

南華大學人文學院生死學系碩士班

碩士論文

Department of Life-and-Death Studies

College of Humanities

Nanhua University

Master Thesis

從關懷倫理學談病人自主與善終

A Study on Patients' Autonomy and Appropriate Death  
from the Perspective of Ethics of Care

譚平昇

Ping-Sheng Tan

指導教授：蔡昌雄 博士

Advisor: Chang-Hsiung Tsai, Ph.D.

中華民國 107 年 6 月

June 2018

# 南華大學

生死學系碩士班

碩士學位論文

從關懷倫理學談病人自主與善終

A Study on Patients' Autonomy and Appropriate Death  
from the Perspective of Ethics of Care

研究生： 譚平昇

(請學生親筆簽名)

經考試合格特此證明

口試委員： 蔡品娥

孫雪平

尤惠貞

指導教授： 蔡品娥

系主任(所長)： 廖俊龍

口試日期：中華民國 107 年 5 月 11 日

## 謝誌

子曰：「吾十有五而志於學，三十而立，四十而不惑，五十而知天命，六十而耳順，七十而從心所欲、不逾矩。」

三十多歲與家人共赴上海拼搏十餘年，在人生不惑之年且處於「順風順水」階段，毅然放下名利場上之一切，返台至南華大學生死學研究所求學，期間又以交換生身份赴南京大學宗教研究所進修，經過多年的學習、沉潛與蛻變，幸運地能夠於知天命之年領悟「順天應命」之道理。

一路走來，感恩上天慈悲與先人德澤，厚賜闔家平安、吉祥和樂之恩典，讓我有機會能夠專心學習領悟生命的學問是如此寶貴。

一路走來，感激愛妻曾美華相伴相隨，在生活上給我無微不至貼心照顧，經常陪我一起討論，讓我體會生命的學問是如此幸福。

一路走來，感謝指導教授蔡昌雄博士，以及南華大學、南京大學師長們指導，屢屢開啟新視野，教我認識生命的學問是如此深廣。

生命的學問，學無止境。

生命的學問，念念永續。

## 摘要

善終自古以來都是人們對死亡的期待，但在醫療科技高速發達的今天，想要善終卻不容易。本研究以關懷倫理學為基礎，通過相關文獻探討，論述病人自主權之發展軌跡與善終之意涵，接著從互為主體、情意交流、全神貫注、設身處地探討《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋，進而形成共融決策的預立醫療決定。最後，提出以生命教育作為病人自主與善終之助力。

關鍵詞：關懷倫理、病人自主、共融決策、善終、生命教育



## Abstract

Appropriate death has always been the expectation of death among people in the society since the ancient times. However, with the advanced in medical technology, this expectation cannot always be met. Based on ethics of care, this study aims to discuss the development of patients' autonomy and the meaning of appropriate death through literature review. In addition, this research advances medical decision-making by collegiality of decision-making through intersubjectivity, sympathy, engrossment and motivational displacement of the caring ethics of the "Patients' Autonomy Rights Act". In the end, this study proposes life education as an aid to promote patients' autonomy and appropriate death.

Keywords: ethics of care, patients' autonomy, collegiality of decision-making, appropriate death, life education

# 目錄

謝誌.....	i
中文摘要.....	ii
英文摘要.....	iii
目錄.....	iv
圖目錄.....	vi
<b>第一章 緒論</b> .....	<b>1</b>
第一節 前言.....	1
第二節 研究動機與背景.....	3
第三節 研究論題.....	6
第四節 研究方法與取徑.....	12
第五節 章節大綱.....	18
<b>第二章 關懷倫理學之理論與實踐</b> .....	<b>20</b>
第一節 關懷倫理學之緣起.....	20
第二節 諾丁斯關懷倫理學理論與發展.....	23
第三節 諾丁斯關懷倫理學與生命教育.....	37
第四節 諾丁斯關懷倫理學與醫療實踐.....	40
<b>第三章 《病人自主權利法》與善終</b> .....	<b>45</b>
第一節 善終之意涵與病人自主權之發展軌跡.....	45
第二節 《病人自主權利法》立法演進與現況.....	56
第三節 個人主義視域下的病人自主與善終.....	63
第四節 關懷倫理視域下的病人自主與善終.....	65
<b>第四章 《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋</b> .....	<b>70</b>
第一節 互為主體——家屬關懷與病人自主之互動基礎.....	71

第二節 情意交流——立基於關懷倫理的預立醫療照護諮商.....	74
第三節 全神貫注——意願人能專注感受並接納家屬的需要.....	78
第四節 設身處地——家屬能接受意願人的關懷並予以回應.....	82
<b>第五章 病人自主與善終之挑戰與機遇.....</b>	<b>86</b>
第一節 《病人自主權利法》施行前的疑慮與機會.....	86
第二節 病人自主善終不等於「積極安樂死」.....	90
第三節 安寧療護與病人自主合力落實善終理念.....	96
第四節 以生命教育作為病人自主善終之助力.....	100
<b>參考書目.....</b>	<b>106</b>
<b>附錄一 《病人自主權利法》.....</b>	<b>116</b>



## 圖目錄

圖 1 《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋示意圖.....70





# 第一章 緒論

## 第一節 前言

自古以來，健康、長壽乃至善終一直都是人們共同追尋的幸福與理想。早在先秦時代《書經·洪範篇》已有壽、富、康寧、修好德、考終命「五福」之說。壽，是指命不夭折而且福壽綿長；富，是指錢財富足而且地位尊貴；康寧，是指身體健康而且心靈安寧；好德，是指生性仁善而且寬厚寧靜；考終命，則代表一生能享天年而且無惡疾橫禍，臨命終了，壽終正寢。「五福」之中，「壽」、「康寧」與「考終命」三者皆與醫學相關，因此在人類歷史上有很長一段時間，醫療與宗教活動是密不可分的。古代的巫師同時身兼醫師、藥師與神職人員多重角色，並且通過草藥、占卜與巫術為人治癒疾病，或減輕人們因病痛帶給身、心、靈的痛苦。直至今日，醫療實踐之目標和方式依然圍繞著「促進健康」與「對抗疾病」兩大任務而展開。

拜醫療科技之賜，現代醫療人員運用各種先進的設備為病人提供積極治療，利用包括心肺按壓、電擊、插管急救、接呼吸器、接葉克膜 (Extracorporeal Membrane Oxygenation, ECMO)等心肺復甦術 (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) 等急救措施為病人進行臨終急救；當急救無效時，還能利用呼吸器、葉克膜等維生醫療(Life Sustaining Treatments, LST) 措施，為孱弱的末期病人繼續延長生命之長度，臨床上雖然屢屢出現神奇效果之成功救命案例，同時亦造就許多只能依賴維生醫療措施，勉強維持一段時間看似「活著」的狀態，但事實上是讓病人在生死邊緣不斷地反覆痛苦掙扎的悲劇，如此搶救、再搶救的劇情日復一日

地在醫療機構裡重複演出。與此同時，愈來愈多的有識之士不斷地反思結合各種先進醫療設備的強勢醫療作為，以疾病為導向的治療模式所建構之醫療體系，已造成病人與家屬、病人與醫者、倫理與法律等等複雜之困境，譬如醫療人員在積極救治病人之際，亦不乏蘊含著追求醫學成就的動機，甚至想要干預死亡的旺盛企圖；家屬在照顧病人之同時，不乏以個人主觀意志或利益而擅權取代病人自己做出的醫療決定。種種為了病人「好」的積極治療，卻未必能為病人帶來「好」的臨終過程與結果。

回歸以「人」為導向，而不再強調以「疾病」為導向之安寧療護理念，即在這種漸趨「去人性化」(dehumanization)的醫療大環境下誕生。安寧療護首先是為無治癒希望的臨終病人提供人性化的醫療照護，希望提升病人的生活品質與死亡品質；進而以照護末期病人及其家屬的身、心、靈平安圓滿，達到生死兩無憾之境界，並希望能漸漸影響和改善整體醫療環境之氛圍。隨著人權意識與醫學倫理發展，醫療人員依循自主(autonomy)、利益(beneficence)及不傷害(nonmaleficence)等醫療倫理原則，根據病人的臨床狀況，決定各項倫理原則之權重比例，以求得醫學科學與人文情境脈絡之間的平衡。<sup>1</sup>對於只需啟動維生醫療設備即能為病人延長壽命的醫療人員而言，安寧療護理念之影響在於不僅需要講求義務的傳統醫德，還需要倫理學與價值理論之思辨，有助於其反思和改善醫界普遍存在的強勢醫療作為與不肯承認失敗的文化。

二十世紀六〇年代以來，隨著醫療自主權利之興發，醫病關係與互動模式亦隨之產生由被動變為主動之變化。「知情同意」(informed consent)這項源於西方社會文化與在個人主義背景下所孕育發展的醫學倫理原則與法律權利，逐漸形成醫療自主與人文關懷的核心原則。於此同時在人權思想、女性主義及消費者運動的綜合影響下，醫療服務已發展為「以病人為中心」模式，並且以法律方式保障病人的醫療自主權益。臺灣亦於二〇一五年立法通過了《病人自主權利法》，標

---

<sup>1</sup> 胡文郁、楊嘉玲：〈生命末期之病情告知與預立照護計劃〉，《護理雜誌》第 56 卷 1 期（2009 年 2 月）。

示著民眾對於自身的醫療權益和醫療服務之重視程度又更上一層樓。然而，「徒法不足以自行」，沒有一部法律法規能夠對所有的現實情況加以完整規範，因此需要從倫理道德方面加以補充。換言之，「我的醫療，誰做主？」除了依循《病人自主權利法》之相關規定，同時還需從病人、家屬、醫療人員之間對於醫療照護方式的溝通過程中，從不同視域、不同需求的相互交融下進行價值選擇與作出醫療決定。因此，如何證明作為選擇和決定的基礎價值是合理的與正確的、如何在各種價值與利益之間進行調和，似乎已成為不可迴避之問題。<sup>2</sup>

本文以即將於二〇一九年一月六日施行之《病人自主權利法》為對象，闡述其「尊重病人醫療自主，保障其善終權益，促進醫病關係和諧與善終」立法精神之關懷倫理學詮釋，探索意願人（病人）依《病人自主權利法》進行「預立醫療決定」過程中，關懷倫理對於意願人（病人）、家屬及醫療人員的互動，乃至作出醫療決定之影響。研究過程中，研究者經由文本閱讀、參加專業研討會、回顧研究者自身之人生經歷，以及研究者依照按照《病人自主權利法》內容與家屬溝通自身的醫療照護和善終意願，體認到由於人自身之有限性，習慣以自身的經驗、立場和視域去看待問題，因此本研究之論點難免有一偏之見與以偏概全之虞。為此。研究者期待將來有更多先進能對此議題繼續展開討論，使人類自古以來共同追求健康、長壽，乃至「善終」之幸福心願，能夠隨著時代的發展而持續有新的詮釋。

## 第二節 研究動機與背景

先母是一位德行圓滿且充滿愛心的一貫道點傳師，一生奉獻於救渡眾生的志業，同時還是一位相夫教子的賢內助和偉大的母親。先父是一位認真負責的好醫

---

<sup>2</sup> 李震山：《人性尊嚴與人權保障》（臺北市：元照，2011年），頁65-66。

師、好爸爸，不僅用心戮力為病人治療疾病、耐心地為病人及家屬解說病情和醫療保健知識，對於生活艱困與弱勢的病人還提供長期免費治療。研究者在父母親言傳身教影響下，自幼即養成對人熱心、做事負責之態度。這對研究者在海峽兩岸人壽保險業近二十年期間服務生涯有很大助益。研究者在工作上參與許多保戶因疾病、意外事件的保險理賠案件，深刻體會家屬突然遭遇噩耗、毫無準備卻必須作出醫療抉擇之無助與困頓，因此養成以同理心與關懷之視域看待他者的病、殘、老、死之偶然與必然，同時亦不斷地思索自身的死亡問題。談到死亡，很多人會想到以保險來應對，研究者亦不斷地教育員工和向民眾講述購買保險之重要性。然而，保險雖然能夠解決家屬部分生活上的經濟問題，但卻完全無從解決任何關於死亡的問題。因此研究者時常探問除了保險金給付，我們還能夠為保戶及其家屬提供哪些幫助？例如二〇〇五年研究者於南京任職時，一封以掛號郵遞之保險合同，因「查無此人」而被退返公司，研究者憑著直覺和經驗，率領同仁深入瞭解情況，得知收件人是一位剛通過電話購買保險的王女士，在保險合同寄達之前就因燃氣熱水器洩漏釀成一氧化碳中毒進而造成夫婦雙亡、幼子重傷的家庭慘劇，這封掛號郵件也因為無人簽收而被退返。根據保險理賠條款，保險金理賠申請需由申請人自行提出，兩年內未行使權利就自動取消雙方義務。因此保險公司都是被動地受理申請之後，才開始理賠程序。此案的保戶及其受益人同時身故，而且無人知曉這份以電話購買的保單，一般而言，保險公司主動理賠的可能性幾乎為零。研究者本著良知與同理心，組織公司同仁主動立案調查，並積極與當地公安、法院、居委會、保戶任職的工作單位取得聯繫，快速完成各項必要法律程序，主動將這份無人知曉的保險金送達保戶的家屬手上。

研究者之所以對此議題展開研究，緣起於研究者自身曾在毫無準備的情況下，倉促又艱難地為突發性心肌梗塞的母親、父親作出呼吸器的使用與撤除之重大決定；研究者亦曾見證了家屬之外公（高齡一〇八歲）因腦溢血而陷入意識昏迷狀態，家屬們糾結於傳統觀念而作出繼續「救到底」的治療決定，重度昏迷的

老先生從此完全依靠維生醫療設備來維持孱弱的生命體徵，之後十三個月過程中，家屬們雖然盡心照料，但眼看著老人家的身軀日漸枯萎，內心難過之餘卻束手無策，各有主張的家屬們也為了是否撤除老人家的維生醫療設備而陷入兩難之倫理困境，老先生則靠著維生設備繼續延壽，直至器官衰竭而「自然」地離世。逝者已矣，研究者當年面對親人醫療決定時之困頓，久久依然縈繞在心頭，加上思考自身的死亡問題。因而促發了研究者返台至南華大學生死學研究所進修之動機，冀求從生死學領域的探問和研究，梳理自己的人生經驗及開拓人文視野。

在研究所求學期間，適逢亞洲第一部病人自主權利之專法《病人自主權利法》立法過程，此法案與民眾的醫療權益息息相關，不僅關涉了個人的生死觀與價值觀，同時還將影響民眾的醫療觀念，譬如「以病人為中心」之醫療決策模式與「知情同意」(informed consent)原則之應用，事先將個人對於醫療照護方式與善終之想法與醫療人員、家屬一起進行諮商溝通，並簽署具有法律效力的「預立醫療決定」，這些有關醫療照護方式與善終意願的諮商與溝通，對於醫病之間的溝通、病人與家屬之間的互動都將帶來深遠影響。此法案已於二〇一五年十二月十八日立法院三讀通過，並將於二〇一九年一月六日正式施行。

研究者從《病人自主權利法》之「尊重病人醫療自主，保障其善終權益」精神與條文內容，回顧自身在為父母親作出醫療決定時所經歷的倫理困境，以及家屬們希望老先生能夠「順其自然」地安詳而去，所經歷的種種矛盾與艱難抉擇。研究者愈加肯定多年前與夫人一起簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」之決定，之後並告訴在外國求學的女兒：「我們已經簽署『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』，將來我們一旦處於生命末期，或者發生昏迷不醒且不可挽回的醫療情況時，千萬記得不要急救、不要插管，讓我們平靜安詳地離開。為了不給你添麻煩，我們把自己的塔位都準備好了，就在爺爺奶奶旁邊，將來你回來看我們時，也省得你東奔西跑。」研究過程中，研究者反思簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」的過程，由於事前未就此事與女兒詳細溝通，

只將結果通知她。對女兒來說，雖知道我們對此事已作安排，卻不知道為何要如此安排。因此，研究者領悟到為何《安寧緩和醫療條例》的預立意願書機制會被家屬干預而失去功能。因此，研究者藉由關懷倫理學之討論，探求與病人自主善終相結合之觀點與建議，冀希研究結果有助於意願人（病人）、家屬及醫療人員進行「預立醫療照護諮商」之參考，同時探求貼近華人社會文化之醫療自主觀念推廣方式，例如在台灣各級學校行之有年的「生命教育」。研究者認為「預立醫療照護諮商」之溝通是否確實到位，將直接影響家屬能否「尊重」病人醫療自主，唯有家屬充分理解病人自主與善終之意義與價值，方能實現其圓滿善終之意願。

### 第三節 研究論題

以「為尊重病人醫療自主，保障其善終權益，促進醫病關係和諧。」為宗旨之《病人自主權利法》，為臺灣與亞洲第一部病人自主權利之專法。這是繼臺灣於二〇〇〇年首次施行與「末期病人自決」(self-determination of terminally ill) 相關之特別法——《安寧緩和醫療條例》，亦為亞洲第一部「自然死法案」(*Natural Death Act*)以來，再次體現臺灣社會文化尊重個人「生命自主權」的重要里程碑。這兩部法律有一個共同的終極目標——「善終」。《安寧緩和醫療條例》之立法精神是為了尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，針對治癒性治療已無反應及利益之末期病人所給予整全性照顧，包括控制疼痛及減緩其他症狀等必要治療，並輔以心理層面、社會層面及靈性層面之生命末期照護，藉此協助病人及其家屬獲得最佳生活品質。該法第三條明示「末期病人」之定義：「罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程將進行至死亡已不可避免者。」<sup>3</sup>經二〇一三年第三次修法後，給予醫師尊重末期病人或其家屬所立之意

---

<sup>3</sup> 參見《安寧緩和醫療條例》<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=L0020066>

願，在清楚確認對病人生命末期醫治無效時，可以不施行心肺復甦術(CPR)或撤除維生醫療措施(LST)，以減少病人痛苦，增加善終的機會。然而，現實情況是仍然有許多諸如植物人、重度失智症或長期昏迷且依賴呼吸器維生的病人，疾病已經進展到無法治癒，處於苟延殘喘、沒有生命尊嚴的狀態，但卻尚未符合「末期病人」之定義，醫師則因擔心醫療糾紛，繼續以心肺復甦術與只能延長瀕死過程的維生醫療，為病人提供維持生命跡象的無效醫療。

為了使許多尚未符合「末期病人」定義之病人能夠有機會依照自己的意願，在其意識喪失時，拒絕諸如維生醫療等特定醫療處置，經過各界多年溝通努力，共同催生了「以病人為中心」，保障病人擁有知情權、選擇權與決定權之《病人自主權利法》。這部法案的重點在於保障每個人的人格尊嚴、自主與善終權利，凡年滿二十歲、心智能力健全具有完全行為能力的意願人，即可透過「預立醫療照護諮商」(Advance Care Planning, ACP)，於個人仍具清楚意識和具備決定能力時，為自身將來可能喪失意識而失去決定能力之情形，預先與醫療人員、家屬和醫療委任代理人就自己對於醫療照護之意願及相關問題進行諮商溝通，並且簽署書面之「預立醫療決定」(Advance Decision, AD)與選定醫療委任代理人，以確保自己將來若因為：

- (1) 末期病人；
- (2) 處於不可逆轉之昏迷狀況；
- (3) 永久植物人狀態；
- (4) 極重度失智；

(5) 其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形等等，五種臨床狀態而喪失意識，無法參與自身的醫療決定時，能夠得到符合個人意願的治療與照護，包括可以選擇接受或拒絕：

(1) 任何有可能延長病人生命之必要措施，包括：心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等；

(2) 人工營養及流體餵養之醫療措施。

然而，醫療之目的本就是為了恢復病人的健康，為何還需要訂立以保護病人善終權益為目的之《安寧緩和醫療條例》和《病人自主權利法》？這是由於近代醫學發展方向專注於對治身體的「疾病」(disease)，加上科技與醫療技術的發展日新月異，醫療人員憑藉技術、經驗和運用各種高科技設備與治療方法，向死神發起挑戰。雖然能夠暫時延長了病人的壽命，但也由於種種搶救或延長生命之醫療措施，致使病人受盡了非必要的折磨，導致現今對醫病關係以及非人道醫療的怨聲四起。民眾受此經驗影響，加上對於醫療自主的觀念和權利要求與日俱增，進而以法律形式來維護自己的醫療自主與善終權益。

醫療自主觀念是一九五〇年後，受到英國思想家 John Strart Mill 之名著《自由論》(*On Liberty*, 1859)影響，認為每個人都有權利可依照個人的信仰、價值觀與生活信念，在充分的資訊下，自由選擇與決定其所要的生活型態，進而展開病人是醫療主體而非客體的運動，例如選擇醫療照護方式。<sup>4</sup>英國政治哲學家 Isaiah Berlin 在其著作《自由四論》(*Four Essays on Liberty*, 1969)之〈兩種自由概念〉中曾對尊重個人自主權作了清楚地闡述：

我希望遵循自己的意志而生活與決定，不受外力之干預。我希望可以掌握自我而不受他人意志干擾。我希望我是一個主體而非客體之存在。我之所以行為純粹係基於自我的意志，而非受外來因素之支配。我希望自己是一個具有自我決定權的主體，而非受外界控制或受任何人操控的客體。<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> 胡文郁、楊嘉玲：〈生命末期之病情告知與預立照護計劃〉，《護理雜誌》第 56 卷 1 期（2009 年 2 月）。

<sup>5</sup> 楊玉隆：〈論醫療上病患「自主決定權」之憲法地位——以宗教信仰為由拒絕輸血案判決為例〉，《中正大學法學集刊》第 43 期（2014 年 5 月），頁 127-190。原文為：“I wish my life and decisions



經歷諸多臨床案例與法院判決對於醫療自主觀念之肯認，如今尊重病人自主權利已成為醫者與病人之間互動的基本原則，尊重病人醫療自主權是建立在尊重病人之醫療決策、人性尊嚴，乃至涉及層面更廣的生命態度問題上，譬如人可否決定自己的臨終醫療照護？例如二〇一六年末，處於生命末期並且飽受病痛之苦的資深媒體記者傅達仁以「安樂善終鬥士」為名，上書向總統蔡英文請願呼籲推動「安樂死」相關立法工作；作家瓊瑤亦出書暢談「善終權」，一時之間使得「安樂死」、善終權和《病人自主權利法》成為輿論與民眾所關注的社會議題。「人能否選擇放棄生命」此類問題涉及極為敏感的生命問題，交織著人性尊嚴、倫理、文化、醫學和法律等複雜因素，容易挑動以個人「自主權」對抗人類群體的生命與死亡觀念之緊張關係，這對一向將「關係」視為個人在社會行為的最重要概念的華人社會而言，更是自我對集體的關係背離，因而遂有研究討論的價值。

上述新聞事件背後，反映現代人的生、老、病、死皆與醫療人員的治療照護緊密關聯。醫師著重於生物有機體之軀體功能障礙所致疾病的「治療」(curing)，目標是盡快使病人的生物有機體恢復良好運作，生物醫學模式(bio-medical model)詮釋下的「疾病」是指祛除病人體驗成分之後，將其體驗轉譯為客觀普遍的特性；<sup>6</sup>護理師則著重於病人作為體驗主體之「病痛」(illness)感受進行的「照護」(caring)活動，「病痛」是指病人個人體驗到的痛苦(suffering)，但醫師尚未確診的生病狀態。醫師、護理師皆以協助病人恢復健康狀態為其職志，然而當病人處於生命末期或藥石罔效時，醫學「治療」的成效逐漸弱化，護理「照護」的功能則愈加明顯，能否使病人減少痛苦、安詳平靜地「善終」遂成為病人與家屬共同關注之焦

---

to depend on myself, not on external forces of whatever kind. I wish to be the instrument of my own, not other men's act of will. I wish to be a subject, not an object; to be moved by reasons, by conscious purposes which are my own, not by causes which affect me, as it were, from outside. I wish to be somebody, not nobody – a doer, deciding, not being decided for, self-directed and not acted upon by external nature or by other men.”

<sup>6</sup> 龔卓軍：〈生病詮釋現象學：從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎〉，《生死學研究》創刊號（2003年12月），頁68-75。參見S. Kay Toombs著，邱鴻鐘、陳蓉霞、李劍譯：《生病的意義：從現象學來說明醫師和病人的不同觀點》（青島：青島出版社，2000年）*The Meaning of Illness: A Phenomenological Account of Different Perspective of Physician and Patient.*(London: Kluwer Academic Publishers.)

點。從臨床護理的實務經驗來看，病人此刻最需要身、心、靈的整全照護，繼續與親密的家屬保持良好的關係，病人渴望的是來自家屬的愛與關懷、柔和的肢體接觸所帶來的溫馨與幸福感，即使手或臉頰被人輕輕觸碰，即能獲得極大的撫慰，就如同嬰兒與母親之間交互的情感連結，女性的母愛本能也由關懷和照顧嬰兒過程中油然而生，此乃人類共有的天性與根本。

美國女性主義者諾丁斯(Nel Noddings)亦從女性在身為母親照顧嬰兒時的自然關懷之中，觀察出母親與嬰兒之間的這種「關懷者」(the one-caring)與「被關懷者(the cared-for)」經驗。她延續一九八〇年代女性主義觀點，認為自然流露的關懷情感乃道德行為動力之開端，而「關係」乃關懷慣性流露之自然基礎，並將義務感之發動作為道德關懷的道德基礎，理想關懷關係之建立則為道德理想的完成。<sup>7</sup>諾丁斯還結合了多數護理人員所具備之女性特質，以及致力紓解病人病痛的努力與經驗，以關懷倫理反思長期以來護理倫理的發展都是以醫療倫理之理論為基礎，以正義倫理去發現護理人員的道德判斷與行為。這雖然是一種具有絕對邏輯思考的模式，具有分離、獨立與自主的價值觀，但卻經常忽視了身為一個人真實之體驗，而且不符合護理人員在照護病人時之特殊情境脈絡。因此，她以「關懷倫理」(ethic of care)來補充傳統「正義倫理」(ethic of justice)之不足，強調以人文精神與病人建立「關懷—被關懷」的關係，是一種不同於現代醫學的身心二分論(mind-body dualism)之「全人」(whole person)照護理念。

研究者從《安寧緩和醫療條例》和《病人自主權利法》之發展沿革，對照臨終者之所需生命末期照護方式、臨終者渴望來自家屬與親友的關懷陪伴與情感撫慰，以及諾丁斯強調「關懷者—被關懷者」之關懷理念，認為追求「幸福」是人類共同理想與目標，「善終」是幸福人生的一個過程，而且是能夠及早預作準備的。個人若希望自己有朝一日能夠實現心無罣礙、自然安詳地離開人世間，首先須有「生命本無死，善終即善生」之理念；而臨終過程之安適、平靜與善美，則

---

<sup>7</sup> 梁福鎮：《教育哲學：辯證取向》（臺北市：五南，2006年），頁313-314。

需要主觀與客觀因素之和合，主觀因素是個人須有豁達的生死觀與醫療自主之選擇智慧；客觀條件則包括在法律制度的保障下，經由醫療人員以維護生命尊嚴與尊重病人自主為前提之專業照護，盡最大可能地協助臨終者減輕身心遭受病痛折磨，以及家屬、醫療人員、社工師、宗教師等，與臨終者保持「關懷者—被關懷者」互為主體之情感連結，為臨終者提供身、心、靈之關懷與陪伴。因為當生命走到盡頭，大多數人是處於恐懼、逃避、不安、不甘狀態，「善終」是臨終者在愛與關懷的陪伴下，安詳、平靜、沒有侵擾走完人生最後的旅程，生死兩相安之「善終」則是自古以來人們對於幸福追尋的最終企盼。

《孟子·離婁上篇》提到「徒善不足以為政，徒法不能以自行」。研究者認為《病人自主權利法》雖從法律上對於個人的醫療自主權和善終權之肯認，即使加上醫療人員的照護與配合，尚不足以充分落實保障病人醫療自主與善終權益之目標；同時還需由倫理學發揮理解、領會與思辨之積極作用，方能在人與法的互相影響，幫助病人實現其善終之心願。為此，研究者試著從諾丁斯關懷倫理學視域來討論病人、家屬及醫者如何看待病人自主與善終之議題，並且主張以生命教育作為輔佐，將有助於以尊重醫療自主、保障善終權益為目標之《病人自主權利法》，在臺灣逐步開展與實踐。

本研究從關懷倫理視域論述《病人自主權利法》之病人自主與善終，討論：

- (1) 探討關懷倫理學之理論與實踐
- (2) 探討《病人自主權法》與善終之關係
- (3) 探討《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋
- (4) 探討病人自主與善終之挑戰與機遇

## 第四節 研究方法與取徑

本研究以《從關懷倫理學談病人自主與善終》為題，以諾丁斯關懷倫理學為基底，研究者通過大量閱讀與《病人自主權利法》相關之病人自主、善終、安寧療護、「安樂死」等文獻、新聞報導、文學作品，以論述分析方式將蒐集到的資料進一步分析其倫理學觀點及相關歷史文化因素，並借用高達美詮釋循環思想，討論尊重病人醫療自主與保障善終權益的《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋，在學科上屬於哲學研究中的倫理學探討。倫理學是哲學的一個主要分支學科，是從哲學的思維，以人類道德生活進行系統性的思考與研究作為基本課題，以「講理」而非「說教」的方式，提供對日常生活中涉及到是與非、善與惡、義與利、知與行、榮與辱等價值問題和概念的分析，建構出可以幫助我們作判斷與抉擇的原則和理據，是對於「為什麼要這樣處理？」、「依據什麼法則來處理？」等問題進行反思與價值判斷。就本研究討論之議題而言，人們對於死亡的態度，譬如人生是一趟旅程、死亡只是生命旅程必將到達之終點等等，這些態度也只是對於「他者」之死亡的感覺；至於有關醫療自主與善終權之主張，亦是根據其所處社會與傳統文化的真理觀與死亡觀作為理解之起點。因此，研究者將本研究界定為諾丁斯關懷倫理學之詮釋學應用，並且以德國哲學家高達美(Hans-Georg Gadamer)的語言詮釋學觀點為主。試著透過強調關懷和關愛，並且依託於將關係視為人存有的基礎，而關懷的關係是以倫理學為基礎之關懷倫理學作為進路，借用高達美提出的詮釋學對「理解」(understanding)之洞見，探討諾丁斯關懷倫理應用於病人自主與善終之倫理思辨。論證使醫療實踐從專注於治療疾病回歸到關心和照顧病人的病痛感受，以及使家屬的關注焦點從病情的變化回歸到關心病人未竟之心願清單，這些皆寄碇於人我之間相互連結的特別「關係」，始於對病人的需求與心願之「理解」、「全神貫注」和「設身處地」。

詮釋學(Hermeneutics)是一門關於理解與解釋的學問，<sup>8</sup>是一種文本與詮釋者之間的中介活動，是一種歷史的理解及其前提的哲學派別。它相當於古希臘哲學中的詮釋技藝，源起於祭司對神的旨意、神說的話之理解與解釋。早期的詮釋學是在建構一種正確解釋《聖經》之技術，亦可被理解為從神學領域到語文學領域之解釋和理解的技藝學。在解釋的過程中，所有的解釋都指向「意義」，同時生發「理解」之行為，而「理解」之過程也是一種自我解讀與意義建構的過程。在漫長的詮釋學史中，從初期的神學領域到語文學領域的解釋和理解技藝之「前詮釋學」，經由德國神學家及哲學家施萊爾馬赫(Schleiermacher)完成了詮釋學作為理解和解釋之系統理論闡述，認為詮釋學是一種屬於哲學體系的技術性輔助工具，從神聖的書寫文本擴大為對談話或文章完美的理解與一切陌生談話之理解，現代的詮釋學即由此產生。爾後，德國哲學家狄爾泰(Wilhelm Dilthey)的「體驗詮釋學」<sup>9</sup>，以「經驗」(experience)—「表現」(expression)—「理解」(understanding)將詮釋學帶入了內在的生命體驗領域，認為人之所以可以理解是因為人類存在著共同的本性，是由精神創造出來的非物化的東西，因此人可以依靠精神來理解和解釋生命，也只有置身於自身的精神與他人的精神之融合體驗中，才會有真正的理解；德國哲學家海德格(Martin Heidegger)發現了一種可以在人類生存狀態中揭示存在過程的方法，認為人是處於一種詮釋學的關係中的，在此關係中，人是帶來訊息的使者，是存在的詮釋者。<sup>10</sup>他的「此在詮釋學」把理解作為此在的存在方式來把握。海德格認為「此在」的意義，亦即整個世界的意義，是隨著理解而被展開的；而不是被理解後才呈現於詮釋者面前的。<sup>11</sup>「理解」不再是詮釋者追尋作者原意的活動與過程，而是「此在」的存在方式。高達美秉持海德格的存有論，將詮釋學進一步發展成哲學詮釋學。自此，詮釋學成為試圖通過研究和分析

---

<sup>8</sup> 潘德榮：〈當代詮釋學的發展及其特徵〉，《鵝湖學誌》第9期（1992年12月），頁133。

<sup>9</sup> 潘德榮：〈當代詮釋學的發展及其特徵〉，《鵝湖學誌》第9期（1992年12月），頁142。

<sup>10</sup> 帕瑪著，嚴平譯：《詮釋學》（臺北市：桂冠，1992年），頁172。

<sup>11</sup> 潘德榮：《西方詮釋學史》（臺北市：五南，2015年），頁33。

一切存在的方式，發現人類與世界的根本關係的理論。<sup>12</sup>高達美對古希臘哲學家亞里斯多德(Aristotle)所提出人是具有「邏各斯」(logos)的生物進行考證，認為「邏各斯」的本初含義是語言。與其他一切相比，語言才是最基礎的東西，唯在語言中才有所謂的思想、觀念等等，高達美提出的「語言詮釋學」<sup>13</sup>，將人定義為具有語言的存在，能被理解的存在就是語言；成中英(Chung-ying Cheng)的「本體詮釋學」，則認為要有一個更廣闊的跨文化、跨時空的視界，使世界上各種文化系統與精神都能參與其中的詮釋循環，方法是理性本體的概念化，才能使理解真正具有世界意義。

經由哲學家們持續不斷地發展，詮釋學如今已形成本質是哲學的、形式是多元的詮釋哲學。力圖通過「語詞—文本」循環理論、「文本—歷史語境」循環理論、「傳統—理解主體」循環理論之理解和解釋，從揭示深藏在權威經典中的「神意」，到衝破宗教桎梏去重新揭示經典；從對文本客觀面的詮釋與文字或語法的分析，到詮釋者經由「文本」的起因、文化傳統、歷史背景、作者生平等等，對文本作者整體生命歷程，以及對於作者創作當時的心靈狀態的理解，重新體驗對文本的理解與對生命的超越。理解探究和把握人的精神現象和歷史意義，進而幫助人們實現自我反思與自我理解，增進人類之間互相溝通、互相交流、互相理解，從而開顯真理和生命的意義。

在哲學家們對於詮釋學的理論建構中，海德格認為人們在理解和解釋之前，必定存在某種人們所承繼的歷史、文化與傳統，它形成人們對事物的先前理解或偏見，「把某某東西作為某某東西加以解釋，這在本質上是通過先行具有、先行見到和先行掌握來起作用的。解釋從來不是給先行給定的東西所做的無前提的把握。」<sup>14</sup>我們所掌握的一切知識皆奠基於我們的理解，而且我們的理解與判斷總是受到自身的先前對世界的認識，即「前理解」(preunderstanding)。前理解不是

---

<sup>12</sup> 陳雲真：〈從「理解」到「對話」——伽達默爾哲學詮釋學簡論〉，《文化論壇》2014年12期，頁II-343-344。

<sup>13</sup> 潘德榮：〈當代詮釋學的發展及其特徵〉，《鵝湖學誌》第9期（1992年12月），頁152。

<sup>14</sup> 馬丁·海德格爾著，陳嘉映、王慶節譯：《存在與時間》（北京：三聯書店，1987年），頁184。

價值判斷，而是歷史的沉澱下來的理性，是一種中性的、促成理解的元素，其關鍵在於「它在判斷之前，且又促成判斷。」<sup>15</sup>詮釋者不可能在一無所知的情況下，展開詮釋的工作，也正因為詮釋者帶著自身的各種歷史性「前理解」或偏見，他才可能會對想要詮釋之課題產生疑問或研究的興趣。因此，詮釋過程首先要把「理解」放在特定的歷史、文化、心理、社會環境、所具有之觀念、前提等等基於事情本身，即在正確的前理解中去探索與詮釋。

詮釋循環(hermeneutic circle)作為詮釋學的核心理論。詮釋學從理解的規則發展至方法論、本體論，乃至發展為哲學詮釋學的漫長過程中，詮釋循環的思想內涵與意義亦隨之變化與發展，並且被視為理解的基本特徵。綜觀詮釋循環的發展過程，主要包括文本或其他理解對象內部的「部分」與「整體」之間的關係；文本或其他理解「對象」與其存在的「背景」之間的關係，諸如創作者的作品、風格、時代背景等；理解者的「前理解」或偏見與其整個生活世界之間的關係。詮釋就是理解和解釋，人們通過解釋「文本」來理解「文本」，而又以其所理解的作為基礎和根據，才能作出解釋。因此，理解和解釋之間是循環處境，而所有的循環，從本質上都可歸結為一對矛盾的「整體」和「部分」兩極之間的相互循環，意指對於「整體」的理解只有通過它的各個細節與「部分」的理解整合才能達成，而對每個「部分」的理解只能通過對「整體」之意義的理解所引導。此外，還包括文本和其歷史語境之間的循環、讀者和作者之間的循環、歷史傳統和主體當代之間的循環，再再都構成了「對立的統一體」，它們相互依賴、相互滲透、相互作用、相互促進，從而使理解和解釋一步步深化，使文本意義不斷豐富和擴展。亦是人們對客觀事物是「實踐—認識—再實踐—再認識」這樣一個循環往復、不斷深化與創造的過程。

高達美認為當人意識到歷史之效應，亦即人對自身的理解有其歷史的限制，使人對事物的理解永遠是片面的，而非全面的。因此，在理解事物時被某個觀點

---

<sup>15</sup> 陳榮華：《高達美詮釋學：《真理與方法》導讀》（臺北市：三民，2011年），頁13。

限制，由此構成一個「視域」(horizon)。換言之，人若不明白自身既有視域之限制，就容易自以為是地依據自身所看到的、所瞭解到的，只侷限於特定觀點所形成的視域來理解事物。因而容易出現侷限的、特殊的，甚至是極端的成見或偏見。在詮釋學裡，兩個侷限的、特殊的視域在詮釋的循環中發現彼此有差異，各自揚棄其侷限性，化解彼此的特殊性，而構成更普遍的視域，<sup>16</sup>此過程稱之為「視域融合」(fusion of horizons)。視域融合是一種生產性的過程，其所建構之新的視域既包含了原有與現在的視域，又超越了原有與現在的視域，為新的理解 and 解釋注入新的能量。

理解是一種實踐，不只是一種複製的行為，而是一個由諸多因素相互協調、始終是一種創造性的行為。<sup>17</sup>高達美將理解設定為對話，並且把語言與存在聯繫起來，認為能夠被理解的存在就是語言。然而在他之前的詮釋學家均將理解視為一個認識論的概念，理解被定義成詮釋者準確無誤地詮釋一個文本。但是，高達美並不認同這種主客二分的傳統本體論，他認為世界的萬物並不是外在於人與人相對立的。相反地，它們是人的生活世界的一部分，構造著人的生活世界。人因為理解著周圍的世界而存在著，周圍的世界因為理解而被納入到人的世界中來。

本研究借用高達美對於理解之洞見與詮釋循環思想，討論《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋，著眼於意願人（病人）、家屬與醫療人員經由「預立醫療照護諮商」(ACP)進行溝通與對話，理解彼此對於生命意義、臨終醫療處置與善終之觀點，而病人自主與善終之心願能否實現，涉及由諸多因素相互協調、不同視域相互融合的意義創造過程。ACP 諮商會談之內容關涉意願人的醫療抉擇問題，亦涉及更深層的人類存有問題，皆屬於日常生活中不易觸及的「真理觀」領域。因此需要每一位參與者站在自身的立場表達觀點時，亦保持開放、包容的態度，讓其他參與者進行詢問與尋求解答。通過對話與溝通增進相互瞭解，可以誠實地

---

<sup>16</sup> 陳榮華：《高達美詮釋學：《真理與方法》導讀》（臺北市：三民書局，2011年），頁164-165。

<sup>17</sup> Hans-Georg Gadamer 著，洪漢鼎譯：《真理與方法：哲學詮釋學的基本特徵》，（臺北市：時報文化，1993年），頁389。



感受到他者的誠摯與需要。最為重要的是，專注聆聽他者所表達的內容，能夠自覺認識到自身的理解是片面、有偏見的，而他者的觀點也許是正確的。彼此通過尊重對方的觀點，消融自身和他者的焦慮，進而融合各自的觀點和視域，理解意願人（病人）的生死觀和善終之意願。在哲學上，理解(understanding)是指理性認識活動，是認識藉助概念，通過分析、比較、概括以及聯想、直覺等邏輯或非邏輯的思維方式，領會和把握事物的內部聯繫、本質及其規律的思維過程。<sup>18</sup>

理解首先意味著對某種事情的理解，其次才意味著分辨並理解他人的見解。因此，一切詮釋學條件中最首要的條件總是前理解。這種前理解來自於與同一事情相關聯的存在。正是這種前理解規定了什麼可以作為統一的意義被實現，並從而規定了對完全性的先把握的應用。詮釋學的任務根本不是要發展一種理解的程序，而是要澄清理解得以發生的條件。<sup>19</sup>

研究者將「預立醫療照護諮商」(ACP)作為視域融合之過程，諮商會談是意願人為了使家屬、醫療人員瞭解並尊重其善終心願，將來萬一成為《病人自主權利法》五種特定臨床條件之一的病人時，能夠在家屬的陪伴與醫療人員的照護下，減輕生理上的病痛與滿足心靈上的需求。因此在 ACP 諮商會談過程中，每一位參與者都有機會認識到自身的限制，以及唯有開放自身的觀點，才能使自身與他者從更高之視域展開「關懷者—被關懷者」視域融合。在病人希望能自主善終、家屬欲善盡照顧義務與醫者必須依法恪盡職責之同時，能夠調和彼此立場與觀點之不同，對於他者的需求與回應，全神貫注地保持開放與關注之態度，甚至還能藉由善終議題的討論，進一步開顯個人的真理觀。

---

<sup>18</sup> 金炳華等編：《哲學大辭典》（修訂本）（上海：上海辭書出版社，2001年），頁817。

<sup>19</sup> Hans-Georg Gadamer 著，洪漢鼎譯：《真理與方法：哲學詮釋學的基本特徵》，（臺北市：時報文化，1993年），頁386-388。

## 第五節 章節大綱

本文共分為五章，分別從關懷倫理學的理论與實踐、《病人自主權利法》與善終、《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋、病人自主與善終之挑戰與機遇等面向展開主題論述。

第一章緒論。介紹研究者當年曾經歷倉促又艱難地為雙親作出重大醫療決定之困頓與疑惑，加上在研究所求學期間適逢《病人自主權利法》立法過程，促發研究者之研究興趣與本文之研究動機；說明本文是借用高達美對理解之洞見與詮釋循環思想，從關懷倫理學視域論述《病人自主權利法》之病人自主與善終問題。

第二章關懷倫理學之理論與實踐。首先介紹關懷倫理學的緣起背景，以及本研究依據諾丁斯關懷倫理學展開討論之緣由，其次論述諾丁斯關懷倫理學理論與發展，將諾丁斯關懷倫理學從教育領域之論述擴及至攸關生死問題的生命教育之必要性，其三是討論將諾丁斯關懷倫理學應用在病人自主的醫療實務之作用。

第三章《病人自主權利法》與善終。首先從存在主義、傳統文化、宗教和醫療簡要介紹善終之意涵，並引用魏斯曼提出「適當的死亡」概念來闡述善終的意涵；其次介紹病人自主權之發展軌跡，以及《病人自主權利法》立法演進過程，並對於法案施行之前的準備工作現況簡要分析，其三是分別從個人主義的視域、關懷倫理的視域對病人自主與善終議題展開討論。

第四章《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋。研究者依據諾丁斯關懷倫理學理論，歸納整理了「互為主體」、「情意交流」、「全神貫注」與「設身處地」四項精神，並分別由互為主體——家屬關懷與病人自主之互動基礎；情意交流——立基於關懷倫理的預立醫療照護諮商；全神貫注——意願人能專注感受並接納家屬的需要；設身處地——家屬能接受意願人的關懷並予以回應，展開《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋之論述，並且論析如何在「預立醫療照護諮商」(ACP)

過程中實踐關懷倫理之精神。

第五章病人自主與善終之挑戰與機遇。研究者綜合說明《安寧緩和醫療條例》與《病人自主權利法》已合力為病人實現善終理念創造了法律環境，介紹在《病人自主權利法》施行前的準備工作中，民眾和醫療人員對法案的精神和操作感到疑慮與機會之處，闡述研究者認為病人自主善終不等於「安樂死」之理由，同時說明研究者主張需以生命教育作為病人自主善終之助力之觀點，冀希將來能形成法律、關懷倫理、生命教育三者結合之綜效，有助於病人自主與善終理念之推廣，使更多的臨終者達致善終之境界。



## 第二章 關懷倫理學之理論與實踐

### 第一節 關懷倫理學之緣起

興發於二十世紀八十年代之關懷倫理，是一種強調人與人之間的情感、關係與互相關懷之倫理學。關懷倫理之開端始於一九八〇年美國女性主義哲學家 Sara Ruddick 發表一篇名為〈母系經驗〉(“Maternal Thinking”)之論文，她從身為母親之關懷實踐，即母親的目的在保持生命和培育特殊兒童的成長，並使他們發展成可接受的成人，討論由此而產生的特徵、獨特的道德展望，以及實踐中可識別之標準和價值。<sup>20</sup>這篇論文出現之前，非女性主義的道德理論從未論及母親之實踐，對母親的思想與推理亦無哲學之認可，更無人發現這一實踐中的道德價值。<sup>21</sup>

一九八二年美國發展心理學家吉利根(Carol Gilligan)在《不同的聲音：心理學理論與婦女發展》(*In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*)提出發展關懷倫理之動力。她對於美國心理學者柯爾伯格(Lawrence Kohlberg)之道德推理理論進行反思，柯爾伯格以其著名的道德兩難故事之認知判斷作道德人格發展研究主題，進行跨文化、跨年齡訪談研究，並且建立訴諸正義價值之道德認知發展序階，認為道德認知發展的最高階段，是將道德兩難問題訴諸於普遍的、正義的倫理原則而得以解決。柯爾伯格認為相較於男性，女性對於道德問題的推理能力和解決方式皆處於較低層次，因而提出女性在「道德發展上似乎不足」之論點。吉利根對此觀點提出異議，並且提出以女性道德意識來區別男性道德意識。她認為柯爾伯格以正義、權利觀念做為道德人格發展標準，重視

---

<sup>20</sup> 赫爾德著，苑莉均譯：《關懷倫理學》(北京：商務印書館，2014年)。參見 Sara Ruddick, “Maternal Thinking”, *Feminist Studies* 6 (1980): 342-367.

<sup>21</sup> 赫爾德著，苑莉均譯：《關懷倫理學》(北京：商務印書館，2014年)，頁 38-39。

原則與講求抽象、旁觀者之中立態度，進而貶低女性具有其獨特的、關懷的道德思惟，實屬「男性的」偏頗之見。並且認為女性對於道德問題的推理能力和解決方式之發展處於相對較低層次的觀點亦是不恰當的。

為此，吉利根以女性流產決定作為道德兩難問題，重新展開道德人格發展之研究。結果顯示：女性以人際關係取向來陳述其道德之想法，對流產決定與道德反思相關問題之反應，女性認為自己擔負著那些依靠著她的關心而活著的人之責任，而且女性是依據這種情境來決定自己行為之方向。吉利根將之分為：(1) 注重自己生存而關懷自我；(2) 關心他人但犧牲自己；(3) 通過對自己和他人的關係之理解，而消除了自私與責任之間的緊張關係，關懷成為自我選擇之判斷原則等三個階段。<sup>22</sup>吉利根認為女性道德發展是從全然利己過渡至完全利他為考量，以犧牲、奉獻和無我來界定自己，最終能在利己與利他之間達成妥協，以人我兼顧的態度來增進彼此利益。<sup>23</sup>在她看來，女性的道德判斷比男性更重視關係脈絡，更能發展同情與同理的情感，這些並非道德的缺陷，反而是道德成熟的基本元素，理想的道德是自我與他人關係網絡的融入。<sup>24</sup>並認為柯爾伯格用男性的標準來衡量女性在「道德發展上似乎不足」問題之原因，並不在於女性自身，而是在「男性」理論模式之侷限性和對生活真理的忽視。只有當人們開始研究女性並且從她們生活中得出其發展結構時，才能發現女性之道德發展的「關懷」路線。因此解決道德問題需要的是一種聯繫情境以及描述性之思考方式，而不是一種形式的、抽象的思考方式。

吉利根於一九八二年首先提出「關懷倫理」(an ethic of care)，並且指出傳統正義取向的倫理學是以個人權利、平等和公平我理論基點，從普通抽象的道德原

---

<sup>22</sup> Carol Gilligan, *In a Different Voice : Psychological Theory and Women's Development*. (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1982), pp. 74.

<sup>23</sup> 劉余莉：〈另一種聲音是什麼？——關懷倫理評述〉，《貴州師範大學學報（社會科學版）》總第 137 期（2005 年 6 月），頁 25-27。

<sup>24</sup> 游惠瑜：〈關懷倫理與德行倫理的交會處——以友愛為線索〉，《哲學與文化》第 36 卷第 2 期（2009 年 2 月），頁 77-78。參見 Carol Gilligan, *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1982).

則出發，經過邏輯推理與分析，然後作出決定。<sup>25</sup>不過，她主張道德原則往往不能真正解決道德兩難困境，道德問題來自衝突者的責任而不是競爭者之權利，強調解決道德問題需要一種聯繫情境以及描述性的思考方式。<sup>26</sup>換言之，我們在進行道德思考時，應該深入道德困境所在之具體情境，盡可能設身處地對他人的關懷與互動，辨識特殊情境中各種與道德相關之因素，衡量最佳的解決方案。吉利根因此將自己建立在不同的視域基礎上，強調道德情境之道德觀理論稱之為關懷倫理，認為兩性對於道德認知之差異點就在於正義、關懷兩種不同的視域，兩者同樣都是發展周密且圓融的，其正當性與有效性也是相當一致且不分軒輊。兩者最大不同在於預設的自我觀念：正義視域的倫理重視普遍的道德原則，以及如何應用這些原則到特殊的事例，並且尊重關於它們的合理論證。強調自我之獨立與自主，注重獨立的個人與人類的理性，因而人與人之間是分離的、人與自然是割裂的，譬如「我雖然不同意你的看法，但是我尊重你說話的權利」。此外，強調正義的倫理，也常忽視了女性對倫理之體驗和實踐；關懷視域的倫理則以「關懷」為特點，重視以特定事例的具體情境、依靠道德直覺、同理心與綜合多方面因素等方式，然後作出抉擇。更加注意到人們的需要，並且尊重當作出道德判斷時的敏感度，以及對於所處境況之陳述，譬如「我了解你的處境，我支持你」。強調自我在人際脈絡中和他人不可分割之關聯性與相互依存性，注重具體關係與聯繫中的人，以及人類之情感，因而人與人、人與自然是彼此依賴、相互和諧的。

吉利根認為人要具有合理的道德性，需要正義、關懷兩種視域。個體如何將某個問題看待成道德問題，則取決於其如何理解自我、他人以及其間之「關係」。對於女性長期以來被限制採取男性的道德標準來衡量的問題，她認為男人要克服難以依附並且具備關懷；而女性要克服不願獨立並且關心正義之觀點。她提出的「關懷」主題與兩性之間對於道德議題存在著根本不同的視域與認知，逐漸被其他女性主義思想家認同，並相繼將之發展為一種關於倫理學獨特性質的觀點，如

---

<sup>25</sup> 何錫蓉：〈女性倫理學的哲學意義〉，《社會科學》2006年11期，頁139-146。

<sup>26</sup> 龍武維：《臨終關懷陪伴倫理之進路》（上海：復旦大學哲學博士學位論文，2011年），頁66。

何在倫理學中定位正義與關懷兩種德目的從屬關係成為熱門議題，進而亦帶動諸多學者相繼投入關懷倫理學之後續發展，例如美國史丹佛大學的諾丁斯教授。

## 第二節 諾丁斯關懷倫理學理論與發展

諾丁斯(Nel Noddings)承襲吉利根研究基礎，藉由歷史與哲學辯證探究方法，反思占一半人口的女性在男性沙文主義社會文化傳統中遭遇到的權益失衡和偏失，於一九八四年提出建構於微觀的、具體處境的、重視人際關係、情意交流取向的「關懷倫理學」(ethics of care)。她從女性特質(feminine)思維重新詮釋存在體驗，藉由觀察生活中的道德倫理議題，論述女性是以人際關係取向來陳述道德的想法，將道德倫理視為自然而然的情感產生，涉及情境、與他人互動過程中所形成之關係，提出「關係是人存在的基底，關懷是道德的基礎」且「以關係為存有的基礎，是指人們相遇與有感動地相互回應是人存在的基本事實」之主張，<sup>27</sup>認為人之所以能在世生存，是基於關懷關係，人的道德感源自於關懷，而關懷的情感源於人心靈最深刻的感受，這種感受根植於人與人之間的相遇、接納、關心、承諾和回應等互動之中。基於這個獨特的觀點與道德體驗，人不再是獨立的個體，而是一種相互關係中緊密相連之存在，道德也不是權利，而是對他人的責任和關懷。

諾丁斯從現象學的描述方式入手，將關懷關係的主體分為「關懷者」(the one-caring)與「被關懷者」(the cared-for)兩方交互作用之後的感受一一敘述，並藉由「關係」作為描繪手法，提出對於關懷倫理學的論述，<sup>28</sup>她認為「關懷」是一種投入或全身心投入的狀態，即在精神上有某種責任感、對某事或某人保有擔

---

<sup>27</sup> Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley: University of California Press, 1984), pp. 3-4.

<sup>28</sup> 李佳蓉：〈倫理美學品格教育的力量：以 Nel Noddings 思想初探〉，《美育雙月刊》第 177 期（2010 年 9/10 月），頁 66-75。

心與牽掛感。這也意味著關懷就是對其他人、其他事負起責任，並且根據具體情境中特定的他者及其需要，全神貫注或付出行動來表達，目的是希望能夠增進其福祉與發展。我們每個人自出生開始即就處於關懷關係之中，並於一生當中兼任關懷者、被關懷者兩種角色；有時候是關懷者，有時候則是被關懷者。在關懷關係中，關懷者的關懷特徵是情感上先有了對他人的「接納性的關注」(receptive attention)之發動，引發關懷者內在的同理心(empathy) 及設身處地(motivational displacement)動能之轉移，並且全神貫注地對於被關懷者的承諾(commitment)及相互作用(reciprocity)；被關懷者不是被動的等待和接受關懷者之照顧與協助，而是在關係中有積極的回應與相互作用，使關懷者更加有信心。關懷者之「接納」與被關懷者之「接受」是不同的，關懷者之「接納」是設身處地對於被關懷者的需要有所感受(feeling with)，接納被關懷者並使其能夠自由地開展自己，關懷者就是在開放自我與接納對方之中，開顯其獨立自主；而被關懷者在「接受」關懷時能自由地表現自己、成就自己。接受與承認關懷者的情感並有所回應與相互作用，這就是關懷關係的完成與成就。諾丁斯以邏輯形式來表示關懷關係成立之條件：<sup>29</sup>

(W, X) 是一種關懷關係，若且唯若

(1) W 關懷 X，且

(2) X 承認 W 關懷 X

這表示 X 很誠實的接受此關懷，他接受它、不逃避、不拒絕。

諾丁斯認為關懷有一個重點，就是「關懷留駐在被關懷者身邊(Caring for stay with the cared for)，如影隨形。」<sup>30</sup>換言之，關懷需要關懷者之外，更重要的是被

---

<sup>29</sup> 林朝成：〈關懷與正義：佛教觀點的詮釋〉，《弘誓雙月刊》第 72 期（2004 年 12 月）頁 48-57。參見 Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley: University of California Press, 1984), pp.69

<sup>30</sup> Nel Noddings 編，邱連煌譯：《公民教育：培養全球性意識》（臺北市：文景，2008 年），頁 10。



關懷者能夠去理解、接受關懷者的關懷，關懷關係才會形成。理想的關懷關係是關懷者的關懷是開放地接納對方，並對自己所關懷的對象作出關懷實踐的承諾；而被關懷者是在被接納中、自由地表達自己的情感或表現自己的需求。<sup>31</sup>然而，諾丁斯關懷倫理學並非從人類美德屬性來看待關懷的情感產生而已，關懷其實是一組有彼此信任關係(**related**)的人所開展的的情意互動過程。<sup>32</sup>她以此作為研究道德發展之理論依據，發現女性在探討道德時有三種傾向：(1) 傾向於根據具體情況與情境來討論道德問題，而不願將道德作為抽象爭論的知識問題；(2) 傾向於關懷，而不是以原則、推理、判斷、證明來解決道德問題；(3) 傾向於注重情感、感覺，以及他人的需要。此與當代倫理學一直是以男性的、父親的語言進行諸如證明、公平、正義等術語之討論有明顯的不同。<sup>33</sup>因此，諾丁斯認為她所要論述的關懷倫理學就是類似於女性的、母親的聲音，她從女性的經驗與立場出發，主張關懷是人最基本的需要、是自然發生情感關係。<sup>34</sup>提出「關懷意味著一種關係，生動地發生在人與人之間，關係是人存在的基礎，而關懷的情感是人的道德基礎。」<sup>35</sup>

人與人之間的相遇，就是一種關係的開始。諾丁斯關懷倫理學之特色是以「情感回應」為首要的立場，呼籲人們要正視存在的情感基礎，並且發展關懷的情感，重視關懷、責任、脈絡、情意、溝通、同理心與關懷等德行之相互性。「關懷是道德的基礎，而非道德是關懷的基礎。」<sup>36</sup>諾丁斯認為道德態度是由關懷者與被關懷者兩者在施與受的情境、脈絡與相互關懷關係之中發展與建立的，並以關懷關係之維繫為優先考慮，而不是由道德之推理而產生。道德重視的是「行」的問

<sup>31</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》(臺北市：洪葉文化，2004年)，頁332。

<sup>32</sup> 劉宛妮：《諾丁關懷倫理學的學校行政涵義研究》(臺中：國立臺中教育大學教育學碩士論文，2006年)，頁5。

<sup>33</sup> 袁玲紅：〈從關懷倫理的視角解讀正義倫理〉，《理論月刊》2007年第4期，頁46-48。

<sup>34</sup> 簡成熙：〈正義倫理與關懷倫理的論辯：女性倫理學的積極意義〉，《教育資料集刊》第25輯期(2000年12月)，頁185-212。

<sup>35</sup> Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley: University of California Press, 1984)

<sup>36</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》(臺北市：洪葉文化，2004年)，頁333。參見 Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley: University of California Press, 1984)

題，而非只是知的問題。此與傳統倫理學重視道德原則、規則、法律式之道德推理大相徑庭。道德判斷之運用亦在於維繫此「關係」。並且認為人在面對道德關懷情意的內在召喚時，會有種種諸如要去關懷、或不去關懷、要如何關懷等衝突因素左右自己關懷實踐的抉擇。因此道德義務感的產生或沒有產生時，人都必須面對這種道德態度究竟對自己有何意義的問題。<sup>37</sup>

關懷是人與人之間情感流動和行為互助的過程，是發出關懷與接受關懷之過程。關懷源自於心靈最深刻的感受，是一種態度和情感的開放，開放自己而後能去接納對方的情感和處境，設身處地而後能去同理同情地理解，這種感受根植於人與人之間的相遇、接納、關心、承諾和回應等互動關係中。由於人們通常將關懷視為個人之美德，因此容易導致關懷者與被關懷者之間關係的不平等。諾丁斯提出關懷倫理理論糾正了人們把關懷理解為以一種品格與美德的觀念。一九八四年在《關懷：女性取向倫理與道德教育》(*Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education.*)書中，她對於關懷活動包含什麼，做了諸多現象學的解釋。並且將女性特質思維引入倫理學問題的思考範疇，提出對他人情感和需要密切注意的美德，認為關懷來源於責任與期待，而人類行為是知、情、行三者之統一，並提出關懷情感取代理性推論之倫理與道德教育，成為女性倫理學論述最具代表性的著作。她以女性日常生活實踐出發，以親子關係為關懷自然流露、義務感之生發為道德關懷之道德基礎，將理想關懷關係之建立視為道德理想的完成。<sup>38</sup>她主張「德性幾乎是自然而然地從關懷關係中發展出來的」<sup>39</sup>，並且認為倫理的核心是根植於人與人的關係，每個人都離不開與其他者的交往關係，無論男性或女性，人人都有關懷他者，以及希望自己的某些需要能夠獲得關懷之動機，而所有的關懷與被關懷都是在於關係之中生發的，關懷行為亦在關懷關係之中顯現出來。人是先由學習被關懷開始，然後逐漸學會照顧別人並且關懷他人的。因此，

---

<sup>37</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》（臺北市：洪葉文化，2004年），頁333。

<sup>38</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》（臺北市：洪葉文化，2004年），頁3。

<sup>39</sup> Nel Noddings, *Educating moral people: A caring alternative to character education.*(New York: Teachers College Press, 2002).

關懷不僅只是一個動機，更是讓人們產生與維持關懷行為的重要心理因素。換言之，人先有了動機，然後在現實行為的關係之中有所回應。她主張這種關懷正是正義感之基礎，社會重要的力量。<sup>40</sup>

## 一、諾丁斯關懷倫理學與存在主義

諾丁斯關懷倫理學之倫理學思想受存在主義哲學之影響頗深，其倫理學思想歸本於存在主義，存在主義認為人是倫理的主導，人運用其自由意志，引導一己之行為去完成人生的意義。<sup>41</sup>她引用這些思想作為自己的理論依據。早在希臘時期，「存在」就已是哲學研究之議題，十九世紀由丹麥哲學家與神學家齊克果(Kierkegaard)把「存在」之概念從名詞變成動詞，凸顯自由抉擇之內涵而賦予新意，進而形成存在主義(Existentialism)概念。他認為哲學的使命是為了回到人的存在(Being)，理解人可以達到的目的之有限，並且從中找到安身立命之可能。突顯自由選擇的內涵是因為人的存在是活的、有生命力的、能夠自由選擇的、會改變的。法國哲學家沙特(Jean-Paul Sartre)亦說「存在先於本質」(existence precedes essence)，認為個人的存在必須自己做選擇，將來才会有你所選擇的本質出現。<sup>42</sup>簡言之，存在就是選擇，就是選擇成為自己的可能性，選擇成為自己。回顧存在主義之發展進程，與人類經歷兩次慘絕人寰的世界大戰有關，戰火餘生的人們對於自身所在的世界深感不安與無常，加上工業革命使人類陷入集體化之命運，在人之個性被剝奪情形下，人與自己隔閡、疏離而變得支離破碎，「人往何處去？」等等存在議題於歐洲發展迅速。對存在主義者而言，人是被拋擲(throw)到這世界之中，人的本質是孤獨而疏離的。因為人之存在是荒謬的(absurd)，沒有任何

<sup>40</sup> 丁心平：〈諾丁關懷倫理學對師培實施道德教育之啟示〉，《臺灣教育評論月刊》第6卷第8期（2017年8月），頁119-125。

<sup>41</sup> 梁福鎮：《教育哲學：辯證取向》（臺北市：五南，2006年），頁313。

<sup>42</sup> 傅佩榮：《老莊的相對論：為什麼美女會愛上野獸、帥哥會迷上恐龍？》（臺北市：時報出版，2011年7月），頁96。

先驗之意義。所謂「意義」存在於生命之中，需要由人自己去創造。因此，每個人都是獨一無二的、與眾不同的，生命的「意義」是由人自己去創造的。

諾丁斯從存在主義中看出人對存在之處境，亦即人與世界是緊密相連的，而且人是處於「關係」的情境之中。此與海德格之所謂「此在視域與世界意蘊的相互作用，共同構成了的意義之源。」<sup>43</sup>的關係相貫通。亦即人之所以為人，是因為他了解「存在」，瞭解這個世界是人與萬物相通相融的整體世界，人在認識世界之前，早已與世界融合於一體。因此人與世界萬物打交道，或者希望對世界萬物有所作為的話，只有從生活的實踐中，人才能作為主體來認識世界萬物，而且實踐優先於認識。海德格認為「人」作為有生命、有理性的存在著是生存在世的，而生存在世是有意識的、需要籌劃的，也是充滿各種可能性的。<sup>44</sup>人的存在始終是從自身所是的存在點上，糾纏地擴散到過去與未來的、自己與他人的、希望與不希望的種種可能上。這樣不斷超出自身，總是先行於自身，且推動人去成為自己，從自己所是的和所領會的某種可能性為動力，去關懷世界與他人的存在。生命之所以為生命的，正是生命源源不斷的「關心」<sup>45</sup>（或「憂心」）(Die Sorge, Care)。海德格的解釋為「關心既是人對其他生命所表現的同情態度，也是人在做任何事情時嚴肅的考慮。」<sup>46</sup>他認為關心是人類的一種存在形式，是生命最真實的存在，我們每時每刻都生活在關心之中。此外，關心也是對其他人或事物的一種牽掛的心情、一絲不苟的態度、最深切的渴望、短暫的關注以及人類在現實生活當中多承受的負擔和痛苦。<sup>47</sup>

諾丁斯深受海德格的影響，以存在主義對人存在之處境、人與人互為主體之真實存在感，做為關懷倫理之理論建構的支撐脈絡，並從存在主義汲取了人有選

<sup>43</sup> 潘德榮：《西方詮釋學史》（臺北市：五南，2015年1月），頁261。

<sup>44</sup> 俞吾金：〈海德格爾的「存在論差異」理論及其啟示〉，《社會科學戰線》2009年第12期，頁197。

<sup>45</sup> 李燕蕙：〈從海德格的生死哲學探討死亡禁忌之現象〉，收錄於南華大學《第四屆比較哲學研討會》（2003年），頁11。

<sup>46</sup> 內爾·諾丁斯著，于天龍譯：《學會關心：教育的另一種模式》（北京：教育科學出版社，2011年），頁30。

<sup>47</sup> 郭姪玲；匡思蕾：〈「關心性」關係的建立——諾丁斯關懷道德教育理論的核心〉，《湖南師範大學教育科學學報》2013年第6期（2013年12月），頁68-71。

擇的自由，也有負擔相對責任之概念，而「關係」則是人無可迴避的課題；並以此提出了關懷倫理學，展開「『關係』為人存在的全幅基底，而『關懷之情』就是人的道德基礎」之哲學論述。<sup>48</sup>另一方面，西方社會進入後工業社會之後，面臨著諸多人與人、人與自我等重要問題。然而，以強調個人主義、自我、主體性、理性，以及人與人之間權利與分離為特徵之義務論和目的論，都無法就這些問題提出充分解答；再加上當時學校教育傾向於實惠與功利，人們對事物的關注遠勝於對人的關懷，人與人之間關係疏離與冷漠。此時，女性主義倫理學家呼籲以人與人之間的關懷來彌補後工業社會之精神裂解，亦即沒有中心、各行其是的社會境況，女性主義浪潮也隨之興起。

基於上述背景，諾丁斯透過反思以男性為主的文化傳統，認為兩性各有不同的倫理推理方法，男性以邏輯辯證作為倫理推理之方法，以普遍道德原則為基礎進行抽象的邏輯分析，思考重點在於規則、權利與正義；女性則以情感體驗作為倫理推理之方法，以事件發生之情境為基礎進行細節分析，思考重點在於實際關係和感情。為此，強調建立人們關懷關係之關懷理論便應運而生。

## 二、關懷的關係是存在的基礎

存在主義者為了保全個人決定的自由，透過追問「人的存在是什麼？」、「人的真實處境為何？」等人生處境存在問題，企望能夠擺脫來自集體與各種關係之束縛。然而，這些追問與探求卻使提問者更加感受不確定性因素。這種不確定因素之究竟原因為何？沙特以自由、選擇、負責的觀念為論述重點，在其重要著作《存在與虛無》中提出了人因為有了選擇的自由而處於孤獨的狀態，以及處於由此而生的責任感與焦慮之中。而這種對於自由的憂慮感和不確定感之覺察，則是因為我們覺得掌握著有選擇的自由，但同時也明白我們依然無法完全地與關係脫

---

<sup>48</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》（臺北市：洪葉文化，2004年），頁105。

離。從倫理學的角度來看，人之所以為人，正是因為他擁有自由意志，才能在其所處的環境中作選擇，並對其行為負責，也才有所謂的責任。<sup>49</sup>

諾丁斯認為此問題還有更深層因素，也是我們欲理解人之存有時所要處理的核心，「我們一方面覺得可以自由作決定，一方面我們仍知道我們和親密他人是不可取消地聯繫在一起。這種聯結，這種基本的關係，是我們存有的最核心。」<sup>50</sup>她認為對自由的憂慮感與不確定感之覺察，來自人掌握著有可選擇的自由，同時還須承擔起無可逃脫且無止境的重大責任。正因如此，我們才會感受到自由帶來的憂慮感和不確定感。此亦說明了人與生俱來就存在於無法逃離的關係脈絡中，而且人在理想的關係中可以彰顯人的自由，這便是關懷關係。<sup>51</sup>

人之所以能夠感覺到自由帶來的憂慮感和不確定感，是基於人與人在相遇或邂逅的情感回應之中，覺知自己的存在。「我視關係在本體論上，是基礎的，在倫理學上，是基礎的。……將關係本體論上是基礎的，表示我們視人類之相遇、情感之回應，是人類經驗的基本事實。」<sup>52</sup>此即說明關係為存在的真實面貌，是無法逃避的。人的存在不僅是以關係為基礎，而且是在關係之中被定義的。「我的獨立性是在一組關係中定義出來的，這就是我的基本現實。」<sup>53</sup>此處所謂的「一組關係」是原本就存在之「關係」。譬如人從受孕那一刻起，就已經存在於一種接受「關懷者」保護與關懷的「被關懷」關係之中，若沒有這關懷的關係，人早就夭折不存在了。譬如母親在懷孕期間進行定期產前檢查，細心呵護胎兒的發育成長；孩子從小在家人的關懷下逐漸成長茁壯，並且開始與社會建立關係，成為被社會關懷的「存在」，接受來自公共衛生、社會福利與教育體系的關懷和保護，

---

<sup>49</sup> 謝青龍：〈自由意志在生命倫理中的重要性——以安樂死與複製人的爭議為例〉，《哲學與文化》第 28 卷第 10 期（2001 年 10 月），頁 909。

<sup>50</sup> Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley: University of California Press, 1984), pp.51.

<sup>51</sup> 方志華：〈關懷倫理學對於關懷關係的現象學描述〉，《鵝湖月刊》第 27 卷第 7 期（2002 年 1 月），頁 31-43。

<sup>52</sup> Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley: University of California Press, 1984), pp.3-4.

<sup>53</sup> Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley: University of California Press, 1984).

使人能夠在安全的社會環境中生活著，同時享受著自己做決定的尊嚴與幸福；當人受傷或生病時，由於家屬與醫療人員的悉心照顧才能夠很快地恢復健康；當人處於生命末期的臨終時刻，除了家屬至親的陪伴，醫療人員亦盡力地為病人舒緩病痛。由此可見，每個人一生中都離不開「關懷者—被關懷者」之關係。

人與人之間如果沒有關懷，人類就無法生存和延續。人從出生到死亡的整個生命過程，人的存在首先是從家庭的關懷關係之中被定義，而後逐漸融入到社會的關懷關係之中，並在社會的關懷關係之中被定義。諾丁斯進一步省察發覺人類的共同需求在於被關懷，「因為被關懷的需求具有普遍性，所以關懷回應是道德的基礎。」<sup>54</sup>被關懷是人類最原始的需求之一，它激發人們必須做些事予以回應，此即關懷倫理對「怎樣與他人道德地相遇」無時或忘，並且拓展重視關懷情感的主要原因。<sup>55</sup>

### 三、關懷的情感是道德的動力

在西方倫理學發展史上，道德與情感的關係始終是一個重要內容。道德究竟是以理性或是以感情為基礎，存在著針鋒相對的兩種立場。長期以來，情感在西方哲學中一直被認為是心靈或靈魂的干擾，並與理性相對。以《純粹理性批判》為代表作的德國哲學家康德(Immanuel Kant)視理性(reason)優於情感(feeling)，認為只有出於義務及謹慎推理之原則下的行動，才具有道德價值；愛、感受、傾向(inclination)則被康德視為是不可信賴的。<sup>56</sup>

以《人性論》、《道德原則研究》為代表作的蘇格蘭哲學家休謨(David Hume)

---

<sup>54</sup> Nel Noddings, *Educating moral people: A Caring Alternative to Character Education*. (New York: Teachers College Press, 2002), pp.149.

<sup>55</sup> 廖修寬：〈Nel Noddings 關懷倫理學之師生關係形貌——身教、對話、實踐、肯定〉，《教育人力與專業發展雙月刊》第 30 卷第 5 期（2013 年 10 月），頁 60-67。

<sup>56</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》（臺北市：巨流，2008 年），頁 21。

則由生活經驗為觀察，在人性的基礎上，考察了理性與情感各自的作用方式和範圍，描述了「社會的」德行，理由就在關係的支撐上。我會有多好的表現，實際上完全仰賴於你如何對待我。友善、親切、好的興起、情感敏銳及禮貌，就成為重要的核心，<sup>57</sup>認為人類所有的行為歸根到底皆奠基於快樂和痛苦之情感。自豪和羞恥、喜歡和厭惡四種感覺構成了我們對自己和對其他人作出全部積極和消極評價的底蘊。休謨主張同情是人性惻隱之自然情感，是道德之重要源頭。<sup>58</sup>德國哲學家叔本華(Arthur Schopenhauer)則認為道德真正的驅動力是同情感，是一種將他者的存在與感受視為自身的感受的細膩的道德情感。人的同情、移情能力是構成道德的唯一基礎，才是真實的道德動力。<sup>59</sup>在哲學家們的傾注下，情感在哲學或倫理之地位獲得了提升，有的哲學家還把情感視為構成完整人類本性的一部份，作為道德判斷和道德動機的基礎，理性在道德判斷中能夠起到一定的作用，但不是主要作用。<sup>60</sup>

諾丁斯認為道德源於關懷，而關懷是我與他人雙向的情意關係，而不是單向的道德付出。關懷是一種源於人最深刻的感受，這感受是根植於「關懷者—被關懷者」之間的接納、關係與回應之關係。<sup>61</sup>這亦是關懷倫理學與康德倫理學之間最大的不同。她認為關懷雖屬於情感之交流，但卻是人性永恆的潛在需求。人在關懷的關係之中才能自由地存在，而且伴隨著關懷的關係而來的快樂，以及感受到互相情感交流的快樂，不僅能夠增進對道德的承諾，而且能承擔道德的責任。當道德實踐發生時，實際上是與他者同在的道德情感於關係之中自然地流露。此乃理想的道德，也是一種理想的自我形象的實現。一九九二年諾丁斯更進一步以「愛」作為關懷的核心進行重要闡述，認為道德行為是由愛所啟發，由愛的關係

---

<sup>57</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》（臺北市：巨流，2008年），頁3。

<sup>58</sup> 洪櫻芬：〈理性與情感之關係—論休謨的道德情感主義〉，《人文暨社會科學期刊》第6卷第2期（2010年），頁13-22。

<sup>59</sup> 甘紹平：〈道德：在理性與情感之間〉，《桂海論叢》，2013年第6期。

<sup>60</sup> 胡軍方：〈西方倫理學中情感與道德關係的歷史變遷〉，《國外社會科學》2015年第2期，頁65-73。

<sup>61</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》（臺北市：洪葉文化，2004年），頁104-105。



所證明。<sup>62</sup>道德行為需要有行動的意願與關懷的力量方能持久，而此關懷的力量即來自「愛」。因此，道德的基礎是關懷、情感與關係，愛與關懷的情感則是道德的動力。理想的人際關係即是愛與關懷之關係，理想的關懷關係包括了關懷者的關懷是開放地接受對方，並為自己所關懷的對象付出關懷實踐的承諾；而被關懷者是在被接納中，自由地表達自己的情感與需求。關懷的關係更是關懷情感的實踐場域，從更寬廣的視野來看，關懷倫理點出了生命處境之實相，生命的圓滿與生活的幸福，也因有了關懷的情感方能實現。

#### 四、關懷的態度是實踐之方法

溝通即是關懷，因為有了溝通，關係才有建立與維繫。關懷的關係就是能夠以愛、關懷和同理心來看待他人並且與之進行溝通，彼此之間能夠以此態度共同相處，關懷的關係就會愈加良好。人類自始至終生活在社會之中，人的一切活動，不可避免地處處與他人發生互動關係，不停地與他人交互作用、影響與反應。人如希望能夠與他人有良好的互動與溝通，首先是清楚地認識自己並且接受自己的一切，然後在此認知基礎上走出自己，認識到每個人都是「獨特的」(unique)，和我們自己一樣擁有自我。如此「人同此心，心同此理」之同理心，即一種設身處地、感同身受的能力是人與人之間能夠相互接納、彼此關懷的重要因素。人首先以接納自己的態度，來認識和接納他人與我們自己的不同之處。然後在同理心和接納彼此之不同的基石上，人與人之間才在平等的互相交流、溝通。研究者就關懷的態度之實踐方法，歸納整理了接納、回應與對話三個方面，闡述如下：

##### (一) 接納(receptivity)

關懷始於接納，終於承諾，然而接納是自始至終都要有的態度。接納的深度，

---

<sup>62</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》(臺北市：洪葉文化，2004年)，頁273。參見 Nel Noddings, *The challenge to care in schools an alternative approach to education*. (New York & London: Teachers College Press. 1992), pp. 107.

決定了承諾的輕重。關懷本身即是一種態度，《孟子·告子上》：「惻隱之心，人皆有之。」每個人都有的同情、憐憫之同理心，即為關懷之態度，而關懷態度之實踐的首要在於「接納」。接納顯示了可能性與開放性，被接納與被關懷之需求是人類成長的動力之一。每個人都希望自己在人生的各個時期都能夠從他人身上得到積極的回應，被他人乃至於被社會所接納，此乃人類賴以維生的基本情境。

「我不是生來就自然地孤獨，我生來就在一種關係中，從其中我獲得養育和引導。」<sup>63</sup>例如多數的父母親是以充滿喜悅的心情，期望有個健康的孩子平安降生，父母視孩子為自己及所愛對象的延伸，藉此與孩子產生情感之聯結；即使孩子誕生之後發現患有先天性疾病或缺陷時，父母親的反應從最初的震驚、否認、悲傷，並開始產生各種情緒反應，一段時間之後開始面對有缺陷兒事實，對孩子的照顧產生關懷關係，大多數父母親依然抱持接納的態度給予孩子愛心與關心，並負起照顧孩子的責任。雖然也有部分的孩子不被其父母所接納，但在社會上依然有愛心的個人或組織，基於人道關懷而伸出援手接納這些孩子，因為每個人都希望在自己遭遇危險或無法獨自解決的困難時，能夠獲得一臂之力。研究者認為對於患有先天缺陷的孩子之接納態度，呼應了諾丁斯最為關心的「你經歷過什麼呢？」(What are you going through?)之觀點，她認為此乃道德生活中的核心問題，詢問諸如此類的問題可以讓我們的關注力集中在活生生的他人身上。<sup>64</sup>所以說道德是在情境、脈絡與關係中發展與建立的。易言之，接納的態度是人與人之所以能夠道德地相遇之必要條件。對關懷者而言，關懷始於獨立自主地去接納的態度，而關懷最終是要以實際的行動去回應對方。被關懷者在關懷關係中的貢獻，是去體現自己的自由、流露自己真情意，關懷關係正完成於被關懷者的領會。

## (二) 回應(response)

有了接納的態度作為基礎，人與人之間的互動與關懷關係才能順利展開。「當

---

<sup>63</sup> Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley : University of California Press, 1984), pp.51.

<sup>64</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》(臺北市：巨流，2008年)，頁63。

我們直接照顧家人，並眼見照顧行為獲得正面效果的時候，我們就更有可能繼續努力下去。」<sup>65</sup>關懷的關係不僅使我們去注意道德主體（行動者），同時也使我們去注意客體（接受者）的行動以及他們的互動。<sup>66</sup>作為一名關懷者，首先要學習的是如何被關懷，能夠感同身受、將心比心地認識被關懷者的需求、體會被關懷的感受，然後學習如何從被關懷者的視角與感受，來回應關懷者所付出的努力。以父母親與青春期的孩子互動為例，青春期的孩子由於身心的逐漸發展和成熟，加上積極爭取自己做主的權利，往往會出現消極反抗的態度。面對青春期孩子的種種反應，身為父母基於自身的自主經驗，對子女的自主需求會有不同回應。<sup>67</sup>有的父母親抱怨孩子變得不聽話且傷透他們的心；也有子女抱怨父母無所不為地剝奪其自主，帶給他們極大的痛苦<sup>68</sup>。因此，為人父母之「關懷者」，若能時時保持換位思考的方式，先從自己曾經歷這個年齡階段的「被關懷者」情境，回想自己當年是如何回應來自父母親的關心，然後從孩子（被關懷者）的角度來看待此階段的親子互動與溝通方式，而且需多瞭解關懷者與被關懷者彼此之間的互動方式，因為彼此之間互動的品質，往往直接影響關懷者的認知與判斷，連帶會影響關懷者的關懷方式與努力。譬如對於被關懷者的冷漠反應或無動於衷，關懷者可能解讀為不受歡迎或拒絕之意而終止關懷行動。因此在關懷者與被關懷者互動的過程中，彼此皆能體會每一個人都是獨一無二的，無可避免的會存在著差異性。人不能僅僅只考慮自己之偏好，即可作出一個令人滿意的回應，還必須找出別人能夠感到滿足之需求。「我能否成為並繼續當一名關懷者，大部分繫乎你如何回

---

<sup>65</sup> Nel Noddings 編，邱連煌譯：《公民教育：培養全球性意識》（臺北市：文景，2008年），頁12。

<sup>66</sup> 蔡甫昌、謝博生：〈醫師專業精神與醫療組織倫理〉，《台灣醫學》第7卷第4期（2003年7月），頁587-601。

<sup>67</sup> 黃聖桂：〈捕捉家庭系統運作的脈絡——以探究家庭中青少年自主行為為研究為例〉，《中華輔導與諮商學報》第23期（2008年），頁1-43。參見 Shek, D. T. L. (1996). Hong Kong parents' attitudes about marital quality and children. *Journal of Genetic Psychology*, 157(2), 125-135.; Smetana, J. G., & Asquith, P. (1994). Adolescents' and parents' conceptions of parental authority and personal autonomy. *Child Development*, 65, p. 1147-1162.

<sup>68</sup> 黃聖桂：〈捕捉家庭系統運作的脈絡——以探究家庭中青少年自主行為為研究為例〉，《中華輔導與諮商學報》第23期，2008年，頁1-43。參見李美枝：〈中國人親子關係的內涵與功能：以大學生為例〉，載於楊國樞主編，《親子關係與孝道》（臺北市：桂冠，1999年），頁3-52。劉惠琴：〈母女關係的社會建構〉，《應用心理研究》2000年第6期，頁97-130。陳秉華：〈諮商中大學生的心理分離——一個體化衝突改變歷程研究〉，《教育心理學報》第28期（1995年），頁145-176。

應我。」<sup>69</sup>這也是諾丁斯一直強調對於他者之回應，這也是我們必須全神貫注地保留開放性與關注之原因。

### (三) 對話(dialogue)

「對話是關懷模範最基本的要素。」<sup>70</sup>對話在關懷倫理中之所以重要，是因為通過對話能夠幫助一個人看見自己的價值。對話之目的不僅止於日常生活中接受觀點、資訊、態度，與表現出合宜的回應之心得交談，更在於與人與人之間的接觸、分享與瞭解。對話，從傾聽開始，人也是從對話的溝通過程中學習表達；對話，始於一個人從對另一個人的好奇心，直至接受彼此的互動與連結；對話，具有開放性，是關懷者分享信息、表示善意；也是被關懷者與關懷者之間的傾吐與傾聽、分享與回應，亦是建立主體認同的關係之過程。關懷的對話能夠激發一個人主動探索自己生命的價值，人們從對話中被理解，從對話中感到被接納，從對話中認識自己、同理別人與發現世界。與被關懷者對話，其實是關懷者與自己的情緒對話。因為，關懷的對話總是隱含著「你經歷過什麼呢？」如果沒有參與對話，如何能夠真正了解關懷的意涵。

真正的對話，是開放性的，參與者一開始的時候並不知道結論將會是什麼。既要表達、也要傾聽，對話不僅是會話，它必須要有一個主題，但是主題可能會轉變，而且參與對話的任何一方也可能從最初的主題轉而關注更重要、較不敏感、或更基本的主題。<sup>71</sup>

諾丁斯至今已發表大量相關學術論文和著作，在思想上從多個角度一脈相承地持續發展和豐富了她對關懷倫理的認識，這些研究成果亦為一種對話的形式，

---

<sup>69</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》（臺北市：巨流，2008年），頁23。

<sup>70</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》（臺北市：巨流，2008年），頁25。

<sup>71</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》（臺北市：巨流，2008年），頁25。

不僅受到西方學術界廣泛關注和討論，並且被學術界視為可與正義倫理學並舉之新倫理學範式，因此成為關懷倫理學奠基人。一九九〇年代陸續有許多學者投入關懷倫理學之研究，更多的著作迅速擴展了對話的範圍，如今，關懷倫理學是女性道德理論的核心之一。

### 第三節 諾丁斯關懷倫理學與生命教育

教育是一門「使人成為人」與「仁而愛人」之事業。教育的其核心在於培育人們洞察或辨識與人類處境相關之問題與難題，<sup>72</sup>而教育本身就是文化生活中重要的體現方式。<sup>73</sup>諾丁斯曾親身經歷了美國經濟大恐慌時代，亦經歷第二次世界大戰之後的存在主義重新省思人類生存意義的時代，這些因素促發她對於人類存在於社會群體中的意義、價值、規範、情感，產生關懷人類情感的思考。<sup>74</sup>她長期在教育領域擔任教職、研究及管理等工作，並且在工作實踐當中有系統地開展「關懷」之研究與關懷倫理學之建構。由於「關懷」之意涵相當廣泛，關懷的對象包括對自己、家屬、伴侶、親戚、朋友、同事、左鄰右舍的鄰居、學生，也可以是陌生人、動物、植物、地球、世界，甚至是某種觀念、理想等等之關懷。

諾丁斯以自己早期在教育領域的工作經歷與及女性主義的學術研究基礎，認為在女性的一生當中，大部分的時間與心思用於照顧、養育與支持方面，並且以這樣的生活經驗為基礎去進行道德抉擇。因此，女性是以人際關係取向來陳述其道德之想法，重視的是人我關係中的關懷關係、責任與承諾。她從人性發展層面將「關懷」加以理論化，首先將關懷倫理學應用在自己教育工作上，發展出一系

---

<sup>72</sup> 陳仲瀚：〈教師專業倫理發展在師資培育過程上之意義〉，《教育資料與研究》雙月刊第 103 期（2011 年 12 月），頁 76（69-90）。參見 Carr, D. *Professionalism and ethics in teaching*. (London: Routledge.) 2000: 91.

<sup>73</sup> J. Bruner 著，宋文里譯：《教育的文化——文化心理學觀點》（臺北市：遠流，2001 年）。

<sup>74</sup> 劉宛妮：《諾丁關懷倫理學的學校行政涵義研究》（臺中市：國立臺中教育大學國民教育學研究所碩士論文，2007 年）。

列潛移默化的道德教育之論述，例如：(1) 對道德來源的主張：道德來自於感性而非理性，為道德實踐中核心的發動地位，過去因為重視道德理性的傳統，而將道德動力的現實來源忽略和邊緣化；(2) 對道德論述的主張：重視道德理解的溝通過程甚過於道德知識的論證程序，真正道德的聲音要從道德主體的脈絡論述中去傾聽尋求，而非由事先設定好的道德普遍原則去概括判斷；(3) 對道德教育的主張：理想親密關懷關係的建立，是人性道德發展的基石。道德實踐之動力不只在於當下的認知與抉擇，更在於在日常生活因關懷關係而蘊育的道德自我感，潛藏於其中的道德自我理想形象是可以掘發道德力量的真正源頭。<sup>75</sup>諾丁斯因此注重發揮人性中的感性，經由對話、情境掌握、溝通、接納及同理等原則在日常生活實踐中，最終是為了完成道德理性的建立，並且將關懷倫理學擴及至整個教育領域。

老師的重大任務之一是教學生學會成為關懷的接受者<sup>76</sup>；而且老師不是要拒絕學生不好的看法、想法和感受，而是要從學生觀點出發將之帶向更好的。這需要創造力，和維持信任關係。<sup>77</sup>

教育的主體是人，教育的成果在於努力使人成為有能力的關懷者。教育實踐過程中，教師是「關懷者」，學生則是「被關懷者」，兩者作為施與受的對應關係，「關懷者—被關懷者」彼此互動之良莠直接影響教育目的之達成與否。教學互動過程中兩者必須信賴，其關鍵在於彼此都願意真誠地面對且重視對方的需求，關懷者因注意到被關懷者的需要，進而採取適當反應，即教師用心傾聽、關注及感

<sup>75</sup> 廖修寬：〈Nel Noddings 關懷倫理學之師生關係形貌——身教、對話、實踐、肯定〉，《教育人類與專業發展》第 30 卷第 5 期（2013 年 10 月），頁 61-67。參見方志華：《關懷倫理學與教育》（臺北市：洪葉文化，2004 年）。

<sup>76</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》（臺北市：洪葉文化，2004 年），頁 272。參見 Nel Noddings, *The challenge to care in schools an alternative approach to education*. (New York & London: Teachers College Press. 1992), pp. 108.

<sup>77</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》（臺北市：洪葉文化，2004 年），頁 272。參見 Nel Noddings, *The challenge to care in schools an alternative approach to education*. (New York & London: Teachers College Press. 1992), pp. 107.

受學生所傳遞的訊息。教學成果是基於教師與學生相處之狀況，教師本身的特質與個人的肢體語言亦會直接影響學生上課的情緒與學習態度，因此教師必須具有道德敏感度，身體力行地體現道德規範與道德價值，讓學生知道這些規範與價值的合理之處，並鼓勵學生一起參與，彼此共同提升道德敏感度。<sup>78</sup>

研究者認為諾丁斯強調關懷倫理學之關懷關係、關懷倫理、關懷自己的道德教育意涵與主張，與臺灣多年來在各級學校推廣之生命教育(Life Education)有異曲同工之妙。生命教育是指「深化人生觀、內化價值觀、整合行動力」的一種有關人之所以為人的意義、理想與實踐的教育。<sup>79</sup>其內涵包括人與自己、人與人、人與環境、人與自然、人與宇宙五大向度，希望藉著生命教育的過程，引導學生認識人的主體性、培養正面積極的人生觀、建立安身立命的價值觀、調和個體的知情意行，進而完成生命價值的追求。生命教育實踐的是對自身以外的人、物、環境設身處地的關心性活動，生命教育之最終目的在於促進個人生理、心理、社會和靈性全面均衡發展，「關懷」更是貫穿整個生命教育的核心精神，因為生命若沒有關懷來活化，人將難以全面均衡發展，也難以與人之外的事物產生關聯。尤其是在當今科技高速發展、社會快速變遷的時代，由於社會規範與社會價值的新舊衝突，不僅容易使人產生疏離感、道德感淪喪之感覺，在諸多領域都出現缺乏對生命尊重的狀況，譬如自殺率節節上升、吸毒與傷人事件頻發，乃至大學生虐殺動物事件等，這些事件背後突顯落實關懷生命、尊重生命生命教育的重要性；在醫療領域，有些受傳統觀念影響而放不下的家屬，不斷地要求醫療人員拼命救治病人；也有一些覬覦病人財產與利益而不願意放手之家屬藉由醫療干預方式延續病人的壽命。這些故事的背後都隱含著對醫療科技的執著與缺乏同理心，亦顯示生命教育對於「生死事大」之重要性。

生死問題在生命教育之內涵是探討死亡的本質以及各種和瀕死、喪慟主題與

---

<sup>78</sup> 陳仲瀚：〈教師專業倫理發展在師資培育過程上之意義〉，《教育資料與研究》雙月刊第 103 期（2011 年 12 月），頁 76。

<sup>79</sup> 孫效智著，林思伶主編：〈生命教育的內涵與哲學基礎〉，《生命教育的理論與實務》（臺北市：寰宇出版公司，2000 年），頁 1-22。

現象，促使吾人深切省思自己與他人、社會、自然，乃至宇宙的關係，從而能夠察覺生命的終極意義與價值，是面對死亡、克服對死亡的恐懼與焦慮、超越死亡、省思生命，使吾人能體會真愛與珍惜，展現人性光輝，活出生命意義的教育。<sup>80</sup>生命教育中之死亡教育，則是通過對於死亡的了解和認識，幫助我們對生命意義感及價值的掌握，進而培養同理心與關懷之態度來面對生命過程中各種深刻的體會，其主要的目的在改善人類「生活」(Living)品質及尋找「生命」(Life)之意義，而悲傷輔導之目的則在協助人類對生命過程的深刻體會及相互關懷及支持。<sup>81</sup>然而，華人社會對於死亡相關議題一向視為不吉利、觸霉頭之印象。因此，無論是在家庭生活中與在學校教育課程上向來均忌諱討論死亡、更缺乏從死亡問題來思索生命意義之討論，一旦遭逢生命中的大小挫折或失落事件，特別是生離死別的哀傷，更是悲痛不已，甚至陷入情緒憂鬱與生命意義的困頓之中，這亦反映了死亡教育有待加強之事實。研究者認為以生命教育對應諾丁斯關懷倫理學以情感回應為首要之立場，兩者皆是呼籲人們重視情感的存有，以關懷情感來面對當今社會因科技高速所造成的種種「去人性化」之現象，以及對於每個人的生活、生命乃至生死問題之衝擊，而不只是簡單地沿道德推理的思考模式來面對和處理各種道德兩難之問題。

#### 第四節 諾丁斯關懷倫理學與醫療實踐

醫學自古以來都是為了治癒疾病，以及幫助人們減輕疾病帶來的痛苦，醫療實踐的目標和方式亦圍繞著促進健康與對抗疾病兩項任務而展開。早期的醫療基本上是發生在醫師及病人之間的互動關係，但隨著醫療技術發展，醫療照護逐漸

---

<sup>80</sup> 張淑美：〈中小學「生死教育」之實施〉，《安寧療護雜誌》第14期（1999年11月），頁44-58。

<sup>81</sup> 吳庶深著，林綺雲主編：〈生死學與死亡學本事一家〉，《生死學》（臺北市：洪葉文化，2000年）。



成為複雜、龐大且分工精細的專業體系，病人除了與醫師互動之外，還有包括護理師、醫檢師、藥劑師、放射線師、復健師、心理師、社工師、看護人員等專業分工對治疾病，確實在促進健康與對抗疾病方面取得巨大成就。與此同時，精細化的醫學專業分工與複雜的檢查治療流程，加上講求效率的運營管理模式，使得人一旦進入醫療體系之後，就仿佛置身於龐大流水線的一具待修理之機器，醫療人員各盡其職的從生物醫學模式之客觀化與抽象化視角，利用各種儀器診斷與數據分析為病人查找病因，以醫學專門術語將生理異常現象轉譯為各種疾病症狀，然後針對不同症狀採取相應的對治技術或藥物加以根除病因或緩解症狀，在整個醫療體系偏向「去人性化」的大背景下，已使得醫學人文精神迅速地邊緣化，人性的關懷與尊嚴亦被輕忽。

隨著醫療人權、病人自主及消費者保護等多元價值觀的社會運動發展，要求在接受醫療服務時擁有知情同意權利之觀念興起，病人自主漸漸成為醫患關係中之主流。醫療倫理已由「以醫師為中心」醫療模式轉變至「以病人為中心」醫療模式。學者們對「以病人為中心」內涵賦予不同之意義。諸如 Rogers 認為同理心、真誠一致與無條件積極關注是影響病人產生療癒性改變的關鍵因素；<sup>82</sup>Balint 認為要從一個獨特的個體來看待病人；<sup>83</sup>Byrne 與 Long 認為是一種會談的形式，而這種形式是參考病人知識層次與經驗來引導醫師與病人之間的互動；<sup>84</sup>McWhinney 認為透過病人的視角進入病人的世界，去體察病人內在的疾病；<sup>85</sup>Laine 與 Davidoff 認為要充分貼近病人的想法、需求和意願，尊重並對其有所回應；<sup>86</sup>李龍騰認為病人在醫病中成為一個主動的參與者，得到的服務也是依其個

---

<sup>82</sup> Rogers, C. R., *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. (London: Constable, 1967).

<sup>83</sup> Balint E.: The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969 May;17(82): p.269-276.

<sup>84</sup> Patrick Sarsfield Byrne, Barrie E. L. Long, *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in Their Surgeries*. (Great Britain. Dept. of Health and Social Security, 1976).

<sup>85</sup> McWhinney, Ian R.: *A Textbook of Family Medicine*. (New York: Oxford University press, 1989).

<sup>86</sup> Laine C, Davidoff F.: Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA* 1996 Jan 10;275(2): 152-156.

人需求、個人優先考慮而決定，取代從前僅只由監考專業者提供意見。<sup>87</sup>這些觀點說明了「以病人為中心」的醫療模式是一種建立在「人一我」關係中的共同面對疾病現象之醫病關係，醫療人員將每一位病人視為處於具體情境中的特殊他人來對待，醫病之間是透過溝通對話、彼此相互感動的回應，自然而然地產生關懷與被關懷的關係，這正是關懷倫理學所強調的對特殊他人在其具體情境脈絡中之關懷責任。

為何要將每一位病人視為處於具體情境中的特殊他人來對待呢？因為病人在恢復健康的過程中，治療與關懷是兩項不可或缺的必要因素。醫師從其專業視角客觀地分析疾病對病人生理機能造成之問題，然後提出解釋、診斷與治療。醫師對於病人的疾病狀態的診斷是理性的；而病人則是從其主觀感受到的病痛症狀，並且從身體疼痛之感覺、生活經驗與其對生命意義的認知等因素形成了個人之獨特的生病感受。因此病人在恢復健康的過程中，需要的不僅是對其疾病症狀的診斷與治療，同時還要有人關懷其對生病感受的理解與提供協助。關懷不僅有益於病人疼痛感受之改善，而且還有助於延續末期病人的生存意願，關懷可說是一種超越親情、種族、宗教的最好的藥物。醫病先醫心，醫療人員以關懷心與同理心了解病人心中之憂慮與困擾，同時給予適度尊重，只要醫病之間互相信任，同心協力合作，方能達致最佳的治療成果。

然而，根據臺灣醫療改革基金會的二〇〇二年「臺灣醫療品質民意調查」結果顯示<sup>88</sup>：民眾對於醫師門診說明、溝通時間之需求持續增高，而且九成以上民眾認為醫師對病情病因、治療方式、保健常識的說明是重要的；但是，真實的情況卻是看診時間過短，近六成民眾向醫師陳述病情的時間在三分鐘內；醫師看診時間短，近六成民眾接受醫師看診的時間不足五分鐘。再加上健保給付方式採論件計酬制之外部因素，因此醫師亦不鼓勵病人多發問，而且傳統的「命令—服從」

---

<sup>87</sup> 李龍騰：《「民眾醫療權益」國際研討會手冊》，（臺北市：財團法人台灣亞洲基金會，2003年11月）。

<sup>88</sup> 參見臺灣醫療改革基金會網站 <http://www.thrf.org.tw/archive/249>（查詢日期2018年4月16日）。

父權式醫患關係由來已久，醫師象徵權威，期待病人聽從醫囑且不容質疑其專業，因此醫師覺得不需要與病人溝通，上述因素亦是造成醫病關係失衡的原因之一。時至今日，此情況依然普遍存在臺灣各個醫療場域。每位病人在臨床上所遭遇的問題各不相同，有的病情緊急、有的病症難解又複雜多變，而且每個人的感受、希望、理想與困難亦各不相同，這些因素都會影響病人的選擇。如何才能做到將每位病人視為處於具體情境中的特殊他人來對待呢？研究者認為關鍵在於落實「知情同意」原則。原因在於強調病人的知情同意權，可以使醫師直接面對病人自主意識對於「醫療父權」(Medical Paternalism)之挑戰，從而影響了病人能共同參與醫療決定，將以病人為中心落實於醫療實務上。

「知情同意」原則主張病人是醫療的主體，它是由醫師有主動告知之義務，以及病人有知情後自主同意兩個部分所構成，亦是「以病人為中心」醫療模式的核心機制之一。知情同意原則強調醫師應該尊重病人的自主權，根據其專業為病人診斷病情，分析在當前醫學技術下可行的治療方式與相關風險，客觀評估選擇最有利於病人之治療方案，然後向病人解釋說明，使之瞭解自己的病情、可供選擇的治療方案、疾病的可能預後、併發症及藥物的副作用等資訊，目的是幫助病人選擇最適合自己價值觀的醫療方案與瞭解相關的風險，此時方為病人自主權真正開始的時刻，即病人能夠自主決定是否願意接受醫療方案與承擔風險。

將每位病人視為處於具體情境中的特殊他人來對待，關涉了存有論的哲學思辨。諾丁斯把人與人之間的關懷關係視為是人類存在之基本事實的存有論關係，「我們的目標就是培養道德理想，而此一道德理想是去保持和增進關懷。」<sup>89</sup>將諾丁斯關懷倫理學應用於醫患關係上，可構成醫療人員與病人之間相互感動的關係。醫療人員是以「關懷者」的身份來面對身為「被關懷者」的病人，醫療人員的理念與素質，則是影響醫患關係的核心關鍵。醫療人員能否感受病人的痛苦，自然流露出對病人的同情共感與道德關懷，可由關懷倫理學所提出之身教、對

---

<sup>89</sup> Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley : University of California Press, 1984), pp.182.

話、實踐和肯定四個面向的教育加以培育。身教是設身處地為病人著想的態度，醫療人員用心觀察、傾聽和覺察病人的需求，去感受而不是去判斷人性中情意的力量與價值。對話是不是單向的講話，而是開放式的交流溝通，醫療人員經由對話傳遞關懷的情意，因為關懷，才能傾聽到社會文化意義和疾病對病人所造成的影響。關懷是一種實踐的方式，是醫療人員發自內心自覺應該如此的道德理想，在照顧病人的過程中，全神貫注地去體會病人的痛與苦。不僅如此，醫療人員若能將其照顧病人時的心情和感受，真誠自在地與病人分享，便是關懷關係的完成與成就。醫療人員與病人面對面相遇的過程中，設身處地的理解與接納病人的對話和反應，讓病人能夠感受關懷而自由地表現自我和表達心中願望，即是關懷的肯定。



# 第三章 《病人自主權利法》與善終

## 第一節 善終之意涵與病人自主權之發展軌跡

### 一、善終之意涵

「死亡需要選擇，好死如同好活一般，需要預謀與計劃，它不可能隨機發生。」<sup>90</sup>生命，有始有終，是自然界的絕對法則。「生死事大」是人類自古以來集體共有的文化意識，由於人都知道自己會死，如何「好死」即成為一個值得思索的課題，雖然詮釋方式可能因文化背景而有所不同，但是對於死亡議題的思索，以及如何有意義、有尊嚴地完成生命的旅程，一直是人們勞心苦思的生命課題。當代存在主義先驅海德格「向死而生」之死亡見解：

死亡作為「此在」的終結乃是此在最本己的、無所關聯的、確知的而作為其本身則不確定的、不可逾越的可能性。死亡作為此在的終結存在，存在在這一存在者向其終結的存在之中。<sup>91</sup>

海德格認為死亡是「此在」終極的意義。死亡絕對地屬於我個人的而且是不能由他人替代的，「我的死亡」首先賦予我存在意義，因此海德格認為「我會死亡，故我在。」<sup>92</sup>唯有死亡的可能，才使「此在」顯示出其意義。在整個生命的

<sup>90</sup> 恩格哈著，范瑞平譯：《生命倫理學的基礎》（北京：北京大學出版社，2006年）。

<sup>91</sup> 馬丁·海德格著，王慶節、陳嘉映譯：《存在與時間》（臺北市：久大，1990年），頁332。

<sup>92</sup> 孫雲平：〈前期海德格的時間觀〉，《揭諦》第17期（2009年7月），頁74。

歷程裡，死亡始終貫穿於其中。就像人從出生的那一刻起，死亡亦隨之在側，只是暫時隱蔽還未向個人開顯。一旦死亡向個人開顯，死亡的過程只能由自己去承受，無論個人擁有多少的財富、成就與名望，都不能寄望與死亡發生任何的關聯。死亡是常人都亟欲迴避的，矛盾的是人們深知自己的死亡是無法迴避，但是又無法預測的，因為不知道死亡將於什麼時候、以什麼方式向自己開顯。人知道自己必將死亡的事實，則是任何其他生命形態所不具備的。因此，「生死事大」，有尊嚴的完成生命的最後旅程，不只是生物學上之有機體的變化，同時包含著倫理學的意義。因為人在面對死亡的過程中具有重要的倫理學意義，生命主體在此過程中展示了豐富的道德內涵。個人面對死亡的態度，亦是其道德內涵與實踐之展現。《孟子·離婁下》所言「養生者不足以當大事，惟送死可以當大事。」中國文化裡有諸多詞彙，諸如萬世流芳與遺臭萬年、死而無憾與死不瞑目、雖死猶榮與死有餘辜等，都說明了人在面對死亡議題時，既有個人道德反省的內涵，同時也是社會道德審視的過程。伊麗莎白·庫伯勒-羅斯亦曾說過：

大多數臨終病人心中的真正問題，和死亡無關，反而與生命有密切關聯。他們需要的是坦誠、確定感和內心的安寧。在身後世的旅程中，每個人都得面對相同的問題：你對人類同胞作出了多少貢獻？這一生中，你有沒有幫助過別人？如果你等到死後才回答這個問題那就太遲了。因此，人生的唯一目標是成長，而人生最重要的一課是學習如何去愛別人和被愛，毫無條件地。<sup>93</sup>

《書經·洪範篇》有「五福」之說為：一曰壽，二曰富，三曰康寧，四曰修好德，五曰考終命。其中，考終命，即善終，代表古人對於人生終了時的幸福感與美好的死亡之願望，即一生能享天年，無惡疾橫禍，臨命終了，壽終正寢。何

---

<sup>93</sup> 伊麗莎白·庫伯勒-羅斯(Elisabeth Kübler-Ross)著，李永平譯：《天使走過人間》(臺北市：天下遠見，2009年)，頁178、353、348。

調善終？教育部《重編國語辭典修訂本》對於「善終」之釋義為「能享天年，安詳而逝；美滿的結局。」人們借用春、夏、秋、冬自然週期詮釋善終，冀盼自己的一生能夠如同瓜熟蒂落般的自然周期完成生命形態的轉化；從醫療的角度來界定，善終是臨終至死亡的過程不拖延時間、身體疼痛症狀得以緩解，平靜地完成生命旅程；從宗教的角度來界定，善終意謂美好的死亡，是一個人死於恰當的神聖狀態。死亡是非常個人且獨特的事。每個人的死亡的年齡、死亡的方式、死亡的環境都不盡相同，這些因素會影響人們對於善終的界定，善終也因此是一種無法度量的感覺或期待，端視個人如何走過臨終過程而定。對某人而言的善終，對於其他人而言卻未必如此。<sup>94</sup>

一九七二年魏斯曼(Avery Weisman)在《*On Dying and Denying: A Psychiatric Study of Terminality*》提出了「適當的死亡」(appropriate death)概念，其內涵包含覺知(awareness)、接受(acceptance)、恰當的時間(timely)與安詳的(propitious)四個層次，強調活得有意義死而無憾，死得有價值而與尊嚴，而且要死得從容、安詳，死於當死的時候。<sup>95</sup>他說：「適當的死亡也許是指臨終者能夠選擇他自己的選擇。」<sup>96</sup>具體而言，「適當的死亡」就是盡可能讓臨終病人擁有自主權，達成自我實現並獲得自尊和自我認同；盡可能解除疼痛、使痛苦減到最低；盡最大的可能滿足臨終者在社會上和情感上的需要、盡可能解除臨終者和社會之間的衝突。<sup>97</sup>對於善終，魏斯曼認為首先須應戒除沒有善終這回事，如此才能盡可能去開創「適當的死亡」的可能性。適當的死亡是免除不必要、失去人性化、有損身為人價值的醫療程序。無論臨終病人所選擇的醫療方式，或渴求孤或渴求社交互動，人們都應尊重其所作出的選擇，使之與其個人的自我概念保持一致。引導個人一生的價值與理想，在生命的最後階段仍會持續地發揮影響，而且個人與重要他者間，也需

<sup>94</sup> George S, Lair 著，蔡昌雄譯：《臨終諮商的藝術》（臺北市：心靈工坊，2011年），頁62。

<sup>95</sup> 陳錫琦、陳淑香：〈生命教育課程建構——以善終為取向〉，《醫護科技學刊》第9卷第2期（2007年4月），頁154-168。

<sup>96</sup> 德史佩爾德等，黃雅文等譯：《死亡教育》（臺北市：麥格羅希爾出版，2006年），頁249。

<sup>97</sup> 德史佩爾德等，黃雅文等譯：《死亡教育》（臺北市：麥格羅希爾出版，2006年），頁249。

保繼續保持良好的關係。<sup>98</sup>

一九九三年史密斯與馬赫爾根據照護者對於臨終病人的照護經驗，研究構成善終的因素，結果發現「善終」的臨終病人有若干共同的態度，包括一定程度的控制、聆聽痛苦的真相、進行生命回顧、保持幽默感、重要他人的陪伴、用身體表達關愛，以及談論靈性議題等。<sup>99</sup>由此可看出，無論臨終病人是否選擇疼痛控制的醫療照護，選擇孤獨自處或者期望社交互動，家屬對於臨終病人的照顧與陪伴，都應該尊重臨終病人的自主選擇，但都不宜過度介入或抽離，因為家屬的情感往往影響臨終病人的平和狀態，甚至擅自干擾臨床的醫療程序，例如要求醫療人員利用電擊、強心劑、心臟按摩、呼吸道插管等措施來維持病人的呼吸心跳，這些現代化的醫療科技與設備能輕易地為臨終病人增添許多不必要、失去生命價值的醫療措施，而影響臨終病人安享善終之願望。

## 二、病人自主之緣起

隨著現代醫療科技的發展，臨終病人在積極的醫療救治下，善終的心願卻愈益困難能夠實現，加上醫療倫理爭議亦層出不窮、醫療知識日益普及等諸多因素，促進了人們對於自身之身體、未來的人生、追求的價值擁有最終決定權之權利意識崛起，而醫療自主權利意識之所以受到肯定，其因果關係可追溯至第二次世界大戰期間德國納粹醫師、日本軍醫實施的一系列非人道人體試驗被一一揭露，促使國際社會重視並著手制定與人體實驗的相關倫理規範，於一九四七年紐倫堡審判之後提出《紐倫堡守則》(*The Nuremberg Code*)，訂立了如下之原則：

<sup>98</sup> George S, Lair 著，蔡昌雄譯：《臨終諮商的藝術》(臺北市：心靈工坊，2011年)，頁62。

<sup>99</sup> George S, Lair 著，蔡昌雄譯：《臨終諮商的藝術》(臺北市：心靈工坊，2011年)，頁62。參見 Smith DC, Maher MF. Achieving a healthy death: the dying person's attitudinal contributions. *Hosp J.* 9(1) (1993): 21-32.



以人體為試驗對象時，事先徵得參與試驗者的自願同意，乃絕對必要的條件。亦即參與試驗者必須具有行使同意權的法律權利，必須是處在沒有任何強迫、利誘、詐欺、虛偽、哄騙，或其他隱藏形式的強制、威脅，能夠自由運用其選擇權的情況下作決定；尚須參與試驗者對於所涉及的主題內容，具有充分的認識與理解，使其能做明智的抉擇。<sup>100</sup>

世界醫師會(The World Medical Association, WMA)於一九六四年通過了涉及人體組織或資料之醫學研究倫理指導原則的《赫爾辛基宣言》(*Declaration of Helsinki*)，以及一九七九年美國「全國生物及行為研究人體受試者保護委員會」針對生物醫學和行為科學研究之受試驗者之保護原則出版了《貝爾蒙特報告書》(*Belmont Report*)，進一步明確了人體實驗中須保護受試者之行為準繩。《紐倫堡守則》、《赫爾辛基宣言》與《貝爾蒙特報告書》之目的在於保護人類受試者的安全與福祉，隨著人權意識的高漲，「自我決定權」(right of self-decision)原則亦在此基礎上進一步確立，並且影響爾後各國醫界對於人權保障觀念之尊重與病人自主權利之發展。

### 三、病人自主權概述

「自主」的英文autonomy，起源於希臘語autos(self)和nomos (rule)，是自己決定、自己做主之意。「自主」也是西方近現代人權觀念的重要構成部分，強調人應不受別人的操縱或影響，而是依照自己的價值與愛好作出做自我決定。一個人將自己視為獨立的個體、對自己負有責任的時候，即感到對自我具有掌握和做主的能力。法國哲學家笛卡兒(René Descartes)提出「我思故我在」，將人由獨特

---

<sup>100</sup> 輔仁大學人體試驗委員會編譯：《1949年紐倫堡守則》(2012年10月版)。

而無可取代的「個體」(individual)推定為強調人是理性存有者的自主、自決之「主體」(subject)，人不僅是一思想或認知主體，亦是權利與價值主體，主體性的建立，成就每一個人之本身即為「目的」存在，人與人之間即為主體與主體在共同性的觀照下平等對待。<sup>101</sup>在倫理學者Tom L. Beauchamp與James F. Childress的倡議下，生命倫理學有關「尊重自主」原則(respect for autonomy)逐漸形成共識，用來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、作出選擇並採取行動的「權利」，權利源起於表達的需要，所謂權利也就是「合理的主張」(rights as justified claims)，是指個人和團體可以依靠其他個人或社會而擁有一個能夠根據自己的選擇來決定他人應該做什麼或者不需要做什麼的權利。<sup>102</sup>

「病人權利」則是指作為病人之角色，基於獨立人格，有接受妥善醫療照護之權利，以利恢復其身心健康，不因性別、種族或信仰而有不同，此項權利與生命權、平等權同為基本人權之重要內容。有決定能力的病人應當擁有權利選擇和決定他所喜愛之醫療照護方式，而醫療人員則有相對之義務尊重和執行病人的決定。「病人權利」包含了醫療平等權、知悉權、安全權、選擇權、隱私權、求償權、醫療文件收取權、醫療拒絕權、醫療尊嚴權等十項內容。<sup>103</sup>將「自主」應用於「病人權利」上，即為「病人自主權利」(right to autonomy)，是指「每一個病人對於有關自己的身體權、生命權的醫療過程，皆有參與和依其個人價值觀，自發性的形成決策的權利」。<sup>104</sup>病人自主權利是現代西方生命倫理學和醫學倫理學的基本倫理原則之一，其合理性根源於西方近現代人權思想中的自主性理論，其內容包括選擇醫師之權利、醫療機構之權利、要求治療之權利、知情同意之權利

---

<sup>101</sup> 蕭宏恩：〈性別、關懷與醫學倫理〉，《醫療品質雜誌》第8卷第2期（2014年3月），頁54。

<sup>102</sup> Tom L. Beauchamp and James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 5<sup>th</sup> ed. (New York, N.Y: Oxford University Press, 2001), p.357. 原文：“rights” to be a “justified claim that individuals and groups can make upon other individuals or upon society; to have a right is to be in a position to determine by one’s choices, what others should do or need not do.”

<sup>103</sup> 莊茂：〈台灣病人人權之研究〉，《台灣醫學人文學刊》第1卷第1期（2000年11月），頁86-101。

<sup>104</sup> 趙俊祥、李郁強：〈從醫療自主觀點談臨終急救與安寧緩和醫療條例之修正〉，《法學新論》第33期（2011年12月），頁115-139。

與選擇醫療方式之權利(知情後不同意之權利)等等。<sup>105</sup>在醫療與健康照護領域，「權利」還可以概分為由國家基於行善原則與正義原則，提供健康照護或公共衛生保護服務等之「積極權利」，以及免於他人干預或拒絕手術等基於尊重自主原則之「消極權利」。Tom L. Beauchamp和James F. Childress進一步將「權利」與「尊重自主」(respect for autonomy)、「行善」(beneficence)、「不傷害」(non-maleficence)與「正義」(justice)之生命倫理四原則理論相結合，並認為在當代生命倫理脈絡下，權利與生命倫理四原則之應用息息相關。而且相較於要求他人提供某種服務來滿足個人需求的「積極權利」，基於尊重自主原則、免於被他人干預之「消極權利」，更為基本而重要、更具約束力，而且不容違背。<sup>106</sup>

國際間醫學界、法學界與生命倫理學界自一九八〇年代即開始探討病人是否有自主選擇醫療方式的權利，其背景原因是基於醫學科技發展，人類能夠利用醫療科技延緩生命「自然死」<sup>107</sup>的進程，達到延長壽命之目的。然而這種做法不僅無法保證病人能夠擁有一定的生活品質與生命尊嚴，而且可能陷落於難以承受的醫療困境。因此，許多人開始質疑那些只能維持病人「活著」的徵兆，但無法恢復其「健康」的醫療措施之究竟意義為何，以及這類醫療措施對人性尊嚴所造成傷害程度；醫療人員也經常為此困陷入臨床的現實狀況與尊重自主、利益、不傷害與正義等生命倫理原則的矛盾與衝突之中。例如臨床上，醫療人員是否有權利或有義務為了維持無法治癒病人的生命徵象，而持續不斷地施予人工呼吸器、管灌餵食等維生醫療措施；這樣的醫療介入能做到何種程度；如何面對病人或其家屬選擇不接受醫療之主張等等。世界醫師會鑒於以搶救生命為目的之醫療科技，反而陷病人於「求生不得，求死不能」的案例層出不窮，世界醫師會(WMA)遂

---

<sup>105</sup> 許光：〈病人善終自主權之研究——借鑑臺灣法規反思大陸立法之趨勢〉，《高大法學論叢》第12卷第2期(2017年3月)，頁20。

<sup>106</sup> 蔡甫昌、郭蕙心：〈病人自主權利法之倫理觀點與實務挑戰〉，《台灣醫學》第21卷第1期(2017年)，頁62-72。

<sup>107</sup> 「自然死」通常是指重症患者器官多已衰竭，醫療措施只能勉強延長瀕死一小段時間，為了免去患者臨終前遭受各種急救措施的痛苦，讓病患選擇不接受無謂的急救，而使其能自然死亡。參見 陳朝政：〈死亡權問題初探：倫理層面的分析〉，《高醫通識教育學報》第4期(2009年12月)，頁70-99。

於一九八一年發表《里斯本病人權利宣言》(*Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient 1981*)，主張病人在尋求醫療過程中擁有的基本權利：

獲得良好的醫療照護品質的權利；自由選擇的權利；自主決定的權利；如果病人意識不清或不能表達自己的意願，則必須盡可能地由能夠合法代理其權利者獲得知情同意；如果病人是未成年人或其他法定失能者，需獲得其法定代表人的同意；違反病人意願的醫療處置，只能在法律特別允許且符合醫學倫理原則的情況下，才能對病人進行診斷或治療；知曉病情之權利；診療秘密被保守的權利；健康教育的權利；保有尊嚴之權利；宗教幫助之權利。<sup>108</sup>

《里斯本病人權利宣言》基本確立了病人基於自由選擇與醫療自主決定之權利。而不接受醫療亦是一種自由選擇、自主決定的權利，即使病人自己作出不接受醫療的結果是可預見將導致其死亡，亦屬合乎醫學倫理與法律之「自然」死亡範疇。如今，任何心智健全的成年人基於自主權利所擁有之醫療方式「選擇權」，已成為各界之共識，而且拒絕醫療則是病人自主權之底線。<sup>109</sup>

#### 四、病人自主權在外國之發展概況

病人為何會在明白知道選擇不接受醫療的結果，將導致自己的死亡，仍執意要選擇不接受醫療呢？這需從病人拒絕醫療的歷史脈絡來了解原因，這可溯及一九一四年的Schloendorff v. Society of New York Hospital案，美國最高法院大法官

---

<sup>108</sup> 參見 [www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient](http://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient) (查詢時間 2018 年 4 月 16 日)。

<sup>109</sup> 楊秀儀：〈論病人之拒絕維生醫療權：法律理論與臨床實踐〉，《生命教育研究》第 5 卷第 1 期 (2013 年 6 月)，頁 1-24。

Benjamin N. Cardozo指出「每一個心智健全之成年人都有權決定自己的身體應該要接受何種之處置，在未經病人同意的情況下進行手術的外科醫生將承擔損害賠償責任。」<sup>110</sup>肯定了病人擁有選擇和決定自己的醫療方式之權利，同時也規範醫師在進行手術之前須先取得病人的同意。爾後，美國醫院協會(The American Hospital Association)於一九七三年發佈了《病人權利宣言》(*A Patient's Bill of Rights*)，載明病人有獲得告知，包括醫師的姓名、治療費用、總體治療方案，以及有哪些可以選擇的治療措施等訊息，然後才同意治療之權利。

一九七五年家住美國紐澤西州，芳齡二十一歲女性Ann Quinlan因飲酒同時又服用鎮定劑benzodiazepam，進而導致腦部長時間缺氧而陷入深度昏迷，必須靠呼吸器與胃管餵食，其父母親以活著要有尊嚴為由，要求醫師拔除女兒身上的維生醫療設備，被拒之後幾經上訴，一九七六紐澤西州最高法院作出判決，肯定病人有權拒絕其不想要的治療(right to refuse unwanted medical treatment)，<sup>111</sup>而且病人拒絕醫療決定之位階高於醫師的行善義務。醫院根據法院判決撤除了Quinlan的呼吸器之後，其父母繼續以餵食管照料，Quinlan以植物人狀態繼續存活了九年，於一九八五年逝世。此案例亦成為首個由於家屬無法同意醫師的做法，而決定為自己親人爭取決定權，迫使醫療界體認到醫療決定不再只是單純的醫療問題而已，<sup>112</sup>此案亦成為開啟「死亡權」問題討論之重要案例。同年，美國加州率先通過《自然死法案》，允許末期病人可依照自己意願，預立「生前預囑」(Living Will)，應用於死亡迫近之際可由醫師撤除維生醫療設備，這是全球第一部個規範病人自主權的特別法。

一九八三年美國加州通過《醫療委任代理人法案》(*Durable Power of Attorney*

---

<sup>110</sup> 原文“Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body; and a surgeon who performs an operation without his patient's consent commits an assault for which he is liable in damages.” 參見 *Schloendorff v. Society of New York Hospital*, 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92 (1914).

<sup>111</sup> 葛謹：〈植物人權益與安寧緩和醫療條例之發展〉，《台灣醫界》第 52 卷第 1 期(2009 年 1 月)，頁 30。

<sup>112</sup> Peter A. Ubel 著，張瓊懿譯：《生命的關鍵決定：從醫生決定到病人決定的時代》(臺北市：行人文化實驗室，2013 年 7 月)，頁 51。

Act)，該法案允許病人指定一位醫療代理人，在病人意識不清或無法做醫療決定時，代為行使醫療決定權。同年，美國密蘇里州二十六歲女性Nancy Cruzan因車禍腦傷而深度昏迷，四年後，其父母親覺得女兒已無望恢復神智而向醫院提出撤除所有維生系統之要求，但醫院以需有法院命令為由拒絕，她的父母親為此持續上訴，直至一九九〇年美國最高法院對本案判決結果，只要有充分證據顯示，病人有權拒絕任何延長生命醫療措施，包括停止餵食、餵水，因此「同意撤除所有維生系統」，Cruzan則於撤除灌食之胃管後十一日離世。此案與其他類似案例突顯了臨床上的倫理難題：當病人的生命完全依賴醫療設備來維持時，醫師是否有權利中止或撤除這些用於維持生命的醫療設備，使病人能夠自然地抵達生命終點；以及病人是否有選擇不接受醫療之權利，即便其結果是導致病人本身的死亡。

美國國會為避免因各州法律之差異造成混亂，遂於一九九〇年通過《病人自決法案》(The Patient Self-Determination Act, PSDA)，<sup>113</sup>建立「預立醫療指示」之法律定位，以法律形式尊重與確認病人的醫療自主權，病人可以通過「預立醫療指示」維護自己對於醫療方式的選擇權利。時至今日，病人享有「拒絕醫療」的「消極自主權」已成為美國的全民共識。憲法保障人的尊嚴、隱私與自由，並非取決於「病人的存活時間、病人是否處於末期、病人有無自決能力」，而且不只病人可以依照其身體自主權而選擇不接受維生醫療，當病人失去意識無自決能力時，亦可由醫療代理人以病人的「預立醫療指示」作為明確之證據，<sup>114</sup>替代病人作出醫療決定醫療。

一九九四年德國最高法院肯定「無行為能力病人」也有拒絕包含餵食、餵水

---

<sup>113</sup> Patients are given written notice upon admission to the health care facility of their decision-making rights, and policies regarding advance health care directives in their state and in the institution to which they have been admitted. Patient rights include:

- 1.The right to facilitate their own health care decisions (知情權)
- 2.The right to accept or refuse medical treatment (同意權)
- 3.The right to make an advance health care directive (預立醫療指示權)

Facilities must inquire as to whether the patient already has an advance health care directive, and make note of this in their medical records.

Facilities must provide education to their staff and affiliates about advance health care directives.

Health care providers are not allowed to discriminately admit or treat patients based on whether or not they have an advance health care directive.

<sup>114</sup> 釋慧開：〈大家來關心「病人自主權利法」(四)〉，《人間福報》第13版，2015年11月8日。

等人工維生措施的自主權，只要這是病人的「推定意願」(der mutmaßliche Wille)。德國聯邦法院於二〇〇三年確定「預立醫囑」(Patientenverfügung)之法律效力。二〇〇九年德國修正民法典第一九〇一條若干規定，確立有同意能力之成人得以書面方式預先訂立醫囑、選任醫療委任代理人，對自己在失去同意能力時是否接受特定健康檢查、治療措施或侵入性醫療表示同意或不同意；病人得拒絕包含醫師認為有價值的維生醫療在內的任何醫療；掌握醫學上之專業意見是病人之意願表達或其代理人對其意願之確認的前提；病人自主權的效力與疾病的種類、期程無關，以及明確了病人意願表達方式之優先順序。二十多年來，德國對於病人自主權之保障漸趨完善。<sup>115</sup>此外，歐洲委員會(Council of Europe)於一九九七年於西班牙Oviedo簽署通過保護生物醫學領域的人權之《人權與生物醫學公約》(ETS No 164)，藉由「尊重預立醫囑」與「選任委任代理人之選擇權」等方式保障病人自主權。簽約之國家大致遵循公約精神，依據各國的法制情況再分別訂立、實施不同法律。譬如英國於二〇〇五年制定《心智能力法》(Mental Capacity Act)，凡是年滿十八歲的具備行為能力者，皆可在意識清楚時選任醫療代理人或預先做成醫療指示。

在澳大利亞，發生於二〇〇九年Brightwater Care Group (Inc.) vs. Rossiter案，四十九歲的Christian Rossiter原本是一位敏捷的野外健行者、攀岩者和自行車騎士，因為意外遭汽車撞擊導致全身癱瘓，依靠鼻胃管灌食維生，Rossiter自述「我是自己身體裡的囚犯，我根本就不能動，甚至於無法擦自己的眼淚。我無懼於死亡，但疼痛難耐。」要求Brightwater醫院停止為他供給營養及水分。醫院對此要求有所疑慮，遂向法庭請求裁示「停止餵食是否合法？」西澳大利亞最高法院作出一項深具意義之判決：(1) 本案與「安樂死」及醫師協助自殺無關。(2) 肯定病人有拒絕醫療之權利，醫院於病人神智清楚且同意下，得停止供應全身癱瘓者營養及水分。<sup>116</sup>

<sup>115</sup> 釋慧開：〈大家來關心「病人自主權利法」(四)〉，《人間福報》第13版，2015年11月8日。

<sup>116</sup> 釋慧開：〈大家來關心「病人自主權利法」(四)〉，《人間福報》第13版，2015年11月8日。

綜上述，從自主觀念之緣起和病人權利理論之發展歷程可看出，「自主」與「病人權利」的結合有著深厚的西方社會文化背景，並與西方文化根深蒂固的個人主義(individualism)傳統有著密切的關聯性。社會心理學者Uichol Kim(1994)指出個人主義的特徵是在自我與他人之間有明顯固定的個人疆界。在個人主義的社會，個人之間的聯繫比較鬆弛，每個人都期望要照顧自己或其親密的家屬，<sup>117</sup>個人主義的精神具體表現在個人的私有財產上、個人的空間、個人的權利上，傾向尋求更多個人尊重，追求更多個人快樂，其合理性奠基於西方社會近現代人權思想中的自主性理論。病人自主的核心在於病人作為個體存在所先天具有的個人自決權，它是天賦人權的實現形式之一。<sup>118</sup>經過臨床實務上一次又一次醫學倫理與人權之衝突情境和法律訴訟，逐漸探索出尊重自主與不傷害原則、行善原則、正義原則之間衝突的原因及其化解之道，其核心是對人權的尊重，具體內容則包含了知情同意、保密、隱私等等。然而，醫學倫理觀念常常受制於歷史、文化傳統之影響，即使不同國家之間的法律、倫理也經常有相互交流與影響。然而，病人自主觀念有著深厚的西方文化背景，強調個性自由和選擇自由的個人主義傳統，將如何融入於東方文化背景下，注重關係的家庭主義傳統的醫療情境之中，尚處於初步探索階段。

## 第二節《病人自主權利法》立法演進與現況

臺灣的醫學界、法學界及生命倫理學界皆普遍肯認生命權是最基本的人權，是人類所應享有的一切尊嚴和價值的根基。但對於病人自主權相關議題之研究尚處於初步階段。《憲法》雖然沒有明文規定保障生命權，但並不表示憲法沒有保

---

<sup>117</sup> 齊力：〈個人主義、集體主義與家族主義：三角關係的概念格局〉，《市師社教學報》2003 年第 2 期，頁 115-145。

<sup>118</sup> 雷錦程：〈病人自主性與家庭本位主義之間的張力〉，《醫學與哲學（人文社會醫學版）》第 29 卷第 3 期（2008 年 3 月），頁 9-12。



護生命權。學理上認為從《憲法》第十五條強調對於人民生存權之保護，包括「生命之尊重」與「生存延續保障」兩大面向，<sup>119</sup>以及大法官解釋釋字第四七六號，都是強調人民身體之自由與生存權應予保障；《醫師法》第二十一條「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」和《醫療法》第六十條「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」上述法律都顯示了對於生命保障之利益採取的是「生命絕對保護原則」，具體內涵為只要是法律所評價的人，無分生命力的強弱，即使是罹患重病、絕症、重傷或年老體衰等瀕臨死亡，依然受到寧過而勿不及的刑法的保護。<sup>120</sup>刑法與行政法架構雖然保護了生命，但也因此過度限制了原屬於病人權利之對於自己的醫療方式的「選擇權」。《憲法》對自我決定權亦無明文規定。學界認為《憲法》第二十二條「凡人民之其他自由及權利，不妨害社會秩序公共利益者，均受憲法之保障。」另外，在最高法院第五七六號解釋中也特別提到：

契約自由為個人自主發展與實現自我之重要機制，並為私法自治之基礎，除依契約之具體內容受憲法個相關基本權利規定保障外，亦屬憲法第二十二條所保障其他自由權利之一種。<sup>121</sup>

為此，立法院於二〇〇〇年立法通過首部與「末期病人自決」相關之特別法——《安寧緩和醫療條例》，就是在上述《憲法》條文、大法官解釋之法律基礎上制定的。目的是為了減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不實施心肺復甦術，還包括心理與靈性問題之舒緩、家庭與社會功能之協助，肯認末期病人在面臨生命終點時有選擇不接受醫療的權利更是其核心價

<sup>119</sup> 李惠宗：《憲法要義》第三版（臺北市：元照，2006年），頁217。吳庚：《憲法的解釋與適用》第三版（臺北市：三民書局，2004年），頁267。

<sup>120</sup> 林山田：《刑法各罪論（上）》，修訂五版（作者自版，2006年），頁47。

<sup>121</sup> 車浩：〈自我決定權與幸福家長主義〉，《中國法學》2012年第1期，頁91-92。

值所在。目的是為了保障末期病人或其親屬有選擇不接受心肺復甦的權利。對病人而言，這意味著「如果我已經到了生命末期，心肺復甦術或任何有可能延長我生命徵象，但無治癒效果的醫療措施，就不要再做了。」<sup>122</sup>

《安寧緩和醫療條例》之所以是一部與「末期病人自決」相關之特別法，其用意是在規範醫師雖然對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延之義務。但是對於「末期病人」則應當要尊重病人有選擇不接受醫療的權利，即「經醫師判定，罹患之疾病無法治癒，且病程近期內進展至死亡已屬不可避免之末期病人，在臨終時得以選擇不接受心肺復甦術(CPR)。」然而，知己之病情，方可作選擇。病人能否有效行使選擇不接受醫療的權利，還涉及了病人所具備醫學常識的程度，與是否有機會對自身的病情有充分的認識與瞭解。「知情同意」(Informed Consent) 法則繼承了源於西方生命倫理學、醫學倫理學及法學的學說及判例成果，肯認病人本人擁有身體自主權。《醫師法》及《醫療法》也明文規定了醫師有法定的說明義務，但是在臨床實務上，對於病人知情選擇之抉擇權利仍有保護不周之現象，譬如《醫療法》第六十三、六十四條規定「應向病人『或』其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意」，即形成了病人及其他關係人地位相同之狀況。醫療機構雖然進行告知病情，但告知的對象卻是病人的配偶與親屬，而身陷病痛之苦的病人仍然有可能被刻意隱瞞；若是遭遇病人意識昏迷、無法清楚表達意願時，自主權更是無法確保。

《安寧緩和醫療條例》肯認了病人本人簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」(以下簡稱「意願書」)，以及當病人生病昏迷且無法自己表達意願時，由其家屬親人簽署「不實施心肺復甦術(DNR)同意書」(以下簡稱「同意書」)，皆有「不予」施行心肺復甦術的效力指示。但是在臨床實務上，常有家屬無視病人本人曾經簽署「意願書」之事實，反而要求醫師一定要繼續救治的情形。至於由家屬們一致共同同意簽署的「同意書」，也並不完全肯定代表病人本

---

<sup>122</sup> 黃曉峰：〈為自己的人生寫功課〉，《安寧照顧基金會 安寧療護志工培訓講義》(2018年3月)，頁4。

人之意願。在適用對象僅限於「末期病人」，也影響了其他已罹患重病但尚未進入生命末期階段之病人的自主權利。即使衛生福利部中央健康保險署於二〇〇九年九月一日起新增八類非癌症重症末期病人也能接受安寧療護服務，並正式納入健保給付範圍。然而對於非「末期病人」，現行法規仍然找不到任何依據可以協助他們；醫師也因為需承擔相關法律責任，為了保護自己，也只能被迫積極救治或選擇遊走在法律邊緣。

基於上述背景與《憲法》保障人民身體自由之精神，二〇一五年十二月十八日立法院完成三讀立法程序，通過了在「自然死」的範疇下，以「為尊重病人醫療自主，保障其善終權益，促進醫病關係和諧」為宗旨之《病人自主權利法》，是臺灣首部亦是亞洲第一部「以病人為中心」，保障病人醫療自主與善終權益之專法。法案全文共有十九條，兼具保障病人有知情、選擇與的醫療自主權利，以及解決醫療機構與醫師急救義務的法律問題之雙重目的。在臺灣與醫事相關的現行法規中，沒有任何一部是以病人為中心而設計的。此法之立法精神與內容，不同於其他以醫療機構、醫療人員為規範對象的法規，譬如（1）確立病人有知情、選擇與決定之自主權原則，「病人」以外的其他關係人不得妨礙醫療機構或醫師依「病人」決定所採取之作為。相較於以往《醫療法》及《醫師法》的告知對象是包含病人在內的病人配偶、親屬或關係人之「病方」，此法的告知對象更為明確。（2）引進「預立醫療照護諮商」（ACP），由醫療專業人員與病人、病人家屬或其他重要關係人進行諮商、對話與溝通，目的在於提供醫療與法律資訊，使病人及其他參與者充分瞭解病人自主權內涵與範圍，幫助病人在共融關係中，自主訂定醫療照護計劃。（3）確立病人可以透過「預立醫療決定」（AD）來拒絕維持生命治療與人工營養及流體餵養之權利，同時規定在病人邁向死亡的過程中必須給予緩和醫療及其他適當處置，以輔助病人在拒絕維持生命治療後真正能得到善終；（4）允許病人預立「醫療委任代理人」（Health Care Agent），使病人自主權得以延伸至意識昏迷或無法清楚表達意願時；（5）確立病人在特定臨床條件下之拒

絕維持生命治療，並要求醫療方提供緩和醫療及其他適當處置之醫療權。由於有諸多理念與目前的醫療法規、民眾的觀念與習慣有所不同，為了法案施行順遂，特別預留三年緩衝期，使政府與民間有充裕時間制定相關施行細則，做好社會對法案的認識和準備工作，使民眾在充分認知下，保障自身善終的權益。《病人自主權利法》已於二〇一六年由總統正式公布，將於二〇一九年一月六日施行。

《病人自主權利法》之特點在於引進「預立醫療照護諮商」(ACP)與擴大「預立醫療指示」(AD)適用範圍與內容。其中，「預立醫療照護諮商」(ACP)是指個人在意識清楚及有決定能力時，為其將來可能失去決定能力的情況，基於個人的信念、價值觀與宗教信仰，將自己能夠接受之醫療照護方式與希望善終之意願，的預先規劃過程。凡年滿二十歲、心智能力健全具有完全行為能力之意願人，即可經由：(1) 意願人本人；(2) 二親等內之親屬至少一人，若有指定醫療委任代理人，亦應一同參加；(3) 醫療機構，三方共同參與之ACP諮商會談，針對意願人將來一旦落入末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、其他經中央主管機關公告之病人及病狀或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形等五種特定臨床條件之一，導致其無法清楚表達意思意願之情況，由意願人將自己最希望獲得何種醫療照護方式、是否接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養之意願等相關問題，以及自己對於生死問題的看法，預先與家屬及醫療委任代理人溝通說明的過程。

ACP 諮商會談的重點在於醫療團隊與意願人透過充分的溝通，來幫助意願人釐清個人對醫療照護的價值觀和目標，思考自己萬一處於五種特定臨床條件時，希望接受或是不接受哪些醫療方式，譬如維持生命治療、人工營養和流體餵養等醫療措施，以及個人對於善終的想法和意願。研究者認為 ACP 諮商會談本質上是一堂真人實境的生命教育之生死課程，每個人都應該按照自己的價值觀，向醫師提出自己所希望的治療方式，更何況是攸關性命的治療問題，更應該向醫師清楚表達自己的想法，同時藉由意願人對於自己的「終」身大事預作思考、醫

療方式的選擇等等，未雨綢繆地就這些平時難以啟口，甚至被視為禁忌的議題，預先與家屬、醫療團隊進行理性的討論和感性的互動溝通，以確保自己將來無法參與自身的醫療決定時，能得到符合個人的意願的治療和照護。在諮商會談時，醫療團隊不再是醫師說了算的權威式醫療，而是必須尊重意願人的價值觀，讓意願人可以按照自己的希望和需求，表達個人對醫療的看法，醫師對於意願人所提出的問題須知無不言，提供意願人的資訊越詳實越好，並且通過談話溝通來引導意願人和家屬思考對疾病治療和善終的想法。ACP 諮商會談如果少了「以病人為主體」、「讓病人更幸福」這兩個關鍵要素，就失去了其本意。

完成 ACP 諮商會談之後，由意願人簽署「預立醫療決定」(AD)書面文件，並且經由公證或見證人簽署，使其具有法律的保障效力，在健保憑證完成註記，這項機制可用於「輔助」意願人的意願得到充分的尊重。萬一將來遭遇五種特定臨床條件而失去決定能力時，醫療機構或醫師得依其預立的醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，包括心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等，並且提供緩和醫療及其他適當處置，使病人（即意願人本人）得以善終，病人的家屬或醫師都不可以代替病人作決定，這是與末期病人適用安寧緩和條例最大的不同。與此同時。醫療機構或醫師依《病人自主權利法》執行病人的「預立醫療決定」(AD)，亦可免除刑事及行政責任。而且這些醫療決定是經由事先與醫療團隊、家屬和醫療委任代理人的深入諮商溝通之後而產生的，也正是由於事先的坦誠溝通和情感交流而建立共識，最大程度地避免將來因為家屬不理解病人是在何時、如何及為何而做出這份醫療決定而產生的矛盾，並且有助於家屬因充分理解病人的意願和決策過程，能夠發揮較好的關懷陪伴與醫療照顧之功能，進而彼此能夠相互理解原因、成全意願，達致生死兩相安之境界。

作為亞洲第一部為了維護病人醫療自主和善終權益之專法，《病人自主權利法》從公告到正式施行有三年緩衝期，其目的是為了有充分的時間積累實務經驗

和制訂相關子法，亦是為了進行專業人員的培訓及大眾宣傳教育工作。衛生福利部委託臺灣安寧照顧基金會執行推廣計劃，選定包含醫學中心、區域醫院以及地區醫院之不同規模、不同地區的七家醫院，包括台大醫院、台北市立聯合醫院、彰化基督教醫院、衛生福利部南投醫院、奇美醫院、若瑟醫院、台東馬偕醫院進行試點，為民眾提供預立醫療照護諮商和簽署預立醫療決定服務。經由醫護團隊與不同地區，與不同年齡、不同族群之民眾談論善終議題的諮商過程遭遇的問題與經驗，做為制訂《病人自主權利法》子法及施行細則之參考；通過七家醫院試點，了解民眾對《病人自主權利法》的認知程度和進行宣傳教育工作，同時評估實施ACP諮商會談所需之人力資源與相關配套措施。

《病人自主權利法》之立法精神為促進醫病和諧，同時保障病人的醫療自主及實現善終權。然而，法律本身是中性的概念，每個人對於法律的價值認知是主觀的，在不同的環境與文化脈絡中，法律對有尊嚴地死亡的理解與想像常有出入，甚至可能會產生與現實間的衝突以及解釋上的矛盾。因此，只靠法律就能保障病人醫療自主的權利嗎？僅僅依靠法律的規範就能影響人們看待有尊嚴的死亡的態度嗎？我們應該把我們自己理想中的權利，強往別人身上推嗎？研究者認為民眾對於新式的醫療觀念還存在漫長的認識和接受的過程，加上民眾對疾病、醫療常常有不全面、不正確的理解，醫療人員如何在繁忙的臨床工作中與緊張的醫患關係下，如何使家屬、醫療人員願意尊重病人的自主意願、遵守這部沒有罰則和約束力的法律仍是相當大的考驗。換言之，僅依靠法律的規範是不足以為病人醫療自主和善終權提供完全保障，還需要從不同的視域看待病人醫療自主與善終議題，例如從強調自我、權利和自由的個人主義視域，以及從強調關係、關懷、愛的關懷倫理視域看待此議題。

### 第三節 個人主義視域下的病人自主與善終

《病人自主權利法》以「尊重病人醫療自主，保障其善終權益」為立法宗旨，其淵源可溯及西方社會自十八世紀啟蒙運動以來追求個人自由的價值觀有關，相信個人能夠不受外在的權威影響，只根據自己的需要與實際情況作出符合自己的選擇的理性能力，而且個人自主的權力是最優先的。當代自由主義(liberalism) 以個人主義原則為基礎，<sup>123</sup>認為每一個人都有基本自由和權利，能夠而且應該成為實現自我、成就自主的人，人有權決定自己的人生方向和價值追求。強調尊重個人的自主性和以自身做為判斷標準，主張自由社會的核心就是要公平的對待並尊重每個人的偏好，認為病人有選擇不接受醫療干預其生命的自然變化過程之權利屬於基本人權，而且此項權利的主張與實踐並不損害他人的利益，病人是否接受醫療處置、接受何種醫療處置，完全屬於個人的權利範圍，毋需顧慮家屬親友的內心感受，也不需要聽從醫師的專業建議。這些觀點建立在人是能夠為自己行為負責之主體，對自己負責既是生命尊嚴之核心，也是人類生命的目的本身。如同康德認為人是理性的存在者，人作為「目的本身」，必須把「自己為自己負責」作為目的，並且由此搭建起整個道德秩序的王國。<sup>124</sup>在此基礎上進一步考量和決定自己的生命是否值得活下去，則是正確理解「病人善終自主權」的根本前提。

「病人善終自主權」議題之興發，源於現代醫療知識與技術快速普及發展，以及人權保障意識蓬勃發展，促發並鞏固了個人對於自身之身體、未來的人生、追求的價值享有最終決定權之權利意識。因此，屢屢出現通過法律訴訟爭取醫療自主權利之案件，譬如美國Ann Quinlan的父母親以活著要有尊嚴為由，要求醫師拔除女兒的維生醫療設備但被拒絕，法院判決肯定人有權選擇不接受其不想要

---

<sup>123</sup> 劉笑言：〈自由主義 vs. 父愛主義：國家干預的正當性理由分析〉，《雲南行政學院學報》2010年第5期，頁30-32。

<sup>124</sup> 胡宜安：《現代生死學導論》（廣州：廣東高等教育出版社，2009年），頁60。

的治療，而且病人拒絕醫療之決定優先於醫師的行善義務；美國Nancy Cruzan的父母親覺得女兒因車禍腦傷而深度昏迷了四年，且恢復神智無望的情況下，要求醫院撤除所有維生系統但卻遭到拒絕，法院判決病人有權拒絕任何延長生命醫療措施，包括停止餵食餵水；澳洲Rossiter則因車禍導致全身癱瘓，只能依靠鼻胃管灌食維生，於是自己要求醫院停止供給營養及水分但未獲同意，法院判決病人有選擇不接受醫療的權利，醫院於病人神智清楚且同意下，得停止供應全身癱瘓者營養及水分。

這些法院判決案例之共同點在於病人及其家屬可否主張拒絕其不想要的治療之權利，也就是醫療自主權與醫療父權孰重孰輕的倫理觀抗衡問題。上述案例與事件的背後蘊含著笛卡兒的二元論(dualism)，將心靈與物質視為獨立存在的兩實體，身體是物質，自我意識是心靈。認為身體與心靈不能交互作用所。但這一理論與人的心理與生理活動的協調一致明顯不符。<sup>125</sup>後來直至法國現象學家梅洛龐蒂(Merleau-Ponty)提出修正，認為人之所以有意識，必然是因為意識到他物，知覺到其他人、事、物的存在。<sup>126</sup>至於身體對世界知覺，是身體本身的主體與客體、心靈與肉體連結交織之結果，人是一種兼具身體的具體存在與意識的精神存在之特殊的存在。然而，我們自己來說，身體主體的存在不可能是一個可以從外在加以觀察的對象或物體。我們只能透過身體的體驗來體驗到自己，因此認為身體就是我們自己。<sup>127</sup>這也是在現代醫學領域，藉由探究解剖學意義下的人體構造、生物學、化學以及其他相關科學技術發展下的細胞分子結構，視病人為一具功能有障礙的生物有機體，並且對「它」保持客觀性質的檢視，按照「生物診斷」模式來探究和解答人類個體發展的自然規律，這也是現代醫學關注重點在於如何以病理學(pathology)的手段來對治疾病之根本原因，也就是那些經由醫師客觀確診的生物結構或功能的變化而導致的症狀。上述案例也同時反映了現代醫學的進

---

<sup>125</sup> 趙敦華：《西方哲學簡史》（臺北市：五南，2002年），頁295。

<sup>126</sup> 陳明珠：《身體傳播——一個女性身體論述的研究實踐》（臺北市：五南，2006年），頁9。

<sup>127</sup> 林遠澤：《關懷倫理與對話療癒：醫護人文的哲學探究》（臺北市：五南，2015年），頁97。



步與科技的發達，雖然可以克服許多疾病的威脅，挽救許多人的生命，甚至延長絕症病人的壽命，但終究無法超克生命的最終歸宿——死亡。

換言之，醫師盡心盡力地以人工維生系統延長病人的生命，充其量也只是延長病人的個體生命的死亡過程。對於生命末期的病人而言，種種醫療措施往往加劇了其生理、心理、社會及靈性層面的痛苦與折磨，不僅損害身為人的尊嚴，也連帶加重家屬的經濟與精神負擔。然而，病人在治療過程(curing)中的遭遇的痛苦和折磨，卻往往不被醫師視為主要考慮的問題。加上現代個人的自主意識高漲，認為人的「尊嚴」(dignity)是體現在完整、理性、能自己掌控事物的基礎上，一旦失去這些心智的能力，也就失去自我感，意謂著喪失了人之所以為人的「尊嚴」。在此背景下，一些罹患重病的病人以實際行動響應了當代自由主義之訴求，認為人有根據自己的需要與實際情況作出符合自己的選擇的理性能力，每個人與生俱來就有支配自己最終命運的權利與自由，包括病人有自由選擇自殺、安樂死的權利。

#### 第四節 關懷倫理視域下的病人自主與善終

相對於以個人主義視角來看待身體觀，以及為了維護個人生命尊嚴所採取的自殺或安樂死方式，傅偉勳認為：

自殺是個人要放棄整個世俗生活，一個人真正要自殺，我們對他是無能為力的。死亡是個人的事，社會只能給予愛的關懷，除此之外社會不能向個人命令你不可以死，或你必須怎麼死，社會沒有這個權利。<sup>128</sup>

---

<sup>128</sup> 薛文瑜：〈瀟灑走過死亡——傅偉勳專訪〉，《台灣光華雜誌》（1994年4月），頁85-86。

關懷倫理則從人與人之間相處原則的視角發出另一種聲音。關懷倫理所強調的與華人社會重視的傳統倫理觀念相近似。華人受《孝經》「身體髮膚受之父母」之影響，普遍認為愛護自己的身體是一種對父母負責的基本態度；基督教亦認為「兒女是上帝所賜的產業」（詩篇127: 3），皆意喻著身體對我們而言，只有使用權，而非所有權。從關懷倫理視角來看，「關懷」乃道德實踐的基礎。面對正處於飽受疾病威脅的生命，也就是正在經受著生理、心理、社會及靈性層面的痛苦與折磨的「人」。由於每個人都是獨特的，因此每位被關懷者（病人）所感受到的痛苦和擔憂的問題也都是不同的，關懷者應以親切關懷之態度，關心「病痛」(illness)、「疾病」(disease)與「惡疾」(sickness)對於被關懷者所造成的種種困擾，「病痛」是蘊含個人體會的、帶有主觀的不健康感覺，以及其所處的社會文化背景對於症狀的理解和所呈現的心理反應。Toombs則認為「病痛」(illness)具有生病、病痛、病患、病情之意涵，是指醫師身為診斷確定、個人病痛體驗的生病經驗；「疾病」(disease)則是生物醫學模式詮釋下的疾病，祛除病人體驗的成分，將其體驗轉譯為客觀的疾病普遍特性。<sup>129</sup>「惡疾」(sickness)通常伴隨著疾病而生發且可能牽涉社會道德力量的主觀經驗，人類學家Arthur Kleinman將「惡疾」定義為包括經濟、政治、制度等相關社會力量之異常的體認。<sup>130</sup>生病經驗是基於疾病的發生，對任何人而言，都是影響生活的重大「事件」，病人會身心的體驗及所處的社會文化脈絡之影響，甚至從個人過去的生活經驗來解釋和看待生病的原因與現象經驗，也會感受到生病狀態對他當下與未來生活世界將造成怎樣的影響。身陷於時間與空間交織的激流中，反覆體驗著人與病的遭逢與衝擊的病人，此時就凸顯家屬的照護對於維持家庭成員的情感連結的重要性，尤其華人文化強調家庭是提供其成員生活品質的決定要素。<sup>131</sup>家屬往往需要透過溝通、摸索，方能使

---

<sup>129</sup> 圖姆斯著，邱鴻鐘、陳蓉霞、李劍譯：《生病的意義：從現象學來說明醫生和病人的不同觀點》（青島：青島出版社，2000年）。

<sup>130</sup> 凱博文著，陳新綠譯：《談病說痛：人類的受苦經驗與痊癒之道》（臺北市：桂冠，1995年）。

<sup>131</sup> Chan WC, Epstein I, Reese D, & Chan CL: Family predictors of psychological outcomes among

某些隱而不顯的困境得以開朗。譬如家屬、親友或更廣大的社群關係如何就病人的病症進行解讀和反應，以及病人在治療與復原過程中的安適與需求。換言之，從關懷倫理的視角不會把病人當作一具功能有障礙的生物有機體，而是以一位需要被關懷的「人」；關懷者所關注的焦點亦不僅限於病人的疾病，而是關懷這由疾病所生發的病痛和種種困擾。

諾丁斯從她觀察女性所展現一種自然的驅力去滿足新生兒需求的行為，認為倫理的關懷亦會是此種模式。關懷倫理注重女性獨特的傳統活動和經驗，如生養撫育兒女，她主張的關懷倫理與康德所主張的正義及自主原則，或男性主義定義的個人主義或倫理道德之模式和策略不同，關懷倫理始於確認互動、互賴，以及關係的重要性。Kendrick及Robinson亦指出，關懷是一種關係倫理(*relational ethic*)。關懷者要在關懷過程中負起責任(*responsibility*)，從病人的角度與之對話(*dialogue*)，並且瞭解病人所感受到的不舒服、疼痛或痛苦(*suffering*)及其生活面貌，進而引導病人自身將病痛的存在轉化(*transformation*)為反省生命意義的重要契機，從而使病人感受到被關懷。<sup>132</sup> Arthur Kleinman認為疾病受苦經驗的本身是「互為主體」(*intersubjective*)的，譬如癌症、憂鬱、心臟病等疾病，事實上都涵蓋人與人之間的某種經驗，是一個具有關係性的受苦類型。<sup>133</sup>病人之所以為病人，正因為他因罹患疾病而不能完全自主，同時需要他者的照顧。醫生與病人互動過程中出現種種寓意深刻的倫理難題，迫使我們去思考和正視平等的理念，而不是以人的主體性來節制醫病關係權力上不平等的現象。這也是詹納(Richard M. Zaner)將醫療行為的主體視為「相互主體性」的原因。<sup>134</sup>對於長期病痛、失能甚至已來到生命末期的病人而言，由於身體機能的破壞，連同意義體系和意識也被

---

Hong Kong Chinese Cancer patients in palliative care: Living and dying with the “support paradox”. *Social Work in Health Care* 48(5) (2009): 519-532.

<sup>132</sup> 曾雯琦：〈從關懷倫理重建自殺照護〉，《護理雜誌》第 53 卷第 6 期(2006 年 12 月)，頁 14-19。參見 Kendrick, K. D., & Robinson, S.: ‘Tender loving care’ as a relational ethic in nursing practice. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 9(3), (2002). p. 291-300.

<sup>133</sup> 蔡友月：《達悟族的精神失序：現代性、變遷與受苦經驗的社會根源》(臺北市：聯經，2009 年 7 月)，頁 77。

<sup>134</sup> Richard M. Zaner 著，蔡錚雲、龔卓軍譯：《醫院裡的危機時刻》(臺北市：心靈工坊，2004 年)，頁 33。

擾亂，進而觸發存在、生命與死亡等相關問題，靈性的需求經常悄然萌生。當一個人的生命即將走向終點時，以救治為主的傳統醫療，似乎無法幫助病人及其家庭；反而以關懷、療癒為主的照護較能滿足病人及其家屬心靈、情緒、社會及自體的需求。<sup>135</sup>身處此等情境中的病人及其家屬，最能夠體悟到人並非只是一個孤立的個體，生命的意義與價值往往是在「關係」當中得到安頓，因為「關係」是人性全面存在體驗的基礎，可以使人與自我的，與特定事物的、與他人的、與自然環境的，甚至是與「超越」(the transcendent)秩序的連結。<sup>136</sup>這也是關懷倫理視角來看待身體觀及個人生命尊嚴的途徑與方式。

換言之，人的「尊嚴」亦非只是在個人的孤單身影上呈現，而是從多元的「關係」中自然地顯現。譬如既可以從自我的延續與傳承、自我欣賞和接納、對未來的希望等方面維護個人的尊嚴與自我價值，也可以從活在當下、維持正常生活和追求心靈平安等生活態度等方面體現。因此，研究者認為將諾丁斯關懷倫理學運用在病人醫療自主與善終之議題討論上，可以由反省的思維對於病人自主與善終之議題加以解構和重新定義。意願人與家屬在「預立醫療照護諮商」(ACP)過程中通過理性對話和情感交流，形成參與共同決策的過程，並由此合力拓展一些思考的方向，諸如意願人和家屬通過在諮商會談，瞭解醫療的作用與限制，讓家屬自然的「接受」醫療自主和善終的重要性及其意義；家屬可以預先瞭解將來有哪些可行的醫療照護方式來表達其關懷之意；瞭解關懷陪伴病人完成善終的意願，不但是可實踐的，而且要簡約易行且合乎倫理的陪伴進路。因此，關懷倫理視角下的醫療人員必須體認到他們代表人類的良心，一如神職人員代表人類的靈魂，盡力幫助病人紓解病痛，醫療行為則是「互為主體」的關懷互動關係，諸如透過安寧緩和醫療、預立醫療照護諮商及預立醫療決定等方式，盡最大可能地維護個人生命尊嚴，而不是以醫助自殺或「安樂死」方式，提前結束自己生命。亦如伊

---

<sup>135</sup> 江蘭貞：〈從醫療結構看現代臨終關懷〉，《安寧療護雜誌》第8卷第4期（2003年11月），頁410-421。

<sup>136</sup> 黎建球：〈現代人的死亡焦慮〉，《哲學與文化》第39卷第12期（2012年12月），頁6。

麗莎白·庫伯勒-羅斯所言：「以醫助自殺方式結束痛苦，這等於剝奪了人們在『畢業』前學會最後一堂課的權利，即學習忍耐與順從。」<sup>137</sup>



---

<sup>137</sup> Elisabeth Kübler-Ross 著，李永平譯：《天使走過人間》（臺北市：天下遠見，2009年），頁349。

## 第四章 《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋

《病人自主權利法》第九條規範了「預立醫療決定」之相關規定，其中，「預立醫療照護諮商」(ACP)之重點在於醫療團隊與意願人透過充分的溝通，來幫助意願人釐清個人對醫療照護的價值觀和目標，思考自己萬一處於五種特定臨床條件時，希望接受或是不接受哪些醫療方式，通過意願人與家屬之共融決策過程，形成具有法律效力之尊重及保障意願人自主決定權的機制。研究者從互為主體、情意交流、全神關注、動機移置四個方面，展開《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋。研究者製作了一個簡圖（如下）方便參考之用：

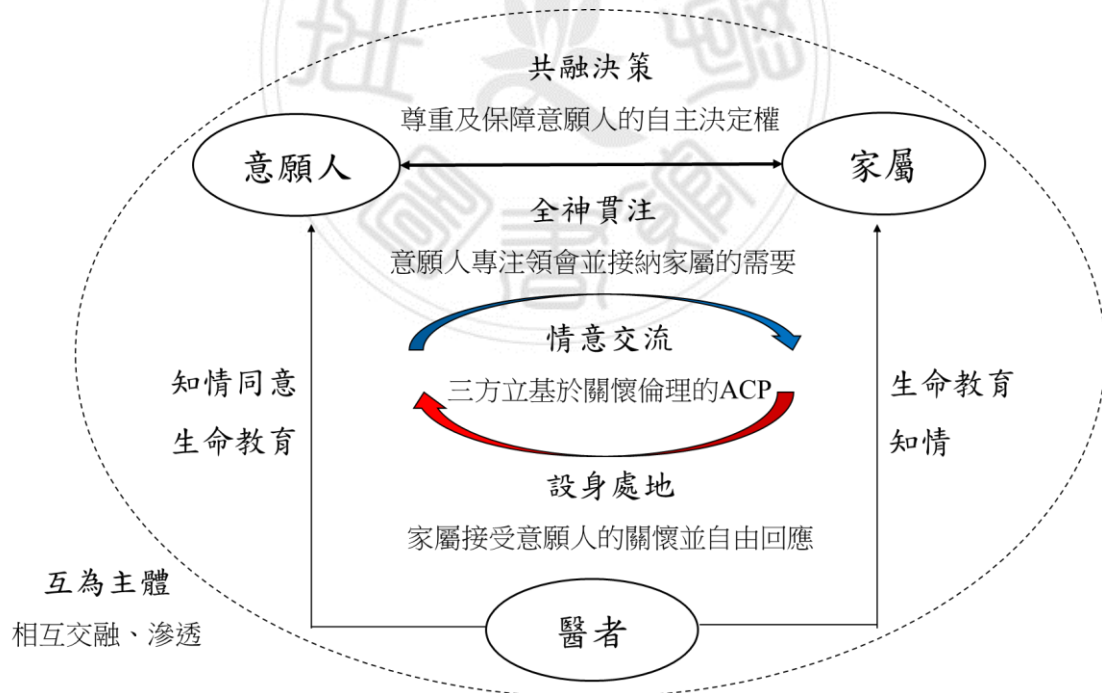


圖 1 《病人自主權利法》之關懷倫理學詮釋示意圖

資料來源：研究者自製

## 第一節 互為主體——家屬關懷與病人自主之互動基礎

互為主體性(intersubjectivity)作為現代西方哲學的重要理論範疇之一，它最早是由現象學家胡塞爾提出的，其定義為兩個或多個主體之間相互分享或經驗其狀態。<sup>138</sup>在現象學中認為知識來自生活經驗，唯有經驗才是事實，因此，人類要知道這個世界唯有經驗它並與它產生互動，要瞭解事實必須瞭解主體的生活經驗，其內涵是在主體間的互動關係的基礎上展現出來的。互為主體性強調的是交往活動過程中主體之間的互動性，以及主體在建構互為主體性關係中所發揮的功能作用。<sup>139</sup>人的存在是體現在人與人之間的相互交往、相互溝通、相互需要、相互協作的關係之中。人不是也不能孤立的存在，人從剛誕生的那一刻開始，就已作為主體並且以哭聲與肢體動作與他者、與世界展開溝通交流活動。人類在與他者溝通過程中，透過與他者的關係，意識到自身，一旦自身與他者之間的溝通，由單向的傳遞訊息進入到互有往來的互動狀態時，便進入互為主體的狀態中。譬如，家庭人際關係即是相互交融、滲透且共在的「互為主體」關係。

家庭是人生最重要的場所，人生是從家庭開始的。家庭的核心功能包含愛、感情、友誼的交流及培育，健康照顧（保護健康促進、疾病預防與疾病處理）、經濟資源、認同及歸屬感<sup>140</sup>。在家庭人際關係中，人與人之間互為主體，人從一開始的被關懷，經由彼此溝通交流，學習認識自身，也學習關懷他者，包括關懷其他人類、地區、目的、動、植物及理念。尤其是在華人社會文化根深蒂固的家庭倫理價值裡，家庭作為生命共同體的一個單位，是一個人得以安身立命的最後歸宿之處和最佳護佑的場所。家人之間是一種「你中有我、我中有你」的自然、

<sup>138</sup> 謝美惠、王秀紅：〈護病互為主體的陪伴概念與意涵〉，《志為護理-慈濟護理雜誌》第 10 卷第 4 期（2011 年 8 月，頁 58-63）。

<sup>139</sup> 呂鳴章：〈論人的交互主體性的提出〉，《山西高等學校社會科學學報》第 21 卷第 10 期（2009 年 10 月），頁 50-53。

<sup>140</sup> Perri J. Bomar, *Promoting Health in Families: Applying Family Research and Theory to Nursing Practice*, 3rd ed. (Pennsylvania: Saunders, 2004).

特殊且不可分割的情感連結關係，不僅存在著相互牽連、相互涉入以及彼此無條件承擔著照顧與扶持的責任與義務，同時還具有「承先啟後」之使命。家人之間的親密關係植基於真誠、同理、互助與承諾，家庭內部的人際關係則是匯聚了無數情感與承諾之結果，而這一切都是由人與人之間的互動與交流之中逐步積累而成的。儘管社會、文化環境發生了巨大變化，家庭是關懷最原始的場域與社會最基本單位的歷史地位至今依然沒有改變。然而，人一生當中難免會有遭逢疾病和意外傷害事故而成為病人的時候，人往往也是在此時最容易體會到自身的脆弱與無力，亟需尋求親近來反抗分離，並且體悟到家屬的關懷和陪伴才是渡過難關的最堅實後盾。尤其在「關係取向」華人社會文化裡，自己與家人同屬生命共同體的一份子，若家庭成員中有人生病或受傷，關懷照顧病人則被家屬視為理所當然的責任。與此同時，病人的病情變化亦隨時牽動著每一位家屬的情緒，嚴重時甚至造成憂鬱、焦慮與恐懼等現象。因此，任何與病人有關的醫療決策，皆為病人與家屬們共同關注的焦點，即使有自主能力的病人，基於關懷之情以及擔心自己可能成為家屬的負擔，在考量自身的醫療決策前，不可能不考慮對家屬之衝擊與影響；至於沒有自主能力的病人，家屬則因擔心病人知曉病情的真相會影響病人的信心，進而干預病人對於自身病情知的權利。除此之外，病人與家屬在考量相關醫療決定時，也會各自顧及到醫療決定可能會對對方的生活造成哪些影響。因此，病人與家屬之間亦可能因為病情及相關醫療決定的難言之隱，而出現隱而不論的溝通鴻溝。

詹納觀察到病人及其家屬在面對疾病與死亡問題時，往往隱藏了許多的秘密，尤其是涉及「道德」的問題更是經常造成人們內心的困擾。然而，人們會很少察覺到自己有這樣的傾向，即使想要溝通，也無法直接掌握到問題核心。<sup>141</sup>研究者認為病人與家屬之所以會在病情狀況及醫療決策上出現需要隱藏秘密的困擾，其背後的原因在於家屬「關懷」與病人「自主」之互為主體的關係。關懷是

---

<sup>141</sup> 林靜秀：〈回到臨床場景的醫病對話：梅洛龐蒂立基於知覺身體的表達語言〉，《東吳哲學學報》第 23 期（2011 年 2 月），頁 45。



在情感的接受與交流下，希望對方的願望能夠得到最佳的實現。成熟的關懷關係是病人與家屬雙方都能相互地關懷和被關懷，相互成就彼此的關懷與理想。「成熟的關係，其特徵是相互性(mutuality)。雙方互為施者與受者——只要有機會的話。」<sup>142</sup>病人與家屬皆出於為對方考慮的關懷之情，亦即除了考慮自身的「自我」外，還同時還能想到他者的「自我」存在。能夠考量到「自我」對他人的存在，需具高度的覺察能力。<sup>143</sup>這個由自我與他者開放的交互作用而形成不同主體性之間共同體，本質上存在著產生相互理解的可能性。亦即病人的「自我」與家屬的「自我」之間沒有明顯疆界。

研究者引用諾丁斯在教育上的理念「對話是學會如何創立和保持與他人的關懷關係的基本方法。」<sup>144</sup>來闡述病人與家屬原本就存在著相互牽連、相互涉入，以及彼此無條件承擔著照顧與陪伴的責任與義務。因此，有自主能力的病人基於關懷之情，以及擔心自己可能成為家屬的負擔，而選擇拖延就醫或對家屬隱瞞病情；家屬則擔心病人瞭解病情的真相後會失去治療的意願與信心，家屬們的心中時時掛念著病人，基於希望為病人分憂解勞的關懷之情而干涉病人的知情權利，或者想法設法為病人尋求各種可能的治療方法。對此，諾丁斯引用 Oliner & Oliner 的觀點「一個人關懷能力的強弱取決於被關懷者如何對待他人。」<sup>145</sup>，並認為「教學的難易繫於學生，醫療的難易繫於病患。」<sup>146</sup>換言之，家屬（關懷者）出於關懷所做的種種努力，最終還得取決於病人（被關懷者）如何回應與決定。而且病人與家屬之間的溝通與對話，則是影響病人如何回應與作決定的關鍵。溝通是為了使關懷者與被關懷者彼此能意識到對方的想法與感受，家屬與病人唯有跨越彼

---

<sup>142</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》（臺北市：洪葉，2004年），頁98。參見 Nel Noddings, *The challenge to care in schools an alternative approach to education*. (New York & London: Teachers College Press, 1992), pp. 17.

<sup>143</sup> 何友暉、陳淑娟、趙志裕：〈關係取向：為中國社會心理方法論求答案〉，載於楊國樞、黃光國主編：《中國人的心理與行為》（臺北市：桂冠，1991年），頁49-66。

<sup>144</sup> Nel Noddings, *The challenge to care in schools*. (New York: Teachers College Press, 1992). p. 53.

<sup>145</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》（臺北市：巨流，2008年），頁242。參見 Oliner, S. & Oliner, P. M., *The altruistic personality: Rescuers of Jews in Nazi Europe*. (New York: Free Press, 1988).

<sup>146</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》（臺北市：巨流，2008年），頁242。

此自我意識的鴻溝，在互為主體的共融關係中，達到彼此關懷之目的。

## 第二節 情意交流——立基於關懷倫理的預立醫療照護諮商

「關懷倫理學乃立基於人類的情境之中。每個人都需要關懷，並賴以維生，每一個人類，在人生的每個階段，的確都希望從他人身上的到積極的回應。」<sup>147</sup>人人都希望在自己與他者的溝通過程中能夠獲得積極的回應，而態度則是影響溝通良好與否之先決條件。真正的溝通，往往是超越語言的，在互為主體的共融關係中，溝通往往是情感的體會與擬入。廖永靜認為溝通的內涵包括了表面應酬語的表層、角色經驗談的中間層，以及內心秘密表露的深層三種對話層次。<sup>148</sup>其中，深層對話奠基於互為主體的信任基礎上，需要的是愛與關懷之元素，對話內容不僅是內心最真實感受的表露，更是情感的依賴與愛的承諾，彼此尊重、接納、傾聽、同理，甚至無條件的關懷之真情表達。人與人之間的每一次深層對話猶如互相給予對方溫暖的擁抱。

「預立醫療照護諮商」(ACP)作為《病人自主權利法》重要機制，係針對意願人若發生五種特定臨床條件之一的情況時，希望得到怎樣的醫療照護方式，以符合其價值觀與最佳利益，同時就器官或大體遺愛捐贈、照護地點及往生地點選擇、希望的後事安排等與善終相關的問題，與家屬溝通的過程。ACP 諮商會談是一個奠基於信任基礎上之計劃性、自願性的深層對話過程。「溝通」則是影響 ACP 諮商會談成效的關鍵詞，溝通不僅只是醫療照護方式的溝通，同時是意願人內心情感的表露，以及對家屬的愛與承諾。這些都是平時難以啟口，甚至被視為禁忌的話題，只有在尊重、同理、接納的氛圍中，意願人與家屬方能對於

<sup>147</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》(臺北市：远流，2008年)，頁240。

<sup>148</sup> 廖永靜：《做個 A+爸爸：成為快樂、民主、能溝通、肯學習的天才老爸》(臺北市：遠流，2003年)。

面向人生終點的醫療照護方式與善終心願展開深層對話。「人類關懷的意識顯示在關懷的接收上，像是公開的認可、回應的態度，或只是一種普通的幸福光彩。這項回應隨即會讓關懷者接收到。」<sup>149</sup> ACP 諮商會談可分兩種類型，一種是意願人於健康時，針對突發性意外預作準備的「未雨綢繆型」，諮商會談的重點在於指定醫療委任代理人及討論若發生特定臨床情況時對醫療照護方式的選擇；另一種是意願人經診斷已罹患重大傷病，在可預見的將來很可能會面臨重大醫療抉擇之情境，為此而預作打算的「重大傷病型」<sup>150</sup>。兩種類型諮商會談都是以「尊重自主」之倫理原則與法律對「同意」之相關規範為基礎，確保「同意」的規範受到尊重。<sup>151</sup>另外，辛格(Peter A. Singer)等人的研究亦顯示，意願人(病人)比較重視 ACP 諮商會談的社會功能，而不是它潛在的醫療結果。<sup>152</sup>

如同笛卡兒所言「我思故我在」。對「未雨綢繆型」的意願人而言，ACP 諮商會談是在自己在意識清楚具完全行為能力的時候，就自己將來可能發生的醫療照護問題，提前向醫療人員諮詢，以及與家屬溝通，目的是為自己的醫療照護方式和善終心願預作準備。《禮記·中庸》云：「凡事預則立，不預則廢。」經由 ACP 諮商會談的思考與對話過程，不僅能夠讓意願人感覺到對自己的未來有掌握感(sense of mastery)，感受到自己做主的存在感，以及不受他者支配的尊嚴感，也就是對自我生命的統合感，意指一種可以無期限地繼續支持自我生命的一種生活的方式或方法，而且還能帶動參與會談的家屬一起加入思考每個人都將面臨的醫療照護與善終議題。一方面是為自己的醫療照護及善終作預約，不希望被積極卻無效的醫療給自己的善終增添干擾，另一方面是因為意願人希望減輕家屬

---

<sup>149</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》(臺北市：巨流，2008年)，頁42。

<sup>150</sup> 孫效智：〈「病人自主權利法」評釋〉，《澄清醫護管理雜誌》第13卷第1期(2017年1月)，頁4-7。

<sup>151</sup> 楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁：〈醫療預立指示〉，《安寧療護雜誌》第13卷第1期(2008年)，頁30-41。

<sup>152</sup> 蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源、黃天祥：〈預立醫療計畫之倫理與法律議題〉，《臺灣醫學》第10卷第4期(2006年)，頁517-536。參見 Peter A. Singer, Douglas K. Martin, James V. Lavery, et al: Reconceptualizing Advance Care Planning Form the Patient's Perspective. *ARCH INTERN MED* /Vol. 158 (APR.1998):879-884.

為其醫療照護問題所承擔壓力，基於關懷之情而不希望因為醫療照護問題給家屬平添麻煩。因此，意願人以一句「我不想給你們添麻煩。」充滿情感的話語，來邀請家屬一同出席 ACP 諮商會談，不僅關懷之情溢於言表，而且有助於化解家屬的壓力與抗拒。在諮商會談中，意願人與家屬之間的情意交流與感動遠超乎醫療選項內容的討論，因為：

與他人或自己對話的重要目標是去了解對話中的其他人。對話可能包含爭論的時刻，但不是辯論。透過對話，參與者能彼此瞭解他們能互換關懷者與被關懷者的角色，而且無論他們在意識形態上有多大的差異，也會跨越意識形態的隔閡來彼此解除。<sup>153</sup>

因此，對家屬而言，ACP 諮商會談雖然可以瞭解更多意願人之價值觀與臨終照護的目標，也有助於家屬預作心理準備，主動減少不知情的情況下必須臨時為病人的醫療作出決定的壓力，和避免受親友的事後責難的憂慮。然而，圍繞病人自主、善終權益等議題所展開的諮商與對話，與華人文化的重視孝道，乃至忌諱死亡等觀念大相徑庭。因此，會讓家屬感到不自在，甚至是分離的、是不負責任的、在心理上會產生巨大的恐懼感、失落感與無助感。因此即使明白諮商會談的意義，但心理上總是存在者壓力與負擔。對醫療人員而言，ACP 諮商會談意謂著開啟醫療人員與意願人、家屬之間的溝通大門，使其瞭解醫療人員在病人自主與善終議題上如何發揮關懷、照護之角色，同時還能與家屬建立合作夥伴關係，提供五種特定臨床條件的疾病與醫療照護資訊，討論議題的焦點放在以病人為中心的觀點上，幫助家屬瞭解什麼是病人及其家庭的最佳利益，例如以「你覺得病人在這種情況下會想要什麼呢？」等問題，引導家屬對於醫療照護方式能夠有較為實際與合理的認知，化解家屬對於 ACP 諮商會談的負面情緒與降低未來

---

<sup>153</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》（臺北市：巨流，2008 年），頁 26。

發生醫療糾紛的可能性。

因此，研究者將 ACP 諮商會談視作由意願人和家屬、醫療人員共同參與的家庭醫療會議。在醫療場域中，家庭會議的目的在於提供病人與家屬獲得詳細資訊的機會，為病人的治療及照顧計畫作決定，家庭會議能夠增進開放與坦誠溝通的共融決策(collegiality of decision-making)環境，從而達到病人、家屬及醫療團隊能彼此認同支持之明確照顧目標，解決彼此之間的不同意見，提升家屬對醫療照顧的滿意度。ACP 諮商會談討論的主題為意願人將來若發生五種特定臨床條件時的醫療照護方式與善終相關議題，在會談過程中進行事實與感覺的發現。意願人不僅是將自己對於醫療照護的想法和善終的意願，透過言語告知給家屬知曉，更重要的是從家屬的眼神、情緒和細微的肢體動作中，覺察家屬的擔憂、害怕或憤怒等等之情緒反應，並且以關懷之情來理解家屬的種種反應是因為擔心關係的斷裂與消失，導致家屬產生憂慮感和不確定感。對於以沉默或是以「沒意見」、「一切都聽你的」等態度回應的家屬，則需要透過耐心的引導和鼓勵家屬提問，來促進情意交流的機會，將心中隱而不顯的疑問和想法提出來，如此才能跨越彼此之間的鴻溝。研究者以自身在人壽保險業之經驗作比喻，ACP 諮商會議如同在購買保險商品之前的「人身風險及保障需求分析」諮商會談，其目的在於幫助消費者及其家屬建立風險管理意識，分析潛在風險的種類及其影響程度。會談過程中引導消費者與家屬一起從生命曲線圖與平均餘命來瞭解人在一生之中可能會發生哪些人身風險，以及隨之而來對家庭經濟造成哪些財務風險，並以此分析和規劃以保險進行風險轉移之內容與金額，這項攸關家庭生活品質與尊嚴的重要議題，需要家庭成員的參與和共同決策，方可達到最佳的成效。而且在保險諮商會談中每一項議題的背後，其實都蘊含著家庭成員之間相互關懷的情感與彼此共存的利益。優秀的保險顧問會先引導和鼓勵消費者和家屬提出問題，才能將隱藏在心裡的想法表達出來。唯有從彼此關懷的情感出發，誠懇地溝通彼此對於各種風險及其所致損害的承受能力的想法，進而形成共識，保險顧問方能將家庭

成員之間關懷和共識轉化實質的保障與承諾。

家庭是最普遍、最基本的社會團體，人的出生、成長與終老也都是在家庭成員的陪伴下完成的。家庭團體若能提供被照顧的體驗，產生美好的記憶，有助於合宜的倫理行為，<sup>154</sup>這正是關懷倫理所強調的自我在人際脈絡中與他人不可分割之關聯性與相互依存性。ACP 諮商會談可以反映每一個人對生活乃至生命問題都有自己的態度和選擇，有人追求長度，有人追求品質。只有當一個人知道要如何對待自己時，才會明白自己對生活乃至生命問題的態度和選擇大多數只是片面的、零碎的。有此認識之後，才能夠在與家屬相處、與他人交往的過程中，明白自己需要的是什麼、能付出的是什麼，並且懂得接納彼此之間的相同與不同，進而能夠建立彼此關懷的關係。換言之，關懷不只是對他人的關懷，同時包括對自己的關懷。人與人之間的彼此關懷，既有浪漫的溫馨畫面、也有揪心的衝突場面。然而，關懷的關係具有包容、銜接的能量，能夠在彼此因見解不同而發生矛盾時，不至於完全的斷裂與分離。

### 第三節 全神貫注——意願人能專注感受並接納家屬的需要

人從事任何活動，只要以全神貫注的精神來對待，就能使人還原內心的清明和自在。譬如意願人在 ACP 諮商會談中保持全神貫注的專注態度與家屬溝通，也就是對別人所說的話洗耳恭聽，並從「你經歷過什麼呢？」的同理心去感受家屬的談話內容。

「你經歷過什麼呢？」(what are you going through?)視為道德生活的核心問題，此類問題可以讓我們的關注力集中在活生生的他人

---

<sup>154</sup> Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley : University of California Press, 1984), pp.79-103.

上，而非只限於一些原理原則或自以為是的觀點。<sup>155</sup>

「你經歷過什麼呢？」是一種敞開心胸去經歷另一個人的世界之探問、是一種設身處地與感同身受的關懷態度、是一種盡可能增進彼此之連結的思維。在關懷關係中，關懷者與被關懷者藉由「你經歷過什麼呢？」的思維與探問，猶如一組彼此相互映照的鏡子，關懷者以「你經歷過什麼呢？」的思維與探問，專注傾聽、體會被關懷者的需要和興趣，並且做出適當反應；被關懷者以「你經歷過什麼呢？」的思維與探問，專心感受關懷者的關懷之情，並且以積極的方式予以回應。彼此都在全神貫注不斷通過言說、聆聽、觀察、學習從對方的話語和反應來觀照當下的自己，領會到自身的處境，也開拓自身眼界認識彼此觀點之異同。當一個人能夠誠實地感受、理解自己是如何對待他人處境與情感的慣性思維，改變以自己主觀的好惡來推論事實，不隨意加入自己的揣測與判斷，方能以同理心達致與他者相遇之目的。欲與他者相遇，首先不能以為自我為中心，也不是把自己的想法觀念，強加或投射到別人身上。而是在互動當下，向他者說出自己的想法、擔心與害怕，同時專注地傾聽他者的聲音，關懷者與被關懷者之間是一種彼此「召喚」的關係。在承認他者不同於我的基礎上，尊重他者存在的意義，就善於發現其觀點和言行的合理性。<sup>156</sup>

從現象學對於「關懷」的分析來看，關懷時「關懷者」的意識具有兩種特徵，第一種是以「全神貫注」(engrossment)或是一種特殊的「專注」(attentiveness)的態度對待「被關懷者」。<sup>157</sup>

理解他人的實在，盡可能感到他所感到的，從關懷者的觀點這是

---

<sup>155</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯，朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》（臺北市：巨流，2008年），頁 63-64。

<sup>156</sup> 余以恒：〈以同一性自我到異質性他者—談教師的學生觀〉，《內蒙古師範大學學報》第 24 卷第 4 期（2011 年），頁 3。

<sup>157</sup> Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley : University of California Press, 1984), pp.11-12.

關懷的必要部分。如果我開始感受到他人的存在的可能性，並且承擔他人的存在，我相對的必須採取行動；即我將別人的利益視為自己的利益……。當然，我必須行動的這種感覺可能會也可能不會被持續著。無論如何我必須承諾做行動。承諾去行動是對被關懷者而言，在整個適當的時間間隔期間持續的對他人的存在需要保持興趣，從關懷內部的觀點看來，超過時間跨度的承諾其持續的更新是關懷必要的元素。<sup>158</sup> (Noddings, 1984:16)

對諾丁斯而言，專注或全神貫注是關懷行為的重要根本，是一種特殊形式的關注，此種關注形式是能敏銳地感受，並將注意力放在被關懷者身上。關懷關係的形成，需由關懷者與被關懷者雙方共同參與才能達成。而且首先是從關懷者的施與關懷開始，關懷者從對於自身的專注，轉移至對被關懷者的專注，並且由被關懷者接受關懷之後，最終完成關懷之目的。若關懷者施予關懷，但被關懷者未能確認或接受，則關懷的目的未能完成。專注或全神貫注是涉及對被關懷者的處境的那種開放的、不加選擇的與有所感的感受性(receptivity)，或是接納。<sup>159</sup> 此種感覺不一定是同理心，亦非對於他人的投射或完全理解，而是態度，是一種能夠讓被關懷者接受到的關懷態度。<sup>160</sup> 關懷的本質就是一種回應性，關懷者除了接納的態度之外，還要根據情況對被關懷者做出相對應的理解、回應與承諾。

在 ACP 諮商會談中，全神貫注是指意願人作為關懷者、助人者的角色，首先是要能夠安靜傾聽自己的內在聲音，同時抱著開放的胸襟與關懷的態度，全神貫注地傾聽、感受、接納眼前的家屬（被關懷者）的心聲及其所提出的訊息。因為溝通是在參與溝通的各方都有「共同的」思想上，才可能展開真正的交流。首

---

<sup>158</sup> 呂育生：《以關懷為核心的師生關係——諾丁之關懷倫理學在道德教育上的運用》，（嘉義：南華大學哲學碩士論文，2009年）。參見 Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley: University of California Press, 1984), pp.16.

<sup>159</sup> 內爾·諾丁斯著，于天龍譯：《學會關係：教育的另一種模式》（北京：教育科學出版社，2011年），頁 30-34。

<sup>160</sup> 簡成熙主編：《新教育哲學》（臺北市：五南，2016年），頁 143-144。



先，意願人可以用關懷、開放的母親式語言，譬如「還記得當年……」、「我們曾一起……」等等話家常的方式，將彼此共同的美好經驗開啟對話，先通過共同的回憶和話題，與家屬分享和反映自己的真實情感，同時注意家屬所經歷的情緒反應，盡可能地使對話過程充滿情感上的連結，進而使自己與家屬對於 ACP 諮商會談的建立共同的視域和產生共鳴。「對話的目的是：和觀念接觸、去了解、去和他人相遇、去關懷……」，<sup>161</sup>而關懷是經由人與人之間全神貫注地溝通、互動來傳達彼此的心意。尤其是在 ACP 諮商會談中所涉問題觸及了對於未來的不確定性，因此對話的過程既而不是刻板的問答過程，也不是以要求的口吻來要求家屬予以配合，更不是急於將家屬帶入抽象的醫療照護方式和嚴肅的善終議題，因為這樣很容易造成家屬情感上的分離與關係上的失落。

ACP 諮商會談的目的為了使意願人能夠真正聽到、看到、覺察及關注到家屬的情緒、擔心、需求、夢想等訊息，真正的交談是傾聽與回應他人的交談。因此，重點在於意願人要能夠接納家屬的各種「感受」，不因家屬的態度或價值觀不同而排斥，充分尊重家屬並使其感到自在，願意且自由地表達個人的意見與想法，而不是急於表達自己的觀點，想要盡快說服家屬接受與認同。意願人在當下所要做做的就是全神貫注都傾聽家屬說的每句話及其背後的意義，集中注意力和心思去理解家屬的語言及非語言線索，從家屬的情感與觀點，將心比心地去理解、去體會哪些事與情才是對他們而言是最重要的，並且願意從家屬的身上去學習如何關懷他們才是符合家屬的需求，使家屬能敞開心扉，願意從意願人的視域來思考、體會意願人之所以提出醫療照護需求和善終心願的用意。如此才能邀請家屬進入深度對話與情意交流的可能，建立起這種有感染力、有共鳴的關係。意願人從對話過程中，可經由關愛的眼神、輕柔的語氣，讓家屬感受到關懷之情意，學習靜默、專注、傾聽，全神貫注於理解家屬在情感的需求與對於諮商會談的種種反應，並且以開放的胸懷接納但不急於處理家屬情緒，展現關懷者的關懷態度，

---

<sup>161</sup> Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley : University of California Press, 1984), pp.186.

讓家屬感受到其不安的情緒已被接納，唯有當家屬能夠感受到意願人的關懷、受意願人的態度所感動，開始從情感上的肯定，肯定即就是接納，進而對於諮商會談有參與感和理解的態度，直至家屬自由地表達自己真正的想法和需要，即表示家屬對於意願人的關懷已經有了回應。

然而，大多數人在與人交談時，常常是心不在焉，雖然有聽到別人的講話，也有給對方回應或建議，然而卻沒有認真對待別人所說的內容，也沒有認真對待自己的回答。因此，在 ACP 諮商會談中，「全神貫注」意味著身為關懷者的意願人必須先有包容性、開放性與付出，全神貫注地去感受和接納家屬的聲音、情緒。全身貫注的態度，會使人更覺醒，而這種專注的態度會影響和感動周邊的人。當家屬願意一起從意願人的角度來觀察問題、溝通想法和感受意義，這樣意願人才能有機會將自己的心願與家屬繼續深度情感的交流。

#### 第四節 設身處地——家屬能接受意願人的關懷並予以回應

「設身處地」(motivational displacement)來自諾丁斯關懷教育理論，意指動機能量流向他人的動態性過程，並且與被關懷者的回應(response)互為條件。<sup>162</sup>諾丁斯在學校看到許多教師進行教學時感到身心俱疲，其中有一個重要的因素是許多學生未能與教師一起致力於發展有意義的互動關係，無法讓教師看到自己在教學上所付出的心力是否促成了學生的成長。她於一九八四年以公式來表示關懷關係的邏輯形式，說明關懷關係的成立必須滿足(1) W 關懷 X，且(2) X 承認 W 關懷 X 兩個條件。認為關懷關係的建立和維持，是由關懷者與被關懷者雙方的共同努力才能完成，其間存在著互惠的價值感，同時也共同負有積極責任和消極責任，而且強調被關懷者對關懷者的回應。

---

<sup>162</sup> 內爾·諾丁斯著，于天龍譯：《學會關係：教育的另一種模式》(北京：教育科學出版社，2011年)，頁 118。

人類關懷的意識顯示在關懷的接受上，像是公開的認可、回應的態度，或只是一種普通的幸福光彩。即使是一個非常短暫地被關懷的相遇或回應，關懷也一定能夠被接受到。<sup>163</sup>「設身處地」不僅需要關懷者施與關懷行為，更重要的是被關懷者對於關懷行為的接受、確認和回應，關懷的關係才能成立。<sup>164</sup>由於被關懷者在關懷關係裡處於被動的角色，因此在關懷情感交流中，關懷者不可以為自我為中心，也不可把自己的想法觀念，強加或投射到別人身上，以期望獲得主觀性的期待；另一方面。被關懷者能夠自由的回應或體現接受關懷者的態度，即是其對關懷關係的貢獻。成熟的關懷關係是需要關懷者與被關懷者的共同努力，是一種存在關係的揭露，而不是一種操控，這個層次意思稱為關懷的「相互性」(mutuality)。<sup>165</sup>在關懷者與被關懷者互動中，被關懷者如果真正接受了關懷者發出的信息，應作出積極的回應，以表示其已接受；如果被關懷者沒有顯示出積極的回應，那麼這種關懷的關係就難以達致積極責任。許多教師之所以感到身心俱疲，是因為教師作為關懷者，對學生發出了關懷行為，但學生沒有顯示出積極的回應，致使教師難以把握學生是否接受了自己的關懷，而老師關懷行為的完成則在於作為被關懷者的學生的接受，這種教師與學生之間動機能量的流動過程即為設身處地。

關懷關係的維持與發展，需要關懷者與被關懷者皆具有關懷能力，並且對於關懷關係的達成負有責任。在關懷理論中，全神貫注，或是無選擇性的關注，接納他者以及設身處地，讓我們開始行動，而且是以積極的形式去幫助、分享並予以回應。<sup>166</sup>從上述學生對教師的回應可看出被關懷者（學生）的關懷回應可作為一種關懷能力，而且被關懷者應以積極的回應承擔自己對關懷關係的責任。然

---

<sup>163</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯、朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》，頁 42。

<sup>164</sup> 陳蘭平：〈諾丁斯關心教育理論對建構良好心理諮詢關係的啟示〉，《現代中小學教育》2014 年第 3 期，頁 81-84。

<sup>165</sup> 林朝成：〈關懷與正義：佛教觀點的詮釋〉，《弘誓雙月刊》第 72 期（2004 年 12 月）頁 48-57。參見 Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. (Berkeley: University of California Press, 1984), pp.47-48.

<sup>166</sup> Nel Noddings 著，國立編譯館主譯、朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》，頁 244。

而，諾丁斯關懷關係的公式中只表示被關懷者的消極責任，即接受關懷者的關懷行為，卻未能顯示被關懷者的積極責任，也就是以積極的回應對關懷關係有所貢獻。為什麼被關懷者的積極回應能夠對關懷關係有所貢獻？原因在於關懷者的能力和態度有可能隨著時間而慢慢地磨蝕與消融，此時只要被關懷者能用心體會關懷者的用心付出與關懷情感，就能強化關懷者的關懷動機與信心，進而使關懷關係保持正面、積極的方向發展。

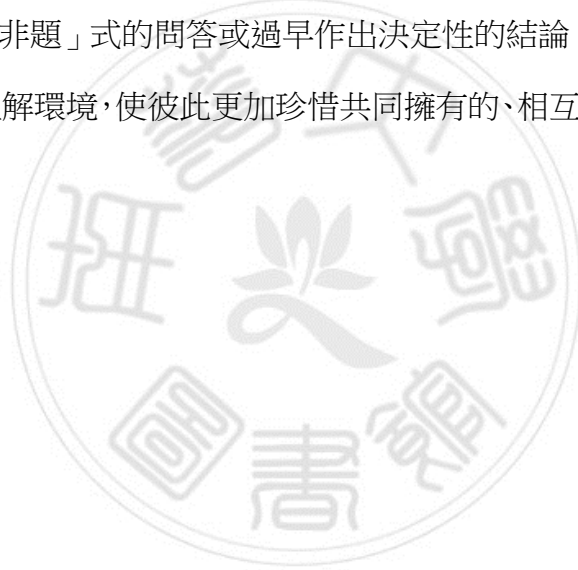
研究者認為，在 ACP 諮商會談中，設身處地是指作為被關懷者的家屬在參與諮商會談過程中，感受到意願人真誠的情感和傾聽的態度，同時也感覺自己的情緒、擔心、需求、夢想等受到意願人重視和接納。與此同時，家屬也能體會意願人之所以提出醫療照護方式和善終意願，是因為出於關懷情感，以及不想給家屬添麻煩的用心，並且經由醫療人員的諮商和解說，家屬也認識到意願人之所以邀請參加 ACP 諮商會談，是為了讓家屬及早面對人人必將經歷的生命自然凋落過程，敢於面對意願人乃至自己生命的有限性，進而更加珍惜彼此的感情和創造共同美好的回憶。例如研究者從一則在預立醫療照護諮商的報導看到，一對同甘共苦的母子，母親為了不想造成兒子的負擔，想要事先進行預立醫療決定的簽署，原本沒有絲毫反應的兒子，在會談中聽見醫療團隊的說明，臉色越來越難看，最後突然冒出了一句：「媽媽，我覺得妳好狠心，做這樣的決定，怎麼沒問過我怎麼想？」這句話宛如當頭棒喝，也提醒了前端的醫療人員，即便病人遵從自我意願，但身旁的家屬，全都是潛在的「意見者」，他們的看法跟感受，更是不可輕忽。<sup>167</sup>換言之，在 ACP 諮商過程中，意願人首先要懂得接納的藝術，讓家屬充分感受到尊重以及其所關心的事受到重視，才有可能從對話中獲得自由感的機會，經由深度的對話，能讓這樣的氛圍感染家屬認識到自己的醫療照護和善終事宜。更重要的是家屬能否以開放的態度，去體會、去感受意願人的用心，並且勇

---

<sup>167</sup> 林玫妮：〈「病人自主權利法」2019 上路，全台七間醫院試辦成果揭曉〉，《The News Lens 關鍵評論》，2018 年 2 月 23 日。參見 <https://www.thenewslens.com/article/90221>（查詢時間 2018 年 4 月 16 日）

敢地將自己真實的想法表達出來和作出積極回應，這種由關懷者與被關懷者積極互動與回應而形成的深度對話，能夠進一步建立和維持關懷關係的感染力與彼此觀點的相互共鳴的關係。

綜上述，研究者從關懷倫理學之互為主體、情意交流、全神貫注、設身處地對「預立醫療照護諮商」(ACP)作粗淺的論述，認為基於關懷的 ACP 是要讓我們對生命要隨時保持高度的覺察力，學習以積極正向的態度來面對死亡，學會與死亡共存，而不是消極地逃避、漠視，甚至否認它的存在。同時藉由諮商會談的詢問、聆聽和對話平台，使意願人和家屬有機會就生、老、病、死的人生實景，通過「以終為始」的拼圖方式，從彼此共同的生活經驗上展開深層的交流與溝通，而不是簡單的「是非題」式的問答或過早作出決定性的結論，以創造出意願人與家屬之間的理解環境，使彼此更加珍惜共同擁有的、相互交融的情感與關係。



## 第五章 病人自主與善終之挑戰與機遇

### 第一節 《病人自主權利法》施行前的疑慮與機會

即將於二〇一九年一月六日正式施行的《病人自主權利法》，其核心重點為意願人意識狀態清楚的時候，經由「預立醫療照護諮商」(ACP)程序及完成「預立醫療決定」(AD)之簽署與健保卡註記，可以自主選擇和決定未來的醫療方式，當可適用狀況發生，與病人意願不一致的親屬亦不得妨礙醫療機構或醫師執行「預立醫療決定」。《病人自主權利法》之核心精神在於「病人有權利決定自己不要的醫療」，即病人有醫療拒絕權。由於這是一種不同於台灣社會以往被動式的就醫觀念，衛生福利部為進一步瞭解民眾、醫師、護理師與社工師及醫療機構對於《病人自主權利法》的認知與執行經驗，已於二〇一六至二〇一七年委託七家醫院辦理試行工作，兩年累計有五百七十九位意願人進行預立醫療照護諮商。其中，有六成的意願人本身有接觸過安寧理念或已簽署「預立安寧緩和醫療意願書」，<sup>168</sup>許多人是看到身邊的家屬與親朋好友在最後的階段走得太痛苦而開始關注善終議題，對於死亡有一定的心理準備，並且希望自己將來能夠走得舒適、不受苦。總體而言，民眾對於《病人自主權利法》的疑惑包括：（1）對病人自主權利的認知模糊，以為《病人自主權利法》是指所有醫療方式皆由病人自己做決定；（2）以為「拒絕醫療」是指不論是否末期、能否治癒，都可以拒絕插任何管或進加護病房；（3）以為《病人自主權利法》是所謂的「安樂死」；（4）擔心簽署「預立醫療決定」(AD)後，將來若發生各種疾病與意外時，是否會影響

---

<sup>168</sup> 林玫妮：〈「病人自主權利法」2019 上路，全台七間醫院試辦成果揭曉〉，《The News Lens 關鍵評論》，2018 年 2 月 23 日。參見 <https://www.thenewslens.com/article/90221>（查詢時間 2018 年 4 月 16 日）

醫師的急救意願；（5）認為五種特定臨床條件之判斷都由醫師來決定，如果醫師不認同或不完全依照「預立醫療決定」執行時，如何保障病人權利。<sup>169</sup>此外，再加上學者們從不同面向對此議題的專業討論，使民眾對此議題的認識猶如霧裡看花，為敏感的話題又增添理解的困難。

醫療人員站在臨床的角度，每當面對病人家屬有不同意見時，很難忽視病人家屬的意願和心情，同時也擔心後續衍生醫療糾紛，甚或暴力行為。然而，《病人自主權利法》之立法就是在病人自主前提下阻卻違法，防止協助病人善終的醫師反被刑法懲罰。因此，重點在於醫師的心態，清楚地認識《病人自主權利法》是要幫助病人維護自身的醫療權益，是為了協助病人善終，但絕非是「安樂死」或協助自殺。醫療人員對於《病人自主權利法》的疑惑則包括：（1）擔心第十四條所列處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智等非末期病人的具體的臨床認定標準為何，雖然規定了除了兩位專科醫師確診，要至少照會緩和醫療團隊兩次，但如果評估結果有差異，究竟由哪個團隊作出最終判斷；（2）對於病人拒絕血液製品、重度感染時所給予之抗生素、人工營養及流體餵養之主張，與醫療照護理念產生衝突時不知道如何適從；（3）執行「預立醫療照護諮商」（ACP）的諮商團隊至少需醫師一人、護理師一人、社工師或心理師一人，且皆需接受過相關訓練，諮商門診也需要在獨立、舒適的隱密空間進行。根據試辦之經驗，每組諮商時間平均需六十到九十分鐘，有時還要諮商兩次才完成，<sup>170</sup>諮商相關費用由誰負擔亦存在難題；（4）諮商過程中涉及生死議題於日常生活中本就向相當隱諱，民眾能否清楚說出自己真正的疑問和意願，醫療人員的敏感度與溝通訓練是否足夠也都存在問題；<sup>171</sup>（5）有專科醫學會認為「痛苦難以忍受」之定義，已是主觀的且迷糊不清的「症狀」，譬如失智症病人經常

---

<sup>169</sup> 邱宜君：〈「病主法」危機：上路時間差、善終權不同步〉，《報導者》，2018年2月6日。參見 [www.twreporter.org/a/patient-self-determination-act-on-the-road](http://www.twreporter.org/a/patient-self-determination-act-on-the-road)（查詢日期2018年4月16日）

<sup>170</sup> 鄧桂芬：〈自主權利法明年上路預立醫療決定書格式首曝光〉，《聯合報》第A6版，2018年4月16日。

<sup>171</sup> 邱宜君：〈「病主法」危機：上路時間差、善終權不同步〉，《報導者》，2018年2月6日。參見 [www.twreporter.org/a/patient-self-determination-act-on-the-road](http://www.twreporter.org/a/patient-self-determination-act-on-the-road)（查詢日期2018年4月16日）

出現的行為精神症狀、憂鬱、妄想、幻覺和情緒低落等都是難以清楚界定「痛苦難以忍受」，而且人格是會隨著時空而改變，精神科醫師擔心將來如何進行判斷及由誰來判定<sup>172</sup>；（6）《病人自主權利法》雖規定病人之家屬不能妨礙醫師依照病人的意願撤除維生醫療。然而，當家屬執意要妨礙或干擾醫師執行病人的意願時，醫療人員該如何因應。（7）家屬將病人送到急診室尋求協助，如果病人「預立醫療決定」是拒絕任何有可能延長病人生命之必要醫療措施，救護車的急救人員與急診室的醫療人員不知如何該如何處置，因為其工作原則是遇到處於死亡邊緣的病人，必須採取一切必要措施全力搶救。總體而言，醫療人員擔心的是家屬在沒有明確瞭解病人自主權和善終權的情況下，要求醫療人員全力救治，同時也預期未來的法律爭議可能層出不窮。

研究者綜合分析民眾、醫療人員對於《病人自主權利法》之疑慮，認為這些疑慮和困難主要來自於兩個方面，一是衛生福利部尚未提出《病人自主權利法》的相關施行細則，因此醫療人員、學者，乃至一般民眾大多只能從母法的條文上各自進行詮釋或揣測，致使民眾、醫療人員對於《病人自主權利法》產生疑慮與困惑，甚至將《病人自主權利法》尊重病人醫療自主和保障善終權益，認知為「安樂死」法案。二是民眾受傳統觀念的影響，認為「死亡」相當敏感且避諱，與家屬談論善終議題，覺得不吉利、觸霉頭、太麻煩、時候未到等種種理由而認為沒必要去討論，況且「預立醫療照護諮商」(ACP)需先向醫院掛號預約，且須邀約二等親家屬一起於指定時間在醫院裡和醫療人員進行面談，感覺程序太過繁瑣。

研究者認為上述疑慮與困難都屬於技術層面的問題，其實，只要方向正確，瑕不掩瑜，這些問題都是不難解決的。研究者認為衛生福利部公布相關施行細則之後，醫療人員的疑慮將可基本化解，本著《病人自主權利法》與《安寧緩和醫療條例》之立法精神，結合臨床實務經驗，凡是皆以病人最佳利益為考量，一旦病人的病況合乎《病人自主權利法》之特定臨床條件，醫療照顧的原則就簡明易

---

<sup>172</sup> 陳三光：〈論病人自主權利法在國內施行的困境〉，《今日新聞》，2018年1月17日。參見 [www.nownews.com/news/20180117/2684691](http://www.nownews.com/news/20180117/2684691)（查詢日期2018年4月16日）



行多了，而且即使是同一種臨床狀況，醫師及護理師往往可以有不同的醫療處置方式，不同的方式也各有其目的、影響和舒適度，每位病人也會有各自不同的感受，包含舒適度、尊嚴感等等。對此，研究者認為可分為三個方面著手，首先是向已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」並註記於健保卡的五十二萬多人推出「升級服務」，邀請這些民眾偕同家屬報名參加「預立醫療照護諮商」(ACP)之介紹課程，一方面普及《病人自主權利法》知識，同時鼓勵民眾課後向醫院預約「預立醫療照護諮商」門診，使這些民眾在原有的安寧緩和醫療觀念和醫療決定上，能與時俱進地為自身的善終心願加以升級。其次，以「善終報名表」之概念繼續向民眾推廣為自己的善終而準備，鼓勵簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」。由於所涉內容較《病人自主權利法》簡單易懂，其程序也較「預立醫療決定」(AD)簡便易行。故可作為推廣善終理念的普及版。三是衛福部可以請專人製作多媒體資料放在衛福部網站供民眾瀏覽，例如製作示範影片，將病危時可能面臨的各種心、生理狀況和備應的各種處理方式，包括方法、內容、性質、可能結果等以簡明易懂的表列方式，幫助民眾認識《病人自主權利法》之立法精神及相關內容；參考台南奇美醫院在試辦預立醫療照護諮商門診之經驗<sup>173</sup>，即先利用電腦互動式動畫及虛擬實景(virtual reality，簡稱VR)體驗，讓民眾身歷其境感受疾病、衰老乃至臨終醫療處境，了解自主預立醫療決定的重要性。此外，可以各醫院的家庭醫學科開辦「預立醫療照護諮商」門診，由家庭醫師為首的諮商團隊，為民眾提供預立醫療照護諮商及預立醫療決定之服務，以家庭醫師的立場為意願人及其家屬提供諮商服務。既可以名正言順又不敏感地開展工作，同時有助於未來在居家照護工作的展開。

研究者認為沒有一部法律是絕對完善的，《病人自主權利法》施行後，尚需要持續通過學校教育和社會教育進一步普及病人自主和善終觀念，並且結合臨床實務經驗，並且對於法律規範不足之處持續進行修訂。方能實事求是地將尊重病

---

<sup>173</sup> 曹婷婷：〈臨終怎麼抉擇 奇美醫退出虛擬實景超有感〉，《中國時報》，2018年2月14日。(參見 <http://www.chinatimes.com/realtimenews/20180214001067-260418>，查詢日期2018年4月16日)

人醫療自主和保障善終權益之精神穩妥地實現。

## 第二節 病人自主善終不等於「積極安樂死」

醫學自古以來都是圍繞著拯救生命和減輕病苦而發展，如今人們還能利用醫療科技追求長生、不顯老的目標，但依然擺脫不了人類生理機能的有限性與疾病帶來的苦與痛。所幸的是在《安寧緩和醫療條例》、《病人自主權利法》等法律的保障下，能夠讓每個年滿二十歲的成年人，在其心智能力健全具有完全行為能力是能夠依法行使自己的醫療自主權與善終權之主張，以預立醫療決定來事先表達自己所期待的醫療照護及善終方式，例如「我不希望接受維持生命治療、人工營養及流體餵養」、「我希望在一段時間內接受維持生命治療、人工營養及流體餵養，之後請停止，亦得於該期間隨時表達停止的意願」、「如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，請由我的醫療委任代理人為我決定維持生命治療、人工營養及流體餵養處置」、「我希望維持生命治療、人工營養及流體餵養」四項。同時也讓家屬及醫療委任代理人了解自己對生命品質與善終的態度，包括器官或大體老師遺愛捐贈、照護地點及往生地點選擇、希望的後事安排等。一旦將來遭逢五大臨床條件時，經二位專科醫師與緩和醫師會診確定，即可通過症狀控制及靈性照顧等多個方面綜合緩解病痛之苦，讓自己得以尊嚴地安詳離世。然而，為何仍有人主張「寧死不生」的死亡權(Right to Die)，<sup>174</sup>進而選擇「安樂死」呢？為什麼身處病情末期階段的病人還需要用藥物等方式加速死亡呢？原因在於，有些病人以為接受「安樂死」就等於得到了「善終」。

「安樂死」(Euthanasia)一詞。由希臘語之 Euthanatos 演變而來，其本義為「無痛苦死亡」(death without suffering)或「安詳之死」之意，代表人們對於美好的死

---

<sup>174</sup> 陳朝政：〈死亡權問題初探：倫理層面的分析〉，《高醫通識教育學報》2009年第4期（2009年12月），頁70-99。

亡狀態的嚮往。日本學者在翻譯此名詞時以「安樂死」稱之，表示「極樂往生」、「美麗而尊嚴的死亡」、「平和的死」或「輕易的死」之意，華人學者亦沿用「安樂死」一詞。<sup>175</sup>對於「安樂死」的理解，目前在醫學界、法律界和理論界將之概分為「消極安樂死」(passive euthanasia)，意指通過緩和的醫療與護理措施來減輕臨終過程的痛苦、終止對臨終病人的治療與撤除維生措施，讓其自然地去世；以及「積極安樂死」(active euthanasia)，一般是指對患有不治之症、瀕臨死亡的患者，在當前醫療的條件下，無法解決其痛苦，故在病患本人或其親屬提出，經過一定的審核程序，由醫生採取主動的對策，例如以藥物、注射致死針劑或其他無痛致死術等積極作為的方式，幫助不治之症患者結束其生命生命的一種方式，<sup>176</sup>例如在荷蘭、比利時、盧森堡、瑞士、加拿大、哥倫比亞及美國部分州已將幫助死亡合法化。<sup>177</sup>

「安樂死」議題的背後其實反映了普遍存在的現象，即大多數人都不喜歡痛苦，並且想法設法尋求各種「離苦得樂」的捷徑，希望盡快解脫痛苦糾纏而抵達所謂的喜樂之境。更深層的原因則是由於人們對死亡的恐懼，這種來自對個體自我毀滅的消極恐懼感來自於對自己的身體機能失去控制權、對自己的人生規劃失去自主性、對自己無法參與美好的事物、對自己無法掌握主導和決策權，種種的恐懼實質上是一種對人的本質力量的盲目或否定的表現，其背後的原因是期望自己死得「像個樣子」，無苦無樂、心平氣和，即所謂講求「死亡的尊嚴」(death with dignity)。如同傅偉勳在《死亡的尊嚴與生命的尊嚴：從臨終精神醫學到現代生死學》一書中指出：

就理想條件而言，我們都希望面臨死亡之時不但能感到此生值得，

問心無愧，且有安身立命之感。同時免於恐懼、悲嘆、絕望等負

<sup>175</sup> 王道仁、陳政忠、許浚翹、賴虹均：〈安樂死是什麼？〉，《當代醫學》第 24 卷第 6 期（1997 年 6 月），頁 79-86。

<sup>176</sup> 陳蕃，李偉長主編：《臨終關懷與安樂死曙光》（北京：中國工人出版社，2004 年），頁 95。

<sup>177</sup> 劉宏恩：〈傅達仁走完人生「最後一程」但其實瑞士並沒有安樂死法〉，2018 年 6 月 8 日。參見 <https://www.cmmedia.com.tw/home/articles/10298>

面精神狀態，能夠死得極其自然，無有痛苦。<sup>178</sup>

因此，有些病人在面對病痛摧殘且無治癒希望時，想藉由「安樂死」，讓自己盡早解脫病痛的折磨與糾纏，並且將「安樂死」想象為一種美好的、愉悅的，能夠使自己安詳平靜地離世的死亡方式。但從倫理、文化與宗教信仰的視角，以「安樂死」做為解決個人痛苦的手段，不僅違反生命的尊嚴性、神聖性，對於生命的意義、社會的倫理道德、價值觀等等都將造成巨大的衝擊。加上第二次世界大戰期間，希特勒與納粹政權基於社會、政經或種族之考量而設立「遺傳及重症體質疾病科學研究委員會」，對於看似會擁有「無意義生命」的畸形兒童、精神病患、罹患不治之症的病人，以及無勞動能力的猶太人等「累贅」、「無用」、「無生存價值」的人，以「安樂死計畫」(Euthanasia Programme)之美名施行秘密屠殺。戰後估計在一九三九年到一九四五年期間，有高達二十萬人被「安樂死計畫」謀殺而死。因此有關「安樂死」的辯論，數十年來在世界上大部分的國家依然沒有結論。<sup>179</sup>荷蘭於二〇〇二年首先通過《根據要求終止生命並協助自殺（審查程序）法案》(*Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*)，<sup>180</sup>一般簡稱為「安樂死」法案，至今僅有比利時、盧森堡有類似且僅限當地居民申請的「安樂死」法案，允許非末期病人合法選擇「安樂死」。然而，在這些國家裡也已經出現了道德「滑坡謬誤」(slippery slope)，例如比利時自二〇〇二年通過允許「承受生理或心理上無法忍受的痛苦，神智清醒，且結束生命的意願堅定」的成年人接受「安樂死」的法案以來，為了非生理性、非末期疾病而「被安樂死」的病人數量呈爆炸式增長。例如在二〇一四至二〇一五年度期間高達二千零二十一件安樂死案件中有百分之十五屬於非末期性疾病，百分

---

<sup>178</sup> 傅偉勳：《死亡尊嚴與生命尊嚴—從臨終精神醫學到現代生死學》（臺北市：正中書局，2010年），頁69。

<sup>179</sup> 陳朝政：〈死亡權問題初探：倫理層面的分析〉，《高醫通識教育學報》第4期（2009年12月），頁70-99。

<sup>180</sup> 參見荷蘭王國政府網站：

<https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>（查詢日期2018年4月16日）

之三涉及精神或行為有狀況的病人。還有的人僅僅以心理疾病、厭倦生命、感到孤單等原因，利用《安樂死法》所規定之「承受無法忍受的痛苦」、「自主且一再地表達死亡意願」等條件即可尋求「安樂死」。<sup>181</sup>例如雙胞胎兄弟佛貝森(Marc and Eddy Verbessem)以即將失明，無法忍受見不到對方為理由，於二〇一二年通過了「安樂死」申請；原女性的佛赫斯特(Nathan Verhelst)，因變性手術成果不如預期，二〇一四年通過了「安樂死」申請；年僅二十四歲的愛蜜莉(Emily)受重度憂鬱症所苦，二〇一五年亦通過了「安樂死」申請。<sup>182</sup>又例如從二〇一六年至今，荷蘭持續就健康老人也可以因為感到「生活已完滿(Voltooid leven)且希望能死得有尊嚴」而合法申請「安樂死」所引發的爭議進行廣泛地討論。<sup>183</sup>在此之前接受的申請對象為長期受病痛折磨且完全沒有改善機會前提下的病人可以向醫生要求協助進行「安樂死」。由此可見，原初是為了「生命品質與長度之間」相關問題而訂立《安樂死法案》，如今已成為一種合法的產業，並以冠冕堂皇的「死亡的權利」與「死亡的尊嚴」為包裝，販賣「死亡」商品，在「安樂死」衝擊倫理、信仰與文化之際，還潛藏著許多不為人知的醫療、健保及法律之間的利益糾葛與人謀不臧。<sup>184</sup>

研究者認為《病人自主權利法》與《安寧緩和醫療條例》這兩部法案皆屬於「自然死」範疇，以幫助病人達到身、心、靈「自然善終」為其核心精神，亦即在尊重病人自己的醫療自主意願的前提下，為符合特定條件的病人提供良好的安寧緩和醫療照顧，最大程度地減輕臨終過程的痛苦，使病人在生命已無法挽回時，避免遭受無意義的積極醫療且徒增痛苦與傷害的醫療措施。例如以侵入性的

---

<sup>181</sup> 釋慧開：〈「安樂死」其實是非常愚蠢的死法！您所不知道的「安樂死」真相（二）〉，《人間福報》第 13 版，2017 年 12 月 10 日；釋慧開：〈「安樂死」其實是非常愚蠢的死法！您所不知道的「安樂死」真相（四）〉，《人間福報》第 13 版，2017 年 12 月 24 日。

<sup>182</sup> 林禹瑄：〈生與死的兩難：安樂死在比利時〉，《報導者》，2016 年 9 月 28 日。參見 <https://www.twreporter.org/a/belgium-euthanasia>（查詢日期 2018 年 4 月 16 日）

<sup>183</sup> 參見荷蘭王國政府網站：<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/10/12/kabinet-ruimte-voor-hulp-bij-zelfdoding-bij-voltooid-leven>（查詢日期 2018 年 4 月 16 日）

<sup>184</sup> 釋慧開：〈「安樂死」其實是非常愚蠢的死法！您所不知道的「安樂死」真相（五）〉，《人間福報》第 13 版，2017 年 12 月 31 日。

插管治療、非常態的利用呼吸機來維持病人的生命等；也不以血液製品、靜脈注射人工營養及鼻胃管流體餵養等醫療措施來阻止或延遲自然死亡的發生，以免破壞臨終的「生命品質」。此等理念源自於大量的臨床醫學證明，為已瀕臨死亡的病人持續治療，不但不能延長其壽命，反而會拖延死亡的過程，徒增病人生理之痛與家屬心理之苦，病人在此階段真正需要的是照顧(caring)而不是治療(curing)。安寧緩和醫療不僅可以幫助病人減輕臨終過程的痛苦，而且還可能一段與家屬共處與完成心願的時間，直至器官衰竭而自然地離世。

雖然有部分的醫療界、法律界和理論界人士認為這種死亡過程屬於「消極安樂死」範圍，但是研究者對此種觀點抱持不同之看法。原因在於這種說法是從生物醫學模式的理論出發，把人視為由許多能夠分解和修補的各個部分所組成的生物學客體來看待，並且將瀕臨死亡的病人於自然死亡過程中醫療的不加工、不作為，視為導致病人死亡的主要因素。研究者認為將此過程稱之為「消極安樂死」是不恰當的，因為「安樂死」是病人覺得活著沒意思，而以加工方式企求提前結束生命，以達到解脫痛苦之目的，既非愛的真諦，亦無法使病人達到身、心、靈圓滿之結局。研究者認為《病人自主權利法》與《安寧緩和醫療條例》這兩部以「善終」為立法精神之法案，更接近於「適當的死亡」(appropriate death)概念，亦如魏斯曼所說的「適當的死亡也許是指臨終者能夠選擇他自己的選擇。」<sup>185</sup>也就是盡可能讓臨終病人擁有自主權，達成自我實現並獲得自尊和自我認同；盡可能幫助臨終病人解除疼痛、使痛苦減到最低；盡可能滿足臨終病人在社會上和情感上的需要；盡可能解除臨終病人和社會之間的衝突。這種由病人自主與安寧療護共同構建而成的既尊重病人醫療自主，又同時兼顧病人生命品質與死亡尊嚴的醫療照護模式，肯認死亡是自然過程，同時也是體現生命意義與價值的過程。死亡向我們揭示人應在自然的生命長度中，持續地發揮自己有限的生命，創造無限的價值，而且自始至終地與家屬、重要他人之間保持關懷關係，而不是以死亡作

---

<sup>185</sup> 德史佩爾德等，黃雅文等譯：《死亡教育》（臺北市：麥格羅希爾出版，2006年），頁249。

為解脫痛苦的手段。在這層意義上更是遠遠超乎所謂的「消極安樂死」之境界，而且在性質上更是完全不同於不治之症患者為了「生命品質」而要求醫師以藥物、注射致命針劑等積極的醫療作為而致其死亡(killing)，以早日擺脫病痛的折磨與糾纏的「積極安樂死」。而且，一個人若因為生活諸多不順利、不快樂而感覺「生命品質」低落，就想要以安樂死來尋求解脫，這不僅在倫理上並不容許，而且是不尊重生命的態度。

綜上述，研究者認為病人自主善終不等於「安樂死」，原因在於「安樂死」是因為「痛苦」而解決「人」，當病人活得很痛苦時，乾脆直接解決其性命，達到為病人解除痛苦之目的，這就是「安樂死」的天大錯誤所在。<sup>186</sup>而且，不是有了「安樂死」或醫助自殺，死亡的品質就美好。死亡品質包含身、心與社會層面，除生理病痛外，心理與社會層面也應納入討論，例如「心裡是否無憾」、「是否有好好道別」、「心願是否達成」等，也都屬於死亡品質關心的範圍。換言之，「安樂死」或醫助自殺只是用加速死亡的手段來逃避包括對死亡的恐懼、對個體自我毀滅的恐懼、對自己無法掌掌控一切的種種恐懼，因此自己扮演了主宰生命的角色，以為加速死亡即能夠解決包括靈性在內的所有問題，迅速達到極樂之境；但這實質上是一種對人的本質力量的盲目或否定的表現，對於支持病人以「安樂死」或醫助自殺結束其生命的家屬而言，未來難保不會有心理創傷。與此同時，「安樂死」或醫助自殺亦導致醫療人員違反生命醫學倫理與法律之問題。病人自主善終則以不逃避的態度，面對自己將來必然發生的死亡議題預作準備，而不是把死亡當作解決問題的手段。事先通過嚴格的規範和程序，與家屬、醫療諮商團隊充分溝通自己對於醫療照護方式和善終議題的想法。將來一旦面臨五種特定條件時，則以順其自然的態度看待生命的長度，同時運用安寧緩和醫療照護與家屬的力量來緩解身心靈的不適，珍惜把握與家屬共處、成長的最後階段。因此，研究者認為病人自主善終不等於「安樂死」。

---

<sup>186</sup> 許禮安：〈你選安樂死，還是安樂活？〉《生命》雙月刊（2018年5月），頁26-29。

### 第三節 安寧療護與病人自主合力落實善終理念

相對於因為「痛苦」而解決「人」的「安樂死」，「安寧療護」(Hospice and Palliative Care)則是為「末期病人」解除「痛苦」。<sup>187</sup>根據世界衛生組織(WHO)於一九九〇年對「安寧療護」所下之定義為：

所謂安寧療護是指針對治癒性治療無反應之末期病人提供積極性及全人化的照顧。以維護病人和家屬最佳的生命品質；主要是透過疼痛控制，緩解身體上其他不適的症狀，同時並處理病人及家屬在心理、社會和心靈上的問題，亦即說安寧療護的基礎思考，是力求病人主觀改善為原則，在現代醫療技術無法為病人提供更有利的服務之際，安寧療護用尊重生命的哲學態度，陪伴病人走過人生最後旅程，並輔導家屬重新面對未來的生活。<sup>188</sup>

對處於生命末期或長期飽受疾病折磨的病人而言，隨著生理機能逐漸喪失而需要他人照顧，亦由於無法完成社會性功能，致使病人深陷於生理上的痛苦及心靈上的不圓滿。安寧療護與緩和醫療是以病人為中心，從各個層面減輕或免除病人之生理、心理及靈性痛苦或其他不適症狀，施予緩解性、支持性之醫療照護，不僅提供藥物治療，還包括生理、心理與靈性協助，例如由心理諮商師進行心靈輔導、根據病人的信仰請宗教師給予精神依靠、護理人員則協助病人調整舒服的姿勢等多管齊下的醫療照護，目標是藉由各種支持，幫助病人及其家屬獲得良好的生活品質，家屬以尊重生命與關懷倫理的哲學態度，關懷陪伴病人好好地活著

<sup>187</sup> 許禮安：〈你選安樂死，還是安樂活？〉《生命》雙月刊（2018年5月），頁26-29。

<sup>188</sup> 參見衛生福利部國民健康署網站：<http://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=210>（查詢日期2018年4月16日）。



當下，使病人得以平安、安詳、有尊嚴地完成人生最後的旅程，同時輔導家屬接受臨終事實，重新面對未來的生活。

臺灣於一九九〇年成立中華民國安寧照顧基金會，並於台北馬偕醫院淡水分院設立安寧病房開始。二〇〇〇年完成《安寧緩和醫療條例》立法並施行，經過多年的臨終關懷培訓和社會教育，臺灣安寧緩和醫療的高品質服務，已成為全球臨終關懷體系的模範生之一。二〇一五年《經濟學人》(The Economist)「智庫」(Intelligence Unit, EIU)公布了「死亡質量指數調查」(Quality of Death Index)，臺灣排名第六，位居亞洲之冠。從《安寧緩和醫療條例》的「尊重末期病人之醫療意願及保障其權益」，到《病人自主權利法》的「尊重病人醫療自主，保障其善終權益，促進醫病關係和諧」，這兩部以承認死亡是自然過程為前提的法律法規，已經為保障病人之醫療意願與善終權利奠定重要的法律環境，兩者的立法時間相距約二十年，標誌著臺灣在臨終關懷領域持續進步的成就，更顯示民眾的醫療觀念轉變與病人權利意識覺醒。例如在眾多學者、醫療人員與社會工作者近三十年的共同努力下，安寧療護觀念日益普及，目前已有超過五十二萬人簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」並註記於健保 IC 卡，<sup>189</sup>顯示民眾接受安寧療護及善終的意願越來越高，認識到所謂的「病人」，不只是一位「生病的人」，而是依然有著身心靈整全需求的「人」。安寧療護與緩和醫療在臨床上也發揮積極的作用，從以往為「末期病人」提供臨終前的照護，如今已發展為從疾病治療初期就導入緩和醫療的理念，例如在抗癌治療的初期就加入緩和醫療，減輕病人在抗癌治療過程中的疼痛和壓力，改變了以往是抗癌治療結束後才開始緩和醫療之線性順序。目前臺灣已建構完整的「緩和醫療—安寧療護—臨終照顧」安寧緩和醫療照顧體系，已能最大程度地幫助病人達成善終之心願，同時使家屬與社會大眾認識到末期病人真正需要的是身、心、靈的「照顧」，而不是不計一切代價的「治療」。死亡不是生命的終結，而是圓滿生命意義的重要環節，即便死亡近

---

<sup>189</sup> 參見衛生福利部網站：[https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/LawPages/Guide\\_FAQ4.aspx](https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/LawPages/Guide_FAQ4.aspx)（查詢時間 2018 年 4 月 16 日）

在眼前，依然將病人的「生活品質」及「生命品質」視為頭等大事。

由於《安寧緩和醫療條例》適用對象僅限於罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免之「末期病人」。而且醫療決定權包含了病人本人的意願、最近親屬的同意、或醫師依病人最大利益來作決定是否施行「心肺復甦術」（指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為）或「維生醫療」（指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施）。然而，《安寧緩和醫療條例》的美中不足之處是，對處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智等尚未達到「末期病人」定義之病人則不屬於《安寧緩和醫療條例》適用對象。

為此，《病人自主權利法》將適用對象擴大至包括末期病人在內的符合特定臨床狀態的每一位病人，凡經由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認符合末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、及其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法的病人，皆得依照病人的預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療（指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。）或人工營養及流體餵養（指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分）之全部或一部。不僅適用對象擴大，醫療處置的項目增加、而且將病情告知對象、醫療選項之選擇與決定權醫療決定權明訂為病人本人。

研究者認為《病人自主權利法》與《安寧緩和醫療條例》將形成合力，進一步推動臺灣成為全球臨終關懷體系的最佳典範。這兩部法律形成之合力將體現於

（1）適用對象擴大，從《安寧緩和醫療條例》的「末期病人」擴大為《病人自

主權利法》的符合五種特定臨床條件的每一個病人；(2) 普及善終理念，《病人自主權利法》將《安寧緩和醫療條例》隱而未明的「善終」二字，明文作為其立法精神；(3) 深化共融決策(collegiality of decision-making)的作用與價值，成為落實「善終」理念之關鍵要素。其中，深化共融決策的價值是直接攸關病人的醫療自主意願能否得到尊重、善終意願能否實現之原因。研究者是從時有所聞的已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」並完成健保卡註記的病人，依然被插管繼續治療的事件中看出端倪。亦如許禮安所言：

預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」其實只是一張「善終報名表」，報名後會不會被錄取，能夠稱心如意的進入「善終」行列如你所願的不要被插管折磨，恐怕還得看你的福報夠不夠。<sup>190</sup>

臺灣雖然有超過五十二萬人依據簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，但是其中仍有末期病人無法如其所願地善終，主要原因在於病人事前未就簽署意願書一事，與配偶、親屬等關係人進行溝通，或者有溝通，但溝通不到位，家屬也許沒有經過共同參與簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」的過程。因此，家屬在不知情、不理解或由於其他親友的壓力下，不顧及尊重病人的醫療意願及希望善終的心願，擅自代替病人作出要求醫師以心肺復甦術與維生醫療措施繼續治療的決定，醫療人員為了避免法律糾紛也能按照家屬的要求繼續盡心盡力地救治病人。

有鑒於此，《病人自主權利法》以更加明確的法律條文來規範尊重病人醫療自主和保障善終權益之行為，並設置「預立醫療照護諮商」(ACP)共融決策之過程，作為「預立醫療決定」(AD)之必要程序。「預立醫療照護諮商」是指意願人(病人)與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病

---

<sup>190</sup> 許禮安：〈預立意願書和善終報名表〉，參見「許禮安的安寧療護與家醫專欄」<http://blog.xuite.net/an0955784748/twblog/576910847>（查詢日期：2018年4月18日）

人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。意願人的二親等內之親屬至少一人、醫療委任代理人應參與諮商會談。意願人在 ACP 諮商會談過程中，將自己的價值觀、想要與不想要的醫療照護方式，以及關於善終之意願告訴與會的家屬、醫療委任代理人，目的是促成他們將來在病人已經無法自己決定時，能夠理解並尊重病人的信念與價值觀，及病人自己作出的醫療決定，不要干涉和阻擾醫師按照病人的預立醫療決定所提供的醫療照護。醫師在 ACP 諮商會談過程中，本其專業、倫理與良知，將五種五種特定臨床條件之病情、醫療選項及各選項的可能成效與風險預後告知意願人，由意願人從「治療是不是以自己為主？」，以及「治療可不可以讓自身幸福？」兩個問題來考量醫師提供之醫療選項，並且做出選擇與決定之權利。同時引導家屬多從維護意願人(病人)希望善終的心願，來考量和判斷哪些醫療處置是做該做的、哪些是不應該或不必要的醫療處置。因此，研究者認為 ACP 諮商會談可謂是由醫療團隊成員主持的、意願人和家屬、醫療委任代理人共同參與的一堂生死教育及醫療諮商課程。

綜上述，研究者認為《病人自主權利法》與《安寧緩和醫療條例》這兩部以維護「善終」權益的法律，將從適用對象擴大、明文保障善終權益、深化共融決策三個方面形成綜合效力，進一步推動臺灣成為全球臨終關懷體系的最佳典範。

#### 第四節 以生命教育作為病人自主善終之助力

「生命教育」一詞出現於上個世紀七〇年代末期，大約於一九七九年在澳大利亞雪梨成立「生命教育中心」(Life Educational Center)，致力於防治藥物濫用、暴力和愛滋病在校園蔓延擴散。在臺灣，生命教育的發展路徑則不同於澳大利亞，其原因在於生命教育在臺灣剛起步時，就碰上許多學生自殺或殺害別人的事

件，造成社會的震驚。使得生命教育承擔起自殺防治之重任，藉由探討如何從身心有所安頓寄託的人生教育方面，幫助學生珍愛生命，就成為臺灣推動生命教育的主要社會因素。一九九七年教育主管部門以台中天主教曉明女中行之有年的宗教教育和倫理教育為基礎，規劃國民中學的生命教育課程。二〇〇一年教育部宣佈該年為生命教育年，成立推動生命教育委員會，規劃從小學到大學十六年一貫的生命教育。生命教育之內容從初期的人際關係、倫理、生死學、宗教、殯葬禮儀等五大內容，發展至今已形成以「全人發展、全人關懷、全人教育」為主軸，以「人生三問」與「五大核心素養」為其骨幹架構，涵括人生探索、靈性啟發、人格提升與全人發展等對於每一個人都是至關重要且無可取代的生命課程。孫效智認為生命教育的目標在於啟發生命智慧、深化價值反省、整合知情意行<sup>191</sup>，並提出「人生三問」包括我為何而活、應如何生活、如何才能活出應活出的生命；「五大核心素養」包括思考素養、人學探索、靈性修養、價值思辨、終極關懷。其中，作為生命教育基底的終極關懷，包含了人生目的與意義、生死關懷與實踐、終極信念與宗教等等，諸多人生根本課題。<sup>192</sup>

終極關懷(Ultimate Concern)概念首先由田立克(Paul Tillich)於一九五四年在《愛情、力量與正義》(*Love, Power, and Justice*)一書中提出，終極關懷是關懷的一種，是人一生最究極的、最高的那個中心關懷。<sup>193</sup>終極關懷之所以作為生命教育的基礎，是因為生命教育的目標在於幫助學生意識到生命意義的詢問與回應對其一生的重要性，譬如「我是誰？」、「人的存在是什麼？」、「人的真實處境為何？」、「我應該過什麼樣的人生？」此一根源乃建立在主體意識自我的立場之上，即海德格的「存在」(Being)，又如諾丁斯從存在主義中看出人對存在的處境，人與世界是緊密相連的，而且人是處於「關係」之中。「教育」的目的在於提出

---

<sup>191</sup> 孫效智著，林思伶主編：〈生命教育的內涵與哲學基礎〉，《生命教育的理論與實務》(臺北市：寰宇出版公司，2000年)。

<sup>192</sup> 孫效智：〈大學生命教育的理想推動模式〉，《2017生命教育學術研討會論文》(2017年10月)，頁8。

<sup>193</sup> 廖俊裕、周柏霖：〈心性體認本位的生死學社會實踐之探討與理論建構〉，《生死學研究》第17期(2015年2月)，頁1-72。

對「存在處境」進行選擇與改變的方法。生命教育並非提出生命的完美模型，而是對生命完滿的追求，但是如果缺乏對終極關懷的認知與追尋，則生命將陷於失落、孤獨與虛無的境地。<sup>194</sup>田立克(Paul Tillich)以「終極關懷」一詞來指稱信仰的原動力，即信仰活動是終極關懷的狀態，積極地對終極生死問題的凝視與關注，經由高度精神力量無限超拔，獲得生命的轉迷開悟，體會生死智慧。各個宗教與哲學都有其自成理與實踐的終極關懷。對於終極真實的主體性體認，乃是以保證每一單獨實體能在精神上超克死亡，或徹底解決生死問題的真正理據或根據。<sup>195</sup>

研究者認為對於病人自主和善終議題的探討，生命教育具有極為重要的角色與任務，因為在現代學校教育中，有關精神生活的教育仍是相當貧乏的。探究精神生活之事，不該視為是灌輸。這些應是每日生活的一部分，是最熱誠的智性努力的一部分。<sup>196</sup>又如，傅偉勳由西方的「死亡學」發現死亡與生命本是一體兩面無法分割的，認為「人」之生命與死亡的整體研究，其涵蓋範圍亦是從基本存在需求一直延伸到終極的關懷層次。他從儒家與佛學思想出發，主張「心性體認本位」的生死與生死智慧。對於現代人的死亡問題，消極的解決由來心理治療，積極的超克則在培養哲學或宗教的智慧。<sup>197</sup>預先思考自身的醫療照護和善終議題，把死亡的功課預習好，是為了自我了解，解析隱藏在每個人內心最深處的害怕、希望、渴望和控制系統。我們和家屬討論死亡，是建立在愛和依附的關係上展開的，目的是為了保存愛的關係，保存、維護彼此共有的美好回憶與情感、珍視時間，好好地一起來面對人生的冒險、成就、享受、祝福和愛，直到生命的最後一刻。我們的生理生命是不可和精神生命分開的。<sup>198</sup>

---

<sup>194</sup> 陳立言、李茂榮：〈從保羅·田立克之終極關懷的觀點論述生命教育與信仰之間的關係〉，《2011 生命教育學術研討會論文》（2011 年）。

<sup>195</sup> 傅偉勳：《死亡尊嚴與生命尊嚴－從臨終精神醫學到現代生死學》（臺北市：正中書局，2010 年），頁 63-67。

<sup>196</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》（臺北市：洪葉，2004 年），頁 263。引自 Nel Noddings, *The challenge to care in schools an alternative approach to education*. (New York & London: Teachers College Press, 1992), pp. 81-82.

<sup>197</sup> 傅偉勳：《批判的繼承與創造的發展：「哲學與宗教」二集》（臺北市：東大圖書，1991 年），頁 170。

<sup>198</sup> 方志華：《關懷倫理學與教育》（臺北市：洪葉文化，2004 年），頁 263。引自 Nel Noddings, *The challenge to care in schools an alternative approach to education*. (New York & London: Teachers

現代醫療科技的發展，醫療人員能夠憑藉著專業知識、技術與高科技醫療設備的輔助，渾身解數地為病人對抗病魔以爭取延長肉體生命的加時賽局，雖然從死神手中搶救回來許多生命，但也造就不少「治不好、走不了」處於植物人狀態之病人，干擾了病人歷經生命末期的自然凋零的機制與死亡過程，直到各種醫學治療用至極限，病人歷經千辛萬苦地到達終點時早已油盡燈枯，距離善終的理想更是遙遙無期。這些臨床現象的背後存在著多種原因，譬如既有現代科學及主流醫學對於生命的基本認知存在著無法接受「自然死」的侷限，也有相信醫療科技可以戰勝「疾病」的偏執；既有對於「尊嚴」與「自主」的偏頗認知，也有缺乏自然善終的心理準備。從人道的立場及醫學的目的來看，這些可能有局部的作用，但必然會增加病人及其家屬痛苦的醫療處置是否應該在病人身上實施，則涉及了價值選擇及更深層的問題。因為醫學再怎麼進步，遲早還是會面臨醫療的極限，對於超出醫療極限的病人，應該如何維持其生命末期的尊嚴？如何幫助病人實現以自己理想的方式走完生命歷程呢？在這方面，仍是亟待探索的問題，譬如有些病人堅持個人主義的觀點，以維護生命尊嚴為由，自主選擇以自殺、醫助自殺、「安樂死」等方式結束生命；也有些病人選擇在家屬的關懷陪伴和醫療人員悉心照顧下，經過安寧療護、預立醫療決定等兼具病人自主與關懷倫理的照護過程完成生命歷程。

研究者認為就今日醫學技術來看，醫學界已有能力讓病人在《安寧緩和醫療條例》及《病人自主權利法》的照護和保障下，以積極主動的方式保障自己的醫療自決權和善終權，避免侵入性的治療，用症狀控制以及靈性照顧等多個方面綜合緩解病人的病痛之苦，有使其尊嚴地安詳離世。因此，如何以合乎倫理的方式，適當地使用醫療科技，將直接影響家屬與醫療人員對於病人是否得以「善終」之感受。然而這個目標不僅需要《安寧緩和醫療條例》及《病人自主權利法》是從法律層面為病人提供醫療自主權和善終權之保障，即使加上醫療人員的照護與配合，依然尚不足以充分落實保障病人醫療自主與善終權益之目標，還需由倫理

學，特別是從關懷倫理學，發揮理解、領會與思辨之積極作用。因為，關懷是人與人之間的心靈接觸、碰撞、成長而產生連結，最重要的意義在於它的關係性。關懷是關懷者與被關懷者雙方一起去感受生命的價值和意義，因此它是一個過程，是一種需要雙方共同努力而建立的有效關係。特別是在病人生命末期的照顧上，家屬之間的情感連接處在分離與反抗分離的拉扯之中，需要被關懷的不只是病人，面臨著即將要與病人分離死別的家屬，在情緒上、認知上、生活上也同樣需要被關懷。如同蔡兆勳所言：「徒法不足以自行，遵循倫理仍不足，溫馨關懷是根本，生死兩安才圓滿。」<sup>199</sup>

子曰：「未知生，焉知死」。傅偉勳則主張「未知死，焉知生」。生死、生死，從古至今的芸芸眾生當中，又有多少人能從容自在地面對生死？<sup>200</sup>研究者認為《病人自主權利法》更重要的作用在於意願人（病人）和家屬自身觀念的轉變，認清生與死的價值觀念就像是如影隨形、隨時相伴的孿生兄弟，死亡是生命的一部分，揭櫫以病人為中心，以生命教育作為助力，無論是家屬在臨床陪伴病人過程中，乃至在學校的生命教育課程中，都應將醫療自主與善終的觀念融入其中，並且以正向的心態面對死亡議題。尤其在中國傳統文化中，死亡一直以來是忌諱避談的話題，殊不知死亡態度將直接影響一個人對於生命的態度，只有勇敢地面對善終議題，才能發現死亡本身並非最大的問題，而是預先面對自身的死亡問題時的心境及因此而感知的生命存在感，誠如傅偉勳所說：「在生死交關的極限境況，維繫生存的真正要素不是體力上的強弱，而是精神力量的充足與否。」<sup>201</sup>精神力量才是吾人所關懷的。雖然每位臨終者於臨終之前的處境各有不同，但共同的願望是能夠在家屬的陪伴下自在安詳地走完人生最後旅程。因此，研究者將 ACP 諮商會談視為真人實境的生命教育平台，意願人、家屬和醫療人員圍繞著

---

<sup>199</sup> 參見蔡兆勳臉書 [https://www.facebook.com/profile.php?id=100000100678265&ref=br\\_rs](https://www.facebook.com/profile.php?id=100000100678265&ref=br_rs)（2018年4月10日）

<sup>200</sup> 傅偉勳：《生命的尊嚴與死亡的尊嚴：從臨終精神醫學到現代生死學》（臺北市：正中書局，2010年），頁284-306。

<sup>201</sup> 尤惠貞：〈從天台智者大師的圓頓止觀看病裡乾坤〉，《揭諦》第3期（2001年5月），頁1-37。參見傅偉勳：《批判的繼承與創造的發展：「哲學與宗教」二集》（臺北市：東大圖書，1991年），頁174。



每個人終將要面對的事情——死亡，展開以終為始、由死向生的諮商與對話過程，使意願人與家屬對死亡有正確的了解，作出充分的思想準備，一旦疾病纏身，死神威脅，就能以現實而又超脫的態度調動內在的生命力接受挑戰。藉由醫療自主與善終議題反思既然死亡是必然的，那麼如何活得更有意義？如何把握生命的品質與死亡的尊嚴？通過意願人與家屬之間的關懷與深層次的對話，發揮用「生命」感動「生命」，以「善終」引領「當下」，好好地珍惜還能夠彼此問候關懷的每一天，進而去珍惜生命，善待生命每一天，同時透過 ACP 諮商會談開展生命教育，影響民眾對於醫療照護方式的想法，讓家屬知曉醫療、法律、倫理、文化等訊息，方能理解尊重自醫療主人與善終的意義，合理、合法、合情、合度地幫助病人自主地實現其善終之心願，同時關懷與化解家屬將來在面對生離死別之痛。

面對人生的終點，人人都有選擇善終的權利，《病人自主權利法》，只是邁向善終的第一步。

# 參考書目

## 一、中文

### (一) 中文專書

J. Bruner 著，宋文里譯：《教育的文化——文化心理學觀點》(臺北市：遠流，2001年)。

Elisabeth Kübler-Ross 著，李永平譯：《天使走過人間》(臺北市：天下遠見，2009年)，頁 178。

George S. Lair 著，蔡昌雄譯：《臨終諮商的藝術》(臺北市：心靈工坊，2011年)。

Hans-Georg Gadamer 著，洪漢鼎譯：《真理與方法：哲學詮釋學的基本特徵》(臺北市：時報文化，1993年)。

Nel Noddings 著，國立編譯館主譯、朱美珍等譯：《教育道德人：品格教育的關懷取向》(臺北市：巨流，2008年)。

Nel Noddings 編，邱連煌譯：《公民教育：培養全球性意識》(臺北市：文景，2008年)。

Peter A. Ubel 著，張瓊懿譯：《生命的關鍵決定：從醫生決定到病人決定的時代》(臺北市：行人文化實驗室，2013年)。

Richard M. Zaner 著，蔡錚雲、龔卓軍譯：《醫院裡的危機時刻》(臺北市：心靈工坊，2004年)。

方志華：《關懷倫理學與教育》(臺北市：洪葉文化，2004年)。

吳庚：《憲法的解釋與適用》第三版(臺北市：三民書局，2004年)。

吳庶深著，林綺雲主編：〈生死學與死亡學本事一家〉，《生死學》(臺北市：洪葉文化，2000年)。

李惠宗：《憲法要義》第三版(臺北市：元照，2006年)。

- 李震山：《人性尊嚴與人權保障》（臺北市：元照，2011年）。
- 帕瑪著，嚴平譯：《詮釋學》（臺北市：桂冠，1992年）。
- 林山田：《刑法各罪論（上）》，修訂五版（作者自版，2006年）。
- 林遠澤：《關懷倫理與對話療癒：醫護人文的哲學探究》（臺北市：五南，2015年）。
- 金炳華等編：《哲學大辭典》（修訂本）（上海：上海辭書出版社，2001年）。
- 胡宜安：《現代生死學導論》（廣州：廣東高等教育出版社，2009年）。
- 孫效智著，林思伶主編：〈生命教育的內涵與哲學基礎〉，《生命教育的理論與實務》（臺北市：寰宇出版公司，2000年）。
- 恩格哈著，范瑞平譯：《生命倫理學的基礎》（北京：北京大學出版社，2006年）。
- 馬丁·海德格爾著，陳嘉映、王慶節譯：《存在與時間》（北京：三聯書店，1987年）。
- 馬丁·海德格著，王慶節、陳嘉映譯：《存在與時間》（臺北市：久大，1990年）。
- 梁福鎮：《教育哲學：辯證取向》（臺北市：五南，2006年）。
- 陳明珠：《身體傳播——一個女性身體論述的研究實踐》（臺北市：五南，2006年）。
- 陳榮華：《高達美詮釋學：《真理與方法》導讀》（臺北市：三民書局，2011年）。
- 陳蕃、李偉長主編：《臨終關懷與安樂死曙光》（北京：中國工人出版社，2000年）。
- 傅佩榮：《老莊的相對論：為什麼美女會愛上野獸、帥哥會迷上恐龍？》（臺北市：時報出版，2011年7月）。
- 傅偉勳：《批判的繼承與創造的發展：「哲學與宗教」二集》（臺北市：東大圖書，1991年）。
- 傅偉勳：《死亡尊嚴與生命尊嚴——從臨終精神醫學到現代生死學》（臺北市：正中書局，2010年）。
- 凱博文著，陳新綠譯：《談病說痛：人類的受苦經驗與痊癒之道》（臺北市：桂冠，1995年）。
- 楊國樞、黃光國主編：《中國人的心理與行為》（臺北市：桂冠，1991年）。

圖姆斯著，邱鴻鐘、陳蓉霞、李劍譯：《生病的意義：從現象學來說明醫生和病人的不同觀點》（青島：青島出版社，2000年）。

廖永靜：《做個 A+爸爸：成為快樂、民主、能溝通、肯學習的天才老爸》（臺北市：遠流，2003年）。

赫爾德著，苑莉均譯：《關懷倫理學》（北京：商務印書館，2014年）。

趙敦華：《西方哲學簡史》（臺北市：五南，2002年）。

德史佩爾德等，黃雅文等譯：《死亡教育》（臺北市：麥格羅希爾出版，2006年）。

潘德榮：《西方詮釋學史》（臺北市：五南，2015年）。

蔡友月：《達悟族的精神失序：現代性、變遷與受苦經驗的社會根源》（臺北市：聯經，2009年）。

內爾·諾丁斯著，于天龍譯：《學會關心：教育的另一種模式》（北京：教育科學出版社，2011年）。

簡成熙主編：《新教育哲學》（臺北市：五南，2016年）。

## （二）中文專書論文

李燕蕙：〈從海德格的生死哲學探討死亡禁忌之現象〉，收錄於南華大學《第四屆比較哲學研討會》（2003年）。

李龍騰：《「民眾醫療權益」國際研討會手冊》。（臺北市：財團法人台灣亞洲基金會，2003年11月）

孫效智：〈大學生命教育的理想推動模式〉，《2017 生命教育學術研討會論文》（2017年10月）。

陳立言、李茂榮：〈從保羅·田立克之終極關懷的觀點論述生命教育與信仰之間的關係〉，《2011 生命教育學術研討會論文》（2011年）。

黃曉峰：〈為自己的人生寫功課〉，《安寧照顧基金會 安寧療護志工培訓講義》（2018年3月）。

輔仁大學人體試驗委員會編譯：《1949年紐倫堡守則》（2012年10月）。

## （三）中文期刊論文

- 丁心平：〈諾丁關懷倫理學對師培實施道德教育之啟示〉，《臺灣教育評論月刊》第 6 卷第 8 期（2017 年 8 月）。
- 尤惠貞：〈從天台智者大師的圓頓止觀看病裡乾坤〉，《揭諦》第 3 期（2001 年 5 月）
- 方志華：〈關懷倫理學對於關懷關係的現象學描述〉，《鵝湖月刊》第 27 卷第 7 期（2002 年 1 月）。
- 王道仁、陳政忠、許浚翹、賴虹均：〈安樂死是什麼？〉，《當代醫學》第 24 卷第 6 期（1997 年 6 月）。
- 甘紹平：〈道德：在理性與情感之間〉，《桂海論叢》（2013 年第 6 期）。
- 江蘭貞：〈從醫療結構看現代臨終關懷〉，《安寧療護雜誌》第 8 卷第 4 期（2003 年 11 月）。
- 何錫蓉：〈女性倫理學的哲學意義〉，《社會科學》2006 年 11 期。
- 余以恒：〈以同一性自我到異質性他者—談教師的學生觀〉，《內蒙古師範大學學報》第 24 卷第 4 期（2011 年）。
- 呂鳴章：〈論人的交互主體性的提出〉，《山西高等學校社會科學學報》第 21 卷第 10 期（2009 年 10 月）。
- 李佳蓉：〈倫理美學品格教育的力量：以 Nel Noddings 思想初探〉，《美育雙月刊》第 177 期（2010 年 9/10 月）。
- 車浩：〈自我決定權與幸福家長主義〉，《中國法學》2012 年第 1 期。
- 林朝成：〈關懷與正義：佛教觀點的詮釋〉，《弘誓雙月刊》第 72 期（2004 年 12 月）。
- 林靜秀：〈回到臨床場景的醫病對話：梅洛龐蒂立基於知覺身體的表達語言〉，《東吳哲學學報》第 23 期（2011 年 2 月）。
- 俞吾金：〈海德格爾的「存在論差異」理論及其啟示〉，《社會科學戰線》2009 年第 12 期。

- 洪櫻芬：〈理性與情感之關係——論休謨的道德情感主義〉，《人文暨社會科學期刊》第 6 卷第 2 期（2010 年）。
- 胡文郁、楊嘉玲：〈生命末期之病情告知與預立照護計劃〉，《護理雜誌》第 56 卷 1 期（2009 年 2 月）。
- 胡軍方：〈西方倫理學中情感與道德關係的歷史變遷〉，《國外社會科學》2015 年第 2 期。
- 孫雲平：〈前期海德格的時間觀〉，《揭諦》第 17 期（2009 年 7 月）。
- 孫效智：〈「病人自主權利法」評釋〉，《澄清醫護管理雜誌》第 13 卷第 1 期（2017 年 1 月）。
- 袁玲紅：〈從關懷倫理的視角解讀正義倫理〉，《理論月刊》2007 年第 4 期。
- 張淑美：〈中小學「生死教育」之實施〉，《安寧療護雜誌》第 14 期（1999 年 11 月）。
- 莊茂：〈台灣病人人權之研究〉，《台灣醫學人文學刊》第 1 卷第 1 期（2000 年 11 月）。
- 許光：〈病人善終自主權之研究——借鑑臺灣法規反思大陸立法之趨勢〉，《高大法學論叢》第 12 卷第 2 期（2017 年 3 月）。
- 郭婭玲、匡思蕾：〈「關心性」關係的建立——諾丁斯關懷道德教育理論的核心〉，《湖南師範大學教育科學學報》2013 年第 6 期（2013 年 12 月）。
- 陳仲瀚：〈教師專業倫理發展在師資培育過程上之意義〉，《教育資料與研究》雙月刊第 103 期（2011 年 12 月）。
- 陳朝政：〈死亡權問題初探：倫理層面的分析〉，《高醫通識教育學報》2009 年第 4 期（2009 年 12 月）。
- 陳錫琦、陳淑香：〈生命教育課程建構——以善終為取向〉，《醫護科技學刊》第 9 卷第 2 期（2007 年 4 月）。
- 陳雲真：〈從「理解」到「對話」——伽達默爾哲學詮釋學簡論〉，《文化論壇》2014 年 12 期。

- 陳蘭平：〈諾丁斯關心教育理論對建構良好心理諮詢關係的啟示〉，《現代中小學教育》2014年第3期。
- 曾雯琦：〈從關懷倫理重建自殺照護〉，《護理雜誌》第53卷第6期（2006年12月）。
- 游惠瑜：〈關懷倫理與德行倫理的交會處——以友愛為線索〉，《哲學與文化》第36卷第2期（2009年2月）。
- 黃聖桂：〈捕捉家庭系統運作的脈絡——以探究家庭中青少年自主行為為研究為例〉，《中華輔導與諮商學報》第23期（2008年）。
- 黃馨葆、陳皇吉、蔡佩瑜、謝雅琪、林楷煌、蔡兆勳：〈如何以家庭會議協助重症病人生命末期決策〉，《安寧療護雜誌》第19卷第3期（2014年11月）。
- 楊玉隆：〈論醫療上病患「自主決定權」之憲法地位——以宗教信仰為由拒絕輸血案判決為例〉，《中正大學法學集刊》第43期（2014年5月）。
- 楊秀儀：〈論病人之拒絕維生醫療權：法律理論與臨床實踐〉，《生命教育研究》第5卷第1期（2013年6月）。
- 楊嘉玲、陳慶餘、胡文郁：〈醫療預立指示〉，《安寧療護雜誌》第13卷第1期（2008年）。
- 葛謹：〈植物人權益與安寧緩和醫療條例之發展〉，《台灣醫界》第52卷第1期（2009年1月）。
- 雷錦程：〈病人自主性與家庭本位主義之間的張力〉，《醫學與哲學（人文社會醫學版）》第29卷第3期（2008年3月）。
- 廖修寬：〈Nel Noddings 關懷倫理學之師生關係形貌——身教、對話、實踐、肯定〉，《教育人力與專業發展雙月刊》第30卷第5期（2013年10月）。
- 廖俊裕、周柏霖：〈心性體認本位的生死學社會實踐之探討與理論建構〉，《生死學研究》第17期（2015年2月）。
- 趙俊祥、李郁強：〈從醫療自主觀點談臨終急救與安寧緩和醫療條例之修正〉，《法學新論》第33期（2011年12月）。

齊力：〈個人主義、集體主義與家族主義：三角關係的概念格局〉，《市師社教學報》2003年第2期。

劉笑言：〈自由主義 vs 父愛主義：國家干預的正當性理由分析〉，《雲南行政學院學報》2010年第5期。

潘德榮：〈當代詮釋學的發展及其特徵〉，《鵝湖學誌》第9期（1992年12月）。

蔡甫昌、郭蕙心：〈病人自主權利法之倫理觀點與實務挑戰〉，《台灣醫學》第21卷第1期（2017年）。

蔡甫昌、謝博生：〈醫師專業精神與醫療組織倫理〉，《台灣醫學》第7卷第4期（2003年7月）。

蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源、黃天祥：〈預立醫療計畫之倫理與法律議題〉，《臺灣醫學》第10卷第4期（2006年）。

黎建球：〈現代人的死亡焦慮〉，《哲學與文化》第39卷第12期（2012年12月）。

蕭宏恩：〈性別、關懷與醫學倫理〉，《醫療品質雜誌》第8卷第2期（2014年3月）。

薛文瑜：〈瀟灑走過死亡——傅偉勳專訪〉，《台灣光華雜誌》1994年4月。

謝青龍：〈自由意志在生命倫理中的重要性——以安樂死與複製人的爭議為例〉，《哲學與文化》第28卷第10期（2001年10月）。

謝美惠、王秀紅：〈護病互為主體的陪伴概念與意涵〉，《志為護理-慈濟護理雜誌》第10卷第4期（2011年8月）。

簡成熙：〈正義倫理與關懷倫理的論辯：女性倫理學的積極意義〉，《教育資料集刊》第25輯期（2000年12月）。

龔卓軍：〈生病詮釋現象學：從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎〉，《生死學研究》創刊號（2003年12月）。

#### （四）中文碩博論文

呂育生：《以關懷為核心的師生關係——諾丁之關懷倫理學在道德教育上的運用》，（嘉義：南華大學哲學碩士論文，2009年）。



劉宛妮：《諾丁關懷倫理學的學校行政涵義研究》（臺中：國立臺中教育大學教育學碩士論文，2006年）。

龍武維：《臨終關懷陪伴倫理之進路》（上海：復旦大學哲學博士學位論文，2011年）。

## 二、西文

Patrick Sarsfield Byrne, Barrie E. L. Long, *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in Their Surgeries*. (Great Britain. Dept. of Health and Social Security, 1976).

Perri J. Bomar, *Promoting Health in Families: Applying Family Research and Theory to Nursing Practice*, 3rd ed. (Pennsylvania: Saunders, 2004).

Tom L. Beauchamp and James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 5<sup>th</sup> ed. (New York, N.Y: Oxford University Press, 2001).

Chan WC, Epstein I, Reese D, & Chan CL : Family predictors of psychological outcomes among Hong Kong Chinese Cancer patients in palliative care: Living and dying with the “support paradox”. *Social Work in Health Care* 48(5) (2009).

Laine C, Davidoff F: Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA* (1996 Jan).

Balint E.: The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract* (1969 May).

Carol Gilligan, *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. (Cambridge: Harvard University Press, 1982).

McWhinney, Ian R.: *A Textbook of Family Medicine*. (New York: Oxford University press, 1989).

Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*.  
(Berkeley: University of California Press, 1984).

Nel Noddings, *Educating moral people: A Caring Alternative to Character Education*.  
(New York: Teachers College Press, 2002).

Nel Noddings, *The challenge to care in schools*. (New York: Teachers College Press,  
1992).

Rogers, C. R., *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. (London:  
Constable, 1967).

Sara Ruddick, "Maternal Thinking", *Feminist Studies* 6 (1980).

Schloendorff v. Society of New York Hospital, 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92 (1914).

### 三、報章期刊

林玫妮：〈「病人自主權利法」2019 上路，全台七間醫院試辦成果揭曉〉，《The News  
Lens 關鍵評論》，2018 年 2 月 23 日。參見 [www.thenewslens.com/article/90221](http://www.thenewslens.com/article/90221)

林禹瑄：〈生與死的兩難：安樂死在比利時〉，《報導者》，2016 年 9 月 28 日。參  
見 [www.twreporter.org/a/belgium-euthanasia](http://www.twreporter.org/a/belgium-euthanasia)

邱宜君：〈「病主法」危機：上路時間差、善終權不同步〉，《報導者》，2018 年 2  
月 6 日。參見 [www.twreporter.org/a/patient-self-determination-act-on-the-road](http://www.twreporter.org/a/patient-self-determination-act-on-the-road)

曹婷婷：〈臨終怎麼抉擇 奇美醫退出虛擬實景超有感〉，《中國時報》，2018 年 2  
月 14 日。參見 [www.chinatimes.com/realtimenews/20180214001067-260418](http://www.chinatimes.com/realtimenews/20180214001067-260418)

陳三光：〈論病人自主權利法在國內施行的困境〉，《今日新聞》，2018 年 1 月 17  
日。參見 [www.nownews.com/news/20180117/2684691](http://www.nownews.com/news/20180117/2684691)

劉宏恩：〈傳達仁走完人生「最後一程」但其實瑞士並沒有安樂死法〉，2018 年 6  
月 8 日。參見 <https://www.cmmedia.com.tw/home/articles/10298>

蔡兆勳：臉書（2018 年 4 月 10 日）

[www.facebook.com/profile.php?id=100000100678265&ref=br\\_rs](https://www.facebook.com/profile.php?id=100000100678265&ref=br_rs)

鄧桂芬：〈自主權利法明年上路預立醫療決定書格式首曝光〉，《聯合報》第 A6 版，2018 年 4 月 16 日。

釋慧開：〈大家來關心「病人自主權利法」(四)〉，《人間福報》第 13 版，2015 年 11 月 8 日。

釋慧開：〈「安樂死」其實是非常愚蠢的死法！您所不知道的「安樂死」真相(二)〉，《人間福報》第 13 版，2017 年 12 月 10 日。

釋慧開：〈「安樂死」其實是非常愚蠢的死法！您所不知道的「安樂死」真相(四)〉，《人間福報》第 13 版，2017 年 12 月 24 日。

釋慧開：〈「安樂死」其實是非常愚蠢的死法！您所不知道的「安樂死」真相(五)〉，《人間福報》第 13 版，2017 年 12 月 31 日。

#### 四、其他資料

世界醫師會網站：

[www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient](http://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient)

荷蘭王國政府網站：

[www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/10/12/kabinet-ruimte-voor-hulp-bij-zelfdoding-bij-voltooid-leven](http://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/10/12/kabinet-ruimte-voor-hulp-bij-zelfdoding-bij-voltooid-leven)

臺灣醫療改革基金會網站：[www.thrf.org.tw/archive/249](http://www.thrf.org.tw/archive/249)

衛生福利部國民健康署網站：[www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=210](http://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=210)

## 附錄一 《病人自主權利法》

第 1 條 為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧，特制定本法。

第 2 條 本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

第 3 條 本法名詞定義如下：

一、維持生命治療：指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。

二、人工營養及流體餵養：指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。

三、預立醫療決定：指事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。

四、意願人：指以書面方式為預立醫療決定之人。

五、醫療委任代理人：指接受意願人書面委任，於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達意願之人。

六、預立醫療照護諮商：指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。

七、緩和醫療：指為減輕或免除病人之生理、心理及靈性痛苦，施

予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。

第 4 條 病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。

病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。

第 5 條 病人就診時，醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項告知本人。病人未明示反對時，亦得告知其關係人。

病人為無行為能力人、限制行為能力人、受輔助宣告之人或不能為意思表示或受意思表示時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人。

第 6 條 病人接受手術、中央主管機關規定之侵入性檢查或治療前，醫療機構應經病人或關係人同意，簽具同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。

第 7 條 醫療機構或醫師遇有危急病人，除符合第十四條第一項、第二項及安寧緩和醫療條例相關規定者外，應先予適當急救或採取必要措施，不得無故拖延。

第 8 條 具完全行為能力之人，得為預立醫療決定，並得隨時以書面撤回或變更之。

前項預立醫療決定應包括意願人於第十四條特定臨床條件時，接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部。

預立醫療決定之內容、範圍及格式，由中央主管機關定之。

第 9 條 意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：

一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上

核章證明。

二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。

三、經註記於全民健康保險憑證。

意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。

第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷或非出於自願者，不得為核章證明。

意願人之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員及第十條第二項各款之人不得為第一項第二款之見證人。

提供預立醫療照護諮商之醫療機構，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 10 條 意願人指定之醫療委任代理人，應以二十歲以上具完全行為能力之人為限，並經其書面同意。

下列之人，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人：

一、意願人之受遺贈人。

二、意願人遺體或器官指定之受贈人。

三、其他因意願人死亡而獲得利益之人。

醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：

一、聽取第五條之告知。

二、簽具第六條之同意書。

三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。

醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。

醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證

明。

第 11 條 醫療委任代理人得隨時以書面終止委任。

醫療委任代理人有下列情事之一者，當然解任：

- 一、因疾病或意外，經相關醫學或精神鑑定，認定心智能力受損。
- 二、受輔助宣告或監護宣告。

第 12 條 中央主管機關應將預立醫療決定註記於全民健康保險憑證。

意願人之預立醫療決定，於全民健康保險憑證註記前，應先由醫療機構以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫。

經註記於全民健康保險憑證之預立醫療決定，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，應完成變更預立醫療決定。

前項變更預立醫療決定之程序，由中央主管機關公告之。

第 13 條 意願人有下列情形之一者，應向中央主管機關申請更新註記：

- 一、撤回或變更預立醫療決定。
- 二、指定、終止委任或變更醫療委任代理人。

第 14 條 病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部：

- 一、末期病人。
- 二、處於不可逆轉之昏迷狀況。
- 三、永久植物人狀態。
- 四、極重度失智。
- 五、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。

前項各款應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。

醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。

前項情形，醫療機構或醫師應告知病人或關係人。

醫療機構或醫師依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任。

- 第 15 條 醫療機構或醫師對前條第一項第五款之病人，於開始執行預立醫療決定前，應向有意思能力之意願人確認該決定之內容及範圍。
- 第 16 條 醫療機構或醫師終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養時，應提供病人緩和醫療及其他適當處置。醫療機構依其人員、設備及專長能力無法提供時，應建議病人轉診，並提供協助。
- 第 17 條 醫療機構或醫師應將其所執行第十二條第三項、第十四條及第十五條規定之事項，詳細記載於病歷；同意書、病人之書面意思表示及預立醫療決定應連同病歷保存。
- 第 18 條 本法施行細則，由中央主管機關定之。
- 第 19 條 本法自公布後三年施行。