

後見之明偏誤(Hindsight Bias)

後見之明偏誤？

後見之明偏誤，俗稱「事後諸葛」，是一種常見的認知偏誤。它指的是人們在得知某事件的結果後，會傾向於相信自己在事前就已經預見了該結果，從而高估了自己當初的預測能力。這種偏誤會扭曲我們對過去的記憶，讓我們誤以為事件的發展是可預測且顯而易見的。

後見之明偏誤的影響

這種偏誤雖然看似無害，但在個人決策、團隊合作與組織學習上，會帶來許多負面影響：

1. 阻礙從經驗中學習：如果你認為失敗的結果是「早就知道」的，你就不會深入探究失敗的真正原因，也無法從中吸取教訓。你會簡單地將結果歸因於「當初就該聽我的」，而不是分析決策過程中的資訊缺口或邏輯盲點。
2. 導致過度自信：持續地高估自己的預測能力，會讓人變得過度自信。這會讓你在未來的決策中，更傾向於依賴直覺而非嚴謹的分析，從而增加做出錯誤判斷的風險。
3. 不公平地評價他人：在評估他人的決策時，後見之明偏誤會讓我們變得苛刻。我們會以「結果」來評判決策的好壞，並指責決策者「為什麼當初沒看到這麼明顯的跡象？」。然而，在當時的時空背景下，這些跡象可能根本不明顯，或被大量雜訊所掩蓋。這對決策者是不公平的，也會打擊團隊的士氣與創新精神。

如何應對後見之明偏誤？

要克服這種根深蒂固的認知偏誤，可以練習以下策略：

- 專注於「過程」而非「結果」：評估一項決策時，重點應放在決策過程是否嚴謹、資訊是否充分、邏輯是否合理，而不是單純地以成敗論英雄。一個好的決策過程也可能因為運氣不好而導致壞的結果；反之，一個草率的決策也可能因為運氣好而成功。
- 周延「危害風險評估」：在專案或任務開始前，系統性地評估所有潛在的危害與風險，並制定應對計畫。這個練習能幫助團隊在事前就識別出潛在風險，而不是在事後才說「我早就知道會這樣」。

- 思考其他的可能性：當結果發生後，主動去思考「如果當時某個關鍵因素不同，事件可能會如何發展？」這有助於打破「這個結果是必然的」錯覺，讓你意識到未來充滿了不確定性。

根本原因分析(RCA)如何降低此類偏誤？

根本原因分析(Root Cause Analysis, RCA)是降低後見之明偏誤的工具。因為RCA的核心精神是系統性地、客觀地探究問題的深層原因，而非停留在表面現象或指責個人。

後見之明偏誤讓人傾向於做出簡單、快速、歸因於個人的結論(例如：「就是因為某某某的錯」)。而RCA則強迫我們放慢腳步，透過結構化的方法(如「五個為什麼」法、魚骨圖等)來層層剝繭，尋找導致結果的系統性因素。

根本原因分析(舉例)

情境：一名工廠作業員在操作機台時，手部不慎被捲入，造成嚴重的職業災害。

- 帶有後見之明偏誤的反應：
現場主管可能會說：「我就知道會出事！這位作業員B一直都很粗心，我提醒過他好幾次要注意安全，他就是不聽。你看，果然就是因為他沒遵守安全規定才受傷的。」
 - 分析：這個結論將職災事故直接歸咎於單一員工的「粗心」，並暗示自己「早已預見」，這是典型的後見之明偏誤，忽略了背後更深層的系統性問題。
- 運用「根本原因分析」(以五個為什麼法為例)：
 1. 問題：為什麼作業員B的手會被捲入機台？
答：因為他在機台運轉時，伸手進去排除卡料，而沒有先停機。
 2. 為什麼他沒有先停機再排除故障？
答：因為停機再重啟的程序很耗時，會嚴重影響他的產量績效。為了趕進度，他選擇了風險較高的方式。
 3. 為什麼他需要為了績效而冒險？
答：因為該機台的防護罩在幾個月前為了「提升效率」被拆除後，一直沒有裝回去。大家為了方便，都習慣了這種不安全的作業模式。
 4. 為什麼機台的防護罩被拆除後沒有裝回去？
答：因為維修部門沒有接到正式的修復通知，而且管理階層對於能提升產線效率的

「小改變」往往睜一隻眼閉一隻眼，甚至予以默許。

5. 為什麼管理階層會默許這種違反工安的行為？

答：因為公司的績效考核制度，過度側重於產量數字，而忽略了安全文化的建立與落實。安全檢查流於形式，並未成為管理階層真正的優先事項。

根本原因分析後的結論：

這職災事故的根本原因，可能並非單純是作業員B的粗心，而是公司存在「生產效率至上」的文化，導致安全規範被長期忽視，進而創造出一個高風險的工作環境。

透過RCA，我們將焦點從「指責個人」及「未裝回護罩」（後見之明偏誤的陷阱）轉移到了「改善管理系統與安全文化」。這個結論不僅更公平，也提供了具體的改進方向（例如：重新設計績效制度、落實安全稽核、強化管理層的工安責任），真正幫助組織從事故中學習，避免悲劇重演。

推薦讀物

- 黑天鵝效應 (The Black Swan: The Impact of the Highly Improbable)
， 納西姆· 尼可拉斯· 塔雷伯， 2011
- 反脆弱 (Antifragile: Things That Gain from Disorder)， 納西姆· 尼可拉斯· 塔雷伯， 2013
- 系統思考：克服盲點、面對複雜性、見樹又見林的整體思考 (Thinking in Systems: A Primer)， 唐內拉·梅多斯， 2016