世界醫師會
醫學倫理手冊

第三版 2015

Medical student holding a newborn
© Roger Ball/CORBIS

醫學倫理

世界醫師會
醫學倫理手冊

第三版 2015

© 2015世界醫師會

非商業使用上限：十份，並請註明出處；任何複製、檢索系統的儲存或轉移，均須事先取得書面同意，欲取得同意請洽世界醫師會 The World Medical Association, B.P. 63, 01212 Ferney-Volataire Cedex, France; Email: wma @wma.net ,fax（＋33）450 40 59 37.

本手冊由世界醫師會出版，作者該會醫學倫理指導長John R.Williams（2003-2006）

封面、排版概念：比利時Inspirit International Communications，Tuuli Sauren提供

製作概念：World Health Commmunication Associates，UK

照片提供：Van Parys Media/CORBIS

在版編目（Cataloguing-in-Publication Data）
Williams, John R.（John Reynold）, 1942-
醫學倫理手冊

1.生物倫理學　2.醫病關係-倫理學
3.醫師的角色　4.生物醫學研究-倫理學
5.專業關係　6.教育醫學-倫理學
7.案例報告　8.手冊I,書名

（NL分類：W50）

目錄

譯序 ……4
謝誌 ……6
前言 ……7
緒論 ……9
- 什麼是醫學倫理？
- 為什麼要研習醫學倫理？
- 醫學倫理、醫學專業主義、人權與法律
- 結語

第一章　醫學倫理的主要特徵……16
- 目標
- 醫學有何特別？
- 醫學倫理有何特別？
- 誰來決定何謂倫理？
- 醫學倫理會改變嗎？
- 醫學倫理會因國家而異嗎？
- 世界醫師會的角色
- 世界醫師會如何決定什麼是合乎倫理？
- 個人如何決定什麼是合乎倫理？
- 結語

第二章　醫病關係……36
- 目標
- 案例研究
- 醫病關係有何特別？
- 尊重與平等對待
- 溝通與同意
- 為無決定能力的病患作決定
- 保密

- 生命起始的議題
- 生命終末的議題
- 案例回顧

第三章　醫師與社會……66

- 目標
- 案例研究
- 醫師與社會的關係有何特別？
- 雙重忠誠
- 資源分配
- 公共衛生
- 全球健康
- 醫師與環境
- 案例回顧

第四章　醫師與同儕……86

- 目標
- 案例研究
- 對醫療權威的挑戰
- 與醫師同儕、教師及學生之關係
- 舉發不安全或不符倫理的醫療行為
- 與其它健康專業人員的關係
- 合作
- 解決衝突
- 案例回顧

第五章　醫學研究……102

- 目標
- 案例研究
- 醫學研究的重要性
- 醫學執業中的研究
- 倫理要求

-倫理審查委員會的許可
-科學上的益處
-社會價值
-風險與利益
-知情同意
-保密
-角色上的衝突
-誠實報告結果
-舉發
-尚未解決的議題
- 案例回顧

第六章 結論……120
- 醫師的責任與特權
- 對自我的責任
- 醫學倫理的未來

附錄A- 名詞釋義（含內文斜體字）……128
附錄B- 部份網際網路醫學倫理資源……132
附錄C- 世界醫師會：
全球醫學院課程納入醫學倫理與人權教育決議文(Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum of Medical Schools World-Wide)；以及世界醫學教育聯盟：全球品質提昇標準—基礎醫學教育(Global Standards for Quality Improvement – Basic Medical Education) ……134
附錄D- 強化醫學院的倫理教學(Strengthening Ethics Teaching in Medical Schools)……136
附錄E- 其他案例研究……138

醫學倫理手冊譯序

醫學倫理的意旨在於化解醫學科技與人性需求的衝突與矛盾，同時以倫理的內涵作為醫師從事醫療工作的內省依據。醫療科技從 20 世紀末到 21 世紀突飛猛進，其發展非僅限於提供醫療照顧，醫治過去束手無策的疾病，更帶動醫學往生殖科技、基因醫學、移植醫學等新興領域。一旦醫學科技突破瓶頸，新的倫理爭議隨之而來，所以醫學應隨時代調整與人性間相互關係。

世界醫師會(World Medical Association, WMA) 成立於 1947 年，其宗旨之一在於擬定全球適用的醫學倫理規範，直到 2005 年完成該會第一本全球通行的醫學倫理輔助教材----醫學倫理手冊(Medical Ethics Manual)，隨後透過各國醫師會(National Medical Association, NMA)的共識討論編出一個共同的醫學倫理指引，期盼經由醫學倫理的實踐，將專業的醫「病」技巧，提升至具人性的醫「人」照顧。因應 2006 年修正日內瓦宣言(Declaration of Geneva)、2013 年修正赫爾新基宣言(Declaration of Helsinki)，今（2015）年世界醫師會再修正醫學倫理手冊部分內容完成第三版醫學倫理手冊(Medical Ethics Manual 3rd edition 2015)。

醫師公會全國聯合會為與時俱進，在取得世界醫師會倫理委員會 2015 年第三版「醫學倫理手冊」中譯本的授權後，隨即進行翻譯及印製，希望藉由本手冊提供國內醫師參考使用，並作為各大學醫學系醫學倫理課程的教材，同時也將建置於本會網站專區，促使本國醫療合乎時代倫理潮流，具備無國界的醫者情懷，善盡臺灣為世界衛生公民的天職，做到以病人福祉為中心的人性化照顧。

最後此手冊之完成要感謝第十屆醫學倫理暨紀律委員會莊維周召集委員暨全體委員、本會顧問吳運東醫師之協助及審閱。

中華民國醫師公會全國聯合會理事長

蘇清泉

謝誌

世界醫師會倫理部（WMA Ethics Unit）由衷感謝以下人士於本手冊草擬階段所提出之廣泛而深入的見解：

Prof. Solly Benatar, University of Cape Town, South Africa

Prof. Kenneth Boyd, University of Edinburgh, Scotland

Dr. Annette J. Braunack-Mayer, University of Adelaide, Australia

Dr. Robert Carlson, University of Edinburgh, Scotland

Mr. Sev Fluss, WMA and CIOMS, Geneva, Switzerland

Prof. Eugenijus Gefenas, University of Vilnius, Lithuania

Dr. Delon Human, WMA, Ferney-Voltaire, France

Dr. Girish Bobby Kapur, George Washington University, Washington, DC, USA

Prof. Nuala Kenny, Dalhousie University, Halifax, Canada

Prof. Cheryl Cox Macpherson, St. George's University, Grenada

Ms. Mareike Moeller, Medizinische Hochschule Hannover, Germany

Prof. Ferenc Oberfrank, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary

Mr. Atif Rahman, Khyber Medical College, Peshawar, Pakistan

Mr. Mohamed Swailem, Banha Faculty of Medicine, Banha, Egypt, 以及他的十個學生，他們協助找出非英語系國家學生不熟悉的英語字彙。

本手冊第一版，部分由Johnson & Johnson公司獎助金無限贊助

前言

世界醫師會秘書長 Dr. Delon Human

距離希波克拉底等醫學倫理的創始者發表相關文獻至今已經有二千餘年，然而令人難以置信的是，醫學界至今仍然沒有一套基本的、能被普世所接受的醫學倫理課程。世界醫師會第一本《醫學倫理手冊》的出版，即是為了填補這個缺憾。能將這本手冊介紹給您，實在是我們的一大榮幸！

這本手冊源起於1999年的第五十一屆世界醫師會大會，代表著全球各地醫學會的醫師齊聚一堂，決定「強烈建議全球醫學院應該將醫學倫理與人權教育納入必修課程」。為配合這項決議，我們開始為全球醫師與醫學生發展基本的醫學倫理教學輔助教材，這套教材乃是以世界醫師會的政策為基礎，但本身並非政策文獻。因此，這本手冊是在世界醫師會倫理部的引導與協調下，透過全球整體發展與磋商之後的成果。

現代健康照護已經引發了極度複雜而多面向的倫理難題，而且醫師往往沒有足夠的能力來處理這些問題。本手冊特地設計來強化與提昇醫師的倫理思考與實踐，並提供一套方法，協助醫師們在遭遇這一類難題的時候，可找出合乎倫理的解決方式。本手冊並沒有列出「對與錯」的檢核表，但希望能提升醫師良知的敏感度，因為良知才是

作出符合倫理決定的根本。為達到此目的，您會發現文中有數個案例研究，其目的是在強化讀者的倫理反思，同時也能促進小組討論。

身為醫師，我們深知能參與醫病關係是何等的特權，醫病關係是一種在倫理與信任的架構下，促進科學知識與健康照護交流的特殊關係。本手冊在結構上的設計是要表現出醫師在各種不同關係中所面臨的議題，但其核心仍然會是醫病關係。而近來由於受到資源有限以及其他因素的影響，醫病關係已經承受不少壓力，本手冊將說明透過倫理實踐來強化這層關係的必要性。

最後，我們要提到在任何醫學倫理討論中，「病患」所扮演的核心角色。大部分醫學會的基本政策都肯定：倫理上，個別病患的最大利益應該是一切健康照護決定的首要考慮。期待本手冊能在醫學生與醫師日常行醫及面對倫理挑戰時，能協助他們掌握方向，並找到能達成「病患第一優先」的最有效方法，如此，這本世界醫師會醫學倫理手冊，才算是不負出版的初衷！

緒論

什麼是醫學倫理？

想像一下這些幾乎在任何國家都可能發生的案例：

1. P醫師是一個醫術與經驗兼備的外科醫師，他在一家中型社區醫院值完晚班後正準備離去。這時，一個年輕女子被她的母親送進醫院。她的母親告知值班護士她必須回家照顧其他孩子之後，便立即離去。這名患者下體流血，而且忍受著劇痛。P醫師在作過檢查後，研判這名女子若不是流產，就是自行進行墮胎。P醫師幫這名病患進行子宮擴張及刮除術之後，要求護士詢問病患是否支付得起到她脫離險境為止的住院費用。之後，P醫師返家離去，沒有跟病患說上一句話，病患則由Q醫師接手。

2. S醫師對於為了同一個毛病看好幾個醫師的病患愈來愈感到不耐煩，她認為這是浪費醫療資源，對病患本身的健康也會產生不良的影響，因此她決定要告訴這些病患：如果他們繼續找其他醫師看同樣的疾病，她將會拒絕治療他們。她打算找全國醫師協會去遊說政府，從政策面來遏止這種資源不當使用的情形。

3. C醫師是市立醫院新來的*麻醉科醫師* (anesthetist)，在看到資深外科醫師在手術室的行為時，他

感到十分錯愕：資深醫師使用過時已久的開刀技術，不但拉長手術時間，病患在術後的疼痛期與恢復期也相對地延長。不僅如此，他還常拿患者來開玩笑，內容粗俗不堪入耳，讓一旁協助的護士很不舒服。C醫師是剛來的新人，資歷差了一大截，不願意私底下批評或向上層報告。不過他還是認為應該有所行動，好讓情況有所改善。
(本文中所有*斜體字*都列於附錄A的名詞釋義中)

4. R醫師是偏遠小鎮的家醫科醫師。有個約僱的研究機構找她參與一個治療骨關節炎的非類固醇止痛藥(NSAID)之新藥臨床試驗計畫，她每在一個病患身上試驗新藥，就可以拿到一筆酬勞。這家研究機構的業務代表向她保證，這個試驗計畫已經得到包括醫療倫理審查委員會在內的所有許可。R醫師以前從未參與過人體試驗，覺得這個機會非常難得，更何況還可以有額外的收入。於是R醫師同意加入，沒有進一步詢問這個試驗在科學上或倫理上的各種考量。

上述四個案例都能激起倫理反思，它們引發有關*醫師*（*physician*）行為與決策的問題－並非如何治療糖尿病患者，或是如何進行「冠狀動脈雙血管繞道手術(double bypass)」等科學或技術層面的問題，而是有關*價值*（*value*）、權益與責任的問題。醫師面對這類問題的機會與面對科學、技術層面問題的機會一樣高。

執行醫療工作的過程中，無論專長或科別為何，有些問題會比其他問題來得容易解決。例如對於很習於處理單純骨折或縫合單純撕裂傷的醫師而言，處理這種問題只是小事一樁；然而在另一個極端，醫師們對於要如何治療某些疾病卻充滿了不確定性與歧見，即使是肺結核、高血壓這些常見的疾病也不例外。醫學倫理問題也是如此，並非所有的醫學倫理問題都一樣棘手，有些相對而言很容易解決，因為眾人對於該如何解決已經有相當的*共識*(例如：醫師將病患當做研究對象之前，應該事先取得其同意)；但在那些還沒有共識，或其他替代解決方案都有缺點的情況下，問題則困難得多。（例如如何分配稀有的健康照護資源？）

倫理是有關道德的研究 - 仔細而有系統地思考與分析道德的決定與行為。

那麼，倫理究竟是什麼？它又如何幫助醫師處理這類問題呢？簡單地說，倫理是有關於道德的研究－仔細而有系統地思考與分析過去、現在、或未來的道德決定與行為。道德是人類行為與決定的價值面向。道德的語言包括「權利」、「責任」、「*德行*」(*virtues*)等名詞以及「善」、「惡」(或邪惡)「對」、「錯」、「正義」、「不義」等形容詞。

根據這些定義，「倫理」基本上是關乎「知(knowing)」，而道德是關乎「行(doing)」。

兩者密切的關係在於倫理能夠提供理性的標準，

讓人們選擇該怎麼決定或怎麼做。
由於倫理是關乎人類行為以及做決定的各個面向，它其實是一個很廣也很複雜的研究領域，而有許多的分支或次領域。本手冊的重點乃在**醫學倫理**，它是倫理學的一支，處理醫療執業中的道德議題。醫學倫理與*生命倫理*(*bioethics*;又稱*生物醫學倫理biomedical ethics*)密切相關，但不完全相同。醫學倫理著重在醫療行為所衍生的議題，生命倫理則是一門很廣的學科，關切的是更廣泛的生命科學發展過程中所衍生的道德議題。生命倫理與醫學倫理的另一個不同之處，在於生命倫理並不要求去接受某些對於醫學倫理而言，是很基本的傳統價值(我們在第二章中會看到那些價值)。

作為一門學術領域，醫學倫理已經發展出自己特別的詞彙，包括許多從哲學借用過來的語詞。本手冊並未假定讀者在閱讀前對哲學已有認識，因此在內文中提到關鍵詞時或是手冊最後的名詞釋義中，都會列出關鍵詞的定義。

為什麼要研習醫學倫理

「醫師只要學問和醫術好就行了，倫理並不重要。」
「倫理是在家中學的，而不是在醫學院學的。」
「醫學倫理是透過觀察資深醫師的行為學來的，而不是從書本或課堂演講習得的。」
「倫理很重要，但目前的課程已經太滿，排不進倫理教學。」

這些是醫學院課程中未把倫理視為重要主題的一些常見理由。它們個別都有部分道理，但也只是部分正確而已。全世界的醫學院漸漸體認到他們必須提供學生足夠的時間跟資源來學習醫學倫理。他們也獲得世界醫師會(WMA)以及世界醫學教育聯盟(World Federation of Medical Education)等組織的大力鼓勵，而往這個方向發展。(參考附錄C)

「學習倫理學讓醫學生可做好準備，以瞭解困難的情境，並且知道該如何以理性、有原則的方式來處理它們。」

從這本手冊將可看出，倫理在醫學教育中的重要性將越趨明顯。總括來說，倫理永遠都是醫療執業不可或缺的成分。像尊重人格、知情同意、以及保密的倫理原則都是醫病關係的基礎。但是在具體的情境中應用這些原則卻常常是有疑義的，這是因為醫師、病患、病患的家人以及其他健康照護人員或許對於該情境中正確的做法有不同意見。學習倫理學讓醫學生做好準備，以瞭解困難的情境，並且知道該如何以理性、有原則的方式來處理它們。當醫師與社會、同事進行互動，還有從事醫學研究時，倫理也扮演重要的角色。

醫學倫理、醫學專業主義、人權與法律

如同我們將在第一章談到的，至少從希臘醫師希波克拉底的時代起，也就是西元前第五世紀，倫理就已經是醫學的一部分。希波克拉底被視為醫學倫理之父，醫學專業的概念便是源自他；由於做為一種專業，醫師公開承諾他們會把病患的利益置於個人的利益之上(參考第三章，將有更深入的解釋)。在本手冊中，明顯可見倫理與專業主義之間的關係。

近來，*人權* 的發展大大地影響了醫學倫理。在多元主義、多文化、有許多不同道德傳統的世界中，若要發展跨越國家、文化疆界而為普世接受的醫學倫理，一些重要的國際人權協議將能提供其基礎。此外，醫師經常需要處理像強制遷移、虐待等侵犯人權所導致的醫療問題。至於有關健康照護是不是人權的爭論，也對醫師有很大的影響，因為國家對這個問題的答案將大致決定了哪些人可以取得醫療照護資源。本手冊也將仔細思考影響醫療執業的人權議題。

醫學倫理也與*法律* 息息相關。大多數國家都有法律規定醫師該如何處理在照護病患與研究方面的倫理議題。此外，對於醫師違反倫理的行為，負責核發醫療執照

「…倫理所要求的行為標準往往比法律要求的還高；當法律要求做違反倫理的行為時，倫理有時還會要求醫師違背法律」

與主管的單位可以、也確實做過懲處。但倫理與法律是不同的，倫理所要求的行為標準往往比法律要求的還高；當法律要求做違反倫理的行為時，倫理有時還會要求醫師違背法律。此外，法律會隨國家而有很大的差異，倫理卻可以超越國界。基於這些原因，本手冊將著重於倫理而非法律。

結語

醫學是科學也是藝術。科學處理的是可被觀察測量的事物，一個稱職的醫師要能辨識病癥，並且知道如何為病患恢復健康。但是科學式的醫學有其限制，特別是在涉及與人類個體性、文化、宗教、自由、權利和義務時。醫學的藝術在於將醫學科技應用到個別的病人、家庭與社群上，而沒有兩個病人、家庭、社群會是完全相同的；其間的差異顯然大多是非生理層面的差異，而在瞭解、處理這些差異時，藝術、人文、社會科學及倫理學正扮演著重要的角色。確實，倫理學本身會因為上述其他學科的洞見與資料而更加豐富，舉例來說，以戲劇的方式來呈現一個臨床困境，可能會比單純陳述案例更有張力，更能激發倫理反思與分析。

這本手冊只能對醫學倫理及其核心議題做基本的介紹，希望能讓您了解持續思考醫學的倫理層面之必要性，尤其是如何處理執業上可能面臨的倫理議題。附錄 B 列有參考資源，可以幫助您加強這個領域的知識。

第一章　醫學倫理的主要特徵

目標

讀完這一章以後，你應該要能：

- 解釋為何對醫學而言，倫理是重要的
- 指出醫學倫理的主要來源
- 瞭解不同的倫理決策方法，包括你自己的

醫學有何特別？

幾乎在所有的歷史記載與世界的各個角落，當醫師都是件特別的事。人們總是帶著他們最急迫的需要---消除疼痛折磨、恢復健康幸福---來尋求醫師的協助。他們允許醫師檢視、觸摸或操作他們的身體各部位，甚至是最私密之處。他們這麼做是因為信賴醫師會依他們的最佳利益行事。

「許多醫師認為他們不再受到像從前一樣的尊敬。」

醫師的地位隨國家而異，甚至在一國境內也有不同，但是一般而言似乎都在下滑。許多醫師認為他們不再受到像從前一樣的尊敬。在某些國家中，對醫療照護的控制權不斷從醫師那移轉到專業經理人和行政官員手中，這些人有的傾向將醫師視為醫療改革的阻礙、而非夥伴。過去向來無異議接受醫囑的病患，現在如果聽到醫師做出與其他醫師或網路資訊不同的建議時，有時也會要求醫師說明他們為何那樣建議。有些過去只有醫師才能執行的醫療措施，現在則由醫技人員、護士或其他醫務輔佐人員（paramedics）來執行。

「……為了符合病患及學生們的期望，有一點很重要—醫師應瞭解並體現醫學的核心價值」

儘管這些改變衝擊到醫師的地位，但對需要醫療服務的病患來說，醫學仍是受到高度肯定的專業，而它也持續地吸引大量最資賦優異、勤奮和

專注的學子。為了符合病患與學子們的期望，有一點很重要—醫師應瞭解並體現醫學的核心價值，尤其是同理心(compassion)、能力(competence)與自主(autonomy)。這些價值及對基本人權的尊重，乃是醫學倫理的基礎。

醫學倫理有何特別？

雖然同理心、能力與自主並非醫學獨有的價值，但人們期望醫師將之以高標準體現。

世界醫師會
日內瓦宣言

在允許我成為醫療專業一員的此刻：
我鄭重地保證要奉獻此生為人類服務；
我將給予我的師長應有的尊敬與感戴；
我將秉持我的良心和尊嚴來從事醫療專業；
病患的健康將是我的首要顧念；
所託付予我的秘密我將尊重，
即使病患身故亦然；
我將盡我所能地維護醫療專業的榮譽及高貴傳統；
我將看待同僚如同我的兄弟姊妹；
我將不容許因年齡、疾病或殘障、信仰、族裔、性別、國籍、政黨、人種、性別傾向、社會地位或其它任何因素的考量來影響我對病患的責任；
對於人類的生命，我將從其開始便致以最高的尊重；
即使自己受到威脅，我將不會運用我的醫學知識去違反人權及公民自由；
我鄭重、自由地以我的信譽立此承諾。我鄭重、自由地以我的信譽立此承諾。

「**同理心**」意指瞭解並關心他人的苦難，這在醫療執業上很重要。醫師要處理病患的問題，必須找出病患的症狀與發生的原因，並且必須有意願幫病患解除痛苦。當病患體會到醫師在乎他們所關心的事，而且是治療他們、不只是治療疾病而已，他們對治療會有較佳的反應。

醫師被期望與要求的「**能力**」是很高的。能力不足可能造成病患的死亡或病重。醫師的訓練期很長，目的在確保他們能稱職，然而鑑於醫學知識的快速進展，醫師會持續面臨維持能力的挑戰。此外，醫師不僅須維持自己的科學知識與技術，也必須維持倫理的知識、技巧與態度，因為隨著醫療執業及社會政治環境的變遷，新的倫理議題也不斷出現。

「**自主**」或「自決(self-determination)」是近年來變化最大的醫學核心價值。傳統上，個別醫師對於如何治療病患享有高度的臨床自主性。醫師全體（醫學專業）則被賦予自主決定醫學教育與醫療執業的標準。正如本手冊所清楚呈現的，在許多國家中，這兩種醫師自主的運作方式都受到政府和其他有權對醫師施以管制之機關的限制。儘管面臨這些挑戰，醫師們仍重視他們的臨床與專業自主，並嘗試盡可能地加以保留。同時，全球各地的醫師也都普遍贊同病患自主(patient autonomy)，病患自主是說：病患對於會影響他們自身的事務，應為最終決定者。本手冊將處理在

醫師自主與尊重病患自主間發生可能衝突的例子。

除了遵循這三項核心價值以外，醫學倫理和人人均可適用的一般倫理還有一項不同，它會透過像世界醫師會日內瓦宣言(The World Medical Association Declaration of Geneva)的誓詞和/或守則(code)進行公開的宣誓(to be professed)。誓詞及守則因國家而異，甚至同一個國家中也可能有所不同，但它們有許多共同的特徵，包括承諾將病患的利益置於自身的利益之上、不會基於種族、宗教或其他人權基礎而對病患有所歧視、將維護病患資訊的隱私、以及對任何有需要之人施予急救。

誰來決定何謂倫理？

倫理是多元化的。不同個人對於「什麼是正確的」、「什麼是錯誤的」會有意見不同的情形，即使意見相同，也可能是基於不同的理由。在某些社會中，出現歧見被視為常態，一個人只要不侵犯他人的權利，就有相當大的自由做自己想做的事。然而，在較傳統的社會，倫理觀點較為一致，也有較大的社會壓力要求以某種方式而非其他方式作為，甚至以法律訂定之。在那樣的社會中，文化和宗教對於決定合乎倫理的行為常扮演主要的角色。

因此，有關「誰來決定一般人怎麼做才合乎倫

理」的問題，不同社會、甚至在同一社會中都會有不同的答案。在自由社會中，人們有很大的自由自己決定什麼是合乎倫理，雖然他們有可能受到家庭、朋友、宗教、媒體和其他外部資源的影響。而在較傳統的社會中決定怎麼做合乎倫理時，家人、家族長輩、宗教權威與政治領袖則通常扮演比個人更重要的角色。

儘管有這些差異存在，大多數人似乎都能同意某些基本的倫理原則，亦即在聯合國世界人權宣言(United Nations Universal Declaration of Human Rights)以及其他廣獲接受、經官方背書文件中所揭櫫的基本人權。對醫學倫理特別重要的人權包括：生命權、免於歧視、凌虐與殘暴、不人道或貶低人性尊嚴之對待的權利、發表意見及表達的自由權、平等取得其國家之公共服務的權利，以及對醫療照護的權利。

一般而言，對於「誰來決定何謂倫理」這個問題，醫師的答案和一般大眾的答案直到近來都是有所不同的。數個世紀以來，醫學專業已經藉由發展倫理守則及相關政策文件，為其成員擬定了行為的標準。從全球的層次來看，世界醫師會已提出許多倫理宣言，界定了無論在何處居住與執業的醫師都應該實踐的行為。如果不是大部分的國家，至少也有許多國家的醫學組織曾負責研擬、執行適用的倫理標準。這些標準是否具有法律位階，要視該國醫療法規而定。

醫療專業雖享有能夠自行決定倫理標準的特權，然而這項特權卻並非絕對的，例如：

- 醫師永遠會受制於當地的一般法律，有時候也會因為違反這些法律而受罰。
- 有些醫學組織受到宗教教義的強烈影響，對於其成員課以額外的義務，超過一般醫師都應遵守的義務。
- 在許多國家中，負責擬定醫師行為標準及監督醫師遵守情形的組織，如今也有許多非醫師的會員。

醫學組織的倫理指令在本質上是較一般性的，不可能涵蓋醫師執業時可能面臨的所有情況。大部份情況下，醫師必須自己決定怎麼作才是對的，但在作決定的過程中，瞭解其他醫師在類似情形中會怎麼做是有幫助的。醫學倫理守則及政策宣言便是反映對於醫師應有行為方式的一般共識；而這些守則與政策是應當被遵循的，除非不這樣做的人有充分的理由。

「…在作決定的過程中，瞭解其他醫師在類似情形中會怎麼做是有幫助的。」

醫學倫理會改變嗎？

近年來醫學倫理在某些方面發生改變，這點幾乎沒有人懷疑。直到不久之前，醫師一直都有著決定該如何治療病患的權利與義務，而沒有義務取得病患的知情同意。對照之下，世界醫師會2005年版的病患權利宣言（Declaration on the Rights of the Patient）則開宗明義地說：「醫師、病患以及更廣大社會間的關係在最近這時期歷經了重大的改變。雖然醫師永遠都應該依其良知作為，永遠都應照病患的最佳利益行事，卻也該盡同樣的努力來保障病患自主與正義。」現在有許多人認為自己才是提供自身健康照護的主要人員，醫師的角色是扮演他們的顧問或指導者。雖然這種強調自我照護的觀念尚未全面普及，但確實好像漸漸散播開來，而比起過去，這種醫病關係的普遍轉變是頗具特色，並賦予醫師不同的倫理義務。

一直以來，醫師們普遍認為他們只要對自己、對醫學專業的同事*負責(accountable)*，有宗教信仰的醫師還要對上帝負責。今天，醫師們另外還要對病人、對醫院及*管理式的醫療組織(managed healthcare organization)*等第三方、對核發醫療執照及主管的機關、有時還要對法院負責。正如本手冊第三章討論雙重忠誠（dual loyalty）時所清楚顯示的，這些不同的責任間可能相互衝突。

「…不同的責任間可能相互衝突」

醫學倫理在其他方面也有所改變：直到不久前，許多醫學倫理守則都還禁止醫師參與墮胎行為，但現在某些特定情況下之墮胎，則被許多國家的醫療專業所容許；雖然傳統的醫學倫理認為醫師唯一的責任對象就是病患個人，現今卻普遍同意醫師也應該考慮社會的需求，例如對稀有的醫療資源進行分配。（參考第三章）

醫學科技的進步帶來了傳統醫學倫理所無法回答的新倫理議題。人工生殖、遺傳學、衛生資訊學、延長生命與強化機能等技術，都需要醫師的參與，它們有極大的潛能可造福病患，卻也可能造成傷害，端看如何被使用。為了協助醫師判斷應不應該、又在哪些情況下該參與這些活動，醫學組織必須運用不同的分析方法，而非僅僅仰賴既存的倫理守則。

儘管在醫學倫理上歷經這些明顯的改變，醫師們仍普遍同意：醫學的基本價值與倫理原則並未、或者至少不應該改變。既然人免不了都會生病，就會持續需要富同理心、有能力且自主的醫師來照顧他們。

醫學倫理會因國家而異嗎？

正如同為了因應醫學科技、社會價值的發展，醫學倫理有可能、也確實隨著時間而改變，它也可能因為這些相同的因素而隨國家而異。譬如各國

醫學組織對於「安樂死」的看法就有相當大的差異性，有些組織宣告禁止，有些採中立態度，而至少有一個組織---即荷蘭皇家醫學會（Royal Dutch Medical Association）---接受在特定情況下的安樂死。同樣的，有關醫療照護之取得，有些國家組織支持「所有公民平等取得」的做法，另一些則願意忍受極不平等情形的存在。某些國家人們對新興醫療技術引發的倫理議題相當關心，但對於無法取得這類技術的國家來說，根本不會產生這些倫理議題。有些國家的醫師確信其政府不會強迫他們做違反倫理的事，另一些國家的醫師則可能很難盡其倫理義務，像在面臨軍警要求通報「可疑」傷勢時，就很難盡到為病患保密的義務。

雖然各國間的醫學倫理看來可能有很大的差異，相似處卻更多。全世界的醫師有許多相同之處，當他們齊聚在世界醫師會這類的組織時，通常都能對爭議性的倫理議題達成共識，雖然這通常需要經過漫長的辯論。醫學倫理的基本價值（如同理心、能力及自主），加上醫師在醫療與健康照護各方面的經驗與技術，提供了分析醫學倫理議題的健全基礎，幫助他們找到對個別病患、公民與整體公共衛生最有利之解決之道。

世界醫師會的角色

做為唯一不分國籍、專科以代表醫師全體的國際

組織，世界醫師會肩負了一項角色－－擬定全球適用的醫學倫理一般標準。自它於1947年創立後，就致力防止再發生納粹德國等地醫師的違反倫理行為。世界醫師會的第一個任務就是將希波克拉底誓詞（The Hippocratic Oath)更新，使其符合二十世紀的需求，因此在1948年世界醫師會第二次大會便通過日內瓦宣言（Declaration of Geneva）；之後並經過多次修訂，最近一次修訂則在2006年。第二個任務是制定國際醫學倫理守則（International Code of Medical Ethics），於1949年第三次大會通過， 1968年、1983年及2006年修訂。接下來世界醫師會的任務則是針對人類受試者研究訂定倫理準則，這個任務花的時間要比前兩個任務長得多，一直到1964年才通過，即赫爾辛基宣言（Declaration of Helsinki）。該宣言也定期進行修訂，最近一次更新是在2013年。

除了這些基礎的倫理宣言，世界醫師會也針對100個以上特定議題制定政策宣言，其中多數是倫理性質的議題，其他則處理社會醫療的議題，包括醫學教育與醫療體系。每年的世界醫師會大會都會修訂一些現行政策，並且/或者制定新的政策。

「…世界醫學會肩負了一項角色—擬定全球適用的醫學倫理一般標準。」

世界醫師會如何決定什麼是合乎倫理？

要對爭議性的倫理議題達成國際共識並非易事，即使在像醫師這種凝聚力相當高的族群中也是如此。世界醫師會為了確保其倫理政策宣言能反映出共識，要求所有新增或修訂的政策，必須在年會中獲得75%的同意票。要獲致這種程度的共識其先決條件是：宣言草案要廣徵意見，而對世界醫師會醫學倫理委員會（有時還有針對議題特派的工作小組）所蒐集的評論意見要審慎考慮，然後重擬宣言，常常也會再次徵求意見。這個過程可能很漫長，要看議題的複雜度與/或新穎性而定。舉個例子來說，一次對赫爾辛基宣言的修訂便始自1997年，但直到2000年十月才完成。即使如此，仍留下一些未解決的議題，繼續由醫學倫理委員會及後續的工作小組進行研究。

「要對爭議性的倫理議題達成國際共識並非易事」

良好的過程對於得到好結果來說是必要的，但並不能保證結果一定是好的。世界醫師會在決定什麼是合乎倫理時，會運用醫學倫理悠久的傳統，就如它先前倫理宣言中所反映的一般；它也注意到其他國家組織、國際組織及倫理專家對於所考慮議題的見解。對於有些議題（例如知情同意），世界醫師會和多數人持相同看法；對於另一些議題（例如為個人醫療資訊保密），則可能大力鼓吹醫師站在與政府、醫療體系管理者及/或

商業公司對立的立場。世界醫師會的倫理學方法有一核心特徵，就是以個別病患、受試者為優先。醫師在宣讀日內瓦宣言時承諾：「病患的健康將是我的首要顧念。」赫爾辛基宣言則說：「雖然醫學研究之目的為產生新知，然此目標不得凌駕個別受試者之權益。」

「對於另一些議題…則可能大力鼓吹醫師站在與政府、醫療體系管理者及／或商業公司對立的立場。」

個人如何決定什麼是合乎倫理？

對個別的醫師和醫學生來說，醫學倫理不單單只是遵循世界醫師會或其他醫學組織的建議而已。這些建議的本質通常是一般性的，個人必須決定它們是否適用於眼前的狀況。此外，有很多醫療執業上發生的倫理議題，醫學組織並沒有做出指引。個人最終要對自己所作的倫理決定和其實踐負起責任。

「個人最終要對自己所作的倫理決定和其實踐負起責任。」

處理倫理議題（例如本手冊前面所列舉之案例）可以有不同的方法。它們大致可以分成兩種：「非理性」（non-rational）與「理性」（rational）的。注意很重要的一點是，「非理性」並不表示不理性的，只是表示它和有系統、深思熟慮地運用推理的決策方式不同。

非理性的方式

- **服從**(obedience)是進行倫理決定的一種常見方式，尤其小孩和在權威體制（例如軍隊、警察、部分宗教團體和許多企業）中工作的人最常運用這種方式。道德就是無論內心是否同意，都遵從權威人士的規範或指導。
- **仿效**(imitation)和服從類似，兩者都是捨棄自己的是非判斷，而服膺他人的判斷；在仿效的情形中，即採用角色典範的判斷。道德就是效法角色典範。這種方式或許一直是最常見之學習醫學倫理的方式，即以資深顧問醫師為角色典範，激發醫師效法，而道德學習的模式就是觀察典範，並為其所展現的價值所同化。
- **感覺**(feeling)**或欲求**(desire)是主觀的道德決策與行為方式。所謂「正確」就是人們覺得正確、或是能滿足其欲求的事；所謂「錯誤」就是人們覺得有錯、或者無法滿足其欲求的事。道德衡量的標準在於個人，而每個人的標準當然可能有很大的不同，甚至同一個人在不同的時間也可能有不同的標準。
- **直覺**(intuition)是對某種情況中正確作法的立即感受。它和欲求的相同點是：它是全然主觀的；但不同點在於直覺是心智、而非意志的活動，就這點而言，依直覺進行決策要比依服從、仿效、感覺及欲求的方式更接近理性倫理決策。然而，直覺並不是有系統、深思熟慮地

進行決策，而是透過單純的靈光一現來引導道德決策。就如同感覺和欲求，每個人的直覺可能有很大的差異，甚至同一個人在不同時間點也可能有不同的直覺。

- **習慣**是非常有效的道德決策方式，因為我們沒有必要在每次發生與先前處理過、相似的道德議題時，還要重複系統性的決定過程。然而，習慣有好（例如說實話）、有壞（例如說謊話）；此外，看起來相似的狀況卻可能必須作出截然不同的決定。因此，雖然訴諸習慣是有用的方式，我們仍不能完全信賴它。

理性的方式：

倫理學做為研究道德的學科，認可人們在決策及行為方面經常運用這些非理性的處理方式。然而，倫理學主要關切的是理性方式，這類方式有四種，分別是義務論（deontology）、結果論（consequentialism）、原則主義（principlism）及德行倫理（virtue ethics）。

- **義務論(deontology)**在找出有充分理據、堪為道德決策基礎的規則。這種規則的例子就像「平等對待每個人」，這規則的基礎也許來自宗教（例如相信凡是上帝所造的人都是平等的），也許非關宗教（例如人類彼此的基因幾近都相同)。一旦確立了規則，就必須應用到特定的情境，這時對於規則所要求的確

切行為，常留有爭論的空間。（例如「禁止殺害他人」的規則是否會禁止墮胎或死刑？）

- **結果論(consequentialism)**的倫理決策是以「分析不同選擇和行為所可能產生的後果、結果」為基礎，正確的行為就是能產生最佳結果的行為。當然，對於何謂好的結果，可能會有爭論。結果論最著名的一個形式—效益主義（utilitarianism）—就是以「效益」（utility）做為衡量標準，將其定義為「最多數人的最大利益」。在醫療決策方面，其他採用的結果衡量標準還包括「成本效益」及「生活品質」，如QALYs（生活品質調整後存活年）或DALYs（失能調整後生存年）便採用此衡量標準。結果論的支持者通常不太使用原則；要指出適用的原則、排定其彼此優先順序、並加以應用是甚為困難而不可行的，而且原則也不會顧及他們認為道德決策上真正重要的事—也就是「結果」。然而，棄置原則也讓結果論受到指控，認為結果論同意「只要目的正當，可以不擇手段」，例如可以為達成某社會目標而犧牲個人人權。

- **原則主義(Principlism)**就如同它字面的意思，以倫理原則為道德決策的基礎；它將這些原則應用到個別的案例或情況中，同時考慮規則和後果，以確定正確的行為。原則主義在最近的倫理討論中極具影響力，尤其在美國

更甚。特別是尊重自主（respect for autonomy）、行善（beneficence）、不傷害（non-maleficence）及正義（justice）這四個原則，已經被視為醫療執業上進行倫理決定時最重要的原則。在從事理性決策時，原則確實扮演重要的角色。然而，挑選出這四個原則，尤其更以尊重自主為最優先，乃是反映了西方的自由文化，卻未必是普世的。此外，這四個原則在具體情境中常產生衝突，有必要找出解決這種衝突的標準或程序。

- **德行倫理(Virtue ethics)**比較不著重決策的層面，而較注重決策者行為所反映出的人格。德行是一種道德卓越性(moral excellence)，誠如前文所述，醫師尤其需要具備的一項德行就是同理心；其他還包括誠實、謹慎及具奉獻熱忱(dedication)。具備這些德行的醫師比較有可能作出好的決定，且用好的方式來實踐它們。然而，即使是有德行的人也常常不確定在某些情況中該怎麼做，也無法免於做出錯誤決定。

無論是上述四種方法，或其他已被提出的各種方法，都無法獲得所有人的贊同。人們對於各種理性的倫理決策方式，會有不同的偏好；對於各種非理性決策方式同樣也會有不同偏好。這情形的部分原因在於：每一種方式都有其優點及缺點。或許結合這四種方法以涵蓋個別方法之最佳特

徵，將會是理性地進行倫理決策的最佳方式。這會是認真地考量規則(義務論)與原則(原則主義)，指出與目前情況、案例最相關者，嘗試盡最大可能實現它們；也會檢視其他決定可能產生的結果(結果論)，確定何種結果比較好。最後，它還會試著確保決策者在作成決定與付諸實行方面，都是值得稱許的(德行倫理）。這樣的過程包含以下的步驟：

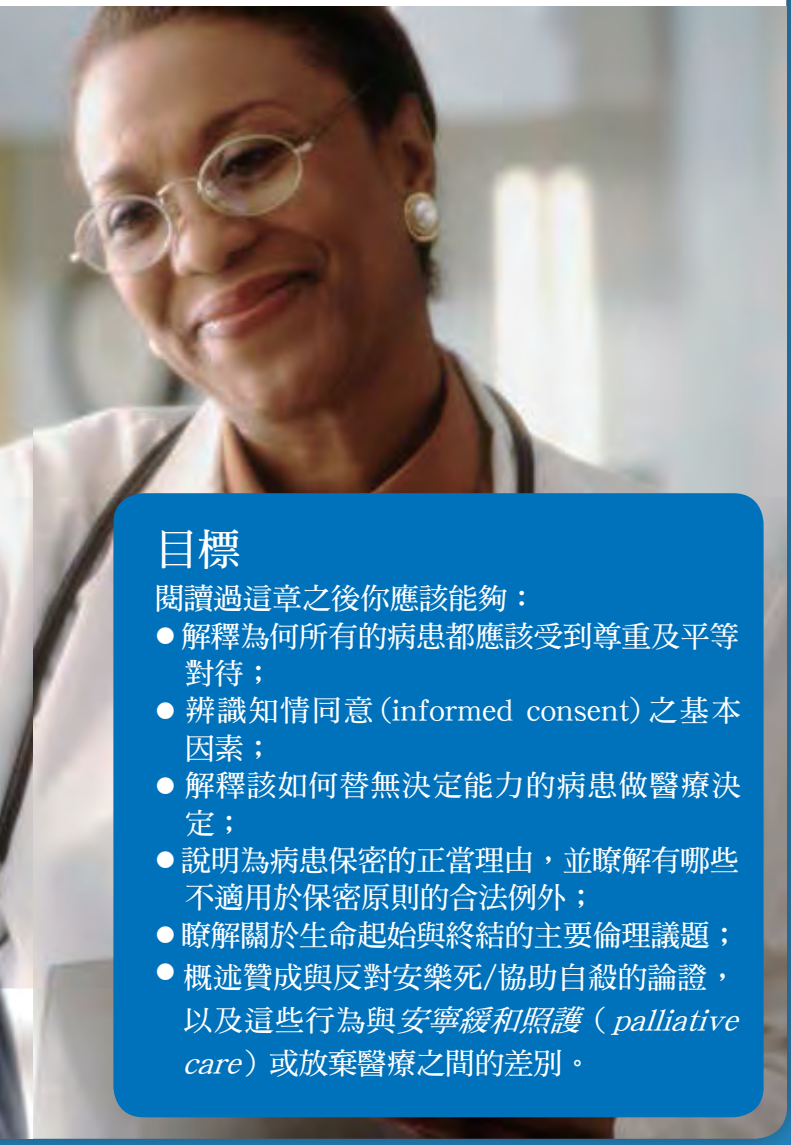
1. 確定眼前的議題是否為倫理議題。
2. 向具有權威性的來源徵詢意見，例如醫學組織的倫理守則和政策或受人敬重的同事，以瞭解醫師一般會如何處理類似議題。
3. 透過原則思考其他解決方式，考慮這些方式所維護的價值及其可能結果。
4. 跟可能受到影響的人討論你提議的解決方法。
5. 作出決定並據此來行動，並注意可能受影響的人。
6. 評估你的決定，未來也願意以不同的方式作為。

結語

本章在為往後各章預做準備。在處理醫學倫理的特定議題時，記住這點是有幫助的：歷史上醫師已經面對過許多相同的議題，他們所累積的經驗和智慧對現今來說可能是很可貴的。世界醫師會和其他醫療組織會保留該傳統，為醫師提供許多有用的倫理指引。然而，儘管醫師之間對倫理議題已形成許多共識，有關如何處理具體的案例，個人之間卻可能、也確實有不同的意見。此外，醫師的看法也可能和病患及其他醫療照護人員不同。做為解決倫理衝突的首要步驟，對醫師來說重要的是要了解不同的倫理決策方法，包括他們自己的還有互動對象的決策方法，這樣有助於他們自己決定最好的行為方式，也有助於他們對別人解釋自己的決定。

第二章　醫病關係

Compassionate doctor
© Jose Luis Pelaez, Inc./CORBIS



目標

閱讀過這章之後你應該能夠：

- 解釋為何所有的病患都應該受到尊重及平等對待；
- 辨識知情同意(informed consent)之基本因素；
- 解釋該如何替無決定能力的病患做醫療決定；
- 說明為病患保密的正當理由，並瞭解有哪些不適用於保密原則的合法例外；
- 瞭解關於生命起始與終結的主要倫理議題；
- 概述贊成與反對安樂死/協助自殺的論證，以及這些行為與*安寧緩和照護*（*palliative care*）或放棄醫療之間的差別。

案例研究（一）

P 醫師是一個醫術與經驗兼備的外科醫師，他在一家中型社區醫院值完晚班後正準備離去。這時，一個年輕女子被她的母親送進醫院。她的母親告知值班護士她必須回家照顧其他孩子之後，便立即離去。這名患者下體流血，而且忍受著劇痛。P 醫師在作過檢查後，研判這名女子若不是流產，就是自行進行墮胎。P 醫師幫這名病患進行子宮擴張及刮除術之後，要求護士詢問病患是否支付得起到她脫離險境為止的住院費用。之後，P 醫師返家離去，沒有跟病患說上一句話，病患則由 Q 醫師接手。

醫病關係有何特別？

醫師與病患之間的關係是醫療工作的基石，因此也是醫學倫理的基石。如前章所述**日內瓦宣言**要求醫師宣誓：「病患的健康將是我的首要顧念」，而**國際醫學倫理守則**(International Code of Medical Ethics)也聲明：「醫師應對病患全然忠誠，並提供所有具科學根據之可得醫療資源。」。如第一章所討論的，傳統上對於醫病關係的詮釋是父權的(paternalistic) — 醫師作決定，病患則言聽計從 — 這種關係在倫理及法律上，近年來皆已普遍地受到摒棄。但是，因為許多病患不是不能、就是不願意對他們的醫療照護作決定，因此，病患自主權問題仍然常常產生爭議。

在病患自主權之外，醫病關係的其他面向也同樣棘手，例如：在病歷電腦化及管理式照護(managed care)的時代，醫師該如何履行為病患守密的義務？在病患或家屬要求加速死亡之時，又要如何負起維護生命之責？

本章節將處理在醫師的日常工作中，最讓他們傷透腦筋的六大主題：尊重與平等相待、溝通與同意、為無決定能力的病患作決定、為病患保密、生命起始議題以及臨終議題。

病患的健康將是我的首要顧念

尊重與平等相待

堅信所有人都應受到尊重與平等相待，是相當晚近的觀點。過去在大部分的社會中，對個人及團體的不尊重與不平等往往被視為常態，奴隸制度就是其中一例，它直到十九世紀才從歐洲殖民地和美國消失，但現在仍然存在於世界上的某些地區。一直到最近，南非才終止對非白人的制度性歧視。在許多國家，女性至今仍不被尊重與或是遭受不平等對待。基於年齡、殘障或性別傾向的歧視仍相當普遍。很明顯地，「所有人應受平等對待」的理想，還面臨著相當大的阻力。

從十七、十八世紀開始，「人類平等」的信念，才逐漸從歐洲和北美萌芽。它起始於兩大相反的

意識形態：對基督教信仰的嶄新闡釋和反基督教的理性主義。前者激勵了美國革命和人權法案；而後者激勵了法國革命和相關的政治發展。在這兩股影響之下，民主制度逐漸生根並開始傳遍全球，它堅信所有男性（後來也包括女性）都擁有政治上平等的權利，對誰來治理他們也有發言的權利。

在二十世紀時，有關人類平等的概念以人權之名獲得了詳盡的闡述。聯合國成立之初，其中一項首要的行動就是訂定**世界人權宣言**（1948年）。其第一條宣稱：「人人在尊嚴和權利上生而自由平等。」許多其他國際及國家的機構也訂定了權利宣言，這些宣言不是有關全人類，就是有關該國國民或某些特定團體的權利（如「兒童權利」、「病患權利」、「消費者權利」等等）。許多人權組織如雨後春筍般成立，來推廣這些宣言的相關行動。然而不幸的是，在許多國家人權依然並未受到尊重。

醫界近來對病患平等及權利的意見稍有衝突。在一方面，醫師們被告知不「容許因年齡、疾病或殘障、信仰、族裔、性別、國籍、政黨、人種、性別傾向、社會地位或其它因素的考量，來影響我對病患的責任」**（日內瓦宣言）**。同時，醫師們也宣稱，除了急診之外，他們有權利拒絕接受病患。雖然拒收的合法理由包括工作排滿、教育和專業資格不符等，但是如果醫師們不必為拒收

病患提供正當理由的話，那麼他們就可能有對病患產生歧視，卻不必去負責。或許，醫師的良知，而不是法律或風紀當局，才是唯一能防止人權受到傷害的途徑。

即使醫師們在選擇病患時沒有違背尊重與平等的原則，但他們在對待病患的態度及治療上依然可能會如此，本章一開始所描述的個案便說明了此問題。就如第一章所提過的，同理心(compassion)是醫學的核心價值之一，也是良好治療關係的基本因素。同理心立基於對病患尊嚴和價值的尊重，並能讓醫師進一步了解、回應病患在患病及/或無決定能力時的脆弱。如果病患們感覺得到醫師的同理心，他們將更可能信任醫師會以他們最佳福祉為念，而這種信任會促使醫療過程更順利。

尊重病患表示醫師在治療當中，不可將病患置於任何可避免之損害風險當中。近年來病人安全已成為醫療專業人員與機構之重大關切議題。研究亦顯示，由於不當的感染管制（包括手部衛生），記錄正確性、藥品標示，以及安全用藥、注射與手術程序的不當，致使許多病患因而遭受損害甚至死亡。世界醫師會病人安全宣言呼籲醫師做出改變，「跨越醫療照護的專業界限，與所有相關人，包括病患本身共同合作，採取系統性的主動途徑來確保病人安全。

「信任」對於醫病關係極其重要，一般認為「信任」代表醫師們不應放棄他們所照顧的病患。世界醫師會的**國際醫學倫理守則**明確指出醫病關係終止的唯一理由，是當病患需要另一位具有不同專業的醫師之時：「醫師應對病患全然忠誠，並提供所有具科學根據之可得醫療資源。若檢驗或治療超出該醫師的能力，他應照會或將病患轉介給另外一位有所需能力的醫師。」然而，醫師想要中止與病患的關係也有許多其他的原因，例如：醫師遷移或停業，病患拒絕或無力支付醫師的服務費，病患與醫師彼此不喜歡對方，病患拒絕遵從醫囑等等，其原因可能完全合法，也可能並不合乎倫理。在考慮終止醫病關係時，醫師應參閱相關倫理規範及準則，並審慎檢視自己的動機。他們應做好準備，以便向自己、病患說明此一決定的正當性，如果適當的話，也要向第三者說明。倘若動機正當，該醫師應協助病患尋找另一位適當的醫師，但如果這不可能的話，則應充分告知病患為何停止服務，以便病患可找到代替的醫療照顧。但若動機不正當，例如：種族偏見，醫師便應採取行動來克服此一缺陷。

許多的醫師，尤其是在公立機構服務者，經常對他們的病患毫無選擇餘地。一些凶暴的病患會對醫師的安全構成威脅。還有一些病患有反社會的態度和行為，只能以「令人討厭」來形容。對待如此的病患，醫師是否要放棄他們對病患應有的尊重而平等的對待？還是應該要做最大甚至最英

勇的努力，與他們建立及維持醫療關係呢？針對這樣的病患，醫師們必須在自身及員工的安全福祉與照顧病患的責任之間取得一個平衡點。他們應設法實踐這兩種義務。如果這不可能達成的話，他們應替病患做其他的醫護安排。

尊重與平等相待所有病患的原則，也可能會受到另一項挑戰：照顧傳染病的病患。這裡的焦點經常是人體免疫不全病毒感染/愛滋病（HIV/AIDS），不僅因為它會威脅生命，也因為它時常遭受社會偏見。然而，還有許多比HIV/AIDS更容易傳給健康照護人員的嚴重傳染病。一些醫師不願意為有這類狀況的病患做侵入性步驟（invasive procedures），因為可能導致醫師也遭受傳染。然而醫學倫理守則中有關醫師應平等對待所有病患的原則，並不因病患所患的是傳染性疾病而有例外。世界醫師會的**愛滋病與醫療專業聲明**（Statement on the Professional Responsibility of Physicians in Treating AIDS Patients Statement on HIV/AIDS and the Medical Profession）中如此寫道：「醫師在執行醫療業務時對愛滋病患之不公平歧視必須徹底消除。所有罹患愛滋病者皆有權利得到適當的預防、支持與醫療照護服務，而這些服務的提供是基於慈悲以及對人性尊嚴的尊重。醫師在道義上不應只因病患的血清呈陽性反應，便在其可勝任之範圍內拒絕提供治療。無力提供愛滋病患者所需照護及服務的醫師，應合宜地將病患轉給其它能夠提供服務的醫師或醫療院所。直

到轉診完成之前，醫師務必盡最大努力去照顧病患。」

醫病關係的親密本質可造成性吸引。傳統醫學倫理的基本規範是務必抗拒此類的吸引。希波克拉底誓詞包括以下的承諾：「不管我拜訪那一間寓所，都是為了病患的利益而來，避免一切刻意的不正義、輕佻之舉，與男性或女性的性關係尤其如此…」。近年來，許多的醫學組織重申禁止醫師與他們的病患發生性關係。其理由在今日和2500年前的希波克拉底時代一樣有效：病患是脆弱的，且他們信任醫師會治好他們。病患可能感到無法抗拒醫師的性追求（sexual advances），因為害怕這會危害到他們的治療，此外，醫師對於病患的情感涉入，也會對其臨床判斷產生不良的影響。

最後這個理由也適用在醫師治療其家庭成員的時候。許多醫學倫理規範都不鼓勵醫師治療其家人。然而，如同各倫理規範中的其它聲明一樣，此一規範的應用會依情況不同而有所改變。例如：在偏遠地區單獨執業的醫師可治療其家庭成員，尤其是在緊急狀況之下。

溝通與同意

今日醫學倫理的核心概念之一是知情同意(informed consent)。全世界的法律及倫理聲明都尊崇病患對

於自己的健康照護有決定權的概念。世界醫師會在其**病患權利宣言**（Declaration on the Rights of the Patient）中指出：「病患有自決的權利，他們有權自由地作出與自己有關的決定。醫師會告知病患其決定之後果。心智上有自主能力的成年病患有權利同意或拒絕任何診斷的過程或療法。病患有權取得作決定時所需之資訊。病患應明瞭任何試驗或治療之目的、檢驗結果的意義，以及拒絕同意的意義。」

知情同意的一個必要條件，就是醫師與病患之間溝通良好。在醫學上的父權式作法屬於常態時，溝通相對單純：只要病患遵從醫囑就行了。但現在我們會要求醫師做更多的溝通。醫師們必須提供病患所有作決定時病患所需的資訊。這包括以簡單的話來解說複雜的醫學診斷、預後和療法，以確保病患了解治療的各種選擇，包括每種選擇的利與弊。醫師必須回答任何他們可能有的問題，並了解病患所作出的任何決定；如果可能的話，最好也要知道背後的原因。然而大部份的人沒有與生俱來的良好溝通技巧。這些技巧必須靠刻意的努力及定期的檢討來發展和維持。

醫師和病患之間溝通的兩大阻礙是語言及文化上的差異。如果醫生與病患說的是不同的語言，就需要一位口譯員。不幸的是，在大部份的環境中，都沒有稱職的口譯員，所以醫師就必須找出在當時最適合該任務的人選。至於文化則包括了

語言，但範圍比語言更廣，因此需要溝通的議題也就更多。因為對於疾病的本質及起因有不同的文化理解，病患可能不明白醫師所提供的診斷及治療選擇。在這種狀況之下，醫師應竭盡心力去探究病患對健康、醫療之瞭解，並盡可能將他們的建議傳達給病患。

如果醫師已成功地將病患所需及所要的、關於其診斷、預測及治療選擇的資訊傳達給病患，病患就可以作出如何進行治療的知情決定。雖然「同意」一詞隱含接受治療之意，然而知情同意之概念亦可應用於拒絕治療，或表示從許多替代療法中作出選擇。即使拒絕治療會導致殘障或死亡，有自主能力的病患還是有拒絕治療的權利。

即使拒絕治療會導致殘障或死亡，有自主能力的病患還是有拒絕治療的權利

病患同意的證據可以是明示的或暗示的。明示的同意是以口頭或書寫方式授予；暗示的同意則是指病患以他的行為來表示有意願進行某種療程或治療。例如：同意靜脈穿刺可透過伸出手臂的動作暗示。對於具有風險或將造成不舒適的治療，最好要取得明示同意而不是只有取得暗示同意。

對有自主能力的病患取得知情同意的要求，有兩項例外：

- 病患自願把決定權交給醫師或第三者。由於事

情的複雜度，或是病患完全信任醫師所作出的判斷，病患可能告訴醫師：「你覺得怎麼做最好就好。」但醫師對此不應毫無保留地加以接受，還是應該提供病患有關治療選擇的基本資料，並鼓勵他們為自己作決定。然而，如果在這樣的鼓勵之後，病患依然要醫師決定的話，醫師應依病患之最大利益做出決定。

- 透露資訊可能對病患造成傷害。在這種狀況下，會行使傳統的「治療特許(therapeutic privilege)」概念。如果告知醫療資訊可能嚴重傷害到病患之肉體、心理或情緒，醫師是被允許隱瞞醫療資訊的。例如：診斷結果顯示為疾病末期，而病患極有可能因此自殺。由於這樣的特權容易被濫用，所以醫師唯有在極端的情況下才可使用。他們應該以期盼所有的病患都能面對事實來作為開始，只有在確認告知實情所造成的傷害，會比不說來得大時，才可以不告知。

在某些文化中，人們會普遍認為醫師為病患提供資訊的義務，在診斷結果為疾病末期時並不適用。因為一般認為這樣的資訊會讓病患感到絕望，而失去得到痊癒的希望會讓他們的餘生更加痛苦。在世界各地，病患家屬懇求醫師不要告訴病患他們即將死亡的情況並不少見。醫師們在傳達壞消息，尤其是病危消息時，應該提高對文化及個人因素的敏感度。然而，病患的知情同意已

逐漸被廣為接受，醫師的主要責任之一就是要協助病患行使此一權利。

將健康照護視為消費性產品、而病患則是消費者的觀念，已經成為一種趨勢，隨著這個趨勢的發展，病患及其家人經常要求取得醫師認為不恰當的醫療服務。這一類的例子很多，從要求在病毒感染時給予抗生素、給予已宣判腦死的病患加護病房的照護、到要求醫師使用可能有效但卻未經證明的藥品或手術。有些病患宣稱有「權利」使用任何他們覺得對他們有益的醫療服務，即使醫師深信那項服務對於病患的情況不會有任何醫學上的助益，醫師往往還是會願意答應其請求。這個問題在資源有限的情況下尤其顯得嚴重，因為提供「無效(futile)」或「無益(nonbeneficial)」的治療給予某些病患，表示其他病患會因而無法得到治療。

無效與**無益**可用下列所述來說明。在某些情況下，醫師可判定某項治療在「醫學上」是無效或無益的，因為它不能提供合理的痊癒或改善的希望，或是因為病患永遠無法體會到任何益處。而在另一些病例中，治療的效用和益處只能透過病患對於自己整體健康的主觀判斷來決定。在一般常規中，病患應參與有關一項治療是否無效的判斷工作。但在一些

醫師沒有義務提供病患無效或無益的治療

病患是否有權使用醫師不建議的醫療服務？

例外的情況下，這樣的討論未必符合病患的最大利益。醫師沒有義務提供病患無效或無益的治療。

知情同意的原則包含病患有權在醫師所提出的各種選項中做出選擇，至於病患及家屬對醫師並未建議之醫療服務究竟有權利要求到何種程度，已成為倫理、法律及公共政策上爭論的主要議題之一。在政府、醫療保險提供者及/或專業機構作出決定之前，個別醫師將必須自己決定是否同意病患所要求之不適當的治療(inappropriate treatment)。若醫師們深信治療的結果是弊多於利，則應拒絕這類請求。如果治療可能無益，即使這樣的治療無害，醫師們也應拒絕，儘管可能的安慰劑效果是不應該被忽略的。若是資源的有限確實構成問題，醫師們應促使資源分配者注意此一情況。

為無決定能力的病患作決定

許多病患沒能力為他們自己作決定，例如：年輕的孩童、受某種心理疾病或精神病影響的個人，及暫時失去意識或處於昏迷狀態的人。這些病患需要決定代理人，不是醫師就是另一位人士。決定誰是適宜的決定代理人，以及在代理無決定能力的病患作決定時該採取何種標準，都會產生倫理議題。

在醫療父權主義盛行之際，醫師被視為是無決定

能力病患的適當決定者。醫師們可能會與病患的家屬討論治療的選擇，但最後的決定權往往還是在醫師的手中。如今在許多國家中，醫師已逐漸失去這項權威，因為病患被給予指定決定代理人的機會，以便在他們無自主能力時可以代表他們。此外，某些國家則對於決定代理人的順位（例如：丈夫或妻子、成年的子女、兄弟及姊妹等等）有所規定。在此情況下，只有當找不到指定代理人時，醫師才可為病患作決定，這經常發生於緊急狀況中。世界醫師會在其**病患權利宣言**中指出醫師在這類事件中的責任：

「如果病患失去意識或無法表達其意願，務必盡可能從合法代理人手中獲得知情同意。如果找不到合法代理者，但又急需醫療介入，則病患將被視為同意接受治療，除非有明顯而毫無疑問的證據顯示病患先前已堅決表達或宣告在該情況下，他會拒絕醫療的介入。」

當自認為適任的決定代理人（如：不同的家族成員）彼此意見不一致，或是他們意見一致，但醫師認為他們的決定不利於病患時，往往會產生很多問題。在第一種狀況下，醫師可擔任調解角色，但要是意見持續不一的話，只好用其他的方法解決，例如：讓家庭中的長者決定或投票表決。在決定代理人與醫師之間產生嚴重的意見分歧時，**病患權利宣言**提供以下建言：「如果病患的合法代理者或病患所授權者決定停止治療，而

醫師卻認為治療有利於病患，則醫師應向司法機關或其他機構反對那項決定。」

在先前數節中所討論的知情同意原則與程序，不僅適用於病患本身，也同樣適用於其代理決定人。醫師們同樣有責任提供決定代理人做決定時所需的一切資訊。這包括以簡單的話語解說複雜的醫學診斷、預後和治療方式，確定決定者明白治療選項，包括每項的利弊，回答他們可能有的疑問，瞭解他們所作出的任何決定，若可能的話，也要去瞭解這些決定是基於什麼原因。

如果有辦法瞭解無決定能力病患之意願的話，他的偏好(preferences)則是做為治療決定的主要判準。「偏好」可能記錄於*預立醫囑（advance directive）*之中，也可能曾由病患傳達給指定的決定代理人、醫師或照護團隊的其他成員。當不清楚無決定能力病患的偏好時，治療的決定則必須基於病患的最大利益，這時要考量：（a）病患的診斷及預後；（b）病患的價值觀；（c）從病患生命中的重要人士、以及可協助決定其最大利益的人士取得資訊；（d）病患的文化及宗教背景中，影響治療決定之部分。與病患自己對於治療的明確指示相較之下，這種方式較不確定，但它可以幫助決定代理人按照病患所做的其他選擇，以及他對生命的大致看法，去推論在目前的情況下，病患會如何作決定。

做醫療決定的能力是很難評量的，尤其是對年輕人及那些推理能力受到急性或慢性疾病損害的人。一個人可能可以勝任生活中某些方面的決定，但在別的方面卻不行；同樣地，決定能力也會時好時壞——個人在一天的某些時段可能頭腦清楚而有條理，而在其他時段卻不是。雖然這樣的病患在法律上不適宜為自己做決定，然而要為他們做決定時，應考量到他們的偏好。**病患權利宣言**指出：「如果病患未成年或是在法律上不具有行為能力，在做出與法律相關之行為時，某些司法管轄地區則會要求得到法定代理人之同意。然而，還是必須盡量讓病患在其能力範圍內參與決定過程。」

必須盡量讓病患在其能力範圍內參與決定過程。

由於疾病所導致的不舒適與分心，病患常常無法對不同的治療選項做深思熟慮的決定。然而，他們仍可能表明拒絕特定的治療，例如靜脈內注射管，在這些病例中，對於這些不同意的表達，應該予以慎重思考，雖然它們還是要放在治療計劃的整體目標下來思考。

經判斷對本人或他人有危險的精神病或神經疾病患者，也很容易引發困難的倫理問題。應盡最大可能尊重他們的人權，尤其是他們自由的權利。然而，為了避免傷害到他們自己或他人，他們也許要被禁閉及/或違背他們的意願而接受治療。我

們在此必須分辨：非自願禁閉與非自願治療兩者是有所不同的。有些病患認為他們拒絕治療的權益應該受到保障，即使他們最後會遭到禁閉。病患以往接受治療的痛苦經驗可以是他們拒絕治療的合理因素，例如抗精神病藥物所引發之嚴重副作用等。當身為這類病患的決定代理人時，醫師們應確定病患的確會造成危險，而不僅是對他人或自己造成困擾而已。即使最終可能無法滿足病患的偏好，醫師們也應該試圖確認病患對於治療的偏好，以及這些偏好的原因。

保密

自從希波克拉底時代開始，為病患資訊保密的職責一直是醫學倫理的基石。希波克拉底誓詞中提到：「在治療過程中或甚至在治療之外，我所目睹或耳聞關於人的生命之事絕對不能對外公佈，尤其是那些令人羞於啟齒的。」此誓詞及一些更晚近的誓詞，對於保密責任都不允許任何例外。例如：世界醫師會的**國際醫學倫理守則**中要求：「醫師對其病患所知悉的一切，都應絕對保密，即使在病患過世之後也不例外。」然而，有些規範並不認為保密原則是絕對的。例如：世界醫師會的國際醫學倫理守則中指出：「在徵得病患同意，或者對病患或其它人具有實質且急迫的威脅之時，醫師必須違反保密原則才可能解除威

在特定且有限的情況下，揭露隱私並不違反醫學倫理

脅，此時的揭露訊息是符合倫理的。只要保密原則的基本概念得到澄清，違反保密原則有時可能是正當的。

保密之所以被賦予極高的價值，是因為三項因素：自主權、尊重他人以及信任。自主權與保密的相關性在於個人資料是屬於他本人的，在沒有其本人的同意之下，不應向他人公開。因此無論是個人將私人資訊告知醫師或護士，或是醫學檢驗透露其私人資訊，那些知情者都有義務對此保密，除非已獲得本人授權同意。

保密之所以重要，也是因為人類應當受到尊重，而展現對人尊重的重要方式之一就是維持他們的隱私。在醫學領域中，個人隱私經常受到極大的危害，因此這更提醒我們要避免對個人的私生活造成進一步不必要的侵犯。由於人人對隱私的要求都不同，因此我們不能假設別人所要的和我們所要的是一樣的。哪些私人資訊是病患要求保密的？哪些又是他們願意公開的？都是必須謹慎以對的問題。

信任是醫病關係中的重要部分。為了得到醫療照護，病患必須向醫師及其他對他而言是完全陌生的人，洩露他們不想讓任何其他人知道的私人資訊。他們必須有足夠的理由去信任照護者不會洩露資訊，而這種信任的基礎即是保密的倫理及法律標準，人們會期待健康照護專業人員遵守它

們。病患若沒感受到他們所透露的資料會被保密，便可能會隱藏私人資訊，這可能造成醫師無法提供有效的治療，或阻礙某種公共衛生目標的達成。

世界醫師會的**病患權利宣言**對於病患的隱私權作了總結：

- 所有可顯示病患身份的(identifiable)、有關病患個人健康情形、醫療狀況、診斷、預後、治療的資訊，以及其他一切私人的資訊，都要加以保密，甚至在病患死亡之後，也必須得到保密。例外的情形是，後代可從病患的個人資訊中獲知自己的健康風險，則他們有權獲得此一資訊。

- 除非病患明確表示同意，或是法律有明文規定，才能透露病患的隱私資訊。此外，除非病患已明確表示同意，否則只有在其他提供健康照護者「必須知道」的前提下，才能將病患的資料透露給他們。

- 所有可顯示病患身份的資料都必須受到保護。資料的儲存也應得到適當的保護。可顯示病患身份的人體物質(human substance)也同樣必須受到保護。

如同世界醫師會宣言所指出的，保密的要求也有例外，其中一些比較不棘手，另一些卻造成讓醫

師們十分為難的倫理問題。

在大部分的醫療機構，都會常態性地透露病患隱私。醫師、護士、檢驗師為了提供病患適當的照護，必須取得病患的病歷；醫學生為了學習如何行醫，也必須取得病患的病歷。無法對病患隱私嚴格保密的狀況所在多有：當病患與照護者講不同語言時，需要口譯員來促進溝通；在病患無決定能力為自己做醫療決定時，其他的人士必須取得有關病患的資訊，以便代替病患做決定並照護他們；醫師們也一向會告知死者家屬相關的死因。這些透露病患隱私的情況通常是正當的，但程度仍應降到最低，而那些取得隱私資訊的人，也應瞭解若對增進病患或後代利益並無必要，便不可進一步傳布資料。而當這些必須透露病患隱私的情況發生時，應盡可能地告知病患。

另一個透露病患隱私可被接受的理由，是配合法律要求。例如：許多地區的法律強制要求呈報有特定疾病的患者、被認為不適合駕駛者以及涉嫌虐待孩童者。醫師們應了解在其工作場合，可能遇到需要透露病患隱私的法律要求。然而，法律要求也可能與尊重人權的精神相衝突，而後者卻是醫學倫理的基礎。因此，對於任何需要透露病患隱私的法律

> 對於任何需要透露病患隱私的法律要求，醫師們皆應嚴格加以檢視，並在遵守之前，確認遵守的理由是正當的

要求，醫師們皆應嚴格加以檢視，並在遵守之前，確認遵守的理由是正當的。如果醫師相信須配合法律要求而透露病患的醫學資訊，他們最好事先與病患討論透露隱私的必要性，並取得他們的合作。例如涉嫌虐待孩童的病患，最好於醫師在場時向兒童保護當局自行通報，或是醫師在通知當局前先獲取病患的同意。這種方式可以為往後的介入作準備。如果不能取得合作，而且醫師有理由相信延後通知可能會造成孩童的嚴重危險，那麼醫師便應立刻通知兒童保護單位，並隨後告知病患。

除了因法律要求而透露病患隱私之外，在某些情況中，醫師也可能有道德責任要將保密資訊透露給那些可能被病患危害的人士。在此舉兩種情況為例：（1）病患告訴精神科醫師他意圖傷害某人；（2）醫師確信愛滋病病患繼續和其配偶或其他伴侶進行沒保護措施的性行為。

法律沒要求，但可以違反保密原則的條件是：預期造成的傷害很快會發生、很嚴重（且無可逆轉），除非採取未經授權之透露，否則傷害將無可避免，而且不透露所帶來的傷害，遠比違反保密原則所造成的傷害更大。在判斷相關傷害的比例時，醫師需要評估及比較各種傷害之嚴重性及它們發生的可能性。若有疑慮之處，醫師便應尋求專家的建議。

在醫師判斷其警告的責任(duty to warn)可證成未經授權的透露行為之後，還需要進一步作兩項決定。告知的對象是誰？告知的內容應有多少？一般而言，透露的內容應該只限於為避免預期傷害所需要的資訊，而且只提供給真正需要資訊的人。為減低傷害及可能對病患造成之冒犯，透露時也應採取合理的步驟。我們建議醫師告知病患：為了保護他們的安全及其他潛在的受害者，保密原則可能會被打破。可能的話，應盡可能謀取病患之合作。

對HIV陽性的病患，當病患不願意告知那些可能受其傳染的人時，將病患資訊告知其配偶或目前的性伴侶不見得不合乎倫理，甚至可能是正當的。但這樣的告知需要符合下列所有的條件：病患的伴侶有受HIV感染的風險，而且沒有其他合理的途徑可以得知這項風險；病患拒絕告知其性伴侶；病患拒絕醫師協助其告知性伴侶；醫師已通知病患要透露資訊予其伴侶。

當醫療照護對象是嫌疑犯或已定讞的犯人時，保密原則的適用尤其困難。雖然提供醫療照顧給這些受監禁病患之醫師的獨立性是有限的，但醫師仍應盡其最大努力，對這些病患一視同仁。尤其是在沒有取得病患同意前，醫師對病患的醫療資訊仍應保密，不應把病患詳細的醫療資料透露予監獄當局。

生命起始的議題(Beginning-of-life issues)

醫學倫理中許多最主要的議題都與人類生命的起始有關，由於篇幅有限，本手冊無法一一詳述這些議題，但仍然值得在此把它們列舉出來，以便讓讀者了解它們本質上是倫理議題，應以倫理方式處理之。它們每項皆是醫學會、倫理學家以及政府諮詢單位廣泛分析的主題，而且對於處理方式，許多國家都訂有法律、規範及政策。

＊**避孕**－雖然國際社會逐漸承認婦女的生育自主權，包括避免不想要的懷孕，然而醫師們依然要應付困難的議題，例如未成年者要求避孕，以及解釋各種不同避孕方法之風險。

＊**人工協助生育**－對於不能自然受孕的夫婦（及個人），目前已有許多協助生育的技術，例如人工受精、體外授精以及胚胎轉殖，各主要醫學中心已都能提供這些技術。***代理懷孕***（*surrugate or substitute gestation*）也是選項之一。但無論在個別案例或是公共政策上，這些技術中沒有一種是毫無爭議的。2006年世界醫師會人工協助生殖科技聲明指出「有些議題可能會達成共識，但有一些意見歧異依然存在且無法解決。」該聲明指出有共識的部份，也明列出難以取得協議的事項。

＊**產前基因篩檢**－基因檢驗如今已能判斷胚胎或胎兒是否具有某種基因異常，以及性別是男性

或女性。根據檢驗結果，可以作出是否要繼續懷孕的決定。醫師需要判斷何時提供這些檢驗，以及如何向病患解說結果。

＊**墮胎**－這是長久以來在醫學倫理上意見最分歧的議題之一，無論對於醫師或公立機關當局(public authority)來說都是如此。世界醫師會在治療性墮胎聲明（Statement on Therapeutic Abortion）中承認各方意見及信仰在這項議題上的分歧，並對此結論（複審修改）：「這是個人信念以及良知的問題，必須受到尊重。」

＊**重度殘障的新生兒**－由於過度早產或是先天畸型，一些新生兒的預後十分不樂觀。到底應該試圖延續他們的生命？還是允許他們死亡？這往往是個十分艱難的決定。

＊**研究的議題**－包括培養新胚胎、運用「剩餘的」胚胎（那些不被用來生殖的胚胎）取得幹細胞以研發可能的治療方法、試驗協助生育的新技術，以及對於胎兒的實驗。

生命終末的議題(End-of-life issues)

生命終末的議題範圍十分廣泛，無論是以高度試驗技術（如移植動物器官）試圖去延長垂死病患的生命，或是嘗試藉由安樂死及醫療上的協助自殺來提早結束生命，都是屬於生命終末議題的範疇。在這些極端案例之間，還存在著好幾個其他

的議題，例如啟用或放棄可能延長生命的治療、照護末期病患，以及預立醫囑的適當性及其運用。

有兩個議題值得特別注意：安樂死及協助自殺

＊**安樂死**是指知情而刻意地去從事明顯足以結束另一人生命的行為，其中必須包含下列因素：（1）當事人具決定能力、得悉自身已罹患無法治癒的疾病，並自願要求結束其生命；（2）執行者瞭解當事人的狀況及想死的意願，執行此行動主要是為了結束當事人的生命；（3）該行動出於同情，而且執行者並無法從中得到個人利益。

＊**協助自殺**是指知情及刻意地提供予某人自殺所需的知識或方法，包括告知致命所需的藥量、開立致命藥量的處方或提供藥物。

安樂死和協助自殺在道德上經常被視為是相等的，雖然它們在實踐上有著明顯的差異，在一些地區它們在法律上也有所區別。

依照上述定義，安樂死和協助自殺有別於保留或撤回不適當、無效或不為病患接受的醫療，也不同於富同理心的安寧緩和療護，即使後面幾項措施有時也會縮短生命。

對安樂死或協助自殺的要求，往往是由於病患覺得自身的痛苦已難以容忍，因此寧可死亡也不要繼續活在那種痛苦之下。此外，許多病患認為他

們有權利選擇死亡，而且如果他們這樣選擇的話，他們甚至有權在死亡的過程中得到協助。他們認為醫師是死亡的最佳工具，因為他們不但具備醫學知識，也能取得適當的藥物，可以確保病患能快速而沒有痛苦地死亡。

可以想見的是，醫師們並不願意執行安樂死或協助自殺的要求，因為這些行為在大部分國家是非法的，而且大部分醫學倫理準則也禁止這樣做。這項禁令是希波克拉底誓詞的一部分，而且也明確地在2005年世界醫師會的協助自殺之聲明（Declaration on Statement on Assisted Suicide）與安樂死之聲明（Declaration on Euthanasia）中被重申。後者指出：

「即使出於病患本身或其親屬之要求，安樂死—刻意結束病患生命的行為—仍然是不合乎倫理的。但這並不表示醫師不能尊重病患的意願，讓死亡的歷程隨著末期疾病而自然到來。」

拒絕配合安樂死或協助自殺的要求，並不表示醫師對於疾病已到末期、而治癒性的醫療措施已不適用的病患只能束手無策。2006年世界醫師會關於臨終照護之威尼斯聲明與2011年世界醫師會生命末期醫療照護宣言皆針對協助病患，尤

最重要的是，醫師絕不能放棄臨終的病患，即使他們不可能痊癒，仍應繼續提供富有同理心的照護。

其是緩和照顧方面，提供指導方針。近年來，緩和醫療已有重大進步，病患可以藉此減輕痛苦並改善生活品質。緩和醫療適於所有年齡層的病患，無論癌症病童或臨終老人皆然。此外，緩和醫療中特別值得注意一點，是有關所有病患的疼痛控制問題。所有照顧臨終病患的醫師，都應確保自己在此一領域具備足夠的技巧，如果可行的話，也要尋求來自緩和醫療專科醫師的專業照會協助。最重要的是，醫師絕不能放棄臨終的病患，即使他們不可能痊癒，仍應繼續提供富有同理心的照護。

死亡也同時為病患、決定代理人和醫師帶來許多其他的倫理挑戰。透過藥物、心肺復甦術、放射線治療及加護病房等措施，生命的確可能獲得延長，但何時要開始這些治療？如果這些治療無效，何時應該停止？都是需要做出決定的問題。

誠如本章前半部對溝通和同意的討論，有決定能力的病患的確有權拒絕醫療，即使這項拒絕可能導致死亡也不例外。每個人對於臨終的態度大有不同：有些人會盡一切所能來延長生命，不管這些延命措施可能會帶來多大痛苦；然而另一些病患卻一心期望死亡，甚至拒絕可能使他們存活的簡單措施，例如細菌性肺炎所用的抗生素。一旦醫師已盡一切努力告知病患各種醫療選擇及其成功機率，對於是否要進行或是持續任何治療，醫師就應尊重病患的決定。

為無決定能力的病患做生命終末的決定往往產生更大的難題。如果病患事先已經明確表達心願（如預立醫囑），決定就比較容易，即使這類醫囑的內容通常極為含糊，需要以病患的實際情況加以解讀。但倘若病患尚未適當地表達意願，合適的決定代理人便需依據另一項標準來作治療的決定：病患最大利益。

案例回顧

依照本章所提出的醫病關係分析，P 醫師的行為在以下幾個方面有缺點：

1. 溝通－他沒試圖與病患溝通其病因、治療選項，或當她復原時是否有能力住院；
2. 同意－他沒獲得病患對治療的知情同意；
3. 同理心－他的處理方式顯示他並未對病患的困境表現出同理心，他的手術能力也許十分優秀，他也可能是在漫長的輪班結束後感到身心俱疲，但這些都不是違背倫理的藉口。

第三章　醫師與社會

Looking AIDS in the Face
© Gideon Mendel/CORBIS

目標

研讀本章之後，你應該能夠：

- 認識醫師對病患和對社會的義務之間的衝突，並瞭解兩者衝突的原因。
- 認識並處理有關分配稀有醫療資源之倫理議題
- 認識醫師對公共衛生及全球衛生之責任

案例研究（二）

S 醫師對於為了同一個毛病看好幾個醫師的病患愈來愈感到不耐煩，她認為這是浪費醫療資源，對病患本身的健康也會產生不良的影響，因此她決定要告訴這些病患：如果他們繼續找其他醫師看同樣的疾病，她將會拒絕治療他們。她打算找全國醫師協會去遊說政府，從政策面來遏止這種資源不當使用的情形。

醫師與社會的關係有何特別？

醫療是一種專業。『專業』這個詞有兩種截然不同、卻有著密切關係的定義：(1)一種具有以下特徵的職業：為他人的福利奉獻、高道德標準、具備知識和技能，且高度自治。 (2)所有從事此職業的個人。因此，「醫療專業」可以指醫療行為或泛指醫師。

醫療專業不只包括第二章提到的醫病關係，也不只是稍後會於第四章所談到的同儕或其他醫學專業人員之關係；醫學專業也和社會有關。這種關係可說是一種『社會契約(social contract)』，在此契約中，社會給予專業特權，讓他們承擔獨有的或基本的責任，以便提供某些特定服務，同時也讓他們享有高度的自我規範(self-regulation)之空間。相對的，專業也同意將此特權首先用於提升

他人的福祉，其次才用在個人利益之上。

今日的醫學，比起以往更像是種社會活動，而非僅僅是個人的工作。它發生於政府、企業組織及資金等脈絡中，其知識基礎和治療方式，都仰賴於公私部門中的醫學研究及產品研發。它的許多過程都需要透過複雜的健康照護機構才能實現。醫學處理疾病(disease)與生病(illness)，不管它的起源是生物性或是社會性的。

> 今日的醫學，比起以往更像是種社會活動，而非僅僅是個人的工作

希波克拉底的醫學倫理傳統對於醫師和社會之間的關係，幾乎沒有提出任何指導方針。為了補充這個傳統的不足，今日的醫學倫理進一步探究在個別醫病關係之外所產生的其他議題，並提出處理這些議題時所需之準則和程序。

談到醫學的『社會』角色，就會讓我們立即想到：何謂『社會』？在本手冊中，『社會』指的是一個社區或是國家，它和政府是不一樣的。政府應該代表社會的利益，但實際上常常不是如此，而且就算政府反映了社會的利益，政府也是**為了**社會而做，而非以**身為**社會的角色去做。

醫師和社會之間存在著各種不同的關係。因為社會及其環境是影響病患健康的重要因素，所以醫療專業人員及醫師在公共衛生、衛生教育、環

保、影響社區健康與福祉的法律以及司法程序之見證中，都扮演著非常重要的角色。就如同世界醫師會在**病患權利宣言**(Declaration on the Rights of the Patient)上所說：『只要法律、政府行動、其它行政部門或機構違反病患的權利，醫師就應尋求適當的方法來保障或恢復該權利。』醫師對於分配社會稀有的醫療資源也扮演著重要角色，有時他們也有責任防止病患擅用他們無權取得的服務。在落實這些責任時，倫理議題就可能產生，在社會利益和個別病患利益相衝突的情況下更是如此。

雙重忠誠(Dual loyalty)

當醫師對病患和第三方都有責任與義務（accountable），而這些責任與義務（accountability，或做「課責性」）彼此不能相容時，醫師就會面臨「雙重忠誠」的問題。要求醫師效忠的第三方包括政府、僱主(如醫院和管理型醫療照護組織)、保險業、軍方、警察、獄方及病患親屬。雖然世界醫師會的**國際醫學倫理守則**中載明，「醫師對其病患須全然忠誠」，但通常大家也能接受在特殊情況下，醫師還是有可能要將他人的利益置於病患利益之上。在面對來自第三方的壓力時，倫理挑戰便在於決定何時應保護病患、又如何保護病

在一些特別的情況下，醫師有可能須將他人之利益置於病患之上

患。

雙重忠誠的情境宛如一道光譜：有些情境可能要以社會利益為優先，但也有另一些情境可能要以病患利益為優先，在這兩者之間，則是一大片的灰色地帶，於此灰色地帶中，需要有相當的判斷力才能做出正確的行動。

在這光譜的一端，是強制要求醫師通報某些特殊病患，例如患有特定疾病的病患、不適宜開車的病患，或是涉嫌虐待兒童的病患。對於這些病患，醫師應毫不猶豫地加以通報，但在通報之前，必須告知病患會作通報。

在光譜的另一端，則是警察或是軍隊要求或命令醫師參與違反基本人權的做法，例如虐待。在 2007 年「**醫師譴責虐待、殘忍、不人道或已知為不當之醫療行為之責任的決議文**」(Resolution on the Responsibility of Physicians in the Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment of which They are Aware) 中，世界醫師會已針對面臨這類情況的醫師，提出了特定的指導方針。醫師尤其必須捍衛其專業之獨立性，以判斷孰為病患的最大利益，並應盡可能遵從對於保密及知情同意的一般倫理

如果在照料病患時遇到任何不正當的干預，醫師應向適當的單位提出報告，在基本人權遭受侵害時尤應如此

要求。如需違反必須要有正當理由，而且必須告知病患。如果在照護病患時遇到任何不正當的干預，醫師應向適當的單位提出報告，在基本人權遭受侵害時尤應如此。如果接受報告的單位沒有回應，可以轉向全國性的醫學會、世界醫師會或人權組織尋求幫助。

在這光譜的中間部分，則是一些管理型健康照護計劃(managed health care program)，這些計劃可能會限制醫師的臨床自主性，讓他們無法自行決定該如何治療他們的病患。雖然這些計畫未必和病患的最佳利益衝突，但這種可能性還是存在，因此醫師仍應謹慎評估是否要加入此類計劃。若他們別無選擇，例如沒有其它的計劃可供選擇，他們便應大力*維護*（*advocate*）其所照護之病患的權益，並透過醫學會維護所有受到此限制性政策影響之病患的需求。

雙重忠誠問題的一種特殊形式，是商業組織的利益和個別病患及/或社會利益間的潛在或實際衝突。製藥公司、醫療儀器製造商和其它商業組織時常會送醫師禮物及其它好處，無論是免費的樣品，或是參加教育活動之機票和食宿，甚至還有研究活動中多餘的報酬(請參考第五章)。公司這樣做的動機，大部份是為了說服醫師將他們的產品開在處方中，或

醫師應站在病患的立場，消弭他們自身利益和病患利益之間的衝突

是使用他們的產品，但這些產品對病患而言卻未必是最適合的，甚至還有可能為社會帶來不必要的健康成本。世界醫師會在2009 年之『**醫師和企業關係之聲明**』(Statement Concerning the Relationship between Physicians and Commercial Enterprises)中曾針對這種情況提供醫師指導方針，很多全國性的醫學會也有他們自己的準則。這些準則所依據的基本倫理原則，就是醫師應站在病患的立場，消弭他們自身利益和病患利益之間的衝突。

資源分配

包括最富有的國家在內，世界各國在「對於健康照護服務的需求和渴望」以及「提供這些服務所需資源的可獲得性(availability)」之間，已存在很深的鴻溝，而且這鴻溝還持續擴大中。而此鴻溝造成社會必須對現有資源進行某種方式的分配(rationing)。健康照護的分配(healthcare rationing)，或是一般常說的資源分配(resource allocation)，通常可分為、或發生在三個層次中：

- 在最高[巨觀(macro)]層次，政府決定分配多少預算在健康照護上，哪些健康照護經費項目應該免費提供，哪些健康照護需要收費(無論是直接向病患收取款項，或是從他們的醫療保險計劃中獲得)。在醫療保健預算內，有多少是要給醫師、護士及其它健康照護人員的報酬，有多少

要支付醫院及其它機構的資本營業支出、研究支出，或是醫療專業人員之教育支出，又有多少要用來提供結核病或愛滋病等特殊疾病的治療。

- 在機構[中階(meso)]層次有醫院、診所、醫療保健機構等等。相關單位要決定要提供什麼服務，在員工、設備、保全或其它營業支出方面又該如何分配款項。

- 在個別病患[微觀(micro)]層次上，醫療保健提供者，尤其是醫師，要決定應該為病患安排何種檢驗、是否要將病患轉給另一個醫師、病患是否需要住院、是否需要原廠的藥而非本地廠的藥……等等。一般估計醫師需對80%的醫療保健支出負責，姑且不論日益茁壯的管理式照護制度，醫師對於其病患能取得何種資源，還是具有相當大的影響力。

由於每一個層級中所作出的選擇都是以價值為基礎，而且對於個人和社區的健康和福祉有著極大的影響力，因此每一個層次中的選擇都有一個主要的倫理成份。雖然每個層次的決定都會影響到個別的醫師，但在「微觀層次」上，個別醫師還是影響力最大的人。因此，這會是以下的焦點。

就像我們之前提過的，傳統上大家會期待醫師從自己病患的利益出發，不需考慮到其他人的需求。醫師主要的倫理價值—同理心、能力和自主—是用來服務自己病患的需求。即使在「醫療父權主義」過渡到「病患自主」之後，這種個體化的醫學倫理仍然被保留了下來，在「病患自主」成為主流之後，也只是讓個別病患的意願，成為決定他們能獲得何種資源的主要判準而已。然而最近另一種價值觀—正義，已經變成醫療決定中一個非常重要的因素。這種價值觀將資源分配放在一個更社會化的進路(approach)，將其他病患的需求也納入考量。根據這個進路，醫師不只要對自己的病患負責，某種程度上也要對他人負責。

…醫師不只要對自己的病患負責，某種程度上也要對他人負責

許多全國性醫學會的倫理守則，都有提到醫師在資源分配上所扮演的新角色。世界醫師會在「病患權利宣言」中寫道：「有些情形中，某特定的療法只能作有限提供，因此必須從可能適用的病患中選出受惠者，這時每一位可能受益的病患都應該接受公平的挑選過程。該選擇須以醫療判準為基礎，不應帶有歧視。」

醫師可以用一種方式來履行他們對資源配置的責任，就是避免浪費及缺乏效率的醫療行為，即使這是病患要求的也是一樣。過度使用抗生素就是

浪費且有害做法的一個例子。許多其它常見的治療方法，在臨床試驗中也被證明並沒有什麼效果。很多醫療狀況其實都有臨床醫療準則可以參考，這些準則有助於分辨有效和無效的治療。醫師應該要熟悉這些指導方針，因為這樣不但可以節約資源，還可以為病患提供最好的治療。

醫師可以用一種方式來履行他們對資源配置的責任，就是避免浪費及缺乏效率的醫療行為

當兩個以上的病患都需要同一種稀有的資源時，醫生也必須做出資源分配的決定。這種情況包括急救人員的照顧、唯一剩下的加護病床位、器官移植、高科技放射線檢驗，以及某些很昂貴的藥品。控管這些資源的醫師必須決定哪些病患可以取得這些資源，而哪些人不行，同時也要充分瞭解那些沒有獲得該資源的人，可能會因此受苦，甚至死亡。

有些醫師在分配資源的時候還會面對另一項衝突，因為他們參與制定了能夠影響到他們自己病患的政策。這種衝突常發生在醫師擔任行政職位的醫院或其它機構中，當醫師於建議或決定政策的委員會中服務時，這種情況也會發生。雖然很多醫師都會試圖不因自己的病患而改變政策，但也有許多醫師會利用其職位，將自己病患的事放在其他更需要的人之上。

在處理這些資源分配的議題時，醫師不僅要在同理心和正義之間取得平衡，而且還應決定該用哪種方式達到正義。達到正義的方式有很多種，包括以下幾項：

- **自由主義式 (LIBERTARIAN)** —資源分配應依據市場原則運作（個人選擇受限於能力和付出代價的意願，對於貧困者給予有限的慈善關懷）。
- **效益主義式 (UTILITARIAN)** —資源分配以全體人員的最大利益為依據。
- **平等主義式 (EGALITARIAN)** —資源分配僅以實際所需為依據。
- **補償主義式 (RESTORATIVE)** —資源分配乃為了補償過去處於較不利地位的人

選擇…端賴醫師個人的道德及其行醫的社會政治環境而定

誠如上述，醫師已經漸漸從醫學倫理中傳統的個人主義（較偏向自由主義處理方式），轉向比較具有社會性的角色。例如世界醫師會取得醫療照顧聲明中表示「每一位需要醫療照顧者均不得因為無力負擔費用而被拒絕醫療。社會有責任提供有需要者合理的醫療補貼，而醫師有義務在合理程度內提供此類補貼式照顧」。即使自由主義的處理方式常常不被接受，但是醫學倫理學者對於另外三種處理方式何者為優，依然看法不一。無論是

決定要安排何種檢驗、是否需要轉介給另一個醫師、病患是否需住院、是否需要吃原廠的藥，還是本地廠的就好、或是誰可獲得可供移植的器官，在將各種處理方式應用在這些議題時，每一種所產生的結果很明顯地都不會相同。效益主義的處理方式對個別醫師在行醫上應該算是最困難的，因為此種方式需要相當多的資料，才能知道各種不同治療方法所可能產生的結果為何，而且不只要考慮對醫師自己的病患會產生什麼結果，也必須考慮對於其他所有的病患會產生什麼結果。在效益主義之外，會在其他兩種方式 (如果自由主義也包含在內的話，便是三種)之中選擇哪一種，則端賴醫師個人的道德及其行醫的社會政治環境而定。有一些國家比較偏好自由主義的處理方式，例如美國；另一些國家則是以平等主義出名，例如瑞典；還有一些國家傾向補償主義，例如南非；此外，很多醫療規劃者都倡導效益主義。儘管這幾個概念彼此之間互有差異，但在各國醫療體系中，常常可以見到兩種以上的正義概念並存；在這些國家中，醫師便可以選擇符合他們自己概念的執業場合(例如在公立或私人機構)。

無論醫師在現有的醫療保健資源分配上扮演何種角色，在醫療資源不敷病患所需的地方，他們也有責任促使醫療資源增加。這個工作通常需要醫師在各個專業醫學

在醫療資源不敷病患所需的地方，醫師有責任促使醫療資源增加

會中相互合作，好說服政府及其它地方的決策者相信：確實存在著這些需求，又有何方式最能促進其國家及全球滿足這些需求。

公共衛生(Public health)

二十世紀的醫學見證了「公共衛生」和其它「私人」或「個人」健康照護間的不幸分裂。之所以會說「不幸」，就如前面的討論：公眾原本便是由個人所組成的，而用來保護並提升公共衛生的措施，最後也將增進個人的健康利益，因此在「公共衛生」和「個人健康」之間不應存在斷裂。

此外，公共衛生若被視為「公家贊助的健康照護」(意思就是說健康照護的資金來自國家的稅務系統或是強制性的全民保險制度)，而且被視為與「私人贊助之醫療保健」(也就是健康照護費用是由個人或是透過私人的醫療保險公司給付，且通常不普及於每個人)對立時，也容易產生混淆。

本文所說的「公共衛生」，指的是大眾的健康，以及從大眾而非個人的觀點來處理健康事務的醫療專業。每一個國家都需要很多這個領域的專才，以建議並提倡增進健康的政策，並保護公眾免於傳染病及其它危害健康的事物。公共衛生有時被稱為「公共衛生醫學」或是「社區醫學」，它在實務上十分仰賴**流行病學**(epidemiology)的科學基礎，流行病學則是研究人口健康和疾病之

分佈及其決定因素的學科，有些醫師會去接受進一步的學術訓練，成為醫學流行病學家。然而，所有的醫師都應留意會影響他們病患健康狀態的社會與環境因素。世界醫師會在其「**健康促進聲明**」(Statement on Health Promotion) 中提到：「醫療從業人員及其專業學會有倫理義務與專業責任永遠依病患的最大利益行事，在更廣泛地關懷並從事促進、確保公眾健康事務時，也應該融合前項義務。」

公共衛生的措施（如預防注射的宣導以及對已爆發之傳染病的緊急應變）是對個人健康十分重要的因素，但社會因素如居住問題、營養及就業也同等重要。雖然醫師可以將他們的病患轉介到提供社會服務的單位，但醫師很少能對造成病患生病的社會成因進行治療。然而即便如此，醫師就算是透過間接的方式，還是可以對解決這些問題的長期性方案作出貢獻，例如參加公共衛生及衛生教育的活動、觀察並報告環境中的危害、找出並公開不利健康的社會問題（如虐待和暴力等），以及促進公共衛生服務之改進。

有時公共衛生的利益會和個人的利益相衝突，例如某種可能造成不良反應的疫苗可以防止個人傳播某種疾病，但卻不能防止他們罹患該病；通報特定傳染病、虐

所有的醫師都應留意會影響他們病患健康狀態的社會與環境因素

童、虐待老人事件；或是在個人疾病使其開車或駕駛飛機等活動可能造成自己或他人危險時進行通報。這些都是上述雙重忠誠的例子，對於這些情況及相關狀況的處理過程，已在本手冊第二章有關「保密原則」的段落中予以討論。一般來說，如果配合公共衛生要求的結果是讓個別病患遭受傷害，醫師就應盡可能地找出能將傷害降到最低的方法。例如，當需要通報的情況發生時，醫師應在能滿足法律要求的範圍內，讓病患的隱私得到最大保障。

當醫師被要求協助病患取得那些他們不該有的利益時（例如保險給付或是病假），也會產生個別病患利益及社會利益的衝突。醫師被賦與權威，可以證明病患的醫療狀況是否讓他們有資格得到特定利益。雖然有些醫師在病患要求他們開立不符合實際狀況之證明時，不願意拒絕他們；但醫師還是應該在不違背倫理的情況下，幫助這些病患去尋求其他的協助。

全球健康(Global health)

醫師對其所居住的社會負有責任的這項認知，最近幾年已經提升為醫師對全球健康的責任。「全球健康」這個詞的定義是：超越國界的、可能受到他國環境和經驗之影響，並試圖以合作的行動和解決方式來處理之健康問題、議題及關懷。全球健康是大規模的全球化活動(globalization)的一部

份，而全球化包含了資訊的交換、商業、政治、觀光和很多其它的人類活動。

全球化的基礎乃是承認個人和社會之間有著持續增加的相互依賴關係。這點可以清楚地由人類的健康加以證明，流行性感冒及SARS等疾病的快速傳播皆為明證。像這樣的傳染病，必需要採取國際行動才能加以控制。只要某個國家的某個醫師無法辨識並治療具高度傳染性的疾病，其它國家的病患便會因此遭殃。因此，醫師的倫理義務不僅限於他們自己的病患，甚至還遠遠超過他們的社區及國家。

只要某個國家的某個醫師無法辨識並治療具高度傳染性的疾病，其它國家的病患便會因此遭殃

全球健康視野的發展，讓世界逐漸認識到各地的健康差異有多大。雖然在最貧窮國家中已有大規模對抗夭折(premature mortality)和降低罹病率的行動，其中一些也獲得了成功，例如消滅天花，但是高所得和低所得國家之間的健康處境差距仍然不斷擴大。其中部份原因是HIV/AIDS(愛滋病)影響貧窮國家甚巨，而許多低所得國家無法自全世界數十年來增加的財富中獲益，也是原因之一。雖然造成貧窮的主要原因是政治和經濟，並非醫師及其學會力所能及，但是醫師還是必須處理因為貧窮而產生的疾病。低所得國家的醫師能夠提供病患的資源很少，常需面對如何公平分配這些資

源的挑戰，但即使是在中高所得的國家，醫師也會遇到受全球化直接影響的病患（例如難民），以及那些無法取得該國公民所享有的醫療照護的病患。

全球化的另一個特色是健康專業人士（含醫師）在國際間的流動。開發中國家的醫師遷移到高度工業化的國家對醫師和遷入國都有好處，但對於遷出國則不然。世界醫師會在其醫療工作者**國際遷徙倫理準則** Ethical Guidelines for the International Migration of Health Workers中提到，不應該阻止醫師離開他們的家鄉或其所入籍的國家，以便前往另一個國家追求事業機會。然而，每個國家還是應該在考慮到自身的需求和資源之後，儘可能地培育出足夠的醫師，而不要只靠其他國家的移民來滿足自身對醫師的需求。

工業化國家的醫師長久以來一直將經驗和技術提供給開發中國家。這包含了很多種形式：由紅十字會、紅新月會（Red Crescent Societies）及無國界醫師團（Médecins sans Frontières）等協調的緊急醫療協助；短期的外科巡迴醫療（處理如白內障或是唇顎裂等）；醫學院教師的客座參訪；短期或長期的醫療研究計劃；以及提供醫藥及醫療器材等等。這樣的計劃為全球化的正面作用做出了良好示範，而且至少部份彌補了貧窮國家醫師移居富裕國家所造成的遺憾。

醫師與環境

環境惡化是戕害公共衛生與全球健康的重大威脅。世界醫師會在2006年『醫師在環境議題中扮演的角色之聲明』(Statement on the Role of Physicians in Environmental Issues)中明白指出『有效的醫療愈來愈需要醫師與其所屬專業團體將關注投向足以影響個人與人群健康的環境議題上面。』這些議題包括空氣、水與土壤污染，不間斷的砍伐林木與漁撈，以及消費用品中廣泛使用的有害化學物質。然而，對健康影響最甚的環境議題應屬氣候變遷。2009年世界醫師會在『健康與氣候變遷宣言』(Declaration of Delhi on Health and Climate Change)中提到『氣候變遷使全球疾病負荷與早死升高…初期影響雖小，但預計在所有國家和區域的情況將日益嚴重。』這份宣言鼓勵個別醫師與醫學團體教育病患與社區有關全球暖化對健康的潛在影響，並遊說政府與產業大齊力幅減少排碳量以及其它會加速氣候變遷的因素。

案例回顧

依據本章中對於醫師和社會之間關係的分析，S 醫師考慮到其病患行為對社會所產生的影響是正確的。即使病患是在 S 醫師服務的健康系統以外的地方看過其他醫生，對 S 醫師的社會並沒有增加任何財務成本，但是此病患還是佔了 S 醫師可以治療其他需要她的病患的時間。然而，像 S 這樣的醫師在處理這樣的狀況時一定要謹慎，因為病患常因諸多不同的理由而無法作出完全理性的決定，而且可能需要很多的時間和健康教育，才能瞭解自己和他人的最大利益何在。S 醫師透過醫學會來尋找一種解決這個問題之社會方案的途徑也是正確的。因為這個問題不只影響到她自己，也影響到該病患，同時也將影響到其他醫師及病患。

第四章　醫師與同儕

Medical team going over a case
© Pete Saloutos/CORBIS

目標

閱讀過這章之後你應該能夠：

- 描述醫師之間應如何相互對待
- 證明舉發同事不合倫理的行為是正當的
- 認識與他人合作照顧病患時之主要倫理原則
- 解釋如何解決與其他健康照護提供者之間的衝突

案例研究（三）

C 醫師是市立醫院新來的麻醉科醫師，在看到資深外科醫師在手術室的行為時，他感到十分錯愕：資深醫師使用過時已久的開刀技術，不但拉長手術時間，病患在術後的疼痛期與恢復期也相對地延長。不僅如此，他還常拿患者來開玩笑，內容粗俗不堪入耳，讓一旁協助的護士很不舒服。C 醫師是剛來的新人，資歷差了一大截，不願意私底下批評或向上層報告。不過他還是認為應該有所行動，好讓情況有所改善。

對醫療權威的挑戰(Challenge to medical authority)

無論對內或對外，醫師在傳統上屬於依循極度的*層級制度*（extremely *hierarchical* fashion）而運作的專業。以內部來說，有三個重疊的*層級*（*hierarchy*）：第一種層級是專業領域的不同，其中一些領域被視為比其他領域更具名望，酬勞更優渥；第二種層級是在專業領域之內，有學術地位者比在私人或公家執業者更具影響力；第三種層級則與照護特定病患有關，其中主要照護者位居層級之頂，而其他醫師，即使年資較深及/或技術更好，也只是從旁擔任顧問的角色，除非病患轉由他們照顧。對外，醫師則在傳統上位居於所有照護者層級之頂

醫師在傳統上屬於依循極度的層級制度而運作的專業

端，高於護士及其他衛生專業人員。

本章討論於醫療內、外各層級所發生的倫理議題。這些議題有些在內部與外部都很普遍，有些則僅發生在某一層面。許多議題相對來說很新，因為他們起因於醫學及健康照護最近發生的變革。簡單敘述一下這些變革是適當的，因為它們對傳統的醫學權威運作造成相當大的挑戰。

隨著科學知識及其臨床應用的快速成長，醫學變得越來越複雜。醫師個人不可能對他們所有病患的疾病及可能的治療方式全部瞭若指掌，他們也需要其他專科醫師及熟練的健康照護專業人員之協助，無論是護士、藥劑師、物理治療師、試驗室技師、社工師或是其他專業人員。醫師們需要知道如何獲取其病患所需要的、而他們本身卻並不具備的相關醫療技術。

如第二章中所討論的，由於病患之醫療自主決定權已被廣為接受，醫療父權主義如今已逐漸式微。結果，決策的合作模式取代了傳統醫療父權主義的威權模式。相同的情況也發生在醫師與其他健康專業人士的關係上，如果後者不知道醫師所指示醫囑背後的原因，他們日益不願遵照醫師的指示。他們將自己視為對病患負有倫理責任的專業人員；如果他們對責任的認知與醫師的

決策的合作模式取代了傳統醫療父權主義的威權模式

指示有所衝突，他們會覺得必須質疑或甚至挑戰那項指示。在威權式的層級制度模式之下，當衝突發生時沒有人會懷疑應該是誰發號施令、誰勝出，然而合作的模式卻有可能對於什麼才是適切的病患照護有所爭議。

這樣的發展改變了醫師與同儕及其他健康專業人員之間的「遊戲規則」。接下來我們會說明這些關係的問題面，並提出應對之道。

與醫師同儕、教師及學生之關係

身為醫療專業的一員，傳統上醫師們被期盼要彼此相待如家人而非陌生人，甚至要比朋友更親。世界醫師會的**日內瓦宣言**包含此誓言：「我將看待同僚如同我的兄弟姊妹。」對於這個誓言的詮釋，會因著時間及國家而異。例如：在診察費還是醫師主要或唯一酬勞的時代，醫師們有著十分強烈的「同業禮遇」（professional courtesy）傳統—不向同儕收取醫療費用。但這種傳統在有第三方付款制度的國家，已經日漸淡化。

除了正面要求醫師彼此以禮相待，並相互合作以提供病患最好的健康照護之外，世界醫師會在其**國際醫學倫理守則**中，對醫師彼此之間的關係還提出兩項限制：（一）不得僅僅是為了獲得轉診之病患，而支付或收取任何費用或其他報酬；（二）不得奪取同事之病患。以下即將討論到第三種義務，舉發同事之不合倫理或不適任的行

為。

在醫學倫理的希波克拉底傳統下，醫師們應特別尊敬他們的老師。**日內瓦宣言**以此方式陳述：「我將給予我的師長應有的尊敬與感戴。」雖然當今的醫學教育是多位學生與多位教師之間的互動，而非如昔日的一對一關係，但醫學教育還是必須仰賴執業醫師的善意及奉獻—這些醫師的教學活動通常是分文未取的。醫學院學生及其他接受醫療受訓的人員都應感謝他們的老師，若沒有這些老師，醫學教育將變成自我學習。

在老師的職責部分，老師們有義務給予學生尊重，並在處理病患時建立一個良好模範。醫學教育所謂的「隱藏課程(hidden curriculum)」，就是由執業醫師們所體現的行為準則，這比醫學倫理的明訂課程更具影響力，因為如果倫理要求與老師的態度及行為之間有衝突的話，醫學生比較可能會以他們的老師為榜樣。

老師們有義務給予學生尊重，並在處理病患時建立一個良好模範

老師還有一項特別的義務，就是不可要求學生從事不合乎倫理的工作。醫學期刊中報導過以下幾個例子：由醫學生去取得病患對治療的同意，而這應該是由合格的醫療專業人員所進行；在未獲取同意的情況下，為被麻醉或剛死亡的病患進行內診(pelvic examination)；操作未受監督的醫療程序，即使只是簡單的步驟（例如：靜脈注射），但對

某些學生而言是超出他們的能力。由於學生與老師之間的權力並不對等，就學生的立場而言，必然不願質疑或是拒絕老師的命令，因此老師們有必要確保自己不會要求學生做不合倫理的行為。在許多醫學院中，設有班級代表或是學生會，在他們所扮演的其他角色以外，也許還可以提高人們對醫學教育中倫理議題的關切。關心自己所受教育中倫理面向的醫學生，應該要有管道能運用提出問題的機制，以便他們在提出問題時不會必然地被視為是*告密者*（whistle-blower），在醫學生有必要以更正式的程序來處理此類議題時，也應該有管道可讓他們獲得適當的支持。

關心自己所受教育中倫理面向的醫學生，應該要有管道能運用提出問題的機制

關於醫學生的部份，他們被期許要展現出合乎未來行醫所需之高倫理行為標準。他們應彼此相待一如同僚，並在需要時互相提供協助，包括對彼此的不專業行為提出諫言。他們也應該一同分擔計畫與責任，例如指定作業及值班工作。

舉發不安全或不符倫理的醫療行為

醫學因為是一門自我規範的行業，所以一直以來醫界人士都因其地位而感到自豪。為了回報社會給予的特權以及病患給予的信任，醫學專業為其成員建立高標準的行為規範，並透過紀律程序調

查對於不當行為所提出的控訴，如有必要，也會對犯錯者施以懲罰。但是，這樣的自我規範系統常常是失敗的，因此近年來發生了一些改變，目的在讓醫界更能為自身的行為負責，例如任命非醫界人士為紀律管理當局成員。然而，自我規範的主要要求是希望醫師們能全心全意地支持其原則，並願意去瞭解及處理不安全、不合乎倫理的醫療行為。

醫學倫理守則中強調醫師有義務舉發同事的不適任(incompetence)、能力不足(impairment)或不當行為(misconduct)。例如世界醫師會的**國際醫學倫理守則**中陳述：「醫師應……向主管機關舉發行為違反倫理或不適任，或從事詐欺與欺騙的醫師」。然而，運用此原則卻是不容易：一方面，醫師可能會因為不可取的私人動機而想要傷害同事的聲望，例如嫉妒或挾怨以報；而在另一方面，醫師也可能基於友誼或同理心而不願舉發同事的失當行為（「若非上帝保佑，做錯事的人就會是我」）。提出舉發的結果對於舉發者而言可能是極不利的，舉發者幾乎一定會受到來自被舉發者的敵意，其他同事可能也會有所不滿。

然而，儘管舉發不法有這些缺點，它依然是醫師們的專業責任。不僅僅是因為他們要負責維護這個行業的良好聲譽，也是因為唯有他們能察覺到誰不適任、能力不足或行為失當。但是，向紀律管理當局舉發同儕，應該是在嘗試過其他方式卻

仍然無效之後，才使用的最後手段。第一個步驟應該是接觸那位同事，並告訴他你覺得其行為不安全或不合倫理。如果事情在這個階段就能解決的話，就不需要再採取進一步的動作。如果不能的話，下個步驟也許是與你的主管和/或那犯錯者的上級主管討論此事，並讓該主管決定下一步的行動。如果這個策略不實際或不成功，那麼便可能需要採取最後步驟去告知紀律管理當局。

向紀律管理當局舉發同儕，通常應該是嘗試過其他方式卻還是無效之後，才使用的最後手段

與其他健康專業人員的關係

本書在第二章曾開宗明義地討論醫病關係中尊重及平等對待的無比重要性，在那段討論中所提出的原則，也適用於同事之間的關係。在醫師照護病患及參與其他專業活動時，「禁止歧視」一項尤其適用於與相關人士的互動關係，無論歧視是基於「年齡、疾病或殘障、信仰、族裔、性別、國籍、政黨、人種、性別傾向社會地位或其他因素」（世界醫師會「**日內瓦宣言**」），都一概在禁止之列。

「不歧視」只是一種被動關係，而尊重則是主動而正面的。對於其他的健康照護提供者，不管他們是醫師、護士、還是輔助保健人員，我們都應珍惜他們的技術及經驗，因為這些都有益於對病

患的照護。各種健康照護專業所受的教育及訓練是不同的，然而他們皆享有生而為人的平等，並且同樣關懷病患的福祉。

但是對病患而言，他們有正當理由拒絕加入或終止與其他健康照護提供者的關係。原因可能包括對另一方的能力或廉正缺乏信心，或是嚴重的個性衝突。醫師需要相當高的倫理敏銳度，才能將這些因素跟其他較不可取的動機做區隔。

合作

醫學既是高度個人化的行業，也是需要高度合作的工作。就個人化方面來說，醫師們對「他們的」病患有著極高的佔有慾。有人如此宣稱，醫病之間的個人關係，是達到了解病患並提供持續照顧的最佳方法，並且有利於疾病的預防與治療，這樣的說法是蠻有道理的。留住病患對醫師也是有利的，至少財務面而言是如此。但就合作面來說，如前所述，醫療是高度複雜及專業的，因此需要具有不同知識和技術、但彼此互補的醫師們相互密切合作。這種個人主義與合作關係之間的張力，是醫學倫理中一再出現的主題。

隨著醫療父權主義的式微，相信醫師們「擁有」其病患的想法也一併消失。傳統上病患可以要求第二意見的權

隨著醫療父權主義的式微，相信醫師們「擁有」其病患的想法也一併消失

利，已經擴展為病患有權獲得更符合其需求的其他健康照護提供者。依照世界醫師會的**病患權利宣言**：「醫師有義務與其他治療病患的健康照護提供者互相協調合作，以提供必要的醫療照護。」然而，如前面所說過的，醫師們不應在此合作中分攤收費謀利。

這些關於醫師對病患之「所有權」的限制，需要以維護醫病關係優先性的措施來加以平衡。例如：被超過一位醫師治療的病患（通常在醫院是如此）應儘可能地由一位醫師協調照護事宜，告知病患有關療程之整體進展，並協助病患做決定。

縱然醫師之間的互動大致上已有成規可循，但醫師與其他健康照護專業人員之間的互動方式，卻仍然處在渾沌階段，對於他們各自的角色應該怎樣安排，目前仍然意見不一。如前所述，許多護士、藥劑師、物理治療師和其他專業人員認為，他們在自己的領域中，其實比醫師更有能力照護病患，因此沒有理由不把他們與醫師平等相待。他們支持以團隊的方式來照護病患，在這種模式下，所有照護人員的意見都會受到平等考量，而且他們認為他們應向病患負責，而非向醫師負責。但在另一方面，許多醫師認為即使採用團隊的方式，也還是要有一個人主管全局，而考慮到教育和經驗等因素，醫師還是最適合擔任那個角色的人。

雖然有些醫師可能會抗拒這些對於自身傳統權威（而且幾乎是絕對的權威）的挑戰，但似乎可以確定的是，為了回應病患和其他健康照護人員要求對醫療決策有更多的參與，醫師的角色將會有所改變。醫師們要能向他人證明其建議是正當的，並說服他們接受，而且除了這些溝通技巧之外，醫師們也要有能力解決在照護病患的過程中，不同參與者之間所產生的衝突。

在合作達成病患最大的利益時，會發生一種特別的挑戰，就是病患會求助於提供傳統或另類醫療的照護者（「**治療者**」，healers），在非洲和亞洲，有頗大比例的人口會徵詢他們的建議，而且這種趨勢在歐洲及美洲也日益風行。雖然有些人覺得西方生物醫學與傳統另類療法是互補的，然而在很多的情況下，它們卻可能是互相衝突的。由於至少有部分的傳統及另類治療是有療效的，加上病患會求助於它們，因此醫師應該研究如何與這類執業者共同合作。而合作之道會因國家及所涉的傳統、另類治療的種類而有所差異，但在所有這樣的互動中，病患的利益應是最主要的考量。

解決衝突

雖然醫師與其他醫師和健康照護提供者之間，可能經歷許多不同種類的衝突（例如對辦公室的作業程序或酬勞有意見衝突），此處的焦點在於照

護病患方面的衝突。理想上，健康照護之決定應反映出病患、醫師和其他所有參與照護病患者的共識，然而，由於不確定性(uncertainty)和觀點的不同，對於「照護目標為何？」或「如何達到目標？」的問題，意見分歧的情況還是常常發生。健康照護資源有限、組織的政策也可能使得共識難以形成。

健康照護提供者之間有關照護、治療目標或是如何達成這些目標的爭論，應該要由照護團隊的成員進行釐清並加以解決，使其不致削弱他們與病患的關係。健康照護提供者與行政管理者之間有關資源分配的爭論，應在團隊內或機構內部進行解決，而不應在病患面前爭論。由於這兩種形式的衝突本質上都是倫理的，因此臨床倫理委員會或倫理顧問的建議（若有這類資源的話），可能有助其解決。

> 由於不確定性和觀點的不同，對於「照護目標為何？」或「如何達到目標？」的問題，意見分歧的情況還是常常發生。

以下的指導方針可能有助於解決這類衝突：

- 衝突應盡可能以非正式的方式解決，例如透過爭論者之間直接協商的方式；唯有非正式的措施失敗，才轉用比較正式的程序。
- 應設法得知所有直接關係人的意見，考量時並加以尊重。

- 在解決爭執時，應以病患或經授權的決定代理人，在知情狀態下所做的醫療抉擇為首要考量。
- 如果爭執在於應提供病患哪種選擇，通常把選擇範圍擴大，會比將選擇範圍縮小來得好。如果因資源有限而無法提供病患偏好的治療方法，通常應告知病患這個狀況。
- 如果歷經一番合理的努力，仍然無法透過對話來達成一致的意見或折衷的協議，則應接受有權利或有責任做決策者的決定。如果對於究竟誰有權利或責任去做決策並不明確，或有所爭執，則應尋求調解、仲裁或判決。

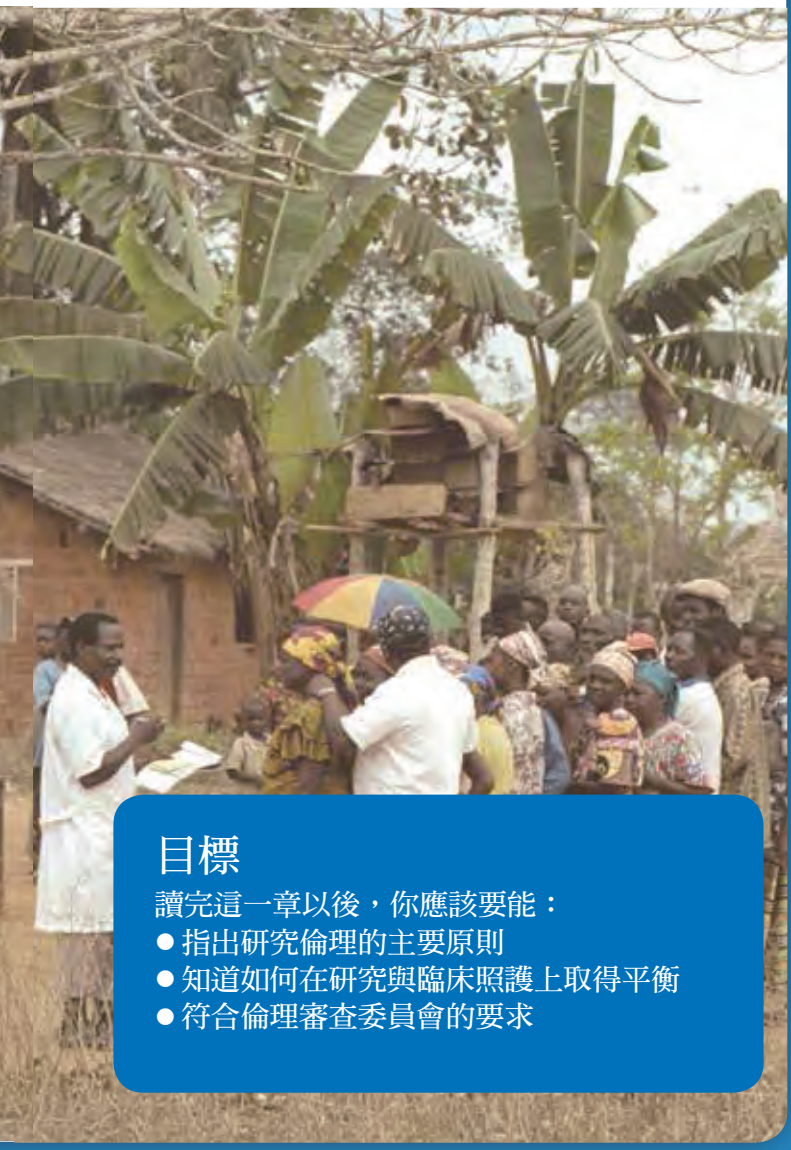
假如健康照護提供者基於專業的判斷或個人的道德觀，無法贊同最後採行的決定，在確定受照料的病患沒有受傷害或遭遺棄之虞以後，應允許他們退出，不參與該項決定的執行。

案例回顧

C 醫師對那位資深外科醫師在手術房的行為感到憂心是對的，該外科醫師不僅危害病患的健康，也不尊重病患及其他同事。C 醫師有倫理責任不去忽視這樣的行為，並且採取行動。首先，對於資深醫師的不當行為，他不應表示支持，例如：不應在醫師開病患玩笑的時候跟著笑。如果他覺得與那位外科醫師討論此事會有所改善的話，他就該如此做。否則，他或許必須直接向院內更高層的單位投訴。如果他們不願意處理這個狀況，C 醫師可聯繫適當的醫師執照管制機構，請他們著手調查。

第五章　倫理與醫學研究

Sleeping sickness is back
© Robert Patric/CORBIS SYGMA



目標

讀完這一章以後，你應該要能：

- 指出研究倫理的主要原則
- 知道如何在研究與臨床照護上取得平衡
- 符合倫理審查委員會的要求

案例研究（四）

R 醫師是偏遠小鎮的家醫科醫師。有個約僱的研究機構找她參與一個治療骨關節炎的非類固醇止痛藥（NSAID）之新藥臨床試驗計畫，她每在一個病患身上試驗新藥，就可以拿到一筆酬勞。這家研究機構的業務代表向她保證，這個試驗計畫已經得到包括醫療倫理審查委員會在內的所有許可。R 醫師以前從未參與過人體試驗，覺得這個機會非常難得，更何況還可以有額外的收入。於是 R 醫師同意加入，沒有進一步詢問這個試驗在科學上或倫理上的各種考量。

醫學研究的重要性

醫學並不是像數學、物理一般精確的科學。雖然它的確有許多一般原則是多數情況下有效的，但是每個病患的狀況都不同，對90%的人有效的療法對另外10%的人可能無效。因此，醫學在本質上是試驗性的。即使是最廣為接受的療法都必須受到監督評估，以確認它們是否對特定的病患有效、從而對一般病患有效，這就是醫學研究的功能之一。

「……醫學在本質上是試驗性的。」

醫學研究另一個比較廣為人知的功能就是發展新療法，尤其是藥品、醫療器材與外科技術方面。過去五十年這個領域已有長足的進步，現在正在進行的醫學研究也比從前更多。然而，有關人體

功能、疾病（無論是我們所熟知的疾病或是新的疾病）成因與最佳預防、治癒方法，仍有很多有待解決的問題。而醫學研究是唯一能回答這些問題的方法。

醫學研究除了促進對於人類生理學的了解以外，也探討許多有關人類健康的其他因素，包括疾病模式（流行病學）、健康照護的組織、補助與供應（醫療體系研究）、衛生的社會與文化面向（醫療社會學與人類學）、法律（法律醫學legal medicine）以及倫理（醫學倫理）。研究贊助機構漸漸承認這幾類研究的重要性，許多贊助機構並設有非生理醫學類的專門研究計畫。

醫學執業中的研究

所有醫師在臨床執業上都會用到醫學研究的成果。醫師要維持稱職的表現，必須透過醫學繼續教育（Continuing Medical Education）與專業繼續發展（Continuing Professional Development）計畫、閱讀醫學期刊以及和知識豐富的同事互動往來，來掌握其執業領域的最新研究。即使他們本身並不從事研究，也必須知道該如何解釋研究結果並應用到病患身上。因此，對研究方法具備基本的熟悉度乃是在醫療執業上稱職的必要條件。無論在醫學生或取得醫師

「即使他們本身並不從事研究，也必須知道該如何解釋研究結果並應用到病患身上。」

資格後的階段，要熟悉研究方法的最佳方式就是參與研究計畫。

執業醫師最常用的研究方法就是臨床試驗。新藥品必須先經過大量安全性與有效性的測試，才可能被政府指定的管理局核可。這個過程始於實驗室研究，接著是動物試驗，如果證實結果可行，就會接著進行下面四個臨床研究步驟（或階段）：

- 第一階段的研究是要確定該藥物在人體中發生反應所需的劑量、藥物在人體內的過程、藥物是否會產生毒性或有害反應。這階段的研究通常是對一小部份健康的自願者施行，通常也會給他們參與試驗的酬勞。
- 第二階段的研究則是針對該藥所欲治療的疾病，找一群患者進行試驗。其目標是要確定藥物對於該疾病是否有益、有無任何有害副作用。
- 第三階段的研究是臨床試驗，會讓大量病患服用此藥，並且和另一種藥物（如果該研究中的疾病有別的藥物的話）及/或安慰劑作比較。如果可能的話，這類試驗最好是「雙盲的」（double-blinded），也就是說受試者跟他們的醫師都不清楚哪些人服用新藥、哪些人服用對照藥物或安慰劑。
- 第四階段的研究是在藥物經許可並上市之後。

在新藥上市後前幾年，會觀察它有沒有出現在先前各階段中沒發生的併發症。此外，製藥公司通常也有興趣了解開立此藥的醫師以及服用此藥的病患對於該藥的接受程度。

近年來由於進行中的試驗件數激增，因此需要尋找並徵募更多的病患加入試驗，以符合統計上的要求。如今，試驗的主持人（無論是獨立的醫師還是製藥公司），都需要其他很多醫師（而且常常是不同國家的醫師）幫忙徵募受試病患。

雖然對醫師來說，參與研究是種可貴的經驗，但是要體認與避免某些潛在的問題。首先，即使醫師跟研究者是同一個人，他在「醫—病關係」中的醫師角色和在「研究者—受試者」關係中的研究者角色卻是不同的。醫師主要的責任是病患的健康及福祉，但研究者的主要責任卻是生產知識，而這點可能對受試者的健康及福祉有幫助，也可能沒幫助；因此，這兩種角色間有可能產生衝突。當衝突發生時，醫師的角色必須優先於研究者的角色。以下將可清楚看出這在執業上的意涵。

「……在『醫—病關係』中的醫師角色和在『研究者—受試者』關係中的研究者角色是不同的。」

結合這兩種角色還有另一個潛在問題就是利益衝突。醫學研究是個經費充裕的企業，而醫師通常

都會因為參與研究而獲得許多報酬，可能包括徵募受試者的酬金、傳送研究資料之設備（如電腦）、獲邀參加會議以對研究發現進行討論、受列為研究成果著作的共同作者。有時候，醫師要獲得這些利益可能會違背其「提供病患眼前最佳治療」的責任，也可能牴觸病患「獲得一切必要資訊，好能就參與研究與否作出充分知情決定」的權利。

這些潛在的問題都可以被克服。醫師的倫理價值觀（同理心、能力及自主）也適用於醫學研究者，所以這兩種角色間並沒有本質性的衝突。只要醫師明白並遵守研究倫理的基本規則，他們對於參與屬於臨床執業之一環的醫學研究應該沒有困難。

倫理要求

研究倫理的基本原則如今已穩固建立，但它並非從過去以來就是一直如此。在十九、二十世紀時，很多傑出的醫學研究人員在病患身上進行試驗時都沒有經過他們的同意，也不關心（如果有關心也只是微乎其微）病患的福祉。雖然從二十世紀初就已有一些研究倫理宣言，卻未能防止納粹德國等地的醫師在受試者身上進行明顯違反基本人權之研究。第二次世界大戰後，這些醫師中有些在德國紐倫堡的特別法庭受到審判、定罪，其判決依據就是紐倫堡守則（Nuremberg Code），

該守則迄今一直是當代研究倫理的基礎文件之一，在其十項原則中最主要的就是：如果要病患成為研究的受試者，必須取得他們的自願同意。

世界醫師會於 1947 年成立，與紐倫堡守則的訂定同一年。世界醫師會的創立者鑑於第二次世界大戰前和大戰期間發生的違反醫學倫理事件，立即採取行動以確保醫師至少能知道自己應盡的倫理義務。經過多年的研究，世界醫師會於 1954 年通過一組「給參與研究及實驗人員的原則」*(Principles for Those in Research and Experimentation)*；接下來十年，該文件經過多次修正，終於在 1964 年通過，定名為赫爾辛基宣言(DoH)；1975 年、1983 年、1989 年、1996 年、 2000 年、2008 年和 2013 年又分別再做修正。赫爾辛基宣言是研究倫理的簡要總結。近年來，針對一般研究倫理及研究倫理的特定議題，也發展出其他更為詳盡的文件，前者如國際醫學科學組織委員會（Council for International Organizations of Medical Sciences）於 1993 年提出、2002 年修正的「涉人體試驗之生物醫學研究之國際倫理準則」（International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects），後者如英國納菲爾德生命倫理委員會（Nuffield Council on Bioethics）於 2002 年所提的「開發中國家有關醫療照護之研究的倫理」（The Ethics of Research Related to Healthcare in Developing Countries）。

雖然這些文件的範圍、長度、作者並不相同，它們對研究倫理之基本原則卻有極高度的共識。許多國家及國際組織都已將這些原則併入法律及/或規章中（其中包括有關藥物及醫療器材之核准的法規）。以下對於這些原則的概述，主要是從赫爾辛基宣言中擷取出的。

倫理審查委員會的許可

赫爾辛基宣言的第23條指出，凡是以人類為受試者的醫學研究，都必須先由一獨立的倫理委員會進行計畫審查及核可，始得進行。研究者要取得核可，必須解釋該計劃的目的及方法，說明如何招募研究受試者、如何取得他們的同意、又如何保護他們的隱私，指出計劃的經費來源，並告知研究者方面任何可能的利益衝突。倫理委員會可能會同意所提的計劃、要求修正後再開始執行，或者完全不同意該計劃。委員會還要進一步監督進行中的計劃，以確保研究者履行其義務，當發生預期外的重大負面事件時，委員會在必要時可以中止該計劃。

「……凡是以人類為受試者的醫學研究，都必須先由一獨立的倫理委員會進行計畫審查及核可，始得進行。」

計畫之所以需要獲得倫理委員會許可，是因為不論是研究者或受試者，都不一定有足夠的知識及

客觀性去決定計劃在科學及倫理方面是否適切。研究者必須向公正的專家委員會證明該計劃值得進行、他們有能力執行它，也會盡最大的可能來保護準受試者免於受傷害。

關於倫理委員會審查還有一個尚未解決的議題，就是對於多家中心共同執行的計劃，是否需要經過各家參與中心的委員會許可，還是由一家中心的委員會核準就夠了。如果這些中心設在不同的國家，通常會要求各國都要進行審查、核可。

科學上的益處

赫爾辛基宣言的第21條指出，以人類為受試者的醫學研究，必須要有合理的科學根據。此要求是為了剔除那些因方法不適當而不太可能成功的計劃，或是即使成功，也只會產生微不足道之成果的計畫。如果要請病患參與研究計劃，應該要預期計畫能得出重要的科學知識，即使是傷害風險很低的計畫亦然。

「……以人類為受試者的醫學研究，必須要有合理的科學根據。」

為了確保研究的科學價值，第21條規定計劃必須根據對相關文獻及先前實驗的完整認識，若情況合適，也要有動物試驗顯示有良好的理由預期所提的醫療措施對人類也有效。所有的動物實驗都須遵守「減少所用的動物數目」、「避免不必要痛苦」的倫理準則。第12條又加上一項要求——

只有經過科學訓練、從而具備相關資格的人（scientifically qualified persons）才可以對人類受試者進行研究。倫理審查委員會在核准計劃前，必須確信計畫符合這些條件。

社會價值

關於醫學研究計劃還有一些比較有爭議的要求，其中之一是：它要對社會的整體福祉有貢獻。過去大家普遍認為科學知識的進展本身就是可貴的，不需要其他的事物來證成其可貴。然而，由於醫學研究能取得的資源漸漸不足，在判斷該不該核准一計畫時，社會價值開始變成一項重要的標準。

「……在判斷該不該補助一計畫時，社會價值開始變成一項重要的標準。」

赫爾辛基宣言的第16、20 條顯然贊成在評估是否核准一研究計劃時，應考量其社會價值。計劃目標在科學與社會方面的重要性應該要大過受試者所承受的風險和負擔。此外，研究施行的對象應該要能自研究結果獲益。有些國家的研究受試者可能受到不公平的對待，研究的風險和不適是他們在承擔，但研究結果發展出的藥物卻只讓別地方的病患受益；在這些國家中，前述議題尤其重要。

研究計劃的社會價值要比其科學價值更難確定，但「很難確定」並不構成忽略它的理由。研究者及倫理審查委員會必須確保病患不會遭受對社會

毫無用處的試驗，否則便會浪費珍貴的醫療資源，讓原本是促進人類健康福祇的醫學研究，名聲受到破壞。

風險與利益

一旦確定了計劃在科學和社會方面的價值，研究者接著必須證明：雖然該研究可能甚至無法讓受試者從中受惠，但受試者承受的風險並沒有不合理，或者與研究所預期產生的好處不成比例。風險是指發生不良結果(傷害)的可能性，它有兩個內容：(1) 發生傷害的可能性(從最不可能到最有可能) (2) 傷害的嚴重程度(從極輕微到永久嚴重殘障或死亡)。一個好的研究計劃若有極低風險產生極輕傷害，並不會有問題。但與此相反的另一種極端情形——計畫若可能發生嚴重的傷害，則除非該計劃為治療末期受試者的唯一希望，要不然是不被接受的。至於介於以上兩種極端之間的情形，赫爾辛基宣言第17、18條要求研究者要適當地評估風險，並確定那些風險是可以控制的。如果對風險完全未知，研究者應該等到能取得實驗室研究、動物試驗等可靠資料後，才開始執行計劃。

「如果對風險完全未知，研究者應該等到能取得可靠資料後，才開始執行計劃。」

知情同意

紐倫堡守則的第一條原則說：「人類受試者的自願同意是絕對必要的。」在此原則之後的解釋文中，也提到研究受試者「應對相關事務的內容有充分的知識和理解，以能作出理解、知情後的決定。」

「人類受試者的自願同意是絕對必要的。」

赫爾辛基宣言對知情同意有一些詳盡的規定。第26條規定研究受試者對於是否參與作出知情決定所必須知道的事項。第27條則提醒注意對個人施壓使其參與研究的情形，因為在那樣的情況下，其同意可能不完全是自願的。第28到30條則針對無法行使同意的研究受試者(小孩、重度心智障礙者、喪失意識的病患)，這些人還是可以成為研究受試者，不過只能在限制較嚴的情形中接受研究。

就像其他研究倫理的文獻一樣，赫爾辛基宣言也建議讓研究受試者簽署「同意書」，以證明取得知情同意(第26條)。很多倫理審查委員會都要求研究者提供預備在執行計劃時使用的同意書。有些國家的同意書已經變得太長、太詳細，以致無法再達到讓研究受試者瞭解計劃內容的目的。無論如何，徵求知情同意的過程不是以簽同意書為開始，也不是以簽署同意書為結束，而必須就計劃

本身及受試者參與計畫的一切意義，給予詳盡的口頭解釋。此外，也應該告訴受試者他們可以自由在任何時候撤除同意，即使是計劃開始進行了也一樣，而他們並不會因此遭到研究者或其他醫師的報復，所受的醫療照護也不會因而打折扣(第31條)。

保密

Ethical Considerations Regarding Health Databases)中對此主題有進一步的指引。研究受試者和臨床照護情形中的病患一樣，對個人健康資料都有隱私權。然而，有別於臨床照護的情境，研究需要將受試者個人健康資料向他人公開，包括對更廣大的科學社群，有時候還包括對一般大眾。為了保護受試者的隱私，研究者必須確保受試者在知情狀況下，已同意研究者為研究目的可使用其個人健康資料；因此研究者必須事先便告訴受試者其資料將會如何被使用。一般而言，資料應該要去除個人身份，而且儲存及傳送時都應加密。世界醫師會在其「健康資料庫之倫理考量宣言」(Declaration on Ethical Considerations Regarding Health Databases) 中對此主題有進一步的指引。

「研究受試者……對個人健康資料有隱私權。」

角色上的衝突

本章先前曾經提到：即使醫師和研究者是同一個人，他在「醫—病關係」中的醫師角色與在「研究者—受試者關係」中的研究者角色卻是不同的。赫爾辛基宣言第14 條指出，在這種狀況時，必須以醫師的角色優先。其意涵之一就是：如果病患看來對目前的治療方式反應良好，但計劃需要將病患隨機分配到不同療法及/或安慰劑的受試組別，那麼醫師須能建議病患別參加研究計劃。只有當醫師基於確實可靠的科學理由仍不確定病患目前的治療方式是否和所提出的新療法或甚至安慰劑一樣合適，才應邀請病患加入研究計劃。

誠實報告結果

要求正確報告研究結果本來應該是多此一舉，但不幸的，最近在研究結果發表方面出現太多不誠實的行為，包括抄襲(plagiarism)、捏造資料(data fabrication)、重複發表(duplicate authorship)及「掛名」作者(‘gift’ authorship)的問題。這些做法至少在被揭露以前，對研究者可能是有益的；但是他們對病患和其他研究者卻可能造成很大的傷害，對病患來說，可能因為研究報告不精確或有錯而接受不正確的治療；對其他研究者來說，則可能浪費很多時間及資源接著做後續的研究。

舉發(Whistle-blowing)

為了防止發生違反倫理的研究行為，或事後能加以揭發，凡是對這類行為知情的人都有義務向適當的主管單位揭發。不幸地，舉發的做法並不總是受到肯定，人們甚至不會那麼做，舉發人有時還因為嘗試揭發不對的行為而被處罰或孤立。惟這種態度似乎正在轉變，因為醫學研究者和政府管理者漸漸意識到有必要偵查、處罰違反倫理的研究，也開始肯定舉發人對達成這項目標的重要性。

研究團隊中像醫學生等較資淺的成員，可能會覺得要去懷疑研究違反倫理是極困難的，因為他們會覺得自己的能力不足以判斷資深研究者的行為，而且如果說出來也可能受到處分。然而，他們至少應拒絕參與他們認為明顯違反倫理的做法，例如對受試者說謊或捏造資料。如果他們發現其他人做這種事，不論是以直接或匿名的方式，他們應該採取任何可採取的步驟，來通知相關主管機關。

尚未解決的議題

「……全球的研究經費只有 10% 是用來探討影響全球 90% 人口的健康問題」

研究倫理也不是在各個方面都有普遍的共識。隨著醫療科學的持續進步（例如在遺傳學、神經科學、器官及組織移植等領域的進展），相關技術、程序及療法是否為倫理上可接受，也產生新的、尚無答案的倫理問題。此外，一些舊議題也依然是倫理爭議的主題，例如在何種情況下，臨床試驗才應該設置安慰劑對照組？對於醫學研究的參與者又應持續提供哪些照護？從全球的層級來看，醫學研究的10/90鴻溝（10/90 gap）也顯然是尚未解決的倫理議題（10/90鴻溝是指：全球的研究經費只有10%是用來探討影響全球90%人口的健康問題)。而當研究者在處理資源匱乏國家之問題時，他們常會因為自己與工作所在地區人民的倫理觀點有歧異而產生問題。在這些議題的普遍共識形成以前，進一步的分析和討論是必須的。

醫學研究雖然有這些潛在問題，但是對醫師、醫學生還有受試者本身而言，仍是可貴而值得追求的活動。醫師和醫學生也該考慮成為研究受試者，這樣他們就能瞭解「研究者—受試者關係」中另一方的感受。

案例回顧

R 醫師不該這麼快答應委託研究機構的邀請。她應該先多收集一點關於該計劃的資訊，確定它符合合乎倫理之研究的全部要求。尤其她應該要求閱讀送交倫理審查委員會的計畫書，以及委員會對該計劃的所有評論或條件限制。她只應該參與屬於她執業領域的計劃，而計劃在科學與社會方面的價值也應該要能說服她。如果她對自己評估該計劃的能力沒有把握，就應該徵詢在較大型醫學中心服務之同事的意見。她應該要確保自己的做法合乎病患的最大利益，而且只有對那些不會因為將目前的治療方式改成實驗性治療或安慰劑而受傷害的人士，才會徵募他們來當受試者。她也必須能向病患說明各種選擇，好讓病患能充分知情地決定要不要參與研究。她不應該同意招募一定數目的病患來當受試者，因為這樣可能導致她對病患施壓，好讓他們做出同意，也許還是違反病患的最佳利益。她應該仔細觀察參與研究的病患，看是否有任何預料外的負面事件發生，並隨時準備好採取緊急的矯正措施。最後，當研究成果可以取得時，她也應該將成果告訴病患。

第六章　結論

Man Hiking on Steep Incline
© Don Mason/CORBIS

醫師的責任與特權

「……就像所有的人一樣，醫師有義務也有權利」

本手冊主要在談醫師的責任與義務，這確實是醫學倫理的主要內容。不過，就像所有的人一樣，醫師有義務也有權利；如果醫學倫理不考慮其他人（無論是病患、社會或同事）該如何對待醫師，那麼它就不夠完整。這種對醫學倫理的觀點已經愈來愈重要，因為許多國家的醫師在執業上都倍感挫折，無論是因為是資源有限、政府與/或法人團體對提供醫療照護進行細部管控（micro-management）、媒體在報導醫療錯誤及醫師違反倫理之行為時極盡煽情之能事、或是病患及其他健康照護人員對他們權威與技術的質疑等。

過去，醫學倫理對醫師的權利與義務都有考慮。早期的倫理守則（如美國醫學會1847年版本的守則）中包含病患及社會大眾對醫學專業應盡的義務。這些義務多半過時了，譬如說：「病患對醫師的處方應立即、絕對地加以遵守，絕不應憑著自己對醫師處方合適與否的粗糙見解，來影響對這些處方遵守的程度。」然而，也有仍然有效的部分——「大眾…對醫學資歷應該抱持適度的欣賞…對於醫學教育的實施應給予一切的鼓勵與協助」。不過，美國醫學會並沒有就這些章節做修正更新，而是直接將它們從倫理守則中刪掉。

過去數年來，世界醫師會已經針對醫師權利以及其他人（特別是政府）相對應有的責任，通過數篇政策聲明：

- 1984年「自由出席醫學會議聲明」(Statement on Freedom to Attend Medical Meetings) 指出：「無論會議地點在何處，都不應設立任何阻礙妨礙醫師參加世界醫師會的會議或其他醫學會議。」
- 2006年「醫療照護標準之專業責任聲明」(Statement on Professional Responsibility for Standards of Medical Care) 指出：「醫師專業行為之任何判斷或審查，應納入具有醫學訓練與經驗背景，且瞭解醫療領域複雜性之醫師專業同儕參與評估。」該聲明亦譴責「在處理病患抱怨或投訴過程中，沒有讓醫師同業對其醫療行為或疏失失職做信實的評估。」
- 1997年「支持醫師拒絕參與或忍受『虐待、其他殘酷、不人道、貶抑人性之醫療行為』的宣言」(Declaration Concerning Support for Medical Doctors Refusing to Participate in, or to Condone, the Use of Torture or Other Forms of Cruel, Inhuman or Degrading Treatment) 承諾世界醫師會將「支持、保護那些拒絕參與不人道醫療過程、或是致力為其受害者治療並復健的醫師，也會要求所屬各國醫學會提供他們支持及保護；同時也確保醫師有權維護最高的倫理原則，其中包含醫療守密……」

- 2014年**醫療工作者國際遷徙倫理準則(Ethical Guidelines for the International Migration of Health Workers)**號召各國「考慮其國家的需求與資源，提供醫師必要的資源助其達成個人與專業上的目標，以盡量將其醫師留在本行及本國」，也應該確保「永久或暫時在外國執業的醫師……也能受到跟當地醫師一樣的公平對待（例如有平等的就業機會、同工同酬）。」

雖然鑑於之前所列的威脅及挑戰，爲醫師作這種爭取是有必要的，然而有時也需要提醒醫師他們所享有的特權。在許多國家的公眾調查都一致顯示：醫師是最受尊敬與信任的職業之一。他們的所得通常比該國的平均薪資還高（在某些國家還高出許多）。他們在臨床事務上享有的自主雖然不比從前，但仍相當大。許多醫師也經由參與研究，展開令人興奮的追求新知過程。最重要的是，對個別病患（特別是那些很脆弱、最需要幫助的人）及社會整體來說，他們提供了無價的服務。就醫師所提供的好處而言（消除病痛、治癒疾病、緩解臨終病患的痛苦），沒什麼行業能像醫學一樣給人滿足感。醫師實踐其倫理責任不過是換取這些特權所付出的極小代價罷了。

「……有時也需要提醒醫師他們所享有的特權。」

對自我的責任

本手冊對醫師倫理責任的分類是根據它們主要的受益對象而定，包含：病患、社會與同儕（包括其他的健康照護專業）。醫師常常忘了他們對自己與家庭也有責任。在世界上許多地方，當醫師都需要全心投入醫療工作，而鮮少注意到自己的健康與福祉。一週工作60～80小時不足為奇，而休假有時對他們來說則是一種不必要的奢侈。雖然許多醫師對這種情況似乎頗為適應，他們的家人卻可能承受不良的影響。其他醫師則苦於這種職業步調，導致慢性疲勞、濫用藥物、甚至自殺等各種結果。失能的醫師對病患來說是危險的，疲勞就是造成醫療事故的一項重要因子。

「醫師常常忘了他們對自己與家庭也有責任。」

有些國家針對確保病患安全、促進醫師過健康生活型態的需要，限制受訓醫師的工時及值班時間。現在一些醫學教育機構也讓女性醫師比較可以為家庭因素而中斷訓練課程。像這些措施雖然可以促進醫師的健康與福祉，但自我照護的主要責任還是在醫師個人身上。除了避免像吸煙、濫用藥物和超時工作等明顯危害健康的行為，醫師也應該藉由辨識專業與私人生活上的壓力因素、擬定並實踐適當的改善策略，來保護、提升自己的健康與福祉。當這些嘗試都失敗了，醫師應該尋求同儕以及合格專業人士的協助，來解決那些

可能有害他們與病患、社會或同事間關係的私人問題。

醫學倫理的未來

這本手冊雖然也常常提到過去的醫學倫理，但主要是著重在它的現況。然而，「現在」是不斷消逝的，若我們不想總是落在時代後面，就有必要預測它未來的狀況。醫學倫理的未來主要取決於醫學的未來。在21世紀的前幾十年，醫學進展神速，我們很難預測等到現在醫學系一年級生受完訓練時，執業的情形會是如何；也無法知道等他們快要退休時，又會有什麼樣的變化。由於政治、經濟情勢普遍不穩定、環境惡化、愛滋病(HIV/AIDS)與其他潛在流行病持續蔓延，未來不見得會比現在更好。縱然我們可以期望醫學的進步最終讓世界各國都受惠，而那些現在還沒能享受這些果實的國家將來遇到的倫理問題會與現今富裕國家所討論的議題相似；但情形也可能反過來，現在富裕的國家可能會一直衰敗，最後他們的醫師必須處理熱帶流行病及醫療資源嚴重短缺的問題。

因為未來在本質上是不可預測的，醫學倫理應該要保持彈性，有改變與調整的空間，就像它從過去到現在都是如此。然而，我們可以期待醫學倫理的基本原則將始終維持不變，尤其是同理心、能力與自主，以及對基本人權的關懷及對專業精神的投入。無論醫學因為科學發展、社會政治經

濟因素而有何改變，總是會有生病的人需要醫治（如果能醫治的話）與照顧。傳統上醫師一直在提供這些服務，以及健康促進、疾病預防與醫療體系管理等服務。儘管未來這些活動的比重可能有所改變，醫師仍可能在這每一項活動上持續扮演重要角色。而既然這每一項活動都涉及許多倫理挑戰，醫師便需要隨時掌握醫學倫理的發展，就像他們在其他醫學領域上會那麼做一樣。

本手冊即將進入尾聲，但對讀者來說，這應該只是終身浸淫醫學倫理的起步。再次重複緒論中所述，本手冊僅僅是對醫學倫理及其幾個核心議題的基本介紹，目的是讓讀者了解有必要持續對醫學中的倫理層面進行反思，尤其是如何處理您執業過程中所會面臨的倫理議題。在附錄B中所列的資源將能幫助您加強您在這個領域上的知識。

附錄A：名詞釋義

Accountable (課責的/能負責的) – 可以對某人就某事負責，例如，員工可以就其所做的工作對雇主負責任。*Accountability*(課責性/責任心、責任感)要求做好準備而能對自己的作為或不作為提出解釋。

Advance directive(預立醫囑) – 一種通常以書面方式呈現的聲明，指出一個人希望在自己無能力再自行做決定時(例如失去意識或精神錯亂)接受怎樣、或不接受怎樣的治療。這是預立照護計劃的一種方式；另一種方式則是選定某人，在發生上述情況時代替自己做決定。部分國家對預立醫囑已有相關立法。

Advocate(維護/代言) – (動詞)代表另一個人或團體而發言或行動；(名詞)代表另一個人或團體而發言或行動的人。當醫師要求政府或健保官員提供病患所需、但不易自行取得的服務時，他們就是在做病患的代言人。

Anesthetist(麻醉科醫師) – 有些國家用的稱號是 *anaesthesiologist*。

Beneficence(行善) – 按字面意義就是「做好事」。醫師被期待要依病患最大利益來行事。

Bioethics/*biomedical ethics*(生命倫理學/生物醫學倫

理)－這兩個同義詞都是指對於醫學、醫療照護與生物科學中所發生道德議題的研究。主要分為四個部分：**臨床倫理學**(clinical ethics)，處理病患照護的議題(參考本手冊第二章)；**研究倫理學**(research ethics)，處理的是對健康照護研究中人類受試者的保護(參考本手冊第五章)；**專業倫理學**(professional ethics)，處理醫師與其他健康照護專業所應有的特殊義務與責任(醫學倫理學就是專業倫理學的一種)；以及**公共政策倫理學**(public policy ethics)，處理與生命倫理議題相關法律、規定的形成與解釋。

Consensus(共識)－大致一般的同意，但不見得是毫無異議的同意。

Hierarchy(層級)－根據每個人重要程度的不同，將他們從最高到最低依序排列，*Hierarchical*(層級的)則是描述這種排列狀況的形容詞。"*hierarchy*"這個詞也用來指稱組織中的最高領導人。

Justice(正義)－對個人及團體的公平對待。如同第三章中所指出的，對於在健康照護上什麼才是公平對待，有不同的理解方式。

Managed healthcare(管理式的健康照護)－一種健康照護的組織方式(或一種健康照護體系)，由政府、法人團體或保險公司決定提供哪些服務、誰來提供(專科醫師、家庭醫師、護士、其他衛生專業等)、在哪裡提供(診所、醫院、病患住所

等)……等相關事務。

Non-maleficence(不傷害)－按字面意義就是「不做壞事」。醫師與醫學研究者應該避免對病患與研究受試者造成傷害。

Palliative care(安寧緩和照護)－一種照護病患的方式，此處「病患」尤指患有嚴重而無法治癒之疾病，不久即可能死亡的病患。安寧緩和照護著重病患的生活品質，尤其是控制其疼痛。安寧緩和照護可以在醫院、臨終照護的專門機構(通常稱為安寧病房)或病患的住所施行。

Physician(醫師)－具有行醫資格的人。某些國家會區分 physician 和 surgeon(外科醫師)，但兩者都被稱為「醫師」(doctor)。然而，其他醫療專業人士也會使用「醫師」(doctor)一詞，例如牙醫師、獸醫師。取得博士學位的人也會被稱為「doctor」。對「醫師」較為精確的用詞是「medical doctor」，但使用的人並不普遍。世界醫師會與本手冊均採用「physician」一詞來指稱所有具有行醫資格的人，而不論其專科為何。

Plagiarism(抄襲/剽竊)－一種抄襲(copy)他人作品（例如已發表文章之全部或一部）而未註明出處、假裝是自己作品而發表的不誠實行為。

Pluralistic(多元的)－擁有數個或許多個不同的方法或特徵，是「一個」或「一統」的反義詞。

Profess(公開表明)－公開聲明信仰或承諾。「profess」是「profession」(專業)「professional」(專業的)以及「professionalism」(專業主義、專業精神)等字的字根

Rational(理性的)－以人類理性能力為基礎；意即能思考贊成及反對某特定行為的論證，並決定哪一種選擇比較好。

Surrogate or substitute gestation(代理或替代懷孕)－懷孕方式之一，一位女性同意「孕育孩子並在生產後交給另一個人或另一對夫婦」，在大多數情形中，通常是由這對夫婦提供精子或胚胎以成孕：若提供精子，則透過人工授精成孕；若提供胚胎，則經由試管授精及胚胎轉殖以成孕。

Value(珍視、價值)－(動詞) 將某物視為非常重要；(名詞)被視為相當重要的事物。

Virtue(德行)－人所具有的良好品質，特別是其個性及行為中的良好品質。對某些特定族群來說，一些德行會特別重要，譬如同理心之於醫師、勇氣之於消防隊員、誠實之於證人等。

Whistle-blower(告密者/舉發人)－向公眾或當權者告發某人、某組織違反倫理或非法行為的人(「whistle-blower」字面意義為「吹哨者」，這種表達方式來自體育界，裁判吹哨即代表有犯規行為發生)

附錄B：部份網際網路醫學倫理資源

世界醫師會手冊(World Medical Association Handbook) (www.wma.net/en/30publications/10policies/) 包含世界醫師會所有的政策全文(有英文、法文、西班牙文版)

世界醫師會倫理資源
(World Medical AssociationEthics Resources)
(www.wma.net/en/20activities/10ethics/index.html) – 包含以下內容：

- 世界醫師會課程
- 醫學倫理組織，包含其倫理守則
- 醫學倫理教育
- 倫理學與醫療專業主義

聯合國科文教組織生物倫理教育資源
(UNESCO Bioethics Educational Resources)
(www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/ethics-education-programme/activities/educational-resources/)

各國倫理委員會資料庫(National Ethics Committees Database)
(http://apps.who.int/ethics/nationalcommittees/) – 依國家與主題別蒐集倫理相關議題之聲明文件。

美國國家衛生研究院生物倫理網路資源
(U.S. National Institutes of Health Bioethics Resources on the Web)
(http://bioethics.od.nih.gov/)

甘迺迪倫理中心，喬治城大學，生物倫理研究圖書館
(Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Bioethics Research Library)
(https://bioethics.georgetown.edu/)

附錄C

世界醫師會

全球醫學院課程納入醫學倫理與人權教育決議文
Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum of Medical Schools World-Wide
（1999年10月於以色列特拉維夫舉辦之第五十一屆世界醫師會大會通過）

1. 有鑑於醫學倫理及人權為構成醫學專業工作及文化整體的一部分，
2. 有鑑於醫學倫理及人權為構成世界醫師會歷史、結構及目標整體的一部分，
3. 茲決議，世界醫師會強烈建議全球醫學院校將醫學倫理學及人權之教學納入必修課程。

世界醫學教育聯盟

(World Federation For Medical Education, WFME)
全球品質提昇標準－基礎醫學教育(Global Standards for Quality Improvement－Basic Medical Education)
(http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file/)
全球品質提昇標準是所有醫學院校都應符合的標準，而其標準中有下列幾條提到醫學倫理：

1.4 教育成果

醫學院校必須訂出學生畢業時所應表現出的預期教育成果…，成果應包括醫學倫理學、人權與醫

學法學的知識與理解。

2.4 行為暨社會科學與醫學倫理

醫學院校必須在課程中納入行為科學、社會科學、醫學倫理和醫學法學等元素…醫學倫理處理醫療場域的倫理議題，比如醫師行為和決策時應具備的價值觀、權利與責任…。醫學教育納入行為科學、社會科學、醫學倫理和醫學法學，會提供有助於瞭解健康問題的社經、人口學與文化成因的相關知識、概念、方法、技巧與態度，疾病的分布與後果，以及一國健康體系和病患權利的知識。這些訓練有助於分析社區和社會健康需求、有效的溝通、臨床決策與倫理落實。

2.5 臨床學科與技術

臨床技巧包括詢問病史、生理檢查、溝通技巧、手術與調查、急診、處方與治療。專業技巧包括病患管理技巧、團隊/領導技巧和跨專業訓練。適當的臨床責任包括健康促進、疾病預防與病患照顧等活動。

6.4 醫學研究與獎助

醫學院校必須確保醫學研究和教育活動間的交流，要鼓勵學生、並培育他們參與醫學研究與發展。

附錄D—強化醫學院的倫理教學

有些醫學院校幾乎沒有倫理教學，另一些醫學院校則有高度發展的學程。但即使是後者，也總是還有進步的空間。這裡提出一套程序，不論是醫學生或是教員，任何想要強化其機構之醫學倫理教育的人士，都可以由這套程序著手：

1. 熟悉機構中的決策架構
   - 院長
   - 課程委員會
   - 教員會議
   - 具影響力的教員
2. 尋求他人的支持
   - 學生
   - 教員
   - 重要的行政人員
   - 全國性的醫學會
   - 全國性的醫師規範組織
3. 提出有力的根據
   - 世界醫師會：全球醫學院課程納入醫學倫理與人權教育決議文
   - 世界醫學教育聯盟：全球品質提昇標準－基礎醫學教育
   - 其它醫學院校的例子
   - 研究倫理的要求

- 預期會遭受到的反對(例如：課程負擔過重)

4. 提供協助
   - 提供對於架構、內容、教員及學生資源的建議可參考世界醫師會倫理部有關醫學倫理教育資源的網頁:
     www.wma.net/en/20activities/10ethics/40education/index.html
   - 和其它醫學倫理教育計畫、世界醫師會等聯繫
5. 確保延續性
   - 促進成立永久性的醫學倫理委員會
   - 網羅年輕學生
   - 招募額外的教員
   - 讓新教員及主要行政主管人員參與

附錄E – 其他案例研究

給青少年的避孕建議

莎拉已經十五歲了，她住的鎮上最近越來越常發生性侵害的事件。她來到你的診所，請你開一張口服避孕藥的處方給她，好讓她萬一受到性侵害時不會因此懷孕；懷孕會讓她學業中斷，而且很難找到老公。莎拉跟你說她不想讓她的父母知道她在使用避孕藥，因為他們會認為她是想要和男朋友發生性關係。你對莎拉的動機有些懷疑，但是你也肯定她想要避孕的決定。你建議她帶父母一起來診所找你，對這個議題做全面性的討論。三天後，莎拉單獨赴診，告訴你她有試著和她的父母溝通這個問題，但是他們拒絕這個討論。現在你該怎麼做？

早產兒 *

麥克斯於母親妊娠 23 週時早產。因為他的肺部還不是很成熟，所以需要使用呼吸器；此外，因為他的血管尚不穩定，所以他還有顱內出血的問題。事實上，他不太可能活得過幾個星期，如果他真的活了下來，智力及身體上也可能會有嚴重殘障。在發生腸道感染之後，他的情況變得更糟了。目前有可能藉手術將腸道感染的部位切除，保住他微小的生存機會；但他的父母不願簽同意書，因為他們不希望麥克斯受手術之苦，也認為他永遠不會有夠良好的生活品質。身為麥克斯的主治醫師，你認為應該要動手術，但對於他父母親的拒絕，你不知道該如何處理。

* 由德國漢諾威醫學院 Gerald Neitzke 醫師及 Mareike Moeller 女士提供

HIV 感染＊

S 先生已婚，兩個孩子都還在念小學。他因為一種罕見型式的肺炎在你的診所接受治療，而這種肺炎常常和愛滋病有關。他的血液檢驗結果顯示他的確是 HIV 陽性。S 先生說他想要自己決定是否要告訴他太太這件事、又什麼時候要告訴她。你告訴 S 先生：讓他太太防範受到感染可是件攸關生死的大事；此外，要她來做 HIV 檢驗也很重要，萬一檢驗結果為陽性，她才有機會服藥以延緩疾病的發生，藉此延長她的生命。六個星期後，S 先生來你的診所接受生理監測檢查。他在回答你的問題時說他還沒告訴他太太這件事，他不想讓她知道他有過同性性接觸，因為他害怕她會因此跟他斷絕關係，造成家庭破碎；但是為了保護她，他只和她有「安全性行為」。身為 S 先生的主治醫師，你在想是否應該要違背 S 先生的意願，而將他受 HIV 感染的情形告訴 S 太太，以便如有需要，她也有機會開始接受治療。

＊由德國漢諾威醫學院 Gerald Neitzke 醫師及 Mareike Moeller 女士提供

治療獄囚

你的醫療勤務之一就是每兩個星期要花一天的時間到臨近的監獄為囚犯看病。昨天你治療的一位囚犯臉上和身上有多處擦傷，你問他這些傷是怎麼來的，他說他在接受審問的時候拒絕回答，所以遭到獄官攻擊。雖然這是你第一次遇到這種個案，但你也曾自同事那裡聽過這類案例。你相信自己應該要對這個問題採取一些行動，但是那個囚犯卻拒絕授權讓你把這個訊息透露出去，因為他怕會被獄官報復。此外，你也不是很確定這個囚犯說的是不是實話；負責帶他來給你醫治的警衛說，這個囚犯先前和其他的囚犯打過架。你和監獄管理人員有良好的互動關係，不想因為「虐待囚犯」這個未經證實的指控而傷害彼此的關係。這時你該怎麼做？

生命終末的決定

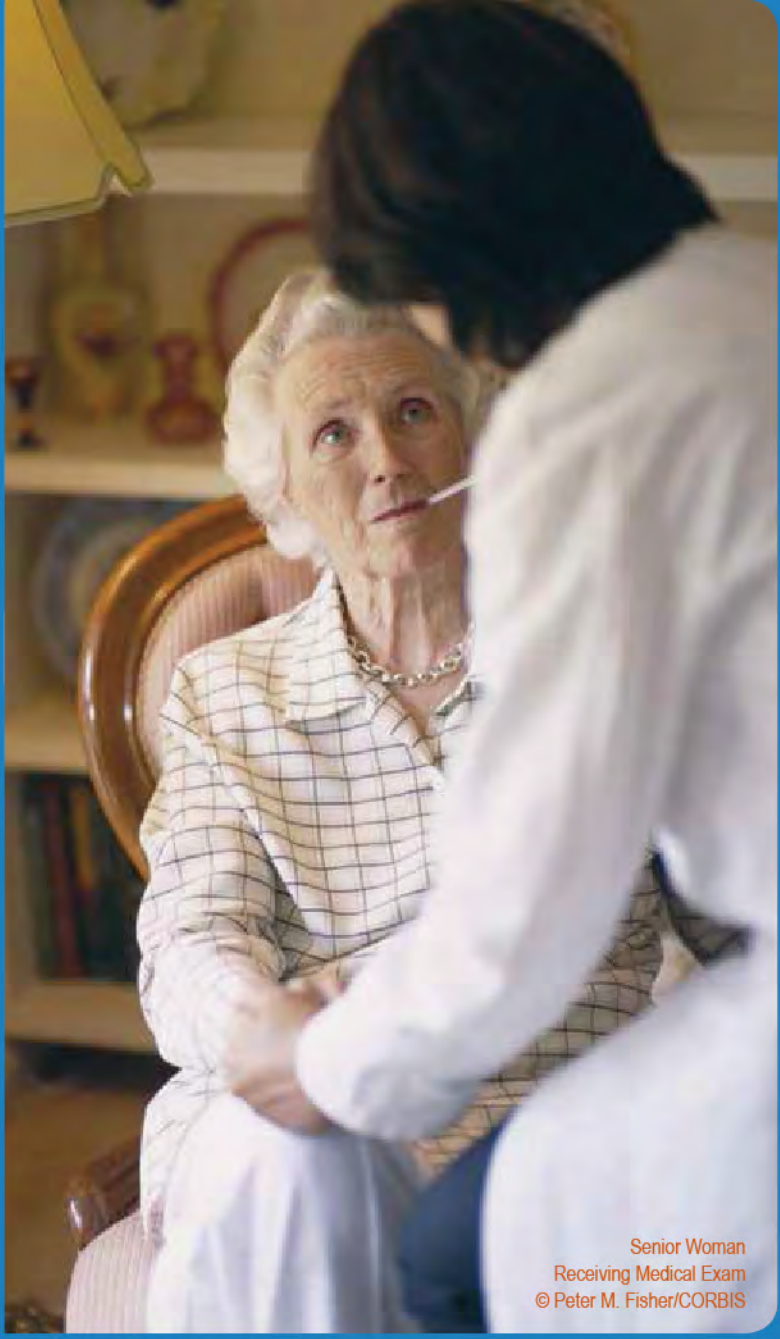
一個八十歲的老太太從安養院轉到你的醫院來治療肺炎。她十分地虛弱，而且有輕微的精神異常。你成功地治好了她的肺炎，但就在她要被轉回安養院前，她卻中風了，這讓她右半身癱瘓而無法自己吃東西。很顯然地，為她插餵食管讓她很不舒服，而在她幾次試圖用左手拔掉管子之後，她的左手臂被綁住了。現在她完全無法表達她的意願，你也找不到她的小孩或其他親戚來為她作醫療決定。幾天後，你的結論是她的情況不大可能改善，能讓她脫離苦痛的方式除了施打鎮靜劑以外，就只有將餵食管拔掉讓她死去。這時候你該怎麼做？

案例研究選輯

聯合國教科文組織生物倫理案例研究選輯
(UNESCO Chair in Bioethics collections of case studies)-
http://research.haifa.ac.il/~medlaw/(UNESCO Chair)

世界衛生組織國際健康研究倫理議題案例選輯
(WHO Casebook on Ethical Issues in International Health Research)-
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547727_eng.pdf?ua=1

其它參考-
http://bioethics.od.nih.gov/casestudies.html#other



Senior Woman
Receiving Medical Exam
© Peter M. Fisher/CORBIS

世界醫師會是一個不分執業專科、地域或場所，而代表全球醫師發聲的組織。它希望藉由致力將醫療照護、醫學倫理、科學、教育以及有關健康的普世人權提昇至最高水準，來完成其服務人類的使命。

世界醫師會The World Medical Association
B.P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, France
Email: wma@wma.net Fax: (+33)450 40 59 37
Website: www.wma.net

世界醫師會授權
中華民國醫師公會全國聯合會印行

ISBN 978-92-990079-0-7