

# 家庭功能下的病患自主權

李錦虹\*、洪梅禎\*\*

## 壹、關係中的自主

(1) 在尊重病患自主的原則下，以病患的意願，病患的最佳利益為考慮，進行各種醫療決策，是自主原則的主要意義。然而，由於病患並非生存於關係上的荒島，其所有決定牽動著每一位親密家人的共同利益與生活，無法僅以一己之意願作考慮，「倫理諮詢理論與模式」一文提醒了倫理議題不是生存於關係的真空中之事實，並強調倫理關係自律模式（*ethic relational autonomy*），視家庭整體為倫理考慮的核心。此文詳細論述東方文化中家庭對個人的影響力，以有別於西方自由個人主義下對於尊重自主的不同倫理觀念，並從不同的情境，闡述應有的倫理諮詢重點與原則。

(2) 在我們所熟知的文化中，有自主能力的病患進行各種醫療決定時，不可能不考慮該決定對整個家庭或其他家人的衝擊與負擔；而對一個沒有自主能力的病患而言，當自主權落在整個家庭手中的時候，家人也會思考任何一個醫療決定對彼此生活產生的影響。例如，病患對自己的病情有知的權利，但是家人卻決定不予告知，這在東方社會是常見的現象。也常見一個有能力自主的病患放棄自主權，由家庭代為做決定。像被無形的家族責任所期待，必須冒著生命的危險生下男嬰以延續家族香火的母親，她是否擁有真正的自主呢？更有甚者，病患亦可能為了其他家人的幸福，而做了不利於自身利益的決定，譬如放棄昂貴的治療，隱瞞病情，甚至自殺等等。所謂的「對自己有利」的定義，在家

\* 作者為輔仁大學醫學院臨床心理學系專任助理教授。

\*\* 作者為輔仁大學醫學院臨床心理學系碩士班研究生。

庭關係的交織下，變成了一個令人費解的難題。因此，當「倫理諮詢理論與模式」一文指出：(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。這樣的看法，可能要有新的詮釋。

(3) 家人在法律上，擁有許多決策權，如禁治產之申請（民法第 14 條），手術、麻醉、侵入性檢查或器官切取之同意（醫療法第 63-65 條），聲請親權或監護權之停止（兒童及少年福利法第 48 條），同意未成年與意識昏迷之病患簽署不施行心肺復甦術（安寧緩和醫療條例第 7 條），保護精神病患就醫，同意醫療機構或教學單位對病患施行特殊治療（精神衛生法第 14，27，31，32 條），器官捐贈之條件與對象限制（人體器官移植條例第 8 條）等等。當病患沒有能力依自己的意願行使權力時，這樣的權利便落入家人或法定代理人的手中。當決定權是在家人手中，或是必須以整個家庭為考慮的時候，問題也相形複雜起來。現代的家庭模式已非往昔般單純，家庭未必有婚約形式，家人不一定生活在一起，子女未必同父同母，夫妻可能各分兩地，最重要的是，家庭未必和諧，家庭功能也未必正常。因此，家庭內的動力也更顯複雜，可能無法以一個整體視之。若家庭合諧且具備相當的功能，則

不管面對何種問題，都比較容易透過內部的坦誠溝通，或在簡短的諮詢下，得到明確的解決。在不正常的家庭中，彼此的關係或許連親朋好友都不如，內部可能充滿了各種負面情緒，特殊情感連結，以及經濟上的衝突，這些因素都可能投射在醫療決定中。在一個關係疏離，名存實亡的家庭或婚姻關係中，他們會尋求病患的最佳利益，還是自己的最佳利益？家人之間也可能分成不同的對立團體，衍生更多的糾紛，此時病患將更形脆弱，同時處於被利用，被忽略的危險。

(4) 如此一來，家庭的健全與否，將影響病患最終的福祉。包括對於醫療決定家人之間可能產生衝突的意見，而無法在一和諧的方式下取得共同的決定，甚至造成家庭的失和。如最近報載的妻子遵從先生意願，執行放棄急救的決定，卻遭致子女與小叔的不滿，家庭嚴重失和。攸關生死的這類醫療決定是沉重的，夾雜著醫療過程的經濟，情感，及照顧者身心的負荷，原已不是一件容易的決定，再加上家人彼此不同的角色與關係，欲尋求和諧而一致的決定，本來就是一件困難的事。當家人之間意見衝突的時候，醫師通常是要求家人之間先尋求一致，再做醫療決定。此時，醫療人員大多成為退居一旁的外人，依情或依法，似乎都必須尊重且靜候家人的最終決定。然而，危急中的家庭，將會運作出什麼樣的結果？這中間的過程是否合乎醫學倫理的四大原則呢？

(5) 筆者以為，家庭功能才是決定並患是否真正享有關係下的自主權益之關鍵。有功能的正常家庭不需要法律來約束，病患醫療的決定，會如同「倫理諮詢理論與模式」一文所呼籲的，以一種和諧與兼顧家庭的方式來解決。很多醫療倫理問題的發生，常常都是功能不正常的家庭所產生的結果。筆者以表一來說明家庭功能在決定病患自主上的角色，在表一中，與自主有關的病患狀況包括病患是否有意識，是否具有行使自主權的心智能力，以及是否具有自主性的性格等因素。在心理學上，自主性與順服性是兩種不同的人格特徵，也會產生不同的人際互動與不同的依附關係。有自主人格者的倫理議題可能包括：價值衝突，人際衝突，以及權力衝突。缺乏自主人格者則可能常遇到長期受虐，病態循環，心理威脅等問題。對於有意識而沒有自主能力的未成年，精神病患，智能不足或失智症者，會遭遇財產問題，治療抉擇，長期照顧，以及放棄急救等問題。對於沒有意識的末期病人，植物人，緊急狀況下的急救病人，除了上述問題之外，還另有器官捐贈等倫理問題。

(6) 失能的家庭本身容易使得醫療問題尖銳化，像兒虐家暴，分居或外遇，家庭瓦解，關係疏離等等。這樣的家很難作到坦誠溝通與尊重病患的合理意願，醫療人員也常常必須承接這些家庭所衍生的後果，例如一個隨意墮胎多次的少女，將奄奄一息的胎兒生存權丟給婦產科醫師與小

科醫師，或是不肯救治輕度唇額裂嬰兒的父母等案例。理想上，長期共患難共同生活或擁有真正深厚關係的人，也應被視為家庭的一份子，如親密的遠親好友或同居的對象等等。他們與病患擁有實質上的良善關係，可以在醫療決策上，真實的為病患的利益考慮。然而，這樣的角色，卻可能得不到法律的保障；反之，在一個失能的家庭中，關係破裂甚至彼此仇視的家人，卻可依恃著在法律的優勢地位與保障，獲取個人的利益，不只無法以當事人之意願為主要依歸，甚至作出有害當事人的決定。因此，一個棄家庭於不顧的家屬可能在病患病危時突然現身，擅自依其家庭地位替病患作主；一個智能不足小孩，可能在家人無形的期待下，默默的成為活體移植的應該人選，因為他對家庭沒有經濟上的貢獻。有些家屬甚至刻意對醫師做出無理的要求與控訴，憑添醫療人員的困擾與心理負擔。法律在保障病患福祉的同時，卻無法保障依法擁有權力的家人同時具備行善的動機，讓原本應相互支持的家人，為了自身的好處，在法律的庇護下，反而有機會與權力作出有害當事人的決定。因此，法律對於失能家庭中的病患自主，同時具備保護與妨礙的功能。

(7) 這些醫療上的兩難考驗著病患與家庭，也考驗著醫療人員的勇氣與智慧，需要倫理諮詢來謀求一個面面俱到而和諧的決定，下文將補充介紹一些倫理諮詢的模式與要點。

表一 家庭功能與病患自主之議題

病患狀況		身心狀態	家庭功能	倫理議題	法律角色	自主性的樣貌
病患有意識	有自主能力	有自主人格 精神正常 智能正常	正常	價值衝突 人際衝突 權力衝突	支持自主	較真實的自主
			失能		支持或妨礙	被保護或被破壞的自主
	缺少自主人格	精神正常 智能正常	正常	長期受虐 病態循環 心理威脅	保護自主	被決定的自主
			失能		支持或妨礙	受威脅的自主
	沒有自主能力	未成年 精神病患 智能不足 失智症	正常	告知問題 財產問題	保護病患自主	代理人決定
			失能	醫療決策 長期照顧	支持或妨礙	1. 自主性受法律保障 2. 表面合法的自主
病患沒有意識		末期病人 植物人 緊急狀況	正常	財產問題 治療抉擇	保護病患自主	自主權受家庭維護
			失能	長期照顧 放棄急救 器官捐贈	支持或妨礙	1. 自主性受法律保障 2. 表面合法的自主

註：家庭功能失能：家庭瓦解、受虐家暴、分居外遇

## 貳、倫理諮商的模式

(8) 面對難以抉擇、左右為難的情況，士林哲學提出「間接同意行為原則」(Principle of indirect voluntary) 或「雙重後果原則」(Principle of double effect)。當我們在從事一個行為時，此行為的後果有善有惡，由於我們的行為目的是為了行善而不在做惡，但這個惡的發生卻是為了達到善時無法避免的副作用，若此惡的後果能夠避免，我們將一定會避免，因此，同意此惡的結果發生是不得已的事。王臣瑞(1980)說明在使用此原則時需滿足以下四個條件，以便替無法避免的傷害產生解套的方法。此四個條件為：

- (1) 行為的對象必須是善的，或至少是不善不惡中立性的，而絕對不能是惡的。
- (2) 善的後果應由行為直接產生，或至少與惡的後果同時產生，而不能產生在惡的後果之後，因為我們不能以做惡為獲得善的方法，否則那就是為達目的而不擇手段。
- (3) 惡的後果不應作為行為目的，他的發生只是因為不可避免，不得不容忍。
- (4) 為了容忍一個惡的後果發生，在善惡後果之間必須有適當的比例和充足的理由。
- (9) 進行倫理諮商是為了協助病患解決問題。問題解決的步驟或程序會受到問題

本身的性質與相關因素而有不同，因此，並非每一種問題皆可依照同一種程序來進行分析，也就是說，沒有一個標準的問題決策公式可以套用在每一個不同的甚或相似的問題上。此外，亦可能存在許多影響決策的因素，如：情緒狀態、認知、宗教信仰、社會壓力等，不同的因素同時扮演了不同程度的影響。當病患最終需要做出決策時，該歷程將同時受到許多因素影響。即使沒有任何一個公式可以為每一個決策歷程、後果作出精密的計算，但若在問題分析時能有可供參考的程序，將可為病患指出一可行的方向，在眾多選擇中，作出最令其滿意的決定。以下分別列出心理學中與倫理決策有關的數種模式：

(10) (一) Van Hoose 與 Paradise (1979) 根據 Kohlberg 的道德發展理論為基礎，以五階段倫理思考模式來說明諮商員的倫理導向或其決定的內在依據（引自牛格正，1991）：

1. 獎懲導向：諮商員的決定、建議及行為，僅遵守既定的規則和標準也就是獎懲，他所關心的是行為對自己帶來的後果。
2. 機構導向：諮商員的決定、建議及行為，僅遵守服務機構的規定和政策，正確行為的標準就是上級的期望。
3. 社會導向：這一階段的倫理行為之特徵就是遵從社會的規範、法律、眾議，關心的是對社會的責任與福祉。
4. 個人導向：諮商員的注意焦點在當事人的權益，避免侵犯他人的權益

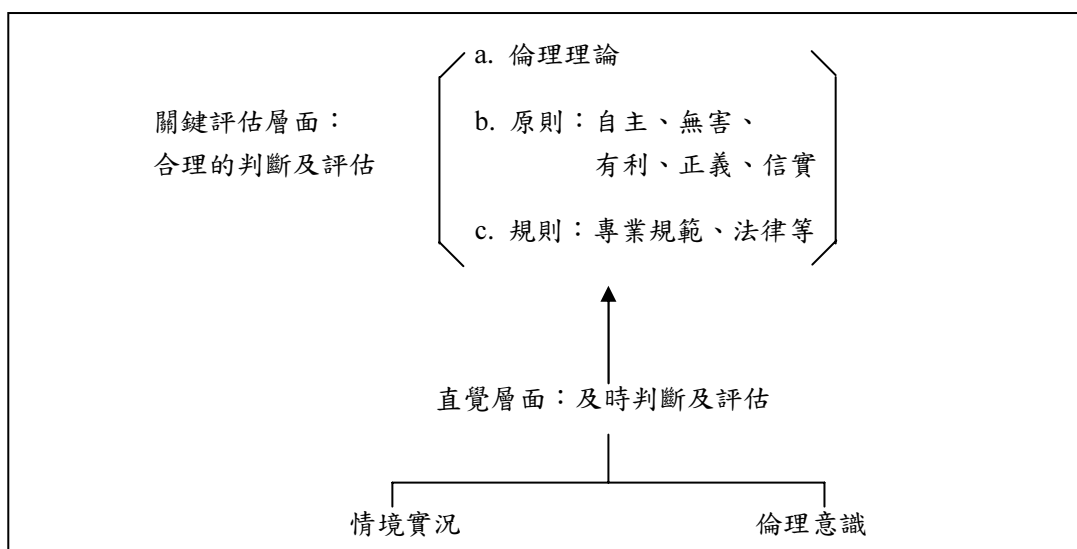
及違法。諮商員雖承認法律和社會福利的重要，但更重視個人的需要。

5. 原則或良心導向：諮商員最關心的是當事人，不太理會法律、專業或社會的後果，是以良心的原則及個人的倫理意識決定何者是對。

(11) 此模式以道德發展理論為基礎，將諮商員本身的道德發展一併納入考量，優點是明確指出個人的倫理決策與自身倫理道德發展有關。此模式看似有一理論作為基礎，但實際上卻未考慮其他因素的影響，而僅將諮商員的道德發展作為倫理決策的依據，使得在實際的問題解決應用上有其限制。此外，個人的倫理導向或決定的內在依據，並不一定能在決策時完全展現，可能受限於某些因素，使得個人雖有較高的道德導向，但在實際行為上有可能是低一階段的導向。

(12) (二) 倫理辨明模式 (A Model of ethical Justification)：

由於諮商員在遇到倫理困境時會憑自身經驗、個人信念、直覺與價值體系而做判斷、決定，而 Kitchener (1984) 認為只依直覺做判斷是不足的，為了改進倫理思考，需要更進一步的關鍵評估 (critical-evaluation)，如此一來，能使諮商員了解該有哪些倫理規範、該根據哪些規範行事、該何時介入等。Van Hoose (1986) 認為此模式可提供一個組織結構以便做邏輯思考，圖一為 Kitchener 的倫理辨明模式（引自牛格正，1991）圖示如下：



圖一 Kitchener 的倫理辨明模式（引用自牛格正）

根據 Kitchener 的倫理辨明模式，倫理思考具有不同的層次。第一層次是直覺（intuition）層面，倫理判斷的依據是實際情形及諮商員個人的倫理意識。第二層次則是關鍵評估（critical-evaluation），其所依據的基礎由下而上越來越抽象，首先為一般的專業規範等規則（rules），若一般的專業規範仍無法解決問題，則要更往上尋求道德原則（ethical principles），如：自主、不傷害等，更高一層則為倫理理論，倫理理論能協助澄清道德原則或規範的某些不明之處，提供較適當的解釋以協助諮商員處理倫理困境或辨明規範本身的矛盾。

(13) 此模式雖對倫理思考提出更清楚的說明並指出倫理思考具有不同的層次，但卻未對實際的問題解決有一明確的思考步驟或考慮程序，使得在決策判斷的應用

上仍有其限制。

(14)(三) Tymchuk (1981) 提出倫理決定的八個步驟，因同時考慮不同解決方案，而被視為較具彈性的倫理決策模式：

1. 分析情境：蒐集與問題有關的資料，統整分析。
2. 界定情境中所涉及的關鍵問題。
3. 參考倫理規範。
4. 評估所有涉及問題者的權利、責任及福祉。
5. 擬定所有可能解決問題的方案。
6. 預估每一個方案所可能產生的結果。
7. 分析每一方案可能產生的利弊得失。
8. 作成決定。

Tymchuk 的八步驟可謂替倫理決策指出一思考模式，提出的每一步驟皆提醒了決策者應對問題中的每一環節作出仔細、審慎的評估與注意，從最原始的問題情境

開始，思考、蒐集每一可行的解決方案，以倫理準則為基礎，評估每一方案的利弊得失以作出決定。在這樣的步驟下，決策者從問題的界定開始，考慮在此情境下所牽涉的問題及相關倫理議題，並以倫理規範作為行動的基礎，顯現出同時考慮實際問題與倫理準則的思考路徑，提供多面向的資料蒐集以解決問題。

(15)(四) 在眾多的決策方案中，可能面臨當中所涉及的倫理準則考慮彼此是衝突的，Beauchamp & Childress (2001) 為在處理道德兩難問題上提出一決策方法：

1. 當選擇是否遵循規範時，若欲依規範行動，為證明此行動是眾多方案中較好的選擇，則要提出理由說明遵循規範比違反規範的行動有更好的原因。
2. 在證明某行動是違反道德原則時，所提出的道德目標要具有實現之可能。
3. 此一違反原則之行為是必須的，並沒有道德上可取的選項可以替代它。
4. 此一違反原則之行動，必須與行動所欲達成之目標相符，即使可能有違的情形，也要在最少違反的程度之內。
5. 採取此行動者必須將因違反原則所帶來的負面結果減至最小。
6. 行動者必須對此事件中所涉及的每一方公正無私，亦即行動者的決定必須不受到任何一方非道德因素的影響。

(16) 不同的倫理決策模式各有其優點及限制，而限制的存在，則提醒模式的使用應謹慎且具備彈性，需要考慮病患的主

觀感受及其內在想法，從中求取一適當或可接受的平衡點，在提供諮詢時能協助病患作出充分的考慮。諮詢本身提供病患及其家屬有更豐富的資訊及資源，最終的決定權仍在病患，此時，諮詢者應秉持一中立的立場提供意見，諮詢者應對自身的價值觀有清楚的認識，不應透過諮詢的過程影響當事人之決定。在某些時候，諮詢者亦應對當事人的心理狀態敏感，理解當事人的選擇是在強烈或負面情緒狀態下的決定，抑或是深思熟慮後的結果。諮商員在告知重大訊息時，也可預期當事人可能有的適應障礙，在必要時提供心理衛生服務資源。一個完善的諮詢過程並不終止於決策的選擇，後續的監督、評估該行動方法的成效是重要的，並且也應該視需要調整與持續評估此計畫的執行。

## 參考文獻

- 王臣瑞 (1980)。倫理學－理論與實踐。台灣學生書局。
- 牛格正 (1991)。諮商專業倫理。台北：五南圖書公司。
- Beauchamp, TL. & Childress, JF (2001) *Principles of biomedical ethics*, 5th ed. Oxford University Press.
- Tymchuk, AJ. (1981). Ethical decision making and psychological treatment. *Journal of Psychiatric Treatment & Evaluation*, 3 (6): 507-13.