

南 華 大 學

哲學所

碩士論文

從狄爾泰詮釋學之人文科學基礎

建構護理倫理實踐進路

Constructing the Practical Approach to the Nursing Ethics

**From Wilhelm Dilthey's Hermeneutics on the Foundation
of the Human Sciences**

研 究 生： 蕭 玉 霜

指 導 教 授： 孫 雲 平

中 華 民 國 九 十 六 年 七 月 六 日

南 華 大 學

哲學(系)所

碩 士 學 位 論 文

從狄爾泰詮釋學之人文科學基礎建構護理倫理實踐進

研究生： 蕭玉霜

經考試合格特此證明

口試委員：張國賢
陳士誠
孫雲平

指導教授：孫雲平

系主任(所長)：岑滄龍

口試日期：中華民國 96 年 6 月 26 日

致謝辭

感謝南華大學的哲學教育，讓我從反思自身出發得以省視二十四年來接受護理教育及服務的體驗，進而學習整合醫學及人文素養和工作經歷的收穫，以作為未來自我成長及服務的參考方向。在南華大學就學期間：由顏永春前所長教授的西洋哲學史、比較哲學之龍樹中觀論；林遠澤教授深入淺出之關懷、責任、理性與現代等應用倫理的浩瀚哲理；劉滄龍所長授課戴震的身體哲學、尼采論述個體價值；尤惠貞教授的佛教哲學及生命轉化的真知灼見；乃至張國賢教授之現象學在倫理方面的省思。再者我要感謝兩位口試委員：張國賢教授及陳士誠教授，在論文審查中提出很多寶貴的意見，作為論文之修改的思維，讓本篇論文得以更加完整順暢。

在這次寫作過程中遇到諸多的瓶頸，最辛苦的是我的論文指導教授—孫雲平老師。由西方的倫理議題至教育哲學的探究以及論文寫作等，不厭其煩的修正我的寫作技巧及哲學思維，他的鼓勵、耐心指導促使學生不敢怠學，亦步亦趨的前進。這個過程讓我得以從詮釋學的視角，印證了狄爾泰的人文科學理論，也確認人類未來的生活及科學研究，應該自人文科學的精進及落實，加強生命與科學的關連，才能達到人類社會及歷史完整的理解。

職業婦女的求學要兼顧家庭、工作和學業是相當的辛苦，我的學習過程中除了求教於老師之外，還要感謝同學、朋友們和家人的支持與鼓勵。求學期間，每每趁著夜半時刻研讀及寫作，在外子的陪伴中把鐘聲當作約會的音樂旋律；女兒詣涵雖然才國小四年級卻常常鼓勵我，並且能體諒我的辛苦，除了帶著弟弟完成家事及功課，還會擔心我肚子餓，在她睡覺前常幫忙準備牛奶或餅乾讓我充飢；兒子奕璋也是很獨立的學習生活瑣事的打理，跟著詣涵學習和成長。所以很高興在這次的論文完成中間接的也看到家人的生命也同時轉化趨於完善。

另外我要特別感謝大自然，尤其是群山。在寫作過程中我為了增進體力而養成爬山的習慣，從山峰之中認識堅持及豁達的智慧，在其中充電及沉澱的收穫之後出發。在十八彎挑鹽古道的行程，順道參訪清水巖時和道證法師的作品結緣，從中認識願力和信力的重要性，也再次增進要加緊努力完成寫作的決心。論文最後的完成雖然倉促、諸多品質也須改善，不過從中了解到因為人類的缺憾所以需要持續的學習，才能在群峰之上看見世界完整的視域，這個豐富的收穫和論文的完成一樣使我的生命產生充實而完整之共鳴。

論文提要

本文從狄爾泰所關注之人文科學奠基的角度出發，以其所彰顯之「生命」具體的、普遍性的「體驗、表現、理解」特色，及客觀的理解他人生命表現，反思目前護理倫理的現況。首先由醫療倫理學與護理倫理學的向度探討，再從影響護、病關係的可能原因以及病人自主性的脈絡探究，尋找護理人員和病人的自主性及內在價值，進而確認護理人員的倫理價值，以及執行倫理行動的原則及依據。發現運用狄爾泰詮釋學之人文科學的主張，在「理解每一個病人的生命及生命表現的不同需要」下，可以促成「成功」之護理理論的研究、協助護理人員深化自身至他人的價值與需求、進而可以彰顯自身至他人整體的自主性。最後證成從狄爾泰詮釋學之人文科學的基礎，確實可以建構護理倫理實踐之進路。

關鍵詞：體驗(Lived Experience)，表現(Expression)，理解(Understanding)，

客觀理解(Objective Apprehension)

目 錄

前 言	-----1
第一章、 狄爾泰之人文科學的基礎	-----5
第一節、 狄爾泰的哲學啓蒙	
第二節、 人文科學方法論奠基之可能	
第二章、 人文科學的詮釋：體驗、表達和理解	-----17
第一節、 體驗	
第二節、 表達	
第三節、 理解	
第四節、 狄爾泰、海德格以及高達美對人文科學的觀點	
第三章、 醫療倫理學與護理倫理學	-----33
第一節、 醫療倫理學與護理倫理的關聯	
第二節、 醫療倫理發展階段中的護理倫理	
第三節、 醫學倫理學四大原則維護生命功能的可能	
第四章、 「病人之自主性」在生命陷於困境時之可能性	-----43
第一節、 病人之權利	
第二節、 知情同意	
第五章、 護理人員與病人的倫理關係	-----53
第一節、 影響護病關係因素	
第二節、 醫療院所促進醫病關係的方式	
第六章、 狄爾泰人文科學與護理人員的自主性及價值	-----62
第一節、 專業與護理專業	
第二節、 護理人員的權利與義務	
第三節、 狄爾泰人文科學如何深化護理人員自主性與價值	
第四節、 狄爾泰人文科學如何彰顯護理人員存在性與自身價值	
第七章、 狄爾泰詮釋學之人文科學與護理倫理實踐	-----87
結 論	-----90
參考資料	-----93

前言

目前護理人員的養成教育著重在專業技術或知識的傳授，使現代護理人員，成為有知識而無人文的「機械人」。知識與實踐發展二分，當「病」取代了「人」，人被化約成機械物件，技術便宰制了病人世界，「病人」的存在與做為「人」的價值不見了。本文從狄爾泰(Wilhelm Dilthey, 1833~1911)所關注之人文科學奠基的角度出發，以及其所彰顯之「生命」具體的、普遍性的「體驗、表現、理解」特色，反思目前護理倫理的現況。為了要確認護理人員的倫理價值，以及執行倫理行動的原則及依據，本文認為應該先由醫療倫理學與護理倫理學的向度探討，再從影響護、病關係的可能原因以及病人自主性的脈絡探究，尋找護理人員和病人的自主性及內在價值，進而彰顯護理倫理的存在性與自身價值。最後，本文企圖說明狄爾泰之詮釋學作為人文科學的基礎，確實能夠建構護理倫理。

狄爾泰在十九世紀《人文科學導論》所呼籲改善的問題，仍然出現在二十一世紀不同的時空背景。現今的護理倫理仍然觸犯如同十八、十九世紀「自然科學」文明時同樣的錯誤。自然科學企圖藉由實證研究改善人類之生活，將物質作為研究的主要對象，在自然科學的研究中，將「生命」當作物質對待。它們根本忽略了「人才是居於中心地位」的態度，¹把「生命」自研究對象中抽離，造成自然科學實際淪為缺乏對生命整體認識的「科學」。狄爾泰認為這種錯誤的態度及作法，即使有了研究成果，但是由於忽略攸關生命及文明發展中至關重要的議題，其能發揮的效用是侷限的，僅能對生命提供片面的服務。²此點，呼應了護理必須正視照護的對象是「人」；對「人」生命整體的認識，才能有助於發揮生命真正完整的功能。

關於此點，現代護理學者帕斯(Parse)也有同樣的反思。她認為：「自然科學和人文科學，研究的方法的確不同。…從醫學發展出來的護理，只是創造出醫學和護理合併的科學。這種方式嚴重的阻隔護理之事業的獨特發展，護理知識關注的是健康而非疾病。」³她還指出：「護理研究發展至 1990 年，還是以量化處

¹ 狄爾泰認為人文世界和自然科學界由於知識的來源不同，所以是不可通約的，盲目的通約將讓人 文科學的基礎變的更遙遠更模糊。

² 狄爾泰認為對生命缺乏整體的認識時發揮的作用僅可對社會提供片面的服務，所以企圖引導學者們認識生命的整體以發揮真正完整的功能—包括那些沒有使用精神表達，卻可被我們理解部份的表達。另外狄爾泰認為有關影響社會規章、產生動亂原因以及促進健康的發展的社會的資源的知識，都是生命暨文明發展中至關重要的議題。

³ Rosemarie Rizzo Parse 著，劉淑娟、謝錦櫻、李絳桃、孫吉珍合譯，《人的轉成思想體系》，（台北，五南文化事業，2002 年），P.3-4。

理人及疾病。對人類的研究角度，多還是停留在人的部份，而非整體的狀態，人類參與的健康的經驗完全被忽略了。」⁴ 狄爾泰也曾表示所有的科學都是從「經驗」而來，而所有的經驗則必須回到「意識」的條件和脈絡關聯。循著狄爾泰的主張，從思維的內容和日常生活過程中，發掘存在著「生命」的「經驗」和「意義」，再回到生命和社會的現實裡，如此「有人類存在」的科學才具有意義。有鑑於此，筆者自狄爾泰理論建立的思維進行反思：自南丁格爾以來秉持之「護理使命」究竟為何？為人類健康而努力的想法是否可能？然而依照帕斯學者的研究，人類參與健康的經驗若完全被忽略了，只是透過知識之界定來得到科學的概念，護理活動是否可能和其他的人文科學進行聯繫？如果認識生命的方法，僅是天真地在廣泛的現實世界中劃分領域、自行其是的認定方式，並沒有善用方法檢證歷史、反省個體及社會的關係，如此獲得拼湊的「知識」與「知識」濫用，⁵ 如何可能發展「護理使命」相關的理論？如此捍衛人類健康的工作者將如何完成生命的要求？

台灣護理界提出在護理倫理存在著四大問題：「目前護理倫理教育的省思，可以讓我們更深入了解目前護理倫理教育的內容是否合適？是否符合臨床情境的需求，並提出改善的建議。而要提供高品質的護理，除了應有良好的執業環境和護理執業標準外，護理人員還應具有人文素養與倫理素養…。」⁶ 教育部也施以修改學校及醫療院所之護理相關評鑑標準以導引問題的改善，⁷ 然而這些反省及改善措施是否可能發揮成效？目前護理倫理，最迫切的問題確實如此。不過，這次的因應方式卻是單一政策性的導引，無法正視護理之整體面向的問題。因此，這些措施是否能改善護理學者帕斯所反省的問題：「從醫學發展出來的護理，如何發展出關注健康之事業？」關於此點，筆者也深刻感受僅僅側重政策性的導

⁴ Rosemarie Rizzo Parse 著，劉淑娟、謝錦櫻、李絳桃、孫吉珍合譯，《人的轉成思想體系》，（台北，五南文化事業，2002年），P.3-5。

⁵ 爲了要迎合自然科學的概念和方法，狄爾泰認爲將會犧牲在科學中合理、具體、經驗的確信基礎以及情感，最後導致歷史的真實性折損。

⁶ 趙可式等，〈21世紀護理專業的挑戰與省思護理論壇〉，《護理雜誌》，51卷6期，（台北：台灣護理學會，2004年），P.14。台灣護理界爲慶祝90周年慶，特舉辦此研討會以省思護理現況及未來發展願景。

⁷ 趙可式等，〈21世紀護理專業的挑戰與省思護理論壇〉，《護理雜誌》，51卷6期，（台北：台灣護理學會，2004年），P.14。教育部亦委請高等教育評鑑中心基金會成立：台灣護理評鑑委員會（Taiwan Nursing Accreditation Council，簡稱TNAC）針對提出之關於護理核心素養的三大項目，以促進社會大眾健康照護之品質，並提供護理人員良好的教育環境。⁷ 規劃針對26所技專校院護理科系進行專業評鑑，以及醫院評鑑之護理項目。評鑑結果並列爲教育部獎補助、總量管制審核參據。藉由以上的機制，希望能培育護理學生進入職場工作時，可以確實發揮醫學倫理之「以病人爲中心」的「護理使命」。

引，對於由護理教育及工作環境上改善護理實踐的能力之限制。亦即是，倘若無法了解在學校教育中以及臨床工作中實踐的問題向度，如何正確擬定解決之道？如何可能協助落實「護理倫理的實踐進路」？

病人和護理人員都是護理活動的主體，各自存在著自主性。可是忙碌的護理人員在醫療意外事件中，總是責任承擔者。在這種爭執場景中，護理人員常會自怨自艾：為何千錯萬錯都是護理人員的錯，覺得不被尊重，甚至開始懷疑工作的價值以及人生的意義。當各專業人員確認意外事件責任之時，到底誰才是受害者？誰的自主性受到了傷害呢？其實，病人才是真正的受害者。在各種醫療專業中，護理人員是最後的守門員，護理人員是否認同這份責任呢？護理人員這份責任是善盡「不傷害病人」的倫理原則，更是發揮「行善」的原則。以狄爾泰的觀點而言，在真實生命過程中的意志、情感和思想都是生命的一部分。所以，護理人員承擔維護生命的責任，所呈現的意志、情感和思想正是護理理性的彰顯；一位無法認識護理理性的人，如何認識病人的自主性？未能認清病人自主性的人，如何實現護理的自主性？

狄爾泰認為：人類的總體生活及活動，就是對自己存在之「內在體驗」及與「外部世界」互動之「外在體驗」的關係。在這種互動之中，自我意志的抽象理念以及感受經驗的範圍和「外部現實」同時的呈現，具有如同其他個體一樣明確的生命活動。亦即是，這種意識之主體的關聯，只有在人類自我反省的心理根源中才會呈現。而女性細膩、感性以及擅於反思的特質，來從事攸關「生命」的工作相當合適。尤其在工作中常需要居中協調醫療團隊各個成員或家屬，以維護病人的權益，這些活動的完成都是護理自主性的證明。所以如果護理人員能體認狄爾泰當年的建議：將這些發現探究的工作訴諸更多靈活的思維和深刻的直覺、在分析上必須更為精煉客觀，那麼他們的發現必能證明「護理科學」的實在性，也能證明護理的自主性。

專業涉及兩個獨立自主個體之間的關係，大家都在追求自我的「自主」與「幸福」。這樣自主性如何達到平衡呢？是否能夠皆大歡喜呢？病人自主權與醫療自主權表面上看是衝突的，但是假若應用得當，不僅不衝突而且可互補。首先，「護理自主權」必須堅守「不能傷害」的原則，行使病人的「知情同意」，這是自主原則中，最能尊重病人自主權的概念。讓病人在被告知病情之事實真相下，並自主決定是否願意遵從的意向。因為病人追求的「幸福」是「恢復健康」；而護理人員，在熱忱中追求的是一種「肯定與成就感」，亦即是生命意義的肯定。在認

識「護理理性」的護理人員協助下，「病人的自主性」獲得「實現健康的幸福感」；護理人員也因此獲得成就感實現「真正的自主性」。

經由本文的論述獲知，運用狄爾泰詮釋學之人文科學的主張，在「對他人生命及他人表現的理解」下，可以促成「成功」之護理理論的研究、協助護理人員深化自身至他人的價值與需求、進而可以彰顯自身至他人整體的自主性。這個過程便印證了狄爾泰的理論：應該進行人文科學與自然科學的關聯才能回答生命所有的提問；如果只是運用自然科學的範疇及方法進行社會和歷史的研究，便會缺乏與意識事實分析的關聯，片面的科學思維將遠離人類與外部世界的生活關聯。所以未來的護理研究，應該自人文科學的精進及實踐，加強生命與科學的關連。透過「客觀的理解」，在護理實踐上，理解每一個病人的生命及生命表現的不同需要，產生彼此的共鳴。讓每個人都能重視生命發展過程中，總體活動的價值和產生的力量，俾以發現個體具有「行使善和道德的能力」。最後在護理工作便可進一步印證狄爾泰的理論：發現承接過去歷史和展望未來的動力，是一種相信自身生命的意義和價值的力量，相信自己必定能「完成護理使命」實現病人的幸福，並且可以深化護理的價值。這樣的力量讓護理人員前仆後繼，不辭辛勞在鑽研具體護理科學的成長及使之完善的過程以及病人康健之中，護理人員的生命也隨之充實而完整，由此也彰顯了護理人員自主性與價值。如此觀照生命的本質才能如實的發揮深化彼此的價值，是真實完成建構護理倫理的方法。

第一章、 狄爾泰之人文科學的基礎

19 世紀的歐洲社會歷經 18 世紀啓蒙運動的思潮以及法國大革命的影響，神聖羅馬帝國、宗教性象徵、政府都遭受到前所未有的挑戰，歷史的發展是全部精神事實之來源的想法也在德國萌芽。¹ 狄爾泰認為通過啓蒙運動的過程，使人類愈發注重自身的利益，這些狀態改變了當時生活和思維的重心，也產生了社會科學的新理論。在法國以孔德(Comte, 1798-1857)爲代表，主張「社會學」是通過各種科學成果，獲得有關社會總體知識之綜合和實現的過程。德國的學者也開始建立屬於他們的社會理論，如黑格爾(Hegel, G. W. F., 1771-1831)、赫爾巴特(Herbart, J. F., 1776-1841)等。² 狄爾泰則是企圖找尋「人文科學」的基礎，以作爲歷史學家的判斷、政治經濟學家的結論，以及法律學家的概念等確定性之原則。本文嘗試由狄爾泰的「人文科學」觀點爲基礎，考察其作爲方法論的思維，並進一步探討狄爾泰「人文科學」的核心及其關切所在。

第一節、 狄爾泰的哲學啓蒙

哲學家威廉·狄爾泰(Wilhelm Dilthey, 1833~1911)1833 年出生於德國萊茵河畔的 Biebrich 小鎮。狄爾泰的祖父和父親都是牧師；母親是新教虔敬派的教徒，崇尚音樂、注重基督教信仰的內在體驗和感受；其外祖父是樂隊指揮。狄爾泰自小在家人的耳濡目染下，自然養成對於生命與宗教人文關懷的人格特質，並在外祖父和母親的薰陶下，也養成喜愛音樂、演奏鋼琴及作曲。

喜愛閱讀的狄爾泰，在中學時期便由閱讀康德的書籍中，開啓了他的求知慾望及哲學興趣。大學時期就讀海德堡大學學習神學時，受老師費雪(Kuno Fischer, 1824-1907)的哲學啓蒙，費雪老師係屬於青年黑格爾學派，其對哲學的熱衷以及對黑格爾之精神辯證觀點都深深的影響了狄爾泰，從此求知若渴的狄爾泰開始養成每天學習和工作 12-14 小時的習慣。不過當費雪老師因故被解職後，狄爾泰也轉往柏林大學繼續就讀神學，並學習哲學、歷史學和參與交響樂團的社團活動。他就讀柏林大學時的老師—全德倫堡(Trendelenburg, 1802-1872)，和施萊爾馬赫(Schleiermacher, 1763-1834)的解釋學思想，讓狄爾泰真正進入哲學生涯的開端。

¹ Dilthey, Wilhelm, Tr By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《Introduction to the human sciences》 Princeton University Press, 1988, PP.47-48。

² 同註 1, PP.133。

全德倫堡是狄爾泰的哲學老師、博士論文的指導教授；他是施萊爾馬赫的學生，也是亞理斯多德的研究專家，其哲學成就以及對於科學的本質和其他科學的關連性的觀點，也因而深深影響了狄爾泰，尤其是「意識」及「經驗」之理念更是狄爾泰在發展「人文科學」時重要的概念。

狄爾泰受施萊爾馬赫的影響：包括詮釋學的觀點、對於倫理和價值問題的關心以及歷史學派觀點，認為先驗的哲學是存在於日常生活中，並可用來啟發藝術、宗教、倫理學、政治學、語言及歷史學等領域；他認為詮釋學應該立基於語言與思考的關係，不應只限於文字而應擴展到人類文明相關的產物。狄爾泰的求知欲望及研究的抱負讓他在柏林大學神學院只讀了三學期，便覺得神學無法滿足其追求知識領域的需求，因而轉至哲學院繼續他的研究生活。不過狄爾泰為了完成父親的期待，還是回到家鄉參加國家神學考試獲得牧師資格，並在家鄉舉辦了佈道大會。青年時期的狄爾泰，還曾擔任過中學教師來賺取生活費，以便能持續哲學上的鑽研和取得博士學位。

狄爾泰在哲學學識上的努力，被約納斯(Ludwig Jonas, 1979-1859)³ 賞識並受邀協助整理和編輯施萊爾馬赫的遺稿。他從編輯過程中加深了對施萊爾馬赫的哲學和神學思想的認識，毅然決定撰寫《施萊爾馬赫傳》，並於 1860 年以《施萊爾馬赫之解釋學的獨特貢獻——與以往這門學科所做的工作之比較》參加論文甄選。這篇論文最後入選並獲得了雙倍獎金，有了這筆高額獎金讓狄爾泰得以辭去中學教職，以便專心鑽研哲學及準備博士論文。狄爾泰 1864 年以《施萊爾馬赫的倫理學原理》獲得博士學位，並在同年取得大學任教資格。爾後先後在巴塞爾大學、基爾大學、布雷斯勞大學和柏林大學擔任哲學教授。狄爾泰一生治學嚴謹、著作豐富，他闡述的哲學思想對後世詮釋學、現象學、人文科學、歷史學乃至美學藝術和教育等至今仍具有深刻的影響。狄爾泰的學術成就雖然遠大，然而他還是時常回到施萊爾馬赫思想中尋求靈感，甚至在年邁體弱之時，仍然堅持要完成施萊爾馬赫傳記以及人文科學導論第二卷，繼續闡述其人文科學的哲學主張。

³ 有關狄爾泰的生平請參閱張旺山，《狄爾泰》，東大圖書公司，1986 年，初版，PP.113-161。謝地坤著，《走向精神科學之路—狄爾泰哲學思想研究》，江蘇民眾出版社，2003 年 9 月第 1 版，PP.146-183。約納斯是施萊爾馬赫的女婿，施萊爾馬赫死前將整理遺稿的工作交給約納斯處理。

第二節、人文科學方法論奠基之可能

18 世紀發生於歐洲的啓蒙運動及法國大革命，導致了人類社會、宗教、政治及經濟巨大的變動，當時的哲學家認為在變動的時代，必須找尋以社會、歷史實在作為研究主題、並具有科學性的引導規範和原則。根據狄爾泰的考察：培根(Bacon, 1561-1626)便曾透過經驗的方法，進行有關人文科學知識關聯的研究和評價；夸美紐斯(Comenius, 1592-1670)亦曾提出各種真理的原理，為各種科學的分類研究進行鋪路；孔德提出之真理相互依賴邏輯關係的主張，也為科學哲學建立了基礎，他們的研究使人文科學形成了知識的體系。黑格爾、赫爾巴特更致力於合理地論述個體、國家和民族、社會的關聯和區分。⁴ 狄爾泰表示：「根據人文科學的情況，我承擔了為歷史學派的原理以及社會研究模式提供哲學基礎的任務，這種作法將可解決歷史學派和各種抽象理論的衝突。在我的研究工作中，困擾我的問題，也是每一個歷史學家、法學家或政治學家關心困擾的問題。人文科學基礎的問題，對我來說成為了一種需要和計劃。」⁵ 簡言之，狄爾泰企圖為人文科學尋找確實可靠的基礎，以便幫助那些將畢生獻身于社會的政治家、律師、神學家和教育工作者，獲取如何與人以及社會現實相關聯的引導原則和規章。狄爾泰認為這些進行社會及歷史研究的人，如果他們的工作仍然停留在僅是技術層次的話，便無法顧全人類「生命」之整體面向，所以其研究必定無法獲得成功的結果。亦即是，即或他們非常努力，但是如果不能了解促使其努力的力量、以及無法釐清人類「生命」之整體的和部分的面向、還有存在於它們之間彼此相互依賴的關係，就無法掌握人類與社會現實之間，其相關聯之引導性的原理和規範。⁶

所以狄爾泰的一生以奠立「人文科學」之基礎為職志，至於如何尋找人文科學之基礎的過程及其見解，將在後續的論述中逐一說明。首先，狄爾泰雖然認同洛克(Lock, 1632-1704)、休謨(Hume, 1711-1776)和康德(Immanuel Kant, 1724-1804)等學者提出的認識論主張；不過他也批評「在洛克、休謨和康德所建構出來之認識主體的血管中沒有熱血流動，只有經稀釋過的理性汁液的單純思維活動」。⁷ 他

⁴ 同註 1，PP. 74-75。

⁵ 同註 1，PP.49。

⁶ 同註 1，PP.55。狄爾泰認為有些人只能成為服務社會的工具，有些人可以顧全人類整體面向，超越單純的技術訓練而建立與人、社會現實相關聯之引導性的原理和規範。

⁷ 同註 1，PP. 50-51。狄爾泰基本上贊同洛克、休謨和康德學者們認識論上的部份主張，不過認

認為洛克、休謨和康德等學者發展的認識論之中，只有「純粹意識」之架構，能夠說明的僅是生命單一側面，並不足以認識在流變中的生命整體過程及感受。換言之，狄爾泰認為在真實之生命過程中的意志、情感和思想都是生命的一部分，「純粹意識」只是生命理性的一面，無法窮盡人類整體精神事實和總體的活動；他進一步表示對於人類知識層面的「純粹意識」所進行的分析，難以涵蓋人類整體需求的面向。⁸ 所以，狄爾泰主張對於生命之提問，解答盡在於人類的意識裡，以及其內在經驗發展的歷史過程及社會脈絡中。

其次，狄爾泰對於以孔德和密爾(John Stuart Mill, 1806-1873)為代表的實證主義(Positivism)⁹ 和經驗主義(Empiricism)¹⁰ 之相關學者套用「自然科學」的方法，作為驗證「人文科學」的方式提出質疑。¹¹ 狄爾泰認為：孔德所開創之實證哲學的社會學，其論述的方式將會使歷史世界歸屬於自然科學的領域。由於孔德用生物學的觀點看待精神狀態，認為在精神狀態之連續性中所呈現的一致性，是因為受到生理狀態之影響而產生的結果；因此他表示有關精神狀態的知識，必須藉由生物學的研究來認識。孔德的論述說明了所有的精神現象都是生理決定的結果，他主張生理現象才應該是研究的主題，因此沒有研究精神狀態的必要性。從這個結論中，他表明了否定精神狀態之間關聯性研究的重要性。由於孔德的社會學是以自然科學的真理為預設前提，所以他認為社會學必須在自然科學完善時、且必需在其關聯於自然科學之整體，在這樣的命題上才能建立其真理。孔德這種在廣泛的現實世界中劃分領域，他自行其是的認定方式，與狄爾泰認為一個新學科之所以成立，是由於它發現了重要之真理，在構成的因素看法不同。狄爾泰認為孔德並沒有善用實證方法檢證歷史、反省個體及社會的關係；也沒有善用在進

為他們缺乏理性之外的論述無法說明人類生活的整體性。

⁸ 同註 1，PP.49-50。

⁹ 《劍橋百科全書》實證主義(Positivism)：主張一切真正知識都來自科學的哲學觀點。並否定形而學推論的正確性。實證主義在 19 世紀後半期十分流行。在各種派別的思想家如孔德、英國功利主義者、斯賓塞和馬赫等人的哲學思想中都有實證主義的因素。

¹⁰ 《劍橋百科全書》「經驗主義」係主張一切知識或大多數知識來自於感覺經驗的哲學理論，通常與理性主義相對立。數學知識和語言能力給經驗主義提出了難題。有些經驗主義者，例如洛克，宣稱所有的概念但並非所有的命題都是來自經驗；感覺使概念具有二元性，理智則斷定 $2+2=4$ 。有些人宣稱數學上的真理並不「重要」；另一些人則宣稱這種真理只不過是高度證實了的概括(彌爾)。許多人承認某些類型的推理獨立於經驗之外。有些人承認可能存在某些必要的固有心理結構可以用來解釋人類的各種能力，例如學習語言的能力，但他們堅持認為，這些結構沒有為理性主義提供任何證據。

¹¹ 同註 1，PP. 49。狄爾泰認為以孔德和密爾為代表的實證主義和經驗主義等學者的研究，屈就於「自然科學」的方法是將歷史肢、解毀損。

行理論之建立，最後造成自己學說的矛盾。所以狄爾泰認為：孔德建立的學說僅是「自然主義的歷史形上學」。¹²

狄爾泰進一步提出：孔德將天主教的教義轉化為由自然科學管理的階層社會幻象；¹³ 他認為孔德沒有認識到，作為一種科學的歷史和具體社會科學的關聯，這個關聯應該是由通過(1)社會生活之具體橫斷面部分到另一個橫斷面部分的現象，呈現了其生活中一般性到複雜的進步過程；以及由(2)社會歷史共存現象和變化關係之研究，來掌握事物及其修正狀態，這個連續性和共存現象之真實關聯。¹⁴ 基於此觀點，狄爾泰認為：將各種歷史整體分解成各種較為簡單而清晰的特殊脈絡，是研究歷史關聯的唯一途徑。¹⁵ 所以他說孔德並沒有成功地接近社會及歷史現實，也沒有獲得關於人類進步的普遍法則及實在的成果。至於後來承繼孔德大部分思想的學者密爾，雖然承認道德科學的解釋法則都是自主的，然而他仍然認為研究世界事實的方法，應該受自然科學的方法支配才會有結果。狄爾泰表示這個想法是錯誤的，因為世界事實的組成不同於自然科學，¹⁶ 所以研究的方法也應該不同。

狄爾泰透過對於人類發展之歷史過程的觀察，說明關於「人」、「歷史」以及「社會」形成一個精神事實的領域。他認為由這種觀察來發現人類發展之過程的經驗方法，建置之人文科學研究的具體程序，可以發現其價值所在。所以他認為實證主義透過知識之界定，只是得到科學片面的概念，並根據這個概念來決定適合科學的學門和地位；所以他認為實證主義的方法錯誤，這種方法忽略歷史的內在真實性，無法將各種具體科學的原理進行聯繫，獲得的結果僅是「知識」概念的拼湊與濫用；此外他進一步指出實證主義者認為歷史寫作是個人主觀經驗，不具有客觀的科學地位，這點也不為狄爾泰所接受。¹⁷ 因為人文科學的研究對象是社會和歷史的真實性，所以呈現社會和歷史真實性的歷史寫作便是人文科學的「材料」。¹⁸ 因此狄爾泰主張，只有透過對歷史實在進行多年的具體研究，

¹² 同註 1，PP. 154。

¹³ 同註 1，PP.162。

¹⁴ 同註 1，PP.159-161。

¹⁵ 同註 1，PP.160。

¹⁶ 同註 1，PP.157-158。

¹⁷ 同註 1，PP.57。為了要迎合自然科學的概念和方法，狄爾泰認為將會犧牲在科學中合理、具體、經驗的確信基礎以及情感，最後導致歷史的真實性折損。

¹⁸ 同註 1，PP.76。

對歷史才能有真實的了解。¹⁹ 換言之，有關自傳、傳記等呈現的正是人類生命多年生活過程的反省，可以把握生命之歷史特徵所具有的意義。具有歷史的真實性、有關人類生命及活動的過程，都是人文科學的研究對象，這些研究的對象和自然科學研究的物質對象是截然不同的。然而歷史學派方面雖然能從觀察、研究歷史現象，獲得一定的成果。但是狄爾泰認為歷史學派以純粹經驗的方式，投入歷史過程的細節裡，這個方式的研究中將精神生命視為歷史性的，並藉由歷史的研究中探討社會理論、找尋當代生活的原理和規則，狄爾泰認為歷史學派的方法並不足以認識歷史的全貌。²⁰ 他指出：這個觀點缺乏在認識歷史的過程中構成社會、歷史實在的生命單元系統，及其內在經驗的關聯，²¹ 這種對歷史現象的研究缺乏意識的關聯分析，並無法認識完整的歷史。所以他表示歷史學派不能徹底瞭解，相互關係之邏輯體系的意識和過程；也無法從中將自己與其他系統作一區分，來呈現各自真實的功能；²² 以至於無法成功地發展歷史相關的理論。

狄爾泰認為這些未能認識歷史全貌的學者，發展之相關歷史概念缺乏可靠的知識基礎。換言之，歷史學派的學者對「人文科學」的主張，呈現無創造性、膚淺和缺乏哲學的基礎。²³ 有鑑於此，他認為這些質疑探究的工作，要訴諸更多靈活的思維和深刻的直覺，在分析上必須更為精煉、客觀，才能證明「人文科學」的確具有理論的精確性和普遍有效性。因此狄爾泰進一步考察當代之科學哲學思維，及其在經驗、語言與社會、歷史的關聯，爾後提出每一個具體的研究或科學必須和整個社會、歷史實在，以及人類所具有的社會、歷史實在的知識之間彼此相關聯，由此關聯產生的統一體才能掌握歷史事實、法律與引導正確的判斷規則關係。狄爾泰認為這三種關聯在任何地方、任何時刻都是可以證明的，這三種關聯的統一體代表：(1)社會、歷史實在及其變化和所有現象的因果關係；(2)控制這些現象的普遍法則；(3)關於人類總體性任務關聯的價值及命令系統。²⁴ 因為透過人類的日常活動，以個體的人格作為生活單位，與外部世界及其他個體生命

¹⁹ 同註 1，PP.75。

²⁰ 同註 1，PP.48-49。狄爾泰批評的歷史學派為法國的基佐（Francois P. Guizot, 1787-1847）和托克維爾（Tocqueville），狄爾泰認為他們挑戰了 18 世紀有關法律、政府和宗教的觀念。

²¹ 同註 1，PP.76。

²² 同註 1，PP.163。

²³ 同註 1，PP.48-49。狄爾泰認為 Comte, John Stuart Mill, and Buckle 嘗試藉由自然科學的原則和方法去解決歷史世界的困惑時引起歷史學派嚴重的反對聲浪，尤其是 Carlyle 等學者反應更激烈。藉由一面之詞或是無理論基礎的證明是無法達到普遍有效性的原則

²⁴ 同註 1，PP.139。

的互動，雖然可以說明日常生活中個人的意願、感受和思維，不過這個面向只能說明生命之側面。然而什麼是人類的總體生活及活動？人類的總體生活及活動有什麼重要性呢？人類的總體生活及活動，就是對自己存在之內在體驗及與外部世界互動之外在體驗的關係。在這種互動之中，自我意志的抽象理念、感受經驗的範圍和「外部現實」同時的呈現，²⁵ 具有如同其他個體一樣明確的生命活動。這種意識之主體的關聯，只有在人類自我反省的心理根源中才會呈現。狄爾泰在這裡要表達的，除了個人生命和他人生命的關聯之外，還有個人及與其互動之外部世界的共同關聯，也就是由自我和他人共同組成的社會、歷史、文化...等共同的生命關聯。狄爾泰認為只有在這種關聯中，才能認識存在人類生命裡真實、普遍性中之無限性關聯的形式；這種關聯是不言自明的存在，即使被忽視在人類世界中卻依然真實的存在。因此狄爾泰主張：一個真正有感受的歷史學家應該將自己投入研究對象中，如同歌德的作品所呈現的感情、同情和熱情，表達了人類從內心世界反映的整個精神世界。狄爾泰企圖在此關聯上發展「人文科學」的架構和體系，²⁶ 以建立社會歷史現實理論的確定性基礎。

至於狄爾泰是否能證明「人文科學」確實具有普遍的共同基礎？在探究這個重要的工作之前，我們必須先了解「人文科學」的涵義是什麼。「人文科學」，也就是「人文科學」(Geistwissenschaft)。狄爾泰使用「人文科學」這個名詞是援引自密爾的《邏輯學系統》，表明研究精神事實和人類本性的總體活動，也就是有關歷史文化的知識，所有各種以社會和歷史真實性為研究主題的學科都歸屬於「人文科學」。²⁷ 「雖然「人文科學」一詞尚無法完全表達精神事實和人類本性的總體活動，不過任何企圖描述和分析社會、歷史實在的理論都應重視人類的整體性。換言之，只有「人文科學」能夠適當呈現事實的核心領域，並可以和自然科學畫出界線。狄爾泰要證明「人文科學」確實具有普遍的共同基礎時，首先必須說明人類歷史之中符合科學條件的所在。那麼什麼是科學？「科學」(sciences)

²⁵ 同註 1，PP.98。狄爾泰認為人的各種熱情及內在需求和感覺的共同體迫使人成為文化體系結構的部份，也成為人類外部組織的一部份。這個外部組織是由社會、共同體、組織及其通過權力關係和意志的外部環節構成的。

²⁶ 同註 1，PP.47。狄爾泰認為沿著哲學以前努力的道路，透過不斷的考察歷史發展過程中的關聯，可以進一步發展取得人文科學知識論可能的確信基礎。

²⁷ 同註 1，PP.57-58。當時科學的概念被分為兩類，一類是自然科學；另一類雖尚被廣泛接受不過有部分的學者則以 Geistwissenschaft (精神科學) 來表示，尤其密爾的《邏輯學系統》的流行後更被接受。狄爾泰認為通過運用「Geistwissenschaft」可以追隨致力於整體學術(*globus intellectualis*)的學者們的腳步進一步論證精神的研究主題。

則是表明任何一種由精神事實組成的複合體，狄爾泰認為「科學」這個複合體具有：(1)在邏輯系統內永久普遍有效、(2)每個關聯都是圓滿的、(3)最後部分將回到連結成整體等三個特徵。²⁸ 狄爾泰認為有了這三個特徵，便可暫時界定人類歷史之中「科學」的涵蓋範圍；「人文科學」包括人類歷史過程中的發展，有關人類歷史的科學，以及人類精神事實的領域；此外可以進一步區分自然科學和人文科學的差異。²⁹ 接著在人文科學認識的對象方面，狄爾泰認為：人文科學的研究對象及其研究主體是相同，其研究對象是「人」、以及與其互動的「他人」、「事物」和「外部世界」的關係；而「人類本身」是主體，認識外部世界的能力即存在於這個主體之中。

由「人」這個主體和「外部世界」的關聯過程，就是「內在經驗」和「外在經驗」的活動；人類日常活動中產生的關聯，將獲取明確的結果，那是一種彼此交融的情感，是「人」生命活動中最真實的存在。在「內在經驗」中、各種「意識」事實裡，人類才會發現思維過程擁有的堅固基礎；這種事實是「純粹意識」、「物質」和「人」相互關聯而產生的「生命」(Leben；life)，所以狄爾泰認為康德「純粹意識」只是這個認識生命的一環。換言之，「純粹意識」認識的只是「生命」的側面，所以他提出以「生命」為核心的「歷史理性批判」，企圖說明康德的「純粹理性批判」不足以涵蓋人類精神事實和總體的活動，而人文科學的任務就是要進行這些事實的分析。³⁰ 從思維的內容和一般的活動過程中產生的問題，便是「人文科學」所要探討的主題；亦即是以「生命」作為出發點，回到「生命」中之自我意識的反思，進而獲得各個認識「生命」的視角，最後串連在一起，統整接近「生命」的全貌。當我們認識「生命」完整的面貌，才能回應生命整體的問題，而不會失之偏頗。如此我們才能把握「生命」每一個需求，進而通達「生命」的深處，這個便是通達生命深處之普遍有效的方法和基礎路徑。

狄爾泰由此通達「生命」的進路進行「人文科學」的研究，認為從思維的內容和日常生活過程中，可以發現存在著「生命」的「經驗」和「意義」。因此唯有回到生命和社會的現實裡，有「人類」存在的科學才能產生意義，例如：假設

²⁸ 同註 1，PP.57。

²⁹ 同註 1，PP.57。狄爾泰指出在科學的概念裡分成兩個部份，一個是「自然科學」、另外一個卻還沒得到大家普遍的認同，在《精神科學導論》一書的目的就是要從確認這個「科學」的工作做為論述「人文科學」基礎。

³⁰ 同註 1，PP.49-50。

科學家設計的飛機無法為人類服務、發明的藥物無法為人治病、或是倡導的道德只有上帝才能達到的境界，這樣的發明和主張是不夠的。狄爾泰在當時「自然科學」開展的人類文明中，看到自然科學企圖藉由實證研究改善人類之生活，將物質作為研究的對象，可是卻又在自然科學的研究中，將「生命」當作物質對待。這種忽略了「人才是居於中心地位」的態度，³¹ 把「生命」自研究對象中抽離的自然科學，實際上卻是認識論的謬誤、淪為缺乏對生命整體認識的「科學」。換言之，謬誤的研究即使有了結果，但是由於忽略了攸關生命及文明發展中至關重要的議題，其所能發揮的效用是部分的，也僅只能對生命提供片面的服務。因為關於影響社會的相關規範、產生動亂的原因，以及促進健康發展資源的知識等，這些社會互動變項的議題如果被忽視，就如同放棄了探討「生命」內在精神的所有需求和真理。³² 所以狄爾泰在《人文科學導論》中痛心疾首地批評：「17-18世紀腐蝕了科學，危害了社會的自然系統。」³³ 他企圖引導學者們認識「生命」的整體，以發揮「生命」真正完整的功能。狄爾泰進一步表示所有的科學都是從「經驗」而來，全部的經驗則必須回到「意識」的條件和脈絡中產生關聯，如此的「科學」才能夠認識何謂「生命」的整體。³⁴ 這裡所論述的「意識」和康德的「純粹意識」是不同的，這裡說明的「意識」是「生命具體表現」在感覺世界中及其與其他外部世界關聯的「意識」。亦即是，「意識」需要通過「內在經驗」，如此才能把握認識生命各種面向。對這些「意識」事實的分析，便是「人文科學」的中心任務；它包含自然界存在之認識論，以及與行動有關的意願和價值的原理。³⁵ 因此我們順著「意識」這個脈絡走，便能找著通往生命深處的道路。根據這樣的線索，狄爾泰將「生命」看成是人文科學基礎的核心。他認為就此核心既可以一方面釐清以往實證主義所引導的錯誤方向，另一方面可以修正康德「純粹意識」抽象化的概念，而作為人文科學和客觀化理解的方法論基礎。在狄爾泰

³¹ 同註 1，PP.50，62。狄爾泰認為人文世界和自然科學界由於知識的來源不同，所以是不可通約的，盲目的通約將讓人文科學的基礎變的更遙遠更模糊。

³² 同註 1，PP. 56-57。Dilthey, Wilhelm, Tr. By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《The formation of the historical world in the human sciences》Princeton University Press,2002, PP.205。狄爾泰認為對生命缺乏整體的認識時發揮的作用僅可對社會提供片面的服務，所以企圖引導學者們認識生命的整體以發揮真正完整的功能—包括那些沒有使用精神表達卻可被我們理解部份的表達。另外狄爾泰認為有關影響社會規章、產生動亂原因以及促進健康的發展的社會的資源的知識，都是生命暨文明發展中至關重要的議題。

³³ 同註 1，PP. 163。

³⁴ 同註 1，PP.50。

³⁵ Dilthey, Wilhelm, Tr. By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《The formation of the historical world in the human sciences》Princeton University Press,2002, PP.205。

的思維中，人文科學的各種具體學科不僅是互相關聯的，而且還具有共同的哲學認識論和方法論的基礎；從歷史哲學和社會學抽象得來的普遍真理，可以深化人文科學方法論的關係：歷史哲學運用這種關於歷史組成的部分和體系的命題，可以將一些模糊不清的基礎觀念進一步澄清。簡言之，狄爾泰認為孔德等實證主義學者和抽象的理論學者在發展理論時，如果能注重人文科學在社會及歷史現實中的相互關係，那麼就可以認清有關人類世界知識原理。亦即是，在世界整體之中，人文科學即可成爲一個獨立的體系。³⁶

在上面的論述中可以得知「人」是「人文科學」的核心基礎；不過生命的範疇如此廣泛，生命和外部世界的關聯方式是否具有普遍有效法則？在什麼樣的情形下可以將人類部分生活的感覺連結爲整體？狄爾泰就此提出生命的感覺和外部世界關聯的普遍有效法則，必須是「人類」作爲存在，並且是活躍於歷史的實踐實體；這個觀點包含著三個主張：³⁷ 第一個主張是通過知覺過程中實際感受的部份，這個部份形成知識的歷史成份；第二個主張是描述在現實中，被抽象理念抽離現實部分內容有關的一致性行爲，這個部份形成人文科學理論的組成部分；第三個主張是表示價值判斷及規定規章，包含人文科學實踐的組成部分。簡言之，人文科學由這三個主張組成事實、原理、價值判斷和規章，形成人文科學中存在於歷史之間、抽象理論及實踐方面共同普遍基本的特性。狄爾泰表示通過自我反思地分析，這三個主張必須相互產生關聯，才能得到生命和外部世界全貌的解釋，對人文科學的認識才能完整並奠定正確的理論基礎。換言之，人類依據各種所知覺的表象，得到有關價值的判斷和規則僅是部份結果，思維活動也只能表達出生命本質的部份，這些「部份」無法構成生命的整體。「生命」必須透過外在表達和內在精神之關聯取得的結果，才能進一步理解生命整體的存在。狄爾泰進一步表示「理解」存在於思維循環中，沒有絕對的起點和終點，也無法離開任一點，生命透過不斷的體驗，追尋對自我及他人生命的表達和理解，在這個過程中便獲知生命的關聯是具有普遍有效性。換言之，人文科學與其他學科持續相互關聯時才能認識社會及歷史現實；在這種認識中，人類各部分生活的感覺便可以連結爲整體。狄爾泰並以歌德和盧梭的自傳爲例，進一步說明生命中各個部份聯繫爲整體的事實。從盧梭的《懺悔錄》說明盧梭（人類）爲求生存及自我超越

³⁶ 同註 1，PP.50。

³⁷ 同註 1，PP.78。這三個主張是針對史賓諾沙提出的（關於規定都是否定）的批判。

時，精神內在的掙扎與外部世界奮鬥，呈現人類把價值賦予生命無限的可能性。以歌德《詩與真》來呈現生存狀態每一個時刻的重要意義，就在其形成和發展的過程中、經過體驗及內在固有的價值和隨之產生的力量，所以每個生命都是有價值、意義的存在。³⁸ 論述及此可以發現：為人文科學奠基工作的學者們，承接過去歷史和展望未來的動力，是一種相信生命的意義和價值的力量。這樣的力量讓他們得以肩負承先啓後的使命，在鑽研具體人文科學的成長及使之完善的過程中，他們的生命也隨之充實而完整。

狄爾泰發現人文科學發展過程中，必須持續不斷地吸收新的事實，從通過一種比較方法和心理學基礎之中，逐漸獲得一般的理論特性。他認為當更清晰地意識到它們在現實中的相互關係時，則社會學、精神哲學和歷史哲學的問題將會在人文科學中找到解答；因為抽象命題只有在現實的境域中，才能徹底地分類及掌握邏輯體系的相互關係，得到有效而真實的答案。他慎重地表示脫離這個整體便會出現災難性的錯誤，如抽象的自然法理論、政治經濟和宗教系統…等，³⁹ 狄爾泰從人文科學的具體發展，說明這些主張的進步過程，是通過社會外部組織及文化系統中具體的、公正的分析所呈現的結果；而社會外部組織及文化系統，則是通過物理的和精神物理的現象與人類關聯作用產生的。對這些現象進行分析後，狄爾泰認為已經決定了具體人文科學的重要理論範圍，有關這些的現象如：需要、工作、權威和滿足等，都是政治經濟學、政治學和法學基礎的組成部份，對這些現象進行分析便可以洞察所謂的社會結構了。他主張在整體之研究中，歷史過程可以變得更為清晰、引人注意，人文科學的理論便可以對社會個體的互動關係闡釋得更完善、更易於理解。⁴⁰ 所以狄爾泰說：「理解和解釋是人文科學的研究中普遍使用的方法，它涵蓋了人文研究中所有的功能和真理」。⁴¹ 這樣的功能和真理的範疇中，每個點都可以開啓人文世界的內涵，並進而可排除理性的抽象化思維，避免斷章取義的理解人文科學。由此可得知由人文科學出發，使用理解和解釋的方法（也就是詮釋學的方法）；當完成人文科學的認識論基礎的論述之後，便可以確定人文科學間具體的關聯，也回答了人文科學知識何以可能的問題。換言之，狄爾泰在詮釋學與人文科學之理論相互關聯中，找到人文科學的基

³⁸ 同註 35，PP.218-220。

³⁹ 同註 1，PP.162。

⁴⁰ 同註 1，PP. 163-164。

⁴¹ 同註 35，PP.205。狄爾泰狄爾泰在對他人其他生命表達的理解一文中開頭便說：人文科學的研究中普遍使用的理解和解釋，涵蓋人文研究的的功能和真理的每個點都可以開啓世界。

礎，做爲提供歷史學家的判斷、政治經濟學家的結論以及法律學家的概念的確定性原則，進而解決了歷史學派和各抽象理論之間的衝突。

第二章、人文科學的詮釋：體驗、表達和理解

狄爾泰從施萊爾馬赫遺作編輯工作中，傳承了施萊爾馬赫對於詮釋學的觀點，並將這些觀點持續的發展為認識論和方法論，表明了 19 世紀人文科學的發展，不再滿足於以自然科學為核心。可是，傳統的人文科學，缺乏自然科學中通過方法論的結構，以及系統的關聯。狄爾泰認為如果，科學面對的研究對象是生命內在的事物：是一種通過生命，匯集四面八方而來的生活內容、隨著人的七情六慾及世俗的苦惱、渴望自由和面對未來積極的或是畏懼所造成的絕望，所有的努力或灰心，都會貫穿過去、現在或未來。從這個面向而言：他積極論證人文科學的客觀實在性，亦即是「精神世界的命題裡，如何使精神的真實知識成為可能？」¹ 關於這個問題的回答，狄爾泰認為這些事實的相互關係，要一一闡明是具有的困難度的。因為，那是人文科學概念上真正的原則，是以生活逐漸體驗的方法得來的，在人類整個生命活動的創造和合作裡、在顯示人類的獨特性和關聯中，才能表達顯現出生命獨特之處。當人類在生活中體驗到「人」的狀態，而且這些狀態，是可以在生命顯示中表達出來的時候，這些表達才能夠被理解，人類才有可能成為人文科學的對象。藉此論述狄爾泰認為，可以證實精神的真實知識是可能認識的。從這個脈絡裡可以非常清楚地看到，人文科學的研究範疇雖然很廣，但其對象主要涉及體驗、表達和理解，這三個基本概念和彼此之間的關係。所以接下來要從狄爾泰考察體驗、表達和理解的相互關係，論述使精神的真實知識成為可能的哲學主張。

第一節、「體驗」(Lived Experience)

從狄爾泰之人文科學論述中可以明確知道「生命」不僅是被研究的對象，而且還是生命活動本身。為何生命是生命活動本身呢？人類經由認識自身、歷史和社會的能力，了解生命活動是一種無法再化約的內在存在，也是人與外部世界關聯時，通過心靈的感受及思維，囊括過去、現在的生活經驗的延續。換言之，「體驗」就是可以確定自身以及外部世界的人、事、物的存在，並由此確定自然界存在的程度，也就是各種認識論的原理。「由『體驗』之中，我們可以認識並說明各種意圖、最高的善，以及各種價值存在的原理，這就是人們認識自然界的所有

¹ Dilthey, Wilhelm, Tr. By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《The formation of the historical world in the human sciences 》 Princeton University Press, 2002, , PP.213。

處理過程的基礎」。² 他認為，人透過親自參與生活來進行反思、認識世界，以及獲得認識世界的材料，並從與他人及世界互動的體驗來認識自身以外的人、事、物的真實存在。這個過程不斷的湧向未來，證明生命具有「創造性」和「歷史性」。簡言之，生命內在活動的體驗是一切認識的起點和終點，是認識的關鍵處，它無法透過其他的方式去認識，這種透過生命本身的體驗所了解的生命才是最可靠的。因此，狄爾泰反對康德認識論的「純粹理性」主義，批評康德的先驗哲學是「僵硬和死板的」。同時，他也反對經驗主義者的觀點，經驗主義者認為對生命是「原子論之理論的認識」。因為「純粹的、先驗的意識」並不是如康德所說具有永恆性的；也不是原子論之理論所認識的、沒有感受、沒有情感的存在。思維在人的精神深處中流動，在每一個當下真實把握的意識，匯集了四面八方而來的感受，這個存在就是人文科學的最基本內容「體驗」。由此考察，狄爾泰確定：從生命體驗出發的人文科學，涵蓋了生命整體的意識，可以補充康德《純粹理性批判》的不足之處。

狄爾泰為了證實精神的真實知識是可能認識的主張，在早期便透過關注心理學的方法，以及對於藝術和宗教生活體驗的探究，最後由人文科學的基礎考察中提出了體驗的概念。到了後期他認為憑藉心理學和體驗的方法，無法為人文科學提供堅實的方法論基礎，故而轉以生命體驗的表達出發，通過理解和解釋學的方法，來展示生命的真實與精彩。他發現由他人體驗處得來的「自我理解」，足以補充生命的「張力」，這個「張力」是生命自我超越時，所展現「體驗」本身的可能性，生命也因此造成深刻的影響。這個「張力」的範圍，起源於思維的活動，當外部世界引發思維時，人類之內在感受被觸發而引起變化，這些變化導致了差別的意識。「體驗」亦隨著每一次感受觸發的變化經歷，累積客觀化的判斷基礎，所以在每一次生活狀況的改變裡，理解都是思維判斷的獨立狀態。經由參與生活和思維狀態中的關聯，可以在其他人裡再次找到這個感受；這個便是「再現的概念」，「再現」透過思維進行理解，沒有親自參與，是無法得到「再現」的感覺。狄爾泰認為這些的概念是統一的、多元的、本體的、差異的、具有階層關係的，是人類生命整體的實在之真正範圍…。³ 這種生活體驗圍繞著思維的行動，是一

² Dilthey, Wilhelm, Tr By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《Introduction to the human sciences》Princeton University Press, 1988, PP.61。狄爾泰認為這種內在體驗的科學是人們對自然界的處理過程的基礎。

³ 同註 1, PP.218。

種不需要華麗的行為和修辭，沒有謊言的修飾之「實在生命」，也就是「真正的理性」。論述至此，狄爾泰在確立理解方法的生命世界裡，找到了歷史和人文科學的獨立根基。並認為藉此基礎可以展現歷史和人類生活體驗的整體性；也為生命哲學和人類意識提供完善的基礎，進而擴展了體驗的範圍，形成在心理學的基上之生命解釋學的內容。

由狄爾泰的「體驗」這個概念出發，可以看到「體驗」概念之前、後變化中具有一個內在關聯，這個內在關聯中，無論從描述性心理學，還是歷史的或解釋學方法的角度探究，審美體驗便是關鍵的基礎所在。狄爾泰表示透過文學作品、詩篇賦予作者的創造性，可以克服心理學內在的缺陷，因為在詩歌和藝術之創造力中展現的視角，能夠使生命得到了「補充」和「張力」，時代的意義就此產生。換言之，狄爾泰的「體驗」概念，係以生命為中心出發，從日常生活、實踐活動中成就了自身的規範，所以它既不是心理學意義上純粹的內省，也不是現象學意義上純粹具有意圖，而是一個精神思維貫穿、統一之重要的範疇概念。他說：「人類精神的世界中，知識透過內在經驗、外部世界及與其他人生活體驗相互關聯，達到互相理解、作為歷史理解中的共性和客觀精神。」⁴ 由「體驗」這個概念的前後發展和內在的關聯，狄爾泰清晰地把握生命哲學的基本發展脈絡。⁵

狄爾泰表示：在進行研究時將各種事證加以考察，由其中脈絡的真實性和關聯，可以發現宇宙就在心靈的內在領域中被構成了。⁶ 這個定位是在意識的條件下才能呈現，是一種透過內在體驗，感受到當下所把握的真實意識。所以說，一切科學都是體驗的科學；一切「體驗」都是「意識中的體驗」。在內在體驗中，人類可以找到自身思維的航道，人文科學也找到它自己發展的基礎。對於外在世界的感受，採用自然科學的方法去經驗，狄爾泰稱之為「外在體驗」；但是要感受內在世界，也就是對人類的自我意識層面的感覺，就必須用人文科學方面的知識：包括心理學、哲學、歷史、語言學、經濟學、法律、倫理學、審美、藝術、邏輯等。亦即是，透過「內在體驗」的方法，可以將生命活動之當下意識的真實性，與「外在體驗」聯繫而呈現實在的生命狀態，例如傾聽音樂的過程，可以將

⁴ 同註 1，PP.218。

⁵ 同註 2，PP.142-143。

⁶ 同註 2，PP.77。

確切意識的感受真實把握，毫無疑問地呈現出情感感動之表達。⁷

自笛卡兒以來認識對象的主體和客體二分方法，在狄爾泰的生命哲學中，被「內在體驗」和「外在體驗」所取代。「內在體驗」於當下把握的真實狀態，在生命世界的回應裡，意義、感覺和價值被還原成體驗的對象。因此，「內在體驗」和「外在體驗」體驗是同時進行的，並無主體和客體之分。人類生活在「體驗」之中，並透過「體驗」而生活，個體在時間的流動裡，形成存在的統一體。這個「內在體驗」和「外在體驗」的統一體，便是「生活體驗」中可定義的最小的單位。⁸ 每一個生活的部分都會形成更廣泛的統一體，並接續地連結成爲「生活的體驗」。每一次的「體驗」總是包含那個當下的記憶，生活「體驗」的每一個狀態，都是一個暫時的變動過程，所以當它可能被掌握之前，就已經成爲過去。經由這個變動，人類認識到自身擁有的過去與現在的存在，沒有過去就沒有現在，更沒有未來，每一個「部份的生命」之存在構成「整體生命」。因此這個生命的本質人類無法掌握，而是不由自主地、被動地面對過去，但是卻也無法猶豫地邁向未來。這些變化的過程就是生命的過程，像一條源源不斷的時間河流，看不到源頭也看不到盡頭，從過去流動到現在並流向未來。生命的過去不管是成功或是失敗、快樂或是悲傷，都存在於人類的記憶之中、人類內在彼此互相連結之部份，都是生命存在的證明，證明人類勇於向前、向世界及未來宣示參與及奮鬥的體驗。這個人類參與生命之體驗，賦予了存在的意義，揭示透過意識統一中，其理解的關聯狀態，也就形成了全部理解的狀態。⁹

由上面的論述中，可以清楚看出，狄爾泰運用「體驗」概念的內在關聯性，進行無間斷的實踐概念。他透過對日常生活、藝術和宗教生活，或是由詩歌、自傳及傳記探究中提出體驗的概念，試圖爲人文科學尋找堅實的方法論基礎。不過心理學和體驗的意識中，是否存在人文科學堅實的方法論基礎？當體驗與生命活動結合起來的同時，生命也透過體驗、表達和理解的方法，進行展現通達生命深處的路徑。狄爾泰藉由詩歌的體驗進一步說明，詩人藉由創造性、想像力的作品——詩歌，正是形成體驗與生命活動結合的最佳方式。因此，經由釐清體驗概念發展的路徑，狄爾泰認爲已經明確闡釋了，做爲人文科學提供基礎的體驗，以及解釋

⁷ 同註 1，PP.72。

⁸ 同註 1，PP.216。

⁹ 同註 1，PP.217。

學之生命哲學發展的脈絡。

第二節、表現(Expression)

狄爾泰證實「體驗」提供人文科學之基礎，「生命的體驗」經由內在與外在的交會，最終以各種方式呈現。換言之，「體驗」是構成精神世界的基礎，人類無法直接採用內省的進行掌握，但是透過「表現」卻可以一一展露出來。不過人類是否可以掌握「表現」呢？人類意識到體驗，就像一座冰山一樣，由生命中深不可測之處浮現出來，這個把握的過程，便稱之為「表現」。生命表達發生於感性的世界中，不管是有意的或是無意的表達，或是那些能夠讓我們理解的表現，都可以把體驗無法呈現的內容顯現出來。透過理解人類自身以及彼此關聯之表現的實際體驗中，其生命和他人的生命被認識了，藉此我們才能理解自己和他人，所以「表現」是我們接近生命及知識的最重要來源。因為存在著「體驗」、「表現」和「理解」之間的關係，人類才成為人文科學的主題，這種經驗的普遍性，不可能透過單純的體驗和反思去加以理解，而必須經由表現的聯繫才可以被理解。

有關這些表現的理解狄爾泰認為：不同的「生命表現」，會產生不同種類和程度的理解，因此將「生命表現」分為以下三種類型：¹⁰ 第一類（生命表達）包括概念、判斷、思想體系。這類的表達借助於邏輯規範作為科學的構成要素，他們有共同的基本特徵，這些特徵存在於他們的同一性裡。藉由判斷表達了思維內容的有效性，在邏輯上完善的思想關係中，便能夠確定理解的基本特徵。因此，對於判斷的表達者和理解者來說，判斷具有同一性。狄爾泰表示這裡的理解，比任何一個涉及其他生命表現的理解更完全，人類並不須要求去考察它的精神情境。第二類表達是行動，通過行為表現出來的目的。行為和表達於行為中的某種精神性之間的關係是有規律的，並且可以進行假設，通過一個決定性動機的作用，行為從生命的整體進入了個別性。不過，不管如何謹慎，卻也只能表達人類本質的一部分，行為進行中存在之本質其種種表象也被消除了，並從此脫離了生命的關係。因此狄爾泰主張：必須說明關於環境、目的手段以及生命的關係，它們是如何和行為進行關聯，行為才可能對於產生在其中的內部狀況做出完全的規定。第三類表達是體驗表達，在產生體驗表達的生命，和這種表達所促成的理解

¹⁰ 同註 1，PP.226-228。

之間，能表現更多的精神關係。「表達」如同將生命從冰山下將意識提升出來，生命存在於體驗表達的本質中，可以被當作理解的基礎。不過體驗表達屬於非真實性和真實性的判斷，並未涉及真、假的意涵，因此偽裝、說謊和欺騙並不影響表達與被表達者的關係。狄爾泰表示：人文科學中的體驗表達所能達到的最高含義，就建立在這種差別之上。¹¹ 從生命活動中產生的物質，都受生命活動利益的影響，在實際利益的爭鬥中，表達可能呈現欺騙，理解也因之有所改變。不過狄爾泰認為：作品的呈現是生命的真實表現，具有穩定的、可見的和持續性的特質。所以在藝術上存在有效性和確定性。這是一個在知識和行為間，產生沒有向觀察、反思和理論開放的生命之領域。

狄爾泰表示如詩歌、哲學作品等都屬於「體驗表達」，呈現個體意識所不及之部份的表達，是一個不言自明、即使刻意忽略卻依然存在的事實，正是生命的真實內在，是人類接近生命的重要途徑。為何作品的表達可以呈現生命的真實內在？從這些生命的表達，可以進而理解他人以及他人生命的表達，因為「內在的體驗」係透過表達，讓自身內在情感得以適切抒發，以便讓他人理解的過程，例如詩歌、傳記的意境就是狄爾泰認為最佳的代表。他認為，表達應具有「創造性」、「適當性」和「有效性」三方面的特徵。音樂家藉由創造性，用他的音樂所表現的世界，觸動聽眾的情感，把創造性、適當性和有效性揉和一起，引起聽眾內在世界的共鳴。狄爾泰特別重視音樂和詩歌兩種語言，藉由這兩種語言的表達，人類的內在生命，才能找到完備及徹底可以了解的表現；精神的生活表現在於證明自己，成為世界上最高的發展階段中自身的、物質的和抽象的基礎。¹²

第三節、「理解」(Understanding)

狄爾泰在《歷史理性的批判》手稿中，指出兩個「理解」的原理：一個是「理解」在你中發現我；另一個是凡是人創造的東西都可被理解¹³。透過外在事實賦予內在經驗一定意義的過程，被狄爾泰稱為「再現」(rediscovery)或「理解」。那理解可以發會什麼效用呢？理解的過程之中，外在經驗與內在經驗共同發揮效用，以內在的感受和理解作為生命世界的理解基礎，並進而發揮認識外部世界的作用，而外部世界只有根據內在經驗才能顯現精神的內容和意義。理解的過程，

¹¹ 同註 1，PP.226-228。

¹² 同註 1，PP.217。

¹³ 同註 1，PP.213。

可以視為人文科學研究的基本模式。理解首先產生於實踐生命的需求活動中，人類相互溝通、互相理解的過程稱之「理解的基本形式」，基本理解的相互組合形成「更高形式的理解」，¹⁴ 它存在於表達和其表達的內容裡。亦即是，一個從發生的結果回溯到使這一個結果成為可能的生命情境，其推理過程關係稱之「理解的基本形式」。生命表達和精神的內容之間的關聯，帶著所有的「理解」以這種最基本的形式存在。

當生命通過他人的內心體驗，就可以被他人所理解，所有人的思想、感覺和意願都處於一個同一的、相互關聯的世界。我就在你的理解中找到定位，這種理解，是在生命活動中的轉向稱為「再體驗」(Re-experiencing)，¹⁵ 透過「再體驗」對於人類精神的產物，包括有形的、無形的；有意的、無意的；共同的或是差異的行動都可進行理解。因此狄爾泰主張：「理解」是貫穿整個人文科學的研究方法，生命也因為理解而得以向我們展現意義，因為生命具有意義，所以需要被理解。狄爾泰自藝術的論文中，經由創造性的角度討論理解；在自傳中則從自我和外部世界的關係，變成可以理解的經驗基礎上。他表示從外部世界給予的符號，進行內在世界認識的過程，無論在哪裡，理解過程都已為人類打開一個世界。透過心靈的表達認識體驗的過程，也就是在你中重新發現我的過程，這種精神的再發現是一種更高級的理解關聯；在我和你之中的精神是完全相同的。¹⁶ 在這個過程中，「我」與「你」彼此交流對話，「我」與「你」達成相互理解，透過理解的基本形式，¹⁷ 在每一個瞬間，我與你，相互交融。

這個交融的過程，實際上就是一個自我理解的過程。狄爾泰認為，經由進入他人的內心世界，可以重新體驗他人的心境。當個體在理解他人的生命表現時，在個體身上所發生的與在被理解者身上所發生的，實際上是同一過程。在他人那裡，體驗將自身內在的感覺，呈現於外在就是「表達」或「生命表現」，而在個體這裡，表達內化為一種模仿。因此，在他人生命表現的導引下，對於個體意識中重新體驗他人的體驗，便是理解的本質和真實過程，這個過程便是建立在個體和他者之間的相互關係上，理解使人類科學之各種功能的合作成為可能。¹⁸ 不

¹⁴ 同註 1，PP228。

¹⁵ 同註 1，PP235。

¹⁶ 同註 1，PP.213。

¹⁷ 同註 1，PP.228。

¹⁸ 同註 1，PP.213。

過，狄爾泰要如何證明，人類具有理解的功能呢？

首先狄爾泰必須能夠證明，在體驗裡被理解的事實。當感覺首先從體驗出現時，必須關注客觀價值在人類精神的世界中，究竟這個範疇有多廣闊呢？狄爾泰認為感覺在什麼範疇被使用，是初步需要確認的，這個概念表明的模式便稱之為範疇。理解的每種模式包含涉及經驗的規章，範疇是彼此相關的系統，是屬於現實描述最高的觀點，為理解最高級的範疇。他認為人類生命是豐富多彩，如果只關注於「感覺」一面，便會忽略生命內在的流動，當人類透過理解便能接近自身的和其它人內在的生命，¹⁹ 每一個不同觀點的理解都表示人類接近生命的整體。不過先驗哲學和經驗主義，都是在純粹抽象概念中找尋真理，而忘記真理始終存於現實生活中，狄爾泰認為它們都不能成為人文科學的基礎。只有以「生命」為出發點，認識生命和理解生命的方法，才是人文科學的基礎。在人類自身和他人、現代人和古代人的脈絡之間建立的生活方式、溝通以及目的性關係到道德、法律、宗教、藝術、科學、哲學等共同性。這個共同性已將自身客觀化於感覺世界中。²⁰ 人類從小便學習理解姿勢、表情、動作…，是因為這些行為總是和他的表達同時出現。在如此的環境中成長，包括對於人類自身和他人種種共同性的事物，都是人類自小便在「客觀精神世界」中進行理解的證據，也證明了人類具有理解的功能。諸如此類的共同性持續進行，不論是一件藝術作品，或是一種歷史功績，都是透過這樣共同性的表達來產生理解。狄爾泰主張在共同性的領域中體驗、思考和活動，當人類從預期達成目標的實現中得到滿足的體驗；才能體驗與共同經驗有關的意識；才能體驗得到各種共同記憶的支持，以及不斷的產生各種善和價值的意識，人類通過這種的內在體驗便使自身客觀化。通過這種客觀化的理解而得到外在的、他人的認可，這就是所謂的「精神的客觀化」。不過在主觀經驗中，這種「客觀精神」是否有標準存在呢？當「個體」與「他人」間的內在差距越大，就開始產生不確定性，會不會有內部矛盾呢？理解中只會出現共同性嗎？如果只有共同性，那為什麼需要理解來交融彼此呢？看來「精神的客觀化」在基礎理解中是找不到答案的，所以狄爾泰勢必還要考慮其他的方式，找尋從理解中增進彼此差異性產生流動交融的答案。

¹⁹ 同註 1，PP.218。

²⁰ 同註 1，PP229。

關於「精神的客觀化」的問題，狄爾泰以「移入」(transposition)²¹來說明理解他人的客觀化狀態，個體可能移入一個人的內在，也可能移入一部作品中。通過基本的理解過程，我們精神中的諸多狀態才得以向外部世界顯現，並在顯現的過程中轉變為生命的關聯。如同盧梭的過去和夢想，盧梭的哲學使命…，不斷的湧入讀者的內在思維。讀者的自我向盧梭的生命表現揭示，成為系統的轉移，這種生命參與轉移，形成了理解的最高級方式。從理解盧梭生命的轉移過程中，讀者模仿了盧梭的生命參與，「再體驗」了盧梭，為哲學奮鬥的雄心壯志，那種澎湃的情感是從二百多年前延展至今，啟發讀者的生命以及夢想。面對盧梭的感動是一種「重新體驗」(Re-experiencing)，也許曾經是一時的意識型態，但是透過讀者的生動想像、感動引發的同情，和幻想存在於自我生命中的關聯，都會加重重新體驗的力量。「重新體驗」開闊了讀者的視野，豐富了讀者的內在，讓讀者體會奮發向上的能力以及未來的無限性。

狄爾泰認為：透過對盧梭理解的創造性雖然是主觀性質，理解盧梭時將他普遍化的過程，進行對照生命之客觀化的觀察，在此時生命的客觀化與經驗聯繫，便成為人文科學研究的基礎。在個體和他人及其生活互動中進行著理解，經由體驗各種價值觀念，為了實現各種價值而確定之意圖；並制定種種可以使之達成的規範。這個過程中，充滿了個體和他人的共同堅持，以及個體和他人的共同的體驗，誠如恭敬的問候和姿態傳達著特定的文化規範。這個規範促進了「理解的客觀化」事實，就像法律或宗教所具有的明確及穩定規律的結構一般，保證了行為表現的依據。顯而易見，狄爾泰認為經驗和理解相互作用的關聯，具有以下的事實：首先是知識在體驗中的擴展過程，必須通過探索主觀的經驗之過程，產生對生命客觀化的解釋。其次是特殊事物的理解過程，因為知識是存在於理解過程之中。最後，通過歷史演進的理解，完成了從部分到整體聯繫，如此整體之理解正是呈顯生命之客觀化。²²因為理解的整體揭示了存在於個體的內在原則，通過外部個體化的原則，由環境、精神生命及其狀況的改變。這個過程就像是在盧梭的文本研讀中，讀者站在歷史之中，共同探討人文科學的事實。透過不斷的提問之中，增進了彼此的關聯，進而對人文科學的基礎和範圍…有了共識，並可以運用在生活之中，共同認識生命。因為研讀盧梭作品展現的生命力，讓讀者理解而和盧梭顯得如此親近，「時間的距離」已無法成為理解的阻礙。盧梭的文本和生活

²¹ 同註 1，PP.234。

²² 同註 1，PP.168。

中外部世界，不斷的通過讀者的體驗而理解，每一個環節的關聯互相交融，都表達了盧梭和讀者的認識的延展。即使曾經存在差異或含糊不清，在持續不斷地理解中一一得到廓清，在一點一滴的理解中累積，不斷的由部分回到整體的內在意識中，進而通達生命、釐清理解的最大奧祕。²³ 「精神的客觀化」由上述的事實證明理解的效力，而使我們認識「生命的客觀化」。另外我們也可以從盧梭的時代，來理解該時代的文化、政治、經濟，接著可以從其他的歷史聯繫，進一步認識盧梭對生命的熱忱與付出，並擴大到對世界對歷史的認識。這又是客觀精神普遍化的另一證明。

透過對盧梭的理解的創造性，讀者以客觀的方法，隨著歷史的發展，認識盧梭的生命完整性的技術，稱之為解釋。這些技術緩慢的、逐步的按照規則的改善，並從中表示人類面對困難時克服的方法。簡言之，克服困難的生命表現訴說著解決過程中的挫折和喜悅，讓後人在理解的氛圍中，學習面對生命的態度和方法。狄爾泰認為對解釋展開的理論科學便是詮釋學(Hermeneutics)，在歷史的發展中為了要持續穩定的解釋各個生命的表現，必須對文本、作品進行精煉批判，不斷的將新的、更深入的理解建立在對精神創作的直觀之上。對於此觀點施萊爾馬赫曾說：「我們能比作者更了解他自己」，²⁴ 詮釋學帶領人文研究進入意義深遠的境界，捍衛著理解的確定性反對懷疑主義和主觀的論斷。不過這個普遍有效性的程度，是否可以回答對懷疑主義和主觀者的批判呢？狄爾泰的主張如果成立，那麼「詮釋學」便能成為一門科學。

關於這個問題，狄爾泰認為在生命體驗之中，具有內部意識之特性，可以發現建立人文科學研究的有效出發點。當生命體驗可以提升到自我意識，在「客觀化精神」的條件下，理解便成為可能。所以客觀理解的方法，是人類的溝通、互動、工作、失望、快樂、憤怒或藝術審美…等，在生命表現中的理解。我們在重新體驗中由個別的到個別的推斷和歸納裡，看到普遍事物的關係，超越了個體的主觀狹隘性，從中得出的結構或順序最後形成了整體。所以，在歷史發展推斷和歸納中，我們得出歷史生命的全貌，也賦予了歷史無限張力的確定性。因此在精神世界之中，可以能肯認這個生命核心的脈動和感動，並進而證實其具有超越理性。狄爾泰主張：理性主義雖然可以用邏輯公式得出普遍有效性，不過其沒有熱

²³ 同註 1，PP.233-234。

²⁴ 同註 1，PP238。

血流動的內在的生命，根本無法回答生命的提問。所以我們可以很肯定的回答：在精神的全部範疇中和歷史裡，人類科學的各種各樣的功能的合作便成為可能，這個客觀化世界確實存在並具有普遍有效性。

狄爾泰從早期便關注心理學的方法，透過對藝術和宗教生活體驗的不斷探究，在考察人文科學的獨立基礎時，提出了體驗的概念，到了後期認為憑藉心理學和體驗的方法，無法為人文科學提供堅實的方法論基礎。自此他才轉移研究方向，認為以生命表現便能通過理解和解釋學的方法，來展示生命的真實與精彩。理解不僅包含著對個體生命表達的把握，還包含對與此相關聯的他人生命表達，乃至社會生活總體的把握，並且「可以克服個體體驗之侷限性」。²⁵ 狄爾泰認為這是內部知覺、生活的體驗，以及其反思的體驗都無法達到的場域。從他人處移入、模仿、重新體驗得來的自我理解，是「生命張力」的補充；在「重新體驗」中賦予了歷史無限張力的確定性；展現了生命客觀化的可能性，在客觀化的理解中我們得出生命的全貌。至此狄爾泰認為，歷史和人文科學的獨立性基礎，已在理解的方法中和生命的世界裡被確立，並且在歷史中展現人類體驗的整體性，提供生命哲學和人類意識穩固基礎。

第四節、狄爾泰、海德格以及高達美的人文科學觀點

狄爾泰的「生命哲學」的基本立場，是想要「由生命本身出發去理解生命」。因為經驗主義或實證主義認為研究世界事實的方法，應該受自然科學的方法支配才會有結果。自然科學研究企圖藉由實證研究改善人類之生活；歷史學派以純粹經驗的方式，投入歷史過程的細節裡，將精神生命視為歷史性的，並藉由歷史的研究中探討社會理論、找尋生活的原理和規則。不過，不管是經驗主義或實證主義的研究，狄爾泰認為「生命」在這些學科活動中一直沒有受到真實的、整體的觀照，因此必須要對生命整體認識之後，才能理解「生命」整體的「生命表現」。透過狄爾泰的生命哲學理路，海德格(Martin Heidegger, 1889-1976)²⁶ 得到「生命」整體概念的啟示，正是認識「生命」如何可能的問題，以及如何生命把握(Begreifen)

²⁵ 同註 1，PP.162。

²⁶ 馬丁·海德格著，王慶傑、陳嘉映譯，《存在與時間》，（台北：桂冠圖書公司，1997年），P587-591。海德格是德國二十世紀中一位重要的哲學家，他的思想深入了各個領域。他對本體論的討論使他儼然成為存在主義創立者，他的構思啟發了很多哲學工作。1927年發表的《存在與時間》是海德格最具影響力的著作，這本著作令他獲得弗萊堡大學的教授一職。

之提問？海德格表示在《存在與時間》一書中進行之「歷史問題的分析」是來自狄爾泰諸種研究的思維的進一步任務的完成。²⁷ 他並舉出狄爾泰研究工作的目標，為將歷史性的生存論闡釋，當作人文科學之理論的前提。²⁸ 海德格認為：「意識和實在物『出現』的存在方式、及其出現在同一意識『之內』的存在意義，以及意識對實在物本身的存在關係，都需藉助於存在論的規定。」²⁹ 然而他認為：狄爾泰之「生命哲學」未能發展存在論的規定，導致了存在論的闡述缺乏明確的基礎，不過海德格認為這些並不影響狄爾泰對「存在」論述之貢獻，「如果有人反對是因為他們未能領會其中之積極的東西。」³⁰ 循此，海德格將狄爾泰的研究據為己有視為責任，³¹ 並繼續「開花結果」、發展出存在論的規定，為存在闡述完整的理論，由此可知海德格存在論之論述受狄爾泰的影響至深。

海德格指出：狄爾泰是一位精神史「細心的」解釋者，並致力於自然科學和精神科學的區分，賦予了精神科學的歷史以及「心理學」的歷史突出的地位，形成相對主義的「生命哲學」。他把狄爾泰的研究劃分為三個範圍：一是精神科學的理論和精神科學與自然科學的區分研究，二是關於人、社會與國家的各門科學的歷史研究，三是有關表現人的整體事實的心理學研究。所有這些研究的目標都朝向「生命」，企圖探究人類的存在狀態。不過海德格贊同約克對狄爾泰提出的意見，認為狄爾泰「太少注重存在者狀態上的東西與歷史學上的東西之間的發生上的差別。」³² 海德格和約克也不同意人文科學的研究上採用比較的方法，因為比較的方法是依附在型態上，而人文科學這裡的內在概念之關鍵卻是性質的。從狄爾泰之「生命體驗」論述的時間性與歷史性中，展露出人類自身把握的能力，海德格繼續追問歷史的本質其原始問題，追尋歷史性之中生存論構造的出發點。³³ 他相信由「在時間中」之「生命聯繫」的體驗組成進一步考察，便可以發現一些值得注意的東西，那就是在體驗不斷的變化中，自身始終保有其自一性。³⁴ 亦即是，當一切實際上實在的東西如果被當成物件自身來考察的話，那麼在物件

²⁷ 同註 26，P499。

²⁸ 同註 26，P521。

²⁹ 同註 26，P282。

³⁰ 同註 26，P282。

³¹ 同註 26，P282。海德格認為將狄爾泰的研究據為己有是一個任務，他並舉舍勒吸收狄爾泰的實在的闡釋為例，來說明狄爾泰影響之深遠。

³² 同註 26，P524。

³³ 同註 26，P499。

³⁴ 同註 26，P494-495。

離開了體驗便成了幻像。因此海德格認為透過狄爾泰之「生命體驗」的觀點，可以將「生命」完整的呈現，進而認識把握生命的方法。海德格亦從狄爾泰之「生命體驗」，啟發只有存在才能領悟存在者之存在的思維。³⁵ 他認為進行理解時需要個人的「前理解」，其能在理解的過程發生作用，引發個人內在的關心、期待、或畏懼的態度，藉由「前理解」可以使個體釐清理解之事件的前提；繼而透過陳述，存在者的被揭示狀態就進入了世內存在者的存在方式。³⁶ 亦即是，狄爾泰所表達的思維有助於理解者，產生對他人或他人生命表現的理解。

高達美(Hans-Georg Gadamer, 1900-2002)³⁷ 則認為狄爾泰從歷史學的認識論問題到為精神科學奠定詮釋學基礎，以及歷史意識的分析中科學和生命哲學的衝突二方面來看，狄爾泰陷入了歷史主義的泥沼之中。首先高達美認為：「狄爾泰在哲學界的貢獻是他真正認識到歷史世界觀相對於唯心主義所包含的認識論問題」。³⁸ 當狄爾泰在反對德國唯心論的主張中建立起新認識論的基礎，進行歷史理性的辯護時，認為發現了從構成個體生命經驗裡的聯繫，到不被任何個體所體驗和經驗之歷史聯繫的轉變。所以他提出「人類自身就是歷史的存在，探究歷史的人就是創造歷史的人」。狄爾泰強調將歷史當作客體的對象加以研究，高達美則認為我們雖然應該用精神科學的方法去客觀的研究歷史，但是客觀的本質是從實證主義出發。因此，高達美強調在研究歷史時，實際上我們也參與了歷史，是歷史的一部分，歷史不只是對象，個體之個別的經驗，以及對其經驗的認識如何提升為歷史經驗呢？高達美認為這種同一性的條件，總是掩蓋了歷史的真正認識論問題，³⁹ 所以並未真正解決認識論的問題，卻已陷入了思辨唯心論的問題之中。

此外高達美認為狄爾泰陷入了歷史主義的問題，是歷史意識的分析中科學和生命哲學的衝突。狄爾泰主張精神內在的無限性，是一種可以被歷史性地闡述的理

³⁵ 同註 26，P285。

³⁶ 同註 26，P299。海德格認為只要此在存在，即使沒有人在進行判斷，真理也已經被預設為前提了。

³⁷ 高達美德國二十世紀重要的哲學家，為當代最有影響的詮釋學家。為海德格最有成就的德國弟子，除了海德格外，其哲學思想深受柏拉圖及黑格爾的影響。曾任教於馬爾堡(Marburg)、來比錫(Leipzig)、法蘭克福(Frankfurt)、海德堡等大學。《真理與方法》(Truth and Method)為其重要的著作。

³⁸ Hans-Georg Gadamer 著，洪漢鼎譯。《詮釋學 I 真理與方法：哲學詮釋學的基本特徵》，(台北：時報文化出版社，1993 年)，P.296。

³⁹ 同註 38，P.301。

性。高達美指出那是無庸置疑，而且在這種理性的理想中可以積極實現。⁴⁰ 亦即是證實了精神之潛在無限性，所以高達美認同狄爾泰的觀點：透過生命體驗的擴展、再體驗，得以獲得補充個體自身體驗的狹隘性和偶然性，繼而透過移情作用可以補充歷史性存在的限制性，讓理解成爲可能。⁴¹ 不過高達美認爲：「歷史意識應當實現對自身相對性的超越，才能使人文科學之認識的客觀性成爲可能，」⁴² 可是高達美又說：「狄爾泰尚未找到在這個歷史意識中，超越自身並且獲得客觀歷史意識的特徵依據，很難證明其客觀認識的要求。」⁴³ 因爲狄爾泰認爲精神科學既然被視爲一門科學，就應該如同自然科學一樣具有客觀性。然而高達美認爲：「人類意識是一種有限的理智，對無限的理智來說，一切事物才是同時的和同在的。意識和對象的絕對同一性，對於有限的歷史性意識來說基本上是達不到的。」⁴⁴ 並且他表示狄爾泰試圖開啓解釋學爲基礎的認識論，在晚年接受了黑格爾的影響，把歷史的客觀性與人類精神史混淆在一起，而未能成功。爲了突破這個問題，高達美強調在歷史意義中，理解的整體並不是歷史整體的意義，人們只有認識自身理解的局限性，才能真正理解歷史的事實。

高達美在《真理與方法》的導言中寫道：「本書的探究是從對審美意識的批判開始，以捍衛那種我們通過藝術作品而獲得的真理的經驗，以反對那種被科學的真理概念弄得狹隘的美學理論。藉由對藝術真理的辯護出發，可以進一步發展出對詮釋學經驗相適應的認識和真理的整體概念。」⁴⁵ 從這裡可以看出高達美試圖從藝術經驗裡之真理探討，發展出哲學詮釋學的認識和真理的概念，正是源至狄爾泰之人文科學(human sciences)的理解思維。高達美認同「理解就是對表現的理解，在表現中，被表現的東西以不同於結果的原因呈現。當表現被理解了，被表現的東西便出現在被表現的本身之中，進而被理解。」⁴⁶ 他認爲狄爾泰的思維中，「詮釋學是由哲學奠基於『生命』中產生的，因此而超越了黑格爾的『理智主義』。」⁴⁷ 高達美認爲詮釋是一種對自身理解的活動、詮釋有其歷史性，「理解的現象不僅遍及人類對世界的一切關係，而且在科學範圍內也有其獨立的有效

⁴⁰ 同註 38，P.313。

⁴¹ 同註 38，P.313-314。

⁴² 同註 38，P.315。

⁴³ 同註 38，P.313-314。

⁴⁴ 同註 38，P.316。

⁴⁵ 同註 38，P.2。

⁴⁶ 同註 38，P.304。

⁴⁷ 同註 38，P.306。

性，並反對任何想用科學方法重新解釋他的意圖。」⁴⁸ 高達美將「理解」置於人文學科的探究中，懷著與狄爾泰幾乎相同的使命感：「他從人類經驗範圍內的探究，試圖找尋超出科學方法論的真理經驗，極力想證明人文科學的理解，是無法以科學方法論之手段證實的真理」。⁴⁹ 他藉藝術經驗來說明真理的整體概念，並且認為只有更深入研究理解現象，才能夠釐清藝術維護自身的哲學立場，並證明現代科學的侷限性。高達美超過一甲子的歲月，奮力不懈地尋找超越科學方法論作用範圍內有關真理的經驗，其專注之「理解」現象，那是現代科學方法無能探察而棄之，卻是證明「生命」的所在。亦即是，他從狄爾泰奠定之理解的基礎出發，開闢人文科學之現代詮釋學。

高達美透過審美體驗直接呈現生命體驗之整體的經驗，說明這種體驗的意義才成為無限的意義，⁵⁰ 故而將「體驗」的概念運用在審美藝術之中，認為從審美活動的自由和藝術作品的合諧之表現中，能看到真正的真理。⁵¹ 因為如果只是假象的物品終究會被看破，屬於幻覺的東西要被看破，我們也會因為這些活動而清醒，因而認識其實在性。這些的實在性狄爾泰稱之為「生命表現」的形式，其概念擴及藝術、宗教與哲學的形式，高達美認同狄爾泰這個觀點，認為相對於客觀精神的其他形式，此形式確實具有其優越性，所以才被客觀化和被認識。並認為這樣的精神呈現的完美之自我認識，甚至讓黑格爾誤認為是絕對精神的形式，因此高達美認為「藝術的客觀化物是表現了狄爾泰在詮釋學上的真正勝利」。⁵² 這個精神形式便是狄爾泰表達的「歷史意識」，將人類歷史世界的所有現象視為精神認識自身的對象，在這種認識之中生命由此認識了自身、也把握了自身，並進而展現生命的各種面貌。高達美認為由此狄爾泰才算成功地論述了「客觀精神」的概念，並因而使「歷史意識」取代了「形而上學」。⁵³ 然而高達美認為狄爾泰過分依賴心理學，依此方式去解釋「體驗」，便是誇大了個體性在理解中的作用。不過狄爾泰之生命關聯的體驗，導引著高達美進一步探究發展為「審美體驗」和「體驗藝術」。

⁴⁸ 同註 38，P.1。

⁴⁹ 同註 38，P.1。

⁵⁰ 同註 38，P.107。

⁵¹ 同註 38，P.125。

⁵² 同註 38，P.309。

⁵³ 同註 38，P.311。

總而言之，狄爾泰之人文科學探討的核心：「生命」、「體驗」、「表達」、「理解」及「客觀精神」等概念，提供了理解「生命」整體的方法，海德格及高達美藉此觀點把握「生命」以及哲學探究的思維。從狄爾泰之「生命體驗」論述的時間性與歷史性中，海德格繼續追問歷史的本質其原始問題，確認只有存在才能領悟存在者之存在的思維，並藉由理解進入世內存在者的存在方式，產生對他人或他人生命表現的理解。此外透過狄爾泰之「理解」觀點：高達美把握生命體驗的擴展、再體驗，經由釐清藝術維護自身的哲學立場，進而認清現代科學的侷限性，最後證明超越科學方法論之作用範圍內確實存在了具體真理。簡言之，藉由狄爾泰的論述，高達美發展為「審美體驗」和「體驗藝術」，開闢了人文科學之現代詮釋學。

第三章、醫療倫理學與護理倫理學

狄爾泰在《人文科學導論》所呼籲改善的問題，仍然出現在二十一世紀不同的時空背景。現今的護理倫理依然觸犯如同十八、十九世紀「自然科學」文明時同樣的錯誤。自然科學企圖藉由實證研究改善人類之生活，將物質作為研究的主要對象，在自然科學的研究中，將「生命」當作物質對待。它們根本忽略了「人才是居於中心地位」的態度，¹ 把「生命」自研究對象中抽離，造成自然科學實際淪為缺乏對生命整體認識的「科學」。狄爾泰認為這種錯誤的態度及作法，即使有了研究成果，但是由於忽略了攸關生命及文明發展中至關重要的議題，其能發揮的效用是侷限的，僅能對生命提供片面的服務。² 然而，目前醫療環境呈現的現象，即是未能認清病人才是醫治的對象，而非醫學一直以來研究的「疾病」。所以，當護理無法認同照護的對象是「人類的生命」，是否能夠發覺「人類」生命的整體需求？在這種質疑之下是否能夠發揮「守護生命」完整的功能？身為新世代的護理人員要拿什麼來捍衛「生命」？要拿什麼來「捍衛護理的科學與藝術呢？」因而此章節將由醫療倫理的面向確認護理人員倫理價值，以及執行倫理原則的困境與依據，進而考察狄爾泰之人文科學引發「體認生命」及「捍衛生命」的啓示，探討護理倫理的時代性意義。

第一節、醫療倫理學與護理倫理的關聯

什麼是醫療倫理學(Health care ethics)？醫療倫理學（或稱健康照護倫理學）泛指所有與醫療照護活動相關的人際規範與道德判斷議題。³ 與醫療倫理學相關的學門包括醫學倫理學(Medical ethics)、醫事倫理學(Paramedical ethics)、護理倫理學(Nursing ethics)、生命倫理學(Bioethics)、臨床倫理學(Clinical ethics)、行政倫理學(Administrative ethics)、家庭倫理學(Familial ethics)與社會倫理學(Societal ethics)，凡是醫師、護理人員、醫事人員、醫療行政人員、醫療管理階層、醫院董事會、病人、家屬、親友、安養照護機構、社會團體、或政府機構都可能面對

¹ 狄爾泰認為人文世界和自然科學界由於知識的來源不同，所以是不可通約的，盲目的通約將讓人文科學的基礎變的更遙遠更模糊。

² 狄爾泰認為對生命缺乏整體的認識時發揮的作用僅可對社會提供片面的服務，所以企圖引導學者們認識生命的整體以發揮真正完整的功能—包括那些沒有使用精神表達卻可被我們理解部份的表達。另外狄爾泰認為有關影響社會規章、產生動亂原因以及促進健康的發展的社會的資源的知識，都是生命暨文明發展中至關重要的議題。

³ Ezekiel J.Emanuel 著 柳麗真 譯，《臨終之醫療倫理》，(台北：五南圖書出版公司，1999年)，PP.17-20。

醫療倫理問題。舉凡在醫療過程中與病人相關的道德價值判斷議題，以及控制醫學行為的規範與原則，都內含於醫學倫理學的範疇。為何要探討醫學倫理學呢？因為它是應用倫理學的部份範圍，提供了與醫學相關的個體，其特定人際關係中，在醫務工作中應共同遵循的規範。⁴ 基於此關係得知：護理倫理學即是隸屬於醫學倫理學，因此在探討護理倫理之前，必須對於醫學相關之個體的範疇進行理解，才能熟知箇中相互依賴的關聯，做出孰先孰後以及輕、重妥善的決策。

至於什麼是生命倫理學(Bioethics)，生命倫理學(Bioethics)是指與生命相關之道德價值判斷的議題，及規範尊重所有生物生命的原則，這些原則是生命至關重要的部份。生命倫理學起源於二次世界大戰後的紐倫堡大審（1945 年），當時德國納粹醫師以集中營內的猶太人做人體試驗以及斯坦霍夫(steinhof)的屠殺計畫，此事件導致了 1947 年的紐倫堡宣言，以及 1964 年的赫爾辛基宣言。而發生在美國的幾次不道德的人體試驗也催生了 1974 年的 Belmont Report，近年來的基因遺傳工程與農產、畜產基因改造產業，更是形成了社會對生命價值的討論議題。總而言之，生命倫理學包含所有與生命科學有關的倫理議題，如醫學、人類學、社會學、生物學、農業學與環境科學等，與生命倫理學有關的倫理涵蓋了生命醫學倫理學(Biomedical ethics)、臨床倫理學(Clinical ethics)、健康照護倫理學或醫療倫理學(Health care ethics)、及環境倫理學 (Environmental ethics)。⁵ 生命倫理學便是強調如何尊重所有的生命，並提供生命與生命之間適當的相處原則的應用倫理哲學領域。

「中華文化生命倫理學」是傳統中華文化中，博大精深的產品。其中雖然並未真正存在生命倫理這門科學。然而，中華文化哲學的發展卻和日常生活密切相關，其實早已涵蓋一套屬於中華文化特有的生命倫理學，倫理成爲百姓日用而不自知。自先秦以來，各家的倫理觀隨著朝代更迭而發展，其思想中涵蓋先人啓蒙之反思，有關倫常的制度便是建立在此文化基礎之上。⁶ 於《孟子字義疏證》中論及，「聖賢之道，無私而非無欲」⁷ 君子所性，源自於內心，止於「仁、義、禮、智」禮之四端，成爲中華文化人處世的根本準則。孔、孟關於「慾望」的觀

⁴ 戴正德、李明賓著，《醫學倫理學導論》，(台北：教育部，1990 年)，PP.2-3。

⁵ 戴正德、李明賓著，《醫學倫理學導論》，(台北：教育部，1990 年)，P.3。

⁶ 曾春海主編，曾春海、葉海煙、尤煌傑、李賢中著，《中國哲學概論》，(台北：五南，2005 年)，P.185-186。

⁷ 戴震 清朝，《孟子字義疏證》，(台北：商務出版社，1978 年) P.326。

點，奠定了早期儒家思想最基本的價值走向。先秦時期對人性問題理性考察和系統總結的是荀子，荀子的性惡「慾望論」的觀點，精闢地提出了「以道制欲」的原則，此為「理存於欲」思想的萌芽期…。

中華文化古代的「欲」即為「需要」、「利益」等概念，「需要」、「利益」等問題的提出，意味著人類在探索自然奧秘的同時，開始把關注的焦點投向了人類自身，是人類認識自身不斷深化的表現。重視欲的存在及其合理性，就能適當的權變才會有正當作為，就如同在規準中有一定的方式而沒有偏失，也就不會有「父權主義」…只重視別人的或世俗的看法，作出違背人性殘忍慘酷的決定。到了清朝學者戴震又以「理、欲」的價值核心，倡導人情之欲的滿足。戴震先生認為「道、才、性、仁、義、禮、智」之後，必須善用「權」變以及「知、學、理」具有之客觀性的，透過「學」才能客觀認知到行為的適當性，先分「輕、重的」、和「特殊的」處境。自認中性好學的、質樸的，只是出於正念是不夠的，因為無知無法明白事理，還自行其是認為是「篤行」，其實這樣的篤行也是會產生「偏差的」、「妄行的」不當行為。胡適先生也說：⁸「變」，並不是智慧的終點，能確實分辨事、物還不足以表示明白，古今學人有不少個性嚴厲正直、把「惡」當敵人，把自己認為對的才是真正的理，把自己認為不對的便是錯的，孰不知自己不對的執著，反而做了重輕的錯誤的判斷，這樣的結果，天下所受到的災禍是無法救治的。

另外，中華文化人格外注重天理謂之：「理也者，情之不爽失也；未有情不得而理得者也。」⁹「天理云者，言乎自然之分理也；自然之分理，以我之情繫人之情，而無不得其平是也。」¹⁰意即天理的概念為自然的分理，用我自己實際的情形去推論別人的情形，沒有一點點的不公平，理是事物正確的反應，如不能好好正確的把握，就無法真正的掌握理，而且理內在於情感的情當中，理是人倫日用生生之世中的規範，並非外在於性情，理離開情慾就不是理了。人之缺失就是不知自己「是其所是」、「非其所非」，就像我們用文字，卻被文字所限的，忘了自己是透過體驗和外部世界進行互動的理解。西方傳統的倫理學的論述，大多基於「病患自主」與「父權主義」、「義務」與「權利」這類的二分法，和中

⁸ 胡適著，《戴東源的哲學》，（台北：遠流出版社，1986年），PP.45-77-78。

⁹ 戴震著，清朝，《孟子字義疏證》，（台北：商務出版社，1978年）P.265。

¹⁰ 戴震著，清朝，《孟子字義疏證》，（台北：商務出版社，1978年）P.266。

華文化中道德秩序的概念有很大的差別。「中華文化中，像『個人與群體』這類明顯的兩極，乃被視為互補而非互斥，其文化中個人被視為『活在關係中的自我』道德判斷的基礎在社會關係，而非理性與個人主義」¹¹。此現象在執行病人自主權時有其特殊的意義，往往也構成護理倫理的兩難困境，有關其細節將於「病人自主性」一章中說明。

狄爾泰的生命哲學由前面章節中可知：狄爾泰的人文科學核心—生命哲學，相當重視「生命」的範疇，主張成功的研究，必須在所有的研究和判斷，都要以「人類」為中心。經由「對他人及他人情感表達的理解」，在自身的「反思」中，和他人產生交融的相互理解—即為「客觀的理解」，如此才能了解他人真正的想法與需求。因為狄爾泰的人文科學思維，重視生命的狀態每一個時刻的意義，在其形成和發展的過程中、經過體驗及內在固有的價值和隨之產生的力量，顯示每個生命都是有價值、意義。有鑒於此：狄爾泰的哲學作為護理倫理教育及護理倫理困境判斷的基礎，運用於醫療計劃和處置行為準則之中，每個考量的思維都能夠揭示對「生命」的尊重，進而執行的醫療措施都是「生命尊重」的考量。醫學相關之個體的範疇紛雜，產生的情境更是莫衷一是。例如，緩和醫療條例的施行，雖是呼應重視「無法救治之病患」人權的觀點。不過，在進行最後階段的執行醫療工作者，如何解讀與運用條文，卻是無法形成確定的步驟與標準。亦即是，是否能實踐「對他人及他人情感表達的理解」，成為真正的關鍵。在目前照護過程中，極力推展所謂的標準化的程序，此方式成為照護計畫時的實施要求。然而，是否有標準的病人存在，依照狄爾泰的生命觀點：唯有在護理活動中對病人的情感、意願及生命表現達到真實的理解，才能協助病人做出最合宜的醫療決定。因此，在進行關於倫理判斷時確實並審慎的理解病人，那麼所有的病人，都能在最適合自己意願的醫療決策中接受醫療處置。有鑑於此，當年狄爾泰雖然未曾提出有關護理倫理的議題，不過狄爾泰對生命的體認以及重視他人生命表現的客觀理解，確實能夠呼應護理倫理亟需改善的面向。

¹¹ Peter A. Singer 著，蔡甫昌編譯，《臨床生命倫理學》，（台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質促進會出版，2003年），PP.201-207。

第二節、醫療倫理發展階段中的護理倫理

依 Ezekiel J.Emanuel 著，柳麗真翻譯之臨終之醫療倫理中對醫療倫理發展階段的論述如下：¹² 第一階段、是 1950-1959 年，源於神學家的宗教情懷，進行對病人的關切；第二階段是 1960-11970 年由醫師開始發展對於病人關懷；第三階段、是 1970 年~迄今，此階段又分成三個層面發展。醫療倫理發展第三階段包括：1、傳統被排除於醫學問題之外；2.可被更高的技術解決的問題；3.醫療人員過於強調專業技術的操作，使醫療問題偏向醫學問題。為何此時科學文明之發達會造成上述問題呢？因為由此階段產生的醫療倫理問題，正是自然科學之開展產生對生命錯誤的對待。亦即是，呼應狄爾泰所關切之人文科學的問題，也是本論文所要進一步討論的核心。在後面的章節中，將由論述生命錯誤之對待的種種現象以及影響，進而反思解決的進路。

當醫療倫理發展到第三階段，除了顯示民眾所接受健康照顧資源的影響度及差異性，更凸顯生命被忽略的程度。理當，科學文明之發達生命的品質可以獲得提升，然而實際上又是如何呢？目前，世界各國對國民健康照顧的能力和方式都不同，因此生命所受的待遇各有不同。此種現象所揭示的正如同狄爾泰的主張，忽略了攸關生命及文明發展中至關重要的議題，是一種認識論的謬誤、淪為缺乏對生命整體認識的「科學」。¹³ 爲了要進一步了解其謬誤現況，以下將由三個層面探討其影響資源分配的向度，進行了解其影響度俾以思考改善。由政治、醫學、病人中心三個層次分配來說明：1、在政治層面上，依健康保險法條例，決定 GDP 分配的醫療比例，進行醫療匯率的增減。¹⁴ 2、在醫學層面上，依照現有資源，決定最重要的醫療項目。3、病人中心層面，依據病人的病情需求，決定誰應接受特殊醫療。

資源分配即是將物資及服務分配給不同計畫及人員，在需治療病人、昂貴醫材、資源有限、政府施政目標及政治因素形成拉鋸戰。有關醫療資源分配的問題

¹² Ezekiel J.Emanuel 著，柳麗真譯，《臨終之醫療倫理》，(台北：五南圖書出版公司，1999 年)，PP.4-7。

¹³ Dilthey, Wilhelm, Tr By Makkreel, Rudolf A.& Rodi, Frithjof,《Introduction to the human sciences》Princeton University Press,1988, PP. 56-57。Dilthey, Wilhelm, Tr. By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof,《The formation of the historical world in the human sciences》Princeton University Press,2002, PP.205。

¹⁴ 楊志良，《健康保險》，(台北：巨流圖書公司，1998 年)，PP.22-23。

牽涉的層面最廣，也是最直接隸屬政治哲學的一面，可能會帶給醫療相關的專業人員，在職業上及倫理上的難題。依據亞里斯多德「分配正義」的觀念，根據道德相關因素(需要程度或受惠的可能性)對稀有資源作最佳的分配，有其正當性。但是在是否正義的考量下，我們有四項尚待解決的問題：¹⁵ 1、機會均等與最佳結果的問題：在何種程度上產生最佳結果更勝于給予每個病人均等競爭有限資源的機會？2、優先性的問題：病情或傷殘程度最嚴重的病人在接受治療方面應有多少優先性？3、合計的問題：何時應該讓「較多數人獲得適當利益的總合」更勝于「少數人獲得的重大利益」4、民主的問題：何時須以公平的民主程序作為「公平分配結果」的唯一決定因素？不過如何的分配才算是民主？真正做到「民主的分配」時便會產生公平和正義嗎？

上述四項尚待解決的問題，來自目前的醫療環境中呈現的氛圍，是一種醫療處置和病人雙方的期待不對等的狀態、民眾與施政政策不對等的情形。因此實際呈現的醫療資源分配，已是經過政策的拉鋸戰，和醫療供應者誘導民眾消費方式的醫療父權對待。然而，狄爾泰認為透過理解才能接近自己和他人的生命，¹⁶ 當民眾受到不對等的對待時，他的生命如何被理解？當他的生命無法被理解時，他的需求又如何滿足呢？以狄爾泰的觀點而言，這樣的內容正是「人文科學」所要探討的主題。因為只有「人文科學」能夠適當呈現與人類社會、歷史事實的核心領域，而且人文科學的任務就是要進行這些：從思維內容和一般活動過程中產生之問題的事實分析。¹⁷ 所以此階段的醫療成效，以及專業判斷結果的執行方式，經常是倫理議題探討的主題。這些主題的討論，護理人員往往在照護病人之中，必須面臨無法置身事外的「倫理困境」。倘若未能達成狄爾泰「人文科學」的建議，那麼是否將應驗「17-18 世紀腐蝕了科學，危害了社會的自然系統。」¹⁸

綜言之，如何可能以狄爾泰「人文科學」的發現，對於上述攸關生命的議題及人類文明開展時產生的問題提供決策的模式？進而提供促進決策及分配結果之正當性及合法性的規範，以及發展出醫療機構及專業團體明確、公平和以生命

¹⁵ Peter A. Singer 著，蔡甫昌編譯，《臨床生命倫理學》，(台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質促進會出版，2003 年)，PP.120-130。

¹⁶ Dilthey, Wilhelm, Tr. By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《The formation of the historical world in the human sciences》Princeton University Press,2002, PP.218。

¹⁷ Dilthey, Wilhelm, Tr By Makkreel, Rudolf A.& Rodi, Frithjof,《Introduction to the human sciences》Princeton University Press,1988, PP.49-50。

¹⁸ 同註 17，PP. 163。

關懷為核心的照護行為？上述問題的解決，將有助於確保醫療資源分配的決定，更透明、公開、合理；也能夠促成「護理倫理困境」的妥善因應。不過促成「護理倫理困境」的妥善因應時，尚須理解醫學倫理學處理的原則，才能使因應措施更完備。

第三節、 醫學倫理學四大原則維護生命功能的可能

醫學倫理學乃源自康德「目的自身王國」，審慎擷取自醫學傳統，建構於共有道德的基礎上。在醫學倫理學的分類之中共有四大原則，為包夏姆(Tom L. Beauchamp)及戚居司(James F. Childress)於1979年在美國所提出，之後1983年經Journal of Medical Ethics主編 Raanan Gillon 積極推廣於歐洲—現為第四版。此書中提出，在美國普遍的為醫學倫理教育及臨床討論沿用，並逐漸的成為臨床專科之倫理指引。這四個原則分別是尊重自主原則(the principle of respect for autonomy)、不傷害原則(the principle of nonmaleficence)、行善原則(the principle of beneficence)及公平正義原則(the principle of justice)。¹⁹

在醫、病關係面臨諸多可能的影響因素中，和病人朝夕相處的護理人員，須要在此因素衝擊下進行醫療團隊的整合，以協助病人獲得最適當的醫療。所以護理人員需要一份屬於自己的規範，以及判斷依循的原則。護理人員是「生命健康」照護團隊中重要的成員，護理倫理便是源自於「生物醫學倫理」(biomedical ethics)。它歸屬於應用倫理學，採行一般性的倫理理論、原則和規則，得以應用在醫療健康照護工作中。其結合理論的認知與實務的處理過程，使護理人員在實務工作中，運用倫理學的理論知識，進行妥適的判斷。有關「生物醫學倫理」四個原則探討如下：

不傷害原則：一般在論述有關醫學倫理時，多將自主原則置於第一項。在此則將不傷害原則置於此是為了要響應：「倫理行動的原則首先是不做傷害病人的事。」²⁰ 換言之，護理人員進行任何的護理工作時需要把握此原則，俾以考量及維護病人身、心的安全。此點具有義務論的觀點，言明要善盡義務，要維護生命的生存與趨樂避苦的權利，做了傷害病人的事，就如同讓病人產生痛苦違反了

¹⁹ 戴正德、李明賓著，《醫學倫理學導論》，(台北：教育部，1990年)，P.7。

²⁰ 蕭宏恩著，《護理倫理新論》，(台北，五南圖書公司，1999年)，P.84。蕭懷恩教授論及在盧美秀教授之著作中，強調這是護理倫理中最首要的原則。

善意志的原則。效益論講求最大的效益，傷害人更是違反效益論的原則。在護理工作之中信守不應傷害病人的原則，便不會做出不當的判斷和行爲。例如能夠慎行無菌技術，則不管如何原因或環境，都不會造成病人感染的危險。

行善原則：包夏姆(Tom L. Beauchamp)及戚居司(James F. Childress)的構思，認為行善原則是人類的義務。亦即是，要有效的幫助病人促進病人的正當利益，護理人員進行權衡時要考慮：使利益達到最大，使傷害達到最小。所以，護理人員在施行此原則時還負有預防傷害，去除傷害及減少病人的傷害原則下，取得最佳平衡點。基於此觀點：行善觀念又可以分爲兩個原則，亦即是積極行善原則和平衡利益與傷害的原則。²¹

公平正義原則：「公平」是處理個人的基本需求，能合乎正義的分配利益與危害之義務。在義務論的立場：表明行爲者要站在理性存有者的立場上，來看待所做的決定與行動，而無偏私。因爲任何的偏私的判斷，都可能對民眾及其人格造成傷害，所以人的價值和自主性也受到影響。效益論在這裡係以對不幸者多加救助，來平衡不平等的傷害。「公平」要求護理人員要公正的分配資源，在醫療工作上，公平原則就是正義與公道，以公平的態度來處事，及對待病人及其相關人員。²² 在處理醫療糾紛、護理意外事件之中，更要妥善思考如何堅持實事求是、以及公正的立場。

尊重自主原則：自主便是「做自己的主人」。包夏姆(Tom L. Beauchamp)及戚居司(James F. Childress)構思「生物醫學倫理」的自主原則時便是採用康德(Kant)和密爾(Mill)對於自主的主張。²³ 自主的人要自己做出正確的決定，首先是要做好自己，能夠行使道德的事，做好自己便是能夠自己管理自己的行爲，基於此理由筆者將此原則列爲最後一項。在醫學倫理學中自主權通常指稱：病人自主權、醫療自主權。病人的自我決定權就是病人的自主權(Autonomy)；在護理病人時尊重病人的決定，「善盡告知」醫療及護理措施，便是做好自己。因此，自主原則還界定了關於病人的「知情同意」選擇的權利，護理人員必須提供病人做醫療決

²¹ 靳曾珍麗、尹裕君總校閱，尹裕君、林麗英等著，《護理倫理概論》，(台北：華杏出版社，2005年)，P.73。

²² 靳曾珍麗、尹裕君總校閱，尹裕君、林麗英等著，《護理倫理概論》，(台北：華杏出版社，2005年)，P.81。

²³ 李選等著，陳月枝總校閱，《護理學導論》，(台北：偉華書局，2004年)，P.367。

定時所需的資訊，並尊重病人的選擇與決定。向病人解釋並取得病人對治療的同意是醫師主要職責，護理人員是擔任協助的角色，主動向主治醫師轉達病人想知道的訊息。護理人員需要判斷缺乏或喪失選擇能力的病人，以便即時善用代理人協助病患維護權益。有關病人之自主性的特性及影響因素，將於病人的權利與義務章節中進一步闡述。

「醫療自主權」：則泛指在醫療決策上，必須徵得病人筆者或其家屬的同意或授權。在重大的醫療決策上，如果事先無法徵得病人同意，則由負責診治的醫師做原則性的決定。這是醫護人員依據專業知識，進行有益於病患的判斷，以防止病患傷害自己。換言之，醫療人員為了維護病人的權益，必要時會反對病人自己所做的決定，就像父親一般關心著孩子的權益與幸福，認為所做的決定是最好的，所以又稱「父權主義」。不過，如此父權主義的專業，是否能夠兌現對病人及醫療專業倫理的承諾？行善原則應該優先於自主原則嗎？狄爾泰的人文科學研究中主張：這些進行社會及歷史研究的人，如果他們的工作還是停留在僅是技術層次的话，便無法顧全人類整體面向，其研究必定無法獲得成功。他們雖然非常努力，但無法了解促使其努力的力量、以及人類整體和部分間彼此相互依賴的關係，就無法掌握人類與社會現實相關聯之引導性的原理和規範。²⁴ 簡言之，倫理學的研究及發展，首先必須顧全生命整體的需求，爾後護理人員再依據原則進行判斷。在處理倫理議題時，並不是自行其是的認定行善原則的某個答案。亦即是每個專業訓練的過程，必須兼顧人類與社會現實相關聯之引導性的原理和規範，才能為人類和社會做完善的服務，如此進行的研究才能獲得狄爾泰所堅持的實在理論，如此的工作才能展現成功的專業行為。

有鑑於此，使用上述四個原則時，原則上要先思考文化性以及個別性，例如前面所提到的中華文化獨特的處理生命的方式，和推廣於歐、美洲的理論之截然不同的思維。所以在進行判斷時要注重深化於社會的原則，才能做出適合該社會的需求與判斷，護理人員思維的起點，也必須確認自身及對病人的角色與任務，熟悉倫理原則及內涵，俾使其內化為護理人員內在的倫理價值觀。如此一來護理人員才能展現狄爾泰所主張之「在真實生命過程中的意志、情感和思想都是生命的部分」，發揮護理的自主性，進而避免形成專業的獨斷。當護理人員能夠把握

²⁴ 同註 17，P.55。狄爾泰認為有些人只能成為服務社會的工具，有些人可以顧全人類整體面向，超越單純的技術訓練而建立與人、社會現實相關聯之引導性的原理和規範。

此原則時，便可以明確認知護理自主性的真諦。所以下一章預計由生命之困境：「病人的角度」，來進一步反思其生命的樣態及需求，和此問題可能面臨的情境以及解決的方法。

第四章、「病人之自主性」在生命陷於困境時之可能性

狄爾泰說人類的總體活動就是生命，當人生病時，他會有何需求或是他要如何表達需求，即或他能夠表達需求，但是他的表達是否可被理解？當他不能表達需求，或是他的表達不被理解時又該如何呢？病人有其權利表達需求，更有其權利被理解，以及決定要接受治療的方式。然而有誰能伸出援手呢？病人的自我決定權就是病人的自主性(Autonomy)。在護理工作中，必須尊重病人之自主性，病人自主原則並不是單一的概念，而是一系列的思考與反應。簡言之，病人必須具備獨立的思考與自由的反應，亦即是自主原則應具備兩種本條件：1、自由(liberty)：不被外力所影響；2、能力(agency)：具有意願行爲 (intentional action) 之能力。¹

病人的權利開始於十八世紀之「天賦人權」，近代所推動的「消費者權利運動」² 與「病人權利運動」，都視病人的權利為基本人權。中華民國憲法第一百五十七條規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」是我國病人權利的來源。病人自主性就是：任何人作為一個有尊嚴的個體，有權依照其個人的信仰、價值觀、生活理念，在充分的資訊下，可以自由選擇、決定他所要的生活形態；而這種權利與自由並不會因人生病而消失或減弱。落實到「醫事人員和病人的關係」(以下簡稱為「醫、病關係」)來說，就是病人有權主宰自己的身體，應能受到詳盡的醫療說明後再進行醫療措施。所以下面將由「病人之權利」與「知情同意」的面向，說明病人自主性的行使及影響的因素，乃至探討妥善的解決方法。

第一節、病人之權利

擁有自主性的病人，必須具有意識清楚、具思考能力、及具法定地位等條件。病人自主性不但有消極的防禦力，也有積極的請求力，但病人有權拒絕維生所必須之治療嗎？病人的自主性讓他具有選擇治療方案之權利，不過死亡是一種選擇嗎？台灣緩和醫療療護條例的通過，為末期病患緩解了痛苦，若從病人自

¹ Peter A. Singer 著，蔡甫昌編譯，《臨床生命倫理學》，(台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質促進會出版，2003年)，PP.23-41。

² 靳曾珍麗、尹裕君總校閱，尹裕君、林麗英等著，《護理倫理概論》，(台北：華杏出版社，2005年)，PP.113-115。

主性的角度來看，確實是維護「病人自主性」的一大進步。不過癌症末期病患可以要求醫師，以嗎啡緩解瀕死之痛苦，然而其他疾病末期之病患，是否可能要求醫師停止其呼吸輔助器呢？從保障生命權及維護個人尊嚴的角度來看，任由疾病末期的病人，簽具自動出院同意書即可自行出院，在家窒息而死是合法或是道德的行為嗎？「病人自主性」的擴展是否能符合「生命尊嚴」的考量？會不會淪為「工具化」呢？如果有淪為工具化的可能，那麼維護生命陷於困境之「病人自主性」的護理人員，可以為病人做些什麼呢？

護理人員如果要協助病人維護其自主性，即必須了解當人生病時是否尚有其權利和義務，才能獲得維護「整體性生命」的相關知識。首先要說明病人權利：病人的生命為病人所有，他有權利為自己的生命做最好的安排，社會應尊重並協助完成他的選擇。因此，從狹義觀點來看，病人自主性就是病人的基本權利，從病人自主性可衍生出病人應有知情同意(informed consent)之權利。以廣義觀點來看病人的權利時，社會應提供病人發揮以下權利：醫療平等權、安全權、選擇權、隱私權、求償權、醫療文件收取權、醫療拒絕權、醫療尊嚴權。根據 1981 年世界醫學聯盟在里斯本所作成的「病人權利宣言」(Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient)，病人應有以下權利：³ 獲得良好品質醫療照護的權利 (Right to medical care of good quality)、自由選擇醫療方式的權利 (Right to freedom of choice)、自主決定的權利 (Right to self-determination)、獲得個人病情資訊的權利 (Right to information)、診療秘密被保守的權利 (Right to confidentiality)、獲得衛生教育的權利 (Right to Health Education)、保有個人醫療尊嚴的權利 (Right to dignity)、獲得宗教協助的權利 (Right to religious assistance)。

除此之外，美國社會學家 PARSONS 在 1950 年從社會學角度提出病人的「兩種權利與兩種義務論」，所謂的兩種權利是：⁴ 病人有免除原先社會角色扮演之權利、以及免於因病被責難之權利。當人生病時，可以暫時免除社會責任之履行，能夠病請假不上學、不上班，藉此就診療養以促進身、心的康復，其要求學校或工作單位不得無故拒絕。病人為了治療，得以要求社會提供妥善醫療照護，政府

³ 戴正德李明賓著，《醫學倫理學導論》，(台北：教育部，1990年)，PP.59-63。

⁴ 黃正文總校閱，湯美霞、陳淑貞等著，《醫療關懷》，(台北：啓英文化事業有限公司，2001年)，PP.1-6。

負有協助其恢復健康之義務，尤其醫療工作人員更應以恢復病人健康為職責。病人本身當然也應該具有恢復健康之信念，相信自己所選擇之醫師，配合各項醫療處置，才能達到事半功倍之境。另外，病人也應履行責任與義務，是相對於社會所賦予的病患權利。亦即是，社會保護病人的權利，病人也應善盡對社會的責任與義務。

根據 PARSONS 的理論，病人具有兩種義務：⁵ 「盡快復原之義務」與「尋求適當有效治療之義務」。「盡快復原之義務」是指當人生病的時候，應該具有意圖讓自己盡快復原，關於退縮、放棄、或貪婪再生病時得到好處等，都不是病人應有的表現。「尋求適當有效治療之義務」，表達了病人必須以最有效的方式，負起盡快復原之義務。所以，未經醫師指示就醫的方式，明顯違背此項病人義務。在求診過程中，為了讓自己趕快復原，病人必須做到「詳述病情」與「配合治療」，讓醫護人員能在最短的時間裡協助病人治療疾病。

美國國會於 1990 年通過「病人自我決定權法案 the Patient Self Determination Act (PSDA)」，並於 1991 年實施。⁶ 此法案明列病人對於將接受的醫療照護方式和程度，有選擇以及決定的權力。基於本法，病人可以選擇接受或拒絕特定的醫療照護，病人也可以指定醫療上的法律代理人，以便因故無法決定時，仍能按照事發當時的意願決定。那麼病人可以自我決定哪些事？依據病人權利宣言之精神，病人可以決定自己的健康、治療方式與程度、及生命意義。在台灣，除了緩和醫療療護條例之外，並沒有類似的病人權利法案。雖然如此，在醫療法規及醫師、護理人員法…等醫事專業人員法之中，卻明定各專業人員的權利與義務，以維護病人的自主性。所以對於台灣病人的自主性而言，似乎僅能加強專業人員的倫理及使命感。

病人是身體的擁有者及醫療接受者，病人自主性與護理人員的義務，⁷ 都是為促進生命健全的狀態。護理人員則是身體的介入者及醫療提供者及協助執行者，護理人員應有義務協助維護整體性之生命，並且尊重病人的自我決定權；病

⁵ 黃正文總校閱，湯美霞、陳淑貞等著，《醫療關懷》，(台北：啓英文化事業有限公司，2001年)，PP.1-6。

⁶ Ezekiel J.Emanuel 著 柳麗真 譯，《臨終之醫療倫理》，(台北：五南圖書出版公司，1999年)，PP.63-88。

⁷ 戴正德、李明賓著，《醫學倫理學導論》，(台北：教育部，1990年)，PP.77-82。

人也應充分信任護理人員，以達促進健康之目的。護理人員之義務也是相對於權利之存在，醫療之目的在預防疾病、正確診斷、或治療疾病，病人如果因為醫療目的，導致損害、喪失自由、或違反法律時（如必須使用禁藥），則應得到法律的保護。然而，為避免傷害病人權益，護理人員須遵守義務，來保障病人權利。「醫療法與護理人員法」，已明文規定護理人員應有的義務，從護理人員遵守義務的層面而言，就是維護病人的生命之功能。因此，過度威權的態度會影響病人和護理人員關係，進而影響到生命接受之照護品質。簡言之，病人要得到完全尊重就必須獲取妥適的「病情的告知」，所以以下將據此進行說明，以明瞭實現「病人自主」的途徑。

第二節、知情同意(Informed Consent, IC)

為什麼要探討病人「知情同意」的權利呢？因為生命陷於困境時「知情同意」是為追求病人生命之最大利益的溝通行為，做為其專業倫理之首要原則，以達成維護整體性之生命功能。亦即是，在做醫療決策時，是否該對病患及其家屬說實話，則視病人的意願，而作適當的權衡，尊重病人之表達與個人意願之抉擇。

「1966年哈佛醫學院教授 Henry Beecher 於新英格蘭醫學雜誌(NEJM)發表的文章中(Ethics and Clinical Research)提出「知情同意」法則，此為知情同意(Informed Consent)一詞的開始。⁸ 在此之前，1947年的紐倫堡宣言與1964年的赫爾辛基宣言均強調尊重當事人意願的重要性。

「知情同意」在台灣醫療工作上，以簡稱為「同意書」的方式執行。是指具「行為能力」者經醫師充分說明必要的資訊，病人獲得瞭解後自願性的決定醫療措施，亦是醫師經由理解病人而接近病人生命的行為。⁹ 在醫療行為上，它的目的是彰顯對「病人自我決定權」的尊重、期許醫療方式提供適當的修正機會、以及提供機會並鼓勵病人積極的參與決定，最後病人可以達到發揮生命的能力。「知情同意」的意義是把同意書的簽定，當作一種過程而非一件例行文件。藉此提供完整易懂的書面資料，來確認病人已經完全瞭解醫療上的狀況，使病人在無外在

⁸ Peter A. Singer 著，蔡甫昌編譯，《臨床生命倫理學》，（台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質促進會出版，2003年），PP.1-21。

⁹ Dilthey, Wilhelm, Tr. By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《The formation of the historical world in the human sciences》Princeton University Press, 2002, PP.218。這個理解自己及他人才能接近生命地理念為狄爾泰所主張。

壓力下，決定要接受何種治療方式或治療程度，甚或選擇拒絕特定治療。因此行使過程，應該合併書面方式執行之並留存於病歷。所以「知情同意」另一方面還可作為法律上的根據，呈現說明時的真實性，以作為在日後可能發生醫療糾紛或意外事件時的查閱參考。

上述的過程非常的重要，因為在醫療過程中，傳統父權式的「醫、病關係」，以及醫師可能對病人的成見等，都會造成病人面對醫療資訊的不對等關係，將影響到「知情同意」之行使。所以在醫療工作中，侵害病人自主權之案例層出不窮的，這種衝突隨著醫療給付之改變，蔓延到醫、病關係中。漸漸地，病人對於醫師主導的「父權」式的醫、病關係，開始產生質疑。質疑醫師的決定，是否會為病患謀求最大的利益，可以把將影響其身體健康狀況，或是幸福的醫療重大決策，交由醫師來決定嗎？從整個西方及東方醫學發展的過程來看，醫師享有醫療過程中的決策權，一直是醫、病關係中公認的事實。醫師，依照希波克拉底斯的誓言(Hippocratic oath)，所做的宣稱：¹⁰

…我盡我的能力和判斷以醫術去治病，絕不心存絲毫傷害和錯誤之心…。

上述宣言：強調「以病人為中心」的醫學倫理學，乃是仁慈的、權威的、以病人之最大福利為己任的專家。其執業準則正是盡他最大的良知與能力去追求病人的最大利益。當醫師以病人的最大利益做為替病人做決定的依據時，此種「父權式的醫師」是否會「自行其是」的隱瞞一些重要醫療資訊；忽略此決定是否符合病人自身的價值觀和意願。

基本上，在以前「父權主義」的醫療模式下，病人想要了解病情，參與決定的權利及意願，是很難達到的。因為他認為病人也聽不懂一些高技術性的醫學術語，或者他認為病人不想聽；甚至醫師會擔心病人知道愈多的資訊後，反而會迷思於現前的假象，而忽略了更長程、更根本的結果。雖然近年來已有改觀，但實際上卻無法真正重視病人的權益。因為「父權主義」的假設前提就是：病人不知道什麼才是對自己好的決定，所以告訴病人太多的資訊，只會引起不必要的焦慮或麻煩，因而決定不跟病人討論病情，對病人是最仁慈的選擇。不過有時是因為醫師忙碌，而無法徵詢尊重病人的意見，因此我們很難確認醫療

¹⁰ 盧美秀著，《醫護倫理學》，（台北，五南圖書公司，2004年），P.151。

目標如何界定？如何平衡？正當性又為何？這是護理人員的「自律行爲」，稍不留意便會淪爲「自由心證」的狀況。所以在醫療上如何客觀地理解病人，以確認及達成其生命之需求，是護理人員執行專業時很重要的倫理選項。爾後，在醫師巡視病人及解釋病情時，護理人員便能善盡陪同的責任，¹¹ 適時地澄清病人或家屬的想法與需求，必要時請醫師再次地說明，確定病人在說明下能正確理解以利治療，避免醫師或病人做出遺憾的處置。例如：醫護人員爲了研究、實驗，或是醫師顧慮健保的規定限制，而做出侵犯了病人權益的行爲；還有在高速公路發生連環車禍，傷患被大量送入就近的醫院急診室時，護理人員必須依照法定的分類標準，立即決定急救病人的優先順序。這個程序雖然是合乎醫療法規的標準，可是依照病人自主性來說可能就無法一一滿足。

當護理人員企圖以理性思考掌握病人時，病人的問題會是他們所想的同一個問題嗎？做一個好的判斷，並不容易，需要種種的考量和分析，不是由個人的想法，就直接替他人做決定，並「是其所是」「非其所非」的認爲我們會做這樣的決定，完全是基於對病人的最佳利益考量。在病人面前，護理人員爲什麼要說實話，說實話，對誰有好處呢？對病人來說，說「實話」真的是一件對的事嗎？如果答案是肯定的，那麼護理人員便要告訴病人實話，並根據人文科學之整體性的專業知識，提供病人可理解的可靠訊息和協助。例如當醫生解釋病人罹患癌症病情後，護理人員必須進一步理解，該位病人得知自己罹患癌症的事實，會不會因爲此衝擊而影響理性思考的能力？進而延誤或喪失爲自己做最佳利益考量的機會？此時，護理人員應依據理解病人之衝擊狀態，提供妥適的諮詢及護理計畫。所以「病人自主性」的擴展便是「生命尊嚴」的展現，由於護理人員之維護「病人自主性」，可以避免病人淪爲「工具化」。

既然知情同意這麼重要，那麼要如何進行「知情同意」呢？醫療法第六十三條明列了，對於病人自我決定權的尊重，舉凡具有潛在性風險的檢查、治療、或手術，應在醫師善盡說明之後，徵得病人的「知情同意」才實施。¹² 對於一般或門診醫療行爲，基於專業倫理，發揮醫療專業技術，爲病人謀求最大福祉。在特殊無法取得病人之「知情同意」時，或病人實施「知情同意」的條件有質疑時，

¹¹ 有人會質疑？護理人員真的會跟著醫師巡視病人嗎？護理人員跟著醫師巡視病人，才能適時執行醫事處置護理的各項功能，特別是在男醫師面對女性病患時，更可避免所謂的性騷擾。

¹² 靳曾珍麗、尹裕君總校閱，尹裕君、林麗英等著，《護理倫理概論》，(台北：華杏出版社，2005年)，P.120。

醫療法第七十四條也清楚說明了，應設法取得該病人之法定代理人之「知情同意」，法定代理人的認定是依照民法規定行使。¹³ 緊急情況下，若無法取得病人及其法定代理人的「知情同意」，醫師可基於「醫主權」原則和條件行使之，為病人做最適當的專業判斷及處理。¹⁴ 亦即是，如果在緊急情況下、或會為害社會或他人安全時，可以不取得「知情同意」之情況。除了上述緊急情況，可以在未取得病人的知情同意執行醫療行為。亦即是，當病人出現可能傷害到他人或社會時，法律所採取的強制行為。例如，精神病患危及鄰居安全、酒癮發作等無自覺力之病人、刑事重行犯絕食時、或危害到社會共同利益之傳染性疾病病人，以上強制治療實施至病人的危險條件消失為止。

不過「知情同意」成為法則後，醫師到底是因於多方判斷後，做下病情告知的決定，或者只是為了符合醫師法的規定而告知病情呢？如果是前者那是病人的福氣，可是如果是後者呢？病人是否有拒絕知道病情的權利呢？醫師是否會考量病人的需求或是其得知病情後的反應，以及後果而謹言慎行呢？在臨床上也時常有病人，得知道病情後自殺或快速惡化者，到底是醫師的思維不夠縝密或是其他原因呢？在此筆者不是反對病情告知，而是期待在進行病情告知的醫師，能如同「希波克拉底斯宣言」般的考量，實際地、充分地了解病人意願下，和病人進行決策討論。護理人員也必須在進行病情告知的前、中、後期，提供更人性化的關懷及諮詢，讓「知情同意」產生「病人自主」真實的意義。

綜合以上的論述，可以明瞭病情告知時，尚有許多該注意的事項。首先要討論的是「病情告知」應考量的基本條件為何？當考量病情告知時，應確認病人具備實施自主性條件、文化、教育語言使用、病人心情合適度，以及醫師對病情及治療癒後的了解是否已充足。當醫療的條件都俱足時，便是最佳的病情告知。所以，如果已決定要進行病情告知時，要再安排適當的環境及充分的時間，並了解病人需要有人陪同嗎？例如牧師或其他對病人，具有重要意義的相關人士，以便在告知後可以進一步和病人及相關人員，共同討論後續的治療計劃。這個過程中護理人員必須密切注意，適時提供得知病情後的情緒支持，以及聯絡必要的陪同

¹³ 靳曾珍麗、尹裕君總校閱，尹裕君、林麗英等著，《護理倫理概論》，（台北：華杏出版社，2005年），PP.120-121。

¹⁴ 靳曾珍麗、尹裕君總校閱，尹裕君、林麗英等著，《護理倫理概論》，（台北：華杏出版社，2005年），P.119。醫療法六十三條說明：「醫療機構實施手術時，應取得病人或配偶及其關係人的同意…，但如情況緊急，則不在此限」。

人員。這個過程中護理人員除了盡責以外，還發揮了不傷害病人、實現病人的自主性。

不過，到底由誰來說明較恰當呢？說明的內容又為何呢？從醫療法及執行面而言：應該由將為病人實施檢查、治療、或手術的醫師來說明較為適合，醫療小組之成員如主護護士或社會工作師，皆應配合協助達成說明之任務，必要時尚需考量上述的注意事項，請宗教師或生命倫理師到場。¹⁵ 醫師提供給病人的資訊時，必須包含以下內容：醫學上的問題、預定的治療選擇、預期的效果、可能的風險、有無其他變通的治療方式及其預期結果。在經過醫師充分說明疾病情況後，護理人員便應尊重病人的決定，並協助探討該決定事後的處理計畫，不可強行或以其他方式安排該特定醫療項目。病人若具備「行為能力」、獲得充分及能夠理解之資訊、而且在自願情況下所做的決定即是「有意義之知情同意」。不過，在什麼狀況下的病人稱為有「行為能力」呢？

在醫學上，是指病人具備理解有關治療決定及簽署「知情同意」的「決定能力」(Capacity)，亦即是「行為能力」。在法律上，「不具行為能力」(Incompetent)的人是指那些無法處理自身事務的人，需由法庭指定之監護人加以保護。在醫學倫理原則上，醫護人員有責任保護「不具行為能力」的人，避免他或其監護人作出有害其自身利益的決定。醫師必須有能力評估病人是否具有「決定能力」，¹⁶ 並根據「能力檢定輔助」七大項目 (The Aid to Capacity Evaluation) 進行病患能力具體的了解，其項目為了解「醫學問題」的能力、了解「醫師建議療法」的能力、如有「其他替代療法」的話了解這些治療方式的能力、了解「可選擇不做治療、拒絕或停止治療」的能力、了解「接受所建議治療合理可預見後果」的能力、了解「拒絕所建議治療合理可預見後果」的能力、不受幻覺或憂鬱影響而做決定的能力。¹⁷ 進行此項評估約需十二分鐘，並且可以依情況彈性調整，其有效性則視醫師是否能傳達適當的資訊。因此醫師之溝通技巧、耐性、意願以及當時病人的身心狀態都相當的重要。

¹⁵ 在台灣目前還沒有生命倫理師這項專業人員，此項工作多是由社會工作師，或具安寧療護專業訓練小組進行。

¹⁶ 臨床判別「決定能力」的方式初步為「簡易心智狀態評估測驗」(Mini Mental State Examination 簡稱 M.M.S.E.)。

¹⁷ Peter A. Singer 著，蔡甫昌編譯，《臨床生命倫理學》，(台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質促進會出版，2003 年)，PP.26-28。此評估項目為加拿大醫師執業的臨床倫理手冊的規範，在台灣有部分醫師會依此項目進行評估，不過並未有此必執行的規範。

即使以上的條件都已完備足可施行「知情同意」，可是醫師或護理人員如何確定病人的同意意向呢？確認病人之同意需要專業素養、人文關懷、責任感及良好的溝通能力的醫事人員。這種情形是需要讓病人或其家屬，有充分地理解和足夠地時間討論與思考。就算是在緊急特殊狀況下，也不能只交給同意書，迫切的要求病患在未討論或思考下簽署¹⁸。所以，在這個關鍵點中，護理人員便是居中諮詢及協調的重要人物。必要時，還要聯絡醫師或其他相關人員進一步說明，甚至適時協助病人，召集家族成員共商大計。有時護理人員還必須和醫師進行溝通，為病人的權益把關，避免病人淪為醫學實驗的對象或是健康保險規範下的犧牲品。¹⁹

既然醫療業務這麼強調病人自主性，為何還要「代理決定呢」？²⁰ 只要病人擁有執行自主性的條件與能力，他所做的決定都應被尊重。當病人無法實施或不具條件實施自我決定權時，便是需要由法定代理人代行病人的決定。一位具有自主能力的病人應包含以下幾種處理事物的能力：了解、推理、熟慮、及自由選擇，所以對於不具這些能力的病人，他的自我決定權的自主性，必須由家屬或代理人(surrogate)代行，²¹ 舉凡意識不清楚如：昏迷、幻覺，不具思考能力如：低潮、激動、智障、精神病、老人癡呆，或不具法定地位未成年人、被褫奪權利的罪犯，都必須由適當的人代行決定。

但在此我們需要進一步反思兩個問題：當病人無法自行作決定時，該由誰來代理呢？代理者又該如何做出最適當的決定呢？代理人應是平時熟悉病人意願的人士的，在進行決定時，應根據病人先前表達的確切心願、已知的價值觀、信念及最佳利益為標準。如果代理人的決定，與病人可能的決定相距甚遠時，那麼該如何呢？在美國此時可徵詢「醫療倫理委員會」的建議，然而「醫療倫理委員會」在台灣卻因缺乏有效的機制，很難為病人在重要關鍵把關。不過，在台灣如果照護的「主護護士」，²² 能善加協調該位代理人，那麼似乎還多了一絲的機

¹⁸ 緊急狀況下有除外規定，則是進行代理決定。

¹⁹ 在臨床實務中，有少數的醫師會利用「巧言」選擇性的說明，讓病人接受某種治療。其實可能是為了自己的研究或健保規範上的考量，甚至可能出於某些錯誤的醫療處置的再次修正行為。

²⁰ Peter A. Singer 著，蔡甫昌編譯，《臨床生命倫理學》，(台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質促進會出版，2003年)，PP.43-49。

²¹ 代理人除了事先約定之外，一般是指法定代理人，有關法定代理人的判定依民法規定行使。

²² 亦即是病人的專責護理人員，由其負責病人所需之醫療照護的整合、協調計畫。

會。此時醫師如果違反病患意願，將處六萬元以上、三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上、一年以下停業或廢止執業執照。

依據安寧緩和條例末期病人須在二名成年人見證下，訂立意願書選擇安寧緩和醫療及內容。在臨終時不實施心肺復甦術，應由兩位醫師診斷為「不可治癒且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者」末期病人意識昏迷，意願書可由最近親屬代替；順序為配偶、直系血親卑親屬、父母、兄弟姐妹、祖父母或三親等旁系血親、一親等直系血親。意願人或代理人可以隨時反悔，撤回緩和醫療的要求。廿歲以上可預立緩和醫療意願書，事先指定「醫療委任代理人」。然而，在台灣有一種特殊性，或者說是中華文化生命倫理的特性。亦即是，代理人在做決定時，參考文化或風俗的成分，大於該位病人的意願。²³ 例如在生前雖已預立「放棄積極救治」的女性，最後因為其丈夫或其他家人的堅持，或是其主治醫師仍堅持醫師救人的天職，而不能如願。此種景象在台灣的醫療角落幾乎天天發生，醫療人員在處理之時，最後常會顧及未來可能的「醫療糾紛」或是其家屬的「不捨」而選擇答應家屬的決定。安寧緩和條例已實施多年，期盼社會大眾在許多病患的生死教育中，能夠記取教訓做出更適切的回應，讓每個人都能「生死兩無憾」，落實病人自主權。

總而言之專業的護理人員，應具有不忍病患繼續受苦，亦即是儒家論述的「不忍人之心」，以及「不傷害原則」。所以，護理人員應協助病人受到最好的醫療照顧，在考量病人的利益之上，還必須注重自律原則，對於病患自我行為所做的決定給予完全的尊重。協助其妥適的「病情的告知」，這是病人的權利中最常被忽視的項目，卻是攸關重大生命範疇的項目。所以據此進行說明，即可明瞭「知情同意」是實現「病人自主」的途徑。因此在醫、病關係複雜化的醫療場域中，有賴於護理人員「助人的特質」，理解病人之生命表現，進而在生命陷於困境仍可發揮「病人之自主性」。

²³ 請參閱本文論述「中國生命倫理學」的章節。

第五章、護理人員與病人的生命表現之理解

經由上一章對於「病人之自主性」在生命陷於困境時的可能性論述，可以發現護理人員的反應力和意願決定了「病人自主性」的行使。而醫、護人員的反應力，來自於其醫學專業知識、倫理、溝通以及人文素養的養成教育；護理人員的意願來自對生命的熱忱和專業的認同。¹ 然而，目前醫療環境極其複雜，護理教育卻是偏重醫學知識與技術的養成，這樣的教育是否足以承擔護理使命？因而本章將由亟需改善之倫理行動的能力，探討其問題產生的原因以及必須改善的緣由。

第一節、護、病關係影響的因素

現代醫療發展中將病人的照顧工作重重分工，成員包括各專科醫師、護士、物理治療師、醫檢師、營養師、社工師、心理師、看護…參與其間，病人要面對的是許多陌生的醫療人員與醫療環境、冷冽昂貴的儀器與繁瑣的檢驗。因此在各醫療專科化之下，又要求提升專業知識的同時，醫療人員很難顧及病患之心理、社會層面以及家庭社區背景因素；「台灣自 84 年實施全民健保以來，不僅改變民眾求醫行為，醫療給付方式更改變了健康服務行為與模式。」² 因此「醫、病關係」的建立便顯得短暫、淡漠。「病人就醫時不免感到惶恐、失落、無所適從，他究竟要如何避免受到工具化的戕害呢？」³ 科技能力愈大，它所造成的附帶效應就越長遠、越複雜，其不可控制性也就越大，而這正是人類之科學所無法進行預測的範圍。⁴ 因此，變遷中的醫療及社會大環境也讓台灣醫師也屢屢感嘆「醫生愈來愈難做」，其實相關人員都是面臨同樣的「難為」問題，⁵ 所以檢討與建構台灣護理倫理的實踐進路更顯的迫切。

¹ 本文第三章第二節曾論述：因為只有「人文科學」能夠適當呈現人類社會、歷史事實的核心領域，而且人文科學的任務就是要進行這些：從思維內容和一般活動過程中產生之問題的事實分析。

² 蔣欣欣著，〈護理倫理的發展與實踐〉，《哲學與文化》第 31 卷，第 11 期，(台北：哲學與文化月刊社，2004 年)，P.20。

³ 汪聖文，〈醫護倫理之存有論基礎初探〉，《哲學雜誌》第 37 期(2001 年)，P.5。

⁴ 林遠澤著，〈責任倫理學的责任問題—科技時代的應用倫理學基礎研究〉，《台灣哲學研究》，第 5 期，(台北：業強出版社，2001 年)，P.313。

⁵ 蔣欣欣著，〈護理倫理的發展與實踐〉，《哲學與文化》第 31 卷，第 11 期，(台北：哲學與文化月刊社，2004 年)，P.20。

生物醫療科技的進步帶來了無限的可能性：胚胎複製、基因轉殖、器官培育、異種移植、基因篩檢與治療…已成為世界各國的「科技競賽」，延長壽命的結果醫師似乎比以前更權威、更能造福病患，但這樣的科技將帶領人類通往何處呢？如前所述，突顯朝夕相處的「護理人員和病人關係」（以下簡稱為「護、病關係」）以及其可能影響的因素改變，故而筆者認為從「醫、病關係」出發的探究，才能找到真實「護、病關係」的方向。因為「護理倫理學探討的範圍，主要是『護、病關係』中所涉及的倫理道德的議題，包括外在的行為規範與內在的自我期許，希望能協助護理人員成為良善的照顧者。」⁶ 所以以下依據戴正德教授對「醫、病關係」所做的考察，由他認為此關係受影響的七大項因素為基礎，⁷ 逐一了解茲分述如下：

首先是「政治哲學」導致法規、制度的變革，對醫病關係的影響相當大。一九九五年台灣全民健保實施以來，健保之醫療費用成長率達 10% 以上，保險支出成長率遠高於保險收入成長率。保險財務主要來源為保險費，保險費取決於保險費率及投保金額，保險費率又受到政治因素之干預。「目前健保係按服務量的多寡為支付的依據，如此較易造成醫療資源的浪費。」⁸ 換言之，雖然許多重病和慢性病以及無法支付醫療費的民眾，獲得了生存的機會，卻也造成健保支出節節上升，形成嚴重虧損。因為在政治干擾中推展的健保，雖然費率調整是法內依據，但是實際的調整和經費預算，卻處處受限於政治妥協的困境，其後果卻是醫療團體與民眾承受。此現象，不僅醫界的專業自主性遭受衝擊，強迫著醫界，進入一個企業化的營利及資源分配的世代，更造成供應誘導需求，國家資源嚴重的不當使用。結果，低獲利能力的技術與人員慘遭淘汰；低獲利地區或嚴重虧損的區域之醫療缺乏；導致醫療生態的不平衡，民眾之健康照護的品質及權利也遭受影響。其中最大的影響是護理時數的大幅壓縮，使護理的獨立性功能發揮：健康問題之護理評估、預防保健之護理措施和護理指導及諮詢的時間不足。

⁶ 蔣欣欣著，〈護理倫理的發展與實踐〉，《哲學與文化》第 31 卷，第 11 期，(台北：哲學與文化月刊社，2004 年)，P.19。

⁷ 戴正德、李明賓著，《醫學倫理學導論》，(台北：教育部，1990 年)，PP.3-4。在此有關醫、病關係的探討，主要是依據戴正德先生，1990 年受教育部委託，編著醫學倫理學導論中，提出對醫、病關係的問題主張。

⁸ 楊志良，《健康保險》，(台北：巨流圖書公司 1998 年)，PP.212-214。

第二項因素為醫療科技發達若能如期延續生命，但是其能解除痛苦嗎？如果醫療行為呈現如凱·博文醫師指出：

「社會真相如此具有組織，我們不會經常分析我們的社會結構，更不會探查疼痛的意義，事實上醫學訓練與執行健康醫療的每日優先秩序結構，對疾病的生物機轉完全作唯物主義的追求，妨礙了這項探討…這個惡性的價值轉化是現代醫學的一種嚴重疏失：使醫療者無能使長期病人無力。生物醫學必須指出這項失敗才能挑起認真改革的興趣，因為有效變通的治療方法隨時可得。」⁹

以目前延續生命的方式，結果未必是人類最好的選擇，反而將人類推向另一個問題之中。

第三項因素為科學昌明研發及產業界一鳴千里，為不少人達成非科學而不能實現的夢想，但是生物科技的研發應用真是人類之福氣嗎？諸如基因生殖技術造成人倫親子關係的改變以及複製人等，未來人類將要面對的情境又會有何種變化呢？生命是否會成為商品？「然而當胚胎研究已為其他目的而生，治療用的無性繁殖(das therapeutische Klonen)已扣弦待發，而無意識能力者可否實施基因實驗呢，是否科技上能夠做得到的，即應容許去做呢？」¹⁰ 科技的進步能如期延續生命，但是它是否可能解除痛苦呢？對於長期罹患疾病的人來說，「疼痛和苦難」對生活的影響，是否會引發生活黑暗、恐怖的一面的感受？關於這些病患對於疾病的感覺，他們是否能如實面對或者是加以否認呢？「或許治療者和家屬，就像研究人類不幸的歷史家，必須要讓自己聽到—在症狀之中和病痛背後，尤其是對我們這些最普通之人的怨訴—哀泣聲」。¹¹ 醫療科技發達是為病人改善疾病的善，還是滿足醫、護人員高傲的成就呢？不管是哪一種科技的進展，病人的存在與做為人的價值都將遭受影響。

第四個因素為醫學知識的高度專科化，引起醫、病關係的改變。醫生與病人的關係，原本建立在互信互賴的親密關係上，然而醫學的進步，使科系愈分愈細、

⁹ 凱博文著，陳新綠譯：《談病說痛—人類受苦的經驗與痊癒之道》，(台北：桂冠圖書公司，1997年)，P.7。

¹⁰ 楊君仁，(德國生物科技應用倫理研究簡介)，《應用倫理通訊》第14期，(2000年)，P.。

¹¹ 凱博文著，陳新綠譯：《談病說痛—人類受苦的經驗與痊癒之道》，(台北：桂冠圖書公司，1997年)，PP.75-89。

儀器在疾病診斷上日益重要時，醫師或病人是否有形成工具化的可能？病人的醫療過程是否會淪為「人體的宰制」？當醫師或病人被「工具化」，「人體的宰制」成為醫療主要的工作時，醫生與病人還有尊重和關懷可言嗎？側隱之感受被腐蝕之後，維持倫理行動的能力還在嗎？醫生與病人之間除了利益關係之外還剩下什麼呢？科技的進步，在說明的方式上複雜度也增加了，理解度也相對的受到影響，所以勢必也會影響「醫、病關係」，而「護、病關係」的影響將更形多變。

第五個因素為消費主義興起，強調每個人都具有應當受到尊重的權利。個人主義的興起，在台灣亦有完善的「消費者保護法」，保障民眾的權益，這個法規在醫療行為中依然適用。換言之，病人不但注重知的權利，也有選擇安全、舒適及參與決策醫療等權利。因此身為病人將會更幸福嗎？如果病人因而將受到更完善的保障，那麼近年判決的「無過失賠償」案例，為何卻造成醫師在進行醫療時的擔憂，甚至演變為醫療「人球」的事件？¹² 病人的就醫權是否將面臨更多的衝擊呢？「醫、病關係」改變了，醫師、護理人員及其他醫事人員，雖然已開始思考醫療在溝通及治療的過程的意義，然而在這種場域中是否可能有雙贏的結果呢？

另外，第六個因素為資源有限性、資訊不對等、供應誘導需求等，造成醫療照護的成本昂貴，有限的資源必須如何合理的分配的問題。為了保障全民的健康照護，世界各國紛紛先後實施「全民健康保險」，台灣也於八十四年開始實施。在資源有限性的狀況下，關注發揮最佳的效果的「效益主義」，真的可能形成分配的公平與正義嗎？因為在病人的心態裡，總是認為自己是最重要的、最需要被照顧的，面對所謂最適當的運用，病人是否同意呢？而且在決策的過程中政策擬定或是醫師的判斷是否具有準則？如果有此準則，面臨決策的結果，相關人員要如何進行溝通及執行呢？那麼這個準則又是由誰制定的呢？在一長串的考量過程中，病人又該如何因應呢？面對有限的資源必須如何合理的分配的問題，醫療單位又是如何因應呢？面對資源的限制性，醫療機構是否會為了增加收益，而將慢性病人進行出院計劃及社區妥善安置？醫療機構面臨增加收益，是否會濫用資

¹² 此事件源自台北馬偕醫院在分娩一位肩難產的女嬰，雖已善盡告知及醫療專業的職責，該位產婦及家屬仍堅持要自然生產。後來女嬰的肩膀受到臂神經叢受損，家屬向法院提出告訴，法院判決該醫院「無過失賠償」。此事件導致往後醫療之中，醫師有慎選病人的傾向，而使重病病人求醫的耽擱成為「人球」。後續的家暴案件的薛小妹妹，便是受此影響的另一案例。

源或是鼓勵病人使用付費式醫療，如近視雷射手術、醫學美容等。一連串的爲什麼，也引發在此醫、病關係中更多的變數，護理人員居於其間所受影響更是廣泛。

第七個因素則爲老年人口的增加，代表著慢性病及長期照護的時代來臨，台灣自 1994 年即邁入「高齡化社會」，¹³ 表示未來少數工作者，必須扶養多數的老年人。老人的器官衰退、罹患疾病的機會增加……，意味著照護的資源及負荷的加重。因爲，科學及醫療的進步，增加了慢性病及罕見疾病的存活率，以及增加了人類之平均餘命，因而醫療照護、家庭以及社會結構是否也將隨之改變呢？如果這些結構改變了，未來醫病關係的面向的複雜及多變性，除了護、病關係的改變，有關照護的複雜度及涵蓋層面將是新世代護理的一大挑戰。

由於以上的變素，導致了護、病關係探討的範圍的多變性，本文依據戴正德教授的研究，把它分四個向度。第一個問題，存在於醫生與病人的關係探討有關病情告知、隱私、醫療專業的部份。第二個問題：是在醫療介入的抉擇，有關病患照護之終止或安樂死等議題之內。第三個問題：有關醫學資源的分配，當涉及稀有醫療資源的使用時，如如何判斷病人的受選標準，以及如何實踐公平的健康照護。第四個問題：涉及基因工程、腦細胞移植、個人變形技術的申請、精神外科學等高科技，或具有倫理爭議的議題中。

以上四個因素會影響醫、病關係，因於社會變遷及網路科技發達、醫療資訊可近性提高，病人追求醫療自主的意識也提高。病人的自主性及擁有醫療知識的條件，是否會質疑醫師的專業權威？醫師、病人互動的本質是否會變成像是商家及消費者的利益關係呢？尤其近年來醫療服務商品化、醫療行爲商業化、醫院大型化連鎖化，爲了生存或爲了利潤的追逐，積極擴張或推動刺激醫療行爲的各種制度，造成供應誘導需求。在這些變遷中，病人所接受的照護品質被迫改變是很難避免的事實，然而這樣的改變對病人來說將如何因應呢？醫院的行政政策又會採取如何的因應措施呢？是否可能違背了醫療倫理原則呢？這樣的情境造成病人的「生命」受服務的品質改變了，護理人員最深知其箇中疾苦、挫折與喜悅，因此在護理活動中的複雜度也因之增加了，也更容易產生衝突與摩擦；因此我認

¹³ 王婉璇、田玫等著，蕭淑貞、李世代總校閱，《長期照護》，(台北，藝軒出版社，2001年)，P.22，37-38。世界衛生組織(W.H.O.)定義之高齡化社會是指 65 歲以上人口超過總人口數 7%，台灣 1994 年已達 7.34%。

為在傳統的醫、病關係中，應當再加上第五個問題：在此因素衝擊下，如何進行醫療團隊的整合，以協助病人獲得最適當的醫療。

傳統的醫、病關係，是指醫師和病人的互動關係。隨著個人主義的興起，病人的權利開始提升。醫、病關係也漸漸的演變，成為所有有關醫療工作者和病人關係。其關係的類型主要分成四種：有主動-被動型、導引合作型、相互參與型、親密-互動型等四種類型。¹⁴ 因此身為醫療團隊的成員，護理人員和病人關係也是適用的。第一種類型，為主動-被動型(activity-passivity)，又稱嬰兒型：此型病人如同嬰兒般，依賴並聽從醫師的決定指示，這一類的病人一般屬於教育程度較低，或自主性較不足的族群。第二種類型，為導引合作型(guidance-cooperation)，又稱幼兒型：會表達自己的看法，只要給予適當的解釋便能配合，這一類的病人屬於擁有簡單的醫療知識和教育程度，以及具有自主意識的族群。第三種類型，為相互參與型(mutual participation)，又稱成人型：會充分表達自己的需求及看法，和醫療人員充分討論決策方式，這一類的病人具有足夠的教育程度，能自主的吸收醫學知識並能主動討論病情。第四種類型，為親密-互動型(social-intimacy)，又稱摯友型，此期為在長期的醫療相處中，所培養的友誼互動關係，在醫、病關係中如能善加探討上述四期的特性，適時掌握溝通技巧，是否能夠形成合諧的互動氛圍，滿足病人的醫療需求？

第二節、醫療院所促進醫病關係的方式

由上一節之醫、病關係影響的複雜因素中，雖然談到護理人員可以居中協助改善，然而因於「病人自主性的提升」、「台灣地區各級醫療院所評鑑標準」，以及全民健保制度的「供應誘導需求」(supply induced demand)情形下。¹⁵ 台灣地區各級醫療院所莫不積極：藉由企管及公共關係的形象塑造方法，與民眾建立良好的互動關係，並藉由加強工作人員醫療倫理教育，提升醫病關係應對的能力和強度。不過，這些措施是否能夠協助工作人員，增進其倫理的行動能力呢？

在此僅將目前台灣地區各級醫療院所，促進醫病關係的方式介紹如下：1、推展由高階主管走動服務：接受民眾申訴，以求在最快的時間，為民眾解決各式疑難問題。各家醫療院所，各自發展出平息怨氣的技巧。此種服務也有另一個重

¹⁴ 戴志展，〈醫療行為與醫療糾紛〉，《台灣醫界》第42卷，第1期（台北：1999年），pp.57-59。

¹⁵ 楊志良，〈健康保險〉，（台北：远流圖書公司，1998年），p.12。

要目的，亦即是，運用高階主管的洞察力，在醫院各個角落巡視中，發現環境及工作人員服務的缺失。將醫院塑造成為舒適、便利的好鄰居的形象。2、成立客服專線及信箱：接受民眾申訴，以求在最快的時間，為民眾解決各式疑難問題。各家醫療院所，為能增進民眾的滿意度，各自發展出平息怨氣的技巧。3、成立社區健康服務：主動走入社區、學校以及機關團體，為民眾進行健康服務。此種服務以免費為主，也有提供付費式的到家服務。4、成立醫療倫理推展計劃：以高額獎金或國外旅遊，誘使醫療人員重視醫療倫理，並藉之產生良好的醫療服務。例如藉由讀書會、徵文比賽、最佳服務人員票選。

以上醫療院所的因應方式，我們樂見民眾的需求得到重視與回應，不過是否形成供應誘導需求的嫌疑呢？因為醫療倫理本質的提升，應是「針對病人的利益，而不是實行者」，¹⁶ 雖然獎勵在認知心理學的層面，可以古典制約的方式，加強工作人員之「目的行為」出現的頻率。然而，醫療倫理學所要奠立的是醫療道德行為。如果醫療行為是一種道德，是我們本來就該做的目的自身，就不應是種獎勵下的策略行為，這種措施是否已經把「醫療人員和病人」工具化了呢？這樣對待生命的錯方式，就如同當年狄爾泰的地批評，因為這樣的科學並沒有夥同外部的生命經驗，回到內在「意識」的條件和脈絡中產生關聯，無法認清「生命」的整體正確需求，便難以發揮「生命」真正完整的功能。當它們沒有意識到：它們必須在現實中的相互關係時，才能徹底地分類及掌握邏輯體系的關聯，得到有效而真實的答案。因此，這樣的「科學」是偏失的研究，¹⁷ 關於此問題，狄爾泰亦曾慎重地表示「脫離這個整體便會出現災難性的錯誤。」¹⁸

那麼以上的醫療變遷以及醫院的因應行為，是否已造成倫理命題的改變呢？世界各國為了同樣的問題，紛紛設立「醫療倫理委員會」，俾以匡正倫理的正當性。台灣衛生署亦成立了「醫療倫理委員會」，¹⁹ 以及國家衛生研究院也成立「論壇生命暨醫療倫理委員」。醫院評鑑暨醫療品質策進會，亦將設置醫學倫理委員會納入醫院評鑑項目。並於 2004 年起針對醫學中心試行，而後陸續擴展至

¹⁶ 黃苓嵐，〈拉圖理想國在醫學倫理教育上的運用〉，《哲學與文化》第 32 卷，第 8 期，（台北：哲學與文化月刊社，2005 年），P.156

¹⁷ Dilthey, Wilhelm, Tr By Makkreel, Rudolf A.& Rodi, Frithjof,《Introduction to the human sciences》Princeton University Press,1988，PP.50。

¹⁸ 同註 17，PP.162。

¹⁹ 郭素珍，〈醫院倫理委員會的形成與運作〉，應用倫理通訊第 25 期（台北：2003 年），PP.19-22。

其它醫療院所。²⁰ 國內主要的醫學中心也因此成立了倫理委員會。醫院倫理委員會的主要角色，應協助工作人員、病人和家屬獲得健康照護需要，並確保倫理原則被遵循。倫理委員會的成功與否，包括以下的條件：必須具有委員會結構、委員的持續教育、獲得合宜的人事和財物的支持、委員會工作確保守密、有書面政策和程序並加以遵守，那麼委員會對挑戰就會有較好的回應機制；甚至一個倫理委員會，可以擴展為機構內或社區的倫理教育和諮詢的領導者。

醫療倫理委員會的功能，具有諮詢、研究、教育、增進醫病關係的媒介等。台灣運作參考了美國、新加坡的模式，美國的模式自 1980 起，由專業醫學會主導會員自律的行爲。台灣醫院評鑑標準係以—2002 美國醫療機構聯合評鑑組織之評鑑標準，成立醫學倫理委員會。行政院衛生署業已於 92 年成立醫學倫理委員會，在評鑑標準的要求下，對自身有期許的醫療院所，也紛紛設立醫療倫理委員會，不過實際運作的內容上多半是設立醫療倫理委員會，並以現有成員納入編制，執行人員多為社會工作師（員）。不過，這些因應方式是否能夠正視醫療倫理之整體面向的問題？倘若無法了解醫療倫理整體面向的需求，如何正確擬定解決之道？如何可能匡正倫理的正當性？在這些措施下，是否可能彰顯其功能，民眾是否可能有人性化醫療環境的回應？尤其是在重大醫療決定時，是否可能有中立的並具有豐富的醫療社會面向的專家，協助探討可能的決策，以免造成生命中不可彌補的遺憾。

經由上述的「醫、病關係」改變及因應策略的現象而言：實際上在進行人文科學面向之反省時，是另一項忽略攸關生命及文明發展重要議題的謬誤行爲，儼然是狄爾泰所說的實證主義透過自行其是之知識界定，得到科學片面的概念。這樣錯誤的方式不僅無法獲得在人類自我反省的心理根源中，呈現的自我和他人共同組成的社會、歷史、文化…等共同的生命關聯；更是將工作人員和病人當成提升業績的工具。因此，不但無法真正改善醫病關係、也難以匡正倫理的正當性、民眾更是無法有人性化醫療環境的回應；更重要的是使民眾之生命照護沒有保障、浪費國家資源；尤其是在重大醫療決定、或是政策制定時，生命的需求即變成「虛求」。此問題的解決勢必要回到生命的核心，進而客觀的理解他人生命表現，釐清人類「生命」之整體面向、以及存在於其間彼此相互依賴的關係。如此

²⁰ 盧美秀著，《護理專業問題研討》，（台北，華杏，2005 年），P.417。

地方式才能正確了解促使文明進步的力量，發展出有益於生命與社會現實之間，具有關聯性之引導性的原理和規範。²¹

由本章的論述可以清楚體悟在複雜的醫病關係下，病人的生命保障面臨不可知的困境。雖然護理人員可以居中協助改善，可是當這樣的困境是政策性、及大部分醫療機構採取的模式時，護理人員該如何維護病人權益，以確保其生命的照護品質呢？故而下一章將由護理人員如何維護病人權益的面向，探討生命的照護品質。

²¹ 同註 17，PP.55。

第六章、 狄爾泰人文科學與護理人員的自主性及價值

在諸多因素導致之醫療變遷及醫病關係的複雜化，生命陷於困境的病人卻又面臨不可知的情境。在這困境中護理人員能夠為生命做什麼服務呢？他該如何維護病人權益，以確保其生命的照護品質呢？本文認為應從護理人員的自主性及價值談起，由護理活動中之的層面理解狄爾泰所謂人文科學的核心「生命」，進而確認促使護理持續努力不懈的力量。

要談護理人員的自主性之前，要先說明醫主權(Paternalism)。其字面的原意是「父權」，¹ 通常是指醫師的自主原則。適當的醫主權表現是醫師在病人同意下、或在病人無法表示意見的緊急情況下，以病人的最佳利益為前提，根據醫療專業技術為病人治療。要先說明醫主權的原因有兩個：第一個是在「父權宰制」下的病人情何以堪？第二個原因是護理人員也常出現「父權宰制」的護理行為。護理人員聲稱：護理工作是獨立自主的種專業，但在實際場域之中，護理人員卻常是依循著醫師的醫囑行事。在這種情境中執行的是「助手」還是「專業人員」的角色？而且護理人員也常有另外一個角色衝突，可能造成病人的傷害。亦即是，「堅守為病人好」的行善義務，卻只是自行其是的為病人做決定的「父權宰制」行為。尤其是在「實證醫學」及健保「論病計酬」的影響下，為了提升醫療品質及減少醫療成本的支出，一個又一個的「護理標準」形成了照護病人的指引，問題是—是否有標準的病人？況且在「護理標準」下，護理將如何可能行使自主性呢？

在照護病人免於傷害的同時，要如何顧全病人自主性？隨著社會變遷及醫療科技的進步，護理專業產生極大的轉變，這個改變帶給護理的價值與意義又是什麼？這個議題正是本章所要討論的核心。鈕則誠教授認為：「護理學必須表現『護理專業』『真正的自主』，而不是迎合傳統科學哲學的要求，畢竟護理擁抱的是受苦難的人群，而不是父權籠罩的科學共同體。」² 以狄爾泰的觀點而言：重視攸關「生命」及其文明發展中至關重要的議題，對「人」生命整體的認識，才能有助於發揮生命真正完整的功能。所以本章預計從「護理專業」考察出發，辨識護

¹ 戴正德，〈醫學倫理思考摘要〉《基礎醫學倫理學》，（台北：高立圖書公司，1990年），PP.179。

² 鈕則誠著，〈護理學哲學〉，（台北，銘傳管理學院出版中心，1996年），PP.204-205。

理「生命」中自主性與價值，從提升病人的自主性之脈絡中，尋找護理人員和病人的自主性及價值，進而確認彰顯護理人員和病人的自主性及價值的方法。

第一節、專業與護理專業

「專業」(Profession)指某一種工作，在工作內容中需具備其特殊、專門化的(specialized)知識與訓練，並遵照其所屬領域之倫理規範提供服務。專業有別於職業(occupation)在於職業並不需要太多專門化的技能，專業人士具有更高的職權(authority)與自主(autonomy)，相對的，為保護受服務者的權利，專業更強調倫理規範的重要。

「護理」(Nursing)這個名詞來自拉丁文(Nutire)，表達了養育的意思，爾後逐漸擴展至輔育、照顧、弱小、殘疾…等，³亦即是能夠以愛心關懷人的照護工作。其實，能完成上述的工作已經是不簡單的任務，為什麼還需要「護理專業」呢？因為護理深含「專門化的知識和技術」的意思，強調自身的自主性，又必須能夠保護受照護者的自主性權利，以及強調倫理規範的重要。紐則誠教授在護理專業的考察時提出：「南丁格爾女士是歷史上第一為護理理論家，她強調『環境因素』對病患具有決定性的影響，並肯定護理人員在其中的重要角色。」⁴所以說是「護理專業」，「護理」不是只被動的去照顧病人，也不只是醫師的助手，而是可以主動的去計畫及進行民眾的健康管理者。⁵南丁格爾在1864年便主張：「醫療並不完全需要靠藥物，而是要矯正病人錯誤的生活習慣，與不良的居住環境。」⁶這個任務有何重要性呢？這個任務正是護理專業功能的發揮，所以護理工作要成為受肯定的專業，就必須重拾南丁格爾捍衛「病人」的精神。繼而「護理人員回到事物自身，排除一切應然的預設，以事實經驗本來的面貌來看待一切」，⁷從現實的紛擾中找出實然的準則，提供病人更適切的「護理專業」服務。亦即是，狄爾泰所關注的在真實之生命過程中的意志、情感和思想都是生命的一

³ 蕭宏恩著，《護理倫理新論》，(台北，五南圖書公司，1999年)，PP.11-12。

⁴ 紐則誠著，《護理學哲學》，(台北，銘傳管理學院出版中心，1996年)，P.41。

⁵ 有關護理專業的主動性和獨立性功能，是自南丁格爾時代以來便存在的護理使命，不過當民眾對此項義務和權利認識不足時，卻很容易讓民眾誤解護理人員是醫師的助手。當然這個結果是護理人員及整個護理界要坦然面對的問題，進而反思為何護理專業的形象未被民眾認可，並要思考如何改進之道。

⁶ 南丁格爾著，張文亮譯，《南丁格爾手記》，(台北，校園書房出版社，2004年)，P.74。

⁷ 蔡錚雲，(傅柯是如何去修補現象學與倫理學間的基礎)，《哲學雜誌》第37期(台北：業強出版社，2001年)，P.37。

部分，對於生命之提問，解答盡在於人類的意識裡，以及其內在經驗發展的歷史過程及社會脈絡中。

由此可確認護理倫理：是指探討在某一醫療情境下的認知、態度、抉擇與關係的應用倫理學，包括護理人員與病患、病患家屬、醫護同仁及整個社會的關係。亦即是，在良好護理品質的照護下，具有明確的「倫理規範」，以限定其服務的態度和條件，便可以深化護理的核心價值。⁸ 護理學者劉仲冬說：「護理的中心工作在照顧，90年代後我國的疾病轉型，十大死因中的疾病，幾乎是無可治癒的慢性病，照顧的功能遠大於治療，社會對護理的需求必將大增。」⁹ 蕭宏恩教授也認為：「護理的主軸就是「實務」，沒有實務就沒有護理，這是掌握及凸顯護理專業特性一項非常重要的信念。」蕭宏恩教授更進一步列舉了判別護理作為專業的特徵為：「1、具備系統而明確的知識。2、受專業訓練，有適度的專業權力。3、遵守倫理信條。4、提供重要的服務。5、有合格的組成份子，組成專業團體。」¹⁰ 從這個特徵中，看到專業護理必須是具有專業知識技能的涵養，能通過國家考試領取證照，而且可以不斷自我成長使專業的判斷更趨完善。另外在專業的判斷中，護理人員必須加入專業團體，藉由專業團體執行護理倫理的規範與推展，¹¹ 進而對民眾施行健康之護理服務。有關這些特徵在護理人員法中都有明確的規範，然而這些規範是否足以促進護理人員認清本身的價值觀，並使之成為護理教育及護理活動中的道德原則？要了解護理人員的價值觀和護理活動中行使的道德原則，則必須藉由護理人員的權利與義務反思著手。

第二節、護理人員的權利與義務

要了解護理人員的權利與義務，必須從南丁格爾女士誓約(The Nightingale Pledge)說起，其內容說明了護理之服務對象、義務及倫理之根源：

「余謹以至誠，於上帝及會眾面前宣誓：願終身純潔，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物，慎守病人及家務之秘

⁸ 陳月枝總校閱，李選等合著，《護理學導論》，（台北，偉華書局，2004年），P.351。

⁹ 劉仲冬，〈我國的護理發展史〉，《護理雜誌》，53卷3期，（台北：台灣護理學會，2006年），P.18。

¹⁰ 蕭宏恩著，《護理倫理新論》，（台北，五南圖書公司，1999年），PP.13-16。

¹¹ 陳月枝總校閱，李選等合著，《護理學導論》，（台北：偉華書局，1998年），P.519。「護理倫理規範」於民國83年3月經行政院衛生署通過，6月由內政部核定，共38條。

密，竭誠協助醫師之診治，務謀病人之福利益為優先考量的「行善原則」。¹²

這是接受護理教育的學生，在進入護理職場前（學生為實習場所）的宣誓誓約。接受護理教育的學生，在進入實習場所實習前，會由學校辦理加冠典禮進行南丁格爾誓約的宣誓。學生在此肅穆的氣氛中，秉持南丁格爾誓約的自我規範，許下「護理的承諾」。它表明護理人員自宣誓日起，即須由自身做起，盡忠於自己的護理崗位，要善盡協助醫師完成醫治病人的健康外，還要謀求病人之福利，慎守病人及其家務之秘密，不做傷害病人的事，以保障病人的安全。所以，此誓約涵蓋了對於病人、醫師、護理專業以及自己的責任，提供護理人員執行業務時的基本規範，這是護理最早的倫理規範，其根源於「行善原則」，亦即是「不傷害」病人的原則。然而許下承諾的護理學生，是否便能保證從此具有倫理的行動能力呢？

在台灣護理人員法中，¹³ 為了提供護理人員執業的依據，亦明確列出護理人員的權利及義務。第二十四條，說明了護理人員之四大業務，亦即是業務權：一、健康問題之護理評估；二、防保健之護理措施；三、護理指導及諮詢；四、醫療輔助行為。在醫療輔助行為中，又明白限定了十一款醫療輔助行為：（一）輔助施行侵入性檢查；（二）輔助施行侵入性治療、處置；（三）輔助各項手術；（四）輔助分娩；（五）輔助施行放射線檢查、治療；（六）輔助施行化學治療；（七）輔助施行氧氣療法（含吸入療法）、光線療法。；輔助藥物之投與；（九）輔助心理、行為相關治療；（十）病人生命徵象之監測與評估；（十一）其他經中央衛生主管機關認定之醫療輔助行為。除前項第四款為醫療輔助行為，應在醫師之指示下行之，其餘皆是護理獨特性功能的展現。不過上述的事實，卻和社會大眾的眼中認為護士為醫師的助手有所差距，筆者身為護理人員常需要為此大加說明一番。其實這個事實，是護理教育中的基本課程，為何民眾不明白？於此護理人員是否能夠虛心檢討，專業的定位只是自行其是便可以認定嗎？

有關「護理人員」是專業人員還是醫師的助手，這個問題必須從護理人員之功能說明：依據醫療法及「護理人員法」的規範，以及護理人員行使護理措施的自主性決策程度，護理的功能分為三種類型：¹⁴ (1)獨立性功能（independent

¹² 陳月枝總校閱，李選等合著，《護理學導論》，（台北：偉華書局，2004年），P.352。

¹³ 陳月枝總校閱，李選等合著，《護理學導論》，（台北：偉華書局，1998年），PP.504-518。

¹⁴ 盧美秀總校閱，盧美秀、吳盈江、徐美玲編著，《護理導論》，（台北：匯華，2000年），

function)、(2)非獨立性功能(dependent function)、(3)相互依賴功能。茲分述於下：

獨立性功能是指：護理人員在執行病人的護理活動中，其依據專業知識經驗及病人的需求，進行獨立之判斷、決策，而不需要醫囑作為病人護理活動的依據：例如陪伴醫師巡視病患及病情告知，後續需評估病人的想法及需求，以便適時為手術後的病患執行身體清潔、翻身和保暖；以及提供癌末病患靈性護理、身後事的安排…等。在上述護理活動中，揭示了瞭解、支持、協助、教導及諮詢等功能，都是由護理人員在獨立判斷下自主完成，其專業能力的表現，正是上述護理人員法中規範的護理人員之四大業務的前三項。不過這些可以明確說明「護理專業」的業務權責，護理人員是否能夠如實完成呢？其實這些業務常被護理人員忽視，忽視的原因除了忙碌之外，可能還有專業的認知不足，不管是哪一個原因，對護理都造成了難以彌補的傷害。此外病人呢，病人在這些業務的忽視之中將面臨何種照護品質呢？

第二項非獨立性功能則指：護理人員在執行病人的護理活動中，其必須依照護理人員法的規範在醫師的指示或監督下，執行的護理行為，例如各種輸血、注射及導尿…等。在這些護理活動中，雖然在「護理人員法」的規範中醫師為主導的角色，護理人員係依醫師指示或處方執行合法的治療措施。然而，醫師和護理人員的醫療職責原本就不同，病人的照護之中，多半由護理人員提供病人的觀察及評估結果，做為醫師診斷的依據。而且有關醫師指示或處方，護理人員也有責任進行討論或把關其適當性。然而錯誤的藥物處方或醫療措施，護理人員要如何因應呢？是否應該適時提出，讓醫師審慎思考？如果關於護理人員的質疑，醫師不接受時護理人員又該如何處理呢？依照「不傷害原則」，必要時需要向有效的資源反映該疑問的醫囑，以維護病人的權益。因此在非獨立性功能中，護理人員執行的工作不只是「依醫囑執行」，反而是很重要的把關的角色。所以這個角色的實踐，是否可能比獨立性功能更能展現「護理專業」的特質呢？

第三項相互依賴功能係為：護理人員在執行病人的護理活動中，必須和醫療團隊共同合作的部分，俾使病人有關的問題或臨床狀況得到解決。如癌症病人，經醫師診治後，會診放射線治療、外科手術或安靈照護小組…等，安排後續的治

療計畫。在多位不同專業人員中，病人所接受的是更完整或是片面的服務呢？護理人員又要如何協助病人執行？此時病人的治療涉及多面的醫療人員，因此這個功能中護理人員的責任更形重要，護理人員必須扮演評估、諮詢、教育及協調的「護理專業」角色，協助病人接受合宜的治療內容，避免在「技術」的劃分中讓病人變成宰治下的工具。

以上三種功能的論述，可以發現不管在哪個功能中，都是「護理專業」的發揮。護理人員善加分辨「醫、病關係的類型」，從事各項「護理功能」的實踐中，都可以讓社會大眾認同「護理」是專業的事實，而不是大聲疾呼的爭取憐憫。就像狄爾泰的主張：必須透過理解人類自身及其表現的實際體驗中，「生命」和他人的生命被認識的過程，護理人員才能理解「護理的生命」和病人的意義。南丁格爾說：「工作不會使人的生命有意義，是人的生命使工作有意義」，¹⁵ 狄爾泰也認為這樣的「表現」是接近生命的最重要來源。從護理人員接近生命的「表現」中可以看出「護理生命的表現」，權力是相對於義務而產生的，而護理人員在爭取自主權時，勢必要優先表現出良善的義務行為。那麼良善的義務行為是什麼呢？盧美秀教授在護理倫理探究中舉出：護理人員具有提供醫療服務的義務、尊重病人的義務、告知說明的義務、保密的義務、注意的義務、誠實的義務、公平分配醫療資源的義務、做病人代言的義務等八大義務。¹⁶

從以上的說明可以看到：狄爾泰和南丁格爾這兩位偉大人物，在相同的時代、不同的國度裡對「生命」卻發出同樣的反思、熱愛和期許。依循狄爾泰的思維，可以發揮南丁格爾在病人生命中的定位，護理人員舉足輕重的角色，不盡然是醫師的助手，如果少了護理人員，病人的生命便好像「足球比賽少了守門員」的可怕。「護理人員」的重要，在1870年英國紅十字會會長便知道了，並很慎重的請教南丁格爾如何找到理想的護士？

南丁格爾回覆：「要從事這種工作的人，不能對護理只抱著一種浪漫的憧憬，而應該是喜歡親自辛勤工作的人。堅毅的個性、單純的性情，是絕對必要的。在醫院工作，是一長永無止盡的爭戰，不是一時熱心就能勝任，必須委身，去注意一千零一個細節，有時看到一千零一個細節，但是忽略了一

¹⁵ 南丁格爾著，張文亮譯，《南丁格爾手記》，（台北，校園書房出版社，2004年），P.81。

¹⁶ 盧美秀著，《護理專業問題研討》，（台北，華杏，2005年），PP.537-541。

個，可能就決定了一個人的生死。多少美麗的情操，炙熱的感情，都不是護理工作的根基，如果被這些取代了，護理人員便無法在每天真實的工作中盡責。很多平時會叮叮噹噹響的，必要時不一定是能承受壓力的貴重金屬。」

17

南丁格爾簡要的說明了，身為護理人員的基本條件與「護理」使命，很多聰明伶俐的人，懷著助人的夢想，接受護理的教育，在實習過程卻認為技術的練習太過瑣碎，態度與行為的要求太過嚴苛，或是嫌棄病人的髒、臭、不明理、不愛惜生命。殊不知「護理」使命最大的意義，便是運用熟練而又「人性化的護理知識及技術」¹⁸ 為這些髒、臭、不明理、不愛惜生命的病患恢復健康。「人性化的護理知識及技術」，是透過嚴謹的護理訓練才能顯露的專業自信，由此才受到病人的信任，進而實現護理的自主性。這種信任便是護理人員很重要的專業根基，所以南丁格爾認為，「護理教育是正確性格的教育，每個護理人員都應該是淑女或紳士。」¹⁹

對南丁格爾的生平有諸多研究的張文亮教授說：「護理不只是一種學識，護理是一個人的生命特質，護理便是培養這種特質…。護理是生命與執業合一，這是護理最迷人的地方。」²⁰ 因此護理史寫下的便是南丁格爾的「生命表現」。透過南丁格爾的傳記理解她的「生命表現」，狄爾泰稱之為「移入」(transposition)，護理人員藉由移入描述她的作品的基本理解過程，其精神上的諸多狀態才得以向外部世界顯現，並在顯現的過程中轉變為生命的關聯。狄爾泰認為生命表現發生於感性的世界中，不管是有意的或是無意的表達，或是那些能夠讓我們理解的表現，都可以把體驗無法呈現的內容顯現出來。這種普遍經驗，不可能透過單純的體驗和反思去加以理解，而必須經由「表現」的聯繫才可被理解。所以從實踐護理活動裡，護理人員認識自身的「生命的表現」，確認了「護理使命的生命表現」，也由此獲得「病人」賦予的權利，進而實踐「護理使命」—實現病人的自主性與價值。

第三節、狄爾泰人文科學如何深化護理人員自主性與價值

¹⁷ 張文亮著，《南丁格爾與近代護理》，(台北，校園書坊，1999年)，P.134。

¹⁸ 人性化一詞有學者翻譯成關照，本人覺得以人性化來述說，較能符合護理對象「人」的意涵。

¹⁹ 張文亮著，《南丁格爾與近代護理》，(台北，校園書坊，1999年)，P.153。

²⁰ 張文亮著，《南丁格爾與近代護理》，(台北，校園書坊，1999年)，P.155。

在護理人員的功能論述中，表明了實踐「護理活動」就是實踐「護理使命」，也表明了護理人員自主性的重要。不過何謂護理自主性？如何深化護理人員的自主性呢？

以下由幾個案例來說明：八十九年六月七日『安寧醫療緩和條例』公布施行，凡癌症及重大傷病病人，可以書面及口頭表達自然死意願，瀕死時可依法放棄急救，家屬不能代為決定。「安寧緩和醫療條例」的特色，就是將生命自主性交回病人手中，使醫療工作範圍從生、老、病擴及到死亡的層面，協助民眾學會面對死亡。當醫療法第四十三條第一項規定，有關「醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備，予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延」之時，在傳統的積極治療醫療觀點外，應正視「緩和醫療」之必要，以維護末期病人之尊嚴與權益，並釐清醫療責任，以免發生爭議。病人可以健康的面對死亡，醫生也應善盡協助之能力。醫師為病人實施緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬；在確認病人有明確意願希望被告知時，醫師有義務告知病情。醫師及護理人員有義務幫助病患及家屬，能夠以健全的心態來面臨「疾病」及「死亡」，而不是不顧一切代價，去延長末期病人生命。因為這樣的作法會有礙死亡的尊嚴，當生命的問題被「解剖學的意義的工具與結果」取代時，人的理性價值及尊嚴何在呢？

到底病人需要哪一種的醫生呢？盡職的醫生應做如何的觀察及判斷，以作為決定應該對病人作出何種解釋，對病人是最佳利益考量。在這過程中護理人員便是發揮護理的自主性，居中整合、溝通及協調「病人自主」與「醫主」的角色，俾以協助病人維護權益得到醫師完善的溝通，來獲取充分可瞭解的病情資訊、治療方法、及其可能引起的利弊結果。不過這個角色在護理人員的業務項目中，卻難以具體呈現而容易被忽略，又不在醫療主管計算的護理時數之中，在健保支付標準中更是看不到。然而從前面的論述中，可以明確了解在「醫師和病人的關係」、「護士和病人的關係」或是其他醫療團隊之中，這個角色是無所不在。倘若護理人員忽略了這個角色，那麼病人的權利將受到嚴重的影響。在一片提升醫療品質及尊重病人自主性的要求中，護理人員盡心的彰顯醫療品質與病人的自主性，可是她的自主性又有誰關心呢？護理人員延續著南丁格爾的熱忱，如同支蠟燭持續的燃燒，會不會燒盡呢？如果熱忱燒成灰燼，那麼是否便隨風而逝？

鈕則誠教授對護理自主性的考察中發現：「護理在自主性出現的嚴重缺陷，

改善之道唯有從個人獻身擴充至社會行動，將政治力的考量融入專業服務內，始能讓護理挺立於保健制度中。…目前可使護理獨立作業而表現自主性的作法，乃是強調健康的改進與維繫，縮短住院時間，以增進社區與居家照護。」²¹ 進一步反思可以發現護理人員多年來還是以女性為人力主流，而女性的特質較服從權威、在政治的參與意願上確實較低，因此在政策制定上實屬弱勢，在專業發展中又須與家庭兼顧，所以對於專業的發展較缺乏野心。當然隨著女性主義的興起，這個部份也漸漸有了改變，不過要受社會肯定卻是需要培養和時間。以狄爾泰的觀點而言：人類的總體生活及活動，就是對自己存在之內在體驗及與外部世界互動之外在體驗的關係。在這種互動之中，自我意志的抽象理念、感受經驗的範圍和「外部現實」同時的呈現，²² 具有如同其他個體一樣明確的生命活動。這種意識之主體的關聯，只有在人類自我反省的心理根源中才會呈現。而女性細膩、感性以及擅於反思的特質，應該是深具豐富的內在與意志，因此如能適時呈現也會是同樣的浩瀚。所以如果能做到狄爾泰當年對於學者們發展理論的建議：將這些發現探究的工作訴諸更多靈活的思維和深刻的直覺、在分析上必須更為精煉客觀，那麼他們的發現必能證明「護理科學」的實在性，也能證明護理的自主性。因此這樣的特質來從事攸關「生命」的事業最為合適了，尤其在工作中常需要居中協調醫療團隊各個成員或家屬，以及倫理議題的處置進行以維護病人的權益，這些活動的完成都是護理自主性的證明。

不過，目前在倫理議題的判斷中，護理倫理學的探討較強調關於護理專業之倫理或道德價值之行為準則。依據這些護理原則和規範，是否就能處理臨床複雜的倫理情境？²³ 個人的倫理思維會影響道德行為，個人的護理經驗則會影響個人在倫理情境的道德推論。因此護理人員的倫理行為受到護理經驗、認知和臨床背景的影響，要達到理想的倫理判斷，不是訓誡護理人員只要照著什麼該做，或什麼不該做的外在規範和律則，而是使其運用所得到的瞭解、發揮內在道德的行動。

²¹ 紐則誠著，《護理學哲學》，（台北，銘傳管理學院出版中心，1996年），PP.186-187。這項考察是彙整國外多位學者的護理研究。

²² Dilthey, Wilhelm, Tr By Makkreel, Rudolf A.& Rodi, Frithjof,《Introduction to the human sciences》Princeton University Press,1988, PP.98。狄爾泰認為人的各種熱情及內在需求和感覺的共同體迫使人成為文化體系結構的部份，也成為人類外部組織的一部份。這個外部組織是由社會、共同體、組織及其通過權力關係和意志的外部環節構成的。

²³ 參見蔣欣欣著，〈護理倫理的發展與實踐〉，《哲學與文化》，31卷11期，（台北：哲學與文化月刊社，2004年），P.21。

動力、根據情境脈絡來決策。²⁴ 亦即是一個倫理議題的良好判斷需要護理自主性的發揮，護理自主性要發揮得當，則端賴平時培養良好的醫學及護理專業知識和人文素養。因此以下由護理工作中，常會遭遇在判斷上呈現兩難的倫理議題，依據處理情形來說明護理自主性的行使情形：

當末期病人進入頻死的階段，護理人員便陷入是否該停止供應食物和水，以及何時是最適當終止病人醫療照顧的反思。在各家學說主張不一之時，停止供應食物和水對病人較好，還是繼續維生到最後一刻呢？做決定的時候會不會有醫療上的限制，而產生誤判呢？當病人同意終止醫療照顧時，護理人員會考慮下列的倫理問題：1、信任原則的問題，在經驗法則中，護理人員被民眾賦予高度的生命保護的信任度。從一個保護生命的人到一位終止病人的護理人員，此時他可能會因違反當初學習的誓言²⁵ 而產生心裡的衝突。2、知識原則的問題，當在決定終止病人的醫療時，醫師和護理人員的醫療知識是否已能確認醫療及生命的極限，並在和相關專業人士進行充足的探討而決定無憾呢？醫主權在行使時，很容易形成醫療獨裁，可能難以相信他人專業判斷，或因人際關係不佳而無適當人員可討論協助。3、專業原則的問題，此時要考量的還有醫療科技及資源的可及性，在醫療資源欠缺的地區，醫療人員可能因無適當的資源或設備，而必須終止病人的醫療照顧²⁶。

當不同意停止供應時則必須考慮的倫理問題為：1、資源分配：該位特殊疾患的病人是否會過度使用資源，而造成其他人就醫權利受損？2、醫學的限制及有限性：有些疾病在不同時期會因科技的發展而有更多的生存機會，例如在早期乳癌的死亡率極高，但在外科手術及抗癌藥物的研發，讓病人的死亡率大大提高，所以當只要病人還有一口氣在，在未來將有更多治療的希望。3、所愛者的需求：當面臨所愛的人即將離世時的不捨，沒有人願意當「劊子手」。不過此時護理人員面對病人生前預立醫囑，要在疾病末期放棄急救的情境，如果他的親人不願停止維生系統，而苦苦哀求時，護理人員將如何自處？²⁷ 4、當瀕死個案，

²⁴ 許樹珍著，〈護理專業與關照倫理現象之探討〉《哲學雜誌》，（台北：業強出版社，2001年），PP.106~69。護理學者許樹珍在本文中引用護理學者Lutzen K. &Nordin C 的看法。

²⁵ 如南丁格爾誓約。

²⁶ 參照慈濟月刊每一期都有海外服務地區的服務報導。

²⁷ 在台灣雖然已實施『安寧醫療緩和條例』，不過民眾和醫師的接受度不一，有的醫師甚至為防止醫療糾紛，而堅持要為病人奮鬥到最後一分鐘。此舉常常會讓工作人員陷入倫理兩難的困境。在筆者的工作經驗中也曾遇到無數類似的倫理兩難的困境。

如果他不願停止維生系統，在陷入昏迷前而苦苦哀求，要奮鬥到最後一刻時，護理人員又該如何？在醫療義務上協助病人完成遺願，絕對適合情理。但是對於已經心肺嚴重衰竭，又要使用維生藥物及機器，才能維持心肺功能的時刻，是否陷入把人當成承諾的工具呢？而且其使用地醫療資源是否可讓更多病人受惠？

另一個說明護理自主性的情境為「器官移植」，²⁸ 這是科技時代的護理人員必須面臨的複雜倫理情境，藉由他人生命結束的器官或身體組織的一部份，才得以挽救生命的過程，有一些相關的問題也就應運而生。在這個向度上護理人員需要提供「捐贈者」與「受贈者」的協助，必須思考如果一個人的維生器官停止作用，是否就代表這個人死亡？有關此問題在此又提出探討，是因為器官移植爲了要爭取器官的有效性，及能供給更多的器官和組織，必須積極爭取判別腦死的時機。在此過程中，往往相關醫療工作人員並不避諱地，在同意器官捐贈之病人床旁，討論器官之維護細節，是否會影響對瀕臨死亡病人的尊嚴和關懷？此時身爲病人最佳守護者的護理人員，應該適時準備適合身、心、靈的環境，協助讓病人能夠帶著尊嚴遺愛人間。尤其是在適合器官移植的黃金時間內，還要顧及病人還有聽覺和其他感覺，²⁹ 在進行移植時，必需適當給予捐贈者麻醉或止痛劑。當以上的質疑如無良善的解決，倘若病人可以重新選擇，他是否還是願意決定「器官移植」？

當社會及醫療團隊在同時處置兩個病患時，會保護的是哪一個病人自主性？或是哪一個病人否決權之時？確保的是一種醫療的利他或只是一種醫療之「父權」的威權。在醫療過程中，雖然各種法規規範了專業道德，不過病患對於醫療資訊不對等情形，要如何保證醫療人員的決策以及行爲，對任何病患都可以是公平而適當的？當「病患自主性」被決定的過程中，是否具有理性病人的標準？過度強調自主性，未能實際考慮病人的能力的時候，是否會形成空洞的自主？此時也是護理專業發揮的最佳時機，因爲不當的自主性，非但不能保障生命之功能，最後受傷害的還是病人。

因此在倫理議題的判斷中，原則主義基於四個原則爲當事人做最佳的考量，在醫病關係中，諮詢同意原則，與保護主義皆是原則主義，諮詢同意原則，是爲

²⁸ 蘭大衛醫師 1927 年在彰化基督教醫院，爲醫治十三歲病童周金耀脫離險境，親自動手術自其妻連瑪玉女士腿部切下四塊皮膚，移植在該位病童腿部患處，這段感人的事蹟流傳至今。

²⁹ 人往生後聽覺是最後消失的。

了保障病人的「自律自主性」而產生的原則，而保護主義，是爲了保障病人，免於遭受到更大的傷害的一種仁愛措施。這兩個規則，立場一致，都是「爲了病人好」的考量，在儒家學說可以用「權變原則」貫穿道德原則及道德規則。「變也，變則非智之盡，能辨察事情而準，不足以知之。」也就是分辨是非、輕重緩急之標準的能力，像孟子認爲的嫂溺援之以手的分判？到底要符合男女授受不親的禮教，還是該伸手救人呢？孟子也認爲不同情形應有不同的因應之道，應不應該救人就是權變。當「諮詢同意原則」與「保護主義」衝突時，我們該如何權變解決的方式呢？由權變之中找出更圓滿的解決方式。南丁格爾說：「身爲護理人員，我不攻擊別人，不製造敵人。我裝備自己，使自己更有用，這就是幫助護理最好的方法。」³⁰ 護理倫理是提供一般指導性原則，協助護理人員和醫療工作團隊建立良好互動關係下，成爲「護理使命」的實踐者。爲達成此一任務，護理人員除必須具有專業知識及技能外，尚需人文、法律與倫理多方素養，才能有效處理病患需求及護理倫理爭議，進而提升護理專業的地位。

在以上倫理困境判斷中，有關醫療處置是由醫師開立醫囑，但是在判斷的同時護理人員是否已提供真實的病人資料；當醫師開立醫囑後護理人員要面對病人或家人的疑慮提供適時的護理指導；尤其是當醫師的判斷有疑慮或是與病人意見相左時，護理人員要秉持專業道德勇氣婉轉的提出意見；當醫師不採納護理人員專業意見時，護理人員要秉持專業道德勇氣婉轉的做出有效的措施。由以上的倫理議題的判斷及實踐，可以進一步肯定護理人員的自主性。並印證狄爾泰之人文科學思維重視生存的狀態，每一個時刻的重要意義，就在其形成和發展的過程中、經過體驗及內在固有的價值和隨之產生的力量，每個生命都是有價值、意義的存在。³¹ 意義治療創始人法蘭克也認爲：「生命無法重複，也不可取代，所以每個人都是獨特的，…每個人都被生命詢問，而他只有用自己的生命才能回答此問題；只有藉著『負責』來答覆生命。」³² 因此最根本的解決之道，便是回歸人文科學的生活及教育，在狄爾泰的理論實踐中，讓每個人都能認識並重視生命的意義，進而具有行使善和道德的能力。有鑑於此，具體護理科學的成長過程，以及協助病人康健之中，也深化了護理人員自主性與價值。

³⁰ 張文亮著，《南丁格爾與近代護理》，（台北，校園書坊，1999年），P127。

³¹ Dilthey, Wilhelm, Tr. By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《The formation of the historical world in the human sciences》Princeton University Press, 2002, PP.218-220。

³² 弗蘭克(Viktor E. Frankl)著，趙可式、沈錦惠合譯，《活出意義來：從集中營說到存在主義》，（台北：光啓出版社，1995年），PP.134-135。

第四節、狄爾泰人文科學如何彰顯護理人員存在性與自身價值

當生命自研究主體之中被抽離，身為「人」的病人不見了，取而代之的，而是被診斷出患「病」的病人。當「病」取代了「人」，人被化約成工具，技術便宰制了病人世界。「病人」的存在與做為人的價值不見了，剩下的醫療行為意義是什麼呢！蘇格拉底說：「我們不是在談一些小問題，我們是在談生命之道。」當自己淪為病人或陪坐在生病或臨終親人病榻旁時，我們需要的是什麼呢？我們受到的待遇又會是什麼呢？21世紀護理專業的挑戰與省思護理論壇，提出「目前護理倫理教育的省思，可以讓我們更深入了解目前護理倫理教育的內容是否合適？是否符合臨床情境的需求，並提出改善的建議。而要提供高品質的護理，除了應有良好的執業環境和護理執業標準外，護理人員還應具有人文素養與倫理素養……。」³³

不過在上述護理論壇的建議中，看到的是目前護理人員的養成教育，著重在專業技術或知識的傳授，使現代臨床實務工作者，在不自覺中成為有知識而無人文的「工具人」，「知識活動」與「實踐活動」發展成二種思維方式。「在對所謂『專業』的盲目崇拜中，評斷標準失落了對人的內在道德要求，似乎技巧與能力凌駕一切判斷標準之上。」³⁴ 這些「工具人」殊不知以科學為中心的「科學中心主義」，以外在的研究對象為學問，只是以科學言詞、程序所得的外在真理為真理，渾然不覺深究其竟才是生命的內容與真理。紐則誠先生在護理專業的考察時也認為護理學缺少專業化所需的緊密凝聚人心的意理。牟宗三先生則說：「個人的盡性與民族的盡性，皆是『生命』上的事。如果『生命』糊塗了，『生命』的途徑迷失了，則未有不陷於顛倒錯亂者。生命途徑的豁朗是在生命的清醒中。這需要我們隨時注意與警覺來重視生命的學問。」³⁵ 因此當知識未能為人類心靈帶來啟蒙，德性陶冶的「明明德」不見蹤跡之時，伴隨著人類對自然和社會的控制力將會越來越強；對自身的理解和控制卻是越來越弱。儼然生命走進糊塗的迷宮之中，當自身都無法認清時，還能為生命提供什麼服務呢？

³³ 周承珍;蔣立琦;曾麗芬;卓妙如;林毓芝;施富金;李春蘭，〈台灣護理學會“21世紀護理專業的挑戰與省思”護理論壇由產官學界之合作出發談一夥伴關係•護理倫理•領導統御〉，《護理雜誌》，51卷6期，（台北：中華民國護理學會，2004年），P.13。

³⁴ 黃苓嵐，〈柏拉圖理想國在醫學倫理教育上的運用〉，《哲學與文化》第32卷，第8期，（台北：哲學與文化月刊社，2005年），P.158

³⁵ 牟宗三著，《生命的學問》，（臺北：三民書局，1970年），PP.33-34。

當「人體的宰制」，成爲醫療思想的主流時，病人變成醫療作業流程中、病歷表下的符號，「人」卻不見蹤跡。病人不見了，護理人員還會存在嗎？高超的技術有其存在的價值嗎？少了病人的參與，病人本身對福祉的感受與意見如何表達呢？在期待與渴望回應中度過的病人，還有自身存在性與價值嗎？筆者不禁要追問醫療文明的發展目的爲何？病人是工具嗎？護理人員是工具嗎？病人存在性與價值倫理的訴求究竟由誰決定？有關這些現象在台灣護理界舉辦了 21 世紀護理專業的挑戰與省思護理論壇，提出在護理倫理存在著四大問題：1、人文與倫理課程未受重視；2、倫理教育內涵缺乏德性教育；3、教師不敢表達其倫理立場；4、倫理教學未融入臨床實務中。教育部爲求這個問題的改善以促進社會大眾健康照護之品質，並提供護理人員良好的教育環境，特由高等教育評鑑中心基金會成立：台灣護理評鑑委員會(Taiwan Nursing Accreditation Council，簡稱 TNAC)提出關於護理核心素養的項目。分別爲：1、專業技能之臨床推理能力、批判性思考的能力、處理問題的能力、一般臨床護理技能、基礎生物醫學科學、溝通及團隊合作的能力；2、專業人文素養：關愛、倫理素養、克盡職責及人文素養；3、自我成長：終生學習。³⁶ 此規劃於 95 年至 98 年針對 26 所技專校院護理科系進行專業評鑑，規劃每校爲期 5 天，共 7 位委員到校實地評鑑。評鑑結果並列爲教育部獎補助、總量管制審核依據。藉由以上的機制，希望能培育護理學生進入職場工作時，可以確實發揮「以病人爲中心」的「護理使命」。所以，以上項目也一併做爲醫院評鑑之核心標準。爲強化護理倫理對護理專業之重要性，醫院評鑑項目在第三章病人權利及病人安全，明訂病人權利及醫學倫理相關政策，並讓病患、家屬及員工清楚了解，要求醫院必須提供護理行動指南，選擇適當醫護行動俾以保障病患之安全與權益，以及醫院員工均應清楚了解病人的權益及醫學倫理。經過了一年的實施經驗，技專校院護理科系以及各家醫療院所的因應之道，著實能夠提供護理倫理教育的提綱。

³⁶ 周承珍;蔣立琦;曾麗芬;卓妙如;林毓芝;施富金;李春蘭，〈台灣護理學會“21 世紀護理專業的挑戰與省思”護理論壇由產官學界之合作出發談－夥伴關係・護理倫理・領導統御〉，《護理雜誌》，51 卷 6 期，（台北：台灣護理學會，2004 年），P.13。台灣護理界爲慶祝 90 周年慶，特舉辦此研討會以省思護理現況及未來發展願景。爾後，教育部亦委請高等教育評鑑中心基金會成立：台灣護理評鑑委員會(Taiwan Nursing Accreditation Council，簡稱 TNAC)針對提出之關於護理核心素養的三大項目，以促進社會大眾健康照護之品質，並提供護理人員良好的教育環境。規劃針對 26 所技專校院護理科系進行專業評鑑，以及醫院評鑑之護理項目。評鑑結果並列爲教育部獎補助、總量管制審核參據。藉由以上的機制，希望能培育護理學生進入職場工作時，可以確實發揮醫學倫理之「以病人爲中心」的「護理使命」。

然而這些反省及改善措施是否可能發揮成效？目前護理倫理，最迫切的問題確實如此。不過，這次的因應方式卻是單一政策性的導引，無法正視護理之整體面向的需求。因此，是否能改善護理學者帕斯所反省的問題：從醫學發展出來的護理，如何發展出關注健康之事業？關於此點，筆者也深刻感受側重政策性的導引，將如何由護理教育及工作環境上改善護理實踐的能力。亦即是，倘若無法了解在學校教育中以及臨床工作中實踐的問題向度，如何正確擬定解決之道？如何可能協助落實「護理倫理的實踐進路」？因此，筆者認為護理倫理的問題，是出現在實踐理路之上。一方面是，如何落實的問題—在學校教育中以及臨床工作中，是否能夠實踐的問題向度；在護、病關係之間，如何透過互為主體性，建構出有意義的世界，建立我與世界的關係。³⁷ 護理倫理的落實應是如護理學者徐南麗所言：「重視護理的人性化，即視病猶親、將心比心，例如：量體溫、量血壓時，知識技術、態度說明如何？應該採取多一份關懷，多一份用心、愛心、耐心之全人護理」。³⁸ 護理倫理應該是讓護理人員及教師理解，「護理活動」除了重視技術的操作，更需要關懷及尊重生命，而不是任務導向的工作。因為病人的生命是由護理人員把關，每個人都有無限的可能，不可看輕自己的力量；在護理的教育之中，老師是否讓學生「能夠發自內心自覺產生本質的變化，繼而可以為自己思考及決策」；³⁹ 讓學生看到自身有「青出於藍而勝於藍」的能力。或者目前的護理教育，僅是著重在專業技術或知識的傳授之「純粹理性」的教學？著重在專業技術或知識的傳授教育下的學生，只是印證了狄爾泰看到的弊端：「理性主義雖然可以用邏輯公式得出普遍有效性，不過其沒有熱血流動的內在生命，根本無法回答生命的提問。」試問，這樣「純粹理性」教育下的學生延伸到臨床實務的護理人員，將呈現什麼樣貌的「護理專業」呢？

另一方面依據盧美秀教授的考察，全民健保實施十年來對護理造成莫大的衝擊，也深深的重創「護理倫理」實踐的能力，茲分述如下：⁴⁰ 第一項為醫療院

³⁷ 蔣欣欣、余玉眉等著，〈護病間的互為主體性〉，《護理照顧的倫理實踐》（台北，心理出版社，2006年），PP.83。

³⁸ 周承珍、蔣立琦、曾麗芬、卓妙如、林毓芝、施富金、李春蘭，〈台灣護理學會“21世紀護理專業的挑戰與省思”護理論壇由產官學界之合作出發談一夥伴關係•護理倫理•領導統御〉，《護理雜誌》，51卷6期，（台北：台灣護理學會，2004年），P.14。

³⁹ 盧美秀，〈護理倫理教育的省思〉，《新臺北護理期刊》，4卷1期（台北：台北醫學大學，年2002），P.6。

⁴⁰ 盧美秀著，《護理專業問題研討》，（台北，華杏，2005年），PP.396-400。依據盧教授考察資料顯示，台灣目前護理人員每人照顧的人數偏多。以白班為例台灣每人照顧的病人數為

所大幅縮減人力，導致台灣目前護理人員每人照顧的人數偏多。以白班為例台灣每人照顧的病人數為 7-13 人，比美國的 5-6 人高出許多。像這種護理人力編制，就算是鞠躬盡瘁，也只能心有餘而力未逮。第二項為公立醫療院所為降低成本，採用約用制度、薪資福利差異大，造成同工不同酬，導致流動率不斷提高，工作士氣低。除了上述的影響外，其實這個現象已蔓延到公立學校，未來受教學生的素質影響也值得觀察。公立醫療院所護理師編制員額比例偏低，未能回歸證照制度任用，影響護理人員權益甚鉅。第四項為各醫療院所為因應全民健保支付政策變動，病人用藥基準常常改變，增加病人用藥的錯誤率。第五項為由於護理人力不足，護理人員超時工作，護理行業已被列為不受歡迎的行業。病人和護理人員是護理工作中的主體，都存在著自主性，希望受人尊重，可是在醫院因應成本的考量下，最直接攸關品質把關及工作需求最大的人員—護理人員卻被犧牲了。每個病人的焦慮與疼痛都需要被改善，每個病人的權益與自主性都需要維護，…工作量不斷的增加，臨床的護理人員每日超時的工作，卻還是忙碌到沒時間吃飯、沒時間上廁所。在最基本的人類需求都無法滿足，彷彿工具般的被對待的情境中，護理人員要如何發揮自主性呢？南丁格爾女士說：「生命裡最難忍受的事，是看到人有足夠的聰明去推卸責任，卻不肯把當做的事情付諸實行。」⁴¹ 面對這些難受的事，她會如何心疼這群姐妹的處境呢？

類似的問題南丁格爾女士其實早就說過：

「護理工作的忙碌，或許會讓護理人員沒有時間，去多思考如何做品質會比較好的問題。」

不過在 1865 年南丁格爾女士也進一步表明「護理使命」是要及時做正確的事：

從事護理是忙碌的一生
因為病人是永遠不能等待
面對死亡病人須立刻搶救
面對痊癒病人想要迅速康復

7-13 人，比美國的 5-6 人高出許多。以這種護理人力來說就算是鞠躬盡瘁，也只能說心有餘而力未逮啊！

⁴¹ 南丁格爾著，張文亮譯，《南丁格爾手記》，(台北，校園書房出版社，2004 年)，P.20。

面對出院病人想要快速健壯

面對開刀病人必須緊急送入

許多事情如果沒有做對

明日就沒有機會 ~ 1865 年南丁格爾⁴²

只是南丁格爾女士沒想到，為何政府、醫院及相關決策人員看不到護理人員的角色如此重要呢？所以忙碌的護理人員在醫療意外事件中，總是成為責任承擔者。例如：開錯藥又給錯藥的情境中，醫師說：「我雖然開錯了，以護理人員和藥師的專業知識，為何沒發現錯誤」；藥師說：「藥配錯了，護理人員給藥時，為何沒發現錯誤」。在這種場景中，護理人員常會自怨自艾：為何千錯萬錯都是護理人員的錯，開始覺得不被尊重，甚至開始懷疑工作的價值以及人生的意義。在各專業人員爭執責任的時候，到底誰才是受害者？誰的自主性受到了傷害呢？其實，病人才是真正的受害者。在各種醫療專業中，護理人員是最後的守門員，護理人員是否認同這份責任呢？護理人員這份責任是善盡「不傷害病人」的倫理原則，更是發揮行善的原則、護生命尊重最高境界的責任。然而護理人員自怨自艾中呈現的自主性，正是狄爾泰所謂：「純粹意識的理性」。亦即是，沒有熱血的理性，是無法認識在生命流變中的整體過程及感受。狄爾泰認為，在真實生命過程中的意志、情感和思想都是生命的一部分。⁴³ 所以，護理人員承擔維護生命的責任，所呈現的意志、情感和思想正是護理理性的彰顯；一位無法認識護理理性的人，如何認識病人的自主性？未能認清病人自主性的人，如何實現護理的自主性？

不過，在責難「護理人員」時，是否能客觀的思考：「護理人員」是人、不是神，只有兩隻手、兩隻腳，一天也不過 24 小時…。在這種困難的環境中「捍衛病人的幸福」的護理人員算是英雄嗎？南丁格爾女士說：

「我們經常鼓勵正處於巔峰的人，不要休息，繼續做下去。而忽略了，為了站上巔峰，他已氣喘如牛，支撐不住了。犧牲的英雄，常是來自鼓勵她的群眾，不讓她休息。」⁴⁴ 又說：「捨命絕對不是高貴的情操，人必須活著

⁴² 南丁格爾著，張文亮譯，《南丁格爾手記》，（台北，校園書房出版社，2004 年），P.61。由此可知南丁格爾是最早期的護理倫理現象學家，並是重視病人的需求之醫病關係先驅者。

⁴³ 同註 22，PP.49-50。

⁴⁴ 南丁格爾著，張文亮譯，《南丁格爾手記》，（台北，校園書房出版社，2004 年），P.85。

才能對別人有貢獻，…」⁴⁵

因此由目前自主性行使的困境，常造成護理人員的無力感，導致無法兌現「護理的承諾」。孟子曰：「聖賢之道，無私而非無欲」⁴⁶。重視欲的存在及其合理性，就能適當的權變才會有正當作為，就如同在規準中有一定的方式而沒有偏失，也就不會有「父權主義」…，只重視別人的或世俗的看法，作出違背人性殘忍慘酷的決定。這正是目前護理界面臨的所謂「護理的冬天」艱難境遇，對護理有所堅持的人有些「苦等不到春天」而黯然離去，留下來的將會接受更多的挑戰，所以要留住願意守護生命的鬥士，勢必需要對自主性行使的影響因素作進一步的探討，來為護理人員思考妥善的因應之道，而不是一昧地以「護理使命」或「天職」作信心喊話。

由本文第五章「護、病關係」影響的因素與護理自主性的關係，探討變遷中的醫療及社會大環境，感嘆「醫師難為」的問題。此一面向，突顯朝夕相處的「護、病關係」的改變，故而本文認為從「醫、病關係」出發，才能真實探究「護、病關係」方向。不過醫療院所改善醫病關係的策略，只是藉由企管及公共關係的形象塑造方法，如何切中病人的需求？以供給者角度的考量，是否已把醫療人員和病人當成提高業績的工具？雖然政府規範設立了「醫療倫理委員會」，來匡正倫理的正當性。實際上最攸關病人權益之護理人員，工作的護理時數卻依然大幅壓縮，使護理人員難有適當時間發揮獨立性功能—健康問題之護理評估、預防保健之護理措施和護理指導及諮詢。此時即使師長的倫理教育成功，其學生在畢業後確實能充分的展現自主、主見、自尊與自信，並能真誠的維護護理工作中自身和病人的權益，也能明瞭自身的責任和目標，但也懂得尊重他人。⁴⁷ 不過卻受限於真實的樣態，造成護理反思之自主性和價值的迷失，失落了「實現病人幸福」的「勇氣與承諾」，護理人員如何可能尋求突破現狀，朝更高的目標邁進？⁴⁸ 很多事可以等，很多成本可以壓縮，可是病人的權益可以等嗎？等這群「主事者」想通了，有多少病人抱憾遺世呢？等這群「主事者」想通了，護理人員的風華尤在嗎？在「SARS」期間恪守崗位戰死於「護理沙場」的英靈，如何揮灑「護理自主」的色彩呢？

⁴⁵ 南丁格爾著，張文亮譯，《南丁格爾手記》，（台北，校園書房出版社，2004年），P.111。

⁴⁶ 戴震 清朝，《孟子字義疏證》，（台北：商務出版社，1978年）P.326。

⁴⁷ 靳曾珍麗、尹裕君總校閱，《護理倫理概論》，（台北，華杏出版社，2005年），P.183。

⁴⁸ 盧美秀，《醫護倫理學》，台北，五南，2004，P.237。

這群「南丁格爾」們，以生命的熱忱追求的是什麼？他們追求的一種「肯定與成就感」，他們追求的是兌現「護理的承諾」，亦即是一種生命的意義，是狄爾泰主張的顧全「生命整體」的意志、情感和思想的真實生命過程，是「幫助別人發現其生命的意義」。⁴⁹ 相對地，護理人員也期待及渴望來自政府、主管以及社會大眾，對等之「人性化關懷」的回應，證明「德不孤，必有鄰」。這樣的肯定將會促進熱忱持續燃燒，提升「護理專業」的整體性意識、對「生命」永無止盡的關懷、對自己的尊重、對護理專業鑽研的渴望，有關此點可以印證狄爾泰的主張：「生命體驗」可以提升到自我意識，⁵⁰ 生命在不斷的體驗中，追尋著對自我及他人生命的表達和理解，使生命的關聯具有普遍有效性。進而讓理解得以可能看到普遍事物的關係，超越了護理人員個體的主觀狹隘性。從這個過程得出的結構或順序最後便形成了整體，也得出歷史生命的全貌，確認這個「生命」的核心脈動和感動，並證實其具有超越理性的能力，這種理性才是護理真正的理性——「護理自主性」。因此當「護理」人員透過外在表達和內在精神之關聯取得的結果，便可以進而理解「生命」整體的存在。採取如此正確的理解方式，鑽研「護理科學」的成長以及使之完善的過程，護理人員的生命也隨之充實而完整，「護理自主性」隨之得到彰顯，其價值亦然。

在台灣「護理的承諾」雖然如此沉重，可是「護理人員主體的存在是由於護、病關係中病人主體的存在而產生，兩者之間具有相互生成的互為主體關係。」⁵¹ 沒有病人存在是無法構成「護、病關係」；沒有病人存在則無法達成「護理自主」地期許，因此「護理專業」涉及兩個獨立個體之間的關係，大家都在追求自我的「自主」與「幸福」，這樣的自主性如何達成呢？是否能夠兩全其美呢？病人自主權與醫療自主權表面上看是衝突的，卻是互為實現的主體，如果認識真實生命過程中的意志、情感和思想，其在生命流變中的整體過程及感受，必能將主體之互為實現發揮得當，不僅不衝突而且可互補。首先是「護理自主權」可以發揮護理專業知識及經驗，堅守不能傷害病人的原則，協助病人行使「知情同意」權，

⁴⁹ 弗蘭克(Viktor E. Frankl)著，鄭納無譯：《意義的呼喚》，（台北：心靈工坊，2002年），PP.220。

⁵⁰ 意義治療的創始人法蘭克·維多，在納粹的集中營的生死經驗證明此一論點，他說：「自我超越與自我脫離，藉由生死存亡得到驗證，證實了『生存地價值』…最有希望活下來的是那些面向未來、要在未來成就某種意義的人。」請參閱弗蘭克(Viktor E. Frankl)著，鄭納無譯，《意義的呼喚》，（台北：心靈工坊，2002年），P.166。

⁵¹ 蔣欣欣、余玉眉等著，〈護病間的互為主體性〉，《護理照顧的倫理實踐》（台北，心理出版社，2006年），PP.86。

成爲生命的守護者。這是自主原則中，最能實現病人自主權的概念，讓病人在被告知病情之事實真相下，並自主決定願意遵從的意向。因爲一個病人的殷切期盼，莫不過是有效快速的治療和關懷，以及渴望關懷的眼神和溫暖的聲音；一種來自內心深深悸動，知道他不是孤單的，病人追求的自主權是實現「幸福」，亦即是「恢復健康和促進健康」。

一個被殷切期待中的「人性化護理」，犧牲奉獻變成「護理人員」的特質。亦即是一個誠摯爲「生命」服務的護理工作者，長久以來在複雜及繁重的工作中，完成以上的任務爲無數的病患謀求福祉，協助病人的自主性獲得「實現健康的幸福感」；「護理人員」在生命的守護中獲得成就感，實現真正的自主性，彰顯了「護理自主性」與價值。只是護理的冬天漫長了些，但是春天總會降臨，所以護理的熱忱不會燒盡，更不會燒成灰燼隨風而逝，因爲這個工作會使護理人員的責任更加重。在善盡義務的同時，有了「肯定與成就感」之外，更需要「護理專業團體」共同推動「落實護理倫理」，⁵² 來獲取社會的「關懷、祝福、肯定與認同」。自南丁格爾到「SARS」期間護理人員全力以赴，乃至捐軀的護理先進們寫下的「護理歷史」，正是狄爾泰所要表達之傳記的力量。其中說明了生命中各個部份聯繫爲整體的事實，承接了過去歷史和展望未來的動力，是一種相信生命的意義和價值的力量，這樣的力量讓他們得以肩負承先啓後的沉重使命，生命也隨之充實而完整。還在護理崗位上的護理人員，是否傳承了先進們「爲求『生存及自我超越』時，精神內在的掙扎與外部世界奮鬥，呈現人類把價值賦予生命無限的可能性」。是否了解他們呈現生命狀態每一個時刻的重要意義，就在其兌現「護理的承諾」之過程中、經過體驗及內在固有的價值和隨之產生的力量。⁵³ 開創「意義治療」的 Frankl (1905-1997)也認爲每個人有其特殊的使命與意義。每個人如果能夠了解自己生命的獨特使命，那麼他便可以經得起各種情境的挑戰。⁵⁴ 由此脈絡證明了「護理人員的意義」可以在狄爾泰的理論中獲得開顯。

⁵² 趙可式等，〈21世紀護理專業的挑戰與省思護理論壇〉，《護理雜誌》，51卷，6期，（台北：台灣護理學會，2004年），P.13。在本次論壇中，由慈濟大學護理系教授徐南麗，闡述「護理之光再明亮—談護理倫理之落實」，進行護理界的倫理省思。

⁵³ 同註 31，PP.218-220。

⁵⁴ 弗蘭克(Viktor E. Frankl)著，趙可式、沈錦惠合譯，《活出意義來——從集中營說到存在主義》，（台北：光啓出版社，1995年），PP.100-101。

綜合以上的論述：問題源於目前醫療界的趨勢，普遍重視「實證醫學」與「實證護理」導致的問題，這個問題和當時狄爾泰看到的問題是一樣的。狄爾泰在《人文科學導論》所呼籲改善的問題，仍然出現在二十一世紀不同的時空背景。現今的護理倫理仍然觸犯如同十八、十九世紀「自然科學」文明時同樣的錯誤。自然科學企圖藉由實證研究改善人類之生活，將物質作為研究的主要對象，在自然科學的研究中，將「生命」當作物質對待。它們根本忽略了「人才是居於中心地位」的態度，⁵⁵ 把「生命」自研究對象中抽離，造成自然科學實際淪為缺乏對生命整體認識的「科學」。狄爾泰認為這種錯誤的態度及作法，即使有了研究成果，但是由於忽略了攸關生命及文明發展中至關重要的議題，其能發揮的效用是侷限的，僅能對生命提供片面的服務。⁵⁶所以形成病人和護理人員的「工具化」。在工具化考量下的任何措施，除無法解決問題外，都將戕害人類自身。因為生命是脆弱的，每個人都免不了生病或需要獲得維護健康的能力，在「戕害的環境」下，如何發展健全的「生命守護」的條件呢？在此，呼應了護理照護的對象是「人」、是「生命」、是「護理人員自身」對「人」生命整全之意義及價值的認識，才能發揮「護理」「生命」真正完整的功能。如此「生命」關注的對待氛圍中，接受護理教育的學生，便自然地從「教師」以及社會的「角色模範」中，吸取如何成為「守護生命」之內在價值的道德行動能力，這股力量也自然地伸展到護理實務中。何以見得呢？一個即將畢業的護理學生說：

「在畢業倒數的日子裡，每天汲汲營營的過著自己的生活，害怕別人不知道會在什麼時候贏過自己，似乎在每天必勝的呼聲中，忘記了那個最原始的自己、那個在實習時想為病人做很多事的自己；那個在實習時，為病人付出全部的自己；那個在實習時，為病人心疼的自己，每天急步行走，有多久沒看過天空，有多久沒有真正去關心朋友，有多久沒露出發自心中的微笑。

護理人員存在的定義是為了什麼？而我們現在這麼努力又是為什麼？在基本護理的課本上，可以看到「護士與病人」的字眼，我們讀進了那些理論，卻忘了護理人員所存在的目的與意義。

為什麼會忘記呢？因為害怕自己能力不足，無法照顧病人，在『日劇：一公升的眼淚』中女主角雖然因為生病，逐漸喪失自己的能力，但他還是想

⁵⁵ 狄爾泰認為人文世界和自然科學界由於知識的來源不同，所以是不可通約的，盲目的通約將讓人文科學的基礎變的更遙遠更模糊。

⁵⁶ 狄爾泰認為對生命缺乏整體的認識時發揮的作用僅可對社會提供片面的服務，所以企圖引導學者們認識生命的整體以發揮真正完整的功能—包括那些沒有使用精神表達卻可被我們理解部份的表達。另外狄爾泰認為有關影響社會規章、產生動亂原因以及促進健康的發展的社會的資源的知識，都是生命暨文明發展中至關重要的議題。

幫助別人的。雖然只有小小一份力量，但確實也對這個社會有所貢獻，我想起老師說過的話：『人不會因為得到許多而快樂，而會因為自己對他人貢獻，而感到滿足。』現在的我們，總是習慣的說：『我要…』，但反觀自己為別人做過什麼，為社會貢獻過什麼，為學校貢獻過什麼，為家庭貢獻過什麼，為朋友貢獻過什麼。突然間，我懂了，學會珍惜，因為來一趟人世並不簡單，不是嗎？

突然覺得自己好膽小，或許我的能力還沒有很足夠，或許我的學歷沒有很高，或許我沒有別人的聰明和才能，但我心中擁有對於「護理」的滿懷熱誠。我慶幸自己選擇這份職業，讓上天給予我這樣的力量與機會，可以在每個病人最痛苦、最難過以及最需要的時候，陪伴在她們的身邊，或許提供的只是小小的鼓勵、只是小小的問候與關心，但我希望自己可以在她們最無助的時候陪在她們的身邊，自己伸出的一雙手，拉她們一把。

突然覺得自己好有力量，不再那麼的無助徬徨，我找回了自己念護理的初衷，那個原始的自己，可以讓我知道自己該怎麼走出去、該怎麼去邁步向前，不論未來的路況如何，我都會勇敢去面對，一直勇敢的走下去。」

南丁格爾說過：「真正能為病人做什麼的人，是那群渺小的臨床護理工作者，可是太多人都在理論裡打轉。」因為一個懂得生命渺小的人，才能珍惜病人的所托，這個學生表達的想法，正是目前護理教育中會遇到的成長過程，也是目前護理界要真誠面對的問題。這個學生也可能就是未來解決這個問題的人，因為他接受的教育讓他看到自己的能力，只要他願意認同這份力量，那麼「護理」就有未來，病人便有實現健康的希望。作家柏楊說：「世界進步的動力是因為有一群人天真的相信自己；是因為有一群人天真的相信未來，有夢想不一定會有成功，不過沒有夢想的人一定不會成功的。」這個護理學生想做的事，不就是南丁格爾終生的夢想與職志，雖然年代相距兩百年，熱忱卻是依舊。她的熱忱來自哪裡呢？他如何獲得相信自己的力量呢？答案便是「護理實習」，在其中他獲得協助病人的「成就感」和「喜悅」裡，實現了「護理承諾」中成長了，繼而相信自己而願意實現，並延伸到未來的護理工作中，這個過程也印證了狄爾泰「意識」的觀點。

這裡所論述的「意識」是狄爾泰主張通過「內在經驗」，認識的生命各種面向的「意識」。它包含自然界存在之認識論，以及行動有關的意願和價值的原理。⁵⁷ 因此順著此「意識」這個脈絡走，便能認清「生命」是人文科學之基礎的核心。依此核心發展的研究及規範，不僅可以導正以往實證主義所引導的錯誤方

⁵⁷ 同註 31，PP.205。

向，並且可以修正「純粹意識」的概念，而成爲人文科學和客觀化理解的方法論基礎。所以從日常生活過程中存在著的體驗，可以證明人文科學方面的概念上真正的原則，是以「生活」逐漸「體驗」的方法得來的；並且在生命活動中呈顯的創造性、合作裡和獨特性之關聯中，正是表達「生命」的獨特之處。亦即是，當護理學生在實習生活中體驗到「人」的狀態，而且這些狀態，是可以在生命顯示中表達出來的時候，這些表達才能夠被理解。所以，在護理實務工作之中，要如何讓護理學生或病人認識自身是首要的任務，這是他們有可能擁有「自主性」的先決條件。由此脈絡，可以確定由護理學生到護理人員自身，以及病人外部世界的人、事、物的存在，都是經由「體驗」而獲得認識。護理學生在實習生活透過親自參與病人生活之互動來進行反思、認識病人及取得認識病人的材料，在這種互動的體驗便可以認識病人的真正需求。所以護理「生命」之內在活動的體驗，是一切認識病人的起點和終點，思維在人的精神深處中流動，在每個當下真實把握意識中實現「護理承諾」。狄爾泰的理論也透過護理「生命」的體驗，獲悉「客觀的理解」才是生命最可靠的知識來源，進而實現了南丁格爾終生爲人類健康的努力職志與夢想。

關於此點，護理學者帕斯也有同樣的反思。她認爲：「自然科學和人文科學，研究的方法的確不同。…從醫學發展出來的護理，只是創造出醫學和護理合併的科學。這種方式嚴重的阻隔護理之事業的獨特發展，護理知識關注的是健康而非疾病。」⁵⁸ 她還指出：「護理研究發展至 1990 年，還是以量化處理人及疾病。對人類的研究角度，多還是停留在人的部份，而非整體的狀態，人類參與的健康經驗完全被忽略了。」⁵⁹ 狄爾泰也曾表示所有的科學都是從「經驗」而來，而所有的經驗則必須回到「意識」的條件和脈絡關聯。循著狄爾泰的主張，從思維的內容和日常生活過程中，發掘存在著「生命」的「經驗」和「意義」，再回到生命和社會的現實裡，如此「有人類存在」的科學才具有意義。有鑑於此，筆者自狄爾泰理論建立的思維進行反思：自南丁格爾以來秉持之「護理使命」究竟爲何？爲人類健康而努力的想法是否可能？然而依照帕斯學者的研究，人類參與健康的經驗若完全被忽略了，只是透過知識之界定來得到科學的概念，護理活動

⁵⁸ Rosemarie Rizzo Parse 着，劉淑娟、謝錦櫻、李絳桃、孫吉珍合譯，《人的轉成思想體系》，（台北，五南文化事業，2002 年），P.3-4。

⁵⁹ Rosemarie Rizzo Parse 着，劉淑娟、謝錦櫻、李絳桃、孫吉珍合譯，《人的轉成思想體系》，（台北，五南文化事業，2002 年），PP.3-5。

是否可能和其他的人文科學進行聯繫？如果認識生命的方法，僅是天真地在廣泛的現實世界中劃分領域、自行其是的認定方式，並沒有善用方法檢證歷史、反省個體及社會的關係，如此獲得拼湊的「知識」與「知識」濫用，⁶⁰ 如何可能發展「護理使命」相關的理論？如此捍衛人類健康的工作者將如何完成生命的要求？

針對上述的問題，其實南丁格爾在 1864 年便曾提出：「太多的醫學研究只在理論裡打轉，而不具有實際的運用，理由是研究者輕視藉由經驗所得的知識，與缺乏親臨疾病流行的現場」。⁶¹ 如果高科技可以拯救生命，但是帶給該生命又是什麼樣的生活？為生存所帶來的後遺症，那將是一場真正的奮戰或掙扎呢？或許是場悲慘的夢魘？可是我們是否該為避免這夢魘，而放棄拯救生命呢？生命的快樂或悲慘由誰來定義呢？到底誰有權利做決定呢？護理學者帕斯認為：「人被視為整體、不可分割的透過型態來識別。」⁶² 護理學者蔣欣欣也認為：「在護理活動中覺察自身與他人的互動，是發展護理倫理的基礎，因此護理人員必須具備明確的定位能力，區分自身與他人的經驗、價值、信念、意願。才能彰顯倫理的以及自身的知識與價值」⁶³ 這個觀點，也是狄爾泰極力在為人文科學，奠立基礎的原因。因為「片面的自主」，未能看到生命整全的意義與價值，很容易發展成「極端的自我」，而未能看到「護、病關係」中，從護理人員到病人之間互為主體的關聯。所以狄爾泰的主張：「在個體和他人之間，其生活互動中進行著理解，經由體驗各種價值觀念，為了實現各種價值而確定意圖；並制定種種可以使之達成的規範。這個過程中，充滿了個體和他人的共同堅持，以及個體和他人的共同的體驗，」誠如恭敬的問候和姿態傳達著特定的溫暖關懷與理解，正可以提供護理人員在了解病患想法與需求的實踐性原則。這個規範說明了「理解的客觀化」的事實，無論病患的想法與需求如何不斷的變動，其放在護理人員心上並成為護理措施考量的朗現，就像法律或宗教所具有的明確及穩定規律的結構一般，保證了行為表現的依據，使我們認識「生命的客觀化」。

⁶⁰ 為了要迎合自然科學的概念和方法，狄爾泰認為將會犧牲在科學中合理、具體、經驗的確信基礎以及情感，最後導致歷史的真實性折損。

⁶¹ 南丁格爾著，張文亮譯，《南丁格爾手記》，（台北，校園書房出版社，2004年），P73。

⁶² Rosemarie Rizzo Parse 著，劉淑娟、謝錦櫻、李絳桃、孫吉珍合譯，《人的轉成思想體系》，（台北，五南文化事業，2002年），P.5。

⁶³ 蔣欣欣；陳美碧；蔡欣玲，〈建構照顧情境中的專業自我—自身與他者之間〉，《本土心理學研究》，19期，（台北：心理學月刊社 2003年），P. 201。

綜合以上的論述，可以發現「客觀的理解」的方法，是人類之生命表現中如溝通、互動、工作、失望、快樂或憤怒…等，認識生命的部份範疇。由認識「生命」各個部份的範疇，最後串連在一起，才能統整接近「生命」的全貌。當認識「生命」完整的面貌，便能回應生命整體的問題，而不會失之偏頗。因此能夠辨識及把握「生命」每一個需求，那麼「客觀的理解」便是通達「生命」的深處的重要途徑。⁶⁴ 如果辨識及把握「生命」的需求是可能，那麼要如何辨識及把握呢？這個辨識及把握的能力，便是以狄爾泰詮釋學的基礎進行專業知識及技能的訓練，透過不斷的體驗、對自我及他人生命的表達和理解，使專業精進中尚能顧全「生命」的整體面貌。不過，狄爾泰曾說過：每個生命都是有價值、意義的存在，所以護理人員更要學習辨識每個生命的價值和意義之需求。例如青春期的飲食和老年人的飲食，在營養需求及消化能力…等，都有明顯的不同。儼然唯有找回「護理使命」本質的研究，在「成功的研究結果」導引下，⁶⁵ 整合、溝通及協調達成客觀的理解，便能維護「病人自主性」與價值。因此，關於這個結果護理人員需要和醫療相關人員，以及病人進行良好且完善的溝通，並且提供病人暨家屬充分可瞭解的病情資訊、治療方法和其可能引起的利弊結果的諮詢，才彰顯「病人自主性」。如此一來從認識病人部份的問題通達他的整體需求，進而協助獲得滿足，病人之存在性格與自身價值，得到普遍而客觀的地位。「護理使命」任務的達成，讓護理人員認清促使其努力的力量、及其和病人彼此相互依賴的關係，進而實現「護理專業」相關聯之引導性的原理和規範，⁶⁶ 隨之彰顯了「護理自主性」與價值。所以狄爾泰發展的「人文科學」，是讓「人類的價值彰顯」的規範。如果可以成為護理人員眾所周知，並且能夠實踐的活動，那麼護理人員在每一次護理活動的實踐中，便能彰顯其自身的價值。

⁶⁴ 這裡所謂的「生命深」處，是指「整體的生命」的需求與價值。

⁶⁵ 在這裡「成功的研究結果」是狄爾泰所謂的進行社會及歷史研究的這些人，能了解促使其努力的力量、以及人類整體和部分間彼此相互依賴的關係，他們的研究工作是超越技術層次的，便可以顧全人類整體面向掌握人類與社會現實相關聯之引導性的原理和規範。

⁶⁶ 同註 22，PP.55。狄爾泰認為有些人只能成為服務社會的工具，有些人可以顧全人類整體面向，超越單純的技術訓練而建立與人、社會現實相關聯之引導性的原理和規範。

第七章、狄爾泰人文科學與護理倫理實踐

從上面的探討中可以理解，在現代的護理倫理裡，我們應該要以更謙卑的態度，反思「護理人員」和「病人」的世界中，種種意想不到的差異、脆弱與需求。在病人眼神中透露的受苦、脆弱、對照顧的呼喚，以及生命需要融通的處境，誠如李察·詹納博士所說：「永遠不要佔病人便宜，純粹就是因為他病了。脆弱引發誘惑，但也同時造成，甚至好像喚起觀照，想要去照顧。它促使引誘也迫使尊重。」¹ 余德惠教授也說：「日常生活的倫理義理並不是理論，也不是純粹內心的事物，而是活生生的現實。」² 可是我們要如何去把握這樣客觀的價值基礎呢？以作為落實「病人自主性」，實現「護理人員的自主性」的依據呢？有關這個問題剛好是狄爾泰人文科學所要完成的哲學使命，簡言之，就是在「客觀的理解」中達成「對他人生命及他人表現的理解」。

狄爾泰認為：人文科學的理論，可以對社會個體的互動關係闡釋得更完善。³ 他主張：「理解和解釋是人文科學的研究中普遍使用的方法，它涵蓋了人文研究中所有的功能和真理」。⁴ 所以，在護理倫理的研究和實踐中，如果善加運用在理解和解釋的方法，那麼便可以進入病人的世界，認識其真正的內在意識，認識人類相關外部世界具體的關聯，避免將人抽象化的斷章取義來理解。由此脈絡進一步獲得狄爾泰人文科學系統的發展的成果：舉凡護理人員經由每一次和病人新的深刻的體驗，都可以更廣泛的擴展對該病患的認識，獲得其更完整的理解。同時間，也開闊了護理專業更完整的視域。另外，以狄爾泰的觀點而言，護理人員通過對病人生命及表現的理解，將來自護理人員本身的偏見得到修正，體驗自身也由之擴展完成。在體驗之中，對病人認識不明顯的部份也因而變得清晰，進而掌握及增進現實世界的認識。簡言之，在護理的研究及實踐之中的體驗、理解，無時不刻都經由一般概念，在精神構成的表象世界中相互影響，發揮理解的能力。

¹ 李察·詹納(Rhchard M. Zaner)著，譚家瑜譯，（當你面臨死亡，還有什麼值得活下去）《醫院裡的哲學家》，（台北：心靈工坊，2001年），P.90。

² 李察·詹納(Rhchard M. Zaner)著，譚家瑜譯，（回到人情義理）《醫院裡的哲學家》，（台北：心靈工坊，2001年），P13。本文是余德惠教授為醫院裡的哲學家一書所作的序。

³ Dilthey, Wilhelm, Tr By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《Introduction to the human sciences》 Princeton University Press, 1988, PP. 163-164。

⁴ Dilthey, Wilhelm, Tr. By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《The formation of the historical world in the human sciences 》 Princeton University Press, 2002, P.205。

因此，以護理人員「體驗」的「表達」出發，通過「理解」和「詮釋學」的方法，來展示其生命的真實與精彩。由病人體驗處得來的「自我理解」補充了護理人員生命的「張力」。這個「張力」的範圍，起源於思維的活動，當外部世界引發思維時，護理人員之內在感受觸發引起變化。每一次體驗隨著感受觸發的變化的經歷，累積客觀化的判斷基礎，所以在每一次生活狀況的改變裡，理解都是思維判斷的獨立的狀態。這個「張力」是護理人員生命真正的自我超越，在展現體驗本身的可能性之時，其生命也因此造成深刻的影響。護理人員經由參與生活或思維狀態中的關聯，可以在病人裡再次找到。⁵ 這種生活體驗，圍繞著思維的行動不需要華麗的行為和修辭，沒有謊言的修飾之「實在生命」，就是「護理人員的真正自主性」。

蔣欣欣教授等曾主張：「護士和病人是一種互為主體性的關係，這種關係能促進相互的生成。護理人員由此調整自己的照護方式，病人也由此調整自己。不過隨著護理人員主體性發展的差異，而會形成不同的定位與反應方式。她們認為運用反思的方式進入第三者的立場，進行反省實踐地功夫，可以將照顧者的情緒澄清成爲自身價值的鑰匙。由於情緒的出現，可以警醒護理人員和病人彼此差異的立場，引發第三者的立場去思考異同的原因，而能離開原有的觀點，試著理解進入病人的立場，因而產生真正的對話與同理。」有關這個觀點狄爾泰主張的「客觀的理解」，正好進一步說明護理人員和病人彼此的關聯。

狄爾泰指出兩個「理解」的原理：一個是「理解」在你中發現我；另一個是凡人創造的東西都可被理解。⁶ 透過外在事實賦予內在經驗一定意義的過程，被狄爾泰稱爲「再現」(rediscovery)或「理解」。理解的過程之中，外在經驗與內在經驗共同發揮效用。以護理人員內在的感受和理解，作爲生命世界之理解的基礎，發揮認識病人的作用，而病人的世界只有根據護理人員內在經驗，才具有精神的內容和意義。理解首先產生於護理實踐的活動中，護理人員和病人相互溝通、互相理解的過程稱之理解的基本形式，基本理解的相互組合形成更高形式的理解。⁷ 它存在於表達和其表達的內容裡，亦即是一個從發生的結果，回溯到使這一個結果成爲可能的生命情境之推理過程的關係。「生命表達」和「精神的內

⁵ 同註 4，PP.218。

⁶ 同註 4，PP.213。

⁷ 同註 4，PP.228。

容」之間的關聯，帶著所有的「理解」是一種最基本的存在形式。當生命通過病人的內心體驗，就可以被病人所理解，護理人員和病人的思想、感覺和意願都處於一個同一的、相互關聯的世界，護理人員就在病人的理解中找到定位，這種理解，是在生命活動中的轉向稱為「再體驗」。對於人類精神的產物，包括有形、無形的；有意的、無意的；共同的或是差異的行動都可進行理解。

護理學者許樹珍主張：「就護理而言，『觀照倫理』可架構為護理主要的本質。…護士認為所謂的觀照多為情感表達性的行為，然而病人卻認為工具性的照顧行為才是其觀注的焦點。」⁸ 這個差異，揭示著護理人員即使具有觀照的能力，如果只是自行其是，而不懂得去了解病人內在的需求，還是無法發揮『護理使命』。簡言之，護理人員缺少的正是實踐的方式。因此如果在護理實踐上能善用狄爾泰的「客觀的理解」真正理解病人的生命及生命表現的需要，產生彼此的共鳴，如此觀照的本質才能如實的發揮深化彼此的價值，並進而完成建構護理倫理實踐進路。

護理學者帕斯主張：「護理課程設計反映出護理理論知識的最新趨向，…所有護理科系的課程設計必須落實於這個宗旨。」⁹ 護理教育應是發展關注健康之事業理論，導引教師及護理人員理解正確的、整體的「生命」須求，護理工作之鑽研技術的操作，是為了解決「生命」的窘境、提供「生命」關懷的服務。因為病人的生命是由護理人員把關，在護理教育中，學生是否習得「生命」的關懷以及「生命」服務的技巧。由此意識，進入工作職場便能自然呈現護理倫理風範，護理倫理實踐便是護理人存在的形式。由此論述更能體認帕斯女士的反省，正切中狄爾泰倡導之人文科學的核心，以整體「生命」的反省得來的理論，才能為生命提供真實的服務。

⁸ 許樹珍著，〈護理專業倫理與關照倫理現象之探討〉，《哲學雜誌》，37 期，（台北：中華民國護理學會，2001 年），P.108。「關照倫理」又譯為人性化倫理。

⁹ Rosemarie Rizzo Parse 著，劉淑娟、謝錦櫻、李絳桃、孫吉珍合譯，《人的轉成思想體系》，（台北，五南文化事業，2002 年），P.97。

結論：

醫藥科技能做什麼？該做什麼？或不該做什麼？諸如「人可以複製、死人生孩子、安樂死醫生定罪」，這些相關標題的背後，和你、我都可能產生關係種種的情境影響了個人生活、家庭、社會以及個體自身理性思考的能力，在這些醫療環境變遷中，如果護理人員不能實踐倫理行為，受苦的不只是病人、家屬，還有其他相關的醫護人員。然而護理人員如何形成適當的護理倫理行為，是護理專業養成教育，以及實踐中很重要的命題。護理學者許樹珍主張：「護理專業倫理不應為一個固定的內涵和教條模式在傳衍，學科需要一種醒覺，要把研究工作著眼在新視野上，重新省思觀照根本概念所及之人和倫理的關係」。¹⁰ 林遠澤教授即主張：「人類的行動能力，在運用現代科技而急遽擴大與改變之後，我們必須經由新的倫理學建構，才能喚起並確立潛藏在人類本性中根源性的道德實踐能力，以在新覺醒的道德意識下解決新的倫理學問題。」¹¹ 在 2002 年護理學者蔣欣欣提出：「由護理實踐建構倫理進路的主張，說明醫療科技蓬勃發展的時代，專業人員追求卓越時，更需要掌握一些空間，注意自身執行照顧活動的合宜性與精緻化。因此反省護理科學發展所觸及的專業倫理實踐是刻不容緩的議題。」¹² 要做出一個最好的道德判斷，本來就並不容易，更何況涉及護理人員及病人的複雜關聯。所以，由此需要種種的考量和判斷，不是由我們個人的想法，就可以直接替他人做決定，並「是其所是」「非其所非」的認為我們會做這樣的決定，完全是基於對當事人的最佳利益考量。

溫暖和尊重、帶著微笑的眼神，這些細微事會讓護理人員和病人彼此的內心深深感動。人思想的轉變是一個複雜的過程，從揚棄傳統到超越傳統，最後面對的是自己，是一個自我認同的蛻變，即便是追求名利、財富、高操的技術或刻意忽視，也必須面對的生命轉化。以狄爾泰的觀點而言，護理人員通過對「病人生命及表現的理解」，將來自護理人員本身的偏見得到修正，應該是「護理專業」最實在的「自主性」。縱然，狄爾泰的「客觀理解」中有如冰山浮出而無法言說

¹⁰ 許樹珍著，〈護理專業倫理與關照倫理現象之探討〉，《哲學雜誌》，37 期，（台北：業強出版社，2001 年），P.105。

¹¹ 林遠澤著，〈責任倫理學的責任問題—科技時代的應用倫理學基礎研究〉，《台灣哲學研究》，2005 年，第 5 期，PP.297—343。

¹² 蔣欣欣著，〈護理倫理的發展與實踐〉，《護理雜誌》，49 卷 4 期，（台北：中華民國護理學會，2002 年），P.20。

的地帶，自海德格、高達美…至今仍有不少學者之批評聲浪。有關此點狄爾泰曾經特別聲明每個生命都是特殊的存在，透過移情作用了解不同人的問題。因此，在護理活動之中護理人員透過微笑與眼神傳達關懷等移情作用，了解及滿足不同病人的需求。這個過程雖然目前無法取得實證科學的證據，然而人類在有任何言說或書寫表述之前，不就是一直使用這個與生俱來的能力。這個能力是心情及情感最直接的意念之傳達，自始便存在於生命深處，是否可能從自身傳達到病患？如果可能的話，那麼在護理倫理實踐之中，已從自我的觀照跨出達成病患的觀照。護理人員在如此無法言說的地帶，¹³提供每個生命特殊的需求，說明了護理專業中之「生命」整體服務的面向；在這個面向中正是護理自主性的展現，也是護理專業學門的證據所在。蔣欣欣教授也主張：「引用狄爾泰對自然科學與人文科學的區分，來強調護理學人文的面向。因為護理學太注重客觀性及量化之現象，重視自然科學的發現與解釋方式，將忽略病人的世界存在的諸多實在現象。並採用其重視經驗的詮釋學的『人文科學』視域，進行『病人的理解與體驗的詮釋』，以求深化對『人類』價值的尊重。」¹⁴亦即是，護理專業的研究應關注病人的「生命表現」及理解，並運用狄爾泰重視體驗、表現和理解之詮釋學的「人文科學」範疇，實踐「生命」價值的尊重。縱然量化、實證性之科技研究，確實可以為人類的生存提供重要的貢獻，不過若忽略人文科學的面向，極可能形成「科技競賽」或「科學主義」偏失，無意中造成「生命」的傷害。因此論及「護理倫理的實踐進路」，應是如實面對倫理原則的考量，側重「不傷害原則」開展之人文科學奠基的科技研究，才能回應「生命」整體的需求。

綜合以上的論述獲知，運用狄爾泰詮釋學之人文科學的主張，在「對他人生命及他人表現的理解」下，可以促成「成功」之護理理論的研究、協助護理人員深化自身至他人的價值與需求、進而可以彰顯自身至他人整體的自主性。這個過程便印證了狄爾泰的理論：應該進行人文科學與自然科學的關聯才能回答生命所有的提問；如果只是運用自然科學的範疇及方法進行社會和歷史的研究，便會缺乏與意識事實分析的關聯，片面的科學思維將遠離人類與外部世界的生活關聯。

¹³ 宋灝，〈跨文化美學視域下的中國古代美學〉，《跨文化視域下的中國哲學學術研討會會議手冊》，（台北，南華大學，2006年）。這個無法言說的地帶，宋灝先生認為那是人類意識中確實存在的地帶，只是依目前的檢驗方法尚無法解開。不過因為無法解開而拒絕承認，是一種很不負責任的作法，因為他也無法證明「無法言說的地帶」不存在。

¹⁴ 蔣欣欣著，〈護理倫理的發展與實踐〉，《護理雜誌》，49卷4期，（台北：中華民國護理學會，2002年），P.21。

所以未來的護理研究，應該自人文科學的精進及落實，加強生命與科學的關連，俾以達到自身及他人生命完整的理解。讓每個人都能重視生命發展過程中，總體活動的價值和產生的力量，俾以發現個體具有「行使善和道德的能力」。最後這些護理工作者便印證狄爾泰的理論：發現承接過去歷史和展望未來的動力，是一種相信自身生命的意義和價值的力量，相信自己必定能「完成護理使命」實現病人的幸福，進而深化護理的價值。這樣的力量讓護理人員前仆後繼，不辭辛勞在鑽研具體護理科學的成長及使之完善的過程以及病人康健之中，護理人員的生命也隨之充實而完整，由此也彰顯了護理人員自主性與價值。因此，狄爾泰的主張——「客觀的理解」，在護理實踐上，理解每一個病人的生命及生命表現的不同需要，產生彼此的共鳴，如此觀照的本質才能如實的發揮深化彼此的價值，是真實完成建構護理倫理的方法。由本文之論述證實：從狄爾泰詮釋學之人文科學的基礎，確實可以建構護理倫理實踐之進路。期盼本篇論文的觀點能獲得施政者、民眾及護理人員的迴響，開展出「整體性」面向的醫療環境。

參考文獻：

一. 書籍

1. 牟宗三著，《生命的學問》，（臺北：三民書局，1970年）。
2. 李選等著，陳月枝總校閱，《護理學導論》，（台北：偉華書局，2004年）。
3. 林綺雲主編，《生死學》，（台北：洪葉文化，2000年）。
4. 曾春海主編，曾春海、葉海煙、尤煌傑、李賢中著，《中國哲學概論》，（台北：五南圖書公司，2005年）。
5. 紐則誠著，《護理學哲學》，（台北：銘傳管理學院出版中心，1996年）。
6. 楊志良著，《健康保險》，（台北：巨流圖書公司，1998年）。
7. 楊克平等合著，《安寧與緩和療護學概念與實務》，（台北：偉華書局，1999年）。
8. 張文亮著，《南丁格爾與近代護理》，（台北，校園書坊，1999年）。
9. 張旺山，《狄爾泰》，（台北：東大圖書公司，1986年）。
10. 盧美秀著，《護理專業問題研討》，（台北，華杏，2005年）。
11. 盧美秀著，《醫護倫理學》，（台北，五南圖書公司，2004年）。
12. 盧美秀總校閱，盧美秀、吳盈江、徐美玲編著，《護理導論》，（台北，匯華，2000年）。
13. 蕭宏恩著，《護理倫理新論》，（台北，五南圖書公司，1999年）。
14. 靳曾珍麗、尹裕君總校閱，《護理倫理概論》，（台北，華杏出版社，2005年），
15. 傅偉勳著，《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》，（台北：正中書局，1993年）。
16. 戴正德李明賓著，《醫學倫理學導論》，（台北：教育部，1990年）。
17. 謝地坤，《走向精神科學之路—狄爾泰哲學思想研究》，（大陸：江蘇民眾出版社，2003年）。

二. 期刊

1. 林春香，〈護理人員對末期病患自動出院過程之護理、倫理以及民俗考量〉，《護理雜誌》，42卷3期，（台北：台灣護理學會，1995年），P.78-83。
2. 許麗齡，〈護理倫理—病人的自主性〉，《護理雜誌》，46卷4期，（台

- 北：台灣護理學會，1999年），P. 57-61。
3. 汪聖文著，〈醫護倫理之存有論基礎初探〉，《哲學雜誌》第37期（台北：業強出版社，2001年）。
 4. 周承珍;蔣立琦;曾麗芬;卓妙如;林毓芝;施富金;李春蘭，〈台灣護理學會“21世紀護理專業的挑戰與省思”護理論壇由產官學界之合作出發談一夥伴關係•護理倫理•領導統御〉，《護理雜誌》，51卷6期，（台北：台灣護理學會，2004年），P. 5-19。
 5. 許樹珍著，〈護理專業倫理與觀照倫理現象之探討〉，《哲學雜誌》，37期，（台北：業強出版社，2001年），P.105。
 6. 許麗齡，〈護理倫理- 病人的自主性〉，《護理雜誌》，第46期，第4卷（台北：台灣護理學會，1999年）。
 7. 黃苓嵐著，〈拉圖理想國在醫學倫理教育上的運用〉，《哲學與文化》第32卷，第8期，（台北：哲學與文化月刊社，2005），P.158。
 8. 楊君仁著，〈德國生物科技應用倫理研究簡介〉，《應用倫理通訊》第14期（2000年）。
 9. 郭素珍，〈醫院倫理委員會的形成與運作〉，應用倫理通訊第25期（台北：2003年），PP.19-22。
 10. 劉仲冬，〈我國的護理發展史〉，《護理雜誌》，53卷3期，（台北：台灣護理學會，2006年），P. 5-20。
 11. 葉海煙，〈護理關懷的哲學反思及其意義向度〉，《護理雜誌》，53卷3期，（台北：台灣護理學會，年），P.27-33。
 12. 蔡錚雲，〈傅柯是如何去修補現象學與倫理學間的基礎〉，《哲學雜誌》，第37期，（台北：業強出版社，2001年）。
 13. 蕭宏思，〈專業內的倫理導師——以護理教育為例〉，《哲學與文化》，27卷4期，（台北：哲學與文化月刊社，2000年），P. 372-381。
 14. 盧美秀，〈護理倫理教育的省思〉，《新臺北護理期刊》，4卷1期（台北：台北醫學大學，年2002），P. 1-8。
 15. 盧美秀;魏玲玲;林秋芬，〈我國護理倫理規範之研擬〉，《護理雜誌》，41卷1期，（台北：台灣護理學會，1994年），P. 40-51。
 16. 蔣欣欣;徐畢卿，〈身心安頓的倫理技術〉，《護理雜誌》，53卷6期，（台北：台灣護理學會，2006年），P. 20-24。

17. 蔣欣欣;陳美碧;蔡欣玲，〈建構照顧情境中的專業自我－自身與他者之間〉，《本土心理學研究》，19 期，（台北：心理出版社，2003 年），P. 201-226。
18. 蔣欣欣著，〈護理倫理的發展與實踐〉，《哲學與文化》第 31 卷，第 11 期，（台北：哲學與文化月刊社，2004 年），P.19-29。
19. 蔣欣欣、張碧芬、余玉眉等著，〈從護理人員角色的創造探討護理倫理的實踐〉，《哲學雜誌》37 期，（台北，業強出版社，2001 年）。
20. 蔣欣欣、余玉眉等著，〈護病間的互為主體性〉，《護理照顧的倫理實踐》（台北，心理出版社，2006 年），PP.81-103。
21. 戴志展，〈醫療行為與醫療糾紛〉，《台灣醫界》第 42 卷，第 1 期（1999 年），PP.57-59。

三. 翻譯書籍

1. 弗蘭克(Viktor E. Frankl)著，趙可式、沈錦惠合譯，《活出意義來 — 從集中營說到存在主義》，（台北：光啓出版社，1995 年）。
2. 弗蘭克(Viktor E. Frankl)著，鄭納無譯：《意義的呼喚》，（台北：心靈工坊，2002 年）。
3. Peter A. Singer 著，蔡甫昌編譯，《臨床生命倫理學》，（台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質促進會出版，2003 年）。
4. Ezekiel J. Emanuel 著，柳麗真譯，《臨終之醫療倫理》，（台北：五南圖書出版公司，1999 年）。
5. 李察·詹納 (Richard M. Zaner) 著，譚家瑜譯，〈回到人情義理〉《醫院裡的哲學家》，（台北：心靈工坊，年 2004）。
6. 李察·詹納 (Richard M. Zaner) 著，譚家瑜譯，〈倫理學與醫療衝突〉《醫院裡的危機時刻》，（台北：心靈工坊，年 2004）。
7. 波伊曼(Louis P. Pojman)著，江麗美譯，《生與死－現代道德困境的挑戰》，（台北：桂冠圖書公司，1997 年）。
8. 凱博文著，陳新綠譯：《談病說痛－人類受苦的經驗與痊癒之道》，（台北：桂冠圖書公司，1997 年）。
9. Hans-Georg Gadamer 著，洪漢鼎譯，《詮釋學 I 真理與方法：哲學詮釋學的基本特徵》(Hermeneutik I Wahrheit und Methode: Grundzuge einer

philosophischen Hermeneutik)。台北：時報文化出版社，1993年）。

10. 馬丁·海德格著，王慶傑、陳嘉映譯，《存在與時間》，（台北：桂冠圖書公司，1997年）。
11. Rosemarie Rizzo Parse 著，劉淑娟、謝錦櫻、李絳桃、孫吉珍合譯，《人的轉成思想體系》，（台北，五南文化事業，2002年），P.5。

四. 英文書籍

1. Dilthey, Wilhelm, Tr. By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《The formation of the historical world in the human sciences 》Princeton University Press,2002。
2. Dilthey, Wilhelm, Tr. By Makkreel, Rudolf A. & Rodi, Frithjof, 《Introduction to the human sciences 》 Princeton University Press,1988。

五. 論文

1. 林遠澤著，〈責任倫理學的责任問題—科技時代的應用倫理學基礎研究〉，
《台灣哲學研究》，2005年，第5期，頁297—343。
2. 宋灝，〈跨文化美學視域下的中國古代美學〉，《跨文化視域下的中國哲學學術研討會會議手冊》，（台北，南華大學，2006年）。