

困難的倫理：論護理人員的道德困擾

王心運*

柯薰貴**

摘要

護理人員的道德困擾起因於種種無法控制的因素，以致他們無法維護病人的最大利益，進而承受痛苦等情緒壓力。若無法排除阻礙，護理人員將進入道德困擾情緒的反應期，除身心都受影響外，也會影響倫理問題的解決。因而道德困擾的問題愈受到護理教育的重視。

本文試圖以困難的倫理討論道德困擾與情緒的問題，認為目前臨床倫理方法並沒有正視引起道德困擾的真正困難。臨床倫理的困難一方面在於行善意向受到種種現實條件變的零碎與複雜化，另一方面在於意義脈絡與主體性變的不完整。研究也指出，若護理人員能形成自己的價值觀較能安置道德困擾的情緒問題。

關鍵詞：道德困擾、困難的倫理、情緒、關懷、臨床倫理

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

** 高雄醫學大學護理系講師。
E-mail: a885018@kmu.edu.tw

The Difficult Ethics: On the Nurses' Ethical Distress

Shin-yun Wang*

Hsun-kuei Ko**

Abstract

Because of various factors which are beyond control and make it impossible to maintain the best interests of the patient, the healthcare personnel may feel moral distress and suffer from their emotional stress. If such obstacles cannot be removed, they will enter a stage of reactive moral distress, experiencing suffering from the mind and body and therefore cannot solve clinical ethical problems. Thus we should put more attention on the nursing education.

This article attempts to discuss the moral distress and emotional stress from the perspective of difficult ethics, because we think the difficulties of clinical ethics which incur moral distress are not really noticed by the existing methods of clinical ethics. On the one hand, it lies in the becoming fragmented and complicated of a nurse's good intentions; on the other hand, it results from the becoming incompleteness of the context of significance and inter-subjectivity under the condition of real health care situations. This study also points out that if nurses can form their own moral values, they will deal with their emotional stress in a better way.

Keywords: Moral distress, Difficult ethics, Emotion, Care, Clinical ethics

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

** Instructor, School of Nursing, Kaohsiung Medical University.
E-mail: a885018@kmu.edu.tw

困難的倫理：論護理人員的道德困擾*

王心運

柯薰貴

一、前言

臨床倫理已然為醫療專業人員教育裡重要的一環。實際在醫院裡，處理臨床倫理問題的人員大多仍以醫師和護理師為主，故醫學倫理通常也以此兩種專業的研究居多。但臨床的情境充滿著不確定性，護理師與醫師身處不同角色，各擁有不同的價值觀，對事件的倫理思考可能產生差異。這些角色、職責與思考的差異可能源自於不同的醫護教育、訓練目的、照護哲理觀、年資、性別、薪資、聰明才智、醫療權力結構、工作單位的特性、多重專業角色的關係運作等¹，而這些因素都會影響醫護之間的合作關係。在諸多複雜因素

* 本文受科技部計畫「表情與面容——情緒的身體現象學 (104-2628-H-037-001-MY3)」所補助，特此致謝。

¹ 參考：Editor, 2000, “Doctors and nurses: A new dance?” *British Medical Journal* 320(15), 網頁版為：URL=<http://www.bmj.com/content/320/7241/0.1> (2016/09/09 瀏覽)；以及：L. Fagin, A. Garelick, 2004, “The doctor-nurse relationship,” *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 277-286。

影響下，美國發行的護理刊物《護理》(*Nursing*)曾在美國與加拿大地區進行護理師與醫師關係的調查，結果發現：56%護理師不滿意和醫師間的專業關係，57%認為護理師居醫院權力階層的次要地位，68%認為醫師不了解護理師的角色與責任，51%認為醫師不會詢問護理師在病人照護上的意見，74%認為醫師不會看護理紀錄，只有 44%護理師會跟著醫師查巡病房，72%則認為自己不是醫師的工作夥伴。²

對於以上醫護關係的衝突，Oberle 和 Hughes 的結論是，醫師的角色職責在如何做一個「最好的」或「對的」醫療決策；而護理師則是「執行與評價」這些決策，以讓病人得到好的照護品質。³同時，相對於醫師以原則主義 (principlism; the principle-based approach) 的倫理四原則做為依據，護理人員則偏向以關懷倫理 (ethics of care) 做為處理倫理問題的指引方針。的確，從倫理學上看來，無論是原則主義或是關懷倫理都有其個別學理的一致性，其中或許有些差異與衝突，研究者也往往從學術的理論進行分析。⁴然在臨床工作的實務裡，真正造成倫理困難的往往不只是倫理學上考慮的概念衝突，而是如同上述潛藏在夥伴關係中的不確定性，例如對工作輕忽的態度、對照護標準觀點不同、權力差異等不完全理性的因素，而這些都會影響臨床倫理問題的解決。

但是道德總是採取一種高標準的姿態，對以上看似個人的心理

² Editor, 2002, "The nurse-doctor game," *Nursing* June: 60-65.

³ K. Oberle, D. Hughes, 2001, "Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions," *Journal of Advanced Nursing* 33(6): 707-715.

⁴ 吳秀瑾，2006，〈關懷倫理的道德蘊涵：試論女性主義的道德知識生產與實踐〉，《國立政治大學哲學學報》第 16 期，頁 107-162。

因素無法認可為倫理的因素，因而採取「個人因素本來就不應該存在」、「必須提高醫護人員專業倫理」、「加強團隊合作」等等的說辭加以排除它們。然本文對此採取不同的看法，認為這些因素並非旁出於倫理之外的因素，而出於倫理本身就是困難的，就是「困難的倫理」(difficult ethics)。⁵它是困難的並不僅出於原則主義與關懷倫理的不一致，而是出於各種複雜而無法控制的具體因素，無論它出於個人理解、制度或與他人的關係，使得個人道德意向失敗所產生的意義失落，進而產生對個人深層價值觀的存在主義式的質疑。存在主義作家沙特曾提出「他人就是地獄」(l'autre est l'enfer) 這句警語，或許會讓我們對理性且客觀的臨床倫理信心產生某種動搖。

二、護理人員的道德困擾 (moral distress)

對深層價值觀的質疑會讓醫護人員產生道德困擾 (moral distress) 的問題。道德困擾一詞最早由 Jameton 所提出。他發現道德困擾的現象，並對道德困擾一詞描述為：「發生於一個人對於倫理情境有其個人的道德判斷，卻因種種因素使得倫理行動無法履行」。⁶ Wikinson 隨後加入精神與情緒反應，定義道德困擾是當一個人進行道德判斷後，無法執行道德行為所產生的精神失調或負向情緒反

⁵ 「困難的倫理」取義於列維紐斯的「困難的自由」(difficult freedom) 一詞。列維紐斯的自由並不是康德的絕對預設或是沙特的純然自由，而是對所有具體處境負有責任的自由。因此臨床倫理不僅是理性的倫理原則，或描述一致性的道德人格或意義脈絡，而是它對具體處境負有責任的倫理實踐。

⁶ A. Jameton, 1984, *Nursing practice: The ethical issues* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall), p. 6.

應。⁷ Jameton 於 1993 年參考 Wikinson 的定義之後，加入工作環境的阻礙重新界定道德困擾為：「護理人員會經歷道德困擾，是因為當她/他進行道德評價時，來自機構或其他專業同仁的阻礙，使得護理人員無法或困難去執行對的事」，⁸ 並提出道德困擾的二階段歷程：初期和反應期道德困擾。初期道德困擾 (initial moral distress) 指的是當護理人員面對機構管理的阻礙以及與他人價值觀衝突時，感受到挫折、生氣和焦慮等情緒；而反應期道德困擾 (reactive moral distress) 則是因初期道德困擾無法解決與處理，後續所引發的情緒性壓力，使護理人員對個人的倫理責任充滿無力感，最終造成道德損耗與疲潰 (burn out)。⁹

三、道德困擾與臨床倫理方法

作為名詞的英文 *distress* 據韋氏網路英語詞典¹⁰ 包括有：(1) 不快樂或痛苦：觸動身心的受苦感受 (unhappiness or pain: suffering that affects the mind or body)；(2) 處於困難的處境，如缺少錢或食物 (a very difficult situation in which you do not have enough money, food,

⁷ 參考 H-K. Ko, M-T. Hsu, and C-C. Chin, "Moral Distress Model Reconstructed by Grounded Theory," *Journal of Nursing Research* (已接受並即將刊登)，以及 J. M. Wilkinson, 1987, "Moral distress in nursing practice: Experience and effect," *Nursing Forum* 23(1): 16-29。

⁸ A. Jameton, 1993, "Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice," *AWHONN'S Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing* 4(4): 542.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ 參考：Merriam-Webster, URL=<http://www.learnersdictionary.com/definition/distress> (2016/08/13 瀏覽)。

etc.)。因此，困擾是主體處於一個困難的處境所產生的負面情緒或感受。而道德困擾即道德意向遭受困難而產生的某些受苦的情緒感受。護理人員之所以有道德困擾，是因其職責所在，必須關懷病人或其家屬與付諸行動，但受到困難的阻擾以致產生挫敗的感受。

然本文要追問的是，受苦感受或情緒被一般臨床倫理視為個人主觀的心理現象之故被排斥在倫理討論之外，因為倫理得遵行某種客觀或理性的判斷。但這些方法仍無法解決第一線護理人員的情緒困擾，而這或許表示關於道德與情緒困擾仍是臨床倫理所忽視的領域？

一般所熟知的臨床倫理方法，如原則主義的醫學倫理四原則、決疑論，其中道德主體面對的是醫療情境產生的道德兩難問題，道德主體必須依循道德的原則，或依既有道德案例做出合乎當下的醫療決定。然原則主義與決疑論最為人所垢病的在於它無法貼近臨床的情境脈絡，無法在互為主體的過程中，以實際的行動和語言等方式與病人或其家屬共同塑造一個有意義的脈絡，讓倫理問題得以消解。因此它們有時被稱為，在辦公室裡即可執行的倫理決策。

一個主體是否涉入臨床倫理情境，並共同建構臨床的意義脈絡，則是關懷倫理學 (ethics of care)、德行主義 (virtue-based ethics) 與現象學 (phenomenology) 方法與上述不同之處。例如，護理理論家 Jean Watson 的關懷理論 (caring theory) 中，關懷指的是護理人員運用自己健康的心靈去影響病人受創的靈魂，並協助病人自創傷中復原。¹¹德行主義則強調道德決擇並非依據某些原理或案例，而是

¹¹ J. Watson, 1988, *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing* (NY: National League for Nursing).

應該相信一位在道德表現上有著穩定的道德人格特質的主體，其所做出的決定將更符合道德的需求。至於現象學的方法，經由不斷的傾聽與對話，澄清造成倫理困境的癥結為何，並於意義脈絡下分析它們的成立條件，最後透過消解成立條件的方式化解不同衝突帶來的倫理困境。¹²

然以上的臨床倫理方法可以處理道德困擾等複雜的問題嗎？例如以下的訪談案例：

病人已經末期，很痛，可是我們跟醫師反應（病人很痛），醫師會知道了，可是任何止痛都不給。醫師的意思是，病人都已簽 DNR 了。如果主治醫師不給，我們會利用值班醫師，請值班醫師開。隔天被主治醫師發現，一連串人都被罵。覺得很無力，很自責。看到病人痛苦在那邊，可是卻不能為他做什麼事情。¹³

案例裡的醫師認為，病人既已簽了 DNR（放棄急救同意書），醫師必須尊重病人的自主意願。另一方面，護理人員作為第一線照護者，看到病人受苦而無法說服主治醫師時，請值班醫師開止痛藥卻違背了主治醫師的醫囑。這裡醫師採取的原則主義與護理師採取的關懷倫理無法被一致地執行，而倫理學要求的兩造也都不是完全的行為主體；原則主義要求理性判斷的決策主體，不過案例主治醫

¹² 關於一般臨床倫理方法的說明，可參考：王心運，2014，〈臨床倫理的現象學學量〉，《應月倫理評論》第 57 期，頁 1-15。

¹³ 柯薰貴，2016/07，《護理人員倫理情緒困擾之現象研究》（高雄：高雄醫學大學護理學系博士論文），頁 87（未定稿）。

師將 DNR 解釋為放棄一切醫療手段，包括疼痛控制，這是他對臨終關懷的誤解。至於關懷倫理要求的行善主體也不完全，因為處於弱勢決定權的情況下主體無法貫徹其倫理意向。通常臨床倫理方法是為了解決道德兩難的問題，然在這個情況下，並非倫理方法無法處理問題，而是甚至一致的道德主體都無法共存，因此連帶地他們所塑造的倫理問題都是失焦的，以致於什麼是當下的倫理問題都無法達成共識。這是臨床倫理的一個困難。另一個案例是：

我們單位在翻身時沒有真的翻得很過去，變成屍骸骨可能還是坐落在床上。去上在職教育課時，就教如何真的九十度翻身。一起上課的同事就想回來試試看，但在試的過程中有的學妹不滿意，意思是說，翻身翻那麼徹底幹嘛。翻身就變成一個壓才，好像是我多此一舉，覺得無奈。我不會因學妹不認同就不翻身，但是我交班時，如果是交給不認同翻身的學妹我就不翻身；如果是交給認同翻身的學妹我就會好好地翻。有交班的是誰。¹⁴

迷信於形式主義醫護教育的人可能要頭疼了，因為照專業訓練的標準，翻身擺位都應該有一定的標準方式。然在許多現實情境裡，所謂的「應該」的問題，往往被不同主體的詮釋所影響，使得病人在偶然的情況下受到不同的待遇。臨床倫理的現象學方法所要求的一致性的意義脈絡，或德行論裡的一致倫理人格在這受到了不同的挑戰。因為在這個脈絡之下，誰擁有解釋的權力，或者誰在這有更一致的倫理人格？這些問題在這都被模糊與零散化了。意義脈

¹⁴ 同上註，頁 92。

絡在不同實踐者的詮釋下往往不是趨向一致，反而驅向偶然的零碎化，這是臨床倫理的另一個困難。

由以上的討論可以看出，目前的臨床倫理方法著重在理性與一致性的推論可能性，從來無法針對情境之零碎化、複雜化以及主體間陌異化的關係做好思考。因此，「原則主義」與「決疑論」所針對的是已經由理性規格化好的「倫理兩難」的「問題」，至於「德行論」、「關懷倫理」與「現象倫理學」所預設的是「健康的心靈」、「有意義的脈絡」以及「交互主體性」，但是這些倫理方法都受到各種不同困難的拉扯。「問題」無法被呈現、「意義」是失落的、「交互主體性」是封閉的，在這些情況下，讓我們將「困難」本身帶入倫理思考的領域。

四、困難的倫理

護理人員的道德困擾往往帶有受挫的各種情緒，而情緒是苦於各種困境的表徵，或者善的意向受到阻礙而無法實現。這些阻礙來自於內在阻礙 (internal constraints) 與外在阻礙 (external constraints)。內在阻礙包括自認為沒有能力、缺乏道德勇氣與行動力、想要和他人維持良好關係以及害怕失去工作等；而外在阻礙則包括同事之間無法溝通、階級歧視、害怕被告、不適當的工作負荷、無法提供支持的護理行政或管理者、受限的資源以及不合宜的醫院環境與國家政策等。¹⁵

¹⁵ 參見：柯薰貴、楊美賞，2009，〈倫理道德困擾與護理領導〉，《護理雜誌》第 56 卷第 3 期，頁 72-77；以及 A. B. Hamric, 2012, "Empirical research on moral distress: Issues, challenges, and opportunities," *HEC Forum* 24(1): 39-49；和 J. M. Wilkinson, 1987,

若以前述希望主治醫師給予病人止痛藥的善意向看來，它是一個複合的意向束，其中有著為病人著想的主意向束。然而在意向投射的過程裡，這個善的主意向束一直受到隨行、且一直不斷向外旁生的其它意向所消耗，就像血液在血管中的流動，若血管壁堆積過多膽固醇，會在局部的區域形成許多小的漩渦，它們不斷地消耗血液在血管內的動能。因此讓病人停止身體痛楚的意向性，如果依各種現實情況無法堅持下去，隨即受到自我懷疑所苦，像形成上述懷疑自己的道德勇氣、行動力等等。Jameton 也認為，隨著時間進展，若護理人員因為上述阻礙，無法展開直接處理問題的倫理行動，或無力扭轉情境使之對病人有利，便會進入道德困擾反應期 (reactive moral distress stage)¹⁶。在這個階段，護理人員會經歷身心壓力反應。在身體上，出現心跳加速、心悸、食慾降低、腹瀉、頭痛、失眠等身體功能改變。在情緒上自覺愧對病人，從一開始的生氣、憤怒、挫折，進展為傷心、哭泣、困窘、羞愧、罪惡感、恐懼、焦慮、哀傷、憂鬱，到後來發展為無力感、自覺沒有盡到責任以及譴責自己。在態度上則無法與病人發展信任與良善的護病關係，繼而影響護病間、護理同儕間以及醫護之間的人際倫理。¹⁷

“Moral distress in nursing practice: Experience and effect,” *Nursing Forum* 23(1): 16-29。

¹⁶ A. Jameton, “Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice,” p. 542-551.

¹⁷ 參考：柯薰貴、王瑞霞，2011，〈知行合一——談護理執業上的道德勇氣〉，《護理雜誌》第 58 卷第 1 期，頁 102-107。柯薰貴、楊美賞，〈倫理道德困擾與護理領導〉。B. R. Ferrell, 2006, “Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care”, *Oncology Nursing Forum* 33(5): 922-930. S. T. Fry, R. M. Harvey, A. C. Hurley, and B. J. Foley, 2002, “Development of a model of moral distress in military nursing,” *Nursing Ethics* 9(4): 373-387. A. Jameton, “Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice”. H-K. Ko, M-T. Hsu, and C-C. Chin, “Moral Distress Model Reconstructed

意向受到阻礙後所受到的是無意義的受苦狀態 (das sinnlose Leiden)，而這也是我們主要描述的困難倫理學。一般意向性也會受到阻礙，然而一般的意向性可以經由變樣 (Modifizierung) 的過程，改變自己的意向性以符合意向對象的狀態。例如，當我們隱約見到前面有個人，但發現它也許只是個木偶時，原本具有肯定性的意向性會轉變為懷疑的意向性，進而有個懷疑狀態的意向對象存在，並達到意義完整的轉換。然而在困難的現象學裡，意向是被中止，被斷裂，甚至是被零散化的；它是一種過多的剩餘，無法被意識所完成意義 (Auffassung：立意)。特別當善的意向性受到困難的阻礙時，往往會回過頭來質疑個人的價值觀，質疑自己的善的意志是否真的具有意義？如同法國哲學家列維納斯 (E. Levinas) 在傳統猶太人的神義論 (Theodizee) 思想下，思考猶太人於二戰所遭受的苦難是否為一種「無意義的苦難」。意識中的受苦狀態有其感性的被給予性 (sinnliche Gegebenheit)，然而受苦狀態拒絕被意識在整體中被掌握，拒絕被納入秩序中；相反，它將意識引入叉途，而後對原本的意識以一種回轉 (Zurückweisung) 的運動，異質地插入原本的意識，以完全拒絕與否認被意識所掌握的姿態呈現。¹⁸

by Grounded Theory”. B. Kopala, L. Burkhart, 2005, “Ethical dilemma and moral distress: Proposed new NANDA diagnoses,” *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 16(1): 3-13. J. McCarthy, C. Gastmans, 2015, “Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature,” *Nursing Ethics* 22(1): 131-152. P. S. Pendry, 2007, “Moral distress: Recognizing it to retain nurses,” *Nursing Economic* 25(4): 217-221. J. M. Wilkinson, “Moral distress in nursing practice: Experience and effect”.

¹⁸ 請參見：E. Levinas, 1998, *On thinking-of-the-Other, entre nous* (New York: Columbia University Press), pp. 91-102。本文大部分採用德文譯本：E. Levinas, 1991, *Zwischen uns: versuche über das denken an den anderen* (München: Carl Hanser Verlag)。

在困難的倫理學中，除了意向性本身的耗損外，意向對象本身無法符合意向性的目的，甚至意向對象屬於意向性所完全無法掌握的形式出現，反過來壓迫著意向主體時，是造成情緒壓抑的另一個困難，而這表現為存在主義式的焦慮。例如為病人做完全翻身的例子裡，護理師不能不考慮其它人的看法，甚至透過他人來改變自己的行為。他人的看法，實際上來自另一位自己自足的意識主體，有著他自己詮釋事件的看法，甚至也有評價我的絕對自由。當彼此的詮釋不相容時，此時互為主體性所強調的意義共存是失敗的。人之所以無法單純的生活，倫理是很重要的因素。因為倫理牽連到與人與人之間的牽絆，以至在不同角色與任務的重重壓力之下，護理師的生活變的複雜與謹慎，深怕有什麼事情是沒被處理好，或是被遺漏了。因為這層擔心下所隱藏的，往往是另一個無法被看穿，而似乎有質疑自己能力的他人的存在，一位像我一樣可以接受與發出倫理意向的他人。哲學家沙特(Jean-Paul Sartre)曾以簡潔的方式描述過這種絕對獨立於自我，且非我所能主宰與看透的另一個主體的存在。當與他人對談交流時，我的內心深刻地知道，對方有詮釋我的絕對自由。這種自由甚至可以完全與事實無關，他對我的評價，對我的印象，對我的理解，都可以在虛擬與不斷建構擴張當中。¹⁹以至於沙特認為，在某些存在的處境下，他人的眼光對我而言就像是地獄一般，令我痛苦。

在以關懷為主的倫理裡，護理師不斷以朝著他人的方向關懷病人，並以此視為自己的專業職責。然當意義失落時，與他人處於無

¹⁹ 請參考：林慧如、王心運，2015，〈導讀二〉，《白色倒影——敘事醫學倫理故事集》（高雄：高雄醫學大學），頁 XXV。

法溝通的情況下，容易陷入焦慮之中，並引發情緒上的無力感，對自己價值觀的深層質疑。久而久之，甚至影響至身體與心理健康的狀態，最終可能達至疲潰的狀態。

五、倫理的出路與結論

「他人是我地獄」出自於沙特的劇本《沒有出路》(*No Exit*)，當然以存在主義的倫理作為臨床工作情境的描繪或許過於強烈，然它點出一個臨床倫理出路的問題，特別是受到倫理困擾以至於產生強烈情緒反應時，護理人員如何自處的問題。救媽媽還是救小孩，即使這類倫理兩難對立的問題感很明顯，善用倫理推論工具也許可以求得較好的答案，但遺憾總是存在，因為人生本來就是艱難的。Paul Marcus 在《為了他人的存在》(*Being for the Other*) 裡談到如何「讓受苦變的可以承受」(making suffering sufferable)，他研究集中營受苦過的人如何承受當時的痛苦。並將他們分類為兩種類型的人：一為「智識者」(intellectuals)，他們是學者、科學家、社會學家、精神分析師等等。另一類人為「信念者」(believers)，不管他們具備宗教上，政治上或是倫理上的信念，他們為虔誠的天主或猶太教徒、激進的馬克思主義者或是猶太復國信念者。Marcus 的研究顯示，智識者和信念者比較起來，他們對納粹份子迫害的承受力較差，甚至一般認為對人性看的最透徹的精神分析師，他們也無法對承受痛苦的生活提出較好方式。²⁰

護理師的倫理的困擾較一般生活上的情緒反應更為強烈，因為

²⁰ P. Marcus, 2008, *Being for the other: Emmanuel Levinas, ethical living and psychoanalysis* (Milwaukee Wisconsin: Marquette University Press), pp. 153-192.

在面對複雜情境且又負有具體的責任（與病人面對面的關係），卻無法實現其善意向時，往往會對個人的深層價值觀以及工作意義產生質疑。存有者處於「操煩」(Sorge; Care) 的臨床環境，卻由意義失落而產生虛無的感受，而此正是存在主義式焦慮現身的方式。為了「逃離」這些虛無的感受，依列維納斯的意見，此時反而唯有向著他人而存在才能有逃離的可能，亦即倫理的出路。雖然這些哲學的思考很難為醫療人員們瞭解，然護理人員仍具體實踐了處理倫理困境的智慧。據柯薰貴對三十二位護理師的訪談結果研究顯示，身為護理人員，即使達不到道德典範或卓越的境界，也必須要求自己符合道德常模，此要求乃是自發性的，不是只為了迎合他人或組織的要求。²¹這相當於上述具信念者的實踐智慧，此信念發展由護理人員具體實踐而歷經了四段歷程：(1) 看重自己的能力，做對的事。(2) 轉換態度，尊重與同理。(3) 在護理照護過程中感受愛與美。(4) 與醫療團隊成員共同維持合作的氛圍。此研究並完成了成就好護理師的內在趨力的調查，如「我能滿足病人的需要，維護病人身體與情緒舒適，使其不需承受換藥過程或末期急救等額外的痛苦，達成其生命最後的心願，使其獲得最大利益照護」等十項條件，²²也建議透過護理教育加強他們對以上的認識。

總之，在目前國內醫療體系內的一些制度問題，如醫護人員的過勞、不受尊重、急診暴力以及不當訴訟的環境之下，我們特別應當重視醫療人員道德困擾的問題。無論是加強他們的自我認識，或者幫助他們發展個人職涯的穩定信念，相信這在醫護教育裡都有其現實的必要與重要性。

²¹ 柯薰貴，《護理人員倫理情緒困擾之現象研究》，頁 39（未定稿）。

²² 同上註，頁 162-163（未定稿）。

參考書目

一、中文文獻

- 王心運，2014，〈臨床倫理的現象學考量〉，《應用倫理評論》第 57 期，頁 1-15。
- 林慧如、王心運，2015，《白色倒影——敘事醫學倫理故事集》，高雄：高雄醫學大學。
- 吳秀瑾，2006，〈關懷倫理的道德蘊涵：試論女性主義的道德知識生產與實踐〉，《國立政治大學哲學學報》第 16 期，頁 107-162。
- 柯薰貴，2016/07，《護理人員倫理情緒困擾之現象研究》，高雄：高雄醫學大學護理學系博士論文，未定稿。
- 柯薰貴、王瑞霞，2011，〈知行合一——談護理執業上的道德勇氣〉，《護理雜誌》第 58 卷第 1 期，頁 102-107。
- 柯薰貴、楊玉娥，2010，〈護理藝術與美〉，《長庚護理》，第 21 卷第 1 期，頁 33-40。
- 柯薰貴、楊美賞，2009，〈倫理道德困擾與護理領導〉，《護理雜誌》，第 56 卷第 3 期，頁 72-77。

二、外文文獻

- Editor, 2000, "Doctors and nurses: A new dance?" *British Medical Journal*, 320(15), URL=<http://www.bmj.com/content/320/7241/0.1> (2016/09/09 瀏覽)。

- Editor, 2002, "The nurse-doctor game," *Nursing* June: 60-65.
- Fagin, L., and Garelick, A., 2004, "The doctor-nurse relationship," *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 277-286.
- Ferrell, B. R., 2006, "Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care," *Oncology Nursing Forum* 33(5): 922-930.
- Fry, S. T., 2002, *Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making*, Oxford, UK: Blackwell Science Ltd.
- Fry, S. T.; Harvey, R. M.; Hurley, A. C.; and Foley, B. J., 2002, "Development of a model of moral distress in military nursing" . *Nursing Ethics* 9(4), 373-387.
- Hamric, A. B., 2012, "Empirical research on moral distress: Issues, challenges, and opportunities," *HEC Forum* 24(1): 39-49.
- Jameton, A., 1984, *Nursing practice: The ethical issues*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- _____, 1993, "Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice," *AWHONN'S Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing* 4(4): 542-551.
- Ko, H-K.; Hsu, M-T.; and Chin, C-C., "Moral Distress Model Reconstructed by Grounded Theory," *Journal of Nursing Research*, accepted.
- Kopala, B., and Burkhart, L., 2005, "Ethical dilemma and moral distress: Proposed new NANDA diagnoses," *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 16(1): 3-13.
- Levinas, E., 1991, *Zwischen uns: versuche über das denken an den*

- anderen*, München, Carl Hanser Verlag.
- _____, 1998, *On thinking-of-the-Other, entre nous*, New York, Columbia University Press.
- Marcus, P., 2008, *Being for the other: Emmanuel Levinas, ethical living and psychoanalysis*, Milwaukee Wisconsin, Marquette University Press.
- McCarthy, J., and Gastmans, C., 2015, "Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature," *Nursing Ethics* 22(1): 131-152.
- Oberle, K., and Hughes, D., 2001, "Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions," *Journal of Advanced Nursing* 33(6): 707-715.
- Pendry, P. S., 2007, "Moral distress: Recognizing it to retain nurses," *Nursing Economic* 25(4): 217-221.
- Watson, J., 1988, *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*, NY: National League for Nursing.
- Wilkinson, J. M., 1987, "Moral distress in nursing practice: Experience and effect," *Nursing Forum* 23(1): 16-29.