

對自主的再思考：關係取向

林雅萍*

摘 要

本文從教學及臨床現場的觀察與反思出發，重新思考主流醫學倫理學界所採取的自利個人主義式自主觀。援引女性主義取向的關係自主論點，本文論證自主不該被窄化為獨自做決定的個人權利，而且僅強調資訊與選擇的知情同意，亦無法使自主性獲得實質的提升。尤其在臺灣的醫療社會文化脈絡中，我們必須深化對自主與尊重自主的理解，構思一套兼容獨立與相互依賴，並敏於社會關係與權力結構的關係自主觀。

關鍵詞：自主、關係自主、醫學倫理、醫病關係、共享決策

* 長庚大學醫學系人文及社會醫學科副教授。
E-mail: arete@mail.cgu.edu.tw

Rethinking Autonomy: A Relational Approach

Ya-ping Lin*

Abstract

Starting from my preliminary observations and reflections on cases in teaching and clinical settings, I examine the liberal individualistic conception of autonomy employed in mainstream bioethics and medical ethics. Drawing on a feminist approach to relational autonomy, this article argues that autonomy should be characterized as more than an individual right to independent decision making and informed consent. Promoting relational autonomy in socio-cultural and medical context in Taiwan, it is argued, needs to develop a richer and more complex conception of autonomy and respect for autonomy which accommodates independence and interdependence while being sensitive to the social and power relations.

Keywords: Autonomy, Relational autonomy, Medical ethics, Physician-patient relationships, Shared decision making

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

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

對自主的再思考：關係取向

林雅萍

一、引言：來自教學與臨床現場的反思

過去幾年我在醫學院教授病人自主的相關課程中，最常使用的教學方式是先以經典案例切入，引導學生或醫護人員思考並討論該案例所涉及的倫理議題，這些案例多半是病人本身拒絕治療，而醫師究竟是要尊重病人意見或依照醫療專業判斷強制治療的兩難情況。以我們討論多次的 Dax's Case 為例，Dax 原本是一位英俊挺拔的青年，在 1973 年夏天，他二十六歲時的一場瓦斯氣爆意外奪走其父親的性命，也造成了他全身超過百分之六十五的三度灼傷。Dax 當時拒絕治療，堅決求死，但醫師與家人卻違背其意願，強迫住院。歷經十餘月的痛苦治療之後，Dax 最終顏面傷殘、雙眼失明，手指截肢。雖然後來他結婚成家並成為一位知名律師，但卻自始至終都主張自己當初求死的意願應該受到尊重，不該被迫接受治療。案例提出後，大部分學員都認為 Dax 有權利拒絕治療，而他們的回應與理由約莫如下：命（身體）是病人的，理應由病人自己決定、自己負責，醫師不該違反病人的自主權；另外也有學員提出，

在回答這個問題之前，必須先判斷病人是否具有決定能力，且醫師是否做到知情同意，倘若醫師已經將相關的資訊、風險與利益都告訴病人，而病人還是執意不肯接受治療，最後也只能尊重其決定。如此相對簡單的回答的確是許多學員在面對此類案例時的解法，甚至是一些醫學倫理教科書所提供的標準答案，但我卻不時懷疑，只要把資訊與治療選項提供給病人，交由處於焦慮與不確定狀態的病人自己做決定，就是尊重自主的表現嗎？這是真的對病人好嗎？

除了拒絕治療之外，也可見到以病人及其家屬之間的意見衝突為主題的案例。尤其在討論臺灣社會多以家庭為導向之醫療決策倫理時，面臨家人介入醫療決定，或甚至代替病人做決定的情況，造成許多醫護人員與醫學生的困惑：他們一方面認為家人作為病患的重要關係人，其在醫療決策過程中的確扮演重要角色，加上傳統社會文化對家庭和諧或孝道等價值的重視，不應該輕忽家人的意見，但另一方面，當他們使用醫學倫理所教導的原則來分析時，似乎又會抵觸對病人自主權的尊重，出現理論適用上的困難，例如：

在知情同意的概念之下，病人是醫療的主體，病情告知時，亦涉及保密原則，應由病人決定可以告知誰。雖然如此，在台灣的臨床中，病情告知過程常以家屬為解釋病情的主要對象，使倫理原則與臨床所見互有扞格。在臺灣社會中，家庭的觀念與聯繫相當緊密，進行醫療考量與選擇時，家屬很自然的就會介入（朱、葉、李，2005），然而西方自由主義之下，強調的尊重自主彰顯的是個人的權利（Beach, Duggan, Cassel, & Geller, 2007），源於個人自由社會主義之下發展而來的尊重自主原則，在華人

社會中，個人自主權是否適用已見矛盾。¹

上述看法認為，基於東西文化的差異，臺灣的臨床實踐與西方個人主義所發展出來的尊重自主原則是相衝突的。這的確是部分學者目前對於家人參與醫療決策的論述方向，主張臺灣受到傳統華人社會文化或儒家思想的影響，屬於偏向家庭集體主義的醫療決策模式，故應採取「家庭決定」(family-determination) 而非「自我決定」的自主原則。² 然而，以東西文化差異為論據，轉而提出另一極端的自主觀來說明家人參與決定，有沒有可能會強化非此即彼(either/or)——病人決定或家人決定——的二元對立思維？再者，雖然我認為把家庭主義納入構思自主概念的作法是極具意義的，但仍不免擔憂，如此的理論觀點對於在家庭關係中的個人權益保障可能需要有更為敏感的考量，尤其要避免過度傾斜於家庭父權而使病人承受不當的壓力與傷害。

再者，由於參與醫院的臨床倫理委員會，我常有審查活體器官移植與末期照護案例的機會。在討論過程中，除了醫學病歷報告之外，最受關注的重點便是根據「精神評估單」當中受贈者和捐贈者的「醫療決策過程」、「精神狀態」與「知情同意」項目，以及「社福評估單」當中對於「家庭狀況」與「社會心理」的評估結果，審視醫護團隊告知同意的程序是否完備，察看捐贈者是否有足夠的理性決定能力，且未受到明顯的脅迫與施壓，倘若這些條件皆已滿

¹ 林美伶、吳詠蕙、黃美智，2008，〈日子術知情同意過程談華人社會文化對自主的意涵〉，《護理雜誌》第55卷第5期，頁70。

² R. Fan, 1997, "Self-Determination vs. Family-Determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy," *Bioethics* 11(3-4): 309-322. 范瑞平，2011，《當代儒家生命倫理學》(北京：北京大學出版社)。

足，則認為該捐贈移植案件沒有倫理疑慮，予以通過。然而，我在審查過程中對於有些捐贈者本身是家庭中較為弱勢或是處於較不利權力位置者，總是思慮再三：例如沒有工作的家庭成員會自認為自己不具經濟生產力，故應該捐贈，或是未婚的女兒認為自己尚依附在原生家庭中，跟其他已婚手足比起來較適宜捐贈。表面上看，我好像過於吹毛求疵，畢竟他們都經過專業醫師評估為具備理性決定能力，而且也的確完成同意書的簽署；然而，有沒有可能在這些決定背後其實存在著某些來自於家庭、社會與文化體系的幽微力量，於無形中影響著當事人？如果我們對於自主決定的評估未能考量到捐贈者與受贈者所處的整體關係脈絡與權力結構，很有可能在分析時會忽略這些細微影響因素，無法區分這個「知情同意」究竟是在良好的家庭關係中真心情願為愛付出的自主選擇，或是得之於關係的壓迫。

上述幾個來自於教學與臨床現場的觀察與初步反思雖然指向不同的議題，卻都顯示出（病人）自主雖然並非新穎的概念，但其內涵與應用仍有待進一步的探究與釐清。有別於目前醫學倫理學界對於自主的主流理解，本文藉著女性主義關係取向的提示，闡明關係自主的論述基礎與理論內涵，及其在醫療脈絡中的可能實踐。

二、關係中的自主

現代西方的個人自主觀³強調個人應當按照自己的價值與愛好進行自我決定 (self-determination)，不受他人的操縱、脅迫或阻礙。在

³ 其實比較精確的說法是北美以個人主義為核心價值的自主觀。

Tom L. Beauchamp 與 James F. Childress 等學者的倡議下，主流生命倫理學當中的尊重自主原則 (respect for autonomy) 是指尊重一個有自主能力之個體的自主選擇，承認該個體擁有基於個人價值信念而持有看法、做出選擇並採取行動的權利。有決定能力的病人應當擁有權利選擇與決定他所喜愛之醫療照護方式，而醫護人員則有相對之義務尊重及執行病人的決定。⁴ 這個來自於啟蒙計畫，著重獨立 (independence) 與控制 (control) 的自主觀是希望個人能夠藉著理性從外在權威解放出來，理性地檢視所屬社會脈絡的各種規範、實作和信念，對自己的想法進行反思，進而依據反思的結果來行動。將其應用到醫療場域，則主要是考量到脆弱的病人在知識與權力不對等的關係中可能容易受到操弄脅迫而受到傷害，因此主張個別病人的權益應該受到優先保護，並要求醫護人員必須尊重病人經過獨立自主的深思熟慮之後作出的決定。在具體實踐上，尊重自主的原則是以「知情同意」(informed consent) 的概念與模式落實到病人選擇與醫療實踐，其核心意義是確保心智健全的病人應獲得包括對於病情說明與治療方案的風險與利益評估等充分足夠的資訊，並擁有適當的醫療選項，在自由而不受脅迫的情況下做出其偏好的選擇與決定。

這套自由個人主義式 (liberal individualistic) 的自主觀在近年來遭受許多質疑，諸如社群主義者，⁵ 女性主義者，⁶ 儒家學者，⁷ 或是

⁴ T. L. Beauchamp, J. F. Childress, 2001, *Principles of biomedical ethics* (New York: Oxford University Press). 蔡甫昌，2000，〈生命倫理四原則方法〉，《醫學教育》第 4 卷第 2 期，頁 140-154。

⁵ S. Benhabib, 1992, *Situating the self: Gender, community, and postmodernism in contemporary ethics* (New York: Routledge). D. Callahan, 2003, "Individual good and common good: a communitarian approach to bioethics," *Perspectives in biology and medicine* 46(4): 496-507. A. MacIntyre, 1981, *After Virtue: A Study in Moral Theory* (London: Duckworth). M. Sandel,

來自醫學倫理學界⁸與醫法學界⁹等領域所提出的批判性檢視。

1982, *Liberalism and the Limits of Justice* (Cambridge: Cambridge University Press). C. Taylor, 1985, *Philosophy and the Human Sciences: Philosophical Papers* (Cambridge: Cambridge University Press). C. Taylor, 1989, *Sources of the Self: the Making of the Modern Identity* (Cambridge: Cambridge University Press).

- ⁶ A. Donchin, 2000, "Autonomy and interdependence: quandaries in genetic decision-making," in *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*, edited by C. Mackenzie, N. Stoljar (New York: Oxford University Press). A. Donchin, 2001, "Understanding autonomy relationally: toward a reconfiguration of bioethical principles," *The Journal of medicine and philosophy* 26(4): 365-386. C. Mackenzie, and N. Stoljar, eds., 2000, *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self* (New York: Oxford University Press). J. Nedelsky, 1989, "Reconceiving autonomy: Sources, thoughts and possibilities," *Yale JL & Feminism* 1(1): 7-36. S. Sherwin, 1998, *The politics of women's health: Exploring agency and autonomy* (Philadelphia, PA: Temple University Press).
- ⁷ R. Fan, 1997, "Self-Determination vs. Family-Determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy," *Bioethics* 11(3-4): 309-322. 李瑞全, 2008, 〈倫理諮詢理論與模式〉, 《應日倫理研究通訊》第 45 期, 頁 3-14。
- ⁸ J. Hardwig, 1990, "What About the Family?" *Hastings Center Report* 20(2): 5-10. O. O'Neill, 2002, *Autonomy and trust in bioethics* (Cambridge: Cambridge University Press). Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma, 1988, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care* (New York: Oxford University Press). T. E. Quill, H. Brody, 1996, "Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice," *Annals of internal medicine* 125(9): 763-769. A. I. Tauber, 2005, *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility* (Cambridge: MIT Press). D. F. C. Tsai, 2008, "Personhood and Autonomy in Multicultural Health Care Settings," *Virtual Mentor* 10(3): 171-176. 林遠澤, 2007, 〈從醫學技術主義回歸人道關懷如何可能? 試論醫護人文教育的關懷倫理學基礎〉, 《哲學與文化》第 34 卷第 9 期, 頁 61-86。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。
- ⁹ Sheila A. M. McLean, 2010, *Autonomy, Consent and the Law* (Oxon: Routledge-Cavendish). M. Minow, 1994, "Who's the Patient," *Md. L. Rev.* 53: 1173-1192. 楊秀儀, 2012, 〈後基因體年代之生醫研究倫理及法制: 從個人自主到專業盡責〉, 《人文與社會科學簡訊》第 13 卷第 4 期, 頁 53-61。

簡言之，自由個人主義式自主觀常受到的批判如下：一、預設獨立、孤離的原子式個人，忽略了自我總是置身於具體的關係網絡與社會歷史處境之中。以權利為導向的論述方式傾向於從單一個體的權利保護切入，未看見個人的需求、權益，與能力都是在關係中相互構成的。二、將自主理解為告知的與理性的自由選擇，無法充分把握那些處在依賴關係當中，以及並非採取理性為主要思維模式之族群的道德經驗。尤其是在醫療倫理脈絡中預設一個獨立而能行使其自主權的病人作為醫療決策的行為者，可能遮蔽人在病痛中的易受傷害性 (vulnerability) 與依賴性 (dependency)。三、強調個人意志理性決定與選擇的自主觀容易忽略社會、政治與醫療處境對於個人在做決定時的影響，使得糾葛在整個決策過程中的各種結構性因素成為不可見，比較難以顧及許多隱藏在決定背後的關係脈絡與權力配置，易於將自主定位成個人自願選擇的行為，忽略社會結構性的問題。

(一) 自主：獨立 (Independence) 與相互依賴 (Interdependence)

有別於以個人自由與權利作為立論的基點，女性主義學者提出「關係自主」(relational autonomy) 概念，主張以關係而非個人的取向來理解自主，Susan Sherwin 又將其稱為「置身社會的」(socially situated)或「脈絡化」(contextualized)的自主觀。¹⁰ Catriona MacKenzie 與 Natalie Stoljar 指出，「關係自主」這個詞並不指涉單一的自主概念，而比較像是一個“umbrella term”，¹¹包含一組相關的論點，共

¹⁰ S. Sherwin, *The politics of women's health: Exploring agency and autonomy*, p.19.

¹¹ C. Mackenzie, and N. Stoljar, eds., *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, p. 4.

同特性是主張個人不是孤島，其自我認同是在層層疊疊的社會關係之中，受到家庭、社會文化、種族、階級、性別等多重因素的交織與型塑，而非固定不變，所有決定都深植於社會脈絡，是在關係中作出來的，而自主則是必須透過人際之間的互動並與社會規範及價值產生關連才具有意義。

關係自主這個詞是由 Jennifer Nedelsky 首先提出，¹²她論證社會關係對於自我的構成性，並提出極富啟發意義的說法：

如果我們自問是什麼使人自主，答案不會是孤立，而是關係——與雙親、師長、朋友、愛人們的關係，為自主的發展和經驗提供必要的支持與引導。因此，我認為自主的最佳模式、象徵，或隱喻並不是財產，而是育兒 (childrearing)。我們透過與他人的關係涵養自主。並非如傳統所言，關連 (relatedness) 不是自主的對反，而是其先決條件，而相互依賴 (interdependence) 則是自主的恆常要素。¹³

然而要注意的是，強調人非自足獨立，而是社會與關係性的存有，並不等於主張將個人消融於關係之中，反而是要求我們應該更敏感於社會關係對於個人自主的影響甚至侵害。個人主義自主觀將焦點放在作決定的時刻，忽略決定乃是發生於一個複雜的關係脈絡之中，而該脈絡其實正可能限制了個人行使其自主決定的能力。關

¹² C. Mackenzie, and N. Stoljar, eds., *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, p. 26, note 1. J. Nedelsky, "Reconceiving autonomy: Sources, thoughts and possibilities".

¹³ J. Nedelsky, "Reconceiving autonomy: Sources, thoughts and possibilities," p. 12.

係自主強調個體處境與關係脈絡，敏感於權力配置對易受傷害與弱勢群體所造成的壓迫，我認為這是討論關係自主時應當凸顯的特色。目前採取女性主義關係自主觀點切入分析的議題比較多是涉及女性健康照護，例如生殖議題中的女性生育自主已有許多豐富的研究成果。不過我同意 Susan Dodds 的看法，¹⁴ 主流自主觀的缺點不只有忽視性別壓迫而已，因為醫療實踐對於個人自我決定的限制不僅是對於女性，更廣泛地影響到任何病人，例如第一節提到的親屬間器官捐贈是否有可能囿於傳統孝道觀念而不得不捐，或是某些高齡病人因為擔心造成子女壓力而接受違背個人意願的治療（或不治療）方式，這些正是個人自主在臺灣社會時常遭遇到的威脅。

我們應該把自主性放在互動協調的關係中來思考，將視野從狹隘的個人決定行為拓寬到作決定背後的整體社會結構脈絡，才更能夠看見那些糾葛在現實協作過程中的細微面向與力量。例如學界在討論墮胎議題時，常將爭點化約為胎兒的生命權 (pro life) 與母親的自主權 (pro choice) 之間的衝突，而忽視懷孕這件事對於母親與胎兒之間的關係到底扮演什麼樣的角色。若從關係自主的觀點來看，重點不只是這位孕婦個人自主決定程序的品質，而是要同時觀照到這位母親是處在什麼樣的社會文化處境與關係脈絡之中，並且去理解為何這個社會會使得這位母親作出這樣的選擇與決定。關係自主強調行為者置身於歷史、社會、階級、文化、種族與性別脈絡之中，這些關係處境既對其自我亦對其自主能力產生影響。自主其實一直是關於相互依賴的，但自主的威脅不是依賴，而是不好的關係。一

¹⁴ S. Dodds, 2000, "Choice and control in feminist bioethics," in *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*.

個信任、開放與真誠的良好關係能使人在相互依賴中仍然保有尊嚴與自主，而如何達到關係自主也就成為真正的議題。

(二) 尊重自主：相互的(reciprocal)與協作的(collaborative)的動態歷程

Sherwin 為生命倫理學的主流自主觀點歸納出四個判定病人自主決定的基本條件：(1)病人在做決定時是充分心智健全（理性）的，(2)在一組可得的選項中做出（合理的）選擇，(3)對於可得的選項具有足夠的資訊與理解，(4)在擇取這些選項時未受到顯明的脅迫。Sherwin 指出，這些條件看起來似乎合理，但卻各自隱藏著一些問題，因其預設了我們在進行評估時可以把病人及其思慮狀態從那些實際上早已制約其選項的社會條件中抽離出來，而沒有看到問題其實不僅是資訊不充分或是脅迫，而是那些處於權力關係中的受壓迫群體，尤其是女性，很容易內化優勢團體的價值規範。¹⁵再者，Dodds 也對於單純以知情同意的概念與模式作為尊重自主的落實提出質疑。她認為知情同意著重的其實是醫師是否盡到充分告知的義務，而非病人本身做決定時所處的關係脈絡與權力結構，如此可能會忽視社會、政經與醫療實踐體系對於病人自主之發展與減損的各種影響方式。而更令人擔憂的是，若僅將尊重自主等同於知情同意，則容易使人以為只要醫師依循適當程序獲得病人的知情同意且未有顯明的脅迫與施壓，則可認定病人的決定為自主決定。¹⁶

從關係自主的觀點來看，單純將自主視為一種自我決定 (self-

¹⁵ S. Sherwin, *The politics of women's health: Exploring agency and autonomy*, p. 26.

¹⁶ S. Dodds, 2000, "Choice and control in feminist bioethics," in *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*, p. 214.

determination) 與消極不干預 (non-interference) 的個人自由權利，並將焦點放在決定能力的程序性判定，以及強調資訊與選擇的知情同意，把問題只定位在醫師應該提供多少資訊、告知到什麼程度，根本抓錯重點，是對自主與尊重自主的窄化。

前年過世的著名女性主義哲學家 Anne Donchin 將關係自主分為「弱關係自主」(weak relational autonomy) 與「強關係自主」(strong relational autonomy) 兩種意義。前者認為社會關係雖然提供個人發展其自主能力的基礎，但個人能夠有意識地並憑其意志抽離該關係之干預；至於 Donchin 本身則是融會 Nedelsky 的論點，採取強關係自主，強調社會對於自主性的構成意涵，進而主張尊重自主乃是一個「相互的」(reciprocal) 與「協作的」(collaborative) 的動態過程。自主是「相互的」，意味著自主不只是個人的事，而是牽涉到在一個共同計畫中相互依賴的人們的動態平衡。做決定的自我在關係的相互回應之中不斷重新塑造與界定，因此不會是靜態不變的。在醫療決策的脈絡中，包含醫護人員、照顧者、家庭成員，以及其他與主體相關連的個人或群體都構成了病人自主不可或缺的整體要素。自主是「協作的」，因為尊重個人自主並不是不干預，而是需要長期的共同協作與權力關係的適當平衡，要求助人的專業人員能夠敏感地回應病痛對於病人所產生的意義，使用其權力與影響力去恢復並加強自主能力，並支持病人從其疾病、失序與失能的經驗中創造新的個人意義。¹⁷ Donchin 將此觀點應用於分析親屬間器官與組織捐贈、生育子女、基因遺傳檢測，¹⁸ 以及醫助自殺¹⁹ 等生命倫理議

¹⁷ A. Donchin, 2000, "Autonomy and interdependence: quandaries in genetic decision-making," pp. 239-240.

¹⁸ A. Donchin, 2000, "Autonomy and interdependence: quandaries in genetic decision-making".

題，並將討論焦點著重於家庭動態關係 (family dynamics) 與女性的易受傷害處境。本文受限於篇幅，無法深入細究，另待他文論述。

以此觀點重新思考本文一開始提到的 Dax's Case，必須理解當時遭受極大創傷的 Dax 所歷經的是一個自我認同的存在危機與自我價值的劇烈重整過程，而非單純地選擇要不要接受治療而已。在此情況下，無論是父權強制或消極放任都阻斷了相互對話與理解的可能性，不是對自主性的真正尊重。前者從一開始就否定 Dax 的自主決定能力，以醫療專業權威壓制其意願與感受，最後也就難免導致醫病僵局，以及 Dax 心中長達四十多年的不滿與委屈，始終未得紓解。而後者忽視自主是發展於人際關係間不斷交涉協商的過程，不應該把人遺棄於一個孤立狀態，獨自做決定。尤其對於像 Dax 這種處於自我意向與價值困惑搖擺不定的病人，需要的是團隊的積極支持，與他一起面對處境，相互傾訴與聆聽，逐步澄清信念，提升彼此的溝通與理解能力，共同做出深思熟慮的自主決定。

三、關係自主與共享決策 (shared decision-making)

翻開許多醫學倫理與醫病關係的教科書，常可以看到典型的問題討論被設計成：請問案例中的病人是否擁有自主權？「自主權」與「生命權」孰輕孰重？兩者如何取捨？病人自主與醫師行善之間的兩難如何解決？病人與家人之間的意見衝突如何解決？誰有權作決定？醫師應該聽誰的？……等。從本文觀點看來，這些案例預設醫師、病患，與家人是各自獨立的個體，將問題導向為非此即彼的

¹⁹ A. Donchin, 2000, "Autonomy, interdependence, and assisted suicide: respecting boundaries/crossing lines," *Bioethics* 14(3): 187-204.

權利與立場對抗，雖然或許可以從法律規定中找到答案——又或者這樣的提問方式本身就是法律思維下的產物？²⁰——但對於醫療決策品質與醫病關係的改善並無根本上的幫助。

病人有沒有自主權？當然有，但真正的問題是，僅透過形式上賦予病人自主權利，是否真的能夠使病人的自主性獲得實質的提升？尤其如同 Onora O’Neill 所說：

在醫療倫理中訴求個人獨立的自主觀其實只給出一個挑戰專業權威的幻象而已，權威事實上還是不動如山。自主的病人並沒有真正被允許決定自己的醫療，而只是被允許拒絕專業人員提出的治療方式。……毫無疑問，這種權利極具價值，……然而這權利並無法確保任何形式的個人自主或獨立性。……有限的拒絕權並不需要獨立、反思抉擇的能力，但卻可能被利用成將選擇治療（甚至是治療失敗）的形式責任轉移給病人，而病人可能仍舊充滿無力感。²¹

再次重申，採取關係取向的理解，個人是在相互協作中發展並充實其自主性，故重點不只在於個人做出什麼決定，而是要看在什麼樣的關係脈絡與動態下作出這個決定。自主並非只是政治與法律上的權利憑藉，而是自我必須在關係與社會結構中不斷培養和提升的能力。因此，實現醫療脈絡中的關係自主需要的是醫病家各方共同參與，營造一個信任、開放、友善的對話互動情境，注意個人在

²⁰ M. Spriggs, 2005, *Autonomy and patients' decisions* (Oxford: Lexington Books), pp. 51-54.

²¹ O. O’Neill, 2002, *Autonomy and trust in bioethics* (Cambridge: Cambridge University Press), p. 26.

做決定的過程中，其意願是否被認真詢問，情感是否受到真實肯認，不被漠視、不受譏諷，如此才能進一步確保醫療團隊、病人與家屬能積極地以病人權益為中心，在尊重其價值與意願的前提下透過「共享決策」(shared decision-making)的方式，為其共同目的——病人的療癒——作出適當的決定，並且保障病人能夠以依照其個人意願下的善的方式接受健康照護，及早準備，審慎思考，貫徹到底。

四、結語

醫學人文教育的核心目標在於建構一個真正重視人性尊嚴的醫療環境，使得所有人皆能在健全的關係中實現其自主性。西方生命倫理學界累積了三四十年，對於自主與尊重自主的理論內涵仍在持續深化之中，而臺灣在諸多學者專家的長期努力下，甚至通過了亞洲第一部「病人自主權利法」，如何構思一個較為周全並且更適用於本土價值取向與醫護工作之實務需求的自主論述將是未來的努力方向。

我常常想起某位醫學生於討論 Dax's Case 時在黑板上寫下的一行字：「什麼才是真正的體貼？」這個富含人性溫度的問題提醒著我們，在思索醫病關係的議題時，應該要有更為豐厚、細緻與優雅的眼光。本文認為，自由個人主義自主觀強調知情決定的個人權利，容易忽略關係處境及社會結構對於個人決定的影響，而且可能會強化契約與消費主義的醫病模式。實則，人活在關係之中，其自主性應從個人與家庭、社會、種族、性別、文化、宗教等不同體系之互動脈絡與權力關係來思考，而關係自主的尊重則需要人我之間

長期的相互回應與共同協作。

參考文獻

一、中文文獻

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。

范瑞平，2011，《當代儒家生命倫理學》，北京：北京大學出版社。

林美伶、吳詠葳、黃美智，2008，〈由手術知情同意過程談華人社會文化對自主的意涵〉，《護理雜誌》第 55 卷第 5 期，頁 69-72。

林遠澤，2007，〈從醫學技術主義回歸人道關懷如何可能？試論醫護人文教育的關懷倫理學基礎〉，《哲學與文化》第 34 卷第 9 期，頁 61-86。

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，2012，〈後基因體年代之生醫研究倫理及法制：從個人自主到專業盡責〉，《人文與社會科學簡訊》第 13 卷第 4 期，頁 53-61。

蔡甫昌，2000，〈生命倫理四原則方法〉，《醫學教育》第 4 卷第 2 期，頁 140-154。

二、外文文獻

Beauchamp, T. L., and Childress, J. F., 2001, *Principles of biomedical ethics*, New York: Oxford University Press.

- Benhabib, S., 1992, *Situating the self: Gender, community, and postmodernism in contemporary ethics*, New York: Routledge.
- Callahan, D., 2003, "Individual good and common good: a communitarian approach to bioethics," *Perspectives in biology and medicine* 46(4): 496-507.
- Dodds, S., 2000, "Choice and control in feminist bioethics," in *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*, edited by Mackenzie, C., and Stoljar, N., New York: Oxford University Press, pp. 213-235.
- Donchin, A., 2000, "Autonomy and interdependence: quandaries in genetic decision-making," in *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*, edited by Mackenzie, C., and Stoljar, N., New York: Oxford University Press, pp. 236-258.
- _____, 2000, "Autonomy, interdependence, and assisted suicide: respecting boundaries/crossing lines," *Bioethics* 14(3): 187-204.
- _____, 2001, "Understanding autonomy relationally: toward a reconfiguration of bioethical principles," *The Journal of medicine and philosophy* 26(4): 365-386.
- Fan, R., 1997, "Self-Determination vs. Family-Determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy," *Bioethics* 11(3-4): 309-322.
- Hardwig, J., 1990, "What About the Family?" *Hastings Center Report* 20(2): 5-10.
- Mackenzie, C., and Stoljar, N., eds., 2000, *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*, New York:

- Oxford University Press.
- MacIntyre, A., 1981, *After Virtue: A Study in Moral Theory*, London: Duckworth.
- McLean, Sheila A. M., 2010, *Autonomy, Consent and the Law*, Oxon: Routledge-Cavendish.
- Minow, M., 1994, "Who's the Patient," *Md. L. Rev.* 53: 1173-1192.
- Nedelsky, J., 1989, "Reconceiving autonomy: Sources, thoughts and possibilities," *Yale JL & Feminism* 1(1): 7-36.
- O'Neill, O., 2002, *Autonomy and trust in bioethics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Pellegrino, Edmund D., and Thomasma, David C., 1988, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York: Oxford University Press.
- Quill, T. E., and Brody, H., 1996, "Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice," *Annals of internal medicine* 125(9): 763-769.
- Sandel, M., 1982, *Liberalism and the Limits of Justice*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Sherwin, S., 1998, *The politics of women's health: Exploring agency and autonomy*, Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Spriggs, M., 2005, *Autonomy and patients' decisions*, Oxford: Lexington Books.
- Taylor, C., 1985, *Philosophy and the Human Sciences: Philosophical Papers*, Cambridge: Cambridge University Press.
- _____, 1989, *Sources of the Self: the Making of the Modern Identity*,

Cambridge: Cambridge University Press.

Tauber, A. I., 2005, *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*,
Cambridge: MIT Press.

Tsai, D. F. C., 2008, "Personhood and Autonomy in Multicultural Health
Care Settings," *Virtual Mentor* 10(3): 171-176.