

“家庭共決模式”：一種明智 的臨床選擇

張新慶

羅教授闡釋其基本論點“家庭作為弱勢人群的首重保障”的邏輯起點，是對國際生命倫理委員會 2009 年報告的概要性文本分析，尤其指出了該報告的基本理論預設——自由個人主義，以及從儒家倫理視域下的兩個缺陷。這是言簡意賅又切中要害的引言，因為它避免了羅列贊同或反對自由個人主義或儒家倫理的文獻。這引言讓讀者頓然感悟到儒家倫理和自由個人主義一論高低的必要性，也使讀者對正文論述有更加強烈的心理期待。這種行文風格值得大陸學者借鑒。

本文後半部分以香港公立醫院對終止維持生命治療及預設醫療指示的道德指引為例，探討如何借助家庭醫療共決模式，來保障患病成員的權益。這是在現實醫療情境中考察“家庭共決模式”的理念和適用範圍。基於“家庭共決”的理念，羅教授提出兩個見解：第一，醫生在履行醫療決定之前，需先為病人尋求家庭共識；只有家庭共識無法達成，病人拒絕“維持生命治療”的要求才得以實現；第二，如果病人在生命最後旅程失去知覺，而家庭能發揮作用成為脆弱病人的首重保護牆，生前預囑便不具特別意義。作者論述

張新慶，北京協和醫學院生命倫理學研究中心教授，中國北京，郵編：100005。

的落腳點是：“我們不應各走極端，以所謂“家庭主義”對抗西方的個人主義，以家屬凌駕病者，實施仁慈專制。”¹

羅教授論述的核心是“家庭共決”，而不是個體自主決策或家庭決定。的確，家庭參與決策在中國的醫療實踐中扮演著重要的角色。在兒童醫院的門診或病房，父母都為孩兒生病而掛心；對於他們是否接受較高風險的手術治療，父母也都責無旁貸，多能在與其他家庭成員協商的基礎上做出代理決定。對於那些身患絕症晚期病人，家庭也有必要參與臨床決策。例如，當一個人被驗出患上晚期癌症時，這壞消息應該首先告訴誰呢？醫院慣常的做法是：主治醫生將“壞消息”先告知絕症晚期患者的家人，再由家人自主選擇是否告知患者。又如，在是否放棄治療的生死抉擇中，主治醫生也通常先與患者家屬商議。儘管也有不少主張絕症晚期患者應首先獲得壞消息或做出是否放棄治療的決定，但很少中國人反對家庭在此人生最艱難時刻所起的重要作用。不過，醫療決策有家庭參與並非中國人的專利，在世界多數文化中，也存在有家庭參與的醫療決策方式。例如，針對非洲裔美國人的調查顯示：在生前遺囑的決定及執行中家庭因素不可或缺。²又如，預先的治療計劃有機會讓家庭理解並考慮青少年的意願。³當然，因社會文化、醫保、病人病情的差異，及家庭參與決策的方式、程度不同，不同文化所依之倫理學基礎也不盡相同。那麼，羅教授闡釋的“家庭共決模式”之倫理基礎是什麼？顯然，他藉着儒家倫理學和個人自由主義的對比分析展開巧妙論證，然後結合香港的實踐來證明“家庭共決模式”為何是保

-
- (1) 羅秉祥：〈家庭作為弱勢人群的首重保障：儒家倫理與醫療倫理〉，載范瑞平編，《中外醫學哲學》，2013年，第XI卷，第2期，頁7-30。〔英文原文：Lo, Ping-cheung, “Family as First Bulwark for the Vulnerable: Confucian Perspectives on the Anthropology and Ethics of Human Vulnerability,” keynote address presented at the 7th Symposium on Bioethics from Chinese Philosophical/Religious Perspectives, Dalian University of Medicine, PRC, 27-29 June 2013.〕
 - (2) Carolyn Pace Ramsey, “Young Adult African American Family Members’ Perceptions, Knowledge, Attitudes, and Utilization toward Advance Directives,” *Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty (ABNF J.)* 24:2(Spring 2013), pp. 51-59.
 - (3) M.E. Lyon *et al.*, “Family-Centered Advance Care Planning for Teens with Cancer,” *The Journal of the American Medical Association: Pediatrics (JAMA Pediatrics)* 167:5 (May 2013), pp. 460-470.

障醫療弱勢人群權益的首選。羅文不僅行文如流水，通暢而又明快，也有較強的理論說服力和現實指導性。

基於儒家倫理的“家庭共決模式”隱含這種假設：自我是在人際關係中構成的，而不是割裂於人際關係網絡的獨立個體。誠然，從新生嬰兒到成人，家庭背景、成員構成及家庭環境在很大程度上決定了一個人的性格和行為習性。受儒家倫理熏陶而長大成人的子女，自然要回報父母，以特有方式分擔家庭責任。比如說，對於一位有家庭責任感的成年人而言，當父母或子女生病住院時，積極聯繫醫院和醫生、向醫生通告病情、參與手術決策、繳納醫藥費等行動都體現了其對父母的孝心和對子女的關愛。如果不這樣做，將來捫心自問也難免後悔和自責，並遭受親戚朋友評頭論足。在儒家由自律和他律編織而成的無形的人倫綱常中，盡孝道是核心的倫理價值。“孝”的本意是報答父母的生育和養育之恩。如何回報呢？一是能養，二是能敬；要盡心竭力，讓父母快樂安康。⁴ 父慈子孝是和睦家庭和幸福人生的基礎。當然，先秦諸家並不主張盲從父母，有時也提倡子女勇於堅持勸誡父母。在《論語·里仁》中，孔子說：“事父母幾諫。見志不從，又敬不違，勞而不怨。”不行不義，不盲從，義高於父。可見，儒家並不贊同愚忠愚孝，而認為父子是對應關係，父慈子孝。當然，以上論述只是間接地為接受“家庭共決模式”提供了一種基於孝道的倫理論證。不過，它也提醒我們，家庭共決不是用家庭成員的決定完全代替個體的自主決定，而更類似於基於家庭參與的個人決定模式。

當前的中國大陸，醫患關係較為緊張，醫患之間不信任程度偏高。⁵ 為此臨床上的“家庭共決模式”也滿足了醫患雙方心理需求，促進醫患和諧。2013年6月，本人主持了針對全國9個省份、45家

(4) 周桂鈿：《中國儒學講稿》（北京：中華書局，2008），頁91-96。〔ZHOU Guidian, *Lecture Notes on Chinese Confucianism* (Beijing: Zhonghua Publication House, 2008), pp.91-96.〕

(5) ZHANG Xinqing (張新慶) & Margaret Sleebloom-Faulkner, “Tensions between Medical Professionals and Patients in Mainland China,” *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 20:3 (2011), pp.458-465.

醫院的醫務人員從業狀況調查。調查顯示：當問及誘發醫患糾紛的誘因時，72.0%的被調查醫生(n=2777)稱“醫患溝通不到位”是造成醫患糾紛的首要原因，遠高於“醫學局限性”或“工作壓力大”等其它原因。為何醫患溝通不到位呢？人們通常的理由可能有多種，如因工作忙碌而無暇給患者過多的情感交流。但本次調查還發現醫患雙方心理健康狀況不佳也是溝通不暢的重要原因。75.0%的被調查醫務人員(n=5852)時常或一直感受到“身體疲勞、不適”，59.2%時常感到焦慮，46.3%的人時常感到強迫症狀，40.9%的人時常感到抑鬱。患者(n=1820)調查發現：一個人患病後的心理狀態會發生微妙變化，61.4%的被調查患者自稱焦慮，42.9%的人感到恐懼，31.5%的人感到疑惑。試想，當醫患雙方均面臨巨大的心理壓力時，醫患溝通如何能夠有效開展？此時，患者家人可以安慰患者情緒，為患者提供強大的心理支持。2013年7月甘肅地震一家五口遇難者本能地緊緊摟抱在一起，在生命最後一刻體現了家庭的力量。事實上，來自家庭成員的支持是患者的第一道心理防線。有了家庭成員一起與醫生作信息交流，並參與隨後的臨床決策過程，醫患溝通將順暢得多，從而有助化解醫患矛盾。⁶

總之，在諸多包含著棘手倫理難題的臨床決策中，“家庭共決模式”無疑是一種明智的選擇。

參考文獻

- 羅秉祥：〈家庭作為弱勢人群的首重保障：儒家倫理與醫療倫理〉，載范瑞平編，《中外醫學哲學》，2013年，第XI卷，第2期，頁7-30。
〔英文原文：Lo, Ping-cheung. “Family as First Bulwark for the Vulnerable: Confucian Perspectives on the Anthropology and Ethics of Human Vulnerability,” keynote address presented at the 7th Symposium on Bioethics from Chinese Philosophical/Religious Perspectives, Dalian University of Medicine, PRC, 27-29 June 2013.〕

(6) A. Majesko *et al.*, “Identifying Family Members Who May Struggle in the Role of Surrogate Decision Maker,” *Critical Care Medicine (Crit Care Med.)* 40:8 (Aug 2012), pp. 2281-2286.

- 周桂鈿：《中國儒學講稿》，北京：中華書局，2008。〔ZHOU Guidian. *Lecture Notes on Chinese Confucianism* (Beijing: Zhonghua Publication House, 2008).〕
- Lyon, M. E. *et al.* “Family-Centered Advance Care Planning for Teens with Cancer,” *The Journal of the American Medical Association: Pediatrics (JAMA Pediatrics)* 167:5 (May 2013), pp.460-470.
- Majesko, A. *et al.* “Identifying Family Members Who May Struggle in the Role of Surrogate Decision Maker,” *Critical Care Medicine (Crit Care Med.)* 40:8(Aug 2012), pp. 2281-2286.
- Ramsey, Carolyn Pace. “Young Adult African American Family Members' Perceptions, Knowledge, Attitudes, and Utilization toward Advance Directives,” *Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty (ABNF J.)* 24:2(Spring 2013), pp.51-59.
- Zhang, Xinqing (張新慶) & Margaret Sleeboom-Faulkner. “Tensions between Medical Professionals and Patients in Mainland China,” *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 20:3(2011), pp.458-465.