

醫療倫理與醫學倫理教育

宗維村

壹、緒論

「倫理」是指社會中人和人的關係及其行事的共同準則。倫理學是做人的學問，是一種實踐哲學（鄔昆如，民八十二）。如果每個人都這樣做，除了先知先覺和聖人之外，很少人會去懷疑其倫理性。若某人在某事的作法和別人不同，或不同的作法有不同的後果，或做某件事會和更基本的原則衝突，就有可能引起倫理之爭辯，成爲倫理的課題。亦即義務的衝突、價值的衝突，以及倫理知識的不足等三種情況，常引發倫理的思考（詹德隆，民七十七，頁五）。

「道德」是行善的行爲，它常和倫理並稱爲「倫理道德」。倫理學是一門研究道德的學問，因此中國大陸將醫學倫理和醫學道德看成同義詞，但醫德不是倫理的唯一目的，它只是醫學倫理落實之有益結果而已，顯示道德是倫理思考的基礎，是倫理學研究的對象，是落實倫理的有益結果。因而在從事倫理教育時，需要對道德有基礎的概念。終其一生，人的情緒、智慧、道德倫理判斷能力持續的成長。這些發展有階段性，是循序漸進的，但會受成長環境和教育的影響。根據柯柏（Kohlberg）對各年齡層長期研究及跨文化研究，道德判斷的發展可分爲三個層次六個階段，即準常規層次（preconventional level），以個人行動所引起後果的苦樂感爲道德判斷的標準；分爲第一、二階段），常規層次（conventional level，以順從體制、法律，維繫家庭、社會、國家、民族之利益爲道德判斷的標準；分爲第三、四階段），超常規層次（postconventional level，道德倫理價值判斷不受權威、群體、個人的影響，而遵循基本的道德原則，因此當常規法律與基本道德原則衝突時，捨常規法律而就道德原則以行事；分爲第五、六階段）（Moffitt, 1991）。然而道德判斷與道德行爲常不一致，且柯柏對認知以外的其他因素，如個人之情

緒、動機、性格德行及環境因素，未加以考慮，因此其他學派的貢獻亦很重要（詹德隆，民七十七，頁一一〇至一一三；Wolff, 1991）。然而，道德判斷的發展層次在倫理問題的思考時，是很重要的基礎。

道德的標準可分為主觀和客觀的：客觀的標準是放之四海皆準的；康德的道德觀（Jecker et al., 1997, pp.131-140）可為代表，它是倫理學義務論（deontology）的基礎。主觀的道德標準則承認道德的文化區域相對性，譬如Fox和Swazy（Jecker et al., 1997, pp.237-251）就認為美國的醫德不等於中國的醫德。倫理思考和決定的過程，除了義務論之外，另一個主要的理論是目的論（teleology），彌爾（Mill, 1978）是此派祖師，主張能促進人的快樂的就是善。這兩種思考原則對醫療倫理的發展影響很大，也是現代醫學倫理教育的重要內容。

倫理學可分為理論倫理學和實踐倫理學，商業倫理、社工倫理、醫療倫理都屬於實踐

倫理學。陳佳鼎（1995）綜觀西方與中國的倫理觀念發展，認為無論東方或西方都是從行為的危機、責任或義務、目的、後果等幾方面來討論倫理的思考原則。醫療倫理就是以這些原則來思考醫療相關的倫理之義的學問。然而，隨時代的改變，醫療和許多生命科學密不可分，因此近四十年來，「生物倫理（bioethics）」或「生物醫學倫理（biomedical ethics）」，已取代醫學倫理（medical ethics），它主要包括醫療倫理（clinical ethics）和生物及行為研究的倫理，譬如一九八〇年代，美國總統下令組成的諮詢委員會就稱為 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research。本文限於篇幅，以討論醫療倫理的發展和醫學倫理教育為主。

貳、醫療倫理

自二千五百年前希波克拉底以來，醫師建立了有名的希波克拉底誓約（Hippocratic Oath），它包括尊重生命、行善、不行惡、守密、尊敬教師、尊重同道等基於美德的行動倫理準則。醫療行為是否違反倫理端視其是否合於這些倫理準則。然而這行之有年的醫者誓約，自一九六〇年代以來，隨著西方倫理價值的起伏，尤其受到人權思想、女性主義、消費者保護運動、反權威思潮、多元價值觀、對事物追求品質、效率和可近性的服務等的影響，醫療倫理受到挑戰。一九六七年心臟移植成功，死亡的定義受到挑戰；生殖科技的發達使試管嬰兒、選擇胎兒的性別、代理孕母、老年懷孕等都成為可能的事。無疑的，這些都帶給行之有年的醫療倫理準則無比的挑戰。這些倫理議題挑戰傳統依據醫者誓約的倫理判斷，此時哲學的倫理思考大量介入甚至主導醫療倫理的思考，而引起醫療倫理的重大改變（Pellegrino, 1993）。

以希波克拉底的誓約為藍本的醫學倫理原

則，在一九四八年被載入世界醫學會的日內瓦宣言和一九四九年的倫理守則，它為全世界所通用，台大醫學系也以日內瓦宣言為學生進入實習前的宣誓誓詞。這個倫理守則強調醫者的責任和美德，但醫病關係中病人的福祉完全交由醫生決定，病人只是被動的接受者，這與六〇年代風起雲湧的人權思潮背道而馳，病家要求人權加上司法體系以醫療糾紛的裁判者介入，使得部分醫生完全放棄醫者誓約的倫理判斷原則，而以不違反法律與保險公司的規章為行醫的準則。這時，哲學家將一些倫理哲學，像義務論和目的論等引介給醫療界，而醫療界將這些哲學理論化約為「做」的原則，Beauchamp 和 Childress (1989) 的 Principles of Biomedical Ethics 為代表。

這時的醫學倫理學者，避開倫理本質的辯論，而以「不行惡」、「行善」、「自主」與「正義」這四項做為醫療倫理原則。醫生對前二項原則已使用了數千年，但對後二

項原則卻是陌生的。就自主原則而言，由於醫療知識複雜，很難化為為固定的操作程序，且時有新發明，因而醫生常將病人的自主（尤其是拒絕治療的自主決定）和醫生的行善看成相對立的。這個爭議先演變成「同意書 (consent)」的形式，在進行手術、麻醉和某些較危險的檢查治療之前，請病人簽同意書。然而批評接踵而至，批評同意書流於形式，醫生是在敷衍和逃避責任，病家對格式化的同意書只能簽字，沒有商量的餘地。最後，自主原則以「知情同意書 (informed consent)」收場，醫生要詳細說明且病家完全瞭解之後，才由病人或其代理人簽字同意。

「正義原則」是傳統醫療倫理很少觸及的，也許只有在驗屍和司法鑑定時，才有像宋朝「洗冤錄」裡申張正義的自我期許。近代有關醫療正義的事卻越來越多，譬如當洗腎機剛出現時並不普及，能服務的人數遠低於患尿毒症需要洗腎的人數，那麼要用什麼原則來決定誰能得到服務活下去，誰又不能

洗腎就會死亡呢？如果保險公司以經濟的理由和手段支配醫療的決定和執行，醫生要如何「正義地」「行善」「不行惡」呢？台大醫院兒童留院部只能收治二十位自閉症兒童，除了按順序排隊之外，有沒有更正義的排序原則呢？

最近我國中央健保局有幾個決定都引起正義性的爭議，筆者就以抗精神病劑的例子來說明。研究資料已證明，持續抗精神病藥物治療，是減少精神分裂病復發和再住院、促進社區復健適應的最重要因素，然而第一代抗精神病劑的短期和長期副作用，卻是病人不能持續治療的重要因素。近年來，新一代的抗精神病劑問世，有相同的療效，副作用大幅下降，可是價錢卻大幅上升，如果以一天的治療費來說，第一代抗精神病劑約三至三十元，而新一代約一百五十至三百元。健保局最近宣布：除少數不適用第一代抗精神病劑的特殊情況之外，不得直接使用新一代抗精神病劑，若逕自使用，於審核時將予

核扣，核扣金額由醫療機構（通常是醫師）自行負責，不得向病人收費。這一來，醫生是不是要堅持正義原則給病人目前最好的治療，而冒著被健保核扣的風險？

由於哲學倫理原則是抽象的、是理性的，在實際應用時會受到個人成長經驗及社會文化氣氛等的影響，每個人面對四個原則的應用有不同的選擇，譬如傳統的醫療倫理將「不行惡」置於「行善」之前，以確保病人不會受到不必要的傷害，現在有四個原則，若互相衝突時其重要性如何排序？最突出的例子是協助自殺的倫理議題。慢性病人在完全自主的情況下要求協助結束生命，是要尊重病人的「自主」還是堅持「不行惡」？關於四個醫療倫理原則的排序，各說各話，至今沒有定論，甚至挑戰倫理原則存在之必要性。

醫療倫理四原則則是傳統義務論的倫理思考和目的論的倫理思考的暫時妥協，面對日新月異的生命科技發展，如何能兼顧個別的倫理決定與普世的倫理原則呢？譬如桃莉羊

問世之後，雖然美國和歐洲的相關倫理委員會都做出「不得以政府獎助的經費從事複製人實驗」的結論，可是挑戰的大有人在。近年來倫理的文化相對性也常是討論的主題。

醫療倫理原則幾乎完全建構在個人主義的價值觀上，這和集體主義的價值觀有顯著的差異，衝突在所難免。這種衝突反應在我國的醫療法上，譬如第五十一條「：經病人或其配偶、親屬之同意，商洽病人原診治之醫院、診所，提供病例摘要及各種檢查報告資料。原診治之醫院、診所不得拒絕；：」。假如一位精神病人之配偶，為離婚而要求診治醫師開病人之病歷摘要，醫院診所將如何處理？又如，最近衛生署在精神衛生法修法會議上，有家屬代表而無病人代表，部分家屬代表在會中訴求修法限制病人的自主權，使得病人更容易長期住在療養院，減少對家庭的干擾。這個例子也和倫理的文化差異性有關。

上述少數例子，已顯示醫療倫理的四原則不可能如原來的型式存在，在哲學界都尚

未發展出完整一致的理論之前，生命醫學倫理必須隨時改變，隨新科技的出現而不斷修改和新增許多為某類醫療的特定原則和立場聲明（參見謝獻臣編著醫學倫理的附錄，民八十五），這雖然對生命醫學倫理研究者和教育者是個挑戰，但也是維持生命尊嚴和科技發展之間的平衡所必要的發展措施。

參、醫學倫理教育

如前所述，醫學倫理一直到一九六〇年代，可以希波格拉底誓約來代表。兩千五百年來，醫生是擁有醫療科技的唯一專業人員，醫學倫理就是以誓約所強調之絕對「尊重生命」、「行善」、「不行惡」要求醫生不得違反；醫德是醫生教育養成的一部份，並沒有討論的餘地。然而，一九六〇年代以來，醫療科技日新月異，醫療專科與次專科分工越細，有不少專家是專看一個病或一個現象的專家，加上過份依賴儀器檢驗，使醫療行

為機構化，病人得到的往往是缺乏人性的照顧。由於教育普及，人民的知識迅速大幅提高，經濟發展使人民生活獲得改善，人權思想發達，強調照顧弱勢族群，加上女性主義、消費者保護運動等蓬勃的推展開來，一般而言，對權威機構的不信任是非常普遍的現象，

人人都希望得到最好的照顧，人人希望參與自己的醫療決定，就像參與公眾事物一樣。

這股潮流衝擊下的醫療體系，傳統以醫生誓詞為基礎的醫療倫理原則幾乎解體。這時，醫學倫理學家乃借助於哲學中久已存在的倫理原則，在原有「行善」和「不行惡」之外，加上「自主」和「正義」兩個新原則。要如何適當的拿捏這些原則是有待研究和訓練的，因此設立醫學倫理中心推廣醫學倫理的研究和教育成為時尚，受到這個風潮的影響，台灣在過去三年間舉行了數次醫學倫理教育研討會，檢討相關議題，推展醫學倫理教育。

民國八十七年在台大醫學院與公共衛生學院共同舉辦的「醫學倫理教育研討會」中，

全國醫學院校的醫學倫理教育者共聚一堂，分享經驗、檢討現狀與展望未來。發現大部分學校都維持二學分的醫學倫理基本授課時數，分別在基礎醫學（三、四年級）或臨床醫學（五、六年級）時上課。授課的內容都包括有倫理問題或臨床案例的討論或辯論，討論的範圍則包含倫理導論及相關議題之各

論。以台大醫學院而言，包括「醫學倫理思考」、「醫學專業宣言、醫療法規暨醫療爭議」、「醫學研究與生命科學倫理」、「醫療專業的內部倫理」、「醫療行為與生病行為」、「醫療的權利與責任」、「生殖科技」、「器官移植」、「變性手術與美容手術」、「醫療制度的倫理」、「醫學與健康知識的權利與機制」、「生命終止的處置倫理」等單元，採小組教學，每組約二十二至二十四人，每節課二至三位授課老師，其中至少一位為精神科教師，另一位為相關科教師。

上課前，教師先將相關資料發給學生研讀準備，上課分三段，第一段由學生四人輪流報

告相關文獻，第二段由學生一人主持，全組參與討論個案，第三段由教師講評與結論。這些年來，筆者負責過的主題有醫學倫理思考、生殖科技的醫學倫理、面對死亡的倫理、研究的倫理、及醫療制度的倫理，茲將部分經驗簡述如下。

雖然醫療倫理思考的四個原則有所爭議，但仍是醫療人員面對醫療倫理兩難問題時作決定的主要依據，因此，筆者乃以這四個原則作為上課討論的重要依據。上課前發給學生的講義中，建議學生面對醫療倫理問題時，首先要有充分的醫學知識，這樣才能完整的考慮醫療的必要性，醫療手段的可逆性、效益與副作用，也瞭解其他醫療方法及其比較，醫療費用、何時何地何人執行等醫療方面的適當性。其次，要考慮相關的倫理問題，包括生命的意義、生命的尊嚴和生活的品質，執行或不執行某項醫療其後果有何不同？執行後誰獲益？有無傷害較少的方法？病家是否完全清楚醫療的利弊之後自主的做決定？

誰有權決定？在司法有關案件中，假如利益衝突的另一方委任自己，自己的判斷仍一樣嗎？如是自己的家人，自己的判斷仍一樣嗎？此外，還要考慮相關法律、宗教等因素，最後才做決定。

體。個案討論的主題，包括前世治療的倫理、醫學研究使用屍體之倫理等。

一般而言，同學的討論十分熱烈，但大部分剛剛開始時都是良心道德的直覺反應，要經過引導才逐漸學會運用「行善」、「不行惡」、「自主」及「正義」的原則來討論醫療倫理問題。在這些討論中，筆者發現「自主」常是學生不容易掌握的原則，學生不容易把握「病人自主權」、「病家自主權」和「醫生專業權」之間的分際。有些學生把病家自主權視為至高無上的，因此，病人要求什麼治療就提供什麼治療，不敢或不知道該以自己的知識獨立判斷，該拒絕的時候就拒絕。這種態度反應在全民健保時代的醫療上必然是醫療資源的浪費。另有少數學生把病家的自主行為看成對自己權威的挑戰，不能心平氣和的提供最適合的醫療服務。筆者在總結時總是強調醫生「有所為，有所不為」的道德勇氣，希望學生多多揣摩四個原則的基本精神，建立自己醫學倫理思考的習慣。在「

在「生殖科技的醫學倫理」課程中，由筆者提供簡短個案資料供同學討論，婦產科教授提供學生充分的醫學知識和臨床現況，使討論得以順利進行。上課時，同學在婦產科教授指導下就討論的個案有關的醫學、社會、法律等知識提出簡短報告，接著就個案展開辯論。辯論過的個案包括：智能不足者的永久節育手術、義大利某醫生使六十三歲婦女懷孕生子、死刑犯留精以傳宗接代、胚胎研究之倫理、代理孕母、及我國人工生殖科技管理辦法的檢討等主題。在「死亡的態度」課程，有兩次安排他校教授來演講台灣民間對死亡的看法、對屍體的態度和喪葬禮儀，使同學們認識台灣同胞對死亡的信仰和儀式，進而尊重臨終時病家的要求及尊重屍

會引導學生思考「方法 (means)」和「目的 (ends)」相關的倫理問題，在參與討論的過程，筆者也獲益良多。

肆、結語

綜合以上的討論，筆者認為醫療倫理和醫學倫理教育在我國是要研究、發展和大力推行的；醫學倫理教育不只是師長以身作則，它也要經過思辨的訓練來協助學生和所有醫療人員做倫理的判斷，因此，宜結合倫理心理學（道德發展）、哲學（倫理的普遍原則）、社會學和醫學倫理的專家，成立「生物醫學倫理學研究中心」，大家協力在中國研究發展醫學倫理學的理论，並持續推展醫學倫理實務課題的討論。醫學中心應該建立「倫理委員會」，審核臨床醫療和研究計畫中有關倫理的部分，討論醫療倫理爭議事

項並建立準則，檢討倫理有關事件，對不合倫理的事予以譴責。各醫學專業團體也應成立倫理委員會，隨時建立修訂出合宜的倫理準則，維持倫理紀律，維持醫療品質，建立制度，使病人得到合適的照顧。經由多管道努力，培養尊重生命、尊重病人，具有仁心仁術、明辨倫理、身體力行的優良醫療專業人員。

社會工作倫理教科書（譬如 Reamer, 1995）討論的倫理哲學思想及倫理思考的原則，和上述醫療倫理的思考原則並沒有兩樣，在歷史發展過程「自主」和「正義」二個原則在社工倫理中是傳統的倫理原則，實務界最常討論此一主題（輔仁大學社會工作系，民八十四），也掌握得比較好，不像醫療倫理在一九六〇年代之後才加進這二個原則，在醫療界還有很多討論。筆者相信社工倫理和醫療倫理的發展是相輔相成的，希望大家互相勉勵，共同促進人類的福祉。

（本文作者現任臺大醫院兒童心理衛生中心主任暨臺灣大學醫學院精神科、理學院心理學研究所、公共衛生學院流行病學研究所副教授）

參考文獻

- 陳佳鼎 醫學倫理教育 從西方到中國 台灣醫學繼續教育，五（四），一九九五
頁五四—五五〇
- 鄔昆如 倫理學 台北 五南圖書出版公司
民八十二
- 詹德隆 基本倫理神學 台北 光啓出版社
民七十七
- 謝獻臣 醫學倫理 台北 偉華書局 民八十五
- 輔仁大學社會工作系「社會工作倫理研討會」實錄 台北 輔大社工系 民八十四
- Beauchamp TL & Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 3rd ed. New York: Arno Press; 1989.
- Jecker NS, Jonsen AR & Pearlman RA(eds.). Bioethics: An Introduction to the History, Methods and Practice. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1997.
- LaFollette H(ed). Ethics in Practice. Cambridge, MA: Blackwell; 1997.
- Mill JS. On Liberty. Indianapolis, IN: Hackett; 1978.
- Pellegrino ED. The Metamorphosis of Medical Ethics. Journal of American Medical Association, 269; 1993: 1158-1162.
- Reamer FG. Social Work Values and Ethics. New York: Columbia University Press; 1995.
- Wolff S. Moral Development. In & Lewis M (ed.) Child and Adolescent Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins; 1991; 187-194.