

醫務社會工作中之專業倫理判斷

莫藜藜

壹、前言

社會福利的主要範圍之一，即保健工作。健康係社會之財富，如何維護並恢復人類健康，實為社會福利之主要目標。每個時代的醫療服務都會反映當時的社會思想，科技知識和社會、經濟、政治發展的狀況；而當代的人也會制訂不同的法律規章來使他們的醫療服務更理想（莫藜藜，一九九二）。醫務社會工作（Medical Social Work）的產生，也是在期待實現更理想的醫療服務為目標。

依主題之意涵，本文先瞭解社會工作之專業倫理，包括社會工作倫理規範與守則、以及倫理判斷與兩難。其次，醫務社會工作的特質，包括醫療機構需要社會工作的原因、醫院社會工作的功能、重視團隊工作的醫療專業、及醫療機構的雙重專業權威。再次，基於醫療機構所重視的範圍，探討醫療倫理與病人權利，此乃醫務社會工作與其它領域之社會工作首要不同之處，包括醫療倫理的重要性以及病人權利的討論。最後，提出幾個醫務社會工作中之倫理判

斷議題。

貳、社會工作專業倫理

一、社會工作倫理規範與守則

（一）倫理道德與專業價值觀

在專業人員的工作中，隨時要做價值判斷。根據事情或行為的重要性而決定做什麼？怎麼做？何時做？能不能做？可不可以做？要不要做？重不重要就代表著事情或行為的價值。Reamer (1998) 探討社會工作倫理發展的歷史，認為其可以分為四個階段：即道德時期、價值時期、倫理理論和倫理決策時期、以及倫理標準和危機處理等階段。

牛格正（一九九一）指出，若只是個人認為重要，而事情或行為本身不見得重要，這種價值就是主觀價值，事情或行為為本身的價值才是客觀價值。在價值判斷上，主觀價值經常扮演主導角色，但

不一定符合客觀價值。而依事物的重要性，可區分出以下不同層次的價值：

1. 物質價值：係指事物本身或其可能提供的物質利益及經濟價值。物質價值是屬於最低層次的價值。

2. 生理價值：意指事物或行為對促進生理的循環及運作之重要性，以及對維護身體健康的效益。生理價值要比物質價值高一層。

3. 心理價值：凡是能引發高尚情緒和感受，並能促進心理健康的事物及行為，就有心理價值。身心健康均很重要，但心理健康關係著整個人格的發展，比身體健康更受重視。

4. 精神價值：凡屬知性、審美，及超感性的價值均為精神價值，對我們精神生活的發展都很重要。

5. 道德價值：道德價值係指能提供個人操守、品德、和修養的事情及行為的特徵，表現在守法維紀、見義勇為、當仁不讓、遵循倫理規範和道德律的行為上。道德價值高於其它價值，乃因道德價值有以下的特徵：(1)自主性：在任何威脅、利誘、強制、脅迫下發生的行為，都不是自主的行為，也都不具道德價值。(2)責任性：對自己的抉擇負起道德責任。(3)絕對性：道德價值的存在及實踐不受任何條件的限制，人人都有行善避惡的責任，而沒有犯罪的權利。(4)普遍性：道德價值超越時空的限制。：卓越性：道德價值凌駕其它價值之上，也是鑑衡其它價值的標準。從倫理或道德價值性質、地位、及特徵來看，不論任何人、任何地方、任何時代，倫理或道

德價值都有規範人類行為的功能。

Courtroyer (引自萬育維，一九九七)指出，在與案主共同工作的每一個階段，社工者的每一個判斷都必須符合專業倫理道德的要求，這樣的自我提醒應該是優於其它方法和技巧的考慮。因此，他提出了助人專業者的六項法定義務：即(1)照顧的義務；(2)尊重隱私的義務；(3)保密的義務；(4)告知的義務；(5)報告的義務；(6)警告的義務。

在潘淑滿、葉明昇(一九九九)的研究發現，幾乎所有精神醫療社會工作人員在提供專業服務過程中，對專業知識與案主價值的判斷與認知，幾乎相同。例如：大多數的精神醫療社會工作人員都相信，雖然案主是在生病期間，可是社會工作人員都相信，只要給予適當機會幫助案主激發潛能，案主是有能力為自己的復原做些努力與貢獻，而不是一個沒有價值的個體。又，若合作的團隊成員有人違法或對病人做出不當處置，因而造成嚴重的傷害時，多數的社會工作人員都認為有責任對主管或督導單位報告。

(二)社會工作倫理守則

一般專業人員的倫理行為應該是理性的，因為要能分析、統整、解釋、預測、判斷；也是整體的，因行為有生理、心理、精神等不同層面，在意識的狀況下之行為，都是整個人的行為；倫理行為更有責任的，因個人應承擔自己選擇行為的後果，這跟上述的理性判斷過程有密切關係。此外，個人及他人的基本權益以及行為本身

的善惡也是必須考慮的因素。

倫理守則 (Code of Ethics) 不僅是專業化的條件之一，且更因為社會工作本身的理論與方法中，包含著很多倫理與價值的體系，倫理守則也融入了社會工作的原則與實務中。倫理乃是對一種相關的行為的標準和期望，而且能夠對有關的個人或團體規範其責任。專業倫理有三種功能（張隆順譯，一九八二）：(1) 它可以成為該專業的指針，使該專業的人員的言行及治療行為有所規範；(2) 使專業人員在完成工作的功能時，能夠藉著其倫理守則而維護到專業的原則；(3) 倫理守則也可以提供我們一種標準，來評判專業的實施有無瑕疵。

社會工作的倫理守則，在英、美等國已判定多年，各國守則內容大致相近。基於這些原則，當年社會工作人員人事制度專題工作小組，草擬了我國社會工作人員共同信守之工作守則如下（白秀雄，一九七八）：「社會工作人員應本愛心，堅持原則以服務為目的，不因服務對象之性別、宗教、貧富、語言、種族、膚色等差別而有軒輊之分，願於工作中隨時協調其它專業人員。對工作本身不因艱難而退卻，不因權勢而改變初衷，不因一己私利而有偏頗措施，並願與全體社會工作同仁互相勉勵，共同信守」。目前內政部（一九九八）頒行之「社會工作倫理守則」，分別為對案主、對同僚、對機構、對社會工作專業、以及對廣大社會等五方面的倫理守則（計十八條）。其中牽涉倫理判斷最多的仍是對案主和對機構的倫理守

則。

二、倫理判斷與兩難

根據倫理學的說法，判斷倫理行為的標準包括（牛格正，一九九一）：法律標準、快樂標準、功利標準、進化標準、自由標準、形式標準、良知標準等七項。判斷行為好壞的標準應該是法律。快樂標準主張身體需要的滿足及快感有益於健康，對心理的發展也有好處。功利標準的主張以行為產生的福利為判斷好壞的標準。功利標準又可分為利我、利他、及利社會三種標準。凡是能促進人類進化的行為就是道德行為，他們認為，物競天擇、優勝劣敗、適者生存是天理，助長人類進化是循天理而行，當然是好行為。自由自在的生活才是人生最高的享受，超脫一切禁忌、禮儀和規範，無拘無束才是真正的幸福。因此，行為的好壞不在行為本身，而在於行為的意向或動機。人有天賦的分辨是非善惡的能力。此一能力就是良知 (Conscience)，是正直的、理智的功能，能確定行為的內在道德價值。

至於如何行使倫理決策，Lowenberg & Dolgoff認為決策的來源有四種（引自鍾美育譯，一九八九）：(1) 哲學價值；(2) 專業倫理守則；(3) 應用智慧；(4) 意識和個人專業經驗。而判斷倫理決策的指標應是：(1) 自我價值的澄清；(2) 社會價值的澄清；(3) 案主參與決策；(4) 檢討方法的使用。由上我們瞭解，在社會價值和個人價值的澄清，以及瞭解專業倫理守則之後，社工者在倫理決策過程中應秉持三方

面的策略，即在個人專業經驗中運用智慧、讓案主參與倫理之決策、並不斷檢討倫理行為之適當性。

但是在做倫理判斷時，往往會碰到難以做決定的情境，譬如說社會價值干擾專業價值；或機構價值干擾專業價值；或案主權利受到侵害等。在潘淑滿、葉明昇（一九九九）的研究，精神醫療社會工作人員亦發現專業倫理衝突最常發生在機構價值干擾專業價值，也就是機構政策與規定，或醫院的營運考量對專業行為的影響。

針對案主的權益方面，行使倫理判斷時就須考慮倫理原則之優先順序，以形成較適宜的判斷，減少對案主權益的侵害，使專業倫理得以實現，機構利益和廣大社會的興趣也得被滿足。Regel & Antle (1997) 強調，社會工作人員必須清楚自己的專業職責，和倫理判斷的優先順序，才能為案主找到較適宜的處遇。因此，Lowenberg & Dolgoff 針對案主的權益又提出倫理原則之順序（引自萬育維譯，一九九七）可以參考：(1) 保護生命原則；(2) 差別平等原則；(3) 自主自由原則；(4) 最小傷害原則；(5) 生活品質原則；(6) 隱私守密原則；(7) 真誠原則。

事實上，倫理兩難最常發生在案主的權益方面。潘淑滿、葉明昇（一九九九）的研究顯示，精神醫療社會工作人員亦發現專業倫理在案主權益方面受到的挑戰是：保密原則、案主的自我抉擇權、以及案主福祉與利益為優先考量的情形。例如：當案主受到明顯的性侵害時，社會工作人員是否要向有關單位舉發，這在社會工作人

員陣營中，呈現兩極化的認知差異現象。而一成五左右的社會工作人員承認，當自己對病人生病的成因解釋與病人或家屬的解釋不一樣時，往往會以社會工作人員自己對案主問題成因的界定為主，而不是尊重案主的自我決定。二成以上的社會工作人員有時會為了個人在機構中的表現或績效考量，而自動放棄某些麻煩的個案。另，由於精神疾病本身的特殊性，雖然病人已復原到可以出院的程度，可是家屬基於某種考量，要求繼續讓病人留在醫院，社會工作人員往往陷於應該尊重家屬或尊重病人權益兩難的情境。

參、醫務社會工作的特質

一、醫療機構需要社會工作的原因

醫務社會工作可說是「社會工作者運用社會工作知識與技術於醫療衛生機構，從社會暨心理層面來評估並處理案主（病人及家屬）的問題，以醫療團隊之一份子共同協助案主排除醫療過程中之障礙，不但使疾病早日痊癒，病患達到身心平衡，並使因疾病而產生之各種社會問題得以解決，同時促進社區民衆之健康」（莫藜藜，一九九八）。

醫務社會工作者不僅在醫院中扮演重要之「治療」的角色，並且亦承擔「行政事務」的工作，如：研究、訓練、基金募集管理、社區資源聯繫與倡導等。醫務社會工作的終極目標，在於解決因疾病而引起之各種有關社會、經濟、家庭、職業、心理、問題，使病

患得以重新適應於社會。因此，醫務社會工作所關懷的工作重點，常需因應社會問題、醫療環境、價值觀的變遷而不斷發展新的工作方案，例如：近年來的「安寧照顧」、「受虐兒童與婦女」、「器官捐贈」、「愛滋病患者」、「出院準備服務」、「社區醫療照顧」等議題。

二、醫院社會工作的功能

加拿大的統計署 (Health Division, Statistics Canada)，根據醫院社會工作的工作量之測量系統確定社會工作的功能有四類，另外，Herbert & Levin (1996) 再加上「倡導的功能」，共計五項，分別如下：

(一) 診斷與評估——對病人及其家庭需求與問題的診斷，建議解決問題的計畫，包括高危險群篩選、社會評估和社會心理評估。

(二) 諮商與輔導——協助病人及其家屬在行為、態度、情緒和環境方面的改變，包括社會適應方面的諮商、危機諮商、心理治療、社會資源方面的諮商、和支持性諮商。

(三) 尋求／整合資源——凡尋求和安排社會資源的活動，包括尋找病人需要的資源，完成申請的程序，轉介的文件或信件，請求資源機構提供資源。

(四) 倡導的工作——促使醫院內部在對病人服務的政策、措施、服務程序方面的改善，和醫院外相關組織的改善，包括組織架構、

工作流程的修正，以符合病人和家屬的最佳利益。

(五) 諮詢／協調——與醫院內的或社區機構的員工聯繫，並討論病人及其家屬如何獲得預防疾病、照顧病人、和病人的社會心理功能的資訊，包括個案研討會。

三、重視團隊工作的醫療專業

醫療專業非常重視團隊工作。醫療團隊的建立有其重要意義，因為人的問題不是單一的，而有其複雜性，如能有一組工作人員共同協助解決問題，其效果和效率多半較佳。同時，現代「整體醫學」和「全人治療」的觀念，也不再容許只是頭痛醫頭、腳痛醫腳。另外，近代強調社區醫療中心的發展，要求科際間共同合作，達成醫療目標的功能，為病人提供更完善的服務，並提升醫療服務品質。

醫療團隊的組成有正式的與非正式的。正式的團隊有專屬或固定的成員，如：器官移植小組的成員，一般包括神經內科醫師、神經外科醫師、護士、醫技人員、社工者（註：通過社工師考試者始稱社工師）、麻醉師、及行政人員等；血液透析小組（尿毒症洗腎中心）的成員，一般包括醫師、護士、營養師、社工者、和醫技人員；精神醫療團隊的成員，一般包括醫師、護士、社工者、職能治療師、臨床心理師等等。他們是固定存在的小組，不論病人是誰。他們定期的開會，有計畫的分配工作，一起查房，一起寫記錄等。而非正式團隊則視需要而組成，即針對病人的需要，醫生和社工者、社工者和護士、社工者和其它醫療專業人員的組合，透過當面溝通

或書面交換意見，期能提供更有有效的醫療服務。

四、醫療機構的雙重專業權威

從醫院組織可知，其分為醫療和行政兩個體系，彼此協調合作，而形成醫院中的雙重權威體系，一為行政管理者的權威體系，一為醫師治療的權威體系。Alexander and Fennell(1986)指出，這兩個醫院中的系統發展出官僚體制和專業體制間的衝突。而 Weber(1958)會形容官僚體制為理性的、非人性化的分工，形成辦公室官僚，行政高層管理監督低層單位；同時所有業務必須依法律、條例、辦法等規範執行。

醫院中兩個體系的衝突在於專業體制強調其自主性，例如醫生堅持對他病人治療時有其自我抉擇的權力，不受專業之外的行政體系掌控。而另一方面，醫院行政體系尋求理性的管理，強調成本效益、醫院評鑑水準、或合法與否等較非人性化的原則。而醫院中的社會工作部門也自然面臨兩個體系的衝突，一是醫院中的醫務系統，另一是社會工作的系統（莫藜藜，一九九八）。因為醫務社會工作不接收受社會工作的專業權威，也接受醫療之專業權威。但社工者秉持社會工作專業之同時，仍要妥協於醫院行政體系的要求，也是時有所聞。

肆、醫療倫理與病人權利

一、醫療倫理的重要性

所謂醫療倫理，是屬於醫療機構中的從業人員的倫理價值。這樣的倫理價值，其中亦可以再區分為狹義與廣義兩種醫療倫理解釋：狹義面的醫療倫理指的是「與醫療體系機構中從業人員有所相關的各式醫事行為的規則與規定」，即所謂的「醫德」問題；廣義面的醫療倫理則應包括「與醫療技術、生物科技之邁進，以及與民主社會思想、人權主義之發展互相錯綜結合，而引起的醫學倫理問題」，現今世界各國通以「生命或生物倫理學」一詞來通稱（藍采風、廖榮利，一九八四）。

高度專業化的工作，除了要能藝術化地運用科學的原理原則外，專業倫理意識的養成，乃是其專業教育特性之一。有了這種倫理意識，始能有維護和發揮專業行為之道德標準。而醫療倫理的討論可說是醫療社會學者、醫療從業者、醫務社會工作者、哲學家、律師、宗教家、以及一般人所最重視的生死問題之一。

任何活著的人總有一天會接觸到健康與疾病的問題；我們最關心的並不僅僅只是疾病的治療，我們也關心疾病的預防與控制。今日科技成就，已經使人類邁入了一個不可思議的境界中。現今科學家們也已成能控制性別、個性與智慧等內在部分特質。這些醫療科技的進步，連帶產生的倫理道德與哲學問題的複雜性，是我們很容易就想像與揣測的；再加上，醫療倫理議題牽涉到社會學、宗教、法律及專業醫療者之工作領域等基本體系，又與社會變遷後所導致出

的新人文主義、與新人權主義等價值觀有密切的關係；更增加了這些問題的解答（或解除）之法的複雜與困難，而不是輕鬆且毫無異議地就可以獲得大家的共識（藍采風、廖榮利，一九八四）。

二、病人權利的討論

任何一位來求助的案主，雖似扮演弱者，處於弱勢，但亦有其應享之權利，是所有人當尊重的，尤其是對之提供協助的專業人員更應維護其權利。從醫療倫理觀之，病人的權利應是最基本的價值。

茲將美國醫院協會(American Hospitals Association)之十二條「病人權利法案(Patients Bill of Rights)」，與將我國之「醫療法」中，所衍申出的病人權利議題對照加以瞭解如下：

(一)對病人接受良好醫療照護之保障

第四十二條 醫院於診療時間外，應依其規模及業務需要，指派適當人數之醫師值班，以照顧住院或急診病人。

第四十三條 醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延。前項危急病人如係低收入戶或路倒病人，其醫療費用非本人或其扶養義務人所能負擔者，由直轄市或縣(市)政府社會行政主管機關依法補助之。

第五十三條 醫院得應出院病人之要求，為其安排適當之醫療場所及人員，繼續追蹤照顧。(以上與美國「病人權利法案」第一條「病人應受到尊重和良好的照顧」。第十條「病人有權期待給予其持續性的照顧。」相似。)

(二)對病人隱私權之保障

第四十八條 醫院、診所之病歷，應指定適當之場所及人員保管，並至少保存十年。

第四十九條 醫療機構及其人員因業務而知悉或持有他人之秘密，不得無故洩漏。(以上與美國「病人權利法案」第五條「有關病人的治療計畫，要尊重其隱私權。」第六條「所有記錄或病歷均應保密。」相似。)

(三)對病人行使知後同意權、和拒絕醫療權之保障

第四十六條 醫院實施手術時，應取得病人或其配偶、親屬或關係人之同意，簽具手術同意書及麻醉同意書；在簽具之前，醫師應向其本人或配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，在其同意下，始得為之。但如情況緊急，不在此限。

第五十二條 醫院對出院病人，應依病人要求，製給出院病歷摘要。醫院對尚未治癒而要求出院之病人，得要求病人或其關係人，簽具自動出院書。(以上與美國「病人權利法案」第四條「病人有權拒絕接受治療。相似。)

(四)對病人行使醫療選擇權之保障

第五十條 醫院、診所因限於設備及專長，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第四十三條第一項規定，先做適當之急救處置，始可轉診。前項轉診，應

填具轉診病歷摘要，交與病人，不得無故拖延或拒絕。（此與美國「病人權利法案」第七條「醫院對病人所要求的治療，要有合理的反應。」相似。）

(五)對病人行使醫療「知的權利」之保障

第五十八條 醫療機構診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針及預後情形。（以上與美國「病人權利法案」之第二條「病人有權從他的醫生處得知有關診斷，治療和預後的完全資料。」第三條「病人有權在未接受治療之先，得知一些必須的資料。」第八條「如治療中與其他機構配合，病人有權知道一切資料。」第十一條「不論病人如何付醫藥費，皆有權知道有關細節。」第十二條「病人有權知道醫院對病人的行為有些什麼要求。」相似。）

綜合以上美國「病人權利法案」和我國「醫療法」的相關條例發現，所關切的病人權益幾乎相同，其中最多的是關切病人「知的權利」方面，病人有權從他的醫生處得知有關診斷，治療和預後的完全資料。病人有權在未接受治療之先，得知一些必須的資料。也就是，醫療機構診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針及預後情形。

然而多年觀察下來，實際情形是多未執行，且常生事端與糾紛，致使醫病關係不良。當病人自門診或急診入院，通常給予初步診斷，教育程度低的病人不敢問得太清楚，只好在疑惑中強迫自己相信醫

生的權威；而教育程度較高者也不敢問得太清楚，因為醫生很忙，又怕碰釘子。病床的床頭卡以英文書寫其病名，醫生和護士巡房時亦多用英文名詞，病人懷疑他們是爲了防止病人瞭解病情，才這麼做的。在消費者意識抬頭的今天，對於民衆與病家要求更高品質的服務與更完整的醫療資訊，醫界應以更清楚的醫療決策說明與更尊重病人的醫療過程參與，甚至更透明化的醫療意外事件處理流程，予以回應。

在「病歷摘要」方面，規定轉診時，應填具轉診病歷摘要，交與病人，不得無故拖延或拒絕。而醫院對出院病人，應依病人要求，製給出院病歷摘要。因此目前民衆無權取得自己病歷的完整版，只能拿到病歷摘要。近聞衛生署將修改醫療法，解除病人取得病歷影本的限制增進病人對自己病歷「知」的權利。但醫界反彈，認爲病歷視同醫師智慧財產權，病人能否擁有個人完整病歷影本一直有爭議性，擔心病歷透明化之後，造成醫病關係緊張，甚至成爲醫療糾紛的證據。國內目前少數醫院已有提供病人完整病歷，馬偕醫院是其中之一；但是更多的醫院擔心一旦修法完成，不但會造成醫病關係緊張，也會增加醫院行政不便。無論如何，當病歷被視爲醫師專業知識完成的智慧財產，而不一定給病人參閱時，醫師仍應充分告知病人診治過程。

在對病人行使「知後同意權」方面，醫師應於簽具手術同意書之前，向病人本人或配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功

率或可能發生之併發症及危險，在其同意下，始得施行手術。如此，不止表示尊重病人及其家屬，其實也保護了醫師的權益。同意書呈現了書面的見證，證明醫師事前有告知，也證明家屬被告知。

瞭解社會工作在醫療機構的特質、醫療倫理、與社會工作倫理之後，以下將從幾個實例來探討醫務社會工作的倫理判斷。

伍、幾個醫務社會工作的

倫理判斷議題

隨著科技的逐漸發展、醫療技術的日新又新，連帶產生的倫理道德與哲學問題也隨之提高了它的複雜性與困難度。在此試著介紹在醫務社會工作領域中幾個倫理兩難與倫理判斷的議題，討論的導引來自醫務社會工作的特質、重視團隊合作、及尊重雙重權威，並從上述有關病人權利法案、醫療法、專業人員的法定義務、以及我國社會工作倫理守則等方面來討論：

一、對案主的倫理責任

(一)病人知的權利

例如：當一個人罹患癌症時，病人家屬常不願告知病人診斷之實情。如社工者示以「病人知的權利」時，家屬往往會表示如果自己已是病人，他不希望別人隱瞞病情；但是換成是他的家人生病，他們不願意告訴病人實情，尤其當病人是父母或祖父母時，他們會表示不忍心告知實情。這種情形，對整個醫療團隊成員來說都是為

難的。

從病人權利法案和醫療法以「確認病人知的權利」，同時在確定社工者有「告知的義務和警告的義務」；然後在倫理原則順序中，先考慮「自主自由原則」，其次「最小傷害原則」，再次是「真誠原則」。

以上例而言，許多家屬希望隱瞞病人的病情，不希望告訴病人實情，理由是怕病人知道後信心崩潰，意志消沈，造成打擊。在我們的文化中似乎有較多的家屬選擇不告訴病人，對這樣的家屬，社工者在勸慰之餘，也只好尊重。但有時真正的原因是家屬也無法承受與病人相對時的哀傷。所以社工者除了幫助家屬瞭解本身的情緒，並設法處理其情緒外，亦說明告知與否的利弊，重要的是以病人的心理動力及能量狀況為考量原則，即其面對問題的能力與想知道多少而定。

如能彼此公開討論，生病的人有權參與治療的決策，有機會表達自己的意見，則不只可以與家人共同分擔情緒上的困擾，亦可在家庭事務的處理，和將來他的後事的處理表達意見；或者在他的人生中還有那些未盡事宜，家人可以幫他在生前或死後完成。如果事實上病人已從各種跡象察覺實情，只是無法與家人相談，則社工者可先個別會談，澄清彼此的擔心，除非兩方皆有心理準備，否則不會貿然告知。當兩方皆同意後，再進行家庭溝通，引導互相安慰及支持的力量。當然如果社工者與家屬共同判斷，或家屬堅持他們的

判斷，認為依病人過去面對問題時的能力及個性，還是不宜讓病人知道病情的話，也只好尊重家屬了。

(二) 徵求同意與案主自決

例如：當病人是法定傳染病，而拒絕接受治療時，是否任由他決定？如果檢驗出是愛滋帶原者，必須接受定期追蹤治療，更需再予以教育宣導，以免繼續傳染別人。但是病人在得知診斷後，怨天尤人、自暴自棄、憤世嫉俗，可能因此而放縱自己，不聽從醫護人員的規勸，或關心，而失去蹤影。

病人為其本身之隱私權，致求醫動機薄弱。B-檢驗是否需要病患的同意書？是否要告知或追蹤抗體陽性者之配偶或性伴侶？有人認為基於保護工作人員，所有醫院住院病人要接受血液檢驗，反對者認為此舉會造成病人之間的差別待遇；過分注重隱私，帶原者可能在潛伏其中因行為未加約束而傳染他人；但若偏重公共衛生策略，又恐高危險群者避不見面或失去追蹤。如何兼顧二者，確為一大難題。

從確定社會工作倫理守則「尊重案主隱私權」，及「案主自我決定的能力」；同時「告知、報告、和警告的義務」；最後在倫理原則順序是「保護生命原則、最小傷害原則、與隱私守密原則」。

理想上愛滋病患應收治在隔離的病房或收容所，且其所能提供的醫療與照顧應涵蓋身心兩方面，最好能設立專門病房或成立醫療小組，但工作人員對愛滋病的害怕，使各單位皆強烈抵制與反對，

而導致人力招募的困難。就醫學倫理而言，醫療工作者不得拒絕病患，無論其所患疾病為何；要減少恐慌與抗拒，只有加強教育如何適當保護自己，並有一套完善福利措施照顧那些少數不幸受感染的工作人員，譬如給予額外的健康或人身保險、免費醫療、安排帶原之醫療工作者繼續有適當之職務等（莫藜藜，一九九八）。

另外，再依據衛生署於民國七十九年底公佈之「後天免疫缺乏徵候群防治條例」，內容包括醫療責任通報、病人隱私權保護、特定對象強制受檢、陽性反應者刻意隱瞞致傳染於他人之刑期（七年以下）、以及拒診或拒提供感染源之罰鍰（新台幣三萬以下）等，亦可參考執行。

另一例是：有人因是未成年者之未婚懷孕，也有人因強暴而懷孕，或早期診斷出畸形胎兒等，皆合於「優生保健法」第九條施行人工流產。但是未成年者應得法定代理人之同意；而有配偶者，應得配偶之同意。受到多年來女權運動的影響，越來越多醫師認為基本上婦女有墮胎選擇權；但當與法律有所抵觸時，則頗為難。社工者在團隊中所考慮的不僅是選擇權，而是在整個決策和後續問題處理時的兩難，因為每個人的背後都有許多複雜的因素，促使他們選擇墮胎。

(三) 資源的有限與公平原則

例如：救治一名可能永遠出不了醫院的重殘病童，而他們無法支付住院之病房差額，社工部門是否予以補助？社會工作的倫理是

強調公平的原則，人皆生而平等；但是當資源有限時，我們是協助救一位可以治癒的病童，或一名可能永遠出不了醫院的重殘病童？又如：當只有一枚心臟，而兩個人都符合生理條件時，是該給一位十九歲的大學生，或一名五十五歲的老漁民？這可能需要包括社工者在內的醫療團隊，好好地再從病人心理暨社會層面、和社會資源一起考量。

先確定病人權利法案與醫療法中「對病人應有適宜的照顧」；同時助人專業者法定義務中之「照顧的義務」；其次社會工作倫理中「平等的精神」、和「以案主之最佳利益為優先考量」；最後在倫理原則順序是「保護生命原則和差別平等原則」。

前例只好用到差別平等之原則。後例的倫理處境較困難。但針對器官分配的倫理問題，葉高芳（一九九五）曾指出，應依據移植醫學之免疫學的標準，將器官給予最適合移植的受贈者，即以受贈者的血型、組織配對、病情危急性為主要考量。其次考慮受贈者個人狀況如等待時間較久、年紀較輕、所在地離捐贈發生地越近者等。

（四）意義的含糊與結果的不確定

例如：何時拔除人工呼吸器？以及讓他「安樂死」嗎？如果病人沒有預留遺囑，家屬和醫師的意見不同時，使問題更形複雜。會有一個病人在家裡發生心臟麻痺，立即送到醫院的急診室，神經科醫師診治後宣佈他已「腦死」，他的兒子對社工說：「如果他還有意識，說什麼也不願意靠機器這樣活著」。但在第二天清晨，他

竟奇蹟般醒過來。醫師問他，如果他再經歷一次心臟麻痺，還想死而復生嗎？他說：「這還用問嗎」？幾天後，雖經全力搶救，這病人還是離開人世了。但對醫師和社工者來說，仍是心有餘悸，當初要是聽了家屬的話，拔掉呼吸器，是不是違反了病人的意志？

另一例是一位病人孫女的敘述：「爺爺（死於肺癌），在他尚有意識時，數度逃離醫院，最後被綁在病床上接受治療。甚至在已全無意識時，還被從鬼門關救回一次，看到他身體所受的折磨，實在於心不忍。」一個老年的病患，兒孫們可能會因表現孝順，而花大錢，要求醫師盡量救治，直到不行。

先確定病人權利法案「病人有權拒絕接受治療」，醫療法「對病人應有適宜的照顧」；同時助人專業者法定義務中之「照顧的義務」；其次社會工作倫理中「平等的精神」和「以案主之最佳利益為優先考量」；最後在倫理原則順序是「保護生命原則和自主自由原則」。

安樂死的議題涉及的層面很廣，包括醫療、照顧、人權、生存權、生活品質、生命尊嚴、宗教、法律、經濟效益、社會成本等。單只從醫療層面就仍在「是與非」不清楚的地帶。今年四月美國將其著名的一位助人死亡的醫師定以謀殺罪後，澳洲的一位「死亡」醫師聲稱這項判決是野蠻行爲。醫界對此的兩極化是很明顯的，尤其對安樂死持保留態度的佔絕大多數。此外，社會工作人員又特別從心理暨社會層面加以考量，譬如：推動簽署「活遺囑」，讓人

們在健康、意識清醒時，白紙黑字清楚寫下其在臨終前希望如何被對待，如在疼痛難熬時，即給予止痛藥；若確定成植物人時，請拔掉生命維繫器等。

(五) 取與給之間的判斷：器官捐贈

例如：在請求捐贈器官，和摘除器官兩方面都有一定的醫療倫理。器官來源匱乏，有時考慮活體器官之捐贈（如腎、肝、肺臟），因為近親成功率高，且可以防止器官買賣。但是有的醫師和醫院認為活體移植是倫理上不能接受的。另外，亦有是否透露個人資料的倫理問題，當捐贈者家屬想知道受贈者是誰、或受贈者想知道捐贈者是誰時，本來是人情之常，可以理解的；但若處理不當，是會起弊端與困擾的。

先確定病人權利法案及醫療法「對病人應有適宜的照顧」；同時助人專業者法定義務中之「照顧的義務」、「尊重隱私的義務」；其次社會工作倫理中「以案主之最佳利益為優先考量」；最後在倫理原則順序是「保護生命原則、自主自由原則、最小傷害原則、和隱私守密原則」。

社工者因不直接介入醫療行為，在團隊中角色最中立，通常擔任器官勸募工作。在請求捐贈器官方面，衛生署（一九八七）「人體器官移植條例」中規定：捐贈者生前若無書面同意書，需由家人簽署；如捐贈者生前已有書面同意書，原本無需再徵求捐贈者家屬的書面同意，但執行上仍會事先取得家屬的同意後，才進行摘取器

官作業。按規定由捐贈者之三等親且最親之家人優先簽署器捐同意書。

對於是否透露個人資料的倫理問題，葉高芳（一九九五）提出社工者的處理原則如下：1. 不需也不要特別透露詳情，絕大多數捐贈者的家屬並不求報恩，也不想讓對方知道身分，為的是避免增加雙方的心理壓力，減少無謂的干擾。2. 任何一方若要求知道，社工者應與移植醫師共同慎重地評估其適當性，並得到對方同意後再安排。

(六) 人工生殖科技對個人與社會價值的衝突

例如：生物複製、試管嬰兒與代理孕母的問題，在醫療倫理的部分早已議論不休，其牽涉最大的是宗教教義的衝突，特別是天主教；其次是社會規範、親屬、人倫等。這部分在社會工作業務中尚不多見，但當未來逐漸參與遺傳諮詢團隊工作之社工者，必將面臨之議題。

衛生署於今年三月初，草擬完成「人工協助生殖法」草案，傾向支持代理孕母合法化。所謂代理孕母是一婦女提供子宮，植入沒有子宮無法自然懷孕的受術夫妻的精卵或胚胎。所以代理孕母與其所生育的孩子無血緣關係，只有懷孕及生育的關連。爭議性最大的仍是代理孕母的條件，以及可能造成血緣與母子關係的認定的混淆。另外，草案中有限制商業行為，但從目前精卵捐贈已有金錢介入的情形，未來代理孕母難保不會有商業行為。而其它如：懷孕過程必

須終止及生產時大出血，該救小孩還是代理孕母？或萬一代理孕母「母以子貴」敲詐受術夫妻，該如何處理？等問題，都應事先規劃處理良方或加以防範。

二、對機構的倫理責任

(一)效率與效果的掙扎

例如：全民健保實施後，醫院和健保局都有「住院日控制」的壓力，原來「平均住院日」的控制，其立意甚優，不止敦促醫師抓緊時間更有效率的治療，也讓病人在一定時間內做好出院準備，讓久佔床位者減少。但社工者看到病人有延長住院的需求時，應該怎麼處理？有些病人住了三天醫院，覺得沒事，可能就出院了。但有些病人心理上沒有準備接受要出院的事實，但必須出院，其生理上有時會出現更嚴重的症狀，或因焦慮而降低免疫系統功能，導致併發症，或病情加劇。

對這些病人，醫院迫於衛生政策的規定，只得請病人回家，遵守了「住院日控制」的規定，在健保局成就了有效率紀錄；但醫療服務的效果卻令人憂心。因此，近年來社工者基於社會工作倫理守則「以案主之最佳利益為考量」、「應信守服務機構的規則，履行機構賦予的權責」，積極參與出院準備服務，協助醫院在效率和效果之間取得平衡。

(二)醫療糾紛處理的兩難

有時處理醫療糾紛對社工者的衝突較大，無法每次都能顧及雙

方的利益，而讓社工者頗為難。例如：明明是醫護人員自己本身該檢討的，可是他們不檢討自己的缺失，反倒來指責都是社工者在家屬那邊煽風點火，或要求醫院可以多做一些防範措施；或者要在問題被告發，已經進入訴訟程序時才找社工者介入，在問題浮上檯面後，很難協調醫病關係。若是較早期的醫病緊關係發生時，社工者就能介入，會比較好。

當醫院必須付賠償金時，有些醫院要求動支社工部門的社福基金，這是不妥的。因為社福基金是為病人和家屬服務，有其一定的目的，與因醫療糾紛而要付的賠償是不同的。最好是醫院本身以專款專用方式，另外管理的「醫療賠償準備金」來支付賠償費用。（莫藜藜，一九九九）

陸、結語

任何專業的倫理是講求責任的倫理，因此社會工作者要對他的行為的結果負起責任。基於倫理守則，當案主向社會工作者要求服務時，社會工作者本身，或是機構，在能力範圍內，必須提供所有可能的服務。倫理守則也驅使著社會工作者先充實自己的能力，對於自己的專業行為做慎重的考慮，以免損及專業信譽和案主的權益。社會工作如今仍無法針對倫理的兩難，提供一個現成無誤的倫理判斷指標，也仍然無法提供一個奉行四海皆準的基本原則與方法；然而希望經由簡單的陳述相關的現象與觀點，能協助社工者對於倫理判斷有更清晰的瞭解與掌握，進而能在紛雜的倫理兩難當中，依

著當下特殊的情境，切入事件的核心，較周延地將事件處理妥當。

(本文作者現任東吳大學社會工作學系副教授)

參考文獻：

- 行政院衛生署 醫療法 一九八六
行政院衛生署 人體器官移植條例 一九八七
行政院衛生署 後天免疫缺乏徵候群防治條例 一九九〇
行政院內政部 社會工作師法 社會工作倫理守則 一九九八
牛格正 諮商專業倫理 台北 五南圖書出版公司 一九九一
頁二一～二八
- 白秀雄 社會工作 台北 三民書局 一九七八 頁七三
莫藜藜 醫務社會工作在台灣的現況與發展 社區發展季刊
第六十期 一九九二 頁三～十二
莫藜藜 醫務社會工作 台北 桂冠圖書公司 一九九八 頁
二～三 八二 二七二
莫藜藜 全民健保與醫院社會工作 台北 雙葉書廊 一九九
九 頁一三四～一三八
張隆順譯 社會工作倫理 台北 國立編譯館 一九八二頁
七九
- 葉高芳 取與給之間的判斷：談器官捐贈的倫理 社會工作倫
理研討會實錄 台北 輔仁大學社會工作系 一九九五 頁三六～
四七
- 潘淑滿、葉明昇 精神醫療社會工作者專業倫理之探討 社會
工作學刊 第五期 一九九九 頁六三～九三
萬育維譯 社會工作實務手冊 台北 洪葉文化事業有限公司
一九九七 頁四五～六〇
藍采風、廖榮利 醫療社會學 台北 三民書局 一九八四
頁一八～二〇
鍾美育譯 社會工作的倫理判斷 台北 桂冠圖書公司 一九
八九 頁四五～六〇
Alexander, J.A. & Fennell, M. (1986), Patterns of decision
making in multi-hospital systems, *Journal of Health and
Social Behavior*, 27: 14-27.
Herbet, M. & Levin, R. (1996), The advocacy role in
hospital social work, *Social Work in Health Care*, 22(3):
71-83.
Reamer, F.G. (1998), The evolution of social-work ethics,
Social Work, 43(6): 488-500.
Regehr, C. & Antle, B. (1997), Coercive influences -
informed consent in court-mandated social work practice,
Social Work, 42(3): 300-306.
Weber, M. (1958), *The Protestant Ethic and the Spirit of
Capitalism*, N.Y.: Charles Scribner's (translated by Talcott
Parsons).