

醫政雙棲的學思歷程 跨出去，才發現沒有界線

◎文 / 醫學系 103 級 廖偉翔

《成大醫訊》的主編楊朝鈞醫師向我邀稿時，我心裡的第一個念頭是：「我有什麼可以寫的嗎？」但仔細想來，既然機會難得，那就更要把握。我開始思考，有什麼是我獨特的地方可供分享的，畢竟如果是大家都心知肚明的事情，那麼也就沒有贅述的必要。於是 I 想起了一段對話。

記得大學二年級時，我決定修輔系政治系。向註冊組提出輔系申請，承辦人員說：「醫學系沒有人人在修雙主修輔系的啦！你一定修不完的，到時候又要來找我辦放棄！」我只簡短回應：「所以我不能申請嗎？」當時並沒有多說什麼，但我確實感受到了這間學校寬廣明亮的校園之內，更有著幽微且仍未散去的陳舊觀念與保守主義。

雖說我的起點是政治學，探討的是不同社會價值的折衝樽俎與制度實踐，然而在數年醫學院和社科院雙棲，嘗試投入學術和社會參與，乃至於臨床實習的過程中，我深刻體會到，更廣泛的社會科學視野，如社會學、人類學、法學、經濟學、政策研究等，這些普遍被認為是「用不上」的人文社會學科，其實正是醫學院的阿基里斯腱（Achilles tendon），是我們最亟需重視的領域。

譬如先前身兼立法委員的醫師公會全聯

會蘇清泉理事長，攪亂了醫界的一池春水，眾人才驚覺，理事長的選舉居然距離我們的日常生活如此遙遠。連立法委員蔡正元都可望進入罷免投票了，民間團體的全聯會蘇清泉理事長，會員居然沒辦法發揮實質監督的效果。於是醫界內部的民主，才成為討論的話題，然而綜觀身旁友人、師長或醫師網友的評論，卻充滿力有未逮之感。如果說，我們都能在醫學院時期有機會接觸多一點不同的政治思潮和民主運動史，往後接觸到類似的情況，或許才有可能做出相應的舉措，以防患未然。

我曾投書《蘋果日報》，標題為〈醫界真正需要的是社會科學〉，談醫學和其他專業之間應保持平等而合作的關係。該文刊出後，賴其萬教授來成大授課時，也特別找我午餐，至今我們依然保持連繫，並對醫學教育等議題交換意見。而早在 19 世紀，白血病（leukemia）的發現者，德國病理學家、社會醫學之父 Rudolf Virchow 曾說：「醫學是一門社會科學，政治只不過是大規模的醫學。」此言甚是，畢竟醫療制度、健康不平等、社經地位…等等，在在影響人們的健康表現，而政治和這些因子有密不可分的關係。如此說來，醫師關心政治，似乎也該是

理所當然的事。

但同時在醫學院內，我也發現一些有意思的現象。眾人普遍對於傑出校友台南市賴市長投身政壇給予高度肯定，而新任台北市長柯 P 也在各大醫院和醫學院颳起一陣旋風，然而一旦討論到關於醫療政策、甚至是校內、院內的政策改革，「小蝦米難以對抗大鯨魚」、「沒有用啦」…諸如此類的消極看法便占大多數。同樣是公共事務，只要是參與「大政治」的，我們就說是「上醫醫國」，然而換成身邊的公共事務，這種「小政治」，眾人就唯恐避之不及。我們又要如何理解這樣的認知失調？

其實，造成認知失調的原因，絕非無跡可尋。美國 Duke 大學的醫師，同時也是行為科學家的 Peter A. Ubel，在其著作《生命的關鍵決定（Critical Decisions）》中提及，「……它勾起我在醫學院一、二年級的痛苦回憶。當時我得背誦一大堆解剖學名詞，但是我接手看診後，這些名詞幾乎完全派不上用場。……盡告訴我無關緊要的事，關於臨床看診的教導卻少之又少。我們的確花了幾天學習如何和病人交談，但內容幾乎都是以『如何做病歷』為主——如何透過提問來診斷病人的疾病。但是，從沒有人跟我提到如何評估病人的心理狀態，或是判斷病人有沒有聽懂。」

同樣地，我們學習「純醫學」知識的機會充足，但對於醫學相關的社會科學，卻很少有人提及。也難怪在「純醫學」和「醫學

以外」兩者間，有一條難以跨越的楚河漢界了。聰明如你我一定明白，這兩者間怎麼可能毫無關連；而更貼切的說法是，我們必須承認，其實這兩者間的界線根本難以畫分，只是自己並不清楚該怎麼把這些事物連結起來罷了。也難怪碰上切身的「小政治」，眾人就不免敬而遠之了。

在此，我想要提出兩位成功連結社會科學與臨床執業的典範醫師，供各位參酌。（許多人可能會想到 Dr. Paul Farmer，但他太有名了，可以直接參考《愛無國界》這本書，我自己也深受影響。）

第一位是 Dr. Howard Waitzkin，他在 Harvard 大學修習醫學學位的同時，也拿了社會學的博士學位。Dr. Waitzkin 的著作主要關注於健康政策的跨國比較、臨床醫療的社會心理議題，以及不同的社會條件如何導致疾病、不必要的痛苦與死亡等等。Dr. Waitzkin 目前擔任 University of New Mexico 社會學系的特聘教授，同時也在新墨西哥北方的鄉村地區擔任第一線的內科執業醫師。Dr. Waitzkin 以跨國健康政策比較的專業，指出全球化和自由化浪潮之下對醫療和公共衛生產生的威脅，並提出可能的解決方案。

第二位是 Dr. Seth M. Holmes，他在 UCSF 修習醫學學位的同時，在 UC Berkeley 拿到醫療人類學的博士學位。Dr. Holmes 研究的主要興趣是社會階層、健康不平等、移民、全球衛生的批判研究和民族誌等等。Dr. Holmes 目前是 UC Berkeley 公共衛生研

究所的助理教授，同時也在 Berkeley 執業，是一名內科醫師。Dr. Holmes 發揮自身醫學專業，當其研究對象，非法移民至美國工作的墨西哥農民因工作受傷需要醫療時，把農民們帶到職業傷病的鑑定所，使有關當局不得不正視非法移民的健康權。而這是以往沒有人做過的。

以上寥寥數言，從我的個人經驗談起，到近來的熱門話題，最後再提出兩位結合臨床醫學和社會實踐的醫師做為典範，不但呼應成大醫學院創院院長黃崑巖對 role model 的重視，也試圖說明，身處白色巨塔內的人們，也絕對有能力對寬廣的世界保持開放的心胸。如果有機會補充先前的投書，我會說，醫界真正需要的除了社會科學，還有開放的心。

文章末了，寫這篇文章時，是實習的下班回家以後的事了。回想起我在醫院內聽到數不盡的大小抱怨，這些大多都遠不只是個人問題，而是制度和政策的問題。然而，我們目前還沒有足夠的能力來解決結構性的問題，甚至也無法直視這些制度層次的問題。所以，我們更需要社會科學的幫助，來試圖理解這個複雜而多變化的世界，進步和變革才有可能成真。回首去年的 11 月 12 日醫師節，自己曾這麼寫道：「想像有那麼一天，我們的抱怨，能夠變成改革的動力，那會是什麼樣子呢？」我不禁開始期待了起來。