

醫學道德的內在和外在標準

Tom L. Beauchamp

摘要

醫學倫理學結論的基礎和依據何在？這些基礎和依據是內在還是外在的？根據近來的討論，有三種不同的說法：一種是內在的解釋；一種是外在的解釋；還有一種是內在因素和外在因素結合的解釋。第一種是從醫學角度以及專業實踐的標準中發展一套倫理觀。第二種解釋醫學倫理學中的規範是以外在的標準為依據，例如公眾的意見、法律、宗教倫理觀或哲學倫理觀等。第三種則認為個別的醫學倫理觀是從個別的文化架構產生出來的，而每一種文化都有管制醫生的規範。

每一種觀點都有可取之處，但每一種也不足以支持它自己的論辯以及無法結合其他觀點中合理和可取的部分。本文建議的第四種解釋，它既可以提供一個避開上述三種觀點的限制的方法，同時又能保留每一種觀點當中最可圈可點的特徵。

關鍵詞：共同的道德 外在主義 內在主義
特定的內在道德 規範

Tom L. Beauchamp, The Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University,
Washington, DC, USA.

原載：*The Journal of Medicine and Philosophy* 26:6:601-619, 2001。
《中外醫學哲學》IV：1（2002年5月）：頁25-46。

一、內在主義

近來一些學者論證醫學的目的、目標或實踐是內在的，它們體現了醫生的功能，並決定了在醫學道德可接受的醫療手段 (Callahan & Parens, 1995; Goals of Medicine Project, 1996; Hanson & Gallahan, 1999; Kass, 1975)。在這些文獻中有影響力的是 Alasdair MacIntyre 用「實踐」這一個概念清楚地指出內在於一種有系統的集體生活中追求好處的時候是需要合作性的安排。他認為「內在於實踐的好處」，例如治療的好處就只有通過實踐和遵循那些限制和卓越的標準才能實現，因此，醫學內在的標準就已經決定了怎樣才算是一位好醫生。醫學，和其他職業相仿，由於歷史的背景和獨特的性質，使其維持了一種要求實踐者在參與中培養美德的傳統 (MacIntyre, 1984, 17, 175, 187, 190-203)。¹

本文主要討論 Edmund Pellegrino, Howard Brody 和 Frank Miller 各人有關內在主義學說的觀點。他們的觀點大致可分成兩類：(1) 關於醫學本性和目的的本質主義理論，和 (2) 醫生對醫學專業內在道德的忠誠度的專業為本理論。

Pellegrino 是受亞里斯多德影響的本質主義者。對他來說，醫學是「實踐而不是理論」，並且「本身已包含其目的」：

一旦我們決定了醫學是什麼，並從中領悟醫生應發揮怎樣的功能，我們就可知道他們應當做什麼——那就是醫學倫理學的內容。我根據治療關係三方面的相互作用——疾病的事實、專業的操守和……

(1) 引用的關於內在道德的絕大多數文章都是贊同地提及 MacIntyre 的理論，然而，除了 MacIntyre 所告訴我們的一切之外，基於實踐標準的倫理學有很多嚴重的問題，在許多事件中，是否在相關的領域，群體或專業中有倫理行為的準則或實際標準值得懷疑；在其他的事例中，現存的標準是否合適也值得懷疑。

對個別病人恰當和良好的治療行為，提出醫學倫理學上的重構。(Pellegrino, 1983, 7, 21)

Pellegrino 主張醫學的目的（醫療）決定了醫生的職責和美德 (Pellegrino, 1998, 1999; Pellegrino & Thmoasma, 1981, 章 8-9)。將醫學轉換或使其同化於其他目的，例如經濟上的目的，是對其的改變和歪曲，治療以外的所有其他目的都是外在於醫學的 (Pellegrino, 1983, 6, 15-16; 1999, 55-68)。²

Pellegrino 否認接受醫學的內在道德只是由於它是傳統、習俗或已被醫學團體認可 (Pellegrino, 1993, 1158-1162)。醫生本身可能不清楚醫學的目的或無法將其恰當地提倡。Pellegrino 堅持認為內在的醫學道德必須忠實於醫學真正的目的——治療。他理解醫生可能在醫學實踐中有一些與醫學真正的目的沒有正式聯繫的目標 (goals) 和動機 (purposes)，但是他認為這些目標同樣也是外在的，例子包括國家命令的措施、墮胎、用於法庭判決的精神病評估、屍體解剖、包皮環切和深切治療病房中衛生系統的分配等等。

Pellegrino 有時候提及至少有一種外在的標準——行善——作為判斷所有的內在標準：

我們主張行善依舊是醫學倫理學的中心道德原則……我們的目標是根據今天醫患關係新的實用性和新的緯度下，重新定義並且完善行善的定義。伴隨最近自主原則在醫學倫理學中的出現，看起來似乎有必要在自主性和行善之間尋求新的平衡，這一點對一些倫理學家來說好像是有些矛盾。(Pellegrino & Thomasma, 1988, 7-8)

儘管這些陳述似乎包含一種外在和一般的行善標準，但 Pellegrino 明顯的將醫學行善視為專門以治療為最終目的的內在標準 (Pellegrino, 1994, 362-364)。對行善範圍的

(2) Pellegrino 和 Thomasma 認為醫學、保健和研究的目的和結構給醫學倫理學的德行排定了順序。見 Pellegrino 和 Thomasma (1993) Pellegrino (1995) 和 (1985)。

這一種局限使 Pellegrino 能限制那些可以視為病人利益的東西。利益的種類，從他的角度來講，不包括例如提供生殖控制或安樂死。

對 Pellegrino 的程式來說，這種醫學行善的局限是至關重要的，但可能同時也是它主要薄弱之處。如果行善是一般的道德原則（它是的），如果醫生的身份決定他需要提供多種形式的利益（他們是這樣的），那麼就沒有明顯的理由將醫生的責任維繫在治療的單一利益上。病人和社會可能會出於良好的理由，認為整容手術、睡眠療法、輔助生殖、基因諮詢、收容所的關懷、醫生協助病人自殺、墮胎、絕育和其他醫療實踐中實際上和潛在的領域是重要的利益，而只有醫生才能安全和有效地提供。這些活動不是治療，或者至少不清楚它們怎麼符合 Pellegrino 治療的原形。此外，和它們聯繫在一起的治療和利益在不同的文化和群體中可能會有不同的理解，有些被認為是有益的治療，但其他人可能會將其視為宗教干預。

這一個問題可以回溯到 Pellegrino 說明治療是醫學唯一的目的主題。他相信他已經提供了一個「醫學」真正的定義，也就是說，一個抓住本質的定義。如果他是正確的話，我們就不能指責他的定義是主觀獨斷的。然而，我並不認為，用他的模式，或任何一種模式可以精確的界定醫學的目的何在，以及非醫學的行為又從何處開始。醫學這一個概念實在太模糊了；平常的語言，醫學院和法律都不能為此提供一個準確的界定。自古以來醫學就是一個充滿爭議的模糊概念，這種模糊性不會被一般的理論所驅散除非這些理論也被修改，這也就是 Pellegrino 的目的所在。他的醫學一元論極其量提供了一種主張的基礎，即是說「醫學」上還有其他可選擇的充足條件。每一種斷言的理據是否充分也有爭論，一個單一的理論能包含醫學上必要和充分的條件的可能性現在看來極其微弱 (Goals of Medicine Project, 1996, S2, S9-S16)。

框定界線去補救這一個問題不需要在一個主觀特定的境遇內，因為促使醫學從非醫學中劃分出來的起步點可以透過特定的原因來實現，例如保險政策、衛生政策和醫學院的課程。但問題是每一個境遇支持不同的起步點，而從中又會產生另一個境遇，由此發現沒有一般的理由需要像 Pellegrino 那樣畫出精確的的界線。

Pellegrino 對醫學的觀點，因而，缺乏一個原則性的基礎去排斥其他的解釋並忽略了醫生可以對病人和社會提供許多極其重要的利益，包括生殖控制和技術、拒絕負擔沉重的治療、對垂危病人的幫助、實施病人預囑政策、基因測試、整容手術改善容貌、預防性藥物、職業性藥物、流行病學、促進健康、營養學、舒緩痛苦和折磨以及臨終關懷等。

對 Pellegrino 理論中的這些問題，Brody 和 Miller 可能同意或不同意我的觀點 (見 Milller, Quill, Brody, et al., 2000, 354)；但是，在每一件事上，他們都關注內在醫學道德的一個截然不同的形式。

醫生，由於社會化成為醫學專業人士，忠誠於一套定義了醫學實踐的核心本性的道德價值。這些價值至少賦予了一些醫生在專業角色承擔的道德責任並且指明對醫生來說什麼是適當的美德……醫生職業的完整性是由忠於這些內在道德構成的……不能從社會上適用於每個人的普遍道德中獲得全部醫學實踐的道德內容。 (Brody & Miller, 1998, 386)

Brody 和 Miller 假定醫學不是道德上中立的事業，而是要肩負道德責任，被自身的道德規範的核心來管制的事業。這一個基本的道德架構源於恰當的醫學目標、明確的角色責任和專業道德——所有醫生必須遵循的醫學的內在道德。專業德行的完整性涵蓋了醫生獨特和典型的價值觀和規範，專業社會化加強了醫生對專業完整性的允諾。在醫學實踐中這種「專業身份的認同和完整性……限制了個體的表達」，醫學之外個人的完整性就沒有受到限制 (Miller & Brody, 1995, 9-11; Miller et al., 2000, 353-354)。

沒有人能夠合理的反駁醫學中的專業角色是與專業實踐是聯繫在一起，或者這些角色包含著美德、責任和專業完整感。保健專業人士理所當然的試圖為他們自己的成員定義和執行職責和能力的標準，在這一點上，我同意 Miller 和 Brody 的觀點。然而內在的醫學道德可能不足以使人充分理解和沒有足夠的連貫性，並在道德上不足以使人接受，即使是最基本的道德要求，傳統和專業標準也不能保證。

沒有在問題面前退縮，Miller 和 Brody 大膽的回應了它。他們將適合於醫學的核心道德規範從許多武斷和欠缺系統的專業倫理準則中區分出來，維持在醫學實踐中，有時出現自我服務、模糊或引起社會爭議的情況。他們的判斷是，在整體上，內在醫學道德不是過分自我中心、模糊或充滿社會爭議的——至少不會比社會上其他的道德問題所引起的爭議多。然而，他們也斷定醫學的內在道德不能給生命倫理學的工作提供綜合的框架。問題在他們看來，是內在道德產生於社會變動之中：「就算是醫學道德的核心也必須被審慎的重新評估並間斷的重構，這些重構只能被那些生活在現代社會中的人去實行而他們不可避免的在解釋歷史時受到社會價值的影響。」(Miller & Brody, 1998, 393-394；斜體部分附加)

這些主題允許外在標準合法的影響。Miller 和 Brody 因此探究在棘手的案例中是否醫生輔助的自殺與醫學內在的傳統標準相吻合，他們提出了驚人的假設（被 Pellegrino 全盤否定：1992, 27-42；1997, 236-253；1998, 71-91），即使醫學傳統鄭重地譴責這種行為，「今天的醫生可能還會斷言〈合法的〉從希波克拉底時代起很多事情已改變了……為了保證對內在道德的重構，所以在一些特定的情況下輔助自殺是可以允許的。」(Brody & Millet, 1998, 397)

儘管他們注意到「一些卓越的醫生兼生命倫理學家（例如 GayLin et al., 1988, 2139-2140）已經論證醫生輔助的死亡和醫學的內在道德是不可以調和的」，Miller 和 Brody

的結論是專業的完整性和道德責任事實上沒有被一些主動協助的死亡的形式所違反。他們的理由是「醫學目的」和「職業完整性」也允許這些形式的痛苦的解脫。我理解他們的意思就是這些醫學傳統道德上的改變是由一般原則或是植根於內在道德之中的承諾所保證的——他們稱之為合理的醫學道德規範的核心。

關於這一個主題，他們附加了以下面的一段文字以示認同外在標準的合法影響力：

專業完整性並不包括整個醫學倫理學。考慮到道德而不是專業完整性規範可以感染人們贊成或反對，允許醫生有限度的輔助死亡的實踐……應該採取實驗性公共政策將這些實踐合法化，使之受嚴格的安全措施制約。(Miller & Brody, 1995, 12-16；斜體部分附加。Miller et al.; 1994, 119-123; Momeyer, 1995, 13-24)

從整體上，這些論辯的是邊緣化而不是支持深層的內在主義。事實上，它承認內在的標準可能是膚淺並可以捨棄，而外在的標準可能是深層和基本的。像 Brody 和 Miller 暗含的意思中表露，重構醫學道德去涵蓋醫生輔助的自殺不太可能通過訴諸內在的醫學道德標準來產生。如果在醫學專業中這種力度的改革可以被接受，改變是不會由內在的標準所引發和推動的，而是來自社會對改革的期望，來自和內在標準關係不大的那些道德爭辯 (Wanzer, Federman, Adelstein, et al., 1989, 844-849)。

理性的人們都不會懷疑，在上世紀最後的二十五年，醫學中主要的道德觀點的轉向——例如知情同意的新指引、垂危病人的關懷和人類作為研究對象的保護制度——主要來自外在團體和外在標準，很少由醫學專業的內在道德來帶領這些改變。從這一個事實中得出的合理結論不是由醫生為自己制定的一套內在道德的核心規範並不重要，但問題是這種道德內在的規範本身就不能自圓其說。既然 Miller 和 Brody 似乎也不再堅持不同的方式，我的結論是他們對於內在道德標準的

討論缺乏強而有力的內在主義為主題。事實上，除了我們早已知道有關功能、缺點和支持內在醫學道德的需要之外，Miller 和 Brody 並沒有告訴我們多少新東西。

二、外在主義

如果有的話，是哪一種外在標準，解釋並為醫學道德的改善進行辯護？一種外在的道德包含了補充或糾正了那些內在道德的準則和價值。³ 公眾的觀點、法律、宗教組織和哲學倫理都曾作為外在道德的來源。當應用到生物醫學時，訴諸外在的道德通常反映了社會對道德墮落和弊端的關注。

在當代的生命倫理學中，哪一種外在影響能夠最適當地塑造醫學道德這個一問題，倫理理論為此提供了一個適當的普遍觀點和有影響的回答。我所指的「倫理理論」意味總體道德原則的整合體和對這些原則有系統的辯護。許多道德哲學家堅持認為如果我們能找到一種正確的理論，我們就可以修改或建構醫學倫理學去符合它。理想的情況是，一種理論就有足夠能力為醫學道德的整個體系辯護。

在 Bernard Gert 和 Danner Clouser 的文章中精彩闡述了將倫理理論作為醫學道德的標準的一種做法。他們堅持為了在生物醫學倫理學中進行一些明智的判斷就只能有「一種統一的倫理理論」而並不是「最終辯護的若干個來源」。唯一的一個正確的道德理論（他們的）是對「共同的道德系統」有系統的描述和辯護。他們理論的目標是提供「一個共同的框架，基於這個框架所有的爭論群體都能同意」，並且提供「一種並不是道德直覺上清晰的指引」。他們相信他們的理論將警示那些對此關注的人們轉向具體的問題，確定境況內

道德相關的特徵，決定對問題在道德上可接受和不可接受的解決方法的分別，並且顯示在哪種條件下可以充分和必要的辯護對道德規則的違背。他們宣稱，沒有他們的理論，在面對「新的、困難的或有爭議性的道德抉擇」時，我們就缺乏指引（Clouser & Gert, 1990, 尤其 231-32；Gert, Colver, & Clouser, 1997, 尤其 3-6, 15-19；Davis · 1995, 85-105）。

除了對這一個理論過度樂觀之外，Gert 和 Clouser 自己也不認為這一個理論在總體上有能力為醫學的內在道德提供足夠的外在標準。只有他們自己的理論可以做到這一點；其他理論都有致命的缺憾並且不能提供有力的建議。其他理論中的成分也同樣偏向支持自己學派的立場；並且所有致力於一種普遍的理論的都由於找不到一個普遍的道德系統理論而有缺陷，我將在本文以後的部分作出辯護。⁴

獨立於是否有一種理論是道德權威這一個持續的辯論和混亂，經常搞不清楚的是，如果有的話，一項哲學的理論是怎樣被用在醫學實踐的境遇當中。如果我們可以確信一項倫理理論能為醫學倫理學提供了最好的基礎，我們就可以通過逐步定義理論中的規範去有建設性地解決實踐和政策上的問題。然而，目前，我們仍沒有這樣的理論，而且也沒有一致的意見，即使在哲學倫理學的圈子中也是這樣，沒有這樣的理論要出世的跡象。在哲學領域之內的和其他領域中相互競爭的理論，比它們從中產生的對社會道德的承諾更容易受到爭論。即使個人堅信某一項特定的理論是正確的（權威的），他或她也需要理解一個事實，就是其他在道德上認真和知情的人會拒斥這一個信念。

(3) 關於外在道德的本性和影響的不同和有價值的觀點，見 Paul (2000)；ten Have 和 Lelie (1998)；ten Have (1994)；Rothman (1991)；Areen, King, Goldberg & Capron (Eds.) (1984)；和 Abram & Wolf (1984)。

(4) Clouser 和 Gert (1990, 231-232；1994)，以及 Green 認為 James 和我辯護的原則的計劃不能提供一種辯護的理論，或任何一種普遍的道德理論能夠有系統的統一一些原則將它們置於一種可以處理原則衝突的統一的精簡的理論中，缺乏一個完整的道德理論似乎對於他們來說是最重要的問題。

這樣的事實加劇了理論是否與實踐相關的懷疑，即現在沒有，從來也沒有而且也不太可能有一種真正實際的倫理學程式從基本上依賴一個普遍的倫理學理論。在歷史上哲學家試圖解釋和辯論道德，澄清道德的概念，檢查道德判斷和論辯是怎樣做出來的，並且安排道德的基本原則——不是使用標準化的理論去描繪專業倫理的準則或解決實際的道德問題。普遍的理論不能很好的配合，事實上根本無法配合實際的情況，因為他們討論的哲學問題脫離實踐。儘管關於道德，哲學的理論主要試圖理解或統一道德，並不是試圖去發展實踐的判斷或定義道德原則在實踐中的承諾。

我的一些觀點可能會引出我們應當拋棄理論家而引入實幹家這樣的結論。然而，好的改革，應該是哲學家使用在理論上的訓練去發展我們共用的道德資源。在最後的部分，我將再返回這一個假設上，包括為外在主義辯護。

三、外在主義和內在主義的混合

醫學道德的第三種解決方法包含內在主義和外在主義的成分。它認為一種難以追溯的世俗的道德多元主義充斥著現代社會，導致道德承諾在多樣的文化和群體中以不同的方式實施（即使個人的決定也是這樣）。這種觀點認為，每一個集體或群體——不是醫學專業人士或醫學普遍的目的——為醫學機構提供了外在的標準決定了其目的和它將怎樣給病人和社會提供服務。在任何一種文化中這些外在的標準融合在醫學內在的道德之中。

對這種理論較有影響的描述是由H. Tristram Engelhardt, Jr. 和 Kevin Wildes 提出的，他們認為醫學的本性和不同的群體例如猶太正教、羅馬天主教、印度教和世俗的人文主義對醫學倫理學的要求都存在著深刻的差異：

沒有辦法發現認可有實際內容的世俗道德或者在道德上找到正確和有實際意義的解決方法不是來自相同的群體，沒有共同的道德觀點

的人們。這些人在道德上是陌生的，他們看待世界的方式不同，道德異鄉人（不能夠）通過理性的道德論辯解決有實際內容的道德爭議。在另一方面，道德上有共同觀點的人，是那些享有共同前提的人。（Engelhardt & Wildes, 1994, 135-147, 引述136; cf. Wildes, 2000, 133, 137-140）

Wildes建議任何共有的均限定為在群體中共同持有的：「共用一種道德文化就是共用一種世界觀……一個群體就是一群人享有共同的利益或者觀點而並不被其他人所享有，向一個特定的群體轉向標誌了那些共用的東西。」（Wildes, 2000, 7）

根據 Engelhardt & Wildes，醫學沒有普遍的道德涵蓋任意特定的群體或者可以構造出來去涵蓋它們。獨特的信念體系包含「醫學倫理學」。例如，猶太正教的觀點，只是為一部分猶太國家以及那些堅定和接受它作為規範的醫生來決定什麼是不可接受，什麼是可接受。即使是藥物和治療這樣的概念也是由群體來定義的。被視為是一種治療或關懷的方式在另一種傳統中可能會被禁止，例如輸血、心肺復甦、器官移植、使用嬰兒組織、草藥等等。從這一點看來，醫學中什麼是允許，什麼是義務的道德標準是從集體中得來的，並不是從普遍公認的醫學目的或醫學專業的獨立承諾中得來的。事實上，許多的藥物和相關的醫學倫理學，每一種也有其獨特的目標和規範。

因此，任何一個由集體中產生的關懷體系和任何符合它的內在醫學道德的，在道德上與其他的關懷系統和內在道德是同樣好的。這些系統中的道德規範都值得尊重，無論採用它們是基於怎樣的原理或後果（Engelhardt & Wildes, 1994, 137-138）。只有當群體中的成員認同它的權威性時，而且也僅在此時這些規範才有道德上的權威。當中發揮作用的這一個深刻的道德主題值得懷疑：世俗的生命倫理學沒有實質性的基礎，並且，缺乏那樣的基礎，除了集體的歷

史足跡的基礎之外，就沒有任何形式的生命倫理學的基礎（Engelhardt，1996，105-124）。

這一種解釋有它自己的優點，但也有許多弱點。缺憾的是醫學中的行善和社會公正到目前為止除了得到群體中的個體的認同之外就沒有任何地位。這樣的道德立場會導致令人震驚的結論。例如，根據這一項理論，強制性地向群體徵稅來為有需要的人士提供保健是不道德的行為（一個意義深遠的結論有效的從道德上譴責現存的每一個國家的保健制度）；以及除非事先得到明確的允許，醫生在馬路上給一個處於昏迷狀態持不同道德觀點的人止血是不能允許的行為。

Engelhardt反對將他自己的學說演繹為「僅僅是一項政治的理論」（Engelhardt，1996，11），但是超越本身的政治允諾給道德定位的確困難。他自己也否認他代表一種有實質意義的道德觀點，也就是說，一種「充滿內容的道德觀」“content-full morality”（理論中另一種未被充分分析的觀念）。他特別強調他的工作代表一種「純程式的道德觀」“purely procedural morality”，其本身就提供了一種足夠的「可以約束道德異鄉人的共同道德的描述。」（Engelhardt，1996，x，9）

當Pellegrino從他自己認為唯一合理的醫學目的出發，過分強調一致性——以至於排除不同方法中的差異和醫學實踐者之間合理的不同目標——Engelhardt & Wildes就犯了相反的錯誤。由於過分強調多樣性，他們忽視了基本的相同點——也就是，他們忽視了一個核心的重點，在所有文化背景下受過良好訓練的醫生幾乎都信奉相同的醫學目標、利益和承諾。世界各地的醫生分享相同的目標和治療的技術、減輕、預防康復、消除痛苦、診斷測試和類似事情。這裏有共用的道德觀點（儘管有限）和集體中共同的醫學實踐（Goals of Medicine Project，1996）。

矛盾的是，Engelhardt同樣過分強調了在「朋友的群體」中贊同的程度，而正是這些構成了他主要的敘述成分。

他構想了在每個群體中凝聚和遍布各處共有的一致性，從醫學和醫學倫理學的本性中發源出來穩定和可靠的一致意見。然而，在許多任何規模（可能是所有）的群體中，都存在著多元性的觀點，很少有一種發展的很好的醫學文化和醫學倫理學可以沒有內在的矛盾和爭議。這些群體並不是靜止的，而當中的小群體也有著不同的觀點，它們希望改變現存的狀態、實踐和準則等。城市化帶來的改變、教育、工業化和公民權利的進化等等構成了這些群體中流變的情況，結果引證需要重新評價規範和判斷。⁵

即使在高度統一的群體中醫學的成長和發展軌跡也充滿了爭論。醫學實踐中的主導規則得到了辯護並增強與群體之間的聯繫，其實是一個脆弱的命題。我相信這些群體絕大多數都沒有一種單一的文化，而且所有人也應該贊同這一個結論，包括強調多元文化主義的 Engelhardt & Wildes。有關醫學上的爭論越來越多，好像墮胎、絕育、女性陰蒂環切、法庭的精神病學、整容手術、藥物選擇、創新療法、組織和器官的商業化等，對於合法的目的和允許的手段就有更多的爭議。群體之內的爭議幾乎與群體之間的一樣常見。

另一個內在外在主義混合解釋的弱點是排除了跨文化，也就是跨群體的判斷。道德判斷的有效性在這些理論中依靠一個群體對這些理論的認可；除了給予允許之外也沒有超驗的原則可以進行跨文化評估並且培植矛盾衝突的解決之道（Engelhardt，1996，57）。回顧性的道德判斷遭遇同樣的命運：我們可以判斷一個人做了50年的錯事即使我們現在自信的總結同樣的這種做法其實是對的。舉一個例子，如果50年前，按照某個集體的觀念，一個女外科醫生給一個男子做手術是道德上不正確的，但在今天，這樣做是可以接受的，那麼我們就只能根據他們執行時的標準來判斷群體中的行為，50年前是錯的，但現在是對的。

(5) Wildes在對Engelhardt這一點上的評論顯然是和我相同。

根據這一個觀點，沒有普遍性的人權保護醫生、病人和主體。人權在定義上是有效的斷言，透過參考人類道德的相關特徵得到辯護——而不是參考群體中的標準。在這種理論中，所謂普遍的權利僅僅是一種在所有的群體中被暫時承認的規範。Engelhardt的確意識到——在一個基礎不明的基礎上，有普遍的責任去禁止暴力——允許所有的醫學干預的權利；但是沒有其他普遍的權利是被承認的（Engelhardt，1991，126-138；1981，126-127；1996，67-71，83，105和ch.8）。在他的理論中公義或行善沒有普遍的責任或權利，例如，社會沒有責任建立一個公平的分配器官的制度，我們沒有權利在危急的情況下得到醫學治療和沒有權利享用公共醫療措施。

四、作為外在權威的普遍共同的道德

作為結論，我轉向辯護有別於上述理論所探討的外在主義。它要求普遍的道德原則獨立於特殊的群體以及醫學實踐和倫理的傳統而有效。

(一) 普遍（外在）的道德

事實上每個人在成長的過程中都是伴隨著對普遍的倫理原則的基本的理解和接受。所有對道德生活認真的人都知道不說謊或不偷竊、遵守諾言、尊重其他人的權利、不殺人或不對無辜的人造成傷害、做錯事後道歉等等，這是道德思考的原材料，所以我們可以自信地說基本的道德原則是有效的。所有道德上嚴肅的人所共用的一套規範是共同的道德，這種道德不僅僅是一種和其他群體或傳統的實踐中不同的道德。共同的道德適用於所有地方的所有人；在道德生活中沒有更基本的規範。在最近的幾年，公眾的話語中代表這種受青睞的道德核心的是普遍的人權（Macklin，1998，403-

422）。然而，道德責任和道德美德也是共同道德中的重要部分。

(二) 特定的（內在）道德

需要將「道德」普遍的意思與一個群體給其定義的意思區別開。在群體的定義中，道德規範受個別的文化、宗教和機構的影響，包括專業的醫學組織和歷史傳統，好像希波克拉底倫理學（其中一種內在道德）。不同的社會標準分配衛生資源，不同的宗教和集體標準對外科干預的接受程度，這些就是群體定義的道德中的一部分。

所有的內在醫學道德都是集體定義的，它們需要普遍的道德為它們辯護，但它們自己則不能宣稱具有普遍的地位。那些假定他們代表所有的醫生帶著權威性的道德論調的人，他們經常在一種錯誤的信念下行事，認為他們自己背後擁有普遍的道德力量，這是一種太經常的在醫學專業圈中盛行的假定。然而，他們個別的道德觀點並不能約束其他的民族或群體，即使對他們自己的群體來說這些觀點是道德上可被接受並值得讚譽的。本結論適用於即使是最完善的專業道德，充其量專業準則可以宣稱是本文的第一部分所定為內在道德的傳統的第二種類型，但是，好像先前的討論，質疑這些準則中的規則是否應該繼續享有過去那樣的權威總是恰當的。

(三) 在實際境遇下的規範

是否我們應該考慮普遍的道德原則（共同道德）或某種特定的內在道德（群體特定的或內在道德），這些規範通常需要解釋以成為一種可行的實踐倫理。普遍的規範是起步點，它們幾乎立刻就需要被轉換成更具體和更相關的形式以便制定政策，將爭議畫上句號，解決衝突和類似的事件。內在的專業道德是在深刻的社會異議、不確定、發生衝突的規範和對歷史不同的詮釋的前提下塑造出來的。普遍的原理本身並不足以決定在這種情況下的實踐、政策或解決衝突。原則的應用必須考慮可行性、效率、文化多元性、政治程序、

對危機的不確定、病人的不服從、道德困境和類似情況。簡而言之，這些原則必須是適用於特定的境遇中。

下定義不是一個產生普遍規範的過程；它假定這個定義是早已存在，它是使這些規範具體以便有意義的指導行動的過程。這需要減少普遍規範中的不肯定性去給予更大的指導行為的能力，而在同時保留原先形式的道德承諾（Beauchamp & Childress，2000，15-19；DeGrazia，1992，511-539；DeGrazia & Beachamp，2001；Richardson，2001，285-307和1990，279-310）。滿足這些規範的承諾由縮小規範的範圍來實現，而不僅僅通過解釋普遍規則的涵義，範圍被縮小了，像Richardson說的那樣「通過寫出在那裏、什麼時候、為什麼、怎樣、用什麼辦法、給誰或通過誰的行為可以進行或避免。」（Richardson，2000，289）

例如，沒有進一步的定義，原則「尊重有行為能力的人的自主」就很少能用於處理在臨床醫學或研究中涉及人體被試時複雜的問題上。僅僅是一個「尊重自主權」的定義（好像說「允許有行為能力的人實踐他們自己的自由權」），可能會澄清意思，但不會縮窄普遍的規範或使之更具體。下定義是除了意義分析之外的另一種表述方式，它加入了內容，例如，對「尊重有行為能力的人的自主權」的可能的定義是「尊重有行為能力的病人的自主權是當病人失去行能力時，遵照病人的預設指引。」

在下了這個定義之後，當遇到先前的指令意思模糊的困難情況而又必須決定是否遵循時，可以進一步的做出下面的細分：「尊重能夠有行為能力的病人的自主（在他們喪失行為能力之後）通過遵循他們的預設指引，而且也只有僅當指引清晰相關時。」當其他的問題和矛盾出現時，下定義的過程必須繼續，也就是說，已經詳細說明的條例、指引、政策和準則都必須被進一步的詳細說明去處理新的或更複雜的情況。這種發展中的定義是當我們處理修改醫學道德的內在標準而產生問題時我們應有的做法。

通過的詳細說明的定義，必須在補充內容的同時保留原先的形式。在定義不斷發展的情況下，必須和原先的規範保留一種透明的聯繫使道德權威把握與時共進的規範的基繩。當然，總是有可能從原先的規則中產生不止一種定義，也就是說，不同的人可能會提供不同的定義。在下定義的過程中，個人對自己的定義的過分的自信會導致一種教條般的確定，也就是那種在專業的醫學組織的權威聲明中見到的那種。在下定義的過程中對道德問題的異議是難以避免的，即使是最完善的定義也不能幸免。在任何一個給定為有問題或處於困境中的事例，幾個相互競爭的定義事實上肯定會被一些明理的當事人提出。

有不同的定義不再是讓人後悔的事，而是在其他境遇下為個人提供面對現實問題時不同的解決辦法。這一個問題將我們帶到這一個主題面前，即我們應當怎樣觀察一種情況，在其中可以得到不同合理的定義已經創造了一種道德多樣性和歧異的境況，甚至可能是其中的內在道德。

五、可辯護的多樣性和異議

不同的個人和團體會用不同的方式對某種普遍規範和已定義的規範下定義，導致不同的內在醫學道德，而每一種也得到辯護。在這些情況下，不應該假定至少有一方在道德上是有偏見、錯誤、或其他的不足。即使是有良知的理性的道德主體在處理道德問題時勤勉的按照規定和理由去行事，但有時也會與同樣盡責的個人有不同的意見。雙方可能對是否將情況透露給虛弱的病人持有不同的觀點；在世俗的生命倫理學中有關於腦死亡的問題，宗教價值是否佔一席之地；代理人是否可以代表半昏迷的病人拒絕治療；醫生輔助的自殺應否被定為是可以接受的行為；臨床實驗應否使用安慰劑控制；還有其他數以百計的生物倫理學的問題。有關內在道德

的討論反覆的談論到這些問題，那些在內在道德中構築道德規則的人，不應該由於缺乏一個單一且完全可靠的方式來下定義和分析論辯去解決異議而感到心灰意冷。

不可避免的事實是，不同的群體——一個人、組織或社會——偶爾強調不同的原則或對原則有不同的重視程度。他們還可能對一些主要的術語有截然相反的定義，例如「自主權」和「行善」。而且，當證據不全或對不同的群體有不同的證據時，其中的個人或群體可能會證明一個結論的正確，而另一個人或群體則會為相反的結論做出合理的證明。如不根據相關的基本的和具體的規範和已有的證據做出明智的判斷，我們就不能保持更高的標準。

當然，內在道德的方案對多樣性的包容是有限的。我在此提出的建議需要由道德合理性的解釋來增強，這將幫助我們區別正當的和不正當的界定。我曾在別處辯護一種「反思的平衡」或「一致的」模式，其中一種特定的界定或任何道德信念的修改，如果能增加反思後所接受的一套整體信念的連貫性至最大程度就可以得到辯護。⁶目標就是一套原則、規則、政策和判斷最有連貫性的系統，這些辯護的問題需要在其他場合下進行討論。

(6) 對整合理論的描述是由 Beauchamp 和 Childress 提出的 (2001, ch.9)。有兩本著作在這方面作了先驅性的工作，見 Rawls (1971) 和 Daniels (1979)，Daniel 對生命倫理學的闡述更容易找到 (1996)。

參考文獻

- Abram, M.B., & Wolf, S.M.: 1984. "Public involvement in medical ethics: A model for government action". *New England Journal of Medicine*, 310, 627-632.
- Areen, J., King, P.A., Goldberg, S., & Capron, A.M.: 1984. "Controlling science and medicine: The roles of individuals, groups and the state". In: J. Areen, P.A. King, S. Goldberg, and A.M. Capron, *Law, Science and Medicine*. Mineola: Foundation Press.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F.: 2001. *Principles of Bioethical Ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- Brody, H., & Miller, F.G.: 1998. "The internal morality of medicine: Explication and application to managed care". *Journal of Medicine and Philosophy*, 23, 384-410.
- Callahan, D., & Parens, E. 1995. "The ends of medicine: Shaping new goals". *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 72, 95-117.
- Clouser, K.D., & Gert, B.: 1990. "A critique of principlism". *The Journal of Medicine and Philosophy*, 15, 219-236.
- Clouser, K.D., & Gert, B.: 1994. "Molarity vs. principlism". In: R. Gillon and A. Lloyd (Eds.), *Principles of Health Care Ethics*. London: Wiley.
- Daniels, N.: 1979. "Wide reflective equilibrium and theory acceptance in ethics". *Journal of Medicine and Philosophy*, 20, 85-105.
- Daniels, N.: 1996. "Wide reflective equilibrium in practice". In L.W. Sumner & J. Boyle (Eds.), *Philosophical Perspectives on Bioethics*. Toronto: University of Toronto Press.
- Davis, R.B.: 1995. "The principlism debate: A critical overview". *Journal of Medicine and Philosophy*, 20, 85-105.
- DeGrazia, D.: 1992. "Moving forward in bioethical theory: Theories, cases, and specified principlism". *Joural of Medicine and Philosophy*, 17, 511-539.
- DeGrazia, D., & Beauchamp, T.L.: 2001. "Philosophical foundations and philosophical methods". In: D. Sulmasy & J. Sugarman (Eds.), *Methods in Medical Ethics*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Engelhardt, H.T.: 1981. "Health care allocations: responses to the unjust, the unfortunate, and the undesirable". In: E. Shelp (Ed.), *Justice and Health Care*. Dordrecht, Holland: Kluwer Academic Press.
- Engelhardt, H.T.: 1991. *Bioethics and Secular Humanism*. Philadelphia: Trinity Press International.
- Engelhardt, H.T.: 1996. *Foundations of Bioethics* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Engelhardt, H.T., & Wildes, K.: 1994. "The four principles of health care ethics and post-modernity". In: R. Gillon (Ed.), *Principles of Health Care Ethics*. London: Wiley.

- Gaylin, W., Kass, L., Pellegrino, E.D., & Siegler, M.: 1988. "Doctors must not kill". *Journal of the American Medical Association*, 259, 2139-2140.
- Gert, B., Culver, C.M., & Clouser, K.D.: 1997. *Bioethics: A Return to Fundamentals*. New York: Oxford University Press.
- Goals of Medicine Project: 1996. "The goals of medicine: Setting new priorities". *Hastings Center Report*, 26 (November-December) (Suppl.), S1-S27.
- Green, R., Gert, B., & Clouser, K.D.: 1993. "The method of public morality versus the method of principlism". *Journal of Medicine and Philosophy*, 18, 179-197.
- Hanson, M.J., & Challahan, D. (Eds.): 1999. *The Goals of Medicine*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Kass, L.R.: 1975. "Regarding the end of medicine and the pursuit of health". *The Public Interest*, 40, 11-42.
- MacIntyre, A.: 1984. *After Virtue* (2nd ed.). Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Macklin, R.: 1998. "A defense of fundamental principles and human rights: A reply to Robert Baker." *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 8, 403-422.
- Miller, F.G., & Brody, H.: 1995. "Professional integrity and physician-assisted death". *Hastings Center Report*, May-June, 8-17.
- Miller, F.G., Brody, H., & Chung, K.C.: 2000. "Cosmetic surgery and the internal morality of medicine". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9, 353-364.
- Miller, F.G., Quill, T., Brody, H., et al.: 1994. "Regulating physician-assisted death". *New England Journal of Medicine*, 331, 119-123.
- Momeyer, R.: 1995. "Does Physician-assisted suicide violate the integrity of medicine?" *Journal of Medicine and Philosophy*, 20, 13-23.
- Paul, C.: 2000. "Internal and external morality of medicine: Lessons from New Zealand". *British Medical Journal*, 320, 499-503.
- Pellegrino, E.D.: 1981. "What the philosophy of medicine is". *Theoretical Medicine*, 19, 315-336.
- Pellegrino, E.D.: 1981. "The healing relationship: The architectonics of clinical medicine". In: E. Shelp (Ed.), *The Clinical Encounter: The Moral Fabric of the Patient-Physician Relationship*. Dordrecht: D. Reidel.
- Pellegrino, E.D.: 1985. "The virtuous physician and the ethics of medicine". In: E. Shelp (Ed.), *Virtue and Medicine*. Dordrecht: D. Reidel.
- Pellegrino, E.D.: 1992. "Doctors must not kill". In: R.I. Misbin (Ed.), *Euthanasia: The Good Patient, the Good Society*. Frederick, MD: University Publishing Group.
- Pellegrino, E.D.: 1993. "The metamorphosis of medical ethics: A 30-year retrospective". *Journal of the American Medical Association*, 269, 1158-1162.
- Pellegrino, E.D.: 1994. "The four principles and the doctor-patient relationship: The need for a better linkage". In: R. Gillon (Ed.), *Principles of Health Care Ethics*. Chichester: Englan: Wiley.
- Pellegrino, E.D.: 1995. "Toward a virtue-based normative ethics for the health professions". *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5, 253-277.
- Pellegrino, E.D.: 1997. "Evangelium Vitae, euthanasia, and physician-assisted suicide: John Paul II's dialogue with the culture and ethics of contemporary medicine". In: K. Wildes and A.C. Mitchell (Eds.), *Choosing Life: A Dialogue on Evangelium Vitae*. Washington: Georgetown University Press.
- Pellegrino, E.D.: 1998. "The false promise of beneficent killing". In: L.L. Emanuel (Ed.), *Regulating How We Die*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pellegrino, E.D.: 1999. "The goals and ends of medicine: How are they to be defined?" In: M.J. Hanson and D. Callahan (Eds.), *The Goals of Medicine*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.: 1998. *A Philosophical Basis of Medical Practice*. New York: Oxford University Press.
- Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.: 1998. *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.: 1998. *Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press.
- Rawls, J.: 1971. *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Richardson, H.S.: 1990. "Specifying norms as a way to resolve concrete ethical problems". *Philosophy and Public Affairs*, 19, 279-310.
- Richardson, H.S.: 2000. "Specifying, balancing, and interpreting bioethical principles". *Journal of Medicine and Philosophy*, 25, 285-307.
- Rothman, D.J.: 1991. *Strangers at the Beside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. New York: Basic Books.
- Ten Have, H.: 1994. "The hyperreality of clinical ethics: A unitary theory and hermeneutics". *Theoretical Medicine*, 15, 113-131.
- Ten Have, H., & Lelie, A.: 1998. "Medical ethics research between theory and practice". *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19, 263-276.
- Wanzer, S.H., Federman, D.D., Adelstein, S.J., Cassel, C.K., Cranford, R.E., Hook, E.W., Lo, B., Moertel, C.G., Sofar, P., et al.: 1989. "The physician's responsibility toward hopelessly ill patients: A second look". *New England Journal of Medicine*, 320, 844-849.
- Wildes, K.: 2000. *Moral Acquaintances*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.

(陳蓉霞譯 朱詠賢校)