是，當醫生需要向病人進行解釋和說明時又需要把醫學術語轉化為日常語言，如“肚子痛是什麼樣的感覺？”就不應該說“腹痛是什麼感覺”等。否則，醫生傳遞給病人的資訊，病人無法接受到，結果是醫患雙方的交流無法達到理解，知情同意留於形式。醫生的職業決定了醫生常常是生活在傾聽和敘述中：傾聽一個個的故事，解釋語句，觀察各種姿態，破解各種症狀，描述病因，提出治療建議等。醫生的敘述和交流技巧對實現知情同意的目標是至關重要的。

醫學語言主要包括各種疾病的名稱，治療疾病所用的藥物和器械的名稱，以及基礎醫學、臨床醫學、預防醫學等方面的專業辭彙和術語等。特別是進入電子資訊時代，自然科

學門類越來越多，電子電腦、生物醫學工程等新興技術與醫學的結合，使診療手段和醫學理論發生了巨大變化。基因工程、CT、MRI、 γ 刀等，這些新詞語的出現為病人對醫學的理解設置了困難。把醫學語言轉化為日常語言已經成為臨床醫生的一個新任務。我們必須認識到，讓病人理解與告知病人病情是同樣重要的，因此，醫生在日常的診療過程中還必須擔負著教育病人的責任（Kenneth V. Iserson, 2001）。

(二) 醫學文本的本體論意義

醫學文本不僅僅是停留在語言層面上，它還具有更加重要的本體論意義。儘管病人的主訴都是一個個的故事碎片（snippets, Brain Hurwitz, 2000），甚至沒有任何的邏輯聯繫，但醫生卻要對此進行加工和建構，以恢復其文本或敘述的本體論意義。這正如日常語言學派所認為的那樣，日常語言決不是應被拋棄的浮面物，而是我們的研究物件本身，也就是我們所依賴的標準。

儘管醫患雙方可能對同一個事件有不同的描述和敘述，醫患雙方可能使用不同的語言，但事件本身是一致的。這就如同同一張X線片，不同醫生可能會有不同的解讀一樣。我們甚至可以說，知情同意就是要在克服雙方語義差異的基礎上達到相互理解，而不是各說各的。知情同意一定要實現醫患雙方在本體論上的一致，對預期的表述應該是醫患雙方能夠共同理解的，無論醫患雙方之間的敘述和語義有多大的差異。本體論上的理解不僅僅是停留在認識論層面，更重要的是必須形成對疾病的預期，以便於實現在本體論層面上的糾正和恢復。

醫學文本是一個開放的系統。在時間和空間上都是如此。從時間上看，醫學文本本質上是一個歷史性的。醫生必須解釋病人的過去、現在與將來。醫生在對疾病進行預期時，總是要把對未來的希冀投射到歷史事實上去。從空間上看，醫學文本是一個與實踐緊密聯繫的系統。當我們在理解

醫學文本時，總是在完成某種籌畫。我們不能把對疾病的認識僅僅作為醫學文本來對待，我們認識醫學文本的目的在於去恢復生命的正常狀態。這樣，知情同意就具有了實踐意義。

(三) 知情同意與文化背景

醫患雙方在貫徹知情同意原則時都必須考慮到對方的文化差異、語義的區別以及對症狀的不同理解。這種對醫學事件理解的差異是貫徹知情同意原則的一個障礙。醫生必須學會在不同語境下的交流和對話。當代醫學的新成就，使醫療技術的應用大大超過了傳統醫學單純治療的範圍，醫學應當做什麼和應當怎麼做都應該從社會、道德、文化等方面來考慮才能做出合理的判斷，單純技術的考慮是無法實現知情同意原則的。我們應該從文化入手來探討知情同意的實踐問題，因為“醫生的解釋和活動及病人的解釋和活動都具有文化的特徵(culture-specific)”(Arthur Kleinman et al, 1978)。通常我們對醫學的理解過於簡單化、實用化，結果使醫學成了一門生硬的、缺少激情的純自然的科學。我們不應該把醫學作為一種與我們的文化無關的工具來發展，醫學應該是也必須是人性化的，而不能只見其實用性。充分認識醫學的文化意蘊可以使我們的眼光超越出實用主義的籬柵，在醫患交流中尋找到醫學的真諦。如果醫患雙方的交流忽略了對方的文化背景，就難以真正實現知情同意的目標。

醫生文本是一個帶有主觀色彩的文本。病人的“故事”(story)帶有病人的主觀體驗，醫生的說明(description)帶有醫生對病症的理解和判斷。因此，醫生要認真傾聽病人的“故事”，病人應能夠理解醫生所做的說明。但由於病人與醫生明顯地存在著語境的不同，經歷不同，學識不同，對疾病的體驗的不同，因此需要醫生在與病人的交流中關注病人對某“詞語”可能產生的不同理解。如對“禁食”的理解，醫生要求病人在手術前“禁食”，目的是避免手術麻醉時發

生嘔吐，防止嘔吐物誤入氣管引起窒息。但病人卻可能理解為不能吃飯但可以吃水果。這就是醫生和病人對“禁食”一詞的不同理解。如果醫患雙方出現理解上差異，從輕處說是沒有實現知情同意原則，嚴重者有可能導致對簿公堂。這正如 Mark Kuezewski 和 Patrick J. Mccruden 所說“知情同意是一個談話過程，傾聽病人的述說要求(醫生)具有一定的文化方面的知識，談話的規範常常是文化性的和帶有其他因素諸如性別這樣的色彩。”(Mark Kuezewski and Patrick J. Mccruden, 2001)。可見，知情同意決不是僅僅在醫院或診所內進行的，它已延伸到一個更廣泛的視域。醫生在解釋和說明的過程中，應時刻注意從病人的文化背景、民族習慣、宗教信仰等出發。醫患交流的每一個句子都是語境化了的，都包含著歷史的、社會的、文化的因素，因此需要醫生進行再語境化，以實現雙方的相互理解。

二、知情同意的語形學分析

語形學主要是探討句法的規範性問題。醫生在書寫醫學文本或與病人進行資訊交流時，有時會不自覺地使用一些複雜的句子，導致病人理解上的困難。由於醫生在醫患交流中佔主導地位，醫生在解釋和說明病症時一定要注意所用語句的簡練、清晰、顯淺、明瞭。

(一) 句法的規範性

在醫患交流中，醫生除了在口語表達時注意顯淺明瞭外，在知情同意檔的書寫方面還應注意以下句法的規範性問題：(1)所使用的詞語應是病人所熟悉的，任何科學的、醫學的、法律的辭彙都應該做出清晰的界定；(2)辭彙和術語應前後一致；(3)句子要短小、簡練和直接；(4)長句子應限定在10個字以內；(5)段落要短，每段一個觀點；

(6) 儘量使用主動語態；(7) 人稱代詞的使用要明確個人身份；一般使用第二人稱，這樣可以用談話的方式記錄知情同意書。(8) 觀點之間要有邏輯性(符合病人理解的邏輯)；要使用容易讀的字體，最好不要小於五號字；(9) 要做可讀性分析以確定閱讀水平；(10) 避免使用簡寫字和首字母縮略詞(Acronyms)，避免使用筆劃過多的字(在英語中一般不要超過3個音節(syllables) NCI, 1998)，避免使用開脫責任的語言(exculpatory language)。

這種句法的規範性與交流過程中語義的多變性和靈活性似乎存在矛盾，其實不然。知情同意書的書寫應規範，而交談則是更靈活，更具多樣性。對知情同意檔句法的規範性要求，就是要尋找一種可操作的對實現知情同意有重要意義的表達形式。

知情同意檔不應寫的太長，因為有研究表明理解的程度與知情同意檔的長度成反比(Jane H. Bergler, 1980)。醫生要時刻認識到，知情同意的物件是病人而不是專業人員，知情同意書的閱讀水平以普通病人為標準。如果病人不能全面準確地理解相關資訊，知情同意就只能是流於形式。

(二) 語言與物件

由於技術的“壟斷性”，醫生使自己在與患者的交流中處於主導地位。因此，在知情同意檔的書寫中醫生就要特別注意語言使用的針對性。由於病人所處的階層、職業、身份、城鄉、文化程度、習慣和關係親疏等社會屬性的不同，醫生應根據病人的不同智力水平和文化背景而採取相應的交談方式，儘可能地用簡單顯淺的解釋，讓病人充分理解醫生為他們提供的病情資料。同時，醫生還可提供一些印刷資料和書面說明材料，對於慢性病人還應安排有教育性內容的談話。

中國幅員遼闊，人口眾多，方言情況複雜。醫生一般需以普通話為主，而且要力求把普通話的話音講準，講清。

只有這樣才能使來自四面八方的病人都能聽明白，並能迅速地理解醫生的意思。對於聽不懂普通話而又不識漢字的病人，需要有翻譯者來溝通醫患雙方的交流，因為書寫的譯文只是保證知情同意實現的一部分。適當的知情同意書補充材料，如示意圖等對於個別病人也是有幫助的。針對視力弱者的知情同意書，字體應在4號以上，最好是黑體字。許多知情同意書都會用許多筆墨描述併發症問題，甚至有的醫生把知情同意書等同為併發症的通知書。這是錯誤的。併發症的描寫要求通俗易懂，避免使用縮寫詞(Ralph J. Alfidi, 1971)。

漢語的語形學問題是非常複雜的。我國有50多個民族，城鄉文化水平又存在很大的差別。醫患雙方進行知情同意的交流以什麼為標準？筆者認為，無論是醫患交流還是知情同意書的書寫，一般應以九年制義務教育水平為標準較為合適。中國2001年進行的第五次人口普查表明，在總人口中，初中、小學、和文盲所佔的比例還是相當大的。目前，中國基礎教育實行的是九年制義務教育，它必然要求我們的醫生在貫徹知情同意原則時以此為標準。超過此標準的語言多數人將難以理解。當然，在文化水平較高的地區，則不應限制在九年級的水平。最好的辦法是每一項治療或試驗都應有幾種版本的知情同意書，以便根據不同的人群進行“裁制”(tailor)。

(三) 圖表與理解

對於一些不識字的病人我們還可以使用一些圖像資料。為了加深理解，知情同意書可以借助與一些圖形以便向病人解釋。使用圖表的目的在於容易理解，使用圖表時應注意圖表與說明儘量集中，圖表儘可能地簡潔，每一個圖都應帶有說明性的文字，而且必須直接對應一條資訊。必要時還可以使用錄影資料等。作對比說明時可使用一些表格，但不應使用太多，因為對表格的理解還需要一定的抽象思維能力。

目前，很多醫生還沒有認識到圖表在知情同意和醫患交流中作用，因此也很少在知情同意書中使用圖表。其實，圖表是文字說明的重要補充，它對於文化水平比較低的病人更是容易理解，如手術的部位，病灶的大小等用示意圖說明一目了然。當然，這對醫生將提出更高的要求。但如果把知情同意作為自己工作的一部分的話，那麼，圖表的繪製也應該是醫生所必備的技能之一。

總之，醫患雙方都需要提高交流技巧。一個好的交流技巧可以提高理解的程度，減少醫療事故的發生，增加病人的滿意度，改善醫療質量 (malpractice, Editorial, 1994)。那麼，怎樣才能提高醫患雙方的交流技巧、實現知情同意的目標呢？從病人方面來說，內地目前的全民文化水平還不是很高，許多人對一些生命科學和醫學的基本術語還不可能完全地理解。只有全面提高全民族科學文化水平，才能使知情同意原則真正得到落實。從醫生方面來說，醫生的交流技巧可以通過教育和實踐來改善。但在目前的醫學教育中，尤其是在醫學倫理學的教育中，對知情同意原則的教育重視得還不夠，甚至於一些醫學院的學生都根本沒聽說過知情同意這個詞。可見有關知情同意和交流技巧方面的教育還是任重而道遠的。

三、知情同意的語用學分析

語言與人們的生活方式密切相關，生活方式的多樣性決定了語言用法的多樣性。詞的意義在於其社會應用，因此我們必須從人們的社會交際中研究語言的不同意義。在醫患交流的過程中，醫患雙方正確把握對方的語言意圖和目的是非常重要的。

(一) 醫患雙方對知情同意的不同理解

醫患雙方站在各自不同的立場，對知情同意可能有不同

的認識。醫生可能會認為，知情同意主要是用來依法保護醫生的一種形式。其實，知情同意的目的是想通過提供相關的知識和資訊來保護病人，使他們瞭解自己在試驗或治療過程中的權利，幫助他們做出知情選擇：同意或拒絕。病人可能會認為，醫生最瞭解治療情況，他們會告訴病人是否應該參加治療。其實，醫生僅僅是資訊的提供者，是否參加治療的選擇必須由病人自己來做決定。任何一個醫生都不能預期治療的結果肯定能成功。病人還會認為，一旦在知情同意書上簽了字，就必須參加其治療或試驗。這也是錯誤的。即使受試者或病人在知情同意書上簽了字，病人或受試者也仍有拒絕參加甚至退出試驗或治療的自由。有的病人會認為，醫生或專家都很忙，我不應該要求他們為我提供所有資訊或者傾聽我一個人的所有問題。其實，醫生有責任向病人解釋，並使病人能理解提供給他們的資訊，耐心地回答他們所提出的各種問題。知情同意中應寫明在整個過程中，病人如果有問題，可以聯繫的人員姓名和電話號碼等。有的醫生認為，知情同意只是試驗者的事，與臨床治療無關。其實，由於人類固有的個體差異性，任何治療都是試驗性的，因此知情同意對每一次治療都是必需的。知情同意要求醫生必須適應以合作或談判方式而不能以家長式的作風與病人交流。病人和醫生都必須試圖理解相互之間的文化差異，雙方都必須能夠敘述各自的目的和對治療的期望。只有把知情同意原則放在更廣泛的文化背景下來認識，才能真正地理解到它的真諦。

(二) 解釋及其意義

目前，醫患關係訴諸法律的事件日益增多，其中一個不能否認的原因是醫生的解釋和說明不清，沒有真正實現在理解基礎上的知情同意。

從法律的角度來看，用手觸摸他人肌膚、用針刺入肌膚注入藥物、用銳利的刀切開身體取出組織、用藥物使人陷入昏睡，用放射線超聲波照射人體、甚至刨根問底地打聽出個

人隱私等行為的實施，如果專以其本身為目的，或專以危害他人為目的，便是明顯的犯罪行為。在臨床上，醫生每天反覆大量地實施的就是具有上述風險的行為。可以說，醫生的每一個具體的醫療行為都具有侵犯他人心理或身體生理的違法的“侵襲性”。但是由於這些醫療行為被正確實施，病人得以康復，所以一般說來醫療行為有具有“救命性”。臨床上，病人就是懷著救命的期待委身於醫生。

但是，是否因為醫療行為的“救命性”，就可以將某些個別“違法性”的“侵襲性”的醫療行為都被排除了呢？法律的回答是否定的。換句話說，就是在充滿個性的每一個具體的醫患關係中，單獨醫療行為一般不具有抽象的恒常的合法性。也就是說，每一個醫療行為只有在得到具體的患者做出有效承諾以後，醫療行為才開始具有合法性。為了使患者的承諾具有真正的意義，就有必要使患者對其所承諾的醫療行為有真正的理解。病人在充分知情的基礎上所做出的“同意”才是有效的承諾。因此，知情同意就具有了回避危險的作用和意義。

醫生在向病人解釋病情時，一定要句句是實，字字在理，要從醫學科學的角度講清治療的利弊得失。對於較為重大的手術或檢查，要有充分的依據證明採取其措施的必要性。當病人發生意外情況時，應立即通告病人或家屬，告知的內容必須準確無誤，不能用“可能”、“也許”、“大概”之類的模糊詞語。對於有關患病時間、腫塊大小及部位等情況都應詳細具體、明確無誤地向病人或家屬說清。醫生必須時刻記住：知情同意原則的貫徹是預防事故的重要因素。醫生常常認為，一個醫學的決定只要是為病人好，就不必獲得病人的同意；或者認為病人根本聽不懂，對病人的解釋是浪費時間。這些認識不僅有背於知情同意原則，更重要的是醫生把自己推到了“侵襲性”的邊緣。

我們常說醫生要“待病人如親人”、“病人如兄弟姐妹”。按照《現代漢語詞典》的解釋，親人指“直系親屬或

配偶”。因此，醫生不是病人的親人，不具有LAR資格（Legal Authority Representative）。這裡我們犯了一個錯誤，就是只看到病人與醫生的一致性，而忽略了病人與醫生的差別性。這樣，在醫學決定中，醫生就往往容易犯越俎代庖的錯誤。在醫學決定中，醫生的責任是說明和解釋，讓病人充分地理解，在此基礎上由病人自主決定。

(三) 醫生在知情同意原則下的主動性問題

從病人的角度講，知情同意包括兩個基本的含義：充分的知情和自主決定。值得注意的是，如果過分強調病人的自主決定，有可能會造成醫生的主動性的喪失。尤其是當醫生和病人之間存在不同的觀點時，醫生有可能會犧牲控制疾病的能力和主動的勸說，會把決定（decision making）當作是一個與己無關的事件。醫生的責任只是為病人提供有關治療的資訊，然後由病人自己決定是否接受治療。強調資訊的完整性和準確性是為了滿足病人充分理解的要求，但它卻忽略了醫生積極保護病人的責任。有人（Timothy E. Quill, 1996）提出了一個“強化自主”模式（“Enhanced autonomy” model），鼓勵病人與醫生、試驗者與受試者之間積極進行交流，共同分擔義務和責任。當受試者和病人面臨一系列醫學決定時，不可避免地要受到試驗者和醫生或多或少的影響。如果我們忽略在知情同意觀念中醫生的責任，而只關心法律對病人和受試者的保護，那麼知情同意就難以達到它應有的效果和質量。同樣，如果認為醫生的決定就是病人所希望的，那麼，知情同意的本質就發生了相反的變化。因此，我認為應建立一個對病人和受試者持續關懷以及病人和受試者積極參與的機制，以保證醫生和研究人員適應以合作或談判方式而不能以家長式的作風與病人和受試者交流。病人和醫生、受試者與試驗者，雙方都必須能夠敘述各自的目的和對治療或試驗的期望，都必須試圖理解相互之間的文化差異。醫生和試驗者既不可越俎代庖，也不可游離於

自主決定之外。這樣才有可能既可以保證病人或受試者的自主決定，同時也保證試驗者或醫生的積極參與，使知情同意真正成為醫治（therapy）醫患關係的有效手段（Charles W. Lidz et al: 1988）。

參考文獻

- 涂紀亮：1987，《分析哲學及其在美國的發展》，中國社會科學出版社，頁268。
- Alfidi, Ralph J.: 1971, "Informed consent, a study of patient reaction." *JAMA*, pp.216-1325.
- Bergler, Jane H.: 1980, "Informed consent: How much does the patient understand?" *Clin. Pharmacol. Ther.*, 27:438.
- Editorial: 1994, "Physician-patient communication—A key to malpractice prevention." *JAMA*, 272:1620.
- Grundner T.M.:1980, "On readability of surgical consent forms." *The New England Journal of Medicine*,302:900
- Hurwitz,B.: 2000, "Narrative and practice of medicine." *The Lancet*, 356:2086.
- Iseron, Kenneth V.: 2001, "The (partially) educated patient: a new paradigm." *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 10:154.
- Kleinman, Arthur et al: 1978, "Culture, illness, and care, clinical lessons from anthropological cross-cultural research." *Annals of Internal Medicine*, Vol. 88, 251.
- Kuezewski, M., Patrick J. McCrudden: 2001, "Informed consent: it take a village? The problem of culture and truth telling." *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 10:46.
- Lidz ,Charles W. et al: 1988, "Two models Implementing Informed Consent." *Arch.Intern.Med.*,148:1385.
- Morrow , Gary R.: 1980, "How Readable Are Subject Consent Forms?" *JAMA*, 244,58.
- National Cancer Institute (NCI): "A guide to understanding informed consent." at <http://cancertrials.nci.nih/understanding/indepth/protections/consent/index.html>
- Quill, Timothy E., Howard Brody: 1996, "Physician Recommendations and Patient Autonomy: Finding a Balance between Physician Power and Patient Choice." *Annals of Internal Medicine*, 125 : 763.
- Tarnowski, K. J., et al: 1990, "Readability of pediatric biomedical research informed consent forms." *Peditrics*, 85:58.