

# 也談核能政策：醫者心聲與理性討論的四步驟

文 / 陳進明

林口長庚醫院急診醫學科

身在醫界，我常想：我們每天在病房裡練習的一套方法，是否也能用來照顧這個社會？面對核能政策等公共議題，一如診間的複雜病情，最怕的不是意見相左，而是情緒先到、事實缺席；不是觀點不同，而是斷章取義。當社會的脈搏加快、呼吸急促時，醫者的本能是先穩住生命徵象，再釐清真正的病因。我也想把這份習慣，帶到公共討論中。

達爾文提醒我們：在瞬息萬變的環境裡，多樣性讓群體更能存活。對社會來說，多元意見與理性對話，是我們共同的免疫系統。相反地，單一聲音看似整齊，卻像脆弱的單一路徑，一旦受阻便全線跳電。若我們願意慢一秒、看深一層，也許就能少一點恐懼，多一分理解。

## 理性討論四步驟：像做一次臨床會診

**第一步：先說出「完整的事實」，至少不是斷章取義的事實。**

臨床診斷時，我們不會只看單一數值，而是把時間、情境、檢驗方法、可能的誤差一併交代清楚；公共討論的「事實」也要有同樣的誠實與脈絡。

**第二步：說出你的解讀。**

就像讀影像片，醫師必須說明自己看到什麼，以及是基於哪些假設、價值與基準。

**第三步：提出你的想法或解方。**

不只批評，更要給出可操作的選項。

**第四步：說明你的理由。**

最好能交代成本、受益者、風險、時間表、替代方案與可被檢驗的指標，並誠實說明限制與

不確定性。

**以核能政策為例(示意一個討論的格式，而非下結論)：**

事實(避免斷章取義)：我們討論的不只是「核能安全」，還包含電力穩定、碳排、成本、電網韌性、廢料去向、地震與海嘯風險、保險與監管能力、與再生能源與儲能的互補關係等；且不同國家的地理、人口密度、產業結構不同，不能任意比附。

我的解讀：在高用電成長與減碳壓力並存的現實裡，任何能源都不是零風險；關鍵是「整體風險如何被分攤與治理」，以及「在地條件是否足以支撐」。

我的解方(作為示例)：

1. 不以單一能源定生死，採「組合拳」：再生能源+需求管理+儲能+電網強化+明確的核廢料路徑(若採用核能)。
2. 所有選項都設「安全閥」：清楚的退場條件、異常指標與獨立監督。
3. 把外部成本明確內部化：保險機制、廢料處置基金、區域風險補償。

理由：組合式策略能避免單點失效；安全閥機制提升可逆性，降低「押錯邊」的社會代價；而外部成本內部化，能讓不同方案在公平基準上比較，並鼓勵技術精進與風險誠實揭露。

## 四個常見的人性影響力：情緒、歸屬感、社會氛圍、部落效應

臨床上，我們尊重情緒，卻不讓情緒單獨開藥；我們理解歸屬，卻不讓歸屬取代證據；我們

觀察氛圍，卻不被氛圍操縱；我們接納群體本能，卻不讓部落取代人性。以下以「例如」的方式，放進日常場景。

### 1. 情緒：請先安放，再判斷

- 例如，在一場能源論壇上，講者的一句玩笑被截取成短片，引發怒火，許多人在還沒看完全文之前就決定立場。
- 例如，社群流傳某張災難照片，配上驚悚文字，很多人先被恐懼震懾住，後來才知道那張照片與本議題無關。
- 例如，家人晚餐討論電力議題，語氣愈來愈高，最後誰都聽不進去，原本可以互補的觀點，消失在情緒的浪潮裡。

醫者建議：跟心悸病人一樣，先慢呼吸、再量脈搏。回到原始資料看「全貌」，問自己：我為何憤怒或不安？我是否只看見了最刺耳的一角？

### 2. 歸屬感：換位思考，讓討論長出橋

- 例如，電廠員工擔心生計，容易偏向維持既有設施；環保團體以守護世代為志，天然更警覺於極端風險。
- 例如，學生認同某位師長或社團，不自覺就把師長的立場當作自己的，少了獨立閱讀與比對。
- 例如，醫界內部也會受次專科背景影響：放射相關科別對風險可控性較有信心，社區醫師因貼近居民憂慮而更敏感。

醫者建議：臨床討論困難病案時，我們最怕的是「只聽自己科的聲音」。公共議題亦然。練習用對方的語言，重述一次他的擔心與渴望，彼此才有機會從防衛走向合作。

### 3. 社會氛圍：當風太大，請加個錨

- 例如，選舉期間，能源議題常被包裝成陣營對決的口號，討論從「怎麼做最好」變成「你挺誰」。
- 例如，某段時間媒體幾乎只放大災難畫面，「恐懼」成了唯一主旋律。
- 例如，疫情之後，大眾安全感變得稀缺，對任何「低機率高衝擊」的風險特別敏感，進而影響對各種技術的接受度。

醫者建議：像固定動脈導管一樣，先設定錨

點：討論的時間範圍、比較基準、衡量指標、可接受的風險上限。當氛圍來襲，有錨點就不易被吹離航道。

### 4. 部落效應：別讓同溫層變成高牆

- 例如，社群裡支持與反對的群組各自分享同溫內容，演算法讓大家覺得「全世界都和我一樣」，對異議愈來愈沒有耐心。
- 例如，地方討論常滑向地理分裂：這區的利益由那區承擔，換來的是被標籤與不信任。
- 例如，旅外與在地經驗者在評估國際做法時各有盲點：一方容易忽略本土條件，一方容易忽略世界趨勢。

醫者建議：把「我們」的圈子劃大一點：我們是同一個城市的居民、同一個社會的同行者。當彼此被放回同一張病人安全地圖上，合作才有空間。

## 把四步驟落地：從「會說」到「會做」

為了讓討論不只好聽、更可行，可以做幾件小事：

#### 1. 資料前置清單(對應第一步：事實)

- 明確定義名詞(例如：基載、尖載、容量因數、全生命週期碳排)。
- 標示時間與空間範圍(哪個年份、哪個地區)。
- 說明資料來源與侷限(估算方法、誤差、未涵蓋的外部性)。

#### 2. 解讀透明卡(對應第二步：解讀)

- 我採用的比較基準是什麼？(安全、成本、韌性、環保、在地就業等的權重)
- 有哪些價值前提？(例如「不可接受的風險門檻」)
- 若資料相互矛盾，我如何取捨？

#### 3. 解方選單(對應第三步：想法/方案)

- A 方案、B 方案、組合方案；各自對電力穩定、減碳、成本、運轉彈性有何影響。
- 以「里程碑」方式呈現：短中長期各要完成什麼。

#### 4. 理由與可檢驗性(對應第四步：理由)

- 說清楚成本與風險如何分攤(誰付、何時付、付到哪裡)。
- 設定客觀檢核點(例如：事故通報指標、停機

門檻、備援容量下限)。

- 設「退場／修正條件」：如果三個指標在兩個評估期內持續不達標，應啟動調整。

這些做法看起來繁瑣，卻像是臨床路徑 (clinical pathway)：把複雜事拆成可操作的步驟，減少爭執中的資訊落差與價值誤讀。

### 把人放回中心：情緒與信任的照護

《The Spirit Level》提醒我們：恐懼越少、不平等越低的社會，更能讓人身心安穩。公共討論也是一種「集體健康行為」。當我們願意承認不確定、願意揭露限制，社會的焦慮會下降；當我們願意傾聽彼此的理由，信任就有生長的空間。以下是我在社群與會議中常用的三個「微介入」：

情緒標註：先說「我聽見你的擔心在於……」，再回應內容。被看見的情緒，比被糾正的立場，更能打開下一段對話。

同理重述：用對方的語言，完整重述其論點與擔憂，確認無誤後才提出自己的看法。

共同指標：在爭辯之前先談「我們共同接受的判斷基準是什麼」，讓彼此擁有說「我們一起對結果負責」的可能。

### 回到家、回到社區、回到國家：把討論化成日常

在家裡：例如，孩子問起學校聽來的說法，不要急著糾正；先請他把完整內容描述一遍，再一起查找不同來源，練習第一步「看全貌」。

在社區：例如，里民會議討論設施選址，先把所有選項的成本與補償方案透明化，讓利益與風險都看得見，避免「好處在這、負擔在那」的對立。

在國家：例如，重大政策可建立「試點—評估—擴大」機制，設定清晰的停損與擴增條件，讓社會在不確定中也能可逆、安全地前進。

### 結語：醫者的一點小願望

我們願意為未知的病情耐心釐清、為焦慮的家屬溫柔解釋、為高風險的手術建立備援；同樣的耐心、溫柔與備援，也值得用在公共討論。核

能政策只是縮影，真正重要的是我們是否願意共同守住一條方法學的底線：先把事實說完整(避免斷章取義)→誠實呈現解讀→提出可行解方→說明清楚理由與限制。

當情緒被安放、歸屬被理解、氛圍被校準、部落被鬆綁，討論就有機會回到人與人的信任；而信任，是任何長期政策唯一可靠的基礎。

醫者看見的從來不只是病，還有病背後的生活。願我們在意見不同時，仍記得彼此同屬一個更大的「我們」——同一個家、同一座城市、同一片島嶼。只要方法正直、心意誠懇，即使答案不盡相同，我們依然能往同一個方向，慢慢而穩地前行。