

回覆論文

回應對〈倫理諮詢理論與模式〉 一文之評論^{*}

李瑞全^{**}

從回應本文的五篇評論論文的内容來看，確是包含相當不同的專業專家的批評意見，使作者受益良多，對作者日後修訂原文之助益甚大。以下謹就所能處理者作重點的回應，特別就作者認為需要商確的要點為主，未能完全涵蓋所有的評論和值得討論的問題，特請各位評論人見諒。為使討論更為有系統和層次，以見出各個評論人在不同論題上的評論的焦點和價值，以下試以幾個中心主題作一綜合式的回應，使本文可以自成一連貫的篇章，讓讀者可以見出其間的學理和結構。

壹、臨床倫理諮詢之基本觀念與目的

〈倫理諮詢理論與模式〉一文（以下簡稱〈原文〉）主要是討論在醫療方面出現道德兩難時，我們如何幫助病人，以致醫護人員和家屬，解決困難，作出合乎倫理與合理的決定。其核心目標自然是以增進病人之福祉，醫療質素之提高為主。醫療情境之有倫理困擾乃由於我們的醫療科技日增，可以作出的選出日多，不同療程之風險預後各有不同，畸輕畸重並不易決定；更有延長生命也延長痛苦的情況，如何判斷其中價值，如何確定病人意願和尊

* 作者在此要特別表示對五位評論人的敬意和感謝，因為，這五篇的意見都是各位評論人從各自的專業，提出的精闢又不同的意見和批評，讓作者得以深切反省原文的構想。在作者寫此回應之時，尚未知評論者為誰，故以下的回應只盡力就學理上作更進一步的探討，陳述己見以相激盪，並非意謂冥頑不靈，抗拒善意批評之意。作者更特別對本期主編表示深深的銘謝，主編徵得代表各個相關又不同領域的多位專家的評析，所費心力殊多，讓這次交流取得豐富的成果，居功最偉。

** 作者為國立中央大學哲學研究所教授。

重其自主自律的權利，以及最佳利益的保護等道德兩難，可謂醫療中日常之事。因此，我們不必也不要先設定醫護人員有疏失或不遵守專業倫理，或病人和家屬作不合理的要求等。但倫理諮詢也可以提供對醫護人員、家屬這兩方面可能出現的不道德或不合理的情況，予以防止和消解，以免影響病人、家屬、或醫護人員的權益。因此，倫理諮詢的對象和問題包括醫護人員自身或與病人或家屬之間的紛爭，用以協助各相關方面達到最合情合理的倫理決定，以促進病人之福祉。這種倫理諮詢亦稱為臨床倫理諮詢 (clinical consultation)，即在病床邊進行的諮詢工作，基本上是一實務的醫療工作的一部份。〈原文〉所討論的固然是其理論和模式，重點在說明何以家屬有理由參與病人之醫療決定，同時，也申論如何依此目標展開倫理諮詢的工作，以見出此模式在醫療實踐上之有效性。

治病救人自然是醫護人員的基本職份，也是他們的專業倫理的核心。如果醫護人員有違倫理的行為，不但違反醫療專業倫理，更違反法律。這似乎可說無待多言的。因此〈原文〉並沒有就專業倫理獨立論述，但要求醫護人員在有道德兩難時尋求倫理諮詢專員或倫理委員會協助，正表示他們的專業不容許他們作出有害病人權益的行為。蔡錚雲教授〔評論論文(四)〕就倫理諮詢擬出的更進一步的區分，即區分為專業倫理與本業倫理，似是要作一新的區分來為臨床倫理諮詢作一更精密的說明。此或是一有意義的發展，但專就其評

論論文中的說明，似乎看不出兩者有何差異？醫師的專業倫理自是對其行使醫療時，特別是對病人所必須遵守的倫理規範，而醫療自是醫護人員的本業。違反醫師之專業倫理也不外是指醫師在執行職務時發生不道德的行為（這是否即為評論者所謂「本業倫理」？），但此外也沒有第二種不同類的倫理問題。至於怠惰的醫療人員則正違反了專業倫理，雖然我們沒有辦法去處罰成功鑽到法律漏洞的醫護人員，但這正是違反專業倫理精神的行為。醫護人員須努力全力保持醫療品質的維持與提升，正是醫療倫理的要求，是同一專業倫理的兩面。至於一行為是否受到法律的懲罰，乃是由所處國家之法律所制訂，並不是決定一個醫護人員的行動在倫理上的評價。

蔡錚雲教授的評論似乎強調倫理諮詢是針對醫護人員之不道德行為而來的機制，如上所述，這並非倫理諮詢的目的所在。倫理專員固然有保護病人權益的義務，但倫理諮詢的主要課題是醫療中所出現的道德兩難為主，不是以明顯地有或可有共識的倫理判斷的情況為對象，因為，如果所涉及的是醫病雙方都有共識的情況，則違反其中的倫理要求很明顯地被視為不道德，幾不必申論即可共喻。有困難的地方在於有含糊的地帶和道德兩難。含糊地帶主要是關乎病人和家屬的價值選取不明確，倫理專員協助病人家屬分析和理解其中的含混或不相容的地方，讓病人家屬進行選擇和決定。道德兩難不是不倫理的現實狀態，而是現實上因為人具有的是

有生老病死的有限生命所不能免的情狀，臨床倫理諮詢是期望能最好地幫助病人和家屬解決這種生命所不免碰到的道德兩難，以免不幸的生命受更多不必要的痛苦。道德兩難可以是醫護人員和病人家屬所難以下決定的難題。尊重自律正是在有道德兩難時（如救了病人性命卻同時延長痛苦）其中一個解決的方式，即倫理專員協助和讓病人或病人與家屬依他們的價值選取作出抉擇。尊重自律自主是實踐上的原則，有沒有實效視乎諮詢是否能針對病人的情況，所謂人、事、時、地、物的條件，作出全情合理的解答，此與純粹或實踐理性之進路問題無關。臨床倫理諮詢不是以專業權威去主宰病人，正是醫護人員尊重病人與家屬的自律權利，提供專業意見幫助病人與家屬作出自由的決定。

換言之，倫理諮詢專員的功能是提供倫理專業知識技能去幫助病人和醫護人員去理解在道德兩難中如何分析和採取合乎倫理的行動或方案。因此，臨床倫理諮詢正如一般之諮詢同意，要提供病人所需要作為判斷依據的事實，如病情、醫療的各種方案，預後、費用等。但這些資訊並不決定病人和家屬的價值選取，倫理諮詢模式所列的幾項進程正是要求醫護人員與病人與家屬溝通，了解他們的意願，價值等（我們不能假定每個人都一樣或與醫護人員有相同的價值取向），提供協助，以使當事人的意願得到實現，解除其無助或焦慮。至於倫理諮詢的執行方法和實效等問題，則留待第四節再作進一步的回應。

貳、倫理關係自律與家庭功能

由於倫理諮詢的主要目的是達成病人和家屬之「諮詢同意」（informed consent），因此，它必然包括諮詢同意的重要成素。諮詢同意所包括的是提供當事人作決定時所需要的相干資訊、適當的理解、在無壓力之下作出自願的同意，等等（註一）。而其理論依據則是尊重自律原則。因此，〈原文〉一方面要展示一個理論如何通過諮詢程序以見出諮詢同意之達成，一方面要反溯其理論根源，即自律的說明，以顯示此理論之合理性。〈原文〉主要經過對康德與女性主義所論述之自律的意義作一批判吸收，提出比較符合國情的倫理關係自律的概念，以確立倫理諮詢的對象和歷程。

王智弘教授〔評論論文(一)〕專就諮詢同意（他的用語是「知後同意」）引介法律上的多條相關條文和說明其法律意義。這甚為有助讀者理解。王教授以為按法律程序即可決定參與的人選，即可以免除爭議。但〈原文〉之作正是針對法律所行之有年之規定，但對如何使病人的意願得到真正的尊重與自主則毫無規範，因而作出在理論和實踐上的補充，建立倫理諮詢的步驟，讓病人的真正意願得到充份的實現，以使病人家屬可以養生送死而無憾。王智弘教授所指出的期待醫療諮詢過程能表現關懷同理心等，這確是醫療倫理的一個最重要的價值。〈原文〉之倫理諮詢理論正是要協助醫護、病人與家屬如何面對和解決臨床所發生的倫理困惑、道德

兩難，如何通過尊重病人與家屬之自律自主決定權利，使當事人的真正意願得以實現，達到最高可能的倫理和合法性。

李錦虹教授與洪梅禎〔評論論文(二)〕特別針對〈原文〉之家庭自律而申論家庭功能的重要性和個人在家庭中受宰制的不合理情況，質疑以家庭自律或倫理關係自律是否可保障當事人的自主自律。〈原文〉是從倫理的角度來論述倫理關係自律中的主要目標，至於在現實情況中的各種不合理的壓制或誤置，導致病人受到家庭決定的傷害，如其評論所舉之例子或情況，正應依此自律概念來作出理論的糾正。家人固然有權利參與當事人之醫療決定，但尊重病人的真正意願應有更重要的份量，倫理諮詢專員和醫護人員也得負起實踐上保護病人權益的責任，特別是當病人缺乏行為能力之時，以免病人受家人之無理宰制。

李錦虹教授與洪梅禎所指出的家庭的不和，實是醫療決定中最使病人受損的因素。在我們所推動的倫理諮詢架構中，家庭之不和與病人的選擇受到不當影響正是醫療倫理所應預為因應的重要議題之一。如果真能進行事前必要的倫理諮詢，這些都是可以避免的情況；家庭成員之間的不和諧正使得倫理諮詢更形重要和必要，以免做成對病人和家屬的二度傷害。如果家庭成員是敵對的，則或是應當視如解體，或是醫護人員衛護病人之權益，為病人最佳利益作守護，這些都是經過倫理諮詢而後浮現的問題和可以處理的爭議。把醫療選擇與倫理決定完全擲回給病人和家屬而不顧，

特別是當家屬與病人不一致時，正是把脆弱的病人交付與他強勢相爭的第三者，此無疑是醫護人員放棄專業倫理責任的表現。

李錦虹教授與洪梅禎以表列說明家庭內部的情況和解決的困難，這是值得參考的。但我仍然要強調，倫理諮詢正是解決這些紛爭的最好的方法，因為，我們無法事先決定所有家庭的狀況，而臨床倫理諮詢要懂理出病人與家屬之真正意願，及如果發生衝突或家屬之決定不合理或不符病人之最佳利益時，我們如何決定病人的真正意願和使這個意願得到實現。李錦虹教授與洪梅禎指出法定的代理人不一定會保障病人的權益或理解其意願，反而親密的遠親好友或同居的對象等等，方能體驗病人的意願與需求，但卻無法理的立場加入作決定。〈原文〉所建議的倫理諮詢理論的一個功能是讓這些親密人士也得到機會表達病人之意願。正是由於現行法律無法決定病人的真正意願與利益所在，臨床倫理諮詢才有必要，以因就每一不同的病例進行諮詢，衡斷合乎病人利益和意願的倫理決定，使當事人不致因為法律的疏失而被宰制，而醫護人員也有足夠的資訊、事實來作出合理的判斷，以保護病人的權益。

參、理論之互補與消融：儒家與女性主義之對話——兼評墨家之觀點

蔡錚雲教授〔評論論文(四)〕把生命

倫理學中的尊重自律原則提升到康德之自律概念而論，雖然可說是就這個原則所高舉的尊重自律之根源來批評〈原文〉就臨床倫理所提出的倫理關係自律之不足，及提出家庭之衝突等表現，是有意義之質疑。但生命倫理學中之尊重自律原則並非康德之定然律令。後者的位階是道德理論(theory)層次，而前者的位階是中層的道德原則(moral principles)，而所指的自律也是當事人之自我自主決定的表現，因此，個人自律只指每個人在諸如醫療決定上的自己的決定，而家庭自律是以整個家庭共同行使醫療決定而已，並沒有上溯到道德根源的層次。自律在此是直就個人或家庭在生活上對自己或自家的事所具有的行使決定的權利。至於中層的自律權利的道德理據固然可以建立在康德的道德哲學上，也可以以功利主義、儒家來加以證成，至於證成的理由或方式則依不同理論會有不同的論述。〈原文〉所提倡之倫理關係自律是認為家庭作為生命共同體之密切關係，家庭成員所行使之自律實是共同的自律權利，因此，家人有分擔病人之決定之權利和義務。此無關乎家庭成員之間是否和諧或衝突。如果家庭成員陷於無法化解之衝突中，則我們只能視同解體，回歸當事人之個人決定。

蕭宏恩教授〔評論論文(五)〕認為〈原文〉所謂廣義之家庭無異墨家之兼愛，因而主張以墨家的理論來解決倫理之因難。但〈原文〉所持之理論以儒家為

主，並非墨家式之無親疏之別之「兼愛」，反之，〈原文〉所主張之倫理關係自律正是親親仁民愛物之推擴。醫護人員對於病人及家屬有其專業倫理上的特殊的義務關係，有特殊的仁愛(specific benevolence)義務，故儒家強調醫者須「視病猶親」，納醫病關係諸於倫理關係之中。傳統之醫者實即儒醫，仁心仁術，仁人愛物乃是順理成章之事。〈原文〉乃順此推展醫護人員所肩負的責任而已。至於墨家之以兼愛交換互利（近於西方後果論），此則與儒家之從不忍人之心建立道德規範（屬於義務論）明顯不同，但此中之義理區分，非本文之回應所可詳及。

許樹珍教授〔評論論文(三)〕對女性主義之理解很全面和透切，亦不無反省批評之表現，很值得參考和作出詳細的回應。〈原文〉無意貶視女性主義，但家庭倫理有其自然的倫理的內部結構方式，而此方式之合理性並不在於其採取一種性別的平等，而在於它是一種內在的親和團結(solidarity)之親密關係，是一生活上不可分的共同體。儒家傳統之倫常關係也不止是父母子女，也有夫婦、兄弟、朋友等平等關係。夫婦固然是家庭關係的起點，相敬如賓自有平等互相尊重之意，以乾坤為喻顯示夫婦之互補性、結合一體，不分彼此為主，此即構成一個家庭的主要內涵。父母子女則是一個家庭基本型態，基本的親和關係。這是家庭的基本意義，不能以諸如政治或社會團體來看待家庭，這將無

疑於把家庭關係異化，對病人之醫療決定並無幫助。任何壓抑、宰制、迫害都有違家庭作為一親密生命共同體的意義和合理性，但家庭成員間的無間的互相的無條件的義務更是必要的。我們對於一般社會成員之間的以平等利益相交接不一定產生反感，甚致可能認為是公平社會的一種表現，但對家庭成員間之斤斤計較常起反感，此因為我們在共同生活體中實難如此劃分彼此的財務和權利義務。

本文再進一步回應許樹珍教授所陳關懷倫理之特色表現。〈原文〉非常贊同許樹珍教授對關懷倫理所強調之人際間之關懷，儒家不止是對家人關懷，對他人，以至天地萬物都有關懷所在。儒家以此為仁心或不忍人之心之基本表現和擴展所必涵的關懷他人、他物，特別是生命的苦難所引生的道德要求，但儒家並不以關懷關係為道德之基礎，更不以關懷倫理所表述之關懷結構為道德根源所在。決定我們的道德行為與判斷的根源，仍然是人性中生而有的不安不忍之道德意識。至於許樹珍教授認為〈原文〉所述之倫理關係自律並不明確之處，在此作一簡要的補充說明。倫理關係自律所要表示與女性主義者所主張的關係自律不同之處是以家庭之關係為一種倫常關係，有自然而定常不變的意思，即是一自然而有的關係，不是一種自由選擇的結果（我們沒有選擇生於那一家族的自由），更不是一種契約關係。因此，這種倫常關係也不能用解除關係的方式結

束——結束的只是一種法律的關係，我們認為這種內在關係實為我們每個人的生命自出生至死所含有的自身同一性的成素，與我們的生命不可分離。

許樹珍教授指出〈原文〉對西方家庭的批評實過於匆促，西方社會中也多有重視家庭關係者在。此亦是合理的批評。〈原文〉只就西方主流的家庭模式而言，無意斷言西方國家完全沒有較緊密的家庭關係存在。但從西方之醫療體制之傾向把個人與家庭成員分開對待，把後者排除在諮詢和決策之外的表現來說，則西方社會總的來說只重個人自律確無可疑，這也是女性主義批評和提出關係自律的理由所在，甚至也反映在女性主義之關係自律之構想在西方生命倫理學界不被接受的主要因素。

許樹珍教授提醒〈原文〉注意傳統家庭之不平等和父權宰制之事實，而西方社會政治哲學家之強調重新發展新的家庭關係，不走回頭路云云，也是值得考量的。但西方哲學家 and 社會學家似乎多少總想把平等公義帶進家庭結構之內，卻沒有反省家庭關係所能成功和應當成功的是一種人際間非常親密自然的關係。柏拉圖正是要把家庭關係「國家化」，或波柏所謂共產主義式的關係，而 Giddens 之引入公民社會的關係也是要把家庭之團結親和關係轉變為一種外在化的個人相互間的公民關係。儒家並不是以為家庭可以有不公平、父權主義等表現，這些都是不道德和不倫理的表現。平等公義可以說是保障個體的

一種形式條件，但儒家認為人類的生命有更深一層的人際關係，不是公民式關係所可以取代的。倫常關係的建立倚靠更多的是共同生命的經驗與苦樂與共，由此所構成的個體之間不可磨滅的自我認同的關係，生命最終是在這種倫常關係中取得彼此生死與共的寶貴經驗與價值，生命之間的一體性才使生命得到真正的安頓。不幸的家庭關係之所以有不可補救的缺憾，正因生命之外在化與異化。關懷倫理之重要性正在尋求生命之間的內在親和性與一體性的建立，打破關懷者與被關懷者之隔閡，我認為這是關懷倫理與儒家之家庭倫理最接近之論點，而與一般女性主義和尋求外在化式的平等公義的理論和建構最要的差別所在。

肆、倫理諮詢之具體運作、 可行性與發展

臨床倫理諮詢所要解說的是一個非常複雜多面的情境與運作，不要說細部的條列，大體的運作與實務的處理都很繁複，顯然不是一篇單篇論文所可陳列完備的。〈原文〉也嘗試列舉一些重要項目作簡單的原則性的陳述，誠如許樹珍教授所評，此一理論顯然只是一綱要，也確只以醫護、病人、家屬三者為焦點，至於細部具備論述確有待加深之必要。但這個理論所述的模式卻也在基本上涵蓋了病人在醫療

上所有的倫理爭議：醫護之間的爭議、病人與家屬之間的爭議、醫護與病人家屬之間的倫理爭議等。而倫理諮詢也必是就此三角關係而進行的疏解。至於細部自可因時因地而制宜。

蕭宏恩教授認為〈原文〉的四個步驟中第二、三兩者需要調整，以先理解病人之行為能力為先。這一意見不無可以參考之處。由於行為能力是一個多重意指的概念，通常要與其所面臨的決定的重要性相關。至於病人意願，則常是其價值取向、信賴的人、主觀意願的選取等，不必指特定的行為能力之發揮。病人的意願應是醫護人員判斷何者是其所屬意的選取的重要依據，這是倫理諮詢和決定的重點所在。因此，我們認為首先要確定病人的意願和紀錄在案，對於日後病人的治療有所爭議時，特別是當病人不再具備行為能力時，這種紀錄是解決爭端的最有力的文獻。一般而言，除非有可見之跡象讓我們懷疑病人為不具備行為能力，否則我們要視一切病人基本上為具備行為能力的個體。但在接受病人之價值與醫療選取與決定時，則須確定病人此時是否真在能作自主自律的選取，是否明白所作的選取的內容和風險等。因此，當我們進一步要確立病人重要的決定時，其是否具備行為能力自然是要加以確認的。事實上，文中列為四個步驟只是順醫病接觸之自然進程，及步步確立目標而展開，並不是說做完第一步才可以作第二步，第三步等；例如，建立良好的關

係開始時只是醫護人員之多噓寒問暖，和顏悅色之溝通等，但建立良好關係卻是貫徹全程的事，即在第二、第三步中仍然是在進行之事項。倫理諮詢的步驟非不可改，但 1-4 之步驟中，前三步驟乃是倫理諮詢專員必須作的前置作業，亦是其所應為之專業工作，自是倫理諮詢的工作進程的有機部份，不可或缺，否則以下之諮詢猶如盲目投石，病人不被誤判者幾希矣。蕭宏恩教授提供各種細部步驟，自然有助醫護人員了解病人意願，值得參考。

李錦虹教授與洪梅禎〔評論論文(二)〕所提之 Van Hoose 與 Paradise (1979), Kitchener 等之教育模式可以用作訓練醫護與倫理專員之初步教育方案之考量，但〈原文〉所論倫理諮詢工作不是專員的學習和成長（他自然會有）的問題，而是如何履行尊重當事人之自律自主之權利，以成功其自主自願的決定。倫理諮詢專員要提供理據和倫理分析，幫助病人解決倫理困惑，達到自律自主自願的決定和目的，他要對倫理分析和相關的解決倫理爭議的技術，如 Beauchamp & Childress (2001) 為處理道德兩難問題所提出一決策方法等，都是他所應具備的知識技能之列。至於李錦虹教授與洪梅禎所舉之雙重效果原則之使用，或有助說明一些必要採取的不幸行為，如子宮外孕之墮胎行動，但無關倫理諮詢之工作。

最後，回應王智弘教授〔評論論文(一)〕針對如何得到兼具倫理、法律、婚姻、醫

療等背景知識的專員之困難。在台灣要馬上找到非常稱職而又真有能力解決醫療倫理困惑和爭議的倫理諮詢專員，確實是不容易之事。所以我們認為需要積極展開培訓適當的倫理諮詢專員、倫理委員會委員，醫護人員之倫理諮詢能力的教育。初期之倫理諮詢不免要由多位不同的專家合作，以倫理委員會和倫理小組的方式，去回答醫護人員、病人和家屬的疑惑，作出討論和累積經驗，以為病人謀求最佳之福祉。〈原文〉所建構之倫理諮詢理論只是針對醫療決定所需要的倫理要求，作一基本的陳述和論證，建立一個基本的程序和取向，並非以此為解決所有倫理爭議的萬能丹。任何醫療上的倫理問題，實際的解決是在醫護、病人家屬和倫理諮詢專員共同溝通努力之下的解決。在這方面，〈原文〉只是拋磚引玉的一步，我們仍然有很漫長的路要走。

註釋：

註一：詳參 James Beauchamp & Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edition (Oxford: Oxford University Press, 2001), 第三章。王智弘教授的評論論文也提供了一個簡要的說明，請參考。