

## 性別、關懷與醫學倫理 Gender, Caring and Medical Ethics

蕭宏恩教授 中山醫學大學通識教育中心

### 摘要

談及「性別」，一方面意謂既定之「生物性」現象“sexuality”，另一方面意指情境內之「社會性」角色“gender”；有學者將後者稱為「性屬」。「性別」之所以成為一個議題，即在於「性屬」上的爭議。在當今社會，女性仍居於弱勢的情況下，社會上的女性角色與地位即成為性屬爭議的焦點。自傳統以來，醫學向來居於「科學中立」卻又是以男性觀點為主的父權思維面對疾病(disease)與病痛(illness)；加之理性掛帥的傳統倫理思辨，不自覺地忽略了「人」之差異性的存在。「性別」和「性屬」意識隨即隱沒於醫學的論述中，因而在醫療實踐上產生漠視性別的現象，發生許多性別不對等的案件；醫學倫理的論述與實踐勢必要向不同向度伸展，開顯符應時代的倫理思維。當今關於「人」的觀念已走向「差異」概念，迎向「他者」(the other)的存在關係上的思維；當今「為他人」的倫理學也就在如此的思維下相應而出。女性主義者提出之以「關懷情感」為基礎的「關懷倫理學」(Ethics of Care)，似乎也在如此的氛圍內嶄露頭角。於是，建構以關懷情感為基礎的醫學倫理即成為當然之趨勢。本文也就在如此意向下所做的嘗試。

**關鍵字：**性別（性屬），關懷，關懷倫理，醫學倫理

### Abstract

To talk about sex, it means the appearance of living creature that is already decided, sexuality, on the one hand, on the other hand, it indicates the role of society that is gender in some situations. Sex is going to be a subject that lies exactly on the argument of gender. Nowadays, females are still residing in inferior situations with a result that the role and position of female in the society become the focus of the argument of gender. Traditionally, medicine is always in the position of science neutrality but in the standpoint of male as principle to face disease and illness, and plus the ethical speculation of pro-rational tradition with the result that it is imperceptibly to neglect the differentiation of person. The consciousness of sexuality and gender is promptly faded in the expositions of medicine, and thus to give rise the appearances of ignoring gender with a result to arise many cases of gender inequality. Therefore, the expositions and practices of medicine are necessary to extend to different dimensions in order to open and appear the ethical thinking that tallies the times. Today, the idea of man is already

to move toward the conception of differentiation and head for the thinking of the existential relationship of the Other, and the ethics of "for the Other" emerges, corresponding exactly to such thinking. It seems that feminists are raising the Ethics of Care that is based on the sentiments of caring is precisely exposed in the air of such thinking. Then it becomes a tendency as it should be, to construct the medical ethics that is based on the sentiments of caring. This paper is prepared for a try under such an intention.

**Key Words:** sexuality, gender, caring, the Ethics of Care, Medical Ethics

## 壹、「倫理」(道德)的迷失與回歸

縱觀從小到大的倫理教育，讓我們產生一些莫名的迷思！經過一番省思，筆者以為，談倫理之前，必須先釐清這番迷思，回歸明確、清晰的思路，否則在探討倫理相關議題時，尤其在具爭議性的課題上（性別議題的探討即是其一），容易流於一種對立的偏頗。

### 一、「倫理」(道德)的迷思

#### (一) 倫理(道德)教育成為「聖人」教育？

「聖人」是倫理的典範，成為「聖人」是倫理的理想。但是，傳統倫理教育給我們一些所謂的「標準答案」，欲「教」我們成為聖人！可是，有幾個人能成為聖人？世界上又有幾個聖人？以致於，在教室裡大家都是聖人，因為教室裡要的是標準答案；走出教室大家就將聖人拋諸腦後，因為我只是一個「凡人」。

#### (二) 倫理(道德)只在乎或其目的僅在於「對、錯」或「傷害、不傷害」的問題？

傳統倫理教育似乎將重點著落於什麼或怎麼做是「對」、什麼或怎麼做是「錯」的分辨，或是「傷害、不傷害」的考量！實際上，由經驗中即不難得知，往往我們對該當如何行為的苦思，所思索的不就是對、錯問題，卻是什麼或怎麼做比較好或可以更好，因為我們對行為或事件的對、錯往往並不難分辨。另一方面，關於「傷害、不傷害」的考量，往往不能、也無法由表面所呈顯的現象去做判斷。

#### (三) 倫理(道德)只要做到「沒有錯」或/與「沒傷害到他人」就可以了？

就是因為我們以為倫理只是「對、錯」或/與「傷害、不傷害」兩對反的考量，因此，往往我們會以為「沒有錯」或/與「沒傷害到他人」就是可以訴諸實踐的行為！在倫理上，一方面，「沒

airiti

有錯」不代表即是「對的」，「對的」不代表即是「正確的」。另一方面，「沒傷害到他人」亦不表示就是「應該做」的，況且，有時候我們很難判斷是否真的沒有傷害到他人，因為「不傷害」的情況有，不直接傷害、不接間傷害以及不將他人置於可能受到傷害之情境或境遇等三方面，尤其是第三方面往往是我們容易忽略及難以估量的。

#### (四)「合法」等於「合乎倫理」？「法律」可取代「倫理」？

在倫理化約為「對、錯」問題的考量下，產生了一些道德價值上的混淆，當今社會的「泛法律主義」即為其一。也就是說，道德價值為法律規範所取代，倫理「道德」問題似乎只要循法律途徑即可解決。(李，1997)「法律」往往有一種現實上的考量，而且是外在行為的「他律強制性」規範，而倫理乃內心生活的「自律評價性」規範。人可以鑽法律漏洞，卻無法逃避自我良心的裁量。(廖，2000)

#### (五)技術導向取代了倫理思考？實效利益取代了道德價值？

道德判斷之「泛技術」導向的實證與實效，是另一道德價值上的混淆。科技的急速進展，使得人們將注意力移向技術所帶來的實效利益，而輕忽其背後可能產生的效應、甚至後果！在倫理的考量上，往往模糊了應有的焦點。(蕭，2004)

#### (六)倫理(道德)都是前人規定下來的？

在倫理的聖人化與標準答案式的教育下，青少年時期「倫理、道德都是你們大人在說」的叛逆，及其長逐漸轉為「倫理、道德都是前人規定下來」之化約式的含混思維，可說是「泛法律主義」的另一形式。可是，稍加思索即不難明白，一方面，在起初到底是誰有那麼大的能力，只要他/她一規定，從古至今、甚而全世界的人(因為，無可否認的，世界上存在著道德的金科玉律)都要/會去遵行？另一方面，當有如此的思維時，至少隱含著「我要不要去遵行」的自主性思維，此等「自主性思維」的道德自律性，才是真正道德價值的所在。

#### (七)倫理(道德)沒有標準答案，僅在乎是否是自己要如此做的？

當然，上所言之道德自律性的自主性思維，在當今強調個性、個性化的社會中，亦可能產生將道德價值化約於「個人」或更好說「唯我」的抉擇，沒有所謂客觀的標準答案。這就是道德判斷上的個人主義，實際上，如此的思維混淆了「客觀道德價值」與「個人主觀感受」的分判。

## 二、「倫理」(道德)的回歸

(一)倫理：關乎人與人之間關係和諧的要理。不在於「有沒有」，卻在於「是不是」！

(二)道德：在乎人之行為的達致倫理之和諧。不是「要不要做」，而是「應不應該做」！

airiti

(三) 倫理思考與道德實踐不是教我們成為聖人，而是「我應該做什麼？」且在這個「應該」之下，「我應該怎麼做？」「我應該怎麼做會更好？」以及最起碼「我至少可以怎麼做？」

(四) 倫理或道德有沒有標準答案？當然有！「倫理」不就是「對、錯」問題，而是好還要更好、善以臻於至善。

(五) 倫理乃人與生俱來的天賦本性。

大家都明白，人之所以要講倫理「道德」，就是因為人天生即有自由，展現於選擇的行動與行為的抉擇上，並對自己負責。人無所謂沒有倫理評斷或道德評價的中性情境，因為「情境」是在整個行動的歷程中，與周遭關聯所顯現或造成的整體，我們無法設想一個離開行動或與行為分離之「純粹情境」！因此，任何行動皆有其倫理義涵。(蕭，2004)

(六) 談倫理(道德)之前，必須先做到「尊重」與「不傷害」，否則一切都是虛言。

每一個人的存在都是在其自己的獨特個體，皆享有尊嚴與自由而應受到尊重，而且至少是無可有任何傷害與損毀。因此，對人之「尊重」與「不傷害」是人之所以為人必然受到的保障以及面對他人時的絕對作為。如此，「尊重」與「不傷害」並不是美德，而是在考量倫理「道德」前的必須要做到的二者，否則一切的倫理評斷或道德評價都是虛妄的。那麼，一個最為簡單的倫理思考步驟如下：步驟一：這樣的作為是否做到對人的「尊重」與「不傷害」？步驟二：我應該將如此的作為訴諸行動嗎？步驟三：我應當如何將此作為訴諸實現？確實踐履？步驟四：我可以如何做會更好？更為完善？

(七) 倫理(道德)行動包含三要素，即：道德行動的主體，道德行動的過程，以及道德行動的效果。道德判斷的對象就是包含此三要素的「行動」。

所謂「道德行動的主體」就是發出道德行動的人，人在發出道德行動時，至少是要出自於善意。然而，一般人容易將「善意」與「良心」相混淆，簡單地說，良心「良知」是「理智對於行為的善惡，以及對於行為是否應當實行所作的實際判斷」。而一般對於「良心良知」的錯誤認知與體認在於「天賦所予一不會發生錯誤的道德認知能力，在任何場合皆會給予我們正確可靠的道德指引」。(高，1998)而善意只不過是一個或一種好的意向，往往跟理智無關。因此，我們有時看到有人好心所謂「憑良心」卻做了不好的事、幫忙卻幫了倒忙等等，也就是說，主觀善意不見得即能成就道德的客觀價值。但是，話說回來，訴諸行動，在主觀上至少要出於善意。

所謂「道德行動的過程」就是由道德行動的起始至完成的歷程，此一歷程是要以合乎理性或倫理的手段來進行。而所謂「道德行動的效果」就是道德價值的成就，而成就的道德價值必須是客

airiti

觀顯然的，才能讓人真正領受到道德行動所帶來的福利或福祉。

(八) 倫理「道德」的落實需要技術「知能」層面的支援。

承上，既然道德行動的效果是在於客觀道德價值的成就，也就是說，道德價值的成就就需要技術層面的支援，否則也只是空有道德理想而無能道德的落實。

(九) 倫理「道德」是為達致共同存在「生活」情境的和諧，共同存在「生活」情境的和諧才是一切之所以可能的根本，人才可能造就依其自身之理想的美善生活。

## 貳、性別與人之差異性的多元中心

### 一、「性」的雙重向度

談到「性」，有其雙重向度：一者，「性」表達存有者之「本性」或「天性」，這是存有者之所以成為某一存有者所共有的，尤其是有生物，英文為"nature"，乃存有者所展現出來的動態本質(essence)，存有者即依其本性而活動。另一，即為「性別」。一般所言「性別」亦有其兩方面之義涵，一方面，乃生物性「生理上」的性別差異，英文為"sex"；另一方面，也就是實際上產生爭議的，乃社會性「心理與靈性上」的性徵，英文為"gender"，也有學者將之稱為「性屬」，涉及不同性別的每一個人社會上的角色及其行為、活動等等的定位。

### 二、人是有性別的存有者

身為一個人，在表象上而言，就是具體地成為一個女人或男人，這不單單是生理上的差異，也不只是角色份位的不同，卻是維繫了一個人的生命整體，包括生理、心理、靈性，且落實於生命(體)內的每一細微部份，科學就能透過化驗一個人的骨頭或細胞來確定此人的性別。故而，「性」滲透了一個人的整個存有，貫穿其生命的整體，決定其存在的全部。所以說，身為一個女人，就是其「整個人」是女人，就要以女人的存有來面對自己、他人、及宇宙；同樣地，身為一個男人，也就是其「整個人」是男人，就要以男人的存有來面對自己、他人、及宇宙。

### 三、走向「差異」概念，迎向「他人」的存在關係。(沈，2001)

近代自法國哲學家笛卡爾(R. Descartes, 1596-1650 A.D.)提出「我思故我在」，視人為一思想的主體，將人由「個體」推定為「主體」。人不但是「個體」(individual)，而且是一「主體」(subject)；這是人走向現代化之關鍵性地轉變。人是「個體」，展現人之獨特而無可取代性，而人作為一「主體」，更是強調人之為理性存有者的「自主」、「自決」的特性。因此，人不但是一思想或認知主體，而且也是權利與價值主體。主體性的建立，成就每一個人之本身即為「目的」存在，人與人之間即為主體與主體在共通性的觀照下平等對待彼此，在互認關係的基礎上訂定「契約」。問題是，在萊

airiti

種程度下，過份強調或捍衛人之為主體的「自主」、「自決」，即容易形成「主體中心」。「主體中心」的思維在於，我是主體，「他者」（包含他人、自然、甚而超越的神）是客體。主體中心思想即容易造成宰制與競爭，其極端化與惡化就是戰爭與死亡。如此，「主體」概念上的矛盾，至於偏激與極端即成了「唯我」！「主體中心」即演變成「自我（唯我）中心」！當代思潮在如此的境況下，即對人之主體性的地位進行挑戰。

有許多當代思想家對「主體」作了一項反動，認為根本無所謂主體可言，只不過是眾多表象形成的結果，使得我們以為有「主體」。因為我們看電視、看報紙，在大眾傳播結構之下，我們自以為有主體，其實只是幻象！我們認為是我們自己的意見，其實只是在重複媒體的意見、重複種種表象所形成的幻想罷了！當代思潮象徵「人是主體」之觀念的解構，所形成的最基本情況，就是不再以主體為中心，而是「多元中心」。這裡面含括兩重層次：首先是「互為主體」(inter-subject)，「互為主體」的思想，強調「相同或同一性」，以「契約」的形式行使權利。其實，互為主體的思想早已隱含在「契約」的概念之中，基本上，所有的溝通都假定了「互為主體」。「互為主體」一方面想保留近代的「主體」概念，另一方面也想在多元的情境中強調大家都是「主體」。而所謂「契約」就是一種同意，必須在權利的主體同意的情況之下才可以行使政治或社會權力。而「契約」必須在彼此「尊重」、「互認」關係的基礎上訂定，方得以展現其意義與價值。「尊重」、「互認」關係的形成，即必須重視彼此差異的多元性存在。因而，當代思潮即由主體或互為主體強調相同或同一性之思維，逐漸走向「差異」概念，由「主體」轉向「他者」(the other)。

「他者」含括：他人、自然與超越者。本文僅言「他人」，而不論及自然與超越者。「他人」含括了不可化約性、不可替代性、及其存在的奧秘性。不再是以我為主體中心的思維，而是去肯定「他人」。如此一來，思考的中心由主體轉向他人，且不再僅於互為主體的脈絡中思考。如果說溝通基本上假定了互為主體，那麼，強調他人，所重視的即是對他人是「奧秘」(mystery)的肯定。重點並不放在溝通，而是對他人無私的慷慨。為此，我們或許可以透過對於他人的開放、走向他人，來重新理解人以及人與周遭的關係。二十世紀七十年代之後，思想家們更是強調「他者」與「差異」，不再是作為「主體」的人間顯存有，卻是每個人在自然中的揭露。我們直接面對的他人（即使是陌生人）的「面容」，我應該予以倫理地對待；他人的「言語」，我應該予以傾聽。因為他人的面容和言語都向我揭露了不同的可能世界。這是他人獨一無二的特性，當我發現他人的不可化約性、不可替代性及其存在的奧秘性，同時感受到這是我與他人倫理關係的依據。我當以獨一無二的方式相待，甚至要以無私的、不求回報的慷慨相待；如此已然超越了「互為主體」的尊重與交換，而是對「他人」的「贈與」了！

四、性別是在差異性中的自我開顯，性別關係也就在迎向他人的存在關係中建立。

由以上之論述，不難明白，「主體」強調的是自我的覺察、反省與作主，而「他人」強調的是慷慨、無私和贈與。當代思潮走向「差異」概念，迎向「他人」之存在關係的建立，不再以主體為中心，而變成「多元中心」。那麼，面對當今性別議題的省思，性別的差異性無法僅僅再由強調自主、自決性的主體概念下開顯，性別的個體實在亦無法僅僅藉由主體概念而揭露，也就是說，不是或不僅是由過泛概念下的「女人」或「男人」開顯個人的自主、自決性，卻是在於「這個女人」或「這個男人」揭露其自身存在的自主、自決。性別關係亦非僅僅由過泛的「女人」或「男人」概念而建構，卻主要是由「這個女人」或「這個男人」在迎向他人的存在關係中建立。而人之存在關係的根本即在於「關懷」，也就是說，人與人之間的關懷關係為人之所以為人的根本存在。

### 參、醫療內的性別視觀問題

無可否認地，當代思潮的轉向仍無法立即改變或解決今日社會在性別課題上的爭議，當今社會上仍存在相當的性別視觀問題，尤其在醫療情境內，性別視觀問題卻容易隱而不顯。

#### 一、性別視盲

所謂「性別視盲」(gender blindness)是指：女性的社經地位及隨之而來的生活水準是「看不見的」(invisible)，或未曾進入思慮範圍。傳統以降，女性在社會上一直處於被動、附屬的角色，例如：在政治上，認為女性會依循其丈夫或父兄家長的意願而投票給某候選人，因此，女性參加選舉除了使選票增加外，對選舉結果不會有什麼影響。在台灣則有某候選人比較帥，所以可以囊括大多數的女性選票，甚至因而贏得選舉的說法！在經濟上，認為男性經濟地位一直是經濟學上的經濟度量指標，也就是說，男性主導著社會經濟的發展，女性總是依附著男性而生存，即使外出工作的女性，其經濟地位也是「不為所見的」！（劉，2007）

#### 二、性別遲鈍反應

所謂「性別遲鈍反應」(gender in-sensibility)意謂，一種對性別歧視的態度，不一定是性騷擾，而是更廣泛的指涉將女性行為往負面詮釋或貶低，有違女性自尊。這是一位在美國史丹福大學醫學院工作了16年的女教授醫師康利(Frances K. Conley)辭職的理由，譬如說：男同事並不尊重她在主持手術時的主管醫師職位，如果她在某個問題上與男同事持不同的看法或意見，即被指為「難相處」，或是由於婦科病所致，當然也包含對她的性騷擾等等。（何，2003）

#### 三、醫學對性別認知是「科學的」，所以沒有「性別視觀」的問題？（劉，2007）

無論是在世界醫學會的日內瓦宣言（內容包括：「不允許以宗教、國際、種族、政黨的政策或

airiti

社會地位等理由，來阻撓自己對病人的義務。」或是廣泛接受成為臨床專科指引的「生命倫理四原則」中之「正義公平原則」（包括：公平的分配資源之分配性公平、尊重人權之權利正義、尊重法律之法律正義，即以公平公正的態度對待每一個人），都不曾出現「性別」二字，似乎醫學無需考量性別平等問題！實際上，從某種角度來看，政治與經濟不能無視於性別差異，但是，醫學是「科學的」，沒有政治、經濟立場。因為科學注重的是事實，醫學上的性別差異是一種描述的客觀事實，自然無差別或歧視於其中。只是，醫學中的「性別」(sex) 與社會上所言之「性別」(gender, 性屬)卻是有所差異的，而且，在醫學臨床上，相關性別的議/問題，亦非就客觀事實上的性別而言。

簡單地說，醫學對性別認知基礎是「生物學的」，而性屬是社會所賦予個人的「性角色」。性別在生物學上的現象在於肉體組織、系統及結構上的差異，而社會所賦予個人的性角色在於被期待表現的行為、權利義務等等，此無關於生物學上的差異，亦不盡相符，因此也可能含括兩性以外的其他性別。醫學自認立於科學的客觀立場，無視於性別差異，然而，在臨床上，醫病之間的對待並非單純地科學科技與人體之間的關係，卻含括人與人之間的社會性關連，而社會的性屬問題卻非醫學科學學得以使力之管轄範圍。

## 肆、關懷與關懷倫理

前已有言，在迎向他人、關注差異性存在關係的根本在於「關懷」，女性主義也許就在如此當代思潮的氛圍下，提出以關懷情感為關係基礎的關懷倫理學(Ethics of Care)。筆者以為，醫療內的性別視觀議題/問題，可以由關懷倫理建構的醫學倫理而獲致相當的舒緩或解決。於此，先來看看關懷與關懷倫理之內涵。

### 一、關懷

人們往往容易去問：「『關懷』是什麼？」或「該做些什麼才是『關懷』？」等等的問題。實際上，這些問題並不重要，因為關懷是在行動中產生，沒有真實的行動根本談不上關懷。因此，真正重要的是：身為一名關懷者該當如何面對需要關懷的人，因為關懷本身並非目的，而是透過關懷去保障、維護、並進而提升人性的尊嚴。(Kuhse, 1997) 因此，身為一名「關懷者」，真正要考量的是：「該當如何付諸關懷？」實際上，關懷者的這番考量已然含括了「『關懷』是什麼」以及「該做些什麼才是『關懷』」此兩方面的省思。那麼，該當如何付諸關懷呢？基本上，因應當下的關懷關係與情境，皆有其相應的關懷態度與行動，重點在於，付諸關懷是對他人的關心，強調關係上的聯結、友誼之愛、開放性與周全的關注，以及照料或供給被關懷者的需求，這是一種情感上的回應，理智乃居於現實上幫忙如此情感回應之思索的輔助位置。(同上)



airiti

付諸關懷更有一種隱含的態度，也就是隨時預備著能做些什麼，以實現關懷的意義與價值。這種「準備」態度，正是對周遭或身處情境的時刻關注，一旦面對需要關懷的人，能立即訴諸真正關懷的行動。如此，由「時刻關注周遭或身處情境」此一角度來看，這種所謂的「準備」態度，實際上也就不是一種顯然的付諸關懷。縱觀當今社會現況，例如，社會上一旦發生災難，一般人除了「捐錢」得以表達對事件的關懷之外，往往不知道或似乎不能再能做些什麼？！面對社會的紛亂，似乎也只會冷漠、自保，其它則無能為力！之所以會如此，就是因為我們並未對這個社會真正證訴諸關懷。只有持續地投注關懷態度，隨時準備著能做些什麼，才能真正洞察事件的關鍵或癥結點，而著實付諸關懷行動，實現關懷意義與創造價值。如同臨終關懷（安寧療護）的發明人桑德絲女士(Dame Cicely Saunders)，因著自己對上帝的信仰，持續照護、關懷臨終病人，卻不容許安樂死的手段，又不忍於看著病人痛苦而死，亦慟心於病人家屬由病人臨終前、臨終時及至於死亡後一直延續的苦難！而就是因為這份持續關懷的投注，使其洞察到，面對臨終病人的關懷，其關鍵不在「死亡」，卻是在病痛的緩和與生命的完成，因而發明了「末期病人的安寧照顧」(Hospice Care)，照護了病人，也照顧了病人親屬。(蕭，2009)

## 二、關懷倫理

簡單地說，「關懷倫理」即是以關懷關係為基礎的倫理省思。就上所言「關懷」的義涵，關懷倫理有以下幾方面的特色。(游，2005)

(一) 感性的：強調道德主體是在具體關係與脈絡中有感覺與感情的個體，而非遵循普遍意義下的抽象個體。

這是由於傳統倫理學太過偏重男性觀點與思維，在視野上有所偏頗與缺憾。不難得知，傳統以降，倫理學的探討，主要是從男性觀點與思維來考量面對「所有人」的對待，這不僅局限了觀察者的觀點與視野(重男性觀點)，而且被觀察者(應包括男性與女性)也沒有充分被了解。更有甚者，傳統倫理學視一些屬女性之特質(如：情感、情緒等等)為病態的、不好的、有缺陷的，這些都是很明顯的偏差。關懷倫理學明察於此，為補傳統倫理學之不足，認為人應當由「關懷」的角度出發，接觸與接受自己真實的感覺與情感，尤其在與人相遇時，要準備好接受一切可能發生的人類情感。這是在於每一個人就是一整全之人，擁有一切屬於人的特質或特性，並沒有專屬於女性或男性的特質或特性，只有在表顯或表象上的強弱。傳統倫理學一直為男性思維的「理智」所主導，隱藏或壓抑了人情感「關懷」的一面，而這也正是人最為直接呈現而與人建立關係的存在基礎。

(二) 態度的：道德行動者之道德是為情感所管理，而非理智。

只要稍加省思或在自己的經驗中，即不難見得，人際間相互的瞭解經常需要適當的回應，強調精確的思考與推理，會使人依賴論證來作為回應，以致缺乏情感而顯得冷酷。然而，我們回應的

對象卻是一個活生生的人，以冷冰冰、死板板的論證來回應對方，似乎在說服、甚至是在攻擊或逼迫對方屈服。人際間相互的瞭解需要情感的投入，表顯一種專注和關心的態度，以及直接或間接地詢問對方的遭遇或需要，來替代對他人道德行為或德行的論證與推理。因此，人際間互相的瞭解，重要的是彼此關懷的態度，而非理智所可能帶來的隔閡或導致對立。而傳統道德哲學的方向，主要是以道德的推理為主，重視推理本身的邏輯合理性。所以，道德教育的方向也著重於道德推理的辯證與道德認知的訓練。關懷倫理卻認為教育和形成道德的態度更為重要，重視道德的態度與相互的瞭解更甚於對道德知識的邏輯推理與分析論證。

(三) 關係的：道德行動者之道德是被關係所指導，而不僅是道德的原則或原理。

由以上的論述，我們已不難明白，關懷倫理學認為道德最重要的價值，在於發展關懷的關係。傳統倫理學過份重視理智建構的原則，忽略與排斥情感的價值與情感所依賴的關係。然而，倫理正是達致關係的和諧，「關懷」亦正是發自人之本性「內存」的迎向他人，而與他人結合。因此，道德最重要的價值在於發展關懷的關係。再者，道德的理想並非僅在於人的獨立自主與自律的原則即可達成，因為人是存在於相互的依賴中，而且人的生活更依賴於關懷關係的施與授之中。所以，「關係」是人存在的基礎，「關懷關係」即為道德發展的基礎，建立關懷關係才能實踐道德理想。故而，真實的道德是存在於主體的關係脈絡而非道德的普遍原則中，也就是說，道德的基礎不是來自道德的原則，而是存在於關懷的關係中。

## 伍、建構以關懷「情感」為根本的醫學倫理

由先前的論述，我們已不難領會，醫療內的性別議題/問題可藉由關懷倫理的建構來獲致改善與解決。那麼，在了解了關懷之義與關懷倫理的內涵後，即可由以關懷關係與情感為基礎的關懷倫理，建構以關懷情感為根本的醫學倫理。於此，再次強調，筆者並無否定傳統以「原則」為導向的倫理學，只是因本文之所限，無法進一步探討關懷倫理與傳統倫理的融合及其如何可能。

### 一、強調「關懷關係」的醫學倫理

(一)「照護」(care for)不等同於「關懷」(care about)。

醫學(醫療專業)的責任在照護病患，醫學(科技)知識也就為「有助於」對病患(及其親屬)的照護。但是，「照護」(care for)卻不等同於或不見得即有「關懷」(care about, 關心)。缺乏關懷的照護，醫療專業人容易挾其醫學(科技)知識之權威而凌駕於病患(及其親屬)之上，不懂得如何關懷病人。如此，在醫療專業人眼中，病人只不過是一個帶有疾病的「東西」，需要醫療專業人施以神奇的醫學知識與專業技能，當然不可能有性別上之差異的多元考量。(Kuhse, 1997)

airiti

(二)「性別」在醫療對待中，是關懷下之個別對待關係，而非醫學科技知識「範式」宰制下的科學結構。

科學，簡單的說，乃有系統的知識。科學的建構在於普遍有效性與必然性，講求某種程度（概然性）的一致化與標準化。尤其在自然科學為典範的科學科技進展中，即由「範式」的量化結構來建構其系統，並標榜其「中性」之特質。如此，在醫療體系中，如果僅在意以（自然）科學「範式」的量化結構所建構的醫學科學科技來面對病人，性別上的差異自然容易被輕忽。而「關懷」強調的正是「差異」與「多元」，只有在正視彼此差異的多元觀照下，才能真正施予關懷與被關懷。故而，在醫療對待中，「性別」的平等也只有在關懷關係中的個別對待，才能獲致一好的、相當的醫療。

(三) 醫學科學（科技）的建構正是在以關懷為基礎之醫療關係的建立下方得以落實。

醫學科學科技的建構，就是為有好的健康照護（促進健康，預防疾病，重建健康，減輕痛苦），只有落在每一個人身上，也就是關注不同性別個體在「身體、心理、靈性」三向度整合之個別差異的多元考量，所謂好的健康照護方得以可能。因此，將理智建構之普遍性的醫學科學（科技）作為一基準，而在關懷關係中應對對象之差異的多元應用，方得以展現醫療臨床具體落實之有效性。

## 二、關懷關係下的醫病互動

(一) 聆聽：在差異性、多元性下的理解對方，進而增進彼此的了解。

「聆聽」(listening)，或說為「傾聽」，基本上是一對一的關係，其中不只是「聽」，實則是「對話」(dialogue)的一種形式，目的就是為理解對方並進而增進彼此的了解。因此，在強調關懷關係的彼此對待，藉由聆聽才能在肯認彼此的差異下產生真正的理解與互動，在開放性的多元觀照下，彼此了解與信任。傳統倫理不注意或不願意去聽取情緒或情感式的言說，喜歡以理智及原則去構作文言說的意義、評斷言說者的價值。這正是「聆聽」的忌諱，無法進行真正的對話，達成真正的理解，遑論彼此的了解與信任了。傳統在男性身體為範式的醫學科學以及男性思維為主導的倫理學的宰制下，女性自然成了最大的被宰制者。

(二) 醫病之間是關懷者與被關懷者、照護者與被照護者的相互扶持。

承上所言，醫病之間正是需要由聆聽而建立的關懷關係與互動。由本文先前的論述，不難了解，「關懷」不是一種「德行」，而是一種本能力，因此，關懷者需要被關懷者的回應，以發展其關懷潛能。(方，2004) 因此，在醫療照護中，照護者的本質即在於「關懷」，需要被照護者的回應或回饋，以增進其照護的關懷動力。亦即，照護者的關懷照護，可滿全被照護者的關懷需求；被照護者的關懷回應或回饋，可激起或促進照護者的關懷本能，亦可滿全照護者的關懷需求。

(三) 醫療專業人作為一位(主動)關懷者的自我認同。

在強調差異與多元性下，不能忽略了身份上的自我認同。在傳統男性父權主義的醫學教育下，女性醫師屈服於這種男性父權式的強大壓力，做了身份上的自我否定，屈從於男性思維的理智化，隱沒女性情緒、情感的女性特質。(何，2003)另一方面，醫療專業人在現實具體的專業實務中，也要關注自身的情緒、情感，體會其中情感、情緒的反饋，以覺察自身關懷的限度，而不是無止境地付出與自我犧牲，反而造成自身關懷動力的消耗。醫療專業人在關懷照護中，需要面對自己真實的感受，辨明關懷理想是否在不當的關懷中逐漸消磨怠盡，使關懷成為一種負擔而邊付出邊怨懣，反而迷在「關懷」中！如此，醫療專業人在臨床實務的關懷照護中，一方面不只是依於知識與職務內的行為習慣，另一方面，更重要的，是看待自身價值與潛能的態度，也就是在醫療專業工作中，對自我的認同與關懷。

(四) 在關懷中接納病人及其家屬。

承上所言，關注差異、多元以及自我認同的關懷照護，即是要有包容「醫療專業人自身的要求」和「病人需求」的雙重觀點。也就是說，在醫療專業人合理的要求下，病人及其家屬學習適當的需求；並在病人及其親屬合理的要求上，提供必要的需求。這也就是醫療專業人在專業實務工作中，所具有的「教育」病人及其親屬乃至社會一般人的功能。如此，醫療專業人一方面在關懷照護中接納病人及其親屬，一方面也要讓病人及其親屬感受到這份關懷與被接納，同時讓病人及其親屬學習關懷與接納自身。

三、不執著於所謂客觀化的醫學科學科技專業知識，開顯創造性的聆聽，發現情感(情緒)與非語言的線索。(潘·陳·陳，2002)

(一) 創造性聆聽

醫療專業人不僅是要聆聽，而且需要「創造性聆聽」(creative listening)，也就是說，醫療專業人在聆聽病人及/或其親屬的言談時，每一刻皆全神貫注於任何可能發生的事實，對每個線索都保持警覺性，把握每個機會去了解更多，並給予適時的回應，將病人及其親屬想表達的加以釐清。不允許因為沒聽到、沒看到、不了解而錯過任何事情。在性別差異的多元思維中，創造性的聆聽可有效泯除自身性別觀點的意識形態，達致性別平等對待上的彼此信任。

(二) 醫病之間創造性的會談，可能對病人極有意義，且帶給醫療人員啟發性的經驗。

創造性的聆聽使得醫師與病人及其親屬彼此間의 交談感到自在，不但是在言語溝通上有更深一層的了解，而且更有利於領會病人及其親屬在情感上的肢體表達。病人及其家屬適切地抒發情感(緒)有助於其自身以及醫療人員了解病痛的真面目，體認情感的存在，經常就是復元的第一步，

而「體認」本身在支持性的環境下，有時就足以驅除症狀，如：心理性因素所引發者。

(三) 醫療人員將病人視為一個人而非專業知識的對象，不但努力完成找出疾病的使命，而且關懷病人對其自身生活與病痛的憂慮。

前已言及，客觀化的醫學科學科技專業知識是為落實於臨床診斷與治療的基本依憑，雖具科學的普遍性與必然性，但畢竟是概然性的架構。而臨床診斷與治療是針對「個人」的醫療行動，唯有願意將病人視為一個人，對病痛(illness)如同疾病(disease)般地有興趣，仔細並持續地聆聽病人及其親屬的言說、表情、態度等等顯象，靈活運用本身醫療專業知識，才能維持醫病關係間的互動、信任而出現真正的交集。

#### 四、臨床上的實踐方法（方，2004）

##### (一) 創造關懷關係

1. 塑造關懷環境以建立關懷關係：醫療專業人對自身之言行舉止需具備專業的警覺與敏感度。

- (1) 照護上的小心呵護病人及其家屬對患病的不安。
- (2) 在關懷照護中潛移默化關懷態度，塑成醫病互動的關懷關係。

2. 體現關懷：用心觀察、聆聽與忠告。

- (1) 「用心觀察」在照護上是一種關心的表現，不僅是就病情、病況，且在於病人及其親屬的互動、肢體語言，對話中的表情、語態及一舉一動的呈現等等。
- (2) 「聆聽」是接受的一種重要形式，卻非放任於病人及其親屬所謂的「自主」，而是基於寬容，讓病人及其親屬安心、自由地參與自己的療程。
- (3) 「忠告」(非權威式的告知)也是接受的一種形式，接受病人為一獨立自主的整全之人。

##### (二) 接納與開放的關懷方式：情感式的對話。

1. 「對話」的功能：

- (1) 對話是以一種開放且誠懇的方式接納他人，對話的展開，即進入彼此相互關懷的建構過程，這是人與人之間完全接納與深入探索的過程。
- (2) 藉由對話，可以更深入地了解被關懷者，並由被關懷者的回應或回饋中，亦能幫助關懷者以更適當的方式去關懷與照護被關懷者。

2. 專家權威式的語言與接納開放式的對話：

- (1) 儘量不要用「不要……否則……」或命令、祈使等專家權威式的語言，而改以「可以這樣嗎？」「你覺得呢？」「你的想法是什麼？」等接納開放式的關懷語句，才能產生真正

的對話。

- (2) 在對話中表現自己真實的情感，不是要做個沒有情緒、沒有脾氣（非情緒化）而無止境付出的醫療照護者。
- (3) 醫療照護者（關懷者）一定要學會「聆聽」（創造式的聆聽），就像是例行的臨床實務工作一般，因為只有「聆聽」才使得醫病之間的分享與回應或回饋在病人及其親屬身上發生作用。

### （三）表達與付出對人的關心：支持性的關懷照護。

1. 由關懷照護「邀請」病人及其親屬共同參與醫療規劃，成就關懷互動與充擴的人性價值，而非只是醫療施予者與被施予者之間的工具性價值。
2. 在醫病合作互動的關懷關係中，發展關懷能力與加強實踐關懷照護的臨床實務。

### （四）肯認：對關懷的承諾與確定。

1. 「肯認」的意義：
  - (1) 對他人的肯認，不但肯定了他人的好，而且鼓勵了他人的發展。
  - (2) 肯認要基於對他人的深入了解而非以單一的標準來要求每一個人，而且，相互的肯認能使彼此不斷地提升和邁向彼此理想的形象。
  - (3) 肯認基於相互努力瞭解與探索，需要依據情感與回應的方式來思維，而非僅依於信念與論證。
2. 照護者（關懷者）與受照護者（被關懷者）的相互肯認：
  - (1) 人對於自己潛在的善意往往沒有自覺或自信，一旦有人將之從紛亂的行為中點化出來，其邁向理想自我的信心大增，猶如遇到知音或知己的感受。
  - (2) 照護者（關懷者）總是要懷著一顆心，認為受照護者（被關懷者）是肯定她/他的用心，她/他不會以小人之心度之，卻總是以對方有可敬的動機來看待她/他。
  - (3) 當照護者（關懷者）視最好的可能動機與受照護者（被關懷者）的現實為一致時，即肯定了受照護者（被關懷者）。如此的肯認，讓受照護者（被關懷者）反身發現自己的善意，進一步肯定了照護者（關懷者）；被關懷者也成了關懷者。
3. 照護者（關懷者）不是要去製造幻象（想），而是如實地去看待事物-行為、言語、結果。因為，醫療專業人有「教育」病人及其家屬的功能與義務。
4. 「肯認」要發揮作用，必須照護者（關懷者）要對受照護者（被關懷者）有真切的傾聽與

airiti

體貼，而受照護者（被關懷者）對於照護者（關懷者）有真切的敬意與信任。在這種相互的關係下，一言一行的肯認對照護者（關懷者）與受照護者（被關懷者）而言，都是非常受用的。

## 陸、結語

建構以關懷情感為基礎的醫學倫理，不難明白，不僅在於化解醫療照護中的「性別」迷思或問題，實際上，那就是在醫療照護上應有的倫理對待，如同安寧療護的醫療措施與關懷，所表顯的，就是醫療本質之應然，而非人到了臨終階段才能享有的照護對待。另一方面，在本文的第貳節即有明言，人是有性別的存有者，個人之差異與多元思維並不僅在於不同性別之間，卻是每一個人的實在。而在傳統醫學科學的普遍、有效性的概括之下，同一（或更好說是「化約」）了人的個別差異性，統一了人的多元思維。事實是消弭了人的個體性，人成為抽象、普泛化的人，甚至沒有女人和男人之分，遑論自我作主的主體性。如此，在傳統男性擁有絕對優勢的情況下，抽象、普泛化的人即與「男人」等同了起來，醫學科學的專業權威亦落於男性主體性的掌握，因而凸顯出性別差異上的不平等，終致於成為問題。那麼，在男性思維下的傳統倫理學的智慧建構，當然不足以解決性別不平等之問題，反而容易造成對立。當代女性主義者提出，由女性特質，以關懷情感建立關懷關係的關懷倫理學，雖說是由女性特質，實則正是傳統倫理學的欠缺。因此，關懷倫理學適得以彌補傳統倫理學之不足，而關懷倫理的關懷情感亦得以增強醫病的互動與信任。筆者以為，為解決醫療內之性別不平等對待之問題，而由關懷倫理的關懷情感為基礎建構的醫學倫理，正是一個契機，不但凸顯性別差異的多元思維，而且由之亦正視了人之個別性的醫療照護。

## 參考文獻

1. 方志華（2004），關懷倫理學與教育，台北：洪葉文化。
2. 李幼蒸（1997），倫理學的危機，台北：唐山。
3. 沈清松（2001），西洋哲學中「人」的概念的演進，於輔仁大學全人教育課程中心編纂，人生哲學補充教材（第五冊）（頁 59-94），台北：輔仁大學。
4. 高凌霞（1998），主觀的道德規範——良心。於輔仁大學倫理課程委員會編，專業倫理論文集（二）/增修版（頁 119-131），台北：輔仁大學。
5. 游惠瑜（2005），諾丁的關懷倫理學及其問題，哲學與文化月刊，32(3)，95-109。
6. 廖湧祥（2000），法律與倫理，於輔仁大學倫理課程委員會編，專業倫理論文集（三）（頁 113-133），台北：長榮國際。
7. 劉仲冬（2007），醫學與性別，於戴正德／李明濱編著，醫師與社會擇任（頁 75-85），台北：

airiti  
教育部。

8. 蕭宏恩 (2004), 醫事倫理新論, 台北: 五南。
9. 蕭宏恩 (2009), 墨家的靈性關懷與醫療照護的倫理實踐, 哲學與文化月刊, 36(2), 57-74。
10. Allen Barbour, M.D. (2002), 醫病關係-生物醫學的迷思 (潘成廷, 陳建州, 陳三能編譯)。台北: 藝軒。(原著出版於 1995 年)
11. Frances K. Conley (2003), 不與男孩同一國 (何穎怡譯), 台北: 女書文化, (原著出版於 1998 年)
12. Helga Kuhse (1997), *Caring: Nurses, Women and Ethics*. Maldon: Blackwell Publishers.

### 通訊資料

蕭宏恩 教授

台灣中山醫學大學通識教育中心

地址: 40242 台中市南區大慶街二段 100 號

電話: 886-4-24730022 轉 17156

手機: 886-0916-823-417

### Correspondence

Hung-en HSIAO, Professor

General Education Center, Chung Shan Medical University

Address : No.100, Sec.2, Daqing Street, South Dist., Taichung City 40242, TAIWAN

Tel : 886-4-2473-0022 ext. 17156

Mobil : 886-0916-823-417