

放棄知情同意：一個尚未成熟的想法

Becky Cox White and Joel Zimbelman

摘要

在晚近對知情同意的批判裏，Robert Veatch 論證，這種實踐之發展目標，在原則上是無法達成的。筆者則認為，Veatch 以病人最佳利益之決定在理論不可能性為焦點，被誤用到醫療的實踐學科裏，而且，他誤以為病人／醫生的溝通，無法提供確保病人最佳利益的知識。筆者亦將推斷，Veatch 倡議的那種以價值為基礎的專業配對，根據他自己的標準來看，是不可能落實的。最後，我們要重新檢視知情同意在哲學和實踐上的成立理由，並歸結

Becky Cox White, Ph.D., Department of Philosophy, California State University at Chico.

Joel Zimbelman, Ph.D., Department of Religious Studies, California State University at Chico.

原載：*Journal of Medicine and Philosophy*, 1998, vol.23, No.5.

《中外醫學哲學》II：2（1999年5月）：頁53-81。

該實踐應該保留下來。

關鍵詞：行善 (beneficence)、最佳利益、知情同意 (informed consent)、病人／醫生關係

知情同意簡史

自從保健舞台出現以來，知情同意的踐行一直都是學界和實務界注意的主題。之所以如此，部分原因出於對廣闊的歷史興趣，特別是倫理學家和臨牀醫師希望評估這種踐行的得失、其主張的價值觀以及在快速演變的臨牀和研究環境中，其與可接受的專業實踐之間的概念關係。但這樣的考察，亦源自這實踐道德基礎上難以馴服的不確定性。即是說，知情同意不是從對自主 (autonomy) 的尊敬、行善或其他道德價值之組合中可得出的一項意涵。^[1]

二十世紀中葉之前，唯在醫療目標之達成，必然涉及讓病人知情取得其同意的情形下，才會出現。專業人員只從醫療利益來理解和界定行善，做法是相當狹窄的，而大家亦假定專業人員曉得病人最佳 (醫療) 利益是什麼，以及什麼最能促進此利益。特定病人的福祉之爭議，亦被認為是源於資料不周全、不精確，或是詮釋不當，而絕非因為醫生行為有問題或存心不良。然而，醫療人員卻可能「存心」不優先考慮病人自己的利

[1] 自主和行善二者在做為知情同意基礎上的競爭，特別精闢的分析可參考 Wear, 1993, 尤其是第二至第四章；Pellegrino and Thomasma, 1981, pp.177-178, 214-219; Beauchamp and Childress, 1994, p.142; and Childress, 1982, pp.77-78.

益的，這證之於有關參與納粹大屠殺醫生的活動，以及美國研究社群濫用特權之報導 (Lifton, 1986)。^[2] 由於研究實驗對象之容易受到侵害，所以，成立保護個人不受強勢專業研究者之侵害，是持之有故，言之有理的。^[3] Hans Jonas (1969)、Paul Ramsey (1970)、Jay Katz (1984) 亦指出，在更寬廣的、治療的脈絡裏，特定病人在促進其自身利益上有普遍的無力感；他們還以有力的論據指出，「病人身為人」之利益，在專家界定的行善中，並未得到可靠的保障，而合乎道德的醫學，理應更明確地將病人的聲音納入保健決策裏。

終歸一句，當代的知情同意之實踐，其源起實乃針對人身控制、自決和自主決定等關懷而發的，凡此皆與個人自我利益之界定和保護，乃至於控制對身體接近息息相關 (Faden and Beauchamp, 1986; Beauchamp and Childress, 1994, pp. 132-181)。知情同意的道德根據，不再視為完全在於行善，而是實質上從自主和尊敬人格等原則推導出來。如此 (重新) 理解，知情同意不再是可有可無的，(除了少數十分明確界定的例外情形) 而是有強制性的；同意亦不再看成是單純的病人同意 (或大家常常認為的沒有異議)，而是更為複雜而富變化的活動，其設立是讓病人能夠自主地選擇，並享有實踐上更大的

[2] 在保護被研究對象上，美國醫療研究社群最驚人的一些失敗案例，也許乃是 Tuskegee 計劃 (Jones, 1981)，即不對患梅毒黑人做有效治療，好讓研究者探究病毒的自然進程；另外，Willowbrook 實驗 (Ramsey, 1970, pp.40-58) 則不讓殘障兒童入學，除非他們的父母同意其讓子女刻意感染肝病，以研究其自然發展史。Beecher (1966) Katz (1972) 對醫療研究社群研究上廣泛的濫行，有詳細的考證。

[3] David J. Rothman 最近論辯說，鼓吹臨牀情境中的知情同意，只是對各類制度諸多攻訐的一種，這些攻訐起因於民權運動這種較大的社會利益，其焦點則在於讓個人成功地擺脫更有權力社群之利益的影響 (1991, pp.98-100)。

決策權。而病人的權利、病人的增權 (patient empowering) 和病人自主等，亦開始成為專業實踐交談中常見的用語。此一重新思考，產生了「病人的權利清單」(American Hospital Association, 1972)，亦促成「科研人體保護全國委員會」(National Commission on the Protection of Human Subjects) (1978)「醫學暨生命醫學、行為科研中倫理問題研究委員會」(President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research) 所做的結論，亦即，對人及其自主的尊重，必須將決策權交到有能力病人的手中。^[4]

對自主及人格尊重的道德承諾，在法律機制中亦有相類似對自決的承諾。再者，知情同意做為確立病人決策自主的機制，長期以來在許多方面都受到法律支持。法官 Cardoza「每個成年且心智健全的人，都有權利決定其身體受到什麼對待；一個外科醫生沒得到病人同意而動手術，是犯了攻擊之罪，要負傷害之責」(Schloendorff vs. Society of New York Hospital, 1914) 這句常被引用的話，為往後許多判決提供一個概念的基石，這些判決主張，決策權是在有行為能力病人的手上，因而，應該將相關的資訊提供給他。^[5] 不管這些判決有何差異，它們都一致地承認，無法取得知情同意，侵犯了病人沒有他／她同意，不得碰觸的權利，而無法取得知情同意構成了法

律上的毆打罪 (Bohlen, 1924)。將決策權歸置於有能力病人身上的法律趨勢，終而催生了聯邦立法的「病人自決法案」(Public Health and Welfare, 1990)；此法案旨在尊重病人及其自主，其方法是，承認自決之「法律與道德」權利，並(至少在理論上)將他們置於有能力限制研究和臨牀的專業權威的位置上。

II. 晚近對知情同意實踐之挑戰

雖然知情同意在理性情況下讓病人有權力和有能力做出最可能促進其自我利益的決策，但知情同意的實踐從未完全擺脫概念和實踐上的挑戰。相對來說，醫生比生命倫理學家更懷疑這種實踐，亦不時指出長久以來的困難，包括有意義地告知病人實情(有些人主張這根本不可能)(Inglefinger, 1972; Lankton et al., 1977)，決定病人行為能力(White, 1994; Roth, Lidz and Meisel, 1977; Drane, 1985)以及使病人不受強迫性的影響(Lidz et al., 1983; Sherwin, 1992, pp. 140-44; Wear, 1993)。

雖然許多醫生和生命倫理學者都主張對自主尊敬與行善在道德權威上有平等地位，並致力去決定在什麼條件下，何者優先，或何者處於輔助地位，然而，有些學者卻堅稱，最恰當的方式，不是將自主視為眾多價值之一，而是視為一「側面的限制」(a "side constraint")。在這樣的看法裏，自主「總是」基本的道德價值；唯有滿足此一價值，其他道德價值才起作用(Engelhardt, 1996; Nozick, 1974)。反過來說，女性主義評論者則指控，對道德審思和證成採取解決問題那種進路，以一個理想化的個人為焦點，他被建構為孤立的、受規則或權利主導的個人，亦被假定為以理性為動機且明哲保身的個人。這樣的進路，無法承認女性偏好的那種更為社群感受和直觀的道德取

[4] 我們要指出，反對的聲浪(我們大都同意)往往都認為，否定行善在醫學中的角色，等於是捨本逐末。我們在這裏的重點，只是就自主目前取得醫療決策中首要地位，指出價值層級中的一種變遷。

[5] 參見 Schloendorff v. Society of New York Hospital, 2311 N.Y. 125, 129, 105 N.E., 92, 93 (1914); Natanson v. Kline, 186 Kan. 393, 350, P. 2d 1093, rehearing denied, 187 Kan. 354 P.2d 670 (1960); Canterbury v. Spence, 150 U.S. App. D.C 263, 271, 464 F.2d, 722, 780, cert. denied, 409 U.S. 1064 (1972)。

向 (Gilligan, 1977; 1982; Nahowald, 1996; Sherwin, 1992, pp.137-40, 161-65)。還有人主張，決策方法以有能力為自己喜好提出理性維護為前提，如此一來，教育程度和表達能力較差的人，以及較可能沒有自信的人，便處於不利的地位 (Sherwin, 1992, pp.137-40; Dula, 1994, p.18)。還有，根據各類文化觀點的分析亦主張，同意並未普遍地得到重要的道德分量 (Chiavacci, 1992, p.98)，對可接受的醫事實踐也許並不相干，要不然，也可能視為專業責任之廢除 (蓋因在某些文化裏，醫生總被認為有最佳的認知)。

III. Veatch 反知情同意的論證

知情同意之受到大量批評，意謂着該概念也許因修正而得到很好的成效。可是，生命倫理學家 Veatch 晚近的一篇重要論文卻有更激進的見解，意謂應該全然放棄知情同意的臨牀實踐。認同知情同意對於醫療之道德實踐有重要性、效用和核心地位的慧見，Veatch 給予徹底的質疑。Veatch (1995) [6] 論證說，在落實醫學的核心目標即病人利益極大化上，知情同意之地位與力量一直得不到很好的理解，卻未經反省被採用，且廣泛地得到過高的評價。Veatch 甚至主張，雖然在一般理解裏，知情同意乃實質上每種治療和實驗情境中確保病人利益之核心要素，但知情同意「在實踐上」是沒有用的。這種批評是過當的，也因為如此，Veatch 才說，知情同意要理解為「純然過渡性的概念」，應該代之以理論上更為站得住腳，更為可能落實醫療行善目標的機制。

[6] 下文對 Veatch 的引述，除非另有說明，都指這篇文章。

Veatch 並不否定，卻忽略對自主之尊敬的重要性。(實際上，他的進路意謂着對第二秩自主的承諾。〔7〕) 確切地說，他主張知情同意的實踐之建立，是要保護病人的最佳利益，但「在原則上」卻無法達成那樣的保護。一個更可靠的進路，乃是以共持價值觀即「共持的基本世界觀」為基礎的病人／專業人員配對 (patient-professional pairings) (pp. 5, 11)。他的意思 (至少部分如此) 是說，病人會根據什麼算是利益且由此得出什麼是有利行動的共同看法來「選擇」醫療服務提供者。配對恰當的病人與醫生，想得到的結果應該是一樣的，而這種想法的相似性，可做為理由，支持醫生根據其最佳的判斷來治療病人 (或將之納入治療實驗的範圍)。^[8] 而服務提供者，很可以做病人的代言人，蓋因他們十分相似 (也許是相同) 的價值觀，會產生十分相似 (也許相同) 的選擇——較之當前知情

[7] Childress 區分第一秩和第二秩的自主：

順從國家或教會的人，由於他們抒發其第二秩的自主即選擇他們順從的制度，故沒有第一秩的自主，亦即，就決策與選擇的內容來說，沒有自我決定可言 (Childress, 1982, p. 59)。但這樣的人，還是保有第二秩自主的，這是就這方面來說的，即他們也許在選擇國家或教會做為其判斷與抉擇根源上抒發過並持續抒發其自主。由此說來，「第一秩自主」和「第二秩自主」是有重要分野的 (Childress, 1982, p.59)。所以，這種通俗理解是不精確的論斷：但凡將判斷及決策權讓渡給另一代理人或制度，就等於放棄其自主。(Childress 在政治社群脈絡中提示這兩種自主觀的差異，不過，這論證也許同樣能用於病人／醫生的關係)。

[8] Veatch 明顯主張尊敬 (第二秩) 自主這個道德律令 (「病人理應能夠根據自決權，選擇與醫生配對」)，即令他不認為，第一秩自主與促進病人於臨牀環境中的利益之間，是可能相容的 (「行動不與知情同意原則相一致，病人的利益亦得到最好的發展」)。一旦執著於第二秩自主，自發且知情的病人／專業人員的配對便是可取的策略；而這樣的執著也許與放棄第一秩自主相一致。合法且有共識的配對一旦建立，知情同意的實踐便不再必然是要滿足自主或行善的要求。

同意的實踐，可能促進病人最佳利益的選擇。^[9]

驟看之下，這個進路會有重要的優點。如果病人／醫生配對成功，那麼，斷定病人的能力、讓其知情、取得同意，並斷定有無強迫性影響力等要求，就不復存在。由於祛除這些障礙有相當效益，所以說，Veatch反知情同意的種種說法，值得我詳加考察。

Veatch的評估與要求正確嗎？我們相信，答案是否定的。下文要證明，Veatch的實質要求有三個問題：1.在概念上不適切；2.在實踐上不可行；3.無法說明更為廣闊的道德價值和診療目標的範圍，而這道德價值和診療目標，既可以支持知情同意的實踐，而在臨牀的情境中，亦為知情同意實踐所保護。

Veatch反知情同意的論證，有三個主張和三個推導的結

[9] Veatch做了一個可疑的預設，但沒有提出辯護：一個共持的世界觀在邏輯上蘊涵着，關於什麼東西有價值、肯定什麼東西有價值，乃至於追求、取得有價值目標並使之持續的可行機制，亦會有相似或同一的觀點。事實上，即使有共同世界觀的諸個人間，實踐層面上實質的道德多元論和分歧意見卻屢見不鮮。對美好生活縱使有共持的遠景，但在達成這目標的手段上，卻可有迥然不同的，乃至是不可共量的執著。對「愛你的鄰人」這個命令的不同詮釋，就是一個例子。同樣是好的基督徒，但對這個命令卻有各式各樣的解讀，或謂它要求我們將自己的利益和鄰居的利益等量齊觀，或要求我們將鄰居的利益擺在第一位，或要求我們戮力去尋求鄰居的福祉，如同我們追求自己的福祉那樣一心一意（參見 Outka, 1972）。詮釋的豐碩內容造成的這種困擾，理應不支持這種主張：共同的世界觀容易促成共同的善或對之觀念。進一步的生活經驗可確證，特別是關於「載有價值」和複雜的議題（如基因工程、墮胎、無性生殖、生產技術之使用、協助死亡、資源分配等），有實質上相似世界觀的人，其執持的立場卻極為不相似。例如，支持和反對墮胎的人都堅決主張，他們勢同水火的立場都對人有所尊重，前者尊重人的自主抉擇，後者則尊重人的生命。根據這些觀察，我們相信，未經明顯的討論，就假定病人總會同意在價值上與其配對的醫生的治療選擇，是不太明智的。

論。第一個主張是，醫療的目的在於病人利益極大化；第二個是，病人的最佳利益唯有可認知才能極大化；第三個則是，醫生絕不可能真正認知病人的最佳利益。因此，醫生絕不可能斷定如何將病人利益極大化。再者，醫生不可能建議並要求病人同意一個「最佳」的治療方法。所以，知情同意並不能確保病人的最佳利益。

Veatch反知情同意論證的核心，乃是其第三個主張，即保健服務提供者無法取得病人「最佳」利益的真正認知。值得一提的是，Veatch的論證乃是知識論的論證（epistemological）；^[10]他相信（所持理由下文將討論）對病人最佳利益的「真實知識」是「不可能」達到的。^[11]我們打算論證，此一論斷在理論上的確為真，實踐上卻為假，因而在保健的語境中並不是難以控制的問題。

[10] 說一項論證乃知識論的，是使之有別於形而上學的主張（如有關價值之本質的主張），並有別於後設的主張（如，說某物有價值，只是說某人對它持正面的態度）。

[11] Veatch認為，沒有醫生能確實知道什麼會在特定臨牀情境中促進病人最佳利益。病人在這方面的看法，並不能「確實」提供正確的資訊，只提出他們想要什麼的資訊。因此，在病人最佳利益的問題上，Veatch似乎預設了一項溝通的虛無主義（communicative nihilism）。病人之無能力傳達任何真實訊息，大概來自如下的一個或多個預設：(1)病人在理解治療的技術面上，有難以處理的缺陷；(2)病人必然感到迷惑，或者是自我欺騙，要不然，就是(3)病人的期望並不（無法）與其最佳利益相同。如果是(1)或(2)，那麼，就無法將事實告知病人；預設(3)假定了Veatch並不同意的一個形而上學的立場，亦即，人的最佳利益並不但但是其期望（即使最佳利益可以反映於對期望的陳述之中）。無論如何，不能相信病人的說法足以呈現他們的最佳利益，因而，知情同意這種做為確保病人利益的機制，乃是虛幻不實的。

IV. 病人最佳利益之發現

病人最佳利益在理論上之不可知。

醫生不可能認知病人最佳利益，此一論斷可做理論和實踐的分析，而Veatch對二者皆有檢視。重要的理論問題是，道德哲學家始終都無法成功地維護任何普遍的價值理論（亦即，界定什麼是真正合乎何人的最佳利益，即使特定的個人無法體認這利益，或甚至是否定有此利益）。缺少一個普遍的價值理論，意謂着沒有人可以認知什麼東西真的對人是好的。這亦表明，沒有人知道其他人（甚至是自己！）最佳利益之性質，因而，沒有人知道如何去促進一個人的最佳利益。擴大來說，醫生不可能知道病人最佳利益之性質，或如何去促進這些利益（pp. 6-8）。〔12〕

價值學家的挫折是眾所周知的，而缺少一個決定性的價值理論，勢必導致價值理論的充斥。沒有普遍性的定義，特定的個人、社群、專業或機構都提出競爭性的「善」之觀點，因而形成了價值學刺耳的雜音。〔13〕

醫生亦難幸免於這種爭論。沒有普遍性價值理論做後盾，他們面臨令人卻步的多元性的善，其性質以及層級區分，則顯然必須由病人來定奪。但Veatch仍然認為，即使假定醫生可以斷定如何為病人最佳的醫療或健康利益服務（這種假定是可疑的，蓋因每個病人都有獨特的生理狀態，從而對特定的治療有獨特的反應），他還是無法拿他斷定的利益和病人其他利益來

比較（p.7）。如此一來，什麼是最符合一個人最佳利益的判斷，是不可能以可靠方式來加以評估的（pp. 6, 7）。Veatch歸結說，「愈來愈清楚的是……不再有任何基礎，以假定醫生可以猜測整體上什麼是病人最佳的利益」（p.5）。

病人合理利益實踐上充分的可知性。

我們不反對Veatch最佳利益「理論上」不可知的說明，我們質疑的，是他對此一知識論缺失之意涵的陳述。在我們看來，即使醫生不可能知道病人的「最佳利益」，他們還是可以成功地對病人「合理」利益有充分的認識，以便在臨牀的情境中來促進。這個主張有三個論證來支持。其一是，醫學在促進人類利益上有其源遠流長的歷史，其專業地位至今屹立不移，乃由於它確實很成功地促進人類的利益。醫生的積極貢獻，如拯救生命，盡量降低疾病與苦痛，不但都為從業人員，連社會大部分不太需要看病的成員都認同。簡言之，無法說明「最佳」利益，無礙於許多重要的，雖然屬於初步、偏狹和主觀利益之達成。更重要的是，我們的確「知道」病人樂見哪種結果出現，蓋因他們不但明顯同意有這些結果，同時亦汲汲於尋找能助他們達成這些結果的專業人員。其次，醫學固然有重要的理論構面，但它本質上乃是一「實踐」的學科，就其本身來說，醫學乃依據特定目標、價值觀以及為達成目標與價值觀的行動來架構的。換言之，要起任何作用的話，任何實踐學科（醫學也不例外）必須以「宛如有些」善值得追求的態度而起作用，「宛如有某些」善可促進病人某些「個別的、可認知和正當的利益」。因此，對一門實踐性學科來說，相應的問題並非「哪種善是人人『必須』追求的？」而毋寧是「以我們特定（專業人員、社群或個人）的價值觀為前提，什麼目標是『我們』應該追求的？」〔14〕這樣的尋問輕易得出有價值的認知，而做為行為之依據。總之，Veatch以理論知識的缺失為前提的論證，無礙於醫事日常的實踐。我們反對Veatch之主張醫生絕不

〔12〕這也是一個知識論的問題。我們也可以從形上學立場，主張病人「確實」有一組不具體的最佳利益，而某種特定的治療「確實」會促進這些利益。重點在，醫生和病人都無法有這樣的知識。

〔13〕對客觀的價值理論的缺乏，特別令人折服的討論，可見於 Griffin, 1986; Nagel, 1977; Parfit, 1984, pp.493-503; Brock, 1991, pp. 120-125.

可能有足夠知識去促進病人利益，所依據的第三個理由是，他誤解了醫學的目標。Veatch主張醫學的目標在於將病人「最佳利益」「極大化」，但這是錯誤的。醫學的目標較為謙遜，不在於極大化病人最佳利益，而在於「促進」病人某些利益。^[15]由於大多數情況裏，達成這個目標之合理方法不止一端，所以問題並非「什麼是最佳方法」而毋寧是「有什麼合理方法？」這也是 Veatch 本人建議的處理方式 (p.6)。

專業人員首要目標總在於讓病人活命，而非本質上在於重構那些生命。即使我們同意 Veatch 的看法，認為醫學的責任在確保病人最佳利益，而且這些利益要整體地加以認知，但我們還是弄不清楚，若不使用知情同意這機制，讓病人表明醫療的目標是否與其肯定的更廣的價值觀相容，那麼這樣的認知是如

[14] 雖然這樣的要求與 Veatch 的批判考察格格不入的，但他明確地讚許，它乃解決代理決策難題的一項有用的解決方案 (p.6)，而在病人／專業人員以 (假定為非普遍的) 深度價值為基礎的配對中，他亦隱含地肯定這樣的要求。

[15] 雖然「美國護士協會」(American Nurses Association, ANA) 和「美國醫療協會」(American Medical Association, AMA) 的倫理守則都提到病人的福祉，卻都沒有說到病人福祉的極大化。ANA 的「護士守則」說到，「由於病人自己在攸關其健康、治療和福祉的事務上，乃是首要的決策者，所以，照護活動的目標，是盡最大可能，支持並強化病的責任與自我決定」(ANA, 1985, p.i)。在這裏，根本就沒提到福祉的極大化，促進福祉是病人自己的事。同樣的，AMA 的「醫療倫理原則」指出，「醫學專業長久以來都贊同主要為病人利益而開展的一組倫理命題。身為這個專業的成員，醫生必須承擔對病人、對社會、其他保健專業人員和對自我的責任」(AMA, 1986, p.ix)。在這段話裏，又可看到，不但病人的利益不必然極大化；可推想的是，病人的利益有時候甚至會被更具強迫性的利益所取代，如社會、其他專業人員或醫生自己等的利益。即使 Hippocratic Oath 雖承認醫生之為醫生，「在於為病人利益着想」，卻沒有主張要將病人利益極大化。再以「病人權利清單」(Patient's Bill of Rights) 為例，它並不承認每個人有權利使自己的利益極大化 (AHA, 1972)。

何可能的。但如下文指出的，Veatch 放棄第一秩的自主 (反對敬重知情同意這種成規之觀念) 而取第二秩自主 (尊敬病人有自由為了可欲的配對而尋求特定的醫生) 的做法，並無法保障病人的最佳利益。

簡言之，假如從特定的焦點和實踐性質來看醫學，那麼 Veatch 所說的病人最佳利益之不可能性所提的論證即令有效，亦沒有切中問題重點。病人客觀或普遍的最佳利益之真正曖昧難懂，不足以否定知情同意的實踐。說得誇張一點，假如對病人利益沒有完全而精確的資訊，可做為反對知情同意的理由，那麼擴大來說，亦可以做為完全反對醫療實踐的理由。

病人／專業人員不可能溝通？

也許，斷定病人最佳利益並非必要的，但醫學若要進行，那麼斷定某些利益的方法還是有其成立理由的。從歷史來看，醫學純然假定 (這假定對多於錯)，病人亦認同醫學這專業的種種承諾——拯救生命、恢復健康、防止疾病或傷殘，並盡量減少苦痛 (MacIntyre, 1975, p.97; Faden and Beauchamp, 1986, p.12)。但由於有共持價值觀的共同文化已然演變為多元的社會環境，這種假定不再站得住腳，因而不得不要有其他方法取得有關利益的資訊。^[16]一般來說，讓對話者表明其喜好的人際對話，就可滿足這種要求。不管對話語境是醫學、政治或婚姻，資訊都可以傳遞。Veatch 卻主張，醫生不可能知道病人的利益：「研究一下醫療決策理論就漸漸清楚到，不再有任何根據，可假定醫生猜測整體上什麼是病人最佳利益……」(p.5)。

這個主張令人迷惑。如果病人成功地傳遞其健康的訊息，就沒理由假定他們不能傳達他們的希望或利益的訊息。醫生可

[16] MacIntyre (1975, pp. 108-109) 論證說，醫學救命至上的執著，現在並不如以往的時代那樣有迫切性了，蓋因人命不再那麼脆弱，而現在的技術能夠不恢復健康卻可延長生命。

以知道病人實際上要什麼，蓋因病人可以告訴他們。其實，知情同意就提供了機會來處理這種關懷，它讓病人和醫療服務供給者有機會具體詳述他們對善和利益的觀點，以及它們孰先孰後的排序。有關利益的對話也許要花很多資源，而病人亦可能難以將其利益說清楚，但那不等於主張利益「在原則上」難以理解，或這難以理解是無法改變的事實。

然而，Veatch似乎假定了一種特殊的病人／專業人員的溝通過程。在他的筆下，知情同意幾乎完全是由專業人員來操作，他對病人描繪單一的「最佳」治療方式，而病人則是沉默而被動的聆聽者。^[17]但事實上，知情同意理解為雙向活動，才是恰當的。至少說，專業人員提出建議——包括建議的理由，以供病人考量。病人有機會追問，專業人員議的治療方式與預期結果之間的關係，有機會要求得到其他治療方式的資訊，並依據自己觀點來選擇哪種療法。^[18]

Veatch之支持一個貧乏的知情同意觀，意謂着他亦對病人／專業人員互動有另一個預設：有關利益的有意義溝通是不可能的。但這個主張令人困惑。病人與醫療服務提供者，即令在非理想的臨牀情境裏，都討論各種可選擇治療的方案，以及其對病人利益的意涵。以病人的抉擇為行動根據，或促進其抉擇的醫生，其行動從醫學實踐的焦點來看，縱使夠不上是為病人

[17]對這類醫生／病人相遇的情境，更完整的描述可參見 Katz, 1984。

[18]參見 Brock, 1987; Buchanan, 1991, p. 97; Engelhardt, 1996, pp. 111-116; Faden and Beauchamp, 1986, pp. 16-19; Wear, 1993, pp. 28-30; and White, 1994, pp. 13-27。這些會面亦不必然只是利益的分享。例如，Brock (1991, pp. 117-125) 認為，價值的定義並非本質上不可修正的，那是說，醫生不必要假定，病人對自己價值觀的陳述，或達成這些價值最佳方法之印象，乃是無可爭辯的。實際上，病人在這兩方面奇奇怪怪的看法，應使專業人員做進一步研究，至少有時候要試著說服病人重新考量或修正其主觀的價值論。

做了最佳的工作，亦可算是做了夠好的工作了。

總之，雖然Veatch可以抱怨說，我們的批評離題太遠了，畢竟，他的計劃是要證明知情同意的實踐無法將病人福祉極大化，並建議一個較能達成這個目的之方法。我們上文論證過，醫學的任務不在於病人福祉極大化，而只在於促進其福祉，而且，這個實踐的目標乃是切實可行的。不過，我們仍然打算考量一下，Veatch所建議的替代方法即深度的價值配對（deep values pairing），是否可能達成該目標。

V. 深度價值配對之不可能

根據Veatch的看法，治療的選擇唯有能有效促進病人最佳利益，才算得上是恰當的。但為了論證之便，我們假定，病人不曉得為了什麼（例如，因為焦慮），無斷定或說明其主觀的價值或利益，而如此一來，醫生亦無法可靠地斷定什麼算是恰當的介入。Veatch之所以擔心有這樣的情形，乃由於，「病人的合理選擇若取決於其信念與價值觀，那麼專業人員除非對病人的信念與價值觀有所認知，不然，即不可能確定已提示出所有合理的選擇」（p.10）。那是說，專業人員唯有能建立治療的各種選擇與病人利益的因果效應，治療選擇才算是恰當的。但假定，專業人員無法得悉病人相關的價值觀或利益，這樣一來，醫生就無能力斷定病人的利益，因而無法有用地建構出各種可選擇的治療方案了。如此，保健專業人員又如何能得悉病人的價值觀，以做為促進其福祉必為的初步工作？

Veatch認為，「要是病人根據『深度的價值配對系統』來為其福祉選擇專家團隊（律師、會計師、醫生等），那麼，〔病人福祉之促成〕也許就更有希望」（p.11）。因此，我們可以選擇與我們有志一同的會計師，即盡量節稅，或者是，選擇與我

們有共同意見的醫生，認為苟延殘喘的生命，其重要性低於身體有一定機能的生命或有品質的生命。

此一建議固然有其動人之處，卻明顯假定了病人與專業人員可理解他們自己的價值觀，亦假定他們能理解對方的價值觀，以便於比較，做為特殊配對的保證。但Veatch已然主張，這樣的價值觀總是且整體上無法為他人所悉。它們之無法被知性，源於個人無能力加以闡明，而不由於知情同意實踐某些特定的構面。既然Veatch根據這些價值觀不可被知性來反對知情同意，那麼，他就不得不說明我們如何能加以理解以進行價值配對。不幸的，Veatch沒有提出說明，且由於缺少類似說明，他對知情同意實踐的反對意見，亦可用於反對他自己所提的建議。換句話，Veatch無法一致地主張，就某種治療策略（主張知情同意）來說，病人的價值觀之不可知，但就其他策略（建立深度的價值配對）來說，卻並非不可知；價值觀要嘛可知，不然就是不可知。Veatch自己反對知情同意的論證若是成功的話，反證明他自己的深度價值配對系統「在理論上」無法促進病人的利益。^[19] 實際上，既然他提出了反知情同意論證，我們就弄不清楚，醫生與病人如何能斷定何時出現真實而有效的價值觀配對。

但為了討論起見，假定個人深度價值及衍生性利益是可知的。如此一來，問題就在於，「深度價值觀配對在真正的實踐中可不可能促進病人最佳利益？」答案是否定的。事實上，深度價值觀配對之計劃，對無數病人／專業人員情境帶來難以克

服的阻礙。

扼要地說，我們不妨假定，病人能詳述其深度價值觀，並且，在其有需要保健服務前就表明過其深度價值觀。這樣，主要的問題就是，醫療人員之配對了的價值觀（matched values）是否可為大多數（甚至是許多）病人所知。舉一個漸漸常見的例子，即尋求墮胎醫療服務的病人難以得到這樣服務。若將「提供墮胎服務的老派人物」，與許多不願意進行這種爭議性服務的年輕專業員一起來看，意謂着病人對他們的價值觀或利益之理解和表述，也許並不夠充分，以保障其得到可極大或至少能促進那些利益的照護。即使墮胎方面的照護不受到道德質疑，但要找到可配對的醫護人員也許還是不可能的。這種照護的障礙——如地理因素、家庭醫師和小兒科醫師相對之缺乏、第三者支付和管理醫療之介入等——限制了可尋找的專業人員之數量。有足夠證據顯示，鄉下和中部城市的病人找不到醫護人員，如此就使得這樣的計劃注定難以奏效；計劃的前提是，有大量可供選擇的醫生，他們有充分多樣的價值結構，以服務同樣有多樣性的病人。同樣的，以成本為基礎來考量轉診的醫務管理人員，對病人希望諮詢價值觀更相容的醫生，會毫無遲疑地以財務理由而加以限制，特別如果那類諮詢人員收費更高，或者是與醫務管理組織沒有簽訂契約（Freeman, Weil, Berris, 1996）。簡言之，有相容價值系統的醫生對病人來說，不太可能是求則得之的（或者說，即使找得到人，財務上亦不予支持）。

然而，就算價值觀相容的醫生在人選和經濟上都沒問題，病人如何斷定的確有這些人呢？即令能克服反對醫生做廣告的成見，我們亦很難想像，醫生會公然表明其較具爭議或未成熟的價值觀。我們只消回憶一下，醫生提供墮胎服務而被殺的事件，就不會懷疑，像鼓吹不予治療或撤除治療的人，只會以謹慎恐懼的心態來討論相關的觀點，亦只會跟其熟悉的病人討

[19] Charles H. Montange 也有類似的論證，雖然是在實踐而非理論的名目下為之：……醫生沒能力根據病人的非醫療需要來評估一種治療。醫生發現病人所有心理的、社會的、事業的需要與責任，要付出的成本實在太大了。只有病人充分知道他自己的價值喜好、感受苦痛的能力、未來的事業、社會性規劃和宗教信仰，以評估某項特定治療不可取，足以將病人的滿足極大化（1974, p. 1646）。

論；他們若公開細述這些觀點讓完全陌生的人來檢視，會損傷其可信任度！同樣的，未來在合法情況下，那些願意協助病人自殺或安樂死的專業人員，也許不願意公開宣布他協助病人的事實。在我們的想法裏，病人花不少錢，努力一再地求診（為了省錢不再求診，就放棄很好的價值配對），與醫生一次又一次地會談，以建立雙方的相容性，但這些做法都是徒然的，蓋因專業人員的信念與值觀可能被批評為「令人不悅」。

不一定只有醫生對自己價值觀三緘其口；醫生乃是個「道德」陌生人，要病人將自己的價值結構和盤托出，恐非易事。除非醫生願意先將其價值觀公開（但如上述，這似乎不太可能），要不然，病人無法保證個人價值觀披露出來後，會受到認同、分享，乃至於容忍。說得更確切點，許多病人就是不希望與「任何人」分享這樣的資訊，即使說出來後可能得到同情的理解。

再者，就算病人／專業人員配對可以達成，實際上也可能無助於病人的利益。在辯駁知情同意作為達成行善之方法上，Veatch主張專業人員的價值觀縱使不必然推翻，至少也會「污染」到醫療的決策。由於專業人員給予專業價值（如救命）的份量，「必然」高於更為一般的、非醫療的價值，所以，他們在評價上會偏好促進專業價值觀的抉擇（如救命的手術），對於不促進專業價值觀的抉擇（如不動手術），則給予較低評價。更特別的是，專家可能有偏好，建議其拿手的方法（例如，循環系統外科醫生會主張以食物治療法來治療咽喉痛）。這個過程的風險，在於其治療建議可能與病人的利益不相容，蓋因專業人員提供建議，將之視為「真正」地促進病人福祉，即使病人可能有相反的想法。這樣的傲慢，連同病人／專業人員間那種典型的不平等（如在知識、權力、保健脈絡中的決策能力），實質上確保專業人員的價值觀至上。除非深度的價值配對有辦法根除（或至少降低）專業人員的偏見——因非專業

人員為何該認同專業人員的偏見？——要不然，專業人員的「污染」還是揮之不去的。

最後還要處理價值觀演變的問題。身患重病或命在旦夕時，人的價值觀會有激烈的轉變，這是醫生耳熟能詳的。熱愛獨立生活的人，一再表明「不靠機器」過活，但碰到呼吸困難，也許會乞求一個呼吸器，至少持平來說，也會發現呼吸器之類的機器沒有想像中那麼可怕。當然，反過來說可能亦不假；生命至上的人會不惜一切得到活命的器具，但生了痛徹心扉的病，或治病的特殊方法令其盡失尊嚴，他可能會拒絕這樣的器具。問題不在於病人在治療選擇上改變心意，而在於「他們修正了促成選擇的價值觀（或價值觀的層級）」（可參考Dresser, 1984, pp.13-16）。或許，更常見的情形是，對這類問題病人本來無定見，卻發現不得不形成自己的觀點——也許是不得不形成自己的價值觀。

這種實情，讓Veatch的價值配對策略無計可施。要嘛就是容不下價值觀演進（因為演進完全破壞病人／專業人員現存的價值配對），要不然，至少在有能力為之時，病人不得不尋找新的醫生（但這樣一來，他們就喪失治療上的好處，即由已然相處融洽和信得過的專業人員照料）。反之，若容許價值觀演進，就不得不留下空間，讓修正的價值觀得以溝通，並肯定當前知情同意名下的那種對話，如，「我從未想過會那樣說，不過……現在我還有哪些選擇？」，因此，價值差異果真出現，病人和醫生的行為，要做到好像知情同意不但可能，並且是不可或缺，且可能促進病人的利益。在這種場合裏，對自主的尊敬是十分關鍵的。於此，相信第一秩的自主（first-order autonomy）（包括「當場」的知情同意）的Veatch，面臨無法處理的理論和實踐問題，因而信奉第二秩的自主（病人自發地選擇保健人員）。但我們已然指出，第二秩自主在原則和實踐上都無法在病人面臨價值演進時確保其利益。確切地說，第一

秩自主和知情同意在保護病人利益上都是有必要的。

VI. 知情同意持續之道德力量

儘管知情同意有其限制，我們還是相信它在臨牀情境中有其道德的強制性。這個主張可有數個論證來支持。

A. 自主論證

在Veatch，知情同意只能局部地以訴諸於行善來證成；其另外的理論基礎乃是自主，或自決（Faden and Beauchamp, 1986, pp.16-19; President's Commission, 1983, pp.53-45; White, 1994, pp.13-27）。^[20] 做為一種實踐，知情同意之建立，是要夷平決策的遊戲場，要將決策權從醫務人員手中搶奪過來，授予病人。此一舉動，有好幾個理由。

首先，我們可以論證說，自主先於行善，因而先於對病人利益之決定（Brock, 1991, p.125; Buchanan, 1991, p.97; White, 1994, pp.24-27）。這主張設定了一個自主的「人」，他主張一組界定其利益並做為自主「抉擇」基礎的目標、價值與信念（即一個價值結構）。在這裏，行善源自自主地開展的價值結構，沒有這結構，行善亦不可能；至於醫護人員若要促進病人最佳利益，則必須以病人對該等利益之界定為前提。

其次，自主與行善是可以分離的。例如，病人也許真的相信，持續治療合乎其獨立地考量的最佳利益，卻自主地為了利他的理由而選擇放棄利益，如撫平家人的情緒或遣解財務壓力（Battin, 1985, pp.40-57; Buchanan, 1991, pp.93-94）。這引起

的道德困惑在於，是否要尊重病人自主的選擇或促進其他行善的利益。我們的論證是，自主的同意也許保留了自決，而其強化對知情同意的認同，卻是純然以行善為基礎的方法可能無法比擬的。

B. 行善論證

從另外的角度來看，我們也許會論證說，自主與行善是匯流的，即是說，自主的抉擇與自決都合乎個人最佳利益（Brock, 1991, p.125）。這裏的主張是，決策權威乃是一利益，而自己做抉擇能促進個人自身的福祉。這樣的分析不必假定，這些抉擇確保抉擇者有其他當前的或未來的利益；它純粹是說，個人若為自決的抉擇者，則不論有什麼進一步的效應，他都會比較好。如此一來，希望促進病人最佳利益的醫護人員，若在其他情形不變的條件下，都會尊重病人的決策權並肯定知情同意的實踐。（根據這分析，更具說服力的利益，可優先於尊敬自決和知情同意的利益。）

但一般的想法裏，知情同意除了促進或尊敬自決外，還給出其他的利益。其拳拳大者，可包括醫生對臨牀決策更多的關注（為其必須說明或維護的建議做更充分準備）。^[21] Steven Wear（1993, pp.60-61）提議說，尊重自主以外的其他許多好處，都源自知情同意。Wear亦提示，病人與醫生之間不可或缺的對話，由於可降低雙方的心理距離（從而降低視對方為「道德陌生人」的知覺），故而促進雙方的關係。誘導病人參與對話，降低了（鼓勵或容許）病人被動而依賴的傾向。對風險和預後（prognoses）的討論，可養成病人對自己的前景有更實際的理解。最後，一旦醫生與病人有所互動，知情同意可辨

[20] 對這種主張的辯駁，參見 Wear, 1993, 特別是第二章。

[21] 參見 Brody, 1989, p.9。

別出機能上無能力的病人，找出並矯正錯誤的看法，擴大醫生對疾病和治療在病人生活中扮演角色的認知，進而鼓勵病人在未來會面時更願意「提供資訊」。知情同意另外的好處，也許亦包括：當病人曉得他們的問題可以成功處理或改善，曉得保健專業人員願意並能夠滿足其需要，且沒有隱瞞病情時，伴隨知識不足的那種心理不安就會降低（我們面臨的困難一旦被「指出」，焦慮就會較低）。

此外，知情同意增強病人／專業人員雙方的關係，對雙方都有好處。Veatch本人在其較早的著作中說到「有平等決策責任」的專業人員與病人的關係，這關係可容許「……的那種分享，使醫生體會到，一旦要做出重大的決定，病人必須保有控制其自己生命和命運的自由」（Veatch, 1972, pp.5-7）。在這樣的安排下，「病人與醫生雙方都保有其道德完整性」（Veatch, 1972, p.6）。知情同意蘊涵的溝通、對話和個人責任，有助於養成種種習性，如願意聆聽、真情的溝通與談判、尊重隱私，以及容許自主性的抉擇，即使是我們不同意的那些抉擇。簡言之，知情同意促進的那種相遇，可能形成負責任且自主的病人，以及負責任而有德的專業人員（McCormick, 1989, pp.8-9）。

C. 隱私論證

與自主論證關係密切的，是隱私論證。隱私可界定為，保護個人身體或心理空間不受非意願的、未經同意的干預。尊重隱私，保障個人可嚴格控制對其身體之接觸，不但決定容許誰來接觸（或取得相關的資訊），以及在何種情境之下，即何時和為何接觸。從道德上來合理證成對隱私的尊重，可以是義務論（deontological）的，亦可以是結果論的（consequentialist）。義務論者的論理是，禁止侵犯個人的身體或思想，實乃是道德尊敬的構成核心，且足以做為傳統道德規則的根據（如禁止殺人、傷害等）。結果論者則認為，個人的安全乃是（也許是最）

強有力的正面結果。

隱私得到法律長期以來的支持。^[22] 未得到未經同意碰觸（即使沒有傷害的碰觸）的權利，可構成犯者之暴行罪（battery），且「與習慣法同樣久遠」（Warren and Brandies, 1890, p.193）。而免於受到這樣碰觸之恐懼的權利，至少自十九世紀以來，一直都受到禁止暴行法的保護。^[23] 如同 Charles Montange指出的：未經病人同意所進行的治療，乃是不當的治療，由此形成了知情同意說。治療勢必碰觸到病人的身體。如未經有效同意而進行，即視為故意干涉個人——即視為一暴行（1974, p.1635）。Montange還說，類似案例，罪責不在於對病人的照顧，而在於「不合法的碰觸」（1974, p.1636）。^[24]

對同意問題，法院判決的個案之焦點，一直都在於對身體隱私之侵犯（未經同意的碰觸），但一項相關的想法值得注意。若未經個人同意而取得有關個人私人資訊，亦可以視為侵犯隱私權。病人將其私人想法與人分享，即細述其價值觀與信念，乃是深度價值配對系統「不得不有」的前提，但信奉這樣的配對系統，等於信奉同樣有害的，形式也許更為細密的人身威脅和暴行。今天，陌生人（如保險公司人員、窮人醫療計劃的審查者^[25]）取得醫療紀錄情形漸漸增加，在這樣的環境裏，病人價值觀的紀錄，對隱私構成真實的威脅。姑且不論暗

[22] 知情同意論旨之法學史，始於1905年，當時，法院在 *Mohr v. Williams* 承認，控制對個人身體接觸的權利，乃是最為基本的個人權利。這權利擴用到保健的範圍，因而醫生亦要遵從未經同意不得碰觸別人的一般限制。後來的案例亦毫無折扣且一致地支持，個人的自決權利，以及不受到未經同意碰觸的權利。參見註腳 5。

[23] Warren and Brandies, 1890, p.194, 註一。

[24] 這樣的分析明顯見於 *Natanson v. Kline* 案例中411, 1107的350 P2d。

[25] 令人更擔憂的，也許是電腦駭客或辦公室好管閒事之輩「未經授權」而取得醫療紀錄。

處裏的陌生人得知這種價值觀，光是被迫說出個人人格如此私密的部分，即可以構成威脅了。

D. 不為惡論證

看事情囿於一己的觀點，以自我利益為行為出發點，這是人的傾向。也因此，他們在追求自己的目標與利益時，往往侵害別人利益，不顧對別人盡應有的義務。若要保護大家不受傷害，有時候就要節制這種傾向。在體認人類自欺、自利和便宜行事的傾向上，知情同意是一種自然而然的回應方式，它足以節制，或防堵醫療人員侵害病人利益的傾向。^[26]體現在文化或專業裏的某些價值觀與實踐，對病人的價值觀與目標有所排擠，同樣的，知情同意在此亦有保護作用。

E. 實踐論證

醫學乃是實踐的學科，在我們居住的世界中發揮功用。雖然禍福難料，但病人現在都期望，沒有其明確的同意，不會進行治療的干預，要徵詢病人，獲得其首肯才進行治療，已然成為被認定的實踐。司法傳統支持這樣的實踐；病人預期、希望受到這樣的對待，倘若得不到這樣的對待，便憂心忡忡，並可能認為那是專業人員對他們的不敬。

當然，大眾也許分不清好的醫療實踐要怎麼做。舉例來說，倘若與深度的價值配對比，知情同意更有助於醫療實踐的品質，那麼，醫療專業就有責任對大眾施以再教育，以認清這個事實。但根據上文所說理由，我們認為這樣的可能性微乎其微。

VII. 結論

對知情同意在確保病人福祉的效用，Veatch提出了許多重要的疑問。他認為並無辦法促進人客觀的最佳利益，這點特別值得留意。不過，醫學的實踐性格，讓專業人員不得不將這個理論議題擱置一旁，理由在於，在此留連忘返，會使他無法促進病人合理的利益。

理解得當的知情同意，是需要不少資源來實行的。既然如此，似乎可降低所需資源的替代性選擇，聽起來便有吸引力了。再者，選擇這樣的替代方案，似乎既能恢復醫生夢寐以求的決策權威，也可以解決如何取得道德上有效的同意這個棘手問題，這當然是我們樂見的。將個人的生命，健康或決策權威，託付給認同我們深層價值觀且似乎更有能力做艱難抉擇的醫生，這樣的觀念是動人的。

我們不是說，深度價值配對縱使行得通，也可能不會有持此論者所說的某些正面特徵。可是，該進路及其否定知情同意而無法擺脫的實踐上的難題，意謂着如Veatch所闡述的這個進路，不可能達成其預期的好結果。而它在理論和實踐上對第二秩自主的依賴也是行不通的；即令它在後援上的困難可以克服，捨棄知情同意而偏好深度價值配對的進一步動作，亦無法體會到知情同意賦予病人、保健專業人員和整體社會的那些道德價值。放棄知情同意在道德上是不恰當的。

[26] 這種趨勢的傑出討論，包括了Alexander, 1949; Beecher, 1966; Lifton, 1986; and McCormick, 1989。

參考資料

- Alexander, L.(1949). 'Medical science under dictatorship', *New England Journal of Medicine* 241 (2), pp. 39-47.
- American Hospital Association (1972). 'A Patient's Bill of Rights', American Hospital Association, Chicago.
- American Medical Association (1997). *Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations*. Chicago: American Medical Association.
- American Nurses Association(1985). *Code for Nurses with Interpretive Statements*, American Nurses Association, Kansas City.
- Battin, M.P.(1985). 'Non-patient decision-making in medicine: The eclipse of altruism,' *The Journal of Medicine and Philosophy* 10 pp. 19-44.
- Beauchamp, T. and Childress, J.F.(1994). *Principles of Biomedical Ethics*, 4th ed., Oxford University Press, New York.
- Beecher, H.K.(1966). 'Ethics and clinical research,' *New England Journal of Medicine* 74, pp. 1354-1360.
- Bohlen, F.H. (1924). 'Consent as affecting civil liability for breaches of the peace,' *Columbia Law Review* XXIV, pp. 819-835.
- Brock, D.W.(1987). *Health Care Ethics: An Introduction*, Temple University Press, Philadelphia.
- Brock, D. W.(1991). 'Facts and values in the physician-patient relationship,' in *Ethics, Trust and the Professions: Philosophical and Cultural Aspects*, E.D. Pellegrino, R. M. Veatch, and J.P. Langan(eds.), Georgetown University Press, Washington, D.C., pp.120-125.
- Brody, H.(1991). 'The physician's knowledge and the patient's best interest,' in *Ethics, Trust and the Professions: Philosophical and Cultural Aspects*, E.D. Pellegrino, R. M. Veatch, and J.P. Langan(eds.), Georgetown University Press, Washington, D.C.
- Conterbury v. Spence, 150 U.S. App. D.C. 263, 271, 4; 64;F.2d 772, 780, cert. Denied, 409 U.S. 1064(1972).
- Chiavacci, E.(1992). 'From medical deontology to bioethics: The problem of social consensus of basic ethical issues within Western culture and beyond it in the human family,' in *Transcultural Dimensions in Medical Ethics*, E. Pellegrino, P. Mazarella, and P. Corsi(eds.). University Publishing Group, Inc., Frederick, M.D.
- Childress, J. F.(1982). *Who Should Decide? Medical Paternalism in Health Care*, Oxford University Press, New York.
- Drane, J.(1985). 'The many faces of competency,' *The Hastings Center Report* 15(4), pp. 17-21.
- Dresser, R.(1984). 'Bound to treatment: The Ulysses contract,' *The Hastings Center Report* 14(3), pp. 13-16.
- Dula, A.(1994). 'Bioethics: The need for dialogue with African American,' in "It Just Ain't Fair,": *The Ethics of Health Care for African American.*, A. Dula and S. Goering(eds.), Prager, Westport, CT.
- Engelhardt, H.T. Jr.(1996). *The Foundations of Bioethics*, 2nd ed., Oxford University Press, New York.
- Faden, R.R. and Beauchamp, T. L.(1986). 'Abandoning informed consent? Letters to the Editor,' *The Hastings Center Report* 26(1), pp. 2-4.
- Gilligan, C.(1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Gilligan, C.(1972). 'In a different voice: Women's conceptions of self and morality,' *Harvard Educational Review* 47(4), pp.481-517.
- Griffin, J.(1986). *Well Being*, Oxford University Press, Oxford.
- Ingelfinger, F.J.(1972). 'Informed (but uneducated) consent,' *New England Journal of Medicine* 287, pp. 465-66.
- Jonas, H.(1969). 'Philosophical reflections on experimentation with human subjects,' *Daedalus* 98 (2) (Spring), pp. 219-247.
- Jones, J..(1981). *Bad Blood*, The Free Press, New York.
- Katz, J.(1972). *Experimentation with human Beings: The Authority of the Investigator, Subject, Professions, and State in the Human Experimentation Process*, Russell Sage Foundation, New York.
- Katz, J.(1984). *The Silent World of Doctor and Patient*, The Free Press, New York.
- Lankton, J.W. et al.(1997). 'Emotional responses to detailed risk disclosure

- for anesthesia: A prospective, randomized study,' *Anesthesiology* 46(4), pp.294-96.
- Lidz, C. W. et al.(1983) 'Barriers to informed consent,' *Annals of internal Medicine* 99(4), pp.539-43.
- Lifton, R. J. (1986). *The Nazi Doctors: Medical Killing and the psychology of Genocide*, Basic Books, Inc., New York.
- MacIntyre, A.(1975). 'How virtues become vices: Values, medicine and social context,' in *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, H.T. Engelhardt, Jr. and S.F. Spicker (eds.), The Netherlands: D. Reidel Publishing CO., Dordrecht, pp. 97-111.
- Mahowald, M. (1996). 'On treatment of myopia: Feminist standpoint theory and bioethics,' in *Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction*, S.M. Wolf, (ed.) Oxford University Press, New York.
- McCormick, R.S.J. (1989). 'Theology and bioethics,' *The Hastings Center Report* 19(2), pp. 5-10.
- Mohr v. Williams. 95 Minn. 261, 104 N. W. 12(1905).
- Montange, C.H. (1974). 'Informed Consent and the Dying Patient,' *The Yale Law Journal* 83(8), pp. 1632-1664.
- Nagel, T.(1977). 'The fragmentation of value,' in Engelhardt, H.T. Jr. and Callahan, D.(eds.), *Knowledge, Value, and Belief*, Institute of Society, Ethics, and the Life Sciences, Hastings-on-Hudson.
- Natanson v. Kline. 186 Kan. 393, 305 p.2d 1093, rehearing denied, 187 Kan. 354 p.2d 670(1960).
- National Commission for the Protection of Human Subjects (1978). U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- Nozick, R.(1974). *Anarchy, State, and Utopia*, Basic Books, New York.
- Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, P.L. 101-508, § § 4206 and 4751.
- Outka, G.(1972). *Agape: An Ethical Analysis*, Yale University Press, New Haven.
- Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*, Oxford University Press. New York.
- Pellegrino, E. and Thomasma, D. (1918). *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford University Press, New York.

- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1983). *Making Health Care Decisions: The Ethical and Legal Implications of informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- Qui, R.Z.(1992). 'Medical ethics and Chinese culture,' in Pellegrino, E., Mazzarella, P. and Corsi, P.(eds), *Transcultural Dimensions in Medical Ethics*, E. Pellegrino, P. Mazzarella, and P. Corsi(eds.). University Publishing Group, Inc., Frederick, M.D, pp.155-174.
- Ramsey, P. (1970). *The patient as Person. Explanations in Medical Ethics*, Yale University Press, New Haven.
- Roth, L.H., Lidz, C, and Meisel, A. (1977). 'Tests of competency to consent to treatment,' *American Journal of Psychiatry* 134, pp. 279-84.
- Rothman, D. J.(1991). *Strangers at the Bedside*, Basic Books, New York.
- Schloendorff v. Society of New York, 2311 N.Y. 135, 129, 105 N.E. 92, 93 (1914) .
- Sherwin S. (1992) . *No Longer Patient: Feminist Ethics & Health Care*, Temple University press, Philadelphia.
- Veatch, R.M.(1972). 'Models for medicine in a revlolutionary age,' *Hastings Center Report* 2, pp. 5-7.
- Veatch, R.M. (1995) . 'Abandoning informed consent,' *Hastings Center Report* 25(2), pp. 5-12.
- Warren, S.D. and Brandeis, L.D. (1890) . 'The right to privacy,' *Harvard Law Review* IV, pp. 193-220.
- Wear, S. (1993) . *Informed Consent: Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- White, B.C. (1994) . *Competence to Consent*, Georgetown University Press, Washington D.C.