

南 華 大 學  
哲 學 系 碩 士 論 文

案例決疑論與臨床護理倫理教學

Casuistry and Clinical Nursing Ethics Education



研 究 生：王 馨 慧

指 導 教 授：林 遠 澤 博 士

中 華 民 國 九 十 六 年 一 月 十 二 日



## 序

本篇論文完成，首先要感謝的是我的指導教授也是我哲學啓蒙的老師——林遠澤教授。林師遠澤先生在我剛剛接觸哲學時，給予我奠定了重要的根基並給予無限的思考空間，在哲學的瀚海之中悠游，並在林師遠澤先生的課程中找到本篇論文的方向。在寫作當中與老師反覆的討論與對話，遠澤老師也在百忙之中，詳細批閱此篇論文的論述以及用字遣詞，並引導學生在此篇論文中論述出重點。另外還要感謝顏永春老師，在論文的審查過程中多方的指導與協助，才能讓此篇論文得以順利完成。

決疑論的參考資料的確不多，也不容易理解，但是在林師遠澤先生的諄諄善誘之下讓我理解，並將其運用在我最想做的事上面，我在臨床擔任實習指導老師多年，與學生討論生命議題以及倫理議題的機會很多，多年來一直想把倫理教學帶入臨床討論當中，卻是一籌莫展找不到方向，直到上了遠澤老師的課好像看到一盞明燈找到了方向，這也才將我的理想付諸實現。

當然精神上壓力是不可避免的，但是幕後的龐大支持力量是不可忽視的，何況是在職進修的婦女猶如蠟燭二頭燒，若不能有效的找到平衡點，那可能將全盤崩潰。所以我要非常感謝我的家人，我的婆婆在我下班時已煮好香噴噴的晚飯等我，而我的公公總是提醒我不要給自己太大的壓力，我的先生更是幕後的功臣，藉由他無限的鼓勵與支持讓我無後顧之憂，而我那兩個可愛的兒子們總是說：「媽媽你用電腦寫功課喔！寫完了嗎？要休息喔！不要太累了喔！」，更讓我在撰寫論文時，注入了一股暖流。在此我要非常感謝蔣如萍老師，因為是蔣老師將我帶入哲學的世界，讓我在哲學中成長，在我書寫論文的期間，數度的瓶頸與挫敗是蔣老師的鼓勵與支持才讓我有前進的力量，繼續寫下去也才有此篇論文的呈現。

一篇論文的完成，的確非個人心力、能力所及。僅將此篇論文分享與所有要感謝的師長與親友。儘管倫理教學的路途遙遙無盡，尤其是臨床倫理教學更是在道德兩難的困境之中無法自拔，雖然有許多不同的倫理教學方法，但是需要有人去實踐的，若無人去實踐只是空談，此篇論文的提出只是希望在護理倫理教育中提供更多方向的思考空間與實踐方法，期盼有更多人投入倫理教育，並使得護理專業在尊重關懷方面能更上一層樓。

## 摘 要

教育是百年大計，而護理教育攸關全人類的福祉，因為護理不僅要照護（care）病人並且要促進人類的健康，而護理倫理卻是護理中重要的基礎亦是護理品格之養成，經由臨床護理倫理教育內化為護生心中的基石，成為將來任職於護理人員時，在臨床情境中如何適當的下判斷，去照護病人心中最需要的部分，以病人為中心，完成最完善的護理。護理倫理被使用於臨床實務之中是一種應用性的倫理學，它應該是以倫理規範為依歸，並隨著情境的變化作出最適當的處置，如果只是依循著一成不變的規範作為處事方法往往會產生落差，這正是待以修正的。而在護理養成教育之中，要如何將如此複雜而且重要必須教導學生的護理倫理，在養成過程中有效又快速的深植於每一位護理學生的心中？是本文所要研究的重點。

本文的研究進路將由案例決疑論教學法（Case Method）應用在臨床護理倫理，以決疑論在案例分析中的道德判斷形式來表達案例分析法，做為一種在具體情境中的道德判斷方式，可以融合以問題為導向的教學法在課堂之初尚未獲得相關知識之前護生先提出自己對倫理問題以及敏感度。再以案例教學法強調案例事真實的事件，以達成課程主題有關概念或理論的理解，及高層次的培養為主要目標。態度方面；如何在面對病人時能以欣賞、寬容、尊重、關懷，並以病人的角度為出發點，也是護理人員養成教育之中重要的一環。筆者認為綜合以上之教學方法，建構成一套案例決疑論倫理教學理論的教學基礎，以作為在護理倫理臨床教學的一套方法論。案例決疑論有其限制性，所以本文試圖輔以哈伯馬斯的溝通行動理論中的實踐討論模式，將其應用於實際臨床討論會之中，並以郭爾堡的道德序階評量，試圖去建構一個倫理的教學方法論。

護理人員養成過程中又以臨床實習為實踐的第一步，在面對道德兩難困境時，他們要如何下判斷，除了聽學姊、學長講的經驗以及課堂上所教的理論之外，在面對具體情境之下，只有臨床的指導老師和護理人員給予教導並成為護生的模仿對象。而在臨床的指導老師又要如何教導護生在具體情境之下作判斷，當然以案例來作討論是最快最直接的方法，而且案例要必須可以直接觸動護生的心弦，先有感性的觸動與感動之後才有辦法作理性的對話。在護理臨床教育之中，溝通是無法分離的一個重要核心，有了案例與理性溝通之後當然要有一種教學方法讓老師們依循而不會淪為主觀的個人意見以及斷見。說到此，本文因而試圖提出以案例決疑論作為臨床護理倫理教學的基礎。因為，案例決疑論強調建立「典範」作為大多數人信服與認同的基礎。若能進一步輔以哈伯馬斯的溝通行動理論中的

實踐討論模式，由師生無宰制性以及互為主體的對話教學方式，開放性的溝通、互動達到共識，進而從郭爾保的道德序階中可看出師生都有序階上提升的可能性。

本文是企圖建構一個方法論，可以提供在倫理教學上有另一個思考的方向。筆者從事護理臨床指導教師多年，一直在生命教育議題中與護生作討論，所以進而想經由此研究對護生作嘗試性的教學。筆者試圖從中找出討論前後護生對倫理議題的敏感度以及郭爾堡的道德序階是否有所改變？若結果是正向，是否就意味著此案例決疑論在護理的臨床倫理教育上是有其可行性。

關鍵詞：

Casistry	決疑論
Case Method	案例教學法
Clinical practice	臨床實習
Nursing Ethics	護理倫理
Specialized ethics	專業倫理
Education	教育
Habermas	哈伯馬斯
Kohlber	郭爾保
Florence Nightingale	南丁格爾

# 論文大綱

導論	1
第一章 案例教學法的理論建構史	6
第一節 案例教學法之發展歷程	6
一、案例教學法在醫護專業倫理教學之應用史	6
二、案例教學法的定義	12
第二節 案例教學法在醫護專業倫理教學的優缺點	14
一、案例教學法的優點	14
二、案例教學法的缺點	17
第二章 案例教學法的倫理學基礎	21
第一節 原則倫理學以及決疑論	21
一、由原則至案例	21
二、由案例至原則	24
第二節 決疑論之歷史	27
第三節 決疑論道德判斷之形式	31
第四節 決疑論之限制	38
第三章 案例決疑論與臨床護理倫理教育之溝通理論重構	40
第一節 郭爾保道德序階理論	40
一、道德判斷的概念	41
二、道德發展理論的教育涵義	43
三、道德六序階發展道德尺	45
第二節 哈伯馬斯之溝通理性實踐討論模式	50
一、哈伯馬斯之溝通理性實踐討論模式	50
二、哈伯馬斯之溝通理性實踐討論模式對決疑論之對話	53
第四章 案例決疑論在護理臨床教學上的應用	58
第一節 對案例決疑論在護理臨床教學上的初探	58
一、初期嘗試	58
二、發現的問題	60
第二節 護理臨床教學與道德教育	62

一、道德教育之道德處理與判準問題-----	62
二、臨床護理倫理教學道德處理與判準問題-----	65
三、臨床護理倫理教學與道德教育的關係-----	67
第三節 在護理臨床倫理教學課程設計之嘗試-----	71
一、案例決疑論在護理臨床倫理教學課程設計及方法-----	71
二、案例決疑論在護理臨床倫理教學課程之檢討-----	81
三、對護理臨床倫理教學之省思-----	86
結論-----	91
參考資料-----	95
附錄一-----	99

## 導 論

「護理養成教育」是孕育護理人員的重要歷程，在傳統教育過程中，只重視護理學生的知識(knowledge)與技術(skill)，將其視為護理專業能力的指標，卻往往忽略了倫理與道德面的培養。但我們知道，護理人員所要面對的是一個活生生的「人」(person)，而人並非機器，因此如何對待病人，將取決一個良好護理人員與護工之間的差別。

良好的護理人員具有著專業知識並且尊重病人，針對病人的身、心、靈給予協助與照護，並且發自內心去關懷病人；相對的，護工只針對病人生理上的需求，給予餵食、擦澡、換尿布等生理上的動作，就如同對待「物」一般，並沒有所謂的尊重與關懷。所以如何在護理養成教育中，培養出一位良好的護理人員，而不使其成為護工，那將是護理教育最需要反思的問題。

在實際的臨床工作中，將會有無數的醫療難題等待護理人員下決定，不像修護機器，護理人員也須考量非知識技術的層面。因此，「倫理」(ethics)將成為下判斷之重要參考依據，在護理教育過程中，倫理教育有其重要性。在護理教育的規劃上，過去著眼於護理知識、技術的訓練，卻忽略培養學生在倫理議題上的思考，畢竟每一個臨床的案例，很難一語帶過，需要不斷的案例分析、討論來協助學生，去作更有深度以及廣度的思考，並培養學生對倫理議題之敏感度，希冀能培養出以關懷「人」為價值核心的護理人員，並落實在每一位護理人員的心中。也因此，在護理的養成教育中，護理倫理是不可被漠視的一環，此環節將影響護理人員照顧病人的態度與信念。

在台灣臨床照護工作之中，護理人員以「專業倫理原則」<sup>1</sup>來作為行為的指導準則，規範著「什麼是護理人員應該做的？」，但在臨床上所遇到的情境是錯綜複雜，無法以刻板的護理專業倫理原則來處理多變之情境。在臨床實務之中，必須是一種應用性的倫理學，它應該是以倫理原則為指導對象，並隨著情境的變化作調整，如只依循一成不變的教條作為處事方法，將會產生無法應變之結果。

為了解決此問題，本文在護理養成教育過程中，置入案例教學法，提倡『問題導向的學習』P B L (Problem Based Learning)。張民杰先生指出：「醫護教育在一九七〇年代強調，醫生以及護理人員應有獲取資料、綜合資料、形成假設，

---

<sup>1</sup>「專業倫理原則，其用意強調專業團體的成員彼此之間或與社會其他團體的成員互動時，遵守專業的行為規範，藉以為維持並發展彼此的關係。專業倫理原則必須有專業知識與技術作為依據，若無專業知識與技術作為憑，行動時恐會魯莽行事，甚至傷及生命或社會。」參見沈清松〈倫理學理論與專業倫理教育〉，《通識教育季刊》第3卷，第2期，1996，頁3-4。



並透過假設驗證解決問題的技能，因而發展出『問題導向的學習』P B L。這種問題教學法是以實際病人的疾病或症狀構成問題，並以問題作為學習的刺激，學生作為學習的核心，教師只是站在促進者及引導者的角色，提出問題及檢視問題解決的過程而已」<sup>2</sup>，護理教育在透過案例的教學之後，可使得護理人員發現問題，提出解決問題的方案，執行並評量執行之後之成效，若成效不彰將回到原點，並再一次的發現問題，再解決問題並評值，如此循環，直到問題圓滿解決為止。

3

不過，案例教學法有時會使學生容易混淆，往往會讓學生抓不到重點和原則。其方式可能比其他方法更無條理，而案例所呈顯的問題沒有預設答案，一如教師的講授缺乏重點摘要及處理原則，將使學生無所適從。要如何有系統的將複雜、重要的護理倫理，在養成過程中有效的深植於每一位護生<sup>4</sup>的心中呢？是本文所要探討之重點。

我們檢視傳統教育方法上，針對護理倫理判斷，從上述的案例教學法外，各大醫院以及醫學院通常以醫學倫理中的中層四原則為臨床遇到兩難情境時之判斷依據，但是常常會出現中層原則兩兩衝突之現象，而不知如何取舍。例如以墮胎之議題為例，是要尊重母親的自主權或是胎兒的生存權（不傷害原則）；亦或是要對母親認為是好的理由下來進行墮胎（行善原則），還是要秉持著公平正義原則，為胎兒的生存權奮戰到底，因為中層原則沒有優先順序之分，所以目前為止仍是爭論不休，沒有結論。

此外，也有採用道德原理的方式，也即透過理論來指導該如何做道德行為。以彌爾（John Stuart Mill，1806-1873）的效益論(Utilitarianism)而言：「彌爾主張最大幸福原則（或稱效益原則）：永遠為了製造最大幸福而行動。」<sup>5</sup>，以最大多數人的幸福為最後下決定的依據，也就是權衡利弊得失，能獲得最大效益，即選擇其作決定。如墮胎之議題，需考量墮胎個案所處的情境，並分析案例所有的影響因素，在衡量之後以最大多數人的幸福再決定要不要墮胎，但是要如何衡量才能使最大多數人得到幸福，並不容易，而對年紀尚輕的護生而言，計算出最大多數人的善也並非易事。

---

<sup>2</sup> 參見張民杰，2001：頁 11。

<sup>3</sup> 而目前各大醫學院校都有使用 P B L，如陽明大學提升大學基礎教育計畫中的基礎護理教育改進計畫，談到目前在各大醫學院之中最常被使用的教學即是重視情境之 P B L，採用問題為導向，學生為中心的教學法，以小組教學強化教師反思能力，引發學生反思性實務能力。<sup>3</sup>此教學過程之中，案例是非常重要的部分。以問題討論、問題解決為教學過程與目標，被視為案例教學法的一種。從案例中可以發現倫理問題，藉此討論會可以集思廣益，收集各個參與者的意見，匯整成一些新的原則和處理問題的方法，進而達到內心道德的提升並完成護理倫理教學的目標，而此討論會在現今的各大醫院以及醫學院校持續地進行中。

<sup>4</sup> 護生為護理學生在臨床實習時的一個稱呼。

<sup>5</sup> 參見王思迅主編，《劍橋哲學辭典》，台北市：貓頭鷹，2002，頁 1263。

或是以康德(Immanuel Kant, 1724-1804)的義務論 (deontology)而言：「『定言令式』(categorical imperative)<sup>6</sup>的普遍形式就是：只根據那些格律來作，即他們可以願意被當成普遍法則，並且前後一致。」<sup>7</sup>，若以墮胎的議題來看，是不是所有的人都願意墮胎，若所有的人都願意墮胎，那墮胎即可以成爲一個普遍的法則，但是並不是所有的人都同意墮胎，所以墮胎無法成爲一個普遍的法則，那就是說不可以墮胎。以護生而言，就只有一個結果就是無論如何不可以墮胎，那將無討論思考的空間。

以及亞里斯多德 (Aristotle, 384-322 B.C.) 的德行論(virtue)而言：「道德的德行特質是選擇，將由具有實踐智慧的人來決定；它們將是依些處於兩個極端境地之間的行爲，這些行爲在於中道(mean)——通常稱爲『黃金的中道』(the golden mean)——這是相對於行爲者的天資和經歷的。例如，這涉及要在合適的時間，針對合適的人，以合適的方法，出於合適的理由去感到憤怒，或者樂善好施。」<sup>8</sup>也就是因人、因時、因地作下最適當的判斷。但談何容易，所謂的適當是什麼，對護生而言，缺乏歷練、資歷與經驗，即使擁有天資也無法達到實踐智慧(Phronesis)的要求，何況不是每一位護生都擁有天資，而以老師而言，就算擁有經驗、資歷與歷練，但是若無天資如何引導護生到實踐智慧的境界，是讓人質疑的。在倫理議題上，何謂適當的情境，也是無法具體說明的。

綜合以上所言，可以得知，無論是案例教學法、倫理中層四原則、效益論、義務論以及德行論在護理臨床情境提供了一種倫理教育方式，但是又各有所不足，是否能整彙它們，建構出一套更完善之教學方式，這將是本文最主要處理之問題

因此本篇論文研究的目的，是企圖建構一個方法論，以期能提供倫理教學上有另一個思考的方向。在護理人員養成過程中又以臨床實習爲實踐的第一步，一旦這些護生踏上了臨床直接面對病人時，如何培養他們正確的倫理觀念和態度。在面對道德兩難困境時，如何下判斷，除了師長的經驗以及課堂上所教的理論之外，在面對具體情境之下，應有臨床的指導老師和護理人員給予教導並成爲護生的模仿對象，並以案例來討論是最快速又最直接的方法，而選擇的案例必須可以直接觸動護生的心弦，必先有感性的觸動之後才能連結案例作理性的對話。

---

<sup>6</sup> 「定言令式」就是單獨從純粹理性的判斷方法來直接說出應該做什麼；它之所以是定言的，乃因這種判斷方式所命令的不依感覺的情形而定，並且它總是帶著否定的價值。

<sup>7</sup> 參見：王思迅主編，2002：頁 631。

<sup>8</sup> 參見：王思迅主編，2002：頁 70。

筆者從事護理臨床指導教師多年，一直在生命倫理議題中與護生作討論，所以進而想經由此研究對護生作嘗試性的教學。嘗試之方式是首先在墮胎議題的討論過程之中，先點出護生心中道德尺度的兩端，一端為大多數人所認同的案例；另一端則是大多數人所不認同的案例，並且介入法律層面探討，將臨床上所遇到的案例放置其中，讓護生自行作道德判斷，最後的結論是位於哪個區間，如此給予護生練習，以增強在道德兩難的困境之中作判斷的經驗，以提高護生對於倫理的敏感度。另外輔以郭爾保（Lawrence Kohlberg, 1927-1987）的道德發展理論，以期能明確看出師生的道德階層，在不斷地案例討論之中，是否提高護生的道德判斷。

而在案例上的討論，筆者認為以哈伯馬斯（Jürgen Habermas, 1929-）的理性溝通模式(communicative rationality modle)來進行是最適當的，因為在道德兩難的判斷溝通上，必須經過理性之討論，一個討論的理想情境中，是每一位參與者都能夠遵守發言的規則，透過交流、論辯直到理性共識出現。因為在案例決疑論的道德判斷形式中，有典範、描述、分類以及類推，過程之中會有一些爭議出現，而在類比完需要出現新的處理規則時，爭議是最大的，而如何在此爭議中達到有效的共識，則必須透過理性的適當溝通。

筆者認為經由案例決疑論，並輔以郭爾保之道德發展理論以及哈伯馬斯之理性溝通模式，應該可以帶入倫理教學中，並成為護理臨床倫理教學的新契機。因為在臨床上護理教育的養成，是以 8-10 人為一小組，除了照護病人之外，也是以小組討論個案的方式進行對話以及教學，了解病人的照護重點，透過一定的教學過程，思考問題的解決方法，以培養學生反省思考以及批判性思考的能力。並體會案例主角的立場，為自己所可能採取的想法或行動，提出最恰當的說明。可以融合以問題為導向的教學法，在課堂之初尚未獲得相關知識之前，護生先提出自己對倫理問題的看法以及敏感度。再以案例主導教學過程，以達成課程主題有關概念或理論的理解，以及高層次能力的培養為主要目標。

綜合以上所言，本文因而試圖提出以案例決疑論作為臨床護理倫理教學的基礎，並採用哈伯馬斯的理性溝通模式。本篇論文章節的安排，主要說明從理論的探索、建構、反省、實踐，改善建構到案例決疑論倫理教學方法的完成，進而實踐到護理臨床倫理教育的設計、評量之探討。除導論與結論內文共分四章：

第一章：案例教學法的建構史。討論案例教學法之發展歷程、案例教學法在醫護專業教學之應用史並說明案例教學法的定義，最後討論案例教學法在醫護專業教學的優缺點。

第二章：案例教學法的倫理基礎。先說明原則倫理學由原則至案例，再來說明決疑論是由案例至原則，接著說明決疑論的歷史和道德判斷之模式以及決疑論的限制。

第三章：案例決疑論與臨床護理倫理教育之溝通理論重構。說明郭爾保道德序階之發展理論的道德判斷的概念和道德發展理論的教育涵義，並且由道德六序階發展道德尺。再來談論到哈伯馬斯之溝通理性實踐討論模式，以及哈伯馬斯之溝通理性實踐討論模式與決疑論之對話。

第四章：說明案例決疑論在護理臨床教學上之應用。對案例決疑論在護理臨床教學初期的探索，將其系統化並發現問題，接著談論道德教育處理與判準、護理臨床教學的處理、道德判準問題以及護理臨床教學與倫理教育的關係。最後談到在護理臨床倫理教學課程設計之嘗試，案例決疑論在護理臨床倫理教學課程中設計、方式和檢討，以及對護理臨床教學之省思。

## 第一章 案例教學法的理論建構史

此章將討論案例教學法在醫護專業教學之發展歷程，並且說明案例教學法在醫護專業教學之應用史以及討論案例教學法之優缺點。企圖釐清此案例教學法在醫護專業教學的優缺點之後，並且輔助其他的方法使建構一個完整的教學法成爲可能。

### 第一節 案例教學法在醫護專業倫理教學之發展歷程

此節將依案例教學法醫護專業倫理教學的歷史和研究成果，其優點及缺點依序討論出一個較完整的案例教學法。在醫護專業倫理教學的發展歷程上，討論案例教學法在醫護專業倫理的教學上之優缺點，以期試圖發展出一個完整且周詳的教學方法，並希冀在醫護專業倫理的教育中呈現一個理想的成果。

#### 一、案例教學法在醫護專業倫理教學之應用史

張民杰在《案例教學法—理論與實務》一書中指出案例教學法在一八七〇年由哈佛法學院院長藍德爾（C.C.Langdell）首倡，案例教學法指藉由案例作爲師生互動核心的教學方法。<sup>1</sup>而醫護教育在一八七〇年代強調，醫生以及護理人員應有獲取資料、綜合資料、形成假設，並透過假設驗證解決問題的技能，因而發展出「問題導向的學習」這種問題教學法是以實際病人的疾病或症狀構成問題，並以問題作爲學習的刺激，學生作爲學習的核心，教師只是站在促進者及引導者的角色，提出問題及檢視問題解決的過程而已，而這樣的學習方式也擴展到其他的專業教育如與醫學息息相關的護理倫理教育。問題導向的學習通常以五到十二人作爲小組教學爲原則，問題的出現是在課堂之初尚未獲得相關知識之前，而不是在閱讀相關資料或講述結束之後，學習的過程包括：問題分析（analysis）、研究（research）、報告（report）。而問題形成包括：書面案例（written case）、案例短文（case vignette）、標準病人（standardized patient）、模擬（simulated）等。事實上按二者發展的沿革和年代看來，「問題導向的學習」可以說是將案例教學法稍作改變的一種教學法。是一種以問題爲核心，透過一定的教學過程，思考問題的解決方法，以培養學生反省思考及批判性思考能力的一種教學方法。由於問題教學法以解決問題爲導向，此與案例教學法的目的

---

<sup>1</sup> 參考張民杰，《案例教學法—理論與實務》，台北：五南，2001，頁 10-12。

在尋求案例中所提出的問題解決相同，因此在問題教學法的實施過程中，有很多與案例教學法相同之處，而醫護教育問題導向的學習，強調的是問題並不一定是案例，這是和案例教學法之不同；但問題導向的學習有時以書面案例、案例短文、標準病人等作為教學之媒介，並以問題討論為教學過程，也可稱為案例教學法的一種。<sup>2</sup>在醫護專業倫理教育中，兩難的問題及案例的討論過程一直是在教學中持續使用的方法。

案例教學法在醫護專業倫理教育通常有兩方面的運用：第一、臨床實習時醫學院學生在接受督導下，被安排照顧病人，與病人互動有著和一般臨床上之護病關係；第二、臨床討論會（clinico-pathological conference），由老師、實習醫師、住院醫師、以及醫學院學生或者護生，透過討論、研究病人檔案，形成臨床推理，以改善倫理判斷並提升道德。<sup>3</sup>而黃達夫先生更指出在一八九三年，醫學院的教授歐斯納（W.Oslers）要求實習醫師在接受督導的情況下同時照顧五位或更多的病人，實施必要的診斷和醫療等的醫學程序，並追蹤病人進步情形，作為了解實習醫師表現的方法。這項教學方法開始在病人，持續過程的焦點也在病人，成果也在病人身上，書籍與講授只是達到目的的工具和手段。一般而言，臨床實習在二十世紀已經是整個醫護教育的一部份，病房給了實習醫生呈現案例的機會，實習醫生撰擬病人的疾病歷史及其試驗性的診斷，並對督導的教授或醫生或老師辯護自己的評估和判斷，此即構成案例教學。<sup>4</sup>而此種教學在醫護教育中一直持續使用沿用至今，目前各大醫學院校，無論醫學或者護理科系在臨床實習這方面極度地重視，因為臨床實習是實際照護病人，最貼近實際臨床情境，養成醫師和護理人員之必經過程。

哈佛醫學院的教授坎隆(W.B.Cannon)更把研討會結合到法學院的案例教學法，並受到廣泛的採用，<sup>5</sup>一八八四年第一位南丁格爾式的傳教士伊麗莎貝斯小姐（Elizabeth Mckechnie）來到中國，在上海倡導新護理制度，引介新護理觀念。一八八七年布儂醫師（Dr. Boone）與一些護理人員的合作，在上海開始成立第一所護理學校。一八九〇年庚子事變後，許多英、美護理人員來到中國各地，她們借助英國護理改革的成功經驗，在中國早期護理專業化方面起了重要的作

---

<sup>2</sup> 參見：張民杰，2001：頁 15-16。

<sup>3</sup> 參見：張民杰，2001：頁 32。

<sup>4</sup> 參考黃達夫，《用心聆聽：黃達夫改寫醫病關係》，台北：天下文化，1999，頁 72-74。

<sup>5</sup> 參考：黃達夫，1999：頁 77。

用。<sup>6</sup>南丁格爾護士學校沒有寒暑假，寒暑假時期都在醫院實習，爲了把護理與科學相結合，使護理能像醫學教育一樣，有一系列的教育理論、科學邏輯、精確的技術，與不斷更新的研究，才能把護理教育推上正確的軌道。<sup>7</sup>如此看來，護理教育在南丁格爾時代已和醫學教育一樣在臨床實習時就一直使用案例教學法，而且病房給了護生呈現照護個案的機會而護生藉由實習機會撰寫個案報告，並對督導的老師辯護自己的評估和判斷以及護理過程，此即構成案例教學。

在醫護教育的推廣，現代醫護教育一般可以劃分爲二部分，其一是臨床前的教育<sup>8</sup>(pre-clinical education)，其二是臨床教育<sup>9</sup>(clinical education)。案例教學經常是在臨床教育所提供的教學方法。王維典在其論文中指出在一九六〇年代的臨床教育中，還出現以「標準病人」作爲案例，所謂的「標準病人」是指在接受訓練後，能模擬扮演教學用臨床個案（案例）的正常人或慢性病患者，此人有扮演病人症狀及病程的能力，能將臨床個案作完整、正確而且重複的演出，也具有互動、評估及給予醫學院學生回饋的能力。使用「標準病人」可以避免使用真實病人進行教學時，可能產生的許多缺點，包括在教學設計上不易安排、不能確定教學內容的完整性、學生會擔心受病人的排斥而影響學習效果、醫護倫理及病人隱私權等問題。美國南伊利諾州州立大學醫學院教育副院長巴羅斯（H.S.Barrows）就認爲在教導醫學生臨床技能、思考推理能力，以及評量這些技能是否純熟的眾多方法中，「標準病人」的使用是最有效的一種方法。<sup>10</sup>在臨床實習時，若能使用設計過之案例的「標準病人」人就可以不用害怕病人的拒絕而讓護生受到傷害，也可以避免一些臨床倫理問題。

張民杰也指出新墨西哥大學在一九八〇年代從全國醫學考試委員會的測驗成績發現，學生參與以案例教學法爲主的醫學教育課程，其臨床技能是比一般以講授爲主的課程成績較好，但基礎科學知識反之。因此目前大部分的醫學院採用雙軌制度，同時以有問題爲導向的案例教學和講述課程一起進行。但是由於一九八四年美國醫學院協會(American Association of Medical Colleges)，出版了一份報告，指出當時醫學院學生的畢業生由於過度專精化，學生被要求精熟

---

<sup>6</sup> 參見劉仲冬（2006），〈我國的護理發展史〉，《護理雜誌》，第53卷，第3期：頁8。

<sup>7</sup> 參見張文亮，《南丁格爾與近代護理史》，台北市：校園書房，1999，頁150-151。

<sup>8</sup> 臨床前的教育即在學校的教育。

<sup>9</sup> 臨床教育即在進入臨床之教育意味著與擁有護士或護理師執照的護理人員一樣，進入醫院實際參與照護病人並作臨床的學習與教育。

<sup>10</sup> 參見王維典（1998），〈臨床醫學教育：以標準病人爲教、學以及評量工具〉，《醫學教育》，第2卷，第4期：頁378-385。

大量的資訊，使得現代的醫學教育具有高度壓迫性，因此對於當時過度強調事實資訊的記憶，而窮於問題解決以及診斷技能的醫學教育，提出改革的呼籲，而此呼籲也使得案例教學法再度受到醫學教育的強調與重視。案例教學至今仍是醫學教育重要的教學法之一。<sup>11</sup>因為醫學院所要求醫學生之學習是必須很熟悉各個疾病診斷及治療方式，而忽視了個案是個人，因為以疾病為中心醫師們就只有看到疾病而忘了全面的評估，可能有看病經驗的人們就有感覺，如去看婦產科可是婦產科只看婦產科的疾病，乳房的問題就得看乳房外科，因為婦產科醫師會告訴您這不是我的專業，我幫您轉介給外科等等，如此醫師只看到器官、疾病診斷，而不會由病人的身、心、靈各方面給予全方位的評估。由以上可知案例教學法在醫護專業的教育中，必須以「病人為中心」而不是「以疾病為中心」，如此利用案例教學法才有其意義之存在。

而湯麗君等人在〈問題本位學習於護理教育〉的論文指出 21 世紀護理教育應在多元專業領域中學習及發展專業，而問題導向學習提供解決目前在護理專業教育中遇到的瓶頸。問題導向學習是以學習者在未來臨床上可能遇到的問題為學習的起始，進而收集及分析與臨床相關的資料，並鼓勵運用已知的知識來結合所尋之新知去解決問題。理論與實務的相整合亦可經由此類實境教學法而達成；此外，問題解決的能力及對自我學習負責的能力也在此過程中增加，如此也可以促進學習者的動機。而科技整合學習亦是重點發展之一，學習者可在科技整合學習中藉由問題解決的過程培養學習者與人互動合作，提升內在學習動機、增加自尊、合理性及創造性思考過程的運用，以增加存留記憶及社交與溝通技巧，促進口語與及數理能力。<sup>12</sup>而且在劉佩雲、簡馨瑩譯的《問題解決的教與學》一書中也指出問題導向學習也是以研究為導向，能培養學習者由不同角度、不同專業領域及觀點來分享想法，學習彼此尊重，在互動合作學習中可協助達到此目的。<sup>13</sup>而在醫護專業倫理教育中，以案例教學法中的問題導向學習，讓學生互動並思考倫理概念與應用，發現問題解決問題，培養護生用不同的角度思考問題，集思廣益合作學習，進而提升解決問題之能力以及護生之內在價值。

---

<sup>11</sup> 參見：張民杰，2001：頁 39。

<sup>12</sup> 參見湯麗君、黃川芳、徐銘玉（2005），〈問題本位學習於護理教育〉，《慈濟護理雜誌》，第 4 卷，第 3 期：頁 21-23。

<sup>13</sup> 參見劉佩雲、簡馨瑩譯，《問題解決的教與學》，台北：知識達圖書。



目前在各大醫學院之中最常被使用的教學即是重視情境之「問題導向」，余玉眉等人認為：「採用問題為導向、學生為中心的教學法，由老師分別收集個案資料學習教案的整理方式以小組教學強化教師反思能力，引發學生反思性實務能力。推動以學生為中心的師生互動，改變老師的角色，由獨白的專家成為推動師生對話的催化員，引導學生產生批判性思考；學生撰寫學習心情日記，幫助建立對行動反省的學習能力。」<sup>14</sup>此過程之中，案例是站在一個非常非常重要的一部分。許麗齡認為：「問題導向學習應用在護理教育上，目的是養成學生臨床理解與問題解決能力；加強知識的保留與獲得；減少理論與臨床的差距。培養學生從做中學，從思考中精熟知識，從體驗中轉化知識於行動中，最重要的是此學習方式學到分析與探討資料解決問題的經驗，而護理是一科實務的科學，問題導向學習最常採用之問題是以案例為教學工具、透過深度的討論、分析及批判性思考的過程、尋求真實情境中複雜問題的解決之道及每位學習者均有提問和回答問題的權利與責任。於護理教學中所設計的案例必須涵蓋重要的概念和議題，且能與課程內容結合，並藉由分析與批判性的思考過程幫助學習者建構知識，教師不僅要教導學習者成為會做事的實用人才，更重要的是要教導他們思考的方法，活用概念與知識的能力，以達到學以致用的目的。」<sup>15</sup> PBL 的學習方式，藉由案例讓護生能理解臨床之情境，並發現臨床之問題進而提出解決之方案，使學理技術轉化為行動之中，落實以病人為中心之概念，並且為日後終身學習奠立基礎。

由此可知案例教學在護理教育中是不可或缺的重要關鍵。而在臨床教學方面醫護更有個案討論會的進行，醫學討論個案的診斷、檢查、治療方式；而護理則討論如何照顧個案使個案得到最好的照護，如何從身、心、靈去評估個案進而計畫設立目標並執行護理措施然後評估個案是否得到改善。並從案例中可以發現倫理問題藉此討論會可以集思廣益，收集各個參與者的意見匯整成一些新的原則和處理問題的方法，進而達到內心道德的提升並完成護理倫理教學的目標，而此討論會在現今的各大醫院中持續地進行中。

趙可式博士在護理院校評鑑研習會中指出台灣護理教育核心價值就大學與專科之區別分為八大項以及六大項，依專業技能方面五專分為一般照護技能、

---

<sup>14</sup> 參見：余玉眉、盧孳艷、蔣欣欣、周治蕙、于淑、白瑞生等人撰，2001。

<sup>15</sup> 參考許麗齡（2001），〈問題導向學習於護理教育上之應用〉，《護理雜誌》，第 48 卷，第 4 期：頁 31-35。

一般基礎醫學、問題發現與改善，專業人文素養方面分爲尊重生命與關懷和敬業樂群，以及自我成長，<sup>16</sup>而在臨床教學中教師將案例教學法融入五專護理教育之六大核心素養把此案例教學引導護生於一般照護技能之教學與實際操作，臨床教學本就從認知、技能、情意來著手，所以一般照護技能在臨床是需要「從作中學」的一項基本技術，若能在實習過程就將一般的技能熟能生巧，則在將來的職場上就比較不會有職場及業界必須擔負起延伸的教育責任。而老師本身也需要從作中學，因爲只有自己去執行才知道其問題在哪裡，才有辦法教導學生在哪一個步驟可能會出現什麼困難，而當遇到困難時要如何避免與克服，若老師本身執行過此過程並將其經驗與護生分享，相信護生會更能體會如何學會此項技能。一般基礎醫學是專業護理人員必備的最基本的知識，而此項在臨床上要與實際的個案結合時，是護生最困難的部分，除了要引導學生翻閱工具書以外，還需與護生討論個案的狀況，並必須依「以病人爲中心」之概念去整合臨床情境的檢查判讀。而老師自我的要求更不可少，有疑問的地方必須與相關醫療成員討論出一個可能的結果，才有辦法在臨床上引導護生思考個案與檢查值的關聯以及結合相關學理。

在問題發現與改善方面，必須培養護生有發現問題的能力、臨床推理能力、問題處理能力以及批判思考能力。在臨床上溝通是不可避免的，護病之間是需要藉由溝通才能發現病人真正的問題，如此才能正確有效的處理病人問題。而經由溝通與病人建立了治療性關係之後，必須由臨床推理能力亦就是知其然並知其所以然的去發現問題之所在，問題必須由病人出發，從病人的相關資料找出問題之蛛絲馬跡，因此死背書是沒有用的，是必須結合臨床經驗以及個案狀況來判斷問題。發現問題之後便要解決問題，護理過程已教導我們從問題的辨識→收集資料→評估→護理計劃→執行護理活動→評值，如此循環不斷的護理過程在臨床上若能活用，那將受益不淺而就不會有所謂難纏的家屬或者病人了。對老師而言，護理過程不但要熟能生巧還要靈活運用，若真如此不但護生受益，老師本身也受益匪淺，因爲護理過程不僅僅適用於護理，對很多其他問題的發現與解決也是無往不利的。批判性思考能力是培育終生學習的基礎，更是專業進步及發展的基石。對於過去的舊知識、舊技能、習慣以及教導，只是一味接受，那如何進步，哪有發揮的空間呢？但這一部分對護生而言是較困難的，因爲五專學生只有約 18-19 歲一般思想無法成熟到可以領悟到這個層面，

---

<sup>16</sup> 參見趙可式（95 年 9 月 30 日），〈護理的核心素養〉，《護理院校評鑑研習會》，台灣護理學會護理教育委員會。

但是老師認為在實際臨床情境中，適度的給予引導他們會有不一樣的思考方向，也會從不同角度思考。而老師本身也須具備此能力，才有辦法引導學生思考，而老師就必須藉由閱讀書籍和欣賞影片之後延伸思考問題並參加各種研習會或者討論會與各專家討論之後思考，才能提升自我的能力。

尊重生命與關懷，以「病人為中心」的思考模式，就是尊重生命與關懷的模式，對於護生的教育，可能是「利他性的關愛」是最重要的教養，而護理人員少了關愛則只是操作技術而已。如何引導護生體認尊重生命與關懷是在臨床教學上不可或缺的一環，在此研究設計一倫理教學，引導學生思考墮胎、代理孕母等相關倫理議題，護生們對於如何在兩難的困境中作出符合道德的抉擇，在討論過程中發現護生們有著充沛的思想泉源，讓人嘆為觀止。在此老師用小組討論的方式來進行討論，使用了PBL中一部分的教學法，護生的學習成果是不錯的；老師在此部分不斷的進修與思考，期能帶給護生一個完整的概念並內植於每一位護生的心中。敬業樂群方面，將敬業的精神表現在臨床上成為護生的模範，一位專業的護理人員該有的敬業表現皆在此呈現，和單位的每一位工作人員，不只是護理長、副護理長、學姊、醫師、書記甚至是收垃圾的阿姨都能相處融洽，互相幫忙，如此學生才能在一個安全舒服的環境下實習，並期望護生能認同護理工作的重要性，並與醫療團隊保持溝通良好的合作關係，互相鼓勵與幫助。在老師自我成長方面，不定期的參加各種研習會並帶學生參與醫院的在職教育，以及回學校與其他老師討論並交換意見，閱讀相關書籍、參加專業團體等，並能夠將獲得的新知運用於護理專業工作，並樂於與他人分享、讓護生認同護理，以期帶給護生更新更完整更棒的教學。

## 二、案例教學法之定義

「案例」的定義、目的及在教育上的使用，非常多元且廣泛。綜合各個學者在應用案例教學法時對案例的定義（張民杰，2001：5-9；張家軍、靳玉樂，2004：48；陳潭、程瑛，2004：58）加以歸納，並對案例提出下列的定義：

案例是對真實事件所描述的是實際的情境，它不能用「杜撰的事實」來代替，也不能從「抽象的、概括化理論中演繹出的事實」來代替。這項敘述就是在臨床上面臨情境的一個部份的、歷史的和臨床的研究，其中包含了事件中的人物、情境、困境或問題，以作為分析、討論和作決定

的基礎。而「典型案例」是真實生活中的真實案例，可以成為教學的案例。

就案例的本質而言，案例以真實發生的事件為根據，護理臨床的案例就是真實的臨床情境。張民杰認為：「這些真實發生的事件所處的人、事、時、地、物等時空架構，也應該在案例中仔細的描述出來，以反應其所存在的社會與文化脈絡。針對教學目的，以問題為導向，有事件的焦點，不是平鋪直敘的描述，因此案例並不需要將真實事件的全貌巨細靡遺地描述出來。就案例的內涵而言，案例包含了事件中的人物，在特定的情境下所遭遇的困境或問題。案例最大的價值就在於藉由情境中所包含的困境或問題，一方面激勵學習者接受一連串的刺激，造成認知失調，引起學習動機；另一方面經由困境或問題的分析、思考、問答、討論等互動，得到經驗與理論的學習。就案例的功能而言，藉由這些情境存在的問題或處境，作為分析、作決定、問題解決、提出行動方案、檢驗理論或原則、結合理論與實務的基礎。」<sup>17</sup>而「典型案例」為有代表性的案例，可能是報章雜誌刊登過的，或者是法院法案的判例，也就是真實生活中的真實案例，其中有代表性的案例，也就是為大多數人所認同的即可以成為教學的案例。

而案例教學法在臨床護理倫理教學中，以倫理相關議題以及兩難問題的案例帶入討論會中，在師生互動的過程中教師是引導者與促進者的角色，鼓勵護生發表自己的看法以及意見，並讓護生學習尊重別人的意見，以及如何讓其他參與者認同自己的看法，如此藉以增加對問題的深度與廣度，同時也可以培養護生表達和溝通、反省和批判的能力。並以案例作為核心，使護生了解到臨床護理倫理，進而培養分析、作決定、問題解決、提出行動方案、檢驗理論或原則、結合臨床護理倫理理論與實務。

陳潭、程瑛認為：「案例教學法是一種運用典型案例，將真實生活引入學習中，『模仿真實生活中的職業情境』，創作『劇情說明』用來作詳細的檢查、分析和理解，幫助學習者、從業人員如何思考和行動的教學方法。案例教學需要實際的、可操作性的典型案例來加強運用，因此，案例教學需要教學案例。哈佛大學商學院教授克里斯坦森（C.R.Christensen）認為，『案例就是運用敘述式的表達方式，來鼓勵學生的參與，可替代許多方案的構建以及為認識現實世界

---

<sup>17</sup> 參考：張民杰，2001：頁 7-8。

的模糊性提供資料—實證的和過程的材料—這是對於一個特殊情景的分析所必需的』。案例教學法就是一種培養學習者初步具備職業技能的教學模式和教學方法，是溝通理論與實踐，能夠把認知性和感受性學習方式很好地融合起來的一種教學方法。」<sup>18</sup>以臨床護理倫理教學而言，「墮胎」是案例教學需要的典型議題，因為它是在臨床上源源不斷發生的一個議題，案例教學法運用在臨床護理倫理教學，是一種可以將墮胎的認知與感受融合的一種方式，而且可培養護生如何照顧墮胎案例，以及結合理論與實踐思考墮胎倫理議題的一種教學模式與方法。

## 第二節 案例教學法之優點與缺點

本節將介紹案例教學法之優點與缺點，並試圖發展案例教學應用於臨床護理倫理教學，以使護理臨床倫理教學運用反思能力和批判性思考，進入案例教學中加以分析理解，進而在老師和護生討論過程中建立一把心中道德判斷的尺，以利老師和護生在遇到臨床具體情境時，利用心中的那把尺快速且周詳的思考下判斷。

### 一、案例教學法之優點

對案例教學法之優點而言，有情境性、自主性、目的性以及運用討論、爭論、辯論的方法等四個優點。以下將一一說明：

第一、情境性方面。案例教學法必須進入情境中，才能進而引導護生在情境中進行推理判斷。張家軍、靳玉樂認為：「通常通過一個具體的情境描述，引導學生對這些特殊情況進行討論，案例分析運用問題或命題，更具有簡單、明瞭、直接和具有挑戰性等特點，既節省教學時間，又更容易激起學生討論興趣，從而高度調動學生在認知領域中的積極性，激發學生創新意識。」<sup>19</sup>而陳潭、程瑛認為：「案例教學法是對實際行動中的人及人的群體面臨的情境所進行的部份的、歷史的、診斷性的分析。這種分析以敘事形式出現，並鼓勵學生參與進來，它提供對於分析特定情境至關重要的一實質的和過程的——數據，以此來設計

---

<sup>18</sup> 參考陳潭、程瑛（2004），〈Seminar 教學法、案例教學法及其課堂教學模型構建〉，《湖南師範大學教育科學學報》，第3卷，第4期：頁57-59。

<sup>19</sup> 參考張家軍、靳玉樂（2004），〈論案例教學的本質與特點〉，《中國教育期刊》，第1期：頁73。

替代行動方案，從而實現認清現實世界複雜性與模糊性的目的。通過案例這種方式將真實生活引入教學過程和學習過程當中。有學者認為：『案例就是經驗學習中控制的學習』、『是對引起決策問題的陳述』<sup>20</sup>。應用在臨床護理倫理教學是適當的，因為護生在臨床上已累積了一些經驗，所以在陳述案例時護生較能進入狀況也較能體驗模擬真實情境，發揮足夠的想像力和創造力，並激發出新的原則與問題解決的能力。

第二、自主性方面。應用在臨床護理倫理教學是無宰制性的，老師只是在於說明以及引導和延續討論的角色，完全以護生為主體，老師引起討論並使學生對議題產生興趣，進而引發學生內在學習的動機，使護生自主性的想學習更多的觀念以及原則和解決問題的方法。陳潭、程瑛認為：「在案例教學中，學生是案例教學過程中的主體，在論題的選擇和討論方式上是教師和學生共享控制權，而且教師通常扮演著輔助人員和資源提供者居於次要地位。教師比學生知道的多，但教師的知識並不是權威性的，學生被期望對自己的學識負責。知識和思想在教師和學生之間雙向流動，並在學生之間互相交流著。通過這樣的教學方式學習者已然由消極的被動狀態轉變為積極主動狀態，學習熱情被激發，求知慾望也愈來愈強烈。」<sup>21</sup>進而運用反思能力和批判性思考，進入案例教學中加以分析理解，並且在老師和護生討論過程中內化成一把心中道德判斷的尺，以利老師和護生在遇到臨床具體情境時，可以利用心中的那把尺快速且周詳的思考下判斷。

第三、目的性方面。案例教學法是有其目的的，需要有目的才有所謂的教學法，需經過教學才能使學生達到要達到的目標如思維能力以及建構一個職業角色。陳潭、程瑛認為：「案例教學法的目標是提高學生對知識理論加強理智性的理解和應用，提高和培養學生的評論力、分析力、推理性的思維、辯論力以及說服力方面的信心和能力，能夠使參與者認知經驗、共享經驗，能夠促進學生擴大社會認知面以及解決一些社會問題的能力。此外，案例教學也能夠發展學生的自學能力和自主性思維，為進入社會建構理想的、富有操作性職業角色，案例教學法堅持理論與實踐結合的教學原則。」<sup>22</sup>應用在臨床護理倫理的教學上，在建立目標時是以案例為基礎培養批判性思考以及問題解決的能力，因為

---

<sup>20</sup> 參考：陳潭、程瑛，2004：頁 57-59。

<sup>21</sup> 參考：陳潭、程瑛，2004：頁 57-59。

<sup>22</sup> 參考：陳潭、程瑛，2004：頁 57-59。

在臨床上所遇到的倫理問題是複雜的，如果能兼具理論與教學結合的教學原則，並且發展護生有自主性的思維以及問題解決的能力，就是為社會建構理想的專業護理人員角色。

第四、運用討論以及分享的方法比較容易讓學生激發出學習興趣以及動機。張家軍，靳玉樂認為：「案例教學通常運用討論的方式、爭論、辯論的方法，容易激發起學生的思想火花及啓迪學生的智慧。這種追求真理式的爭論與論辯，由於非智力因素受到激勵，不同觀點的人在爭論與論辯之中各顯其智，教師與學生的積極性同時最大化，從而獲得了滿意的教學效果。」<sup>23</sup>在臨床護理倫理教學時，也常用討論以及分享的方式，若有不同論點的時候護生需學習接受別人不同的論點，也必須學習讓參與者認同自己的論點，而教師此時只需站在一個輔助的立場，需要時也可提出自己的論點，但不要求護生一定要接受。只是在討論的過程中，綜合參與者的意見和論點發展出一個大部份參與者可以接受的論點和解決問題的方法。讓護生學習在討論會中的態度與能力，並且集思廣益地找出新的處理原則與方法。

第五、案例教學法訓練出來的能力，在林秋芬、郭淑芬的認為：「護理倫理教育應可以透過案例之分析學習、情境認知、鼓勵學生參與討論，以培養其透過溝通養成倫理判斷之能力和培養實踐習慣，以及養成實踐智慧。」<sup>24</sup>使護理倫理教育出來之護理人員可以養成實踐智慧，在護理臨床上視人、事、時、地、物而可以有適當的倫理判斷之能力。

由以上特性看來，情境性方面是有人、事、時、地、物等相關組合因素使得教學時有彈性的教學；自主性方面是老師對學生無宰制權，而且雙方是互為主體並共同持有控制權；目的性方面是培養學生有批判性思維和理性思維以及案例教學通常運用討論的方式有爭論、辯論的方法，容易激發起學生的思想火花以及啓迪學生的智慧以培養學生實踐智慧之能力，進而在實際臨床情境下作出最適當之倫理判斷。把課堂還給學生，重視學生的主體性；而且答案不止一個，激勵學生不固守已有觀念，積極探索；教師最主要的作用是掌握有效的啓發和引導的知識。綜合以上所言之優點，可見案例教學法有許多可以加以應用

---

<sup>23</sup> 參考：張家軍，靳玉樂，2004：頁 73。

<sup>24</sup> 參考林秋芬、郭淑芬（2004），〈台灣地區護理學系應屆畢業生的護理倫理態度和護理倫理教學的看法〉，《新臺北護理期刊》，第 6 卷，第 2 期：頁 23-31。

在教學上，並且體現了教育學中之人本思想，符合人在社會化以及教育過程中不斷增強的能力，這是案例教學法的奧妙所在。在護理倫理教育中，更是一種重要的教學方法，因為倫理本身就是以人為本之思維，而護理本身更是離不開「人」，護理人員是人，病人也是人，護理人員照顧病人更是以人為本之照護，也就是「以病人為中心」的護理，在人本的教學過程中也就可以看出案例教學在護理倫理教育的生命力。

## 二、案例教學法之缺點

案例教學法雖然運用廣泛但在執行時仍有其限制，歸納學者的意見分析說明可以分為案例本質上的限制、案例教學的實施限制以及教師與學生方面：

案例本質上的限制：案例本質上有許多的限制如張民杰以及陳憶芬等認為：A.案例的撰寫費時、費錢、費力。B.案例往往容易被學習者過度推論到其他情境中；C.案例內容與實際情境仍有一段距離，對學習者而言，故事的壓力或限制仍不是真實的。D.案例內容是不連續的插曲，難以讓學生建構較完整的心智，課程顯得過於瑣碎，缺乏統整，而案例教學使得這問題更加惡化，因為案例含特定問題多過於一般的概念；案例很容易過度類化等。<sup>25</sup>E.案例並不同於現實。由於案例經均撰寫者過濾，且案例所涉及之溝通均有瑕疵。案例通常集中於一個問題，這種有限的觀點常導致隱晦而不完全的理解。若太過期望案例教學的效果，則這些限制有可能成為危險的陷阱。<sup>26</sup>F.情境上若護生完全沒有臨床的經驗無法將實際情境想像完全，只能憑空想像，如果以角色扮演方式來呈現情境，有時會失去臨場感與實際真實的感受，而無法真正去理解真實的情境發生時的感受與震撼，如自然生產過程護生在學校都看過錄影帶也知道自然生產的過程是如何，但是當實際在臨床上聽到產婦不斷地哀嚎以及咒罵，爾後當新生兒降臨時，媽媽用慈愛的眼神看著剛剛出生的小嬰兒，並用手指輕輕的愛撫新生兒的眉毛、眼睛、鼻子、嘴巴等，那時的感動，若沒有親臨現場是無法感受到那震撼的感覺以及母親是如何的辛苦與偉大。

---

<sup>25</sup> 參見：張民杰，2001：頁 199-200。

<sup>26</sup> 參見陳憶芬、張克章&吳壽山著，〈案例教學法及學生回饋意見之分析研究〉，《國立編譯館刊》，第 32 卷，第 3 期，2004，頁 48-49。



案例教學的實施限制：案例教學上有許多實施上的限制如張民杰以及陳憶芬等認為：A.案例教學加重教學者負擔，教師要花比平常教學更多的準備熟悉教材和案例。B.主持案例討論對教師的知識和領導技巧更是一大挑戰；C.效率不理想，在很短的時間，往往只能討論很少的內容，雖說過程比內容重要，不過內容與過程需平衡仍是有必要的。案例教學有時會使學生容易混淆，尤其科目內容很枝節零碎，案例內容很冗長，往往會讓學生抓不到重點和原則。D.案例教學沒有效率，是因為要花很多的時間，而涵蓋的內容卻很少。雖說歷程很重要，但教學內容也應兼顧。<sup>27</sup>E.不利中等以下程度或低年級的學習者。」<sup>28</sup>而熊祥林認為：「案例教學適用於具有『卓越心智』、『學術好奇』、『創造潛能』、『邏輯推理』和願意並勤於思考的人。若學生不具備這些素質和條件，則不易得到顯著的效果；案例教學偏重思考方法、推理分析、解決問題和議事程序的訓練。」<sup>29</sup>F.發展議題與解決問題花去更多的時間。除非教會學生釘牢案例中的問題，否則時間將浪費在處理額外的問題上。案例教學的歷程可能比其他方法更無條理，特別是運用小組工作或角色扮演時。G.採用案例教學法，其評量亦比其他教學法困難。<sup>30</sup>H.若學生是較畏縮的、表達技巧不好的、邏輯觀念不清楚的，都將影響學生在此討論中的表現與學習效果。所以，培養的學生不一定是「知識份子」而卻必須是「能力份子」由此可見，必須是有能力的學生才能有辦法在案例教學法中以追求真理的爭論以及辯論方式的討論，若是能力不足的學生將被此討論排除在外，會讓人以為是「精英教育」，無法普遍適用於大部份的學生。

教師與學生方面：老師在準備案例教學比一般講述性的教學需要更多的準備而學生也是，有時學生會不知從何準備起，而教學效果也會因為學生不同的背景與程度會有不同的效果。張民杰說：「教學成效會因學生的背景而異，因此在評估案例教學成效時，有必要考慮學生的背景對成效的影響。」<sup>31</sup>而熊祥林認為：「案例教學，教師的職責和功能不同於以往，教師如果不能具備帶領案例討論的基本素養，實施案例教學則不易成功；有些學生長期被傳統教學麻醉，養成消極被動、因循馬虎的惰性，缺乏積極學習的動機，追求真理的熱忱，如此實施案例教學的效果大打折扣。」<sup>32</sup>對師生雙方而言，案例教學法在運用上更為

---

<sup>27</sup> 參見：張民杰，2001：頁 199。

<sup>28</sup> 參見張民杰著，〈案例教學法的發展沿革及其對師資培育的啟示〉，發表於中華民國課程與教學學會主辦：「第一屆課程與教學論壇」學術研討會，台北，2000。

<sup>29</sup> 參見熊祥林著，《管理個案研究》，香港：理明出版社，1990，頁 62-63。

<sup>30</sup> 參見：陳憶芬、張克章&吳壽山，2004，頁 48-49。

<sup>31</sup> 引自：張民杰，2001，頁 199。

<sup>32</sup> 參見：熊祥林，1990：頁 62-63。

困難。陳憶芬等認為：「比起準備一場講述式的教學，教師可能需要更努力的發展、引導、跟隨案例的進行。當學生討論出一個與教師信念不一致的解決方法有些教師會倍感威脅。對學生而言，案例教學法更為困難且具威脅性，特別是第一次接觸案例教學時，許多學生喜歡由教師呈顯資訊，再由教科書中獲得其他資料。案例所呈顯的問題沒有預設答案，一如教師的講授缺乏重點摘要，將使學生無所適從。」<sup>33</sup>以學生的自主性而言，若護生在案例教學中無學習動機，被動不發問問題、不參與討論或者對主題沒有興趣，因為是以護生為主體的學習，所以將無法達到較理想的學習效果，甚至毫無任何成效可言。

歸納各學者的意見，案例教學實施的限制，可以分為案例本質上的限制包括：案例與實際情境仍有差距不及親身體驗、成效可能因學生背景和科目而異等，而戴維·加納認為：「案例撰寫困難且取得不易、案例發展及案例教學均需投入大量的時間和精力。案例教學法純粹是浪費時間，他帶給學生只有困惑。」<sup>34</sup>而且張民杰認為：「案例的事實查證和當事人隱私的保護並不容易，案例所附之研究問題很難一體適用。教師學生方面：教師缺乏帶領案例討論的經驗或技巧、學生沉默寡言發言不踴躍、每位學生事前未必都有充分的準備、發言偏離主題無法達成既定的課程目標、發言過於踴躍影響其他主題的教學。由於實案例教學法，學生必須謹慎的閱讀與分析案例，以了解蘇格拉底式的詰問法提出問題，引導學生討論和回答，因此案例教學法能否成功，完全依賴學生和教師的充分且適當的準備。如此教學，教師必須避免提供正確答案，學生則經常因為問題而有更多的問題，甚至邏輯錯誤，老師卻不可以介入，而要學生自己直接從案例中學習原則、觀念、解決實際的問題，很多人認為這種情形很難達到案例教學法所要達到的精神目標。由此看來要依賴老師和學生事前的準備，低年級及程度不足的學生會因此趕不上進度而無法參與討論與思考。」<sup>35</sup>因此以上這些問題都是實施案例教學法時有待解決的問題。

案例教學法的問題是有時會使學生容易混淆，往往會讓學生抓不到重點和原則。案例教學的歷程可能比其他方法更無條理，而案例所呈顯的問題沒有預設答案，一如教師的講授缺乏重點摘要及處理原則，將使學生無所適從。但面臨實際情境時原則又無法一一適用，而西方的倫理學案例決疑論主張在進行道

---

<sup>33</sup> 參見：陳憶芬、張克章&吳壽山，2004：頁 48-49。

<sup>34</sup> 參見戴維·加納著，楊秋霞譯，4月25日，2006，摘自 <http://www.iolaw.org.cn/shownews.asp>  
中國法學網

<sup>35</sup> 參見：張民杰，2001：頁 30-208。

德決定時，應以個案眼前實際的情況為主要考量，運用實踐智慧給予適當的道德判斷。所以，在下一章將討論以決疑論為案例教學法之倫理基礎，說明原則倫理理論為何無法適用於臨床護理倫理教學，由「原則到案例」是無法一一套用於每一個實際的臨床情境，而決疑論恰好在此可以加以運用，並說明決疑論之歷史，以及決疑論道德判斷之形式以及討論決疑論的限制。



## 第二章 案例教學法的倫理基礎

案例教學法因為缺乏一個系統與原則性，會讓學生混亂無法適從而抓不到重點，上課的歷程也較其他上課方式沒有條理，一如教師上課沒有重點和處理原則，讓學生不知如何是好，而真正面臨具體情境時，有時原則會讓人不知所措，由原則至案例的方法是硬梆梆的令人無所適從。原則無法一一套用於每一個案例之中，因為案例有其特殊性，情境中也無法一一適用於每一個原則，而在護理臨床情境中倫理的考量，更是無法以原則來教導護生來進行道德的判斷，而西方倫理學以決疑論主張在進行道德抉擇時，應以眼前個案的實際處境為主要考量，而非硬生生地套用規則、原則等普遍規範或理論，可以在實際情境下運用實踐智慧給予適當的道德判斷，所以本文認為決疑論可以成為案例教學法之倫理基礎。在第一節將說明原則倫理理論以及決疑論，第二節將介紹決疑論之歷史，第三節將說明決疑論之道德判斷形式，再來第四節是說明決疑論之限制其中說明決疑論只是一種道德判斷的形式而已，還無法成為一種教學理論。所以將在第三章中說明輔以郭爾保道德序階理論以及哈伯馬斯理性溝通模式，試圖建構一個完整的教學方法理論。

### 第一節 原則倫理理論以及決疑論

案例教學法是無法使學生有系統及有原則性的學習，而且在面臨真實的情境之下只有原則是行不通的，因為原則是死的而人是活的，只要與人相關其複雜性可想而知，原則是固定的而案例卻是因個別不同的案例有其特殊性，尤其應用在臨床護理倫理教學上，更是無法以固定的原則教導護生在臨床的處境之下，適當的下判斷，所以由此可見只有從原則出發之教學以及學習是不妥當的。而決疑論是視情境而考量，經由亞里斯多德式的實踐智慧，給予最適合實際情境的倫理判斷。但是只有從案例經驗中發展出來的原則，是無法放諸四海皆準的，那原則理論或是決疑論才能適當的在實際情境中做下最恰當的倫理判斷呢？假如能由原則至案例以及由案例至原則上下互補，發展出新的處理原則，是否能讓倫理判斷有更正確的更周詳的方法是以下將討論之重點。

#### 一、由原則至案例

案例在教學法中必須有一些價值判斷及原則，才能具體的有系統的讓學生學習，恰爾爵斯(Childress)認為：「在案例教學法中，給予的價值判斷必須以義務論或是效益論給予理論的基礎，在案例教學法中需教導義務論的原則以及效益論的原則，以原則為基礎再加以案例分析，使學習者在案例教學法中有一個遵循的

軌道，一個案例的分析。以功利主義而言，評估收集許多因素，需要有所謂的造成為最大多數的善，為此而下判斷。以義務論而言，原則明白地指出普遍道德思考的種類：尊重自主權、不傷害原則、行善原則、效益論、正義、保持約定、尊重隱私、保護機密的資訊等。」<sup>1</sup>在案例教學法中，一一呈顯其價值。

而且恰爾爵斯認為：「只有固定的原則種類和絕對的、固定的和永恆不變的原則，是向外追求的道德標準而非向內追求的道德標準。」<sup>2</sup>而固定的原則種類以及原則是絕對的永恆不變的道德標準，對於臨床護理倫理之臨床情境是如此的不適當，就如墮胎而言，以尊重生命的方向思考，是不允許墮胎的，而且就傷害一個生命就是錯的原則而言，所有的墮胎都是錯的。但是會有例外的情形，如胎兒尚未出生時就知道是個畸形兒，還有母體本身有一些先天上的疾病不適合生小孩，因為生小孩有可能會危及母體的生命，在此情況下墮胎是否一定是錯，令人無法照著固定不變的原則思考。

然而因為臨床工作的忙碌，使得醫生和護理人員沒有充分的時間去思考嚴肅的道德倫理問題，所以有一套好的思維模式去幫助忙碌的醫護人員思考是一件好事，也是醫護人員該要好好學習以及反省思考的一套思維模式。不再只是以恰爾爵斯(Childress)的「中層原則」<sup>3</sup>在下判斷，因為「中層原則」之間會有互相矛盾的出現，如墮胎，是要以母親的選擇權、自主權為主，亦或是對胎兒的自主權以及不傷害原則為主呢？這種矛盾在許多的案例之中不斷的出現，所以「中層原則」已不敷現代使用，而必須再思考出更符合現代的思考模式理論。

蔣如萍認為：「護理人員的生活世界是豐富而多變的，在照顧病人以及職場中的多重角色人際關係，都是在具體情境下顯現的，而在這具體情境中護理倫理建構於理論與實踐之中。理論對護理人員來說是一種規範，實踐則相對於具體情境中對規範的展現。但是，護理人員在具體情境中除了對道德規範的自覺之外，同時也跟隨著慾望、意向及情感，這些的情感也正是人們行為的動力源。它有可能將人引向一個負面的行為，也能昇華於人的道德內涵中生成德行。因此，規則它對個體的存在有著具體性的規範。而德行對於人是一種對規範的尊崇品格同時也是對規範的實踐行為。對德性而言，就是一種理性的抉擇，是情感、慾望的調和，且在行為上合乎中庸的表現，是人們經由深思熟慮後的抉擇的，也是自願的。所以，規範和德行的統一將人推向一個完滿的境界。也因此，我們認為護理專業倫理規範著護理人員的原則，變成了一種道德的他律。也就是說，作為道德主體的人們是以一種被要求、被約束的型態；而道德主體是有自主性的，它可認知道德原則也需要道德原則來依循，但未必於實踐過程化為具體行為。所以，規範原

<sup>1</sup> Childress, James F.(1998). "A Principle — Based Approach."In H. Kuhse P.Singer(ed):A Companion to Bioethics.Blackwell Publishers Ltd, p68。

<sup>2</sup> 參見： Childress, James F, 1998：p68。

<sup>3</sup> 中層四原則為：自主、不傷害、公平正義、行善原則。

則是一種外在形式的規範；這使得護理人員在具體情境以及實踐過程中無法得到反思，進而將倫理內化於自身而達到一種道德品質，這就是知行無法達到統一。所以，完全遵循外在形式的原則是否達到完好的品格，令人誹思。」<sup>4</sup> 由上可知，只有原則是不可行的，因為只有外在的規範著有著道德主體的人們，而不是以道德主體經過反思與具體實踐的過程將倫理內化於道德主體之中，進而可以在實際情境下自然體現。而臨床護理倫理教學，是企圖藉由教學的過程讓護生可以經由反思和具體實踐的過程而將護理倫理內化於每一位護生的心中，進而可以在臨床護理情境下自然體現出護理倫理，所以只有原則倫理理論是不夠的。

以只有原則倫理理論是不夠的而言，蔡甫昌曾言及原則倫理理論中恰爾爵斯(Childress)的「中層四原則」所受的批評為(1)四原則缺乏系統性的整合，沒有系統性的道德論證理論。(2)決疑論者批評原則主義對個別案例的個別性未給予足夠之關注，並批評完全侷限於抽象原則之無意義，解決道德問題需考慮具體案例之處境相關因素。(3)四原則方法重視自主、隱私、自由、個人權利，顯見其以自由主義和個人主義為基礎，忽視了社群主義、群體、共同利益等價值。(4)德行倫理學強調德行與人格特質在道德實踐中的重要性，批評四原則方法將道德簡化為原則和規則，而不強調道德主體的德行、人格。(5)關懷倫理學批評四原則方法只適用於陌生人之間，卻不適用於朋友與親密關係中的同情、憐憫、忠誠……等不只被形容為權利、義務、道德責任和層層的道德原則和規則。(6)四原則方法並非放諸四海而皆準的。<sup>5</sup>

以墮胎而言，恰爾爵斯(Childress)之「中層四原則」，是絕對不適用，因為「中層四原則」沒有一個系統可以加以論證判斷可否墮胎，而且以案例的特殊性以及相關因素的考量也是四原則無法一一考量得當的地方，四原則以個人為考量而忽略了社群以及群體利益的價值。四原則只考量到母體的自主權或者胎兒的自主權，而無法一起考量母體與胎兒二者的自主權，一位女性選擇墮胎也無法一一考量如何作才能符合群體的利益如此複雜的因素也是四原則無法適用之處。而且四原則太簡化而沒有考量道德主體的發展，並且四原則無法放諸四海皆準。因為以不傷害原則而言；墮胎既傷害了胎兒也傷害了母體，以行善原則而言；墮胎大多數的人認為不是在作善事，對胎兒而言可能不是件好事，對母親而言也可能不是件好事。以自主性而言；是要尊重母親的自主選擇權抑或是胎兒的自主權，以公平正義原則而言；對母親不公平，對胎兒也不公平。如此而言，完全遵循外在的規則亦是無法達到完滿，最後的結果仍是無所適從。

---

<sup>4</sup> 參考蔣如萍(2005)，〈德行與規範—由亞里斯多德德行論反思護理倫理〉，南華大學哲學所碩士論文：頁 79-80。

<sup>5</sup> 參見：蔡甫昌主持，2001-2002：頁 6。

而在西方倫理學中之決疑論是視情境而考量，經由亞里斯多德式的實踐智慧，給予最適合實際情境的倫理判斷，本文認為可以用決疑論來輔助原則倫理理論不足之處。

## 二、 由案例至原則

由案例至原則，由案例之真實情境中發展出新的處理原理原則也就是說決疑論主張在進行道德抉擇時，應以眼前個案的實際處境為主要考量，而非硬生生地套用規則、原則等普遍規範或理論。

阿爾伯特·強森（Alber Jonsen，1931-）把「決疑論」定義成：

使用基於「範例」（paradigm）或「類比」（analogy）的程序或推理去詮釋道德的議題，並把專家對於它們特有的道德義務之所在與急迫性的意見，用一般的、但並非普遍不變的「規則」（rule）或「格律」（maxim）表達出來。這些規則與格律只能在行為者的典型條件或行動的典型情況下，才能確定地有效。<sup>6</sup>

林遠澤先生認為這個定義是以決疑論在案例分析中的道德判斷形式來表達的。Jonsen 認為決疑論的案例分析法，做為一種在具體情境中的道德判斷方式，體現了亞里斯多德所強調的「審慎推理」（prudential reasoning）或「實踐智」（phronesis）的本質。<sup>7</sup>決疑論作為臨床護理倫理教學之優點是在於其契合護理人員能立即解決臨床倫理困難個案之需要。此外，決疑論將基本倫理理論的爭論如目的論與義務論這二種理論何者較合理是不討論的，而直接由對個案的觀察、比較、分類、分析推理以及質疑批判著手，或許可以有助於達成「應該如何處理情境中的個案較合乎護理倫理判斷」的共識。

西北大學哲學教授約翰（John D. Arras）認為：「『由下而上』——他們已經開始專心在直觀，說服和實踐——他們是不能從那些民間風俗的習慣去批判，因為實際上對社會習慣和風俗的成果而言是不公平的。假如我們可以得到一些不同的批判，也許是可見到不公平；但因為決疑論在範例案例中，那是範例案例本身是奠基在社會習慣和態度之上，民間風俗和社會習慣常常會讓一些不公平不被發現。它保持真理，無論如何，讓那概括性的決疑論思維導引，不論是適當的或

---

<sup>6</sup> 參見 Jonsen, Albert R. and Toulmin, Stephen, *The Abuse of Casuistry – A History of Moral Reasoning* (Berkeley: University of California Press, 1988), p.257。

<sup>7</sup> 參見：林遠澤，2005：頁 60-61。

革新性的，希望最後地結果是在誰是判定者和那原則及價值是什麼，在他們的類推推論之上賦予生命。革新性的社會批評家使用革新性社會標準將推論類推地到革新性的結果。決疑論者注意那最深思熟慮的文化將包含健康的批判自我方法，訴諸於的價值嵌入在他富有傳統的文化和分類到強而有力的結果。」<sup>8</sup>決疑論考量了原則倫理主義未考量的傳統文化、民間風俗以及社會習慣，這些是構成一個族群的因素也是造成倫理判斷不同的條件，而這些都是既定的事實，所以在做倫理判斷時必須將這些條件納入考量，那原則倫理主義是不適當的，因為原則倫理主義的原則並不是每一個原則是放諸四海皆準的，那將使得道德判定者不知如何是好，無法下一個最適當也最合適的道德判斷。而以決疑論由下而上之方式，以及在分析案例分享經驗發展出新的處理原則與解決問題的方法，在真實情境中去補足原則主義之僵化。

決疑論是可以清楚的確認在案例中善或惡的行為。馬克·庫威士忌（Mark Kuczwski）認為：「決疑論者的主要工具，可以清楚的明辨確認在案例的美德或邪惡的行為。當面臨更多黑暗的一面時，在開始推論的核心，這些範例案例常常是有幫助的，關鍵問題是在解決道德的正確行為。問題案例可以用一種型態被分類或奠基在案例的特徵上。這些分類過程不是明確的，但是一個案例的判準是有關於類似案例和概括的因素之間，去決定最接近於正確的道德行為。此外，在一個案例道德的分類，案例可以根據它們類似於其它的範例來整理，它們的普遍性或特別性。」<sup>9</sup>進而將案例分類在接近好的行為的一方，或分類在接近不好的行為的一方，慢慢形成一個光譜，由不好的行為一直到好的行為。

而護理學會理事長李選女士說：「現代的護理教學中P B L以根基於認知心理學與建構主義之教育理念，由學習者自身參與及發掘意義中建構知識，也是一種有意義的學習，一種真實情境的學習。也就是運用臨床與生活中的案例以及案例簡介為教學的素材。案例的內容起始於臨床問題與具體生活經驗的現象，連結相關概念、脈絡以及護理角色功能，針對學習目標、彈性建構學習素材內容、經由學習脈絡之運作，活化學習過程。」<sup>10</sup>臨床的每個案例都是教學的案例，也是源源不絕的，在臨床護理倫理教學中，將臨床的案例收集並加以分類分析，然後可以建立一個光譜，發展出一個新的法則或解決問題的方法，並且落實新的法則運用於臨床的真實情境之中，更可以加以運用在臨床護理倫理教學之上。

臨床護理倫理教學中的案例也必須有詳細的描述，包含一些道德的情境以及一些行為的準則，如此之案例才有其教學意義。在臨床護理倫理教學之中，案例

---

<sup>8</sup> Arras, John D. (1998). "A Case Approach." In H. Kuhse, P. Singer (ed): A Companion to Bioethics. Blackwell Publishers Ltd., P. 107-114.

<sup>9</sup> Mark Kuczwski, "Casuistry", Encyclopedia of Applied Ethics, Volume 1, p424-425.

<sup>10</sup> 李選（95年9月8日），〈P B L之教育策略——以中山醫大護學系為例〉，《問題導向學習法（PBL）護理師資培育》，中山醫學大學護理學院研習會：頁5。



是不可或缺的，詳細的描述包含種種行為判準明顯地對或錯的範例，而在臨床的護理倫理的案例教學中，試著將有問題的案例放入光譜之中，從大多數人皆認同的道德行為一直持續排列至大多數人皆不認同之道德行為，將新的案例和有問題的案例放入其中，先將其分類再放入光譜中，再看此新的案例和有問題的案例是接近那一邊，再作道德的判斷。以決疑論而言，案例是核心，由案例的分析討論試圖由普遍法則中找出解決的辦法，若無法由普遍性的原則找出原則，則需由具體案例中對行為的正當性之要求下找出新原則。而阿雷斯(Arras)就認為：

當原則在我們歷史的道德經驗之上，主張（宣稱）雖然這些可以有一個引導的行為或規範力量。而決疑論者，範例個案正是那些最清楚地，有力量地和清晰地具體化得到道德原則或格言的真理（事實）。他們主張決疑論，是完全地理解。慢慢地發展如我們移動一個重要的個案的放置至其他位置。因此，人們有權力去拒絕醫學的治療，不是單純地等同於一個對於自由抽象的權力；它的嚴謹意義透過一個拒絕大部分治療的個案被虛構捏造在工作的過程中，每一個都指出一些新的傾向或細微差異。<sup>11</sup>

每一個案例的細微差異和新的傾向，皆是案例教學中之重點，在臨床護理倫理的教學中更是其中之焦點，努力地讓學習者了解其中之差異，完全理解個案的處境並讓護生在學習過程當中學習實踐之智慧，在面對具體情境時能發揮其實踐智慧，得以下最適當的道德判準。雖然每一位護生皆有其道德經驗而且不盡相同，而這些道德經驗雖然都可以有一個引導的力量和行為思考模式以及規範力量，但是運用決疑論可以在討論案例中得到共識去得到一個清晰且具體的道德原則或真理，並且完全理解在討論中之所有參與者，使得達成共識得以可能，並在臨床累積相似的個案中逐漸去發展一些新的細微的差異，進而發展出新的具體可行的處理原則，而使得臨床護理倫理教學成為可能。

決疑論是必須考慮個案的具體情境與週遭的環境以及相關因素。蔡甫昌認為：「決疑論(Casistry)強調對案例(case)個別的道德判斷往往比一般道德原則還重要，與其參考抽象的道德原則，決疑論者呼籲還不如關注案例(case)及某些特別的道德判斷之重要性，並認為倫理學乃是建立在決定困難案例之經驗上。決疑論的方法是採用『標準範例(paradigm cases)』，也就是道德上具決定性代表性之案例、具有顯著的道德特質與結論，並將其特質與將被決定之案例的特質相比較，藉由類比推論(analogical reasoning)的方式，道德判斷則從較清晰明確的案例漸漸轉向較有問題的案例。決疑論者阿爾伯特(Alber Jonsen)和斯蒂芬(Stephen Toulmin)認為道德知識基本上是特殊的，道德問題可靠的解決方式必須立足於對獨特案例及其環境的具體了解。對決疑論者而言，完全局限於抽象原則是沒有意義的，只將普遍性道德範準應用於個別案例，而不考慮周遭環境及相關因素是錯

---

<sup>11</sup> 參考：Arras, John D, 1998：P.107-114.

誤的。」<sup>12</sup>人類不可能完全經歷所有的經驗並擁有全部的經驗，那經驗如何得來並增加人們的判斷力呢？可能只有經由「案例」才得以讓人們經由案例得到相似的經驗進而得到類似的判斷力。

所以，比較好的方式為運用標準範例與案例作比較之後以類推的方式，由較清晰的案例漸漸轉向有問題的案例；如因為一胎化而墮胎，是大多數人不認同的觀點，而因胎兒會危害母親的生命去墮胎，是大多數人認同墮胎是可行的觀點。再把 15 歲少女的案例擺進來，看此案例偏向哪一方，如此下道德判斷。但如此還不夠，應該把周遭的環境和相關因素考慮進來，如此下道德的判斷才能取得大多數人的認同，而且才能作下最適當的道德判斷。

要做下最適當的道德倫理判斷必須掌握原則和案例為基礎。恰爾爵斯 (Childress) 認為：「掌握那以原則為基礎（和以案例為基礎）研究與其集中在『什麼是我／我們應該去作什麼？』之上不如在更重要的問題上『我／我們應該可以成為什麼樣的人？』。」<sup>13</sup> 所以教學與其集中在「什麼是我／我們應該去做？」之上，不如在更重要的問題「我／我們應該可以成為什麼樣的人？」；舉例，在護理倫理中教導「什麼是護理人員應該去作的？」，不如教導更重要的「護理人員應該可以成為什麼樣的人？」，而教條式的原則如護理人員法規，只教護理人員遵守規則，只告訴護理人員「什麼是護理人員應該去作的？」。在遇到 SARS 風暴時，沒有人告訴護理人員什麼是應該去作？當教導「護理人員應該可以成為什麼樣的人？」時，將一些價值內化在護理人員的心中，那當禽流感再次肆虐時，護理人員不會再徬徨害怕，依照自己的價值觀，如義務論中的義無反顧，或是效益論中的選擇對自己最有利的情況下決定，如此的一位護理人員才是病患眼中的白衣天使。否則在大難臨頭時，護理人員自己都慌了如何再協助病人恢復健康呢？所以，在護理教育中的倫理教育將必須慎重考慮，如何在臨床護理倫理教學中教導護理人員應該可以成為什麼樣的人？追求外在的道德標準是不夠的，而是要去尋求內在的道德標準並內化在每一位護理人員的心中。

## 第二節 決疑論之歷史

在《劍橋哲學辭典》中「Casuistry」的解釋為決疑論採用案例分析去詮釋普遍道德規範的方法。決疑論始於一些典範案例，這些案例指出應該如何、以及在何時應用某個普遍道德原則，然後把這個原則類推到適用性較不明顯的其他狀況。決疑論盛行於十七世紀前半葉，為了因應決疑論在耶穌會 (The Jesuits) 中的風行，且反對決疑論限定普遍道德原則的傾向，巴斯卡 (Pascal) 在書信中

<sup>12</sup> 參見蔡甫昌 (91 年 1 月 22 日)，〈醫學倫理與家庭醫學〉，大醫院家庭醫師繼續教育——家庭醫師與臨床診斷系列講座 (31-14)。

<sup>13</sup> 參見：Childress, James F, 1998 : P69。

猛烈抨擊決疑論，此後該詞一蹶不振（見巴斯卡的《省區書簡》）。然而，該詞所指的推理方法仍盛行於當代的應用倫理學之中。<sup>14</sup>

蔡甫昌先生說：「決疑論這個名稱正式出現在中世紀，然其思想卻可上溯至亞里斯多德、西塞羅等古希臘羅馬哲學家；決疑論一度因受濫用而淪為『詭辯術』<sup>15</sup>（sophistry）的同義詞，十七世紀後復因其他因素而沒落了數百年之久；至一九六〇年代，在臨床醫療與研究乃至其他生活領域均迸發大量的實際倫理問題，鑒於這層出不窮的道德個案個有其特殊性，並且亟待解決，決疑論在阿爾伯特·強森（Albert Jonsen）及 斯蒂芬·吐米（Stephen Toulmin）的努力下乃得以復興。」<sup>16</sup>林遠澤先生則認為：「他們的理論動機與亞里斯多德有不謀而合之處。因為他們的動機都出自於反對依原則演繹的方法來理解倫理學的應用方式，而主張實踐問題之解決必須針對個別情境的討論。然而這正是當代專業倫理學首要面對的問題。」<sup>17</sup>也是臨床護理倫理教學的新契機。

#### A. 古希臘(古代)和中世紀的起源

馬克·庫威士忌（Mark Kuczwski）說：「『決疑論』這個術語似乎首先被使用在中世紀的時期，實踐推論的結果不是從首要原則演繹出來，而是要求觀察和歸納結論。如此結果掌握的是只有一般的或『為大多數的部份』。去認同這些範例，倫理學的學生需要經驗和一種發展的道德判斷知識，如實踐的智慧。而且實踐智慧運用在特殊的案例包含一個深思熟慮的理解包容力。有實踐智慧的人們了解特殊的案例，並成爲一個固定的型態或類似的一個固定的範例，奠基在它的特殊情境之上。而且把範例、情境、類似（推），和實踐智慧，滲入決疑論各方面。」<sup>18</sup>而唐崇懷說：「在歷史中，決疑論有消極暗沈之時刻，成爲個人逃避責任的絕招，十七世紀天主教耶穌會可爲一例：他們認爲人的道德責任應該根據該人事先知識<sup>19</sup>爲根據，人若狡辯不知情者，可因此良心無愧，就可依據或然原則<sup>20</sup>（probalism）所有的錯誤是有可能的，如果能爲人所接受，沒有受到指責和斥責，如同有智慧的人以很好的理由陳述和支持這種看法，那就能使有罪成爲無罪，所

<sup>14</sup> 王思迅主編，《劍橋哲學辭典》，台北市：貓頭鷹，2002。Provincial Letters 原意爲《一個鄉下人的書簡》本文譯爲《省區書簡》。

<sup>15</sup> 欺騙或過份地微妙的推理意欲合理化或誤引。特別是在道德的問題；一般原則的謬誤或不誠實的應用。

<sup>16</sup> 參見蔡甫昌主持（2001-2002），〈異種移植及基因治療的倫理反思—以決疑論、女性生命倫理、儒家生命倫理、原則主義爲進路（一）〉，《行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告》：頁3。

<sup>17</sup> 林遠澤（2005年4月30日），〈古代修辭學傳統與當代專業倫理學的案例決疑論〉，《傳統思想與專業倫理》，元培科學技術學院第二屆專業倫理學術研討會：頁22。

<sup>18</sup> 參見：Mark Kuczwski, 1998：pp424-425。

<sup>19</sup> 事先知識爲人原本就具有之知識。

<sup>20</sup> 所有錯誤都是可能的，一種意見是可能的，如果能爲人所接受，沒有受到指責和斥責，如同有智慧的人以很好的理由陳述和支持這種看法，梅地那（Medina）建議將這些判準運用在道德二難的解決上。

以耶穌會用此或然原則宣稱：當道德神學意見相左時，宣信者有責任讓罪人有受惠之寬容立場。因為我們應以或然原則假設那人不知情而良心無愧。當時 Jansenism 即依此指控耶穌會有縱容罪行。」<sup>21</sup>也就是以不知者無罪來當犯罪的藉口，所以會有縱容犯罪之嫌疑。

再來馬克·庫威士忌寫道：「決疑論在一九八〇年代藉由生命倫理學復甦，最顯著地的是阿爾伯特·強森（Albert Jonsen）的工作。這工作是藉由考慮許多典範醫學倫理學使用衝突和問題解決的方法，而且問題一定要有答案。在生命倫理學，要求的是特別的敏感以及倫理的論證去引導生與死的新思維。生命倫理學，初期決疑論以案例為基礎去論證，並以一個理性的計算（大多數人的意見）的發展去輔助決疑論。而每件事在宇宙體系有它適當的結束，人類存在也有他們指定的地方包含創造的大綱是藉由自然法則的理論提供。根據中世紀的思想家道德觀念意志的精神能力，在以美德的明辨為條件之下的引導，已實現特殊的判準。後來決疑論陷入不受歡迎的原因，是因為它成為和詭辯相提並論。那是，固定的告解者精巧地使用決疑論者的推論，去作為他們援助者的犯罪藉口。這被引導到一個決疑論的誤用如主觀主義和相對主義。這些意謂堅持到現今儘管新的決疑論已經成功。」<sup>22</sup>決疑論在生命倫理學中呈現出其價值，並運用在醫護倫理學上，對倫理特別的敏感並使用典範案例利用衝突和問題解決的方法，去引導在倫理道德判斷上一個新的思維，並用一個理性的計算如大多數人皆認同的觀點，來輔助決疑論讓其更具有可信度。但要避免主觀主義以及相對主義，讓決疑論陷入一個使用不知者無罪的藉口，而使決疑論倫理判斷的可信度蕩然無存。

## B. 決疑論現代的復興

馬克·庫威士忌寫道：「當阿爾伯特·強森問到適當的問題時，決疑論開始具體化，他指出那倫理學諮詢者無法帶來臨床一個理論的系統，那是不容置疑的結果來回答問題，諮詢者也不可以用簡單的回答並且不注意他們的情境來解決案例。我們聽到一個陷入責任或權利之間的商量，而中世紀的告解者的工作只有應用在現代一般格言和金玉良言。諮詢者藉由調查它全部的細微差異和總和的因素分析，那可以說為一個行為的方向。在實際的道德解決的世界，許多因素朝向一起努力到引導推論過程。放這些因素在光譜上去支持一個或一點點選擇如似乎可以去成為正確的道德。強森的回答是說他擁有的問題是一個倫理學者可以成為一個諮詢者，假如他是一個決疑論者。」<sup>23</sup>也就是說要成為一個倫理的諮詢者他必須是個決疑論者。

---

<sup>21</sup> 唐崇懷（2001年10月22日），〈倫理學上的殊案決疑論（Ethical Casuistry）〉，<http://www.21sz.org/show.aspx?id=17&cid=17>，取自 2006/3/6。

<sup>22</sup> 參見：Mark Kuczwski，1998：頁 423-425。

<sup>23</sup> 參見：Mark Kuczwski，1998：頁 425。

接著馬克·庫威士忌寫道：「強森（Jonsen）和吐米（Toulmin）主張他們決疑論復興的動力是從他們在國際的委員會為保護生物醫學的主體和行為研究的努力。這委員會是被特許的梅毒實驗和意含人類主體的研究。強森和吐米主張的成功，那爭論點是劃時代的事件貝爾蒙特（Belmont）報告，是起因於放上（為某種目的而）定理（一般原理）的承諾和處置的『分類學』。那是，他們按照推測思考困難案例的一種種類和他們比較到更簡單的案例以及典範的案例。這報告大綱個別是研究者的責任的主題如為人們尊重，善行和正義。相似地，強森（Jonsen）和吐米（Toulmin）已經陳述那案例在其他的『中層原則』的術語中被討論，如公平和有顯著效力的真理。無論如何，在那案例被固定責任或原則來討論。移動到更詳細決疑論方法的分析，這一點是值得的注意的。決疑論依賴著有存在一個關係事實和價值之間那是本質的和能生存的。這前提是完全不同於事實和價值之間的隔閡，那 18 世紀歐洲的哲學運動之後的倫理學已經成為不證自明。決疑論者承擔那藉由分析接近案例的情境，道德行為的進行聯想到道德行為的本身價值。這是一個重要的前提藉由以亞里斯多德在一般的傳統和因此藉由其他同時代亞里斯多德式的行動已經成為分析的主體。如此如溝通理論和美德理論。因為決疑論不是一個純理論真實性自然的計算，它不需要提供一個先前的正當化的一個前提，但是正當化或歸咎於說服力結果的方法。」<sup>24</sup> 也就是說決疑論由分類、分析接近案例之情境不需要提供一個前提下，以亞里斯多德之實踐智慧以溝通理論實踐美德。

再來阿雷斯（Arras）提到：「決疑論已經在最近生命倫理的討論中，主要討論一個如『由上而下』或『理論——動機』方法。因此，就是最具影響力研究生命倫理學方法的事實而論證已經企圖去強調道德原則的重要——如善行，自由意志和正義——或道德理論的應用（如功利主義或契約論）『具體的二刀論法』<sup>25</sup>（困境）在臨床病人或在社會手段方法，決疑論擁護一個方法那就是從『由下而上』，從我們的反應開始至具體案例然後行動，同時代決疑論有很多在共同的理論主義伴隨著其他『神學』或『詮釋學』更多原則的批判——或理論——動機方法，像女權主義、實用主義、解釋學和美德倫理」<sup>26</sup>在臨床上照顧病人的護理人員更容易落入所謂的困境，在決疑論所謂的「由下而上」，從護理人員的敏感到倫理困境的存在，然後有所反應再到具體案例上然後有所行動，在臨床護理倫理上是有其可以應用的地方。

至現今而言，決疑論在生命倫理學中仍佔有一席之地，必須在情境中下決定，是目前專業倫理中首要的問題，而決疑論之方法在現今的專業倫理教學中有

<sup>24</sup> 參見：Mark Kuczwski, 1998：頁 425。

<sup>25</sup> 兼用假言命題及選言命題的一種三段論法，其大前提為假言的，含有選言肢；其小前提則為選言，形式有三種一為單純建設的兩刀論法，二為複雜的兩刀論法，三為破壞的兩刀論法。

<sup>26</sup> Arras, John D. (1998). "A Case Approach." In H. Kuhse, P. Singer (ed): A Companion to Bioethics. Blackwell Publishers Ltd., P. 107-114.

其優勢之部分，尤其在臨床護理倫理教學中更是可以發揮其所長，進而在其倫理教學法中呈顯出它的價值。

### 第三節 決疑論道德判斷之形式

決疑論只有道德判斷之形式，並不是一個教學理論，以下將介紹決疑論道德判斷之形式，蔡甫昌先生認為：「決疑論大致均以下列觀念為核心：『典範』：有些個案的解決方法極其明顯，在其中某些格律或原則亦顯然成立，即可被樹立為典範，以為其他較為困難，解決方式較不明朗的個案提供指引。例如一個案內容係『行為者在未受他人干犯，且未受到各種生心理強迫的情形下，惡意攻擊他人』，在此個案中，『不應殺人』的格律或原則顯然成立，其中行為者的作為乃是錯誤的。『類比』、『道德分類學』：即將具體個案歸類到某一類型，一個案中的道德正確做法便須藉由與典範的類比程序（比對典範與個案的道德相似與相異之處，以將個案適切置入一樹狀分類架構中），找出其所屬的典範範疇；而藉由指出個案所屬範疇，亦同時指出其中應遵守的道德格律或經驗法則。例如一個案被歸為『殺人』的類型，而殺人一般受到『你不應殺人』的道德格律規範，唯有時亦可能因處境而得證成，例如應對方自主請求，避免更大傷害而殺之，這時遵守的格律則是『為協助當事者並避免更大傷害而允許殺人』例如，病患之預立遺囑—放棄急救、戰爭保衛自己的國家而殺人；行為者在判斷一個案歸屬於『殺人』類型，還必須再次比對其較近似於受何種格律規範的典範，以進行歸類，從而類推該個案應實踐的行為。『實踐智慧』：解決個案有賴亞里斯多德所稱的『實踐智慧』（Phronesis）或道德智慧，亦即見聞廣博、審慎精明之人對於『在某些情形下，衡量相關格律後，道德上可能最佳做法』的洞見。」<sup>27</sup>以類比分類之方式藉由典範找出其相同典範的範圍，由此找出個案所屬的範圍同時也可以指出應當遵守的原則規範或經驗法則，再以亞里斯多德之實踐智慧權衡相關的道德規範之後，作出最適切的道德判斷與道德上可能之最好的做法。

林遠澤先生則認為：「阿雷斯（Arras）把案例分析法區分成『型態學』（morphology）、『分類學』（taxonomy）與『動力學』（kinetics）三個步驟，用以分別說明實踐智的道德判斷能力所依以進行的程序。這三個步驟簡單地說，即指『描述』、『分類』與『類推』這三個案例分析的過程。可以先依阿雷斯（Arras）對吐米（Toulmin）與強森（Jonsen）的決疑論的陳述，建立決疑論的案例分析的具體操作方式；然後再就強森的論點，說明這些分析的過程對於應用倫理學方法論的重要意義。把阿雷斯關於決疑論在案例分析中的應用論述，精簡成三個過程、九個步驟（實例說明參見圖一）：

<sup>27</sup> 參見蔡甫昌主持（2001-2002），〈異種移植及基因治療的倫理反思—以決疑論、女性生命倫理、儒家生命倫理、原則主義為進路（一）〉，《行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告》：頁 1-2。

(一)、對於案例情況的詳盡『描述』。

1. 在案例的情況中通常會牽涉到的道德理據或行為格律為何。
2. 在這個案例中各方的利益與願望為何。
3. 產生各方利益衝突與各種道德格律矛盾的原因與過程為何。

(二)、從案例描述進入『分類』(taxonomy)的工作。

4. 以一些能明確地做出對與錯或善與惡的行為範例(paradigm case)做為能回應與它們相類似的案例的準備。
5. 透過範例建立起一個從可接受的行為一直到不可接受的行為的光譜。
6. 把新的、有疑惑的案例擺到這個光譜之中。

(三)、依『類推』(analogical reasoning)做出道德判斷。

7. 根據道德上相關的側面去比較目前的案例與範例之間的同異之處。
8. 找出這個案例與某一範例的類似性是強而有力地勝過其間的差異性之處。
9. 歸納地、逐漸增加地發展出處理有疑問的的案例的新原則。」<sup>28</sup>

為解釋決疑論的應用方法，本論文中舉了一個關於墮胎的爭議性案例（15歲未婚少女墮胎案例）。本文將引用這個例子，並試圖依決疑論的案例分析法嘗試做出討論墮胎這個道德議題的分類學圖式（參見圖一），以提供以下進一步討論的參考。實例如下：

一位15歲的少女未婚懷孕約5個多月，由媽媽帶來醫院墮胎，未見到任何其他人的出現，而媽媽也將女兒保護的很周到，不願意多談有關女兒懷孕的事情。而以法律而言，6個月就不可以墮胎。以醫護人員而言，5個月已有健全的手腳以及心跳，它是個活生生的生命，若以目前週數墮胎此胎兒生下時仍存活的機率很高，以目前的醫學及護理而言，早產兒500公克即可由保溫箱及醫療措施使其存活下來，那以此案例而言，當醫護人員面對活生生的嬰兒，他是不要的要墮胎掉的，醫護人員只能眼睜睜的看著嬰兒漸漸的失溫、哭聲漸漸的減弱，看著生命一點一滴的流逝……。

林遠澤先生說：「在決疑論中，所謂的『案例』其實是指一組由人、事、時、地、物等情況所組成的發生事件。在應用倫理學的案例描述中，我們不能毫無情節主軸的去描述這些『情況』(circumstances)。案例首先必須是道德相關的，而能賦予案例描述具有道德相干性的情節主軸，在強森(Jonsen)看來正是『格律』(或規則)與『論證結構』這兩部分。格律做為說一個故事(案例描述)的

<sup>28</sup> 參見：林遠澤，2005：頁60-62。

情節主軸，把在情況中的各種成份組合成道德相關的『案例』。而在論證結構中所要求的理由、保證與論據等等的成份，也會主導我們在各種情況中選擇出與道德討論相關的考慮因素。案例因而可以定義成：在具體情況中，各種必須考慮的因素圍繞著（不同的）格律與（不變的）論證結構，就其論題所在的位置所共同形成的發生事件。在這個意義上，強森（Jonsen）即把在案例分析中首先必須進行的描述工作，稱之為案例的『型態學』建構。在 15 歲未婚少女墮胎案例中，如果我們以「護理人員應尊重病人的要求」為格律，那麼在她的情況中，我們所描述出來的案例型態，就會相當不同於以『在任何情況下都不應殺害別人』的案例型態。決疑論的第一個工作因而就在於：『決定應當用哪些格律來規定這些案例，並且規定到什麼程度為止？』<sup>29</sup>。這當然隱涵著說，如果情況有所改變，則使用其它格律來組成案例才是更為適合的。

可見，案例研究基本上不是完全根據原則，而是「視情況而定」。由另一案例來看，案例如下：

李小姐，16 歲，未婚，從小被養父管教甚嚴，養母則疼愛有加，李不愛唸書，國中畢業即未再升學，且結交過多位男友，曾人工流產過。此次因懷孕 25 週已有心跳、五官手腳已成形，若終止此次懷孕，是扼殺生命嗎？而且極有可能造成日後不孕，但李小姐本人及其養母堅持墮胎，據養母表示若被養父知道此事，李小姐恐怕會被活活打死，就算生下來，也不打算要養這個小孩，真不知道現在該怎麼辦？

在李小姐這個案例中，以法律而言，李小姐的墮胎是絕對不合法的，因為法律規定 24 週以上是不可以終止妊娠的，以倫理而言，胎兒也已長成是個大多數人認同的生命，假如李小姐墮胎，那她是不是殺人呢？在如此以「護理的職責是尊重生命」為格律的情形下，李小姐的墮胎是不被允許的。但實際的情境是可能害怕養父知情後的盛怒，就算生下來也無法養這個小孩，那如何是好呢？於 95 年 10 月 18 日行政院院會通過《生育保健法》修正草案，明定因懷孕或生產影響心理健康或家庭生活而自願施行人工流產者，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。<sup>30</sup>玄奘大學應用倫理研究中心主任釋昭慧認為，墮胎前應有「思考期」，且醫療機構應提供必要諮詢，畢竟部分想要墮胎的婦女是一時衝動，她們不了解墮胎可能帶來之後遺症，只因男友或先生慫恿就墮胎，或受重男輕女之觀念影響，若能理解生命的可貴，明白社會可提供之相關協助資源，或許就不必墮胎。<sup>31</sup>而不會有墮胎之後的後遺症如心理之遺憾和自責、是否傷害一個生命、不孕、子宮穿孔、大量出血……。

<sup>29</sup> 參見：林遠澤，2005：頁 60-63。

<sup>30</sup> 參見林倬妃、蔡慧貞，中時電子報，2006 年 10 月 19 日。

<sup>31</sup> 參見黃筱珮，中時電子報，2006 年 10 月 20 日。



由上可知，若李小姐此案例在墮胎前有三天的「思考期」，經由醫療專業機構提供諮詢，並提供相關資訊如未婚媽媽之家、社會局有哪些補助，或者其他相關協助之資訊讓其參考，並讓李小姐明白此次終止懷孕之後果如可能不孕等可能傷害自己身體的部分，也許還能讓李小姐理解生命的可貴，在她思考期中把尊重生命的概念帶入，也許可以讓她多一層面的思考，而不會堅決墮胎，而其養父方面之解決方向則是可以把所有重要之關鍵人物納入諮詢會談之中，而會談以哈伯馬斯之溝通行動理論進行達到一致之共識後，再下最後是否墮胎的決定，不一定要走向墮胎一途。由 15 歲未婚少女墮胎案例以及李小姐的案例可以說明案例研究基本上不是完全根據原則，而是「視情況而定」。也就是說以未婚少女的狀況以及需求，和當時的社會狀態及社會福利，種種因素考量下再作決定，並且以法律為依據而且以不違法為基本原則。

#### 15 歲未婚少女墮胎案例的分類學圖式

	道德上錯誤的範例 A	有待決疑的個例	有待決疑的個例	道德上正確的範例 B
判斷	不許可	有爭議	有爭議	許可
建立原則	不可違反正義原則 9	是否能符合自主原則 9	是否能符合慈悲原則 9	必須符合不傷害原則 9
類比推論 7~9	侵犯無辜生命之不正義行為 7a	母親的權利 或 胎兒的權利 8(~7a ∪ 7b?)	生命從何開始? 8(~7a)	胎兒已危害到母親的生命或胎兒畸形 7b
分類 4~6	慈悲的殺害 4 自願性的積極墮胎 5	選擇的殺害 6 非自願性的積極墮胎 5	殺人? 6 自願性的消極墮胎 5	墮胎 4 非自願性的消極墮胎 5
描述 1~3	3 直接的死因在自己或政策 (優生保健法: 六個月以下可以墮胎)		3 直接的死因在生命從何開始及母體的疾病	
	2 減輕社會、家庭或個人的負擔、個人的生命尊嚴、生活品質....		2 已無保護胎兒及母親二方安全之可能性、生命的神聖....	
	1 孕婦 (家屬) 主動要求的權利, 減輕病人痛苦的醫師、護士的職責....			

案例	中國一胎化政策、重男輕女的觀念選擇性墮胎 <sup>32</sup> 4a	李小姐之案例6	15 歲未婚少女墮胎案例6 台灣優生法6個月以上不可墮胎的實例6 4a 或 6	媽媽媽媽腦死(如:SOGO 槍傷之莊 XX) 6 4b 或 6	有特殊疾病的媽媽如: 高血壓、心臟病、紅斑性狼瘡或胎兒畸形 4b
----	---------------------------------------	---------	---	---------------------------------------	----------------------------------

圖一<sup>33</sup>

在案例分析的「分類學」工作中（如前面步驟四至六中所列舉的）<sup>34</sup>，我們應找出一些大多數人能立即地分辨出，它們是在道德上是明顯地錯誤或明顯地正確的範例，並把他們依相類似的道德議題，排列成像光譜一樣的比較系列。例如：15 歲未婚少女墮胎案例與墮胎的爭議有關的案例，然而在墮胎的案例中，中國一胎化政策及重男輕女的觀念的墮胎或是只為自己玩樂因為生了小孩就不能玩了等等，是一般人明顯的是為道德上錯誤的典型範例（圖一範例 A）<sup>35</sup>，而胎兒已危害到母親的生命或胎兒畸形就墮胎則是一般人道德上皆可以接受的做法（圖一範例 B）。

15 歲未婚少女墮胎案例可以放在這二種範例之間去進行比較的工作並在中間放上法律，讓 15 歲未婚少女墮胎案例有更明確的比較。在決疑論中，案例的分類是一種決定性的工作。把一個案例放在它界於明顯的對與錯的範例之間的相關位置，決定了我們對於此案例的道德判斷。阿雷斯（Arras）說：「在分類學的工作中，我們把爭議的案例放入由道德上明顯的錯誤至由道德上明顯的正確的案例所形成的道德議題系列中，並透過案例的比較去決定光譜中適當的位置，這個工作事實上已經進入到『類比推理』在道德對錯的光譜系列中，依案例的類似程度來決定它所在的位置，這個類推的過程展現我們一般所謂的『權衡輕重』（balancing considerations of “weighty”）在道德判斷中所扮演的重要角色。權衡輕重在案例研究的決疑論中是情境詮釋的問題。每一個有智慧的人基於他的生活經驗，在類似的案例之間進行類比的推理，找出格律與情境的合適性，從而決定它們在道德對錯的光譜中的位置。阿雷斯因而指出，在決疑論的道德判斷中，道德原則的意義在於它在行為的詮釋中所扮演的角色。因而使我們能做出道德決定的標準，並不是某些固定不變的價值體系，而是在個別案例中的詳細內

<sup>32</sup> (法新社巴黎八日電)英國期刊「刺絡針」的網路版報導，印度過去二十年間，可能有一千萬女嬰因為超音波鑑定性別與傳統的重男輕女的觀念，無法呱呱落地。

<sup>33</sup> 參考：林遠澤，2005：頁 63。

<sup>34</sup> 圖中的阿拉伯數字，分別表示運用決疑論的九個步驟。

<sup>35</sup> 但何以中國一胎化政策以及重男輕女的觀念在中國的一般人沒有這種明顯的道德判斷，而坐視政策殺人以及觀念殺人的行為，顯然是決疑論者需要回答的問題，我們在前述 15 歲未婚少女墮胎案例分類研究中發現，雖然當前多數人都會認為中國大陸出於避免種族負擔政策的考量，以及中國重男輕女的傳統觀念，在墮胎爭議中可以作為道德上明顯錯誤的範例。但在中國大陸，在中國大陸決策執行者，卻不見得會把這個案例擺在錯誤的那一端。這顯示依賴於「習慣法道德」的決疑論者，在他對於案例的描述、分類與類推中，很有可能會對系統性的社會不公義視而不見。

容。」<sup>36</sup> 就如同 15 歲未婚少女墮胎案例一般，以墮胎而言，就必須以個別案例作討論分析權衡輕重，才能做出正確且適當的判斷，而不是一昧的支持墮胎或者反墮胎。經由判斷之後護理人員可以根據自己得到的倫理判斷給予墮胎後的護理措施或者是提供相關的支持系統如中途媽媽之家、社會局、社工人員、以及各個支持團體的資訊，然後讓想墮胎之婦女有相當的自主權作下她最終之決定。

林遠澤先生則認為：「透過『分類』與『類推』的決疑論訓練，學生可以設立在他自己心中的一把尺。這把尺做為他日後用來衡量道德對錯的『分寸』，正是取決於案例與相類似的範例之間的接近程度。」<sup>37</sup>就 15 歲未婚少女墮胎案例而言，這位 15 歲未婚少女墮胎的行為雖然絕非是因為重男輕女的觀念或一胎化之殺害無辜的不正義的行為（因為她是未成年的少女且由監護人母親帶來墮胎的），但是若與法律 6 個月以上不能墮胎的法律案例來相類比，以法律而言 15 歲少女需有監護人，若監護人同意即可墮胎而且此胎兒未滿 6 個月，所以，以法律而言是合法的，但以倫理層面之尊重生命來看，5 個月的胎兒已有頭、手、腳以及心跳而且大腦已接近發育完成，可以算是一個活生生的生命屬於生命之神聖性，墮胎的原因為減輕社會家庭或個人的負擔。而當法律與倫理相牴觸時，將會有討論的空間，並應以倫理考量為優先。<sup>38</sup>因此我們在判斷 15 歲未婚少女墮胎案例時，並不能把它的位置放在接近道德許可的有特殊疾病的媽媽或畸形兒這一邊，而是放在比較接近中國一胎化政策或重男輕女的觀念這一邊，以致於我們做出判斷說，此位 15 歲未婚少女墮胎是接近不被認同的一方。

以這種案例分析的學習為基礎，每一位護生在臨床的抉擇中，選擇提供未婚媽媽之家和社會局可以幫助未婚媽媽生下小孩之資訊，或選擇提供墮胎後的護理，都可以參考此種分類學進行權衡輕重的類比推理模式，針對眼前的個案作出正確且合適的道德判斷。雖然說決疑論並非沒有它內在理論的困難，但這並不妨礙決疑論作為臨床護理倫理教育的教學方法與課程設計，奠定一個合適的應用倫理學方法論基礎。

斯蒂芬·吐米（Stephen Toulmin，1922-）在《論證的使用》一書中，提出他著名的論證結構，把它簡化如下（如圖二）：強森（Jonsen）在決疑論的形態學建構中，本文即依吐米(Toulmin)的論證結構把 15 歲未婚少女墮胎的實例描述成：在尊重生命的前提下如已威脅到媽媽的生命或胎兒畸形是被允許墮胎的條件

---

<sup>36</sup> 參見 Arras, John D, "A Case Approach." In, H. Kuhse, P. Singer(ed.): *A Companion to Bioethics* (Malden, MA: Blackwell Publishers Ltd., 1998), p.109.

<sup>37</sup> 參見：林遠澤，2005：頁 65.

<sup>38</sup> 因為法律指施行於一國之內，甚至只對有行為能力者有效，倫理大體上卻是觀照全世界，法律基本上是由外而內作用的，並且是制式的制定規範；倫理則是由內而外的，並且積極的引發行為準則，法律只有一種標準選擇，而倫理提供標準在許多進路中有不同的模式，可以使結果理想，法律為民主方式制定以民意為依歸；倫理則以善為基礎，再將其推演成準則。所以由上可知，當法律與倫理相牴觸時，應以倫理為優先。



在實踐的討論中，如果參與者要透過討論以追求共識的形成，那麼他們就都得在原則上遵守討論的規則。然而在討論規則中的公開性、無強制性與對等性，即已涵括了中層原則所強調的四原則的精神。若整合由下而上之決疑論以及由上而下之原則理論並輔以哈伯馬斯的溝通行動理論，因此可以為醫護倫理的教學提供最終的應用倫理學方法論基礎。<sup>41</sup>透過對理想的溝通模式，我們可以把教學看成是一種討論性的對話溝通活動。透過案例的討論，如果我們能培養學生具有參與臨床護理倫理學的道德爭議的溝通與討論能力，那麼在臨床護理倫理教學中，希望學生最後能夠結合理論與實務的理想目標就因而有了達成的可能性。

#### 第四節 決疑論之限制

決疑論本身受習俗的影響易有斷見與意識形態的出現，無法使得學生提高道德，因為決疑論只有道德判斷的形式而無法具體提升護生的道德層次所以無法成為一個教育的理論，因此未能成為臨床護理倫理教學一個完整的基礎。老師以及學生的背景、價值觀、社會習慣與風俗、倫理觀念的不同掌握不易，而範例以及個案的收集亦不易。這容易被引導到一個決疑論的誤用如主觀主義和相對主義以及不知者無罪。決疑論也有其限制，其本質為案例，是案例所呈顯的情境與道德的困境才能使決疑論發揮至淋漓盡致。人類不可能完全經歷所有的經驗並擁有全部的經驗，那經驗如何得來並增加人類的判斷力呢？可能只有經由「案例」才得以讓人類經由案例得到相似的經驗進而得到類似的判斷力。

以決疑論之限制而言林遠澤先生則說：「吐米（Toulmin）與強森（Jonsen）雖然對於亞里斯多德的修辭推理與例證法作出了極其卓越的分析與重建。但可惜的是他們卻沒有重視到亞里斯多德的品格保證與情緒證明的重要性，這使得他們的案例決疑論無法擺脫習俗道德的層次。決疑論主張道德原則的奠基在道德實踐上是無關的，而對話倫理學認為在倫理學中單就原則奠基的討論是不足的，因為一個規範或道德規則被證成為具有道德的正當性，並非即同時證明了他在特定情境中的應用合適性。」<sup>42</sup>假設大多數人認同的意見，是否就是真理？抑或是假象？大多數人一致的意見就一定是正確的嗎？令人質疑。決疑論用固定的方式去說服大多數人認同，以及一般對案例的回應是先入為主的觀念非常令人擔心。領域與群體的不同，現代社會的國際化，仍有些無法融合的文化背景以及無法詮釋的語言，在決疑論而言，如何在案例中去呈顯一定的判準是決疑論的核心，若文化不同、語言詮釋不同，如何達到一定的判準亦是對決疑論的疑惑？也是決疑論的缺失，如何補足缺失進而使案例決疑論更為完善，將是以下要討論的重點。

<sup>41</sup> 參考：林遠澤，2005：頁 71-72。

<sup>42</sup> 林遠澤（2005 年 4 月 30 日），〈古代修辭學傳統與當代專業倫理學的案例決疑論〉，《傳統思想與專業倫理》，元培科學技術學院第二屆專業倫理學術研討會，頁 23。

護理臨床倫理案例教學方法論探討：如何基於道德原則要求的正當性，或基於案例分析與比較所建立起來的範例，透過應用於具體情境的合適性解釋，進而作出正確且適當的判斷。結合理論與實務為護理倫理教學基礎，使護生在實踐中，解決普遍原則無法直接應用於個案，而個案的決定又經常缺乏客觀原則指導的兩難問題。而透過「基於原則的進路」與「基於案例的進路」之互補關係使護理臨床倫理案例教學方法論接近完整。

而以中層原則應用於護理倫理的墮胎而言，以不傷害原則來看既傷害了母體也傷害了胎兒；以行善原則來看對母體也無法行善對胎兒亦無行善之可能；以自主原則而言，是要選擇母體的自主權還是胎兒的呢？以公平正義原則而言，對母體既不公平也不正義對胎兒而言亦是。以個例主義而言，需依個例來看。對於臨床護理倫理案例教學，透過對於案例的充分討論，從而在範例的形成中對於相類似而有爭議的道德個案提供解決的「原則」。道德對錯的判斷方式是依據案例把原則細分與衡量，並依據原則對案例的描述、分類與類推。讓護生有對道德對錯判斷的方法，進而作下最適當的道德判斷。

目前的臨床護理倫理教育中除了言教之外，無具體且有方法的給予護生倫理教育，而決疑論可以帶來一線屬光。中層原則的使用，雖然可以解決一些倫理困境，但在具體情境中是無法排其優先順序而造成二難之困境，而原則性的使用就如明知闖紅燈是不對的為什麼仍有人會闖紅燈呢？面臨具體情境時，有時原則會讓人不知所措，如SARS期間明知護理人員出來抗爭是不對的，為什麼他們會出來呢？背後是否又有不為人知的辛酸呢？由上而下的方法是硬梆梆的令人無法適從。而由下而上的方法呢？由具體情境去決定如何作缺乏原則，又讓人不放心是否作下了最正確的決定，無原則可循。若能以決疑論為基本條件又以「由上而下」及「由下而上」的相互補足一些不足，相輔相成，其中必須經由郭爾保道德發展理論來看護生以及老師道德發展的層次，再經由哈伯馬斯之理性溝通模式在「由上而下」及「由下而上」之間發展出師生之間的共識，並發展出新的處理原則，進而試圖建構一個有系統的護理臨床倫理教育並發展出一套新的教育方法理論。

### 第三章 決疑論與臨床護理倫理教育之溝通理論重構

案例決疑論 (Casuistry) 的方法步驟只有構成一個道德判斷的形式，無法具體提高臨床的護生有一個倫理判斷的能力。若想使得臨床護理學生提高道德能力，就必須將其轉化為一教育理論，而教育會因循師生的道德發展而有所不同，其中以郭爾堡(Lawrence Kohlberg)的道德序階理論發展可以明確看出師生的道德階層，但是只有郭爾堡的道德發展理論，只能說明道德提升的過程，並未說明批判之問題，而道德之提升若無批判反思的過程，則無法使得道德具體明確的提升並且內化於每一位護生的心中。而在一個實際的臨床情境下，假如沒有哈伯馬斯 (Jürgen Habermas) 的理性溝通模式來解決一些倫理爭議，那將被案例決疑論中的風俗習慣所代替，而使得風俗習慣成為最後道德判斷的結果。那將淪為泛泛之談，似是而非而無真理可言。

此時，若論及在教學法中讓道德判斷能力提升如何可能？則必須遵守所謂的規則，在一個討論的理想情境中，每一位參與者都能夠遵守發言的規則，討論、論辯直到理性共識出現。因為在案例決疑論的道德判斷形式中，有典範、類比、以及規範，在典範與案例類比之中會有一些爭議出現，而且在類比完需要出現新的處理規則時爭議是最大的，如何在此爭議中達到有效的共識，相信以哈伯馬斯的理性溝通模式來進行是最適當的。本論文試圖結合案例決疑論、郭爾堡之道德發展理論以及哈伯馬斯之理性溝通模式，試圖建構一個臨床護理倫理教學方法理論。

#### 第一節 郭爾堡(Lawrence Kohlberg)道德序階理論

由郭爾堡(Lawrence Kohlberg, 1927-1987)的道德六序階來看道德判斷的概念，經由郭爾堡理論的起源談起，談道德判斷的概念。郭爾堡認為：「道德判斷的六個序階層次一亦就是成規前期分為序階 1 是他律的道德及序階 2 是個人主義的，工具目的，以及互施小惠的。層次二也就是成規期包含序階 3 及序階 4，序階 3 是說人際間相互期望，維持彼此的關係和順從；序階 4 是社會體系與良知。層次三就是成規後期(原則期)包含序階 5 及序階 6，序階 5 是社會契約或功利與個人權利；序階 6 是普效性的倫理原則。」<sup>1</sup>，說明郭爾堡道德六序階之後，本文進而討論道德發展的教育涵義，並由道德六序階來發展道德尺，而且藉由墮胎來具體說明道德發展的層次。

---

<sup>1</sup> R.H.Hersh,D.P.Paolitto,J.Reimer，《郭爾堡：道德判斷的發展》，參見：單文經、汪履維(編譯)，《道德發展與教學》，台北：五南圖書出版公司，1986，頁 62-63

## 一、道德判斷的概念

道德判斷的概念在郭爾堡(Kohlber)的道德發展理論，正式名稱是「道德化的認知發展理論」(the cognitive-developmental theory of moralization)，深植於皮亞傑的研究成果之上。皮亞傑的主要假設，認知與情意依循平行的軌跡而發展，而道德判斷乃是自然發展而成的認知過程。當時大部分的心理學家，都以為道德思考乃是其他更為基本的社會和心理的過程。當時人們認為道德主要是在幼年時期，所學得的情感作用之結果，而與理性思考過程無關。以為要了解道德，就必須研究兒童(經由制約和增強)學習遵行規則，和社會規範的社會歷程。郭爾堡生於一九二七年，在芝加哥大學接受教育，在一九五〇年代受皮亞傑的研究吸引的美國心理學家之一，郭爾堡獨特的貢獻，乃應用皮亞傑認知發展理論的「序階」概念於道德判斷研究。<sup>2</sup>魏吉倫(Uwe Gielen)說郭爾堡的皮亞傑式道德發展模式，引導他強調認知技能的重要性。智能發展是社會道德發展的準備但不是保證。他曾設定認知發展(皮亞傑認知理論)，社會推理發展(塞爾曼，Selman)，道德發展(郭爾堡)，和自我發展(羅文格，Loevinger)等理論。由廣義到狹義範疇的發展關係可簡述如下：

認知發展→社會推理→道德推理→自我發展<sup>3</sup>

根據此發展次序，這些層次依次提供了道德推理發展的必要但非充分條件。最後，道德推理發展可能為自我發展做準備。這四個發展形式之間的關係可藉一個例子來釐清。皮亞傑(Jean Paul Piaget, 1896-1980)的具體運思期(6-9 歲左右)，一個孩童能夠分辨一個物體的具體特徵與它有關的行動，學習系統地分類物體，發展出依著物體的物理向度而對其序列的能力，和理解物體不因似是而非的知覺改變仍能保持他們原有的同一性。然後這些能力轉移至社會性領域，他們可應用於社會角色取替及社會行動的解釋。這個孩童開始理解其他人能夠是自己是一個主體，正如自己能夠視他人為一個主體。認知的和社會推理的技能能使道德推理的複雜形式成為可能，而長期暴露在建立相互尊重和平等關懷的社會關係上對道德和自我發展有其助益。<sup>4</sup>郭爾堡的道德發展理論是延續皮亞傑的認知理論，並加以修正成為郭爾堡道德六序階。

陳白合等人指出皮亞傑的認知理論認知發展的原則為：一、循一定不變的階段，一位小孩在進入第四階段之前，必須經過前面的三個階段，而且不會發生相反的順序。二、每個階段都是為下一階段鋪路，任何兩階段順序是不能相反的。

<sup>2</sup> 參見：單文經、汪履維，1986：頁 62-63。

<sup>3</sup> Uwe Gielen，〈柯爾堡的道德發展理論〉，葉光輝譯，參見：俞筱鈞等譯，《道德發展—柯爾堡的薪傳》，台北：洪葉文化出版社，1993：頁 44。

<sup>4</sup> 參見：俞筱鈞等譯，1993：頁 44-45。



三、每個階段均有期獨特性，但在下一階段中，舊的獨特性仍保留。<sup>5</sup>而皮亞傑認為邏輯思考的發展中有四個主要時期，每一個時期都是起源於上一個時期的成就之上，是一個持續的而有次序的過程。認知發展的過程是兼具成熟性和不變性，可分為下列各階段：

A、感覺動作期(出生至 2 歲)受到感覺的支配產生單純的學習之時期，兒童從反射作用至單純的反覆性行為，再進入行為的模仿，對問題的解決主要使用嘗試錯誤的方法。如：餓了只要聽到母親的聲音就不哭了，知道牛奶要來了。開始將象徵物與事件聯想在一起，如「再見」和「爸爸上班」的關係；又如在醫院看到穿白色制服的人就以爲要打針而開始哭泣；主動追求新奇事物，以實驗的方式來完成以前無法達到的目標，如從不同高處丟擲物品。

B、運思前期(2~7 歲)學齡前兒童的認知發展在此期，最大的特點是自我中心。並不是意味著自私或利己主義，而是無法將自己放在他人立場去思考。幼兒並沒有成人對時間之概念，他們以每天固定的時間表中一些可預測的具體活動來了解時間如早上吃點心的時間、中午睡午覺的時間、下午吃點心的時間、以及下午放學的時間。幼兒常使用內在心像來擴展自己的認知發展。

C、具體運思期((7~11 歲)此時期之思想變的漸具邏輯和條理，兒童能分類、排列、循序，甚至組織環境中的事件，並用之於問題解決上。此期較能理解過去、現在、未來的時間關係。兒童開始有能力去計算數目，學會加、減、乘、除的技巧，並將之運用於物體上。

D、形式運思期(11~15 歲) 此時期之思想特色爲適應性和伸縮性。這時的青少年可以思考抽象的名詞，使用抽象的符號，並由一系列的觀察導出合邏輯的結論，可以建立假設，自假設推理、求證。<sup>6</sup>西格(Siegler)說兒童認知發展改變處理問題的理解，從自動化、編碼、類化與策略的建構四種處理來談，自動化指的是相當的刺激條件出現時，要執行一種程序，需要一些認知，從被控制的轉到自動的處理思考。編碼包含以特徵與關係來表徵物體與事件，與編碼重疊的概念是同化、辨別、區分、重要特徵的確認與心理模式的形成。類化是外推已知的關係到新的事例，相似的建構包括歸納、抽象遷移、規則探知與類比推理。最後，類比推理統整全部以適應工作要求，相關機制包括調適、策略發現與後設成份的運作以及中心概念的結構。<sup>7</sup>雖然如此，有人認爲皮亞傑的認知理論可以經由「教育」

---

<sup>5</sup> 參見陳白合、謝中英、廖秀宜合著，《最新兒科護理學》，台北市：華杏，1995：頁 91。

<sup>6</sup> 參考盧惠雯著《護理師捷徑—小兒科護理》，台北，華杏：1994，頁 36-39。

<sup>7</sup> 參見 Robert S.Siegler，林美珍譯，《兒童認知發展概念與應用》，台北：心理出版社，2004：頁 381-394。

影響皮亞傑各期之發展，而且郭爾堡在道德教育上主張，可以經由對於道德兩難議題的討論，來提昇每一個人的道德發展能力。

但只有道德發展的過程而無批判的問題思考程序，所以在此只能提升道德發展但無法提升道德判斷的能力，而且皮亞傑理論也遭受批評認為只要對小孩施以適當的教育，則其發展階段會提升，如幼兒雖以每天固定的時間表具體活動來了解時間，但若在此時使用教育的教學方法加入時間的概念，則幼兒將不再以固定時間來理解時間，而是用時鐘或手錶來理解時間，如此看來教育對於人類主體的發展有著密不可分的關係。接下來將討論道德發展理論之教育涵義。

## 二、道德發展理論之教育涵義

以道德主體而言，也是非常需要教育才能發展出好的善的道德主體，而鍾聖校認為：「道德發展理論之教育涵義即為道德處理與道德判準之問題，概括的說，道德指出『做人』應當堅守的原則或理想。『做人』的原則是人無法規避的。人無法選擇要不要做人，只能選擇作一個怎麼樣的人。所謂道德原則就是指出，什麼是做人的理想境界、什麼是好人、以及好人必須做什麼事，可以做什麼事或不可以做什麼事的各種規範。」<sup>8</sup>孫效智說：「研究道德的學者指出道德規範的內容分為兩類：一是對人行為動機的規範；一是對行為後果的規範。」<sup>9</sup>而鍾聖校說：「前者指出什麼是好動機或好意圖；後者則指出什麼是好行為或好事情。對應這兩類的規範對象，有兩類的道德判斷：一是關於人的實踐動機或態度的道德評價；另一則是關於行為的是非對錯的道德判斷。若做事為人出於好的動機，就是好人或善人；若所作所為符合道德要求，就是好事或善行。」<sup>10</sup>道德要處理的問題，就是行為動機或是行為後果之考量的問題。

道德要處理的問題是當人們感官知覺到的事與其經驗是相衝突的時候，就會產生不平衡的狀態，而此種狀態就會讓人們重新思考組織自己的動機或行動後的結果就如沈六說：「當個人知道他們的經驗和知覺二者之間矛盾時，那就是他們的認知產生衝突，此時就會產生認知不平衡的狀態，這種不平衡就會提供他們重組自己的觀念動機，至此，他們就會調整他們自己適應於圍繞在他們周圍的世界。郭爾堡曾說：『個人從某一階段移動到次一階段的基本理由，就是因為較後的階段解決先前所發展的階段所不能解決的問題與前後矛盾的事物。』認知衝突與概念的矛盾有關，當一個人型塑或重塑他的世界觀念時，這種矛盾的概念會持續不斷地發生。衝突表達學習與了解的整個歷程，此歷程大部分充滿刺激與令人滿意的冒險活動。對於非道德的兒童如何成為道德能力的人？認知論強調在道德

<sup>8</sup> 參考：鍾聖校，2000：頁 185。

<sup>9</sup> 孫效智，《當宗教與道德相遇》，台北：台灣書局，1999。

<sup>10</sup> 參考：鍾聖校，2000：頁 185-186。

發展歷程乃從自我中心、外在導向、晉升到自我導向，在其發展歷程中，注重社會反應，成為有道德的人。」<sup>11</sup>也就是說人們必須經由不斷的衝突刺激，不斷的重新思考組織自己的動機或行動後的結果，才能在此歷程中展現自己的道德發展，而成為一位有道德的人。

魏吉倫 (Uwe Gielen) 則指出道德是他們從其社會環境所獲得的價值概念，因此一個人被稱為「有」價值觀念，一個有道德的人，乃是能遵循這些價值觀念。雖然這些常識的看法確實與我們生活經驗相符，但是並未考慮到若是某人的價值觀念發生矛盾衝突時，他應該如何做決定呢？有許多的因素影響她的決定。情緒的問題、社會的問題、以及實際的代價的問題等等，皆會影響她的決定，道德判斷的進行乃是認知的歷程，我們必須就我們的價值觀念加以反省，並且把它們依照邏輯的順序排列。郭爾堡研究的一項要點：道德判斷的進行並非限定於生命中少數的幾個片刻；它乃是一套統整的思考過程，才能解決每天日常生活中所面臨的道德衝突。道德判斷的來源是什麼？什麼時候開始有道德判斷，又在道德發展的過程中，與社會經驗如何取得關聯？我們不會要求一個 2 歲的小朋友要有道德判斷的能力，要對自己的行為負責，我們會具體的告訴他什麼該做什麼不該做。以發展的觀點來說，兒童學會行為的規則，先對其意識的了解。以一個三歲的小朋友為例，思考和社會交互作用特徵是自我中心，他們無法分清自己的觀點和他人的觀點。兒童能超越自我中心主義是一個奇蹟，郭爾堡把這種三歲和八歲小孩觀點的不同稱之為「角色認取」的能力，是指「把別人看成自己，並且從別人的角度看自己的行為」的能力。這種能力大約會在六歲時發展出來，而他也被證明是道德判斷的一個轉折點。<sup>12</sup>所以由此看來，有道德則有其價值，而經由道德判斷才有其價值的存在，道德判斷是一統整的思考過程，才能解決每天日常生活中所面臨的道德衝突。而在此過程中，與教育有著深深的關係，因為在孩童的成長過程中，每天面臨的道德衝突是由其有價值觀念的成年人給予教育，教育孩童如何下判斷，而六歲的孩童有其道德判斷的能力，也是經過一連串的教育過程才有其發展的可能。

倫理教育的理論方面，孫效智認為：「可以分為兩個部分，一是德育理論，一是倫理學。簡單的說，後者討論何謂倫理與道德，前者則依據教育原理以適齡適性的方式，教授學子並啟發他們的倫理思維。」<sup>13</sup>對臨床護理倫理而言，是倫理學也就是討論何謂倫理與道德，一起追求那普遍性的原則，如對病人的中層四原則不傷害原則、行善原則、公平正義原則、自主原則。由此可知，現今的護理是以病人為中心的護理。

---

<sup>11</sup> 參見沈六 (2004)，〈論道德發展的心理本質與歷程〉，《台灣教育》，625 期：頁 9-10。

<sup>12</sup> 參見：俞筱鈞等譯，1993：頁 47-53。

<sup>13</sup> 孫效智，LIFE 網路大學，

[http://210.60.194.100/life2000/net\\_university/paper/net\\_uni\\_paper\\_01.htm](http://210.60.194.100/life2000/net_university/paper/net_uni_paper_01.htm) 取自 2006/5/12。

臨床護理倫理期許護生「我應該成為什麼樣的人？」而非「什麼是我該做的？」如此由內而外，才能在護理臨床中為病人創造最大的福利。需以德行與行動的上而下和下而上之互補來處理道德問題。臨床護理倫理在此是最充分體現決疑論的部分。就如李琪明說：「道德發展理論之教育涵義其著重於『行動者』而非『行動』；關注於『是』（being）什麼而非『作』（doing）什麼；而且亞里斯多德主張德行既非出於本性，亦非反乎本性生成，而自然地接受與透過習慣養成而達致，習慣則透過實踐將之展開，如其所述：『我們自然的接受那些事物，先以潛能的形式將它攜帶，然後在實踐活動中把它開展出來，正如其他技術一般，我們必須先進行實踐活動，才能獲得這些德行，就如同技術必須透過製作才能真正學會。』」<sup>14</sup>臨床護理倫理正是以潛能的形式將德行攜帶，然後在實踐活動中把它展現出來，正如其他護理技術一般，我們必須先進行實踐活動，才能獲得這些德行，就如同護理技術必須透過實踐才能真正學會。

李琪明又說：「麥金泰爾（MacIntyre）意圖統整諸多德行之共通概念，指出無論是德行界定為社會角色、美好生活或是達到效益，均依循著概念發展之三邏輯階段：第一階段是需要先對此一概念加以背景陳述，將之稱為實踐；第二階段是突顯維繫該時空的人類生活有關敘事性秩序的特點，即為既存且維繫時空脈絡的秩序，即德行；第三階段則是繼而對此道德傳統予以重新補充與詮釋，以形成新的德行界定。」<sup>15</sup>由此可見，道德發展理論的教育內涵是實踐，而實踐成了統整諸多德行而歸結出共有的整體概念。而且臨床護理倫理即是德性的體現也是實踐的體現，經由臨床上與病人的互動，可看出是與人有著非常密切相關的問題，而道德指出「做人」應當堅守的原則或理想，「做人」的原則是人無法規避的，人無法選擇要不要做人，只能選擇作一個怎麼樣的人。期許於「我應該成為什麼樣的人？」而非「什麼是我該做的？」如此由內而外需以德行與行動由上而下以及由下而上之互補來處理道德問題。而使臨床護理倫理教學的教育意涵著重於「護生」而非「護生的行動」，期許護生由內而外將德行內化於心中再外顯於臨床，如此讓病人能真正感受到「以病人為中心」的護理。例如，讓護生理解同理心並將其彰顯後而加以實踐。

### 三、道德六序階發展道德尺

郭爾堡的道德發展和道德教育的理論，皆基於道德判斷序階的實徵描述，他以序階的提昇來界定道德發展，以刺激道德判斷序階的提昇為道德教育的鵠的。郭爾堡說：「道德推理的層次，道德推理有三個層次，一個在「成規前期」的人

---

<sup>14</sup> 參見李琪明（2003），〈德行取向之品德教育理論與實踐〉，《哲學與文化》，第30卷，第8期：頁154-156。

<sup>15</sup> 參見：李琪明，2003：頁157。

是以個人所能得到的具體利益為著眼點，來看道德問題。他不考慮社會大眾所認為對的是什麼，只考慮到這個情境中，他個人會發生什麼後果。延續皮亞傑運思前期(2~7 歲)學齡前兒童的認知發展在此期，最大的特點是「自我中心」。一個成規期的人，會站在一個社會成員的角色觀點來看道德問題。它考慮到社會希望社會成員會遵循其道德規則，不僅會努力避免責罰，也以一個社會的好份子的立場來行事。延續具體運思期((7~11 歲)此時期之思想變的漸具邏輯和條理，兒童能分類、排列、循序，甚至組織環境中的事件，並用之於問題解決上。把社會的利益當作自己的利益一樣，加以保護。在成規後期的人，採取一種『超越社會』的觀點，來看道德問題。他能超越社會的既定規範以及法律。延續皮亞傑形式運思期(11~15 歲) 此時期之思想特色為適應性和伸縮性。這時的青少年可以思考抽象的名詞，使用抽象的符號，並由一系列的觀察導出合邏輯的結論，可以建立假設，自假設推理、求證。這三個層次大抵界定了郭爾堡的道德發展理論，第一層次往往主要為兒童使用的道德推理，第二層次通常在青少年前期出現，在青少年時期充分發展。使用第三層次的人最少，它出現在青少年的早期，但只為少部分的人使用。)<sup>16</sup> 郭爾堡的道德發展理論之三層次與六序階如下：

一、層次一序階 1：成規前期，所謂對的，就是對規定和權威表示服從，避免懲罰，並且不作任何實質上的傷害。他律的道德，為避免處罰，為服從而服從，避免傷害人和財物。避免懲罰，盲從權威。自我中心，不考慮他人的利益，不了解人我之分別，無法將兩個觀點關聯在一起。行動只考慮別人身體上面而非心理層面的利益。分不清權威或自己的觀點。

二、層次一序階 2：成規前期，所謂對的，就是指能滿足自己或他人需要，並且以具體的交換為公平交易的依據。個人主義、工具目的，以及互施小惠。只有在個人有立即利益時才會遵循此原則。行動以自己的利益和需要為目的，並且要求別人也要如此對待他。公平交易，互施小惠，相互協議即是對的事。滿足自己需求和利益，同時別人也想滿足其自身之需要及利益。現實的個人主義式觀點。

三、層次二序階 3：成規期，所謂對的，就是要扮演一個好的角色，考慮到其他人及其感覺，與同伴互相保持忠誠和信賴，並且被鼓勵去遵循規則和期望。人際關係相互期望，維持彼此的關係和順從。依照親近的人或一般人對子女、兄弟、朋友的期望來行事。「做好」很重要，是指有善良的動機，對別人表示關懷。也指和別人維持相互關係，諸如互信、忠誠、尊敬和感激等。想把自己變成自己和別人心目中的好人，關懷他人；相信金科玉律；希望維護規則和權威，以維繫所謂好的行為。個人與別人發生人際關係的觀點。即護生在與病人第一次建立關係時，所產生的關懷以及人際關係。

---

<sup>16</sup> 參見：單文經、汪履維，1986：頁 66-67。

四、層次二序階 4：成規後期，所謂對的，就是在社會中盡自己的責任，護衛社會秩序，並且維持社會或團體的福祉。社會體系與良知，完成自己所同意的責任，除非特殊個案中，法律與其他社會的責任相衝突時，法律必須嚴加遵守。所謂「對」即是對社會、團體或機構有貢獻。保持機構運轉如一整體，「假如人人這樣做」則會避免機構的解構，在面臨一個人既有義務時，會訴諸無上權威的良知。由人際的協議或動機區分不同的社會觀點。依社會的體系來說，界定了每個人角色和規則，考慮到個人在社會體系中所佔地位的人際關係。

五、層次三序階 5：成規後期，原則期，所謂對的，是瞭解到人們持有許多的價值觀念和意見，而且大部分的價值觀念和規則乃是相對於其所屬的團體。然而，這些「相對性」規則也應當在公平無私的情況下加以履行。社會契約或功利與個人權利體認到社會上每一個人都有每一個人的價值觀和意見，其價值觀皆與其所屬之社會團體密切。因為這些價值觀和意見相對的原則是為維持全體利益而存在，而且也是社會的契約，所以必須遵守。有些非特定關係的價值和權利，如生命和自由在任何社會中可以不顧大眾的意見，而皆因加以尊重。認為法律與義務需理性地為全體利益著想，「為最大多數的人最大的善著想」。超越社會的觀點，考慮到道德和法律的觀點，知道它們有時會相互衝突，而且難以統整。

六、層次三序階 6：成規後期，關於什麼是對的這個問題，序階六是由普遍性的倫理原則所指導。<sup>17</sup>單文經、汪履維認為此階段是普效性倫理原則，遵循自己所選擇的倫理原則。特別的法律或社會的協議經常有效力，在法律違反原則時應依循原則行事。這些原則乃是普效性的正義原則：平等的人權、尊重個人與人類的尊嚴。相信自己是普效性道德原則的擁護者有理性的人，並且有獻身於原則的意識。道德觀點：社會的措施皆以此為基礎，任何有理性的個人，皆認識道德的本質，並且了解視人為目的的原則<sup>18</sup>，類似於康德的目的自身<sup>19</sup>。

本文試圖由道德六序階，建立一把心中道德尺，並為評值標準。藉由墮胎具體說明。

序階 1：在生命的道德價值以及其物質或社會地位的價值之間沒什麼不同，以未婚女子懷孕要不要墮胎為例，以自我為中心的思考，只要我喜歡有什麼不可以，喜歡小孩就生，不喜歡小孩就墮胎，不把任何條件考慮進去，要生就生，要墮胎就墮胎，不計較別人的眼光，也不考慮物質或社會地位的價值，就算此未婚女子無任何可以供養小孩的能力，無法提供小孩任何物質的享受，只要她想生就生，不會考慮太多。就算此女子是一個望族，未婚生子在東方的文化中是一件很

<sup>17</sup> 參見：林遠澤，2005：頁 68-69。

<sup>18</sup> 參見：單文經、汪履維，1986：頁 62-64。

<sup>19</sup> 當人作為倫理行為的主體，從感性世界進入理性世界，才能脫離感性世界的約束而成為自律。

沒面子的事，此女子在序階 1 的思考她的決定與其望族不會有絕對的關係，而是依照她的喜好來決定要不要墮胎。而生命的道德價值也不會在她的考量之中。若以女子的權利來看，以自律自主的原則來看，女子仍會以自我為中心，不會對其他人的意見加以採納考慮。因為她只想到她自己。

序階 2：人類生命的價值被認為是用來滿足生命持有者或別人的需求，就人生命的決定與其持有者和她本人的關係有關。（生命的物質價值和權利的價值已經分化）以未婚女子懷孕要不要墮胎為例，此階段她會認為此胎兒出生能滿足她的需求，如可以要求男朋友和她結婚，那她將不選擇墮胎。若她的男友說若她不墮胎他就不要她了，她也許會選擇墮胎，滿足她男朋友的需求。此階段只有在個人有立即利益時才會遵守此規則。行動以自己利益和需求為目的，並且要求別人也要如此對待她。此女子會選擇對她自認為最有利的條件，再來決定要不要墮胎，並且要求所有的人都要同意她的決定。若以女子的權利來看，以自律自主的原則來看，女子會選擇其對女子最大權利與利益，來選擇要不要墮胎。

序階 3：人類生命的價值乃是建基於家人和其他有關係的人的同理和情感上。以未婚女子懷孕要不要墮胎為例，她必須考慮家人的想法和男友的想法，而不是只有她自己的想法而已。以珍的例子來說<sup>20</sup>，家人認為生下小孩並且結婚會使此事神聖化合法化，而且生完小孩還是可以回到學校繼續完成學業。家人認為他們要為此事負責。而其男友也同意結婚並生下小孩，故事到此應是完美的結局，結婚而且生下小孩。但假使家人認為會阻礙學業的完成，並且認為珍還無法為其行為負責任，而其男友亦認為還無法接受結婚，那麼此女子勢必將選擇墮胎，來解決此次懷孕之事件。依照親近的人對自己或一般人對子女、兄弟、朋友的期望來作事，若以女子的權利來看，依照親近的人的期望做事，並依照自律自主的原則，將會依自身的利益再加上親近的人的期望來選擇要不要墮胎。

序階 4：郭爾堡指出此階段為：「生命被視為神聖的，因為它在權利和義務的無上道德或宗教的秩序中佔有一席之地。墮胎是一件謀殺的行為，任何人都無決定權去決定一個生命是生或是死。神賜與每個人生命，而你把來自神的人命奪走，你的所作所為即是把非常神聖的東西毀掉，人根本是神的一部分，而墮胎恰似毀壞神的一部份。是反對墮胎的。在面臨一個人既有義務時，會訴諸無上權威的良知。行動由不名譽的預估而引起；因失職而引起制式責罵，以及因為傷害了別人而引起罪惡感。假如未婚女子有榮譽心，就不會沒有盡責任的去保護她的胎兒，去作墮胎這件事，它會一直有罪惡感。此階段角色認取的主要特徵是概括他人的觀點，他能夠認取他們所參與在內的社會體系；他的機構、社會信念系統等

---

<sup>20</sup> R.H.Hersh,D.P.Paolitto,J.Reimer，《郭爾堡：道德判斷的發展》，參見：單文經、汪履維(編譯)，《道德發展與教學》，台北：五南圖書出版公司：1986：頁 48-50。

等的觀念。」<sup>21</sup>若以女子的權利來看，以自主自律的原則，若此社會的信念墮胎是罪不可赦的事，那此女子會選擇不墮胎。若此社會信念，會認為墮胎是女子個人的權利，那女子要不要墮胎則會依照女子個人自主自律的原則來決定。

序階 5：郭爾堡指出此階段為：「生命因其對公眾的福祉而彰顯，而且生命應是一項普遍性的人權。能考慮到維持對平等的尊重，也考慮到自我尊重，避免將自己判斷成爲非理性、言行不一致、漫無目的的。女子若是墮胎，可能會失去人們對她的尊重，如果去墮胎只是怕事的表現，而不是因爲她思慮合理，所以我們會失去她的自尊，而且她將會失去她的社會地位和大眾對她的敬重，如果只是因情緒激動而去墮胎，而忘了長遠的考量，則她會失去她自己的尊嚴，所以結論是反對墮胎。『社會契約』原則在此階段中相當有助益，此契約通常代表一種妥協但是它允許每一個人追尋其自身的利益，而不干涉到別人追求利益的權益。契約本身不具任何神聖性；不過，雙方都必須遵守之，因爲它代表滿足其權利和需求的最佳希望。」<sup>22</sup>若以女子的權利來看，以自主自律的原則來看，女子可以追尋自己的利益，而不干涉到別人追求利益的權益。所以女子會不會墮胎，仍會由女子考慮其自身利益，而不會干涉到他人的利益爲原則，如珍會考量到她現今不能爲此胎兒出生負責，所以當她作下墮胎的決定時，並不干涉到他人的利益，所以她會選擇墮胎。

序階 6：郭爾堡指出此階段為：「人類生命被視爲神聖的，因爲個人尊重是普遍性原則。生命價值高於一切道德或法律，不管是誰的性命。生命具有其內在價值，不管是哪一個人皆要看重它。所以結論是反對墮胎。會考慮到若違反自己的原則而自責的問題。如果去墮胎，事後她老是自責，她不會受到其他人的責難，而且她也會因爲沒有犯法而過的很好，但是她不會不受到良心的譴責而仍然過的很好。如果她去墮胎她不會受到其他人的責難，但是她不能使得她的良心安穩。此序階的判斷基於每個人皆能假定所有的其他人，也依循著金科玉律來行事，這就是序階 6 的可逆性。」<sup>23</sup>此階段女子會依循金科玉律來思考，任何人在此情況會不會選擇墮胎，它可不可以成爲一個普遍性的原則，若不行那她將不會選擇墮胎。

由道德六序階來看墮胎，只由從贊成或反對墮胎此觀點來看，省略了生命從何開始來討論，由上文來看其中發現從生命的價值看來序階 4 即開始反對墮胎，至序階 6 皆反對墮胎，從序階 1 到序階 3 皆可看到有贊成墮胎和反對墮胎的理由和考量，此女子在序階 1 的思考她的決定與其物質或社會地位的價值不會有絕對的關係，而是依照她的喜好來決定要不要墮胎。而生命的道德價值也不會在她的

---

<sup>21</sup> 參見：單文經、汪履維，1986：頁 77。

<sup>22</sup> 參見：單文經、汪履維，1986：頁 81。

<sup>23</sup> 參見：單文經、汪履維，1986：頁 84-85。



考量當中。序階 2 此階段她會認為此胎兒出生能滿足她的需求，也許會選擇墮胎也許不會。序階 3 她必須考慮家人的想法和她男朋友的想法，而不是只有她自己的想法而已。所以會不會墮胎皆有其可能性。但是在序階 4 以後皆反對墮胎，基於生命被視為神聖的，生命應是一項普遍性的人權。生命價值高於一切道德或法律，不管是誰的性命。生命具有其內在價值，不管是哪一個人皆要看重它。若以女子的權利來看，即以自主自律的原則來看，序階 1-5 皆有反對墮胎和贊成墮胎的選擇和決定，在序階 6 以金科玉律來看是絕對反對墮胎的，因為墮胎不能成爲一個普遍性的原則。

以生命的價值來看，從序階 4 開始即反對墮胎；而從女子的權利，即以自主自律的原則來看，在序階 6 以金科玉律來看是絕對反對墮胎的，在序階 4 概括他人的觀點，他能夠認取他們所參與在內的社會體系；他的機構、社會信念系統等等的觀念。是以社會信念爲基礎，所以假如社會信念是反對墮胎的，那女子即可能不會選擇墮胎；若社會信念是贊成墮胎的，那女子即可能會選擇墮胎。女子可以追尋自己的利益，而不會干涉到別人追求利益的權益。所以，女子會不會墮胎，仍會由女子考慮其自身利益，而不會干涉他人的利益爲原則。這是由不同的角度來思考墮胎這個問題，在郭爾保的道德六序階中有不同的呈顯，至此得到一個結論無論從生命的價值來看或者從女子本身的權益或自主自律的原則，在序階 6 上是絕對反對墮胎的。在支持墮胎中每個序階都有，但是理由有質的不同，理由才是核心的重點。綜合以上所言，將試圖發展成心中的那一把道德的尺。

## 第二節 哈伯馬斯之溝通理性實踐討論模式

在教學法中讓道德判斷能力提升如何可能？在一個討論的理想情境中，每一位參與者都能夠遵守發言的規則，討論、論辯、批判、反思、集思廣益直到理性共識出現。因爲在案例決疑論的道德判斷形式中，有典範、類比、以及規範，在典範與案例類比之中會有一些爭議出現，而且在類比完需要出現新的處理規則時爭議是最大的，如何在此爭議中達到有效的共識，相信以哈伯馬斯的理性溝通模式來進行是最適當的，輔以哈伯馬斯的理性溝通模式理論將使得案例決疑論成爲臨床護理倫理教學可能的一種進路。

### 一、哈伯馬斯（Jürgen Habermas）之溝通理性實踐討論模式

羅曉南指出哈伯馬斯（Jürgen Habermas，1929-）「溝通常範」的引進，實意味著要以「人的多數性」和「以相互了解爲取向」的溝通主體來消融存在於「勞動典範」中「主體性」與「個體性」間的矛盾。一旦採行此一轉折，原有「自我

實現模式」的規範內容必須重新加以安立。通過「溝通典範」提供規範性理論之基礎，但是，由於普遍語用學太過抽象，還有必要發展一社會化的理論，才能落實其規範內容，也就是說，去說明個人如何通過社會化的學習發展其溝通能力以成就其自主的自我(autonomous ego) — 一種具有理性自主性的、能夠運用溝通行動和理性討論的自我。哈伯馬斯持這樣的觀點，即個案發生過程會重複宇宙或社會運行的邏輯，「在個人或物種歷史中存在著某種同調的意識結構」(homologous structures of consciousness)，而使得個案發生過程的邏輯可以對社會進化發展邏輯提供許多重要的線索。哈伯馬斯工作之重心是放在自我發展(ego development)、自我同一性的形成以及道德意識的發展這三方面，最後一項有關道德意識的發展階段尤其是其重建的重點。<sup>24</sup>而在本文中之重點則為輔助溝通理性實踐討論模式來達成道德意識的發展。因為道德的發展決疑論只有一個道德判斷的形式，無法有批判性的思考，而決疑論期望在解決問題方面，有新的處理原則出現，而在新的原則出現之前，會有一些爭議出現而無法達成共識，所以希期以哈伯馬斯之溝通理性實踐討論模式，釐清問題達成共識，藉此發展批判性思考以及達到道德提升之目標。

林遠澤先生認為理論對話的形式必須使得逐步的徹底化，或即認知主體的自我反省成為可能。

第一步是從有問題之宣稱(其本身是一項行動)過渡到以爭論中的有效性聲稱作為討論對象之聲稱.....(進入討論)ex:你說的是真的嗎？

第二步在於對於有問題的聲稱進行理論的解釋，亦即在一個選定的語言系統(ex:醫學護理學的專業語言)中進行一論證的陳述.....(理論的討論)此時有反思的過程。

第三步過渡到對於原先選定的語言系統的修正，或者過渡到對於其他選替的語言系統的適當性衡量.....(後設理論之討論)最後一步過渡到對於奠基語言的系統性改變的反思，這種實體性的語言批判的形式中，亦即在對一不適當的語言與概念系統的逐步超越中，所實行的知識進步的重構，即達致到對知識之一般的規範性概念.....(知識的批判)

實踐對話亦然：

第一步是從有問題的命令(其本身事一項行動)過渡到以爭論中的有效性聲稱作為討論對象的建議或警告.....(進入討論)

第二步在於對於有問題的命令進行理論的證成，亦即在一個選定的語言系統中進行一個論證的陳述.....(實踐討論)

第三步過渡到對於原先選定的語言系統的修正者過渡到對於其他選替的語言系統的適當性衡量.....(後設理論之討論)

最後一步過渡到對我們需求結構，對於我們的知識與能力的依賴性的反思，對於需求的解釋，我們是按眼前對於可作的與可達到的遊戲空間的資訊而達成一

<sup>24</sup> 羅曉南著，《哈伯馬斯對歷史唯物論的重建》，台北市：遠流出版社，1993：頁 152-154。

致的。那一類的知識是在未來優先想要辦到的，這是在面對知識之促進的優先性決定時，所面臨的實踐問題.....(知識政策的意願形構)<sup>25</sup>

而就臨床老師與護生的關係而言，第一步進入討論即為老師想要引導護生有正義與關懷之倫理概念開始，舉例墮胎，護生想要對有墮胎想法的少女有所建議和警告，護生告知少女若沒有考慮清楚即貿然墮胎，會有種種不好的後遺症和危險性。而少女有可能口頭上說我知道，但實際上卻我行我素，也有可能真正的不去執行墮胎，但更有可能是告知護生若我現在不把孩子拿掉我將不會有我自己的圓滿人生。在此時護生可以在討論會中提出此案例作討論；如此就進入了第二步的實踐討論，老師可以引導護生們進一步的討論墮胎與不墮胎的優缺點、生命從何開始？大部分認同墮胎的理由為何？大部分不認同墮胎的理由又為何？以及在臨床上可能影響身體之程度，在老師與護生們達成了共識有了共同的護理計畫之後再讓少女參與討論，讓少女可以告訴護生她真正害怕影響她選擇墮不墮胎的理由與原因。通過實踐討論之後，進入第三步後設倫理學之討論與少女討論她可以選擇的方法有哪些？哪些情況可以墮胎，哪些情況不可以墮胎，哪些情況不能墮胎但可以有方法可以解決不墮胎之後的問題；例如有中途媽媽之家可以安置未婚媽媽，而小孩可以找到好的寄宿家庭，而少女本身亦可以回復到原本的生活。最後一步經過老師和護生討論之後的解釋與少女之溝通達到對少女最有益的情況達到一致，我們能在對話不同層次之間自由的出入，一直到共識形成。

而在溝通的過程中，特別重視溝通能力中的語用能力，其重點在於說話者如何以一種可被接受的方式說出合於文法的話語，並與收聽者建立彼此認同的人際關係，其目的重建言談的普遍有效依據，並且必須要遵守「可理解性、正當性、真誠性、真理性」四個有效性宣稱的規則，若有受到質疑而不被接受時，必須進行辯論以利溝通。在辯論中，說與聽所達到的便是有合理性基礎的共識，而此一理想的溝通模式，即為「理想的言談情境」。<sup>26</sup>在臨床護理倫理教學時，特別重視說話者與收聽者<sup>27</sup>建立彼此認同的人際關係，如師生關係、朋友關係，而每一位參與者皆遵守規則，接受理性的辯論能在對話不同層次之間自由的出入，一直到共識形成，此理想的溝通形式就是「理想的言談情境」。也是臨床護理倫理教學時試圖要達成的情境。

綜合陳昭曄<sup>28</sup>與邱怡瑛<sup>29</sup>等學者歸納認為哈伯馬斯之溝通理性實踐討論模式之主要內涵為：

<sup>25</sup> 參見林遠澤，〈包容性的共識或排他性的團結？——站在哲學的語用學轉向後的十字路口〉，《當代雜誌》，183，2002：頁 79-93。

<sup>26</sup> 參考邱怡瑛（2004），〈哈伯馬斯溝通行動理論及期在教學歷程中對教師的啟示〉，《教育研究》，第 12 期：頁 177。

<sup>27</sup> 老師和學生皆有可能是說話者和收聽者。

<sup>28</sup> 參考：陳昭曄，2004：220-222。

溝通合理性強調凡是合理性的言談行動都需有很好的理由，並與行動者的知識和論證能力有關。透過理性的論證，才能獲致人我之間的真理與共識。在溝通行動中，參與溝通者在實踐、瞭解與反應某項言談時，一定預設某一普遍必然的條件。這些條件是溝通行動有效溝通的理性基礎。溝通行動理論強調任何言談或溝通行動都是可以批判和辯證的，透過理性的辯證，達到相互理解的一致性共識，並導向不受意識形態扭曲的系統溝通，建構理想的言談情境。哈伯馬斯所提出的語言理論是基於兩個不同的溝通形式，即溝通理性溝通行動。溝通理性是溝通的特殊形式，每一個參與辯論的人，都要不受拘束的毫無保留的表達其論點、情感與需求，也可以對任何論點或意見加以質疑、反駁、辯論，藉著彼此反覆的論辯，參與者就有爭議之處的有效或無效來達成一致的理性共識，藉以回到正常的溝通脈絡中。因此，在溝通行動中，透過未受扭曲的溝通行動則可達成社會理性的進步，藉以診斷出受到科技與意識形態主宰的生活世界之病徵，並藉以理性的溝通行動，增進溝通、社會參與、價值與規範的討論，以進行社會重建。哈伯馬斯的主張主要說明：合理的共識必須透過溝通者之間不斷的論辯與修正，而不是一種武斷、矇蔽與系統化扭曲的溝通所形成的結果。此種共識的達成，本質上必須藉由人類溝通行動理性的引導始能獲致。因此，溝通行動的理想目標，就是人類社會生活溝通理性重建，以恢復生活世界的合理性和理想秩序，使人類理性批判潛能可以充分發揮。

所以理性的溝通形式為理性的論證，需要透過理性的論證才能達到相互之理解並得到人我之間真正的共識與真理，以理性的溝通行動透過溝通者之間不斷的論證與修正才能達到合理的共識，而溝通行動的目標是人類理性社會之重建，使人類理性批判潛能得以發揮進而得以進入對道德判斷之反思。

## 二、哈伯馬斯之溝通理性實踐討論模式與案例決疑論之對話

案例決疑論是在案例、類比、典範之間形成一個道德判斷的形式但無法成爲一種教學方法，也無法提升道德判斷的能力，並且在典範、類比的過程中會有許多的爭議出現，在此時若加入哈伯馬斯之溝通理性實踐討論模式，在參與者不斷的質疑、批判、辯論、討論使人類理性批判潛能可以充分發揮中達到溝通理性的共識，直到新的處理原則出現。而在案例決疑論教學實施的限制中，案例教學偏重思考方法、推理分析、解決問題和議事程序的訓練。在師生方面當學生討論出一個與教師信念不一致的解決方法有些教師會倍感威脅。此時若能輔以哈伯馬斯之理想溝通情境，在溝通的過程中以理性爲基礎，而師生之間以無宰制之關係存在而使案例決疑論教學得以可能。

---

<sup>29</sup> 參考邱怡瑛，2004：174。

而哈伯馬斯認為所謂的「理想的言談情境」(ideal speech situation)是：雙方在機會平等的基礎上從事言談行動，任何一方都不能獨占發言機會。溝通雙方在機會平等的基礎上，從事說明、解釋、反駁等解說性的言談行動，任何一方皆能對另一方進行檢討與批評甚至是批判。溝通雙方都有同等機會使用表達意見的言談行動，使雙方能相互理解。雙方都有同等的機會使用規約的言談行動，以便排除只對單方面具有約束力的規範與特權。由此可知，在理想的言談情境中要能體現真理、自由與正義，才可以使得溝通雙方在獲得較佳的協調與辯論力量之情況下，達成理性的共識，並落實於理想的生活形式中。<sup>30</sup>以上所言皆是溝通雙方之間必須是無宰制之關係，才有自身與另一個溝通主體之間存在一個互為主體的關係，才能達成共識並加以實踐。

就臨床師生關係方面而言，臨床老師和護生與在學校之不同是，在校是一對 50 位學生之課堂教學，而臨床老師是一對 8-10 位學生，而且通常是一對一的教學，所以老師與學生的關係更是密切也更有機會去達到哈伯馬斯的溝通理想情境，若老師老是使用宰制性的方式對待護生，護生會有很大的壓力甚至會大到要休學，因為護生一方面要面對病人還要面對老師，對一位只有 19-20 歲之護生會造成莫大的壓力，若不得抒發其將走上放棄護理這一條路。在目前講求終生學習時代，教學方式亦需從傳統以教師為中心及內容為導向之重點，轉變為以學生為中心以問題解決為導向的教學，此教學概念之轉變，將有助於學生認知學習及知識之獲得。許麗齡認為：「學習應包含認知、情意及技能之學習，因此老師在教學上，除了知識的傳授(思考)，亦需包括情感及態度的培養(感覺)以及技能的獲得(行動)，臨床教育不能只注重知識傳授及技術練習，更要培養學生專業之態度與精神人文素養，以及社會之責任感；因此臨床教學時除了鼓勵護生多思考、多發問、也應進一步了解護生於護理病人的深刻體會或心得，或者引用臨床實例、案例以及感人故事，引發學生說出其心理感覺，如此將有助於學生對護理專業之體會與認識。」<sup>31</sup>所以以學生為中心之學習利用案例觸發護生之心靈感動，進而體會護理專業及臨床倫理之認識。

本文認為護生與臨床老師的關係，需有一開始之宰制關係先訂立下原則規範猶如哈伯馬思所設立下之規範使得理性溝通成為可能，而臨床老師亦然，需定下規範才能使得護生與臨床老師之理性溝通成為可能，而在理性溝通之理想言談情境下臨床老師和護生是平等的、無宰制的、無強迫、誠信、開放的情形下進行溝通的。所以在此時師生關係是無宰制的，並將哈伯馬斯之「理想的言談情境」落實於案例決疑論之中，使得臨床護理倫理教學成為可能。

---

<sup>30</sup> 參見：陳昭曄，2004：頁 222。

<sup>31</sup> 參考許麗齡，〈21 世紀之護理臨床教育〉，《醫學教育》，第五卷，第一期，頁 61-69。

就臨床老師與護生之關係來說，若能以理性之溝通使用語言和溝通之中的相互理解之倫理概念所含的規範彰顯出來，這個倫理概念不只意味著師生所理解之言說行動之意義，也意味著師生對於事實、規範以及經驗所達到的共同理解。在老師和護生皆沒有恐懼強迫之情境之下如團體討論會，不受外在權威或意識型態的限制，發乎理性，本乎真誠，將自己的意見、需要、態度、慾望及擔憂的事情表達出來，引進公共之討論的過程。

哈伯馬斯說：「爲了達到真正的共識，除參與論辯者須爲具有行動與說話能力之主體外，經過磋商和論辯的過程，所有參與者均認爲可以接受的規範，才可宣稱其有效性的規範。既爲有效性之規範，則每一個參予的個體均應遵守，其因遵守這些規範所引致的結果或附屬效果，不論其是否造成個人之不便或不快，均應未經強迫及承擔其後果。『理想的言談情境』的設定已經把私人領域的需要與慾望的考量，融入了公共領域的規範決策過程。」<sup>32</sup>，而且每個人須有接受不同意見之雅量，不論其意見是否造成個人之不便或不快，每個人皆均遵守公平、誠信、不強迫、開放等原則規範，討論之結果均應未經強迫及承擔其後果。理想的言談情境，設定將師生之的設定已經把私人領域的需要與慾望的考量，融入了公共領域的規範決策過程。也將臨床護理倫理概念帶入討論之中，使臨床護理倫理概念在團體討論會之中成爲可能。

臨床老師教導護生關於臨床之知識，以臨床所見所聞，加以討論分析，並在實習技術操作前加以複習技術與學理，告知護生如何做才是符合規定，而且不傷害病人爲原則。告知護生理論之根據，在臨床上如何運用。而老師爲說話者提供關於護理之知識和陳述必須爲真實，被陳述的命題須滿足真實性條件，真真實實的臨床實例，以便聽者即護生能夠分享說話者之知識，以盡交流之旨。師生之間才有了第一層之關係，說與聽的關係。哈伯馬斯說：「正當宣稱(rightness claim)一言辭行動是正當得體的，說話者選用的言談方式必須是正確的，也就是說，說話者必須一致的同意他們所確立和其界限內言談行動的有關規範性的言說交流背景。」<sup>33</sup>說話者代表老師和護生，所用的言辭是正當得體的，必須一致的同意他們所確立和其界限內言談行動的有關規範性的言說交流背景，如臨床老師和護生討論時須同意他們談論的內容與一起遵守之規範，以及用大家都聽的懂得語言，都是有護理背景，有些專業名詞必須由老師解說清楚讓所有參與討論者皆能了解，進而參與討論。

哈伯馬斯說：「真誠性聲稱(truthfulness claim)一言說主體之真誠性，說話者表達自身之意向必須是真誠或可信的，及表裡一致，因而可以獲得對說話者的信

---

<sup>32</sup> 楊深坑著，《溝通理性·生命情懷與教育過程~哈伯馬斯的溝通理性與教育》，台北：師大書苑，1997，頁 100-101。

<sup>33</sup> 參見：曾慶豹，1998：頁 165。

賴。」<sup>34</sup>老師本身表達自身之意向必須是真誠或可信的，及表裡一致，因而可以獲得護生對老師的信任。若老師得到學生的信任，將可進一步與學生走向開放性的溝通，進而建立理想的言談情境。哈伯馬斯說：「可理解聲稱(*comprehensibility claim*)—言辭意義的可理解性，說話者必須選擇一個能夠被他人理解的表達，以便說話者與聽者能夠從語言結構中獲得正確之相互理解。」<sup>35</sup>

例如老師說幫病人作導尿管護理，學生會再問要不要會陰部沖洗，其實老師的背後意義是會陰部沖洗加導尿管護理，因為需要先清潔再消毒，而會陰部沖洗屬清潔之部分，導尿管護理屬消毒之部分，所以老師認為只要說導尿管護理學生就會知道要加上沖洗會陰部；但是事實不然，因為有些學生並沒有先清潔再消毒的概念，所以仍會再質疑要不要清潔之後再消毒，如此狀況之下，老師應先解釋先清潔再消毒概念，並告知學生老師所謂導尿管護理包括會陰部清潔。如此一來，學生才能理解老師說幫病人作導尿管護理之意義，才有辦法正確執行此項技術。

就楊深坑認為：「根據哈伯馬斯的分析相互理解之典範最為要緊的是互動過程中參與者的實行態度。互動過程中，參與者們透過對於世上某事物的「達成理解」(*coming to an understanding*)，來統合他們的行動計劃。當自我實現了某項言說行動而他人則據有與該行動有關的位置時，兩人之間就開始進入了一種人際關係。人格的發展或是自我認同便是憑藉此種人際互動模式而生。」<sup>36</sup> 伊凡斯(R G Evans)說：「以病人為中心的模式也許看起來如——更真實的對話。它最初的意欲是疾病的發作，病人的主觀經驗，不只是探究症狀的正確診斷，而是去得到一個她／他希望、害怕、期待、思想觀念、信仰和生活的背景的理解。」<sup>37</sup>以導尿管護理為例，師生互動過程中，透過對於導尿管護理的「達成理解」，如此來統合為病人執行會陰部沖洗加導尿管護理此項護理行動之計劃，當護生去執行此項護理行動時，師生之間就開始進入了一種人際關係之中。

憑藉此種人際互動模式護生的人格發展或是自我認同便因此而產生，師生有了人際關係藉由技術、認知之討論進而可以在態度上進行討論，無論是護生對老師的態度或是護生對病人的態度，皆可以與護生相互討論，尤其在幫病人執行會陰部沖洗時，是否有暴露到病人的隱私？對病人的態度是否尊重？是否理解病人的害怕以及期待？是否知道病人的需求是什麼？老師皆可以與護生「達成理解」繼而在臨床護理倫理之道德序階上可以更上一層樓。

<sup>34</sup> 參見：曾慶豹，1998：頁 165。

<sup>35</sup> 參見：曾慶豹，1998：頁 165。

<sup>36</sup> 參見：楊深坑，1997：頁 172。

<sup>37</sup> R G Evans(2003). "Patient centred medicine: reason, emotion, and human spirit? Some philosophical reflections on being with patients." *Journal of Medical Ethics*, Jun, 29, 1:9。

因此由下而上之案例分析教學，在臨床討論會成爲可能，在臨床老師之帶領與引導下，使護生暢其所言，師生對倫理議題在理性溝通下之言談理想情境中，進行論辯，進行中使得護生們學習接受他人之意見，傾聽他人之想法，若有意見亦可提出辯駁，但是君子之爭不能傷了和氣，亦是溝通理性之開顯。有效性宣稱乃是具有說話與行動能力者，在互動過程中溝通理性的彰顯。一個說話者須使聽話者相信其宣稱合乎理性，並值得加以確認，而後才能發展出合理的同意或共識。一旦共識未達成，則需訴諸論辯。在論辯中隱含於溝通行動中的有效性宣稱可以作明顯的討論。

而且楊深坑說：「所謂的論辯哈伯馬斯在劃分兩種形式的溝通時有所說明：「在『行動』這個關鍵字下，我引進了溝通的範疇，在此範疇中我們在表述中同時也在一個斷言所隱含的有效性宣稱係心照不宣的假定而加以確認，以進行訊息(即和行動有關的經驗)交換。在『論辯』這個關鍵字我引進了以『論辯』爲特色之溝通形式，在這種溝通形式中，被質疑之有效性宣稱成爲論證的主題來探討其正當性。執行論辯時，我們必須在某種情況下走出行動與經驗脈絡；因爲我們不是在交換訊息，而是在論證，以便確立(或否定)被質疑的有效性宣稱。」據上所引，可見有效性宣稱遭到質疑時，則訴諸論辯。要找理由來支持規範的合法性、正當性，並不是在一種獨白式論證過程進行，而是在生活世界中透過溝通與論辯所導致的共識。」<sup>38</sup>由此可知，要討論倫理議題，使護生們有一個清晰的倫理概念，不是在一種獨白式論證過程進行，而是在生活世界中透過溝通與論辯所導致的共識。如此論證的過程中使得護生與臨床老師，不但能得到一個倫理的概念，並且在道德上也更上一層樓；也使得護理臨床倫理教育成爲可能。

---

<sup>38</sup> 參見：楊深坑，1997：頁 72-73。



## 第四章 案例決疑論在護理臨床教學上的應用

案例決疑論初期在護理臨床倫理教學的探索，由初期的嘗試並試著作系統化的努力之後發現系統外的關鍵問題。並討論護理臨床教學與道德教育，由道德處理的問題及判準的問題進而討論護理臨床教學與道德教育的關係。再來討論在護理臨床倫理教學課程設計之嘗試，從課程設計及方法以及課程之檢討，最後討論對護理臨床倫理教學之省思。

### 第一節 對案例決疑論在護理臨床倫理教學上的初探

在對案例決疑論產生興趣之後，進而研究應用在倫理教學上之可能性，由初期的探索研究之後，以師生關係互為主體性以及無宰制性的原則應用在臨床的倫理教學之上，進而發現問題如討論時間不夠的問題，目標以及師生道德序階不明確等問題並試圖以案例決疑論為解決問題之進路。

#### 一、初期的嚐試

筆者從事護理臨床指導教師多年，一直在生命教育議題中與護生作討論，所以進而想經由此研究對護生作嘗試性的教學。在墮胎與代理孕母的議題當中，利用案例決疑論的教學與護生對話，並請護生在討論之前先寫下對墮胎的看法與觀點，討論之後再紀錄下討論過後對墮胎的看法與觀點，並寫出自己曾經聽過或親身的經驗、對話紀錄，以及你學到了什麼？進行反思。討論過第二次的護生則寫下與倫理相關的議題以提高護生對倫理的敏感度。筆者試圖從中找出討論前後，護生對倫理議題的敏感度以及郭爾保的道德序階是否有所改變，而筆者本身在此過程之中對郭爾保的道德序階是否有所影響或變化？

在筆者臨床嚐試實際教學時，發現案例很重要因為必須引起護生的興趣，而且必須對護生的心靈有所觸動，也就是情意以及感性的部分，但對情意的論點主要放在成全認知的教學設計上，以提昇護生的動機、興趣為主，最終是要發展學習者對護理專業的價值肯定和專業追求。<sup>1</sup>因為是初期的嚐試所以有許多問題無法具體呈現，而出現模擬兩可以及見仁見智的答案。因為每一位護生有其成長背景，及學習過程，在臨床小組討論時，這些條件必須先放下不談，先視每位護生都為相同條件、相同背景，以利教學之進行。

針對修過護理倫理學並在臨床上實習的護生為對象，請護生在討論之前先寫下對墮胎的看法與觀點，先思考過並提出問題，再作一小時之臨床討論會，在討

<sup>1</sup> 參考鍾聖校著，《情意溝通教學理論—從建構到實踐》，台北：五南，2000，頁 35。

論的過程之中以哈伯馬斯之溝通行動理論為基礎，創造理想的溝通情境以哈伯馬斯溝通與對話有效性的宣稱，真理宣稱、正當宣稱、真誠性聲稱、可理解聲稱，及對個體—自我層次分析的重建；普遍與用學與個體—自我發展的重建、互動能力的發展層次重建、互動能力發展邏輯的意義及「互相性」概念的重新界定、重建郭爾保道德發展的階段<sup>2</sup>哈伯馬斯發展出第七階段，營造出理想言談情境，如何讓老師與護生在理想言談情境之中，使得護生的內在道德提昇？在臨床的情境當中，如何將倫理教育帶入其中，方法論中之決疑論是一項不錯之選擇，其方法與應用將在下文詳細討論。

護生必須先通過共生(symbiotic)階段<sup>3</sup>，再以自我為中心之階段，只要我喜歡有什麼不可以，主體、客體業已分化，但判斷仍關聯到「受身體限制」(body—bounded)的觀點。我有身體，所以有一個我，那就是主體。另外，有一個其他人的身體，所以有一個客體；那就是在護理過程中所引導去收集資料時之主客觀資料，主觀為病人之主訴；客觀資料為護生所觀察評估到的資料；此時之引導把病人當成一個主體，而護生是一個客體，有著主客之分；無法達到一個互為主體之理性溝通。楊深坑說：「進而進入社會中心—客觀主義的(sociocentric—objectivistic)階段—把環境清楚之劃分為物理的和社會的界域；覺察到自身立場的『偏狹性』(perspectival character)。亦就是我與群體的關係，此時護生可以知道自己是群體之中生活，要適應社會，但又察覺到自己是自己，有我的存在；有自身立場的『偏狹性』知道自己與群體之中有著與群體不同的看法與想法。自我認同是社會交互作用中所形成的能力。認同由社會化(Vergesellschaftung)產生，後來卻由個別化(Individualisierung)而獲得與發展，此時仍無法達到哈伯馬斯所說之理性的溝通程度。進入普遍主義(universalistic)的階段—去除了既定的和現存的獨斷態度，『自我區劃限界的系統變成反省的。』把外在的結構轉移而為內在結構是學習的重要機轉」<sup>4</sup>，本文認為此過程可稱為內化過程。

護生本身是否能將病人是為一個主體，也將自己視為一個主體，如何將此複雜的過程轉化，是在臨床實習由臨床指導教師引導護生在護理評估之收集資料上如何使用護理過程將病人視為一個主體，而將自我視為一個客體，而自我是一個客體又有一個身體的主體，如何在自我內心轉化，在護理專業環境中如何自我認同，如何讓社會認同護生此一角色，並讓社會認同有其個別性，此時仍然無法達到護生與病人理性溝通的程度，此時必須由自我劃定界線的系統變成自我反省的也就是把外在的結構轉移成內在的結構為學習的一個重要的歷程，也是筆者認為的護生內化的過程。

---

<sup>2</sup> 羅曉南著，《哈伯馬斯對歷史唯物論的重建》，台北市：遠流出版社，1993，頁143。

<sup>3</sup> 尚無明確指標足以釐清主體性的限界。

<sup>4</sup> 參見：楊深坑，1997：頁9。

而師生關係互為主體性以及無宰制性的原則應用在臨床的倫理教學之上，就師生關係來說，互為主體，臨床老師首先將自己成爲主體，對對方(護生)說著對護生而言有意義的句子，例如：「XX 同學，請你告訴我對墮胎的看法。」，首先臨床老師先引導護生思考，再加上一些自己的看法向護生們揭示自身之意圖、目的、慾望、感情及氣質。相互性的體驗唯有通過此互為主體的過程才能得到真正的確證。相互性是說師生互為主體相互開顯自己並相互揭示自身之意圖、目的、慾望、感情及氣質等等，如此開放性、平等性、不強迫性、真誠性下之溝通，理性之溝通才成爲可能，道德意識亦是在此過程之中彰顯自身。

討論墮胎之議題在第一梯的討論中；本文只有思考到 1.在中層四原則中不傷害、慈悲、正義、自主下先初步判斷。2.態度爲寬容、欣賞、關懷、尊重。3.優點、缺點以及實施困難之處。4.帶入墮胎議題以三個過程及九個步驟案例在此過程中一一展現出此案例的處理原則。第二梯討論作者加入一些思考如說到墮胎你會想到什麼(問題)?你覺得大多數人會認同是在哪些情況下?大多數人不會認同是在哪些情況下?在四原則不傷害、慈悲、正義、自主下若都不符合那爲什麼可以墮胎?對三大理論效益論、正義論以及德性論加以簡單定義及說明。如果你是案例中各個不同的角色你會如何想?怎麼做?比較案例及典範之異同?最後形成新的原則下判斷。

第三梯加入你學到了什麼?進行護生之反思。經過初期的嚐試本文認爲還有許多可改進的空間，例如必須加強引導的技巧以及目標要更明確，老師與護生的道德序階不明確，討論過程中雖然有部分同學已有批判性的思考邏輯出現，但老師並未明顯指出而帶過，過程之中並沒有以一個系統性的過程進行，只是由老師引導由護生自由發揮，造成有些護生發言次數較多而有些沒有發言的現象。而老師亦討論護生的經驗包括親身經歷或聽他人的經驗提出分享，但本文卻還未找出分享的目的，只覺得可以從經驗之中得到一些處理的原則與方法。找出案例與典範同異之處也是本文在初期嚐試之中困難之一；時間的限制也是困難之一，因爲只有三週 2 小時的時間無法對護生能做出個別性的思考與討論。如此一來，本文思考是否有一系統性教學的可能，進而試圖從案例決疑論的進路去建構。

## 二、發現問題

本文在初期之嘗試之後有一些問題的呈顯如目標要更明確，還未找出目的，只覺得可以從經驗之中得到一些處理的原則與方法。林秋芬、郭淑芬說：「依各個學者的看法可以彙整出倫理教學應該達成之目標爲：1.發展學生倫理意識即對倫理的敏感度；2.認知情境中倫理兩難之困境；3.把倫理之概念融入決策的歷程中；4.重視倫理概念，對倫理兩難困境之情境作出正確的且合宜的判斷與決策。5.能重視倫理分析的技巧，將兩難困境之推理技巧運用在實際臨床情境中；6.能

開放自我心胸大膽闡明自己的道德概念。凱蒂芬（Ketefian）認為護理倫理的教學應要將目標放在建構倫理理念和專業基礎上，內容應該涵蓋：倫理理論、倫理原則及其應用；發展倫理決策、批判性思考技巧；了解人的權利、義務與責任；接受專業倫理規範和對倫理議題具有敏感度，且能協助對倫理議題提出解決之道。」<sup>5</sup>而盧美秀女士提到護理專業倫理教育的目標有二：一為使護理專業團體成為具有良好專業倫理教養的社群；另一為使護理人員具有良好的倫理素養，其中包含：1.應具有一般良好道德的修仰，養成倫理實踐的習慣；2.對於護理專業領域中曾經涉及之倫理議題有相當的認識；3.對於護理專業領域中一般的倫理原則有相當程度的認識；4.具有相當的護理專業知識，足以認清事實，可以做出最適當的判斷；5.能將一般倫理原則運用在護理專業領域所涉及的倫理議題之上，或有助於闡明或有助於解決倫理議題之困境。<sup>6</sup>

綜合以上所言，本文認為可以將臨床護理倫理教學的目標訂立為：1.認知方面：護生能理解臨床護理倫理的意義以及護理倫理議題，並具有相關知識，明白臨床護理倫理，並能反省、批判、改進，進而充實倫理素養以及人文素養。2.情意方面：護生能體驗臨床護理倫理之重要性，並能珍惜及欣賞他人或自己對護理倫理的論點與判斷能力，願意繼續提升自己倫理判斷水平及敏感度，且能隨時將臨床護理融入決策之中，並對臨床護理倫理繼續保持關心與重視，養成終生學習的習慣。3.能應用臨床護理倫理之分析技巧在臨床之情境，並能採取適當的倫理判斷，達成臨床護理倫理的目標。（尊重、關懷、以病人為中心）如此一來，臨床護理倫理教學就有了具體的目標可以遵循。

老師與護生的道德序階不明確之問題，本文認為老師與護生可以在討論之前先寫下對此議題之心得，藉由此心得可以大略看出老師與護生在此議題上之道德序階，但本文認為此問題在臨床護理倫理教學的部分並沒有很大的影響，只是將老師與護生暫時分類而已。討論過程中雖然有部分護生已有批判性的思考邏輯出現，但老師並未明顯指出而帶過，此部分將在後續的教學過程中，特別注意並明確指出其批判性的思考邏輯的部分，使其他護生能在此過程中學習到另一種邏輯思考模式。過程之中並沒有以一個系統性的過程進行，只是由老師引導由護生自由發揮，造成有些護生發言次數較多而有些沒有發言的現象。而護生發言次數的問題，在後續的教學活動中會特別注意掌控發言的時間與次數，並鼓勵未發言者發言，以表達出每一位參與討論者心中真實的想法與意見，而此部分系統性的過程請詳見此篇論文第四章第三節在臨床護理倫理教學課程設計之嘗試。

---

<sup>5</sup> 參考林秋芬、郭淑芬（2004），〈台灣地區護理學系應屆畢業生的倫理態度和對護理倫理教學的看法〉，《新台北護理期刊》，第6卷，第2期：頁24。

<sup>6</sup> 參考盧美秀（2002），〈護理倫理教育的省思〉，《新台北護理期刊》，第4卷，第1期：頁1-8。

時間的限制也是困難之一，因為只有三週 2 小時的時間無法對護生能做出個別性的思考與討論，此方面筆者認為除了在討論會的時間之外，其他在臨床上工作時的時間只要遇到問題，隨時可以討論不需拘泥於時間、地點，只要老師本身可以以身作則，成為護生的典範，護生亦可從老師身上學習到另一種思考模式。而由以上發現之問題來看，似乎皆有其解決之道，可以想見若能將這些問題完善解決，那麼由案例決疑論為進路試圖去應用在臨床護理倫理教學是有其可能性。

## 第二節 護理臨床教學與道德教育

從道德處理的問題和道德判準的問題去談論護理臨床教學與道德教育的關係。因為護理臨床教學與一位優良的護理人員的養成有很大的關係，一位優秀的護理人員，除了要有愛心、耐心、有同理心之外，要有很高的道德標準要求自己，其道德必須內化成優良護理人員的必備條件之一，亦是非常重要的一環。

### 一、道德教育之道德處理與判準問題

杜威在教育上一直是一個備受推崇的學者而他的倫理學是他具有活力的部分之一，而在道德教育上有他的一番見解。汪堂家說：「杜威認為好的習慣養成是增進人的利益最經濟的手段，道德上的自發行爲，雖然有賴於培養，但一旦養成，就會在人一面對複雜的情境下毫不考慮的作出選擇，道德教育如果有利於好的自發行爲的產生，有利於好習慣的形成，就算達到成功的目標。與自發行爲相反，故意選擇體現自我的主動性。由於它是人有意識的活動，所以，它比自發性活動更能表現人的複雜性。人表現出對對象價值的意識，儘管不同的人有不同的價值選擇，但他們並不完全可以按照自己的喜好出發進行選擇，他們會融合個人經驗和直接或間接的知識進行判斷。從某個意義上來說，道德教育的一個目標就是讓人懂得如何選擇。明辨是非善惡最終目的是爲了要選擇，因爲自我在選擇時已融入個人行爲，並且顯示了自身的本性。因此，對一種行爲作出道德判斷也就是對表現這種行爲的自我作出道德判斷。道德判斷往往是對體現行爲目的的結果綜合評估，評估正確的東西後常常成爲道德經驗的一部份，或成爲將來行動的參考。道德判斷是一種價值判斷，而價值判斷並不限於具有道德意義的事情上。只要我們對對象或行爲作出評價、比較，我們都在形成一種價值判斷。道德知識會形成某種框架，整體上來說會影響人在特定情境內的道德判斷。道德判斷可能是直觀性的判斷，在看到某種行爲後不加思索的下判斷。大部分的人都根據已有的經驗和接受的教育對一種行爲很快的作出判斷和直接的評價，而不作一番的推理。此時，原有的道德知識似乎成爲了一種標準，在一瞬間就決定了我們如何去看待對象，這時，原有的道德知識選擇發揮作用的過程就顯的特別複雜。」<sup>7</sup>由此

<sup>7</sup> 參考汪堂家（2005），〈道德自我、道德情境與道德判斷——試析杜威道德哲學的一個側面〉，《哲學研究》，第 5 期：頁 87-92。

看來道德教育和經驗、價值觀念以及道德判斷有著密不可分的關係，而且複雜不易理解。

而黃利順說：「道德教育就是教師根據道德修養為教學目標和教學內容，通過設置一個或多個具體的教學案例，引導學生參與分析、討論、表達等活動，讓學生在具體問題情境中積極思考、主動探索、以培養學生綜合能力之一種方法。在道德修養課中的人生、理想、道德以及人際關係等認識體系都可以採用案例的形式生動的解說或演出給學生，啟發學生去思考，探索人存在的意義和目的，人的價值、個人與國家、群體之間的關係和做人的原則，從中悟出人生的哲理，懂得科學的世界觀和人生觀對人生重要的意義。」<sup>8</sup>沈六說：「從道德最基本的結構而言，正義能夠涵蓋全部四個範疇。例如，維護法律和秩序可能被當作是正義（規範的命令）；使人群得到最大的福利可能被當作正義（功利的結果）。故了解一個人的道德行為，就是了解他的道德模式。只要我們能與學生談話，我們就能發現學生本身有其標準，而這些標準並非以明顯的方式，從父母親、同儕、或老師得來，而是學生個體與其環境交互作用後所建構的道德思考結構。」<sup>9</sup>汪堂家說：「人的道德判斷能力和估算能力比較，可以隨人的預見和反思能力的提高而提高，此能力必須經由道德教育來養成。而從其他類似的情境獲得經驗和判斷可以有助於人們在某一種情境中修正自己當下的判斷。人的理性能力使人面對具體道德情境時進行預見和比較，對自己的慾望和衝動進行克制或強化，杜威說：『人的日常理性能力就是預見和比較的能力，這種能力可以將人提升到擁有尊嚴的層次』。」<sup>10</sup>道德教育即是教導人明辨是非和善惡、理性思考，啟發學生思考人的價值和存在意義，如何從經驗中和認識體系中去認識和學習道德的判斷。並培養理性思考和理性的能力始自我提升至有尊嚴的層次。

許多人以為道德是他們從其社會環境所獲得的價值概念，因此，一個人被稱為「有」價值觀念，一個有道德的人，乃是能遵循這些價值觀念。雖然這些常識的看法確實與我們生活經驗相符，但是並未考慮到若是某人的價值觀念發生矛盾衝突時，他應該如何做決定呢？杜麗燕說：「皮亞傑認為成人的約束和兒童的自我中心狀態，是道德判斷的個體發生必經的階段。這種約束和兒童單方面的尊重，是道德義務和道德責任感的泉源；受他人尊重的人所發布的每一個命令，是強制性的規則起點。因此，這種責任感的道德，最初基本上受外界支配的。然而，每個有家庭的人都知道，父母和兒童之間的關係不僅僅是約束關係。還有另一種更偉大、更動人的關係：愛。愛激發人類互相之間善的感情，因此，愛是人

<sup>8</sup> 參考黃利順（2005），〈試論案例教學法在思想道德修養課教學中的運用〉，《池州師專學報》，第19卷，第6期：頁134-135。

<sup>9</sup> 參考沈六（2004），〈論道德發展的心理本質與歷程〉，《台灣教育》，625期：頁2-3。

<sup>10</sup> 參見：汪堂家，2005：頁87-92。

類協作、真誠相待的起點，是善的道德起點。只要人人以愛與關懷、愛心待人、坦誠、平等地協作將會隨之出現，人類道德將走向自律。」<sup>11</sup>

本文則認為對於兒童乃至全社會的道德教育以及醫護專業之臨床倫理教育來說，進行正規教育、講授道德準則、公佈道德懲戒固然十分重要，但是，若使善的道德變為公民發自內心的自覺行為，則需要啓迪人之間的愛與關懷，進而達到道德自律。如此看來，道德教育的道德處理與判準問題，皆有賴於道德教育來完成。

而蘇永明認為：「就以後現代的觀點來看，也就是根據現代的理性觀，認為理性所認知的必是普遍客觀的真理，而將人類置於非歷史（ahistorical）、非社會（asocial）的情境。郭爾保的道德階段既然是普遍的、客觀的，那麼就是放諸四海皆準。而後現代的觀點認為知識只是局部性的，常依不同時、空而轉變。所以後現代主張價值的多元主義（pluralism），我們不可隨意去否定不同價值的存在。因此，在後現代的情況，沒有任何價值是定於一尊的，當然更不可能有普遍、客觀的價值或道德發展階段了。對於道德階段的產生，郭爾保引用皮亞傑和杜威的說法，認為是個體和環境互動的結果，而不是因為成熟或學習。他否認道德階段是先驗的（a priori），如果道德階段是普遍的、客觀的，那必須是先天的。如果道德認知是與環境互動的結果，那就不可能是普遍的、客觀的，所以郭爾保的說法是自相矛盾的。事實上，就內容而言，郭爾保的道德序階是後天的，可是因為他堅持其普遍性，以致無視於在種族、性別、及社會階級等方面的差異。因此郭爾保的道德序階只是他個人創出的邏輯建構物，只要是從價值多元論的觀點來看，所謂普遍、客觀的道德序階就很難找的出來。」<sup>12</sup>由以上對郭爾保道德序階的批判，本文將以決疑論中的實踐智慧來補足使其以臻完美。

本文認為道德階段的產生是個體和環境互動的結果，也是因為成熟或學習，而且道德階段有些部分是先驗的，有些部分是先天的有些是經由學習和成熟所得。在許多人類發展學中可以看出兒童有所謂的氣質，即兒童先天所有的性格和態度，經由學習和成熟以及個體和環境的互動會使兒童變化氣質，而道德階段同理可證。決疑論中的如亞里斯多德式的實踐智慧以及由上而下和由下而上之互補是使郭爾保的道德序階更臻完滿的一部份，黃藹說：「道德判斷可以劃分為兩個層面：（1）理智之德的實踐智慧的培養，也就是培養出分辨「什麼該做什麼不該做」的智慧或能力，或作正確道德判斷的實踐理性；（2）培養各種的道德德行，也就是培養出傾向於選擇經由實踐智慧確定為中庸之道或正當之事的性情。實踐智慧旨在「為人決定是非善惡」可以定義為『一種相關於人類是非善惡的真正推理能力』。由於道德德行是一種牽涉抉擇的狀態，而抉擇就是深思熟慮的慾

<sup>11</sup> 參考杜麗燕，《皮亞傑》，台北市：東大，1995，頁199。

<sup>12</sup> 蘇永明著收錄於簡成熙主編，《哲學和教育》，〈郭爾保的道德認知發展論評析〉，高雄：高雄復文圖書出版社，1997，頁175-177。

望，因此如果抉擇要為善，推理必須正確，而慾望也必須正常，而慾望所追求的正是理智推理所斷定者，我們只有用實踐智慧才能深思熟慮出何者為正當且當為之事，並選擇出達到此一目的的正確步驟。實踐智慧是教導我們如何選擇獲得道德德行的正確手段，而道德德行本身則是我們努力以赴的目標。」<sup>13</sup>而決疑論的由上而下和由下而上之互補將包含種族、性別、及社會階級等方面的差異，進而使得道德判斷能得到最完善及最周詳的判斷。

## 二、臨床護理倫理教學之道德處理與判準問題

臨床護理倫理教學的部份，就是要教導護生什麼事可以做或什麼事不能作的各種規範。護理倫理的部份本文認為也可以分為二類：一是對人行為動機的規範，例如以病人安全來說，是以病人安全來考量而規定病人一定要帶手圈或睡小床；還是以害怕被懲罰寫意外報告來告知病人一定要帶手圈或睡小床，是不同的行為動機。一是對行為後果的規範，還是以病人安全來說，若不規定病人一定要帶手圈或睡小床，則病人會被打錯針或發錯藥或從床上跌落而受傷。而臨床護理倫理要處理的問題也是行為動機或是行為後果之考量的問題。

在臨床的實習每天都有可能面臨道德衝突，道德判斷的進行並非限定於生命中少數的幾個片刻，而是一整套的思考過程，如護理過程中所訓練的批判性思考，收集資料、分析資料、設定目標、給予護理活動、最後給予評值。道德判斷亦是由決疑論中的由上而下及由下而上之互補，輔以批判性的思考，並經由臨床的討論會以哈伯馬斯的理想言談情境，公開、開放的討論道德判斷，然後以郭爾保的道德六階段給予最後的評值標準。建構這一整套的思考模式，才能解決臨床實習中所面臨的道德衝突。

一位護生一開始進入實習的場所，就如一個 2 歲的小朋友，不會要求要對自己的行為負責，我們會具體的告訴他什麼該做什麼不該做。以發展的觀點來說，兒童學會行為的規則，先對其意識的了解。對於初進入臨床實習的護生在從學校到實習護生的角色轉換過程中，常會面臨不同的困惑、壓力和挫折，涉世未深社會經驗不足，信心、安全感以及服務熱誠缺乏等問題。韋桂源在〈角色理論在護生臨床實習初期階段的應用〉論文中指出在轉換角色的過程中會有以下之問題：1、角色期望產生差距在臨床實習前，護生往往對護士形象產生一種理想的模式，但在實習生活中所接觸到的是疾病和死亡以及週而復始的繁瑣護理工作，在學校所學之知識與臨床實踐時是相互脫節的，理想與實際有著明顯的落差；人際溝通及實踐能力薄弱，不能滿足老師和病人的期望與要求，即會產生緊張害怕、無助失落之感。

---

<sup>13</sup> 黃藿著收錄於簡成熙主編，《哲學和教育》，〈郭爾保的道德認知發展論評析〉，高雄：高雄復文圖書出版社，1997，頁 142-143。



2、角色行為難以適應：護生從學校進入醫院，既要塑造自我，又要面對各種進入現實社會之壓力，還要對即將踏入之社會環境做好心理準備，要學會處理陌生的師生關係、醫護關係與護病關係，和在實習時所遇到的困難和矛盾等。對於環境和角色的改變，護生對護理工作的不知所措，渴望獲得專業知識和專業形象，但不知如何參與，不能很快進入角色，然後會影響其角色行為的適應，以致護生學習陷入困境。

3、不能勝任護士多重角色的扮演：護生必須在臨床上扮演護士的角色，由於平常很少有機會照顧別人，而從學校至臨床，也就意味著護生必須轉換角色為照顧病人的角色，面對臨床的現實和環境，擔心精神和體力上無法勝任，產生畏懼、害怕之情緒，專業自信心不足，對繁重的臨床工作產生壓力。

4、角色衝突：護生必須給病人進行一些護理技術之操作，但有時會遭受病人的拒絕和辱罵。結果是一方面與老師的要求及自己所渴望的學習專業技術知識相矛盾；另一方面，作為一個人，應與病人及家屬是平等的關係，不應受到拒絕和辱罵，但作為一名醫護人員，按其專業倫理規範又必須承受無理的辱罵，並不能有自我的情緒與其計較，感到困惑，產生內在的矛盾，因而產生角色衝突。

所以，臨床實習老師一開始必須負有相當艱鉅的任務，必須以身作則，以作為護生的模範，加強角色意識的培養和訓練，讓護生充分認識角色應履行的權利、義務及行為規範，並內化為自身認識結構中的一部份，幫助護生從認識和情感層面進入護士角色。而老師必須鼓勵護生清楚學習的要求，明確的工作責任，努力提高護生各種知識和操作技能，幫助護生培養獨立解決問題的能力，同時老師必須嚴格規範自己的行為，為護生樹立良好的典範，努力幫助護生完成由學生轉換成護士的角色轉換，<sup>14</sup>並必須教導和引導護生在臨床面對道德衝突時，如何思考與下判斷，以符合臨床的期待。

道德判斷當然與臨床實習經驗有相當大的關聯性，因為有相關的臨床實習經驗，護生才會深入思考道德判斷的問題。護生實習一段時間後，會以自我為中心的思考模式，轉換為「把別人看成自己，並且從別人的角度看自己的行為」的能力。此時的護生已將道德判斷的能力更上一層樓。而所謂的一段時間，是因人而異，有些人在實習階段已取得此能力，但有些成為護理人員後才得到，甚至有些成為護理人員仍無法得到此能力，所以有終身學習的必要性。

從臨床護理倫理教育而言，是需視護生之個體的影響是源權威以及價值取向，在具體情境之中依個體其自身發展規律和年齡階段以及個體自身需求的變化而發生互動和分化。如何在如此個別性的個體之中給予適當的臨床倫理教育，是本文試圖發展出一個方法論。給予護生在臨床實習中，具體且完整快速的下一個

---

<sup>14</sup> 參考韋桂源(2005)，〈角色理論在護生臨床實習初期階段的應用〉，《右江民族醫學院學報》，第27卷，第5期：頁751-752。

趨於正確的道德判斷。從醫療從業人員的決策情境，來研究真實生活中的道德，從專業人員作決策著手研究有以下的益處。第一是專業人員工作中所作的決定，多經反省與深思，個人也可以清晰解釋其思考。事實上，很多決定是根據個人如何辯護其所作的決定，並提出正當理由而達成。決策者預期可能必須說明理由，因此其在最初選擇的行動時，已將支持行動的理由納入考量了。

本文並沒有宣稱所有的道德決策都是如此深思熟慮、反省的，且可加以明晰辯解的道德，本文只是說明基於研究策略，而從深思熟慮、反省、可加以明晰辯解的道德決策入手。在本文並不認為我們之中的任何一個人全然清楚他／她思考的思維，我們若從人類行為中最具公眾性、理性及具深思性的領域著手，從神秘、非理性及不可碰觸的領域著手，更具道理。第二是可以選擇不似介於「個人利益」與「作對事情」之間強烈衝突的事件或事例作為研究，在很多情況下，專業人員的自我利益即是在找出什麼是對的，並選擇最具正當性理由的行動。例如，護理人員在不知是否要告知病患已得癌症之抉擇時，其最關注的是「作對事情」；護理人員本身在告不告知之間，並沒有摻雜私人利益。

同樣地，在很多的專業決定中，決策者的自我利益是在弄清楚什麼是對的（至少最具正當理由，或至少在將來最不可能為之糾纏）。研究醫療專業（醫生、護理人員等等）的道德決策的第三個利益是，這群人試圖明瞭道德決定如何達成的。即使一個不認真看報紙的人都知道現今的醫療專業所面臨的艱難道德兩難情境；如邱小妹的案例、醫療費用節節升高中醫藥保險的展望（全民健保）、墮胎、安樂死、代理孕母等等。醫護人員已察覺並關切到上述的問題，希望研究結果能使他們做出更好的決策，以及設計出更好的教育課程，使醫療專業人員更能處理他們工作中不可避免的道德問題，<sup>15</sup>也是本文論述的重點。在臨床護理倫理的教學中，也期望護生由臨床的實習過程中體驗護理倫理的體現，也是由自我中心、外在導向、晉升到自我導向，在其發展歷程中，注重臨床反應，成為優質的護理人員。

### 三、臨床護理倫理教學與道德教育的關係

林秋芬指出在現代社會虛無主義和社會規範解構的情況下推動專業倫理教育已刻不容緩。護理倫理學主要在於探討護病關係中所展現的倫理道德議題，包括外在的行為規範與內在的自我期許。<sup>16</sup>蔣欣欣女士更說：「護理倫理教學是幫助護理人員由內在產生力量，由個人內心自覺所產生的本質上變化，而不是外在

---

<sup>15</sup> James R. Rest 著，張鳳燕總校閱，呂維理等譯，《道德發展研究與理論之進展》，台北：心理出版社，2004，頁 27-28。

<sup>16</sup> 林秋芬（2004），〈台灣地區護理學系應屆畢業生的倫理態度和對護理倫理教學的看法〉，《新台北護理期刊》，第 6 卷，第 2 期：頁 23。

的、強制性的改造。」<sup>17</sup>而道德教育也正是從外在的教育，進而使其產生內化的自律力量去實踐道德。道德即是規範而德行則是倫理。而護理倫理是包含外在的道德規範以及內在自覺的德行。道德教育和臨床護理倫理教學中所包含的內容外在課程也許有所不同，但在內在的本質中卻是一致的。

探討道德教育對於規範倫理與德行倫理的意義問題，逐步形成了對道德教育「實存」的兩種不同的判斷：規範取向與德行取向。道德即是規範而德行則是倫理。黃藹認為：「倫理學本是一門規範科學，它的目的本不在於知識的獲得與理論的建構，而是在躬行實踐。」<sup>18</sup>德行取向認為我國的道德教育過於注重德行培育而忽視了制度教化的作用，而規範取向以為當前的道德教育比較強調道德規範的灌輸而放棄了對德性的終極追求。

然而，程亮說：「一旦我們立足於道德教育的內在使命來考量，這種『二元論』的幻想就不攻自破，因為從終極意義上來說，道德教育的目的即在於個體德性的養成。所謂規範倫理，關注的是社會『道德』、『規範』和『行為』，回答的是『我應該做什麼』的問題。它將立足點置於社會秩序維繫的層面，突顯的是社群的整體利益和規範，因而相對於道德實踐者來說，它是外在的，帶有約束性的。對當下的道德教育實踐來說，這種倫理觀念的影響是廣泛而且深遠的，最為顯見的是，規範倫理為道德教育提供了現實的、具體的、可教授的內容。由有限性出發，或許不難理解人們為什麼在反思道德教育時效性時，往往把責任歸咎於道德教育目標的定位不當和道德教育內容的選擇偏差。」<sup>19</sup>規範倫理是無法滿足臨床護理倫理教學的部份。因為規範倫理自身不僅僅存在著內在的侷限，而且面臨著外在社會變遷的挑戰，這就決定以其為基礎的道德教育也必然存在著相應的困境。

內在方面，在道德教育實踐中，程亮說：「長期以來，存在著知與行難以契合的問題，道德實踐難以取得時效，從根本上來說，可能是道德認知與道德實踐之間相背離。因為道德教育的目的不在於道德規範的傳遞，而在於道德實踐的形成。如何突破道德教育的瓶頸，改變學生『明知故犯』的行為，培養學生的道德自律呢？這不能通過學校傳遞的道德規範來回答，因為道德規範本身並不說明個體如何踐行的問題。」<sup>20</sup>由此可見，臨床護理倫理教學只有規範倫理是絕對不夠的。

---

<sup>17</sup> 蔣欣欣，〈由護理實踐建構倫理進路〉，《護理雜誌》，第49卷，第4期，頁20-24。

<sup>18</sup> 參見 黃藹，〈德行倫理學的復興與當代道德教育〉，《哲學與文化》，第27卷，第6期，頁522。

<sup>19</sup> 參見 程亮（2004），〈道德教育：在規範與德行之間〉，《湖南師範大學教育科學學報》，第3卷，第5期：頁36。

<sup>20</sup> 參見：程亮，2004：頁36-37。

外在方面，程亮說：「舊有的社會的道德價值觀，難以適應新的社會生活需要，而新的道德規範尚未建立。由於很多的道德規範尚處在形成中，還未形成社會共識，不同的人群可能對同一的規範認識不同、詮釋不同，這就為普遍的道德遵守帶來了巨大的壓力和挑戰，由此帶來的是深刻的社會道德失範問題。而且我們正生活在一個開放而多元的社會之中，不同的種族之間互相接觸與交流更為頻繁，增進了文化之間的相互理解、互相尊重。不同的文化價值觀念之間存再著差異，但這種差異不是文化價值觀念本身優劣之別，而是特定生活背景下人們生活方式和價值取向的差別，每一種文化價值觀念都有其內在價值的意義。這就增加了以普適性的道德規範為內容的道德教育的窘境。為此，我們有必要把視野拓展到規範倫理之外，尋求另一個立足點—德行倫理。」<sup>21</sup>也是臨床護理倫理教學想要達到幫助護理人員由內在產生力量，由個人內心自覺所產生的本質上變化，使其產生內化的自律力量去實踐道德。

道德教育是個體德行養成的實踐，從根本上來說，德行比道德規範和原則具有更為內在的、持久的、終極的意義，程亮更說因為它反映了個體內部更為深層的、穩定的道德傾向與能力，在某種程度上甚至可以游離於特定規範的適用情境外。正是這種意義上，我們可以說，道德教育是介於規範與德行之間。郭爾保堅信，在理性的道德教育之下，可以通過道德判斷力的培養，達到個體道德踐行能力的提升。但是僅僅把這種目的寄望於道德教育課的認知訓練，似乎難以收到盡如人意的效果。道德教育的目的究竟如何定位？本文認為，必須換一個思維來思考：「知」與「行」是內在統一的；「知」在「行」中，並通過「行」加以深化。在經過具體的情境下「知」與「行」多次的結合後，個體才能達到道德教育的目的——德性的養成。<sup>22</sup>易言之就如沈六所言，即個體基於由外而內的「同化」（assimilation），與由內而外的「調適」（accommodation），前後兩種心智能力的運思歷程，而不斷地吸收和修正使個體的道德推理結構獲得平衡。<sup>23</sup>

由此可以發現「知」與「行」和德行之間是一種複雜的結構。在此一結構中，一切道德規範或行為都是達成個體德行養成的一種手段。德行本身即意味著知善、向善和行善，它不僅實現了外在的道德規範向內在的道德實踐的轉化，而且促使個體的道德認知和道德行為內在統一起來。因而，在德行的話語體系中，不存在著「知」與「行」分離的概念，具有了德行也就意味著德行的實踐，沒有一個有德性的人會行惡。將道德的目的切換到個體德行的養成上來，意味著道德教育脫胎換骨的改革：從道德客體到道德主體。由此，道德教育真正回歸到人的本身。<sup>24</sup>對於臨床護理倫理而言，亦是如此，假若在護理人員化育的過程中就讓他體驗病人的感覺，刻苦銘心的感受，即可由案例教學達成「知」的部份，相信當

<sup>21</sup> 參見：程亮，2004：頁 38-39。

<sup>22</sup> 參見：程亮，2004：頁 38-39。。

<sup>23</sup> 參見：沈六，2004：頁 2-3。

<sup>24</sup> 參見：程亮，2004：頁 39。

他成爲一位專業的護理人員時，他不僅僅祇是照護病人而已，同時也能同理病人的無助與無奈，這是一種內在於心對道德之理的覺悟，即可完成「行」的部分也就自然而然可以知行合一了。

也就是蔣如萍所說：「一位有德性的護理人員在提供護理照護時，以一種『感同身受』的同理心，而非強者與弱者的角色去體驗病人的需求。所以，在此過程中，護理人員能感受病人的痛苦，站在病人的角度去審視自己的態度對病人所造成的影響，進而對病人付出更多的愛與關懷，而成爲病人真正的知心者。所以我們會說，德行是一種品質，它的表現形式是某人能夠完全履行其社會角色所要求的一切。」<sup>25</sup>臨床護理倫理教育正是用案例教學法之情境將護生引導至情境中使護生在案例中學得知的部分進而內化至護生本身，在臨床情境之中護生可以自然而然的應用出來也就是行的部分來加以實踐護理倫理。

程亮說：「教師所提供的道德實踐，至少必須要滿足兩個方面的要求：（1）貼近學生的道德生活。提供道德實踐應該來源自學生的生活、體現學生的內在需要，同時是要學生能力所及。（2）道德教育的方式本身是合乎道德的，教師提供了道德實踐的情境之後，還要引發學生主動參與的興趣，並確保他們在適當的時間和地點作出適當的行爲。在此一過程中，教師本身的行爲就是適當的，並具有教導學生的道德價值。」<sup>26</sup>在此過程中老師提供實踐的情境讓學生思考，不剝奪其學習及練習的機會，促進學生的道德自主與自律，雖然學生會不斷的有遲疑、疑惑以及錯誤的判斷，但此過程卻是學生不斷的經過一連串的內化過程也就如皮亞傑所說的嘗試錯誤的過程，經過此過程就可以進入更上一層之發展階段，也使個體在不斷的思考與道德實踐過程中，將道德內化於個體中。

在臨床護理中經由臨床實習使護生在臨床的情境貼近臨床的生活，讓護生在臨床之中體現護生的內在需求，臨床老師要視學生的能力給予適當的指導與引導，並在臨床情境之中引導護生主動參與的興趣，並且臨床實習指導老師和護理人員是護生的所要學習的模範，所以身教是比言教還要重要，黃藹說：「透過道德榜樣的教育，要比專注道德原理與義務教育來的有效，因爲身教遠比言教來的具體。只要我們以生動有趣的方式來展現道德的榜樣和其德行，就能引起學習者即爲強烈的仿效動機。」<sup>27</sup>故臨床實習指導老師和護理人員本身的行爲就是適當的，並具有教導學生的道德價值。引導護生在臨床情境之中培養出護生在道德實踐中正確選擇的能力、促進護生的道德自主和自律，讓護生在反覆地實踐、不斷地體悟，個體才可能形成一貫的道德品行。此爲臨床護理倫理教育的終極目標。

<sup>25</sup> 參考蔣如萍（2005），〈德行與規範—由亞里斯多德德行論反思護理倫理〉，南華大學哲學所碩士論文：頁 75。

<sup>26</sup> 參見：程亮，2004：頁 40。

<sup>27</sup> 參見：黃藹：頁 529。

### 第三節 在臨床護理倫理教學課程設計之嘗試

此節為筆者在臨床擔任教師多年來在臨床致力於護理倫理教育的嘗試，運用案例決疑論在臨床護理倫理教學課程上的設計及方法，並將課程加以檢討以及加以省思。

#### 一、案例決疑論在臨床護理倫理教學課程設計及方法

筆者於九十三學年度第二學期到九十四學年度第二學期，在某教學醫院進行臨床護理倫理的教學，對象為五專五年級的護生，而且已修完二學分之護理倫理。筆者在團體討論教學 1 小時中帶入每三週兩小時的倫理討論，因為筆者在產兒科所以藉由墮胎、不孕症所產生的倫理議題如代理孕母等進行案例決疑論倫理教學。筆者實際臨床教學時之教學大綱包含認知、技能和情意：（如圖表一）

圖表一

	認 知	技 能	情 意
教 學 總 目 標	1.理解臨床護理倫理的意義。 2.了解臨床護理倫理的目標、內容。 3.明白臨床護理倫理，並能反省、批判、改進。 4.充實倫理素養及人文素養。	1.能應用臨床護理倫理在臨床的職場上。 2.能採取適當的倫理判斷，達成臨床護理倫理的目標。（尊重、關懷、以病人為中心）	1.體驗到臨床護理倫理的重要。 2.能珍惜並欣賞他人或自己對護理倫理的論點與判斷能力。 3.願意繼續提升自己的倫理判斷水準及敏感度，並對臨床護理倫理持續保持關心與重視。

認知：1.理解臨床護理倫理的意義。2.了解臨床護理倫理的目標、內容。3.明白臨床護理倫理，並能反省、批判、改進。4.充實倫理素養及人文素養。技能：1.能應用臨床護理倫理在臨床的職場上。2.能採取適當的倫理判斷，達成臨床護理倫理的目標。（尊重、關懷、以病人為中心）情意：1.體驗到臨床護理倫理的重要。2.能珍惜並欣賞他人或自己對護理倫理的論點與判斷能力。3.願意繼續提升自己的倫理判斷水準及敏感度，並對臨床護理倫理持續保持關心與重視。為培養護生能進行批判性之思考以及能對倫理有所敏感度，所以設立短期目標，例如能對於倫理議題熱衷發表及討論，能反思自己的經歷與經驗，能依探討的主題及建議的作業，進行自己生活經驗或感受的觀察紀錄和反省進行討論時，願意分享自己的感受和經驗，會關心注意別人的經驗和價值判斷，對倫理之意義及道德判斷有較深廣的認識。（如圖表二）

圖表二

	長期目標	短期目標	時間
九十四學年度	1. 護生能尊重、關懷、以病人中心。 2. 護生能對倫理有所敏感度。 3. 護生能進行批判性之思考。	1. 對「墮胎」、「不孕症」、「代理孕母」、「複製人」，以及「死後取精」如孫吉祥之案例熱衷發表及討論。 2. 對照「墮胎」之案例，能反思自己的經歷與經驗。（假如是自己或週遭親朋好友遇到此案例的情境會如何處理？） 3. 能依探討的主題及建議的作業，進行自己生活經驗或感受的觀察紀錄和反省（第二週交一份作業） 4. 在相關主題進行討論時，願意分享自己的感受和經驗。 5. 會關心注意別人的經驗和價值判斷。 6. 對倫理之意義及道德判斷有較深廣的認識。	每三週上課二小時共120分鐘

活動設計內容（如圖表三）：第一週，教授護理倫理介紹護理倫理的基本理論，如效益論、義務論以及德行論三大理論，中層四原則（不傷害、公平正義、自主、行善）。第二週，帶入墮胎議題講述墮胎的典範，如宗教上是不允許墮胎的，但危及母體的生命安全時，墮胎是被允許的。而實際的案例（筆者多年來所收集且印象深刻的案例）為一個未成年的少女約 15 歲懷孕 5 個多月差 2 天就滿 6 個月，而胎兒已有心跳、手、腳、器官已大致發育完成，由媽媽帶到醫院墮胎，而本國優生保健法規定 6 個月以上即不可以墮胎，在詢問過資深護士此名胎兒是有可能出生時仍是活著的，有呼吸、心跳、哭聲等等，而護理人員基本知識知道只要保溫此名胎兒即可存活，而在臨床情境下竟是需將嬰兒放在室溫下無任何的保暖措施，放在紙箱中讓它自然死亡，當你聽著紙箱中的哭聲漸漸微弱時，請問此時當你身為一名護理人員時你如何思考？

我們以最無爭議性的法律來看，以此為基準點放於天秤的中心，合法的往對的行為移動，不合法的往錯的行為移動。以此案例而言，就法律而言是合法的，因為依據優生保健法第十五條 人工流產應於妊娠二十四週內施行，但屬於醫療行為者，不在此限。因為 15 歲少女懷孕 5 個多月差二天才 6 個月，所以由此看來，若 15 歲少女選擇墮胎那將是合法的，而且向對的行為移動。

在中層四原則下，不傷害、公平正義、自主、行善先初步判斷，會發現此四原則竟是無法適用。此案例以不傷害原則來看，不管 15 歲少女是否選擇墮胎都已經

傷害了 15 歲少女本人不管是身、心、靈各方面皆已受創，如懷孕的身體不適，心理的壓力爸媽知道之前害怕爸媽知道、經濟壓力、社會眼光· · · · · ·。胎兒的方面不論是否被墮掉都已受到傷害，因為假如存留下來它可能將是一個不被期待，也就是不受歡迎下所產出的嬰兒，那它的將來可想而知，假如它被人工流產掉了，那它也將在被傷害下沒有了生命。所以由此看來，完全違反了不傷害原則。但是不傷害原則和自主原則相互矛盾，因為若選擇墮胎則傷害了胎兒，若選擇了不墮胎就有可能傷害到 15 歲少女，因為少女可能養不起嬰兒也不會照顧小嬰兒，而且有可能遭受異樣的眼光，如此一來少女有可能因此過著不快樂的日子。那胎兒有自主權嗎？可以選擇自己要不要出生嗎？所以要選擇胎兒的自主權呢？還是媽媽的自主選擇權？還有爭議。若以公平正義原則來看，若 15 歲少女選擇墮胎對胎兒是不公平的，而胎兒因此失去生命也違反了正義的原則。而公平正義原則又與行善原則有衝突，因為假如認為墮胎對 15 歲少女而言是好的，那選擇墮胎那將對胎兒是既不公平也不正義的。

帶入墮胎議題的三個過程，九個步驟描述方面將此案例試以三大理論說明，以彌爾（J.S.Mill）效益論而言：「彌爾主張最大幸福原則（或稱效益原則）：永遠爲了製造最大幸福而行動。」<sup>28</sup>換句話說就是權衡利弊得失能獲得最大效益即選擇哪一個決定。15 歲少女若不墮胎，可能會遭受父母的責罵而且將小孩生下來會遭到親朋好友異樣的眼光，女兒一輩子的幸福不見了。未成年少女的立場，生下來會背負著未婚媽媽的罪名，經濟狀況是一個大問題，拿什麼養小孩？小孩照顧小孩？所以以上所述以效益論的觀點來看是贊成 15 歲少女墮胎。以康德（Kant）的義務論而言：「『定言令式』的普遍形式就是：只根據那些格律來作，即他們可以願意被當成普遍法則，並且前後一致。」<sup>29</sup>，以尊重生命爲原則所以無論如何都不可以墮胎，因為它是個生命，是自己的小孩是身上的一塊肉，是自己與所愛的人的結晶。所以以義務論而言是反對墮胎。

以亞里斯多德（Aristotle）的德行論而言：「道德的德行特質是選擇，將由具有實踐智慧的人來決定；它們將是依些處於兩個極端境地之間的行爲，這些行爲在於中道（mean）——通常稱爲『黃金的中道』（the golden mean）——這是相對於行爲者的天資和經歷的。」<sup>30</sup>也就是因人、因時、因地作下最適當的判斷，需要最大的智慧，也就是實踐智。視 15 歲少女在何種情境之下，可能因爲人的因素，如父母的反對，或者男友不希望其生下小孩，其他人的指指點點，經濟沒有人可以負擔等因素，因此而選擇墮胎。反之若父母支持 15 歲少女並當其後盾，支持其經濟與照顧責任，或男友肯負責任並與其結婚共同對此胎兒負責，那少女將會有勇氣選擇不墮胎。而因時的因素，胎兒差 2 天才 6 個月，就法律來看是合法的，可以選擇墮胎而不犯法。但就生命而言，胎兒已有手有腳

<sup>28</sup> 參見：王思迅主編，2002：頁 1263。

<sup>29</sup> 參見：王思迅主編，2002：頁 631。

<sup>30</sup> 參見：王思迅主編，2002：頁 70。



有心跳，大多數的人已將其視為一個有生命的個體，此時生命何時才開始，已成爲 15 歲少女內心的矛盾掙扎，若少女認同大多數人的想法，則可能會選擇不墮胎，但是假若少女不認同，那她即可能選擇墮胎。因地之因素，假如 15 歲少女不是適用於台灣的法律，在其它可以接受 25 週可以墮胎的地區，那 15 歲少女是可以選擇墮胎的，所以以德行論而言，是有可能贊成墮胎也有可能反對墮胎，必須在具體情境下以最大的智慧去做判斷。

在這個案例中各方的利益與願望爲媽媽的立場，生下來會遭到親朋好友異樣的眼光，女兒一輩子的幸福不見了。未成年少女的立場，生下來會背負著未婚媽媽的罪名，經濟狀況是一個大問題，拿什麼養小孩？小孩照顧小孩？墮胎的話，它是個生命，是不是殺人？是自己的小孩是身上的一塊肉，是自己與所愛的人的結晶。胎兒的立場：未知，胎兒是否有自主權？醫護人員的立場：能否全面性的評估個案的身、心、靈是否準備好要墮胎了？有無更好的資源或資訊提供，讓個案有更好的選擇？

尊重生命，但生命從何開始一直到目前爲止無任何的定論，所以在此也無需作任何的思辯，但在此個案中一直出現的就是個案身體的自主權與胎兒的自主權，如何在此作出判斷？不傷害原則，在此所見是傷害了母體也傷害了胎兒。公平原則，在此對母體不公平，對胎兒也不公平，以行善原則而言；墮胎大多數的人認爲不是在作善事，以自主性而言；是要尊重母親的自主權抑或是胎兒的自主權。能否全面性的評估個案的身、心、靈是否準備好要墮胎了？有無更好的資源或資訊提供，如中途媽媽之家，社會局等，讓個案有更好的選擇？

分類方面將法律放在中心點，若不合法則向不好的行爲的那一端走去，若合法則向好的行爲走去，放入此案例是不合法的所以此案例是向不好的行爲的那一端走去。類推方面由此案例來看筆者是將其放置在不允許墮胎的那一邊，將鼓勵個案不要墮胎，給予相當的支持與支援希望給予個案有更好的選擇。在此過程中並沒有教導此案例是反對或贊成墮胎，只是藉由此過程引導護生思考反思進而有批判之能力並提高護生之道德序階。

然而由此案例可看出倫理與法律之衝突，差兩天就 6 個月的胎兒，就大多數人而言，它已是一個生命，但是以法律而言並不在它的保護範圍之內。法律指施行於一國之內，甚至只對有行爲能力者有效，倫理大體上卻是觀照全世界，法律基本上是由外而內作用的，並且是制式的制定規範；倫理則是由內而外的，並且積極的引發行爲準則，法律只有一種標準選擇，而倫理提供標準在許多進路中有不同的模式，可以使結果理想，法律爲民主方式制定以民意爲依歸；倫理則以善爲基礎，再將其推演成準則。所以由上可知，當法律與倫理相抵觸時，應以倫理爲優先。由此案例來看筆者是將其放置在不允許墮胎的那一邊，將鼓勵個案不要墮胎，給予相當的支持與支援希望給予個案有更好的選擇。但不可以將此結果強加在個案身上，而是在給予相當的支持與支援，並且告知所有資訊之後，尊重個案的選擇。而且將來筆者所收集有疑問的案例，將陸續放入光譜中以歸納出新的原則。

依據不同學派或學說對道德發展的心理本質與道德發展的心理歷程，所提出來不同的理論觀點，提出道德教育實施的方向、目標、策略與方法，並就臨床護理倫理教育來分析。

#### (一)、培養自我與超我平衡發展：

臨床護理倫理教育方面：

- 1.在道德發展的每一個階段，家庭、學校以及臨床實習單位應給予正確的引導，這對護生而言將在社會和道德的發展有深遠的影響。
- 2.建立信任感，以五專學生的年齡而言，已經進入道德序階的第二層次，人際關係和諧為導向以及法律與秩序導向。所以，在護生進入臨床實習場所時，實習指導老師必須與護生建立信任感，如此老師才有辦法在接下來的一連串的教學，護生才能信任老師接受老師的教導。
- 3.學習自我控制，適應外在環境的要求與規律。在臨床的情境中，學習自我控制是進入臨床的第一課，因為護生手上所掌握的是一條活生生的人命，若不能學會自我控制，因自我的情緒來照護病人，試問將病人的安全置於何處？護生必須學會自我控制之外，還需要適應外在環境的要求與規律。如按照臨床實習單位的常規要求來做事。
- 4.建構自我<sup>31</sup>、奠定超我<sup>32</sup>、提供認同，五專五年級此期護生因為必須面對處理外再的現實世界，所以已完成自我之建構，而且護生依其生活經驗和臨床實習經驗，並將之內射、吸收成為自己的人格一部分，作為自己的判斷，控制自己行為的準則，開始判斷是非，決定行為，奠定「超我」的機能。此期的護生藉著認同的作用學習護士的角色，此時護理人員以及臨床實習指導教師宜提供良好的護理人員典範，讓護生認同與模仿。
- 5.友愛同儕，適應社會，讓護生了解在臨床上是打團隊戰而非打個人戰，所以和護生之間的互動與團結合作是重要的，而且社會不是一個人所組成的而是很多很多人所組成的，適應社會則必須友愛他人。
- 6.尊重他人，健全人格，此期護生生活範圍從學校轉移至臨床單位，在人格發展會產生「自我認同」的作用，時常關心他人眼中的自己，此時宜培養護生尊重他人，塑造健全的人格。此時的護生容易關心別的護生會如何看待他，如一位護生說：「我的動作很慢，我很害怕拖到其他同學，而且有些同學的開玩笑我覺得好像在笑我。」若在此時，給予護生尊重他人的概念，請他勇

<sup>31</sup> 佛洛伊德之自我（Ego）是由本我中逐漸分化出來，介於本我與超我之間，是人格結構中的主要部分。自我藉著與現實環境相接觸，相交往從而形成適應的作用，故受現實原則支配。其主要功能為滿足基本的慾望需求以維持個體的生存、調節本我之原始需要以符合現實環境，管制不為超我所接受之衝動、調節並解決本我與超我之間的衝突。

<sup>32</sup> 佛洛伊德之超我（Superego）在人格結構中居於監督者的角色，超我是個人將社會規範、道德標準、價值判斷內化而成，故受道德原則所支配，主要的功能是管制不容於社會的原始衝動、誘導自我使其能以合於社會規範的目標代替較低的現實目標，使個人向理想努力達成完美的人格。

敢的和同學討論解決的方式，也許將減輕他心中的負擔，而且能塑造一個健全的人格。

7.發展良心，在臨床實習大部分的時間都在臨床成長，若實習指導老師接受護生正常的依賴需求，而非採行結果導向的管教方式，若實習指導老師撥出多的時間對護生的行為結果作推理，而非採用事情導向的管教技巧，若實習指導老師採用愛的管教方法，就較能幫助護生發展出良心。當護生內化實習指導老師向他們解釋的文化與社會期望和正常的要求時，護生即能從內在發展出道德。

## (二)、提供良好的模範角色

臨床護理倫理教育：

1.引導道德發展，在臨床實習中，實習指導老師可藉由層次二階段三：所謂對的行為，就是要扮演一個好的角色，考慮到其他人及其感覺，與同伴互相保持忠誠和信賴，並且被鼓勵去遵循規則和期望。如在臨床上就要扮演一個好護士的角色，考慮病人以及護生、老師、醫生、護士之間的感受，與同伴互相保持忠誠和信賴，並且被鼓勵去遵循規則和期望進而引導護生正確的道德行為發展。

2.刺激道德行為的類化，實習指導老師可藉由刺激、反應與情緒化的原則，導引護生道德行為的擴張與類化。

3.增強道德行為的表現，實習指導老師可以運用增強原理，增強護生的道德行為，若有護生有好的道德行為給予鼓勵與讚揚，並期望其他護生能加以實踐。激勵模仿道德行為，實習指導老師本身表現良好的道德行為功護生學習模仿外，還需激勵其他護生見賢思齊。

4. 臨床場所的文化環境，臨床實習單位的文化環境與和諧氣氛，也是涵養與蘊育護生道德發展的因素，因此在實習單位宜準備專業書籍、工具書以外，也要準備有關倫理、人文等書籍，圖片、影片，讀書報告、新知分享晨會、在職教育等與護生共同討論分享，藉以增進護生的道德發展。

## (三)、提升推理能力

臨床護理倫理教育：

1.提供道德判斷的模式：實習指導老師言行上的道德判斷方式，就是護生學習的模式。故在臨床實習中，實習指導老師宜注意自己對事物判斷與推理的方式，應依合乎邏輯的推理模式，依事物當然的道理，分析與明辨，藉以養成護生正確的道德判斷模式。

2.以案例論行為結果，實習指導老師宜以特殊情況如案例分析為分析與判斷的依據，如此才可培養護生就事論事的判斷能力。

- 3.設身處地的了解護生，能設身處地的了解護生感受，較易了解護生的思考與推理模式，也就較易與護生溝通、討論與引導他們的思考與判斷。
- 4.刺激思考，在護生臨床實習的歷程中，護生會發問問題，此時實習指導老師宜善加利用，因勢利導，引導護生探索問題，思考問題，甚至分析問題，自己尋求答案。若護生少有問題，則實習指導老師宜伺機提出問題，刺激與引導護生思考問題。藉此培養護生推理和判斷的能力。
- 5.理想的溝通情境，認知論假定人天生具有與外在世界交互作用的能力。又主張道德發展發生於個人的內在，而非外鑠。因此，認知論者認為行為的善惡，並非由權威決定，而是經由理性溝通，由內在產生，此種理解才是成長與發展。故實習指導老師宜與護生在理想的溝通情境下溝通討論，並藉機引導護生判斷行為和善惡。
6. 配合道德發展，不同的道德發展階段的護生，其道德判斷模式不同，可能表現相同或不同的行為。故實習指導老師宜因應護生的道德發展層次與階段，引導護生的道德行為。

#### (四)、培養道德情感

臨床護理倫理教育：1.尊重護生，實習指導老師宜尊重護生的潛能，並相信護生有其個別性，並且可能有自我反省及自我改進的能力。自尊尊人，實習指導老師宜尊重護生，相信他們有發展的能力，同時也要求他們尊重老師、學姊、醫生等醫療團隊中的每一個人還有一定要尊重病人以及其他的人。2.多鼓勵護生，一個鼓勵的環境可促進道德成長，實習指導老師宜多鼓勵護生，而非判決護生的行為，幫助護生選擇與表現行為，而非反對護生的言行。3.提供安全健康的實習環境，一個安全健康的實習環境將提供道德成長的機會，而實習指導老師有責任維持一個安全健康的實習環境。4.在護理規範中容許護生自由的發展，道德必須來自人的內在，而非外在資源的強行輸入，以個人發展而言，較少的限制和控制將使個人易於發展自己的潛能。5.培養護生的價值判斷能力，人本主義者認為道德成熟的人會傾向於大方、利他、和合作，並且會尊重民主與珍惜自由。在護生臨床實習的歷程中，實習指導老師有必要培養護生倫理價值判斷的能力，以及服務的人生觀。此方面可以採行案例教學法、價值澄清法、價值教育、討論以及會談．．．．．等方法。6.蘊育開放與互相關懷的臨床實習氣氛，希望護生具有憐憫他人的情感，同時，會真誠的幫助他人，則需要在實際的臨床情境中蘊育。所以，實習指導老師要努力營造開放與互相關懷的臨床實習氣氛，讓護生在臨床實習中受到尊重，有機會參與臨床事務，並在臨床分擔部份責任，而且在醫療團隊中要互相關懷與幫助，營造安全健康的臨床實習環境。

促進與提昇護生的道德發展，達到道德成熟的層次，使護生能夠有明事理辯是非的推理以及道德推理與判斷的能力，涵養高超的道德情感，而能表現優質的

道德行爲，營造安全健康的臨床實習環境。則在現今多元文化的激盪，物慾橫飛，價值多歧，道德式微的情境下，護生才能把握生命的意義與價值發揚人的特性，如此的臨床護理倫理教學的實施務必使護生成爲一個優質的護理人員以及一個有道德的文化人。

在此過程中，注重護生的討論過程以及反應，也告訴護生自己爲生命何時開始下的定義爲當自己知道自己懷孕的那一刻起，即爲生命的開始，尊重生命在下墮胎的決定時，多一層它是個生命的思考，將有助於在下此決定之前能慎重且周全的考量再作最後的決定。也告訴護生以病人爲中心，所以一切的決定以病人的選擇爲主，不可將自我的價值觀強加在病人身上。而護生在此思考過程當中，可以學到如何在最短時間中下判斷，要幫助此個案墮胎或不墮胎，若決定不墮胎就朝著幫此個案如何朝不墮胎的方向思考，若決定墮胎就幫此個案做好墮胎的一切護理措施。當然在此之前是需要完整的評估個案真正的需求。而且不管結果如何要尊重個案自己最後的決定。（交一份心得）同第二週，帶入代理孕母及複製人之倫理議題討論。

圖表三

週次	教學主題	活動內容
1	護理倫理 (以病人爲中心)	*介紹護理倫理的基本理論，如效益論、義務論以及德行論三大理論，中層四原則（不傷害、公平正義、自主、行善）以病人爲中心的討論。
2	墮胎 (使護生對倫理議題有所敏感度)	*講述墮胎的典範，如宗教上是不允許墮胎的，但危及母體的生命安全時，墮胎是被允許的。而實際的案例（筆者多年來所收集且印象深刻的案例）爲一個未成年的少女約 15 歲懷孕 5 個多月差二天就滿 6 個月，而胎兒已有心跳、手、腳、器官已大致發育完成，由媽媽帶到醫院墮胎，而本國優生保健法規定 6 個月以上即不可以墮胎，在詢問過資深護士此名胎兒是有可能出生時仍是活著的，有呼吸、心跳、哭聲．．．．．，而護士基本知識知道只要保溫此名胎兒即可存活，而在臨床情境下竟是需將嬰兒放在室溫下無任何的保暖措施，放在紙箱中讓它自然死亡，當你聽著紙箱中的哭聲漸漸微弱時，請問此時當你身爲一名護士時你如何思考？ 1.在中層四原則下，不傷害、公平正義、自主、行善先初步判斷，會發現此四原則竟是無法適用。 2.帶入墮胎議題的三個過程，九個步驟  (一)、對於案例情況的詳盡「描述」。 1. 在案例的情況中通常會牽涉到的道德理據或行爲格律

		<p>為何？</p> <p>「墮胎」議題：</p> <p>效益論：權衡利弊得失能獲得最大效益即選擇哪一個決定。</p> <p>正義論：無論如何都不可以墮胎，因為尊重生命。</p> <p>德行論：因人、因時、因地作下最好的判斷，需要最大的智慧，也就是實踐智。</p> <p>2. 在這個案例中各方的利益與願望為何？</p> <p>媽媽的立場、未成年少女的立場、胎兒的立場、醫護人員的立場。</p> <p>3. 產生各方利益衝突與各種道德格律矛盾的原因與過程為何？</p> <p>尊重生命，但在此個案中一直出現的就是個案身體的自主權與胎兒的自主權，如何在此作出判斷？不傷害原則、公平原則、行善原則。如何看待墮胎議題？醫護人員能否全面性的評估個案的身、心、靈是否準備好要墮胎了？有無更好的資源或資訊提供，如中途媽媽之家，社會局等，讓個案有更好的選擇？</p> <p>(二)、從案例描述進入「分類」(taxonomy)的工作。</p> <p>4. 以一些能明確地做出對與錯或善與惡的行為範例(paradigm case)做為能回應與它們相類似的案例的準備。</p> <p>5. 透過範例建立起一個從可接受的行為一直到不可接受的行為的光譜。</p> <p>6. 把新的、有疑惑的案例擺到這個光譜之中。(見第三章第四節之圖二)</p> <p>(三)、依「類推」(analogical reasoning)做出道德判斷。</p> <p>7. 根據道德上相關的側面去比較目前的案例與範例之間的同異之處。</p> <p>此案例與範例相同之處為減輕社會、家庭或個人的負擔，維持個人的生命尊嚴及生活品質。</p> <p>此案例與範例不同之處為已無保胎兒及母親二方安全之可能性，生命的神聖。</p> <p>8. 找出這個案例與某一範例的類似性是強而有力地勝過其間的差異性之處。</p> <p>以法律規定六個月以下不可以墮胎來看，此案例不滿六個月雖然只差二天但以法律而言，仍是不滿所以法律是不允許的。</p> <p>9. 歸納地、逐漸增加地發展出處理有疑問的的案例的新原則。</p> <p>由此案例來看筆者是將其放置在不允許墮胎的那一邊，將</p>
--	--	---

3	不孕症 (護生能進行批判性思考)	<p>鼓勵個案不要墮胎，給予相當的支持與支援希望給予個案有更好的選擇。而在將來筆者所收集有疑問的案例，陸續放入以歸納出新的原則。</p> <p>同第二週，帶入代理孕母及複製人之倫理議題討論。</p>
---	---------------------	---

作業心得的內容要求護生一定要寫的部分為討論前對墮胎的想法與看法、討論後對墮胎的想法與看法、討論後學到了什麼？經驗分享、經驗的例子中去描述分析解決的方式，當時的處理是否得當？學習新的處理模式。而筆者也會做下每次討論的筆記，以下為 95 年 3 月 6 日討論的日誌：

護生在討論時，皆表示個案選擇墮胎的原因為學業未完成、經濟壓力無法負擔胎兒的一切開銷以及一個家庭的支出、父母反對，胎兒的父親不承認胎兒、要先驗 DNA 確認之後才要生等等一切原因皆為了自己。老師引導墮胎之一切皆為了自己之因素嗎？護生進而提出其他不是為了自己而墮胎之因素如：畸胎、子宮外孕、試管嬰兒植入太多而施行減胎數等。而與護生討論到什麼情境下絕對不認同可以墮胎或絕對不認同一定不可以墮胎，護生表示因為胎兒的性別，是女生就要墮胎，是男孩就不要墮胎，而性侵之後要不要墮胎則在討論範圍之外不加以討論。以中層四原則：不傷害、自主權、施益、公平原則來看墮胎是否有衝突的地方？護生表示有，以不傷害而言墮胎對媽媽及胎兒皆有傷害；對自主權而言，媽媽有自主權，難道胎兒就沒有自主權嗎？以施益原則而言，對媽媽真的帶來了好處嗎？墮胎對媽媽及胎兒真的是最好的選擇了嗎？以公平原則而言，對胎兒公平嗎？當中層四原則接受到挑戰時該如何解決？完全遵循外在的規則亦是無法達到完滿。但若完全無原則與規則，亦無綱紀。所以有鑑於此將由哈伯馬斯的溝通理想情境去達到中層四原則無法達到的境界。

用哈伯馬斯的理想言談的情境，達到共識。在溝通方面：建構一個理想的溝通情境，培養醫療相關人員如臨床實習指導老師、護生、護士、醫師等相似的溝通背景，如在臨床的情境下相同的專業語言及術語，讓師生或學生間在平等溝通的基礎上，進行理性的辯證和溝通。再以案例帶入 What(什麼情境?)、Who(哪些相關的人?)、When(何時?什麼年齡?)、How(如何解決?)、Why(為什麼要這樣處理?) 抓出天秤的二端，一端大部分認同可以墮胎如：母體有危險、

畸胎、子宮外孕等；另一端大部分者不認同可以墮胎的(也就是一定不可以墮胎)如中國的一胎化，爲了不是理想中的性別而墮胎，中間平衡點爲法律六個月以上不可以墮胎。再把案例放入讓護生評斷是放在天秤的哪一端，護生大多表示爲天秤不認同的那一端，藉此告知護生此案例是不認同可以墮胎的，所以有哪些可以幫助個案的方法如：中途媽媽之家、社會局、社工團體等資訊告知個案，讓其有更好的選擇而不是走向墮胎一途，而留下終生之遺憾。

墮胎此議題在師生共同營造的言說情境。營造一個開放、自由、無宰制的學習環境，學生才能以開放的心主動探索與學習，建構個人的知識庫。再者，師生之間彼此的宣稱持開放、彈性的溝通態度，方能創造和諧的師生關係。陳昭曄說：「真誠性聲稱(truthfulness claim)一言說主體之真誠性，在課程教學方面：課程的設計應關注學生的生活體驗，利於發展學生的主體性。在教學方法上，教師應楊棄權威心態，視學生爲學習的主體，接納學生的意見，避免一言堂式的單向灌輸。透過師生與同儕間的對話與論辯，培養學生批判性思考與反省能力，開展學生的理性發展。」<sup>33</sup>尊重生命：問生命從何開始？有護生說是當精子與卵子結合時，有些護生說七週有心跳時，有些護生說3個月成人形時，有些護生說分娩出才算生命，老師說從知道懷孕的那一刻起即算是一個生命。若護生能以尊重生命來思考，則在考慮墮胎的當下，應該會更嚴謹更週密的思考「墮胎」的問題。而不會說墮就墮。不把胎兒當成一個生命來看待，期許下一代能更嚴肅地看待生命的問題。可理解聲稱一言辭意義的可理解性，師生必須相互理解，才能對話。臨床護理倫理教育是不能脫離理性，應重批判與理解能力，邱怡瑛說：「老師無論對於教育的對象——學生或自己，都應在教育的過程中培養，增進彼此的批判性思考精神與溝通能力，使其內化成自主自律的能力，發揮個人潛力，塑造開放的人格，進而在人際溝通上，彼此都能平等對待，建立互信互賴的的密切合作關係，對於爭議，也能理性辯論、反省與質疑。」<sup>34</sup>，以促使臨床護理倫理教育理想之實現。

## 二、案例決疑論在臨床護理倫理教學課程之檢討

以下將舉例護生的有關於「墮胎」的心得看法加以分析並以郭爾保道德六序階來看護生的序階發展。本文依男護生與女護生分別分析，男護生大部分討論前的序階大多落在序階3－4，而討論後落在無法界定至序階5。舉例：討論前序階3范姓護生寫道：

墮胎對我個人而言是一種不好的行為也是我很排擠的一件事，如果要我去接受墮胎不如提早做好預防的措施不是會比墮胎更好嗎？墮胎對女生而言

<sup>33</sup> 參見陳昭曄(2004)，〈哈伯馬斯「溝通行動理論」及其在學校教育上的啓示〉，《教育研究》，第12期：頁223。

<sup>34</sup> 參見邱怡瑛(2004)，〈哈伯馬斯溝通行動理論及期在教學歷程中對教師的啓示〉，《教育研究》，第12期：頁198。



是一大傷害不只是生理上的傷害還包括心理上有個無所不在的傷痕，．．．．．不過往往最終的支持者會是自己的另外一半，所以另外一半也扮演著重要的角色。．．．．．

討論前序階 4 吳姓護生寫道：

其實每次只要我看到新聞或報章雜誌報導墮胎的事情，我就常常在想說：「醫療技術的進步不是為了來治療人類的病痛，好延緩人類的壽命而存在；也就是說醫術是用來救人的，而不是殺人的。」但是看到衛生署的資料，才突然領悟出墮胎在醫療行為上根本是殺人的技術，而且在法律保護下殺人，這對我而言根本就是前後矛盾的心態，我無法認同。．．．．．

討論後序階 3 范姓護生寫道：

我覺得必須墮胎的條件應該可以說自己本身無法可以完全的自己照顧自己，也就是說還無法可以獨立的自己過自己的生活，在經濟上也沒有一定的收入，這些問題就應該比較可以讓人接受墮胎的理念。．．．．．畢竟每個人的身體是屬於自己的誰也無法去侵犯包括自己的父母和另一半，他們只是比較有尊重的權利而已。．．．．．

討論後序階 4 詹姓護生寫道：

其實在墮胎後，我在想也許是無法活在那種不人道的罪惡感下，才会有那麼多人不支持墮胎，因為即使是不願意的，但事實上良心的譴責，遠大於一切身體上的痛，而且這些小寶寶雖然還只是「胎兒」，不能稱為人，但還是不能依任何正當理由，來剝奪這個小生命。．．．．．

討論後序階 5 吳姓護生寫道：

與大家討論之後，我覺得並不是每一個新生命都可以順利的生下來，像在懷孕的過程中，胎兒對母體有絕對害處或母體本身無法承受懷孕過程中一些的身體反應．．．．．等，反正就是要符合法律所規定的優生法則，才可以合法墮胎，這樣可以減輕一些社會負擔和不必要的哺育問題。．．．．．

由以上分析出男性護生由有討論前序階 3 – 4 相互的人際期待、關係與順應的序階以及社會體系與良心維持的序階至討論後仍保持序階 3 – 4，討論前序階 4 社會體系與良心維持的序階提昇至討論後序階 5 基本權利與社會契約或效益

的序階，討論前序階 4 社會體系與良心維持的序階至討論後無法界定，可以看出男性護生的道德序階發展過程。

以下將分析女性護生的序階發展：大部分討論前的序階大多落在序階 2 – 6，而討論後落在序階 2 – 6。舉例：  
討論前序階 2 洪姓護生寫道：

對墮胎留下了一個刻板印象，認為它是一個不好的行為，因為除了拿掉一個生命以外，其實對女生而言，不但是一個生理上的傷害，在心理上永遠都會有著陰影，也聽過很多對於墮胎後很多副作用，它是一個很傷身體的行為．．．．．

討論前序階 3 王姓護生寫道：

對於墮胎這個手術我一向都非常不認同，且非常反對，一直認為媽媽懷孕那一刻起，媽媽的肚子裡就有了新生命，新生命還來不及長大，就被強迫活活地將生命結束，我認為這是非常慘忍的手法，尤其對不孕的婦女來說更是痛心的做法，且懷孕也不是小孩造成的，但為何要讓如此脆弱的小生命來承擔、負責呢？尤其對現在的年輕人來說，只會傷害更多無辜的生命。

討論前序階 4 吳姓護生寫道：

我看不起有一些人在快樂之後，懷孕了找了很多不是理由的理由把小孩拿掉，像是九月墮胎潮，很多人是想生卻生不出來而他們是有了卻拼命拿掉，真是不負責。它是一個小生命耶怎麼能在它還沒接觸這個世界就把它抹煞掉了，它也是有人權的．．．．．

討論前序階 5 賴姓護生寫道：

我認為墮胎很沒有道德沒人性的一件事，畢竟寶寶在胎中也是一個有生命的個體，墮胎等於就是殺了一個人，只是他無法決定自己的生命，只能讓別人來決定它的生命．．．．．九月墮胎潮，覺得既然有勇氣作那檔子的事，不小心有了就應該有責任對那個生命負責，而不是以墮胎的方式去解決。

討論前序階 6 方姓護生寫道：

．．．．．當一個問題被問到到底應不應該去作時，我想那就是道德問題出現的開始，但是我認為道德和法律是會相互衝突的，當一件事不被法律許可的事，它就會被延伸出道德的問題，但是我們該爭論的不是法律問題，當務之急是墮胎是否道德，和遵守或不遵守法律是否道德的問題。道德理論告訴我們的不只是什麼行為是應該的，更包含了解到為什麼是應該的，這才是最重要的所在之處。．．．．．

討論後序階 3 張姓護生寫道：

．．．．．如果不小心懷孕了，而雙方討論之後願意為小孩子而負責任那是最好，如果當一個人才 16 歲，也沒有經濟能力扶養小孩，如果小孩生下來，所生存的環境不是很好，媽媽灌輸的觀念是不好的，那這個小孩的心態也會有偏差，．．．．．

討論後序階 4 陳姓護生寫道：

經過大家討論後發現墮胎同時牽引著許多層面的問題包括心理、生理、社會道德上都彼此相繫。．．．．．

賴姓護生寫道：

與大家一起討論之後，覺得墮胎不僅殺了一個生命也傷害自己的身體吧，有可能因此次的墮胎心理造成一輩子的陰影，也有可能以後想要在懷孕就沒有機會了，．．．．．小孩子如果生下來了不知道該怎麼辦時，也可以尋求協助，看要分給人家或是找社會局幫忙都是解決方法之一。

討論後序階 5 洪姓護生寫道：

經過討論後，對墮胎有更進一步的了解，但自己還是覺得沒必要一定要把小孩拿掉，畢竟它也是個生命，不管是在法律上、道德上，仍然還是有很多問題需要慎思的。

潘姓護生寫道：

經過老師及大家同學們的討論後，讓我覺得墮胎這件事牽扯到許多倫理的法則，墮胎不僅觸犯到不公平、不傷害、自主、行善．．．．．等原則，

老師用了很多例子讓我們去考量對墮胎這個看法，但有些人是某種因素而選擇墮胎，就舉例一個天秤來說，例如：左邊為因一胎化而墮胎、右邊為因胎兒畸形墮胎、中間是法律來作考量也是不錯的，雖然要讓人想的兩個頭大。現在的人口密度已經大量的減少化了。勸大家不要在選擇墮胎這件事了，除非真的不得已墮胎這件事常走在法律邊緣，其實有很多事都可以牽扯在法律倫理，討論後讓我更了解墮胎原來是那麼值得我們多加注意法律倫理的事件。

討論後序階6 方姓護生寫道：

大家討論後的結果，本人對於墮胎仍是存著反對的立場，只是我相信藉由大家共同討論的方式會讓自己本身的思考更加廣泛，而且也可以釐清錯誤的觀念，我會覺得因為老師這樣帶領讓我可以加強自己的思考能力，我可以把想法想的更多，並且表達我自身的感受，從別人身上我也得到了學習，好處可多呢！當有人決定去扼殺從著床即被我視為生命個體的開始，我對那無辜的生命有著太多的不捨，當所有的自主權都成為某一方的決定，無法出聲的那一方只能選擇默默的接受，這是不公平的。

由以上分析出女性護生由有討論前無法界定提昇到序階4 社會體系與良心維持的序階和5 基本權利與社會契約或效益的序階；討論前序階2 個人工具性目的與交易的序階提昇到討論後序階5 基本權利與社會契約或效益的序階；討論前序階3 相互的人際期待、關係與順應的序階提昇到討論後序階3 – 5 相互的人際期待、關係與順應的序階、社會體系與良心維持的序階以及基本權利與社會契約或效益的序階；討論前序階4 社會體系與良心維持的序階維持到討論後序階4 社會體系與良心維持的序階；討論前序階5 基本權利與社會契約或效益的序階到討論後序階4 社會體系與良心維持的序階；討論前序階6 普遍的道德原則之序階維持到討論後序階6 普遍的道德原則之序階。可以看出女性護生的道德序階發展過程。

有護生結論寫道：

我覺得討論之後，感覺腦袋重新被洗過一遍，有了更多不一樣的思考過程，學到那麼多，對我來說真的很有意義。雖然討論後的結局，好像沒有所謂的真正結論，但仍有很多值得去思考的層面，可以讓我們好好去體會、真正去瞭解。我想老師的用意無非是要讓我們學會多思考，也許我們所想到的，所瞭解的並不是最深層的那一部分，但是只要有達到那一個點我覺得

對我們來說就已經足夠了，很多事都是需要經過學習的，我想這樣的訓練會讓我有所成長。

由以上可以看出女性護生及男性護生道德發展之不同，當然分析的人數不相同，只能粗略的分析出一些些的不同，但這些不同並不在本文討論範圍之內，也不會影響臨床護理倫理教學之結果。其中序階 6 只是指本段文字並不是指出此護生已具有序階 6 的道德判斷，在此發展過程中只能呈現出此護生有序階 6 的想法並不代表此護生有此能力是此教學方法中發現的現象，同理可證不管序階多少皆不代表此護生就是在序階多少，並不能就界定此護生在某一序階。雖然沒有每一位皆有道德序階上昇的情形，但大部份的護生仍有提升，所以由此可知道德提升方面趨於正向，也就是說案例決疑論在臨床護理倫理之教學是有其實施之可能性。完成一整年的實習後，請護生在實習經驗中找出有關倫理議題的個案並寫成心得報告。護生能體認到的倫理議題有：約束倫理、隔離病人、拒絕急救、知情同意、醫療糾紛、護病關係、人體實驗、代理孕母、安樂死、死後取精等等倫理相關議題，可見經由臨床護理倫理教學已可達到能對倫理有所敏感度的目標，並且可以訓練護生之思考過程進而達到提升道德判斷能力的目標，而臨床護理倫理教學在教學過程中，要讓護生學習以及練習的就是在郭爾保的道德六序階中能夠增加護生的思考能力以及批判能力，進而提升自我的道德序階。

### 三、對臨床護理倫理教學之省思

本臨床教學主要目的為在觀念上釐清「案例決疑論在臨床護理倫理教學的模式」的理論基礎，並透過實踐，探討「案例決疑論與臨床護理倫理教學的模式」的可行性。理論基礎方面在臨床實施過程中觀念日益清晰，可行性方面則視「可行性」的定義是廣義的或狹義的，而作不同的判斷。廣義言之，從本臨床課程大致相當受護生歡迎，且以墮胎一倫理議題深入探討看來，此教學模式是可行的。狹義言之，如果可行性包含：考查本模式在積極的提升道德序階上的效力，則此次臨床教學還沒做到這麼細緻的，且須某種程度的客觀分析。筆者寧可採取保守的態度說：對於這個概念上的理論，在實踐中讓它誕生、成形，也就是藉由臨床教學看到它的可能性，它是可以的，能夠做出來的。

究竟我們是要「確保」護生每次上課結束時，對問題都懷著正確的、合乎道德判斷的答案嗎？要讓護生認同從心理接受或建立心中的那一把尺需要時間。雖然臨床指導教師想要引導護生達到批判性的思考以及對倫理有所敏感度，但這成果總是需要走過一段歷程，需假以時日，如果上課時間問題討論一半，就時間到，或正辯論到如火如荼時，就得下課，護生帶回家的概念可能還是他自己的「一己之見」。教師是否要擔心這點，而速成地在上課結束前，半生不熟的硬塞些不是護生能感受到的經驗、光明正大的道德判斷大道理給護生？「案例決疑論在臨床

護理倫理教學」應該本身示範的是一種典範和案例，表現出臨床道德判斷的過程，讓護生在此過程中展現其本身的道德判斷並訓練護生在此過程中學習批判性思考以及對倫理的敏感度進而提升護生本身的道德序階。以時間而言，若其中之時間真的有不足之處，本臨床教學將在實習的過程中加強護生的概念以及釐清護生的觀念，所以此教學法並不只限於課堂上的討論，而是在臨床實習過程中照護病人的歷程中不斷的給予護生有關於倫理的概念與道德判斷的實際演練或討論，所以在此時間不是問題。

本文的研究發現溝通可以擴大視野但發展性不一定可以統整，在道德兩難的情境衝突是不可避免的。林玫伶這樣寫道：

衝突存在於人與人之間，也存在於人與己之間，當衝突來臨時能拋棄固定的解決方式，思索更多的可能性，並能統整可能的後果和自己的感受。<sup>35</sup>

老師在帶領討論過程中，常誇獎學生的想法很有道理，並重申沒有標準答案，討論結束時，提醒護生提到各種處理方式都有相應會有不同的結果，希望護生再用敏銳的心思和感受，去選擇心中最好的處理方式。並將自己的經驗或聽過其他人的經驗寫成心得報告，並且要特別強調處理的結果和自己的感受。筆者在教學討論的過程後的反思，認為其中主要問題是來自相對主義教學，本身會面臨之矛盾；即爲了讓護生說話，表示護生說的都對，都有道理，而把「判準」丟掉，但是教學之目的在要求進步或經驗的生長，爲了有深度之情感意志，必須有判準，而不落入相對主義之中。

教學中溝通是非常重要的部份，讓溝通如何避免相對主義的缺點？史鮑爾（R. Sproul）要我們注意相對主義的潛在代價是世界混亂，他如此說：

在相對主義中，只有個別性而無普遍性，只有相對性而無絕對性。這意味著我們只有許多價值而無終極價值，有許多真理而無終極真理，有許多目標而無終極目標。也就是我們沒有固定的標準可以用來衡量或判斷價值、真理、目標或美。如果我們懷抱相對主義，則我們是活在一個至終混亂的世界。<sup>36</sup>

假如相對主義的潛在代價是世界混亂，或個人本身的價值變的只有偏好性，而無原則性，那麼人與人相處怎麼可能要求承諾？既無承諾，還有期待的可能性嗎？我們能期待別人，希望別人或要求別人對我們怎麼樣嗎？不能期待，不能要求，則教育的準繩在哪裡？

<sup>35</sup> 引自鍾聖校著，《情意溝通教學理論——從建構到實踐》，台北：五南，2000，頁 262。

<sup>36</sup> 參見：鍾聖校，2000：頁 265。

重估價值而非放棄價值，「案例決疑論在臨床護理倫理教學的模式」強調人文素養和倫理素養在促成護理人員成爲一個在倫理上繼續追求完美的重要。施行時有下列涵義：要有方向，指案例決疑論在臨床護理倫理教學的宗旨，在培養護理人員成爲一個在倫理上不斷追求完善的人。要有途徑，從事臨床護理倫理教學，即投入一個理性、感性持續追求和諧統整的活動，此活動有著一種複雜的交響樂式的結構關係。在此過程中，繼續透過自身體驗和反省、透過他人經驗、透過閱讀觀看和思考，嘗試從哲學方面提升自己思考的深度；從歷史（案例）方面提升思考的廣度；從文學和藝術方面提升思考的強度。要有道德序階，在案例決疑論在臨床護理倫理教學的過程中，道德序階是在理性反省思考階段使用，本教學法承認多元，但不主張多元主義，本文認同如前面史鮑爾指出的：「意見是多元性的」，即有多樣的理念，但不認同「一切都是多元性而無一致性，沒有一件事會帶來最後的圓融。」價值多元只是代表必須「重估價值」，不代表因此不需要固守價值。爲了促進護生的價值判斷能力，我們可認識多元但不執著於多元，不僵化於多元，有些價值仍是值得遵守的，護生對於道德的判斷仍需有自己的判斷，且努力提升自我的判斷，而教師在教學過程提供情境、案例，讓護生去思索如何下判斷？如何建立心中那把道德的尺？

綜合言之，對這次初步試行的經驗加以反省，由「概念」轉化爲「應用」，發現其中涉若干影響因素，也就是今後想施行「案例決疑論在臨床護理倫理教學」宜俱備的一些條件或信守的一些原則。

1. 對案例決疑論在臨床護理倫理教學的理念有清晰認識是確保「教學有效」的前提。
2. 理性和感性的真誠溝通，建立在教學時必須信守；先用感性引起護生之共鳴並尊重護生的真實感受，要建立一個開放的理性討論情境。如哈伯馬斯之理想溝通情境。
3. 爲了促使護生對討論主題之關懷，如墮胎，必須安排適當的情境如案例的分享，讓所要涉獵的講題有興趣、能實際體會案例其中之角色的體驗與感受。
4. 體驗之後，宜配合討論，才能真正發揮理性思考的功能，藉了解別人——同儕的想法，擴大視野，真正達到價值多元的認識。
5. 從事案例決疑論在臨床護理倫理教學的教師本身必須具有人文以及倫理、哲學等素養，是個有智慧的人，朝著倫理上追求完善而努力，在態度上，能隨時表現開放、欣賞、尊重、關懷。
6. 案例決疑論在臨床護理倫理教學爲使教師照顧到每一位護生在開放中的理性討論，討論會中最好保持 10 位護生以內，讓每一位護生皆有發言的機會。

7. 案例決疑論在臨床護理倫理教學成功的關鍵在其精神的把握，教學內容可靈活設計，配合案例以及週遭發生相似的事件，引起護生之興趣進而引導護生們思考，讓護生們可以在自我的心中建立一把道德判斷的尺。

但仍有些困難仍需克服，如師資問題、個案收集不易、護生的背景、文化、價值觀、倫理觀念不同皆會影響學習效果、護理倫理目標不僅難以確立、書寫就是能書寫出來，也難以選擇適合這些目標的教學策略，加以施教。實習時間太短未能有完整的教學計畫以及追蹤計畫，護理倫理目標均屬長期目標，不能立竿見影速見其效；目標既難訂定，便無法確立，可能造成評量工具和技巧的不適當，以致難以評量；護理倫理包括認知、態度和行動三部分，坐而言容易，起而行困難；護理倫理隱含於教育環境的每一個部分，很難一一加以掌握，學校教育實際上未與臨床結合護生在連結時有困難。這些困難亟待先進們不吝給予指教與有興趣之研究者可以深入研究之領域。

對今後努力的方向，臨床護理倫理教學有下列建議：

1. 配合學校推展護理倫理課程或教師自編教材之政策，鼓勵教師研發案例決疑論在臨床護理倫理教學活動設計。
2. 將各教師發展的教學活動設計以及案例，定期討論、修改，發展成教學活動設計資料庫，並送上網路，供更多關心的人士參考、交換。
3. 利用教師在職進修時機，安排小型座談會或學術討論會，邀請專家共同討論研究，提升認識以及實踐能力。
4. 在部分臨床單位實驗「案例決疑論在臨床護理倫理教學的方案」，以臨床護理倫理教學理念為中心，整合倫理道德教學、價值教學，定期討論、交換意見，整合問題、策劃方案，並實施評量。
5. 各大學及醫護相關科系或大學教育學程中可以成立倫理教學規劃、推動及評鑑小組，培養具有倫理教學及人文素養的師資，並使他們有能力執行上述第 4 點的建議。
6. 師資培育方面，需要進修的課程為哲學概論、人生哲學、倫理學、專業倫理學如生命倫理、環境倫理、工作倫理、商業倫理、護理倫理等，德育原理、道德心理學、死亡學、倫理教育教學法、倫理教育課程內容探討。<sup>37</sup>

綜合言之，筆者持續實施臨床護理倫理教學仍有嫌不足之處，期望各方先進能給予指導與指正。從建構到實踐發展至今一個小小的雛型，希望能在得到各方的指教之後可以有更完整的架構呈現。期望讓護理學生知道護理的神聖可貴，其中最著名的宣示禮，就是

「南丁格爾誓約」：

---

<sup>37</sup> 參考：鍾聖校，2000：頁 345。



余謹以至誠，於上帝及會眾前宣誓：終生純潔，忠貞職守，盡力提高護理職業標準，勿為有損之事，勿取服或故用有害之藥，慎守病人及家務之秘密，竭誠協助醫師之診治，務謀病者之福利。

這個誓約被全世界的護理學校與護理學系所使用，而南丁格爾也成了護士的代名詞，使所有的護理學生記得南丁格爾所提倡的：「護理是一種科學，也是照顧人生命的藝術。」與她所說的：「護理是熟練技術的手，冷靜看出細節的頭腦，愛與溫暖的心。」護理會不斷的進步，但是護理的精神是不改變的。<sup>38</sup>期望所有的護理學生皆能實踐南丁格爾所提倡的誓言，並成爲一位全方位優質的護士，那將是每一位病人的福氣，這也是筆者多年來致力於臨床護理倫理的終極目標。



---

<sup>38</sup> 張文亮著，《南丁格爾與近代護理》，台北市：校園書房，1999，頁 241-242。

## 結 論

哲學是一門愛智之學問，透過問題的發現與問題的探討，讓人有能力去解決生活中的困境，並使生活實際情境能更臻完美，在此脈絡下，來分析臨床護理上的教學問題，將使此領域能更重視相關之倫理議題，畢竟所有的護理人員，所要面對的是「人」，有其尊嚴與無法評估之價值。

令人慶幸的是，現今的護理教育已漸漸重視護理倫理，但是只在於起步，還沒有很多的相關研究，而在方法上也略顯不足。在學校教育只有粗略的介紹了醫學倫理的中層四原則，並未教導護生一個完整的倫理概念，就連師資方面也缺乏此專業的老師，使得此部分顯得相當的薄弱。要推動此方面的倫理教育也困難重重，目前在學校的教育重視的是專業知識，如內外科、產科、兒科、精神科、公共衛生等科目，也很少有老師將倫理帶入。因為如此，筆者在臨床上進行教學時，發現護生的倫理概念是如此的不完整而且薄弱，重心皆放在專業學理與技術方面，並沒有發現自身在倫理的缺乏。

有鑑於此，本文試圖提供一套教學系統，可以建立起護生一個完整的倫理概念，將倫理內化於護生的心中。如前面章節所敘之方法，筆者實際實施護理臨床倫理教學之後，發現並非每一位護生皆有道德序階上昇的情形，但大部份的護生是有提升之情形。所以由此可知，道德提升方面趨於正向，也就是說案例決疑論在臨床護理倫理之教學是有其實施之可能性。經過臨床護理倫理之教學後，護生能體認到的倫理議題有：約束倫理、隔離病人、拒絕急救、知情同意、醫療糾紛、護病關係、人體實驗、代理孕母、安樂死、死後取精等等議題，可見經由臨床護理倫理教學，已可達到對倫理有所敏感度的目標，並且可以訓練護生之思考過程，進而達到提升道德判斷能力的期望。此目標在本篇論文來說是部份達成的，由於時間的短缺(三週的時間)，無法給護生一個非常完整而且熟悉的概念，並從目前醫療體系來看，學術與臨床的切割，以至於目前為止，大環境還未完全可以配合實行，但這是應該努力的方向。

學者陳憶芬、張克章、吳壽山認為，未來進行案例教學前，教師可以先介紹案例教學的進行方式，以及所欲達成的學習目標，讓學生有充分的心理準備的情境之下，學習自我建構知識。此外，不論何種專業領域，發展本土的案例均為必然的趨勢，這是未來進行案例教學可以努力的方向。針對目前教育改

革的浪潮，培養學生「帶著走」的全方位能力，是不變的目標。由師資培養著手，透過一些結合真實情境、問題導向的教學方法，培養能結合理論與實務的現代教師，是教育改革的第一步。<sup>1</sup>對護理臨床倫理教育亦是如此，希望學生能培養全方位的能力外，也要培養倫理與人文之素養，培養一位全方位的護理人員。

臨床倫理教學對老師而言：是一個假設和驗證的過程；對學生而言，是一個「在作中學」的實踐過程。它會為不同的學生提不同的問題、教學目標以及設計教學方法，因此，反思是教學持續的動力。這樣老師不會滿足於只在「傳道、授業、解惑」而已，需要學生一起學習，一起成長。在統整式的臨床護理倫理教學中，護生在真實情境的背景下，結合收集資料、寫心得及討論彼此想法的方式中，探索並建構意義。當學習活動是開放性的、激勵學習的動機的，護生就能展現出自發的進取心及責任感。

而案例決疑論只展現道德判斷之形式，所以加入郭爾堡的道德六序階建立心中那把道德尺，但是郭爾堡的道德發展理論，只能說明道德提升的過程，並未說明批判之問題，因此結合哈伯瑪斯在對話理論中來解決一些倫理爭議。

林遠澤先生強調：「我們在論證性的討論中，必要預設的理想言談情境，剛好可以使阿爾伯特·強森（Alber·Jonsen，1931-）的決疑論脫離習俗道德的框架，而使得討論參者能在其理性地參與實踐討論的過程中，提昇他自己的道德發展層次」<sup>2</sup>，然而這正是臨床護理倫理教育過程中，護生與老師各個參與者在理想的言談情境之下，盡情討論有關倫理之相關議題，不侷限於道德習俗之框架下，理性的討論、論辯直到共識出現，在此過程中也可提升各個參與者之道德層次，也就是追求在人文及倫理素養的理想教學目標。

而臨床護理倫理教育是不能脫離理性，應重批判與理解能力，邱怡瑛說：「老師無論對於教育的對象——學生或自己，都應在教育的過程中培養，增進彼此的批判性思考精神與溝通能力，使其內化成自主自律的能力，發揮個人潛力，塑造開放的人格，進而在人際溝通上，彼此都能平等對待，建立互信互賴

---

<sup>1</sup> 參考陳憶芬、張克章&吳壽山（2004），〈案例教學法及學生回饋意見之分析研究〉，《國立編譯館刊》，第32卷，第3期：頁52-53。

<sup>2</sup> 參見：林遠澤，2005：頁68。

的的密切合作關係，對於爭議，也能理性辯論、反省與質疑」<sup>3</sup>，以促使臨床護理倫理教育理想之實現。經由臨床護理倫理教學，可達到對倫理有所敏感度的目標，並且可以訓練護生之思考過程進，而達到提升道德判斷能力的期許，並讓護生了解郭爾堡的道德六序階中，能夠增加護生的思考能力以及批判能力，進而提升自我的道德序階。

經過理論之落實，筆者認為還有許多可改進的空間，例如必須加強教師引導的技巧以及目標要更明確，筆者與護生的道德序階不明確，討論過程中，雖然有部分同學已有批判性的思考邏輯出現，但教師並未明顯指出而帶過，過程之中並沒有以一個系統性的過程進行，只透過引導使護生自由發揮，造成有些護生發言，有些並沒有參與發言的現象。而在護生的經驗方面，包括親身經歷或聽他人的經驗提出分享，但筆者卻還未找出分享的目的，只覺得可從經驗之中，得到一些處理的原則與方法。找出案例與典範同異之處，也是作者在初期嚐試之中困難之一；時間的限制也是困難之一，因為只有三週二小時的時間，是無法對護生做出個別性的思考與討論。如此一來，讓作者思考是否有一系統性教學的可能，進而試圖從案例決疑論的進路去建構。

而在臨床討論會當中，老師可以引導護生去思考某一問題的目的為何、歸納個人的想法、確認所引用資料之正確性及假設採取某一行動之後果為何，當教學重點不再侷限於追求標準答案時，護生的思考空間及能力將逐步提昇。<sup>4</sup>在臨床討論會當中，老師可以引導護生去思考「墮胎」這個問題，為什麼要墮胎？要不要墮胎的目的為何？歸納各個護生的想法，確認引用墮胎資料之正確性，及假設採取墮胎或不墮胎之後果為何，皆可在理想的溝通情境之下進行對話與討論，進而提昇護生與老師之批判及反思能力，具備這些能力之後才能進一步踏入系統內部作有系統的分析。

所以，批判性思考能力對臨床倫理教學而言是一項重要的因素。在護理臨床倫理教學中，運用反思能力和批判性思考，進入案例決疑論中加以分析理解，進而在老師和護生討論過程中建立一把心中道德判斷的尺，以利老師和護生在遇到臨床具體情境之中，利用心中的那把尺快速且周詳的思考下判斷。

---

<sup>3</sup> 邱怡瑛(2004)，〈哈伯馬斯溝通行動理論及期在教學歷程中對教師的啓示〉，《教育研究》，第12期：頁198。

<sup>4</sup> 參考譚蓉瑩(2000)，〈批判性思考——我國護理人員的第七項護理能力〉，《護理雜誌》，第47卷，第3期：頁54-55。

就臨床護理倫理教學而言，臨床的實習每天都有可能面臨道德衝突，與道德判斷的進行並非限定於生命中少數的幾個片刻，而是一整套的思考過程，如護理過程中所訓練的批判性思考，收集資料、分析資料、設定目標、給予護理活動、最後給予評值。道德判斷亦是由決疑論中的由上而下及由下而上之互補，輔以批判性的思考，並經由臨床的討論會以哈伯馬斯的理想言談情境，公開、開放的討論與判斷，並且以郭爾保的道德六階段給予最後的評值標準，建構這一整套的思考模式，才能解決臨床實習中，所面臨的道德衝突。

道德教育是從外在的教育，進而使其產生內化的自律力量去實踐道德。而護理倫理包含外在的道德規範，以及內在自覺的德行，道德教育和臨床護理倫理教學中，所包含的內容也許有所不同，但內在的本質中卻是一致的。臨床實習指導老師，和護理人員本身的行為就是適當的，並具有教導學生的道德價值。引導護生在臨床情境之中，培養出護生在道德實踐中正確選擇的能力、促進護生的道德自主和自律，讓護生在反覆地實踐、不斷地體悟，個體才可能形成一貫的道德品行。

此為臨床護理倫理教育的終極目標，促進與提昇護生的道德發展，達到道德成熟的層次，使護生能夠有明事理辯是非的推理以及道德推理與判斷的能力，涵養高超的道德情感，而能表現優質的道德行為，營造安全健康的臨床實習環境，護生才能在現今多元文化的激盪，物慾橫飛、價值多歧、道德式微的社會價值中，把握生命的意義與價值發揚人的特性，如此的臨床護理倫理教學的實施，務必使護生成為一個優質的護理人員，以及一個有道德的文化人。

綜合言之，筆者持續實施臨床護理倫理教學仍有嫌不足之處，期望各方先進能給予指導與指正。從建構到實踐發展至今一個小小的雛型，希望能在得到各方的指教之後可以有更完整的架構呈現。最後，期望所有的護理學生皆能實踐南丁格爾所提倡的誓言，並成為一位全方位優質的護理人員，那將是每一位病人的福氣，這也是筆者多年來致力於臨床護理倫理的終極目標。

## 參 考 文 獻

### 中文部分

#### 一、期刊論文

1. 王維典，〈臨床醫學教育：以標準病人為教、學以及評量工具〉，《醫學教育》，第 2 卷，第 4 期，1998。
2. 李選，〈P B L 之教育策略——以中山醫大護學系為例〉，《問題導向學習法（PBL）護理師資培育》，（95 年 9 月 8 日），中山醫學大學護理學院研習會。
3. 余玉眉、盧孳艷、蔣欣欣、周治蕙、于漱、白瑞生等人撰，〈基礎護理教育改進計畫〉，《提升大學基礎教育計畫修正後詳細計畫書》，國立陽明大學護理學院，2001。
4. 沈六，〈論道德發展的心理本質與歷程〉，《台灣教育》，625 期，2004。
5. 沈清松〈倫理學理論與專業倫理教育〉，《通識教育季刊》第 3 卷，第 2 期，1996。
6. 李琪明，〈德行取向之品德教育理論與實踐〉，《哲學與文化》，第 30 卷，第 8 期，2003。
7. 汪堂家，〈道德自我、道德情境與道德判斷——試析杜威道德哲學的一個側面〉，《哲學研究》，第 5 期，2005。
8. 林遠澤，〈包容性的共識或排他性的團結？——站在哲學的語用學轉向後的十字路口上〉，《當代雜誌》，183 期，2002。
9. 林遠澤，〈意義理解與行動的規範性——試論對話倫理學的基本理念、形成與限度〉，《人文及社會科學集刊》，第 15 卷第 3 期，2003。
10. 林遠澤，〈復原與可同意性：哈伯瑪斯論優生學政策自由化的道德界限〉，《揭諦》，南華哲學學報，第 6 期，2004。
11. 林遠澤，〈以對話倫理學作為醫學倫理教學之基礎的試探〉，《哲學與文化》，32 卷 8 期，2005。
12. 林遠澤，〈古代修辭學傳統與當代專業倫理學的案例決疑論〉，《傳統思想與專業倫理》，2005 年 4 月 30 日，元培科學技術學院第二屆專業倫理學術研討會。
13. 林秋芬、郭淑芬，〈台灣地區護理學系應屆畢業生的倫理態度和對護理倫理教學的看法〉，《新台北護理期刊》，第 6 卷，第 2 期，2004。

14. 邱怡瑛，〈哈伯馬斯溝通行動理論及期在教學歷程中對教師的啓示〉，《教育研究》，第 12 期，2004。
15. 許麗齡，〈21 世紀之護理臨床教育〉，《醫學教育》，第 5 卷，第 1 期，2001。
16. 許麗齡，〈問題導向學習於護理教育上之應用〉，《護理雜誌》，第 48 卷，第 4 期，2001。
17. 韋桂源，〈角色理論在護生臨床實習初期階段的應用〉，《右江民族醫學院學報》，第 27 卷，第 5 期，2005。
18. 陳潭、程瑛著，〈Seminar 教學法、案例教學法及其課堂教學模型構建〉，《湖南師範大學教育科學學報》，第 3 卷，第 4 期，2004。
19. 陳憶芬、張克章 & 吳壽山著，〈案例教學法及學生回饋意見之分析研究〉，《國立編譯館刊》，第 32 卷，第 3 期，2004。
20. 陳昭曄，〈哈伯馬斯「溝通行動理論」及其在學校教育上的啓示〉，《教育研究》，第 12 期，2004。
21. 陳白合、謝巾英、廖秀宜合著，《最新兒科護理學》，台北市：華杏，1995。
22. 張家軍、靳玉樂，〈論案例教學的本質與特點〉，《中國教育期刊》，第 1 期，2004。
23. 張民杰，〈案例教學法的發展沿革及其對師資培育的啓示〉，發表於中華民國課程與教學學會主辦：「第一屆課程與教學論壇」學術研討會，台北，2000。
24. 黃利順，〈試論案例教學法在思想道德修養課教學中的運用〉，《池州師專學報》，第 19 卷，第 6 期，2005。
25. 黃藿，〈德行倫理學的復興與當代道德教育〉，《哲學與文化》，第 27 卷，第 6 期，2000。
26. 湯麗君、黃川芳、徐銘玉，〈問題本位學習於護理教育〉，《慈濟護理雜誌》，第 4 卷，第 3 期，2005。
27. 程亮，〈道德教育：在規範與德行之間〉，《湖南師範大學教育科學學報》，第 3 卷，第 5 期，2004。
28. 蔡甫昌主持，〈異種移植及基因治療的倫理反思—以決疑論、女性生命倫理、儒家生命倫理、原則主義為進路（一）〉，《行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告》，2001-2002。
29. 蔡甫昌，〈醫學倫理與家庭醫學〉，大醫院家庭醫師繼續教育——家庭醫師與臨床診斷系列講座（31-14）（91 年 1 月 22 日）。
30. 蔡甫昌、李明濱，〈當代生命倫理學〉，《醫學教育雜誌》，2002。
31. 劉仲冬，〈我國的護理發展史〉，《護理雜誌》，第 53 卷，第 3 期，2006。

32. 趙可式 (2006 年 9 月 30 日),〈護理的核心素養〉,《護理院校評鑑研習會》,台灣護理學會護理教育委員會。
33. 蔣欣欣,〈由護理實踐建構倫理進路〉,《護理雜誌》,第 49 卷,第 4 期,2002。
34. 蔣如萍,〈德行與規範—由亞里斯多德德行論反思護理倫理〉,南華大學哲學所碩士論文, 2005。
35. 盧美秀,〈護理倫理教育的省思〉,《新台北護理期刊》,第 4 卷,第 1 期,2002。
36. 譚蓉瑩,〈批判性思考——我國護理人員的第七項護理能力〉,《護理雜誌》,第 47 卷,第 3 期,2000。

## 二、書籍

1. 王思迅主編,《劍橋哲學辭典》,台北市:貓頭鷹,2002。
2. 李英明著,《哈伯瑪斯》,台北:東大,1986。
3. 杜麗燕,《皮亞傑》,台北市:東大,1995。
4. 孫效智,《當宗教與道德相遇》,台北:台灣書局,1999。
5. 張民杰,《案例教學法—理論與實務》,台北:五南,2001。
6. 張文亮,《南丁格爾與近代護理史》,台北市:校園書房,1999。
7. 楊深坑,《溝通理性·生命情懷與教育過程~哈伯馬斯的溝通理性與教育》,台北:師大書苑,1997。
8. 曾慶豹著,《哈伯瑪斯》,台北市:生智,1998。
9. 黃藿,〈郭爾保的道德認知發展論評析〉,收錄於簡成熙主編,《哲學和教育》,高雄:高雄復文圖書出版社,1997。
10. 黃達夫,《用心聆聽:黃達夫改寫醫病關係》,台北:天下文化,1999。
11. 劉佩雲、簡馨瑩譯,《問題解決的教與學》,台北:知識達圖書,2003。
12. 熊祥林,《管理個案研究》,香港:理明出版社,1990。
13. 盧惠雯,《護理師捷徑—小兒科護理》,台北,華杏:1994。
14. 鍾聖校,《情意溝通教學理論—從建構到實踐》,台北:五南,2000。
15. 羅曉南著,《哈伯瑪斯對歷史唯物論的重建》,台北市:遠流出版社,1993。
16. 蘇永明著收錄於簡成熙主編,《哲學和教育》,〈郭爾保的道德認知發展論評析〉,高雄:高雄復文圖書出版社,1997。
17. James R. Rest 著,張鳳燕總校閱,呂維理等譯,《道德發展研究與理論之進展》,台北:心理出版社,2004。



18. R.H.Hersh,D.P.Paolitto,J.Reimer，《郭爾堡：道德判斷的發展》，參見：單文經、汪履維(編譯)，《道德發展與教學》，台北：五南圖書出版公司：1986。
19. Uwe Gielen，〈柯爾堡的道德發展理論〉，葉光輝譯，參見：俞筱鈞等譯，《道德發展—柯爾堡的薪傳》，台北：洪葉文化出版社，1993。
20. Robert S.Siegler，林美珍譯，《兒童認知發展概念與應用》，台北：心理出版社，2004。

### 三、網路資料

唐崇懷，〈倫理學上的殊案決疑論 (Ethical Casuistry)〉，於 2006 年 3 月 6 日摘自 <http://www.21sz.org/show.aspx?id=17&cid=17>。

孫效智，LIFE 網路大學，於 2006 年 5 月 12 日，摘自

<http://210.60.194.100/>

[life2000/net\\_university/paper/net\\_uni\\_paper\\_01.htm](http://life2000/net_university/paper/net_uni_paper_01.htm)

戴維•加納 著，楊秋霞譯，4 月 25 日，2006，摘自

<http://www.iolaw.org.cn/shownews.asp> 中國法學網

### 二、西文部份

Arras,John D.(1998). “A Case Approach.” In,H.Kuhse,P.Singer(ed):*A Companion to Bioethics*.Blackwell Publishers Ltd.

Childress, James F.(1998).” A Principle—Based Approach.” In H. Kuhse P.Singer(ed):*A Companion to Bioethics*.Blackwell Publishers Ltd.

Kuczowski, Mar.” Casuistry ” ,*Encyclopeia of Applied Ethics*,Volume 1,Copyright@1998 by Academic Press All rights of reproduction in any form reserved.

Evans, R G (2003).” Patient centred medicine:reason,emotion ,and human spirit? Some philosophical reflections on being with patients.” *Journal of Medicial Ethics*,Jun,29,1.

## 優生保健法施行細則

中華民國七十四年一月四日衛署保字第四九九九六二號令發布實施

中華民國八十九年五月九日衛署保字第八〇二四三二四號令修正實施

- 第 一 條 本細則依優生保健法(以下簡稱本法)第十七條規定訂定之。
- 第 二 條 本法第六條所稱健康或婚前檢查，其項目如附件一。
- 第 三 條 本法第六條第一項所稱必要時，係指有左列情事之一者：
- 一、疑似罹患礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
  - 二、本人之四親等以內血親罹患礙優生之遺傳性疾病者。
  - 三、疑有應施行健康檢查之疾病者。
- 各級公立醫療保健機構及私立醫院診所所遇有前項情事之一
- 時，應即報告當地主管機關。
- 第 四 條 本法第七條第一款所稱生育調節服務及指導，係指對生育年齡男女提供各種避孕方法、器材、藥品、結紮手術及不孕症之診治，但結紮手術以合於本法第十條規定者為限。
- 第 五 條 本法第七條第二款所稱孕前、產前、產期、產後衛生保健服務及指導，係指對懷孕前、懷孕、分娩及產後之婦女，提供檢查、接生、營養及孕期衛生指導。
- 第 六 條 本法第七條第三款所稱嬰、幼兒健康服務，係指對未滿一歲之嬰兒及滿一歲至就學前之幼兒，提供健康檢查、預防接種、必要之診斷治療、營養及各項衛生指導。
- 第 七 條 本法第六條、第七條規定之檢查、服務、指導及教育，由各級公立醫療保健機構及私立醫院診所辦理之。
- 第 八 條 各級公立醫療保健機構及私立醫院診所，應辦理相關業務之門診，並製作個案紀錄，對需要施行健康或婚前檢查者，勸導其接受檢查，發現有疾病者，勸導其接受治療並給生育調節指導。各級公立醫療保健機構及私立醫院診所，必要時並得辦理家庭訪視及各種教育宣導。

- 第九條 (刪除)
- 第十條 本法所稱有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病，其範圍如下：
- 一、足以影響胎兒正常發育者，如患苯酮尿症或德國麻疹之孕婦等。
  - 二、無能力照顧嬰兒者，如患重度智能不足或精神分裂症之男女等。
  - 三、可將異常染色體或基因傳至後代者，如患唐氏症之婦女或亨汀頓氏舞蹈症之男女等。
- 第十一條 本法所稱懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康之醫學上理由，其範圍如附件二。
- 第十二條 本法第九條第一項第四款所稱足以認定胎兒有畸型發育之虞之醫學理由，其範圍如附件三。
- 第十三條 本法第九條第一項第五款所稱依法不得結婚者，其範圍依民法第九百八十三條之規定。
- 第十四條 第十條至第十三條所定情事，由指定得施行人工流產或結紮手術之醫師依規定認定之。
- 第十五條 人工流產應於妊娠二十四週內施行，但屬於醫療行為者，不在此限。妊娠十二週以內者，應於有施行人工流產醫師之醫院診所施行，逾十二週者，應於有施行人工流產醫師之醫院住院施行。
- 第十六條 本法所定罰鍰之處分機關為直轄市及縣(市)政府。
- 第十七條 本細則自發布日施行。