

南 華 大 學

哲學與生命教育學系

碩士論文

護理之審思

—— 一個高達美詮釋學的啟發

Nursing Reflection

—— An Inspiration borrowed from Gadamer's

Hermeneutics

研究生：陳椿斐

指導教授：顏永春

中華民國一〇一年一月九日

南華大學  
哲學與生命教育學系碩士班  
碩士學位論文

護理之審思-  
一個高達美詮釋學的啟發

研究生：陳椿斐

經考試合格特此證明

口試委員：陳宣而

謝青龍  
莊子春

指導教授：莊子春

系主任(所長)：尤惠貞

口試日期：中華民國 100 年 12 月 27 日

## 致謝

回憶起我當初接觸哲學時，實屬因緣巧合。當時我聽聞南華大學在台中要開一門生命教育的課程，因此引發我修課的濃厚興趣。於修課的過程中，我深深感受到顏永春老師對哲學的熱愛；他更於修課中教導我如何運用哲思解決臨床工作的兩難及矛盾難題。然而，最大的助益莫過於帶領實習護生的過程，讓我在處理實習護生的問題時，更懂得如何拿捏及取捨。

就讀哲學所的日子裡，也是我人生的一大轉變期。求學四年期間，我歷經了結婚及生小孩的過程。一路走來，其間的酸苦可想而知。不過，雨過終究會天晴！

論文能順利完成，最感謝的仍是顏老師的指導；其次，也感謝先生彥碩及家人的支持及體諒；也感謝永悅大姐時時來電鼓勵，給予我繼續努力及堅持下去的力量；另外也感謝素貞學姐對我論文的建議及指引！

## 論文摘要

本文研究目的主要希望藉由高達美詮釋學探討病情告知之護病關係與醫主權與病主權相關性問題。本文論述以高達美理論為主，其中病情告知之過程就如同高達美的實踐智慧理論，透過理解、解釋及應用的過程，亦如同醫生病情告知的過程，是需要透過不斷溝通對話的詮釋過程，才能讓病人完全理解醫生之病情告知內容；藉由此理論的引用深入探討醫病病情告知的對話藝術。其次，運用高達美「你－我關係」之理論深入探討護病關係，企圖在此應用「你－我關係」的理論，讓護病關係能達致一種彼此敞開心胸、開放自己接納對方之想法，以便真正做到主體與主體之第三類型「你－我關係」的對話關係。最後，藉由高達美視域融合理論探討醫主權與病主權的關係。

關鍵詞：

視域融合 (Fusion of Horizons)

病情告知 (Informed Consent)

高達美 (Gadamer)

實踐智慧 (Phronesis)

主體 (Subject)

# 目錄

致謝

論文摘要

第一章 前言.....	1
第二章 病情告知.....	5
一、病情告知的困境.....	5
二、應用的智慧.....	9
第三章 護病關係.....	14
一、視人為一般人的我 - 你關係.....	14
二、視人為個人的我 - 你關係.....	17
三、視人為你的我 - 你關係.....	24
第四章 醫主權與病主權.....	27
第五章 結論.....	41
參考資料.....	47

## 第一章 前言

隨著世界思潮之變遷、人權意識之高漲，過去以醫生為中心之父權社會已被以病人為中心之全人醫學取代，故擔任醫護人員更要學會謙卑，更要重視醫病、護病之溝通、如何向病人解釋病情、現醫院更講求服務至上全心照護病患，而筆者身為一位護理人員更應該擔任醫病關係中的溝通者、訊息傳遞者、協調者、中介者…等溝通橋樑的角色。然而，病人到底該不該被告知病情呢？這是當前重要且熱門的一個議題。再者，現今病人自我意識提昇，各大醫療機構汲汲營營以病患安全、病人至上為努力的一個準則。而身為專業醫護人員的我，更常常於醫院看到一些癌症末期病人的家屬，以隱藏訊息的方式來處理罹患癌症之病情問題，結果不單單造成了醫護人員、家屬與病人之間不必要的壓力，也使的許多病人無法真正的面對事實、知的權力也於無形當中被剝奪。而傳統的做法是醫師在得知病人確立診斷時，往往不加思索便習慣性地先行告知家屬，以徵求家屬的意見是否要告知病人，如此的病情告知方式在新時代醫學倫理愈來愈備受重視情況下，顯然從當中可看出有爭議之處。

實際上，每一個人都有權利去了解自己的狀況，有知的權利，並且有決定對策的自主權。或許他愈早知道自己病情的實情，便有愈多的時間去做充分的準備，而且，是更實在、更具有建設性的準備。在臨床發現醫師除了要治療和克服疾病本身之外，還有其他像家屬經濟情況、情緒問題和病人心理調適等相關性的問題均需列入考量，也需面對及協助處理解決。故惟有整個醫療的行為，從醫生、護士、家屬到病患之間形成一個整體，才有可能做好病情告知的工作。然而，在家屬、病人及醫護人員間如何自處與互處，也是一門重要的學問。

舉例來說！王老太太今年 75 歲，與兒子、媳婦和二個孫子同住，有一天王老太太突然急性腹痛，她的家人送她至醫院，經過醫師評估及檢查後表，需要緊急開刀。手術中只切除部份腫瘤。手術後家屬請醫生不要告訴王老太太病情，因害怕王老太太會輕生，醫師對家屬的要求覺得不妥當，然而，王老太太醒來第一句話就問：「醫師，我是不是得了癌症？…」由此案例中醫生面對家屬不願告知病人實情，但病人本身有表達出想知道自己病情的訊息，病人有知的權利啊！但萬一擅自告訴病人實情時，他不能接受，該怎麼辦呢？此案例中面臨兩難抉擇的困境，到底該如何做才是最佳的處理方式呢？由上述案例中發現國內病情告知的對象大都以告知家屬為優先考量，但此作為卻違反了病人之自主權、知的權利，這當中牽涉了倫理之相關議題，譬如義務論、效益論與德性論等。案例中如果當初醫生的選擇是即時告知病人，對其病情控制是否會更有幫助呢？對其未了的心願是否會更積極地去完成嗎？醫生於診治病人的期間，病人是否有明確表達出自己不想知道自己病情的字句呢？那擔任護理人員的我們又該如何協助醫生與病

人呢？這是一份艱難且難以克服及處理的過程，此時身為醫護人員的我們又該如何面對這種種矛盾之問題，又該如何處理才是最佳的選擇呢？筆者認為，此時唯有借著高達美的「應用理論」而開展出的實踐智慧才有辦法來克服這些難題！眾所週知，高達美的實「應用理論」總是考慮到普遍的規則對具體實踐情境的適應，並做出適當的調整與融合。這種實踐的具體做法，並不是一種將事先所得出的普遍原則對應某種特殊情況的關係，而是應用作為實踐在一開始就規範了整個「文本」的詮釋活動，如他說的：

應用在這裡不是某個預先給出的普遍東西對某個特殊情況的關係。研討某個流傳物的解釋者就是試圖把這種流傳物應用於自身。……為了理解這種東西，他一定不能無視他自己和他自己所處的具體的詮釋學境況。如果他理解的話，他必須把文本與這種境況聯繫起來。<sup>1</sup>（真理 416）

除了上述之病情告知之議題，筆著對於如何促進護病關係之探討也深感興趣！筆者之前提是，語言的溝通是一門看似簡單的溝通方式，但是，真正要做好良好之溝通技巧，讓醫生與病人、護理人員與病人間的溝通對話達到真正的理解是一大學問，這也是一份艱難的課題。在高達美的理論中，詮釋學經驗的結構將對話過程揭示為問與答的辯證關係，問題的被提出開啟了一個對話的可能。在對話的平台上問題開啟了對話的話題，循著話題的內容對話者在一問一答的語言來往中進行著交流，交流在相互問答間對於問題的真誠投入、交流在對於問題的開放、交流在不斷地語詞所勾引出的問題視域、交流在彼此所承載的歷史意識的力量，也包含因對話的交流而使自己重新看待與檢視自己在過去與未來。以護病關係來說，真正良好之護病關係是各自要開放自己、接受對方，彼此間的關係是彼此牽制，相互聽取對方所表達的內容。就如同護理人員聽取病人的問題，並不表示護理人員一定要無條件接受病人所提供的意見，亦即如果沒有人要求護理人員去接受病人的一些反對護理人員「我」的問題，護理人員也會正視並承認病人的問題，唯有彼此開放自己，兩者間平等的看待對方、尊重對方，護病關係中不存在著上對下的關係，而是一種相互承認的關係，彼此間的交流才能達到身心靈三層面的滿足，彼此間只有分享彼此無任何宰割的關係。如此一來，才能讓護病關係達到良好之溝通、交流，彼此間也不會於各自的心中築一道永遠看不到彼此的圍牆，唯有彼此相互開放，才能打開各自心中的那道窗，彼此才能達到真正良性互動之可能性。在此，筆者深受高達美所闡述的「我－你」關係之第三層「境界」啟發，因而認定它也可以應用於護病關係的溝通之上。於此，下列之講法深深地

---

<sup>1</sup>參見洪漢鼎譯，高達美《真理與方法——哲學詮釋學的基本特徵》，上海譯文，1999年，頁416。以下將簡稱此書為《真理》，並且所有引自此書之譯文將直接標示於正文之內。

促動著筆者的研究動機：

.....理解的目的是在於達到一種溝通，所以伽達默爾更強調理解主要是通過對話走向一種一致或共識 (agreement)」的辯證過程，而不是產生和拉大誤解，像德里達所突出的那樣。典型的如父母與兒女、老師與學生、律師與當事人、醫生與病人的相互理解，以及文化與文化的交流，國與國、民族與民族之間的交往等等都是如此。<sup>2</sup>

另外，隨著台灣工商業社會的經濟快速發展，生活水準提高，和醫藥衛生的進步，從開發中國家邁入了已開發的國家，在過去的傳統裡醫師扮演權威者的角色，醫師扮演著一個高高在上、有權威的代名詞，由於病人在過去缺少醫學知識及習慣於將自己處理疾病之自主權交給醫師，也沒有自己對治療疾病的自我想法。往往聽到自己病情嚴重就只會請求醫師盡全力的醫治，此時只能一味聽從醫師的處置了。如果不幸遇到醫師醫德差的、態度差的、無耐心的，只能聽天由命或者請求神明的保佑。於是，打針、吃藥與開刀就成為病情的唯一合適治療方法，只能一味遵從醫師的指示及醫囑，服從醫師治療的方式，深怕一旦有了自己的意見後，醫師會不肯治療自己的病，也可能因此不救治他了。然而現今我國的經濟繁榮，一般人之知識水準及醫學常識的提高，也隨著病人自我意識的提高、自主性的抬頭，病人對醫師治療有更高的期望及期待。對於自己生病時，會希望醫師對自己的病情治療、診斷及病情照護上，醫師可以提供更多、更完整、更完善的治療方式及管道，讓自己有參與及選擇如何治療的機會，讓其病情能夠獲得緩解或治癒。現今的醫療體系已經成為一個為病患服務的一門行業，講求病患至上的服務型態，病患希望自己對醫師的處置是有求必應的、希望有高水準的服務態度及品質，甚至選擇以自費方式達到更高效率、高優質的治療。病人另外一方面，也希望醫師能教導一般民眾瞭解如何做好疾病預防的方法。甚至於希望醫師在解釋病情的技巧上，能應用自己可以接受的方式、可以理解的方式來解說自己的病情，也希望醫師將所學的知識應用於自己身上，讓自己可以完全瞭解自己的疾病及治療的過程。

依上述來說，病人要完全理解醫師的治療及疾病的過程，必須透過語言溝通的方式，不斷地與病人溝通及解釋，透過這溝通、解釋的對答過程與病患不斷地進行溝通，目的是要讓病人能完全瞭解醫師的病情解釋。為了克服這醫病溝通的障礙；為了讓醫病關係良好，採平行的雙向溝通，此處我們可以帶入高達美的詮釋學理論。高達美在其詮釋學中所做的努力之一便是將權威去污名化，其所採行的策略是論證人們對於權威之信服可以是一種合乎理性的行動。首先，權威具有令人信服的力量，但權威之令人信服係人們理性選擇的結果，正因為人們意識到

---

<sup>2</sup> 參見何衛平《通向解釋學辯證法之途：伽達默爾哲學思想研究》，上海，三聯書店，2001年，頁250。



自己的侷限性，因而承認他人可能具有更好的見解，換言之，權威依賴於承認。高達美從權威的產生來思考權威的性質，順著此一思考脈絡來看，命令之所以可能是由於權威的關係，但命令並非權威的本質，反而權威之所以為權威是可以被認可接受的——權威涉及對學識、能力及見識之高下關係的承認，如同孩童信賴父親、學生信賴教師、病人信賴醫師，人們總是出於某種原因期待著權威，此一認可的行為是基於人們的自由意志，權威的力量並未逼使人們放棄理性思考——這才是權威的基礎。高達美同意啟蒙運動對理性與權威的區分，其所不能認同的是啟蒙運動所建立之理性與權威對立的關係。儘管高達美試圖指出權威對理解的正面積極作用，但這並未掩蓋啟蒙運動對權威的批評：權威仍有取代人們運用自身理性判斷的可能性，亦即有時候對權威的信服是基於盲目的服從。舉個例子來說：就如同過去的病人對於醫師看診所做的處置，如果病人本身有些許的疑惑、疑問，仍不敢正面向醫師提出問題討論病情，只因為醫師是一位高高在上權威之代表，故往往採取完全接受的態度，不敢有一絲毫的違背，只一味的盲目服從。此處若說高達美是就權威的產生處維護權威的合理性，啟蒙運動則是反省由權威所產生的壓制性力量及人們未經反思且習慣性服從之態度。儘管高達美抹除了權威與理性必然對立之界線，但他並未否認啟蒙運動對權威的思考有其價值所在。高達美只是指出權威除負面評價外，亦應得其正面肯定。他說：

啟蒙運動所提出的權威信仰和使用自己理性之間的對立，本身是合理的。如果權威的威望取代了我們自身的判斷，那麼權威事實上就是一種偏見的泉源。但是，這並不排除權威也是一種真理源泉的可能性。（真理358）

無論如何，在高氏的眼中，權威與理性的融合是可能的。因此，筆者認為，若以如此的觀點來探究醫主權與病主權如何相融並存的問題，將會是一個相當有意義的內容！

總而言之，筆者覺得，透過高氏的一些哲理定能讓筆者對於護理有更深一層的認識。論文將分別探討三個議題：一、病情告知；二、護病關係；三、醫主權與病主權。筆者所借用之高氏哲理分別是應用的概念、我－你關係與視域融合。

## 第二章 病情告知

「病情告知」這個名詞在英文當中似乎沒有完全相對應的名稱，比較接近的可能是「Tell the truth（告知事實）」或「Truth-telling（真相告知）」的解讀意義。另外，相關的名稱如：「Communication skills（溝通技巧）」或「Breathing bad news（打破壞消息）」，也都不能完全合意與合用在這個名詞解釋上。「病情告知」這個名詞並非在字面上的理解就能完全解釋的。「病情告知」涉及了醫師的醫德、對病人的瞭解（包括：文化、價值觀、教育程度、對疾病的理解能力及接受度、對未來的信念、有無支持系統…等相關因素）、疾病的嚴重程度、告知病情的時機及地點、告知病情的說話技巧…等因素。然而，「病情告知」因沒有一套統一及標準的告知方式，因此也有人認為病情告知是需要應用告知的說話藝術的。但是，這個告知的技巧到底該如何運用才能適用於每一個病人呢？這門學問至今似乎仍讓人捉摸不定、尚無一個確切的定論。目前有的只有依賴每一個醫師的經驗談；醫師對病人的瞭解程度；醫師是不是可以站在病人的立場為其設想；醫師是不是能尊重病人之自主權；醫師是否有給病人自己選擇該如何治療自己疾病的一個機會呢？還是，至今仍舊依循著過去傳統醫師高高在上的父權時代的傳統觀念呢？台灣的醫療又與歐美國家的醫療方式有何差異呢？而身為一位專業護理人員的我，又該如何在醫生與病人間做好之中介者、協調者、溝通者的角色呢？這種種因素都是影響醫師於病情告知上的一些重要觀點及需克服及注意的地方。筆者認為，要做好病情告知的良好工作，就應該學習哲學家高達美的「應用」智慧，因為它總是考慮到整體的規則與具體實踐情境的狀況，並做出適當的調整；但這種實踐並不是一種將事先所得出的普遍原則對應某種特殊情況的關係，而是應用作為實踐在一開始就規範了整個詮釋活動。以病情告知的過程來看，這具體實踐的過程必須對應者不同病人，而有不同的因應方式，非一成不變的，是需要有彈性的；然而這也並不是說，因此就毫無準則可言。

### 一、病情告知的困境

隨著時代潮流的進步，病人自主權的提昇，現今的醫學倫理更強調病人有自主及知的權利。當一位醫師在面對病情解釋的時候，需尊重病人是一個生命的個體，瞭解病人是需要受尊重的，也要試著站在病人立場為其設想，甚至，於醫師病情解釋之當時，如果看到病人皺眉、有疑問之表情時，身為護理人員此時可提醒醫師病人似乎有不懂之地方，請其針對病人不了解處再詳加說明解釋。於此處更強調出醫學倫理之重要性，醫學倫理是一種良知的呼喚，要醫護人員秉持良知去從事醫療的行為。此時，唯有醫師與病人之間相互尊重才能發展出良性的溝通管道。病情告知四個字就字面上來講似乎淺顯易懂，但是，實際應用，卻往往覺得施行是困難重重。故身為一位醫師為病人做解釋病情的前提下，是希望每一位

病人能完全瞭解自己的病情。可是，往往醫師在為病人解釋病情的時候，常會發現病人因其個人價值觀、教育程度差異、文化差異、個性…等因素，往往導致醫師在為病人解說病情的時候，沒辦法有一套完全相同的解釋方法。所以，此時唯有透過良好之醫病溝通，護理人員擔任協調者、擔任醫師與病人之間溝通中間者之角色，身為一位醫師於病情解釋須運用淺顯易懂的語言或者文字讓病人完全瞭解其病情解說的意義。但這些是需要透過長期經驗的累積及個人努力才能獲得的，因病情告知之方式會跟隨著病人之不同，也會有不同的病情告知方式，所以，造成病情告知迄今仍無法有一套統一的說法。

現今的醫師對於告知癌症病人病情的看法也有不同於以往。文化的進步似乎已影響醫師對告知病情的看法，美國醫師對於告知病情實情的統計中，醫師指出自己通常會告訴癌症病人實情，且進行病情告知時會努力保住病人的希望與生存意願。故隨著時代潮流之演進，病情告知之議題更相對的重要，也愈來愈備受重視，這是身為醫護人員之職責，而身為護理人員就需擔任病人與醫生間的溝通橋樑是一訊息傳遞者的角色，也是溝通協調之中間傳遞者，對於醫師解釋過程中較文言、較偏重醫學名詞的語言，協助醫師翻譯成較白話、淺顯易懂的語言或文字，讓病人完全瞭解其病情解釋的意義，讓醫病關係之建立有一種良性的催化作用，護理人員在這當中具備了多重角色的扮演，但應當如何實際應用更是值得筆者研究及探討之地方。

依據臨床的多年經驗，筆者認為一位醫生於病情告知時，如果對於病人病情之解釋前不夠深入瞭解每個病患之文化、背景、價值觀需求及其接受度…等相關問題，容易發生了醫師自認為於自己解釋病情上已經用很白話，用一般人可以理解之家常話的語言與病人溝通解釋病情，其病人及其家屬也於醫師在告知病情的當下一直點頭表示理解、懂了，不是嗎？但就護理人員的觀察經驗常發現病人於醫生走後的經驗中發現往往病人及家屬的點頭，只是順著醫師之病情解釋點頭表示有認真在聽或者當下可能覺得自己可以理解醫師的病情解釋。但往往醫師解釋完了，走出病房或者離開的當下病患及家屬便陷入疑惑的表情當中了，心理想著醫師剛才所說的，雖然，剛剛聽起來似乎都懂，但是，後來仔細想想有好多專業醫學術語無法理解、不懂的它的意義與嚴重程度，醫師說的到底是指什麼、我又該如何選擇、該怎樣做才好呢？該找誰商量好呢？自己身邊有沒有認識醫療相關行業的人呢？有沒有值得信任的人可以商量給點意見的呢？頓時病患及家屬陷入長時間的沉思及困擾不知如何是好？此時，身為護理人員的我們已觀察出醫生於病情解釋的過程中，就發現病人及家屬的疑惑神情及不斷的皺眉…等非語言表現，故擔任護理人員也要適時提醒醫生，病人此處有不了解，請醫師針對此處再詳細說明，於醫師解釋病情後也要花一些時間去與病人溝通了解其對醫師病情解釋上是否有不了解之地方，透過這溝通的過程去了解問題點在那，再與醫師討論是否需要再次跟病人病情解釋之必要性，也於這個過程中與醫師相互累積病情告

知之經驗，讓醫病間溝通無障礙。另一方面，病人如果是屬於無法接受其病情的個案，我們也需要考量到如果貿然告知病人其病情的話，可能會喪失了其自我的生存意願，也有可能因家中無其他家人提供支持系統或者有經濟方面之問題…等眾多因素，這些均可能導致醫病溝通上一個前所未見的窘境。故此時，擔任護理人員的我們就必須運用我們的專業能力，運用我們的敏銳之觀察力、關懷的心、體貼、愛心、耐心，站在醫病各自的立場為他們設想，運用語言及非語言的表達方式去觀察出病人及家屬眉頭深鎖、勉強的笑容、矛盾不安的神情，運用我們主動關懷的心以主動詢問、以開放式的問話方式了解他們心中的疑問為何，運用我們的專業建立病人對我們的信任感，讓病人及家屬能主動表達他們心中的疑問，將我們所觀察及收集到的資料提供給醫生，協助醫生與病人間有良好之溝通，讓他們彼此間能相互了解及信任，協助醫生做好照護病人的工作。舉例來說：醫生於病情解釋的時候，對於醫學相關的專業術語是每日朗朗上口之專業名詞，不需特別花時間、花腦力準備，但這些專業名詞對病人來說都是第一次聽到，也聽不懂的字彙，所以，醫生於病情告知之過程，更要運用一些淺顯、易理解的文字。無論如何，病情告知的問題相當複雜，它絕對不是用單一的技巧性的作法可以去解決的！若以死亡告知為例，醫護人員即會面臨下列的疑慮：<sup>3</sup>

#### （一） 若病人患了不治之症，醫護人員要告知他嗎？

一般於臨床中，病人於醫院經由醫師診斷後，病人患了不治之症，通常不會告訴病人，因為會害怕病人受不了打擊；故而將病情隱瞞，面對病人時表現出強顏歡笑。但如此的隱瞞做法真的妥當嗎？這個問題是病情告知的過程中最受爭議的一點。於社會大眾之想法，一般視死亡為忌諱，絕口不提。這是因為台灣文化對死亡態度一般是抱持著害怕病人知道或選擇先告知家屬的方式。然而，在以前，醫院方面和病人家屬都認為把病人不久人世的消息隱瞞起來，是為了病人好且每個人都同意這麼做，因他們認為病人若知道病情後一定無法忍受。這件事說起來太殘忍了，也沒有必要性，絕對不要強迫病人接受他沒打算接受的事。事實上，這種行為很可能會導致病人心理的悲潰。舉例來說，有位婦人剛過五十歲，她到醫院作檢查，檢查她肺部一些可疑的黑點。醫師立刻診斷是癌症，不過，醫師告訴她診斷結果尚不確定需要開刀。手術前幾天，一個遲鈍的 X 光技師好意的告訴她實情，要她回家，每天面對鏡子看自己的反應，並且，大聲重複地告訴自己：「我得了癌症！我得了癌症！我得了癌症！」這消息宛如晴天霹靂。那位技師的態度是那麼的唐突、隨便，結果使那位婦人變得歇斯底里，安撫了好幾天才平靜下來。

#### （二） 隱瞞病情是否便違反了病人之自主權及知的權利？

---

<sup>3</sup> 參考孫奕材著，《跳動七十二 - 良醫治百病》，台北市，中午出版社，1976 年。以下之內容主要是參考此書再加上筆者之個人看法，將其二十一點的內容歸類為三點來呈現。

若我們從醫病關係之觀點來談，不告知病人病情基本上就是欺騙，且違反了病人之自主權及知的權利。舉例來說，若病人家屬想隱瞞病人病情為達到此目的，勢必大家共同演戲，也需戴上虛假的面具，這種情況筆者於臨床工作中常遇到的事。家屬於此不斷地保持虛假的面目，不斷要於臉上扮演著微笑，不斷地要說一堆愉快的話語，還得假裝關心病人的未來，並且和他討論，就好像他真的會有未來一樣。但病人面對鏡中日漸憔悴的面容，還得說服自己相信病情已有起色，但其實身邊每一個人都看得出來呀！大家都很少提起自己的病情，若是自己提起病情，室內氣氛馬上變得一片寧靜，故話題很快地轉開。家屬也會用很篤定的聲音安慰病人告訴他別擔心。但大家共同演這場戲多累呀！即使有好的表演環境，勉強裝成快樂的樣子也是相當困難的。除非病人的感覺太不靈敏，否則一定會察覺有些不對勁。身為病人也會想著：「為什麼朋友來探望我之前，都會先在外面交頭接耳一番呢？」他想：「那些表情是什麼意思呢？如果我的病情果真那麼樂觀，那為什麼每個人都顯得憂心忡忡呢？為什麼用哄小孩的方式對待我呢？為什麼每個人對我發脾氣時，都不會生氣呢？以前不是這樣的呀！為什麼突然之間每個人都對我那麼好呢？為什麼我女兒每次來看我時，兩隻眼睛總是紅紅腫腫的呢？」

病人忍受了一段時間的虛飾對待，卻發現自己的病情根本沒有好轉，而且，似乎沒有可以出院的徵象，於是他開始感到絕望，甚至，開始懷疑自己的健康情形。我到底該信任誰呢？病人從來沒有死亡的經驗，在這個過程中病人沒有任何經驗，也沒有同伴，但病人家屬至少還和這個病人有關係。如果今天有告知病人病情的話，病人如果有心事想跟人說，至少還有家屬可以說，有情緒發洩的管道，不會孤單一個人渡過憂傷及痛苦。如果這種傷感的遊戲還在不斷地進行，但病人對於自己將死的事實卻感受愈來愈真切，如果要洞穿計謀也就愈來愈容易。此時，和病人的談話就必須更加謹慎，以免說溜了嘴。如果病人問問題醫師與護士們往往就突然改變話題，但說謊的人有時也可能會忘記自己講過的謊話，久而久之，這些搪塞的回答逐漸失去了連貫性，最後變成一堆前後矛盾的盾辭。更糟的是，病人各種治療開始，病人需常常接受一些治療，新的處方一道接著一道地開來，大堆大堆的藥物只是為了要減輕這些藥物的副作用。病人感到愈來愈痛苦，藥物也變得愈來愈無效，再也沒有聽到可以出院的事了，病人的身體愈來愈衰弱、痛苦，他只能繼續服藥治療，而自己的情況也愈來愈糟了。醫生也好像愈來愈無用武之地，不論再怎麼懇求他們告知病情之結果，也只換來生硬的微笑、牽強的解釋。最後情況終於發展到令病人絕望得無法忍受的地步，他們開始開門見山的問。也出奇不意地詢問醫師或護士自己是否不久人世嗎？他也可能會大發雷霆，要他們告知自己病情之實情；也可能會偷看報告，會試探醫護人員的反應。

(三) 什麼方式才是最好的告知方式呢？

有人會說，最好的辦法是讓病人主動問你。然而，如果病人罹患絕症的事實已擺在眼前，而他什麼也不問，就表示他大概還沒有接受這項事實的心理準備；他若有準備，自然會開口發問。選擇適當的時機或許是較好的辦法，但每個人的情況不一樣，應該讓病人主動提出這個問題才好。另一方面，醫師還有一種明智的作法，他不一下子將實情全盤的告訴病人，讓病人遭受太大的打擊，而採取循序漸進的暗示法：告訴病人某種現象將產生某種可能性，但是，他拒絕承諾任何保證；他下藥治療，但不表示這種藥物絕對有效。如此，病人心中逐漸有了個底，他對於聽取實情有了心理準備，事實也逐漸明朗化。聰明的醫師深知時間及肢體語言的價值，所以，他讓病人自己去調整步調，自己去決定願意了解的程度。

總而言之，病人若問你，他有多少生存機會，絕對不要告訴病人他會死，只能告訴他病況很嚴重。換句話說，如何告訴病人是沒有準則的；我們只能大略地遵循下列的方法：

- (一)讓病人自己帶出話題，讓他主動問起。
- (二)要謹慎、要溫和、要顧慮周全，重要的是你說話的方式，而非內容。
- (三)避免告訴病人他患的病絕對沒救了，或他只有幾周好活。但是，我們彼此都知道這類事情的可能性，也知道這種事是不可避免的。
- (四)隨著病人的步調行事，他問多少，想知道多少，才告訴他多少。

## 二、應用的智慧

眾所週知，在高達美詮釋學裡理解、解釋與運用是統一的，如同他說的：

在古老的詮釋學傳統裡，詮釋學問題曾按下面方式進行劃分：人們區分了一種理解的技巧(*Subtilitas intelligendi*)，即理解(*Verstehen*)，和一種解釋的技巧(*Subtilitas explicandi*)，即解釋(*Auslegen*)。在虔誠派裡，人們又添加了應用的技巧(*Subtilitas applicandi*)，即應用(*Anwenden*)，作為第三種要素。理解的行動曾被認為就是由這三種要素所構成。(真理 398)

上述中，解釋不是一種在理解之後偶爾附加的行為，相反地，理解總是解釋，所以解釋是理解的表現形式。而浪漫時期的詮釋學發現瞭解理解和解釋是合一的，因為理解一物就是進一步解釋它。解釋只是瞭解自身的更進一步發展而已。再者，高達美的實踐智慧總是考慮到普遍的規則對具體實踐情境的適應，並做出適當的調整與融合。但這種實踐並不是一種將事先得出的普遍原則對應某種特殊情況的關係，而是應用作為實踐在一開始就規範了整個詮釋活動，如他說的：

應用在這裡不是某個預先給出的普遍東西對某個特殊情況的關係。研討某

流傳物的解釋者就是試圖把這種流傳物應用於自身。……為了理解這種東西，他一定不能無視他自己和他自己所處的具體的詮釋學境況。如果他想理解的話，他必須把文本與這種境況聯繫起來。(真理 416)

在此，高達美突出了應用在其詮釋學中的關鍵地位，藉由這種突出，高達美凸顯了實踐在詮釋學中所扮演的重要角色，他要說明的是理解就是一種實踐——或者說是實踐的變形，在實踐中所涉及的是與實踐者切身相關聯的具體處境，實踐者必然處於其具體處境中而有其實踐，在這裡不存在著一種主客對立的關係，實踐者也不是以一種無動於衷的態度來看待指導他行為的理論知識。同樣，在理解的現象中，由於理解者敞開了自身，遂而與理解對象有一種相互隸屬的關係，在這種相互隸屬的關係中，雙方得以超脫自身原有的侷限而達到一種更高的普遍性，換言之，在理解中，有一種教化的作用，而這種教化作用又與理解者與理解對象所處身的傳統有極深的關聯，要之，傳統是理解者之前見의 淵源，而前見又是理解的條件。理解者是應用自身的前見去進行理解，而我們則發現這種理解行為與 *phronesis*，兩者都是在實踐的要求下將一種普遍性具體化。這就是指高達美詮釋學中的倫理學要素——*phronesis*。<sup>4</sup>

一般而言，*Phronesis* 通常被譯為實踐的智慧。這個概念主要是來自亞里士多德在他的倫理學當中批評柏拉圖之善的共相太過於空疏所引起的。我們也可以說，就是如此的批評因而引起高達美高度的觀注與共鳴。在高達美的眼中，所謂的科學方法論正是一種要排斥主觀性與特殊性的抽象知識，以至於濃厚的偏執性。他說：「實驗方法的本質是超出觀察的主觀偶然性，由於憑借這種方法，自然規律性的知識才成為可能的，同樣，精神科學也努力從方法論上超越由于所接近的傳統而造成的自身特殊時空立場的主觀偶性，從而達到歷史認識的客觀性。」(真理 306) 然而，如同高達美所說的，科學方法論的努力是有它的限度，因為「……即使是歷史方法的大師也不可能使自己完全擺脫他的時代、社會環境以及民族立場的前見。」(真理 689)

我們也可以說，高達美將理解、解釋和應用全部統一，就如同一位醫師在為一個病人解釋其疾病的情況時，事先醫師必須對這種疾病有一定程度的瞭解，才能為病人解釋病情。但在於高達美的實踐智慧應用中之內容之差異上，醫師也需要了解病人對此疾病的認知進而瞭解彼此對此疾病認知上差異，雖然，病人對於病情告知總是或多或少的瞭解它，醫師總是在病情告知的處境中，嘗試運用各種的病情告知技巧從中尋找適當的病情告知方式。醫師雖擁有病情告知之知識，但他所擁有的，卻不是一個清晰的共相或概念，以致醫師能夠根據病情告知的對象，就足以針對當時病人之處境，引導出適當的病情告知方式。一開始醫師也僅是對病情告知擁有一個模糊的印象、一個概括或綱要而已。醫師對於病情告知會感

<sup>4</sup>參考彭啟福，《理解之思—詮釋學初論》二版，合肥，2005，安徽人民出版社，頁 116。

到迷惘，因為他不明白病人對病情告知的要求為何？這時，醫師需要的，不是教導，因為別人的教導最多只是一種參考罷了！另一方面，醫師也不是需要清晰的推理能力，因為醫師對於病情告知根本尚未有明確的告知方式。反而，醫師必須針對每一個病人的不同處境，因應病情告知的限制，慎重地抉擇出一個適當的病情告知方式，讓醫師從抉擇如何告知病人病情的過程反思中更清楚的瞭解病情告知的方式，醫師的病情告知沒有經由教導推理而變得明朗，而是在不斷的與每一個病人做病情告知的過程中經由不斷省思中累積起豐富的病情告知技巧之意義。

醫師於不斷應用病情告知的技巧，也就是不斷深入瞭解病情告知技巧，在不同病人之病情告知處境中，病情告知就顯示出不同的溝通方式，病情告知的內容不是固定不變的，而是不斷地翻新。我們甚至可以說，每一次的病情告知總是不斷地修正，修正病情告知方式不表示它原本是錯誤的，而是由於病情告知方式是透過應用的，故它要在不同的病情告知處境中更新自己，使它能得以適當地應用。這不是說，它要迎合每一個病情告知對象的要求，而是，病情告知本身就是隨處境改變的知識。病情告知如果沒有處境，它的意義就無法被明確限定，在另一方面，沒有病情告知，則處境中的一切，其意義亦無法限定，亦即，我們無法明白病情告知處境中的意義，它們是互相影響的，然而，醫師不僅要明白病情告知處境中的意義，醫師尚要在病情告知中，在符合病人病情告知的要求下，從病情告知方式中選擇出一個好的病情告知技巧，這個選擇能和諧地應用於病人之病情告知方式中。如同一位醫生在病情解釋的過程裡，醫生對肺癌末期四個字在其眼中是熟不可再熟的疾病名稱，但對於病人本身來說都是生疏、無法理解的名詞、字彙，於病情告知的過程中更要運用淺顯、白話、易理解的文字，因此，如果我們要做好病情告知，我們就要完全理解高達美之實踐智慧理論，透過其視野深入理解、了解這告知的過程，透過這實踐智慧的理論去實踐力行的。如此一來，真理就不再只是紙上談兵，是可以透過實際應用實踐來達成的。於此，筆者試舉一例來加以說明！

王老太太現年 75 歲與兒子、媳婦和二個孫子同住，她另外還有二個女兒也住在家附近，平時她總是活躍而精力充沛的。有一天王老太太發生急性腹痛，她的家人送她去醫院的急診處，經過林醫師的問診及檢查後決定必須進行緊急剖腹探查。手術中林醫師切除了使大腸阻塞的部份腫瘤，卻無法再多做些甚麼。手術之後林醫師立刻告知家屬該結果。家屬請求他不要讓王老太太知道疾病的診斷與預後；他們害怕王老太太會喪失希望。他們認為有關告知病患的問題應該由他們家屬來商量決定。林醫師對家屬的要求覺得不妥當，他提議由他來詢問病人是否希望被告知病情診斷並自己做接下來的醫療決定，還是她希望由家人決定就好了。然而，家屬堅決反對！他們認為，如此一來便會造成王老太太心理上的負擔。他們堅持家庭成員在這樣的時刻有責任來處理所有的事務。王老太太在手術後清醒過來，見到林醫師第一句話便問：「林醫師，我是不是得了癌症？…」



上述案例中，醫師面對家屬不願告知病人實情，但是病人本身卻表達了想知道自己病情的訊息。平心而論，他有知的權利啊！但萬一擅自告訴病人實情，而導致他不能接受時，該怎麼辦呢？

一開始林醫師對王老太太病情告知方式只擁有一個模糊的印象，一個自己具備概括的想法、概念而已。林醫師對於病情告知還在一個摸索的時期，因為他還不明白王老太太病情告知的要求為何？這個時候林醫師需要的不是一般形式化的教導方式，因為他人的教導方式最多只是一個參考依據罷了！另一方面，林醫師此時也不是借重清晰的推理能力就能解決王老太太病情告知的問題，因為林醫師對於王老太太病情告知的處境根本尚未有明確的了解。因此，林醫師必須針對王老太太個人的處境，因應病情告知的限制，慎重地抉擇出一個適合王老太太的病情告知方式。

此時林醫師還處於在說服家屬同意讓王老太太知道自己病情的好處，等待著家屬同意後要跟家屬討論適合王老太太病情告知之方式。讓王醫師從抉擇如何告知王老太太病情的過程不斷反思後更清楚的瞭解王老太太病情告知的方式，林醫師的病情告知不用經由指導推理而變得明朗，而是在不斷的與王老太太做病情告知的對話溝通過程中經由不斷省思中累積起豐富的病情告知技巧之意義。因每一次與王老太太及其家屬的溝通對話中對她愈來愈瞭解，也愈來愈瞭解王老太太的個性、價值觀…等，了解到適合王老太太的病情告知方式，林醫師不斷於應用病情告知的技巧，也就是不斷深入瞭解病情告知技巧，在王老太太之病情告知處境中，病情告知就顯示出需要運用不同的溝通對話方式，因這王老太太之案例中，不再只是醫師與王老太太本身的對話溝通即可解決的問題，是一個家屬不願告知王老太太病情的矛盾難題，家屬的出發點是善意的，是擔心王老太太年紀大可以無法接受自己罹患癌症的事實，該運用怎樣的方法才能說服家屬接受呢？

要言之，病情告知的內容其實不是固定不變的，而是需要不斷地翻新。意指過去傳統的醫師於病情告知時，往往不加思索地就直接向病人解釋其得了什麼病？這個病沒有藥醫了？就只能這樣了。如此之類的話語，不考慮病人的感受，可否接受的情況下就妄自菲薄的告知病人了，我已經盡我的義務，我有跟您說您的病情，之後，您要怎麼做那是您的事，跟我無關。是如此的不尊重一位病人，沒有視此病人是人一般的對待，也沒有考慮到如果今天您的家人也是在這個情況下被告知病情，您此時的想法為何呢？現在的醫療講求以病人為中心的照護，更要懂得為病人設身處地的著想，照護病人要視為自己親人般的照護，做到視病猶親。所以，當代的醫師已經漸漸懂得站在病人立場為其設想了，也於告知病人病情當下，先考量到病人本身的接受度為何？所以，我們甚至可以說，每一次林醫師為王老太太病情告知的時候總是不斷地修正自己溝通的對話，但每一次的修正跟王老太太的病情告知方式不表示之前所說的都是錯誤，而是由於病情告知方式

是透過應用的過程，故它要在每一次不同的病情告知處境中更新自己的病情告知對話方式，如果今天感覺王老太太好像心情比較不好就不是一個好的告知病情時機，如此一來，才能使病情告知能適當地應用。這不是說，林醫師在做病情告知時要迎合王老太太及其家屬的要求，但也需考量在倫理原則下是否符合，家屬表示不願告知王老太太病情，這顯然違反病人自主權、知的權利及隱私權。另醫師執業之醫療法規中之條文規定，醫療法第四章醫療業務之第 81 條醫療機構診治病人時，應向病人或其他法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。與醫師法第三章義務之第 12 - 1 條醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。安寧緩和醫療條例第 8 條醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。<sup>5</sup> 林醫師也考量到王老太太是一位大公司的總裁擁有龐大財產，如果今天家屬是因為害怕其他家屬來分此龐大的遺產的話，那我今天同意家屬不告知王老太太病情似乎不是明智之舉，我到底該如何處理及讓家屬接受我告訴王老太太病情呢？林醫師心中想著病情告知真的是一個隨處境改變的知識。病情告知如果沒有處境，它的意義就無法被明確限定了。林醫師要告知王老太太這件事與王老太太想知道自己病情這件事，它們是相互影響的；然而，林醫師不僅要明白病情告知對王老太太的意義，林醫師還要在病情告知中，尋找符合王老太太的病情告知技巧，從病情告知方式中選擇出一個好的病情告知技巧，這個選擇能和諧地應用於告知王老太太病情告知的技巧中。

---

<sup>5</sup> 參見蔡甫昌著，《醫學倫理小班教學》，初版，台北縣，金名圖書，2006 年，頁 110、118、131。

### 第三章 護病關係

高達美分析我－你關係在此分為三種交流經驗，且以「我－你關係」來表示。「我」則指稱為理解者，「你」則指稱與理解者進行交流的流傳物。以護病關係來看「我」意指護理人員，而「你」則意指病人。然而，對高達美而言，流傳物就是語言，它像一個「你」那樣對理解者講話且與之發生關係。故流傳物就是指病人與護理人員間的溝通對話內容且與之發生關係的理解。儘管如此，我們也不能將病人對護理人員溝通對話的理解視為另一個人的意見，亦即「你」的意見，因為這樣一來就阻斷了護病的真正交流關係，如果護理人員從與病人之溝通對話中將自己的意見完全從這種交往關係完全退出，那護理人員本身對病人的溝通對話內容將不能達到自我之理解。顯然，這當中存在著幾種不同的互動關係，亦即有著幾種不同的「我－你關係」。以高達美的分析將「我－你關係」分為三種類型來進行探討。

#### 一、視人為一般人的我－你關係

針對第一種「我－你」關係，高達美有如下的批評：

如果我們對“你”的態度和對“你”的理解這種表現人性知識的形式應用於詮釋學問題，那麼對應的東西是對方法的素樸信仰以及通過方法可能達到的客觀性。誰以這種方式理解流傳物，誰就使流傳物成為對象，但這也就是說，他以一種自由的無動於衷的方式面對流傳物，並且由於他在方法上排除了與流傳物關係中一切主觀因素，——其實是一種模仿自然科學方法論的陳腔爛調。但是，這只是說明了精神科學實際工作程序的一個方面，甚至這一方面也極端地被簡化。因為這裡所認識的只是人類行為中典型的東西、合乎規則的東西。——這同樣也使詮釋學經驗的本質失去固有的光澤。（真理 466）

於此「我」對「你」的經驗是把人當成物品來看待，當成一個對象，用一種科學的方法、態度來加以估量和預測的對象，對人的行為只作出一般的把握及想法，將其視為經驗領域中某個合乎規則的事件，視為一種普遍關於一般人的認識，對於此「我－你關係」只是理解一個人和理解一個普通事件一般認為沒有什麼區別。而「你」不過被看作我們把握人性的一種工具，這僅僅是一種工具性價值。對人的理解不同於對人的認識，人不可用對待物的方式和態度來看待自己的同類，因為人不是物。以康德的倫理學強調我們不應把人當作工具來看，而應當承認人就是一種目的。因此，從道德上看，把人作物來理解是與人的尊嚴和倫理規定相抵觸的，而係屬於科學方法論中的主客體對待關係。<sup>6</sup> 我們可以說，當這

<sup>6</sup> 同註 2，頁 240-241。

種「我－你關係」異化成「我－它關係」的時候，從認識或道德來看都是有瑕疵的，如同陳榮華說的：

當我要了解你時，我可以觀察你的行為，以獲得一些關於人類行為的原則。並且，由於我得到這個原則，就可以對人類的行為做種種的預測。正如我看到你在驚慌時會口吃、流汗、發抖、臉部肌肉扭動……等，我便可以知道這是人類行為的普遍表現，便可以預知，當別人在驚慌時，也會有同樣的行為。葛達瑪認為，在這種「我－你」關係中，我所了解的，不是你的個人知識，而是關於人的普遍知識，他稱為人的知識（Menschenkenntnis）。在這種“我－你”關係中，你僅是正如自然界中的事件，而我以觀察自然事件的方法去觀察你，並且希望藉著你，讓我達到我的目的。……？你僅是一個手段，以讓我達到我的目的。然而，將人視作手段，在康德的哲學而言，是一種不道德的行為。這時，你不再是一個有尊嚴的人，而僅是自然界中的一個事件而已。這是對人的不尊敬。它觸犯了康德所說的道德義務。<sup>7</sup>

如以護病關係來看第一類型的我－你關係，「我」意指護理人員對病人之溝通對話，而「你」則意指病人對護理人員對話溝通的理解。此當中的我－你關係是一個主客關係，是將護病關係視為「我－它關係」，意指護理人員對病人溝通對話的過程，只當做自己只要將護理人員應該傳達給病人的訊息、相關衛教及護理措施…等該盡的義務就達成自己的使命，只要告訴病人他目前有怎樣的護理問題，病人「你」只要配合我衛教的內容後就沒自己的事，而護理人員就做到自己應盡的義務及責任。這種關係顯然只是把病人當成「它」來看待，「它」只是被當成一件物品來看，沒有將病人看成一個人般的對待，也不將病人當成一個生命的個體般的尊重。換言之，身為一位護理人員，於照護病人的過程中，認為自己只要按照醫囑定時給予病人藥物服用；按時為病人測量生命徵象<sup>8</sup>；依自己專業的評估及判斷診斷出病人有那些護理問題需要解決及給予衛教就做到自己應盡的義務了。

舉例來說，今天有位護理人員照護一位五歲罹患腸胃炎的病童。他還未至病房，心中就想著，我照護的病童才五歲，我如果跟他說什麼話他應該都聽不懂，所以，我等一下到病房時，我只要將我的評估工作做好就好了，根本不需要跟五歲的小孩解釋什麼，於是，此護理人員就以此心態進入病房，至病房評估病童後，發現此病童因為一直拉肚子，一天解便數十次，而且，大便都是水水的，於觀察中也發現病童的肛門口附近有紅臀（指紅屁屁）5x4平方公分，案母也表示拿什麼東西給他吃，他都没胃口、都不吃，都不知道怎麼辦才好了，於是，護理人員向案母表示會協助其轉達這些問題給醫生知道，之後，不顧病童母親的疑問，就

<sup>7</sup>參見陳榮華著，《葛達瑪詮釋學和中國哲學的詮釋》，明文書局，1998，頁156。

<sup>8</sup>生命徵象意指護理人員幫病人量血壓、體溫、脈搏、呼吸。

走出病房繼續做自己的事情。

從上述案例，我們可以從此護理人員照護病童之過程中，發現此護理人員完全沒有運用到同理心去解決案母所提出的問題，也沒有去同理到案母擔心小孩病情的問題，此護理人員只將病人及家屬視為物品一般的看待，完全沒有去考慮到病童也是一個人，也應該尊重他是一個生命的個體。雖然，他只有五歲，但是，如果我們可以運用較白話的溝通方式，或者是運用治療性遊戲<sup>9</sup>的角色扮演方式，相信他一定能夠了解我們要說的話所代表的意義，意指一位母親於照顧小孩的過程中，如果聽不懂小孩的對話內容，也會善用母親的細心及敏銳觀察力去了解自己小孩所要表達的是什麼意思。案例中的護理人員只將病童視為「我 - 它關係」的看待，認為只要自己完成份內的工作就是做到自己應盡的義務了，將病童「你」視為一個工具般的看待，沒有將病童視為人，完全無法以尊重人的倫理道德觀念去照護病童。這種護病關係的相處之道，對病人而言，豈不是一種不恰當的相處模式。然而，這樣的護理人員對我們護理界而言，豈不是護理界的害群之馬，會讓所有的民眾誤解我們護理人員的專業，也會讓所有的病人不再信任我們護理人員，對於身為護理人員的我，面對這樣的案例，我心中當下真的是百感交集，這是最不願意見到的事。我於心裡想著身為一位護理人員應該具備高超的倫理道德情操，也應該以病人為中心的照護病人，怎麼會如此草率的照護病人呢？案例中護理人員擔任一位詮釋者的角色，但是，其並沒有把握到照護病人的真正意義，也就是說，護理人員未能真正確實掌握到病人「你」對的要求的意義。換言之，這種我與你的關係是不正確的，只把詮釋對作為工具而已。要言之，真正的護理並不是要護理人員完全放棄自己主觀的意見，而且只根據一套普遍且固定的常規照護方法去照護病人。如此的照護方式也無法讓病人理解護理的意義。

我們也可這樣說，上述案例中我們發現此護理人員只將自己視為一個主體，認為只要自己對病人有做到應盡的義務就是盡到自己擔任護理人員的工作，他完全沒有考量到自己照護的對象是一個人，不是一個工具，不是一件工廠製作的物品，只要於製作過程中沒有發生任何錯誤，這物品就是一件完整的物品，可以拿到市場來賣了，萬一製作過程有疏失就報廢丟掉或者修一修就好了。換言之，如果今日護理人員是如此草率的照護病人，結果可能導致病人對護理人員無法再信任，護理人員也無法同理病人的心情，那病人如果有任何問題時，該向誰說呢？萬一病人的病情很嚴重的話，這樣的護理人員又如何做好照護病人的工作呢！病人不是如物品一般，可隨時修復就會恢復此物品的功用。病人是一個生命的個體

---

<sup>9</sup>參考陳月枝等人著，《實用兒科護理》，台北市，華杏出版股份有限公司，2009年2月五版，頁197 - 202。治療性遊戲意指遊戲是兒童生活中不可或缺的一項重要任務，對兒童來說，遊戲是兒童最自然的溝通方式，為心理、情緒及社會化發展過程中的重要工具；藉由遊戲兒童可表達其內心真實的世界，亦有安全紓解的一種方法。在醫院，遊戲除了提供病童有機會發洩因住院與疾病帶來的焦慮與害怕外，也是護理人員藉以了解病童感受的方式，並協助病童適應許多不愉快的經驗。

需要被尊重、平等的對待，護理人員照護的對象是病人，不是如案例中只被護理人員當作一種照護的工具或手段，這案例中的護理人員之照護方式顯然與對待人的道德規定相抵觸，也使得詮釋學失去真正的意涵。護理人員只將病人當做工具來看而非目的，完全沒有考量到他面對的是一位有生命的人，也沒有考量到病人對於自己的問題無法得到解決及處理的時候，病人會喪失對護理人員的正向觀感及信任，那將來如何維持良好之護病關係呢？如果病人對我們護理人員產生反向的觀感時，將來護理人員如何做好照護病人之工作呢？在這種將對方以物相對待的關係裡，我與你之間的護病關係，彼此間無法分享對疾病之想法及感受，如此的護病關係是無法達到良性的護病溝通管道。護理人員您應該換個角度來為病人設想，如果今天換做是您的家人住院，護理人員也是以這種心態照護您的家人，不知您有何感受呢？這護病關係的溝通過程，與「我－你關係」顯然不符，比較像「我－它關係」由當中顯示出彼此間無任何互動、溝通對話，案例中的病人只是被當作一個不發聲的對象或客體來看待罷了，護理人員於照護病人的過程，只是您個人對病人單向的理解及解釋，病人這個對象對於您本身而言，只是一個照護的工具，似乎沒有自己獨立的思維、看法及想法。這種「我－它關係」顯然不是一個良好的護病關係的相處方式。

筆者於護理工作已十五年，目前的工作是帶護生於醫院實習，於工作期間一直認為給予護生一個正確且正向的態度是很重要的一門學問，於帶領實習的期間常會告誡護生，我們於醫院中所照護的病人是一個生命的個體，病人是一個人，病人不是物品，我們不能於照護病人的過程中，犯下任何的錯誤，因為病人是一條生命，如果因為我們的不小心讓病人喪失生命，這對任何一位護理人員來說，都是一輩子的不安及良心譴責。以護病關係來看，第一類型的「我－它關係」應用於病人與護理人員的相處，顯然也是不恰當的相處模式，病人是人，病人不是物品，每一位病人都有其個人的特殊文化背景、不同性格、不同年齡層及生病或住院的經驗，並非是固定不變的人或物。護理人員如果以對待罹患骨癌病人的照護模式去照護罹患肺癌的病人，顯然是不恰當的模式，因為骨癌的症狀是以全身性的骨頭疼痛來呈現，但肺癌的症狀是以喘來呈現居多，因此每一位病人都有其特殊性及個別性差異，無法用統一不變的照護模式去照護每一位病人，不是使用這種客觀知識就可以概括的。換言之，這種護病關係不是主體和主體的關係，只將你當成物來看待，顯而易見是不適用於護病關係的相處上。

## 二、視人為個人的我－你關係

在第二種「我－你關係」中，「你」被承認為是一個人而不是物，「你－我」不是直接的關係，在這種關係中，「你」認為自己表達的話語可以讓對方理解，「我」認為自己表達的話語可以讓對方理解，雙方各自認為對方了解我所表達的意義，並要求對方接納自己所表達的意思，甚至要求對方要比自己更了解自己的

需要。這種關係是一種反思的關係，是由「我」的反思出發所理解的「你」，比第一類型的對你的經驗更為恰當，因只將你視為被利用的工具不是絕對地被認識，「我」從自身出發去認識「你」的要求，「你」卻喪失對我提出要求的直接性，「你」其實是另一個「我」，「你」的要求實際上不能達到。高達美認為，這第二種「我－你關係」雖然，比第一類型進步，已承認「你」是人不是物，也不是工具，但是，只肯定「我」自己本身的看法，而完全排斥「你」本身所表達出來的意義，我對你仍舊保持著一種距離。<sup>10</sup>

這種「我－你關係」應用於護病關係上，可以發現這只是一種單向的溝通，彼此沒有交集，甚至可說是一種宰制的關係，護理人員於醫院中照護病人，護理人員「我」只站在自己的立場去滿足病人「你」的需求，完全沒有去思考到「你」所面臨的處境為何？也不去考慮你過去是否有住過醫院？過去罹患了那些疾病？你對於自己生病的看法及對疾病接受的態度及認知為何？我只以自己主觀的想法，以自我的意識和自我的前見去解讀你的問題，卻完全忽略你及不尊重你的前見。如同高達美所說：「凡是不承認他被前見所統治的人將不能看到前見光芒所揭示的東西。」（真理 468）也就是說，護理人員應該站在病人的立場為其設想，設身處地為病人著想，彼此尊重對方的前見，因為前見是理解的必要條件，如果護理人員與病人任何一方採取不尊重對方的前見，就無法達到彼此間正確的理解，護理人員也無法真正了解病人之需求，無法讓病人達到身心靈三方面的滿足。

意指一位護理人員於照護病人的過程中，應試圖以自己的立場去瞭解病人之需求，並試圖以自己的立場、想法去滿足病人之需求，而病人本身雖然有表達出自己的想法及需求，但是，護理人員「我」雖然了解病人的需求及想法，但最後仍舊堅持自己美其名為客觀性的專業判斷，完全漠視病人「你」的表達。我自認為自己已經花很多的時間在照護你身上，但對於病人所表達的需求、意見及感受，仍舊只以自我為中心之看法去看待病人。這對病人而言，豈不是喪失他之自我的表達的權益呢？如以高達美的觀點來看，「如果我們理解他人，我們就必須從他那裡取得他自己要求的一切合法性，必須回到他的歷史中去，如孟子所說知人論世。同時它相信可以通過創造性的重構，解讀者能像作者那樣理解他自己理解得更好。」<sup>11</sup> 護理人員以這種想依據「客觀方法」去理解病人的需求，甚至要求比病人理解自己更好地去理解「你」的目的及想法，實際上未能被達到。這種對「你」的理解仍意味著一種自我關聯性，這裡並不存在平等對話的可能性。因護理人員與病人間的溝通對話過程，護理人員只針對自己的理解去處理事情，並沒有運用心靈的溝通技巧去同理及瞭解病人的真正需求。如此的「我」不僅不能完全理解病人真正的需求，「我」也不能達到更適當的自我理解。從道德上看，

---

<sup>10</sup> 同註 7，頁 156 - 157。

<sup>11</sup> 同註 2，頁 243。

這種脫離了理解者與流傳物之生命關聯的理解方式就是對彼此之間道德制約性的破壞，此一反思關係仍呈現出「我」對「你」的宰制，因此理解者必須意識到自己的歷史性，並開放自己的前見，才有可能達到真正的理解。<sup>12</sup> 這種以護理人員「我」本身為中心的「我－你關係」，護理人員雖然承認有病人「你」是另一個存在者；護理人員也已經明白病人「你」不是物品，是一個人，但「我」的角色仍固執於自己的看法，且試圖要病人「你」區就於護理人員「我」的專業意見。如此一來，護理人員「我」不讓病人「你」成為病人自己，而是讓病人「你」成為護理人員「我」反思之下的「你」。因此，一個真正的護病之間的理解就被扭曲了，如高達美說：

這種自我相關起源於我－你關係的辨證法所引起的辨證假象。我－你關係不是一種直接關係，而是一種反思關係。對於任何一個要求都有一個相反的要求。這就是為什麼關係中的每一方在反思上都能夠巧妙地越過另一方的理由。一個人要求以自身出發去認識另一個人的要求，甚至要求比另一個人對自身的理解還要好地去理解這另一個人。這樣，這個“你”就喪失了他對我們提出要求的直接性。他被理解了，但是這意味著，他是以另一個人的觀點出發被預期和在反思上被截取了。（真理 466、467）

在此，這樣的以自我為中心的「我－你關係」，我與你不是一種直接的關係，而是一種反思關係，沒有辦法做到護病雙方間有效的溝通及平等的對話。兩者間只以護理人員「我」去理解病人，而對於「你」病人實際上的要求卻無法達到。護理人員只從我自身為出發點去理解病人「你」，雖然，已承認病人「你」不是工具，但是，護理人員「我」仍舊只肯定我自己，對病人「你」保持距離。這是；護理人員「我」與病人「你」的交互關係之外的去理解。高達美認為這種關係運用到詮釋學問題上，它就是一種歷史主義的詮釋方法，歷史研究者面對歷史文本時，雖然，將每個歷史事件視為特別的“你”，而非某種對象的代表。但是，詮釋者固執已見並要求“你”聽從我，並服從我的看法，沒有去傾聽文本對他說話，而是從自己的觀點出發，只接受自己意見的合法性，完全是以自我為中心，以自我的意見來表達，也不接受歷史事件或文本的意義而修正自己的看法，這樣理解文本中的你，就喪失了文本對我們提出要求的直接性，變成單向的、片面的、無任何護病間相互有意義的對話，這顯然獨斷詮釋的可能性，這樣的理解無法獲得文本的真正理解。這樣的詮釋方法雖然比第一類型的「我－它關係」更進一步將人看作是一個人的對象，承認「你」是一個人，「你」不是物，來與其對話溝通，但是，對於你的瞭解我還是以我自己的觀點來瞭解你。<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup>參考張淑華《論真理與方法中的倫理學要素》，南華大學哲學研究所碩士論文，2005年4月15日，頁76。

<sup>13</sup>同註7，頁156－157。



身為一位臨床指導護生實習的老師，筆者於臨床帶實習期間最常說的，就是老師於臨床工作這麼多年以來，看過很多新進護理人員一開始踏入職場時的甘苦談，常發現新進護理人員的工作態度及觀念、想法要正向，才能於剛入醫院工作這二至六個月中跨過這重重的關卡及考驗，也才能真正成為可獨當一面的護理人員。故會教導護生於臨床實習期間，能夠認真積極的學習充實自我的護理經驗，從實習當中就開始累積自己的護理經驗，不要想著我現在混過就好，看事情要看遠一點，要往遠處去想，不要將來於臨床工作當中，才後悔自己當初為什麼不認真學習，一定要等到畢業後於臨床的工作時才發現自己好多不懂的東西，每天都要花比別人更多的時間，去查閱一些自己原本就該具備的專業知識，如此一來，臨床剛開始工作就較容易受挫折，也較吃虧，常於護生實習的過程中，與她們分享我們工作過程的經驗，希望他們能聽老人言才不會吃虧在眼前。諸如此類的話語，不斷地出現於帶領護生實習的期間，帶領期間不斷地苦口婆心的勸導，引導他們有正確的觀念及想法。只因他們想法有時還不是很成熟，也還沒有社會的歷練，我認為身為一位老師就是應該具備這樣的熱誠在帶領學生身上，但指導護生於臨床實習，如果老師只以自認的專業「客觀態度」去帶領護生，相信護生很難完全服從老師的教導方式。如前所述，老師（理解者）與護生（被理解者）雙方很難有良性的互動過程，彼此的心靈也沒有獲得交流的管道，更不用說會有良性的溝通對話。此時，我身為指導護生的臨床老師，反而更應該要去思索該運用怎麼樣的帶領技巧，才能夠將護生帶領好。我建議是使用因材施教的方式，用心帶領護生，並深入了解每一位護生各自的需求為何？護生於臨床實習對他最困難的地方為何？該運用怎樣的方式去協助他才是最好的方式，針對他想法不對的地方、態度不對之處適時給予正向的開導及個別輔導，對於他表現好的地方不要吝嗇給予鼓勵，因此時此刻適時給予鼓勵及支持是很重要的一件事。如此一來，才能真正達成雙向「我－你關係」之交流及雙向的對話。

比如今天護理人員照護一位四十五歲的男病人，住院原因是因為騎車時被一台闖紅燈的車子撞到，被救護車送至醫院照完 X 光後，醫生診斷為右小腿閉鎖性骨折，醫生建議以石膏固定住院接受治療，於住院期間這位男病人不斷地向護理人員抱怨自己的右小腿很痛、很不舒服，希望護理人員可以幫忙及協助，護理人員告訴他說：「醫生已經有開止痛藥給您吃了，這止痛藥六小時吃一次。」此男病人面帶愁容回答護理人員說：「我知道我已經有再吃止痛藥了。之前，您已經告訴我了，但是，我還是覺得腳很痛啊！我真的快忍受不住了，您可不可以請醫生再開止痛藥給我呢？」於是，護理人員回答說：「好的！我了解您的問題了，我會轉告醫生，請醫生幫您處理的，請放心。我現在先用冰枕冰敷來減輕您傷口的疼痛。」男病人高興的回答說：「謝謝您！拜託您了。」於是，護理人員走出病房回到護理站後，告訴醫生說：「某某床的男病人因右小腿閉鎖性骨折石膏固定中，一直抱怨腳很痛，現在已經六小時吃一次止痛藥。請問醫生要怎麼處理呢？」醫生回答說：「那先打一針肌肉注射的止痛藥再觀察看看他的疼痛情形是

否有改善。」護理人員回答說：「好的，我馬上去處理。」於是，護理人員至病房為此男病房打針，打完針後，男病人充滿感謝之意的謝謝護理人員，護理人員回答：「這是我應該做的，不要那麼客氣。」隔了一個小時，護理人員再次至病房評估病人疼痛情形是否有改善？男病人回答說：「護士小姐！我現在還是很痛耶！都沒有感覺比較不痛。」護理人員回答說：「我會立刻通知醫生，向他說明您的情況，再請醫生協助處理傷口疼痛的情形。」於是，護理人員離開病房，至護理站後，立即將此病人反應的訊息傳達給醫生知道，醫生了解此病人之狀況後，醫生表示：「這位病人不是才剛打完止痛針嗎？怎麼完全沒有一點改善呢？（醫生思索一下後回答）目前也只能再觀察了。」護理人員此時回答：「好的！我會告知病人醫生您的處理。」之後，護理人員再次至病人單位向病人解釋，為何不可再給予止痛藥的原因。病人回答說：「可是，我還是覺得傷口很痛很痛，都沒有什麼辦法了嗎？」護理人員回答說：「現在也只能這樣了，請您再忍耐一下。」之後，護理人員就走出病房。

此案例中護理人員「我」的角色中，雖然，一開始護理人員試著站在病人的立場為病人設想，想協助病人真正解決其疼痛的問題，但是，至最後其仍只採納醫生之意見及個人之專業判斷，認為自己已經為病人處理其疼痛的問題；他已經幫病人打過止痛針，自己就應該有為病人解決問題了，殊不知自己並未為病人解決其疼痛之問題。此案例的護理人員仍以自我為中心的立場去處理病人的問題，自認為自己已經很認真處理病人之疼痛，也已經站在病人立場為其設想了。您身為病人「你」只能聽從、服從我的意見；我也試著運用同理心去同理您的不適感受了，我已經盡到我應盡的義務了。此護理人員的看法已從我自身為出發點去理解病人「你」，也已承認病人「你」不是一個工具，是一個人，我仍只肯定我自己的角色，但對病人「你」仍舊保持著距離，未能真正同理病人之心，真正站在病人立場為其解決問題。「我」和「你」仍舊是主體與客體的關係，雙方雖然有試著去溝通，但彼此之間仍存在著一條跨不過的鴻溝，無法獲得良好的護病關係。

一般於臨床工作的經驗中，常會發現病人的想法裡，常想著護理人員應該最了解我的需求的，護理人員應該知道我在想什麼、我需要什麼，故護理人員於醫院工作更應該運用細心、耐心、愛心…等方式，也運用自己專業的敏銳觀察力去了解病人，運用病人語言的表達及其非語言的表現（如：皺眉、愁眉不展、面有難色、前後言語表達不一、發呆…等非語言之表現），主動為病人處理問題並解決問題，然而，護理人員本身的想法裡也希望病人能主動提出自己之需求，有那些問題需要協助及解決。故欲維持良好之護病關係，尚需要護理人員與病人彼此間真誠的溝通及交流，才能達到主體與主體的對等關係。如果今天彼此間只有在各自內心的思緒中思考著，沒有向彼此透露出各自心中的想法，此種「我－你關係」也只是一種單向的溝通，彼此間沒有交流、對話，彼此沒有開放自己，故此類型的關係也只是承認對方是人，是一個存在的個體，仍無法達到主體與主體彼

此間的相互開放及對話。

另舉一醫病關係之例子。一位小兒科的醫生於告知一位國小五年級學生的病情時，不要只想到他是個小孩，就想說只要將她的病情告訴他的父母即可。如此的病情告知過程仍是以醫生為自我中心的立場下，所思索的「我－你關係」，完全沒有傾聽及了解這國小五年級女學生所要求的病情告知內容為何？只單一方面，認為她年紀小沒有知道病情的必要性，今天如果告訴她關於她的病情她應該也聽不懂病情解釋，所以，這國小五年級女學生的觀點、想法完全被醫生截取了，這種「我－你關係」，顯然不是一種直接的關係，而是一種反思關係。只是一種以自我為中心「我－你關係」之理解形式。面對這案例的處理方式，身為醫生應該要去考量到，雖然，這個病童是未成年人，但其行為能力並非完全欠缺，只是其為法律行為時，應得法定代理人的允許。她雖為一位限制行為能力<sup>14</sup>的小孩，但是，她仍是一個人，不是物，醫生也將其視為人，只是卻以自我的觀點認為她只是一個未成年的小孩，不需要知道自己的病情，此時，醫生忽略了這國小五年級女學生，她對她自己的病情仍然有知道的權利，也有表達自己意見的權利，身為醫生也應該尊重小朋友的自主權，針對這學齡期兒童能懂的語言，運用簡單且易懂的字彙向其詳加解釋及說明清楚是有其必要性的，不可因她是個小孩就不尊重這個病童之人權及其為病人之權利。

再舉一臨床例子來談第二類型之「我－你關係」，一位獨居 70 歲的林伯伯，一星期天前突然發現自己在田裡種田後，雙小腳出現數個小傷口，起初並不引以為意認為自己以前在種田的時候，也常常手腳受傷、有傷口，故當時只在自己的農田附近的小溪中，用溪水沖洗腳上傷口上的汙泥就回家了。兩天後，於早上天亮的時候要起床時，突然發現自己雙腳腫脹、疼痛無法走路，心裡想著怎麼辦呢？我怎麼突然無法走路了呢？當下趕快請鄰居打電話叫救護車帶自己至醫院治療，到了醫院後醫生診斷林伯伯為罹患蜂窩性組織炎，故請林伯伯住院接受治療，但林伯伯覺得住院治療需花一大筆錢，且農田無人可以協助自己耕作，自己放不下心，故堅持不住院。故醫生告訴他如果今天您不住院萬一發生什麼事情，請你自己負責，現在也只能先拿藥回去吃了。此時林伯伯想著自己只是腳受一點傷發炎而已，這又不是什麼大不了的事情，應該不是很嚴重吧！只是，醫生您說話怎麼會詛咒病人呢！於是，林伯伯只好帶著這樣的疑問回家，回

---

<sup>14</sup> 參見民法第十三條（未成年人之行為能力）未滿七歲之未成年人，無行為能力。滿七歲以上之未成年人，有限制行為能力。未成年人已結婚者，有行為能力。行為能力指是否能獨立為有效法律行為的能力。民法區分為有行為能力人、限制行為能力人及無行為能力人。（1）有行為能力人：指凡能以獨立的意思，為有效法律行為者。依民法規定，年滿二十歲的成年人，及未成年人已結婚者，為有行為能力之人。（2）限制行為能力人：滿七歲以上的未成年人，為限制行為能力人，其行為能力並非完全欠缺，只是其為法律行為時，應得法定代理人的允許。（3）無行為能力人：指無判斷力之人，依民法規定，未滿七歲的未成年人及禁治產人，為無法律行為能力之人。為了保護他們，民法規定無行為能力人所為的法律行為絕對無效。他們的行為應分別由父母或監護人代為之，才能有效。

家後兩天林伯伯發現自己的雙腳不但沒有比較好，反而，更嚴重了，雙小腳的腫脹傷口擴散到雙大腿，兩腳大腿及小腿都發紅及腫脹，傷口也開始化膿及不斷流出透明的液體，自己也感覺雙腳也愈來愈痛了。林伯伯心裡想著怎麼會這樣呢？醫生不是說先吃藥就好了嗎？我也有定時吃藥啊！怎麼會愈來愈嚴重了呢

！故再度至醫院看診，醫生回答林伯伯您的病情現在非常嚴重，需要馬上開刀切除您的雙腳才能救您的命了，林伯伯一臉狐疑著回答醫生說：「醫生您說什麼？我的雙腳需要切掉。為什麼呢？醫生您不是說我只要吃藥就會好了。怎麼現在會這麼說呢？」醫生此時才告訴林伯伯我之前不是請您住院接受治療，是您自己不要住院的，現在搞得這樣嚴重才來叫我救您，已經來不及了。

由上述案例中我們發現醫生將「我」的關係自認為已將「我」的關係轉換成「你」的角度去看待林伯伯的病情了，故醫生於診治林伯伯這位病人當中，自認為自己將林伯伯的病情解釋的很清楚了，也站在林伯伯的立場為他設想了，也自己認為已明白告訴林伯伯，如果今天不趕快治療就會有生命危險，但林伯伯當時並沒有表示自己聽不懂我的病情解釋啊！怎麼今天他才說出自己當時看診的疑問呢？我自己平時已經很用心在為病人治療疾病及解釋病情，也覺得自己對的起自己的良心。怎麼林伯伯有如此多的問題，我都不知道呢？這當中意謂著醫病間沒有達到平等的對話過程，雙向間的溝通是彼此分開的話題，彼此間並沒有找到雙向良性的溝通管道，彼此間仍只是單向的溝通，彼此沒有交流，醫生只以自己之立場看待病人的需求，而自認為自己已經向林伯伯解釋病情很詳細了，林伯伯從自己解釋病情的過程中，從頭到尾都沒有表示自己聽不懂醫生的病情解釋，原來我們之間只是就我們各自對病情可能的疑問在心中吶喊，其實，我們彼此間根本不瞭解對方的需求在那？也沒有努力去克服我們醫病間的溝通障礙，我們各自認為對方能了解我們彼此心中的想法、感受。但其實我們沒有做到醫病關係間的雙向開放自己，我們彼此也沒有向對方表達出自己心中的想法及疑問，所以我們彼此間無法達成真正對病情告知的理解。但以「我－你關係」來談，醫生也不能完全拋棄自我對病情告知的想法，醫生也不可自我封閉、不能完全擺脫自己過去的任何告知病情的經驗，而去做病情告知這件事。如果醫生本身對病情告知無任何個人之見解時，我們又如何與病人溝通之過程中尋找出一套最適合且最佳的病情告知技巧呢？換言之，醫生如果沒有任何的前見時，又該如何選擇出最佳的病情告知方式呢？反之，醫生如果不瞭解病人真正的需求，又如何正確地向病人解釋病情呢？如果只接納病人對病情告知單向的要求，這也是一種極不公平、不平等的對話關係，因如此一來，就限制了醫生本身對病情告知的看法，無法抉擇出一個兩全其美的處理方式。何衛平說：「他們所關注和追求的是被解釋者的歷史性而忽略解釋者本身的歷史性，這是極不公平的，它限制了理解的自由。所以高達美一針見血地指出：歷史意識必須考慮自己的歷史性。如果理解者以為他可以通過方法的客觀性來擺脫自身歷史性亦即這種歷史性所形成的前見，那他就在否認傳統在他的理解過程中的作用，因而也就看不到前見在理

解中的積極價值。」<sup>15</sup>換言之，「我－你關係」如果今天醫生與病人只有各自單向的溝通，也只是主體與客體的關係罷了！這類型的「我－你關係」，雖然比第一類型的「我－它關係」更有進一步之進展，但仍不是最佳的病情告知技巧。

### 三、視人為你的你—我關係

在第三種「你—我關係」中，「我」將「你」作為「你」本身來經驗，傾聽「你」的要求並承認其有效性，而將「你」所說的内容置入與「我」的生命聯繫之中，在這種關聯裡，「我」並不固守著自身，而是對「你」所說的進行開放，「你」與「我」是真正的對話伙伴。由於「我」與「你」彼此之間的開放性，「我」與「你」遂形成一種具有生命關聯的經驗共同體。在此一關係中不存在任何宰制傾軋，有的只是對意義的分有與認識。從道德觀點審查，這種平等對話的伙伴關係具有真正的道德意義，因這也是高達美真正讚許的詮釋學經驗。在這第三類型「我－你關係」中，「我」以開放的態度承認「你」是一個人，真正把你作為你的經驗，站在你的立場為你設想，並聽取你對我表達的内容，用心去傾聽你陳述的問題，並承認其有效性，雙方不固執己見，彼此開放的交流。高達美說：

誰想聽取什麼，誰就徹底是開放的。如果沒有這樣一種彼此的開放性，就不能有真正的人類關係。彼此相互隸屬，總同時意指彼此能夠互相聽取。……同樣，“聽取某人”也不只是指我們無條件的做他人所想的東西。誰這樣做，我們就稱他為奴隸。所以，對他人的開放性包含這樣一種承認，即我必須接受某些反對我自己的東西，即使沒有任何人要求我這樣做。（真理469）

真正良好之護病關係是各自要開放自己、接受對方，彼此間的關係是彼此牽制，相互聽取對方所表達的内容。就如同護理人員聽取病人的問題，並不表示護理人員一定要無條件接受病人所提供的意見，亦即如果沒有人要求護理人員去接受病人的一些反對護理人員「我」的問題，護理人員也會正視並承認病人的問題，唯有彼此開放自己，兩者間平等的看待對方、尊重對方，護病關係中不存在著上對下的關係，而是一種相互承認的關係，彼此間的交流才能達到身心靈三層面的滿足，彼此間只有分享彼此無任何宰割的關係。如此一來，才能讓護病關係達到良好之溝通、交流，彼此間也不會於各自的心中築一道永遠看不到彼此的圍牆，唯有彼此相互開放，才能打開各自心中的那道窗，彼此才能達到真正良性互動之可能性，如同陳榮華說的：

當人在一個真正的「我—你」關係時，我明白對方是一個你。你跟我不同，

---

<sup>15</sup> 同註 2，頁 243 - 244。

但我不以自己的立場去排斥你，而是尊重和願意聆聽你的意見。在這種「我一你」關係中，雙方都不固執自己，而是彼此開放的，開放性不表示完全放棄自己的立場，盲目服從對方，而是讓他說出他自己，並且願意諒解他。這種諒解不是指我明白或看到他的意見。單是明白或看到是不夠的，我還要願意接納跟我不同的意見，嘗試探索它們的真理，找尋支持它們的證據，承認它們，然後再反過來修正自己的立場。「我一你」關係是在互相開放、接納、互動和諒解的來回溝通的關係上。在此，人們才有真正的人際關係。人際關係不僅維護人的和諧，同時也增進知識。<sup>16</sup>

總結來說，不管是護病關係、醫病關係唯有相互承認對方，彼此開放自己接受對方，才能真正理解對方所表達之意義。高達美將理解對象亦即流傳物視為「你」除了強調理解的語言性外，更有其道德上的意涵。他以道德為標準來審查各種交往關係，在他看來，要達到真正的交往關係必須以符合道德要求為前提，真正的詮釋學關係乃為一種道德交往關係。道德要求雖不具有強制性，但卻是一個有責任感的人願意去踐履承擔的，真正的詮釋學的關係也是如此，它是詮釋者必須努力經營的方向。此倫理道德觀更是醫護人員所需具備的道德情操，如果醫護人員具備此道德觀，於醫院照護病人時，才能盡心盡力地照護好病人，亦就是說，醫護人員才能真正以視病猶親的態度去做好照護病人的天職。

憶起今年筆者因連續兩年懷孕胚胎不健全而流產，故醫生建議我做子宮鏡檢查子宮功能是否正常。我於檢查前十分緊張，但當時的醫生與護理人員均感受到我的焦慮及緊張。我於心中想著，雖然我自己身為一位護理人員，但我對於我沒接觸過或自己沒有親身體驗過的檢查仍會害怕及緊張。當時的醫生很有耐心的為我解釋檢查過程，向我解釋一開始我會先消毒會有涼涼的感覺。之後我會用一根管子放進子宮中，過程中可能您會覺得痛，請您忍耐一下，這過程大約一分鐘就完成檢查。當下我就覺得放心了，因為我已經瞭解整個檢查的過程，心裡也準備好了，於此過程中真的如醫生講的步驟一樣，管子放進子宮時，整個下腹頓時間真的很痛，醫生說請您再忍耐一下就快好了，於一旁的護理人員也貼心的關心我，說陳小姐您還好嗎？我回答真的很痛，但我還可以忍受，護理人員體貼的告訴我，等一下如果做完檢查後，您還覺得不舒服，您可以躺著休息，等您比較舒服的時候，您再離開檢查室。

此時，我心中懷著滿滿的謝意，謝謝醫生及護理人員過程中的體諒及貼心的協助及支持。於檢查過後，醫生向我解釋病情，告知我檢查中有發現子宮頸口附近似乎有長東西，似乎像腫瘤的東西，但我不是很確定。之後，醫生與護理人員就接著說陳小姐，說著請您在這裡休息一下，等您感覺比較舒服時，再麻煩您至

---

<sup>16</sup>同註 7，頁 157、158。

診間，我再向您解釋。當下我聽到這樣的病情解釋，我當下真的很感謝此位醫生及護理人員的體貼及用心。

等候時，我的心中頓時間也感受到自己真的很想哭，但我強忍著心中所有的不安及悲傷的情緒，同時，也自我安慰應該不會是不好的東西，如果是惡性腫瘤，我每年也都有定期做子宮頸膜片檢查，就算真的發現是惡性腫瘤，我想也應該是初期的癌症，我還有一個兩歲多未滿三歲的小孩，我希望我可以陪著她長大，當下心情真的是忐忑不安、坐立難安，也告訴自己不管是怎樣的結果一定要堅強面對，之後，就帶著如此複雜的心情進入診間，醫生重新再詢問我關於我的過去疾病史，詢問我今年何時做人工流產手術（因懷孕六週檢查發現胎兒無心跳，故做人工流產之手術）？今年五月十七日，醫生收集完整且詳細的病史後，醫生向我解釋因我才剛做完人工流產手術，故當下建議我再做陰道鏡進一步檢查，於檢查後醫生告訴我陰道鏡檢查沒有看到任何異常的東西，請我放心。之後，只要再定期做檢查就好了，當下我的心情真的是如釋重負的感覺，心中的大石頭終於於心中緩緩落下，心中真的充滿之意。感謝醫生當下肯為我做進一步的檢查，而非讓我帶著如此忐忑不安之心離開診間，也感謝醫生非常用心地向我解釋病情，感謝醫生體會到我心中不安的心情，也當下協助我解除心中之疑惑。而且最令我敬重一點是，當醫生也知道我是個專職的老護士之時，他也謙虛的尋問我對這症狀的看法，並且也適時地修正他原先的判斷。如此一來，我們的理解才是符合真正的「我—你關係」。

## 第四章 醫主權與病主權

眾所週知，高達美思想深受黑格爾辯證法的影響，尤其那種對立統一之思維方式在他的詮釋學裡，可說是到處可見！因此，當他提出出一個視域融合來調合傳統與當代之視域的尖銳對立情況時，一點也就不令人驚訝。他說：

與歷史意識一起進行的每一種與流傳物的接觸，本身都經驗著文本與現在之間的緊張關係。詮釋學的任務就在於不以一種樸素的同化去掩蓋這種緊張關係，而是有意識的去暴露這種緊張關係，正是由於這種理由，詮釋學活動就是籌劃一種不同於現在視域的歷史視域。歷史意識是意識到它自己的他在性，並因此把傳統的視域與自己的視域區別開來。但另一方面，正如我們試圖表明的，歷史意識本身只是類似於某種對某個持續發生作用的傳統進行疊加的過程（Überlagerung），因此它把彼此相區別的東西同時又結合起來，以便在它如此取得的歷史視域的統一體中與自己本身再度統一。（真理 396）

若說黑格爾哲學的偉大處之一，就在於他提出正、反、合的辯證運動來打破任何二元論的立場，那我們何嘗不能說，高達美的貢獻也是應該如此？他那種透過「效果歷史意識」與「視域融合」來破除諸如傳統與當代、文本與理解、客體與主體的做法的確令人激賞！以上述引言為例，我們不難看出，高達美正是透過一種「辯證詮釋學」來闡述他「視域融合」的理念。若說辯證法是在張揚對立物的矛盾關係，上述的說法不就是個證明；而且若說辯證法的主軸特色也在於把正與反的東西透過一種肯定、否定、否定的否定的揚棄的過程，再度的把它們統一起來，那上述的講法不也是個事實！假如這種帶有濃厚辯證法精神的觀點，就是高達美詮釋學的主要特色，那任何人在解讀它時必不能錯過這個關鍵點！何衛平就說：

「…解釋學的歷史意識首先是指對兩種視域的矛盾和差異的認識，它不是以犧牲一方而保全另一方來消除這一矛盾和差異。相反，它是通過視域融合來揚棄這矛盾和差異。對文本的把握，或者說對任何一個與理解者視域不同的另一個視域的把握都需要把他自身連同理解者當下的視域移置到另一個更廣闊的視域中去，這個更廣闊的視域包含了被理解者的歷史視域和理解者的歷史視域。用伽達默爾的話來說，這種移置"既不是一個個體對另一個個體的認同，也不是用自身的標準來使他人服從自己，而是自始自終包含著向一個更高的普遍性的上升，這種普遍性不僅克服了我們自身的特殊性，而且也克服了他人的特殊性。這種表述完全可以看作是黑格爾辯證法在解釋學上的一個出色應用。這種包含具體的普遍性的辯證法是伽達默爾反復稱道的，視



域融合正體現了這種辯證法。」<sup>17</sup>

筆者認為，若以上述的觀點來看醫主權與病主權的視域融合，會是一個相當有意義的議題！過去的病人對於醫生看診所做的處置，如果病人本身對醫生的病情解釋上有些許的疑惑時，均不敢正面向醫生提出問題並與其討論病情，只因為過去醫生在病人的認知裡是一位高高在上之權威代表，故病人往往採取完全接受醫生的態度，不敢有任何絲毫的違背念頭於心中萌生，只單純一味的盲目服從醫生的指示。但理性不可被過度高揚，權威亦不可盡棄，這是高達美一貫的想法。我們仍然可繼續啟蒙運動所引發的路線來思考權威。也就是說，只要人們相信權威所言為真（不論其是否為真）且有意義，人們便賦予權威所言說的內容以真理同等的地位，亦即在人們眼中，權威所言說者便是真理。就如同過去病人對醫生的尊重一般，視醫生所說的病情解釋及處理為真理、為聖旨，是不可違背的。

以高達美的詮釋學模型來看，詮釋是在承認既有的權威之下，允許各種新的詮釋之創造，並在新的詮釋之下修正或改變既有的權威。顛覆或修正既有權威的正統性乃屬於詮釋活動。故在高達美看來，「……歷史流傳物的真理決不是一成不變的，而總是與我們自己的參與相連繫，真理都是具體的和實踐的。」<sup>18</sup> 換言之，醫病關係在過去傳統與現今對醫生之權威觀念及看法，仍在此不斷的修正與改變，即使在傳統醫主權之權威觀念中，有些病人反對傳統的權威觀念，也有的病人試圖推翻傳統的權威觀念，但是，無論他們如何進行舊有的權威觀念之改變，依然是在傳統權威的觀念中，培育著傳統權威的觀念，讓傳統權威的觀念轉化成一股旺盛的生命力延續下去。這意指如果我們先將傳統對醫生的權威觀念從理性當中剔除，理性本身就成為空洞了。病人無法從對醫主權之權威中事先無任何所知、認知，也無法從毫無任何權威觀念憑藉中就打倒傳統病人對醫生之權威觀念及看法，病人只能肯定傳統權威中的一些觀念，否定傳統權威中的另一些觀念及看法，也就是說，病人對傳統權威觀念的認知是在傳統的先備知識下，為傳統權威觀念注入新的意義，也在此過程中重新展示出它的生命。傳統限制理性，並不表示傳統中的一切，其內容是固定不變地決定理性，強迫理性客觀地接納它們；而是，理性雖被傳統限制，但它卻依然有充份的自由，在傳統中重新說明傳統，讓它得到新的生命。理性的自由是在限制中的自由。但正由於它仍是自由的，故在它的自由的詮釋中，傳統能不斷發出新的火花、新的面貌和意義，在彌新的過程中展示它的生命。<sup>19</sup>

試舉一例。正如一位醫生診治一位35歲罹患子宮頸癌的婦女，於此病情告知的過程中，此位醫生只根據自己以前實習中所照顧婦科婦女之過往經驗，認為一

<sup>17</sup> 同註 2，頁 198。

<sup>18</sup> 參考彭啟福(2005)，《理解之思—詮釋學初論》，二版，合肥，安徽人民出版社，頁 98 - 99。

<sup>19</sup> 同註 7，頁 113。

般婦女最在意的是拿掉子宮後，自己就不再是一個女人的觀點，直接向此35歲的婦女進行病情解釋，醫生告訴她說，子宮頸癌第二級<sup>20</sup>目前的治療方式是切除整個子宮，我會盡量保留您兩側卵巢，讓您仍舊保留有女性的特質，卵巢保留您仍舊會維持女性荷爾蒙的分泌，您與先生的性生活也不會有影響，您之後的生活不會因子宮的切除影響太大，只是將來您們無法再生小孩。醫生告知病情後，此婦女難過的哭泣著，醫生安慰著她說別難過此疾病的治癒很高，醫生殊不知此35歲的婦女才剛新婚半年，其先生是家中的獨子，兩人才剛計劃要生小孩。如今，子宮沒有了，她們想要擁有自己小孩的希望以破滅，她心中不襟開始擔心起自己如果沒有生育能力，老公是否會繼續愛自己呢？公婆如果知道自己沒有辦法生小孩，他們還會接納自己這個媳婦嗎？種種負向的情緒不斷湧現於此婦女之心中，但醫生仍舊將焦點放在強調開刀後其仍舊是女人的事實，安慰她說，女人不會因為沒有子宮就不再是女人，…等之類安慰的話。此類的對話不斷上演著，每一句話是如此的不恰當，只因此醫生未能深入了解此婦女對於此病狀的真正「詮釋」，才會促使醫生與病人間無交集的溝通對話。在此，讓筆著想到高達美所說的話：

經驗歷史的意識由於放棄完全領悟的幻想，所以它對歷史經驗是敞開的。我們把它的實現方式描述為理解視域的交融，這就是在文本和解釋者之間起中介作的東西。……如果我們試圖按照兩個人之間進行的談話模式來考慮詮釋學現象，那麼這兩個表面上是如此不同的情況，即文本理解和談話中的相互理解之間的主要共同點首先在於，每一種理解和每一種相互理解都想到了一個置於其面前的事物。正如一個人與他的談話伙伴關於某事物取得相互理解一樣，解釋者也理解文本對他所說的事物。這種對事物的理解必然通過語言的形式而產生，但這不是說理解是事後被嵌入語言中的，而是說理解的實現方式——這裡不管是關於文本還是關於那些把事物呈現給我們的談話伙伴——就是事物本身得以語言表達。(真理490、491)

這意指醫生能了解病人最重要的溝通方式，是透過彼此語言的溝通的過程，語言是促使醫生與病人相互瞭解的溝通過程，從彼此的語言表達過程相互理解對方的視域，敞開自己的心胸，開放自己去同理對方的需求，案例中的醫生只認為自己所看到的視域就是為真，卻完全忽略自己需運用不斷的溝通表達過程，從中了解此婦女心中最在乎的事為何！案例中的婦女最在乎的是生小孩傳宗接代這件事，醫生卻認為只要告訴婦女子宮切除不會影響其身為女人，也不會影響其與先生的性生活就是最重要的事，殊不知不同的病人有著不同的需求，每一位病人最在意的點都不盡相同，此案例的醫生沒有站在婦女的視域中了解婦女真正的需求，也沒有花心絲去了解其內心真正的想法，對此案例筆者的建議是此醫生應該

---

<sup>20</sup>子宮頸癌的分期分以下五期：零期：原位性的癌，即癌細胞只局限在子宮頸的表皮。一期：癌細胞已侵蝕入皮下組織，但癌腫瘤仍局限在子宮頸的位置。二期：癌腫瘤已伸延到子宮頸旁的組織又或陰道的上部。三期：癌腫瘤已伸延至盤腔的側面，又或伸延到陰道的下三分之一範圍。四期：癌細胞已轉移至身體其他主要器官如：膀胱、大腸或肺部。

多花一些心力去了解婦女的，而婦女也應該適時跟醫生反應，自己對病情中最在意的點在那，透過彼此對對方的信任、語言溝通交流，彼此才能真正了解對方視域。此處醫生所面對的是婦女對其病情的發問與醫生自己在處境中需考量自己應該運用怎麼樣的語言溝通方式，才能透過語言的溝通瞭解婦女真正的問題為何！醫生在與婦女不斷對話的衝擊下，不斷修正自己對病情告知方式，從與婦女的語言對話過程了解彼此，達到彼此的共識。意指詮釋的過程如果沒有透過語言的溝通對話，彼此無法向對方發出問題及回答對方問題，就無法做到彼此視域融合的可能性，故在此語言的溝通是醫病關係相互瞭解的詮釋必要條件。

由此可知，由於時代的變遷，病人知識水準的提昇，促成醫生在面對病人時，醫生須重新改變自己過往的權威觀念；與病人的對話不再是上對下的不平等對待關係。時代潮流的改變，因應著醫生需改變自己過去的想法，修正自己對病人說話的態度，需改變以一種相互承認對方，以一種平等看待的方式，去看待醫病關係。醫生從傳統權威的舊有觀念中重新修正自己的傳統認知，試圖從中取得一個最佳的溝通方式。醫生應選擇以尊重病人的態度、尊重其自主權、尊重病人選擇最合宜與其對話的溝通方式，與任何病人溝通對話前，也需考量每一位病人的個別性、價值觀及人格特質…等因素，並開放自己接受病人的看法及想法，才能讓醫病關係有良好之溝通。換言之，今天如以病人的角度來談，病人也需改變自己對傳統醫生權威的觀感，雖然，醫生的角色對病人而言是一位專業醫療人員；是一位權威的代表，但病人也需改變自己過去盲目服從醫生的觀念，如自己對病情有任何疑問、問題的時候，也需適時提出問題與醫生溝通討論，讓醫生了解病人還有那些問題是不懂得、不夠了解的地方，透過這溝通對話的過程，醫生反思自己跟病人解釋病情的過程中，有那些地方是需要再修正的。也就是說，醫生與病人從這一來一往的溝通對話中，醫生不斷地反思、自我反省病情解釋技巧上需改變、修正的地方，唯有透過醫生與病人相互信任、相互承認對方、相互開放彼此，才能達到良好之醫病關係。

另一方面，在現在與過去的中介中達到對歷史距離的克服是很重要的一門學問，於是，我們可以說經典實現了對當下的參與並且不會過時。經典自傳統走向現代，它的存在同時也佐證了有一種有價值之前見的存在，如果傳統與權威能在過去和歷史的中介中維持一種更新的力量，其作為有價值的前見不必然是必須被滌除殆盡的。以高達美的理論出發點來談，傳統無時無刻不在影響著人的一切，因此它可說是人的存在根基。高達美認為，任何理解主體一定不是空無一物，而是被填滿著傳統給予它的種種見解；因此，我們在理解歷史流傳物時，都必須從這種「同一不分」的傳承關係中去考察；如他說的：「理解甚至根本不能被認為是一種主體性的行為，而要被認為是一種置自身於傳統過程中的行動，在這過程中過去和現在經常地得以中介！」（真理375）所以，現今醫療的進步都是由過去傳統的醫學的根基累積下來的，是由古人的努力慢慢延續、傳承下來的。醫生是

需花時間深入了解病人，也可請護理人員、社工…等相關醫療人員共同協助，唯有透過彼此間不斷的溝通交流，彼此開放自己，才能真正了解病人真正的需求，做好照護病人的工作。此案例中的婦女於其悲傷的期間無法表達出自己內心的不安及其最在意的地方為何？此時，建議醫護人員於病人心情低落的當下，可以先採取陪伴、傾聽的角色，試著讓病人說出自己心中最在意的地方為何？好的醫病關係不會彼此封閉自己、各自堅持己見。如此的情況，也只做到高達美「你－我關係」之第二類型主體與客體的關係，視病人為個人的你－我關係。這種醫病關係雖然將病人視為人，醫生仍只從自身的想法去認識病人，病人對醫生的要求醫生不能達到，醫生與病人間仍舊保持著一條跨不過的鴻溝，如此一來，醫病間的溝通不能達到彼此間真正的互動及了解。

如前所述，醫護人員於病情告知前，必須先了解病情告知之過程可能會有那些影響的條件及原因，因我們了解這些先備知識，這些前見和前提才能夠賦予醫護人員創造出每一套適合於每一位病人之不同病情告知方式，但這也不是說，傳統的經驗就會被完全的否定。反而，醫生應該將過去的經驗當成自己參考的依據，於臨床工作中面對不同病人、不同年齡層、不同病情或者是相同病情之不同病人其各自的需求也是如此的不同，每一位病人都有其各自的背景、需求，故病情告知之方式沒有一套統一、一致的作法，每一位醫生在為病人做病情解釋的當下，都需要運用自己的智慧、耐心、細心及同理心…等特質，盡心盡力地做好病情告知之工作。這種關係就如同林維杰所說的：

然而也由於陌生，才可能產生詮釋的欲求與構成詮釋的動機，甚至使得理解者得以擴大其視野而從中獲得新事物和新觀點。但對於作品的全然陌生則不可能理解作品，理解者必然是因著對作品具有一定程度的熟悉與認可，亦即他與作品共同隸屬於某個淵源，才具有理解之可能。換言之，在詮釋學事件中，此兩極化的張力使得對象性與隸屬性彼此間相互涵攝而無法單獨進行。

21

依上述來說，病人要完全理解醫師的治療及疾病的過程，必須透過語言溝通的方式，不斷地與病人溝通及解釋，透過這溝通、解釋的對答過程與病人不斷地進行溝通對話，目的是要讓病人能完全瞭解醫生的病情解釋。讓醫生了解病情解釋的技巧，是依每一位病人之不同，就應該給予病人個別性的解釋方式，非統一性的、非固定不變的病情告知的技巧，才能真正做到適合每一位病人之病情告知技巧，也才能讓醫病關係有良好之溝通管道。為了克服這醫病溝通的障礙；為了讓醫病關係良好，採平行的雙向溝通，雙方相互開放自己，此處我們可以帶入高達美的詮釋學理論。高達美在其詮釋學中所做的努力之一便是將權威去污名化，

---

<sup>21</sup> 參見林維杰〈高達美詮釋學中的歷史教化〉，南華大學哲學學報「揭諦」第十一期，頁 83，2006 年 6 月。

其所採行的策略是論證人們對於權威之信服可以是一種合乎理性的行動。首先，權威具有令人信服的力量，但權威之令人信服係人們理性選擇的結果，正因為人們意識到自己的侷限性，因而承認他人可能具有更好的見解，換言之，權威依賴於承認。<sup>22</sup> 高達美從權威的產生來思考權威的性質，順著此一思考脈絡來看，命令之所以可能是由於權威的關係，但命令並非權威的本質，反而權威之所以為權威是可以被認可接受的——權威涉及對學識、能力及見識之高下關係的承認，如同孩童信賴父親、學生信賴教師、病人信賴醫師，人們總是出於某種原因期待著權威，此一認可的行為是基於人們的自由意志，權威的力量並未逼使人們放棄理性思考——這才是權威的基礎。

此一論點也可以套用在對傳統的分析中。傳統是無名稱的權威，不斷在過去與現在的中介中改變其面貌，並與新的東西構成新的價值，具有與時俱進的更新能力。就如同過去醫師所扮演的是一位權威者的角色代表，在過去病人對於醫師所說的話，就如聖旨一般的信服，不敢有一絲的違背。但隨著時代潮流之進步，病人自主權、知識水準不斷的提昇，醫師雖然仍是一位權威的代表，但雙方的溝通不再是單向的溝通，進而轉向成雙向良性的溝通。此一論點並非要我們揚棄過去種種的基礎，是採用一種更適合現今醫病關係的溝通方式。而在此一中介創新的過程中，蘊含著自由與歷史的因素，傳統之流傳至今是經過保存的，保存是一種理性的活動，質言之，傳統需要被肯定、掌握和培養，而肯定、掌握、培養之行動是以批判的自由為前提。傳統在歷經理性與自由的批判中獲得保存，並在自由中被接受<sup>23</sup>，傳統並不具有絕對的強制力，其與「自由」和「理性」亦非互相對立的概念，如果人們給予了自由與理性高度的評價，人們也應該肯定傳統的正面價值。傳統是權威的形式之一，人是有限的歷史存有，不能自外於傳統，易言之，傳統以權威的形式構成我們的前見，成為我們理解的條件之一，就此一層面而言，權威不但是必要的，而且，並不總是應得其負面評價。正如前見可以具有肯定和否定的價值，權威與傳統亦如是，高達美說……承認權威總是與這一思想相聯繫的，即權威所說的東西並不是無理性的和隨心所欲的，而是原則上可被察覺為真的。（真理359）

再者，權威不是不可質疑的，過去與現在的中介構成了權威的歷史性。就如同人的前見總是保持開放性、總是期待著被修正的可能性，權威不是不可變異的教條，當權威之所以被接受的基礎開始動搖，權威便有隨之動搖或衰落的可能性，在過去傳統的醫師是一位權威者的角色是高高在上的，但現今的醫師行業因病人的自主意識抬頭、對醫學知識有更深入的了解；已經成為一個以病人為中心為病人服務的一門行業。醫師不只是一個權威者的角色；更要站在與病人同等的地位來與病人溝通，醫師與病人病情溝通的態度是需要和善、有耐心、有良好倫

---

<sup>22</sup> 同註 1，頁 358。

<sup>23</sup> 同註 1，頁 361。

理素養的、需考量自己與病人的溝通語言及病情告知的方式是否恰當；醫師不可再遵循過去只一味高高在上權威的一面。醫生仍然可維持自己的專業性，但與病人溝通對話的態度需採取平等、平視<sup>24</sup>病人、誠懇，給病人可溝通的對話空間，才能給予病人一個合理且完整的病情解釋，此時醫師也必須要放下自己權威的身段；試著站在病人的立場為其設想；了解病人真正的需求；了解病人接受病情的程度為何。故在此高達美強調，權威不依賴教條的力量而是依靠教條的接受生存。

高達美同意啟蒙運動對理性與權威的區分，其所不能認同的是啟蒙運動所建立之理性與權威對立的關係。儘管高達美試圖指出權威對理解的正面積極作用，但這並未掩蓋啟蒙運動對權威的批評：權威仍有取代人們運用自身理性判斷的可能性，亦即有時候對權威的信服是基於盲目的服從。舉個例子來說：就如同過去的病人對於醫師看診所做的處置，如果病人本身有些許的疑惑、疑問，仍不敢正面向醫師提出問題討論病情，只因為醫師是一位高高在上權威之代表，身為病人又不懂得什麼醫學常識，該如何跟醫生討論或者表達出自己那裡不懂呢？故此時病人故往往採取完全接受的態度，不敢有一絲毫的違背，只一味的盲目服從。此處若說高達美是就權威的產生處維護權威的合理性，啟蒙運動則是反省由權威所產生的壓制性力量及人們未經反思且習慣性服從之態度。儘管高達美抹除了權威與理性必然對立之界線，但他並未否認啟蒙運動對權威的思考有其價值所在。高達美只是指出權威除負面評價外，亦應得其正面肯定，他說：

啟蒙運動所提出的權威信仰和使用自己理性之間的對立，本身是合理的。如果權威的威望取代了我們自身的判斷，那麼權威事實上就是一種偏見的泉源。但是，這並不排除權威也是一種真理源泉的可能性。（真理358）

理性不可被過度高揚，權威亦不可盡棄，這是高達美一貫的想法。但我們仍然可繼續啟蒙運動所引發的路線來思考權威。換言之，只要人們相信權威所言為真（不論其是否為真）且有意義，人們便賦予權威所言說的內容以真理同等的地位，亦即在人們眼中，權威所言說者便是真理。就如同過去病人對醫師的尊重一般，視醫師所說的病情解釋及處理為真理，是不可違背的。但一位醫生要病人尊重其本身，讓病人尊重醫生的權威，首先，醫生必須要改變自己照護病人的態度及觀念，重新讓病人真誠的接受自己本身的專業，重新讓權威改變成適合每一位病人的角色，重新讓病人改變對醫生的看法，對醫生的認知不再是傳統的權威觀念，醫生不再是讓病人畏懼的角色，相反地，醫生要轉變自己成一位專業的醫生，能同理病人，能與病人相互開放彼此、接受彼此，要做到讓傳統的權威意義上做一個重新的詮釋，而權威是如何產生的呢？正如高達美說：

---

<sup>24</sup>平視意指與人溝通對話的過程，與對方談話的時候要看著對方的眼睛，這是一種溝通對話的一種禮貌，也是對人的基本尊重。

權威首先是人才有權威。但是，人的權威最終不是基於某種服從或拋棄理性的行動，而是基於某種承認和認可的行動——即承認和認可他人在判斷和見解方面超出自己，因而他的判斷領先，即他的判斷對我們自己的判斷具有優先性。與此相關聯的是，權威不是現成被給予的，而是要我們去爭取和必須去爭取的，如果我們想要求權威的話。權威依賴於承認，因而依賴於一種理性本身的行動，理性知覺到它自己的局限性，因而承認他人具有更好的見解。（真理361）

故身為一位醫生如果要保有自己專業的權威角色，是需要努力及時修正自我的表達內容，唯有不斷修正自己，讓自己於病情告知的過程中，選擇出一套適合每一位病人的不同告知方式，才能讓每一位病人真誠、信任地接受醫生您的專業及權威而非採用一套固定不變的病情告知方式，如果因醫生您的告知過程未考慮周詳就草率告知病人病情，此結果往往造成病人更大的負擔，也會導致病人對醫生負向的成見及看法。在高達美的分析中，由倉促帶來的成見是次要的、暫時的。倉促是指人不小心謹慎和粗心大意的運用理性，因此它做成錯誤。不過，倉促不是沒有運用理性，而是理性沒有小心謹慎的檢查它的意見而已。對於一位詮釋者，他必須先接受一些尚未檢查過的成見，在其引導下展開詮釋，然後在詮釋的過程中，根據詮釋對象所呈現出來的意義，以肯定那些與之和諧一致的成見，排除那些與之衝突的偏見。這樣就可以完成一個正確的詮釋。<sup>25</sup> 實際上，如哲學家、醫生、護理人員、工程師…等均是權威者的代表人物，我們為什麼承認他們是權威，是由於我們知道他們具有比我們更敏銳的眼光、見解及更正確的判斷力，因此我們尊重及相信他們，以他們的意見為我們的意見，舉例來說，我們至醫院看診的過程中，如果這位醫生給我們的感覺是穩重大方、做事謹慎小心，解釋病情的過程解釋的非常清楚、詳細，於解釋的過程中也會主動詢問病人是否有解釋不清楚或太快的地方，看到我們有皺眉、不確定的神情時，會適合停下解說的動作，再次詢問我們是否有任何問題、疑問，態度親切地聆聽我們的意見及想法，針對我們所表達的內容重新彙整，試著站在我們病人的立場為我們設想，此時身為病人的我們，深刻的感受到醫生的誠意及用心之處，醫生亦運用此不即不徐、誠懇的解釋態度於解釋病情告知過程，這是良好溝通之第一要件，這也讓病人真正尊重醫生的權威。

以高達美的詮釋學模型來看，詮釋是在承認既有的權威之下，允許各種新的詮釋之創造，並在新的詮釋之下修正或改變既有的權威。顛覆或修正既有權威的正統性乃屬於詮釋活動。如高達美說：

正如在我們與他人的談話中，當我們已經知道了他的立場和視域之後，我們就無需使自己與他的意見完全一致也能理解他的意見，同樣，歷史地思維的

---

<sup>25</sup> 同註 7，頁 110。

人可以理解流傳物的意義而無需自己與該流傳物相一致，或在該流傳物中進行理解。（真理392）

也就是說，醫生在進行病情告知之詮釋過程，醫生心裡的想法不是先完全排除自己個人之成見，而是在病情告知之詮釋過程中，不斷檢討自己的成見，排除那些與病人需求不一致的問題，保留那些與病人和諧一致的成見，使之與病人能互相構成一個完整而統一的意義。醫生心裡的想法雖有成見，但成見不一定錯誤。有很多成見能一致於病人的意義。在醫生病情告知之詮釋過程裡，醫生總是先接納病人所表達的意見，以此作為準則，檢討醫生自我的成見，將自己錯誤的成見排除，保留與病人一致的成見。這樣，在一致的成見下，病人的意見才能與醫生之相互溶合而構成一個完整而統一的看法。換言之，醫病關係就在此不斷的修正與改變中達到統一而一致，也促使醫生於病情告知的當下，會採取尊重病人，讓病人有發表自我意見的權利；也病人有選擇自己最合宜之病情告知時機，醫生也會考量病人各自的價值觀、需求為何…等因素來做病情告知，讓醫生與病人能彼此站在對方的視域去了解對方、為對方設想，真正了解對方視域的想法、需求，如此一來，醫病關係才不會有溝通的障礙，讓醫生與病人彼此的意見能達到相互融合。

由此可知，在醫生與病人的溝通對話過程中，醫生與病人雙方都希望能互相瞭解，但這不是說，雙方都放棄自己的視域，跳到對方的視域去，客觀瞭解對方的觀點和見解，這也不是一個真正的對話關係。反而，在真正的溝通對話中，雙方所關心的，不是對方心靈，而是彼此討論病情告知的內容，彼此交換對病情告知問題的瞭解程度，希望融合彼此的差異，達致一更充實而互相承認的共識。一旦得到共識，醫病雙方都因此又能明白自己原來的限制和缺失。換言之，雙方都打破原來自己視域的限制，明白整個病情告知過程的缺失，到達另一個更廣大的視域中。新的病情告知方式就誕生，而舊有的病情告知方式就被揚棄。醫生就是在不斷告知病人病情之過程裡，不斷接受每一位病人的觀念、需求及想法之衝擊，也於這種過程中打開醫生自我封閉的舊有觀念，醫生於病情告知之歷史性讓醫生在視域中，但醫生病情告知之歷史性又不斷將更多的觀念流傳下來，衝破醫生既有的視域。故一個不固執己見的醫生，總是在自己的傳統病情告知視域中，向過去的傳統病情告知中開放自己，而醫生於病情告知之過程中聆聽病人真正的心聲，由此過程中改變自己已有的視域，也不斷於此病情告知之過程不斷累積自己病情告知之經驗，於每一次病情告知之經驗裡，返過來檢討自己的成見，從不斷反思、反省過程中，了解自己是否還有需要修正的地方，因此，醫生總是在自己的視域中，接受病人視域的衝擊，從而修改自己的視域。相反地，病人也總是在自己的視域中，接受醫生視域的衝擊，從中修正自己的視域。視域不是永恆不變，它總是活動的。在醫病互動的視域中，傳統得以延續，而醫生與病人亦因此能超出原來自我的封閉，得到更多的新知識，亦即，開闢另一更新的領域。讓



醫病關係於病情告知之過程上，兩者間之溝通對話就如黑格爾正反合的辯證法，由正反雙方揚棄自己的偏見之處，找到一個更適合彼此的病情告知方式，也從中達到視域之融合。

的確，視域融合是動態發展的，視域是理解的起點、角度、立場和可能之前景，而非封閉的、僵化的，醫生總是不斷地擴大並修正自己原有的視域，視域的融合是對原有視域特殊性的揚棄，其結果會形成一種新的、更大的視域，而這種視域又會成為更新、更大一輪理解的出發點。這樣理解的視域將逐步擴展，像滾雪球一樣，它不僅包括原來兩個視域，而且，超越了原來的兩個視域，達到一種更高的普遍性。這實際上也就是黑格爾所說的「教化。」從這個意義上講，整個人類的思想史、認識史無非是人類理解的視域、境界不斷擴展的歷史，同時也是一部教化史。這在另一層面上，或者說更大的層面上體現了一種解釋學的循環，這種循環同樣是辯證法意義上的，它符合黑格爾所揭示的否定之否定的規律。<sup>26</sup>

視域融合非常典型地展露了哲學解釋學的真理觀與傳統形而上學真理觀的差異。首先，它反對主客分離，反對以孤立的觀察者的身份置身於歷史之外，強調在「參與」或交互作用獲得真理(意義)；其次，傳統形而上學強調「真理」的空間性，強調真理在空間的結構中，不在時間的「綿延」中，它是對象性的「永恆」的在場。相反，海德格爾在反對形而上學的過程突出的是真理的時間性，即歷史性。高達美步其後塵，他的「效果歷史」原則通過「視域融合」從一個側面極深刻地揭示了這一點。<sup>27</sup>然而，病情告知與病人本身就必須要透過這視域融合的過程來達成實踐應用之可能性的，將傳統與現今的種種理念及想法相互融合，於此融合的過程當中將這些觀念、理論透過辯證的方式，選擇出最佳的方式、理論，讓醫生對病情告知之理解能夠依據每個病人之不同特性及需求，而依病人之不同給予不同的病情解釋方式，這就是透過視域融合的過程。

詮釋學真理觀的獨特之處就在於，它突破了傳統哲學中的「主—客」二分的思維模式，在一種主客體的交互作用中來思考和界定真理，它把真理視為此在在自己的生存過程呈現出來的創生的意義。因此，與科學真理不同，詮釋學真理不可能通過運用科學的認識方法去把握客觀對象而達成，它只能在此在的理解過程中通過此在的參與而逐漸生成並得到展示。<sup>28</sup>於醫生病情告知的過程當中，病情告知牽涉的層面如社會、文化背景差異性和個人的情緒、價值觀、病人及其家屬之教育水準，而東西方也有很大的文化差異。西方(尤其是美國)的醫生採取尊重病人自主權、讓病人選擇自己的治療方式及比較直截了當的告知病人病情。台灣的醫生則習慣以一種比較保留、模糊的態度，來解說病情，儘可能把不好的消息

---

<sup>26</sup> 同註 2，頁 201-202。

<sup>27</sup> 同註 2，頁 202。

<sup>28</sup> 同註 18，頁 100。

用輕描淡寫方式帶過，結果反而容易引起病人之誤會。然而，在病情告知上醫生告知病情的方式、方法及技巧是需要經過修飾的；這樣一來，身為一位病人或者是一位病人家屬就較能夠理解醫生的病情解釋，並接受醫生的病情告知，此層面是可透過高達美理論之視域融合來達成此目標的。

醫療的進步造就一些在過去醫生認為無藥可救治的疾病，已有了新的對策及治療方針，就連同癌症疾病於過去幾年來一直研發出各種的新藥及基因改造療法，連一般人眼中不可救治的癌症，再過幾年都可能研發出可治療的方法，最近的醫學更報導肺癌初期已有根治的處方，而大腸癌第一、二期的病人在幾年前，也已發現有可治癒的化學治療藥物可治療，種種的跡象讓所有的人雀躍不已，更改變過去病人不願知道自己病情的情况，另一方面，傳統病人對醫主權之觀念，也因應著病人對病情告知接受度的提昇，所有的一切已有一個嶄新的開始，這現象告訴我們醫生對醫主權的傳統觀念及想法要汰舊換新，醫生不可再執著自己高高在上的權威觀念，需改變自己的態度，開放自己接受病人的視域，因病人的觀念、想法已今非昔比。如陳榮華說：

一個不固執己見的人，總是在自己的傳統視域中，向過去的傳統開放，讓其他的聲音進來，由此改變自己已有的視域。因此，詮釋者總是在自己的視域中，接受其他視域的衝擊，修改自己的視域。視域不是永恆不變，它總是活動的。就在視域的活動中，傳統得以延續，而人亦因此能超出原來的封閉，得到更多的新知識，亦即，開闢另一更新的領域。<sup>29</sup>

亦如民國 100 年 1 月 5 日蘋果日報大幅的報導“誰能決定拔除我的呼吸器”<sup>30</sup>議題，當舊有的法律條文已不適合目前的情境時，就有修改此法規的必要性，修改後不但可保障病人之自主權及隱私權，同時也促使醫生在施行病情告知之情境，能更順利的進行病情告知工作。“誰能決定拔除我的呼吸器”此生命末期病人能否拔掉呼吸器的議題已爭議多年，立法院最近也針對審議《安寧緩和醫療條例》之修正草案進行討論，所有的立法委員中有 51 位立法委員提案，增列病人家屬可簽署「不施行心肺復甦術同意書」而移除呼吸器的《安寧緩和醫療條例》第 7 條第 6 項的規定。然而，這規定在英美等醫學倫理法律先進國家的做法並非如此。此議題同時也牽涉到安樂死的相關條例之規定，在美國加州 1977 年生效之《自然死亡權利法》中的規定是准許依病人之意願，不使用高科技維生方式來延長疾病末期狀況之瀕死階段，讓病人因疾病自然進行而死亡。這些法案的前提是「應有病人自己簽署之意願書」，如同我國《安寧緩和醫療條例》第 7 條第 1 項之規定。目的是讓病人可以善終，同時也保障病人之自主權，但這法規與立法委員近期要增列的病人家屬可簽署「不施行心肺復甦術同意書」而移除呼吸器的

<sup>29</sup> 同註 7，頁 131、132。

<sup>30</sup> 參考長庚大學醫學系外科教授林萍章在蘋果日報 100 年 1 月 5 日 A21 版之論壇投稿內容。

《安寧緩和醫療條例》第 7 條第 6 項的規定顯然相互牴觸。這提案的內容顯然與保障病人之自主權不符，無法保障病人自己之權利，這法規如果通過病人之自主權及隱私權將蕩然無存，似乎不是一項完整的法律條文，這條文的內容規定是有瑕疵的，有再商議的必要性。如果今天病人家屬是因為要奪取病人的財產，在沒告知其他家屬的狀況下，就私自替病人決定要拔除其呼吸器，這顯然違反醫學倫理之原則，病人家屬可否替病人做決定，這答案不需思考即可知道是否定的，正如陳榮華所說：

詮釋者的工作不是維護自己的成見，而是要返過來檢討自己的成見，將那些不一致的成見（亦即錯誤的成見）排除，在一致的成見（亦即正確的成見）下，繼續接納過去傳統中呈現出來的意義。由於一些錯誤的成見已被排除，因此過去傳統的意義會更為清晰。詮釋者因此可以繼續修正自己錯誤的成見，以致自己的成見與過去傳統的意義完全完整一致。這時，過去傳統所呈現出來的意義不僅是清晰完整的，它甚至是相應著詮釋者的現在處境而引生出來的新意義。<sup>31</sup>

傳統錯誤的成見在修改的過程中，除了自身的前見外，也會參考國外先進國家之醫療相關條例規定，如美國最高法院大法官於 1990 年支持密蘇里最高法院的判決內容：「必須有明確而令人信服的證據，證明病人自己之意願，方可停止醫療維生治療，絕不可基於病人近親的『替代性決定』」，美國大法官更認為依美國《憲法》第 14 條修正案之「正當法律程序法則」，不可把拔管決定權寄託於病人之外的任何其他人之上。病人近親是愛護病人不忍病人受苦的，病人近親雖然強烈感受到病人過著無意義、沒希望的生活，甚至，想像如果是自己的喉嚨裡插著一根管子，那是多麼地痛苦，如果是自己一定不會願意自己接受這痛苦的選擇，於是，心中萌生出一股病人一定是痛苦的，一定會希望他的家人能同意幫他決定拔掉呼吸器的維生系統，但終究我們都不是病人，我們無法幫病人做決定，我們怎麼可以私自為病人決定生或死的意願呢？我們不是病人怎麼可以剝奪他身為人的權利呢？如以安樂死的觀點來看這件事，這是屬於殺人式安樂死。如欲達到高達美的視域融合，彼此間就需做到高達美「你－我關係」之第三類型關係，唯有彼此接納彼此的視域，彼此開放自己、敞開自己、共同討論，從每一個不同之境中，取得和諧一致的作法，如此一來，就是兩個視域融合的成果。

如前所述，從上述案例延伸到病情告知之議題，也有著異曲同工之妙，有著相同的爭論議題，因目前台灣的醫生面對病情告知議題的處理流程，仍舊遵循著過去古老的舊傳統以先告知病人家屬為優先，只有在病人家屬同意或不反對的情況下，才會對病人述說他的病情，這病情告知方式顯然不是在維護病人之自主權，也不尊重病人之自主權，同時也剝奪病人之隱私權及知的權利，現今台灣對《安

---

<sup>31</sup>同註 7，頁 132。

寧緩和條例》第 8 條內容的規定是醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人「或」其家屬。依法律的規定醫生只要告知病人或家屬其病情，即是做到醫生病情告知應盡的義務及責任，但說不過去的是當病人意識清楚時，目前台灣的醫療醫生仍秉持著先告訴家屬病人之病情為優先考量，臨床工作中顯少醫生發現病人罹患癌症先告知病人本身的，這《安寧緩和醫療條例》的規定顯然不是在保障病人之自主權及隱私權，這法律條文對病人來說，是沒有保障的，顯而易見，反而是在保障家屬，此《安寧緩和醫療條例》的條例規定從民國 89 年就開始施行，但這並不是說，這法律條文的規定一開始就是錯誤的，反而是因應著時代的進步，病人自我意識的提昇，病人對病情告知的接受度提昇…等不同情境的衝擊，再加上要避免少數貪圖病人財產的家屬有機可趁，故有修正原先《安寧緩和醫療條例》第 8 條的必要性。

之前的《安寧緩和醫療條例》可能因台灣醫生是採取先告知病人家屬病情的方式，讓一些原本即早治療就可能有較長存活時間的病人，因此喪失了延長生命的機會；或者讓一些病人盡早知道自己病情，他可以有時間去完成自己未了的心願。家屬也不會因為要隱瞞病人病情之實情，導致自己需每天上演不同的戲碼，導致身心俱疲，明明心裡非常難過、難受，還要裝著笑臉來面對自己最親近的家人，連自己想跟病人說說話，都要很小心的應對，需等到病人駕鶴西歸，才能在死者身旁述說一些心底的話，這看起來是多麼令人遺憾的一件事呢？而病人也是如此，他從來沒有死亡的經驗，於其最後的日子裡，只能一個人孤單、寂寞的渡過，因家屬也不再與自己談心、談話家常，彼此的相處存在著隔閡，就這樣自己一個人孤單地面對自己的病情至死去。而醫生面對此家屬不願告知病人病情實情之情境，其內心也是百感交集的，他有著與病人相同的感覺，只是礙著《安寧緩和醫療條例》第 8 條的規定，家屬不願告知病人病情，今天如果自己貿然告訴病人病情之實情，如果病人想不開或有輕生的行為出現時，家屬又可能提告。在如此眾多複雜的情境下，醫生明明知道病人想知道病情，就算病人一直不斷重覆詢問自己，多想知道自己的病情，但礙於家屬不願告知病人病情的情況，就算醫生多麼不忍病人想知道自己的病情，就算話已到嘴邊想說出病情告訴病人，也無可奈何。舊有的《安寧緩和醫療條例》第 8 條的規定不再只是醫生與病人相互開放彼此的視域、彼此敞開自己就可達成彼此的相互融合，換言之，此法律條文的規定是阻礙現今醫生與病人間的最大障礙，唯有將此絆腳石從中剔除才有彼此融合的可能性。

此處的醫主權礙於法律條文之規定，無法依病人的意願告知病人病情，故現況的根本辦法是修改此法律條文的規定，確保病人成為告知病情說明之首要對象，目前《安寧緩和醫療條例》第 8 條已於立法院進行修改，多數立委決議將《安寧緩和醫療條例》第 8 條的內容修改為「醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人，並經其同意，簽具同意書，始得為之。」在修法後，已

被告知之末期病人可依其意願決定是否簽署「選擇安寧緩和醫療意願書」，方可確實保障病人自主權與隱私權。此法修改後可以確保病人之自主權及隱私權能獲得保障，更可以讓臨床工作的醫療人員，面對病情告知之議題時，可以尊重病人在想知道自己病情之意願下，醫生能做到告知病情之職責，讓醫生不會再礙於舊法《安寧緩和醫療條例》第 8 條的規定，導致施行病情告知遭受到阻礙，無法確實施行。總而言之，醫主權與病主權在現在傳統與過去傳統相互融合下，此融合出來的意義已超出了原本的偏見和特殊性，成為一個能被現在與過去相互接納的共識，也達致高達美所說的視域融合。



## 第五章 結論

語言的溝通是一門看似簡單的溝通方式，但是，真正要做好良好之溝通技巧，讓醫生與病人、護理人員與病人間的溝通對話達到真正的理解是一大學問，這也是一份艱難的課題。文中試圖應用高達美的實踐智慧及視域融合的理論，協助解決病情告知之難題，並運用高達美「你－我關係」理論，協助醫護人員在面對病人的處境中，能運用彼此開放自己、雙向溝通的方式去面對病人，做到高達美「你－我關係」之第三種理論，讓醫病、護病的溝通不至於落入單向、雙方無真正溝通對話的地步。在高達美的理論中，詮釋學經驗的結構將對話過程揭示為問與答的辯證關係，問題的提出開啟了一個對話的可能。在對話的平台上問題開啟了醫病、護病對話的話題，循著話題的內容醫護人員與病人在一問一答的語言來往中進行著交流，交流在相互問答間對於問題的真誠投入、交流在對於問題的開放、交流在不斷地語詞所勾引出的問題視域、交流在彼此所承載的歷史意識（前見）的力量，也包含因對話的交流而使自己重新看待與檢視自己在過去與未來。筆者希望透過此論文的呈現，協助醫護人員及病人處理病情告知之矛盾兩難議題，希望能協助醫護人員、病人面對病情告知之處境時，能從中選擇出一套更適合彼此、更完整的病情告知方式，讓醫病、護病的彼此溝通對話過程，能彼此善用說話的藝術化解病情告知中難以克服的處境、跨不過的鴻溝，讓我們一起努力做好病情告知之工作。

因筆者於臨床工作已十五年深深體會到，如果醫生聽不懂病人說的話，或是病人不了解醫師所說的病情解釋，都會嚴重影響到醫療的品質。深刻的感受到一位醫生說病人聽得懂的話是很重要的一件事，這也是醫病關係建立的首要條件。筆者自己也曾經當過病人，對於醫病間能有真正的溝通對話，更深刻體會到此層面的重要性，雖然，臨床的工作是忙碌的、難以停下手邊的工作或者是停下腳步的，但是，我秉持著病人意見為優先，病人有任何一絲的疑問，筆者認為即時停下手邊的工作聆聽病人的心聲是很重要的一件事，只有不斷與病人溝通對話及聆聽病人心中真正的聲音，才能讓醫病、護病關係從中取得彼此真正的信任關係，唯有透過這彼此良性互動的努力，也才能真正做好照護病人的神聖工作。曾經有朋友至醫院看病回來告訴我說，他看完醫生後自己覺得心情很差，因為醫師對他說：「這個病沒有藥醫。」他的心情糟到了極端，所以，他想找我討論看看這個病到底是怎麼回事。結果後來發現他是診斷為顏面神經麻痺，筆者猜想這位醫師要表達的意思是這種病大多會自己慢慢好起來，沒什麼特效藥可治療。但醫生不曉得病人已誤認為自己病入膏肓、無藥可醫，故整日灰頭土臉、哀聲嘆息、每日輾轉難眠。上述案例更讓筆者親身體會到病情告知之重要性。綜合本論文所論述之病情告知議題透過高達美實踐智慧、「你－我關係」及「視域融合」的詮釋學理論，筆者得出的結論如下：

## 一、病情告知

病情告知是近幾年來醫界最熱門的話題，行政院衛生署更提倡以病人為中心的照護理念，也製作病人安全相關權益的宣導影片，提供醫護人員及一般民眾點閱觀賞，從這當中發現要做好病情告知工作是日前迫切且誓在必行的。擔任一位醫生在面對病情告知之議題時，更應尊重病人是一個生命的個體，尊重病人之自主權、隱私權及知的權利。擔任一位醫生於看診或照護病人的時候，更要站在病人之立場為其設想，而身為護理人員此時更應該擔任醫生與病人中間輔助者的角色，因為護理人員是接觸病人的第一線，是接觸病人最多時間的人，也是醫護行業中最了解病人的人，顯而易見，護理人員的角色在此顯現更益重要。

筆者目前於臨床工作中，發現少數的病人仍舊處於過去傳統的觀念，仍舊秉持著不願被告知病情的舊有觀念，少數的家屬也秉持著不捨自己的家人，害怕家人知道自己病情之實情，無法接受自己病情的情況。但最新的報導已指出病情告知已今非昔比，多數的病人已改變自己過去不願知道自己病情的舊觀念，轉向希望醫生儘早告知自己病情，過去一些不可救治的疾病，因應著醫學的進步，每天都可能有新的藥物被研發出來，任何疾病都有治癒的可能，一般民眾的認知已改變成早一點知道自己病情，就能夠早一點治療或控制自己的病情，治癒機率也比較高，甚至，也希望自己能與醫生共同討論，如何治療自己疾病的方式。萬一自己的病情無法治癒，也希望自己可以安排剩下來的日子要怎麼過及安排自己往生的告別式。

然而，目前台灣病情告知工作做的最好的，首推於癌末病人之病情告知。近幾年來醫生對於癌症末期病人的病情告知意願也提昇，更舉辦非常多場與癌症末期病情告知相關之研習會，讓醫療人員於面對癌末病人時，更懂得如何應用癌末病人的病情告知技巧，雖然，要真正要做好病情告知工作真的實屬不易，但現今之醫護人員已更肯於病情告知前，花更多的時間及精力去了解病人真正的需求，醫護人員有此層面的改變真的是難能可貴。總之，病情告知工作真的是沒有不二法門，唯有醫護人員與病人間能尊重彼此間的溝通對話，彼此相互溝通交流、彼此取得信任。醫病、護病間透過不斷省思、反省的過程，醫護人員才能真正做好病情告知之可能。

病情告知議題中還有一個很重要的因素，就是告知病情的過程中，要給予病人生存的希望，希望這兩個字看似簡單，但要讓一位末期的病人存有希望，似乎是一個需要耗費眾多時間與人力的難題。於《話語、雙手與藥—醫者的人性關懷》一書中提到一位中生代外科醫師報告一份病例，一位二十幾歲的研究所女學生在外面的醫院發現關節囊肉瘤後，前來此間醫院尋求第二意見。這位病人獲知患有癌症後，堅持不讓父母知道，但醫生又無法說服她接受開刀。這位熱心的同事憂

心如焚，因為他認為如果不盡快開刀，不久將會有肺部轉移，到時恐怕為時太晚，但無論如何，病人就是不肯同意。這位醫生告訴我們，過去他也曾鼓勵相同情況的病人接受開刀，成功戰勝癌症，但怎麼勸這位病人，都無法讓頑石點頭。過程中醫生真的很用心、竭盡心力地想為這位病人解決問題，克服其心理障礙。案例中的醫師是一位熱心救人的好醫師，過去大家說了不少勸過病人的話，譬如說：要再給自己一次機會、哀莫大於心死、不要放棄希望…等話語，就如一本書《希望：戰勝病痛的故事》的書名雷同，希望每一位病人都可以有勇氣面對病魔、戰勝病魔。但我們到底該怎麼做才能替病人解決問題呢？病情告知雖是一份艱難的工作，但卻是醫護人員共同努力的目標。

告知病人病情時，醫療的不確定性一直是我們醫護人員最大的困擾。如果醫生在解釋病情時，面對一位想恢復長跑的女孩，其病情無痊癒的希望時，就應該告訴她這是不可能的奢望，這樣也許能幫助她接受現實。反之，如果我們對這位病人只講她喜歡聽的，把他捧得高高的，到頭來對病人的身心傷害更大，更是一件更殘酷的事實。相對的，如果今天醫生在面對一些低風險的手術，因為害怕醫療糾紛、面對法律問題，告知病人極少可能發生的手術風險之不良效應，相信很多人對該手術卻步，因此往往耽誤病人之病情治療時間。然而，若醫生只根據常理輕描淡寫地說明開刀情形，隻字不提可能發生的萬分之一風險，萬一手術過程中發生意外，家屬也無法接受。醫病關係是一門高深的學問，往往比人際關係的相處更加複雜，而醫療行為原本就蘊藏著很多的不確定性，這是醫病溝通的一大考驗。總而言之，病情告知工作是需要醫護人員、病人及相關人員共同努力才能做好病情告知之工作，懇切希望每一位醫護人員能夠秉持著一顆持之以恆、努力的心共同為病情告知努力。

## 二、護病關係

每一位病人都有著不同之背景；不同的過去疾病罹患經驗；年齡、性別亦不盡相同；但年齡相同罹患之疾病程度也不一定相同；面對生命之價值觀亦不同；面對疾病的處理態度、想法；對疾病的認知、個人的醫學常識亦不同。這亦就是說，護理人員與病人間的溝通對話，需因應病人屬性之不同，而給予不同的溝通對話方式。這門學問看似簡單，但施行上卻是困難重重，這對護理人員來說，是一項需花精力及動腦力的議題。護理人員於臨床工作中，一般是扮演照護病人的角色，護理人員在面對病人的當下，護理人員需運用同理心面對病人的，需以視病猶親的態度照護病人，需敞開心胸接納病人，不可以自己個人的觀點去看待病人，需將自己本身所了解之視域與病人之視域相互融合成適合彼此之視域，從中達成一個共識。如此一來，護病關係才能做到高達美詮釋學理論之第三種「你－我關係」，護病關係的建立需仰賴護理人員與病人相互開放自己，且彼此接納對方，彼此間試著運用傾聽之方式去了解對方，且試著運用彼此相互尊重的態度與



對方溝通，透過這傾聽的過程了解彼此的想法，再者，透過言說的過程，讓護理人員了解病人對病情告知之認知差異；了解病人最在意的地方為何？病人有沒有什麼禁忌呢？

護理人員於與病人溝通對話的過程及情境，以站在病人之立場為其設想之前見，透過每一次與病人之溝通對話過程，了解病人真正的需求為何？換個角度來說，護理人員與病人之溝通對話，如果只注意到事件本身，而沒有將彼此的溝通對話看成是為了了解病人的立場和視域著手，如此的溝通對話無法從中尋找出適合彼此的共識。因為真正的溝通對話是彼此要對同一件事達成一致性的共識，經由共同討論後，建立彼此共同的信念，而非只是為了達到了解某人之這個目的，而和某人進行溝通對話的。如果只是為了目的而去做這件事，那就如高達美所說：「所有正確的解釋都必須避免隨心所欲的偶發奇想和難以察覺的思想習慣的侷限性，並且凝目直接注意“事情本身”。」（真理344、345）

這句話意指擔任一位詮釋者要能客觀地站在對方立場為其設想，處理事情的當下不能斷章取義、不明事理，勿以所聽到的片面之詞就隨意妄下定論。這種「你－我關係」，只把詮釋學現象作為工具，但這也不是說，要護理人員完全放棄自己主觀的意見，如此一來，也就失去了詮釋學經驗的本質意義。高達美又說：

誰想聽取什麼，誰就徹底是開放的。如果沒有這樣一種彼此的開放性，就不能有真正的人類關係。彼此相互隸屬，總同時意指彼此能夠互相聽取。……同樣，“聽取某人”也不只是指我們無條件的做他人所想的東西。誰這樣做，我們就稱他為奴隸。所以，對他人的開放性包含這樣一種承認，即我必須接受某些反對我自己的東西，即使沒有任何人要求我這樣做。（真理469）

換言之，真正良好之護病關係是各自要開放自己、接受對方，彼此間的關係是彼此牽制，相互聽取對方所表達的內容。護理人員需正視並承認病人的問題，唯有護理人員與病人間彼此開放自己，兩者間用平等的方式看待對方、尊重對方，讓彼此的護病關係不存在著一種上對下的關係，而是存在著一種相互承認的對等關係，彼此間只有分享，彼此無任何宰割的關係。如此一來，才能讓護病關係達到良好之溝通、交流，彼此間才能克服各自心中的障礙，彼此才能達到真正良性互動之可能性。總結來說，護病關係唯有相互承認對方，彼此開放自己接受對方，才能真正理解對方所表達之意義，這就達到高達美第三種之「你－我關係」理論。

### 三、醫主權與病主權

傳統無法從一個人的觀念想法中被完全抹煞及排除，一個人無法離開傳統而

自居，每一個人從出生之後就一直處於傳統之中生活著，這就如同醫生與病人的關係，醫生與病人本身均受過去傳統的觀念及想法所影響著，過去傳統的醫生在病人的觀念裡，是一位高高在上之權威者。病人往往採取完全接受醫生的態度，一味盲目服從醫生的指示。但現今的醫主權已改變為與病人同地位的觀念，醫生不再執著自己醫療的權威，反而，改變成尊重病人自主權與病人共同討論病情，提供病人各種治療的方針，讓病人自己做決策，選擇自己疾病的治療方式。在高達美看來……歷史流傳物的真理決不是一成不變的，而總是與我們自己的參與相連繫，真理都是具體的和實踐的。<sup>32</sup>以高達美的詮釋學模型來看，詮釋是在承認既有的權威之下，允許各種新的詮釋之創造，並在新的詮釋之下修正或改變既有的權威。換言之，我們如果將傳統對醫生的權威觀念從理性當中剔除，理性本身就成為空洞了。因一位病人無法從對醫主權及醫生之權威觀念中，打倒傳統病人對醫生之權威觀念及看法，<sup>33</sup> 正如高達美所述：

一個根本沒有視域的人，就是一個不能充分登高遠望的人，從而就是過高估價近在咫尺的東西的人。反之，“具有視域”，就意味著，不局限於近在眼前的東西，而能夠超出這種東西向外去觀看。誰具有視域，誰就知道按照近與遠、大和小去正確評價這個視域內的一切東西的意義。因此，詮釋學處境的作用就意味著對於那些我們面對流傳物而向自己提出的問題贏得一種正確的問題視域。（真理391）

這就如同現今病人對醫生仍保留尊重其權威的觀念，但此觀念與過去傳統的權威觀念是有區別的，現今的病人是站在尊重醫生之專業權威，認為醫生的醫術及專業性是不可否認的，也是病人選擇醫生的必要條件之一。再者，病人考量的是醫生與他的溝通技巧，是否可以讓彼此相互理解，醫生是否可以站在自己的視域中，為自己設想及解決問題，是否能於治療的過程給自己最完整的照護，醫生是否有良好之醫德，醫生於評估的過程是否考慮周詳，是否真正站在病人立場為其設想而努力，是否秉持著視病猶親的態度照護病人，以上種種的因素都是病人選擇醫生的考量，也是病人在選擇醫生的矛盾難題。

但在臨床工作中要做好病情告知實屬不易，其中醫療團隊間的相互合作，發揮團隊合作精神是一必要條件，故告知的工作在臨床當中靈活應用是需要彼此分工合作，彼此不斷相互溝通協調才達成共識的。唯有所有的醫療相關人員與病人及其家屬共同合作，醫療團隊真正了解病人對病情告知的疑問及要求，才能做好病情告知的工作。病情告知工作至今仍無一套可完全套用的病情告知方式，但這也不是說，臨床醫生於病情告知時，就完全無一套可依循的公式。目前臨床病情告知工作之現況，是所有的醫療相關人員，彼此為病情告知工作而努力，這當中

---

<sup>32</sup> 同註 18，頁 98 - 99。

<sup>33</sup> 同註 7，頁 113。

每一個環節都是很重要的，而每一個成員的意見也都是備受重視的，唯有環環相扣才能在病情告知過程中，取得一套適合每一位病人的告知方式，才能有周詳的考量，因告知之情境是多變且複雜的，醫生需考量的不只病人本身，尚需考量其過去的經歷及其家中的其他成員，目前的病情告知工作不是只告訴病人就好了，尚需考量其他家庭成員是否能與醫療團隊共同陪伴病人渡過憂傷期，與其幽谷伴行。但這也不是說，統一的病情告知方式就可以適合每一位病人，因每一位病人有不同的告知情境，仍需靠每一位醫生運用其告知的智慧去克服及解決的。在此，我也呼籲病人，在醫生病情告知的過程中，如果有任何疑問或問題時，應該主動提出問題與醫生討論，如此的結果才能讓醫病關係達致至視域的相互融合。在此，筆者再次呼籲所有的醫療團隊，要以尊重病人自主權、知的權利及維護病人的隱私權而努力。

高達美之詮釋學理論在此論文中有著舉足輕重的地位，此理論促成筆者書寫此論文能順利完成，讓筆者更懂得運用文字詮釋病情告知之相關內容，高達美之哲學理論雖仍有其不可達致的部份，但筆者於書寫的過程中，更洞見高達美詮釋學理論之偉大處。因病情告知之議題非只牽涉醫生與病人兩者的關係，其牽涉到的層面是廣闊且複雜多變的，當中任何一個人突然改變想法，整個病情告知的工作就必須重新規劃及考量。

## 參考資料

1. 沈清松，《古希臘哲學的集大成—亞里斯多德 作品選讀》，台北市，誠品股份有限公司，1999年。
2. 伽達默爾：《真理與方法》，德文版，第288頁；中文版，上卷，上海譯文出版社，1999年。
3. 曾仰如著，《亞里斯多德》，初版，台北市，東大圖書股份有限公司，1989年。
4. 彭啟福著，《理解之思—詮釋學初探》，第一版，合肥，安徽人民出版社，2005年。
5. 何衛平著，《通向解釋學辯證法之途：伽達默爾哲學思想研究》，上海，三聯書店，2001年。
6. 《劍橋哲學辭典》(The Cambridge Dictionary of Philosophy)，台北：貓頭鷹，2002年7月。
7. 洪漢鼎譯，Hans-Georg Gadamer 著，〈什麼是真理？〉，《真理與方法—補充和索引》(Hermeneutik II: Wahrheit und Methode—Ergänzungen Register)，台北：時報，1995年7月18日。
8. 張敏娟撰，林遠澤博士指導，《哈伯瑪斯對話倫理學與高達美倫理學之概念比較》，南華大學生死學系碩士論文，2006年12月21日。
9. 李素貞撰，顏永春教授指導，《死亡的尊嚴與本真的向死存在—安樂死與海德格的死亡觀》，南華大學哲學研究所碩士論文，2003年5月12日。
10. 李瑞全著，〈基本的道德原則〉，《儒家生命倫理學》，初版，台北市，鵝湖，1999年。
11. 洪漢鼎譯，伽達默爾著，《真理與方法：哲學詮釋的基本特徵(上卷)》，上海譯文出版社，2004年。
12. 〔德〕伽達默爾：《論理解的循環》，載嚴平編選：《伽達默爾集》，鄧安慶等譯，上海遠東出版社1997年版。
13. 陳榮華著，《葛達瑪詮釋學與中國哲學的詮釋》，初版，臺北市，明文書局印行，1998年。
14. 〔德〕伽達默爾：《真理與方法》，洪漢鼎譯，上海譯文出版社，1999年版。
15. 陳芳智譯，David Carroll 著，《生死大事》，遠流出版事業股份有限公司，1988年。
16. 胡海國醫師著，《病人與醫生》，杏文出版社有限公司，1978年十月再版。
17. 苗力田譯，Aristotle 著，《尼各馬科倫理學》(Nicomachean Ethics)，北京：中國社會科學，1999年。
18. 洪漢鼎譯，Hans-Georg Gadamer 著，《真理與方法——哲學詮釋學的基本特徵》(Wahrheit und Methode)，上海：上海譯文，1999年。
19. 林火旺著，《倫理學》，台北市，五南，2004年。
20. 結構群編譯，Hans-Georg Gadamer 著，《科學時代的理性》，(Reason in the Age of

- Science)，出版地不詳。
- 21.龔群、戴揚毅等譯，Alasdair MacIntyre 著，《德性之後》，北京：中國社會科學，1995 年。
  - 22.苗力田、徐開來譯，Aristotle 著，《倫理學》，台北：知書房，2001 年。
  - 23.賴其萬著，《話語、雙手與藥—醫者的人性關懷》，初版，臺北市：張老師，2006 年。
  - 24.鈕則誠，〈生育與生命的倫理學〉，《醫學倫理學》，台北市，華杏，2004 年。
  - 25.尹裕君譯，《護理導論》，台北市，南山堂出版社，1978 年。
  - 26.戴正德、李明賓著，《醫學倫理學導論》，台北：教育部，1990 年。
  - 27.黃苓嵐，〈拉圖理想國在醫學倫理教育上的運用〉，《哲學與文化》，第 32 卷，第 8 期，2005 年。
  - 28.凱博文著，陳新綠譯，《談病說痛—人類受苦的經驗與痊癒之道》，台北：桂冠圖書公司，1997 年。
  - 29.黎小娟，〈母血篩檢唐氏症之臨床應用與諮詢〉，《護理雜誌》，46 卷，第一期，1999 年，頁 81~87。
  - 30.和信治癌中心醫院著，《癌症告知的藝術》對抗癌症系列(六)，台北市，天下生活出版股份有限公司，2001 年。
  - 31.孫奕材著，《跳動七十二—良醫治白病》，初版，台北市，中午出版社，1976 年。
  - 32.Peter A. Singer 著，蔡甫昌編譯，《臨床生命倫理學》，台北，財團法人醫院評鑑暨醫療品質促進會出版，2003 年。
  - 33.Ezekiel J.Emanuel 著，柳麗真譯，《臨終之醫療倫理》，台北，五南圖書出版公司，1999 年。
  - 34.張文亮著，《南丁格爾與近代護理》，台北，校園書坊，1999 年。
  - 35.尹裕君譯，《護理導論》，台北市，南山堂出版社，1978 年。
  - 36.蕭玉霜，《從狄爾泰詮釋學之人文科學基礎建構護理倫理實踐進路》，南華大學哲學所碩士論文，2007 年。
  - 37.顏永春著，《一個「合題」的審思—由高達美視域融合來看龍樹的中道哲學》，世界宗教學刊，第十一期，南華大學宗教學研究所出版，2008 年。
  - 38.潘德榮，《詮釋學導論》，臺北，五南圖書出版公司，1999 年。
  - 39.古柏曼醫師著，廖月娟譯，《醫生，你確定是這樣嗎》，一版，台北，天下遠見出版股份有限公司，2007 年。
  - 40.古柏曼醫生著，陳萱芳譯，《第二意見為自己尋找更好的醫療》，一版第 6 次印行，台北，天下遠見出版股份有限公司，2007 年。
  - 41.嚴平著，《高達美》，初版，臺北市，東大圖書公司，1997 年。
  - 42.吳汝鈞著，《龍樹中論的哲學解讀》，臺北，商務出版社，1997 年。
  - 43.陳永綺著，《癌症病房的 102 天：陳永綺醫師陪爸爸抗癌手記》，初版，臺北市，新自然主義，2007 年。
  - 44.趙可式著，《醫師與生死》，初版，臺北市，寶瓶文化，2007 年。
  - 45.杜友蘭著，《護理理論與實務應用》，二版，臺北市，華杏出版股份有限公司，

2004年10月。

- 46.陳月枝等人著，《實用兒科護理》，台北市，華杏出版股份有限公司，2009年2月五版。
- 47.李從業總校閱，《實用產科護理》，台北市，華杏出版股份有限公司，2008年4月五版一刷。
- 48.魏玲玲等人譯，盧美秀總校閱，《內外科護理》，台北市，華杏出版股份有限公司，1991年5月初版三刷。
49. Tilda Shalof 著，栗筱雯譯，《加護病房》，初版，臺北市，大塊文化，2006年。
1. Richard J. Bernstein. “what is the Difference that makes a difference? Gadamer, Habermas, and Rorty” PSA, vol. 2, 1982.
2. Hans-Georg Gadamer, Truth and Method. trans by Joel Weinsheimer and Donald G. Marshall. The Continuum Publishing Company, 1994.
3. Hans-Georg Gadamer, *Philosophical Hermeneutics*. Trans by David E. Linge. University of California Press, 1977.
4. Gadamer(1990) Wahrheit und Methode. Gesammelte Werke, Bd.1,2 Tuebingen,1990.
5. Michael Cheng-Tek Tai, Dena Hsin-Chen Hsin(2006). “Value Neutrality and a Bioethics of Conscience.” *Medical Ethics*.18.No.1.Pp.69-73
6. Oken D (1961). What to tell cancer patients : a study of medical attitudes. *JAMA*.175:1120-8.
7. Novack D, Plumer R, Smith R, Ochill H, Morrow G, Bennett J(1979). Changes in