

# 醫療的人性關懷——對生命的敬畏

蕭宏恩

## 摘要

“醫乃仁術”為中國歷來醫學之理念，“仁心仁術”更是當今醫療化之社會的期望；只是“仁心仁術”不能僅為一份善意，必要表顯於實際行動的對待，而醫療實踐的關鍵即在於生理、病理客觀呈現之“疾病”(disease)的查察與個體(individual)或作為一位格實在之個人(person)主觀感受之病痛(illness)觀照此二面相(dimension)的綜合，而醫師的診斷或診療也就在此一綜合上的成就。另一方面，在當今醫療社會化的處境下，整個社會對醫學的倚賴已不僅是個人之病症的解除，而且及於價值判斷的化約為醫師專業的診斷，某些一般人所面對的棘手問題(尤其是心理、精神方面的問題)都歸到了醫學的專業判斷上！這更是加重了醫學專業明辨的社會責任與對公共利益的觀護之承擔。由之，我們不難感受到，我們需要的是一個敬畏生命、熱愛生命、具人性關懷的醫學與社會醫療，而不僅是一個醫療化的社會！我們希望面對的醫者是一個活生生、有熱度的人，而不僅是一名技術高超的專業工匠罷了！

---

蕭宏恩，中山醫學大學通識教育中心教授，台灣台中市 402 南區大慶街二段 100 號。

《中外醫學哲學》V：1 (2007 年 5 月)：頁 35-54。  
© Copyright 2007 by Global Scholarly Publications.

**【關鍵詞】** 人性關懷 仁心仁術 疾病(disease) 病痛(illness)  
社會醫療化 社會醫療

## 一、仁心仁術之後

當今社會醫療活動基本上乃一消費過程，只是“醫療”不同於一般的商品消費；一般商品的消費買到了不好的或有瑕疵的東西可以退換，頂多自認倒楣！而醫療錯失所帶來的傷害，絕非一般買到劣質商品之情況所能比擬。在醫療消費上，消費者仍處於絕對弱勢！在如此的境況下，醫療消費所能倚仗的只有“道德的自覺”了，畢竟，政府的政策法律仍建基於道德之上，失卻道德基礎的法律政策，當然無法予民眾以保障！即使有穩固道德根基的法律，缺乏道德的自覺（無論是一般民眾或執法者）亦不可能達至有效的行為控制。<sup>1</sup>那麼，什麼是醫療上的道德自覺？在醫療人員來說是善用自身的專業技能；在患者而言是善用自主決定。然而，不難想像的是，此二者在專業權威與消費者自主意識之間可能有的衝突，即在於醫療的專業判斷與患者希望其選擇的被尊重！而如此的可能衝突背後所相關的問題是：病人希望遇到怎樣的醫療人員？醫者又該當成為一個怎樣的醫療人員？終歸一個問題就是：病人需要一個怎樣的醫療人員？

“醫乃仁術”為中國傳統以來的醫學理念，唐代醫者孫思邈標舉出“精”（精其術）與“誠”（誠其德），更將中國傳統醫家倫理生活與職

---

(1) 廖湧祥教授在其所著〈法律與倫理〉一文中明確指出：“……法律只有靠倫理才能維持。起碼的倫理就是守法的倫理。所以法律的基礎建立在倫理上。”  
“由法律所控制的行為，基本上是一種‘他律性’的行為。……然而，我們不要忘記：‘法律只是最低程度的倫理’。現代社會的運作，除須靠法律之外，還須要依靠倫理。如果人沒有了‘自律性的倫理’，縱然法律定得再嚴密，仍然有人可能鑽法律的漏洞，來達到有違社會安定或有損眾人福祉的自私目的。”可參見廖湧祥：2000，〈法律與倫理〉《專業倫理與教學論文集(三)》，長榮國際股份有限公司，頁131。

業生涯以“仁”為核心的醫學倫理觀念具體化、落實化！2 孫思邈云：“安神立志，無欲無求，先發大慈惻隱之心，誓願普救含靈之苦。”“省病診疾，至意深心，詳察形候，纖毫勿失，處判針藥，無得參差。”《千金要方·大醫精誠》此二語道出醫者之仁在於“心”與“術”，心誠、德脩，醫術自成仁術；心之不誠、德之不脩，醫學之善利時成了人手中的危害利器！這是眾所周知的道理；心與術的合一（更好說心與術的“為一”或“是一”）由“仁”貫通之以達醫學之善與醫者之善的必然結合，亦為社會的期望；孔子所稱“汎愛眾而親仁”（論語·學而）正是執醫業者與習醫者之襟懷。但是，仁心仁術之後所含藏的卻是態度表顯之基本關懷面的落實問題，這卻是仁心仁術之醫療倫理之是否得以展顯的根本處，也就是說，醫療缺乏了仁心自無仁術可言；而醫療不經由人性關懷的表顯，也只是徒有仁心仁術之意罷了！

## 二、疾病與生病的人

“什麼是‘病’？”與“什麼是‘治療’？”這兩個問題同樣令人迷惑！而且二者卻又是汲汲相關的。說得誇張一點（其實也蠻實在的），依據《國際疾病及相關衛生問題之統計分類》<sup>3</sup> 中所述來評量，似乎沒有一個人是所謂“健康或無病的人”！這尤其在精神疾患的評量上，更是找不到“正常人”；翻開“DSM-IV”<sup>4</sup>，我們會發覺似乎每一個人在精神上或心理上多少有些“毛病”，只是輕重程度不同，而我們這些

- 
- (2) 中國大陸湖南中醫學院的彭堅教授指出：“關於中國傳統醫學倫理的軸心觀念，似乎無須考辨，經典的表述是‘仁術’，也就是說‘仁’乃古代醫家倫理生活，也是職業生活的觀念軸心，同時還是它的價值境界。”可參見王一方，彭堅：2000，〈“仁術”是靠不住的——傳統中國醫學倫理的觀念軸心與知行建構〉，《敬畏生命——生命、醫學與人文關懷的對話》，江蘇人民出版社，頁179-180。
- (3) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*，現已有第十版，簡寫成“ICD-10”
- (4) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*，精神疾患診斷與統計手冊，現已是第四版，因此簡寫成“DSM-IV”。

所謂的正常人似乎也只不過是程度最輕的大多數吧！“人人都是病人”與“人人都可能成為病人”其中的分野在那裡？“病”是否只是一個相對概念？那麼，所謂“治療”呢？是否僅為相對“病”而言？說到這裏，不禁有個印象：這些都好像是一堆中性的客觀(客體)實在，而且是依其固有之量性之規準而作評斷！也就是說，一個人是否有病、該當如何治療完全堆到了所謂“專業”(更好說“專業技術”)的頭上，亦即，“生病”與“治療”這種普遍的社會現象，卻成為小部分人(醫者)的責任！此即所謂“醫療的社會化”或“社會的醫療化”現象。<sup>5</sup>然而，於此順便一提的是，在一個醫療的社會中，“病”並非醫療介入的主要關鍵，而是“健康”！張荳雲教授說：“當代社會對‘健康’一詞的使用，暗藏了許多玄機。不同的詞彙中，健康往往成為醫療介入的正當理由。”<sup>6</sup>但是，“不健康”不代表有病，卻是容易致病，或是容易令人感覺有病。那麼，“病”是什麼呢？

一般講到“病”意味著一種科學性客觀的專業判斷(或更好說“診斷”)，也就是說，真正成為一個大家(無論是認識的或不認識的、親近的或疏遠的人)所認可的病人，主要在於醫師(醫療專業者)的診斷；無論是醫師的口頭表示或一張診斷證明都可使一個人生病的角色成為正當！<sup>7</sup>可能也就是因為如此，醫師是以一種絕對權威式的身份面對社會大眾，一般人也化約成一客體而處於科學客觀化數據之下的診療，病人主體主觀的難過、不舒適，也在疼痛指數下被看待！羅納德·穆森(Ronald Munson)教授在其所著《為什麼醫學不可

(5) 張荳雲教授在其所著《醫療與社會：醫療社會學的探索》(張荳雲：1998，《醫療與社會：醫療社會學的探索》，臺北：巨流圖書公司)一書中對此等現象有詳盡的討論，請參閱此書第 33-38 頁。本文於稍後會有所討論。

(6) 張荳雲：1998，《醫療與社會：醫療社會學的探索》，臺北：巨流圖書公司，頁 33。

(7) 張荳雲教授在其著作(同上)中論及“生病角色的正當化”之觀點，乃基於某人在日常事務或工作的免除之可能上而言，因此除了公認的醫師之診斷外，還加之某人周遭親朋好友的認可。(請參閱其書第 88-89 頁)



能是一門科學》(Why Medicine Cannot Be a Science?)<sup>8</sup> 中明確指出，科學旨在關心其內在目的(基本上即為“獲得知識並理解世界和世界中的事物”)，而並不在乎其外在目的(如：國家的威信)，也就是說，科學的探討的內在與外在目的是可以分開的。而醫學的內、外在目的卻是一致的，也就是醫學的探究必要基於“通過預防或治療疾病來增進人們的健康”這樣一個目的而作為，而就在這一獨特的目的上，它是醫學的外在亦為內在之目的。醫學必要在同一行動上同時滿足這樣一種目的或需求，這也是醫學的內在要求；這確是建立於醫病關係上的滿全，也就是說，醫學的目的是表現在病人身上，只要某人一行醫，即必然地與病人建立關係(為病人工作)，且醫學實踐的正當性也就在於是否是為了病人的利益而行動。此即醫學實踐的內在道德性，但醫學卻沒有任何內在原則迫使一習醫者去行醫。而一名習醫者不行醫，則亦不能稱其為一“醫者”；另一方面，一名醫者的行動如果不是為了病人的利益，則我們幾乎可以說他從事的“不是”醫學！醫學的這種內在道德性將醫學(知識)的實踐必然與人關聯了起來，那就是說，醫學(無論是在知識或實踐上)的對象(或是說“主要對象”)是“人”(當然不止是病人)而不就是“病”！

醫學知識與實踐的必然結合，使得對疾病的診斷與治療已非醫師單方所謂客觀查察的結果。學者們指出，英文中的“disease”與“illness”各有所指<sup>9</sup>：“disease”意指身體在解剖、生理或生化方面於病理上的改變，醫師在臨床上的診療即多依於此所顯示的癥候與檢驗之結果；而“illness”意指病人所感受到的各種痛苦，在临床上即是他們向醫師所陳述的苦痛(complaint)。前者可以由醫學的科學知識來確定診斷，而後者則在乎病人的主觀陳述。在中文，筆者將“disease”

(8) 杜治政：1998，〈中西醫學再評價〉，《中外醫學哲學》，1(2)，頁3-30。

(9) 嚴久元：1990，《當代醫事倫理學》，臺北：橘井文化事業公司，頁36-37。

說為“疾病”，將“illness”說為“病痛”；一般說來，醫師在意的主要是（依據科學知識，尤其是實驗科學）疾病的診療，而病人則關心自己的病痛，看病是為了解除自身所感受到的痛，無論以什麼方式或用什麼方法，只要不痛了，就達到了看病的效果！當然，個人（主觀）對病的感受因人而異，有時或有人不在意的疼痛或不感到痛不代表沒病，而有時或有人感到痛並不見得即真的有病！可是，即便是痛，只要醫師的一句話——“這是正常的！”或“這沒有關係（或沒有大礙）！”——都會使得病人的疼痛得到緩解，給予病人希望與信心。這裏要順便一提的是，個人的疾病觀（包含對病的感受、態度、以及求醫行為等等）深受社會、文化、地域、族群等等因素的影響，形成一相當繁複的構成。<sup>10</sup> 因此，一名醫療專業工作者在面對一名病人時，其所真正面對的是一個“人”——一個存在於某一背景（我們可簡單地統稱為“社會”）之下的人——於此，已隱然地顯示出醫者對社會的責任。

### 三、病、人與價值判斷

至此，我們可以有一個初步的、簡單的認知，即：一般所言之“生病”不再是一個可尋求的獨立於主觀期望或認定之“客觀”事實判斷；當然，這裏所謂“主觀”乃處於某一（社會）背景或視域（horizon）之下的個體或個人所帶有的價值判斷與目的。恩格爾哈特（H. Tristram Engelhardt, Jr.）在其所著《意識形態與疾病學說》（*Ideology and Etiology*）<sup>11</sup>一文中明確表達出，一般所稱之“生病”的意義，乃在於

(10) 張苙雲教授在其所著《醫療與社會：醫療社會學的探索》（同注5）一書中有相當詳盡的分析；請參閱第二章〈健康與醫療的社會文化面〉與第四章〈生病行為〉。而該書第三章〈性別與健康〉則特別針對女性或婦女在醫療上特有的疾病、角色及地位作了精闢的解析與評論。

(11) 杜治政：1998，〈中西醫學再評價〉，《中外醫學哲學》，1（2），頁115-130。

作為被解釋項的病痛或疾病狀態與作為解釋項之疾病解釋的合一，而文化力量與意識形態在其中起了不同的作用。複雜的是，所言“價值”含括著多種的價值判斷！恩格爾哈特解釋道：“生病(illness)與疾病狀態就是一組與失去被認為人固有的(無論怎樣確定的)機能相聯繫的現象，或一種包括不是人類固有功能的疼痛狀態，或一種表示畸形或病容的特徵的狀態。”<sup>12</sup>這其中包含了分娩、缺少活力、不舒服的感覺、失去自我控制等等；而依張荳雲教授的研究，就婦女健康或疾病觀來說，傳統的意識形態仍持續存在於當今社會，譬如說：女性自幼的成長過程中，一些生理變化(如：月經、懷孕、分娩、哺乳、更年期等等)都被視為女人之所以為女人最自然不過的事情，雖然其間常會使人不舒服或有心理上(尤其是情緒上)的反應，甚至會危及自己的性命，但是這些變化所引起的身心困擾，並不被真正在意或將之視為疾病！當然，其中所歸結的原因不少，譬如說：醫療資源與權利多為男性所把持，男性無法真正體會女性在身心上的反應與感受，以致於在醫學知識或觀點上對女性不免有所缺乏、甚或偏差。<sup>13</sup>固然如此，但是其中所隱含的即為在價值上之評量與判斷的意識形態，一般人(包含女性自身)都如此設想與被教育。這是集體的或社群的意識形態，而就每個人來說，即呈現一種獨立自主而無可由外在取代之“個人的”(personal)對疾病的自我認知，這牽扯到個人對“生病角色”的自我定位。

筆者於前文依於張荳雲教授之言稍有提及“生病角色”的正當性之認定，張教授亦在其書說明了帕深斯(Talcott Parsons)“生病角色”概念的原型，有四方面：1. 對“病人”這個身份無需負任何責任；2. 病人日常事務、工作和義務的免除；3. 生病是令人不愉快的；4. 尋求適當的協助。如此的詮釋基本上是病人的“權

---

(12) 同上，頁 121。

(13) 張荳雲：《醫療與社會：醫療社會學的探索》，請參閱第三章〈性別與健康〉。

利”導向，為病人是有好處的，當然其相對的義務即為儘快痊癒與尋求專業幫助。<sup>14</sup> 這裏，筆者所關心的是：個人對如此概念原型的主觀認定又如何？而對那些所謂不名譽的或引起歧見的病（如：愛滋病、性病、精神異常等等）又如何呢？根本上，拋開這些所謂的概念原型，個人對自己身心的知覺如何——有病還是沒病——？認不認為或覺不覺得自己生病了？對疾病的態度如何？等等問題皆密切地與個人價值基準或價值觀相關聯！當然，其中亦涉及有某種程度客觀規準的“病識感”，但是，由先前的說明可知，“病識感”本身即含括個人或集體（社群）對“疾病”的主觀認知，只是，往往這種主觀認知被化約於醫學的科學知識之中，而稱一個人有沒有病識感是在乎個人的主觀思緒是否配合了醫學科學的技術取向的認定？無可諱言，即使在原則上如此之確認病識感的呈顯並不為過，只是，在無形中，個體感受已消弭於集體思慮之中了！不消多說，醫療社會化的結果，不但“疾病”幾已全然成為科技的對象，而且人們亦將一些本來視作社會違常之行為歸於病理的詮釋，將之納入醫療範圍（放在醫者手上），而免除了自身面對價值判斷的責任。那麼，於此，筆者所關切的是：醫者在如此的社會境況中，到底扮演一種什麼樣的角色？處於一個什麼樣的地位？

#### 四、醫療、倫常與人性關懷

我們再回到“病人”或“可能的病人”這個角色來看。當自己感到身體有所不適時（不管是假性的或實在的），我們才會去看病；而這個時候初來到醫療人員面前的卻是一個人而不就是病！這個意思是說，帶著身體上的病（無論是生理、心理、精神方面）而來的，同時

---

(14) 張荳雲：《醫療與社會：醫療社會學的探索》，頁 85-86。

也帶著心靈上的百般情緒或情感——不僅是病人自己，而且其親友亦然——而來，所有這些極可能一股腦兒地都放在醫者面前，交在醫療人員手中！有一個實際例子是這樣的：筆者的一位女性友人，育有一子，有一年暑假，小孩當時五歲，口腔內不知怎的長了好幾個口瘡，已有兩三個星期仍不見好轉，反而有惡化之勢！小孩的生活起居都受到了相當的影響，並時而哭鬧；母親一方面哄著孩子，一方面憂心忡忡地帶著小孩至某大教學醫院探訪名醫。怎知這位所謂的名醫在初步看診後，脫口說出：“可能是口腔癌喔！”剎時，母親愣在那裡不知如何？名醫隨即做了切片，開了口服與塗抹的藥給了母親，即遣其回去，幾天後再來看結果。小孩乖乖地給醫師看、吃藥、抹藥，因為媽媽跟他說，只要聽醫生的話，病很快就會好。可是，過了兩三天，病還沒有好，是媽媽騙人？還是醫生騙人？後來雖然不致於那麼嚴重，卻也折騰了好一陣子才痊癒，而名醫始終並未交代清楚診斷結果，不知是不明確切原因？還是名醫懶得解釋那麼多，反正死不了人？這期間除了回診拿藥，母親亦四處探聽有口碑的中醫師，甚至民俗療法、進補等等，真可謂身心交瘁，只希望兒子能快點好起來。生命倫理學家邱仁宗教授在一篇〈我們需要一場病人權利〉的短文中指出：“醫學這門學科很特別，始終具有二重性。它是運用醫學知識、技術解決人的問題，因此，它包括技術要素和人道要素兩個方面。由於現代先進科學技術引入醫學，現代醫學中的技術因素大大地膨脹起來，這本來沒有什麼不好。但由於人道要素在新的社會轉型中沒能得到相應的改善，於是出現了失衡的狀態，原本人與人的關係，變成了人與金錢的關係、人與機器的關係。出現了過分商業化、過分技術化的傾向，也就是人們常說的‘道德淪喪’與‘技術崇拜’。”<sup>15</sup> 這段話的意思，大家耳

---

(15) 王一方，彭堅：〈“仁術”是靠不住的——傳統中國醫學倫理的觀念軸心與知行建構〉，頁 12。

熟能詳，但是鮮有人真正去關心過，甚至不知該從何關心起？在臺灣，這種醫師的無上權威，一方面好似使得醫療關係單純化——病人將身體機械交到醫療科技專業者手上去修理，只要遵循醫囑，保證“技”到病除，病人無需費心——而另一方面，無論是誰都脫離不了人的型範——有理性：想知；有意志：意願；有情慾：高不高興、感覺好不好、想不想做——以致相當多的主觀好惡與判斷在裡面！其實，這兩方面間並沒有真正的矛盾與衝突，也不複雜，只有一個重點，即：一切醫療行動以病人為核心，是醫療行動隨順病人，而非病人屈就醫療行動。我們可由一些事實開始來瞭解。

根據臺灣一些醫療社會學學者針對臺灣本土“遵醫囑行為”的研究顯示<sup>16</sup>，醫界認為極為重要的病人遵醫囑卻與實際情況相距甚遠，縱然主客觀因素的交錯，在不同的情況下遵醫囑的比例自然有所不同，而一般估計大約有三分之一的病人沒有遵醫囑！研究發現，遵醫囑與病人自己的主動性、對症狀的在意與瞭解、以及感到舒不舒服有關，而這其中最重要的因素即在於醫師與病人之間的互動模式。黃淑貞教授針對於此而對歷來的文獻作了一相當完整的回顧，而區分為五個方面加以說明<sup>17</sup>，其綜合的結論是：“整個醫療過程若能細察病人的需求，對病人提供支持，讓病人感受到醫療環境深切期待他們能痊癒(1)，由醫護人員和病人共同討論來決定醫療計劃，配合病人的日常生活起居和需要來開立處方，而不是要病人改變生活起居方式來配合處方(2)，病人就會比較合作。”<sup>18</sup>（按：引言中之“（1）、（2）”乃筆者所為）為筆者來說，此段引言的重點即在於筆者所標示出的兩點。但是，這裏值得注意的是：在整個醫療歷程內，

(16) 以下相關研究結果，請參閱張苙雲：《醫療與社會：醫療社會學的探索》，頁 107-113。

(17) 這五方面分別是：1. 醫師與病人的關係；2. 疾病訊息的掌握；3. 病人的健康信念；4. 處方的特性；5. 人際支持。同上，頁 110-113。

(18) 同上，頁 113。



醫師固然居於一主導的地位，而且前文亦曾提及，遵醫囑最重要的因素乃在於醫師與病人之間的互動模式；但是，我們當明白，醫師的主導乃在於醫療父權的權威意義下而言，這是無法改變的專業導向。可是，病人接受治療或遵醫囑的關鍵卻是在於其“支持系統”！誠然，所謂“支持系統”也含有多方面，諸如：醫護人員情感方面的投入、家庭成員、親友、乃至社會群體的關注等等；而其中最具影響力的就是家庭成員(家人)與親友的關懷了。那麼，醫師的治療計劃如果將家人、親友含括在內，則對整個治療即有相當大的幫助。<sup>19</sup>關於這方面，即使一般人在直覺上即可理會，而由這個角度切入，更可幫助我們發現一些事實。

一般說來，家人、甚或親友是與病人最親近、最能瞭解、最可以體諒或體會病人感受的支持者，而另一方面，即使沒有這般理想，但無可否認的是病人的期盼陪伴者也就是家人、親友；而其中最重要的陪伴角色卻莫過於家人了！因此，“如果家中成員願意為病人作出生活上與家庭環境上的改變時，成功的可能性又更大”<sup>20</sup>。由這一點，我們不難感受到，即使一個不和、甚至破碎家庭中的病人，其心靈的平安仍然是寄託在其家人身上，因為——家人這些(應該是)最親近於他而無可取代(失去了就沒有了)的角色——才是可能如此被要求的情感依託，而其他人總是外人！另一方面，生活在一起或曾經一同生活的家人，在感受病人的需求上最為明顯，即使不是真正去關心他、注意到他甚而感覺到他是“一個麻煩”，如此之感覺同樣也表達了家庭成員相對於病人之無可取代的角色以及病人至少在情感上的依託需求。這麼一重意義，讓我們更深一層的看到倫理與人性關懷的實在關聯與真義。

我們先回到筆者之前所舉母親與小孩的例子，當醫師脫口而出

---

(19) 同上。

(20) 同上。

初步診斷的可能結果時，我們不能就下判斷說這個醫生沒有關懷之情，因為先將病情說嚴重一點，而後並非如此，可能在病人的心理上會比較容易承受一點，再說最糟的情況頂多就是這樣了！而且不拐彎抹角，直截了當的說，以免令人有欲蓋彌彰之感！同樣的方式可以“一視同仁”地應對所有相當情況的病人，但如此卻墮入了科技式普遍對象的單一價值判斷，忽略了個體的差異性，即使表達關懷也進入不了對方之心靈，為對方所感受！因此，醫師之“善意”帶給那母親的確是恐懼與不安，即使後來的檢驗結果並不那般嚴重，但是，一股不安之心猶存，以致以後小孩有類似的症狀發生時，那種擔憂與惶恐，不是身為母親的恐很難體會！如此，我們不難瞭解，對病者的關懷，是對身罹“疾病”（disease）而受“病痛”（illness）折磨的一個“人”、而且是一“位格之人”（person）的真心關注，他（她）不止是一個體（individual），而且是一具理性、意志（自由）、情感之生命尊嚴的獨立無可取代之個體<sup>21</sup>！因此，對人的關注是對每一“個人”的關懷，而且是基於人與人的“人性關懷”（personal care），也就是說，人性關懷是在乎每一“個人”之實在，不但注意到人之為身、心、靈的存有者，而且是每一個人如其所是的具體存在者。因此，人性關懷存在於個體與個體、位格與位格之間的關係建立，不但關注於個體之間的差異，而且投注於切身的體會（體驗）或感同身受。故而，作為一名醫療者，除了充實的專業知識外（科學的實證面），必要體會病人的病痛（人文的關懷面）；而這一切之所以可能，即在於對生命的敬畏，而其最終目的，亦回歸於敬畏生命的奧秘！這一出發與回歸之所以可能，即在於生命之“常”，只是如果誤解了這個“常道”，在醫學上僅理解為像似生物醫學、生命科學等的

---

(21) 筆者如此強調，一方面是為凸顯人與其它物種之不同，在“病”這種境況上，張茲雲教授亦指出：“疾病(disease)是所有生物共有的經驗，生病(illness)則是人類獨有的特殊經驗。”(同上，頁 116)；而另一方面，主要的是標舉人性尊嚴，這正是人與人之間必得彼此關懷的根本。

合成，混淆了客觀的(或作為客體的)“他們”(甚或“它們”)的世界與主觀的(或主體實在、親身體驗的)“我”(更好說“我自己”)的世界，所可能的結果正是醫者之獨斷所帶來的醫病之間於認知、情感、倫理判斷與行為等各方面的衝突！而醫學或醫者要真正能嵌入人的生命，即必須著實地投入人的情感或情緒世界，分享彼此的生命。<sup>22</sup> 問題是：一名醫者如何可能如此因應每一位病人呢？就是“倫常”。

其實，筆者於前文已標舉出家人對病人的治療或遵醫囑有其關鍵之地位，而醫師卻是主導整個醫療歷程的人，如果將家人納入整個醫療計劃內，對病人疾病的治癒以及病痛的療癒可造就相當大的效果。倫常就是醫療者作如此判斷的基礎，這個道理在中國思想內講得很好，如：當代大儒唐君毅先生所標示出的“天人合德，以仁義存心，而知人同此心，心同此理”之大慧<sup>23</sup>，象山先生(南宋儒者陸九淵)之言：“義理所在，人心同然，縱有蒙蔽移奪，豈能終泯？患人之不能反求深思耳！”<sup>24</sup> 以先前所舉母親與病童之例而言，為病童來說，媽媽的話才是真的、才是可信賴的，醫師伯伯根本是一個陌生人，沒有媽媽陪伴著怎可能讓醫師伯伯作診斷！所以，會影響病童的是母親，而母親卻是受到醫師的影響；那麼，母親的焦慮、不安、甚至恐懼當然會令接收到的病童亦感到徬徨、害怕，當他“發現”媽媽

---

(22) 北京大學醫學院的張大慶教授依《病患的意義》(*The Means of Disease*)之作者圖姆斯(S. K. Toombs)之意而指出：“現代醫學混淆了由醫生(客體)通過邏輯實證及理性建構的醫學圖景與病患者(主體)親身體驗的異常豐富的病患生活世界的界限。前者是條理得近乎機械、權威(不容懷疑)的‘他們’的世界，後者是鮮活、豐富(超出教科書與診療手冊規定)的‘我’的世界；前者是被談論的、被研究的、被確認的客觀世界，後者是無言的體驗，或被打斷或被告知不合邏輯，荒誕不經的主觀世界。正是這一條鴻溝，不僅帶來醫患之間認識、情感、倫理判斷與行為等方面的衝突，也使得現代醫學只配作為一堆‘知識’(knowledge)、“信息”(data)、“技術項目”(technological items)而不能嵌入生命與情感世界，化作一份‘理解’(understanding)和一種智慧(wisdom)。”(王一方：《敬畏生命——生命、醫學與人文關懷的對話》，頁 38)

(23) 唐君毅：1979，《中國文化之精神價值》，臺北：正中書局，頁 268。

(24) 陸象山：《象山先生全集》，卷二十，〈鄧立苑求言往中都〉。

“說謊”時，夾雜著身體上的不舒適，那種哭鬧、不合作的情緒也就很難再按捺得住了！體諒天下父母心並不是一件太困難的事，醫師在為病童看診時，同時也在與病童及其母親建立關係，而就在這建立關係的同時，每個人本性稟賦之倫理情、道德心的生命內涵即可感應彼此位格的臨在，發覺應對之道，呈現出的具體作為也就易於合宜了。是故，醫療的人性關懷乃是生命內存、由生命內在與內在的交流融通，顯於外則是合度之行，在中國思想即為“禮”；“禮”並非為外在的什麼規條，而是德性教化，使社會達致真正的和諧。在一個醫療化的社會中，所言“醫德”自己含括一種使命之履行、一種無可旁貸的社會責任，因為我們真正需要的不是一個這樣的“醫療化”社會，而是一個基於敬畏生命之人性關懷的“社會醫療”！

## 五、社會的醫療化與社會醫療

然而，處於一醫療化的社會中，我們不得不去顧慮到的是：“敬畏生命”、“人性關懷”在醫療上的被誤用或濫用的結果很可能即成了禮、法不分！相關地，我們也不得不去考慮到的問題是：醫療在面對集體或社群該當如何展現其敬畏生命、人性關懷之實在？依張荳雲教授在其書中所言之意，社會的醫療化是在社會中以醫療取向處理一些困擾的問題，使之不致惡化或蔓延，以達致社會控制之目的。如此所衍生的社會現象就是將一些違反社會規範的行為，如：變態殺人、酒癮、藥癮，交予醫療專家去評斷，一般人(非醫療專家)不應該也沒有這個能力去思考、去討論、甚至作判斷；免除了一般人面對這些令人困擾的問題，卻也失去了探討人類經驗的能力。<sup>25</sup> 就像社會上的一些違常行為(甚或是違反道德或違法的行為)與精神病(psychiatry)或所謂的“適應性疾患”(adjustment disorders)及“人格疾患”(personality disorders)所造成或產生的異常行為，社會

(25) 張荳雲：《醫療與社會：醫療社會學的探索》，頁 34-37。

醫療化的結果，即容易將前者行為之原由歸於後者之疾病或病態之考量，那麼，一方面將面對這些與社會一般人格格不入的頭痛人物之責任全然放到醫療者身上，猶如將之隔離出來而由一群這方面的管理專家來管理！另一方面，不但將作價值判斷的重任完全由醫療者所承擔，而且亦容易將德行(virtues，或說為“德性”)之善的價值排除於判斷之外！正如馬克·裴斯塔納(Mark Pestana)教授所指出的，許多往昔在價值評斷上之倫理或道德上的德行與墮落(Vice，道德的惡)，如今由另外一個(新)概念加以替換，此即“心理衛生”(mental health)之概念。以往人們認為是不良的或惡的行為，如今已不作善與不善的價值判斷，卻取決於看似中性之心靈的病痛(mental illness)，而落於心理病理學(mental pathology)所意謂之“病”(sick)的範疇！<sup>26</sup>那麼，倫理的轉換使得道德價值的評斷由行為者身上移轉到周遭的人或社會上的一般民眾面對他的態度與行動上，因為如果在他已然被認定為一“病人”的情況下，按照前所提帕深斯“生病角色”概念的原型來說，病人可免除日常事務、工作與義務以及任何責任的擔負，身為一名健康人是不能將這些可免除者強加於其上，這是在道德上所不允許、社會上所不認可的對待病人之方式，反而對之有照顧、關切之責！但因為一般人不知如何是好？因此將之交給專家！筆者無意於此對這種轉換與什麼是德行、什麼是心理衛生、及其二者間之關聯多作討論，而是注意到社會醫療化的這麼一個事實<sup>27</sup>，當然，除了精神疾患之外，還有一些特殊的病症，如：愛

---

(26) Mark Pestana, *Moral Virtue or Mental Health?* (New York, Peter Lang Publishing, 1998), p.2.

(27) 這種情況，目前在臺灣仍不致於嚴重，也許西方世界嚴重得多！然而，在國內外都有不少這方面的實例，譬如說：有一次筆者在電視上看到一個美國的節目，專門介紹一些懸案，那一回正好在介紹對一名多重人格殺人犯的審理；據心理學家的診斷，此殺人犯體內共有 23 重人格，法官審判的困擾就是無法確知當其作案時所顯現的到底是那一重人格？直至製作節目時，案子已經拖了好多年了，正義一直無法彰顯——無論是對那一方面(嫌疑犯或受害者)而言——！在國內轟動一時的槍擊要犯陳進興，在獄中時，亦有心理學者以心理衛生的觀點為其作訪談並出書！



滋病，以及特殊的情況，如：今已不視其為病的“同性戀”<sup>28</sup>，在現今社會上皆有一定的衝擊。無論如何，無可厚非地，醫療人員在這裡的確立於一相當關鍵的重要地位！

於此，我們切不能忘了，關於“病”的意義有其客觀依據的診斷以及主觀感受的抒發，而且蘊含著價值判斷或評估於其中。就以一般所稱的心理疾患 (mental illness) 來說，正如愛德華 (Rem B. Edwards) 教授所指出的，關於心理上的健康與疾患的概念或定義，其內含“價值—承載”的概念 (value-laden concepts)，像多瑪斯·薩斯 (Thomas Szasz) 教授認為：所謂心理疾患是隱喻 (metaphor) 著我們的行為違反了無論是在倫理上、政治上、以及社會上的規範或標準，如同身體的疾病是違反了某種解剖學上與生理學上的規準一樣。而“DSM-IV”則以為：沒有一種定義能含括所有情況，那麼，將某種行為視作精神疾患則必要排除一些針對某特殊狀況而可預期的或與文化背景相符的反應，以及在政治、宗教、性方面的偏差行為，或是個人與社會之間的衝突等情況，除非這些行為是因功能不良所引起。很明顯的，薩斯教授是由心理社會的、倫理的、以及法律上之規準的行為反常 (behavioral deviance) 來定義心理疾患；而“DSM-IV”則由痛楚 (distress) 與功能障礙 (dysfunction) 的觀點來說明心理疾患。如此，我們不難見得，當我們定義“X”是好的或正常的行為”的時候，已然具備了一些在行為上當積極迎合的判準，而當我們定義“X 是不好的或不正常的行為”的時候，同樣地，已釐清了我們對某些行為的消極態度；這就像我們對什麼是好車的積極迎向與什麼是不好的車的消極

---

(28) 在這裡提出“同性戀”這個存在事實並非意味筆者認為它應該是病，而旨在表達同性戀經專家排除於所謂的病症之外後，社會上雖然以某種程度的道德勸說讓佔大多數的異性戀者要能接受這種不同的性取向或行為。但實際上，同性戀者與社會一般的間隙仍然存在，彼此的相處皆不知所措，使得同性戀成為社會角落的弱勢團體！



避免的態度一樣！<sup>29</sup>而這些判準或定義就是由“專家”來訂定、由“專家”來詮釋、也由“專家”來診斷或定奪！這也就意味著，“價值觀”的建立或確立(或更好說是“灌輸”)亦由“專家”一手包辦了！可是，困難就在於：這方面的社會問題並未因此而獲得解決，一方面是因為問題所牽扯的層面複雜交錯，舉凡政策、經濟、文化、專業人員是否充足、專業知識是否充實等等各方面的相關配合皆在其中；另一方面，社會組成份子每個人亦有其個人之主觀信念、意念、或理念，雖然專家主導一切，卻無法完全宰制個人之自由意志！而也就是因為如此，問題不能自然解決即非全然為專家的責任！由之也可讓我們瞭解，雖然自己不是專家，無法討論專業知識內之道理，卻並不意味著自己可置身事外、了無責任！

可是，話又說回來，醫學的確是一門相當專業的學問，主導著一個社群的健康與衛生，只是這樣的主導地位不應該是父權式的權威宰制，而像是導師(tutor)般的實踐者而導引著社會上的一般人。在如今所謂醫療化的社會中，醫者的確有其力量，那麼，如何善用這股力量？明認自己在社會上此一有力的角色、地位而衍生的義務與責任？即成了醫者在倫理上的認定！所言“醫德、醫德”，不僅是有一顆善心或一份善意，更是發揮其力量的合理作為，以成就具最高道德價值之成果。而此一成就，於實質上至少可有兩方面之呈顯：一方面將如此專門的助人或救人行業落實於社會的每一角落，使社會的每一份子在醫療上皆不虞匱乏，並在“病”與“非病”的分判上審慎、明辨，即便有病，亦必指明其與行為之關聯，而不致有心人存以僥倖或致使無辜者蒙受不白！如“愛滋病”患者，雖然社會上一般人已逐漸明瞭不幸染上此絕症的人不見得有做些不名譽的事，但此

---

(29) Rem B. Edwards, edit., *Ethics of Psychiatry: Insanity, Rational Autonomy, and Mental Health Care* (New York, Prometheus Books, 1997) pp.17-21.

等病患在如今社會仍是一種無法見光、躲藏在社會角落的邊緣人！此即需醫療專業者的對社會大眾的再教育，至少愛滋病患也是需要我們關注的同胞。另一方面，醫學的權威就限於醫療的範圍內，不是無止境的擴張（社會醫療化可能有的現象），因此，不在醫學範疇內的，即不受醫學判準之影響。就像“同性戀”，在二十世紀 70 年代即被排除於精神疾患之外，而且任何的醫學領域皆無法定其為一疾病；但是，“同性戀”不是“疾患”並不代表它就是合理的，就必須為大家所接受！其中仍有相當爭議存在，而如此之論辯，醫學卻是無能為力的！這是醫學必須有的分際，作為有力量的醫者即有這個義務與責任去教育群眾、讓群眾明白醫學的這個分際與道理。

故而，我們所要的是一個處處存在、實實在在的社會醫療，而不是一個好似享有霸權的、推諉責任的醫療化社會！

## 六、熱愛生命

生死學大師伊莉莎白·庫伯勒－羅斯(Elisabeth Kübler-Ross)醫師曾說：“死亡一點都不駭人，真正的問題在於我們看待生命的方式。”<sup>30</sup> 傳統醫學沒有教我們如何看待生命、也沒有教我們如何面對死亡！“死亡”為醫者來說，似乎意味著“失敗”，卻也因此誤解了生命的真諦！生命不就是“活著”，而是“如何”活著——只要我仍活著——！“……當你面對自己的死亡，唯一重要的，是所有你付出與得到的愛，而其他的：你的成就、掙扎、與戰鬥，都會在反省中被遺忘。——理查·愛倫(Richard Allen)”<sup>31</sup> 羅斯醫師在其自傳中也說道：“我的工作強調的是生命的價值。”“……醫師試圖扮演

(30) 伊莉莎白·庫伯勒－羅斯(Elisabeth Kübler-Ross)著，林瑞堂譯：2000，《你可以更靠近我》(*The Tunnel and the Light*)，臺北：張老師文化，頁 132。

(31) 同上，第 136-137 頁。

先知的角色，向病人提供一個沒有痛苦的人生。這是不負責任的謊言。據我所知，只有一樣東西能真正治癒人類的身心病痛，那就是無私的愛。”<sup>32</sup> 有一個比喻很美：生命是一首樂曲，每個人都有不同的音符，要努力地演奏著自己、細心地聽著周遭的人，才能完成一部和諧美妙的樂章！而指揮者正是這一切的主導，他雖然不演奏什麼樂器，但卻引導著團體中每一份子的交融，自己也融於其中觀照著每一成員——“你若有能力作到，不要拒絕向有求於你的人行善；如果你能即刻作到，不要對你的近人說：‘去！明天再來，我纔給你。’”<sup>33</sup>。

---

(32) 伊莉莎白·庫伯勒-羅斯(Elisabeth Kübler-Ross)著，李永平譯：1998，《天使走過人間：生與死的回憶錄》(*The Wheel of Life: A Memoir of Living and Dying*)，臺北：天下文化，頁 1-2。

(33) 舊約聖經，箴言 3：27。

## 參考文獻

- 王一方，彭堅：2000，〈“仁術”是靠不住的——傳統中國醫學倫理的觀念軸心與知行建構〉，《敬畏生命——生命、醫學與人文關懷的對話》，江蘇人民出版社。
- 伊莉莎白·庫伯勒-羅斯(Elisabeth Kübler-Ross)著，李永平譯：1998，〈天使走過人間：生與死的回憶錄〉，臺北：天下文化。
- 伊莉莎白·庫伯勒-羅斯(Elisabeth Kübler-Ross)著，林瑞堂譯：2000，〈你可以更靠近我〉，臺北：張老師文化。
- 唐君毅：1979，〈中國文化之精神價值〉，臺北：正中書局。
- 張苙雲：1998，〈醫療與社會：醫療社會學的探索〉，臺北：巨流圖書公司。
- 陸象山：《象山先生全集》，卷二十，〈鄧立苑求言往中都〉。
- 廖湧祥：2000，〈法律與倫理〉，《專業倫理與教學論文集(三)》，臺灣：長榮國際股份有限公司。
- 舊約聖經，箴言。
- 嚴久元：1990，〈當代醫事倫理學〉，臺北：橘井文化事業公司。
- H. Tristram Engelhardt, Jr.：1998，〈意識形態與疾病學說〉，《中外醫學哲學》，第一卷，第二期(1998年5月)
- Ronald Munson：1998，〈為什麼醫學不可能是一門科學〉，《中外醫學哲學》，第一卷，第二期(1998年5月)。
- “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”，《精神疾患診斷與統計手冊》，現已是第四版，簡寫成“DSM-IV”。
- Edwards, Rem B. (Ed.) (1997). *Ethics of Psychiatry: Insanity, Rational Autonomy, and Mental Health Care*. U.S.A., New York: Prometheus Books.
- Pestana, Mark (1998) *Moral Virtue or Mental Health?* U.S.A., New York: Peter Lang Publishing.
- “*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*”，現已有第十版，簡寫成“ICD-10”。