

倫理諮詢理論與模式

李瑞全*

(1) 在醫療上的倫理諮詢 (ethical consultation) 工作主要是針對病人在進行醫療時所發生的倫理議題。這種倫理諮詢通常是由醫院內的倫理委員會提供，提供的方式可以是由小組或倫理諮詢專員通過諮商，對醫護人員和病人及家屬提供專業的倫理解說、分析和疏解，對病人和家屬提供合理的倫理忠告，和指引醫護人員在執行職務時如何能謹守專業倫理要求和為病人提供最佳服務。由於現代醫療科技常可提供多種醫療選擇予病人，病人及/或家屬擁有一定的自主權利作出選取，其選取可以是醫護人員所不以為是病人自身最佳利益的一項，但醫護人員有道德與法律的義務尊重及執行病人及/或家屬的合理決定。此中涉及醫護人員如何確定病人的決定是其自身自主自願的選取，而不是受到有形

或無形的不當影響，或是在不具有行為能力 (competency) 之下的決定。這在西方醫療倫理和生命倫理的研究中主要是在自律 (autonomy) 及諮詢同意 (informed consent)、行為能力的概念之下的論題。

(2) 西方醫療倫理中所被接受的尊重自律原則 (principle of respect of autonomy) 主要是一種積極保護病人不受其他不當影響，甚至摒除醫護人員和家屬的意見之左右，以保障病人所作的選擇純是病人個人自己自願的決定。同時為了避免發生指導性的忠告，使病人不敢拒絕因而無形中被剝奪了自主自律的權利，醫護人員常迴避重要的醫療決定，而不予病人以積極的協助。這種模式的背景是西方自由個人主義，以尊重病人的自主自律決定為第一優先取向，所容易產生的缺點。因此，西方

* 作者為國立中央大學哲學研究所教授。

醫療界這種回避模式一方面固然能相當地保障病人的權益，但另一方面卻常使病人在疾病中還要肩負這種重要選擇的重擔，同時又把病人與密切相關的家庭成員分隔，使病人更缺乏適當的支援，在重病中更感無助，許多時反而不免受到醫護人員的有意或無意的宰控。這種模式和對自律的構想近年在實務上和理論上都受到相當強烈的批判。以下我們先說明這一自律模式的意義和內容，評估其優劣點，參酌相關的批評，重構一合理的自律模式，以更符合本土的價值取向和醫護工作上的實務需求。

壹、尊重自律原則之意義與重評

(3) 生命倫理學中所尊崇的尊重自律原則主要是依據西哲康德(Kant)所提出之自律道德所引生出來的一個醫療倫理的主要原則(註一)。依康德之理論，真正的道德出於當事人的自由自主自律的決定和行動。具有如此的道德表現能力的人乃是一理性存有，也因此而具有以自身為目的價值，即是一具有人格尊嚴價值的人格個體(person)。由於具有這種自由自主自律的能力，一個人格個體所作的決定才可能是一道德的決定，由此而行動的才是一道德行為。當事人的自主自律並不表示當事人所作的決定是隨意的或純粹是主觀或自我中

心的價值偏好，因為，自律的決定是一種遵行或實現普遍道德法則的表現。作為道德的表現，自律並不是一種當事人主觀偏好的表現，而是站在所有理性存有或人類的立場上作出的決定。換言之，自律行動中的道德法則雖然是行動者之自由意志所提出而且是自願地去遵守，但這法則是對所有人有效的，因此它同時是客觀的法則。依康德的分析，這種道德自律要求我們只依道德義務而行，把一切其他依情欲或工具而來的價值都貶抑為不值一顧，因而自律的決定即具有不可交換的絕對價值。康德依道德的表現分析出，作為一個具有理性能力的生命，人類是一具有自由自主自律地位的個體，其所依據的道德原則乃是一定然律令(categorical imperative)。定然律令有三種程式(formula)，分別是普遍程式、目的程式和自律程式，主要的意涵都是要指出一道道德行為必須具有普遍性，視自己和他人為一目的，和依據道理性而行，也不可強加或強制他人的合理決定。因而一個具有自律能力的個體在不涉及其他人的權益的範圍內所作的決定不可被其他人所排拒或抑制，否則即有損其作為人格個體的尊嚴和價值，即被貶抑為其他人的工具或附庸。因此，自律原則所要求的尊重當事人的自律決定正是尊重當事人這種自身為目的價值和地位。任何違反尊重自律原則的行為無疑把當事人貶抑為工具來利用。在康德的理論中，一切人原則上都是一理性存有，但一個個體能否

實現出理性存有的自身作為一目的的價值，則視乎其是否能依其理性能力來作決定和行事。一般成年人是此種人格個體的典範例子，因此通常被接受為具有自律原則所保障的權利和受到尊重的待遇。當然，這並不表示成年人不會有違背其道德自律要求的行為，即作了一不道德行為的時候，但並不因此而被否定其作為個體人格的地位。當一個人作出不道德行為時，他即侵犯了其他人或生命的權益，而應受到相應的道德譴責和制裁。當行動者沒有辦法表現出理性的行為能力時，例如當事人昏迷、成為植物人，或精神失常、未成年、嚴重老化等，其自律的權利會受到剝奪，而不受到相應的尊重。然而，這並不表示這種情況下的個體不再是一理性存有，或即可被無限制的利用或傷害。因此，在康德意義的自律概念下，剝奪當事人的自律權利正為了保護當事人或其他相干的人或生命不致被其不理性的決定所傷害。然而，在合理解除當事人的自律權利時，代理人所作的決定必須以當事人的最佳利益，即不傷害和仁愛原則為基本的指導原則。換言之，當事人的理性決定才是其決定被尊重與接受的主要關鍵。對當事人明顯有傷害或嚴重傷害的決定，其他人有理由加以否決或拒絕執行。當然，此中可以容許當事人有其獨有的價值偏好，而不必是與其他他人為相同或一致的。這一理論背景提供一個個體免受社會組織和制度的不當干涉，在解除傳統社會和制度對個

人或弱勢族群的不公平對待和剝削方面，具有不可磨滅的貢獻。在醫療體制中對病人的權益也發揮鉅大的保障功能。

(4) 康德的自律原則主要指人類的道德行為的特質和價值，其理論不必意謂是一種個人主義的理論所主張的一種個人的權利。道德上的自律結合個人主義主要是現代西方社會政治發展的結果，特別是對個體自主和自由的論述，後者也與功利主義(utility)相關和作了某種組合。因此，在醫療倫理的當代論述下的自律原則所意指的不必是康德原有的主張或範疇，很多時候衍生多種甚至是不相容的不同意涵。用於醫療情境中，此原則在不同學派和學者之論述下，其主要共同內容大體上是尊重當事人的自主或自我決定(self-determination)，特別是強調當事人的決定在其切身的醫療選擇上，不應受其他人的影響或阻撓。而且，當事人的決定即是最後的，不容許任何其他人的挑戰，縱使其選取可能違反其最佳利益或不理性，除非有理由相信當事人在作出決定時不具足行為能力。然而，這一構想不但與康德的自律理論應有的內涵不完全相應，且缺少了其主要的普遍的和理性表現的前提。更重要的是，當代這種自律原則所意涵的自由個人主義並不能在理論上或實踐上符合當事人作為一真實個體人格的特質。其中最為學者批判的是這種自律的構想假定一個人是可以與其他他人完全分隔的獨立的存有，與其他他人純是一種自願合約式的關

係，而這種關係可以隨意捨離而不影響其自身同一性或自我認同。但是，一個個體人格的自我同一性不可避免地與其他非自願結合的關係具有不可分的關係，特別是家庭中的父母子女和兄弟姊妹的關係。這種家庭關係在個人生長發展中實伴隨我們的人格同一性成為不可分的部份。在這一方面，每個家庭成員可說由於共同分享生命的歷史，成為互相倚待互為主體的成員，在感情上、價值上、心理上、人格上成為互相倚待不可分割的整體。當然，在某些極端情況下，一個人可以與家人斷然分離，或採取不同的價值觀，但其人格同一性仍不可免具有相互影響的深層結構。進一步來說，通過自願結合，如婚姻或結義或共同生活，相關的人所具有的親密關係也可以成為我們人格同一性不可分的部份，雖然這種關係可以通過自願解除而免去相互的權利和義務。因此，一個個體實處於與許多其他相關的人的各種關係網絡之中，不可能是一種原子式的個體。引申來說，個體所處的社會、國家、民族和歷史文化，都構成我們人格同一性的不可分割的部份（註二）。因此，當代許多學者，特別是女性主義者，都嘗試以一種關係式的概念，如母子、朋友、姊妹等關係方式來重建自律的概念，引進一種關係式的自律(*relational autonomy*)以如實反映病人和家屬的相互關係（註三）。但這方面的論述未能進到根源上以當事人之人格同一性來論述何以關係或某一種關係是個體

在自律表現上所應有的一種概念，是其理論不足的主要地方。

(5) 女性主義者這種強調個體與個體之間的關係，無疑點出每個人所不可或缺的特質，也是一個現代人常有嚴重失落感的情狀。強調個人獨立自主式的自律原則與自我決定，無疑是把一個人從不可分割的人際網絡抽離出來，成為一空頭的個體，此所以是一抽象而不真實的個體之概念，也產生許多在醫療境況中不合理和難以解決的道德困惑。另一方面，女性主義者在使用各種關係概念重構自律原則時卻常不自覺的受到所處的當代西方社會的脈絡所影響。這種影響主要表現在對家庭關係的既迎還拒上。因為，西方現代社會的發展，由於個人自由主義之深入人心，家庭不但已解體，家庭成員間的關係也漸變得若有還無。同時，女性主義者也特別敏感於傳統家庭對女性的不平等和壓抑的情況，因此，對家庭的倫理地位不能正視，而寄望於平等的朋友或姊妹式的關係。但是，這種平等的關係常只是一種互相外在的關係，只是一種平等的公民關係的反映，既不能說明個體之關係特質，更不能確立成員間的不可分割的內在關係。而在醫療倫理方面，這種關係的份量顯然不足以提供原則上的必要性，使相關成員的參與成為病人自律表現的重要構成部份。至於社群主義者(*communitarian*)所強調之須由社群來理解個體和重視傳統價值之重要性和特殊性，固然有其針對自由個人主義

的批判性，但這種論點不能正視現代社會對個人的保障，自由主義在解除傳統社會不合理的制度、權力和價值差異方面的貢獻，也不能提出真正能在醫療上對個體和整體有利的自律觀念。因此，我們必須順這種關係模式進一步改造自律的概念，並引入家庭的地位與角色，使病人的權益和照護得到適當和合理的安排。

貳、病人中心之倫理自律 (Patient Centered Ethical Autonomy)

(6) 在儒家倫理思想影響下的社會，常表現出強調家庭作為生命共同體的一個基本單位，家庭的倫理關係是一種人與人之間的內部不可分的關係。這種內部關係不但是一個個體的自身同一性不可分的部份，是個體賴以定位其自我的一個整體，和得以安身立命的最後歸宿之處，也常是個體對抗外在的社會、國家或世界的堡壘，是一個自成一體的單位。在現代世界中，傳統社會逐漸解體。但東亞地區明顯保留遠強於以美國為代表的西方社會的家庭結構和內在關係。這種關係對個體所提供的保護固然可能形成對個人自主性的抑制和傷害，但卻常是個人得到最佳護佑的場所。這在個人自主能力不足時，如在患病等情況下，家庭常能提供病人所難以從社會或國家所提供的照護與關懷。因此，

適當調整個人在家庭的自主權利，以排除可能有的家庭內部的壓迫或暴力，在病人的醫療決策中引入病人家屬的參與，順應個人與家庭不可分的關係，和善用家庭的功能，可以對病人提供最佳的醫療服務，和解決醫療上可能出現的倫理困境。

(7) 我們以家庭之倫理關係作為人格個體之自身同一性之不可分之關係，由此引進自律作為一種「倫理關係自律」(ethical relational autonomy) (註四)。「倫理」一詞在此主要指一種不可分割的內在關係所標示的相互的道德的權利與義務，特別是當事人與親人在一種家庭生活中，構成一種不可分割的生命共同體。由於一個人的生命總是起源於家庭，這種家庭生活對一個人的人格和自我的塑造有不可磨滅的影響，是一個人的自我認同和人格同一性的主要依據。同時，這種共同生活使其中的份子分享不能分割的共同利害、共同擁有的生活資源，每個份子的決定或行動都不可避免地涉及其他份子的權利或義務。這一倫理關係自律概念的特點，首先，展示出倫理關係在個體自律原則上的首出性和不可割捨性，確認這種關係對於一個個體的人格同一性和身份認同並不是一種隨意的選取；進一步，這個理念表示家庭成員之間的互相倚待及結合成一親密的利益共同體，家庭任一成員的決定或行動都不可避免地對其他成員產生密切的影響，因而個體不能無視家庭的共同利害而獨斷獨行，也使得家庭成員對一個個體的決定與承擔有

參與的權利與義務。這是家庭共同決定常是超乎一個個體的個人自主式決定之上的主要理由。同時，在這個概念之下，基本上是以家庭為自主自律的單位，以家庭作為進行決定的整體，病人並不單獨享有自律的權利，而家庭的共同決定也常是外人對一個個體的決定是否接受的基礎。

(8) 在家庭內部，這種自律可以進一步明確化為以病人為中心的倫理關係式的自律。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，因此，倫理關係自律是以病人為中心的。這一基本原則不但相對地保障病人的個人自主，在遇到家庭成員間出現爭拗不能達成一致決定時，也可以作為最後取捨的依據。這種倫理關係的模式是以家庭對當事人採取一種父母對子女的關係來理解其中自律的行使。但這種父母對待子女的模式不是以全權代理的方式來進行，而是以一種母親育成子女的取向為主，即以保護、涵育、促進當事人的獨立自主為主。在儒家思想中，這可說是取法於天地作為人類之孕母，以孕育子女成長為主的模式，而不是父權宰制的模式。理想上這種內部共同決定是家庭成員在一和諧的方式下取得的共同決定。如果這種內部和諧的決定是在一真誠公佈的情況下達成，原則上是可以使各家庭成員間之自主自律權利和義務得到充份的討論、默許和最高度的平衡。這對於病人或家屬無疑是在病痛中最佳的出路。但是，如果家庭成員不能取

得和諧的共同意向，則須以當事人的合理願望為依歸。縱使在子女或成員無行為能力，不能自我作主時，父母和其他成員也需盡力去使子女的意願能被尊重，為子女的最佳利益作出代理決定。換言之，如果當事人處於一種無行為能力的狀況之下，家庭以父母對子女的保護主義的方式代為決定自是一可接受的模式。但是，如果當事人具有行為能力，家庭的主要參與是對當事人的支持與保護，發生爭議時則以家庭之共同利益，和諧合作為主。如發生不可避免的衝突時，按父母為子女設想之取向，則以當事人的意願為主要依歸。這一模式也可以延申到醫護人員，涵蓋後者為廣義的家庭成員的一份子，當然，醫護人員主要以病人的最佳利益為依歸，包括盡量使病人的意願得到尊重和實現，但醫護人員基本上不應與病人或家屬意見相衝突，除非後者互相衝突或所作出的選擇對病人有不合理的傷害。至於若干和家庭或當事人有特殊關係的其他人，諸如長期共患難和共同生活而有密切關係的人，也可以被接受為廣義的家庭的一份子，可以被容許參與家庭的協商，其意見也可以適當地被尊重。

(9) 這一自律概念及其相關原則主要是回應個體之真實境況，使個體的最佳利益得到保障。這個理念的優點在於，一方面不致使病人在最需要的時候得不到支援，特別最親密的家庭成員的支援，和讓家庭成員在相關的共同利益和密切相關懷的對

像，即病人之醫療決定上，得到應有的參與權利。另一方面這模式保持病人為利益的主體，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。這一概念可以解除病人通常會在醫療決定上的惶惶然的無力感和失落感，同時也部份解除醫護人員面對病人與家屬相互間的分歧，難以決定的困境。當然，正如任何不可調和的道德或價值爭論，此概念並不能完全化除病人與家屬之間的差異或爭議，但通過病人與家屬的坦誠溝通，許多爭端較易化解，許多不必要的傷害也較易避免。在爭議無可避免時，而這一原則最後提供醫病解決爭議的原則：即以病人的合理意願為歸。

叁、倫理關係自律之下的倫理諮詢的基本成素

(10) 倫理關係自律的模式可說相當於以病人之家庭成員為一整體來行使病人的自主自決的權利。除了在病人沒有其他家庭成員而且被判為無行為能力的情況外，這一模式基本上是在病人與家屬作為一整體之下，常是一具備足夠行為能力的情況下進行相關的醫療選擇和決定。因此，醫護對於病人及其家屬所採取的態度基本上是以一個有行為能力的整體來對待。一般而言，這種模式下，醫護人員可免除對於

病人無行為能力時要代作決定的困難，除非發生病人與家屬有嚴重選擇分歧，此時醫護人員則須參酌病人的行為能力進行適當的介入或仲裁。當然，為履行對病人的義務，防止病人受到家庭其他成員的抑制或瞞騙，醫護人員仍須掌握病人的意向，如是否有先行的意向表示，預立意願書或授權書等。醫護人員也須確保在重要的醫療選擇中，病人與家屬充份理解相關的療程，可能選項，風險和利益等。為了避免與病人及/或家屬之價值選取不相一致，醫護人員應在與病人充份溝通，瞭解病人的價值、願望後，提出相關的可能療程、預後、風險利益分析等，使病人和家屬得以作出真實的諮詢同意下的自願決定。

(11) 醫護的主要工作是對病人及其家屬提供允份和適當的資訊，作出適當的說明，使病人及家屬在了解和不受壓力之下作出共同的決定。因此，醫護方面提供病人及其家屬的資訊應以病人及家屬所需要的為主，對後者所產生的不解或疑問加以解釋和說明，以達至適當的理解，保障病人及家屬不受外在壓力或不當影響。在這種模式下，醫護方面須適時地為病人及其家屬召開真誠公佈的討論，使病人及家屬所涉及的權益得到討論和達成對病人及家屬可以接受的合理決定。為了尊重病人和家屬的自主決定，醫護人員有必要讓病人和家屬有適當時間和機會進行內部的討論，不應介入或加以干涉。醫護人員原則上應接受病人及家屬所作出的合理決定。

在絕大多數的情況下，醫護人員的專業知識應能提供相當明確和無可爭議的最佳療程，病人及家屬所能作出的最佳醫療選擇也很明確，並不必要很多費時的說明和申述，也很自然作出醫病雙方均可接受的決定。但是，當發生醫護人員對病人或其家屬所作的選擇有疑議，或是病人的決定不明確，或家屬要求的醫療實為無效，或與病人的最佳利益不相容等，醫病雙方需要進行相當程度的溝通和協調。這種討論最適宜由倫理諮詢專員或倫理委員會的代表成員作為召集人，使醫護人員及家屬病人進行溝通和作出合理的決定。但醫護人員和倫理諮詢專員主要是解答病人和家屬的醫療上的問題和醫病雙方可能有的道德疑難。倫理諮詢專員須在病人權益受損時加以保護。

(12) 在嚴重病情被檢驗出來時，家屬可能會提出病人會受不住或產生嚴重後果，因而要求不告知病情。這種要求同時排除了病人參與醫療決定，有可能侵犯病人的權益。在這種情形下，醫護人員須要對病人作進一步的理解，包括其行為能力，意願等，以保障病人的基本權益。除非有理由相信病人的行為能力會受損，或已不具備行為能力，醫護人員原則上應要求家屬在適當的時機告知病人，與病人溝通和說明相關的療程和選擇。此種諮詢過程可以制訂為一種醫療倫理程序，讓醫病和家屬得以遵行。至於較具體的倫理諮詢的內容和程序，則可由各醫院進一步規

範，由倫理諮詢專員或醫護人員執行。以下進一步建立一個具體可行的模式，以貫徹這個理論到臨床上的實踐。

肆、倫理諮詢模式

(13) 在以家庭為整體的倫理關係自律的取向之下，醫護人員在進行醫療諮詢時，可依以下的程序取得病人或家屬同意採用某種醫療方式或療程：

一、建立良好的醫病關係

(14) 在任何醫療情況中，良好的醫病關係都是醫療質素的一個重要成份。由於醫療機構是病人生病時才進來的地方，主觀感覺上已不會是愉悅的，加以需要接受許多是第一次接觸的陌生人的各種檢查，許多研究都指出醫療機構的環境，常會使病人覺得有壓力、疏離、不舒適，及由此作出受到扭曲的決定或不知如何選取等情況。因此，如何使病房多一點人性化的味道，如柔和的設計、輕鬆的音樂、生日或節日的氣氛、悠閒的情調等，使病人有一種賓至如歸的感受，不但會增強醫護與病人家屬的關係，也對病人的病情和心情產生良好的效果。一些增強的行動，如醫護人員進場時帶點可愛的小花，作親切的招呼、為病人整理用品、探問所需，等等，都可讓病人家屬感到受關懷，使雙方有良好的開始，創造日後良好的互動和信任。

(15) 醫護人員應把握與病人初次見面的機會，建立良好的第一印象。醫師雖然較繁忙，與病人接觸的機會和時間較短，但在初診時多花點時間，不但是了解病情所必需，且由此瞭解病人的意向和價值，取得病人和家屬的信任，實是醫療上必需提供的服務。護理人員則會有更多時間與病人和家屬接觸，也常是病人和家屬所諮詢的對象，因此，護理人員常是病人所最信賴的人，護理人員更可藉此建立良好的關係，並擔任病人和家屬與醫師之間的橋樑。當然，醫護人員應恪守一般醫療倫理的專業規範，諸如守秘、保護病人的權益、忠誠等，使病人確信醫療機構中人都是全心全力照護自己的專業人士。另一方面、醫護人員也得在各方面表現出以專業的知識技能來盡心盡力照顧病人、體諒病人在病中的不良情緒和反應、讓病人能無所擔憂而樂於表示自己的意願等。

二、瞭解病人之意願

(16) 醫護人員應在初步接觸中開始理解病人的意願和價值取向，特別是與病人日後病情相關的選擇和決定。病人和家屬之意願常根據所知的病況來作決定，因此，如何提供人和家屬以適當的關於病人病情的知識，特別是可能的發展，是瞭解病人意願的第一步工作。這方面可考慮以交談或小冊子的方式來傳達所需的訊息。醫護人員通過病人及家屬的學習和解答可能有的疑問，使病人和家屬理解其可能要

作的選擇和決定，同時可由此了解病人的意向和價值，以供日後之參考。

(17) 病人和家屬的意願和選擇常受過去經驗所影響。有研究指出，查詢病人在過去曾經歷親友的醫療情況，及病人當時的言談等，常可以發現病人的意向和價值取舍。這些情況或價值反應，雖可記錄，但為免誤解或記憶錯誤，應取得其親友的佐證方可以確立為病人的真正意願表示。這對於日後當病人失去行為能力，而需要家屬代理時，可作為檢視後者是否真能反映病人意願的參考。當然，如有需要和在適當的情境下，也應直接和明確地取得當事人當前的意願和決定。

(18) 雖然國人目前尚不習於預立意願，但詢問病人及家屬有關病人是否有預立不予復甦(DNR)和其他意願書，應是一正常的醫療程序，且應在病卡上註明。當然為了避免病人和家屬有不必要的疑懼，醫護人員應說明此種意願書的目的和醫療機構之政策，不但不會影響且更能提升醫療品質，和達到病人的理想要求。如果能把這種查詢作為入院的日常程序，訂出明確的規範作為醫療政策，則可避免病人或家屬有不必要的聯想。如果病人之前無任何類似之預立意願書，則請病人和家屬予以考量，也是一可以瞭解病人意願的途徑，和使病人和家屬有一種心理預備，不致事變時不知所措。

(19) 對於病人的意願，也常可通過與家屬溝通而得到瞭解。依據我們的理論模

式，家屬的意願對未來的療治和療程也是一個重要的決定因素。及早與家屬溝通是避免發生病人與家屬意向不一致而使醫療決定陷入進退兩難的境地。當發現家屬與病人有不同調的情況，除了理解病人的真正意願外，醫護人員需對雙方應有的權限和得出共識進行適當的溝通和協助，如提供相關的醫療知識和資訊、法律與倫理的分析、坦誠的意見交流的機會，醫護人員在必要時也得要陳述明確的立場。一般而言，在醫護人員進行較積極的溝通理解之下，許多爭議會事先化解，和較能達到病人以及家屬的心願。

三、確立病人的行為能力和權利

(20) 在一切醫療決定之中，病人的行為能力(competency)是最重要的根據。具有行為能力的病人應具有對自己的病的醫療方式的最後的決定權。因此，醫護人員應在病人進入病房時即評估其行為能力。這種評估可分為正式的和非正式的。非正式的評估通常在確立病人具有行為能力時採用，因為，這樣無損病人的基本權益。但在懷疑病人可能沒有行為能力時，則應進行正式和較嚴謹的評估。換言之，在一般的情況下，如果病人表面正常，無相關可以使病人失去行為能力的病情下，病人即被視為具有全面的行為能力。在病人具有行為能力之下，確定病人在日後相關的可能病情發展中會採取何種價值或意向，將可確保病人的意願不致被歪曲。如果發覺

病人病情有異，或屬於通常被認為行為能力有損的情況，如精神異常等，則應進行較嚴格的行為能力的檢定。

(21) 一般檢討病人是否具有行為能力包括三方面：當事人是否具有一般的溝通和理解能力、是否能作適當的推理、是否具有個人所認可的一組價值（註五）。醫護人員可按這三部份內容對病人作適當的評估。評估結果，如有可能，應在病歷上注明。在當事人對醫護人員所提供的醫療選擇進行諮詢同意的結果時，如果病人的選取對其病情不利或與醫囑相距其遠，如採取不需要又明顯對自己不利的療程，或拒絕醫療等，醫護人員有需要進一步的瞭解，和採取某種調整的行為能力的要求。前者較屬於病人和家屬意願的理解。後者則是進一步檢視病人的行為能力的變異，考量病人所作的決定的重要性而調整所需的行為能力的表現，特別是病人的理解能力和推理能力是否真能相應所要作的決定的嚴重性或複雜性。

(22) 在我們所採取的模式之下，由於以病人與家屬共同為一自律的整體，原則上一切的醫療決定都出自病人及其家屬的共同決定，醫護人員不必要作為代理決定人。因為，一般而言，家庭作為一整體總有可符合具足行為能力的表現者。只有兩種情況是醫護人員需要進行代理決定的工作：一是當事人既無行為能力而家屬尚未能及時知會，一是當事人具足行為能力而家屬相當強烈反對病人的決定。前者則依

常規由醫護人員以病人最佳醫療利益來代作決定。後者則需要醫護人員進行溝通協調，協助人與家屬取得共識。如果最後沒有共識，而病人決定是具足行為能力，則只能以病人之自願決定為依歸。最後的決定應有病人簽署之意願書，而其中種種情況則應通知家屬及紀錄在病歷上，以免日後的紛擾。

四、與病人及/或家屬進行諮詢 同意

(23) 雖然一般所採用的諮詢同意(informed consent)主要是以個人自主自律的角度來論述，但其中所涉及過程和主要環節，實與倫理關係自律的方式相同，只不過把個人申展為以家庭為一單位，因此，我們可以借用西方的諮詢同意程序作為取得病人與家屬的自願同意的方式。

(24) 諮詢同意的方式(註六)主要包括兩部份：一是資訊(information)，一是同意(consent)。前者包括所提供的資訊和病人及家屬的理解(understanding)；後者則包括行為能力和自願(voluntariness)的問題。在提供資訊方面，可以有三種模式，分別是：醫療專業、理性的人和病人主觀需要等三種。此三者各有利弊。一般而言，主要是以醫療專業輔以病人主觀需求為主。原則上，醫護人員需對病人和家屬提供相關的醫療資訊，包括診斷、可能的醫療方式或程序、各種療程之預後、費用等。再依病人之詢問而作出書面或口頭的說明。

資訊和回答病人和家屬的提問，主要是使後者理解所涉及的醫療和選擇。由於理解和最後達成決定總須一些時間和家屬之間的商議，故應留有足夠的時間讓病人和家屬消化和理解所涉及的資訊，由病人與家屬商議後作出選擇。在選取方面，醫護人員應避免有影響和操控病人和家屬的情況出現，而在保障病人意願不致為家屬所掌控，醫護人員也應加以留意和確認。

(25) 如果在診斷方面涉及病人可能會與家屬產生分歧或破裂的情況，如某些私隱疾病如愛滋病，或病人事先有保密之要求等，則醫護人員有必要先就病人個人進行諮詢，取得病人同意方可與家屬共同進行諮詢。在合理範圍內應依病人所求對家屬作適當的不予以揭露。

(26) 以上的倫理諮詢程序，主要是一種建議，目的是確保病人和家屬之權益得到保障，和免除病人獨自承擔過重的醫療決定，使醫療的質素得到提升。其中的項目或程序自需醫護人員加以適當和對應個別情況中病人和家屬的需求來調整，而非一成不變的。

註釋：

註一：參閱 Barbara Secker 之‘The Appearance of Kant’s Deontology in Contemporary Kantianism: Concepts of Patient Autonomy in Bioethics’及所

引述之相關文獻。此文刊於 *Journal of Medicine and Philosophy* (Dordrecht: Swet & Zeitlinger), 1999, Vol.24, No. 1, pp.43-66.

註二：更廣地來說，人類與其他生物也具有不可分割的關係，即，脫離整體生物界，人類也難以定位其自己。這部份議題在環境倫理的課題中是一重要的論題，但在醫療倫理決定上，可以暫且不論，而不直接影響以下所要論述的價值與決擇的論斷。

註三：參見 Tom L. Beauchamp 與 James F. Childress 合著之 *Principles of Biomedical Ethics*, Fifth Edition (Oxford: Oxford University Press, 2001), pp. 60-61。詳論請參閱 Anne Donchin 之 'Autonomy, Interdependence, and Assisted Suicide: Respecting Boundaries/Crossing Lines'，此文刊於 *Bioethics*, vol.14, Number 3, 2000), pp.187-204，及其 'Understanding Autonomy Relationally: Toward a Reconfiguration of Bioethical Principles'，此文刊於 *Journal of Medicine and Philosophy* (Dordrecht: Swet & Zeitlinger), 1999, Vol.26, No.4, pp. 365-386。

註四：范瑞平在其 'Self-Determination Vs. Family-Determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy' 提出東亞國家的一種以「家庭決定」為

準的自律原則，與本文之論點有重疊之處，特別是在反映這種自律觀念與儒家理念的關係，該文也是本文參酌的一個主要依據。此文刊於 *Bioethics*, vol.11, Numbers 3&4 (1997), pp. 309-322。

註五：參閱 Allen Buchanan 與 Dan W. Brock 合著之 *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making* (Cambridge: Cambridge University Press 1989)，頁 23-25；同時請參閱本書第八章「行為能力與病人的抉擇」之分析與討論。

註六：參見 Tom L. Beauchamp 與 James F. Childress 合著之 *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth Edition (Oxford: Oxford University Press, 2001), Chapter 3, pp. 132-170。此書的第五版改動了一些項目的編排和說明，可參閱。