

南 華 大 學

哲學系碩士論文

論中層原則主義於醫學倫理決策上的適用性

The Applicability of Middle Level Principlism in
Medical Ethical Decision Making

研 究 生：劉 屏 鍾

指 導 教 授：林 遠 澤 博 士

中 華 民 國 九 十 七 年 五 月 二 十 六 日

南 華 大 學

哲學系

碩 士 學 位 論 文

論中層原則主義於醫學倫理決策上的適用性

研究生：劉屏錦

經考試合格特此證明

口試委員：楊劍琪

孫永春
杜志偉

指導教授：杜志偉

系主任(所長)：孫永春

口試日期：中華民國 九十七年 五月 二十六日

摘 要

醫學倫理不只是對某些醫學議題的深入探討，例如複製人、墮胎、或胚胎幹細胞等，更是一種倫理的推論於醫學決策上的應用，因此，如何應用倫理原則作出醫學倫理的決策，是醫護人員必須具備的能力。湯姆畢樸 (Tom L. Beauchamp) 與詹姆契德斯 (James F. Childress) 提出了整合式的倫理決策模式，模式中的醫學倫理四原則 (中層原則)：尊重自主性原則、不傷害原則、行善原則、以及公平原則，早已廣為人知。本論文主要是探討整合式的倫理決策模式在醫學倫理議題上的適用性。

本論文將闡述畢樸與契德斯二氏的學說內容，包括思慮後的判斷，分殊化、平衡、反思平衡、四原則、共通道德理論、以及融貫理論，並簡介決疑論。本論文也談到醫病關係、道德品格和四原則的對應關係、以及其他倫理學者對整合理論的批評及畢契二氏的回應，最後將整合式的倫理決策模式帶入一個實際的醫學案例中，以檢視這種倫理決策模式是否適用於醫學案例的決策上。

本論文除了著重在倫理決策過程的正當性及實用性外，另外也不可避免的論及原則、規則、及理論之間的複雜關係，以及道德理論的定位問題，這是另一個值得關切的議題。

本論文最後提出的論點是：(1) 湯詹的整合式的倫理決策適合一般醫師作為醫學倫理決策之用。(2) 整合式的倫理決策模式無法避免個人價值觀的不同所造成的影響，但只要是 (正確的) 思慮後的判斷，則不影響最後判斷的對錯。最後的結論是：整合式倫理決策模式不只是學說，並且也適用於一般醫師的臨床應用上。

關鍵詞：

1. 醫學倫理 (Medical Ethics)
2. 共通道德 (Common Morality)
3. 思慮後的判斷 (Considered Judgment)
4. 分殊化 (Specifying)
5. 反思平衡 (Reflective Equilibrium)
6. 融貫理論 (Coherence Theory)

Abstract

Medical ethics does not just deeply explore such issues as human cloning, abortion, and embryonic stem cell, but it also puts into application reasoning of ethics in medical decision making. Hence, making a medical decision using ethical principles is an ability that nursing members have to possess. Beauchamp and James F. Childress have proposed an integrated model of ethical decision making, which includes four well-known principles of medical ethics: Respect for Autonomy, Nonmaleficence, Beneficence and Justice. The main subject of this thesis is to explore the application of integrated model of ethical decision making in medical-ethic issues.

This thesis expresses Beauchamp and Childress' theory, including Considered Judgment, Specifying, Balance, Reflective Equilibrium, Four Principles, Common Morality Theory, Coherence Theory, and a brief introduction of Casuistry. This thesis also touches upon professional-patient relationship, the relationship between the four principles and moral character, and the criticism by other ethicists on the integrated model and the responses by Beauchamp and Childress. The integrated model of ethical decision making will then be practiced in a real medical case in order to examine whether the model can be applied in the decision making in medical cases.

Aside from the justification and pragmatism in the process of ethical decision making, this thesis investigates the complicated relationship among principles, rules and theories. Another issue that deserves attention is the position of moral theory.

This thesis proposes two points in the end: 1) Beauchamp and Childress' integrated model can be applied when medical practitioners are making medical decisions; and 2) Integrated ethical decision-making model can not avoid the impact resulted in by different personal values. However, it will not affect the right or wrong of the last decision if only the decision is made after (correct) considered judgments. The conclusion is: integrated model of ethical decision making is not just a theory, but it can also be applied in the clinical practice by general medical practitioners.

目 錄

第一章 導論	1
第一節 研究動機與研究目的	2
第二節 研究現況的檢討	12
第三節 研究方法與步驟	14
第二章 中層原則主義的道德應用模式	18
第一節 生命醫學倫理的道德推理與原則主義的進路	19
第二節 共通道德	25
第三節 分殊化與平衡	30
(一) 分殊化	31
(二) 平衡	34
第四節 醫學倫理的四原則及其規則	38
(一) 尊重自主性原則	38
(二) 不傷害原則	41
(三) 行善原則	43
(四) 公平原則	46
第三章 中層原則主義的應用模式爭議	49
第一節 對德行論批評的回應	49
(一) 道德品格	50
(二) 醫病關係	56
第二節 對決疑論批評的回應	59
(一) 由下而上的證成模式	59

(二) 決疑論	59
第四章 中層原則主義的證成模式的內在差異	65
第一節 由上而下的證成模式	67
第二節 中層原則主義的整合證成模式	68
(一) 融貫理論	69
(二) 共通道德理論	72
第三節 整合證成模式的爭議與回應	74
(一) 理論與原則的爭議	74
(二) 共通道德的爭議	77
(三) 分殊化與平衡的爭議	85
第五章 中層原則主義的臨床應用	91
第一節 實際案例的應用	91
第二節 案例討論	97
第六章 結論	104
參考文獻	108

第一章 導論

醫學倫理 (medical ethics) 在本國重新受到關注是最近十幾年的事情，自從 SARS 發生後更是多方面的蓬勃發展。在國外則因二次世界大戰時，納粹醫師以猶太人做醫學試驗但卻未取得當事人的同意，所以在二次世界大戰後開始重視人權及醫學倫理的發展。

在進一步說明醫學倫理之前，我們先說明什麼是倫理與道德。倫理與道德的定義各家說法不同，但既然要談論醫學倫理，則我們將以世界醫師會的醫學倫理手冊中的定義為主：「倫理是有關於道德的研究 — 仔細而有系統的思考與分析過去、現在、或未來的道德決定與行為。道德是人類決策 (decision-making) 與行為的價值面向。道德的語言包括『權力』、『責任』、『德行』等名詞以及『善』、『惡』(或邪惡)、『對』、『錯』、『正義』、『不義』等形容詞。根據這些定義，『倫理』基本上是關乎『知 (knowing)』，而『道德』是關乎『行 (doing)』。兩者密切的關係在於倫理能夠提供理性的標準，讓人們選擇該怎麼決定或怎麼做」¹。這段敘述並不是非常完整，因為倫理既然是做道德的研究工作，則必須先有道德才能有倫理，而最後卻又說倫理提供理性的標準以提供人們做出道德的決定，彼此似乎矛盾，這個問題也是本篇論文所要解決的問題之一。我們可以先由下面的敘述找到部分的答案。有一種倫理學目的 (the purpose of ethics) 的說法是：「試著找出與發現過美好生活的原則」，²而道德的目標 (object) 及工作 (business) 則是：「道德的一般目標 (領會這個將使得我們瞭解道德評估的基礎)，在於促成改進 — 或者不使惡化 — 人類的困境，這個工作主要的以及本質上的，是靠著尋求對抗『有限度的同理心』 (limited sympathy) 以及他們潛在的最主要的傷害效果...它 (道德) 的適當的工作在於拓展我們的同理心，或者，更好一點的，以減少他們 (同理心) 天性中傷害的自然傾向並使其被嚴格的限制」。³作者沃諾克 (Geoffrey Warnock) 在另一篇文章中認為某些可以促進人類生

¹<http://tw.wma.net/ethicsunit/manual/intro.pdf>. 尹彙文譯，《世界醫師會 — 醫學倫理手冊》(台北市：中華民國醫師公會全國聯合會，2005年)，頁11。

²Jonathan Herring, *Medical Law and Ethics* (New York: Oxford University Press, 2006), 11

³Geoffrey Warnock, "The Object of Morality," in *Ethical Theory: Classical and Contemporary Readings*, 4th ed. Louis P. Pojman (Belmont, CA: Wadsworth, 2002), 440。在這篇文章中，Warnock認為由於人類天性中的短視，也就是有限度的同理心去判斷自己以及推測他人的想法，使得人們以短期的利益結果作為行動指引，因此容易使人們的生活狀況越來越壞，必須依靠道德，也就是擴大的同理心，以長期的利益為主，才能使人類生活改善。

活情況的原則是必要的道德原則。⁴因此，倫理學的目的在於找出美好生活的原則，道德的目標在於應用這些原則以增進人類的生活，這兩種關於倫理與道德目標的說法是較為一般人所接受的說法。至於沃諾克所說的道德的工作及其理論，也可以視為一種對「為何必須道德」（Why be moral or Why should be moral）這個問題所提出的一種解答。

「醫學倫理它是倫理學的一支，處理醫療執業中的道德議題。醫學倫理與生命倫理（bioethics；又稱生物醫學倫理 biomedical ethics）密切相關，但不完全相同。醫學倫理著重在醫療行為所衍生的議題，生命倫理則是一門很廣的學科，關切的是更廣泛的生命科學發展過程中所衍生的道德議題。生命醫學倫理和醫學倫理的另一個不同之處，在於生命醫學倫理並不要求去接受某些對於醫學倫理而言，是很基本的傳統價值」。⁵這些傳統價值，例如尊重自主性及保密原則。如果依照英國醫學協會的定義，醫學倫理是：「倫理的推論於醫學決策上的應用」，⁶因此，我們可以這麼認為：醫學倫理就是以可以促進人類美好生活的原則應用在醫學道德議題的決策上。面對不同的醫學道德議題，醫學倫理可以輔佐我們更正確、更敏銳及更清楚的去思考這些議題。而倫理學家則可以提供較正確的醫療倫理問題的解答。本篇論文主要是談有關於如何將這些倫理原則應用在醫學的道德議題上。

第一節 研究動機與研究目的

隨著科技文明的進步，醫療技術也隨之突飛猛進，相對的也引出了許多新的醫學倫理問題，例如墮胎、安樂死、同性戀、胚胎幹細胞的研究及複製人等議題，或者是以往的醫學倫理問題，因為新的議題的提出而引發了新的倫理論戰；像是行政院衛生署通過的「生育保健法」修正法案，增訂「女性因懷孕或生產影響心理健康或家庭生活而自願實施人工流產者，醫療機構應先提供諮詢，並於三天後經懷孕婦女簽具同意書，才能進行人工流產」。此草案一出，立即引發正反

⁴Geoffrey Warnock, "The Object of Morality," in *Ethical Theory: Classical and Contemporary Readings*, 433

⁵生命醫學倫理主要分為四個部份：1.臨床倫理學（clinical ethics），處理病患照護的議題；2.研究倫理學（research ethics），處理的是對健康照護研究中人類受試者的保護；3.專業倫理學（professional ethics），處理醫師與其他健康照護專業所應有的特殊義務與責任（醫學倫理學就是專業倫理學的一種）；4.公共政策倫理學（public policy ethics），處理與生命倫理議題相關法律、規定的形成與解釋。參見尹彙文譯，《世界醫師會－醫學倫理手冊》（台北市：中華民國醫師公會全國聯合會，2005），頁122。

⁶Jonathan Herring, *Medical Law and Ethics*, 11

兩面的討論，反對者認為事前諮詢是妨礙婦女的自主權。這些新的醫學倫理議題的出現，使得過去以醫師為主的父權主義式的醫學倫理，必須轉變成以病人為主的現代醫學倫理。再者，以往的醫學倫理問題，是以醫療傳統作為醫療專業倫理的邏輯思考的起點，但醫療傳統方面最大的影響者——西波克拉底倫理（Hippocratic Ethics）——卻不夠全面性、公正性及無法適當的證成倫理學。而哲學界在 1960 年前後，也因為醫學倫理的發展，將以往對權威性原則的態度、情感及希求方面的注意力，轉而注重情境、需求（need）及利益（interest）。因此，在醫學倫理方面，我們需要新的醫學倫理原則以及新的醫學倫理決策方法，以更審慎的態度將一般的醫學倫理原則或規則應用在醫學案例上。

在本國內，順應這個世界的潮流，在醫學院開設了許多醫學倫理的課程，大醫院也紛紛增設出醫學倫理委員會。衛生署規定醫師每六年要更新一次醫師執照，醫師在六年內必須修滿 180 教育學分以及 18 個醫學倫理的學分。各醫學會也不斷的開辦醫學倫理課程作為醫師離開醫學院後的再教育。不論在醫院的醫師或者是開業醫師，可以利用網路、期刊或者是醫學會舉辦的「醫學倫理及法律問題研討會」獲得倫理學分及部分的法律及倫理知識。但，或許是因為醫療糾紛太多，使得絕大多數的醫師最注重的是，如何避免醫療糾紛及違反法律或健保的規定。因此大部分醫學會所舉辦的醫學倫理的課程，談的大都是法律及健保方面的問題。這種做法，讓人覺得現代許多的醫學倫理議題——例如醫病關係、生殖科技、墮胎、安樂死、複製人、醫療資源分配等等問題——似乎只是某些大醫院高層的行政醫師人員，或衛生署的高級官員，或某些倫理學家，或某些對醫學倫理有興趣的人的問題，要不就只是醫學倫理書籍內的學術論述。對絕大多數的醫師而言，醫學倫理只是這些問題的答案形成新的政策、法律、或專業倫理規則後，醫師如何遵守的問題。就像有許多人喜歡說：「法律是道德的最低標準」一樣，似乎只要不違反法律（並不是遵守法律，而是只要不被執法人員抓到不法行為），便一併達到道德的標準。但事實上，絕對不是這樣。法律是遵守（obey）的問題，而道德是實踐（practice）的問題。上面所提的安樂死等問題只是醫學倫理的一部份，更多的部分在於日常生活以及醫師每日遇到病人及同儕互動之間發生。有許多道德兩難的問題，以及我們每日做出的許多的道德決定是在一個安靜

及固定的倫理決策下做出，只是我們很少停下來去探究自己的倫理決策過程、基礎及自己所根據的原則。不論在原則及決策方法上，法律都不能取代道德，而且筆者也認為應該開設醫學倫理決策的課程。以下我先說明法律和道德的差異，再來說明「為何必須道德」，這兩點也是筆者撰寫這篇論文的動機之一。

道德（在此包括倫理）和法律的差異在於：（1）法律是規則，道德包括原則、規則、權利及德行。⁷（2）倫理所要求的行為標準往往比法律要求的還高。法律會隨國家而有很大的差異，倫理卻可以超越國界。⁸（3）在不同的社會中，存在著廣大範圍相衝突的法律，以及根據每個人的強大直覺，法律是有可能不道德的，因此法律不是我們的倫理及醫學的基礎。醫學倫理是被固著以及被證成於某些更基礎的道德原則，例如人性的法則。⁹（4）法律可以約束一個社會中所有的成員，並且對於違反者給與明確的懲罰；道德規則無法約束一個社會中所有的成員，並且對於違反者無法給與明確的懲罰，例如學生參加校內考試時帶小抄作弊是一個不違反法律，但是違反校規及道德的行為。一個社會中的成員可以選擇參與或抑制做違反道德規則的事情。法律不完全必須由權威性的執法者所制定出，法律可能由風俗所產生，而且法律不必一定要對社會有所助益。¹⁰（5）有些法律允許的行動是未曾將道德考量進去，因此有時可以允許不道德的行為，例如未曾簽約的爽約行為或惡劣的服務態度，但是我們卻不希望這些不道德的行為全部列入法律中，因為這樣的做法將使得法律干涉我們太多的個人行為。¹¹（6）有的時候，道德是允許違反法律的，例如車上載著急需送到急診室急救的病人時，可以超速或行駛路肩。（7）有的時候法律需要集體的不道德行為。¹²例如群眾聚集抗議國家或某集團不道德的行為，執政者基於政治或黨派利益的考量，強制驅逐或拘提這些抗議者。

法律和道德之間的關係為：依照歌特（Bernard Gert）的看法是，

⁷ Tom L. Beauchamp and James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed. (New York: Oxford University Press, 2001), 2-3.

⁸ 尹彙文譯，《世界醫師會－醫學倫理手冊》，頁14。

⁹ Raana Gillon, *Philosophical Medical Ethic* (Chichester: John Wiley & Sons, 1985), 13.

¹⁰ Bernard Gert, *Morality: Its Nature and Justification* (New York: Oxford University Press, 1998) 200. 在同一頁的文章中 Gert 定義一個法律為：一個法律 (A law) 是一個規則，而且是一個規則系統中（一個法律系統）的部分，這個規則系統被應用在社會中，並且被這個社會中所有理性的人所知道，而且直接或間接的明顯的影響社會中成員的行為。應用在這個社會成員中的某些規則是不論這些成員是否希望服從，並且當違反其中某些規則是會有明顯的懲罰。

¹¹ Joan C. Callahan, *Ethical Issue in Professional Life* (New York, Oxford University Press, 1988), 11.

¹² 以上第六及第七點見 Joan C. Callahan, *Ethical Issue in Professional Life*, 11.

「遵守法律」是歌特所訂的共通道德十條規則中的第九條規則，而且「每個人（包括自己）總是必須遵守這個（遵守法律）規則，除非當一位完整被告知，無私的理性的人能夠公開的允許這個違反。任何人違反這個規則，而且沒有無私的理性的人能公開的允許這個違反時，如此的違反可能會被處罰」。¹³ 依據英國倫理協會的說法：「倫理及法律彼此間的關係是一個相互的（reciprocal）關係：法律制定環境（setting），在其中，倫理選擇得以被實際的運作，但是倫理制定限制，在其中，法律被主動的遵守以及被尊重為價值的展現以及他所運作的社會的渴望。在大部分的範圍內，這兩者是無法分開的：試圖將道德由法律的爭論中抽離出來是無意義的——當我們談論到法律規則時，我們無可避免的將被帶入到倫理規則的討論中」。¹⁴

由以上的敘述，我們可以知道道德和法律是不一樣的，當然法律和道德是有許多重疊的地方，在法律和道德的範圍相同時，藉由法律的規定，我們得以更明確的作出道德的決定。藉由倫理的理念，我們更能發自內心的去遵守合乎道德的法律。但仍然有許多地方是法律規範不到的，或者是法律與道德相衝突的地方。因此，對道德而言，法律只是最基本的道德規則之一，具有初始的正當性，有時仍然需要和其他的道德原則或規則加以衡量以做出最後的決定。

法律和道德有許多重疊的地方，而且法律也可以促進社會的進步及維持社會的秩序，法律規範不到的地方我們只需憑當地的社會風俗或自己的直覺判斷便可以渡過，因此我們會問另一個問題：「為何必須道德」。當我們不違反法律但違反道德規則時，有時我們會受到懲罰，例如因為考試作弊而被記過處分，但很多時候是沒有實質的處罰，例如對病人的態度不好，或者是病人問病情時，醫師不詳細告知病人他的病情，但是病人服用藥物後仍然控制住疾病（例如高血壓或糖尿病等慢性疾病），而病人藥物服用完畢後，仍然按時回診找同樣的醫師拿藥。因此當我們所做的決定會影響到他人的利益但卻不影響自己的利益，或者我們所做的決定將使得自己的利益與他人的利益相衝突，但不論我們正向做或反向做都不違反法律時，我們為何要幫助他人，或犧牲自己對等的或較小的利益以幫助他人。例如上述醫師服務態度的問題，醫師可以和藹可親的完整回答病人的詢問，或者三兩

¹³*Morality : Its Nature and Justification*, 202.

¹⁴Veronica English, Gillian Romano-Critchley, Julian Sheather, and Ann Sommerville, *Medical Ethics Today : The BMA's handbook of ethics and law*, 2nd ed. (London : BMJ Publishing Group,2004) , 13.

句打發病人，這兩種做法都不違反法律，但違反尊重自主性原則及行善原則的道德原則。這就是我們「為何必須道德」的問題癥結所在。如果我們無法回答這個問題，則我們只需要法律以及服從法律的德行便可以，而不再需要道德。

回答這個問題，我們先從心理學的角度來看：「道德也植基於個人心理，此可由以下推論：一. 『利他行為』研究領域的浮現，顯示同理心若非人性本具，亦是在幼年已學得。…二. 關懷與互相支持是人類基本的善。因此，當人們在評量某一套社會措施如何處理他們的利益時，其中他們所關切的一點是此一社會措施如何鼓勵成員間的親近關係、情感聯繫與忠誠。…三. 愈來愈多的證據顯示當個人的人格系統（包括自我觀念）發展過程中，人們基本上通常把自己想成是正直、公平和有道德的。證據也顯示當個人視自己為一有道德者，這亦是使它成為有道德者的動機之一。四. 人們反省其社會經驗，從而發展出更豐富、更透徹的社會觀。…就某一程度而言，社會認知的發展是從自我中心出發，以至能從更廣闊的社會網路來看自己所屬的位置」。¹⁵

再由哲學的角度回答：一. 道德的答案：(1) 如果違反道德規則，你將引起或增加某人因邪惡而受痛苦的可能性。(2) 如果違反道德規則，你將引起或增加某人因邪惡的結果而受痛苦的可能性。二. 德行的答案：為了要擁有道德的德行，則符合道德的行動是必要的。因為有些人渴望擁有所有道德的及個人的德行，則這些人必須做出符合道德的行動，否則他們無法擁有這些德行。三. 無私的理性的答案：所有理性的人在他們認可的範圍內會支持這個態度，就是這些可以被所有其他理性的人（不包括自己）所接受的道德規則，這些理性的人也一定支持一個無私的人關於所有的道德主體（包括自己）的道德規則。¹⁶關於第二點及第三點，筆者進一步說明。一個想要擁有道德德行的人，必須經由道德實踐才能知道自己內在相對應的德行是符合道德的德行。而歌特認為一個有理性的人不一定會犧牲自己的利益以成全他人的利益，但是這些理性的人卻希望所有其他理性的人服從某些道德規則（例如共通道德中的規則）或犧牲自己的利益以幫助別人。這些理性的人也可以接受一個無私理性的人對所有的道德主體（包括自己）要求行動符合道德規則的這種態度，這些道德規則如不可殺

¹⁵ 呂維理，林文瑛，翁開誠，張鳳燕，單文經譯，《道德發展：研究與理論之進展》（台北市：心理出版社，2004），頁 2-3.

¹⁶ 以上第一點到第三點摘自 *Morality: Its Nature and Justification*, 344-348.

人，不可欺騙或不可作弊。因此，在歌特的理論中，一個無私的理性的人是會依據共通道德中的道德規則行事。¹⁷

因此，為何必須道德這個問題，我們有了心理學的動機，也有了道德、德行及無私的理性的答案，兩者配合是可以回答這個問題。但是，不能否認的，如果一個人不想過道德的生活，道德對他們來說是起不了作用的。

在實際生活中，我們常碰到許多道德兩難的問題，像是墮胎或胚胎幹細胞的問題，這些問題是可以聚集眾學者及醫療人員坐下來慢慢談的問題，但是有許多道德兩難的情況是醫護人員必須當下做出決定的。例如絕大多數的開業醫師及醫院的醫師在看門診時，常常需要單獨當下做出許多道德判斷，在醫院服務的醫師，雖然醫院有其他醫師及社工人員，但也常會面臨到必須當下做出決定的情況，或者是自己做出道德判斷但卻不知如何反思自己做的決定是對或錯。例如一位醫院的急診室主治醫師在一次急診的倫理課程說的：「如果因為這位病人的關說，我便給這位病人多些檢查，這樣做，對其他的病人公平嗎」？當次的會議，沒有一位醫師對這個問題提出任何的補充或解答，沒有補充不表示這個問題不存在或不重要，或許沒有人有信心回答這棘手的問題。

道德是實踐的問題，而醫學倫理就是將倫理原則應用在道德議題上，既然醫師每天都要做道德判斷或倫理決策，則我們必須要有一套倫理決策的方式，除了應用倫理原則的方法外，還有許多其他的道德理論及衍生出來的倫理決策方法，我們該選擇那一個道德理論及方法做倫理決策呢？

一個好的倫理決策應用在臨床判斷上必須要有幾個特點，例如至少必須要有廣博性，能夠判斷出所有的醫學倫理案件。必須要有正當性，才能確保所做出的判斷是正確的。必須要有方便性，能夠快速的作出決斷。必須要有實用性，才能做出符合時代潮流的正確決定。必須要有人性，能符應個人的德行。必須要有批判性，能判斷出現有的風俗道德或以往的專業道德是否已不能適應現代的道德標準。

傳統的倫理判斷模式主要為康德的義務論，效益理論以及德行論，各有其缺點以致無法順應現代的醫學倫理的需求。因為真實世界

¹⁷關於共通道德，我們在後面會談到，歌特的十項共通道德規則為：1.不可殺人。2.不可引起痛苦。3.不可使他人失去能力。4.不可剝奪自由。5.不可剝奪快樂。6.不可欺騙。7.固守諾言。8.不可作弊。9.遵守法律。10.盡責。以上參見 *Morality: Its Nature and Justification*, 216.

的問題是複雜的，有許多的變數必須依情境而定，例如醫療制度的因素、法律、根深蒂固的風俗道德、以及醫病關係，這些都隨著時間而改變。以往的道德理論，如義務論及效益理論，對於這些問題並沒有一個解決的辦法。當我們應用其中一個理論或原則去處理某方面的問題時，卻會因此忽略了其他方面的考量。而當我們面對實際案例的資料要加以詮釋時，最後仍需道德衡量。即使我們將所有的事實的因果關係安排妥當，最後我們要應用那個原則時，仍然會出現不一致的情況。以下筆者就義務論、效益論及德行論分別進一步的說明。

以康德的義務論來說，義務論是以決定此行為動機的準則來評定此行為的道德價值性，也就是「僅依據你能同時意願它成爲一項普遍法則的那項格率行動」，以及「人以及每個有理性者均作爲目的自身，而不僅是被當成這個或那個意志所任意使用的工具而已」。¹⁸ 因爲義務論只是一種形式，缺乏內容，所以法則的認定變成自然法則。義務論有以下的缺失：(1) 無法告訴我們那些規則是合乎自然法則的，以及這些自然法則一定是絕對的嗎？又由誰來決定這些自然法則。(2) 當兩個原則或自然法則衝突時，義務論無法提供解決的方法。(3) 抽象的觀念卻無內容，以致於對日常生活中有關道德的特定的義務的辨認及安排不太使得上力。(4) 過份強調法則，低估了(人際間的)關係：不論是康德式的理論或近代以契約爲基礎的義務式的理論(如 John. Rawls)，他們在道德生活上的論點沒有考慮到許多因爲人際關係而產生的一般性的道德責任，以及朋友和家人間，不因法則契約或絕對規則而產生的責任對待情形。所以康德的理論及效益論較適合陌生人之間的彼此對待關係。¹⁹ 舉例來說：如果病人問我檢查結果是否他得了癌症，而我也知道如果告訴病人他得了癌症的消息，病人很可能明天就會自殺，這裡牽涉到告訴病人實情的尊重自主性原則及不告訴病人實情的行善原則，康德的理論無法解決這個道德兩難的問題。康德的理論在一開始做判斷的時候有其正當性的基礎，但是應用在實際案例的道德兩難問題時，卻缺乏解決衝突以產生結論的困難。義務論的倫理決策方法在正當性，實用性及符合人性方面較爲不足。

結果論(Consequentialism)是一個標誌，指的是一個理論「認爲

¹⁸Immanuel Kant,(James W. Ellington translation), *Grounding for The Metaphysics of Morals with On a Supposed Right to Lie because of Philanthropic Concerns*.3rd ed. (Indiana : Hackett Publishing Company,1993) ,30 (*Grounding for the Metaphysics of Morals* was first published in 1785)

¹⁹以上 3 及 4 見 *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 354-355

行動的對(Right)或錯(Wrong)乃是依據結果的好(Good)和壞(Bad)之間的平衡而判定」。其中最著名的理論，就是效益論(Utilitarianism)，而且此理論只有一個基本原則：效益原則(the principle of utility)。也就是「在任何情況下對的行動，此行動能產生最好的整體結果，而此結果的判定來自於對每個受影響者的利益皆能給予相同份量的非個人的看法」。²⁰ 效益理論會遇到以下的問題：(1) 關於不道德的意欲及行為的問題：效益主義者如果以行為者的意欲做為結果判斷的指標時，可能會遭遇到一些不人道的行為卻是正當的情況。例如：一位從事臨床研究者在實驗中以痛苦加諸於動物或人類而得到極大的快樂，此快樂的指數是如此的高，以致於動物或受害者的痛苦都無法勝過研究者的快樂。如果以行為者的欲求(preference)作為評估結果效益的指標，則依效益論，必須說此行為是對的，但我們都知道此行為是錯的。這個問題也牽扯到效益主義者一開始做判斷的時候，對結果的判定每個人的標準不一，故類似以直覺做判斷，在原則衝突時，即使再以效益原則帶入，也可能得出不對的結論。(2) 效益論者的要求是否太高：基於最大效益的原則，有時我們很難分清楚什麼是「道德上應該做的行為」，什麼是「超義務的行為」(supererogatory actions)(泛指那些為了個人的理想而超過道德上義務的行為)。例如對那些病重或年老的人，我們是否應要求他們捐出身體上的器官以造福世上其他較年輕且須器官移植的人。基於追求社會上最大的整體利益，效益論也會要求人們去除個人所認同的在生命中的許多角色及關係，為的只是增進最大的利益，以此角度而言，效益論者要求我們的行動如同聖人般的而無個人的利益與角色。(3) 分配不公的問題：如同前面所提的只追求最大的總體效益，而必須忽略了少數人(有時是多數人)的個人利益。效益理論在判斷時的一致性，廣博性以及產生結論方面皆殊勝，但是在一開始的初始判斷時卻會遇到困難。²¹ 因此效益理論在正當性及符合人性方面仍嫌不足。

上面所提到的義務論及效益論是以原則為基礎，強調義務和權利以及行動的正確性，故有時也稱為原則倫理學(an ethics of principle)、規則倫理學(rule ethics)或行為倫理學(act-ethics)。這

²⁰*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,340-341

²¹ 以上 1, 2 及 3 參見 R. M. Hare, "A Utilitarian Approach," in *A Companion to Bioethics*, ed. Helga Kuhse and Peter Singer (Massachusetts: Blackwell Publisher, 1998), 80-85. and *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,343-348

兩個學說都是將義務或責任當成道德的核心概念，偏重於規範，講求的是如何將原則套用在事件上以決定事情的對錯，由事情的對錯出發，再根據做出此事情的人所具有的道德特質傾向定出德性的特徵以定義德性。但在日常生活中，我們除了對事情作出對錯的判斷外，更常見的是對人做出道德評價，而評價的依據除了根據此人的行動是否符合道德原則或規則外，更常見的是依據此人的品格，好的道德情操以及處理事情時情緒上的反應而作出評價。有時我們也會根據一個有道德修養的人所做的事情作為這件事情對錯的標準。於是在 1958 年由伊麗莎白·安司庫（Elizabeth Anscomb）發表了「現代道德哲學」的著作後，重新燃起了對道德倫理學的重視，而在 1980 年初期另外一些學者不滿於這些原則倫理學過份強調自主性的原則，強調我應該怎麼做（what we ought to do），也就是只以理性（reason）去達到道德規範或如何實現這些道德規範而不考慮其他因素，因而重新提出了德行倫理學（virtue ethics），強調行為者的品格（character）才是重點，也就是強調行為者要過什麼樣的生活，或要成為「什麼樣的人（being）」。

相對於規則倫理學的注重原則並以原則證成道德的正當性，德行倫理學認為行動的原則只是一個行動指引，並不是道德的必要原則，一個在此情境下的理想人格的道德典範或者是心向才是證成此行動的條件。因此德行論者認為「一個行動是對的若且惟若是一位具有道德品格的行為者在如此的情境下將會採取的行動」。²² 迪馬克（Joseph P. Demarco）說：「在德行倫理學中，以心向取代了原則經常被賦予的腳色，做為道德判斷的來源。知識的獲得來自德性的心向，基本上是個例主義式的（particularistic）…沒有一個先天的原則上的次序能滿足一個複雜的事件，必須靠有德行的人其終極的，不可名狀的才能去決定對與錯」。²³ 德行倫理學者的德行是一種會依情境而選擇符合自己德行原則的德行，而規則倫理學者認定的德行則是一種能夠執行某種原則的德行，前者是以德行爲出發點帶入情境再選擇原則，要求的是主體的德行修養，原則只是工具。後者則是以原則帶入情境，要求主體必須培養出行使這些原則的德行，是以理性的選擇符合道德的原則，然後再去培養相應的德行。二者雖然不一樣，但是仍然需要原則作為行動指引的得出，只是德行論者的原則引出及其應用在實際案例上是以有德者的心向作為原則正當性的基礎，換言之德行論

²²Justin Oakley, "A Virtue Ethics Approach," in *A Companion to Bioethics*, ed. Helga Kuhse and Peter Singer (Massachusetts: Blackwell Publisher, 1998), 88-91

²³Joseph P. Demarco, *A Coherence Theory in Ethics* (Amsterdam-Atlanta: GA, 1994), 55

者認為有德行者才能選出對的原則及解決原則之間的衝突。一般對德行論者的批評為：(1) 德行的概念太過模糊以致無法作為行為正確的標準的基礎，例如我們必須先知道某些品格特質是符合道德的，如此才能判斷具有這些品格特質的人是位有德行的人，但我們如何知道那些品格特質是符合道德的品格特質呢？有時我們仍然需要一個相應的行動，而於此行動中引申出德行的價值，所以德行的自然性質只能於正確的行動中引出，如此道德原則先於德行的認定。福蘭克納（William Frankena）說：「缺少原則的特質是盲目的」。²⁴ 而且我們也無法知道一位有德性者在大部分的情況下將會如何做，有德行者所具備的德行及程度不完全一樣，在同一情境下，不同的有德行的人不一定會做出相同的決定；有德行的人也會做錯事。故德行論者對於如何判斷此行動是正確的，始終無法給出一個明確的說法。(2) 當我們做一些行為時，仍然須要一些道德規則做為指導方針，即便我們要教導我們的小孩道德倫理，也須要道德原則做為方針。道德原則的缺乏始終是德行倫理學無法解決的問題。²⁵

德行倫理學強調品格與原則的一致性，以及處理原則衝突時，達到平衡沒有一個固定的原則及理論，必須靠有德性的人去做決定。但是對於如何證成有德性的人所選出來的原則具有正當性，則始終無法給出一個交代。但是，無論如何，德行倫理學和規則倫理學應該是處於一種互相幫助情況下，只是二者如何互相幫助仍待進一步努力。

由以上的分析，我們可以了解在做醫學案例的道德分析時，我們必須考慮到我們所做的判斷是根據什麼標準，案例的實際狀況，以及原則衝突時的平衡問題。筆者寫這篇論文的目的主要是想找出一個好的倫理決策模式，以作為醫師在行醫看診時可以應用，以及反思自己的倫理決策是否錯誤。經由上面的分析，我們了解到傳統的道德理論在現今的醫學環境下，已無法滿足現代倫理議題的要求。湯姆畢樸（Tom L. Beauchamp）及詹姆契德斯（James F. Childress）（以下簡稱畢契）兩人自 1979 年發表他們的第一本有關生命醫學倫理的書《生命醫學倫理的原則》，開啓了一個新的倫理決策的模式，經過 5 次的改版及理論的修正，現在的理論及倫理決策模式愈趨完整，筆者認為他二人所提出的倫理決策模式，可以免除傳統道德理論所面臨的困

²⁴William Frankena, *Ethics*, 2nd ed. (New Jersey: Prentice Hall, 1973), 65

²⁵Justin Oakley, "A Virtue Ethics Approach," in *A Companion to Bioethics*, 88-91. and William Frankena, *Ethics*, 2nd ed. 62-67

境，因此可以作為一般醫師的倫理決策之用。

第二節 研究現況的檢討

畢契的原則主義自 1979 年提出後到現在已引起廣泛的討論，許多理論上的問題及實際案例應用時出現的缺失也一一的被提出，畢契對此也不斷的修正他們的理論。一般對畢契的倫理決策模式的整合理論的批評，大都集中在共通道德是否存在，分殊化及平衡上。對畢契的理論應用到實際的醫療案例上的批評及適用性，則大都集中在理論的某一個範圍中。例如四原則中的某個原則或所衍生出來的某個規則如何應用到實際案例。並且許多文章是以較大或者是非常特殊的問題作為案例討論，例如耶和華的見證人的輸血與否、墮胎、複製人、安樂死、胚胎幹細胞研究、代理人等問題。或者是以四原則來表示初始判斷的衝突是哪些原則的衝突，接著便直接針對案例中的某個有爭議的實際情況進行深入的探討。例如複製人的人格問題，有缺陷的胎兒或胚胎是不是人等實際情況的認定。固然這些道德兩難問題的癥結點很多都是在於某個實際情況如何定義的問題，但是過度的著重在這些癥結點的理論探討及事實認定，卻反而忽略了當初如何發現這些癥結點的過程，這使得倫理決策過程變的無關緊要。造成這種現象的原因在於，這些大問題並不需要太艱深的倫理決策方法來發現問題的癥結所在，例如我們可以利用許多道德理論，不太困難的發現墮胎的問題主要在於胎兒是否是人以及胎兒和母親的權利的競合癥結上。因此關於畢契所提出的整合式證成模式過程的探討，大都流於理論上的爭辯，而不曾見到整個實際案例自頭到尾的實際演練的文章發表。這情況也造成了畢契所推出的中層 4 原則（尊重自主性原則，不傷害原則、行善原則、公平原則）的功能似乎只是用來顯示所做出的初始判斷是否符合四原則而已，並沒有後續的將實際案例帶入原則進行分殊化的動作，而直接跳入案例的實際數據及案例的細項討論上面，因此四原則常被人批評只是一個檢查清單而已。

畢契在其著作中學了一個例子：急診室的醫師要下班，突然送進一位急診病人，接班的急診醫師能力不足，但醫師答應兒子要帶兒子上圖書館，試問該如何抉擇。²⁶畢契想藉這個問題突顯不同道德原則

²⁶*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 18

衝突的情形。就實際面來說，要解決這個道德兩難問題並不困難，也不需要太複雜的倫理決策過程，因為是一個人的生死與帶另一個人去圖書館孰輕孰重的問題，答案顯而易見。這個問題也無法顯現出畢契的整合式倫理決策的殊勝之處。本篇論文主要是想提供出醫師臨床上如何單獨做出倫理決策，而以上所提的植物人的道德議題並不是一般醫師會遇到及煩惱的問題。一般醫師較會遇到的問題是：醫師下班後，病人要求掛號看感冒，我是否要幫他看病，看或不看到底是那個才對，還是都對；或者是病人不掛號直接走進診間，要求醫師幫他解釋他在別家診所做的檢查報告，醫師要不要幫他解釋，還是請他掛號或回到原來開檢查給他的那家診所問那位醫師。或者是病人因為輕微緊張性頭痛，卻要求醫師幫他開診斷證明讓他休息3天，但依據醫師的專業判斷，病人只需休息一天便可，醫師該如何做。這些看起來不痛不癢的道德判斷，醫師似乎怎麼做都可以，而且也不違法。但是這麼細微的變化下所做出的決定，卻正可以顯現出倫理決策方法的重要，一個人的道德修養及如何給予病人最大的利益。這些道德判斷都需要我們針對當時及當地的情境做出不同的決定。舉例來說：病人在醫師關診後要求醫師幫忙看輕微感冒，病人不是急診病例，且病人的意思是不希望多付急診掛號費，此時醫師該如何做才是符合道德的最好的做法。在這案例中，我們必須考慮醫師是否還有事情待辦，是什麼事情，病人家住哪裡，醫師所在地的風俗如何等等，這些變數都可能影響最後的行動指引。這個案例沒有一個特別明顯的關鍵點作為倫理決斷的主要依據，我們必須依據當時的情境，平衡這些不同影響因子的份量，迅速作出最好的判斷，以給與病人最好的利益。類似這種案例才是一般醫師最常見且最容易忽略的案例。這些案例往往不需要我們針對哪一點作深入的探討，事實上在當時的情況下，我們也沒有那麼多的時間做定點深入的探索，此時最需要的就是一個可以讓我們迅速且正確的作出道德判斷的倫理決策方法，這種倫理決策方法必須全面考量到實際情況，而所做出的判斷必須具有正當性，更重要的是，可以單獨一人做出合理的判斷。如果有種倫理決策的方法可以符合上述的要求，相信一般醫師都願意接受這種倫理決策方法。

畢契的整合理論中的關鍵觀念為：「思慮後的判斷」、「分殊化」、「平衡」及「融貫」，將這些觀念整個應用到實際案例的文章相當少，決疑論者就曾批評畢契未曾將其理論真正的應用到實際案例上。直到2003年湯姆畢樸才以「耶和華的見證人」的例子做出首次的分殊化，

²⁷不過重點仍擺在這個特殊案例中，是依據什麼實際因素的考量而決定尊重自主性原則可以凌駕行善原則。較詳細的將分殊化應用到實際例子上的反而是決疑論者卡森史壯（Strong, Carson），史壯在一篇討論分殊化與決疑論差別的文章中，舉了一個先天基因缺陷且有生理缺陷的胎兒為例，胎兒的父母親不希望小孩接受手術且停止水分和養分的供應，此時該如何做出道德判斷。史壯對同一個案例做出了兩種不同的分殊化，但主要的癥結點在於對實際案例的存活率這個影響因子是否重視這點上分出不同的分殊化。這些案例並不能完全顯現對案例所做的初始判斷、原則分殊化及平衡的重要性，也無法完全顯現整合理論比其他理論在倫理決策應用上的殊勝處。因此，筆者藉著一個實際的醫療案例，來檢驗畢契所提出的整合理論能否能解決傳統道德理論所難以解決的道德問題，並且可以快速的作出正確的道德決斷，以此來判斷畢契所提出的整合模式是否適用於一般醫師這個題目是值得研究的。在這篇研究論文中，我將遇到近代倫理學者對畢契理論所提出的批評，不過這些似乎不是太大的問題，因為畢契也都做出適度的回應，但是如果以實際應用的角度而言，則決策的方法沒有問題，問題出在個人的德性修養及價值觀，畢契二氏的整合式倫理決策方法常被別的學者批評未將德行列入倫理決策的考量中，但是經由實際案例的導入，我們可以看出，即使個人的價值觀及德行修養不同，但是只要是經由整合式的倫理決策方法所做出的倫理決定，都可以得出對的或讓人接受的答案。

第三節 研究方法與步驟

本篇論文是研究畢契所提出的整合式證成模型是否可以作為一般醫師的倫理決策模式，因此我們必須先了解畢契所提出的證成模式。畢契的理論中有一個重要的學說，他認為我們對道德理論有不同的認同，但是有些道德原則卻是認真看待道德的人共同認定的，這些（中層）原則是共通道德裡面的思慮後的判斷引申出來的。這些思慮後的判斷構成我們對案例的初始判斷，而中層原則讓我們確認及反思道德問題。以下我先簡介畢契所提出的整合式倫理決策模式：

面對案例時，首先以思慮後的判斷（considered judgments）作為

²⁷Tom L. Beauchamp, "Methods and Principles in Biomedical Ethics," *J Med. Ethics*, 29 (2003): 270

我們對案例的初始判斷，思慮後的判斷不同於一般我們所稱的直覺性的判斷，直覺性的判斷是我們主觀的心智判斷，而思慮後的判斷是我們最具有信心、最基本的而且是我們的道德能力最不被扭曲的道德判斷，像是不可種族歧視，不可殺人等判斷，或者是以往已證成的範例所得到的判斷。思慮後的判斷是共通道德的一部分，是具有權威性的判斷，也是證成最後的行動指引的主要依據。共通道德指的是全世界認真看待道德的人都會遵守的規範，包括「尊重自主性原則」、「不傷害原則」、「行善原則」、以及「公平原則」四原則及其引申的規則以及一些德行。共通道德的得出是一種經驗上的宣稱但也具有規範性宣稱的力量。這些思慮後的判斷雖具有一般性但卻不是絕對的原則，是可以被修正的，當不同的思慮後的判斷相衝突時，我們便須更進一步的將實際案例中的情況帶入原則中，於是進入反思平衡，在反思平衡中，我們藉由不斷的分殊化（specify）及平衡（balance）以求融貫，所謂分殊化是將思慮後的判斷加入案例中有關的人、物、時、事、地及爲何等因素但不改變初始判斷的基本道德認定，並且加入行動指引，如果還不能達成平衡，則我們將借助廣泛性的反思平衡以求平衡及融貫，此時我們可以將各種正當的信念帶入反思的領域中以幫助評估，這些信念是關於以往的案例，德行等，最後提出行動指引，接著我們將測試行動所得出的結果看是否與我們最初預定的結果一致，例如幫求診的病人解決病人的問題。整個過程不借助理論，而是以分殊化的方法給出原則式的理由，再經由平衡及融貫以達證成。

在這整個的過程，出現了幾個新的名詞，像是「思慮後的判斷」、「共通道德」、「分殊化」、「四原則」，以及舊名詞「反思平衡」、「平衡」及「融貫」。這些新舊名詞各有其意義，尤其是前面的四個新名詞中的思慮後的判斷、共通道德及四原則，畢契給予特有的獨創的意義，而分殊化則借用了李察德森（Richardson, H.S.）的見解。再加上約翰羅爾斯（Rawls, John）的反思平衡及融貫理論構成這特殊的整合證成模式。畢契強調他們的證成模式不需要理論，但是這整個證成模式事實上也是一個理論，因此有學者稱其為「沒有理論的理論」。如果不用理論我們要如何得出最後的判斷呢？我們只能由畢契的理論去了解這整個模式的運作情況，然後再用案例去檢驗畢契的學說。因此我們必須要了解什麼是思慮後的判斷，爲什麼思慮後的判斷可以避免一開始時做出錯誤的判斷。判斷是一個規範，一個原則或規則，如果這個判斷的形成及帶入案例不需要理論，而是利用分殊化的方式，

那麼我們將會遇到什麼問題呢？分殊化是不是真的可以密切的和實際情況連結在一起，分殊化在引出行動指引的方式是不是真的比傳統的道德理論要好。當不同的原則經過分殊化後仍然無法解決彼此的衝突時，我們必須借助廣泛性的反思平衡以求平衡及融貫，至於如何才能達到平衡及融貫，畢契列出了幾個標準作為平衡時的指引。

對畢契理論的分析及了解後，我們應該可以得出以下結果（1）因為有不具理論支撐的思慮後的判斷為初始判斷，所以我們可以避免掉因為固守某個道德理論而漏掉的初始判斷。（2）因為分殊化使得我們將原則與實際情況連結在一起。（3）因為反思平衡使得案例中的各個情況得以各安其位的進入分殊化後的原則範圍內。（4）因為廣泛性反思平衡使得我們得以達到平衡及融貫，並得出最後的行動指引。（5）因為測試行動的結果與我們最初預定的結果一致，故我們的判斷具有正當性。（6）再經由案例的帶入，我們將發覺這種倫理決策方式事實上也是我們日常生活思考常用的方式，例如當我要決定要去應酬或陪家人時所用的思考方式，只是加入了思慮後判斷以取代一開始的直覺判斷。

在整篇論文中，有兩個觀點筆者認為是最重要的觀點，一個是思慮後的判斷的得出是否周全及正確，因為思慮後的判斷的得出也反映了案例進行判斷的起點及方向，影響到後續的發展。另一個是分殊化，這使得案例和原則連結在一起，並且考慮更多的行動指引。

本篇論文的安排如下：

第二章我將說生命醫學倫理的道德推理與原則主義的進路，以及說明共通道德、分殊化、平衡及四原則。第三章則是應用模式的爭議討論，將由對道德品格與醫病關係的說明，來回應以往德行論者對畢契不重視道德品格的批評，以及說明另一種由下而上的證成模式，例如決疑論，並且提出畢契對決疑論的批評以反駁決疑論者對整合理論的批評，決疑論的方法是經由案例與兩個範例的比較而得出案例的行動指引，決疑論者質疑與案例分離的一般理論及規則，他們雖不否認絕對原則的存在，但認為道德信念以及推論不需要理論中的絕對原則。第四章將說明另一種由上而下的證成模式，也就是傳統式的以一最高的原則帶入案例中，像是義務論以及效益論。以及畢契所提出的中層原則整合證成模式，另外將列舉幾位最具代表性的倫理學者對畢契理論所提出的質疑及畢契的回應，包括是否有所謂共通道德的存

在，共通道德四原則並不具有普遍性且無法包括全世界所有的道德，以及四原則沒有理論的支持將只是一個檢查清單，分殊化的疑慮以及缺乏理論以達平衡等。第五章我將以畢契的整合模式的倫理決策方法帶入實際的案例中。第六章則是結論。

透過論證，本篇論文主要提出的論點是：(1) 畢契的整合式的倫理決策適合一般醫師作為倫理決策之用。(2) 整合式的倫理決策方法無法避免個人價值觀的不同所造成的影響，但只要經由（正確的）思慮後的判斷及融貫方法，則不影響最後判斷的對錯。

這些論點的意義在於證明畢契的整合式倫理決策模式不只是學說，並且也適用於一般醫師的臨床應用上。

第二章 中層原則主義的道德應用模式

在第一章的第二節中，我們說明了傳統道德理論應用在實際案例上的缺失。簡而言之，當面對案例時，因為複雜的情境及每個人所依據的原則不同將導致各種不同的初始判斷，而義務論及效益論所各自依據的至高原則並無法包括所有對這案例的初始判斷；因此，這些傳統的道德理論，後來又分別發展出規則義務論及規則效益理論以試圖彌補傳統理論的缺失。這些後來發展出的理論應用在倫理決策上的模式為：1. 首先描述問題。2. 排列出各個解決方案。3. 將原則帶入這些解決方案中，訂出最後的解決方案。¹這裡所謂的各個解決方案就如同初始判斷，以第一章所舉的醫師下班後是否幫病人看感冒的例子來說，解決方案可以包括「醫師下班後應該回家陪家人」或「醫師下班後，如果沒有急事，應該幫病人看感冒」等等。這裡有三個問題，一是這些初始判斷（解決方案）的正當性問題，二是案例中有許多變數，如果每個變數都當成一個初始判斷，則所有的解決方案將是一長串。三是經由原則判斷後選出其中的一個解決方案，其他的解決方案必須放棄，如此可能會犧牲掉案例中某些當事者的部份利益。更何況我們如何證成這個道德理論及其原則是解決這個案例最好的方法。因此，我們可以說，這兩個理論及其原則，以由上而下的方式做出判斷是無法與情境緊密的結合在一起。德行論者則是以有德性者的德性作為案例判斷的標準及證成的來源，這種方法似乎可以解決案例中不同初始判斷或不同原則彼此間衝突時，最後如何選擇的問題，換言之，也就是可以解決不同情境下如何抉擇原則的問題。但是仍然必須說明有德性者所做的這些初始判斷或選用的原則是具有一般性，甚至有必要時，也必須說明如何做出最後抉擇的方法。²

畢契引用思慮後的判斷作為初始判斷，這些思慮後的判斷具有初始的正當性，並且都可以歸類到更高一層的四原則中，四原則分別是：尊重自主性原則、不傷害原則、行善原則、以及公平原則。四原

¹Raymond S. Groves and John Randall Groves, *Ethics of Health Care: A Guide for Clinical Practice*, 2nd ed. (New York: Delmar Publishers, 1999), 21-27

²關於德行論的倫理決策方法及其缺失可參考：Justin Oakley, "A Virtue Ethics Approach," in *A Companion to Bioethics*, 86-97.; *Ethics of Health Care: A Guide for Clinical Practice*, 2nd ed., 29-34.; *A Coherence Theory in Ethics*, 51-54.; and P Gardiner, "A Ethics Approach to Moral Dilemmas in Medicine," *J Med. Ethics*, 29 (2003): 297-302.德行論的倫理決策方法是否需要原則，不同的學者有不同的看法，關於此點，在本篇論文後段論及決疑論時，應可獲得答案。

則和思慮後的判斷同屬於共通道德，因此具有初始的正當性。四原則不同於效益原則或「無上命令」(The Categorical Imperative)，效益原則及無上命令分別是效益論及義務論的最高指導原則，四原則相對於這兩個原則是較不抽象，及較接近實際狀況的原則，也就是說效益原則或無上命令在某些情境下可以導出四原則中的某些原則，因此我們也稱四原則為「中層原則」，但這並不表示四原則是從效益原則或無上命令所導出，依據畢契二氏的說法，四原則是從他兩人依據以往的道德案例所歸納出的原則，四原則彼此之間不能化約，而且也不是由某一個更高的原則導出。因為四原則不是由任何理論導出，因此我們必須加以解釋，而四原則也可利用分殊化的方法，往下分出不同的規則，以利我們必要時導出更接近實際狀況的思慮後判斷，這也解決了初始判斷正當性的問題。

思慮後的判斷引出後，我們將利用分殊化的方法將實際狀況與思慮後的判斷連結在一起以形成新的規則，這步驟將案例中的各個情況歸屬到不同的思慮後判斷下，並且解決了原則和情境不相連的問題。接著平衡不同的原則，因為不同的原則可能會互相衝突，所以為了解決不同原則間的衝突，我們利用反思性平衡以及融貫理論以解決原則間的衝突。

以下筆者先略述一般的生命醫學倫理的道德推理及倫理決策的進路及其困境，接著分別說明何謂「共通道德」、「分殊化」、「平衡」、以及「四原則」。

第一節 生命醫學倫理的道德推理與原則主義的進路

德沃金 (Ronald Dworkin) 說：「政治哲學家、社會理論家…提出許多創新且令人信服的理論，有許多人企圖將這些理論應用在社會及政治議題上，…理論和實踐之間的連結，有兩種方法或方向。此連結可以由外而內：可以由有關人性、語言、…第一原則的普遍假設，先建立起有關正義、個人倫理、憲法的詮釋的一般理論，然後再嘗試將這些一般性的理論應用到具體的問題上。或者，我們可以由反方向來進行，從內而外；這就是我的企圖。由一個實際的問題著手，譬如法律應否允許墮胎或安樂死，再問在這樣的境遇中，要解決的實際問

題…當我們由內而外來處理時，理論是爲了那個情境量身打造的」。³ 德沃金所提的兩種思考方式，非常類似我們面對道德議題時所用的思考方式。當我們面對一件醫學案例，想要做出正確的道德判斷時，至少可以有兩種方法，第一種方法是我們先對案例做出各種判斷，然後反思我們做出的判斷所根據的理由或準則是否適當，也就是有沒有正當性，是不是爲當代社會所接受，或者是具有普遍性，如果不適當，則另做判斷；之後再由這些判斷中得出最後的判斷。第二種方法是，我們一開始便以某一個道德理論或原則作爲我們的依據，依這個理論或理論中的原則帶到案例中進行判斷。第一種方法就是德沃金所說的由內而外的方法，不論是規則義務論、規則效益論或者是德行論，都需要一般性的標準或理由作爲初始判斷的依據。第二種到道德判斷方法則是德沃金所說的由外而內的方法。

先說第一種方法，當我們做出判斷後，我們必須要有好的理由以支持我們的判斷是道德的，這些理由可以是非道德的理由，例如利益，也可以是一些已證成的道德標準作爲我們的理由。當我們以道德標準作爲我們的依據時，我們只需確定我們所做的判斷能符合這些道德標準便可。這些道德標準可以是某個理論中的原則，宗教信仰的教條，或者是以前類似的範例，或者是風俗習慣，也可以是某位大德曾經做過或說過的某個觀念等等。舉例來說：當門診病人詢問醫師他所服用的新的感冒藥物的副作用時，醫師可不可以不據實以告，因爲當時病人較多，如果據實告訴病人藥物副作用，怕病人會一直追問，將會延長看診時間。如果我們所做的判斷是「當病人詢問醫師有關病人所服用的感冒藥的副作用時，醫師不可以不據實回答」。我們可以用「不可欺騙他人」這個規則來支持我們的判斷，這個規則是一個普世的道德規則，而且不論是何種道德理論、宗教或民俗道德都有這個規則。爲何這個規則可以運用在這個案例的判斷上，因爲醫師如果不真實告訴病人這藥物的副作用，則醫師做了一件欺騙他人的事情，因此這個案例的判斷符合這個道德規則。如果我們做出的判斷是：「當病人詢問醫師有關病人所服用的感冒藥的副作用時，如果當時等待的病人很多，醫師爲了怕耽誤在外面的病人的權益，醫師可以不據實告訴病人以便快速打發病人」，醫師所依據的原則是「公平原則」，因爲每個病人都是一個單位。公平原則也是一個普世的原則，但顯然醫師用在這個情境下是錯誤的，因爲等候是先來後到的問題，和病人看診時

³郭貞伶、陳雅汝譯，《生命的自主權》（台北市，商周出版社，2002），頁 34-35。

問必須依病情而定是兩回事，顯然醫師在詮釋及應用公平原則時出了問題。

是否醫師可以根據以往的風俗習慣，就是當病人很多的時候，醫師只負責開藥，而病人只要聽從醫師的指示按時服藥便可，其他有關的事項病人便不需要了解，因此爲了避免病人因爲知道一些藥物的副作用後，會一直詢問醫師，造成醫師的困擾，所以醫師可以不據實以告。這種風俗道德顯然不能符合現代的道德要求，因此這個風俗規則或許可以適用在以往的某些地區，但是卻不能適用於現在的社會。另外關於因爲門診病人多，醫師怕這位病人問太多問題而影響到醫師下班時間或者是其他的病人的等候時間，這兩個因素是否必須列入考慮？

因此當我們在做道德考量時，我們至少必須考慮四個事項，一是我們針對案例實際的情況，那些情況是可以列入道德的考量，也就是我們面對案例所做的初始的判斷爲何。二是我們的初始判斷所依據的道德標準是否是爲當代我們生活的區域所接受及認同，者是具有普遍性。三是所選擇的道德標準是否可以和案例的初始判斷相配合。四是當出現不同的判斷及道德標準時，該如何取捨及進行以得出最後的判斷。

關於第二點還可以更進一步的探討，是否有所謂的普遍性的道德標準，如果有的話，是不是所有的判斷與普遍性的道德標準相衝突時便是不道德的，如果有些地方上的風俗習慣或區域道德爲我們的民族文化所接受，但卻不被其他地區的民族文化所接受，而這些區域道德較難以普遍性道德標準判斷時，這些區域道德是否也可以當成道德標準。例如中國人的關說文化。筆者參加由「台灣急診醫學會」所舉辦的「醫病關係」的中區研討會，其中有些問題被提出來討論。第一位教學醫院的急診室主任說道：「關心，關照，關說這種文化在台灣由來已久，且現仍存在各醫院中。在他退休以前（大概還有十年）這種文化不會消失，而他在美國醫院受訓時，並未見到這種關說的文化，一切按照規矩來」。另一位教學醫院的急診室主任則說，他幾乎每天都會遇到這種高層（民意代表、院方高層或衛生局高官等等）爲某個病人關說的事情。第三位的某教學醫院的急診室的主治醫師則說：「如果我今天對這位被關說的病人多做了一些不必要的檢查，則對其他的病人將會不公平」。中國人講的是「情、理、法」，人情有時候會凌駕在理及法之上。關說這種特殊的行動，一般的動機也是病人的家屬爲

病人的疾病及身體健康所做的一種行動，這個行動是正當的嗎？第三位急診醫師在考慮公平分配問題的時候是否也可以將關說這個條件考慮進去？

第三點關於道德標準的選擇，以及這些道德標準如何能應用到實際情況的問題，我們必須對這些所選擇的原則或規則加以解釋，並且說明如何應用，有時甚至需要更進一步說明所用的規則的正當性的來源。每個人心中各有一把尺，對同一種情況，每個人所選的道德標準及應用方式也不一樣。關於第四點，當不同的判斷及道德標準出現時，我們該如何做，以下舉一個更複雜的例子說明這種情況。

在畢契兩人所寫的書中，有一個案例多次出現，且是書末附錄中所舉的十個案例中的第一個案例。案例為：一位精神病人「波達」告訴他的精神科醫師，墨爾醫師，他將要在泰迪安納小姐於巴西過完夏天回家後殺死她，這位精神科醫師通知校警這個訊息，並且將波達留置，但因為波達表現出有理智的樣子，所以校警將波達釋放。而且精神科醫師的上司，哈維醫師也認為沒有必要對波達做進一步的留置處理。波達接著說服了不知情的安納小姐的哥哥，讓他得以和安納小姐的哥哥共同分租一間接近安納小姐住處附近的公寓，在安納小姐從巴西回來不久後，波達進入安納小姐的住所，並且殺死安納小姐。

安納小姐的父母親對醫師提出控訴，控訴的第二個原因是：「未能對陷於危險中的病人提出警告」。

在這個案例中，一方面墨爾醫師對病人病情的保密義務，一方面是對受害者避免受到暴力侵襲的義務。如果墨爾醫師將波達的意圖及病情事先告知安納小姐，則墨爾醫師違反了醫師對病人病情保密的義務，但是墨爾醫師卻因為未能通知安納小姐而使得安納小姐遇害，並且墨爾醫師也因此遭到起訴。

法官及陪審團認為墨爾醫師在這種情況下，即使以醫師的專業判斷也不能完全確定他的病人是否會對另一人產生非常危險的暴力行為時，墨爾醫師仍有這個義務，運用合理的方法以保護這位可能的受害者避開危險，例如警告或通知安納小姐，並且法官認為這個行動並不會造成病人的自由受到重大剝奪的後果。所以法官總結說「在專業上對於暴力預測的不確定性並不能排除治療者對受威脅的受害者的保護的義務」，畢契認為「保護的特權（病人的隱私權）終止於社會

的危險開始處」。⁴

另外也有不同的意見認為墨爾醫師必須遵守「醫師對病人保密的義務」，理由是：(1) 如果醫師不能做到對病人病情保密的要求，則將會阻礙以後病人求醫情況。(2) 醫師對病人病情的保密是病人肯完全透露病情的必要條件。(3) 當病人完全透露病情給醫師時，保密關係的持續才能維持病人對醫師的信任。如果醫病關係不能維持，則有暴力傾向的病人不求醫，將會對社會造成更大的影響，而且將病人的拘禁條件的擴大，將會造成對許多病人自由權力的剝奪。但是不論如何，我們仍需在這公共利益與暴力侵犯之間做一個抉擇。⁵

這個案例最主要的關鍵點在於墨爾醫師是否要通知安納小姐，通知或不通知安納小姐是一個行動指引。通知安納小姐的行動指引是根據「當醫師知道他的病人很可能會殺害安納小姐時，醫師有義務通知安納小姐以避免可能受到的侵襲」這個判斷，支持這個判斷的道德標準可以來自「行善規則」這個道德標準或宗教的教條中的「不可殺人」。以畢契的理論而言，我們也可以直接以所做的判斷當成一個必須遵守的道德規則而不需要另一個道德標準來支持它，因為這個判斷是所有認真看待道德的人都能接受的思慮後判斷。另一個行動指引是不通知安納小姐，所根據的判斷是「當病人告訴醫師他將要殺害安納小姐時，醫師有義務幫病人保守病人的秘密」，所根據的是醫師的專業道德規則：「醫師對病人有保密的義務」。以上這兩個規則正當性的來源，我們可以訴諸道德理論，譬如效益論或義務論，或者訴諸畢契所提的共通道德；或者直接訴諸以上的三點作為墨爾醫師可以不必通知安納小姐這個判斷的正當性的理由。這兩個判斷或規則互相衝突，我們必須進一步的來衡量這兩個規則之間的份量以決定取捨。判斷和判斷，規則和規則彼此之間是無法互相比較的，我們必須依據這些規則或判斷在這個情境下所產生的實際結果以定高下。例如同樣是「醫師對病人有保密的義務」，如果是用在心臟科醫師與心臟衰竭的病人情境下，將產生完全不一樣的結果。

在這個案例中，對於結果的評估可以分成兩個方式，一個是以個人的利益來做評估，另一個是以社會的利益來做評估。不履行「行善規則」很可能導致一個人的死亡，或者是社會對有殺人衝動的精神病患的恐慌。不履行「醫師對病人保密」的義務，則會造成病人波達

⁴*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,416-417

⁵*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,415-418

的自由權益的受損，或者是如上面三點所說的社會利益的損失。如果有人要訴諸理論來證明這兩種計算方法的正當性，則我們可以用行動或規則的效益理論或義務論來證明。最後陪審團和法官認為墨爾醫師必須通知安納小姐，他們所持的信念（belief）是，這樣做並不會造成病人的自主權受到剝奪，以及不能以暴力的不確定性而排除保護受害者的義務。這個判定是以個人利益的結果為依據，並未提及社會利益的情況，這個判定也可以將其一般化而成為一個規則。而畢契的說明「保護的特權終止於社會的危險開始處」，則將「精神病人威脅殺害無辜者」這種情形一般化後對社會產生的利益結果與上面所提的社會的利益相比較，而畢契所持的信念則是：精神病人威脅殺人對社會利益所造成的害處大於傷害精神病人自主性所造成的社會利益的害處。比較法官和畢契的方法，雖然結果都是醫師應該通知安納小姐，但是所根據的評量結果的標準及如果訴諸理論時，所用的理論卻不完全一樣。這個例子所用的規則都可以由同一個效益理論或義務論引出，所以最後在比較原則在情境中的份量時並不困難。如果一個案例同時產生不一樣的判斷、規則及道德理論時，則進行原則間的平衡時，將會產生困難。例如是否可以將一位頸椎脊髓受傷而四肢癱瘓但意識清醒的七十歲老人進行安樂死以節省社會資源，而且病人也不表示反對。如果用效益理論中的效益原則將會同意安樂死這個決定，因為這位老人的安樂死將會為社會省下許多成本，但是用義務論則不同意安樂死，因為我們不能將人當成手段，一個是將人以社會的物質資源計算，一個是以人的尊嚴為主，如果同時產生這兩種判斷，則在比較兩者輕重時將很困難。

由上面安納小姐及安樂死的例子我們可以了解，每個人對同樣一種情況所持的道德信念並不一定完全一樣，如果訴諸道德理論及理論中的原則時，則每個人所用的道德理論不一定相同。因此，一開始我們所提的兩種判斷方法中的第二種方法，先以某個道德理論及理論中的原則直接帶到案例中進行判斷時，則必定會碰到這個困難，因為不是每個人都會同意別人所用的道德理論及其原則，我們也會漏掉一些因為不同理論而必須放棄的重要的初始判斷，而且我們也無法知道到底那一個道德理論或教條最適合這個案例。如果我們用第一種方法，先做出各種不同的初始判斷再去找道德標準，這種方法固然不會漏掉重要的判斷，但由安樂死的例子，我們可能會引進不同的道德標準及不同的道德理論而導致無法進行最後的衡量。但是我們又需要這

些道德標準及理論以確定我們的初始判斷是道德的，如此在進行規則間的衡量時才不會得出不道德的判斷。

面對道德兩難的案例時，理想的狀況是我們能將所有可能的判斷考慮進去，然後引出最佳的行動指引，這個行動指引可能是以一個判斷為主，但是卻也能顧及到其他的判斷，或者所引出的行動指引能滿足所有不同的道德判斷。但如果我們訴諸道德理論及原則的推論法，則到目前為止，我們似乎仍找不到一個道德理論能滿足這些要求。因此，畢契才發展出不需理論，而只利用原則的整合式倫理決策模式。

第二節 共通道德

畢契的整合式倫理決策方法一開始是：面對案例時，我們首先提出各種的思慮後的判斷，這些思慮後的判斷來自共通道德，具有初始的正當性。這一節將說明何謂共通道德及其性質和正當性的來源。

有些學者將倫理學（ethics）與道德（morality）視為同一而不分開來講，有些學者將二者分開來說，畢契將二者分開來講。倫理學是了解及檢視道德生活的各種不同方法的一般名稱。一般可以分為「規範倫理學」及「非規範倫理學」，規範倫理學又可分為「一般規範倫理學」及「實踐倫理學」（practical ethics），一般規範倫理學試著形成及辯護可指導我們道德生活的基本原則及德性。理想上而言，任何倫理學理論將可提供一個系統性的道德原則或德行以及獲得這些原則及德性的理由，並且為這些原則及德性在實際狀況下可應用到的範圍的宣稱辯護。實踐倫理學則是試圖將一般的規範或理論運用到特殊的問題或情境中。一般而言，我們無法直接由原則或規範直接到達特殊的判斷，原則或理論只是我們對特殊行為規範的發展提供一個起始點，能夠幫助我們發展政策、行動指引或者是判斷，但在實際應用上，我們仍需加入具體化的內容，例如經驗數值、正確行動的範例、正確的科學數據等等。例如：公平原則能幫助我們顯現及解決賦稅、健保保費及醫療資源分配的問題，但因應不同的課題仍需加入其他的實質內容。

非規範倫理學可分為「描述倫理學」（descriptive ethics）及「後設倫理學」（metaethics），描述性倫理學包括人類學、社會學、心理學及歷史學等，是利用科學的方法研究人們如何行動，及對道德行為及

信念的事實描述及解釋。例如探索人與人之間或者是社會與社會之間的道德態度、規範及信念的不同，例如不同的專業中所顯現的不同的專業規律及實踐。後設倫理學是分析在倫理學中關於證成所用的語言、觀念及方法。例如，對於某些倫理學的名詞如：對、錯、德行、證成、責任及道德的意義闡述。非規範倫理學的目的是建立某個案例的實際情況或觀念是什麼，而不是這個案例在倫理上應該如何做。

畢契對於人類道德的發展有獨特的見解，這些見解構成了他的共通道德理論以及原則先於理論的說法，畢契說：「道德是指被一般人所共同分享的有關人類行動對和錯的規範，這些規範（即使不完全）構成了穩定的社會共識。道德，作為一個社會制度，包含了許多行為的標準，例如道德原則、規則、權利及德行」。⁶畢契認為在我們成長的階段，便學習了許多基本的道德標準及責任，並且也能分辨一般道德及專業道德。「事實上每個人的成長都具備了對道德制度的基本了解，因此它的規範也容易被了解。所有認真想要過道德生活的人都能抓住道德的核心面向。他們知道不可撒謊、不可偷竊，…。所有認真看待道德的人都能安住在這些規則中，並且不去懷疑這些規範的適當性及重要性。他們知道如果沒有好的及足夠的理由去違反這些規範是不道德的，而且將導致自責的情感（feelings），因為我們已被這些事項所信服（convinced），因而我們不會以倫理學的論述去爭論它，去爭論它只是徒勞無益」。⁷筆者認為畢契這段敘述主要是說明我們從小孩便被灌輸及教導一些道德規範，我們服從這些規範，繼而了解道德制度，像是我們必須有好的理由才能違反規範，而認真想要過道德生活人更能抓住其中的核心面向，像是不可偷竊等判斷，並且安住其中。我們也知道，或許也感受過違反這些道德規範將會感受到自責的情感。既然一開始我們接受這些規範且遵守這些規範並不是基於某些道德理論，如今身心皆安住其中，此時實在沒有必要再用什麼理論去爭辯它。因為我接受這些規範（例如原則或規則）並不是基於這些理論的說服。換言之，理論是後來才出現的，理論只是試圖去解釋這些原則，而不同的理論有不同的解釋法，因此爭論也是無益。

畢契在書中提出了共通道德的說法：

「我們將指出這套所有認真看待道德的人所共同分享的規範，那就是

⁶*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,2-3

⁷*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,3

共通道德。共通道德包含的道德規範約束了所有地方的所有的人；在道德生活中沒有其他的規範比這些規範更基本。近年來，在公開的討論中較爲人所接受的這個可顯示出普遍性的道德核心的範疇便是人權，但道德義務及道德德行在共通道德中也是同等重要」⁸

「道德的組成因子較共通道德多，而且我們不能混淆或抹煞兩者。例如，道德包括那些個人或團體志願接受的道德理想（moral ideals），只對那些特殊的道德社團團員有約束力的社區規範，超尋常德行等等。共通道德，相對的，由所有認真看待道德的人所接受具有權威性的所有且惟有的規範所組成」⁹

依據畢契的說法，所謂共通道德指的是全世界所有的人，不論他們的文化背景或種族的不同，也不論是古人或現代人，他們都受這一系列的道德規範所規範，換言之，共通道德是超越時間和空間的一套道德標準，是最基本的規範。湯姆畢僕又說：「在道德中的這個背景（共通道德規範）是理論的原始資料，這就是爲什麼我們能說在共通道德中的道德原則的原始點是我們所共同分享的」。¹⁰意思也就是說，像是不可殺人及不可偷竊等規範最早出現，而這些規範也是共通道德裡面的規範，由這些原始的規範可引出共通道德四原則，這些規範也是道德理論的原始資料。

畢契順著共通道德的理論將道德分成普遍道德（universal morality）及特殊社群道德（community-specific morality）。

「共通道德中的普遍性的規範，由一小系列的所有實際及可能的道德規範所組成。道德就普遍性的意義而言專指共通道德中的道德規範。相對的，道德就特殊社群意義（community-specific sense）而言，包括了由特別的文化、信仰及制度所衍生出來的道德規範」。¹¹

畢契在書上的舉了一個例子說明某個特殊的社群道德。如果某個國家的人民共同決定以抽樂透的方式，而不以先後次序或者是對社會的貢獻大小，來決定這少數的器官該移植給哪位等待接受器官移植的人，他們可能有很好的理由說明他們爲什麼這麼做，但卻不能宣稱他們有符合共通道德要求的力量，因此不能約束其他社群及其他的人。

⁸*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,3

⁹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,3

¹⁰Tom L. Beauchamp. LeRoy Walters, *Contemporary Issues in Bioethics*. 6th ed. (Belmont, CA : Wadsworth-Thomson Learning , 2003) ,2

¹¹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,3

如果我們要應用共通道德在器官移植的分配上時，我們需要將共通道德進一步的詮釋。

筆者認為畢契在第 5 版的書中關於共通道德和社群道德的說法不太清楚，參考畢樸在 2003 年的一篇文章，畢樸用了特殊道德（particular morality）這個名詞，特殊道德是由共通道德經由各地的文化、信仰傳統所產生的，所以我們可以這麼說：畢契認為道德包括了一小部分具有普遍性的共通道德規範，以及由共通道德經由不同的文化、信仰及制度所產生的特殊道德。共通道德像是四原則，不可偷竊，不可殺人等道德規範，而專業道德及理想道德則是特殊道德而不是共通道德。¹²筆者認為如果社群道德指的是某社群的道德，則這社群道德可以一部分是由共通道德經過當地的風俗或文化所產生的特殊道德，這些特殊道德不是共通道德的一部份，因為裡面有社群性的成分在裡面，但因為是由共通道德所產生，所以可以宣稱具有共通道德要求的力量。而另一部分則是不經由共通道德所產生的道德，而這部分的道德，畢契認為不能宣稱具有共通道德的力量。所以畢契說他們並沒有貶低社群道德的意思。

畢契認為不是所有的風俗道德（customary moralities）皆是共通道德的一部份，由共通道德推論出的道德規範也不一定和風俗道德一致。共通道德理論中的普遍性道德規範提供了一個可以批判某些團體或社群的風俗道德的一個基礎。

共通道德具有哪些特性呢？畢契認為共通道德具有「規範性宣稱」及「非規範性宣稱」的特性。所謂規範性宣稱是指「共通道德的規範建立了每個人義務性的道德標準。…這個道德對每個人的行為有道德上的權威性，以及提供了本書中所發展出的規範性論述（theses）及根本的道德理論的基礎」。¹³非規範性宣稱或者是經驗上的宣稱是指共通道德描述了人們相信什麼。畢契也承認這個非規範性的論點很難加以捍衛，因為要假設那些不道德及不遵守道德規範的人事實上是接受共通道德中的規範是不合常理的，「但是我們相信在所有文化中所有重視道德行為的人都會接受這些規範的要求」。¹⁴在這段敘述中，畢契試圖利用非規範性的宣稱證明共通道德的存在，而利用

¹²Tom L. Beauchamp, "A Defense of The Common Morality," *Kennedy Institute of Ethics Journal* 13, 3 (September 2003): 259-274.關於這篇文章我將於第 5 章挑戰與回應中做進一步說明。

¹³*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed., 4

¹⁴*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed., 4

規範性的宣稱表示共通道德具有規範人們行動的力量。

共通道德中的規範雖然具有普遍性，但是規範彼此之間卻可能發生衝突，因此「不能只因為他們（共通道德規範）是普遍的便說這些原則，規則，和權利是絕對的或是非情境的」。¹⁵

有人批評畢契試圖合併在道德信念（belief）中什麼才是（is）普遍性的「經驗上的宣稱」和什麼應該是（should be）普遍性的「規範性宣稱」，他們認為畢契只是將他們的道德概念塞進道德嚴謹的人的觀念中，但卻沒有考慮多元文化主義者的經驗上的宣稱。畢契認為特殊社群道德固然反映了不同的文化，但基本的法則卻仍然可以用共通道德加以檢視。¹⁶換言之，筆者認為畢契的意思是說：不同的文化都會應用共通道德的原則，但不同的文化對這些共通道德的原則在不同的情境及制度中所應有的份量，卻會有不一樣的想法。但這並不妨礙共通道德對一些過去不道德行為的批判，例如以前的人們認為奴隸制度是道德的，但事實上，即使在當時的情境下，奴隸制度仍然是不道德的。

關於道德和倫理的理論之間的關係是：「道德，如同上面所說的，是一種社會制度，這種制度早在哲學及理論倫理學進行這一類的道德反思前便已經存在。…共通道德…他們並不是植基於特殊的哲學的或道德的理論或訓練中。…我們建立了共通道德，但不意謂著我們能夠對我們所建立的每件事做出權威性的有效性宣稱」。¹⁷

關於共通道德，筆者將他歸納出四個特點：一是：共通道德中的普遍性規範是前理論的，沒有民族及文化上的差異，是從小培養出來的。二是：共通道德具有規範性及非規範性宣稱的特性。三是：共通道德的規範只是我們做倫理判斷的起點，而不是終點。四是：共通道德的規範做為起點，最後得出的行動指引，不同的人及不同的文化或國情可能得出不同的結果。

在這節中，我們說明了共通道德的正當性的來源，下一節我將說明共通道德中的原則及規則，如何利用分殊化與平衡與實際案例相結合。

¹⁵*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 4

¹⁶*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 4

¹⁷*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 5

第三節 分殊化與平衡

在說明分殊化及平衡前，我們必須先了解何謂道德原則及規則。

畢契所建立的共通道德理論中，共通道德包含了一系列的規範，這些規範包括了原則及規則，「這一系列的原則在道德的論述中的功能，就如同一種分析式的架構，說明了在共通道德中規則底下的一般價值」。¹⁸也就是說一個規範或規則，或我們面對案例所做出來的思慮後判斷的價值來自於其所出的原則。畢契是以四個原則－尊重自主性原則、不傷害原則、行善原則及公平原則－作為他們倫理決策的道德原則。傳統的醫學倫理是以不傷害原則及行善原則為主，但近代的醫學倫理除了強調前二者之外，更加進了尊重自主性原則及公平原則，也就是強調病人在醫病關係中自主性的地位，及考慮社會資源不足而產生的資源分配公平的問題。這四原則是如何得出的呢？畢契說「這四系列的道德原則位居生命醫學倫理學的核心地位，乃是本書的作者經由檢視思慮後的道德判斷及道德信念融貫過程後所得出的結論」。¹⁹

原則和規則的差別在於：原則是比較抽象及包括的範圍較廣，原則提供了最一般化及最廣泛的規範，但較少實質的內容。規則在內容及範圍上較為特殊及狹窄。因此在特殊的情境下，規則或判斷較原則更能導出行動指引。許多規則是由原則經過分殊化所導出，例如實質性的規則，像是不可說謊，病人的隱私性等等。又例如尊重自主性原則經過分殊化可以導出「尊重病人的自主性就是遵循病人進一步的指示中所有清晰及相關的陳述」。又如權威性的規則，像是代理人的權威規則；又如程序性規則，像是分配的過程是否公平等。在共通道德中，原則可以因應不同的情境而導出不同的規則。

畢契四原則的基本構想部分來自羅斯（W. D. Ross）的理論，羅斯將義務分成初始義務（*prime facie obligation*）及絕對義務（*actual obligation*），初始義務是需要被實行的，除非這個義務和另外一個更重要的義務相衝突，或者被另為一個更重要的義務在某些情況下掩蓋過，而不得不犧牲或部分實行這個初始義務。一個執行者所要做的工作，便是在這個情境中經由最大的平衡而決定出最後的絕對義務。「羅

¹⁸*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 12

¹⁹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 12-13

斯關於初始及絕對義務的分法，非常接近作為道德主體的我們的經驗，並且提供了生命倫理學不可或缺的範疇」。²⁰

經由羅斯的初始義務的概念，畢契發展出四個初始原則（*prima facie principles*），「我們可以這樣了解初始原則，一個初始原則就是一個規範性的行動指引，敘述著在這原則範圍內有關行動的可允許的、義務的、對的或者是錯的情況」。²¹這些初始原則可能會互相衝突而需要加以平衡，這些初始原則也留下了許多空間讓我們可以進行妥協、調整，這些原則並不是一成不變的不能加以修飾，因此經由調節我們才得以衡量不同原則間的份量。

（一）分殊化

畢契所提出的四原則的功能只是提供一個架構以確認及反思道德問題，並不能直接帶入案例中。「實踐上的道德問題需要我們將我們一般的規範分殊化到特殊的情境或案例的範圍內」。²²畢契提出了思慮後的判斷及分殊化的方法。也就是不再以原則直接帶入到案例中，而是以一開始對案例所做出的初始的思慮後的判斷進行分殊化，原則只是確認這個初始判斷及其所反應的道德問題。分殊化在應用倫理學上事實上已行之多年，在 1990 年，李察德森發表其著名的文章「規則分殊化作為解決具體道德問題的一種方法」，²³以分殊化規範的方法解決道德衝突並形成一個新的理論，突顯出分殊化在理論形成中的重要性。畢契非常贊同李察德森所提的分殊化方法，並且在 1994 年第四版的書中提出了思慮後的判斷及分殊化。

畢契在 2001 年第五版的書中說道：「分殊化（*specify*）乃是將一個抽象的規範的不確定部分加以縮減，並且提供出行動指引內容的一種過程」。²⁴畢契在 2003 年的文章中提出了更進一步的說法：「分殊化就是將一般規範中不確定的部分縮減以賦予他們增強的行動指引的能力，同時保留對最原始的規範的道德認定（*moral commitments*）的

²⁰*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 15

²¹Tom L. Beauchamp, James F. Childress, "From Principles of Biomedical Ethics," in *An Introduction to The History, Methods, and Practice*, ed. Nancy S. Jecker, Albert R. Jonsen and Robert A. Pearlman (Massachusetts: Jones and Bartlett Pub., 1997), 142-146

²²*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 15

²³Henry S. Richardson, "Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems," *Philosophy and Public Affairs*, 29 (1990): 279-310

²⁴*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 16

過程。…如同李察德森所言，這個過程牽涉到「判別出這個行動由什麼地方、時間、為何、如何、用什麼方法、對誰、以及靠誰來完成或避免」。²⁵

分殊化可能一次完成，也有可能經過幾次的步驟才能完成。逐步的分殊化將會更加精緻我們的約束範圍，逐漸減少可能衝突的環境到可處理的界限內。也可以是在某種情境下將規範賦予行動的內容。

舉例來說：假設一位「耶和華見證人」的信徒因為大量的十二指腸潰瘍出血且造成貧血而送進醫院，此時最有效且可以解除病人危機的治療方法是馬上輸血及進行手術治療。病人意識清楚，但因為宗教信仰的關係拒絕輸血，且要求醫師以代替血漿及手術來治療疾病，當然代替血漿的效果不及輸血來的好，但是病人願意承擔這種治療方法的後果，此時醫師面臨的道德難題所做出的思慮後的判斷（或道德規則）如下：

1. 冒著對一位生命處於危急狀態且可以被適當的醫療技術治療的病人的死亡危險，這在道德上是被禁止的。
2. 不尊重當事者拒絕治療的決定在道德上是被禁止的。

醫師一方面必須盡可能的以最安全的方式救助病人，一方面又必須顧及病人自主性的要求不要輸血而以較不安全的方式治療病人。這兩個判斷互相矛盾，此時可以分殊化的方法對判斷 2 進行「縮減」。分殊化後的道德規則為：

2.1. 不尊重當事者拒絕治療的決定在道德上是被禁止的，除非這種拒絕是非自主性的而且顯示出一個對病人明顯的危險。²⁶

道德規則 2.1. 比起道德規則 2 雖然多了一些條件限制，但規則 2 的主要道德認定並沒改變。

²⁵Tom L. Beauchamp, "Methods and Principles in Biomedical Ethics," 269-274。關於分殊化的說法，依照李察德森的說法可以有兩種，一種是演繹式的包容法（deductive subsumption），一種是縮減形式的因果推理法（less formal causal reasoning），前者如不傷害原則可以經由演繹式的分殊化產生「避免傷害發生在他人身上」及「拯救某人於危險之中」等等，後者如：由「不可殺人」分殊化出「不可酒後開車」（因為酒後開車容易撞到路人致死），見 Richardson H.S, "Specifying, Balancing, and Interpreting Bioethical Principles," *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 25, no.3 (2000): 288。

²⁶以上判斷 1、2、及 2.1. 見 Tom L. Beauchamp, "Methods and Principles in Biomedical Ethics," 270

在分殊化的過程中往往會出現問題，不同的人對同一個原則及同一個情境卻可以分殊化不同的規範出來。例如：一個五十歲的婦女每年都接受乳房健康檢查而由保險公司給付，但是今年她的保險公司不肯給付這項檢查，而她也沒有錢付這檢查費。一位秘書建議說，如果醫師肯將她的乳房攝影檢查報成「疑似乳癌」，則保險公司將會給付。面對這種情況，大約有百分之七十的醫師願意替這病人寫上「疑似乳癌」的診斷，其中有百分之八十五的醫師不認為這樣做是一種欺騙的行為。醫師都知道我們「不可欺騙」這條規則，但分殊化到這個情況時，卻有百分之七十的醫師做出欺騙保險公司的行動，推測這些醫師做出這些行動的理由可能是：或許這些醫師認為欺騙指的是誤導或者是拒絕透露消息給那些有權利知道這些消息的人，而那些政策不公平（以前給付乳房檢查，今年不給付）的保險公司沒有權力知道這些消息。或者是認為欺騙指的是不公平的誤導他人，但在這種情況下去誤導保險公司卻是公平的。²⁷筆者認為在這個案例中，一方面是病人的利益需要改診斷，一方面是不可開立不正確的診斷，二者互相衝突，但贊成可將乳房檢查改成疑似乳癌的醫師分殊化不可欺騙這個規則後的敘述如下：「醫師不可開立不正確的診斷，但是當病人想要接受每年例行的乳房健康檢查而保險公司不給付，並且病人又沒有錢給付時，醫師可以將乳房健康檢查的診斷改成疑似乳癌」。本來這應該是兩個思慮後的判斷及兩個不同的原則之間的衝突，一個是「醫師不可開立不正確的診斷欺騙保險公司」，一個是「我們要幫助病人解決病人的要求」然後再藉由一個道德信念（廣泛性的反思平衡）解決（resolve）二者的衝突，現在將他們直接合成一個敘述，直接在分殊化時便消解（dissolve）掉這個衝突，只是這是一個不正確的分殊化。分殊化仍然需要證成。有時候經由分殊化的方式便可以解決或消解掉衝突，有時候無法只靠分殊化解決問題。我們何時知道經由分殊化已解決問題，則「只有當案例在規範的範圍內，而且規範在內容上被足夠的確定以致我們可以決定該做什麼時，此時我們才能說這個問題或衝突在此被消解或解決」。²⁸

「逐步的分殊化經常必須發生以處理所生起的各式各樣的問題，逐漸減少抽象原則缺乏足夠的內容去解決的矛盾及衝突」。²⁹分殊化可以是一步一步的往下分殊化，越往下分殊化則規範越明確。分殊

²⁷*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 16-17

²⁸*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 17

²⁹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 17

化在臨床倫理學及政策形成上非常重要。所有的道德規範在原則的情況下都需要分殊化。「他們都需要這些更多的內容，因為，正如同李察德森所說，“複雜的道德現象永遠超過我們在一般規範內捕捉的能力”」。³⁰

分殊化仍有它的限制，有時候會有幾組的分殊化方式出現讓人難以取捨。分殊化並不能取代不同原則或規則之間的平衡步驟。

畢樸說：「契德斯和我對於爲了這樣做已經很明確的拒絕演譯法並且給與原則式的理由。我們同樣已經拒絕應用（applying）原則的這種語句以及應用倫理學（applied ethics），較喜歡分殊化及實踐倫理學（practical ethics）」。³¹

（二）平衡

案例經過分殊化後，有時仍然不能解決案例中原則的衝突，例如當兩個原則依分殊化後所引出的行動指引是完全相反時，我們需要平衡這兩個原則。畢契說：「原則、規則及權利需要平衡不下於分殊化。我們需要這兩種方法，因為他們各別描述了道德原則和規則的一個面向：在案例分殊化中的界限和範圍，在案例平衡中的份量與強度。分殊化包含了一個規範的界限和範圍的實質精緻，而平衡包括了關於規範相對份量與判斷」。³²平衡在達成個例的判斷上特別重要，而分殊化較常應用在政策的形成以及醫學案例的判斷上。

在衡量不同的原則或規則以訂出彼此之間的份量時，我們可來回的在不同的階層間評估，平衡不能訴諸於直覺或主觀的評斷，必須要有好的理由。畢契在書中舉了一個案例，簡述如下：當急診室的王醫師在忙碌一天後，要下班回家帶兒子去圖書館借書以履行他已答應兒子的事情，此時一位急診病人被送到急診室，這位病人的情況較爲複雜，此時王醫師面臨到一個困境，如果這個急診病人的病情複雜到接班醫師無法處理時，則他必須留下來幫忙處理這位急診病人，如此王醫師將無法履行帶他兒子上圖書館的諾言，王醫師平衡救人及履行諾言兩個原則後，決定留下來幫忙處理病人。王醫師這麼做所根據的好的且充足的理由是：「這位病人的生命受到威脅，只有王醫師有這

³⁰*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 17

³¹Tom L. Beauchamp, "Replay to Strong on Principlism and Casuistry," *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 25, no.3 (2000): 345

³²*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 18

個醫療技術可以救這位病人」。³³

這個案例，如果以李察德森及大衛的分殊化的方法，他們將會將平衡時所用的理由納入分殊化的敘述中，將平衡當成一種分殊化來進行，所以不會有兩個原則或判斷的出現，最後將只有一個分殊化後的敘述。如果依照李察德森的分殊化法，則分殊化敘述為：「如果一個病人的生命懸在平衡中，並且只有這位主治醫師有這個知識可以適當的處理情況中的所有事項，那麼這位主治醫師的衝突的家庭義務必須放棄」。³⁴畢契認為李察在處理分殊化及平衡的情境時太過於整齊（neat）及整潔（sweeping）。關於這點將在第四章「挑戰與回應」時做進一步討論。

畢契說：「平衡時常中止於分殊化，但它不需要如此，分殊化時常牽涉平衡，但它可能只是加入細節或填滿道德的認定」。³⁵平衡終止於分殊化就像上面的例子，畢契認為沒有必要。筆者認為，因為兩個原則在分殊化進行時分別代表了兩個不同的行動指引，如果這兩個行動指引互相矛盾，則平衡後，一定有一個行動指引必須取消以及改變，如果將兩個敘述合成一個，則容易讓人認為並沒有兩個衝突的原則，而只是在一個原則下經由案例的實際情況的加入，最後得出行動指引，因此並沒有另一個道德原則的出現，換言之，我們所認定的另一個實際情況及相應的道德原則變成不是道德問題。同樣的，有時當一個原則進行分殊化時，所加入的實際情況看起來像道德原則的衝突，但卻只是實際情況認定的問題，而不是另一個道德問題。筆者舉例來說：早上門診時間，王醫師正在幫病人，突然排第五號的等候病人進入診間，要求王醫師先幫他看病，因為病人的盲腸附近疼痛的非常利害，有可能是急性盲腸炎，此時王醫師面臨兩個思慮後判斷，一是「幫病人解決病痛」，二是「讓病人插隊看病是不對的」。後面的判斷經過分殊化後，可以是：「讓病人插隊看病是不對的，除非是急診病例」，而病人的確是急診病例。至於「急診病例可以優先看病」這個情況並不是和「幫病人解決病痛」相平衡而得出，而只是就「讓病人插隊看病是不對的」這個規則分殊化出來的。

當進行平衡量時，我們必須將所有的規範皆納入考慮以取得最佳的平衡。在某些情況下，有些分殊化後的規範具有絕對的性質，這

³³ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 18

³⁴ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 18

³⁵ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 19

些規範在衡量時，便不納入衡量的範疇內。例如「當我們對一位能勝任自主性思考的病人進行醫學的介入性處置時，我們永遠必須取得口頭上或文字上的知情同意，除非病人是處在急診的狀況下，或法庭的檢查下，或低危險的狀況中，或當病人放棄他們獲取適當訊息的權利時」。³⁶這個分殊化後的敘述已將一些可能的例外情況完全寫進去，所以可以當成絕對規則。

因為沒有一個共同認定的原則作為平衡的指引，因此懷疑論者常質疑這種平衡的方法太過直覺且容易落入主觀，而且範圍太過於廣泛，畢契因此列出了幾個必須滿足的情況作為平衡時證成凌駕某個初始規範的條件：

- (1)能提出好的理由說明為何這個行動較適合這個超越的規範而不是被凌駕的規範。例如兩個人同時需要接受心臟移植手術，但只有一個可供移植的心臟，這二人的等待條件幾乎一樣，只是其中一人接受心臟移植後的成功率較另一人高，則這個人有正當的理由先接受心臟移植手術。
- (2)當以道德目標證成這個凌駕時，必須有一個可達到的真實遠景。
- (3)當沒有道德上較好的另一個行動可以被用來替代時，則這個凌駕行動是必須的。
- (4)這凌駕的選擇必須是最小可能的凌駕，且相稱於這行動所達成的主要目標。
- (5)主體必須盡可能的將凌駕行動的負面效果減至最低。
- (6)主體必須公平的對待所有受影響的部分，也就是說主體做決定時，各部分都不能受到任何與道德無關的訊息的影響。³⁷

畢契說：「即使上述情況的某些部分看起來是很明顯的極不矛盾的，在我們的經驗中，他們不是經常被觀察到出現在我們的道德思慮中，並且當他們被觀察到時，將導致不同的行動」。³⁸例如上面第二點的情況常發生在醫院，當一個病人經過急救數次後，發覺再急救也不可能讓病人清醒或者只是讓病人成為植物人時，急救已失去了實質上的意義，此時可考慮尊重代理人的意願，放棄急救。第三點則是在我們必須完成某項工作以獲取更大利益的情況下時，必須犧牲掉某些利益，但因為沒有更好的方法以取代現在的方法，則這個凌駕行動的方

³⁶*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 19

³⁷*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 19-20

³⁸*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 20

法是必須的。也就是說，在我們進行平衡時必須考慮到最好的方法。例如：醫學上常用動物做實驗，但是做實驗必須殺害動物及使動物受痛苦，因此一個好的動物試驗的計畫往往和保護動物避免受痛苦相衝突，但如果一定要進行試驗，則必須盡可能的給予動物較好的麻醉止痛劑，但是一般用在動物身上的麻醉的方法只是符合標準的方法，而且用這個標準便可以進行實驗。我們應該可以將動物麻醉做的更好。

第四點及第五點同樣也是說明當我們選擇優勢的原則以決定行動指引時，雖然這個行動指引和被凌駕的行動指引背道而馳，但我麼仍需考慮被凌駕的原則所引出的規範，並依此而決定出最後的行動指引。第六點排除了非道德經驗的訊息，因為非道德和道德之間的考量並非四原則所能處理的。³⁹筆者認為畢契的意思是說，事實上很多的道德衝突都是實際狀況的問題，而不是所引用的道德原則的問題。道德原則沒有問題，問題是不同的實際狀況的認定必定會引出不同的道德原則。

因應多位學者的批評在平衡時沒有理論及原則，畢契以此六點及融貫理論作為平衡時的指引，但是畢契仍強調有時很難決定那一個規範可以凌駕另一個規範。

因為相衝突的幾個道德原則經過分殊化及平衡後，可能會產生不同的結果，這也讓某些倫理學者懷疑畢契是否為倫理相對主義，因此，畢契對於道德的分歧性（moral diversity）以及道德的異議（moral disagreement）提出了他們的看法：許多的道德異議來自於對事實判定的不同（例如胎兒是否是人，或者幾個月時才算是人）、或道德規範適用的範圍（如胎兒或動物），或那一個規範較適用於這個情境，或分殊化的不一致，或規範在平衡時的份量的大小認定，或平衡時應該用那種形式，以及資訊或證據的不足等。對同一個案例，不同的有道德的人，從規範的選擇、原則的分殊化，及原則份量的認定都可能不一樣，有時所根據的資訊及證據的不同而導致不同的結果。「在實踐上，我們無法要求人們堅持一個更高的標準，而只能基於相關的規範與可獲得的相關的證據，有良心的作出判斷」。⁴⁰筆者認為畢契的意思是說，並不是我們缺乏一個至高的原則去平衡不同的原則衝突，而是因為我們對事實認定（證據）的不相同，以及給與原則份量（文化及良心）的差異而導致不同的道德結論或行動。因此畢契認為，即使因文化上及個人信念上的差異造成無法解決的道德異議，但是人們可能

³⁹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,20

⁴⁰*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,22

對他們判斷底的最根本的道德原則沒有基本上不同的看法。因此道德推論上的不一致的現象並不能成爲懷疑主義者懷疑道德及道德思考的基本依據。重要的是，我們要用最好的工具去做道德判斷及認真看待道德，並且對不同的行動做判斷時更加小心及尊重。

關於平衡，筆者認爲畢契強調的重點有三：(1) 分殊化和平衡是達到正確道德判斷不可或缺的兩個步驟。(2) 道德原則的衝突很多都是實際狀況的問題，並不是相應的道德原則的問題。(3) 我們所用的道德原則是一樣的，差別在於實際狀況的認定不同，以及道德原則的引用和所給與份量的不同，造成不同的結論。

這節說明了原則分殊化，以及相衝突原則間如何進行平衡的方法，下面一節我將說明中層四原則，以及四原則分殊化後所導出的一些規則，利用這些規則，我們更容易做出思慮後的判斷，或者利用這些規則進行案例的分析。

第四節 醫學倫理的四原則及其規則

四原則包括「尊重自主性原則」，「不傷害原則」，「行善原則」，以及「公平原則」，是由共通道德及醫學傳統中的思慮後的判斷引申出來的，畢契是以四原則作爲倫理決策的架構，這四個原則沒有理論的背景，因此我們仍需就其性質、範圍、強度以及分殊化後的規則做進一步的說明。以下分別說明此四原則。

(一) 尊重自主性原則

我們首先要了解什麼是自主性。「個人的自主性指的是最低限度的自我管理，也就是不受他人控制性的干涉及限制，例如不完整的了解，而阻礙了做有意義的選擇」。⁴¹基本上有兩個條件是自主性的必要條件：一是自由（不受控制的影響），二是主體性（有意向的行動的能力）。在這裡主要是指，當作決定時能夠自主的選擇。

主體性表示這個人有能力作出有意向的行動，因此他必須是意識清楚且充分獲得應得到的訊息，自由是表示不受到他人不當的控制。

⁴¹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 58

因此當我們分析這個行動是正常的選擇者所做出時，這個行動必須是（1）有意向的（intentionally），（2）了解的，以及（3）不受干涉控制的決定他們的行動。例如年紀非常小的小孩，意識不清的人，精神分裂的患者或失智的老人，他們無法了解我們所告知的事情，也無法作出有意義的決定。

個體必須有充分的了解才能做出有意義的決定。就醫病關係來說，即使醫師盡量的解釋病情，但是病人人然沒有辦法完全了解他所罹患的疾病及自己的情況，因此，所謂充分的了解只是一個程度上的問題。但沒有完全了解並不表示病人不能做出實質的決定，就像我們購買商品或房子，我們並沒有辦法完全了解這個商品或房子，但我們仍能做出實質的決定買不買這個房子或產品。

尊重自主性原則就是「以最低限度而言，認知到他人有權利堅持自己的看法去做決定，以及依據自己的價值觀及信念採取行動」。⁴²所謂尊重是包括尊重的行動，而不只是態度上的尊重，有必要時，必須幫助病人建立及維持作決定的能力。每個人可以選擇他自己所接受的風俗、傳統或社群作為他道德判斷的來源。權威和自主性在基本上並不是不一致的。有時醫師認為病人應該接受醫師專業的判斷及建議，但是病人並不認同而拒絕醫師的建議。

尊重自主性並不表示病人有這個義務一定要做出決定，或者病人一定要接受醫師所告知有關病人自己的病情。尊重自主性是「一個基本的義務以保證病人有這個權利去選擇，以及有這個權利去接受或拒絕訊息。強迫性的訊息、強迫性的選擇以及推託式的透露皆和這個義務不一致」。⁴³

至於為何有道德的人都願意遵守尊重自主性原則，也就是說為何我們都認為我們虧欠他人這個尊重呢？畢契舉了康德及彌爾的論證說明之。康德認為尊重自主性源自所有的人皆認知到人有無上的價值，每個人都有權利決定自己的命運，不尊重自主性則是將人當成工具而圖利自己。彌爾認為社會允許人們依據自己的信念去發展，只要他們不妨礙到他人的發展。所以彌爾的學說要求人們不要去干涉他人，並且主動的加強自我的表達。這兩個學說都支持尊重自主性原則，他們的說明也影響了現代對尊重自主性的詮釋。

這個原則也可以被表達為一個「否定的義務」及一個「肯定的義務」，否定的義務指的是：自主性的行動不應該受到其他人控制性的

⁴²*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 63

⁴³*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 63

約束。因此經過分殊化後，可以變成行動的特殊指引，例如隱私性、保密性及真實性的義務等等。肯定性的義務指的是：在資訊的告知及自主性的做決定上給予幫助。例如醫師盡量告訴病人有關病情的資料或資訊等。尊重自主性原則可以支持許多分殊化的規則（其他原則有時也可以幫助證成以下的一些規則），例如：

1. 據實以告。
2. 尊重他人的隱私性。
3. 保密（保護私人的情報）
4. 知情同意。
5. 當被要求時，幫助他人做出重要的決定。⁴⁴

在知情同意這部分，以開刀為例，以往的做法，醫護人員只是將一只簡單的手術同意書交給病人，並不多做解釋。醫師對於手術的方法及可能的併發症也只是稍做解釋，病人不太明瞭，但也只好簽了接受手術。現在的醫病關係則要求醫師必須詳細說明讓病人了解，而由病人決定是否接受手術。畢契列了七個項目作為知情同意的七項條件：

- I. 閾值條件（先行條件）
 1. 有能力（去了解及作決定）
 2. 自願的（去做決定）
- II. 資訊條件
 3. 說明（實質訊息）
 4. 建議（一種計畫）
 5. 對第 3 點及第 4 點的了解（說明及建議）
- III 同意條件
 6. 決定（那一種計畫較好）
 7. 認可（所選擇的計畫）⁴⁵

醫護人員從事醫療工作時，有時會遇到其他的原則與尊重自主性原則相衝突的情況，例如醫師覺得這個病人似乎不能承受自己得到癌症這個訊息，因此在病人問病情時，醫師告訴病人未得癌症。尊重自主性原則本身並不能賦予醫師決定病人什麼資訊可以知道，什麼資訊病人不必知道。在這種情況下，如果醫師決定不告訴病人實情，則必

⁴⁴*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,65

⁴⁵*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,80

須有另外的原則或事項足以凌駕尊重自主性原則，例如一病人很明顯透露出如果他得到癌症，病人將會自殺，則醫師基於行善原則可以不告訴病人實情。

（二） 不傷害原則

「不傷害原則斷言（assert）不要加諸傷害（harm）於他者」。⁴⁶有些哲學家將不傷害與行善合成一個原則，但是畢契將二者分開，因為他們認為兩者之間仍有重要的差別，例如不傷害他人的義務如：禁止偷竊，禁止拘束（他人）及不可殺人等，和幫助別人的義務如：提供有益的事物，保護權益，以及增進福利等是有明顯的差別。對有些案例，有的時候行善原則將會蓋過不傷害原則，例如打止過敏針這個行為，打針對病人造成皮膚及肌肉的傷害，但是將止過敏的藥物打入體內解除過敏的危象是幫助病人，因此好處遠大於壞處，所以打止過敏的針對病人而言是正當的。有時候不傷害原則是超過行善原則，例如我們不能殺死一位腦部受傷的年輕植物人，以取得他身上其他好的器官，移植到其他需要這些器官的人身上，此時不傷害原則超越行善原則。不傷害原則和行善原則依不同的情境而有不同的份量。⁴⁷

畢契說：「與其嚐試任何的教條式的排列次序，我們合併不傷害以及行善原則於一種四個規範的安排」：

不傷害

1. 一個人不應該施加邪惡或傷害。

行善

2. 一個人應該防止邪惡或傷害。
3. 一個人應該移除邪惡或傷害。
4. 一個人應該從事或促進善。⁴⁸

以上四個行動沒有次序上的排列，後三個行善的形式，需要有幫助的行動，而不傷害則只需要有意識的避免引起傷害的行動。

「不傷害原則中的傷害（harm）有規範性的以及非規範性的用

⁴⁶*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 113

⁴⁷依據畢契的道德決策方法，是必須將不傷害原則與行善原則分開來考慮較好，因為不傷害和行善有時是兩個明顯不一樣的行動，而且各有各的背景及價值，在進行分殊化的時候，所加入的內容不一樣。

⁴⁸*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 115

法，“X 傷害 (harmed) Y” 有時意謂著 “X 侵權 (wronged) Y” 或 “對 Y 不公平”，但是它有時的意思只是 X 引起 Y 的利益不好的影響。我們用這個學說，侵權 (wronging) 涉及違反他人的權利，但是傷害 (harming) 不需要涉及如此的一個違背，或者一個侵權，或一個不公平」。⁴⁹例如生病，壞運氣，以及受傷者同意下的傷害，對人而言是一種傷害但不是侵權，保險公司不適當的不給付病人的醫藥費但是醫院全額吸收，病人因而不必付費，這種情形是病人受到侵權，但是在平衡後，病人並未受到傷害。⁵⁰畢契說「為避免誤判案例，我們分析傷害侷限在繼發性的及非規範性的感覺上，包括阻礙、打擊、或者是減損某人的利益。因此他者所做出的一個傷害的行動在平衡時，可能不是侵權的或不正當的，即使傷害的行動就一般而言是初始錯誤的」。⁵¹筆者舉例來說，例如打止過敏針，一開始我們將認定他是傷害 (harm)，因為它直接造成肉體的傷害及繼發性的引起我疼痛的感覺，但因為是打入止過敏的藥劑解決病人的痛苦，所以在平衡後，病人的權利並未受損，所以病人未被侵權。「即使傷害是一個被爭議的概念，大家都同意明顯的身體上的傷害及其他對明顯的利益的阻撓是典型的傷害」。⁵²畢契說「他們將會著重在肉體的傷害，特別是疼痛、殘障及死亡等，但並不否認心靈傷害的重要性以及其他利益的阻撓」。⁵³

由不傷害原則所支持的規則包括：

1. 不可殺人。
2. 不可引起疼痛或難受
3. 不可使失去能力。
4. 不可引起不悅。
5. 不可剝奪生命中其他善的部分。

以上所提及不傷害原則及此原則所支持的規則都只是初始的考量而不是絕對的。⁵⁴

不傷害原則不只是不要加諸傷害到他人身上，也包括了不要將傷害的危險性加到他人身上，因此不傷害原則在「有些情況可以證成依據病人，代理人，或專業護理人員的停止或收回治療的決定」，⁵⁵我

⁴⁹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 116

⁵⁰*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 116-117

⁵¹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 116-117

⁵²*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 117

⁵³*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 117

⁵⁴*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 117

⁵⁵*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 133

們可以將治療分成什麼才是必要的治療，什麼是可選擇的治療。畢契立了兩個情況當成可以超越必須治療病人的初始義務的條件：一是：徒勞無益的或是沒有遠景的治療。二是：當治療的負擔超過治療的益處時。⁵⁶例如對昏迷的癌症末期病人進行多次的心肺復甦術，我們必須重新考慮是否是有必要的。因為病人已經是植物人的狀態，根本不可能清醒過來，持續的急救只是多拖延一點時間及傷害病人的肉體而已，此時的急救是可以考慮停止。有些維生的設備對疾病末期的病人而言，這些設備所帶來痛苦及負擔遠超過這些設備所能給予病人的益處，而病人希望我們將這些設備撤除或病人無法執行自主性的決定時，我們可以考慮將這些設備撤離。當我們停止這些急救動作或者是移除維生設備時，我們並不是違反了不傷害原則而傷害病人，「不傷害原則並沒有包括生命的維持，也不是不考慮病人的疼痛、受苦及不舒服而啟動或延續治療」，⁵⁷所以我們這麼做是符合行善原則且不違反不傷害原則。有時病人會因為對醫學知識及疾病的不理解，而作出不合醫學學理的要求，此時醫師應拒絕並且不給予這些治療，例如病人因為濾過性病毒的感染而得到感冒，感冒是不需要抗生素治療，此時給與抗生素只會傷害病人的身體，但病人可能會主動要求醫師開抗生素，此時醫師應該拒絕。⁵⁸

筆者認為畢契將不傷害原則侷限在肉體上以及明顯情緒上的傷害，應該是因為肉體的傷害及明顯情緒的變化是可以依據實際情況而定義出來，因此比較可以客觀的評估。

（三） 行善原則

不要施加傷害於他人與提供恩惠於他人，這兩者之間並沒有明顯的分界點，但行善原則基本上的要求超過不傷害原則，因為行善原則的主體必須有正向的步驟去幫助別人而不只是避免傷害的行動。有兩個行善原則，一是正向的行善（positive beneficence）：要求主體提供福利。另一個是效益（Utility）：要求主體平衡福利與減損以產生最大

⁵⁶*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 133-136

⁵⁷*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 135

⁵⁸筆者特地寫出這段敘述是因為筆者在第六章臨床應用的案例中用到這個觀念，另一個則是現在有些醫院在健保的制度下，以商業的手法經營醫院，醫師變得像商業集團下的員工，依照醫院的教戰手冊，將各種醫療行為（產品）行銷給病人。筆者認為醫師不同於一般商業銷售人員，醫師必須幫病人著想，給病人最好的治療，有時候必須拒絕病人。但是有時候醫師這麼作，反而會受到病人的投訴，或者病人不再上門，真是另類的兩難。

的整體利益。⁵⁹

「行善 (beneficence) 指的是一個行動的被執行去利益他人，慈悲 (benevolence) 指的是傾向為他人的福利而行動的品格特質 (character trait) 或德行 (virtue)，行善原則指的是一個為他人的福利 (benefit) 而行動的道德上的義務。…在我們的用法中，建立一個義務去幫助他人以增加他們重要的及合法的利益 (interests)」。⁶⁰效益原則是正向行善原則的擴大，但是在這裡的效益原則不完全等同於效益理論中的效益原則，這裡的效益原則只是倫理學中的原則之一，不是最後證成及凌駕其他所有原則的最高原則，效益原則在這裡只是用於衡量福祉、利益、及傷害行動中可能的結果以得到最高的利益。但並不是決定所有義務的平衡。

有許多理論認為利益他人是人性的一個面向，驅使著我們為他人的利益而行動。但是也有許多人認為行善只是德行上的一個理想或慈悲的行動，不去實行它並不是道德上的缺失。正向行善的原則支持了一系列的義務性的行善規則，例如：

1. 保護及防衛他人的權利。
2. 避免傷害發生於他人身上。
3. 移除將會傷害到他人的情況。
4. 扶助殘障者。
5. 救助深陷危險中的人。⁶¹

不傷害原則及行善原則有以下的一些差異：不傷害規則必須是（1）負面性的抑制行動因此（2）必須是公平的對待，及（3）對於合法的抑制某些行動的形式提供充足的理由。相對的，行善規則是（1）表現出對行動的正面需求，（2）不需要永遠的無私，及（3）如果曾經，那也是較少的，可以提出說明當主體無法遵守這個規範而受到合法的懲罰。⁶²父母親對自己的子女總是比對他人多一份關愛，事實上，我們也很難將大家都一視同仁給與幫助，因此對於和自己較有關係的人多給與幫助是合乎行善原則的。但是在不影響自己的利益下救助生命危險的人是必須無私的。又例如預防注射的施打，即使會有很少數的人因為施打疫苗而得到嚴重的副作用，但是更大多數的人卻因此而

⁵⁹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 165

⁶⁰*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 166

⁶¹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 167

⁶²*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 168

獲得利益，如果不以行善原則將很難凌駕不傷害原則而決定出全面施打疫苗。

我們很難訂出如何實行「一般性的善 (general beneficence)」，但在特殊情況下，我們可以實行「特殊的善 (specific beneficence)」。除了特殊的道德關係以外 (契約家人或朋友)，下列的情況，是我們 (X) 對他人 (Y) 有行善義務的五個充分且必要的條件：

1. Y 處於明顯失去或傷害到生命或健康或其他重要利益的危險中。
2. 為防止這個失去或傷害，X (單獨或與其他的人) 的行動是必須的。
3. X (單獨或與其他的人) 的行動有一很高的可能性以防止這失去或傷害。
4. X 的行動對 X 而言並沒有特別的危險、代價或負擔。
5. 可預期的 Y 可獲得的好處將大於任何可能發生在對 X 的傷害、代價或負擔。⁶³

舉例來說，一位同學得到白血病需要骨髓移植，同班同學有沒有這個義務接受檢查以決定誰要捐骨髓給病人，此時我們必須考慮病人接受骨髓移植的成功率及捐骨髓者的手術危險性，以及各個同學及其家庭成員的反應等。上面的條件如果擴大到社會方面則會出現實踐及理論方面的混淆，例如王先生每月捐出一日所得給慈善機關，這是一個「特殊的善」，但是政府不能根據這個「特殊的善」，將其一般化而規定：「每個有多餘金錢的家庭，每個月都應該拿出一日所得捐給那些沒錢且三餐不濟的家庭」。如果我們嘗試經由一般的情況定出「義務性的特殊行善」的界線，將會出現困擾，並且削減及改變共通道德。

行善義務的互惠為基礎的證成 (Reciprocity-Based Justification)

一個很重要的問題，人們，尤其是醫護人員，為何有行善的義務呢？大衛休謨 (David Hume) 論證這種福利他人的義務來自社會的相互關係：「我們所有對社會做善事的義務似乎隱含著某些相互性的事情，因為我們由社會取得許多利益，所以我們也必須增進社會的利益」。⁶⁴雖然我們不能以此論證去證成所有的行善德行，但對社會的行善義務可以由某些形式的相互性引申出來。醫師及醫護人員的成長過

⁶³ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 171

⁶⁴ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 174

程需要社會的大力栽培，所以醫師及醫護人員虧欠社會及病人，基於「相互性的給與取」的理論，醫師及醫護人員有這個對病人及社會行善的義務。醫護人員在醫療及健康的照護上，不只是避免傷害，而且是要增進病人的利益。

關於父權證成的例子：對於那些不能行使自主權的昏迷的病人或者是小孩子，做父母親的或者是家屬如何取得替代這些病人或小孩子做決定的行為的正當性呢？有些理論以同意（consent）去證成這個行為，例如上面所舉的打過敏針的例子，小孩子拒絕打針治療，父母親以小孩子將來會同意這麼做而行使父權。但畢契認為我們並未能實際取得對方的知情同意，我們應該訴諸行善原則，「我們不能夠因為我們相信他們將來會同意，或者是理性的同意我們的干涉而控制小孩子。我們控制他們，是因為我們相信他們將會有更好的（或至少較不危險）生活，不論他們知道與否。…對於我們干涉的證成是基於他們的利益，而不是他們的自主性的選擇」。⁶⁵

（四）公平原則

這個原則主要是指社會資源分配的問題。相對於行善原則及自主性原則，在一個社會中有更多的學說談論公平這個項目。但沒有一個原則能說明所有的公平的問題。

分配的公平指的是：靠著構成社會互助項目的正當規範來決定公平、公正及適當的分配。公平分配的項目包括社會中的所有權利與責任，例如公民與政治的權利。沒有單獨的一個原則可以說明所有關於公平的問題，公平的原則可分為公平的形式原則及公平的實質原則。亞理士多德的公平的形式原則是：「公平必須被公平的處理，以及不公平必須被不公平的處理」。這個原則因為只是個形式，所以並沒有說出那些情況下應該被公平處理，而且也沒說出什麼才是公平。這個原則缺少實質內容，故無法當成行動指引。一般最常被人爭議的是，那些事物必須被公平的處理。實質原則是指「對於公平處置的相關特性能給予分殊化的原則，因為他們確認了關於分配的實質性質。就像其中的一個原則就是需求原則，也就是依據需求做社會資源的分配是公正的」。⁶⁶所謂需求是侷限在根本需求（fundamental needs），根本需求指的是，如果這些需求不能得到滿足，人們將會受到傷害。如

⁶⁵*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 185

⁶⁶*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 228

果我們不斷的分析這基本需求的概念，我們可以不斷的分殊化及形塑需求的實質原則而達到以分配為目的的公共政策。關於公平分配的實質原則可包括下列幾項原則：

1. 對每一個人有一個平等的享有。
2. 根據所需給予每一個人。
3. 根據每個人的努力而給予。
4. 根據每個人的貢獻而給予。
5. 根據每個人的功績而給予。
6. 根據自由市場交易而給予。⁶⁷

以上六點也是初始原則，可以同時接受兩種以上的原則，但原則間的份量仍必須依據情境進一步的分殊化再決定原則的份量。

許多有關公平理論如「效益理論」、「自由理論」、「共產理論」、及「平等理論」等試著去解釋人的特性與道德上證成的有關利益和負擔分配之間的關聯。

效益理論強調最大化公共利益。自由主義強調社會及經濟上自由的權利（要求公平的過程超過實質的結果）。共產理論著重在經由社群傳統及實踐的演進所引出的公平的原則及操作。平等主義強調能夠公平的獲得每位有理性的人所認定的生命中有價值的好的東西。

在社會資源分配的原則中，效益原則常和公平原則相牴觸，如果我們追求社會最大的利益，則可能會犧牲掉個人的權益，例如，以全民健保來說，許多醫療資源用在老年人的醫療照顧上，以社會的經濟利益來說，老年人屬於生產力較弱的族群，我們是不是應該將醫療資源多用在有生產力的較年輕的人身上，而將照顧老年人的醫療資金減量。因此需要一個廣泛的及融貫的好的系統將二者皆考慮進去。

舉例來說，每年政府都提供免費的流行感冒疫苗注射給醫護人員、小於三歲的小孩及六十五歲以上的老人施打。原因是：一. 政府沒有那麼多的經費替每個人施打疫苗，二. 小於三歲的小孩及老年人抵抗力較低，容易受到感染，而醫護人員負責醫療及照顧病人，如果醫護人員在流行性感冒爆發時，因為受感染而減少了工作能力，則患病的群眾缺少醫護，將造成更大量的傷患及醫療支出，而且醫護人員受到感染後，更容易傳染給來看病且抵抗力低的病人。因此這些人必

⁶⁷*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 228, 筆者舉個例子說明這些原則的用法。第一點分殊化後的敘述：對每一個人有一平等的享有，因此國家每年的財政盈餘應該平均分給每位納稅人。

須先施打疫苗，一則可避免這些人感染之後傳染給別人（對那些未施打疫苗的人有好處），二則將可以省下非常多的治療流行性感冒的醫療支出（社會福利）。政府在預防醫學的醫療政策：。先依據醫療效益原則選出最適合的人士施打疫苗，也就是選擇施打疫苗後能夠對社會產生最大利益的人施打，而不是所有的人皆免費施打的公平原則。而所有六十五歲以上的老人及三歲以下的小孩都可施打是公平原則。這個政策應用了效益原則及公平原則，經由原則的分殊化達到了廣泛性及融貫，並且得到最大社會利益。

第三章 中層原則主義的應用模式爭議

在本文的第一章中，曾就為何必須道德這個問題進行論述，文中說到人的本性中有利他的傾向，而且個人的人格系統發展過程中，基本上通常把自己想成是正直、公平和有道德的。有些倫理學者批評畢契的倫理決策方法未曾將德行考慮進去，因此畢契在第五版的書中，將道德德行的篇幅大幅增加，並且將四原則及其相對應的德行列舉出來。德行論者認為德行比道德原則重要，道德原則衝突的解決是需要有德行者才能完成。但是我們仍然需要經由符合道德行為的實踐，才能了解相應於內心的德行是道德德行。畢契說：「我們對他人的情感及關心將引導我們的行動，這些行動不能化約成遵守規則的事件，並且我們都認知到，不具備任何情緒反應及超越原則或規則的觸動內心理想的道德是冷酷及不具吸引力的」。¹無論如何，道德德行和道德行為是同等重要的。在這一章的第一節我將說明道德品格及醫病關係。

德行論者反對原則主義的倫理決策方法，另一個反對原則主義決策方法的是特例主義，其中最著名的是決疑論，決疑論基本上認為道德信念以及推論不需要理論中的絕對原則。在第二節中我將討論決疑論及畢契對決疑論的批評。

第一節 對德行論批評的回應

品格（character，或翻譯成人格）指的是一個人內在的特性，這些特性必須藉由個人的行動才能表現出來讓別人及自己了解，而品格包括了個人天生的體質傾向（例如有人天生個性急躁，有人較徐緩等），以及後天的知識及道德的薰陶而成。一個人的品格會影響到他外在的行事風格及執行力。就像一個人作倫理決策時，不管是依那種道德理論或方法，這個人的品格將會影響到所作出的道德決策；筆者將在第五章案例示範時舉出其中的差別。德性與做道德決斷時所用原則之間的一致性將是每個人所應追求的人生目標。

在此節中所舉的五個德行是完成畢契的整合式倫理判斷所必須具備的德，也是醫護人員努力的目標。

共通道德既然是所有認真看待道德的人所共同遵守的規範，則共通道德的要求也是最小的道德要求，做的比共通道德要求多的行為，

¹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,26

畢契定義為額外行動，而社會對醫護人員的要求比對一般人多，多到什麼地步呢？醫病關係有其特殊的地方，不同於銷售人員，二者的區別在哪裡？醫病關係中事實上已隱含著義務的存在，這些問題是本節所要說明的。

（一）道德品格

德行「virtue」：一種有社會價值的品格特質（trait of character），也就是一種去從事能產生社會價值的行動的一種心向（disposition）或傾向；例如「誠實的德行」（virtue of honesty）是指在適當的情境下有誠實的行動的心向，而且誠實是有社會價值的。「道德的德行（moral virtue）指的是一種道德上有價值的品格特質」。²一個道德的德行的宣稱或感受必須有道德理由的支持。有人定義道德的德行為一種行動時能符合道德原則、義務或理想的傾向或習慣。而畢契「…較關心的是人們的動機，尤其是關於品格動機，也就是深埋在品格中的動機。人們的行動如果動機發自同理心（sympathy）及情感（affection）則是我們所認同的，反之其他的人雖然作同樣的行動，但卻是發自個人的野心則不是我們所認同的」。³畢契認為一個人的行動可能是正確的，但如果動機不正確，則一個嚴謹的道德完整性將會失去。所以一個人他的品格傾向於作出道德上正確的事，而他的行動也正確，但如果他的品格動機不正確，則這個人或這個行動是不符合德行的（virtuous）。雖然德行是很重要的，但畢契不贊成依據主體的動機，也就是品格的表徵，作為一個主體的判斷是值得稱讚的還是譴責的。他們認為一個行動的判定不只是依據主體的品格，還必須依據這個行動所欲求的結果及是否符合相關的原則及規則。

筆者舉一個例子說明畢契這部分的觀點。李醫師剛從大醫院辭職到鎮上開業，急欲拓展業務以賺更多的錢，李醫師看診時一切照健保的規定，而且該給病人的治療絕不會偷工減料，因為李醫師習慣照規定看病，而且也認為這樣做，長期下來對自己最有利，可以賺更多的錢。李醫師的品格中有照規定辦事的特質，但是他開業的動機卻是賺更多的錢，因此遇到鎮上的鎮民，李醫師笑臉以對，一個感冒的病人可以看上 15 分鐘，甚至更久，他也會主動問病人其他的問題，甚至

²*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,27

³*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,27

幫忙病人的家屬回答其他的問題。但是對他鄉的過客，李醫師表情嚴肅，如果只是感冒，大概只花個 3 到 5 分鐘，病人如果多問一些問題，李醫師則顯出不耐煩的表情。開的感冒藥可能兩者都一樣，但是對鎮民可能會多送一些病人家屬需要的藥物。李醫師作了符合道德原則的對的事情，但是因為動機不對，出於自私，所以李醫師及其行動不是符合德性的，也就是不被社會所贊同。

關於品格及特質的定義，筆者有以下的補充。品格指的是「一個人倫理與才智方面綜合的特性」。⁴筆者認為品格是指後天培養出來的心性，一個人的品格受到遺傳與環境因素的影響。品格則可以經由後天的培養而改變或者是引發出原本存在的心性。而特質 (trait) 指的是一個人的品格在社會上所顯現出來行為特徵，如吝嗇、誠實、樂觀等。一個人的中心特質是構成人格 (品格) 特質的核心部分，大約在 5 到 7 個之間。人格學習論者認為，個體的人格是受環境因素影響而逐漸形成的。⁵德行則是指能產生社會價值的品格特質。因此一個人從事某種行動久了之後便成習慣，最後將成為這個人的品格之一。畢契所謂的道德的德行應指出自德行的動機且符合道德標準的行為。而本節的標題「道德品格」應指具有能做出符合道德原則的動機的品格。

畢契舉了五個主要的德行作為生命醫學倫理的主要德行：這五個分別是 (1) 憐憫 (compassion)。(2) 洞察力 (discernment)。(3) 可信度 (trustworthiness)。(4) 正直 (integrity)。(5) 良知 (conscientiousness)。

以下略為說明之：

- (1) 憐憫：「指的是一個特質，這個特質包括主動關心他人的福利的態度，以及一種富想像力的瞭解和一種對他人的不幸及痛苦來自深層的同情，慈愛，以及不舒服的情感反應。憐憫預設了同理心 (sympathy)，且和仁慈 (mercy) 有密切關係，以及表現在試著去減輕他人的不幸或痛苦的行善行動上。不像正直，主要的焦點在自己，憐憫是聚焦於他人」。⁶當一個護理人員對他們的行為表現出無情感，這些人經常無法提供病人最須要的需求。但是有時憐憫也會矇蔽判斷以及排除掉理性以及有效的反

⁴林正弘等譯，《劍橋學辭典》(台北：貓頭鷹出版社，2002)，頁 179

⁵以上關於品格及特質參考：張春興，《現代心理學》(台北：東華書局，2002)，第 11 章。

⁶*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 32

應。

- (2) 洞察力：「洞察力的特質指的是將敏感的內省，快速的判斷，以及理解帶到行動中。洞察力包括作出判斷及下定決定時不會受到外界無關的考量，恐懼，私慾等等的不適當影響的能力」。⁷洞察力包括實踐的睿智，以及情感反應的洞察，知道病人在某種情況下的情緒反應及情感需求。「洞察力的德行包括在各式各樣的情境中了解那些原則及規則是相關的，以及如何相關」。⁸筆者認為洞察力說的是一種外顯的能力，講求的是細膩度；是我們做出正確的道德判斷時必備的能力與必要的條件。
- (3) 可信度：「是指對另外一個人的道德品格及能力的一個有信心的信念及信賴。相信包括了對另外一個人會依正確的動機及依適當的道德規範行動的信心」。⁹這裡關係到病人是否相信醫師的問題，筆者認為現代的病人已不像從前那麼相信醫師，這種情形有好有壞，好的是病人可以自己找相關的知識及問另一個醫師的意見，以促使醫師精益求精，壞的是增加醫病關係的緊張度及使得醫師的治療更加保守。
- (4) 正直：「道德的正直意指理智的 (soundness)，可信賴的，整體的，以及整全的道德品格。在一個較限定的意識而言，道德的正直意指皈依於道德規範的忠誠。依此，正直的德行表現在一個人品格的兩個面向上。第一是指一個自我的各方面的融貫整合，包括情感，欲求，知識等等，以致於各個彼此會補充及不會攻擊其他的。第二個是對道德價值的忠實以及當必要時支持他們捍衛的品格特質」。¹⁰這段敘述在書中所舉的例子是，如果醫護人員的信仰或中心思想是不能見死不救，也就是說對一個已經回天乏力的病人，即使病人家屬簽署不必再做心肺復甦術，但這些醫護人員很難接受，在此情況下我們不能要求這些醫護人員放棄他們的信仰以接受制度。我們應該另想他法，例如將這些醫護人員調往其他的病房等等。
- (5) 良知：「一個人良知的行動，是指他被激發去做這些對的事情是因為它是對的，而且已經嚐試適當的努力去決定什麼是對的，想要去做什麼是對的，以及盡適當的力量去做它」。¹¹就像其他

⁷*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,34

⁸*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,34

⁹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,34

¹⁰*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,36

¹¹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,37

的德行，對一般道德及理想道德而言，良知是顯著的。「良心（conscience）不是一種特殊的道德能力或者自我證成的道德權威。良心是指關於一個人的行動是義務的還是被禁止的，對或錯，好或壞的自我反省或判斷的形式。」¹²良心是一種經由批判的反省而產生作用的內在的制裁。這種制裁通常是以不好的良心出現，例如罪惡感，可恥，或自責的痛苦感覺的型式，是個體認為自己的行動是錯的。筆者認為良心是指用來自我反省的一種形式也是一種能力，它自我反省所根據的不一定是道德標準，例如有人會說：「雖然我手頭很緊，也知道他跟我借錢很可能是拿去吸毒，但他畢竟曾是我最好的朋友，也曾幫過我，看他可憐兮兮的樣子，我不借他一萬塊錢，我會良心不安的」，當事者認為如果不借錢給他的朋友，事後當事者一定會受到自己的良心苛責，苛責的理由可能是經由自省後，以忘恩負義這個理由苛責自己。「當人們宣稱他們的行動是良知的，他們有時候覺得是被良心的驅使去拒絕他人的要求」。¹³例如當一個醫師被要求去執行一個不合法的行動（例如給病人不合法的藥），醫師會說這樣做是違背他的良心及正直。筆者認為良知指的是經過審慎的思考後決定採取某種行動，而良心指的是內心的自我審判。

下表為道德德行和道德原則之間的關係：

原則	對應的德行
尊重自主性	尊重
不傷害	不傷害
行善	行善
公平	公平（或平等）
規則	對應的德行
真誠	誠實
保密	保密
隱私	尊重隱私
忠誠	忠實

¹²*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 38

¹³*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 38

理想的行動	對應的理想德行
超凡的寬容	超凡的寬容
超凡的慷慨	超凡的慷慨
超凡的憐憫	超凡的憐憫
超凡的仁慈	超凡的仁慈

筆者認為以上所舉的五個德行是驅使我們做出合乎道德原則的內在動力來源，但不表示處理醫學倫理案例時一定會得出最好的答案，要得出最好的答案仍然需要好的倫理決策方法。

接著簡述理想道德 (moral ideals)、義務和額外的行動，這些都是以共通道德為基礎點衍生出來的。在這裡我們將了解到共通道德所要求的是最小的道德要求，而醫護人員的基本道德要求比共通道德的要求還要多，因為共通道德是約束所有的人，並沒有考慮到專業人員的義務要求。

理想道德：「有兩個道德標準：一般道德標準以及超一般道德標準。第一個階層是侷限在屬於每個人的在共通道德之內的標準。這些標準構成最小的道德 (moral minimum)。他們包括在道德原則及規則分殊化後的義務，以及我們所期待所有的道德主體去持有的德行（例如忠實，可信賴，以及誠實等）。第二個階層是期盼的道德，是個人採納但不要求所有人的理想道德」。¹⁴理想道德是令人讚賞的道德，但對於不追求理想道德的人我們不能加以譴責或批判，而對於不採納理想道德的人也不能加以譴責。關於道德的行動我們可以分成四個範疇：(1) 對的且是義務性的行動（例如說實話）。(2) 錯的及被禁止的行動（例如謀殺）。(3) 選擇性及中性的行動（不是錯也不是義務的）。(4) 選擇性的但是道德上值得獎賞的及直得讚揚的。¹⁵和理想道德有關的是第四種道德行動，就第四種行動來說，像是額外的行動 (supererogatory acts)，就是做超過自己被要求的工作。額外的行動又可以分成四種情況：(1) 額外行動是選擇性的，它不被共通道德所要求或禁止。(2) 額外行動超過共通道德所要求的。(3) 額外行動是被有意識的去執行以增加他人的福利。(4) 額外行行動是道德上好的且

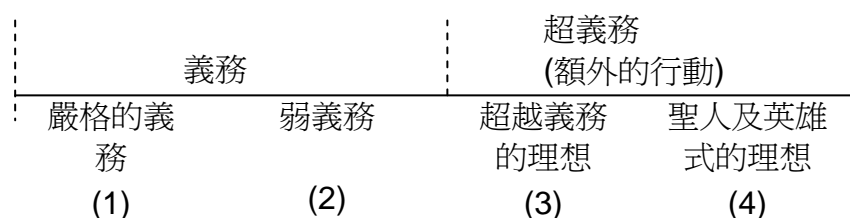
¹⁴*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,40

¹⁵*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,40

是值得讚賞的（不只是出於好的意欲的行動）。¹⁶像是有些英雄或者聖人的行為便是一種理想的道德。其他的像是義工的行為，公眾服務或護士下班後仍然留下來照顧病人也是一種額外的行動。

現代的倫理理論將所有在規則主導行為下的事情區分為義務性的及超義務性，但這中間的界線很難劃分清楚，「訴諸於共通道德不能決定哪些行動是道德上需要的，哪些行動是道德上可選擇的。這個問題在專業倫理學上更複雜，因為專業倫理的角色產生的義務不能約束不佔有這些角色的人」¹⁷。因此義務性的行動及額外的行動這兩個階層在共通道德及專業倫理中缺乏明確的界線。

義務和額外行動是一個連續體，畢契將其分成四個部分，由「嚴格的義務（共通道德中的核心要求）經過較弱義務（在共通道德一般要求的邊緣，像是徹底的評估另一個人的行動的義務），然後到達道德上非必要的包括較低階層的額外行動（例如仁慈的幫助一個在醫院通道走失的訪客）。由這個角度來看，缺乏仁慈及寬大在道德生活中是有缺陷的，即使在義務上並未失敗。這連續體終止在更高階層的額外行動（例如英雄式自我犧牲的行動）」。¹⁸以下為圖形：



許多醫療專業上的道德義務以共通道德的角度來說是屬於理想道德。「許多在醫學及護理上的責任（duty）是和專業有關的，而不是在共通道德中或其他專業實踐形式上的義務。有些角色的義務在專業的準則中甚至沒有正式的說明。例如，對醫護人員願意（will）鼓勵以及振奮病人的期望是專業賦予的義務。」¹⁹畢契以愛滋病作為例子，談到醫護人員的自我利益及專業義務的衝突，但畢契也說醫護人員的自我利益的犧牲以及專業角色的義務這個問題尚待解決。這令筆者想到當初 SARS 事件發生時，醫護人員逃離醫院的事情，這個問題

¹⁶Principles of Biomedical Ethics, 5th ed ,40

¹⁷Principles of Biomedical Ethics, 5th ed ,41

¹⁸Principles of Biomedical Ethics, 5th ed ,42

¹⁹Principles of Biomedical Ethics, 5th ed ,43

很複雜，需要另外的專題討論。

以一般醫師而言，與上面所談的較有關係的是，是否有義務鼓勵及振奮病人，以及共通道德是否無法訂出醫療人員最小的道德要求，照畢契的說法似乎醫療人員的義務要求比共通道德的要求還高，如此畢契豈不自打嘴巴，變成他的生命醫學倫理原則不適用於醫護人員。筆者認為畢契的意思是四原則及所分殊化出來的規則不能完全涵蓋醫護人員的義務，甚至連專業的醫護倫理也沒辦法，這裡強調的是德行的重要，像是醫護人員鼓勵病人，這也是醫護人員常做的事情，給病人希望，但是要做到什麼程度才算是鼓勵病人，則是個尚待解決的問題，因為我們不能要求醫護人員一定要讓病人從悲傷中振奮起來才算完成義務，有時是做不到的，因此畢契在此也用責任來代替義務。對一般醫師來說，如何利用四原則的方法決定出醫護人員的義務，筆者認為應該不是問題，因為在進入分殊化及平衡時，可將這些角色義務及責任帶入考慮中。

（二）醫病關係

在畢契的書中，畢契是以四原則所分殊化出來的四個德行作為醫病關係的義務，但筆者先以另一篇文章說明醫病關係的本質：

在安東尼拉（Antonella Surbone）的一篇有關醫病關係的文章中寫道：醫病關係是一種不對稱的關係，其不對稱顯現在三方面，一是角色上的（existential）不對稱，醫師是治療給予者，而病人是治療需求者，醫師能掌控部分的疾病進行的方式及治療，醫師也能決定有關疾病的訊息的透漏時機、程度及數量的多寡，病人對醫師而言，只是他眾多病人中的一個。對病人而言，疾病是病人所無法掌控的，病人充滿著憂慮及恐懼，病人有時會認為醫師不夠細心及不易親近。第二個不對稱是社會性（social）的不對稱，一般而言，醫師相對於許多病人是處於較高的社經地位，而醫師經由醫病關係取得個人的經濟所得及社會地位的資源，並且獲得權力。第三個不對稱是知識上的「epistemic」不對稱，醫師對疾病的了解是有關此疾病的一般性的知識，所以處理病人是以一般性的原則、簡單性及規律性去處理，而病人對疾病的了解主要來自於自己對疾病的唯一的、獨特的感受，所以病人最了解這個疾病的複雜性及不規則性，因為這是他自己的疾病，

只有病人直接感受這個疾病。²⁰

根據這篇文章所言，我們可以這麼認為，在醫病關係中，醫師是資源的掌控者及給予者，是以知識性的態度看待病人及疾病，是醫療事件的道德決策中的主要決定者以及由此獲得薪資，而病人相對的是處在較弱勢的情況下，是以較感性的態度面對醫師及疾病，所以醫病關係中，對醫師的要求包括誠實、尊重病人隱私、保密以及真誠等。

另外在現今的社會，消費者的觀念愈來愈顯著，甚至侵蝕到醫病關係中，病人變成消費者，而將醫師視同提供商品的「商醫」，大概是因為美容醫學及塑身醫學的興起，病人不是來看病，而是像到沙龍做頭髮一般，不同的價碼做不同的醫學美容，但是大部分的醫師仍然是以治病為主。下表為醫護專業及生意人的差別：

專業人員	商人（市場）
(a) 促進病人及醫師的利益	促進自己的利益而不是顧客的利益
(b) 薪水附屬於專業的活動	利潤是生意（business）活動的核心
(c) 專業人員關心的是大眾真正的需要或者是人類生命的重要面向，例如健康，公平，或教育	生意關心的是需求或欲求
(d) 專業有責任去解釋公共政策的廣博事務	沒有如此的公共或社會功能
(e) 專業有政治及商業的獨立性這使得他們的解釋對公共政策是重要的	生意缺乏獨立性以及它在公共政策的解釋顯現被賦予的利益或正確派系的策略
(f) 專業有知識的基礎，這需要廣博的教育	生意有淺薄的，機會性的知識基礎，對此，訓練要比教育更適當。 ²¹

畢契列舉了四個道德規則作為醫病關係互動中的四個代表性義務：

²⁰Antonella Surbone and Jerome Lowenstein, "Exploring Asymmetry in The Relationship between Patient and Physicians," *The Journal of Clinical Ethics*, vol.14, no.3 (2003): 183-188

²¹R. S. Downie, "The Doctor-Patient Relationship," in *Principles of Health Care Ethics*, Ed. R. aanan Gillon (Chichester: John Willey & Sons, 1994), 348

- (1) 誠實 (veracity) : 指的是在醫療照護中完整的，正確的，以及客觀的傳達訊息給病人，以及專業的幫助病人了解病情。
- (2) 隱私 (privacy) : 是指一個人的資訊，身體，生活，財產和決定等，除非當事者同意，外人不得探知，當醫師檢查病人時，是病人自願讓醫師探知自己的隱私。
- (3) 保密 (confidentiality) : 當醫護人員獲得病人的病情時，除非病人同意，否則醫護人員不得將病人的病情外露。
- (4) 忠誠 (fidelity) : 包括信守承諾，達成協定，維持人際關係等，醫病關係是建立在信任以及信心上，因此醫師是病人醫療福利的信託者。²²

在本章節中我們說明了共通道德、分殊化、平衡、四原則、以及道德品格和醫病關係。在歐美國家已有人將四原則中的尊重自主性原則當成四原則中最重要原則，但以醫病關係的特殊性，醫師必須為病人著想，因此有時候醫師必須基於行善原則而不告訴病人一些病人可能會受不了的病情。另外，醫師是醫療的供給者，如果醫師認為這個治療對其他患同樣病的人是好處大於壞處，但對這個病人而言是壞處大於好處，而且對這病人有另外更好的治療方式，則醫師可以不告訴病人這個治療方式。例如減重的方法中，有一種名為「阿金減重法」，方法是服用大量的蛋白質以取代糖分的飲食減重法，這種飲食控制的減重法，短期內效果顯著，但不適合腎臟及肝臟功能不好的人，因為長期服用會加速腎臟及肝臟功能的惡化（超過三個月以上幾乎都有副作用），但是有些想減重的人士，即使腎臟或肝臟不好，但為了減重無所不用其極，什麼方法都敢試，只要能減重就好，遇到這種病人，如果病人問筆者有哪些減重方法，筆者是不會跟他提這種減重法。

²²參見 *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed , chap.7

第二節 對決疑論批評的回應

(一) 由下而上的證成模式

除了畢契所提的整合式倫理決策方外，有另外兩種倫理決策方法，一種是由上而下模式的決策方法，另外一種是由下而上模式(Bottom-Up models)的決策方法。簡單的說，這種由下而上的決策模式是採用歸納(inductive)的方法，先由社會上已存在的一些共識及操作，一些可比較的案例分析作為起點，以此再對其他個別案例作出決定，然後再一般化成為規範。實用主義(pragmatism)、特例主義(particularism)、以及某些形式的女性主義及德性論理論皆可歸為這種模式。

歸納主義者認為某些案例及特殊判斷提供了道德結論得以被接受的正當理由，因此原則並不是最先出現的。原則的意義、功能及份量來自於先前的特殊環境中的道德爭辯及反思。由許多解決的醫學上的道德案例顯示，所有的道德規則都出現而且被盡力的精緻，但也只能當成一個文化基質底的指引中的臨時穩定點。這些都不支持一個靜態的及保守的道德觀念。以醫學案例來說，例如安寧療護的發展以及病人或家屬的事前簽定拒絕「心肺復甦術」的急救治療等，就是隨著時間及臨床病例的觀察及治療經驗，加上社會上觀念的逐漸轉變，而發展出來一種新的實質規則的架構以解決這些問題。這個新的架構以類似的案例達成決議，並且應用在倫理及法庭的判決上。即使我們所用的原則或規則在這架構中不是新的，但是原則的內容卻因為要解決的問題而改變。由下而上的判斷方式中最常被人引用的就是決疑論，這種方法不講求原則及理論，但強調道德傳統，經驗及特殊環境。決疑論經常被人拿來和畢契的整合理論相比較，決疑論者及畢契理念的擁護者也常互相說自己的理論可以包括對方的理論在內，因此以下筆者將進一步說明決疑論。

(二) 決疑論：

決疑論是由下往上的模式去處理道德問題。決疑論最早在西方被討論到是在公元壹仟年左右，由當時希臘的智者及哲學家(如亞里士多德)，立法者及雄辯家所提出。而基督教會的決疑論發展到 16、

17 世紀時達到顛峰，一開始用於懺悔的實踐中及理論學家的質疑理論中，後來用在宗教外的領域中，政治及經濟的轉變中，但後來因為自身理論的問題及外界的壓力使得決疑論在西方的基督教會的發展中沉寂下來。²³近年來因為醫學論理的發展而又重新被提出，尤以艾伯特強生（Albert R. Jonsen）及史蒂芬托明（Stephen Toulmin）所著的《決疑論的誤用》這本書最為代表性。此書雖名為《決疑論的誤用》，但書中的大意主要是說以往因為決疑論的失敗被過份的強調，且其成功被忽略，以致於他的智慧從未被用於解決道德上的難題，如今此書提出新的看法，顯示出決疑論和道德哲學的相關性，尤其是其規則反應在實際生活上的問題時更為顯著。

廣義的決疑論指的是：「應用抽象的原則，格律或規則到實際的案例上的方法」，²⁴其中所謂的原則，格律及規則乃是由另外一些典型的範例所導出的。如依強生及托明他們所下的定義則是：

「使用基於「範例」(paradigms)和「類似例」(analogies)的推理程序去分析道德議題，並把專家對於它們特有的道德義務的所在及急迫性意見，用一般的，但非普遍的或不可改變的規則或格律表達出來，這些格律或規則只能在行為者及其行動的環境的典型情況下才能確定有效」。²⁵

這個定義將決疑論在案例分析中的道德判斷形式表達出來，決疑論者的道德判斷是在具體的環境中做出，強生他把案例分析區分成「型態學」(morphology)，「分類學」(taxonomy)與「動力學」(kinetics)三個步驟。

我將以強生在其文章中所提的案例及其所做的分析做進一步的探討，強生所提的案例如下：

一位婦產科住院醫師被通知在夜裏去看一位他並不認識的女士。在事先看過她的病歷之後，他知道這位女士是一位處於卵巢癌末期的病人。他一進門後，就注意到她非常衰弱的狀態與極大的痛苦。她請求說：「讓這一切快點結束吧！」這位醫生於是為她施打了高劑量的嗎啡，黛比在一個小時後死於嗎啡所

²³Albert R. Jonsen and Stephen Toulmin, *The Abuse of Casuistry* (California: University of California Press, 1988), 47 and 89-90

²⁴John D. Arras, "A Case Approach," in *A Companion to Bioethics*, Ed. Helga Kuhse and Peter Singer (Massachusetts: Blackwell Publisher, 1998), 106

²⁵*The Abuse of Casuistry*, p257

導致的呼吸衰竭。²⁶

在決疑論中，所謂的「案例」其實是指一組由我們對一些人、事、時、地、物等情況所作的敘述所組成。這些敘述也構成了典型的決疑論者所謂的「情況」(circumstance)。在情況的中心是所謂的「格率」(maxim)，而敘述是圍繞著格率，格率指的是簡短的、像規則一樣的說法，是賦予案例道德認定的。

以上面的例子而言，環境就是對病情的詳細描述，例如黛比的病情如何，醫師的診斷為何，醫師是不是黛比的主治醫師，病人的主動要求，醫師打了多少劑量的嗎啡，病人死亡，病人的痛苦解決，醫師達成病人的要求等等，接著建立規則或格律，格率像是：「醫師必須解決病人的痛苦」等。不同的格率或中層原則是依據案例的情境而引發出來，格律提供了故事的道德性，一個案例可能不只一個規則或格律。強生說：「決疑論者要做的工作就是決定那一個格律應該規定此案例以及到什麼範圍...情況的某種改變會使得另一個較明顯的格率出現」。²⁷因此是客觀的情況(circumstance)決定了那一項格律來規定案例。

再來進入「分類學」(taxonomy)的步驟。我們必須依案例的分析，找出爭議的焦點，並依此找尋一些範例(paradigm cases)，這些範例是大多數人能立即的分辨出，它們在道德上是明顯地錯誤或明顯地正確，再將這範例置於光譜的兩側(兩側的範例一般是針對同一格率而有相反的判斷)，與所要判定的案例排列成一線。所謂類似例(analogous cases)指的是當情況改變到可以改變格率的案例。例如以黛比的案例而言，其主要的議題是「醫師是否可協助殺人」，所以我們找的範例可以是，一邊是不可殺人的範例，例如癌症末期病人必須靠打嗎啡止痛，因為長期的找不到工作而耗盡家財，希望醫師幫他安樂死。另一邊我們可以假設成癌症末期病患，必須靠大量的嗎啡止痛，且合併心臟衰竭必須僅靠呼吸器及強心劑維生，意識時好時壞，在病人意識清醒時，要求醫師停止其強心劑的治療。一邊是不可殺人的典型範例，另一邊則是可以不繼續治療的典型範例。強生說：「將此案例放入它的道德脈絡中以顯露其論證的分量，依此可評估其先前所做的正確或

²⁶Janssen, Albert R., (1991) "Casuistry as Methodology in Clinical Ethics," *Theoretical Medicine*, 12 (1991): 295-307

²⁷*Theoretical Medicine*, 298

錯誤的假設」。²⁸ 黛比的案例如果以醫師的慈悲殺人為主要訴求點，則找的範例將不一樣。

強生說：「分類使人明白任何一個眼前的案例都不是孤立的。分類使得眼前的案例與典範案例之間的差異，能做為道德判斷的指點。[道德]判斷並非基於原則或理論，而是基於情況與格律在案例自身的形態中所呈現出來的方式，以及基於它與其它類似案例之間的比較」。²⁹

最後是動力學的部分：範例及類似例(或案例)之間的道德判斷的轉移是須要以應用的智慧(practical wisdom)來運作。因為沒有兩個案例會是完全一樣的，決疑論是以情況和格律作為案例比較的指標，著力於格律和環境彼此之間的相互關係中。只有睿智的人才能知道某個準則對這社會而言是有幫助的還是有害的，只有睿智的人才能掌握全局，顧全大局，依情況的變化所產生的考慮加以權衡，然後再依權衡後考慮的結果決定或改變格律的正確及錯誤。決疑論的推論方式類似普通法(common law)的方式，由下往上，經由歸納的及逐漸增加的發展出新的原則以處理問題案例。總而言之，決疑論的推理方式考慮三方面的關係：範例和類似例(案例)，格律和情況，正反兩個宣稱的情況的改變。

對決疑論的批評

決疑論的優點：

- 一、比其他學說更能依情況而定道德判斷，尤其是在政策的制定及臨床醫學上：尤其對工作忙碌的醫護人員，無暇深思一些道德兩難的問題，如能利用決疑論的方法，找到一個類似的範例做比較，則是最省時、省力且有效的辦法。
- 二、共識能夠在相對較低的分析的階層達成，例如介於中層原則與特殊案例之間：當有不同的原則互相衝突時，如能利用範例類推的方式，則能省掉處理原則衝突的階段。
- 三、決疑論特別適用於解決在多元民主社會中的衝突：因為利用範例和個案的情況的比較，可明顯看出二者的不同，是不是因為彼此文化背影或價值觀的不同所致。
- 四、道德議題在較低，較少理論的階層中尋求共識，將使輸者不那麼憂傷，例如以優生保健法的墮胎案例而言，如果訴諸環境的不許

²⁸Theoretical Medicine,302

²⁹Theoretical Medicine,303

可及大人的無法照顧好其他的孩子為理由而墮胎，將比「未出世的胎兒也是人」這個觀念令人較易接受。³⁰

決疑論的缺點：

- 一. 在類似例和範例做比較時，二者之間必須要有一些道德相關性的可認定的規則將兩者聯結在一起。³¹也就是說範例本身並沒有辦法為自己說話，也沒有辦法說出如何由實際情況得出道德判斷，因此需要連結的道德相關的規則將範例與案例連結在一起。這些規則並不是案例的一部分，而是解釋和連結案例的一種方法。筆者進一步說明，也就是我們需要一些道德規則先確認出案例中哪些實際情況是和道德有關的，如此我們才能依據這些和道德有關的實際情況的變動定出範例。而這些道德規則是外在於案例的。並且一個案例可以有許多的格律，格律之間彼此衝突，我們如何知道那一個格律是主要決定這個案例的格律。例如黛比的案例，我們是要以醫師對病人的判斷足不足夠，還是以病人的病情是否痛苦到比死還難過來規定這個案例並找尋相關的範例，還是我們必須衡量二者的輕重。
- 二. 決疑論者在尋求那個格律規定這個案例，事實上已預設了原則、規則或格律。再者，所舉的範例一般只是社會上的共識，並不代表一定正確，以及如何解決文化差異的問題。不同的人對格律及情況所做不同的詮釋，以及如何防止案例的不正常發展，或者是未注意到案例的某些相關特徵，這些又該如何解決。³²因為社會上認同的事物有可能是來自社會中積習已久的不公平的社會操作及制度，所以一旦取用了不正確的範例，將導致案例不正確的判斷，這點也是畢契批評決疑論者最多的地方，畢契說：「問題的根本在於決疑論是一個沒有內容的方法，...它缺乏初始的道德前提。它也缺乏任何肯定（certitude）的實質基礎，...類似例永遠無法得到一個真理的宣稱的證明，並且靠著類比，我們經常不知道一些我們認為我們知道的事情」。³³他們認為決疑論者的方法必須在評定對或錯的行為前(如範例的格律)加入以道德相關性的原則(如範例中的格律是符合不傷害原則)作為輔佐。約翰·阿拉斯(John D. Arras)

³⁰以上四點見 “A Case Approach,” in *A Companion to Bioethics*, 110

³¹*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 394

³²*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 394-397, and “A Case Approach,” in *A Companion to Bioethics*, 111-113

³³*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 395-396

對此的答辯是：決疑論者對於案例的考慮方向是必須依判定的人及於類似例推理時所用的原則及價值而定，隨著社會的演進，規範及所用的類似例的推理也隨之演進而達演進式的結論。至於範例的正確與否；決疑論者注意到了一個成熟的文化將含許多健康的自我批判的資源，以此能看出以往傳統規範的錯誤，事實上，這個問題也是其他方法論進路的問題。關於文化差異及不同人詮釋差異的問題，則現在的社會已愈來愈全球化，而且現今社會的一般民眾、醫師、法律學者、經濟學家、政治家等對未來的醫學議題也是以決疑論的方法尋求共識。阿拉斯也說決疑論者有個無法被避免的被認為是自我滿足的方法的限制，又因為是倒退尋求（backward-looking）的方式（尋找過去的範例），故無法達成一個對結果更具系統的，科學的評估，以及較易匯集到現代偏差的判斷，故阿拉斯認為需要指引的原則及理論。³⁴

- 三. 畢契批評決疑論者搞混了在實際操作上我們不須要理論和不須要原則的不同(因為我們仍須原則去評定一個格律的對錯)。同時決疑論者也搞混了關於原則的肯定(certitude about principles)及理論的肯定的差別。畢契說：「我們相信在一般公共的及主流的道德哲學中，我們已經發現在普遍化的道德原則中有一個“確定的場域”(locus of certitude)。我們同意在實踐的思慮中，關於特殊案例及結論，我們經常有超過對道德理論的較大的肯定，但是原則，就像是形成共通道德的黏著劑(cement)，並不缺乏肯定」。³⁵
- 四. 決疑論者對於價值及應用倫理學是否需要理論仍有不一樣的想法。
- 五. 決疑論者將實際情況(facts)與「已設定的價值」(settled values)連結在一起，而這些已設定的價值在分析上來說是與特殊案例及實際情況分開的，而且這些設定好的價值可保留到下一個案例，這些設定好的價值或連結的規範越是一般化，則越像初始原則的狀況。筆者舉例說明，就像前面所提的急診醫師下班時刻送來急診病人以及答應帶兒子上圖書館，已設定的價值像是「醫師有義務急救病人」及「答應別人的事情則我們必須要完成」的規範及價值已經事前設定好的，與案例無關。³⁶

³⁴ "A Case Approach," in *A Companion to Bioethics*, 111-113

³⁵ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 396

³⁶ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 395

第四章 中層原則主義的證成模式的內在差異

倫理學的論述中，證成必須要有足夠的理由（grounds）。這些理由必須是好的理由，而且是和最後判斷有關且適當（足夠）的理由。在上一章我們討論過由下而上的證成模式，另外一種是由上而下的模式，這需要一般性的原則及理論，另一種為畢契的整合式模式。整合式模式的倫理決策方法整合了由上而下及由下而上的模式，不講理論但講求原則。有學者認為畢契所提出的倫理決策方法本身也是一個理論，是一個不講理論的理論。

在這一章中，我們首先說明由上而下的證成模式，接著說明整合式證成模式，關於這個模式，我們在第二章中已說明了分殊化等概念，所以這一節我將說明共通道德理論以及融貫理論，在第三節則舉一些倫理學者對畢契理論的批評及畢契的回應，這些批評有些是來自其他原則主義者的批評，是關於畢契理論內在結構的批評。

倫理決策的過程需不需要理論一直是本篇論文的主題之一，所以我先說明畢契認為一個好的理論必須具備的條件，然後再說明兩種證成模式。

我們經常將我們對於倫理的敘述稱之為理論，但理論應該能指出以下四點：（1）抽象性的反思及論證。（2）系統的闡明倫理的基本成分。（3）一個完整的原則組合體。（4）對於這些原則的系統性證成。¹畢契在其書中提出了八點作為我們判斷一個道德理論是否完善的標準，事實上一般的理論都不能完全符合這八點的要求，但是只要能部分的符合這些條件，便能避免掉他人對理論是否只是循環論證或只是是一些前理論的規範的組合體的懷疑，此八點為：

1. 清晰性(clarity)
2. 融貫性(coherence)：一個倫理理論必須具有內在的融貫性，它不能有觀念上的不一致，也不能有敘述或立場的互相矛盾。一致性永遠不能被當作一個好理論的充分條件，它只是一個必要條件而已。一個理論的主要目標是將所有它的各種不同的規範性元素帶入融貫中。
3. 完整性及廣泛性(Completeness and Comprehensiveness)：一個理論必須盡可能的全面的對所有的道德價值及判斷提出說明。畢

¹ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,337

契認為他們所提的四原則對一般性的規範倫理學而言，談不上一個完整的系統，但是經由分殊化後，證成了及產生了許多規則，因此能對生命醫學倫理學提供一個足夠廣博的一般架構。

4. 簡單性(simplicity)：一個只具有幾個基本規範但卻能產生足夠的道德內容的理論較另一種具有較多規範但卻無附加內容的理論來的好。。
5. 解釋力(Explanatory Power)：一個具有解釋力量的理論能提供足夠的內省來幫助我們了解道德生活，包括他的客觀性、主觀性以及權利和義務之間的關係等等。
6. 證成力(Justificatory Power)：一個理論它能給我們基礎去證成信念(belief)而非將我們已有的信念重新安排。例如殺人(killing)是不允許的，但允許死亡(allowing to die)卻是許可的，一個理論必須證成此二者之間的差別在於一個是行動而另一個是取消行動。一個好的理論應該有這種能力去批判有缺陷的信念，而不論這個信念是否已為大眾所接受。
7. 產出力量(Output Power)：一個理論的產出力量指的是當它產生出的(結果的)判斷不是存在於構成此理論的特殊的及一般的「思慮後的判斷」的原始的基本資料中。換句話說，一個規範性理論如果只是重複這個理論尚未建立起來之前已被視為是合理的判斷，則這個理論並沒有完成任何事情。也就是說一般性的規則或初使的判斷並未將實際的情境考慮進去，我們必須將規則或初使的判斷帶入情境中以產出新的判斷及理論。
8. 可實行性(Practicability)：一個建議的道德理論如果要達到它的條件必須有很高的要求，因此只能或者是不能被少數人所滿足，則這個理論是無法被接受的。一個表現出烏托邦式的理想或不可實行性建議的理論是不符合可實行性的標準。²

以上述的標準而言，效益理論符合內在的融貫性，簡單及有著異常的產出力量的廣博理論，但是和我們某些實際的可慮及的判斷，例如某些公平的判斷，人權及個人的理念的重要性不合。義務論和我們許多可慮及的判斷相一致，但它的清晰性、簡單性及產出力量卻是有限度的。

² *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,338-340

第一節：由上而下的證成模式

由上而下的證成模式指的是：道德證成的獲得是經由一個可以涵蓋判斷的規範性箴言的架構。這個方法的證成必須是一般性的原則或規則，合併一個情境的相關因子，支持一個指涉達到正確的或證成的判斷。這種方法就是將一個一般性的原則運用在一個案例上。簡單的公式如下：

1. 敘述 A 的所有行動是義務的。
2. 行動 B 是敘述 A。
3. 行動 B 是義務的。

簡單的例子為：

- 1x. 對病人的醫師來說，所有的急救行動是義務的。
- 2x. 心肺復甦術是急救行動。
- 3x. 對病人的醫師來說，心肺復甦術是義務的。³

這種方法必須先預設所有的人事先已學會或習慣以這種模式來思考事情。問題在於要選擇那一種理論運用在這個案例上。這種方法的好處在於當我們用在簡單的案例上時非常好用，因為證成一個特殊的判斷只需將這個判斷帶入原則，或原則證成的規則下，或者以一個完整的道德理論辨證這些原則或規則便可。簡單的圖表如下：



由上而下的證成模式的問題

由上而下的道德決策模式的好處在於簡單，一致性，但同樣的也是這方法的缺點。因為這方法是以一個原則作為最高的決定原則，所以當我們進行判斷時，有時會遇到複雜的案例，這時這種方法便會顯得不足。例如一位患有輕度憂鬱症的病人拒絕吃抗憂鬱藥，病人的家

³ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 386

屬到醫院幫病人領了藥以後，騙這位病人說這些藥物是胃藥，病人才肯吃藥，病人的家屬事先要求醫師不要告訴病人實情，當病人問醫師這藥物是什麼藥物時，醫師該如何回答？一方面的判斷是「醫師應該要告訴病人他吃的是什麼藥物」，一方面是「病人拒絕服用抗憂鬱的藥，所以爲了讓病人吃藥，醫師不應該告訴病人他吃的是抗憂鬱的藥」。前者判斷正當性的來源來自規則「不可欺騙」，而原則來自「尊重自主性」原則，證成的理論來自「義務論」。後面的判斷的證成來自規則「移除會傷害到他人的情況」，原則是「行善原則」，證成的理論是「效益論」。兩個不同的判斷、規則、原則及理論。當我們選擇其中一個原則或理論時必定會違反另一個原則或理論，到底我們要選擇一個理論，又爲什麼這個理論比另一個理論更好。

原則及規則太過抽象，我們必須依實際情況來考量問題，因此必須進行原則的分殊化及不同原則間的衡量，在進行原則的分殊化時，我們必須考慮許多因素，例如世界觀，文化差異，及可能的結果等等。有時候情況複雜到可以將許多原則帶到案例中。不同的人對同一個案例的實際情況可以有不同的看法，及採用不同的原則產生相同或不同的結果。同樣的原則及情境給不同的人應用，所產生的結果不一定一樣。

傳統的理论並沒有處理行動、角色、規則、德行及制度方面彼此間的相互關係，他們大都談論關於一般性的價值性質，倫理原則的辯證及表達，所以較不能應用在實際案例中。如果訴諸理論來證成原則，則沒有一個權威性的或主要的道德理論存在。

由上而下的證成模式，將會產生一個潛在的無限後退的證成，因爲至高原則的證成需要自我證成或者是證明不接受他是不理性的，並且證成所有其他的原則及規則，這兩件事都是很難達成的，而且沒有一個理論能達成這樣的證成。

第二節 中層原則主義的整合證成模式

前面兩種決策方法並沒有足夠的力量產生可信賴的結果出來。原則需要依案例作進一步的分殊化，而案例的分析需要靠一般原則來而顯現。「行動指引規範的導出是依據一般原則還是特殊的經驗，是一個在特殊情境中什麼能被了解以及能被推論的問題。簡言之，沒有一

種推論或者依賴的本質上的次序能定位我們該如何得到道德知識」⁴。畢契意思是說任何一個案例，我們所了解的只是案例所給出的實際條件，我們也只能利用這些所給出的條件進行推測，因此，我們不能以某個一般性原則或理論硬套在案例上，然後以固定的原則及理論中的推論方式強行演譯下去。畢契因此提出了另一個整合模型以解決醫學倫理的問題。這模型也可說是反思性平衡（reflective equilibrium）及融貫理論（coherence theory）。

（一）融貫理論

反思性平衡（reflective equilibrium）是由約翰羅爾斯所提出的一種方法，羅爾斯認為證成來自於反覆的測試我們的道德信念、道德原則、理論性的假設，以及其他相關的道德性的信念以使得他們盡可能的達到融貫。這種方法是以「思慮後的判斷」（considered judgments）做為起點，思慮後的判斷是「我們擁有最高的信心及相信它也是最低的基礎階層的道德確信（convictions）。思慮後的判斷指的是“這種判斷是我們的道德能力最可能不被扭曲的顯現”。例如關於種族歧視是錯誤的，不能容忍異教以及政治迫害等判斷。這些思慮後的判斷出現在道德思考中所有具有一般性的層級中，“從那些關於經由廣泛的標準以及第一原則的特別情境及制度到道德概念中的形式及抽象的情況”。無論何時當道德理論中的某些特徵與我們思慮後的判斷中的一個或多個相衝突時，我們必須修正其中的一個以達平衡”」。⁵

一開始的思慮後的判斷只是一個臨時的定點，是可以被校正的，因為我們對案例的思慮後的判斷不止一個，而且有可能這些初始的判斷會相衝突，接著我們以反思性平衡來解決這個問題。「反思性平衡的目標在於配合、修改，以及調節思慮後的判斷，為的是要使他們和我們最一般性的道德共識的前提相融貫」。⁶這個部份也就是我們前面

⁴ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,397-398

⁵ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,398，思慮後的判斷包括的範圍極廣，有些倫理學者認為這些思慮後的判斷是一種認證後的直覺判斷（qualified intuitions）。湯詹在 1994 第四版的書中寫道但卻未出現在 2001 年第五版的書中的，思慮後的判斷是一種「已設定的道德確信（settled moral convictions）」，「自明的規範及合理的直覺（self-evident norms and plausible intuitions）」（principle of biomedical ethics,4th,p24），筆者認為思慮後判斷必須是早已經存在的，符合一般社會或者至少是自己所處的社會所認同的判斷，我們只是找出適合案例的判斷，或者是由這些判斷演繹出來適合這案例的判斷，因此這些判斷應該是「已經被前人深思熟慮後的判斷」而不是當下經過自己深思熟慮後才決定出。

⁶ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,398

提過的分殊化及平衡的部份，而所謂道德共識的前提指的是一開始的思慮後的判斷的敘述。「我們以道德上對或錯的範例判斷開始，然後建構一個和這些範例的判斷一致的更一般化及更分殊化的解釋，使得他們盡可能的融貫，然後我們測試所導出來的行動指引，看是否會產生不一致的結果。如果不一致，則我們重新判斷這些指引，或者放棄他們然後重新再來過」。⁷

一個案例有可能出現兩個以上的思慮後的判斷，有些判斷會互相矛盾，經由不斷的分殊化及平衡的交互進行以求達到最大的融貫性，但我們可能永遠達不到一個完全的平衡。在反思性平衡這個永無止盡的目標中，我們只有不斷的修改及調整。因為隨著時間及環境的改變，一個未解決的議題隨時會有新的考慮進入，而我們也必須不斷的修正我們的看法及判斷。例如，關於墮胎的問題，隨著社會的進展及醫學的進步，永遠都有新的相關議題及意見進入這個領域，而問題似乎永遠都在爭論中，政策也隨著改變。在醫學倫理中，我們一開始的思慮後的判斷可以病人的利益作優先的考量，然後再帶入其他的考量一起作反思性平衡的修正，其他的因素包括：社會資金的問題、教學醫院負有教學責任的問題、臨床研究的問題及私立醫院營收的問題等等。以病人的利益為優先的考量只是在初始的判斷中，但不是最後的決定因子，因為有太多其他的因素會不斷的進入及必須加以考量。

不同的思慮後的判斷經由分殊化後，最後仍有可能無法排除不同原則或規則間的衝突，這時我們必須衡量不同原則、規則、或判斷的份量以決定取捨，此時便進入一個更廣泛的反思性平衡中。在廣泛性的反思性平衡中，「我們可以盡可能的納入各種階層及種類的合法的信念，包括經驗中的困難測試。這些信念是關於特殊的案例，原則及規則，德行及品格、證成的結果論或非結果論，或道德上對胎兒及動物的支持，道德觀點的角色等等」。⁸

當然，我們可能永遠達不到最終的結論。畢契強調這個決策方法的理想特點在於即使經由不斷的修正及調整，但並不保證一定可以達到終點或完美。

這種決策方法既不是由一般的道德規範往下衍生而來，也不是利用既有的經驗或範例歸納而來，它像是科學的方法，經由實驗及經驗不斷的測試、修正或排除而提出最融貫的結論，但這個結論也可能因為新事證的發現而再改變。

⁷ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 398

⁸ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 399

畢契所用的整合模型的道德決策方法與羅爾斯的反思平衡的方法最大的差別在於思慮後的判斷。而要做出具有正當性的道德判斷，畢契認為必須考慮到兩件事，一是思慮後的判斷，一是反思性的平衡及融貫理論。只有融貫理論是無法證成一個道德判斷，畢契強調思慮後的判斷的重要性。他們舉了一個十八世紀海盜的例子，這些海盜彼此之間建立了一套規則以民主的方式管理海盜之間的事務，包括如何互助，懲罰及財務分配等等，整個系統非常融貫，但是「這些規則及原則的形體雖然非常融貫，但卻是一個道德暴力」，⁹因為他們是利用搶奪來的財物做為獎賞及受傷補償的代價，而搶奪是不道德的行為。

筆者假設海盜間的一條規則為「因為與敵人搏鬥而損失一條手臂者可以得到百分之一全體搶來的公共金幣作為補償」，類似的規則可以有許多，規則之間彼此達成融貫，但是這些規則的內容卻是以搶來的金幣為補償是不道德的。規則之間融貫的達成必須靠規則的分殊化、測試等來達成。

思慮後的判斷不是個人的直覺，但是一開始接受它也不是依賴任何的論證來支持，「我們沒有辦法去證成每一個道德判斷，因為如果要另外找其他的道德判斷去支持這些判斷，將面臨無限後退或循環論證的情況，到後來將沒有一個判斷被證成，因此逃脫的方法就是接受某些判斷好像他們已具正當性而不必另求其他的判斷去支持這些判斷」。¹⁰因此思慮後的判斷必須是經過時間的洗禮及多次的測試和修飾後才能成立。

有時候我們一開始的某些思慮後的判斷不周全，但一旦進入反思性平衡中，則會被其他的判斷所蓋過。反思性平衡藉由不斷的反思及加入其他的考量而漸漸得出最好的判斷出來，就像法庭審判案件一樣，藉由許多證人的證詞而將真相逐漸還原出來。因此一個融貫中所包括的由初始的可信賴的前提中所引出的解釋愈廣泛，則這個融貫結果更能讓人信任。

畢契認為融貫方法仍有幾個問題待解決，例如：1. 這方法所能適用的範圍仍不明，2. 我們是否一定要達到融貫以及我們如何知道已達到融貫，3. 一個道德證成的理論需要他所給出的理由能夠或必須是能公開說明的。但我們所用的融貫理論似乎未能達到。4. 融貫理論無法排除原則之間的衝突。¹¹

⁹ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,400

¹⁰ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,400

¹¹ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,401

（二）共通道德理論

畢契的倫理決策方法是以思慮後的判斷作為起始點，這些思慮後的判斷的內容是我們說明證成及方法時所必須，而這些思慮後的判斷的來源便是共通道德。這些共享的道德原則經過分殊化及平衡達到融貫而得出行動指引的規範。

共通道德理論在畢契之前便已經有人提出，例如法蘭克納的理論（Frankena's theory）及羅斯的理論（Ross's theory），也都是藉由原則作為他們理論結構的基礎。法蘭克納提出了行善及公平兩原則，以及「道德觀點」，以一種在控制下的同理心的態度，藉由好的原則化的理由達成道德判斷。行善原則指的是當好處大於壞處時，我們必須極大化。當以公平原則（主要是平等主義）指導我們分配好處及壞處時，必須不受極大化或衡量好的結果的影響。法蘭克納認為這兩個一般性原則能捕捉到道德觀點的內涵。

羅斯的理論主要有三點影響畢契，一是羅斯認為「一位有思想的人的道德確信就是倫理學的資料，就如同感受-覺知是自然科學的資料一樣」，¹²對羅斯而言，道德信念對一個人來說只是一個起點，而不是終點。當初使義務衝突時，我們必須仔細檢視情境以定出義務之間的輕重。另一個是羅斯用了幾個不可化約的基本原則表示出表面義務（prima facie obligation），這些表面義務並不是植基於一個最上位的原則之下。例如由承諾導出忠誠義務，錯誤的行動及債務導出賠償義務。三是這些原則是靠著直覺的引導而確認，並且也隱含著這些判斷已通過特殊的行動，在此我們所擁有的是知識而不是意見。¹³

筆者認為羅斯的理論中第三點類似思慮後的判斷，例如「醫護人員不詳細告知病人所服用藥物的副作用是不對的」。這個判斷是說醫護人員已經不詳細告訴病人藥物的副作用這個行動，所以產生了不好的結果，因此可以判斷醫護人員這麼做是不對的。第二點則表達出初始義務是多元性，不是某一個原則或理論可以完全導出。第一點則類似反思性平衡及分殊化。但是羅斯的初始義務的導出是經由不同的原則，與畢契的思慮後的判斷大不同。¹⁴

¹² *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,402

¹³ 以上三點摘自 *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,402

¹⁴ 羅斯的原則是以直覺的方式導入特殊行動的判斷上，原則和初始判斷（行動的對或錯）之間的關係「是一個心智成熟的人，且對這些議題有足夠的了解的人自我證明的」（見 David Ross, *The Right and The Good* (Philip Stratton-Lake Ed.), (New York : Oxford University Press, 2002) :

共通道德的理論不只一個人提出過，畢契認為不論是法蘭克納或者是羅斯或者是其他學者的共通道德理論都有以下的特點：1. 所有的共通道德理論都依賴一般性的，共享的的道德信念作為他們起始的內容，而不是訴諸於純粹理由、理性、自然法或特殊道德感覺等。2. 所有的共通道德理論都認為，任何的道德理論的判斷如果不能夠和前理論的一般常識的道德判斷一致的話，則這個理論將會受到懷疑。3. 所有的共通道德理論都是多元的。也就是不只一個原則是初始原則。

15

共通道德理論並不包括所有的風俗道德，因此有時候以共通道德進行道德推論時所產生的結果會和一般風俗道德不一樣。但共通道德的功能之一，就是可作為檢視我們習以為常的一些地方的或社群的道德觀點的基礎，畢契認為共通道德是前理論的，跨區域的，具有普遍性，而地方上的習俗是區域的，因此有時候地方上的或者是社團內的習俗不一定符合共通道德。

畢契將共通道德及融貫的證成模式聯合起來產生了以下四個作用：

(1) 可依賴共通道德原則的權威性。(2) 修飾及矯正原則中不明確的部分以利原則分殊化的進行。(3) 隨著倫理推論的進行，特別的道德指引也逐漸明確。(4) 一般原則的分殊化的方法和合理的道德推論可以發生在具有一般性的各階層，以及可以引發由上而下或由下而上的對倫理信念的矯正是一致的。¹⁶

為何共通道德是道德的核心呢？畢契提出了以下四個論點：

(1) 在實際應用以及政策形成上，沒有一種理論可以比共通道德理論將規範依實際上的需求進行分殊化作的更好。(2) 由共通道德所衍生出的存在於社會共識中的原則與規則比其他任何理論來的多。(3) 在倫理學上所出現的創新都只是就共通道德加以擴展及詮釋，因此我

29 (Original work published 1930)。至於如何解決表面義務的衝突，羅斯是以一個行為所具有的特性的嚴格性 (stringency) 做為考量的依據，也就是以這個行為所具有的「表面上的對」及「表面上的錯」這兩類特性的嚴格性作為考量的依據，所以一個對的行為就是表面上的對超過表面上的錯。羅斯也認為有對的行動及錯的行動，有善的動機及惡的動機。對的行動可以來自惡的動機。

¹⁵ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,403

¹⁶ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,403

們不需要一個理論以進行道德重整。(4) 沒有直接且毫無爭議的路徑可以將理論直接帶入實際案例應用或解決問題，因為概念太過於一般化，而原則太不明確以致於很難將案例直接帶入原則中，將理論應用到案例中仍需要分殊化。¹⁷

在案例的分殊化過程中，往往有許多種分殊化的出現，如何取捨呢，「我們一般的立場是，一個單個的分殊化或者是任何在道德信念上的修正只要它能將所有在反思中可被接受的所有信念達到最大融貫化則得以被證成」。¹⁸

總結畢契的整合證成模式，是以共通道德的思慮後的判斷為基礎，思慮後的判斷是初始正確的，我們沒有必要再去懷疑它。思慮後的判斷經由分殊化與實際情況緊密的結合，再經由反思平衡及借助外在的合法信念的廣泛性的反思平衡以達融貫，當融貫達成時也是我們的分殊化得到證成的時候，當然，最後的融貫有可能永遠也達不到，因為隨著不同的新的證據的出現，我們必須重新評估事件。

第三節 整合證成模式的爭議與回應

畢契的學說自 1979 年開始便受到重視並且引起眾多的批評，而畢契也不斷的改進他們的學說。就證成模式的理論而言，批判的聲音主要針對以下數點：(1) 是否不需要理論而可以達成證成。(2) 是否有所謂的共通道德。(3) 分殊化是否可以解決衝突。(4) 如何達到融貫。本文接下來將以畢契有所回應的批判文章及畢契的回應為主作一簡述。

(一) 理論與原則的爭議

畢契的「生命倫理學的原則」前三版的著作中，提出了尊重自主性原則等四原則作為初始判斷的原則來源，但是並未提出共通道德理論，分殊化以及融貫理論，在 1994 年第四版的書中提出了共通道德及融貫理論，克勞瑟 (Clouser, K. D.) 及歌特在 1990 的一篇文章及他

¹⁷ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 404-405

¹⁸ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 404

後來的著作中反對畢契拒絕理論的說法，歌特提出的批評主要為：

- (1) 四原則因為缺少較深的道德實質及能力，並且不能對道德行動產生直接的行動指引，因此四原則不過是一個道德清單，一個較好記憶的價值清單。
- (2) 「..這裡沒有一個道德理論可以將原則連在 (tie) 一起，對行動沒有統一的指引可以對行動產生清楚，融貫，廣博，以及特殊的規則，也沒有這些規則的任何證成」。¹⁹也就是說四原則沒有理論基礎，也沒有明顯的彼此之間的相互關係，因此四原則及其引申出的規則只是一個沒有系統規則的臨時建構 (*ad hoc construction*)，而且留下許多空間讓主體自由發揮。
- (3) 原則衝突時，沒有任何的次序排列，也沒有任何分殊化的步驟及理論用來解決原則衝突問題，因此四原則不能當成釐清道德問題或提供行動指引的方法。²⁰
- (4) 並沒有所謂的行善原則的義務存在，在道德生活中，除了專業的角色及特殊的情境下的義務外，只有禁止傷害和邪惡的義務存在。道德的主要目標在於盡量減少邪惡及傷害，不包括行善，因為理性的人不能無私的在所有的時間內行善。²¹

畢契在第四版 (1994) 的書中才提出分殊化，平衡以及融貫理論改良了原始的觀點，另外在其他的文章中也提出了反駁，畢契說：

- (1) 在第四版的書中已提出融貫的證成理論以說明如何達到最後判斷。
- (2) 關於歌特批評四原則不能運用在案例中，畢契的回覆是：一個基本的規範是內在的一般性的，用來涵蓋較廣的範圍，這些原則經過分殊化後，產生下一階段的規則或原則，則具有較具的內容及方向。「而我們對原則及規則的完整解說包括了一系列的規則幾乎等同於歌特及其同事所包括的規則」。²²
- (3) 關於檢查清單的問題，畢契的回答是：「我們同意原則次序，分類，以及聚集 (group) 道德規則需要更多的內容及分殊化。這是不合理的去要求一個分類清單更多關於具體化的規範內容以

¹⁹ Clouser, K. D. and Gert, B, "A Critique of Principlism," in *Meaning and Medicine*, Ed. James Lindermann Nelson and Hilde Lindermann Nelson (New York : Routledge, 1990) ,161

²⁰ Bernard Gert, Charles M. Culver, & K. Danner Clouser, *Bioethics : A Return to Fundamentals* (New York : Oxford University Press,1997) ,75

²¹ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,388

²² *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,389

及給出很一般化的道德指引，直到我們分析及詮釋原則，然後將他們分殊化及與其它的規範相連繫」。²³

- (4) 關於原則衝突時無法訂出原則的次序問題，畢契承認他們的道德架構的確無法訂出次序，「但是沒有一個指引的架構可以推論式的預估衝突的所有範圍，...但是不能說我們的原則是不一致的或者在這些原則之間我們將遇到不協調的道德認定」，「經驗和合理的判斷在解決這些問題時是不可取代的」。²⁴不統一性、複雜性及衝突性本來就是道德生活的廣泛特徵。
- (5) 認為行善原則不是義務的，是不是說只有避免引起傷害，而不必防止或移除傷害，畢契認為他們的理論嚴重的誤認共通道德的意義。²⁵

筆者認為畢契和歌特最主要的差異點在於理論的功能，以及原則和理論之間的關係。歌特所建立的道德理論是：道德是一個系統，裡面有十條規則及如何應用這十條規則的原則。²⁶因此，歌特認為理論是「持續前進試圖詮釋以及證成我們每天的道德直覺」，²⁷是可以在特殊案例中作出決斷，「以及系統性的證成我們每天的道德觀念，理論包括了每個原則所有主要的要旨以及顯現他們是如何的彼此相關，可以解釋我們的道德同意以及道德不同意」，²⁸當理論提供出無法接受的答案時，我們可以回頭探討理論並作出校正。而原則在彌爾以及羅爾斯的用法中是「他們（原則）的理論的有效總結，他們是產生他們的理論的簡述」，²⁹筆者認為歌特的觀念為，一個理想的道德理論包含各個原則及規則，這些原則及規則的應用在一個理論的系統底下，原則及規則並不是理論的基礎，各個原則和規則是理論的部份及縮影並且是互相有關聯的，是代替理論應用在實際案例上，而好的道德理論可以解決不同情境中的不同案例，歌特認為畢契的原則是沒有

²³ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 389

²⁴ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 389

²⁵ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 390

²⁶ 歌特的十條道德規則可參見注釋 17，而應用這些規則的原則有兩個步驟，第一步是確定在這些情境下，這個違反道德規則是可公開允許的。第二步是比較公開違反道德規則的傷害和不公開違反道德規則的傷害彼此的大小。歌特的道德判斷是確定和一個案例有關的眾多的道德規則中，有哪一個規則是可公開違反的。參考 Bernard Gert, Charles M. Culver, and K. Danner Clouser, "Common Morality versus Specified Principlism: Reply to Richardson," *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 25, no. 3 (2000), 308-322,

²⁷ "A Critique of Principlism," in *Meaning and Medicine*, 164

²⁸ "A Critique of Principlism," in *Meaning and Medicine*, 164

²⁹ "A Critique of Principlism," in *Meaning and Medicine*, 157.

支撐的原則 (free-standing principles)，不同於歌特或彌爾及羅爾斯的原則，歌特認為畢契的四原則是無法應用在實際案例中。

畢契對原則的看法則不一樣，畢契的共通道德是以原則、規則和規範組成，因此關於理論和原則（道德）之間的關係，畢契說「道德是理論的錨，理論不是道德的錨」。³⁰筆者認為畢契的觀點是，四原則雖然有一個共同的道德目標，但是彼此在不同的情境下會互相衝突，而畢契是以融貫的方法解決衝突，四原則並不是由一個至高的原則引出，而且四原則並不是由道德理論產生，我們不能後來硬加理論到四原則上面。並且畢契也不認為目前有那個理論或那個（些）原則可以解決四原則在不同情境下彼此間衝突的問題，因為必須視情境而定，因此，畢契不認為目前有那個道德理論可以達到歌特所說的道德理論的功能。

（二） 共通道德的爭議

特納 (Leigh Turner) 在其 2003 的文章中，³¹針對畢契的共通道德理論提出了以下的批評：

特納認為畢契的共通道德理論有三個認定是值得懷疑的：一是：有一個超越歷史的、普遍性的共通道德的存在，能當成我們判斷各種行動及實踐的一個規範性的基準。二是：共通道德是在一個相對穩定，有次序的，廣泛的反思性平衡的狀態中。三是：共通道德可作為我們分殊化特定政策及實質建議的一個基礎。

筆者歸納特納提出的批評有下列五點：

- (1) 不認為有所謂的超越歷史的，跨文化的普遍性的共通道德的存在：如果共通道德指的是道德規範、直覺或者是原則，那麼畢契是以經驗上的宣稱來證成普遍的道德規範的存在，但事實上，畢契並沒有提出人類學上或歷史上的證據來支持所謂的普遍的，超越時間的，跨文化的共通道德規範的存在。即使畢契訴諸於普世的人權思想，但不同的種族及社會對人權有不同的看法，畢契在這方面也未提出進一步的說明及探討。現在世界上實際的情況是：不同的道德次序產生不同的社會，例如有的社會有明顯的社會階級，且不同的階級之間很少互動，有的社

³⁰ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,405

³¹ Leigh Turner, "Zones of Consensus and Zone of Conflict: Questioning the "Common Morality" Presumption in Bioethics," *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 13,3 (September 2003): 193-218

會注重個人的權利，有的社會愛好和平，有的社會鼓勵侵略及暴力等等，即使在美國有一個共享的基本核心道德：「自由」，但是不同的州也會有不同的社會制度與政策，對某些政策及議題也常存在著不同的看法，例如幹細胞及安樂死的問題。因此「人性或者是某些共享的、跨文化的道德直覺的感覺不能當成建構共通道德的一般性模型的特殊性的可依賴的基礎」。³²

- (2) 原則應用上的分歧：對原則的詮釋及比重，不同的人、種族及文化有不同的看法。由許多道德應用及政策上的衝突顯示在反思平衡上並沒有穩定的道德次序。同樣的原則應用到政策上進行分殊化時，不同的種族及文化將產生不一樣的詮釋。應用到實際案例時，不同的種族依據他們各自不同文化傳統及宗教信仰等而有不同的道德預設，因此所選擇的原則不一定相同。即使選擇了相同的原則，也有可能分殊化出不同的甚至相反的結果。例如安樂死的問題，經由共通道德四原則的方法，有的人可以將其合法化，有的人可以將其不合法化。因此由原則的選擇到原則的詮釋及應用都有可能不一樣，而「畢契對這些爭議的情況，到底是以誰的見解、直覺，常識性的解釋，或者第一原則作為優先考量，僅僅提出少量的應用上的建議」。³³所以共通道德不能作為我們分殊化特定政策及實質建議的一個基礎。
- (3) 共通道德所能涵蓋的範圍：「對所表述的倫理議題超出共享的，重疊的道德直覺的範圍時，共通道德的學說便顯得毫無用處，…一個人必須認清存在著兩種規範性共識的區域以及規範性衝突的區域」。³⁴例如幹細胞的應用或者安樂死的問題，共通道德的分析方法便無法解決。畢契所提出的共通道德及其道德推論是西方思維的產物，在世界其他區有不同的道德傳統、道德反思及道德推論，因此，在許多的社會制度中不一定能發現畢契所謂的共通道德，而我們也不能驟下判斷說這些社會是不道德的，除非我們一開始便知道什麼是道德的。因此共通道德不能適當的辨認出不同文化的、不同倫理的，及不同信仰的國家的道德衝突。

³² Zones of Consensus and Zone of Conflict : Questioning the “Common morality” Presumption in Bioethics,197

³³ Zones of Consensus and Zone of Conflict : Questioning the “Common morality” Presumption in Bioethics ,207

³⁴ Zones of Consensus and Zone of Conflict : Questioning the “Common morality” Presumption in Bioethics,195

(4) 道德多元論：「道德多元論者強調經由縝密的比較及歷史上的研究顯示在道德的世界的組成中存在著許多顯著的差異。簡而言之，他們建議不可能用一個概念上的利刃將“理論主義者”(Theorists)簡單劃分為“普遍主義者”和“相對主義者”，以及在道德上區分“共通道德”及“社群道德”。取而代之的是，多元主義者提出了一個承認多重道德推論及反思傳統的“第三理論營”(third theoretical camp)。……而他們(畢契)也承認不同的文化、信仰，及制度脈絡將導致對原則產生不同的分殊化」。³⁵

總而言之，筆者認為特納批評畢契的主要論點為：1. 不認為有所謂的共通道德的存在。2. 原則主義者(包括決疑論者)誇大了在反思性平衡中一個穩定及有次序狀態中的道德範圍。3. 共通道德無法將所有道德爭議事件納入它所形成的網中，而且不一樣的道德主體對原則的詮釋也不一樣。

畢樸在回答透納及大衛的文章中，³⁶首次提出了道德目標，並且將有關共通道德的一些定義及證成的問題提出了更進一步的說明。

畢樸經由三個步驟捍衛有所謂的一般性的道德標準的論點，這三個步驟是：(1) 道德目標的理論。(2) 達到這些目標的規範的說明。(3) 規範性的證成(包括實用性以及融貫性)。以下分述之：

(1) 「我定義共通道德為被所有認同道德目標的人所共享的一套規範。……道德目標指的是那些靠對抗可減損人類生活品質的情況以促進人類繁榮的目標」。³⁷像是不可殺人、不可偷竊及說實話等十項為在共通道德裡面中的一些行動標準(義務規則)的例子。共通道德除了義務原則外尚有不傷害、誠實、仁愛及忠誠等標準為共通道德中的道德品格特質(德行)。在畢樸的假說中，這些德行是普世讚賞的德行，缺乏這些德行的人將被認為是在道德品行有缺陷，而做出違背這些德行的人將被普世認為是“邪惡”(Vices)的。

³⁵ Zones of Consensus and Zone of Conflict : Questioning the “Common morality” Presumption in Bioethics ,206

³⁶ Tom L. Beauchamp, “A Defense of The Common Morality,” *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 13, 3 (September 2003) : 259-274

³⁷ A Defense of The Common Morality,260

(2) 畢樸提出所謂的特殊道德 (particular morality) 的說法，這個說法不完全等同於畢契在第 5 版的書中將到得分成普遍性道德 (universal morality) 及性特殊社群道德 (community-specific morality)，關於後者可見前文第二章第一節。畢樸說：「共通道德只包含一般的道德標準，這些標準是明顯抽象的，一般性的，以及內容貧乏的，特殊道德表現出具體的，非一般性的，以及內容充實的規範。這些道德提供了 (implements) 由文化傳統，信仰傳統，專業實踐，制度規則等等所產生 (spring from) 出來的許多責任，欲求，理想，態度，以及感覺」。³⁸像專業道德及理想道德就不是共通道德的一部分。

(3) 關於證成的問題，畢樸提出了以下的說法：

- 3.1. 「關於共通道德存在的宣稱是可以靠經驗的觀察而被經驗上的證成，但是關於共通道德的可被證成性 (justifiability) 及適當性 (adequacy) 則需要規範性的觀察」。³⁹
- 3.2. 「對那些普世同意適合道德生活的規範說明了為什麼會有共通道德，但是這並不能證成這些規範。證成共通道德規範的是來自於這些規範是最適合達到道德目標。終極道德規範的證成需要一個人訂出道德制度的目標。一旦這個目標被確認，一套的標準將會被證成若且惟若這套標準比其他任何替代性的標準更容易達到目標。這種實用性 (pragmatic) 的進路以達證成是我個人較喜歡證成一般性道德規範的策略。…我將補充說明靠著融貫理論對特別道德的證成以達到共通道德原則的實用性的證成」。⁴⁰
- 3.3. 畢契說：「不是所有在特殊道德中的道德被證成。…我接受構成特殊道德中一個融貫證成的分殊化的規範。一個分殊化被證成若且為若它極大化整套相關的信念的融貫性。這些信念包括經驗上證成的信念，證成的基本道德信念，以及先前證成的分殊化。這是所謂的廣泛性廣思平衡的一個說法」。⁴¹
- 3.4. 「詹姆士和我 (畢樸) 有一套可辯護的關於好的理論的準則，因此，我們有一個可接受的 (雖然是發展不完全的) 融貫理論的核心見解」。⁴²

³⁸ A Defense of The Common Morality,261

³⁹ A Defense of The Common Morality,265

⁴⁰ A Defense of The Common Morality,266

⁴¹ A Defense of The Common Morality,268

⁴² A Defense of The Common Morality,270

- (4) 關於共通道德的人類學上及歷史上的證據，畢樸認為透納及迪哥雷茲所提出的道德規範超過了且不同於他所說的範圍。他所說的規範並不是一個社會生存的必要條件，但說這些規範可以使人類生活品質變壞的傾向得以被消弭之所必需則不為過。
- (5) 透納似乎不接受畢樸所提的共通道德及個別道德的區分。畢樸定義下的共通道德只是一般的道德標準，是抽象的，普遍的及內容貧乏的，個別道德（particular morality）呈現具體的，非普遍性的及內容豐富的規範。「這些道德提供（implement）了由不同的文化傳統、信仰傳統、專業操作、制度規則等所引出的許多責任、希望、理想、態度及情感」。⁴³像專業道德及道德理想（moral ideals）是屬於特別道德。因此這些道德的發展是有歷史性的。一位拒絕一般性規範的多元主義者是一位懷疑論者，透納表現出道德多元主義者且是懷疑主義者。
- (6) 畢樸認為是否有共通道德的存在必須以科學實驗證明。而他的經驗性的假說及宣稱－共通道德的規範是會被認同道德目標的人所共享－是可以在經驗上被檢測的。但如何找出這些認同畢樸所訂出的道德目標的人來做科學研究，以證實畢樸的假說是對的還是錯的，以及這些人（有文化及種族上的差異）所選擇的最一般化的原則是否有共通性則有困難。因為可能必須以認同畢樸所訂的共通道德的規範來定義他是位認同道德目標的人，因此有人可能會認為這個研究只是一個自我證成的研究。但是，畢樸認為經驗上的觀察支持共通道德的存在，差別只是在於特別道德及共通道德規則分殊化後的差異。因此透納只就經驗上的觀察便否定共通道德的存在是不成立的。

大衛、迪哥雷茲對畢契理論中的共通道德以及融貫法提出批評，大衛認為畢契過度的將許多存在的道德信念調和在一起。大衛的批評如下：⁴⁴

大衛認為畢契將共通道德作為道德規範的終極來源。雖然畢契試圖將共通道德與道德證成的融貫模式連在一起，但是畢契始終未說明什麼是融貫。

依大衛的看法，具有初始可信度（並不是沒有錯的）的思慮後的

⁴³ A Defense of The Common Morality, 261

⁴⁴ David DeGrazia, "Common Morality, Coherence, and The Principles of Biomedical Ethics," *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 13, 3 (September 2003): 219-231

判斷，是「指一個人在沒有接受他們的脅迫以及個人的利益衝突下的穩定狀態，基於實際情況的資訊及相關的道德首選物（所做出）的道德判斷」。⁴⁵這種判斷有別於一般依個人的信念而選擇各自相信的理由所下的判斷，因為後者的道德信念有一個可信度(credibility)的問題。因此大衛認為可以將共通道德分成共通道德 1 及 2。大衛定義下的共通道德 1 為：一套廣泛共享的道德信念。共通道德 2 為：可以在道德嚴謹的人之間廣泛共享的、存在於反思平衡中的道德信念。⁴⁶大衛認為畢契的共通道德常訴諸於社會共識，且常在這兩種共通道德之間遊走。社會上有許多既成的道德判斷是錯誤的，這些道德判斷也是共通道德 1 的組成份子之一，必須靠共通道德 2 的反思平衡來加以修正，但是畢契在將共通道德的規範（共通道德 2）進行融貫時卻不夠不積極，似乎怕減低了社會共識，以致常退縮到敘述性的共通道德 1。大衛認為畢契想要調節太多的道德現狀及道德見解，以致於減低了融貫度及證成度。⁴⁷

畢樸對大衛、迪哥雷茲的批評提出了以下的回應：

- (1) 共通道德的證成並不是靠風俗或者是社會共識而得出，反而是有些社會風俗或共識因為扭曲的信念或價值觀而阻礙了共通道德。
- (2) 大衛所定義的共通道德 2 像是一個一般性的可引領特別道德發展的標示，將產生不同的特別道德，而不是共通道德。或許我可以將共通道德 1 看成現世存在的、具一般性共享的道德信念（一個描述性宣稱），共通道德 2 指的是應該被包括在共通道德裡面的道德信念（一個規範性的宣稱）。大衛這種分法不盡理想。
- (3) 共通道德經由分殊化以達融貫所導致出來的結果可以不只一種。所以有人反而說畢契容許了太多的不同的結果。
- (4) 何謂融貫，畢樸以他們對於一個好的理論的八項條件作為融貫的核心觀念。⁴⁸

筆者認為，如果共通道德要能夠批判某些案例的是否合乎道德，或者是依據共通道德所形成的政策一定是符合道德的要求，則共通道

⁴⁵ Common Morality, Coherence, and The Principles of Biomedical Ethics, 221

⁴⁶ Common Morality, Coherence, and The Principles of Biomedical Ethics, 222-223

⁴⁷ Common Morality, Coherence, and The Principles of Biomedical Ethics, 225-227

⁴⁸ A Defense of The Common Morality, 259-274

德必須是能包括所有的基本道德的需求，如此我們才能說不符合共通道德的道德行為是不道德的，而我們依據共通道德所形成的政策一定是符合道德的。畢契以經驗上的宣稱來證實共通道德的存在及普遍性，然後再以共通道德來批判其他的道德事件或社會制度，或形成政策。問題的癥結點在於如果有一些規範不屬於共通道德可判斷的範圍內的規範該如何判定。透納及大衛都認為似乎有這情況的存在，而且透納也認為同樣的原則因為詮釋及比重的不同將導致不同的結果。

筆者認為畢樸不這麼認為，畢樸認為四原則應該可以包括所有道德的基本道德原則及規則，差別在於因為文化及民族的差異所作的道德推論不同。至於同樣的原則導致相反的結果，應該是制度及區域性的差別所致，如果是在同一個國家內，例如美國，則我們可以用融貫的方法排除不對的判斷。但是畢樸也承認關於共通道德的經驗上的證成是無法做到，因此將學說改成假說。

另外關於大衛對於思慮後的判斷的看法，筆者認為畢契指的思慮後的判斷就像畢樸在回應文章中所指的十種較抽象的義務規則，一般我們對案例一開始所做的思慮後的判斷應該是一種已確定的道德判斷，也就是說是由十種畢樸所說的義務規則往下一步帶入本國文化中所產生的判斷，這些判斷應該是本國文化已認同的判斷，不需要臨時再去找支持這些判斷的理由，而大衛所說的思慮後判斷仍需避免自我利益的衝突，筆者認為即使當事者在下這些判斷時知道這些判斷會和自己的利益相衝突而可能會猶豫是否下這判斷，但他了解這些判斷才是對的道德判斷。

關於共通道德的爭議，畢契在書中有以下的說法：

畢契認為目前為止，沒有一個道德理論在規範及政策的形成上會比得上共通道德，由共通道德所引出的已達社會共識的原則或規則較其他理論來的多。雖然目前有許多新的倫理議題出現，但我們需要的是將在共通道德內的規範加以擴大或詮釋，而不是在共通道德外，尋找新的道德規範。

許多學者認為只要我們能發展出一個正確理論將它應用在我們要解決的問題上便可以解決這些問題。困難在於如何發展出這麼一個理論。畢契認為無論如何，並沒有一個直接的，無議論的路徑可以直接由理論到實踐或解決問題，即使同一理論在不同的人身上也可能產生不同的結果。我們要將理論應用在實際案例上時仍然需要分殊化。

有的學者認為，如果有一個理論能夠證成四原則及思慮後的判斷，則我們對原則及思慮後的判斷將更有信心。畢契的回答是，如果真有這麼一個理論，則又變成由上而下的理論。畢契說：「如果有這麼樣的一個道德理論，可將共通道德的原則及思慮後的判斷在一個廣博的方式上顯露出融貫性，則我們對這個理論較有信心。如果有一個理論排斥任何本書中所捍衛的四系列的原則，則我們有一個合理的理由對這個理論持健康的懷疑態度，而不是懷疑這原則…在這個（共通道德）“理論”裏，沒有一個單一的原則或概念」。⁴⁹筆者認為畢契的意思是說：如果有一個理論可以證成四原則，則這個理論必定有一個原則可以在四原則之上，如此才可以證成四原則，這樣一來就變成了由上往下的模型，而四原則彼此之間會有矛盾產生，所以不太可能由單一的原則經由引申的方式產生。反而是如果有這麼一個理論，可以解決思慮後的判斷及原則分殊化後融貫的問題，則這個理論較能被人接受。畢契說：「道德理論的理論是什麼？這適當的答案是，那是一個道德的理論。一個道德理論試著去捕捉景象中的道德點。道德是理論的錨，理論不是道德的錨」。⁵⁰

畢契認為共通道德有三個待解決的問題：

- (1) 分殊化及判斷：如何適當的分殊化以免太過與不及，太深入的分殊化將會導致實際情況的可解釋性及判斷變窄，不足的分殊化又留下太多未決定的空間。因此我們需要一個安全措施，例如以倫理認定來複檢分殊化及平衡過程。
- (2) 在共通道德中，融貫是可能的嗎？畢契試圖將共通道德及融貫理論連結在一起，但因為共通道德沒有一個單一至高的原則，所以是否有可能達到融貫，或者融貫只是一個信心的條款。畢契舉例說，像是有關動物是否可當作研究之用，這個問題關係到動物的地位問題及我們是否有保護動物的義務等。所以從思慮後的判斷到反思平衡時所引用的信念都未定論，因此要達成最後的共享的融貫是不可能的。「我們不應該期待在一個單一方向的一套融貫規範去解決所有的這些不同意。統一融貫的目標是一個值得的目標，但不是一個經常可以被了解的目標」。⁵¹
- (3) 理論的建立：關於融貫的問題牽涉到理論的問題，是否可建立一個共通道德理論，畢契認為與其建立一個理論可以符合畢契所

⁴⁹ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,405

⁵⁰ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,405

⁵¹ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed ,408

建議的八個理論條件，不如嚐試去作中層原則、人類德行的進一步分析、及超國界的人權的融貫性聲稱。或許我們應該放棄共通道德理論中理論的目標，而追求較中層的目標，像是道德反思及重組。⁵²

筆者認為，畢契在第五版書中的第九章，最後結論中的一段話，可以代表整合式證成模型理念的精華：「經常的，我們有更多的理由相信我們對特殊案例的反應及道德人的品格反應超過一個理論，原則或規則。我們同樣的有理由相信共通道德中的原則超過(對)理論(的相信)。在我們的模式中，沒有任何階層或型態的道德推論——廣博的理論，原則，規則，或案例判斷——有優先或可當成其他階層的基礎工作(groundwork)。道德證成的進行從一個來自所有階層的擴展性的、融貫性的規範架構。這些規範可以自制度，個人，以及文化中出現，並且沒有規範是可以不被校正」。⁵³

綜合畢契在 2003 年的文章說法，這段話就是說，當思慮後的判斷進入每一階層的分殊化時，必須根據實際情況的帶入而得出，每一階層的分殊化及平衡各有各的考慮的因素，當所有階層的分殊化彼此達到融貫，也就是符合畢契所提的理論八大要件時，則證成得以達到。

(三) 分殊化與平衡的爭議

對畢契的原則分殊化的理論提出嚴厲批評的，主要是來自決疑論的學者。決疑論的倫理決策方法不需要依賴一個或一些基礎的原則作為證成案例的基礎，而認為案例的證成來自案例和範例的比較，他們也認為這種方法可以解決掉案例中原則衝突如何取捨的問題。原則衝突如何決定的問題，一直是反對原則主義者所持的主要理由。史壯在 2000 年的一篇文章中，原則分殊化無法解決原則衝突的問題，並舉例說明決疑論的方法如何解決這個問題。我先略述史壯對原則分殊化的批評及史壯的決疑論方法及例子，然後再說明湯姆畢契的反駁。

史壯認為李察德森在其 1990 年的文章中並未詳細舉例說明如何將原則分殊化。至於原則主義者(大衛、迪哥雷茲)認為原則分殊化

⁵² 以上三點見 *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 406-409

⁵³ *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 409

的進行及證成只需要原則間的分殊化達到融貫及相互支持便可，史壯認為這樣是不足夠的。史壯認為如果依照李察的方法，當遇到原則衝突時有兩點是必須考慮的：「(1) 一個人必須在兩個不同的原則分殊化的進路中做一選擇，這個選擇必須先要有一個優先的決定，就是對這些相衝突的倫理原則在這個案例的情境中，如何安排（案例時際情況的）優先次序。(2) 安排優先次序的實際工作並不是由分殊化自身完成，而是由其他能包括決疑原因的方法完成」。⁵⁴史壯在文章中舉例說明。筆者整理出下面這個圖表，案例是欲判斷的案例，也是類似李察所舉的案例，但更明確。範例 1 及範例 2 則是以決疑論的方法進行判斷時所用的兩個範例。而案例及範例 1 及 2 的道德衝突在於：(1) 嬰兒是否有存活的權利，包括食道矯正手術及維生治療。(2) 嬰兒的父母親希望停止給予嬰兒養分與水分，以及手術治療。

以下案例及範例都是新生兒

	範例一	案例	範例二
基因型	Klinefelter syn. (xxy)	3 基因體 18	
心臟疾病		心室中隔缺損，心臟擴大	
食道	食道閉鎖	食道閉鎖	食道閉鎖
腦	有腦	有腦	無腦
智力	15~20%的 IQ 小於 80	存活者都有智力障礙	毫無智力
自我照顧	差，行為偏差、不成熟、害羞、偏執	差或無法	無法
存活率		30% 死於第一個月 50% 死於第二個月 一年內只有 10% 存活	常見死產，常死於出生 24 小時內

* 範例 1 的最後行動是：嬰兒接受手術治療及繼續給予水分及養分。

⁵⁴ Carson Strong, "Specified Principlism: What is it, and Does it Really Resolve Cases Better than Casuistry?," *Journal of Medicine and Philosophy*, vol.25, no3 (2000): 323-341

* 範例 2 的最後行動是：停止手術治療及停止繼續給予水分及養分。

史壯說如果只用李察德森的方法對案例進行分殊化則可以分殊化為兩個不一樣的結果出來；例如分殊化後的敘述：

規則 1.：「一般而言，停止供應給有知覺但是智障小孩營養及水分是不對的」

規則 2.：「尊重父母親對他們的子女所做的合理的選擇，只要他們尊重小孩的權利，包括有知覺但智障的小孩有不被餓死的權利」

這個小孩是智障但有知覺，所以應該活下來，因此得出的結果是：父母親的要求不被接受。

另一種分殊化後的敘述：

規則 1'：「只要這個嬰兒的不正常適合長期存活而且治療能夠提供超過最小的福利給這嬰兒，則停止供給維生治療給智障的小孩是不對的，除非上面兩個條件的任何一個條件不被滿足，則停止供給維生治療給智障的新生兒，一般而言並非不對」

規則 2'：「只要父母親尊重小孩的權利，則父母親關心他們的小孩所做的合理的決定應該被尊重，這包括一個智障的新生兒不被餓死的權利，除非這個不正常是不能由口餵食，這個不正常無法長期存活，以及積極的治療供給養分及水分只能產生很小的益處」

這個小孩無法由口餵食且無法長期存活，因此不必救活，得出的結果是：接受父母親的意見。

史壯認為這兩種不同的分殊化，規則 1 和 2，或者是規則 1' 和 2' 彼此間都可以互相支持且達到一致，但是卻產生不同的結果。問題出在這兩個原則所對應的相同案例的實際情況中，也就是各種的生理缺陷，到底哪一個是最重要的，哪一個是次重要的等等優先次序無法訂出，這個問題是分殊化所不能解決的。

決疑論者史壯所用的決疑論方法如下：

1. 首先必須確定和這個案例有關的主要道德價值。這個價值的

範圍包括很廣，只要和醫學有關的倫理學上的關懷都算在內，因此可以包括：倫理原則、規則、結果、尊重自主性、權利、義務及德性等等。

2. 確認可能被採取的主要的相對的行動過程。同一個案例可能有兩種不同的行動指引，我們必須充分了解這兩種行動指引所產生的行動過程及步驟。
3. 確認決疑因子 (casuistic factors)：使得一個案例和其他的案例不同的道德上的相關進路。例如積極的治療可導致嬰兒較長的存活時間。如果不積極治療，則對這個小孩可能會產生的傷害程度。考慮認知缺乏對這嬰兒預後的影響。筆者認為，這些他人對這小孩所採取的行動將會影響這小孩的利益，所以是有關道德的行為。
4. 當每一個事項都考慮到時，我們應該試著去判斷出一個可以證成這個事項的案例，也就是範例。這個範例與我們手頭上欲判斷的案例相似，這個範例可以是實際的，也可以是假設的案例。我們必須確認每個範例的倫理價值及論證可以證成我們手頭上所選的案例的某個觀點。我們必須選兩個對這個欲證成的觀點互為正反的範例。
5. 比較案例與兩個範例之間，就決疑因子而言，案例與那一個範例較接近，一個觀念的選擇及證成是基於比較而來，當案例較接近其中一個範例時，這個範例的行動指引也就是案例的行動指引，如果案例介於兩個範例的之間難以取捨時，則我們需要考慮另一個觀點。⁵⁵

依照史壯的方法，案例與範例 2 較接近，因此案例的行動指引與範例 2 一樣，停止手術治療及水分和養分的供給。而這個行動指引也因為範例 2 及案例的比較而得到證成。關於範例的證成，史壯說：「在證成範例的決定中，它可以訴諸原則、分殊化後的原則、規則、責任、德行、以及倫理價值的其他顯現。在拒絕將原則的分殊化當成決策步驟時，在倫理的推論中一個人不需拒絕原則的利用」。⁵⁶

湯姆畢樸的回應是，史壯所說的分殊化時必須考慮的兩個項目也

⁵⁵ Specified Principlism : What is it, and Does it Really Resolve Cases Better than Casuistry, 331-334

⁵⁶ Specified Principlism : What is it, and Does it Really Resolve Cases Better than Casuistry,337

正是畢契二人的觀點，「在我們和史壯之間的差別不能依賴這些關於那個分殊化及規範性的優先的觀點。應該是，我們之間的差別在於這個事實，那就是我們訴諸於原則及一個融貫模型作為我們證成的中心方法，而不是史壯所愛用的決疑論方法」。⁵⁷

史壯所批評的李察方法上的缺陷，事實上是因為李察未曾寫清楚。因為「分殊化包含了原則抽象內容的逐步填滿以及發展，擺脫它們不確定的部分因此提供出行動指引」。⁵⁸當分殊化進行時，出現實際情況中未決定的部分，我們可以逐步填滿並減少依賴性的衝突。畢樸認為，愈深入問題愈發覺決疑論和整合理論方法上的不同在於決疑法和融貫法的不同。畢樸認為史壯似乎想要突顯決疑論和融貫法的不同，但越深入分析則發覺兩者方法邏輯上的差異似乎越來越不是一個真正的問題。史壯認為經由實際情況的決疑因子的比較而做出判斷是一種決疑論方法。畢樸說這種方法上也是畢契用之多年的方法，並不能因此說畢契便是決疑論者。事實上畢契對於原則早已放棄演譯式方法，並且「我們接受融貫只是一種方法，不是當成一個理論。我們的訴求已經將共通道德當成基本的說明，而不是倫理理論，這些我們都已經捨棄了」。⁵⁹對於判斷、原則和案例之間的關係，畢樸說道：「經常的，我們有更多的理由去相信我們對特殊案例的反應超過我們以前認為沒有例外的原則和規則」。⁶⁰

要如何了解決疑論中的範例觀念，畢樸認為有兩點：一是實際面（facts）可以普遍化到其他案例。二是設定的價值（settled values），例如有能力的人有權利拒絕治療，「在一個契德斯和我捍衛的原則為基礎的系統中，這些設定的價值以原則，規則，權力的宣稱等等表現出來，他們由實際面及特殊案例分析式的被分別出來。在決疑論式的訴求案例，與其將價值與實際面分離，（不如）在範例中這兩個被綁在一起；無論如何，這個中心價值是可以一般化的，並且必須被保留由一個案例到下一個案例」。⁶¹

筆者認為：史壯對原則主義的批評是：對於案例眾多的變數無法定出那一個或那一些是主要決定案例道德判斷的變數。事實上這個批

⁵⁷ Tom L. Beauchamp, "Reply to Strong on Principlism and Casuistry," *Journal of Medicine and Philosophy*, vol 25, no.3 (2000): 342-347

⁵⁸ Reply to Strong on Principlism and Casuistry, 344

⁵⁹ Reply to Strong on Principlism and Casuistry, 345

⁶⁰ Reply to Strong on Principlism and Casuistry, 345

⁶¹ Reply to Strong on Principlism and Casuistry, 346

評也適用在決疑論的方法上。規則 1 及 2 是以「有知覺但智障的小孩有不被餓死的權利」為標準，這個標準對案例而言只是生理上的缺陷之一，而且智障這個範圍太廣，並且也沒考慮到生理的因素。反觀規則 1' 及規則 2'，則是以「只要這個嬰兒的不正常適合長期存活而且治療能夠提供超過最小的福利給這嬰兒」這個生理的標準下去分殊化，兩個標準明顯不一樣，後面的標準明顯的增加了存活率以及對智障更進一步的限制，當然結果不一樣。問題是決疑論者如何由小孩的生存與否這個主要目標得知哪些是主要的決疑因子，換言之，上述的智障及生理因素都可以在這個道德目標下成立。決疑論是由決疑因子去找範例，而不是由範例去找決疑因子。如果手邊正好有類似案例的範例，則決疑論是個好方法。如果沒有時，則必須依靠史壯的決疑論方法，先立出主要的道德價值（道德原則），這是史壯的決疑論方法的第一步驟，接著找出相應的行動，這如同思慮後的判斷。然後再去找決疑因子，接著找出範例。這個地方就是史壯決疑論和畢契的決策方法不一樣的地方，畢契的方法有分殊化這個步驟將決疑因子歸屬到不同的道德原則之下，而史壯的決疑論缺乏這個步驟，如果缺乏這個步驟，將很難找出最重要的決疑因子，如此將很難訂出範例。史壯也是利用原則去找決疑因子，這種做法與畢契的方法越來越近。如此，決疑論和整合式倫理決策方法的主要差別在於：一個是類比法，一個是融貫法，兩者正如史壯所說可以互補。

另外很重要的一點是，在實際情況下，如何訂出那個決疑因子是重要的決疑因子，這些就是醫師的專業知識範圍，這點對醫師而言，似乎不是困難的一件事。

第五章 中層原則主義的臨床應用

本篇論文主要是探討整合模式的倫理決策方法在醫學倫理上的適用性，這種決策方法應用於墮胎、幹細胞及安樂死的議題上屢見不鮮，但完整應用於開業醫師的案例則較未見。有時候開業醫師面臨道德抉擇往往需要當機立斷。故以下我將以畢契所提出的整合模式的決策方法應用在一個開業醫師在臨床上遇到的一個案例並討論之。開業醫師常遇到的一些情況是，中午或晚上門診時間結束後，正要關門打烊時，突然有病人要求醫師是否能幫他或他的小孩看病，而往往這些疾病並不是緊急的毛病，例如小孩咳嗽、流鼻水已兩天，但是怕晚上會咳嗽或發燒，所以請醫師幫忙看病及開藥。而距離診所五百公尺處有一間區域教學醫院，裡面 24 小時都有急診醫師值班，病人不去教學醫院急診室掛號看病，而求治於診所，推其原因可能在於診所看病所花的時間較少且花費較低。有的醫師會幫病人診治，有的醫師會請病人到急診室掛號看病，兩種不同的做法是否都符合道德呢？

以下我舉一個類似的但更複雜的夾魚刺的案例討論之。

第一節 實際案例的應用

案例：李醫師是一位家庭醫學科醫師，在鎮上自行開業已經十年，平常看的門診病人大都以小兒科及內科病人為主，因為鎮上沒有耳鼻喉科醫師，所以李醫師平時也做一些耳鼻喉的局部治療，包括清耳屎及夾魚刺等治療。鎮上的病人如果有耳鼻喉方面的問題，一般都會先找李醫師，因為鎮上只有李醫師會夾魚刺，李醫師不能處理的問題，再轉到距離鎮上四十分鐘車程的教學醫院做進一步的處理。李醫師晚上看診結束時間是晚上 9 點鐘。今天是李醫師唸小學三年級兒子的生日。在早上出門前，李醫師答應兒子晚上 9 點鐘看診結束後，馬上開車回家陪兒子過生日，因為必須橫跨縣市，所以車程五十分鐘，可以在晚上十點鐘抵達，之後仍有半個多小時可以和家人一起慶祝兒子的生日。李醫師及李醫師的太太都很重視這次的生日聚會，因為前兩年李醫師都因太晚回家而錯過兒子的慶生會，因此李醫師的太太和他的兒子都希望今年李醫師能早點回家一起過生日，至少也要在十點三十分以前回到家。

在晚上 9 點零五分李醫師正要關門時，有一位 35 歲的男性患者

及其家屬匆匆進入診間，告訴李醫師病人晚上七點半鐘吃晚飯時，很像被魚刺鯁到喉嚨，雖然吞飯試圖將魚刺吞入肚內，但都失敗，患者只是覺得喉嚨有異物感而不覺得疼痛，也無咳血的情況，病人指著喉結下面，謂魚刺鯁在此處。李醫師告訴病人說他先幫病人檢查看看，看是否能夾出此魚刺。病人咀嚼檳榔多年，口腔部分組織纖維化，所以無法將口腔張的很大，再加上魚刺鯁在喉嚨，所以當李醫師檢查其咽喉部位時，病人口腔不斷湧出口水及作嘔，李醫師花了十分鐘，才勉強看到魚刺鯁在喉部下方的右側面，魚刺不大，喉部沒有出血及腫脹的現象，似乎魚刺有部分扎進組織以致固定在喉部。檢查完畢時已 9 點 20 分。如果試圖要將魚刺夾出，則有兩種可能，一是可能在十分鐘到三十分鐘內夾出此魚刺（如果病人作嘔的情況停止），但也有可能的是花了半個小時以上仍夾不出魚刺（如果病人持續作嘔）。如果花了 30 分鐘仍夾不出的魚刺，李醫師都會建議病人到教學醫院找耳鼻喉專科醫師做進一步處理。有時候當李醫師判斷這根魚刺卡到喉嚨深部而不是李醫師所能處理的病例，他也會直接將病人轉往教學醫院求助耳鼻喉專科醫師，以特殊儀器夾出此魚刺。現在的情況是，依據李醫師以往的經驗，他只有百分之 30 的把握可以在 30 分鐘內夾出這根魚刺，而只要李醫師試圖夾出這根魚刺，就很有可能忙到晚上十點，如此李醫師將不能即時回家與家人共度兒子的生日。這個病例並不是一個急診病例（如果是急診案例，則即使醫師已經下班，但因為醫師仍在現場，仍須馬上處理案例），¹如果李醫師不幫病人夾魚刺，病人只要維持現在的情況，不再做任何吞嚥食物試圖將魚刺吞下喉嚨的動作，則此魚刺將會維持在那個地方不會造成進一步的傷害，病人也可以安全的轉診到醫院急診室，只是病人可能必須多花 40 分鐘的車程到醫院的急診室（也有可能李醫師試著夾出魚刺，但最後仍夾不出來，如此病人仍需轉診到醫院）。在此情況下李醫師面臨到的一個道德兩難的問題，到底要不要試著幫病人夾魚刺。

分析這個案例，我們首先想到的「思慮後的判斷」（規則）如下：

¹註：**急診定義及適用範圍**：1.急診定義：凡需立即給予患者緊急適當之處理，以拯救其生命、縮短病程、保留其肢體或維持其功能者。

台北榮總的急診患者之範圍如下列規定：適用於一般民眾及退除役官兵及眷屬：1.持續性高燒達 39 度 C 以上。2.休克現象。3.急性神經系統衰竭。4.重傷。5.尿閉 24 小時以上。6.急性中毒。7.應立即隔離之齡行性傳染病。8.急性心肺官能失調衰竭。9.腹部急症（如闌尾炎、胃腸穿孔及腸阻塞等）10.其他危急重症。<http://www.vghtpe.gov.tw/~hcqa/files/hcqa0908.pdf> 依據台北榮總急診室主任，李修賢醫師。）

規則 1：在家庭醫師的能力範圍內，而且距診所 40 分鐘的車程內沒有其他的耳鼻喉科醫師，醫師有義務試著幫病人夾出卡在喉嚨中的魚刺。

規則 2：醫師答應家人在下班後要回家陪兒子過生日，因此醫師下班後，只要沒有急診的病人，醫師應該回家陪家人過生日。

規則 1 符合行善原則進一步的分殊化所得出的「移除將會傷害到他人的情況」規則。規則 2 符合由尊重自主性原則所分殊化出的忠誠義務 (Fidelity)。筆者將李醫師下班這個條件用在規則 2 而不用在規則 1，是因為一個有能力幫病人夾出卡在喉嚨中的魚刺的家庭醫師，而且距診所 40 分鐘的車程內沒有其他的耳鼻喉科醫師，只要在診所內遇到病人求治拔魚刺，而且是在醫師能力範圍所及，不論上下班時間，醫師都有這個初始義務試著幫病人夾出魚刺。理由主要是因為魚刺梗在喉嚨內是件很痛苦的事情，雖然不是急診案例，但是附近沒有其他的耳鼻喉科醫師，則醫師應該可試著夾出這魚刺，如果不行再轉診，這不像急診案例，醫師必須救護及照顧病人到醫院救護車到來或處理到病人危急狀況解除，而是醫師試夾之後，如果覺得夾不出魚刺，則可以請病人轉診，所以是初始義務，而不像急診病人在許多情況下幾乎是絕對義務。

至於是否可將下班與幫病人夾魚刺分開考量，也就是「開業醫師下班可以不看任何非急診病人而請病人直接轉診」當成思慮後的判斷，這個問題可能還需要取得大眾的共識才可能得出答案，但是筆者認為在這個案例中的規則 1，即使以上述的規則來檢驗，經過分殊化後，應該也是符合這個規則的合理的思慮後判斷而不是額外行動。在李醫師這個案例中，醫師已事先答應家人在門診結束後回家。而門診結束指的是在醫師處理完上班時間所有掛號的病人，並且已過下班時間，而且是沒有急診病人便算是下班。而在下班以後，忠誠義務的履行便得以成立。

接著進行原則（思慮後的判斷）的分殊化，在這個案例中和規則 1 有關的情況有兩個，一是距離鎮上最近的教學醫院在 40 分鐘的車程之處，醫院裡面才有耳鼻喉專科醫師。因此李醫師只要認為大概有百分之 50 以上的把握可以夾的出魚刺，李醫師便會動手處理，如果附近有耳鼻喉科醫師，則即使有百分之 70 的把握，李醫師也會將

病人轉到耳鼻喉科醫師處由耳鼻喉科醫師處理。第二個情況就是李醫師對此病例只有百分之 30 的把握可以夾的出魚刺。夾魚刺這個動作，除了考慮魚刺卡在喉嚨的位置外，還要考慮病人在接受夾魚刺這個治療時作嘔的情況而定，所以沒有辦法事前很正確的評估醫師有多少把握一定夾的出卡在喉嚨的中的魚刺。今天這個案例，因為病人口腔裝不太開，而且作嘔情況持續，所以李醫師認為他最多只有百分之 30 的把握可以夾出這魚刺，遇到這種情況，李醫師一般的做法是告訴病人他只有不到百分之 30 的把握可以夾的出這根魚刺，由病人決定是否要由李醫師嚐試夾出這根魚刺。因為病人接受夾魚刺的治療也是一件痛苦的事情，而李醫師並不是耳鼻喉科專科醫師，如果由耳鼻喉科專科醫師執行治療，會比李醫師來的熟練。所以如果病人願意接受耳鼻喉科專科醫師的治療，則病人可以直接轉診到教學醫院。因此判斷 1 經過分殊化後得出的規則為：

規則 1.1. 在家庭醫師的能力範圍內，而且距診所 40 分鐘的車程內沒有其他的耳鼻喉科醫師，醫師有義務試著幫病人夾出卡在喉嚨中的魚刺。而當家庭醫師只有不到百分之 30 的把握可以夾出這根魚刺時，醫師應該告知病人，由病人決定是否接受醫師的治療。

這個案例中和規則 2 有關的情況還有一個，就是李醫師距離住家為 50 分鐘的車程，這使得李醫師如果要履行已答應的事情有時間上的急迫性。經過反思後的規則 2 的分殊化為：

規則 2.1. 醫師答應家人在下班後要回家陪兒子過生日，因此醫師下班後，只要沒有急診的病人，醫師應該回家陪家人過生日。這位卡到魚刺的病人並不是急診病人，而且是醫師下班後才掛號進來，醫師的住家距離診所為 50 分鐘的車程，而醫師必須在一個小時內趕回家，因此醫師必須在十分鐘內出發。

經過分殊化後的規則 2.1.所導出的行動指引是醫師應該回家與家人聚會。但是依據規則 1.1.的行動指引，則醫師必須告知病人，由病人決定是否立即轉院；如果病人願意接受治療，則李醫師必定無法回家與家人共度生日，因此現在的關鍵點在於要否要告訴病人由病人做

出決定，還是李醫師直接請病人轉院。我們必須衡量這兩個規則以決定以那個規則所引出的行動指引為主軸。

因為經過反思平衡後，案例中所有的情況都已帶入原則中，但仍無法解決問題，所以我們必須藉助廣泛性的反思平衡以衡量原則的份量。因為醫師回不回去都會有人感到痛苦，所以我先以結果論的形式帶入。病人是在魚刺卡到喉嚨後一個半小時才來掛門診，病人並不覺得喉嚨痛，魚刺卡在那裡且刺進組織，如果不再吞食物下去，魚刺應該不會移動，因此我可以將病人的痛苦與醫師家人不能共聚過生日的痛苦視同相等，但因為李醫師專業上的義務關係，而且這種義務關係在規則 1 中並不因為李醫師下班而減損，因此我將病人的痛苦指數乘以 2 倍。如此，我們再分析病人經過李醫師夾出魚刺解除痛苦的比率和李醫師開車準時回到家的比率，互相比較便能得出結果。可能影響李醫師開車準時回到家的情況有車子拋錨，塞車，出車禍等等，依據李醫師每天開車往返的經驗，這種可能性很低，不到百分之 2，也就是有百分之 98 的成功率。而李醫師成功夾出魚刺的成功率最多只有百分之 30，比較之下，即使病人的痛苦指數乘以 2 得出 60，仍比不上李醫師回家所可以獲得的效益百分之 98。因此衡量後以規則 2.1 所引出的行動指引為主。因此經過衡量後的規則 2 可以進一步的分殊化提出行動指引。

規則 2.1.1：醫師答應家人在下班後要回家陪兒子過生日，因此醫師下班後，只要沒有急診的病人，醫師應該回家陪家人過生日。這位卡到魚刺的病人並不是急診病人，而且是醫師下班後才掛號進來，醫師的住家距離診所為 50 分鐘的車程，而醫師必須在一個小時內趕回家，因此醫師必須在十分鐘內出發。而醫師只有不到分之 30 的成功率夾出這根魚刺，因此醫師不必幫病人夾魚刺，請病人直接轉診。

如果李醫師認為現在病人及病人家屬的痛苦指數遠較李醫師家人因為不能聚會共度生日所遭受痛苦的指數為高，則李醫師將會以規則 1.1 的行動指引為主。如今是以規則 2.1.1 所引出的行動指引為主，但是我們仍然要考慮規則 1 的情況，因此最後的行動指引並不能完全依據規則 2.1.1，因此最後經過反思平衡後得出的行動指引為：李醫師請病人轉院，而醫師要詳細告訴病人他的病情，包括李醫師認為他

夾不出這魚刺，這根魚刺卡在喉嚨的位置，請病人不要在吞任何固體食物，並且幫病人聯繫教學醫院的急診室，請急診室的醫護人員事先通知耳鼻喉值班醫師待命等措施，讓病人安心。醫師再開車回家。當李醫師做完這些動作時，也必須花上 15-20 分鐘，而不是完全以規則 2.1.1.爲主的直接請病人自行轉診，不做任何後續動作。

這個行動指引所產生的行動及結果與我們的最初的最一般的共識：幫助病人解決痛苦，是一致的。因爲只有百分之 30 的成功率而請病人轉院也是一種幫助病人解決痛苦的辦法。

假設李醫師的住家距離診所爲三十分鐘的車程，其他的情況不變，則我們的規則 1 及規則 1.1 的敘述不變，規則 2 的敘述也不變，但是規則 2.1 的敘述則改變爲：

規則 2.1^ˆ 醫師答應家人在下班後要回家陪兒子過生日，因此醫師下班後，只要沒有急診的病人，醫師應該回家陪家人過生日。這位卡到魚刺的病人並不是急診病人，而且是醫師下班後才掛號進來，醫師的住家距離診所爲三十分鐘的車程，而醫師必須在一個小時內趕回家，因此醫師最遲必須在三十分鐘內出發。

案例的其他條件不變，但是行動指引卻多出了 20 分鐘這個情況，會多出這個 20 分鐘乃使在進行分殊化時，經由反思平衡，我們也考慮到了規則 1 的情況，因此李醫師思考家人是可以接受李醫師晚 30 分鐘回家，因此在分殊化進行時，我們也同時進行平衡。我們在評估規則 1.1 時並沒有將時間的因素當成一個限制規則 1.1 的條件之一，所以不影響規則 2.1 在現在這個情況下的勝出，所以我們的行動指引也是以規則 2.1^ˆ 爲主，醫師必須在二十分鐘內結束營業，另留十分鐘關閉診所。因此多出二十分鐘，此時醫師再決定是否要以 20 分鐘的時間幫病人夾魚刺，還是直接回家。在此情況下，如果給病人一個機會要比與家人多聚 20 分鐘來的好，況且也可以給病人一個好印象，相信李醫師家人也會贊成李醫師如此做，這個觀念應該是一般道德（common sense morality）。因此可以告訴病人病情，而由病人決定是否讓李醫師試著夾出魚刺。以往李醫師會試著夾魚刺約三十分鐘，但是今天最多只能試著夾魚刺二十分鐘，因爲李醫師必須趕回家。所以行動指引是李醫師告訴病人病情，由病人決定是否接受李醫師的治

療，但是李醫師最多只能試著夾魚刺二十分鐘。這個行動指引所產生的結果與我們的規則 1 及 2 是不矛盾的。最後得出的行動指引的規則 是：

規則 2.1¹.1：醫師答應家人在下班後要回家陪兒子過生日，因此醫師下班後，只要沒有急診的病人，醫師應該回家陪家人過生日。這位卡到魚刺的病人並不是急診病人，而且是醫師下班後才掛號進來，醫師的住家距離診所為 30 分鐘的車程，而醫師必須在一個小時內趕回家，因此醫師最遲必須在三十分鐘內出發回家。距離診所最近的醫院為 40 分的車程，而李醫師有不到百分之 30 的成功率可以在 30 分鐘內擊出魚刺，李醫師可以問病人是否願意接受李醫師的夾魚刺 20 分鐘。

第二節 案例討論：

這個案例一開始的思慮後的判斷我只列舉兩個，並未將「開業醫師下班後應該將非急診的掛號病人轉診」當成一個思慮後的判斷。如果是在大型醫院，當夜間門診結束後，我們可以將病人轉到急診室，這麼做仍然是幫病人解決問題。但是開業醫師將下班後掛號的非急診病人轉到醫院的急診室，這是否是一個「應該」這麼做的思慮後判斷則必須採保留的態度，如果當成一個思慮後的判斷，則所根據的原則可以是「公平原則」分殊化後的「對每一個人有一個平等的享有」。這雖然是一個有關分配的公平規則，但是也可以看成社會賦予醫師的一個下班後可以轉診病人以享有自己休息時刻的分配。至於行善原則分殊化後的「保護及防衛他人的權利」，則因為病人在醫師下班後才掛號以及仍有醫院的急診室，所以轉診病人並未讓病人的權利喪失，因此轉診病人的這個判斷得以成立。果真如此，則醫師幫病人加診看病則是一種理想道德的行動。筆者認為即使依據公平原則這個規則賦予醫師可以轉診病人的正當性，不過，力量非常薄弱，由筆者開業行醫多年的經驗，如果告訴病人我已關診，而且有事情待辦，鄉下地區的群眾會跟我說：「看一下不會怎麼樣，拜託啦」！如果筆者再向病人說一次：「我真的有事情要做」，病人還是再向筆者說：「麥啦！看一下啦」！如果是都市地區的民眾，在筆者的夜間門診時間過了以後

進入診所時，大都會先問：「醫師休診了嗎」？如果告知已經休診，則病人會馬上離開，除非筆者告知尚未休診，病人才會進入診所內。以民眾來講，這是兩種不一樣的看法，而他們也都相信自己這樣做是對的，因此，民眾對於「開業醫師下班後應該將非急診的掛號病人轉診」這個規則有不一樣的看法。反對這個規則的人可以辯說：即使醫師下了班，但他仍是醫師，醫師有與一般人不一樣的專業道德的義務照顧病人，如果醫師有急事，則醫師可以用「另有急事」這個判斷作為思慮後的判斷以對抗「醫師下班後仍需診治非急診病人」這個判斷，只是「醫師已經下班」這個因素可以幫「醫師另有急事」這個因素加分。這裡衍生出另一個問題：醫師是否可以以自己個人的休息作為下班後轉診非急診的病人的理由，這裡考慮的難道只是醫師個人的自我利益而沒考慮到社會整體利益嗎？

在這個案例中的規則 1 的思慮後的判斷，相信是一個不常見的思慮後判斷，但是我們都會認可它是個思慮後判斷，因為附近 40 分鐘的車程內沒有另一個會夾魚刺的醫師，所以李醫師不論上下班時間，只要遇到需要夾魚刺的病人，李醫師一定要試著幫病人夾魚刺，除非這個魚刺的夾出超過李醫師的能力範圍。反之如果是一個輕微感冒又沒發燒的病人在李醫師關診後求診治，則只要附近仍有診所沒關門，李醫師請病人轉往鎮上的其他未關門的診所求治，這也可以當成一個思慮後的判斷。因此思慮後的判斷固然有一些是已成定論，可以順手捻來，但有很大部分是必須如同現在所舉的案例，必須進一步的思慮或分殊化，但這個思慮是很明顯的呈現對錯，不需要太多的思慮及平衡，如果需要進一步的思慮、分殊化或平衡，則我們必須將這個判斷分開成兩個思慮後的判斷，進入整個案例的分殊化及平衡中，因此思慮後的判斷並不需要我們的深思熟慮，而只需要稍微思慮便可。

分殊化需要靠案例達到最大的融貫才得以證成，如何才算達到最大的融貫。畢契在第 5 版的書中及其他的文章中並未提出達到融貫的原則，而只提到在本文融貫章節中所提的六點凌駕條件，另外畢樸以書中的關於好的理論的八項條件作為融貫的核心觀念，包括了不能有觀念上的不一致，也不能有敘述或立場的互相矛盾，以及越廣泛的具有正當性的解釋的加入則這個融貫愈能讓人信任。但是最大融貫的認定卻有可能因人及文化而異。在這個案例中，我們考慮了雙方的利益及下班是否可當成一個因素的情況，我們相信我們對家人利益的評估

方式和我們對病人利益評估的方式是一致的，不互相矛盾的。我們所作的評估即使一般化，也可以得到大眾的認同，因此達到最大融貫。如果今天我們以醫師不論上下班時間，只要病人求診，不論是不是急診，醫師必須完成醫療動作這個規範，凌駕任何醫師下班後必須完成其他義務的規範，理由是「醫師的天職」，這個理由會和現存的醫師的下班制度相衝突，因此是很難成立。

李察德森認為分殊化可以取代衡量，因此照李察德森的方法，此案例分殊化後的敘述如下：

在家庭醫師的能力範圍內，而且距診所 40 分鐘的車程內沒有其他的耳鼻喉科醫師，醫師有義務試著幫病人夾出卡在喉嚨中的魚刺。而當家庭醫師只有不到百分之 30 的把握可以夾出這根魚刺時，醫師應該告知病人，由病人決定是否接受醫師的治療。除非醫師答應家人，在下班後只要沒有急診的病人便回家陪家人過生日。這位卡到魚刺的病人並不是急診病人，而且是醫師下班後才掛號進來。醫師的住家距離診所為 50 分鐘的車程，而醫師必須在一個小時內趕回家，因此醫師必須在十分鐘內出發。

這個敘述將規則 1 及規則 2 合併在一起，與規則 1 及 2 分開並無不同，因為規則 2 加入了下班後的條件限制仍然是在規則 1 的不分上下班的範圍之內。而規則 1 及 2 所用的都是以個人的痛苦為單位，所以並沒有衝突。但是我們所用的痛苦評估情況並沒有進入敘述中，因此很難令人了解他這個敘述是如何成立的，不如將其分開，增加想像的空間。

關於是否可以以分殊化的方法取代平衡，迪馬克認為考慮到價值觀時則不可以。筆者舉一個例子來說明。前面我們曾經舉過一個四肢癱瘓而必須靠呼吸器及強心劑維生，意識有時清醒，有時不清的 65 歲病人，病人有時表達安樂死的意願，我們是否將其安樂死以取得器官以救其他的病人。一方面是基於多數人的利益贊成我們可以如此做，一方面基於人性的尊嚴反對我們如此做，二者的價值觀不同，如果將二者合成一個敘述，我們必須想辦法將兩個價值觀取其一，才能在不違反李察所要求的一般性及不違反原敘述道德認定的情況下合

成一個敘述，如此做的確會減少我們對案例的多方向思考，因為我們必須針對如何將兩個價值觀合成一個的方向進行，其他的方向如引用以往的範例，或本國特有的風俗道德或重新評估案例等方向將相對減少。這種將兩個衝突原則合併在一起的分殊化方法將視哪一個原則是初始的原則，而另一個原則就必須依賴前面的原則的價值觀，在進行平衡時，價值觀的不同會影響到我們對實際狀況的評估。例如以上述例子而言，一個是基於多數人身體上的利益比上一個垂死的人身體上的利益，是當下個人的利益比較。一個是基於社會上多數人認同的觀念，大家會認為尊重人性的尊嚴最後會帶給大家利益，是基於長久的利益。不論以哪個原則優先，如果以優先的原則的標準去衡量另外一個原則，則另一個原則必定被凌駕，只有分開才能更多方的考量。換言之，即使是兩個不同的價值觀無法妥協，但是在參考以往的範例下，我們仍然可以做出正確的道德判斷而不必將二者合併在一起。

前面曾經提及有些倫理學者認為決疑論較適用於醫護人員臨床上判定道德問題。我們以同一個夾魚刺的例子，而以史壯所提的決疑論方法帶進去。

阿拉斯所提的方法在第五章第三節已經提過，現在簡述如下：1. 先確定與這案例有關的主要倫理價值。2. 我們必須確定案例中主要的相互的行動有那些。3. 確定決疑的因子。4. 當每一個事項都考慮到時，我們應該試著去判斷出一個可以證成這個事項的案例，也就是範例。我們必須確認每個範例的倫理價值及論證可以證成我們手頭上所選的案例的某個觀點。我們必須選兩個對這個欲證成的觀點互為正反的範例。5. 比較案例與兩個範例之間，就決疑因子而言，案例與那一個範例較接近。當案例較接近其中一個範例時，這個範例的行動指引也就是案例的行動指引，如果案例介於兩個範例的之間難以取捨時，則我們需要考慮另一個觀點。²

以上面所提的案例而言，主要的倫理價值在於一個是幫病人夾魚刺的行善原則，一個是回家與家人過生日的忠誠原則。主要的行動是要不要告知病人夾魚刺的成功率為百分之 30，而由病人決定，還是不告知病人。決疑因子中支持李醫師告訴病人的有：李醫師有百分之 30 的比率可以夾出魚刺，醫院距離李醫師的診所為 40 分鐘的車程，

²Specified Principlism : What is it, and Does it Really Resolve Cases Better than Casuistry, 323-341

所以如果李醫師可以夾出魚刺，病人可以減少痛苦的時間。反對李醫師告訴病人的決疑因子為：醫師答應家人在下班後要開車回家與家人過生日，醫師的住家距診所所有 50 分鐘的車程，因此李醫師必須馬上離開診所。以及病人是非急診病人。

這個案例主要是比較病人還是家人的利益較重要，延續上面整合理論的思路，今天不論這個病人是急診還是非急診病人，家人的利益是固定的，因此利益的變數在於病人的情況，如果今天是一個急診病人則李醫師必定留下來，如果是一個李醫師根本夾不出魚刺的病人，則李醫師立刻請病人轉診。診所距離醫院 40 分鐘的車程，只是讓李醫師在有百分之 50 的成功率時必須告訴病人由病人決定是否轉院（如果醫院距離診所 10 分鐘的車程，則李醫師夾出魚刺的成功率只要低於百分之 70，李醫師請病人轉診）。住家距診所 50 分鐘的車程，只是讓李醫師在這情境下只有選擇告訴病人或不告訴病人兩種做法。因此我所找的兩個範例，與案例完全一樣，差別只在於一個是李醫師有百分之 50 的可能性夾出魚刺（範例 1），另一個是李醫師只有百分之 10 可以夾出魚刺（範例 2）。如果有百分之 50 的把握，相信李醫師及李醫師的家人都會同意給病人一個機會。如果是只有百分之十的把握，在平時李醫師都會請病人轉診，畢竟夾魚刺對病人來說是一件痛苦的事情，現在剩下的工作則是評估百分之 30 的把握是否要通知病人，上面所提的以痛苦為單位的算法將可以帶進來。

如果是李醫師住家距離診所為 30 分鐘車程時，情況較複雜，因為多了 20 分鐘出來，如此變成兩個變數，這個變數一是夾出魚刺百分之 30 的成功率，一是病人可以有多 20 分鐘接受治療的時間。這樣變成兩個行動的考量，一是要不要告訴病人，二是如果告訴病人由病人決定時，是不是有時間上的限制。筆者認為決疑論的方法在此要分成兩個步驟，第一個步驟如同上面一樣，先決定要不要告訴病人，如果決定是以病人的利益為優先，則告知病人由病人決定，那麼就沒有第二個行動，如果不告知病人，則進入第二個行動的決疑。第一個決疑行動進行時將如同上面的結果一樣，醫師必須回家與家人過生日，第二個行動進行決疑時，結果也是問病人是否願意接受李醫師 20 分鐘的夾魚刺治療。這個結果與畢契的整合式的方法所得出來的是一樣。

不論是整合式的方法或者是決疑論的方法，我相信結果應該都一樣，因為兩個方法都會盡量找尋和案例有關的解釋帶入案例中，主要

的差別在於那一個方法比較方便。如果有現成的範例而且和案例非常接近，則決疑論的方法將可輕易的解決案例，如果沒有現成的範例，就像上面所舉的案例，則較整合式的方法困難。就如筆者前面所說，我們必須先訂出決疑因子的次序再去找範例，因此必須先找到關鍵的決疑因子，一個一個的進行決疑。困難的是我們如何找出關鍵的決疑因子及設想出範例。而畢契的整合式的方法，有一個分殊化的方式將案例的內容帶入原則中，方式為「將案例中的人、物、時、事、地、為何，帶入案例中，並且不改變原來的道德認定」。思慮後的判斷給出案例進行判斷的方向，分殊化使得案例的決疑因子一一到位，如此使得案例較易進行。

以上的案例分析仍兩個問題需要進一步的討論，一是不同的思慮後的判斷的問題。二是衡量時價值觀不同的問題。先說第一點，如果我們將規則 1「在家庭醫師的能力範圍內，醫師有義務試著幫病人夾出卡在喉嚨中的魚刺」當成一個單位，換言之，就是診所距離醫院的距離以及李醫師夾出魚刺的成功率為百分之 30 這兩個條件對於思慮後的判斷而言，只是行動指引的不同，對於這個判斷的整體性與份量就和「李醫師有百分之 80 的把握夾出魚刺」一樣。因此我們在平衡時只是就病人的痛苦與醫師家人的痛苦相比較，如果病人的痛苦指數是 2，家人的痛苦指數是 1，則我們的最後的行動指引將是李醫師問病人是否接受李醫師的夾魚刺治療。兩個不一樣的結論，問題出在不同的思慮後的判斷產生不同的行動指引。而不同的思慮後判斷與個人的道德觀或道德知識有關，像上面所舉的例子，醫師可能認為他一定要讓病人選擇而不願承擔幫病人作決定的可能後果，也可能是醫師將病人的病痛看得比家人還重，也有可能醫師沒有想到可以將夾魚刺的成功率考慮進去。這種對實際情況的作較大範圍的判斷時，有時會漏掉一些重要的判斷。如果對實際情況的初始判斷太過細膩時，有時將產生太多的思慮後的判斷而徒增困擾，例如將案例中「夾魚刺成功率只有百分之 30 時應該告知病人，由病人作決定」再分成兩個判斷，一是在成功率只有百分之 30 時醫師應將病人直接轉診，另一個是應該告訴病人，由病人自行決定。這種分法將增加複雜度，不如我們一開始的分法，於平衡時再將百分之 30 的成功率這個因素考慮進去會較單純及簡單，也符合畢契對理論所訂的八個條件中的簡單原則。不同的思慮後的判斷的問題，這種差異即使進入分殊化及廣泛的反思平

衡也無法使之同一。整合理論想藉由思慮後的判斷及分殊化的方法避免掉理論及個人價值觀不同的困境，但是在做出思慮後的判斷時，事實上我們也將自己對這個判斷的價值觀隱藏在這個判斷裡面，分殊化時我們將實際的情況帶入，但也將隱藏在判斷裡面的價值觀保留下來，而且這些價值觀也會影響思慮後的判斷的分殊化及反思平衡。像上面所舉的例子，有的醫師會以第一種的思慮後判斷為主，有的醫師會以第二種的思慮後判斷為主，認同第二種的思慮後判斷的醫師可能認為醫師的首要任務便是解除病人的痛苦，醫師家人的利益應該擺在後面，即使在進行廣泛性反思平衡時以痛苦的指數為單位，但事實上先前存在的價值觀已決定以病人的利益為先，所謂痛苦指數 1 及 2 也是醫師主觀的認定，即使以決疑論的方法也是同樣的結果。但，無論如何，這兩個判斷都合乎道德的標準，筆者認同這兩種做法。

畢契的整合式倫理決策方法必須避免自我欺騙，因為一般醫師做決定時，經常只有自己一個人下決定，如果自己不能堅持理念，則再好的倫理決策方法也無濟於事。

第六章 結論

由實際案例的導入，筆者認為畢契的整合式的倫理決策方法的確較傳統的道德理論及決疑論更能廣泛的考慮到案例的各個面向及提出正確的行動指引。因為思慮後的判斷避免了不正確的初始判斷，而分殊化、反思平衡及融貫法可以避免侷限在某個道德理論的限制，進而提出正確的行動指引。因為思慮後的判斷可以是根據以往的範例所得出，因此類似由下而上的證成模式；但是由思慮後的判斷進行分殊化，這點又類似由上而下的證成模式，因此畢契二氏謂其倫理決策模式為整合式的倫理決策模式。

畢契認為人類從小先學會遵守規範，長大後了解道德制度，接著便會應用這些已經存在腦內的規範判斷事情，而思慮後的判斷便是這些已存在腦袋記憶中的規範，或者是直接可以由這些原則、規範導出的初始正確的判斷。筆者認為畢契的意思像在說，這些長久記憶中的規範有點像被制約似的，我們不去懷疑他，只是與某個規範相對應的外在環境出現時，這個規範便起作用，因此，一切都是生理反應。而畢契在不傷害原則也說「即使傷害是一個被爭議的概念，大家都同意明顯的身體上的傷害，及其他對明顯的利益的阻撓是典型的傷害……將會著重在肉體的傷害，特別是疼痛、殘障及死亡等，但並不否認心靈傷害的重要性以及其他利益的阻撓」，這裡明顯的看出也是以生理上的反應為判斷的標準。以生理上的反應為判斷標準比較有科學的數據可以當成依據，因此比較有客觀性。但這有三個問題點：一是我們從小所接受的規範，我們是知其然不知其所以然，但是長大後我們會去詮釋這些規範，並且給出自己所能接受的理由以繼續相信它，接受它甚至遵守它，如果某些規範不能讓自己信服，則長大後我們將會放棄這些規範。我們（人類）並不是完全會被這些規範所制約。因此即使我們將這些規範當成初始的思慮後判斷，不表示我們對這些判斷沒有自己的一套看法，這些規範經過分殊化後進入平衡，如果衝突的原則背後自己所給出的理由是不一樣的標準時，換言之，有些規範的遵守並不是以實際利益（interest）為主，而有些是以利益為主，而自己手邊又沒有以往的範例可資參考時，則這個衝突將很難解決，這是其中一點。另一點則是一開始的初始判斷每個人不一定完全相同。就如同迪馬克所批評的，¹我們並沒有那麼多制式的初始判斷以及正當性

¹Joseph P. DeMarco and Paul J.Ford, "Balancing in Ethics Deliberation : Superior to Specification and

的理由作為我們的依據，還是要依靠自己平常的自我訓練及道德修養才可以。如果要靠外在的力量，例如縝密的法律或健保法，則不免令人感到恐懼及悲哀。第三點則是以生理上的標準作為判斷的標準則嫌不足，例如醫師看病時的態度及技巧的問題，如果醫師擺個臭臉，即使臭臉不像打針一樣直接傷害病人的肉體，也沒侵權，但病人會覺得受到傷害，有時候這種傷害遠大於肉體的傷害，筆者時常在看診見到這種情況。例如有位 45 歲的女病人兩個月前血壓一直都是正常，大概在 110-120/70-76 毫米汞柱之間，今天看診時血壓為 160/110 毫米汞柱，病人要求筆者趕快開降血壓的藥物給她，病人顯得焦慮而且焦急的問：「我最近自己量血壓都是這種數據，而且我最近都睡不好，我先生一直唸我，要我趕快來看病，說我以後都要一直吃降血壓藥物，聽說降血壓藥物吃多了會傷害腎臟，還有，醫師我不要吃安眠藥以及鎮靜劑，這些吃了以後會上癮」。病人因為最近兩個月壓力太大，導致失眠，焦慮，以及背頸部，頭部脹痛。此時筆者固然要開降血壓藥及止痛藥給病人，但只要筆者多安慰病人兩句話，或多聽病人兩句訴苦的話，告訴他這種血壓突然升高的情況很常見，只要事情過去，或自己放輕鬆，血壓便會回復到以往正常的血壓，經常病人在一段時間後，血壓會回到以前正常的血壓，而且不必再吃降血壓藥。如果當天看診時，筆者只簡短告知：「服用降血壓藥物不會傷害腎臟，如果血壓高才會傷害腎臟」，接著開降血壓藥及止痛藥給病人，病人服用藥物以後，血壓下降，也不頭痛，但是此後必須長期服用降血壓藥物及止痛藥。因為病人認為我所面露的不難煩的表情是譴責病人，而且我也沒有明確的回答病人的問題，病人可能自責更深，以及認為自己需長期服用藥物，對自己以及家人造成長期負擔。如果照畢契的不傷害原：「大家都同意明顯的身體上的傷害及其他對明顯的利益的阻撓是典型的傷害...他們將會著重在肉體的傷害，特別是疼痛、殘障及死亡等，但並不否認心靈傷害的重要性以及其他利益的阻撓」。我這兩種做法都沒錯，因為我都幫病人解除肉體上的痛苦，也沒有引起肉體上的傷害，而且有的醫師也認為壓力過後自然血壓會下降，現在連精神科醫師對於憂鬱及焦慮的病人都只負責開藥而不做心理諮商，精神科醫師認為一切都是生理的變化。因此，既然病人不要我開安眠藥及

casuistry," *Journal of Medicine and Philosophy*, 31 (2006): 483-497.迪馬克這篇文章主要是批評李察德森的觀點，李察認為我們必須有許多思慮後的判斷及證成的理由作為我們分殊化的資糧，並且認為分殊化可以取代平衡。迪馬克認為準備許多思慮後的判斷及證成的理由是不切實際的做法，我們仍然需要平衡彼此衝突的原則。

鎮靜劑給他，而我也不必負責解決病人的家務事，所以我只需要開降血壓及止痛藥給病人。更何況我不認為我的表情是不耐煩的表情，因為我也想幫病人，只是病人不讓我開藥，那我能做什麼（挫折感）。但是病人卻相信自己需一輩子需服用降血壓藥物，而且病人的罪惡感也加重。在這個案例中，即使我們以「己所不欲，勿施於人」或「己所欲，施於人」的黃金規則用於此案例也無法解決這問題，因為醫師可以說：「我也是這樣子的對待我自己以及我的家人」。

如何過道德的生活是一個實踐的問題，實踐的過程包括個人的道德品格及睿智的方法，這兩者是同等重要。上面筆者所提出的三點缺失，需要靠個人的努力及修養以獲得更多的資訊以解決這些缺失，所以需要品格及方法並重。本篇論文主要著重在畢契所提出的整合式倫理決策方法，而畢契也要求醫護人員必須具備有道德品格以執行倫理判斷。因此，當我們以畢契所提的倫理決策方法進行道德判斷時，如果遇到所得出的道德判斷和自己的欲求不一致時，這時便需要反省自己的道德修養，而且也需要道德勇氣去執行應該做的事。醫師如果習慣以整合式的倫理決策方法去思考事情，並加強自己在德行上以及人性心理上的訓練，則能達到對自己及病人身心靈的整體治療的目標。

在畢契的書中舉了一個例子：一位朋友送給某人一個神奇手環治癒了某人的性無能，不久某人遇見了他的母親被當成囚犯囚禁起，某人要求他的朋友再次施展魔力，將某人的母親救出來，這位朋友答應某人的要求，但是唯一的條件是，某人必須歸還那個神奇手環。這個案例中，某人是否要救母親是個道德問題，但是使否保存這神奇的手環則是個人利益的問題，所以這個案件可能是個困難的抉擇，但卻不是一個困難的道德抉擇²。在醫師執業當中，不論是開業醫師或者是在醫院服務的醫師，時常會遇到類似這種自我的實際利益與道德抉擇相衝突的情況。個人以為醫師在實際執行業務時，真正困難的不在於道德的抉擇，而是在個人利益與道德相衝突的時候，或者是醫護人員家人的利益與醫師業務上的責任相衝突時醫師該如何抉擇。在德行倫理學中，認為多照顧自己家人比照顧別人多一些是正當的，有時候醫師可以自我犧牲，但是醫師的家人是否也該如此則是一個值得討論的議題。

有些學者探討儒家思想與四原則之間的關係，到底四原則是否也能應用在中國人或台灣人身上，台灣人或中國人的思慮後的判斷為

²*Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed, 11

何，這是一個大問題。如同透納對畢契所提出的質疑到底有沒有共通道德的存在，筆者對這問題的看法是，儒家思想在現今台灣人的社會中仍存在著哪些特殊影響，哪些是已經消失的，這些仍存在的必然有其不可取代性，消失的必然有其原因，找出其中的因果關係，再去探討彼此之間的關係會更契合時代潮流。

筆者總結這篇論文，認為畢契的整合式倫理判斷方法：(1)就廣博性而言，四原則應可包括一般醫師所遭遇的問題。(2)就方便性而言，思慮後的判斷可以讓我們很快的抓到問題的重點。(3)就正當性而言，思慮後的判斷及融貫法可以取得正當性。(4)就實用性而言，分殊化及反思平衡可以讓我們就現代的思潮做出正確的判斷。(5)就人性而言，四原則各有其相應的德行。(6)就批判性而言，共通道德四原則在本國內並未見到反對的聲音，且與本國所訂的醫師專業規律相通，故能判斷出現有的風俗道德或以往的醫療專業倫理，是否已不能適應現代的醫學倫理標準。所以筆者認為畢契的整合式倫理決策模式可作為一般醫師日常行醫之用。

參考文獻

一、 中文期刊論文

1. 林遠澤，〈責任倫理學的责任問題－科技時代的應用倫理學基礎研究〉，《台灣哲學研究》，第五期，頁 297-343。
2. 林遠澤，〈決疑論與實踐討論：以對話倫理學做為醫學倫理教學之基礎的試探〉，《哲學與文化》，第 32 卷第 8 期（台北市：哲學與文化月刊社，2005 年 8 月），頁 51-69。
3. 林遠澤，〈從醫學技術主義回歸人道關懷如何可能？試論醫護人文教育的關懷倫理學基礎〉，《哲學與文化》，第 34 卷第 9 期（台北市：哲學與文化月刊社，2007 年 9 月），頁 61-86。
4. 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（台北市：哲學與文化月刊社，2001 年 10 月），頁 908-924。

二、 中文書目

1. 尹彙文譯，《世界醫師醫學倫理手冊》（台北市：中華明國醫師公會全國聯合會，2005 年）
2. 呂維理，林文瑛，翁開誠，張鳳燕，單文經譯，《道德發展研究與理論之進展》（台北市：心理出版社，2004 年）
3. 李少軍、杜麗燕、張虹譯，《正義論》（台北縣：桂冠圖書，2003 年）
4. 李雄揮編譯，《倫理學》（台北市：五南圖書，1990 年）
5. 唐欣偉譯，《法律的邏輯》（台北市：商周出版社，2006 年）
6. 紐則誠，方俊凱，林佩玲，丁宥允著，《醫學倫理學》（台北市：

- 華杏，2004年)
7. 專業倫理課程委員會，《專業倫理論文集(二)》(台北縣：輔仁大學出版社，1998年)
 8. 張立明編輯，《多元社會的醫學倫理》(台中市：財團法人中華基督教路加傳道會附設出版社，2005年)
 9. 張春興，《現代心理學》(台北市：東華書局，2002年)
 10. 郭貞伶，陳雅汝譯，《生命的自主權》(台北市：商周出版社，2002年)
 11. 陳宗韓，陳振盛，劉振仁，鄭錦宏編著，《應用倫理學》(台北縣：高力圖書有限公司，2004)
 12. 游恆山編譯，《心理學》(台北市：台灣培生教育出版社，2004年)
 13. 楊植勝等譯，《生死的抉擇》(台北市：桂冠出版社，1997年)
 14. 潘咸廷，陳建州，陳三能譯，《醫病關係》(台北縣：藝軒圖書出版社，2002年)
 15. 蔡甫昌編著，《臨床倫理案例討論》(台北市：橘井文化，2007年)
 16. 蔡甫昌編譯，《臨床生命倫理學》(台北縣：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2003年)
 17. 盧秀美著，《醫護倫理學》(台北市：五南圖書，2004年)
 18. 戴正德著，《基礎醫學倫理學》(台北縣：高力圖書有限公司，2004年)
 19. 戴正德，李明濱編著，《醫學倫理導論》(台北市：教育部，2000

年)

三、 英文期刊論文

1. Dawson, A., and Garrard, E. "In Defence of Moral Imperialism : Four Equal and Universal Prima Facie Principles," *J. Med. Ethics* 32 (2006) : 200-204.
2. Campbell, A. V. "The Virtues (and Vices) of the Four Principles," *J. Med. Ethics*, 29 (2003) : 292-296.
3. Arras, J. D. "A Case Approach," in *A Companion to Bioethics*, Eds. H. Kuhse and P. Singer (Massachusetts : Blackwell Publisher, 1998) ,106-114.
4. Beauchamp, T. L. "A Defense of the Common Morality," *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 13,3 (September 2003) : 259-274.
5. Beauchamp, T. L. "Methods and Principles in Biomedical Ethics," *J Med. Ethics*, 29 (2003) , 269-274.
6. Beauchamp, T. L. "Replay to Strong on Principlism and Casuistry," *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 25, no.3 (2000) : 342-347.
7. Boyd, K. B. "Medical Ethics : Principles, Persons, and Perspective : from Controversy to Conversion.," *J Med. Ethics*, 31 (2003) : 481-486.
8. Brand-Ballard, J. "Consistency, Common Morality, and Reflective Equilibrium," *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 13,3 (September 2003) : 231-258.
9. Callahan, D. "Principlism and Communitarianism," *J. Med. Ethics*, 29

(2003) : 287-291.

10. Clouser, K. D., and Gert, B. "A Critique of Principlism," in *Meaning and Medicine*, Eds. J. L. Nelson and H. L. Nelson, (New York : Routledge, 1990) ,156-166.

11. Cong, Y. "Doctor-Family-Patient Relationship: The Chinese Paradigm of Informed Consent," *Journal of Medicine and Philosophy*, 29, 2 (2004) : 149-178.

12. Cowley, C. "The Danger of Medical Ethics," *J. Med. Ethics*, 31 (2005) : 739-742.

13. DeGrazia, D. "Common Morality, Coherence, and the Principles of Biomedical Ethics," *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 13,3 (September 2003) : 219-230.

14. DeGrazia, D. "Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases, and Specified Principlism," *Journal of Medicine and Philosophy*, 17 (1992) : 511-539.

15. DeMarco, J. P., and Ford, P. J. "Balancing in Ethics Deliberation : Superior to Specification and Casuistry," *Journal of Medicine and Philosophy*, 31 (2006) : 483-497.

16. DeMarco, J. P. "Principlism and Moral Dilemmas: A New Principle," *J. Med. Ethics*, 31 (2005) : 101-105.

17. Downie, R. S. "The Doctor-Patient Relationship," in *Principles of Health Care Ethics*, Ed. R. Gillon (Chichester : John Willey & Sons, 1994) ,343-352.

18. English, D. C. "Moral Obligations of Patients : A Clinical View," *Journal of Medicine and Philosophy*, 30 (2007) : 139-152.

19. Gardiner, P. "A Virtue Ethics Approach to Moral Dilemmas in Medicine," *J. Med. Ethics*, 29 (2003) : 297-302.
20. Gert, B., Charles M., and Culver, K. D. "Common Morality versus Specified Principlism : Replay to Richardson," *Journal of Medicine and Philosophy*, 25, 3 (2000) : 308-322.
21. Gillon, R. "Ethics needs Principles – Four can Encompass the Rest – and Respect for Autonomy should be " First among Equals", " *J Med. Ethics*, 29 (2003) : 307-312.
22. Hare, R. M. "A Utilitarian Approach," in *A Companion to Bioethics*, Eds. H. Kuhse and P. Singer, (Massachusetts : Blackwell Publisher, 1998) ,80-85.
23. Harris, J. "In Praise of Unprincipled Ethics," *J. Med. Ethics*, 29 (2003) : 303-306.
24. Iltis, A. S. "Bioethics as Methodological Case Resolution : Specification, Specified Principlism and Casuistry," *Journal of Medicine and Philosophy*, 25, 3 (2000) : 271-284.
25. Jonsen, A. R. "Casuistry as Methodology in Clinical Ethics," *Theoretical Medicine*, 12 (1991) : 295-307.
26. Jonsen, A. R. "Strong on Specification," *Journal of Medicine and Philosophy*, 25, 3 (2000) : 348-360.
27. Macklin, R. "Applying the Four Principles," *J. Med. Ethics*, 29 (2003) : 275-280.
28. Oakley, J. "A Virtue Ethics Approach," in *A Companion to Bioethics*, Eds. H. Kuhse and P. Singer, (Massachusetts : Blackwell Publisher, 1998) ,86-97.

29. Quante, M., and Vieth, A. "Defending Principlism Well Understood," *Journal of Medicine and Philosophy*, 27, 6 (2002) : 621-649.
30. Richardson, H. S. "Specifying , Balancing, and Interpreting Bioethical Principles," *Journal of Medicine and Philosophy*, 25,3 (2000) : 285-307.
31. Richardson, H. S. "Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems," *Philosophy and Public Affairs*, 19,4 (1990) : 279-310.
32. Roojen, M. V. "Reflective Moral Equilibrium and Psychological Theory," *Ethics*, 109 (July 1999) : 846-857.
33. Schmidt-Felzmann, H. "Pragmatic-Methodological Pragmatism in the Principle-Based Approach to Bioethics," *Journal of Medicine and Philosophy*, 3, 28 (2003) : 581-596.
34. Shaw, A. B. "Intuitions, Principles and Consequences," *J. Med. Ethics*, 27 (2001) : 16-19.
35. Strong, C. "Specified Principlism : What is it, and Does it Really Resolve Cases Better than Casuistry ? ," *Journal of Medicine and Philosophy* (2000) ,vol.25, no3 : 323-341.
36. Surbone, A., and Lowenstein, J. "Exploring Asymmetry in the Relationship between Patient and Physicians," *The Journal of Clinical Ethics*, vol.14 , no. 3 (2000) : 183-188.
37. Tsai, D. F-C. "The Bioethical Principles and Confucius' Moral Philosophy," *J. Med. Ethics*, 31 (2005) : 159-163.
38. Turner, L. "Zones of Consensus and Zone of Conflict : Questioning the "Common Morality" Presumption in Bioethics," *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 13,3 (September 2003) : 193-218.

39. Veatch, R. M. "Is there a Common Morality ? " *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 13,3 (September 2003) : 189-192
40. Warnock, G. "The Object of Morality," in *Ethical Theory: Classical and Contemporary Readings*, 4th ed. L. P. Pojman, (Belmont, CA : Wadsworth, 2002) ,334-441.

四、 英文書目

1. Beauchamp, T. L., and Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, 1st ed. (New York : Oxford University Press,1979)
2. Beauchamp, T. L., and Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, 4th ed. (New York : Oxford University Press,1994)
3. Beauchamp, T. L., and Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed. (New York : Oxford University Press,2001)
4. Beauchamp, T. L., and Walters, R. (Eds.) , *Contemporary Issues in Bioethics*. 6th ed. (Belmont, CA : Wadsworth-Thomson Learning,2003)
5. Callahan, J. C. (Ed.) , *Ethical Issue In Professional Life*. (New York : Oxford University Press,1988)
6. Chapman, G. B., and Frank A. S. (Eds.) , *Decision Making in Health Care : Theory, Psychology, and Applications*, (New York : Cambridge University Press,2000)
7. Childress, J. F. *Practical Reasoning in Bioethics*, (USA : Indiana University Press,1997)
8. Dancy, J. *Ethics Without Principles*, (New York : Oxford,2004)

9. Daniels, N. *Justice and Justification : Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, (New York : Cambridge University Press,1996)
- 10.DeGrazia, D. *Taking Animal Seriously*, (New York : Cambridge University Press,1996)
- 11.Demarco, J. P. *A Coherence Theory in Ethics*, (Amsterdam-Atlanta : GA,1994)
- 12.Depaul, M. R. *Balance and Refinement : Beyond Coherence Methods of Moral Inquiry*, (New York : Routeledge,1993)
- 13.Edge, R. S., and Groves, J. R. *Ethics of Health Care : A Guide for Clinical Practice*, 2nd ed. (New York : Delmar Publishers, 1999)
- 14.Engelhardt, H.T. Jr., *The foundations of Bioethics*, 2nd ed. (New York: Oxford University Press,1996)(Original work published 1986)
- 15.English, V., Romano-Critchley, G., Sheather, J., and Sommerville, A. *Medical Ethics Today : The BMA's Handbook of Ethics and Law*, (London : BMJ Publishing Group,2004)
- 16.Feldman, F. *Introductory Ethics*, (New Jersey : Prentice-Hall,1978)
- 17.Frankena, W. *Ethics*, 2nd ed. (New Jersey, Prentice Hall,1973)
- 18.Gert, B. *Morality : Its Nature and Justification*, (New York : Oxford University Press,1998)
- 19.Gert, B., Culver, C. M., and Clouser, K. D. *Bioethics-A Return to Fundamentals*, (New York : Oxford University Press,1997)
- 20.Gillon, R. *Philosophical Medical Ethics*, (Chichester : John Wiley & Sons,2003)
- 21.Gillon, R. (Ed.) , *Principles of Health Care Ethics*, (Chichester :

- John Willey & Sons,1994)
- 22.Glannon, W. *Biomedical Ethics*, (New York : Oxford University Press,2005)
- 23.Herring, J. *Medical Law and Ethics*, (New York : Oxford University Press,2006)
- 24.Jecker, N. S., Jonsen A. R., and Pearlman, R. A. (Eds.) , *An Introduction to the History, Methods, and Practice*, (Massachusetts : Jones and Bartlett Pub.,1997)
- 25.Jonsen, A. R., and Toulmin, S. *The Abuse of Casuistry*, (California : University of California Press,1988)
- 26.Kant, I. (James W. Ellington translation) , *Grounding for the Metaphysics of Morals with On a Supposed Right to Lie Because of Philanthropic Concerns*, 3rd ed. (Indiana : Hackett Publishing Company,1993) (First published in 1785)
- 27.Kuhse, H., and Singer, P. (Eds.) , *A Companion to Bioethics* , (Massachusetts : Blackwell Publisher,1998)
- 28.Louis P. Pojman, L. P. (Ed.) , *Ethical Theory : Classical and Contemporary Readings*, 4th ed. (Belmont, CA : Wadsworth, 2002)
- 29.MacKinnon, B. *Ethics : Theory and Contemporary Issues*, (California : Wadsworth Group,1995)
- 30.Mappes T. A., and DeGrazia, D. *Biomedical Ethics*. 5th ed. (New York : McGraw-Hill,2001)
- 31.Nelson, J. L., and Nelson, H. L.(Eds.), *Meaning and Medicine*,(New York : Routledge,1999)

32. Pence, G. E. *Classic Cases in Medical Ethics : Account of Cases That Have Shaped Medical Ethics, with Philosophical, Legal, and Historical Backgrounds*. 4th ed. (New York : McGraw-Hill,2004)
33. Pojman, L. P. *Ethics : Discovering Right and Wrong*, (California : Wadsworth Group,1995)
34. Rawls, J. *A Theory of Justice*, 6th ed. (USA : Harvard University Press,2003) (First published in 1971)
35. Ross, D. *The Right and the Good*, (Philip Stratton-Lake Ed.) , (New York : Oxford University Press, 2002) (Original work published 1930)
36. Seedhouse, D. *Ethics : The Heart of Health Care*. 2nd ed.(New York : John Wiley & Sons,1998)
37. Strong, C. *Ethics in Reproductive and Perinatal Medicine : A New Framework*, (USA : Yale University Press,1997)
38. Sugaman J., and Sulmasy, D. P. (Eds.) , *Methods in Medical Ethics*, (Washington D. C. : Georgetown University Press,2001)
39. Veatch, R. M. *Medical Ethics*, (Massachusetts : Jones and Bartlett Pub.,1997)

五、網際網路資料

1. 李修賢醫師，〈倫理、紀律與糾紛－談急診醫療品質〉，

<http://www.vghtpe.gov.tw/~hcqa/files/hcqa0908.pdf>