

應用倫理評論

Applied Ethics Review

編輯顧問 | 王邦雄 (淡江大學中文系) 王冕三 (中原大學工學院)
陳宜民 (陽明大學公共衛生研究所) 袁保新 (淡江大學
中文系) 曾昭旭 (淡江大學中文系) H. T. Engelhardt, Jr.
(美國 Baylor 醫學院醫學倫理中心) 張維安 (清華大學
社會學研究所) 陳志輝 (香港中文大學商學院) 何順文
(澳門大學副校長) 區結成 (香港九龍醫院) 林新沛
(中山大學公共事務管理研究所)

總編輯 | 孫雲平 (中央大學哲學研究所)

編輯委員 | 朱建民 (華梵大學校長) 陳瑤華 (東吳大學哲學系)
蔡甫昌 (臺灣大學醫學系) 蔡篤堅 (臺北醫學大學醫學
人文研究所) 吳秀瑾 (中正大學哲學系) 鈕則誠 (銘傳
大學教育研究所)

本期執行編輯 | 孫雲平 (中央大學哲學研究所)

編輯執行委員 | 李瑞全 葉保強 蕭振邦 甯應斌 陸敬忠 李凱恩
(以上皆任教於中央大學哲學研究所)

執行編輯 | 黃辰翔 廖育正

校對編輯 | 廖育正 許震宇

內頁構成 | 達雯印刷有限公司

國立中央大學哲學研究所 · 國立中央大學人文研究中心 · 共同發行

應用倫理評論

Applied Ethics Review

「醫學倫理與醫護倫理」專題

目次

專題論文

- 王心運 / 臨床倫理的現象學考量…………… 1
- 林雅萍 / 從 Hardwig 的「死亡義務」觀點論家庭與
醫療決策……………17
- 林慧如 / 倫理、敘事與美好生活的追求……………41
- 蕭玉霜 / 從納斯邦、丹尼爾斯之健康照護需求觀點
論長期照護之實踐與挑戰……………55
- 蕭宏恩 / 墨學方法於當代醫學倫理之應用……………83

第 57 期 2014 年 10 月 / No57, October 2014

專 題 論 文

臨床倫理的現象學考量

王心運*

摘要

本文著重分析臨床倫理裡的原則主義、決疑論以及現象學方法，且強調了現象學方法的優點。從知識論的觀點看來，原則主義與決疑論以模擬知識論得到的客觀性仍屬於弱化的客觀性，因為它們預設原則與典範（模型）本身即具有客觀普遍性，但對於混雜著不確定的醫學知識與臨床價值衝突時，這樣的客觀性並沒有辦法捕捉臨床的真實情境。本文認為，透過現象學的有效性分析，可以增進臨床工作者更多思考倫理策略與行動的可能性。

關鍵詞：現象學、原則主義、決疑論、有效性

* 高雄醫學大學醫學系副教授。
E-mail: shinyun@kmu.edu.tw

The Phenomenological Consideration in Clinical Ethics

Shin-Yun Wang*

Abstract

This article will analyse three important clinical ethics methods, such as principlism, casuistry and phenomenology, and it will emphasize the advantages of phenomenology. From the view point of epistemology, the objectivities of principlism and casuistry which are gained by simulating epistemology are “weak objectivities”. That is, although they suppose their principles and paradigms (models) have the objective generalities, they can’t catch the clinical situations in reality which is composed of the uncertainties in medical knowledge and the conflicts of moral values. We conclude that it may promote profession in the health care to obtain the possibilities to think about more strategies and activities by practicing the method of phenomenological validity-analysis.

Keywords: Phenomenology, Principlism, Casuistry, Validity

* Associate Professor, Department of Medicine, Kaohsiung Medical University.
E-mail: shinyun@kmu.edu.tw

臨床倫理的現象學考量

王心運

前言

臨床或是醫學倫理已於近年逐漸成為顯學之一。在臺灣，也因為社會與價值的變遷，醫學倫理已成為各大學醫學院裡的重點教學項目之一。同時結合醫學與人文課程組的設計，以培育具有醫德的醫生為醫學大學教育的主要目的之一。倫理學的教育從來沒有在醫學大學裡獲得如此崇高的地位，若說醫學「拯救了倫理學的生命」實在也不為過。¹

這是因為隨著醫學的進步，各種倫理問題逐漸地浮現，如複製人、幹細胞研究、安樂死等等爭議。針對這些問題，各種生物醫學倫理的理論也競相而出，蔚為潮流。面對不同的臨床倫理問題，也發展不同臨床倫理的應用倫理學方法，例如原則主義、決疑論、關懷倫理等等，此外現象學做為近代哲學的一種方法，也被應用至臨床倫理的領域，但 Toombs 仍認為，醫學哲學與生命倫理學已獲得

¹ S. Toulmin, 1982, "How Medicine Saved the Life of Ethics," *Perspectives in Biology and Medicine* 25: 4, pp. 736-750.

不少發展，然現象學的哲學於此面向仍受到忽視。² 例外是美國的詹納 (Zaner, R. M.) 博士，他作為一位現象學者，在醫院裡卻有三十餘年實際擔任臨床倫理顧問的角色。但即使是在美國，詹納的角色也是可遇而不可求的，仍不是普遍的現象。

至於臺灣則大部分延襲國外的討論，雖有部分以儒家生命倫理或本土臨床倫理的研究希望能發展符合文化特色的臨床倫理，但在醫院的倫理討論會，或醫師倫理再教育的場合裡，大部分醫師所認定的臨床倫理仍是原則主義，或是醫學倫理四原則。不過就筆者實際參與的經驗，臨床醫療人員對原則的認識、隱含的行動規範等等，在解讀與認知上各有差異，甚至與個人的特質都有關係。以上情況對大多具有科學訓練背景的醫師而言，這是難以控制的變數，因而常常被認定為主觀或心理的成份居多。相對於此，臨床倫理教育則希望能改變上述情況，利用系統化的原則推論方式，以推論出大多數人能同意的倫理客觀性。³ 但當我們回到現實，並討論臨床現實條件時，往往會發現類比於科學思維的倫理客觀性其實是種「弱客觀性」(weak objectivity)，⁴ 因為它僅強調原則，或是典範模型的客觀性，而無視於現實中不斷流動的差異性。其實臨床中不斷流動的現實才能真正組成醫療的「強客觀性」(strong objectivity)，而這也是現象學方法可以補充的地方。

² S. Toombs, 2002, *Handbook of Phenomenology and Medicine*, edited by S. Kay Toombs (Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers), p. 1.

³ 四原則的方法看似清楚，但我們不可否認地，現實中除少數熟悉倫理學的臨床人員外，大部分仍在四原則架構下以自己的經驗或常識來分析。

⁴ 吳秀瑾，2013，〈關懷立場論的知識優勢：背負關懷價值的強客觀性〉，《科技、醫療與社會》，第 17 期，頁 22。

一、臨床倫理方法學簡介

依照 American Society for Bioethics and Humanities Clinical Ethics Task Force 所編的「美國生命倫理與人文協會——增進臨床倫理諮詢職能：學習手冊」裡的陳述，建議臨床倫理或醫學倫理討論的方法有：1. 倫理原則主義 (principlism; the principle-based approach)：如尊重自主、不傷害、行善及正義原則；2. 決疑論 (casuistry; case-based approach)；3. 德行主義 (virtue-based ethics)；4. 敘事倫理學 (narrative ethics)；5. 現象學 (phenomenology)；6. 女性主義倫理學 (feminist ethics) 等等。⁵ 以下我們將主要討論臨床倫理中比較重要的原則主義與決疑論，另外將簡介現象學的方法。

(一) 原則主義：

臨床倫理或醫學倫理是生命倫理學中最核心的部分，以美國生命倫理學學者 Beauchamp 與 Childress 所提出的原則主義又可說是臨床倫理的主流理論。他們稱他們的理論建立在「普通道德基礎」(moral common ground) 上。⁶ 他們並不像康德或是結果主義者以斷言律令或是效益原則作為單一的最高原則，而以諸多中層原則，如尊重自主、不傷害、行善和公平等四個原則同時做為規則的考量。

這四個原則即為醫學倫理在臨床判斷時所依賴的主要原則，他

⁵ American Society for Bioethics and Humanities Clinical Ethics Task Force, "Improving Competence in Clinical Ethics Consultation: A Learner's Guide," p. 19, Centro di bioetica, URL=http://www-3.unipv.it/centrodibioetica/resources/Improving_Competence_in_Ethics.pdf (2014/08/07 瀏覽)

⁶ T. L. Beauchamp and J. F. Childress, 1989, *Principles of Biomedical Ethics*, 3rd Ed., (New York: Oxford University Press), pp. 44-45.

們採取了 W. D. Ross 的「初確義務」(prima facie obligation) 與「實際義務」(actual obligation) 的區分法，將四原則納入初確義務的範圍，它們是一種具有約束行為力量的一種道德義務。當四原則間彼此衝突，而不能確切彼此的相對份量時，我們必須根據實際的事實情況，依據融貫理論的真理原則，找出在某個特定案例之下最適合該情況的實際義務。

因此在使用上，除了四個原則的初確義務以外，必須輔以若干較低層級的道德規則，或行為指引等等。例如，在尊重自主原則之下，我們還可以有如誠實、守密與知情同意這些與臨床倫理密切相關的道德規則，它們可以用來決定一複雜的臨床情境下，那些是最符合當下的倫理觀點，我們即具備實際的義務來做出臨床的倫理抉擇。採取多條原則的好處是它容易應用，避免單一而過度抽象的道德原則，以回應臨床爭議中多元而複雜的倫理現象。⁷

(二) 決疑論：

與原則主義不同的是，決疑論者強調個別案例的道德判斷比一般道德原則還重要。實際的倫理問題必須在個別的倫理個案當中才能得到分析與討論，沒有任何普遍性原則能介入決定個別倫理問題如何定義與解決，而真正得以解決的方案往往必須經由特殊的判斷。在決疑的實踐過程中，適當與廣泛地理解倫理學理論這件事情並不是優先的，反而是後於我們對特殊案例的研究。通過諸多案例

⁷ 以上參考李瑞全，〈生命倫理五十年〉，李瑞全老師個人網頁，URL=http://www.ncu.edu.tw/~phi/teachers/lee_shui_chuen/course_onnet/life.html (2014/08/07 瀏覽)，以及蔡甫昌、李明濱，2002，〈當代生命倫理學〉，《醫學教育》第 6 卷第 4 期，頁 381-395。

的並呈後，經典的道德兩難形成典範化的作用，而「原則」的意義才能逐漸地自然呈現。雖然如此，但道德問題仍是建構在「實際上已被察覺，但目前無法言喻的道德概念」之上，且是經由特殊案例才被具體化的。⁸

（三）現象學：

在美國，臨床現象學主要是由理察·詹納博士所推動。詹納及部分學者（如 Agich 等人）認為倫理諮商是一種臨床意義的社會建構過程 (social construction of meaning)，臨床倫理師與病人、家屬及醫師／健康照顧共同見證 (eye witness) (Zaner, 2008: 104) 與經驗倫理情境，而且針對臨床問題所衍生的意義的共同建構過程。據此，倫理諮商被視為床邊的倫理對話，而此對話是為了促發、理解、分析事件或案例的意義結構。因此，諮商者與被諮商者在臨床中形成意義的共構者。臨床倫理師藉由倫理技術帶來倫理反思，經由互為主體性 (inter-subjectivity) 的達成，而交互理解對話兩方的倫理意涵，進而共構意義。在整個事件當中，能夠給予意義的即是詹納所說的臨床脈絡，或是臨床遭逢的東西。

然而，為了清楚呈現臨床遭逢所給予的意義，那麼現象學方法即是重要的。這方法不將一種現象還原至另一種現象，也不以某些因果事件的類型為趣；這方法是斷然地反化約論者的 (anti-reductionistic) 方法 (Zaner, 2008: xxii)。它持續地強調發現的過程，是不得將例行事務視為理所當然的訓諭。為了理解這脈絡下的道德

⁸ M. R. Zaner, 2008, 蔡錚雲等 (譯), 《倫理師的聲影》(臺北: 政大出版社), 頁 106。

經驗、知識與抉擇的進程序，我們必須持續地對抗成見，它們皆得作為某種方式——特別以情境最初被呈現的方式。

二、臨床倫理的知識論面向與其評價

一般哲學裡將「知識論」(epistemology) 與「倫理學」(ethics) 視為截然不同的領域，彼此具有不同的範疇與概念的使用法。然在臨床倫理領域裡，我們常可見到醫療知識與倫理問題是緊密糾結在一起的。臨床情境裡，醫療人員被要求做出正確的醫療決定。有時這些決定純屬醫療專業，有時則涉及倫理問題。特別當醫療後果不明確，或涉及價值衝突的時候，醫療決定往往由醫療專業轉移至醫療倫理。雖然倫理學自己有一套價值規範與推理原則，然而在具體醫療情境裡，倫理的考量往往受到醫療知識的影響，例如手術的後果是較不可預期之時，它也同樣影響病人的抉擇。然病人的抉擇並不光是醫療決定，而在於選擇一個「未來可以接受的生活方式」。在這過程我們可以看到「典範轉移」(paradigm shift) 的過程：在事實與價值判斷，或知識論與倫理學之間的轉移。其中，知識論強調知識的證成與其客觀性，而倫理學強調價值的實現以及行為的規範。如此臨床倫理即具備的知識論特點，使得上述原則主義、決疑論以及現象學較其它臨床倫理方法更為客觀與普遍，因而能與德行主義、關懷倫理等等方法做出區別。

一般認為知識成立必須具備三個條件， p 是真的（相應於事實 fact），而 a 相信 p ，並有正當的理由相信 p 是真的，它們相對應於

真 (true)、信念以及證成 (justification) 等概念。⁹ 那麼在臨床倫理中是否能找到相應的過程呢？首先，若倫理學集中在價值與規範的概念上，那麼必須存在著倫理價值，接下來必須相信行為符合某些價值的實現，並具有證成的正當理由。

以原則主義為例，醫學倫理的四初確義務，還有從它引申出的中層道德規則與行為指引等等，皆是為了實現道德價值的不同層次的行為規範。四原則的「行為規範」效力分別起源於義務論與效益主義，然有時它們是彼此衝突的。此外，在「倫理價值」方面也有不一致的地方。如道德價值於義務論裡與其內在行為規範一致（內含善），至於效益主義的道德價值則必須於行為之外另加衡量（結果善，如考量什麼是對病人有利與有害的結果）。至於證成方面，若具體案例裡，「行為規範」與「倫理價值」有不一致或衝突時，原則主義的證成方式將採取「平衡與凌駕」(balancing and overriding)（蔡甫昌、李明濱，2002: 386）的觀念，來證成實際的行為義務為何。

的確，哲學認為認識論具優先的合理地位，因為如果不知道行為是什麼，或是行為可能的結果，我們也無法談論倫理學的實踐是怎麼一回事。同時，「認識」本身預設了某種普遍與客觀性。問題是，知識論的客觀性是如何在臨床中轉換為倫理規範的客觀性的？原則主義強調義務的演繹與傳遞性，帶有推論科學的認知風格；至於決疑論從具體經驗出發，帶有歸納與類比的經驗科學的方法，並將處理的範圍集中在「典型的二難問題」上，據此找出未來可適用的經典案例，如同科學從不同經驗裡找到適用的科學模型一般，並

⁹ J. Dancy, 1985, *Introduction to contemporary epistemology* (New York: Basil Blackwell Inc), p. 23.

應用於未來的經驗數據。然而，無論是原則主義或是決疑論，因為它們要求原則的證成或是模型的使用，從知識論借來的客觀性，卻傷害了臨床倫理裡最重要的特質，亦即臨床倫理基本上是「動力學」，而非「靜力學」，衝突是被「化解」的，而非被「平衡與凌駕」，或是「套入模型」裡。事實上，據筆者個人參與討論的經驗，如原則主義的醫學倫理四原則，常常被當成教條主義而被套入各式的倫理問題裡，卻忽略了實質的分析（蔡甫昌、李明濱，2002: 388）。

但另外一方面，臨床倫理裡引入知識論的動機也是清楚與必要的，因為臨床產生的倫理困境，常常與醫療知識的不確定性有連動關係，而醫療後果的不確定性，也影響後續倫理規範的證成。如果我們回到現實層面來看，這顯示著臨床倫理無可避免的複雜性，以及原則被證成的困難度，因為醫療後果不僅受限於當時的醫療環境，醫療人員的醫療技術與知識，甚至也受限於病人和其家屬等等外在因素，這一切將使得倫理推論顯得極為困難。此時，即使倫理學自身可以有一套獨立的，甚至相對完備的推論方法，但面對實際情況時，往往也會喪失其作為規則以指導實踐的實用性。

三、臨床倫理中規則與行為的難題

依照原則主義，原則必須隨著具體的臨床脈絡而「特定化」(specification)（蔡甫昌、李明濱，2002: 386）某些當下應被執行的規則，這是事實與價值混成的結果，隨後依照「平衡與凌駕」的概念，決定較為合理的（被證成）行為規則或指引，以決定最終的醫療決定。然而這裡有一個很奇怪的現象，即原則主義有許多具倫理

價值效力的原則、規則或指引，但卻沒有一個可以「決定那個規則的規則」，所以「平衡與凌駕」實在是基於規則系統的另一套標準；事實上，另一套標準所依賴的是更為廣闊的現象學領域，也是臨床的現象學方法所認為的「遭逢」，以及「互為主體性」的動力學領域。

如維根斯坦在《哲學研究》第 201 條提出著名的規則悖論：「沒有什麼行為方式能夠由一條規則來決定，因為每一種行為方式都可以被搞的符合於規則。答案是，如果一切事物都能被搞的符合於規則，那麼一切事物都能被搞的與規則相衝突」，¹⁰ 這反應了臨床倫理討論中常常發生的疑惑，亦即我總可為我的行為找到合理基礎，而不是因為遵循倫理規則的緣故。

例如，某次討論「醫療錯誤的告知與否」的案例：¹¹ 因醫師與護理師的溝通不良，導致護理師為病人注射了超過的劑量。雖然即時另注射中和劑，身體似乎也沒有什麼大礙，但這情況是否要如實地告知病人？若以尊重自主原則裡的誠實告知以及知情同意等原則，自然得告知病人才是倫理的，同時似乎也沒有其它原則與之衝突而需要平衡與凌駕。對於在座的法官與律師而言，誠實自然是上策，而且萬一出了問題，坦白也符合自首要件。年輕的實習醫師同意告知病人，但對是否如此比較好則仍有存疑。至於資深的護理師或主治醫師們則坦言，即使他們做了解釋，而且這樣對身體應該沒什麼影響，仍擔心病人或家屬仍不能諒解，甚至影響到後續的治療計畫；如此一來，似乎不傷害也成為現下可應用的倫理原則。如果

¹⁰ 維根斯坦（著），李步樓（譯），2004，《哲學研究》（北京：商務印書館），頁 121。

¹¹ 此案例取自某醫院倫理討論會，但經筆者精簡與改寫。

再考慮到同儕間的無心之過，更不偏向於誠實告知。以上若換作決疑論來考量的話也是如此，桌面上是告知義務的模式，然而心裡想的也許是之前遇過不好的經驗或聽聞的模式。

最終事實的情況為，固然要告知病人，但要告知到什麼程度，以及要告知什麼都要被考慮到，也得視當時病人與家屬的心態如何，他們屬於什麼類型的人，什麼職業都具有相關性。這隱藏著某種「話術」的可能，因為最後本案例處理的方式，是醫師於告知時，以語言暗示事情的發生，實在為個人體質的問題，並暗示可以從醫學裡找到相關支持的證據。至於會後問及醫師個人想法時，仍坦誠不一定會朝著告知的方向進行，因為每人能找到的理由各不盡相同。

四、臨床情境裡有效的東西與現象學方法的解決

對維根斯坦的規則悖論解釋一般有兩種，¹² 第一種看法視規則與遵循規則的行為間必須有個中介，如同之前現象學方法中談論到的「遭逢」或是「互為主體」的「臨床情境」(clinical situation)。第二種看法視規則與行為間不需要中介，如同參與遊戲的行為一樣，遊戲的當下規則是被實踐出來的，而規則也不能於實踐之外單獨地被理解。規則的客觀性並不在於知識的抽象，而在於實踐的過程中所體現出「具有本質」的東西，或是在一個視域裡能被共同看見的東西。這兩種看法看似不一致，但依胡塞爾的現象學方法，規則本

¹² 吳麗雲，2009，〈規則悖論與 SSK 和後 SSK 之爭〉，免費論文下載中心，
URL= <http://big.hi138.com/zhexue/zhexuexiangguan/200902/85041.asp#.U-MbivmSzTQ>
(2014/08/07 瀏覽)。

身的客觀性其實也是一種行為，理解規則與實踐規則間其實具有一個共同「有效的東西」(validity)，而不是毫無關係的。這實踐過程能呈現有效與客觀的知識，傳統上也稱之為「實踐知識」(phronesis) (Zaner, 2008: iv)，或由實踐中認識的知識技術，它不同於從科學借來的客觀性，或「理論知識」(episteme) (Zaner, 2008: iv)。

如之前醫療錯誤告知的案例裡，大家都知道誠實這個規則意謂著什麼，也認可它在倫理學裡的客觀性，可是它絕不是影響行為被實踐的唯一有效依據；因為對實習醫師、主治醫師、醫院管理者、護理師都各有其它不同有效性的東西，像是怕被告、怕同儕說沒義氣、怕家屬盧個不停、怕被人說沒有醫德……，這些考量對他們而言都是重要的因素，可是在狹隘的倫理原則的範圍下，它們只被視為個人的主觀問題，必須排除在倫理學的神聖領域以外。無怪乎，很多臨床倫理問題討論會裡，臨床人員感受到的是壓迫而非自主感，並轉而向醫學法律以尋求自保。可是，如果自由是倫理學的基礎，為什麼他們卻無法得到任何自由的感受？

面對著「知識、權力與倫理」的三軸心關係，傅柯建議我們進行有效性的分析。醫療情境也是類似的關係。醫療情境是不斷變動著的動力學場域，試圖以知識論的形式導入臨床倫理就顯得不太「客觀」了，充其量只是一種類科學的「弱客觀」。但在詹納博士的現象學方法裡，經由不斷的傾聽與對話，所要得到的並不只是理解，而是分析各方不同的有效性為何，並分析它們的成立條件為何，最後透過解構的方式（現象學還原：phenomenological reduction），化解因不同有效性間衝突所帶來的倫理困境。所以，面對一位拒絕洗腎的病人，與醫師的觀點有所衝突，各堅持不同的立場。原則主義可能因此卡在尊重自主與行善原則的衝突中，然而詹

納可以透過釋懷病人的心結（擔心失去工作），為他描述一個可以接受的未來，透過拆解、轉移並重建當下對病人有效的東西，詹納化解了可能的倫理衝突。

五、小結

本文著重分析臨床倫理裡的原則主義、決疑論以及現象學方法，且強調了現象學方法的優點，但這並不表示現象學是最好與唯一的方法。原則主義提供清楚的思考架構，不會讓醫療人員覺得無所適從；決疑論重視經驗與案例的分析，透過經驗的傳承提供醫療人員倫理思考的成熟度。至於現象學考慮較廣泛的思考脈絡，強調倫理是種化解爭議與溝通的技術，三種方法在不同的倫理兩難或困境中都有其特別適用與不適合的時機。不過從知識論的觀點看來，原則主義與決疑論以模擬知識論得到的客觀性仍屬於弱化的客觀性，因為它們預設原則與典範（模型）本身即具有客觀普遍性，但對於混雜著不確定的醫學知識與臨床價值衝突時，這樣的客觀性並沒有辦法捕捉臨床的真實情境。本文認為，透過現象學的有效性分析，可以增進臨床工作者思考倫理策略與行動的可能性。

參考文獻

- Beauchamp, T. L. and Childress, J. F., 1989, *Principles of Biomedical Ethics*, third edition, New York: Oxford University Press.
- Ellos, W. J., 1990, *Ethical practice in clinical medicine*, London and New York: Routledge.
- Mattingly, C. and Garro, L. C., 2000, *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, edited by Mattingly, Cheryl and Garro, Linda C., California: University of California Press.
- Montgomery, K., 2006, *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine*, New York: Oxford University Press.
- Nelson, J. L. and Nelson, H. L., 1999, *Meaning and Medicine*, New York: Routledge.
- Schwartz, L. and Preece, P. E. and Hendry, R. A., 2002, *Medical ethics. A case-based approach*, Edinburgh: Saunders.
- Toombs, S. K., 2001, *Handbook of Phenomenology and Medicine*, New York and Dordrecht: Kluwer Academic Publisher.
- Zaner, R., 1993, *Troubled Voices: Stories of Ethics and Illness*, Berkeley: Pilgrim Press.
- Zaner, R., 2004, *Conversations on the Edge-Narratives of Ethics and Illness*, Washington: D. C. Georgetown University Press.

從 Hardwig 的「死亡義務」觀點論 家庭與醫療決策

林雅萍*

摘要

John Hardwig 在1997年所發表的文章“Is there a duty to die?”中主張，當病人的生病狀態已經對其家人或重要關係人造成沉重的生理、心理，社會與經濟負擔時，病人或許有死亡義務以免除家人的負擔，成全其福祉。其論證核心建立在「關係自主」(relational autonomy)與「以家庭為中心」(family-centered)的醫療決策模式之上。Hardwig 主張一個心智健全的成年病人在進行醫療決定時，必須為他所置身的關係負責，顧及其決定對於家人或重要關係人的影響，尤其在長期照護的身心耗竭與巨額醫療費用壓力下，我們應該反省傳統以病人為中心的醫學倫理觀，承認家人在醫療決策當中的道德相關性，公平考量病人與家人的權益，而在某些情況下當維持或延長病人生命與家人的權益之間有衝突時，為平衡家庭的整體利益或減少家人之犧牲，家庭成員的利益應該凌駕病人利益。本文首先將闡述Hardwig提出的死亡義務概念，其次則檢視他對於醫療決策與家庭倫理價值的理解及其「以家庭為中心的關

* 長庚大學人文及社會醫學科助理教授。
E-mail: arete@mail.cgu.edu.tw

係自主」模式證成死亡義務之合理性，最後將提出死亡義務概念對於目前正處於高齡化以及醫療照護成本攀升的臺灣社會有關終末照護、拒絕維生醫療、安樂死與醫助自殺等相關議題的一些可能啟發。

關鍵詞：死亡義務、家庭、自主、醫療決策、醫學倫理

Reflections on Family and Medical Decision Making from Perspective of Hardwig's Conception of a “Duty to Die”

Ya-Ping Lin*

Abstract

John Hardwig claims in his controversial essay “Is There a Duty to Die” (1997) that one may have a duty to die when her or his illness imposes overly heavy physical, emotional and financial burdens on family members or loved ones. The core of his argument is based on the notion of relational autonomy and family-centered medical decision making model. According to Hardwig, a competent adult patient's autonomy is profoundly connected to moral responsibility to family and loved ones, and the traditional focus on patient-centered medical ethics, in which patient interests have priority, should be shifted to family-centered medical ethics. In this paper, I shall first delineate Hardwig's conception of a duty to die. Second, I shall critically examine the plausibility of his understanding of family ethics and values with reference to medical decision making. Finally, I suggest some possible contributions of Hardwig's idea of a duty to die to the controversies surrounding end-of-life care, refusal of life-sustaining medical treatment, euthanasia and physician-assisted suicide in the rapidly aging society in Taiwan.

Keywords: Duty to Die, Autonomy, Family, Medical Decision Making, Medical Ethics

* Assistant professor, Department of Medical Humanities and Social Sciences, Chang Gung University.

E-mail: arete@mail.cgu.edu.tw

從 Hardwig 的「死亡義務」觀點論 家庭與醫療決策

林雅萍

一、導論：從「死亡權利」到「死亡義務」

由於生物醫療科技的高度發展，如今許多過去令人束手無策的疾病被治癒的可能性大幅提升，而原本被判定回天乏術的病人也能夠經過搶救，恢復心跳與呼吸。然而，雖然原則上我們已經可以利用維生系統無止盡地穩定維持病人的呼吸與生命徵象，卻不必然表示這些病人能因此擁有良好的生活品質。人類對於生命與死亡的認知漸漸有了轉變，並開始思考：病人是否擁有拒絕治療的自主權？是否擁有可以自主地選擇放棄生命、追求死亡的死亡權 (right to die)？我們是否可以要求在某些情況下不給予 (withhold) 或撤除 (withdraw) 只能延緩死亡時點的維生醫療？

大部分人對於上述議題的討論已不陌生，但正當許多論者擔憂死亡權的倡議以及安樂死的合法化將會造成滑坡效應，使得弱勢族群有可能被迫選擇以死亡作為解決問題的方法時，有部分學者卻反其道而行，質疑在目前處於高齡化以及醫療費用節節上升、醫療資源有限且健保不堪負荷的現實處境中，病人是否真的擁有無限制要

求繼續治療或使用昂貴維生醫療科技的權利？醫師、病人家屬，或社會能不能夠停止「無效醫療」？尤其當病人已達到一定的高齡、嚴重的失能，或健康狀況極度不佳，再加上若是由家庭長期擔負著老人及慢性病之主要照顧工作，家屬常面臨生理、心理以及經濟上的龐大壓力與負擔，「一人生病，全家受累」的情況比比皆是，在這種情況下，有沒有可能，當病人的生病處境對於整個家庭或社會造成沉重的負擔時，死亡已不再只是個人選擇的權利問題，而是某種道德義務？

美國前科羅拉多州州長 Richard D. Lamm 早在 1984 年便赤裸裸地主張老人有「死亡義務」(duty to die)，應該為了年輕人的未來適時「退場」，引起輿論嘩然。Margaret Battin 曾從依照年齡配給 (age rationing) 與醫療資源分配正義的角度討論此議題，¹ 之後又進一步從全球正義的觀點切入，認為當大部份非洲兒童死於營養不良時，美國將資源投注在一些高齡病患的治療上是不正義的。² 著名的英國醫學倫理學家 Mary Warnock 除了先撰文支持死亡義務，³ 稍後更在接受訪問時語出驚人地表示：「倘若失智病人的存活會『浪費』其他人的生命以及國民健康服務 (National Health Service) 的資源，那麼他們或許擁有死亡義務」。⁴ 而 John Hardwig 則是將立論基礎放在病人對家人⁵ 的責任之上，亦即，當病人的生存狀態已經對他所

¹ M. P. Battin, 1987, "Age rationing and the just distribution of health care: Is there a duty to die?" *Ethics* 97 (2): 317-340.

² M. P. Battin, 2000, "Global Life Expectancies and the Duty to Die," in J. M. Humber and R. F. Almeder eds., 2000, *Is there a duty to die?* (Totowa, NJ: Humana Press), pp. 1-21.

³ M. Warnock, 2008, "A duty to die?", *Omsorg*: 3-5.

⁴ J. Macadam, 2008, "A duty to die?", *Life and Work* 2008: 23-5.

⁵ Hardwig 所謂的家人並不限於與病人有血緣或法定婚姻關係，而是廣義來說與病人親

關愛的家人造成沉重負擔時，便有責任以自己的死亡來免除家人的負擔。⁶ 這個議題之重要性及爭議性之大，可再由 2000 年同時出版兩本同名的論文集 *Is There a Duty to Die?* 看出。⁷ 有別於上述學者以「對他義務」(duty to others) 作為死亡義務的理據，Larry Churchill 則著重於「自我保全的義務」(obligations to the preservation of the self)，視終結自我生命的決定為「對己義務」(duty to oneself) 的實現。⁸ Dennis Cooley 在 *American Journal of Bioethics* 也主要是以康德的對己義務論證即將面臨失智症威脅的病人 (the soon-to-be demented) 有自殺的道德義務。⁹

乍聽之下，死亡義務的概念讓人覺得殘酷、不人道，甚至難以設想，因為重病或老人是最需要受到照顧的族群，怎麼反倒主張他們應該去死呢？這種論點又有什麼值得我們討論的呢？

目前安樂死與醫助自殺的討論大多都圍繞在自主權與生命權的衝突以及兩者究竟孰先孰後的爭論之上，一時之間還未有完全令人滿意的解答。筆者認為，死亡義務在此時或許能夠另闢蹊徑，為相

近之人，所以可包含親密的朋友與伴侶。雖然本文當中有時僅使用「家人」一詞，但意義卻不限於家屬，而是廣義地包含與病人親近之人或重要關係人。

⁶ J. Hardwig, 1997, "Is There a Duty to Die?", *Hastings Center Report* 27 (2): 34-42. 該文之後收錄於 J. Hardwig with N. Hentoff et al., 2000, *Is There a Duty to Die? and Other Essays in Bioethics* (New York: Routledge). 以下引用該文時以(Hardwig, 1997/2000)表示。

⁷ J. Hardwig with N. Hentoff et al., 2000, *Is There a Duty to Die? and Other Essays in Bioethics* (New York: Routledge). J. M. Humber and R. F. Almeder eds., 2000, *Is there a duty to die?* (Totowa, NJ: Humana Press).

⁸ L. R. Churchill, "Seeking a Responsible Death," in J. Hardwig with N. Hentoff et al., 2000, *Is There a Duty to Die? and Other Essays in Bioethics* (New York: Routledge).

⁹ D. R. Cooley, 2007, "Kantian moral duty for the soon-to-be demented to commit suicide," *The American Journal of Bioethics* 7 (6): 37-44.

關議題提出新的論述方向。因為死亡權利與死亡義務的概念區分並不是在玩文字遊戲，而是在論述焦點上具有更深層的意涵轉移，後者將死亡視為一種實現義務的負責任行為，使得死亡不只是一個選項，而是道德正確的實踐，生死因此不再取決於我想不想，而是我應該不應該。換言之，死亡的決定從個人選擇轉變成道德應然，也就是說，重點不是想不想死，能不能死，而是該不該死。尤其，Hardwig 以對於家人或親近的重要關係人之倫理責任做為死亡義務的論證基礎，¹⁰ 帶給我們另一種思考的可能性：不再以「權利對抗權利」的方式來討論拒絕治療、安樂死或醫助自殺等問題，不再將爭論焦點設定為個別病人本身的自主權與生命權的衝突，而是去論證病人具有保護家人的義務與責任，如此一來，選擇死亡就可成為是對的，應該做的決定。

死亡義務涉及許多重要議題，諸如生命末期 (end-of-life) 照護、醫療資源分配、安樂死與醫助自殺、病人自主、家庭參與醫療決策、病人與家人間的權益關係，以及對於生命與死亡價值的思考等，但受限於篇幅與論旨，筆者無法在此一一詳細討論。本文將焦點集中於闡述 Hardwig 提出的死亡義務概念，並檢視其「以家庭為中心的關係自主」模式證成死亡義務之合理性，最後將指出，雖然 Hardwig 從責任自主到死亡義務的邏輯推論之間有瑕疵，以及對於

¹⁰ Hardwig 指出死亡義務的基礎還有可能是「對自己的義務」、「對環境的義務」或是「對於下一代的義務」，不過他認為最強的義務來源仍在於我們與家人以及關愛的人之間的連結，因此他主要討論的對象也在於對家人的義務。J. Hardwig, 1996, "Dying the Right Time: Reflections on (Un) assisted Suicide," in LaFollette, H., ed., *Ethics in Practice* (Blackwell, 1996), pp. 53-65. 此處所引該文段落收錄於 J. Hardwig, 2000, *Is There a Duty to Die? and Other Essays in Bioethics*, p. 99, n. 4。以下引用該文時以 (Hardwig, 1996/2000) 表示。

家庭倫理與價值的理解有待商榷，但筆者認為 Hardwig 的觀點對目前正處於高齡化以及醫療照護成本不斷攀升的臺灣社會仍有值得參考的價值。

二、「負責任的死」——John Hardwig 論死亡義務

Hardwig 指出，目前討論「好死」(good death) 的文獻非常多，但關於「負責任的死」(responsible death) 的觀念卻鮮少有人提及 (Hardwig, 2000: 165)。他甚至認為，就算對於死者而言有多麼平靜與舒適，一個不負責任的死就不能稱之為好死。可是我們不禁要問，死亡明明是一件自然且必然之事，為何需要加以規範與限制？什麼樣的死亡才是負責任的？什麼是死亡義務？為什麼人有死亡義務？

根據 Hardwig 的觀點，美國社會當中普遍存有一種個人主義式的幻想 (individualistic fantasy)，以為每個人的生命都是孤立不相連，其所作所為並不會或不需要影響他人，因此沒有義務去考慮個人決定對於他人所造成的影響，進而認為個人即是醫療決策的主宰，可以自由地選擇自己想要的生活方式，包括生與死的決定。但 Hardwig 對這種個人主義取向的自主模式以及「以病人為中心」的倫理學 (patient-centered ethics) 提出質疑。

首先，人活在關係之中，人的生命與生活彼此相屬、休戚相關，尤其不可能也不應該忽視家庭關係的連結而過一個完全由己且為己選擇的生活，因此，在進行醫療抉擇之時也應該考量相關決定所可能影響到的所有成員，包括病人自身、家屬以及親近的人等。

在個人主義式的自主觀下，病人可以自由地選擇自己想要的生活與醫療方式，但卻忽略其決定可能影響到其他相關成員，更遺忘個人對於家人所應負的責任，因此 Hardwig 要求我們必須從概念上重新理解病人自主的內涵，將個人與家庭的親密關係以及基於這份關係而有的責任內建為自主的要求。換言之，當一個心智健全的成年病人在進行醫療決定時，必須為他所置身的關係負責，顧及其決定對於家庭成員的影響，並且不應該總是以增進個人利益為優先，而是要考量家庭的整體福祉。對 Hardwig 而言，自主不僅是指個人選擇治療與否的自由或權利，而是「負責任地使用自由」(the responsible use of freedom)，倘若個人忽略或逃避此責任，就是對自主的貶損。¹¹

再者，目前的醫學倫理基本上預設病人權益為醫療決策的首要考量，這隱含著家屬的利益在醫療決策中乃無關緊要或至少不應該優先於病人。我們常認為病人是疾病的受害者，理應受到家人的良好照顧，卻忽略了在這種以病人為中心的倫理觀下，其他家庭成員也可能受到犧牲，使得「家人變得不可見 (invisible) 或是被當成促進末期病人福祉的手段」。¹² Hardwig 要我們反思一個普遍受到忽視的問題：「為了使病人能夠得到想要的治療，我們到底可以合理地要求家屬犧牲利益到甚麼程度？」(Hardwig, 1990/2000: 29) 我們為什麼能夠要求家人必須付出所有來照顧我，維持

¹¹ J. Hardwig, 1990, "What about the Family?" *Hastings Center Report* 20 (2): 5-10. 該文之後收錄於 J. Hardwig, 2000, *Is There a Duty to Die? and Other Essays in Bioethics*, pp. 38-39. 以下引用該文時以(Hardwig, 1990/2000)表示。

¹² J. Hardwig, 1995, "SUPPORT and the Invisible Family," Special Supplement, *Hastings Center Report* 25 (6): 23-25. 此處所引該文段落收錄於 J. Hardwig, 2000, *Is There a Duty to Die? and Other Essays in Bioethics*, p.23. 以下引用本文時以(Hardwig, 1995/2000)表示。

我的生命？他的想法是，家人的確有責任在病中相互扶持與照顧，但所謂的犧牲奉獻必須合理且有其限度，而不是沒有界限的倫理承擔。¹³ Hardwig 認為，如果我們承認人活在關係網絡之中，彼此互有責任，那麼就不只是家屬對病人有責任，病人也應該對家屬負責。尤其，病人誠然有接受治療與繼續生存的權利，但若因此而對他所關愛的家人造成沉重的身心與經濟負擔時，便有責任以自己的死亡來免除家人的負擔、維護家人的生活品質，其理由在於病人同樣也必須善盡其家庭責任，保護家人不受自己的病情拖累，不該因為個人對生之留戀而使家人承受偌大的負擔，自私地活下去。Hardwig 在以下文字中清楚地指出死亡義務如何發展於對家人的責任：

家中有人重病是個不幸。這通常不是任何人的錯；沒有人需要為此負責。但我們要選擇如何回應這個不幸。這才是責任的起始以及錯誤可能產生的地方。如果我們有家人與關愛的人，那麼我們就總是有義務不要對於自己的生命做出自私或自我中心的決定。我們有責任試著保護所愛的人免於重大威脅或極度匱乏的生活品質，有責任不要做出會使他們的未來陷入危險或受到損害的決定。若只去作那些我們想要的或是對我們自己最好的事情，這通常都是不對的；我們在選擇時應該顧全對所有相關各造而言最好的考量。無論我們生病或健康，這就是我們的

¹³ Daniel Callahan 曾經為文主張我們對於年長者的健康照護責任是有限度的。雖然我們有強烈的社會責任為年長者提供妥善的健康照護，但在有限的醫療健保資源與龐大的經濟壓力下，似乎有必要限制年長者對於昂貴的延生治療的使用。D. Callahan, 1987, *Setting Limits: Medical goals in an aging society* (New York: Simon and Schuster).

義務。出自上述這些責任，死亡義務於焉發展。(Hardwig, 1997/2000: 123)

簡言之，Hardwig 是以個人對家人或親近的重要關係人之倫理責任做為死亡義務的論證基礎。正因為有責任維護家人的福祉，因此當病人的生病狀態已經對他的家人或所愛的人造成沉重的生理、心理，社會與經濟負擔時，病人不但有義務拒絕治療，甚至有義務以死亡來免除他們的負擔，成全其幸福。

筆者暫且將 Hardwig 從概念上結合「關係自主」(relational autonomy) 與「以家庭為中心」的醫療倫理決策稱為「以家庭為中心的關係自主」模式。他主張病人自主不是隨心所欲的自由選擇，並將重點從「對自己負責」轉移到「對家人負責」，因此當病人在選擇自己的醫療方式時，應該謹慎地將家人的福祉考慮進去。他舉了一個例子來說明：一位患有鬱血性心臟衰竭 (CHF) 的八十七歲老太太知道其預後只有低於 50% 的機會可再存活六個月，但她非常希望能夠活下去而且選擇繼續住院接受最積極的延生治療，然而這個選擇卻可能對她的女兒造成相當大的身心與經濟負擔，此時這位老太太應該如何抉擇？(Hardwig, 1997/2000: 126) 依照 Hardwig 的看法，老太太明明知道自己預後不佳，而且繼續治療下去將會拖垮女兒，嚴重影響女兒的生活品質，如果選擇繼續積極治療，就是一個不負責任的自私決定。在這種情況下，Hardwig 認為老太太應該要為女兒著想，犧牲自己的個人利益，選擇放棄積極治療，才是一個負責任的自主決定。¹⁴

¹⁴ 在講完這個例子後，Hardwig 提出了兩個選項要我們決定，哪一個負擔較大？哪一個是我們不願意承受的負擔？(a) 在八十七歲時失去 50% 的機會存活六個月；(b) 在五十

Hardwig 將死亡義務之合理性立基於以家庭為中心的關係自主之上，強調病人對於家人或親近的重要關係人之倫理責任，進而賦予家人在醫療決策上的優先地位，並以病人對他們所帶來的負擔作為判斷其是否有死亡義務的主要原則，其背後的論證思維同時夾雜著社群主義 (Hardwig, 1997/2000: 134-135)、康德義務論 (Hardwig, 1995/2000: 63; 1997/2000: 124)，與效益主義的「利益——負擔」(benefit-burden) 計算 (Hardwig, 1997/2000: 126)，其概念的使用以及推論過程隱含著許多值得商榷之處。本文接下來僅將討論 Hardwig 對於醫療決策與家庭倫理價值的理解，至於其他未能繼續深入探究的問題則留待筆者另文處理。

三、家庭、醫療決定與死亡義務

Hardwig 強調病人對於家人的倫理責任，進而賦予家人在醫療決策上的優先地位，並以病人對他們所帶來的負擔作為判斷其是否有死亡義務的主要原則。這其實已經碰觸到臨床照護上的真實難題：我們應該如何平衡個別病人與家庭之間的權益衝突？在進行醫療決策時，若病人的利益與家庭其他成員的利益相衝突，該如何解決？尤其家庭整體的最佳利益往往並不一定是個別病人的最佳利

五歲時失去你所有的積蓄、家庭以及事業。他認為大部分人都會選 (b)，因為在五十五歲的年紀失去工作與金錢是很糟糕的，也就是說老太太的決定將會直接影響到女兒的後半輩子是否陷入經濟困窘的處境。他由此推論，老太太若在這種情況下選擇延生醫療是非常不負責任的做法，而應該要選擇放棄積極治療，即使這預示著死亡的來臨。筆者除了對於 (a) 與 (b) 兩個選項之間是否具備「利益——負擔」的可比較性存疑之外，也認為 Hardwig 逕直將選擇死亡視為唯一一個能表示對家人負責之行為決定的想法過於簡化，且落入「非此即彼」(either/or) 的思考謬誤。

益，到底誰的權益應該被優先保護？

家庭參與醫療決策是一個重要的醫學倫理主題。針對認為家人作為病人的重要關係人，其在醫療決策過程中乃扮演重要角色與地位的這個基本原則而言，大部分學者是同意的，但對於家庭或其他重要關係人究竟可以有多大程度的介入以及在利害衝突時究竟該如何取捨，則看法分歧。¹⁵ 當中有許多學者仍然採取「以病人為中心」的預設，¹⁶ 目的是為了提高個別病人的健康與照護品質。¹⁷ 然而，Hardwig 卻在“*What about the Family?*”一文中從根本上質疑此預設，並且基於正義與平等的考量，主張家庭利益可優先於病人利益，引發了廣泛的討論。

Hardwig 指出，解決家庭利害衝突問題的方式大抵有兩種，但都行不通。一是將其他家庭成員也看成病人，將問題重新界定為「病人之間」的利害衝突，但問題是其他家庭成員不一定是處在同樣生病狀態的病人。第二種方式是將整個家庭看成「一個病人」，然而這種看法似乎又太過單純與簡化，因為家庭當中的利害關係、信念與價值之間往往有非常複雜的糾葛與衝突 (Hardwig, 1990/2000:

¹⁵ R. Gilbar, 2011, “Family involvement, independence, and patient autonomy in practice,” *Medical law review* 19 (2): 198.

¹⁶ J. Blustein, 1993, “The family in medical decisionmaking,” *Hastings Center Report* 23 (3): 6-13. E. J. Cassell, 2007, “Unanswered questions: Bioethics and human relationships,” *Hastings Center Report* 37 (5): 20-23. M. G. Kuczewski, 1996, “Reconceiving the family: The process of consent in medical decisionmaking,” *Hastings Center Report* 26 (2): 30-37. J. L. Nelson, 1992, “Taking families seriously,” *Hastings Center Report* 22 (4): 6-12. H. L. Nelson and J. L. Nelson, 1995, *The patient in the family: An ethics of medicine and families* (New York: Routledge), p. 98. 李瑞全, 2008, 〈倫理諮詢理論與模式〉, 《應用倫理研究通訊》第 45 期, 頁 3-14。

¹⁷ M. Minow, 1994, “Who's the Patient,” *Md. L. Rev* 53: 1173.

30)。有鑑於此，Hardwig 進而在他一一系列的相關文章 (Hardwig, 1990; 1995; 1996; 1997) 當中試圖改變醫學倫理的基本預設，以「平等」(equality) (Hardwig, 1990/2000: 35)、「公平」(fairness) (Hardwig, 1990/2000: 29, 36; 1995/ 2000: 65)、「正義」(justice) (Hardwig, 1990/2000: 29)與「家庭正義」(family justice) (Hardwig, 1995/2000: 65)等理念作為價值基礎，從「病人優先」(patient primacy)到「公平對待家庭成員利益」(fairness to the interests of family members)，建立「以家庭為中心」的醫療決策模式，承認其他家庭成員利益在醫療決策當中的道德相關性，主張在保障病人最佳利益的同時必須公平地考量其他家庭成員的整體利益；在某些情況下當維持病人健康或延長病人生命與家屬的利益之間有衝突時，為平衡家庭的整體利益或減少家屬之犧牲，家庭成員的利益應該凌駕病人利益，違反病人最佳利益的醫療計畫是道德上可允許且必須的 (Hardwig, 1990/2000: 29-30)。尤其在病人的長期照護與巨額醫療費用壓力下，Hardwig 要求我們應該反省過去總是以病人利益為優先考慮的論述合理性，不應該認為病人有特權，而是要公平考慮病人與家人的利益，追求家庭成員的整體利益。一個擁有自主決定權的病人本身在做醫療決定時就應該將這些考慮進去，當其生病狀態已經對他所關愛的家人造成沉重負擔時，便有責任以自己的死亡來免除其負擔，成全其幸福。

Hardwig 強調家庭在醫療決策中的重要性，這個主張看起來似乎有著華人社會的家庭（族）主義 (familism) 內涵，但若仔細深究，Hardwig 所使用的權利與正義概念卻仍不脫西方個人主義範式思維，而且他對於家庭關係與價值的理解也值得商榷。此外，他強調以家庭為中心的倫理決策模式是否足以為個別病人與家庭之間的

權益衝突提出周全的解決之道？這些都有待往後更進一步的研究，此處只能先點到為止。

著名的醫學人文學者 Eric Cassell 曾說：「要如何理解家庭關係與責任，這個問題對於生命倫理學而言極具重要性，就像了解何謂擁有生命權一樣重要。」(Cassell, 2007: 22) 事實上，個人與家人或親密他者之間的倫理關係是有別於陌生人的。Hardwig 一方面將公平、正義與平等的考量引入家庭倫理，另一方面又主張死亡義務乃根源於「家庭成員之間真正的愛、親密與支持」(Hardwig, 1997/2000: 132)，這兩者之間有潛在的不一致。正如傾向於社群主義立場的 Nelson (1992) 與 Nelson and Nelson (1995) 便認為 Hardwig 所使用的權利思維並不適用於親密關係。他們也著重家庭成員或其他重要關係人在醫療決策中的角色，但其立論基礎卻非正義而是親密 (intimacy)，因為個人與家人之間存有某種比權利概念更為細緻的東西，而且家庭價值不是個別成員價值的加總，而是整個家庭共享的 (Nelson, 1992: 10)。

再者，關於病人與家庭權益之間的衝突問題，有別於 Hardwig 以家庭為中心的考量，Blustein (1993) 著眼於病人權益，認為無論是從公平 (fairness) 來立論或是社群主義的考量都無法證成對病人自主的侵害與減損，他尤其關心要如何在實務上設計一個週全的決策程序與結構來達成權利與責任的平衡，同時保障以病人為中心的重要價值與其他家庭成員的正當權利要求。而李瑞全則是以康德與儒家倫理為根基，提出「以病人為中心的倫理關係式自律」，主張「因為當事人是病人，任何相關決定或選取自然應以病人的最佳利益為首要考量」，以保障病人的個人自主為基本原則，「保障病人不致由於家庭因素或家庭權力結構而被宰制，使其應有的個人權益通

過醫護人員的監察得到終極的保障」(李瑞全, 2008: 9)。上述論點皆可與 Hardwig 以家庭為中心之自主模式相互參照, 值得深入探究。

四、結語：死亡義務在臺灣

醫療科技的高度發展似乎對於死亡的時間與方式有了更多的操控與選擇, 卻也讓我們反而不知道該如何做出一個正確的決定。本文以 Hardwig 的死亡義務作為探究的出發點, 最終是要為目前正處於高齡化與醫療照護負擔日益沉重的臺灣社會在面對死亡議題時構思一些具參考價值的論述基礎。筆者最後想在本節指出, 雖然 Hardwig 的死亡義務概念主要是針對美國的社會脈絡與健康照護體系所提出, 而且其在理論上從責任自主導出死亡決定的邏輯推論有瑕疵, 以及他使用權利與正義語言來理解家庭倫理與價值的方式亦有待商榷, 但仍對思考臺灣目前有關終末照護、是否使用維生醫療之兩難、安樂死與醫助自殺等相關議題有所助益。

在臺灣, 家庭在醫療決策中扮演重要角色。一個人生病是全家人的事。許多病人, 尤其是老年人常會乾脆將決定權交給家屬, 由子女做主, 自己不表示意見, 以維護家庭整體和諧。家屬則常常基於傳統的「孝道」, 用盡一切可能的醫療措施與資源「救到底」, 設法延長長輩的生命, 結果使得病人在生命末期不得安寧, 靠機器維生, 同時也造成家屬的身心負擔。類似這種令病人與家屬雙方都受苦的困難處境是許多學者經常討論並亟思解決的議題。¹⁸ 再者, 根

¹⁸ Hsin Hsin-Chen, 2006, "Effects of family-centered Values in Elder's end-of-life Decision

據內政部與國發會人口統計資料，截至 2014 年 6 月底，六十五歲以上人口佔總人口的 11.75%，平均約 6.3 人扶養一名六十五歲以上的老人，預估 2060 年六十五歲以上人口會增加為 39.4%，平均約 1.2 人扶養一名老人。¹⁹ 隨著高齡化趨勢，老年扶養比急遽成長，代表著家庭的照護負擔亦將逐漸加重，若不認真思考因應之道，問題只會越來越嚴重。

如前所述，Hardwig 的論述出發點與核心關懷正是擔憂（老年）病人對其家人所造成的沉重生理、心理，社會與經濟負擔，而死亡義務的提出亦無非是以提升家人的生活品質為目的。死亡義務雖然一開始聽起來會覺得很可怕，但筆者認為比較務實的做法並不是馬上先去批判這個提議不符合臺灣社會的孝道、尊老、養老等傳統家庭倫理內涵，而是看看它是否能夠為現實處境帶來具啟發性的思考。

其實關於死亡義務的想法甚至實踐，在過去的東方社會是存在的，²⁰ 不過卻被視為違逆人倫的陋習，不見容於傳統文化。Hardwig 以對於家人或親近的重要關係人之倫理責任為核心，論證病人具有保護家人的義務與責任，使得死亡成為一個病人應該做的正確決

making-Perspectives of Seniors in Taiwan and Compared to Seniors in New Zealand,”《臺灣醫學人文學刊》第 7 卷第 1、2 期，頁 179-190。楊秀儀，2004，〈救到死為止？從國際間安樂死爭議之發展評析臺灣「安寧緩和醫療條例」〉，《臺大法學論叢》第 33 卷第 3 期，頁 1-44。

¹⁹ 內政部統計處，URL=http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=8664。
(2014/07/25 瀏覽) 國家發展委員會，URL=

http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455#VCmDI_mSz0c。(2014/07/25 瀏覽)

²⁰ 日本小說與後來改編的電影《楯山節考》就深刻地描繪了日本古代某村落的「棄老」傳說。由於鄉下生活窮苦，當時漸漸形成了一個不成文規定，當老人到了七十歲，就必須由家人背到深山之中等死。

定。需要澄清的是，Hardwig 所謂的死亡義務是指一個自主病人本身出於對家人的責任感所做的決定，而不是由別人要求病人去死的義務。²¹ 在家庭關係的交織下，到底什麼才是病人的最佳利益，成為一個費解的難題。筆者同意 Hardwig 所說，並非只有（老年）病人才是受害者，在做醫療決定時把家人的照護負擔納入考量是有必要的。從 Hardwig 的觀點來看，以家庭而非以病人為中心，指的是病人利益不再總是預設 (by default) 為優先，而是有可能受到家庭整體利益的限制，況且攸關生死的醫療決定對於病人及其家庭與親近之人所帶來的影響更大，更需要審慎與通盤的考量。

臺灣社會表面上是依循著以家庭為中心的醫療倫理思維，但卻只是籠統地受限於所謂的家庭和諧或孝道文化，常導致子女不計成本救到底、使用維生醫療，而且對於安樂死與醫助自殺更是避而不談，根本沒有認真思考病人與家屬之間的權利與責任關係及其帶來的結果。筆者主張，在死亡義務概念的提示下，我們可以轉而從病人對家人的責任切入，主張一個自主病人在做醫療決定時應該考量家人所擔負的巨額醫療費用與長期照護所帶來的身心耗竭。不過這有一項重要前提：在以家庭為中心進行醫療決策時，不只是看決策的「結果」是否顧及家庭整體利益，而是在決策的「過程」中需要由病人、家庭成員與醫護團隊之間及早開啟充分相互溝通與開誠布公的討論協調，尋求病人自主與相關各造權益之間的和諧共識，共

²¹ Hardwig 在他最新的著作“Is There a Duty to Die in Europe? If Not Now, When?”中已經指出「死亡責任」(responsibility to die)是比較好的用語。J. Hardwig, 2013, “Is There a Duty to Die in Europe? If Not Now, When?” in Yvonne Denier, Chris Gastmans and Antoon Vandavelde, *Justice, Luck & Responsibility in Health Care* (Netherlands: Springer Verlag), pp. 109-126.

同在家庭會議中做出適當的決定 (Hardwig, 1990/2000: 41; 1997/2000: 128)。²² 也因此，接下來需要再努力的是，鼓勵民眾正視並思索死亡議題，並在家庭裡談論死亡，以讓個人的生死態度與自主意願能夠在醫療情境中受到真實地彰顯與尊重。

²² 關於主張醫、病、家相關各造之間動態而有效的對話關係與共融決策的概念，可參考孫效智，2012，〈安寧緩和醫療條例中的末期病患與病人自主權〉，《政治與社會哲學評論》第 41 期，頁 45-91。

參考文獻

- 李瑞全，2008，〈倫理諮詢理論與模式〉，《應用倫理研究通訊》第 45 期，頁 3-14。
- 孫效智，2012，〈安寧緩和醫療條例中的末期病患與病人自主權〉，《政治與社會哲學評論》第 41 期，頁 45-91。
- 楊秀儀，2002，〈病人，家屬，社會：論基因年代病患自主權可能發展〉，《臺大法學論叢》第 31 卷第 5 期，頁 1-31。
- 楊秀儀，2004，〈救到死為止？從國際間安樂死爭議之發展評析臺灣「安寧緩和醫療條例」〉，《臺大法學論叢》第 33 卷第 3 期，頁 1-44。
- 楊秀儀，2013，〈論病人之拒絕維生醫療權：法律理論與臨床實踐〉，《生命教育研究》第 5 卷第 1 期，頁 1-24。
- Ackerman, F., 2000, "For Now Have I My Death: The "Duty to Die" versus the Duty to Help the Ill Stay Alive," *Midwest Studies in Philosophy* 24 (1): 172-185.
- Battin, M. P., 1987, "Age rationing and the just distribution of health care: Is there a duty to die?" *Ethics* 97 (2): 317-340.
- Battin, M. P., 2000, "Global Life Expectancies and the Duty to Die," in *Is There a Duty to die?*, edited by J. M. Humber and R. F. Almeder, Totowa, NJ: Humana Press, 1-21.
- Blustein, J., 1993, "The family in medical decisionmaking," *Hastings Center Report* 23 (3): 6-13.
- Callahan, D., 1985, "What do children owe elderly parents?" *Hastings*

- Center Report* 15 (2): 32-37.
- Callahan, D., 1987, *Setting Limits: Medical goals in an aging society*, New York: Simon and Schuster.
- Cassell, E. J., 2007, "Unanswered questions: Bioethics and human relationships," *Hastings Center Report* 37 (5): 20-23.
- Cholbi, M., 2010, "The Duty to Die and the Burdensomeness of Living," *Bioethics* 24 (8): 412-420.
- Churchill, L. R. and Callahan, D. and Linehan, E. A. and Thal, A. E. and Graves, F. A. and Prendergast, A. V. and Flory, D. G. and Hardwig, J., 1997, "To die or not to die," *The Hastings Center Report* 27 (6): 4-7.
- Corlett, J. A., 2001, "Is there a moral duty to die?" *Health Care Analysis* 9 (1): 41-63.
- Cooley, D. R., 2007, "Kantian moral duty for the soon-to-be demented to commit suicide," *The American Journal of Bioethics* 7 (6): 37-44.
- Fan, R., 2007, "Which Care? Whose Responsibility? And Why Family? A Confucian Account of Long-Term Care for the Elderly," *Journal of Medicine and Philosophy* 32 (5): 495-517.
- Gilbar, R., 2011, "Family involvement, independence, and patient autonomy in practice," *Medical law review* 19 (2): 192-234.
- Glover, J. J., 1994, "Should Families Make Health Care Decisions," *Md. L. Rev* 53: 1158.
- Gunderson, M., 2004, "Being a burden: reflections on refusing medical care," *Hastings Center Report* 34 (5): 37-43.
- Hardwig, J., 1990, "What about the Family?" *Hastings Center Report* 20

(2): 5-10.

Hardwig, J., 1995, "SUPPORT and the Invisible Family," Special Supplement, *Hastings Center Report* 25 (6): 23-25.

Hardwig, J., 1996, "Dying the Right Time: Reflections on (Un) assisted Suicide," in LaFollette, H., ed., *Ethics in Practice*, Blackwell, pp. 53-65.

Hardwig, J., 1997, "Is There a Duty to Die?," *Hastings Center Report* 27 (2):34-42.

Hardwig, J., and Hentoff, N., 2000, *Is There a Duty to Die? and Other Essays in Bioethics*, New York: Routledge.

Hardwig, J., 2013, "Is There a Duty to Die in Europe? If Not Now, When?" in Denier, Yvonne and Gastmans, Chris and Vandeveld, Antoon, *Justice, Luck & Responsibility in Health Care*, Netherlands: Springer Verlag, pp. 109-126.

Hattori, K., 2003, "East Asian Family and Biomedical Ethics," in Sang-Yong, Song and Young-Mo, Koo and R. J. Macer, Darryl, *Asian Bioethics in the 21st Century*, New Zealand: Eubios Ethics Institute, pp. 229-231.

Hsin-Chen, Hsin, 2006, "Effects of family-centered Values in Elder's end-of-life Decision making-Perspectives of Seniors in Taiwan and Compared to Seniors in New Zealand," 《臺灣醫學人文學刊》第 7 卷第 1、2 期，頁 179-190。

Humber, J. M. and Almeder, R. F., eds., 2000, *Is there a duty to die?* Totowa, NJ: Humana Press.

Jecker, N. S., 1993, "Being a burden on others," *The Journal of clinical*

- ethics* 4 (1): 16-20.
- Kuczewski, M. G., 1996, "Reconceiving the family: The process of consent in medical decisionmaking," *Hastings Center Report* 26 (2): 30-37.
- Levvis, G. W. and Levvis, M. M., 2012, "Why There Is No Duty To Die" *Torrington Articles Paper* 5.
- Levine, C. and Zuckerman, C., 2000, "Hands on/hands off: Why health care professionals depend on families but keep them at arm's length. The Journal of Law," *Medicine & Ethics* 28 (1): 5-18.
- Loewy, E. H. and Loewy, R. S., 1999, "Lebensunwertes Leben and the obligation to die: does the obligation to die rest on a misunderstanding of community?" *Health Care Analysis* 7 (1): 23-36.
- Macadam, J., 2008, "A duty to die?" *Life and Work* 2008: 23-5.
- Minow, M., 1994, "Who's the Patient," *Md. L. Rev* 53: 1173.
- Mappes, T. A. and Zembaty, J. S., 1994, "Patient choices, family interests, and physician obligations," *Kennedy Institute of Ethics Journal* 4 (1): 27-46.
- Malpas, P. J., 2009, "Do those afflicted with dementia have a moral duty to die? A response to Baroness Warnock," *Journal of the New Zealand Medical Association* 122: 1296.
- Nelson, J. L., 1992, "Taking families seriously," *Hastings Center Report* 22 (4): 6-12.
- Nelson, H. L. and Nelson, J. L., 1995, *The patient in the family: An ethics of medicine and families*, New York: Routledge, p. 98.
- Seay, G., 2002, "Can There Be a Duty to Die without a Normative Theory?" *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 11 (3): 266-272.

Slowther, A. M., 2006, "The role of the family in patient care," *Clinical Ethics* 1 (4): 191-193.

Strong, C., 1993, "Patients Should Not Always Come First in Treatment Decisions," *Journal of Clinical Ethics* 4 (1): 63-65.

Veatch, R. M., 2001, "The role of the patient and the family in deciding to forgoing life-support: Eastern and Western perspectives," *Formosan Journal of Medical Humanities* 2 (1-2): 3-17.

Warnock, M., 2008, "A duty to die?" *Omsorg*: 3-5.

倫理、敘事與美好生活的追求

林慧如*

摘要

醫學倫理不是倫理學在醫學領域的應用，而是一跨專業學門。無關情境因素的倫理原則與欠缺倫理感受的專業知識都無法指導臨床倫理決策。臨床倫理的癥結存在於情境的個殊性中，因此，經由許多跨專業的具體個案討論，遠比集中學習專業倫理原則更能掌握複雜的臨床倫理。

在醫學倫理教育中推展敘事是一種賦能的策略，目的是讓醫療專業人員擺脫專業科技思維的宰制，思考切身的真實處境以追求美好的生活。

關鍵詞：臨床倫理、敘事倫理、醫學教育、現象學

* 高雄醫學大學人文社會科學院副教授。
E-mail: hjlin@kmu.edu.tw

Ethics, Narrative and the Pursuit of a Favorable Life

Hui-Ju Lin^{*}

Abstract

Essentially, medical ethics is not just the application of ethical theory to the medical field, but an inter-professional discipline. For those who are familiar with ethics principle but strange to concrete understanding of clinical situations, and for those who have professional knowledge but without ethics sensitivities, they will be incapable of making best clinical decision. Because the complexities of clinical ethics exist most of all in different and individual situation, therefore, in comparison with focusing on the professional ethics principles, the inter-professional discussion will be a better way to approach the complicated clinical ethics.

We promote the education for narrative medical ethics because it will be a useful tactics for empowerment, which can let medical professionals be free from the inflexible and over-professional thinking, and let them think about their real existential situation in order to pursue a favorable life.

Keywords: Clinical Ethics, Narrative Ethics, Medical Education, Phenomenology

^{*} Associate Professor, College of Humanities and Social Sciences, Kaohsiung Medical University.
E-mail: hjlin@kmu.edu.tw

倫理、敘事與美好生活的追求*

林慧如

前言

2005 年我進入醫學大學，開始了哲學研究後的第一份工作，甚至接觸到醫院的教育訓練。就像個誤入叢林的人類學家，僅能就著簡易配備摸索陌生地貌，跌撞數年才有了些許方向感。李察詹納博士在《醫院裡的哲學家》描述的臨床初體驗情節，很能說明哲學家初到臨床的窘境。

作為一個臨床的外來者，哲學家應該以甚麼角度談論醫學倫理？有一種想法認為醫學倫理是一種「應用倫理學」，一種倫理學理論的應用，認為同樣學理套用在各實務領域即可形成不同專業倫理的理論。更多人則試圖把醫療拉到崇高的道德層次，認為醫師的道德應超越於一般人，因此醫療人員應能「視病猶親」、「先學做人再學作醫生」。但是這些想法均無視醫療的實際處境：以「倫理」之名來指導其他專業，實則是傲慢而不倫理。

醫院是一塊吸附痛苦的大磁石，醫院裡的倫理是真實而沈重

* 本文初稿曾口頭發表於「哲學、友愛與美好生活的追求——陳文團教授榮休學術研討會」，桃園：中原大學，2014 年 1 月 11 日。

的，相形之下學院式倫理學就像是一種清談，或純粹智性的鍛鍊。

醫學人類學家凱博文 (Arthur Kleinman) 在《談病說痛》中提到，不論是身體、心理或情感上的苦痛，都可能是一個人生命中最脆弱的時刻，而在黑暗時刻中唯有同情、理解、陪伴和傾聽，才可能緩解生命傷痛甚至推動心靈療癒。《道德的重量》中更指出：生活在價值混亂的年代，人類隨時都可能遭遇人性的艱難挑戰；既是無所逃於天地之間，我們的倫理選擇或許將是自己最真實的價值定位。

倫理學本身是有重量的，在醫療體系瀕臨崩壞的當今，「醫學倫理」必須回到醫療世界的真實脈絡裡，才能找到療癒痛苦的解方。

一、失落的傳承

醫療倫理如何養成？徵諸於史，臺灣的醫療體系來自多元源流：包括漢醫系統、教會醫療、日治時期及民國時期醫療……等，醫療倫理觀念也隨時代精神演變而有所變遷。儘管各體系特色不同，但是直到幾個世代前，醫學教育作為「人性化醫療的傳承過程」，都仍維持以師徒傳承的綿密過程，傳遞醫學倫理的核心價值。¹

關於師徒傳承，可從前輩醫師分享的一則故事窺見其內涵：當年其祖父負笈至中國大陸拜師學（中）醫，十八年的求學歲月中，一開始的前六年裡淨是從事無關醫療的勞役工作，師傅甚至會安排情境測試學徒是否正直，是否「手腳乾淨」……，直到舉止應對完全得到認可，師傅才允許其入門學習。至於入門後是否傳授真功夫，這還得看學徒表現何時能得到先生悅納。在這個故事裡我們看見：

¹ 余玉眉，2003，《臺灣醫療道德之演變》（臺北：國家衛生研究院）。

兩三個世代之前醫學倫理不僅是與醫學教育並行教授的，它甚至構成門檻：如品格操守不被先生認可，人根本無從學習醫療的技藝。

臺灣醫療直到民國時期都仍保持前述師徒傳授與床邊教學的教育風氣，然而自 1910 年美國 Flexner report 引導全球醫學教育改革之後，醫學教育不斷朝向學術化發展，並一致遵循著由基礎醫學至臨床醫學循序教育的架構。直到今天，不僅醫學研究成為一種高度專業化的知識，醫學倫理也因應生物醫學新知而逐步擴展，成為一門新興的學問。過去「人性化醫療的傳承過程」也逐漸轉型，著重「醫學知識與技能的傳遞」。尤其 1980 年代之後，隨著社會及醫療環境的變動、生醫技術與資訊的躍進，以及醫療體系的擴大與複雜化……，這些科技與社會的巨變加速了醫療本質的改變，同時更加劇了「醫學倫理上的難題」。²

除了社會環境變遷外，醫學教育本身的改革（學術化）也造成醫學倫理的另一種難題：在區分基礎學科／臨床教育的架構中，醫學倫理教育必須被安排在哪個階段？理論與實務的教育如何能無縫接軌？醫療倫理究竟是一種知識或一項技藝？這些問題表達了當代醫學教育中實然／應然的分裂問題。現今醫教界大力疾呼「醫學人文教育」及「醫學倫理教育」的重要性，或許正反映著醫界對這一失落傳承的鄉愁。

二、學院與臨床的醫學倫理——鴻溝的彼岸

「醫學倫理」是一個跨專業的學門：一方面「倫理學」本身已

² 謝博生，1997，《醫學教育——理念與實務》（臺北：臺大醫學院），頁 11-13。

有二千餘年的精彩發展；另一方面，現今廣義的「醫學」領域已分化為眾多專業：如醫學、護理、藥學、職能治療、呼吸治療……等，並各有不同的專業守則。因此，1960 年代開始蓬勃發展的「醫學倫理」至今未有清楚的研究邊界。再加上前文提及的，醫學教育改革後基礎與臨床教育的切分，學院與臨床的醫學倫理更開始漸行漸遠。

首先，在學術領域發展出學院式「醫學倫理」：它以合乎邏輯的原則為推論方法，以定義良好的議題為問題形式。這種型態的教育探討特定倫理議題時，傾向得出相對固定的信念，以及相對標準的答案。

然而在臨床承擔職責的，卻是各憑本事的實務專家：他們多半面臨「定義不良的問題」，必須從經驗中淬煉出因果推論，而這種實務學習得到的，是相對可協商的信念，以及彈性建構的答案。儘管這種倫理的技藝才是臨床實務真正的需求，但是，由於任務導向不同，醫學倫理的研究本身也形成另一種專業。

作為一門學科，「醫學倫理」研究及教育的場所究竟應該在醫院或學校？在美國第一波醫學教育改革思潮推動下，大學成為醫學教育的主要場所，這種改變一般被認為是醫學教育品質的提升。然而二次大戰之後各國政府積極鼓勵醫學科學與技術研究，人文教育與床邊教學相對縮減，「醫學倫理」這類需要整合實務與理論的學科，卻在專業分化及資源排擠下日益疏離，學院中發展的理論益發難以應用在臨床實務中。這導致現今的醫學倫理發展不論在學校與醫院、學術與臨床，甚至理論與實務間，無處不存在著缺口。就好像笛卡兒的「我思」與「我在」，原本統一的一體兩面，分化之後便再也找不回原有的統一性。

三、臨床倫理的過程

當代醫療專業的核心倫理價值，主要表現在發展專業倫理守則，以及建立執業倫理指引，³ 因此學院式醫學倫理著重於探究倫理理論、原則、議題與推論。然而對臨床實務而言，這些學理研究多少都錯置了焦點：如僅關注倫理原則與推論，每則案例都經簡化而將行動者置入不可逃避的兩難中，這種作法排除了倫理的討論空間，萎縮了個人的想像能力，模糊了臨床中最重要的行動目標。

在真正的臨床行動中，倫理問題往往不只是單一線性的邏輯發展，無論議題辨識、倫理推論、決策到付諸實踐，其間每一環節都必須經過「現實因素」的權衡。臨床的動態持續過程，乃因著醫療提供者、病人及家屬的相遇情境而展開；因此臨床倫理的「議題」其實是因人、因情境而變動的。每位實際病人的情況、年齡、家庭關係、與醫病互動等情況，所有「個別因素」都影響著事件的發展。這些不可抹滅的個別性都是抽象式「臨床倫理議題」無法觸及的現實因素。

傅柯曾提出：知識、權力及倫理，是現代人建立主體的三軸線。⁴ 在臨床中恰有不同角色能代表臨床倫理這三個面向：資深醫療同儕（知識）、行政主管（權力）以及倫理諮商師（倫理）。醫療專業遭遇倫理困境時最常求助於資深前輩，因為同儕有較多默會知識；但也可能因相同的專業偏見和角色限制而有相同的盲點。而倫理委員會或行政主管或許能直指有效方案；但在緊湊的臨床實務中

³ 蔡甫昌、謝博生，2003，〈醫師專業精神與醫療組織倫理〉，《臺灣醫學》第7卷第4期，頁587-601。

⁴ Michel Foucault, "What is Enlightenment?" in *Ethics: Subjectivity and Truth*, edited by Paul Rabinow (New York: The New Press, 1997), pp. 303-319.

卻難達及時溝通的時效。至於倫理專業的倫理諮商師，除非有醫療體制的認可，否則在臨床中根本不被授與專業的角色及權力。

從臨床倫理的多頭權威可見醫學倫理脈絡的複雜性，單憑學理推論或實務經驗都難以解開真實情境的難題。醫學倫理不是一種「應用倫理學」，因為它牽涉個別情境的豐富性、情感性、衝突性、矛盾性，無法用抽象原則以歸類，不能被工具理性所預期。從醫學倫理的分裂性也可見醫療人員困難的實務處境。

四、尋找橋樑——現象學的嘗試

在 2006-2008 連續三年參與衛生署補助臨床倫理諮商計畫中，我們曾引進李察詹納博士倫理諮商模式，⁵ 進行密集的臨床倫理討論。當時國內既有許多臨床倫理分析工具，如四主題法、原則主義、抉疑論……等。但是討論會中我們看到醫療同仁對於倫理討論的困惑：在當時的討論會中，最常出現的敘事型態首推醫療記錄式案例，而許多令人印象深刻的故事情節往往僅有斷簡殘篇，這個現象一方面說明了既有的倫理工具無法承載臨床經驗，另一方面說明了現象學觀察在臨床倫理中的重要性。

真實案例既不標準也非經典，甚至充斥不合理性。一個真實的案例可能同時牽涉了臨床倫理、職業倫理、社會議題，甚至醫療法律等各層面的問題。急於做出判斷總會忽略重要細節，造成不可逆的遺憾。但越是訓練有素的醫療人員，卻越容易陷入議題分類的謬

⁵ Dr. Richard M. Zaner 為美國凡德比大學醫學中心臨床倫理研究中心 (the Center for Clinical and Research Ethics at Vanderbilt University Medical Center) 創辦人，是美國醫學臨床倫理諮商的重要開創者之一。

誤，抽象式的推論是臨床倫理討論最大的盲點。

分析國內醫學倫理案例書寫，可見醫療記錄格式深深影響專業人員觀察的角度：由於醫療紀錄只著重醫療病史及診斷治療之描述，長久以來逐漸造成一種特殊的觀察限制，將自身在臨床的感受與評價全數「放入括弧」，緊守這種醫療視角會削弱臨床觀察及敘事表達的能力，坊間可見許多醫療倫理教案都呈現這樣的問題。

真實案例的不合理性只是本土文化特質嗎？倫理技藝可能從原則學習裡獲得嗎？從當時的這些問題出發，我們認為醫療人員迫切需要一種觀察方法，以擺脫前見干擾，直接進入事實本身。臨床倫理工作坊的指導原則是：描述先於判斷，這正是現象學方法的核心。由於未經簡化過的事實必然是不精確的，我們發現解放醫學倫理思考的第一步，就是喚起人們接受事實本然的複雜性。

五、回到事實、走向底層

對於許多習於實證科學訓練的醫療專業而言，直接實在論 (realism) 的事實信念與符應論 (the correspondence theory) 的真理觀常支配著其對事實的認知，如此，現象學方法固然有助破除臨床中的專業成見，卻更容易被誤解為研究觀察的解圍神明：以為現象學是保障達到事實的一種「研究法」，藉由操作正確方法排除成見，爾後便一勞永逸地直達事實的本質。⁶ 然而，「事實」是什麼並不只

⁶ 在《歐洲科學危機和超越現象學》中，胡塞爾指出「嚴格的科學性要求研究者必須小心排除一切做出價值判斷的立場，排除一切對作為研究對象的人及其文化構造是理性還是非理性的探問」，這演變為一種盲目信仰「普遍科學」(science in general) 的危機。Husserl, E., 1992, 張慶熊(譯), 《歐洲科學危機和超越現象學》(臺北: 桂冠書局)。

是知識論的問題，倫理學裡的「事實」更牽涉到「感受性」的問題。

在倫理案例書寫的工作坊上，許多學員對於故事書寫最大的疑慮都是自己書寫的故事是否足夠「客觀」？是否僅是個人觀感的片面之辭？其實真正的臨床倫理爭議只出現在實際的情境脈絡中，不同參與者面對同一情境原本就應有不同的感受，從這些感受性出發所造成的理解歧異，才是問題的癥結所在。簡化的案例直接忽略了這些癥結的起因而強行討論倫理正確性，而直接實在論的研究者則可能急於把紛雜脈絡的事件補齊，就好像將拼圖碎片拼湊完整，事實（最後真相）就會自動呈現。這種知識的成見抹煞了人們對倫理感受性的關照與表達。也為此我們的醫學倫理教育選擇採取「敘事」(narrative) 作為另一道策略：希望藉由故事來到情境，進而展現情境之中的倫理底蘊。

在〈藝術作品的起源〉⁷ 中，海德格曾提到藝術作品中展現的真理是一種動態生發過程，海德格名之為湧現。例如巍峨壯觀的希臘神廟，由神廟作品本身的物質因素（拱門長柱）、環境烘托（矗立海畔與巨岩間）、歷史文化（傳誦千古的希臘史詩）等等諸種關聯一時並呈，才能在千百年後仍為後世觀賞者帶來神聖性感受。這種現象學或詮釋學的真理觀迥異於符應論的抽象真理信念，強調真理和我們的理解、感受、甚至歷史文化等各種因素息息相關。

如果在數百年的「普遍科學」信念的洗禮之後，我們能重新檢視生活世界裡事實與意義間的關連性，能接納理解、感受、歷史與文化等各種脈絡，能認可迂迴、片段、偶然，甚至想像等皆為合

⁷ Martin Heidegger, "Der Ursprung des Kunstwerkes," Im Gesamtausgabe Band 5, 2003, Holzwege, (Klostermann: Frankfurt am Main), SS. 1-74.

法，那麼這種真理觀會提醒我們，在倫理學的呼籲下，理性應有其無可踰越的分際。

六、倫理、敘事與美好生活的追求

哲學家作為一個臨床的外來者，應站在甚麼角度談論醫學倫理？經過這些年在醫學院校的活動，結識一些認真探索臨床倫理的師長，甚至有幸參與醫師朋友主持多年的跨專業醫學倫理讀書會，我開始把這「誤入歧途」的旅程定位為一場「錫蘭式邂逅」(serendipity)。⁸

在醫院的醫學倫理讀書會上，有臨床各職類與職級的種子學員定期聚會討論，甚至有主任檢察官、律師、倫理教師，以及媒體記者等關心醫學倫理發展的各界人士熱情參與。我們發現臨床有許多「眉角」是局外人無法論斷的。一個從未接觸醫療業務的法律或倫理教師，如果單憑自己領域的學識來評斷案例，往往做出訴諸無知的各種謬判，也因此容易有「恐龍法官」、「嗜血媒體」等歪曲放大的醫療社會事件，加速破壞醫病之間的信賴關係。

倫理學的初衷原本就在於關心自我與關心他人。在這個典範崩解、價值錯亂的年代，如果我們不從生活世界出發關心切身的幸福問題，如果我們只尋例行公事依法行政，那麼，面對瞬息萬變的醫療科技與社會發展，醫療環境的未來是朝不保夕的。所幸有這樣多

⁸ 典故出自一段關於錫蘭三王子的歷險傳說，大意是偶然、機會、與智慧的結合，也有譯作「偶發力」。參見 ChloeYC Ouyang, 2011, 〈最美麗的英文字 Serendipity 翻譯者最不想碰的難題〉, French Country Cottage, URL=<http://chloeyachun.blogspot.tw/2011/11/serendipity.html> (2014/8/4 瀏覽)。

秉持醫者良心的朋友，在體質惡劣的醫療環境下仍願意努力探索倫理的行動策略。作為倫理的主體，我們該怎樣思考、怎樣行動，這些都需在每個具體的案例討論中逐步琢磨與切磋，才能練就每個人所特有的倫理技藝。作為一個哲學人，在醫學倫理討論中我把自己定位為醫療同仁的朋友，敘事是一種賦能的策略，為的是讓醫療專業人員擺脫現代科技思維的宰制，思考自己切身的處境以追求美好的生活。

參考文獻

- 李察·詹納 (Richard M. Zaner), 2001, 譚家瑜 (譯), 《醫院裡的哲學家》, 臺北: 心靈工坊。
- 李察·詹納 (Richard M. Zaner), 2004, 蔡錚雲、龔卓軍 (譯), 《醫院裡的危機時刻》, 臺北: 心靈工坊。
- 胡賽爾 (Husserl, E.), 1992, 張慶熊 (譯), 《歐洲科學危機和超越現象學》, 臺北: 桂冠圖書。
- 凱博文 (Arthur Kleinman), 1994, 陳新綠 (譯), 《談病說痛: 人類的受苦經驗與痊癒之道》, 臺北: 桂冠圖書。
- 凱博文 (Arthur Kleinman), 2007, 劉嘉雯、魯宓 (譯), 《道德的重量: 不安年代中的希望與救贖》, 臺北: 心靈工坊。
- 蔡甫昌、謝博生, 2003, 〈醫師專業精神與醫療組織倫理〉, 《臺灣醫學》第7卷第4期, 頁587-601。
- 謝博生, 1997, 《醫學教育——理念與實務》, 臺北: 臺大醫學院。
- Foucault, Michel, 1997, "What is Enlightenment?" in *Ethics: Subjectivity and Truth*, Rabinow, Paul, New York: The New Press, pp. 303-319.
- Heidegger, Martin, 2003, "Der Ursprung des Kunstwerkes," Im Gesamtausgabe Band 5, *Holzwege*, Klostermann: Frankfurt am Main, SS.1-74.
- Zaner, Richard M., 1994, *Troubled Voices: Stories of Ethics & Illness*, Cleveland: Pilgrim Press, The/United Church Press.

從納斯邦、丹尼爾斯之健康照護需求 觀點論長期照護之實踐與挑戰

蕭玉霜*

摘要

老化是生命過程的實然面貌，您、我都會老；不過，活得老，卻不一定活得好。我們還有選擇的機會嗎？這是攸關生存公義的重要問題，是我們應當思惟的課題。首先，老化伴隨著失能，我們必須關切他們的健康照護需求是什麼？然後，才知道如何滿足他們的照顧；其次，誰應該滿足這些需求？如何來滿足他們的需求，是家庭或者是政府應該承擔的責任。再來，我們應當追尋老人照顧與期待是否存在落差，如果有落差那麼因素是什麼，應該如何解決。本文企圖檢討這些問題，並前往日本實地考察，探討究竟失能的老人是否仍享有生命的尊嚴與幸福人生的機會，以提出建置長期照護服務之具體建議。

關鍵詞：納斯邦、丹尼爾斯、健康照護需求、長期照護

* 國立中央大學哲學所博士班研究生，彰濱秀傳紀念醫院營運中心專員。
Email: syh2271766@gmail.com

Challenge and Practice of Long-term Care – Based on Nussbaum's & Daniel's View of Health Care Needs

Yu-Shuang Hsiao*

Abstract

Ageing is an unavoidable process in human life. Everybody including you and me is getting older. However, to live longer does not mean to live well. Do we still have opportunities to choose the way we would like to live? This is a significant issue related to existence integrity and what we should think about. First, ageing sometimes accompanies disabilities. We have to be concerned about what the health care needs of the elderly are, and then know how to meet their demand. Second, who should offer the demand? How could their demand be satisfied? Whose responsibility is it, family's or government's? Next, we should explore the discrepancies between the actual care and anticipative care of the elderly with disabilities and reasons of these discrepancies, and find the way to solve the problems. This study is to discuss above-mentioned issues, for which we had some observations in Japan in order to explore whether the elderly with disabilities can have opportunities to have the dignity and welfare of life and to provide practical suggestions in establishing long-term care services.

Keywords: Nussbaum, Daniels, Health care of need, Long-term Care

* PhD student, Graduate Institute of Philosophy, National Central University. RN, Administrator, Management Center, Chang Bing Show Chwan Memorial Hospital.
Email: syh2271766@gmail.com

從納斯邦、丹尼爾斯之健康照護需求 觀點論長期照護之實踐與挑戰

蕭玉霜

前言

「天壽喔！放開我……，我要喝水……，我要小便……。」

八十三歲的林太太罹患高血壓、氣喘、慢性肺阻塞症候群等慢性疾病，近期因肺炎使用呼吸器入住加護病房；出院後因家中無人力、合適的環境、設備及照護能力，家屬徵得林太太同意入住長照中心三天了，每天被約束在床上喊得聲嘶力竭。¹ 這樣的場景，就在您、我的周遭，您是否聽過、看過。儼然，歲月不僅會將黑髮變成白髮，生命的價值似乎也隨著衰老而質變。難道老了，行動不便，就要在床上、醫院間度過餘生，然後孤獨，並且喪失生命尊嚴與自由意志的終老一生？換言之，在家安養的老人就能活出自由與尊嚴嗎；如果林太太採取居家自行照顧，就可以避免此遭遇嗎？2011年4月的社會事件，「王老先生以螺絲起子，釘入其病妻頭部

¹ 臺灣老人機構分為安養型、長照型、養護型。該長照中心，政府評鑑合格環境佳的入住；每月收費26000元，照顧對象為生活自理能力缺損之老人。

致死。他長期照顧病妻，自己也為憂鬱症所苦，決定幫王太太解決病痛。」²

對照上述兩個案例，其實指向同樣的質問：首先，老化伴隨著失能，到底失能老人有何健康照護需求，誰應該滿足老人的這些健康照護需求？為什麼該滿足他們這些需求，是家庭或者是政府應該承擔的責任；其次，在何處安養的決策中，失能老人參與的角色與程度為何；其需求、感受及期待是否受到重視與滿足。這是攸關生存公義的重要問題，也是我們應當思惟的課題。基於這些問題的關懷，本文將以健康照護需求之文獻考察，進而對照日本介護實地見習經驗，並進行臺灣長照現況之檢驗；以確認長期照護服務之問題，提出臺灣建置具體之建議。

一、健康照護需求 (Health care of need) 的涵義

為了提供長期照護之倫理基礎，以作為老人照顧之指導原則，社會世界衛生組織於 2002 年委託丹尼爾斯 (Norman Daniels)、納斯邦 (Martha Nussbaum)……等哲學家，進行長期照護倫理基礎的研究。以下以這二位學者的觀點討論健康照護需求是什麼，在什麼情況下健康狀態會改變。

(一) 丹尼爾斯之健康照護需求

關於健康照護需求是什麼，美國學者丹尼爾斯 (Norman Daniels)³

² 中廣新聞，2011，〈釘妻案判 9 年，王敬熙喊為什麼不是死刑〉，臺灣性別人權協會，URL=http://gsrat.net/news/newsclipDetail.php?ncdata_id=6940 (2014/02/23 瀏覽)。

³ 美國學者丹尼爾斯關懷健康照護正義的議題，並於 1985 年出版 *Just Health: Meeting*

指出：

健康照護需求即是我們為了維護、恢復正常的物種功能（因性別及年齡而有區分），或者為了提供與正常物種功能相同功能的事物（如果可能的話）所需要的那些東西。⁴

進言之，關於滿足健康照護需求的對象涵蓋所有性別及年齡的人，不過因性別及年齡不同有其相應之需求。那麼健康照護需求的要素是什麼？其內容包括對身體機能有益的相關事、物，以利於身體功能之正常運作。為了界定健康具體的需求，丹尼爾斯亦具體列舉如下：⁵

1. 充足的管養。
2. 衛生、安全及未受污染的居住及工作環境。
3. 運動、休息及重要的生活習慣，如安全性行為及避免藥物濫用。
4. 預防性、治療性、復健性以及補償性的個人醫療服務（或設施）。
5. 個人及社會所支援的非醫療服務。
6. 其他決定健康的社會因素之適當分配。

他將上述第 1、2、3、6 項等需求，歸類為跨部門的公共衛生 (intersectoral public health) 服務，並指出這些服務必須是政府政策與

Health Needs Fairly, 其理論持續接受學者的批評、檢討與深化，2008 年修正出版 *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, 他在羅爾斯社會正義的基礎上擴展其核心理論，不過指出羅爾斯假定的社會成員為健康狀態，忽略實際生活世界中殘疾人士的正義。故主張個體在各種社會善上，應取得平等的機會；因為健康或疾病將影響個體取得社會資源的機會；所以，提供個體在醫療照護上平等的機會，是正義的社會所必須具備之條件。Norman Daniels, 2008, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly* (New York: Cambridge University Press), pp. xviii, 22.

⁴ Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, pp. xviii, 22, 34.

⁵ Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, pp. 34-35.

執行單位，共同合作始得完成的範圍。該服務提供健康教育，並協助個人建立健康的生活習慣與態度，就如同臺灣的衛生所、健康營造中心、環保局……等，以及空氣、水、食物、藥物、環境安全檢測。而第 4 項需求，泛指醫療院所等，所提供的健康檢查與醫療服務；第 5 項需求，則包括了各種協助，或輔助失能人士參與生產和合作的活動等相關的政策、措施、與福利資源，例如收容植物人的創世基金會、慢性疾病病人由醫師和護理師進行的居家醫療照護等；在這裡必須特別說明第 6 項需求，丹尼爾斯指稱此項需求即為羅爾斯所說的各種社會基本善，包括了政治參與權、享有教育及廣泛的公共衛生、醫療及社會支援的服務等。他認為上述需求項目是否滿足，將影響身體功能之正常運作，所以應該給予滿足，以減少因社會經濟地位上的不平等，所造成的健康上的不平等。⁶

綜上所述：丹尼爾斯主張各物種的自然功能則會隨著不同的年齡層、性別等有所變化；因此，在維持正常的物種功能 (normal species functioning) 有所需要滿足的健康照護需求，對於這一類需求他也有深入的考察，說明如下：

需求在客觀上是可以被歸類的，假設我們可以限定出物種典型功能 (species-typical functioning) 的概念，對於這些應該被滿足的需求亦應有廣泛的共識……，正常功能的損害時，我們部分能力 (capabilities) 也隨之減少；將減少個體建構其人生規劃 (life

⁶ Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, pp. 84-92. Norman Daniels, 2002, "Justice and Long-Term Care: Need We Abandon Social Contract Theory?" WHO, Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require? Website, URL=http://www.who.int/mediacentre/news/notes/ethical_choices.pdf. (p.71, 2011/5/23 瀏覽)

plans) 及價值觀 (conceptions of good) 的機會範圍。⁷

意即是，當個體擁有正常功能時，便可以建構其人生規劃及價值觀的機會範圍；不過正常功能損害時，個體的部分能力也隨之減少，並因而損害建構其人生規劃及價值觀的機會和範圍。因為社會正義應保證個體擁有公平競爭的機會，維持個人之正常功能，是正義的社會的必要條件，所以，健康照護需求 (health-care needs) 有其特殊重要性，並具有道德性地位，其論證如下：⁸

1. 因為滿足健康的需求可促進健康 (或者正常功能)，而且因為健康有助於保障公平競爭機會，所以滿足健康的需求保障了公平競爭機會。
2. 因為羅爾斯的公義即公平理論要求保障機會，而其他重要的分配公義的進路亦有同樣的要求，所以對公義的說明，都說明滿足健康的需求有其特殊的重要性。

進言之，健康的範圍規範在物種的自然功能，並且把物種的自然功能延伸到人的社會功能，不但避免陷入需求和偏好的爭論，也把人生的發展機會連結到健康的需求，從而為公義的健康照護需求理論構築了公義的倫理基礎。因為改善健康條件，可以使個體獲得與其他人一樣得到真正同等與公平的機會；而且能夠讓個人達到正常功能運作，進而參與社會中的公平競爭；所以保障與實現改善健康條件的平等，是社會應該提供的公平公義。畢竟在社會上存在著

⁷ Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, pp. 26-27.

⁸ Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, p. 22. 丹尼爾斯指出與他較早期的著作《Just Health Care》，稍有不同的論證策略，以解釋健康之特殊的重要性。

不是由當事人所造成的不幸或不平等，例如天生的智力、體能、家庭背景、學校制度、疾病與失能，以及由此所產生的不公平地位與正常功能傷害等；這些的「健康狀態」可能造成個體正常功能發展的機會受到限制，進而影響其基本社會財 (social goods) 之多寡與社會地位，而且也會間接影響家中其他成員的正常功能發展機會。

當個人因罹患疾病時，可能會喪失正常生活的機會；此時醫療照護之滿足，對於健康照護需求來說，便成為創造個人的善 (personal goods)。讓個人有機會實踐他的人生計畫，可以保障民眾自由和平等的基本權利；社會提供個人醫療照護 (medical care) 的需求，和提供其它基本財 (primary goods) 一樣，都是滿足自由平等公民基本需求的基本權利。前述基本權利為羅爾斯「正義論」的理論核心，基於「社會制度的首要價值是正義」，主張正義的社會應提供個體疾病治療，使其能夠回復正常生活，得以獲得公平的機會實踐他的人生計畫。丹尼爾斯由此理論基礎擴展，發展**健康照護公義**的理論，以滿足健康照護需求照顧有疾病或殘缺的人。因為，當糾正上述的不公義狀況，並可透過差異原則調整資源分配，使最不利的弱勢者獲得資源；所以讓個人能透過滿足健康照護需求，排除阻礙個人公平均等機會的自然因素，可以保障其「公平均等競爭的機會」。關於正義論的擴展，羅爾斯曾於《作為公平的正義》一書中表示讚同。⁹

丹尼爾斯更進一步主張，政府提出健康政策與健康系統之設計如果符合正義，就能達到公平 (equity)、效率 (efficiency)、可問責

⁹ 羅爾斯指出接受丹尼爾斯的批評，並在後期著作 *Just Health Care* 中說明，指稱在丹尼爾斯《*Just Health Care*》CH 1-3 中已有進一步的發展。John Rawls, 2001, *Justice as fairness, A restatement* (Cambridge: Harvard University Press), pp.172-176.

性 (accountability) 三個目標。¹⁰ 意即是，健康照護之機構負有照護民眾提供相關服務的責任；並須向其主管機關承諾管理實行之責。管理當局則有責任運用施政及相關規範以確保照護機構之成效。¹¹ 在健康照護之政策中，必須透過立法來建立具體的公共政策與資源，以確保老人及時並公平獲取適當服務，以恢復老年階段的正常功能繼續完成其階段性任務；並且應從民主的參與決策權力，以及公平的申訴程序、修正機制以確立制度之合理性；藉此監督政策改革及相關照護系統評鑑適當性。由此通過世代的整體生涯歷程、設定公平程序 (fair process)、相對年齡的機會範圍等三個要點的照護制度，即為符合正義之健康政策與健康系統。

(二) 納斯邦 (Martha C. Nussbaum) 能力進路

美國學者納斯邦，¹² 也提出不同人生階段有其相應之不同需求，不過他主張的需求核心源自能力的差異，要能回答在個體生活與活動範疇中，什麼方法才合於人性尊嚴最低限度的形式？¹³ 他是依據生活世界中必須認識人類之依賴的實情，以實現「人性尊嚴」生活 (A life worth of human dignity) 的公民能力的追問。意即是需求

¹⁰ Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, pp.240-246.

¹¹ Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, pp.237-240.

¹² Martha C. Nussbaum, 是位美國學者，長期關懷婦女、弱勢者及動物的權益，2006年著作《正義的界限：殘障、全球正義及物種成員》(*Frontiers of justice: disability, nationality, species membership*, 2006) 一書中，將正義的範圍涵蓋到身心障礙者、全球正義及動物權益的三大議題；其中，透過「能力進路」(capabilities approach) 觀點提倡「人性尊嚴」生活 (A life worth of human dignity) 的公民能力，此為人權核心之普世價值，而不是社會成本的負擔。Martha C. Nussbaum, 2000, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership* (Massachusetts: Harvard University Press), pp.76-81.

¹³ Martha C. Nussbaum, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, pp. 9, 74, 161-162.

之滿足，視為各種生活和行動中維護人格尊嚴最低限度的形式，此為人權核心之普世價值，而不是社會成本的負擔。例如，從吃飯、睡覺、參與社交活動……，只要是對個體及其生命價值上具有意義的層面，都是必要的且仰賴公民能力來建構完成；因此，社會必須保證其公民的能力在適當的標準，否則即是正義的失敗，即便 GDP 為全球之首也不是個公義的社會。是以，由此全面發展支持所有公民能力的理論，以排除阻礙進入公民之能力最低限障礙，包括以下十項的能力清單：¹⁴

1. 生存。
2. 身體健康。
3. 身體完整。
4. 感覺、想像及思想。
5. 情感。
6. 實踐理性。
7. 依附他人和社會。
8. 與其他物種共存並彼此關心。
9. 娛樂。
10. 控制個人環境的能力。

上述 1、2、3 項，係指能夠維持在生命歷程能力，包括生殖健康；充足的營養；適當的住所與安全。第 4 項，則屬於通過教育而來的認知，以獲得宗教、文學、音樂、政治和藝術等享受與言論自由。享有快樂的經驗和避免無益的痛苦。第 5 項，指能夠對自身之

¹⁴ Martha C. Nussbaum, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, pp.76-81.

外的人和事產生情感；產生能夠愛，悲傷，體驗渴望、感恩和合理的憤怒，不受害怕和焦慮的影響；藉此，亦證明人際關係在人類發展中的重要性。第 6 項，指出能夠形成善的概念，和從事對個人人生規劃的批判性反思。藉此亦得以保護良心和宗教習俗的自由。第 7 項，為依附他人和社會的能力，肯認他人並付出關心，以及享有為人之尊嚴與價值。並藉此保障集會自由和政治言論的自由。第 8 項，與其他物種共存與關懷的能力。第 9 項，列舉能夠歡笑、遊戲和享受娛樂活動。第 10 項，能夠有效地參與主宰生活的政治、言論和結社的自由；以及享有與其他人平等的財產權、就業權利，和免於未授權的搜查和逮捕的自由；發揮實踐理性，和其他人建立有意義的相互認同的關係。

納斯邦提出的能力範圍，指出在人類社會的生活世界，人性尊嚴居於核心地位。他認為前述十個項目，是追求人性尊嚴的最低限度的目標而非工具，且為正義的核心要件，各有其獨特性且缺一不可。是以，公義的社會應重視每一個能力，而且必須提供公民保障福祉之能力；這些能力，不能為了換取工作機會而放棄心理健全，或為了健康放棄尊嚴；如果為了促進某些能力而忽略其他能力，便是欺騙，是正義的失敗；這些能力實現的程度則蘊露公義社會的等級。¹⁵ 所以，從生活的能力、健康維護的能力和身體健全的能力上，提供支援與情感的依賴和支柱，來改善生存的能力、壓力和恐懼等，即為健康照護的需求。¹⁶

¹⁵ Martha C. Nussbaum, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, p. 168.

¹⁶ Martha C. Nussbaum, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, p. 168.

基於前述的需求，納斯邦認同羅爾斯正義的道德內涵，¹⁷ 但是也指出該理論循程序正義的觀點，忽略符合生活品質中尊嚴和公平的直覺後果是本末倒置；而且以社會契約為結構的理論，是對道德情操的懷疑，難以作為深刻的倫理指導原則。納斯邦認同善行的概念確實缺乏穩定性且無法保障行動力，但是他無法接受人類的互助是出於社會契約而不是善心；因此他提出採用「人性尊嚴」的獨立論證，基於同情共感 (compassion) 自然產生相互照顧和關懷心態和行為。

綜而言之，他認為往往社會中最極端窘困需要被關懷和照顧的人，卻缺乏使用資源的機會，如此會因個體能力上的差異性，即產生實質上的不平等。不過，藉由能力取向卻可滿足其需求，是蘊含於人性之中的情感，而具有道德上的普遍性，有別於社會契約的理論架構。¹⁸ 而且能自由地運用合作的根據，初始便以正義和包容視為形塑固有價值的目標，並匯集利他與互惠的觀點。人們可以生活在真正支持人性能力的社會，進而促進其生活能力，並解決陷於生活窘困者的問題，重塑其重要的價值，是不需要任何契約的真正公義社會。

¹⁷ Martha C. Nussbaum, "Justice and Long-Term Care: Need We Abandon Social Contract Theory?" WHO, Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require? Website, URL= http://www.who.int/mediacentre/news/notes/ethical_choices.pdf (pp. 82-83, 2011/5/23 瀏覽)

¹⁸ Martha C. Nussbaum, 2000, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, pp. 168, 71, 31, 40, 44, 51。社會中最極端窘困需要被關懷和照顧的人，有大部分是無法成為社會契約的成員，雖然他也在某種程度上贊成羅爾斯的社會公義理論，因為此缺陷提出批判並主張重塑包含尊嚴和互惠的制度。

(三) 老化的健康照護需求

既然前述兩位學者皆主張，人生各個階段有其相應的需求，那麼老化在身體及心理的影響上產生的健康照護需求是什麼？這個問題其實是指人變老的過程，身體及心理的變化所產生相應的需求，亦即是老化的需求。一般所謂老化，係指在生物學上個體之身體結構或功能減退的現象。¹⁹ 以下將探討個體老化功能的改變與需求，來呼籲滿足老人健康照護需求之必要性。

1. 老化與健康照護需求

首先是身體功能的改變，從吞嚥、消化、關節……等所有系統全面性的退化，導致其營養之吸收降低、抵抗力變差，視力與記憶……等功能減退。這些身體機能的改變，逐漸地影響其飲食、外觀形象、生活起居以及在社會、環境上行動的能力和感受，並因而產生新的需求。身處此期的老人必須透過新的學習來自我調整，以適應新的生活方式。哲學家丹尼爾斯、納斯邦亦以生命整體歷程的觀點，回應不同的年齡階段會有相應的需求，以因應不同階段的生活方式。

對於老化的影響，世界衛生組織於 1984 以生命表的存活曲線，研究某世代 (cohort) 免於罹病以及殘障機率和其曲線所引伸的健康狀況。²⁰ 該研究指出其生命表中的死亡、罹病以及殘障機率除了提

¹⁹ 探討老化的理論眾多，有年歲老化、生物老化、高齡化、社會老化、功能老化、心理老化等，在此以生物學上個體之身體結構或功能減退的現象做為論述。李世代，2003，《老年醫學老年照護與老化之一般原則》（臺北：臺灣老年醫學會），頁 27-46。

²⁰ World Health Organization, 1984, *The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly* (Geneva: World Health Organization). Report of a WHO Scientific Group on the

供估算的依據，並且也呈現老化生物機制對死亡、罹病和殘障機率的影響程度等，有相對升高之趨勢。另外也有學者研究，老化之影響除了生理改變外，還要再加上環境、藥物、疾病等多重因子間的交互作用，整體之影響將導致老人內分泌系統失調、發炎與凝血路徑的活化、肌肉系統變化與營養素的缺乏等，而使其產生衰弱。²¹ 2001 年 Fried 等人對衰弱的進一步研究，發現其形成過程分為動態性及連續性，而且兩者之間彼此會隨時會互相轉換，衰弱進展的越快產生不良預後的風險也隨之增加，但改善的可能性卻隨之減少，死亡的風險也逐漸升高。²² 不過，在相關研究中也有學者發現，保持活動的生活型態，急、慢疾病之預防與適當治療則可達預防之效。²³

在心理社會方面，學者李世代指出：「老化可視為一種特殊的發展過程，其演變過程與社會環境密不可分，……因此在照顧老人心理問題時也會運用社會學領域之技巧。」²⁴ 意即是，老人在老化與社會環境之調適過程中，須借助自己外的人，如家人、朋友以及社政結構中的人、事、物。在這些助力中，家庭則是關懷與協助的主力，而政府之助力則是扮演政策及環境等社會性資源規劃與建置。到底協助老化之調適，有何重要性？以艾瑞克森 (Erikson) 發展理論檢視，六十五歲後屬於老年期統整 (Integrity)，此期藉由生命歷

Epidemiology of Aging. Technical Report Series 706.

²¹ Espinoza S. and Walston JD., 2005, "Frailty in older adults: insights and interventions," *Cleve Clin J Med* 72: 1105-1112.

²² Gill TM. and Gahbauer EA. and Allore HG, et al, 2006, "Transitions between frailty states among community-living older persons," *Arch Intern Med* 166: 418-423.

²³ Espinoza S. and Walston JD., "Frailty in older adults: insights and interventions," pp. 1105-1112.

²⁴ Martha C. Nussbaum, 2000, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, p. 68.

程之回顧 (Life Review) 重新檢視自我，若獲得解決則達成統整；否則會有失落感甚至陷入絕望之危機之中。

如上所述，正常老化的過程是漸進性，且涉入層面包含疾病、退休、喪親、婚姻、經濟、失能、社會支持，以及可能遭致疏忽等問題的調適，牽涉極廣且深，如果因為疾病之故則會加快其速度，那麼老人適應之準備時間便會縮短，此即會降低生活與自我滿意度，而成為老年期統整成敗之主因。不過、適當的運動與社交活動也有增進其調適的效能。

2. 世界衛生組織的老人照顧策略

健康維護的重要性，另可見於 1948 年世界衛生組織（以下稱 WHO）基於生命的本質即具有特殊的價值與尊嚴，訂定《世衛組織組織法》宣佈健康是一項基本人權。²⁵ 並於 1993 年維也納人權宣言之主張，更積極強調應促進和保護老人在健康方面之人權。²⁶ 然而，國際上仍層出不窮地出現老人貧困或遭受歧視與迫害的案例，為了落實老人普適性之生命尊嚴，因此聯合國於 2002 年提出《馬德里老齡問題國際行動計劃》。

該計畫強調老人的照顧不應該僅是個福利措施，而必須讓「老人」直接對話，才足以從更廣泛的生命過程發展觀點，進行老人政策之規劃，以確保有利及支助性的環境，並防止老年歧視。該計畫

²⁵ 世界衛生組織，《世界衛生組織法》URL=<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/CH/constitution-ch.pdf?ua=1> (2014/02/23 瀏覽)。此組織法於 1948 年 4 月 7 日生效，歷經第 26、29、39、51 屆世界衛生大會修正，本文引用為 2005 年 9 月 15 日版本。

²⁶ 世界衛生組織，《維也納人權宣言》URL=http://www1.umn.edu/humanrts/chinese/CH11viedec_BIG5.html (2013/03/23 瀏覽)。

正式提出「人口老化不是問題」，否則將產生年齡之偏見，故建議應納入各國之施政方針，創造友善的老人生活支持環，如此才能實質性提升老人的自主尊嚴與生活品質。

綜觀聯合國、世界衛生組織乃至歐盟國家的因應策略，旨在回應老化在身體、心理及社會的需求，提供相應的照護措施；並制止基於年齡的歧視，以增進其尊嚴，達到確保老年人擁有應有的尊重。亦即是，應從老人健康維護開始規劃，一方面預防衰弱，二方面降低不良預後和死亡的風險；其次，延續老人之社會參與，最終目標要讓老人在身、心、社會皆獲得良好的生存品質；由此，呼應滿足老人的健康照護需求，即是增進老人之身、心、社會的健康與尊嚴。

二、從臺灣長期照護之實踐現況檢驗健康照護需求理論：

依據前述滿足健康照護需求的價值確認，該實踐為落實社會正義應有的制度。是以，論及老人的長期照護當依此路徑行動，並循此檢驗臺灣實施現況，依序如下：

（一）滿足健康照護需求之檢驗

當個體被綁在床上，自由吃、喝、行走的基本人權被剝奪，漸漸地不再掙扎了，是適應？還是放棄了掙扎？前述案例之機構式照護，在環境設施及安全輔具等，依設置標準建立能夠符合老化的健康照護需求；亦可提供如吃、喝及排泄之生理基本需求，可是缺乏自由與人性尊嚴的對待方式，彷彿「豢養動物」。這是人性尊嚴的

危機，當愛與所屬、尊嚴、安全感遭受剝奪，便是心理與生理的強暴，即為人權的強暴。以納斯邦的能力進路所推衍之能力群組而言，林太太的案例即違反了第 4、5、6、7、8、9、10 項的能力需求；其主張包含了個體身體、心理、社會、情感等各個層面生存之必需條件。再從丹尼爾斯列舉的健康照護需求觀點檢視，依其資源分配為基調而言，僅強調保障生存條件，就影響個體健康照護需求的外部資源的分配與滿足，可是對於人性尊嚴，或嚴重影響個體健康的愛與所屬等層面卻不在清單之上。

由前述人性尊嚴受損的案例來說，丹尼爾斯顯然難以回應納斯邦的批判。依此而言，丹尼爾斯的理論確實有不足之處。難道，丹尼爾斯的理論真的卻乏關懷與善的核心考量？關於此點，丹尼爾斯則回應納斯邦：我們不能「放棄社會契約」，僅需將羅爾斯的理論擴展到健康照護及長期照顧的範圍。²⁷

丹尼爾斯指出在生活上必然有面臨依賴他人照顧的時候，特別是人生不同階段有其不同需求及依賴的形式，身為社會契約的成員有責任互相照顧。例如在老人的階段：人老了，雖然不能從事生產，而且醫療資源使用率也隨之增加，但是社會應該負擔起照顧的責任。因為這是每個社會契約成員所必定經歷的過程，每個人在年輕時努力，到年老時才享用，此為以人的生命歷程 (a lifespan) 作為儲蓄概念。²⁸ 這是立約者的社會合作機制，是基於差異原則，與納

²⁷ Norman Daniels, 2002, "Justice and Long-Term Care: Need We Abandon Social Contract Theory?" WHO, Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require? Website, URL= http://www.who.int/mediacentre/news/notes/ethical_choices.pdf. (p. 67-68, 71, 2011/5/23 瀏覽) 丹尼爾斯的詳細回應請參閱本參考論文。

²⁸ Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, p. 154.

斯邦的慈善施捨概念有所不同。而且基於資源之有限性與合理分配的界面，在社會契約中必須透過審議民主進行合理的調整與分配，以求資源之永續性。如果放棄社會契約，不僅難以解決人在老年階段健康照護需求的滿足，也將因健康照護的需求範圍廣闊，相關費用確實像個無底洞，造成資源之濫用與耗盡，反而無法照顧真正的需求者。

就此而言，兩位學者的理論各有其優勢，確實個體的生存條件，如納斯邦的主張包含內部能力到外部能力等，皆屬於其核心能力。丹尼爾斯的觀點確實未能兼顧內、外生存條件，這個做法意味著個體如同汽車一樣，由修配廠的技工就可以完成外部車體與零件維護便可正常上路。然而，當丹尼爾斯疾呼「不能放棄社會契約」時，卻表明其訴諸健康照護需求是藉由維持正常物種功能的基本條件，來保障個體自尊的生活。因為自尊是個體人生價值的基礎，沒有自尊則生活無價值可言。依而言之係屬彰顯公義的本質，就是以善為出發點，而非納斯邦所謂缺乏善與關懷，因此只要擴展其需求清單之範圍至個體內在，如情感、愛與社交……即可解決此一問題。

（二）滿足健康照護需求之實踐行動

前述案例指出，臺灣之機構照護對老人之照護除了滿足吃、睡以及排泄之生理需求外，卻喪失重要的情感、自由和人性尊嚴……等實情；以納斯邦之主張訴諸同情共感，在滿足健康照護需求上不容置疑確實有十足的道德動機，不過顯然對照護機構的遵循度，卻空無實踐行動之必然性。李瑞全教授曾在「醫藥之良好狀態考察」中指出：「醫藥衛生中所採取的倫理態度與原則，較不能正視一些

效益的價值，如自由、尊嚴等，對於一個人的生活品質與良好狀態有重要的關係。」²⁹就倫理行動力而言，究竟是什麼原因，讓機構的工作人員乃至負責人等罔顧人性尊嚴，是他們缺乏憐憫之情而不為嗎，或者什麼因素讓他們不能為？

或許這個問題，有人歸咎於自由經濟市場的削價競爭。換言之，當老人照顧事業商品化，免不了犧牲老人之人性尊嚴與生活品質？依據照護機構之設置標準檢視，涵蓋照護品質、人力、環境與設施。不過，依其標準試算每月經濟床位實際營運成本約 26000 元，與北中南調查之平均收費每月約 22000 元有所差距。³⁰如果再加上額加收費之項目，合計約 6000-9000 元，故每月實際支出約 32000 至 35000 元。試問，不敷成本的收費如何維持用人、設施及品質必要之費用？再說這個費用支出，對臺灣平均每月家庭可使用的生活費用約 13000 元來說，不啻為奢侈的負擔，如何能長期使用。其次，長期聘請外籍勞工照顧，每月也需要支出 25000 元的薪資；又或者由家人專職照顧，則有少了一份收入，全家則面臨另一個生存的問題。前項收費事實，可能造成劣幣驅逐良幣；後者在外籍勞工不同文化、語言、教育的背景，亦令人堪慮（日本至今仍不開放聘請外籍勞工的原因）。

²⁹ 李瑞全，2012，〈醫藥之良好狀態(wellbeing)之分析：生活品質、生活質量與生命質素〉，《應用倫理評論》第 52 期，頁 151。

³⁰ 依 2012 年 11 月第 52 期，頁 151。依 2012 年 11 月網路上建置收費標準之調查檢視，經濟床之收費平均每月約 22000 元，另各自訂有計價項目，以衛生福利部公告之附設護理之家收費標準，另計項目包含：一般伙食費約 3000 元（每日 100 元），管灌配方奶約 6000 元（每日 200 元），失能每級加 1000 元／月，鼻胃管照護費 1000 元／月；氣切管路留置 500 元／月；2. 醫療氧氣使用費 2000 元／月；3. 居家訪視費（每月 1-2 次以 200 元計）4. 尿布自費（2000 元）；5. 傷口護理費；6. 陪伴就醫費（每次 250 元起）；其他如健保未給付之醫衛材費用，或細項者此處未再細分計算。依此另計項目費用合計約 6000-9000 元，故每月實際支出約 32000-35000 元。

我們來檢視臺灣 2006 至 2011 年各類機構式照顧床位，空床率約在 20.2~38.5%，³¹ 與 2010 年失能人口推估結果相較，失能人口之長照使用率僅佔 16.33%。³² 空床的原因究竟是資源過剩，或是民眾無能力支付，還是沒有家屬和老人合意的適當機構。如果是前者，則難以說明為何醫院附屬之護理之家處於滿床，且候床名單超過五十人；如為後兩者則不難了解，為何有 67.86%老人贊成政府推動長期照護保險制度，可是長照使用率仍偏低。

總而言之，老人照顧事業商品化是個假問題，問題是在行動上如何規劃讓個體「買得起」「良好品質的照護服務」的制度。基於機會平等原則，亟需擴展相應之健康照護制度，以「實質性」促使個體得以發展並實現自己人生計劃的機會，而非「形式性」宣稱臺灣的照護資源已過剩。以差異原則而言，老化的個體，光是足夠的機構和硬體，如果沒有照護倫理為基礎的照護素質和人力，仍不足以捍衛老人之生存正義。當面對自由經濟市場的競爭模式，無法落實「自尊的尊重」監督機制，則難以宣稱達成羅爾斯公義理論中所謂「自尊的尊重」。³³ 於此丹尼爾斯之理論需再補足此部分，否則，以狄爾泰的觀點來說，理論如果無法顧全人類「生命」之整體面向，其研究必定無法獲得成功的結果，只能成為服務社會的工具。成功的理論需涵蓋人類「生命」之整體面向，包含彼此相互依賴的關係，才能超越單純的技術訓練而建立與人、社會現實相關聯

³¹ 經建會，2011，〈衛生福利的融合綜效——長期照護的前瞻〉，《研考雙月刊》第 35 卷第 2 期。

³² 〈民國 98 年老人狀況調查結果摘要分析，內政統計通報，一〇〇年第十一週〉，內政部統計處，URL= <http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm> (2013/12/23 瀏覽)。

³³ Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, p. 96.

之引導性的原理和規範。³⁴

（三）老人在照護決策的困難與迷惘

內政部 2010 年的老人狀況調查結果，³⁵顯示超過 60% 老人期待住在家安養。不過，依社會現行之核心家庭的人口結構檢視，年輕人外出工作，照顧失能老人的責任，則責無旁貸地落在另一個也需要照顧的老人身上。那麼老人還有決策的機會嗎？問題是：居家誰來照顧，照顧者能做什麼？居家安養就會幸福嗎？當居家安養沒有照顧輔助的人力，那麼如同每日二十四小時工作、一年三百六十五天全年無休；照顧者耗費的體力、心力以及無法康復的壓力與挫折感，對照顧者和受照顧者來說都是種煎熬。³⁶

就案例中居家安養致死的王太太檢視，王老先生被依殺人罪起訴，但他認罪不認錯，泣訴是國家害他釘死病妻。他最後被判刑八年，但第二年就因病在獄中過世了。類似的社會事件導致民眾選擇放棄居家安養，難怪案例一林太太的家屬決定讓她入住長照中心；不過，以為送至政府認可的優良專業照顧機構是最佳方式，沒想到卻使其生命尊嚴隨之震盪，生命再度陷落。看起來政府與專家認定的標準，無法提供個體生存的保障。如上案例所述，依據老化之健

³⁴ Dilthey, Wilhelm, 1988, *Introduction to the human sciences*, Translation By Makkreel, Rudolf A. and Rodi, Frithjof (New Jersey: Princeton University Press), p.55. 蕭玉霜，2007，〈從狄爾泰詮釋學之人文科學基礎建構護理倫理實踐進路〉，《第四屆中央大學哲學研究所校際研究生論文發表會》（中壢：中央大學文學院哲學研究所），頁 7。

³⁵ 〈民國 98 年老人狀況調查結果摘要分析，內政統計通報，一〇〇年第十一週〉，內政部統計處。

³⁶ 關於照顧者的種種層面，也是長期照護必要探討之重要議題，不過未在本文之探討範圍。

康照護需求而言，居家安養在實踐理性、情感及家人之依賴上可以獲得滿足。不過，諸如環境設施、身體健康、娛樂及活動安排上卻有其困難，不如機構式照護來的理想。說到底，老化是個體的變化及影響，但個體不是離群索居，同時受到家庭及社會互動性之影響，特別是華人的家族關係受其影響甚為深遠。根據蕭玉霜的研究指出，老人基於某些因素，如與媳婦相處的問題而喜歡獨居。³⁷

因此即使居家照護，仍需要社會性資源以補足家庭欠缺之面向，例如居家護理、復健、家事服務、送餐服務、喘息服務或日間照顧……等。然而，臺灣在此部分之服務措施，僅止於補助試辦計畫的中低收入戶，且其計畫之次數限制亦不符個體之差異化需求。說到底，老人對於何處安養的決策，仰賴於成功的政策與多元化的照護制度，難怪丹尼爾斯要說「我們不能放棄社會契約」。確實基於社會契約有可能實現老人之自主權。

（四）日本介護（長期照護）經驗與借鏡

鑒於上述考察總結二個問題，即為合適老人尊嚴的照護模式何以可能？其次，透過立法、審議民主保障機會的公平正義；並經由政府實施相應且實質性的政策與措施，何以可能？以實務面而言，如何建置優質老人照護的服務模式的問題上，秀傳醫療體系參照歐、美、澳、日之照護體系後，派員前往日本實地參與老人之照護一個月。³⁸ 日本介護秉持人性尊嚴之精神，導引從居家到機構多元

³⁷ 鄭美雲、蕭玉霜、張秀如，2012，〈獨居老人因肝硬化引發個人因應能力失調之護理經驗〉，《秀傳醫學雜誌》，第 11 卷第 3-4 期，頁 129-136。

³⁸ 秀傳醫療體系黃明和總裁深感長期照護之重要，走訪歐、美、澳、日之照護體系後，決定派四員實地參與日本介護，經九個月之前置訓練與準備，前往見習一個月。見習機構為健育會旗下位於東京之板橋照護中心，該中心 2013 年獲取日本介護

化照護服務，從服務項目、飲食、家具到物品擺設等，皆以老人需求為中心之設計，來發揮老人殘存功能，協助其自立。例如不管老人失能多嚴重，必定每天協助下床活動；老人身上看不到鼻胃管及尿管，透過個別需求在餐桌旁陪伴經口進食。並依地方文化、節慶安排整年度之活動，帶著機構內的老人從準備工作到彩排正式上演，如此除蘊含著意義治療，亦涵蓋建構老人生活目標與希望之意義。³⁹

筆者由食、衣、住、行，育、樂之需求與滿足等問題，訪問了各二十位使用居家與機構服務的老人，答案都是「感動、服務真好、很關心我，對待我就像他們的長輩」。因此，即使人老了仍然可自我決策，生活精彩而充實有尊嚴，不同身體狀況之老人仍可體現其價值。這樣的服務涵蓋福利措施、長期照護保險及醫療體系等相關制度之充分規劃、配合與銜接；亦呼應聯合國及世界衛生組織之主張，以人性尊嚴為核心提升老人參與身體及心理機能活化。

依施政面而言，日本介護的經驗充分說明老化或經濟不是問題，問題是面對及因應的態度與方法；由施政面更正向導引實務面的服務設置，由此也印證了審議民主的政策與措施有其必要性。從政策到實務面的實踐，則老人可以享有幸福及尊嚴的長期照護。

三、結論：建置公義之長期照護

綜合以上考察，健康或疾病之差異確實會深刻影響個體取得社

甲子園競賽冠軍，日本天皇前往參訪及召見。

³⁹ 板橋照護中心照片，Website, URL=<http://ameblo.jp/fujikenikukai/imagelist.html> (2014/09/21 瀏覽)。

會資源的機會，當我們消除在能力分配上的不平等，個體便可以成為平等自由且理性的公民，而且享有公平平等機會規劃人生，才能使其擺脫老而孤寂、悲慘的世界。所以滿足健康照護不僅是個體的責任，也是正義社會的責任。從納斯邦、丹尼爾斯之健康照護需求觀點，皆證實因為老化伴隨著身體功能的衰退，你、我、社會、政府都有道德責任照顧老化的族群；但是成功的老人多元化照護服務，卻須仰賴政府的施政成效。由此檢視，納斯邦的能力進路行動力不足，而丹尼爾斯的健康照護需求項目則缺乏人性尊嚴之指導項目，都需要修正以做為指導倫理行動的成功理論。

參考文獻

- 〈民國 98 年老人狀況調查結果摘要分析，內政統計通報，一〇〇年第十一週〉，內政部統計處，
URL=<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm> (2013/12/23 瀏覽)。
- 中廣新聞，2011，〈釘妻案判 9 年，王敬熙喊為什麼不是死刑〉，臺灣性別人權協會，URL=
http://gsrat.net/news/newsclipDetail.php?ncdata_id=6940
(2014/02/23 瀏覽)。
- 世界衛生組織，《世界衛生組織法》URL=
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/CH/constitution-ch.pdf?ua=1>
(2014/02/23 瀏覽)。
- 世界衛生組織，《維也納人權宣言》URL=
http://www1.umn.edu/humanrts/chinese/CH11viedec_BIG5.html
(2013/03/23 瀏覽)。
- 李世代，2003，《老年醫學老年照護與老化之一般原則》，臺北：臺灣老年醫學會。
- 李瑞全，2012，〈醫藥之良好狀態 (wellbeing) 之分析：生活品質、生活質量與生命質素〉，《應用倫理評論》第 52 期。
- 板橋照護中心照片，Website, URL=
<http://ameblo.jp/fujikenikukai/imagelist.html> (2014/09/21 瀏覽)。
- 經建會，2011，〈衛生福利的融合綜效——長期照護的前瞻〉，《研考雙月刊》第 35 卷第 2 期。

鄭美雲、蕭玉霜、張秀如，2012，〈獨居老人因肝硬化引發個人因應能力失調之護理經驗〉，《秀傳醫學雜誌》第 11 卷第 3-4 期，頁 129-136。

蕭玉霜，2007，〈從狄爾泰詮釋學之人文科學基礎建構護理倫理實踐進路〉，《第四屆中央大學哲學研究所校際研究生論文發表會》，中壢：中央大學文學院哲學研究所。

Dilthey, Wilhelm, 1988, *Introduction to the human sciences*, Translation By Makkreel, Rudolf A. and Rodi, Frithjof, New Jersey: Princeton University Press.

Daniels, Norman, 2002, "Justice and Long-Term Care: Need We Abandon Social Contract Theory?" WHO, Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require? Website, URL=
http://www.who.int/mediacentre/news/notes/ethical_choices.pdf
(p.71, 2011/5/23 瀏覽)

Daniels, Norman, 2008, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, New York: Cambridge University Press.

Nussbaum, Martha C., 2000, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, Massachusetts: Harvard University Press.

Nussbaum, Martha C., 2002, "Justice and Long-Term Care: Need We Abandon Social Contract Theory?" WHO, Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require? Website, URL=
http://www.who.int/mediacentre/news/notes/ethical_choices.pdf
(pp. 82-83, 2011/5/23 瀏覽)

Rawls, John, 2001, *Justice as fairness, A restatement*, Cambridge: Harvard University Press.

- S., Espinoza and JD., Walston, 2005, "Frailty in older adults: insights and interventions," *Cleve Clin J Med* 72: 1105-1112.
- TM., Gill and EA., Gahbauer and HG, Allore, et al, 2006, "Transitions between frailty states among community-living older persons," *Arch Intern Med* 166: 418-423.
- World Health Organization, 1984, *The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly*, Geneva: World Health Organization.

墨學方法於當代醫學倫理之應用

蕭宏恩*

摘 要

今之醫學，以自然科學與技術為典範的量化方法之建構，在某種程度的精確性及普遍必然性的優勢之下，直指人生命之健全。只是面對人生命本身難以確切掌握之變數，縱使醫學科學為人類帶來莫大利益，卻也充滿著「不確定性」！因此，「科技化」的醫學在帶來人類前所未有之福利的同時，卻也導致人與其存在的疏離。筆者觀視先秦墨者在其當時代提出以兼愛為核心的實踐理念，以「法儀」、「三表法」作為實踐之基準，化百姓朝不保夕的不確定性而成就共同福祉之確切幸福。本文即試圖借鏡先秦墨者之行，思索墨學方法於當今之轉化，以解決醫學科學的不確定性以及與人自身的疏離。其中有一重要的因素，即「情境的建構」；這在墨學方法中可見其端倪。

關鍵詞：三表法、不確定性、情境建構、醫學科學

* 中山醫學大學通識教育中心教授。
E-mail: hsiaohe@csmu.edu.tw

Applying the Method of Mohism to Medical Ethics in Modern Time

Hung-En Hsiao*

Abstract

Modern medicine constructing with quantitative method in the paragon of natural science and technology is directly referred to the good health of human life nowadays under a certain degree of the superiority of precision and universal necessity. Facing the variation of human life itself, it is hard to diagnose precisely, despite the fact that medical science has brought great benefits to human. There is still full of “uncertainty.” Although medicine scientized by natural science and technology benefits to human unprecedentedly, it leads to alienation of person from her/his being. The author takes a view from Mohists in ancient Qin Dynasty to propose love without-distinction as the core of practicing idea and “Standards” and “Three Tests” as the rules of practice to transform people’s experience from uncertainty of precarious living to achieve a certainty of common welfare. The paper attempts to learn from Mohists’ practices in ancient Qin Dynasty and to think about transforming the method of Mohism in contemporary society in order to solve the uncertainty and person's alienation from her/his being in medical science. It is the “situation constructing” that indicates an important element among the solutions and it will be found as a clue in the method of Mohism.

Keywords: Three Tests, Uncertainty, Situation Constructing, Medical Science

* Professor, Center for General Education, Chung Shan Medical University, Taiwan.
E-mail: hsiaohe@csmu.edu.tw

墨學方法於當代醫學倫理之應用

蕭宏恩

一、實踐性之墨學

在先秦諸學中，唯墨學起于平民，為「平民顯學」，¹ 最具實踐性。墨子，在先秦諸子中，即最具行動力；墨者追隨墨子「裂裳裹足，行十日十夜」、² 「一人耕而九人處，則耕者不可以不益急矣」³ 之實踐精神，躋身平民之間，與民眾共處亂世之紛運，企欲撥亂反正於世道。先秦之後，墨學看似衰微，然墨者卻變形為「俠客」，開闢「俠義精神」之歷史新視野浮上檯面，⁴ 墨學即隱潛於歷史之洪流，而未曾斷續。明清之際，墨學出現復興之契機，⁵ 時至今日，墨學面對之時代已絕然不同於墨子所處之戰國亂世，亦不僅止

¹ 孫中原，2007，〈墨學現代化〉，輯於孫中原（編），《墨學與現代化》（北京：中國廣播電視出版社），頁1。

² 參閱：李漁叔（註譯），2002，〈公輸第五十〉，《墨子今註今譯》（臺北：臺灣商務印書館），頁391-395。

³ 參閱：李漁叔（註譯），〈貴義第四十七〉，《墨子今註今譯》，頁340。

⁴ 韋政通，2007，〈俠義精神〉，輯於孫中原（編），《墨學與現代化》（北京：中國廣播電視出版社），頁35。

⁵ 薛柏成，2007，《墨家思想新探》（哈爾濱：黑龍江人民出版社），頁225-231。

於墨者起於平民，任何學者皆由民間出且在於民間。另一方面，墨學不若儒學在時代演變內的轉化，尤其在方法的演繹上。從表面上看來，隱潛近兩千五百年的墨學，面對當今以自然科學與技術為典範之科技文明的時代，即使原始墨家在其所處之當時代即創發有如今之所言的科學方法，只是，那就不過是「形」上的相當或相類。就實質上來說，墨家的科學方法再如何的精實，如果僅僅依循西方自然科學方法論思維、順著這一套方法的運作，在實踐面，頂多就是跟西方一般！然而，縱觀西方科技思維，其所帶來之普遍有效性，以及範圍物件之確切性，卻因著要求日益的精確性而愈來愈細的分科（專業），反而導致橫觀面專業之間的縫隙愈趨繁複，專業之眼界越來越窄，實踐性益形受限，行動力愈顯制肘。因此，墨學於當代的復興，必然不能是以一種趨炎附勢的姿態浮出檯面，而應該是由墨學之「兼愛」的核心思維所展現出之墨者「無私、務實、寬容」之實踐精神，「非攻」的實踐起點，結合「尚賢、尚同、節用、節葬、非樂、非命、尊天、事鬼」終極關懷⁶之一貫的方法運作，展現墨家現代化歷程不失墨學之實踐性與墨者之行動力，更不違解決當時代問題之初衷。

筆者以為，綜觀墨家之方法在於「辯」與「行」。「辯」在於知識之獲取以及言說上之說服的推理（孫中原、吳進安、李賢中，2012: 416），而「行」在於兼以易別的實踐進路、義之為用、利（互利、公利）以導之，在具體之法儀、三表法的依循下，行動有所根據與依歸。然而，在如此的標準下，具體行動的合宜，卻在於當下情境的建構。筆者於本文即嘗試將墨學中的方法應用於當今之

⁶ 孫中原、吳進安、李賢中，2012，《墨翟與《墨子》》（臺北：五南圖書出版公司），頁 329-350。

醫學倫理。

二、醫學科學的「客觀性」架構與確定、不確定的疑惑

縱觀醫學史之歷程，很可能早在西元前 770 年即出現的神殿治療，⁷ 時至今日仍活躍於某些廟宇或宗教儀式。實際上，一種宗教式的或某種程度的「信仰」，一直存在於人們對醫療的態度中，只是，如今人們對醫學科學的信賴，不同於以往是對超越實在的仰望，卻是建立在一種因著方法與結果的明確性而來的篤定。可是，一位資深醫師卻如此說道：

回想起求學時我們被教導怎麼樣依標準及經驗去做好診療，一旦改變就暴露在一個不確定的狀態。

即使依循標準化的醫療流程來執行，隨時存在著不確定性，病人、醫師以及醫療系統都需要正視醫療不確定性帶來的衝擊。

與其他學科比較，念醫學是不一樣的。在課堂的時候我學會怎麼樣去診斷疾病，而且是清楚的。到了醫院，我開始接受不少病人出院時是沒有清楚的診斷。不確定性在醫院的實例才是醫學教育最深刻的一刻。⁸

無可諱言，醫學科學在自然科學與技術標準化而來之確定性引

⁷ Margotta, R., 2003, 《醫學的歷史》(廣州:希望出版社), 頁 29。

⁸ 陳榮邦, 2011, 輯於蕭宏恩(編), 〈確定或不確定? 醫病的困惑〉, 《醫學與人文博雅教育》(臺中:中山醫學大學), 頁 29、28、30-31。

領下的快速進展，的確為人類健康的促進以及生命品質的提升，帶來了前所未有的福利，只是，自然科學的這種確定性到了人的身上，卻產生了自然科學與技術之標準化難以接受、醫學教育難以教導亦學習不到的不確定性！為自然科學來說，這種不確定性在標準化過程是難以理解的，而是出現在人為的操作上，因為自然科學的標準化是某種程度的設定和控制的結果。海森堡如此告訴了我們：

只要事先很仔細地選定實驗的條件並和外在的世界隔開，建立一個確定的現象，那麼操縱這些現象的定律就能以純粹的形式出現。如此現象也能夠由清楚的因果律來決定。這引起對事件之間因果過程的信任。把因果關係看做是獨立於觀察者的客觀因素。⁹

顯然，自然科學想要「發現」一個不含任何人的因素（尤其是情感因素）的純然客觀真實世界，因此，在方法及輔助儀器設備的使用上，竭盡所能地消除人的主觀性及操作上的不穩定性，以保證其結果的客觀確定性。如此，自然科學有意地疏離了人類，卻無形間「創造」了一種沒有「人」的所謂標準化的客觀「真實」世界，卻要人們去接受這個世界！蒲朗克認為：「物理科學要求吾人接受一個獨立運作於人之外的真實世界，而這一世界永不能直接為人認知，因它只能透過感覺和由感覺導引的量度去經驗它。」¹⁰

可是，醫學的主體不就是「人」嗎？人的變數當然無法排除於醫學之外。因此，醫學科學在自然科學之實際觀察與實驗研究標準化建構之後，又加上實物調查與分析之社會科學的統計學機率，以

⁹ Heisenberg, W., 1982, 陳永禹(譯), 〈科學真理和宗教真理〉, 輯於孫志文(編), 《人與宗教》(臺北:聯經出版公司), 頁 15-16。

¹⁰ Haschmi, M. Y., 1982, 許平和(譯), 〈蒲朗克在宗教和科學上的意義〉, 輯於孫志文(編), 《人與宗教》(臺北:聯經出版公司), 頁 30。

為彌補理論與實務上的間隙。只是，統計學的功能似乎並不及於如此：「統計學不能去除不確定，但是可以協助我們獲得知識，讓我們看到模組 (patter) 的變化和量化確定與不確定，或辨別出這只不過是機率的瑕疵。」(陳榮邦，2011: 35) 反而，統計學的機率往往給人們的感受卻僅在於「0」或「100」兩者之間的抉擇罷了！有一案例如下：

王太太，75 歲，因排便習慣改變，至腸胃內科就診，經醫師詳細問診後建議做傳統大腸鏡檢查，病人因對於傳統大腸鏡檢查可能造成風險而拒絕，醫師遂建議風險較低的和無痛的電腦斷層大腸鏡檢查。檢查前，護士做常規問診與衛教，逐一說明檢查過程、風險與可能替代方案後，病人詢問檢查風險發生的機率，護士回答造成大腸破裂的機率約萬分之六，病人繼續追問在本院的經驗，護士回答本院執行三千多例發生一例破裂。隨後王太太表示不想冒此風險並拒絕受檢。回到腸胃科門診後，醫師建議進行大腸鉭劑檢查，發現了結腸腫塊，隨後的大腸鏡檢證實為結腸癌……(陳榮邦，2011: 28)

在局外人看來，即使是三千分之一的機率，雖說不得是微乎其微，卻也是相當不容易發生的事件！況且，在理智上，主要參考的資料應為「萬分之六」之機率才是。然而，我們可能忽略了人在情意上的感受！為王太太來說，無論是三千分之一或萬分之六的機率，所感受到的，卻是一種遭遇的「機會」或「可能性」，這是在疏離人的理智思維或方法上的無能為力。因此，醫學的思維與方法需要某種程度的變革。

三、墨學方法於當代轉化之契機

先秦諸子中，墨子首先有了「方法」（法）之概念，所謂「法，所若而然也。」（《墨經·經上》）即在於說明，「方法」就是那個依循之而可達致某樣結果或效果的途徑。¹¹ 前已提及，綜觀墨學之方法在於「辯」與「行」，墨學之「辯」就是為了不但「行」之有理、合理且達致一定效果或有所成果。因此，縱使當今墨學者由分析上而論墨學，然而，墨學方法實際上是「一」。今之墨學者針對「墨經六篇」的研究，解析出共有四十七條內容涉及自然科學思想，從而匯出如同當今自然科學的思想方法。而這些方法之間彼此相關，其中含括一套如同今之所謂邏輯的緊密聯繫。¹² 重要的是，其中涵蘊了「情境」因素的考量。分析地看，「辯」有知識獲取之認知的推理以及言說上說服的推理兩種，顯然，前者是後者之所以可能的重要依據；而前者有若今之自然科學架構，後者必須考量當下處境（人、事、時、地、物之情境因素）於其中。試想，墨子及其後世墨者如果著重如同西方學術領域的分野，那麼，就知識獲取之認知的推理而言，於《墨經》或後世墨家的著作中，是否應該存在如同西方思維架構的知識論體系？當今所謂自然科學儼然就應在墨學中發展？而事實上，墨學在這方面的重點在自然科學於工藝上的實作之應用問題。如此，即使由今之知識論觀點分判了知識

¹¹ 墨子清楚表明：「今夫輪人操其規，將以量度天下之圓與不圓也。曰中吾規者謂之圓，不中吾規者謂之不圓。是以圓與不圓，皆可得而知也。此其故何？則圓法明也。匠人亦操其矩，將以量度天下之方與不方也。曰中吾矩者謂之方，不中吾矩者謂之不方。是以方與不方，皆可得而知之。此其故何？則方法明也。」參閱：李漁叔（註譯），〈天志中第二十七〉，《墨子今註今譯》，頁 205。

¹² 李賢中，1999，〈《墨經》中自然科學的思想方法〉，《哲學雜誌》第28期，頁45-46。

獲取之認知的推理與言說上說服的推理，其間最大的差異即在於後者對於情境因素之考量的必要性。（孫中原、吳進安、李賢中，2012: 417）然而，這畢竟是就邏輯上的先後關係而論，在現實上，實是由「情境」為首的引領。用句簡單的話來說，即「做中學」。

自然科學的開展，的確在行動之理論根據上建構了相當扎實的基礎，而缺點就是將理論（確保行動之所以可能之理想性之根據）與行動（追求成果、達致效果之所以可能的具體情境之實現）分離了開來，其間之落差，卻是自然科學本身難以估量的。當今醫學科學已然意會到如此的差距而有所醒悟，逐漸在醫學教育上進行改革，研發新的學習方法，如 PBL (Problem-Based Learning)、SP (Standardized Patient, 標準病人或模擬病人) 與 OSCE (Objective Structured Clinical Examination, 客觀的臨床能力試驗) 等等的學習法，目的就是藉由教育學習注重個體差異及情境轉換或變化的診療，亦即「情」的投入以及當下意向的掌握，以積累經驗，也就是投入了一直以來認為難以進行，以致容易忽視、甚而忽略的情意教育；「情意」所在意的就是對當下情境或境遇的因應。只是，在未能解放於自然科學（知識論）之思維的情況下，再如何的變革，仍難以脫去一種標準化之模式！加之醫學生最後兩年的見習與實習，頂多僅在於「學中做」，及至正式進入職場的「做中學」，仍有相當的距離。然而，「做中學，學中做」應是通而為一的！在墨子時代，知識的傳授並不普及，趨向工藝實用性的「做中學」難免有所缺憾！而今世自然科學於不同文化內的展開，無法理所當然地相互融合，必須有所牽引。墨學方法內蘊自然科學思想方法及情境的觀照而融為一爐，的確是最好的引子。

四、當代墨學方法之轉化在醫學上的應用

「情境」是在某種標準下的建構，人面對情境並非就是被動的接受，因為主體性的展現本身即在於主動的投入，而這個標準在墨子之言即為「法儀」。¹³ 有了標準，大家都可以如此做去，只在於做得如何罷了！無論如何要比自己盲目地隨便做要來得好。的確，醫學科學有其標準化歷程，其精確性遠遠超越過去所有時代。只是，如何的作為在當下才是合宜的呢？墨子提出「三表法」：有本之者、有用之者、有原之者。¹⁴

行必有所本，方不致於亂，而所本必在於先前的典範或範式。就醫學而言，其所本即在於醫學的開展歷程中，歷代醫學家之觀點和醫學發展之整體經驗的統整。原之，即在於「病歷」（醫案）的依據，有無前例可循，先前的反應如何？無前例可循，在既有的醫案中，結合醫學史的統整省思，尋得蛛絲馬跡。用之，就是將所得、所獲施之於普遍，企欲廣大民眾同受其利。此言利不就是量上而言，更是就質上而論。如一些罕見疾病，在醫學科技如此發達的今日，可能由於其量少，以致在研究、治療等相關人力、財力上投入即不多，不但治療相當有限，而且治療時間長，加之相關醫療用品稀少因而昂貴，罹患此等疾病的病人及其親屬備受煎熬！然而，

¹³ 「天下從事者，不可以無法儀，無法儀，而其事能成者無有也。雖至士之為將相者皆
有法，雖至百工從事者，亦皆有法。百工為方以矩，為圓以規，直以繩，正以縣。
無巧工不巧工，皆以此五者為法。巧者能中之，不巧者雖不能中，放依以從事，猶
逾己。故百工從事，皆依法所度。」參閱：李漁叔（註譯），〈法儀第四〉，《墨子今
註今譯》，頁 17）

¹⁴ 「有本之者，有原之者，有用之者。於何本之？上本之于古者聖王之事。於何原之？下
原察百姓耳目之實。於何用之？廢以為刑政，觀其中國家百姓人民之利，此所謂言有
三表也。」參閱：李漁叔（註譯），〈非命上第三十五〉，《墨子今註今譯》，頁 253。

以兼愛為核心的墨家，講求的就是處於共同存在情境之眾人的幸福與福祉，社會上有享受不到醫療福利的邊緣人，就是不完善的醫療，這個社會就不是真正的幸福社會。只是，隨著醫學科技的進展，醫療越來越倚賴高科技的診治方法，也越來越多病患及其親屬期待更高科技的治療。「科技」成了核心，醫學上的「個人化」成了科技上之普遍化的一視同仁！因此，需要不斷地提醒醫療專業人且醫療專業人亦得不斷地提醒自己，醫療診治針對的是具體的每一個人，而非抽象觀念性之人，也就是，每一位患者的要求皆必須獲得重視。(Margotta, 2003: 189) 如果說得更完整一點，即是，每一當下的每一位病人或每一位病人的每一當下，都必須作為「一次事件」來考慮，此即情境的建構，而情境建構絕非憑空而來，上所論「法儀」、「三表法」即為情境建構之依憑。

情境建構包含情境構作、情境處理及情境融合三個層面，在墨學為說服性之推理。(孫中原、吳進安、李賢中，2012: 418) 如今，將其方法做一轉化，由科技之普遍範式化而為「意」下「望、聞、問、切」之心法、悟法，而說服性轉而為病人（及其親屬）與醫療專業人彼此之間的信服。於此，我們仍以上所舉「王太太之例」來加以省思。

（一）情境構作

情境構作又有「物件與處境」、「表達的義理」、「物件的質疑」等三方面之歷程。(孫中原、吳進安、李賢中，2012: 419-421) 前已有言，「情境」是主體主動於其間的建構，雖然在情境之中的主體都是主動者，但是，沒有一個目標或目的的牽引以及一個或少數主動者的導引，將會是曖昧不明而無法認清，遑論對情境之掌握

的。顯然，在醫療的情境中，醫師或醫療專業人就是主導者；而近來「病人自主」的抬頭，某些時候，醫師經意或不經意地規避了這種主導位置，表面上將之交給了病人（及其親屬），而實際上，卻不由自主地轉移至科技化的制式過程。

以王太太的例子來說，此言「物件」不就是王太太，而是王太太的主訴，王太太是與周遭具差異性的「他者」(the Others)，而主訴亦不見得就是說出來的什麼，卻是態度、姿態、表情、語氣、用語等等的整體表現，此即為當下的真實處境。如果只是一味所謂一視同仁的看待，極可能錯過或錯認了當下處境，而採制式化的應對病人的質疑，以致護理師一種看似中性的科技化的制式回應王太太，而由王太太的反應可知，王太太對護理師所欲表達之訊息的接收與意會，顯然與護理師及醫師之意會有相當落差！這不是誰錯誰對的問題，卻是醫、病雙方在處境上的差異，而主導之醫師或醫療專業人未完成情境的構作。

（二）情境處理

情境處理又分為「情境延伸」、「情境衝突」、「情境脈絡推理」等三種型態。(孫中原、吳進安、李賢中，2012: 421-423) 前已有言，為一般人來說，「萬分之六」與「三千分之一」都是非常小的機率，可是，如此的設想，即是將情境架構在一個一般性條件的處境上，建立在一種「事不關己，己不關心」之「別」的心態，而未顧及「可能」或「萬一」就是我的恐懼情態！墨家「兼」以易「別」，「愛人如己，視人若己」，正是要將「己」隨時隨地延伸於「人之所處」，而觸及人之當下處境之心情與情緒、情感的抒發。如此，方得以緩解、甚而避免「王太太表示不想冒此風險並拒絕受

檢」而可能產生的情境衝突。實際上，由與王太太的相處中即不難感受到，王太太是一位較為敏感的人，而 75 歲已偏向高齡，進醫院就診又做了一些檢查，心中必已有所不安，更難免耽心自己是否隨時可能因此出什麼意外？！依於這些情境脈絡的推理，醫師或醫療專業人也就可能容易預先做好如何回應王太太的準備了。

（三）情境融合

情境融合包含「情境構作與情境處理的融合性」、「涉及說服者本身思想單位間的融合性」、「涉及物件思維情境的融合性」等三方面的考察。（孫中原、吳進安、李賢中，2012: 424-426）為王太太來說，如何的過程而達致的檢查結果是最有利的呢？很清楚地，就是在第一時間為王太太做大腸鏡檢。而現實上，整個的過程繞了一圈，不但費時、費力，也為王太太帶來難以估量的傷害。顯然，這就是情境構作與情境處理的融合出了問題。實則，筆者於上兩層面的論述中，即已針對此三方面做了考察。重點在於，醫學科學專業給了醫師或醫療專業人某種程度的定見（無論是疾病診斷或診療過程），如同王太太有腸道上病變問題，應該要做大腸鏡檢（定見），如果沒有情境融合的歷程，專業上的定見無法獲致確認，如同王太太對極小的機率仍有所耽心而拒絕做大腸鏡檢，以致疾病（結腸癌）的發現與治療有所延誤，如此，再高的科技又如何呢！

方法的轉化與建立恐怕不是一篇論文、一本書所能為之，筆者於此做了初步的嘗試，只是，墨學方法未有如同西方知識論體系的背景，因而在其方法的掌握上，對習慣於西方知識論建構的我們來說，恐怕得融合「醫者，意也」（《後漢書·郭玉傳》）的心悟之法的領會了。

參考文獻

- 李漁叔（註譯），2002，《墨子今註今譯》（臺北：臺灣商務印書館）。
- 李賢中，1999，〈《墨經》中自然科學的思想方法〉，《哲學雜誌》第 28 期，頁 44-59。
- 韋政通，2007，〈俠義精神〉，輯於孫中原（編），《墨學與現代化》，北京：中國廣播電視出版社，頁 35-44。
- 孫中原、吳進安、李賢中，2012，《墨翟與《墨子》》，臺北：五南圖書出版公司。
- 孫中原，2007，〈墨學現代化〉，輯於孫中原（編），《墨學與現代化》，北京：中國廣播電視出版社，頁 1-21。
- 陳榮邦，2011，〈確定或不確定？醫病的困惑〉，輯於蕭宏恩（編），《醫學與人文博雅教育》，臺中：中山醫學大學，頁 27-37。
- 薛柏成，2007，《墨家思想新探》，哈爾濱：黑龍江人民出版社。
- Haschmi, M. Y., 1982，許平和（譯），〈蒲朗克在宗教和科學上的意義〉，輯於孫志文（編），《人與宗教》，臺北：聯經出版公司，頁 27-34。
- Heisenberg, W., 1982，陳永禹譯，〈科學真理和宗教真理〉，輯於孫志文（編），《人與宗教》，臺北：聯經出版公司，頁 11-26。
- Margotta, R., 2003，李城（譯），《醫學的歷史》，廣州：希望出版社。

《應用倫理評論》稿約

- 一、本刊為國立中央大學哲學研究所應用倫理研究中心所發行之學術刊物。本刊原名為《應用倫理研究通訊》季刊，自民國九十八年起改名為《應用倫理評論》半年刊，每年四月與十月定期出刊。
- 二、本刊以推動應用倫理之研究為宗旨，除發表與應用倫理學議題相關之哲學論述外，亦歡迎相關之規範倫理學的理論研究，以及其它專業科系就理論評介與實踐經驗作多元的探討。本刊開放投稿，竭誠歡迎海內外學者專家賜稿。
- 三、本刊除致力為應用倫理學之專業學術研究提供發表的園地外，並期許能為應用倫理議題的理性討論建立跨領域交流的公共論壇，本刊之學術專論因而依論文的性質分為二：
 - (一)研究論文：開放投稿，刊登符合本刊之宗旨的專業學術研究成果，論文字數以一萬字為原則。
 - (二)專題論文：以本刊編輯或特約編輯主動邀稿為主，但亦歡迎讀者自行投稿，專題論文之主題將提前預告，專題論文字數以六千字為限。
- 四、本刊設有審查制度，所有稿件皆需通過審查方予刊登。研究論文一律送請兩位以上的校外學者專家進行雙盲匿名審查。專題論文部分，則由本刊編輯與特約編輯組成審查委員會進行審查。

- 五、本刊隨時接受來稿，惟專題論文請於專題徵稿截止日期前來稿。來稿請勿一稿兩投。本刊保留對來稿格式與文字的刪改權。
- 六、研究論文來稿，請包括首頁、中英文摘要與關鍵詞、正文及註釋、參考書目等，稿件詳細的寫作格式，請參閱本刊撰稿體例。
- 七、作者需自負文責，論文中牽涉版權部分（如圖片或較長之引文），請事先取得原作者或出版者之書面同意，本刊不負版權責任。
- 八、來稿經審查通過採用，將通知作者提供修正稿及定稿電子檔案，並簽署著作財產權讓與書乙份。凡經本刊收錄刊登之論文，即視為作者同意將稿件之著作財產權讓與予本刊出版者所有，惟著作人仍保有未來集結出版、教學等個人使用權利，如需轉載刊登，須經本刊同意。
- 九、來稿刊出後，隨即致贈研究論文與專題論文作者當期《應用倫理評論》兩本，不另贈抽印本。
- 十、來稿請以電子檔用 E-Mail 傳送，寄至 ncu3121@ncu.edu.tw 國立中央大學應用倫理研究中心收，信件主旨欄註明《應用倫理評論》稿件，本刊收到後，會給予正式確認回函。

《應用倫理評論》撰稿體例

註明*記號者，表示只適用於「研究論文」

- 一、來稿請以電腦橫式撰寫，並以 Word 電子檔寄至國立中央大學應用倫理研究中心 (E-mail: ncu3121@ncu.edu.tw)。
- 二*、稿件內容順序：首頁、中英文摘要及關鍵詞、正文（含註腳與圖表）、參考書目、附錄。
- 三*、首頁需載明：
 - (1) 稿件屬「研究論文」或「專題論文」
 - (2) 中英文論文題目（題目字數以不超過 20 字為原則）
 - (3) 中英文作者姓名
 - (4) 中英文服務機關名稱與職稱
 - (5) 聯絡方式（通訊地址、電話、傳真、e-mail 等資料）
- 四*、摘要頁需包含中、英文之題目、摘要（各 300 字以內）與關鍵詞（以不超過 5 個為原則）。
- 五、正文之章節劃分：請依序以一、(一)、1、(1) 表示。標題層級以四層為限。
- 六、外來人名，可直接以外文原名出示，如“John Rawls”；若有中文通譯，如柏拉圖、亞里斯多德、康德等，亦可直接使用；其他人名，若使用中譯，請用拉丁字母把外文姓名附列於首次出現的譯名之後。例如：約翰·羅爾斯 (John Rawls)，而同一人名再次出現時，只須寫出譯名，不需再附加外文原名。
- 七、遇有外文專門術語而尚未有通譯者，或雖有通譯而另作新譯者，

均請於譯名首次出現時用拉丁文字母附列原名，如：「涉利者」(stakeholder)／「利害關係者」(stakeholder)。同一術語再次出現時，只須寫出譯名，不需再附原名。

八、引文體例：

- (1) 引用外文文獻之文字，在正文中必須譯成中文；如有需要，可於內文中討論原文或於註腳中列出原文。
- (2) 凡首次引用之文獻均需於註腳中註明完整出處，體例如第十條所示。惟第二次(含)以後出現之相同文獻，可以「隨文註」方式註明文獻出處，亦即，在引文之後以學術上認定的縮寫格式註明之，例如：「(李凱恩, 2004: 11-12)」。
- (3) 若引文在四行以內者可直接納入正文，例如：「企業的『良知』是其委託人善良的自然道德的延伸。不管委託關係的內容是什麼，社會所有人一樣要以一定的道德義務彼此對待」(Goodpaster, 1991: 68)。
- (4) 若引文過長，超過四行以上，請另行以獨立引文的方式另外成立一段落，並以標楷體表示之，且該段落左邊界縮排三個中文字寬並排齊。例如：

企業被視為一個生產組織，它的存在是為了滿足消費者及工人的利益，增加社會的公業。要達到這些目的，企業要依靠自己的一些特別的優勢及減少不利的因素，這是企業作為一個生產組織的道德基礎。社會契約亦可用作生產組織表現的量度工具，即是說，當這些組織滿足了契約的條件時，則他就做得很好。當它們作得不好時，社會在道德上就有理由責難它。(Donaldson, 1982: 54)

- 九、引用論文或書籍（含電子書及電子檔案），中文書籍請用《》表示，例如：《儒家生命倫理學》；中文論文請用〈〉表示，例如：〈動物權：一個佛教向度的解讀與解釋〉。外文書籍請用斜體字表示，例如：*Ties That Bind - A Social Contracts Approach to Business Ethics*。外文論文請用雙引號表示，例如：“Business Ethics and Stakeholder Analysis”。
- 十、註腳一律採用頁底註方式。註腳序號請用阿拉伯數字，全文連續編號，置於標點符號之後；若是針對個別名詞說明者，則註腳序號緊隨該名詞之後。註腳格式如下：
- (1) 在註腳中引用的文獻若為期刊論文，註明之內容依序為：作者姓名，年份，文章名稱，期刊名稱與卷期數，頁數。（外文期刊依循慣例）其寫法如下：
- 葉保強，2002，〈全球環境管制體制急需建立：從海牙會議失敗談起〉，《應用倫理研究通訊》第24期，頁8-10。
- T. Donaldson and Lee E. Preston, 1995, “The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence, and Implication,” *Academy of Management Review* 20: 65.
- (2) 在註腳中引用的文獻若為專著，依序為：作者／編者姓名，年份，書籍名稱（出版地點：出版者），頁數。其寫法如下：
- 朱建民，2003，《知識論》（臺北：國立空中大學），頁25。
- Peter Singer, 2004, *One World: The Ethics of Globalization*, second edition (New Haven, CT: Yale University Press), pp. 127-129.
- 十一*、參考書目請列於文末。參考書目包括中文及外文參考文獻者，請先列出所有中文參考文獻後，再接著列出所有的外文參考文獻。

(1) 中文參考文獻，請先依作者筆劃序，同一作者再依成書年代之順序排列。在參考書目中，中文專著、期刊論文與專書論文，撰寫格式分別如下：

朱建民，2003，《知識論》（臺北：國立空中大學）。

葉保強，2002，〈全球環境管制體制急需建立：從海牙會議失敗談起〉，《應用倫理研究通訊》第24期，頁8-24。

莊世同，2008，〈合法性與整全性——對德沃金法治觀的審視與反思〉，輯於王鵬翔（編），《法律思想與社會變遷》（臺北：中央研究院法律學研究所），頁45-84。

(2) 外文參考文獻，請依作者姓名之拉丁字母序（即所謂 alphabetical order）排列：姓氏居先，名字（可用全稱或簡稱）在後；姓名相同者，依出生年月為序；同一作者之著作，依出版年月為序；同一作者同年同月出版之著作，則依書名之拉丁字母為序。在參考書目中，外文之專著、期刊論文與專書論文，撰寫格式分別如下：

Rawls, John, 1993, *Political Liberalism*, New York: Columbia University Press.

Donaldson, T. and Preston, Lee E., 1995, "The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence, and Implication," *Academy of Management Review* 20: 65-91.

Clouser, K. D. and Gert, B., 1999, "A Critique of Principlism," in *Meaning and Medicine: A Reader in the Philosophy of Health Care*, edited by James Lindemann Nelson and Hilde Lindemann Nelson, New York: Routledge, pp. 156-166.

十二、引用網路下載資料，不論於註腳或參考書目中，請採用以下

格式註明出處（惟外文作者之姓名寫法在註腳中與參考書目中
有別）：

王家祥，2003，〈我所知道的自然寫作與臺灣土地〉，文學園地網，
RL=<http://ecophilia.fo.ntu.edu.tw/read/read/1997-0910h.html>（2010/01/11 瀏覽）。

趙祥，1997，〈謝林的美學〉，智庫網，
URL=<http://www.GK.com/chzao.htm>（2009/03/24 瀏覽）。

【於註腳中】

Ron Harton, 2000, “What is Nature Writing,” Naturewriting Website, URL=<http://www.naturewriting.com/whatis.htm>（2008/09/28 瀏覽）

【於參考書目中】

McClintock, James I., 1994, *Nature's Kindred Spirits*, Naturewriting Website, URL=<http://www.naturewriting.com/whatis.htm>（2011/10/24 瀏覽）

十三、引用、評論學位論文，請採用以下格式註明出處：

【於註腳中】

吳明益（研撰），李瑞騰（指導），2003/06，〈當代臺灣自然寫作研究〉（中壢：國立中央大學中國文學研究所博士論文）。

【於參考書目中】

吳明益（研撰），李瑞騰（指導），2003/06，〈當代臺灣自然寫作研究〉，中壢：國立中央大學中國文學研究所博士論文。