

公共健康倫理中的自主性問題： COVID-19 疫情背景下的討論 Issues of Autonomy in Public Health Ethics: A Discussion in the Context of the Covid-19 Pandemic

張肖陽 劉子怡 肖 巍

Zhang Xiaoyang, Liu Ziyi and Xiao Wei

張肖陽，英國埃塞克斯大學社會學博士，北京航空航天大學公共管理學院助理教授，中國北京，郵編：100091。

Zhang Xiaoyang, Associate Professor, School of Public Administration, Beihang University, Beijing, China, 100091.

劉子怡，清華大學馬克思主義學院博士研究生，中國北京，郵編：100084。

Liu Ziyi, PhD Candidate, School of Marxism, Tsinghua University, Beijing, China, 100084.

肖 巍，清華大學高校德育研究中心教授，博士生導師，中國北京，郵編：100084。
Xiao Wei, Professor, Moral Education Research Center, Tsinghua University, Beijing, China, 100084.

本文為國家社科基金重大項目“構建人類衛生健康共同體的倫理路徑研究”(21&ZD057)，國家社科基金青年項目“城市政治生態學理論和前沿問題研究”(19CZZ008)，清華大學自主科研計劃資助(2021THZWJC35)的階段性研究成果。

《中外醫學哲學》XX:1 (2022 年)：頁 41-62。

International Journal of Chinese & Comparative Philosophy of Medicine 20:1 (2022), pp. 41-62.

© Copyright 2022 by Global Scholarly Publications.

摘要 Abstract

COVID-19 疫情的爆發，突顯出公共健康倫理中自主性與公共健康之間的緊張關係。以“public health”、“ethics”、“autonomy”為主題詞在 Web of Science 核心合集數據庫中進行文獻收集，借助 CiteSpace 6.1 軟件進行信息可視化分析，發現 2020 年 1 月 1 日至 2022 年 5 月 14 日期間，生命倫理/公共健康倫理領域對於“自主性”概念的討論大體上集中在“知情同意”、“健康保健政策”、“健康質量”、“信息技術”和“老年歧視/老年群體”範圍。本文在此基礎上提煉分析 COVID-19 疫情中的四個“自主性”難題——如何避免以公共健康/公共利益為名過度限制自主性、在數字技術應用中如何保障自主性、如何保障老年群體的自主性和生命權，如何通過促進自主性來推動公共健康目標的實現。COVID-19 疫情是一個重塑公共健康倫理自主性概念的歷史契機。冷酷的病毒已經作為一種媒介把人類的命運緊密地聯繫起來，而基於關懷倫理和共同體倫理重塑的自主性概念則有望給疫情下的世界帶來團結、溫暖和希望。

In the field of public health ethics, the COVID-19 pandemic has highlighted the tension between autonomy and public health. Using CiteSpace 6.1 software and information visualization analysis, we performed a search of literature in the Web of Science core collection database using thematic words such as “public health”, “ethics” and “autonomy”, we found that from January 1, 2020 to May 14, 2022, discussions on the concept of “autonomy” within the field of bioethics/public health ethics were generally focused on the following topics: “informed consent”, “health care policy”, “health quality”, “information technology”, “ageism” and “elderly group”. In this paper, we distill and analyze four controversial issues: how can we avoid excessive restrictions on autonomy in the name of public health/public interest? How can we

protect autonomy when using digital technology? How can we protect the autonomy and rights of the elderly? How can we advance the goals of public health by promoting autonomy? The COVID-19 pandemic is a unique historical opportunity to reshape the concept of autonomy within the field of public health ethics. Although the virus has bound the fate of humanity together, a reinvented concept of autonomy based on care and community ethics holds the promise of bringing solidarity, comfort, and hope to the world in the midst of the pandemic.

【關鍵字】 COVID-19 疫情 公共健康 公共健康倫理
自主性

Keywords: COVID-19, public health, ethics of public health, autonomy

生命倫理學 (Bioethics) 有四個經典原則——尊重自主性原則、不傷害原則、行善原則和公正原則。自主性也是當代道德哲學和政治哲學中的一個重要概念，因為人的自主性決定了人作為一種道德存在的本體論性質，也是一個人不受他人主宰和支配的道德能動性的集中體現。這一概念既與人的自由和道德選擇權利密切相關，也關乎對一個人作為道德主體身份和能力的承認。然而，當人們從人口層面研究生命倫理——即從公共健康倫理 (Public Health Ethics) 層面研究自主性概念時，便會發現與以往基於臨床層面的生命倫理，即個體生命權利選擇的“自主性”相比，公共健康倫理中的“自主性”與公共健康之間存在著一種緊張關係，而新型冠狀病毒肺炎 (COVID-19) 疫情更突顯出兩者之間的矛盾和衝突。本文首先對 COVID-19 (2020 年 1 月–2022 年 5 月) 疫情下生命倫理/ 公共健康倫理研究“自主性”概念的文獻進行可視化分析，並據此探討 COVID-19 中的“自主性”難題，進而思考 COVID-19 重塑公共健康倫理中自主性概念問題。

一、自主性：COVID-19 疫情下研究文獻的可視化分析

本文以“public health”、“ethics”、“autonomy”為主題詞，在 Web of Science 核心合集數據庫中進行文獻收集，文獻檢索類別設置為 Article、Review，文獻語言設置為英文，文獻日期設置為 2020 年 1 月 1 日至 2022 年 5 月 14 日，檢索結果去重後得到 96 篇文獻。借助 CiteSpace 6.1 信息可視化軟件(Synnestvedt 2005, 724-728)對這些文獻進行分析，起止時間設置為 2020 年至 2022 年，時間分區設置為 1 年，其他為默認設置。

以關鍵詞為網絡節點進行數據分析(見圖 1)，發現除了主題檢索詞外，出現頻次較多的關鍵詞有“informed consent”(知情同意)、“health policy”(健康政策)和“quality”(質量)等。根據關鍵詞的中心性進行排序，剔除主題檢索詞與合併同義詞後，整理後得出中心性大於或等於 0.1 的關鍵詞表(見表 1)，我們發現“informed consent”、“care”、“risk”、“quality”等是較為重要的節點，與研究主題相關性較高。

CiteSpace, v. 6.1.R1 (64-bit) Basic
May 16, 2022 at 12:11:11 AM CST
Web: C:\Users\ereno\Desktop\autonomy051\data
Timespan: 2020-2022 (Slice Length=1)
Selection Criteria: g-index (m=0.25, LRF=3.0, LBY=5, e=1.0)
Network: N=124, E=431 (Density=0.056)
Largest CC: 121 (97%)
Nodes Labeled: 1.0%
Pruning: None

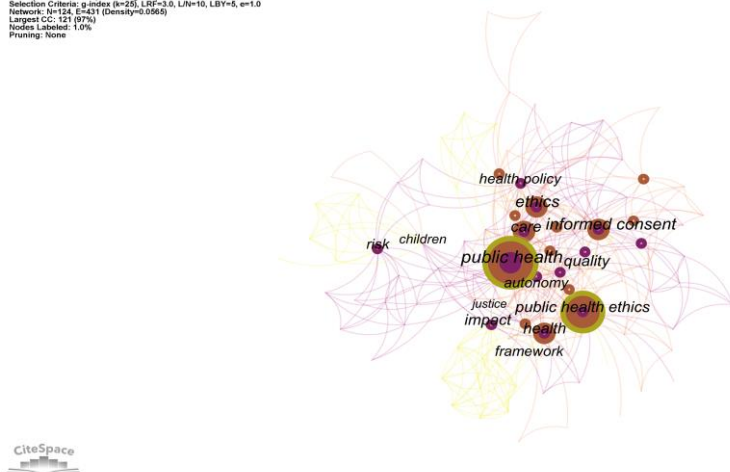


圖 1：關鍵詞共現圖

排序	關鍵詞	頻次	中心性
1	informed consent	8	0.25
2	Care	10	0.19
3	Risk	5	0.17
4	quality	6	0.15
5	children	3	0.15
6	impact	4	0.14
7	health policy	7	0.11
8	framework	5	0.1

表 1：重要節點關鍵詞

運用 CiteSpace 軟件中的對數似然率算法 (LLR 算法)，生成關鍵詞聚類圖譜 (見圖 2)，模塊值 (Q 值) 為 0.5542 (>0.3)，平均輪廓值 (S 值) 為 0.8296 (>0.5)，說明聚類有效。分析形成的 7 個關鍵詞聚類標籤 (見表 2) 顯示，當前該領域的研究熱點集中於老年照護 (#1、#2)、醫療衛生措施 (#4)、數字技術 (#5、#7)。

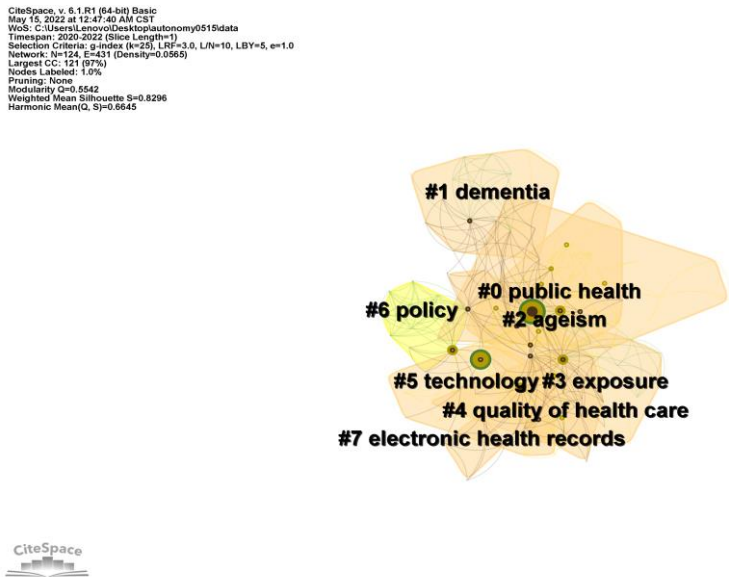


圖 2：關鍵詞聚類圖譜

聚類 ID	節點數	輪廓值	關鍵詞 (LLR)
#0	24	0.77	public health; public health ethics; health equity; ethics; informed consent
#1	17	0.942	dementia; prodromal symptoms; early diagnosis; secondary prevention; older people
#2	17	0.786	ageism; well-being; respect; bioethics; future
#3	16	0.728	exposure; information; college; electronic cigarette; product
#4	15	0.777	quality of health; care health policy; public services; non-profit health organisations; human subjects research
#5	15	0.869	Technology; public health ethics; information technology; public policy; risk assessment
#6	12	0.95	policy; printed media; incentives; alcohol drinking
#7	5	0.959	electronic health records; healthcare; applied ethics; ehealth; electronic medical records

表 2：關鍵詞聚類標籤

依據上述可視化圖譜所給出的關鍵詞和數據，在 COVID-19 中，國際生命倫理學領域，尤其是公共健康倫理領域對於“自主性”概念的討論大體集中在“知情同意”、“健康保健政策”、“健康質量”、“信息技術”和“老年歧視/ 老年群體”範圍。因而，本文第二部分將圍繞些主題詞範圍集中討論 COVID-19 中“自主性”的難題。

二、COVID-19 疫情中的“自主性”難題

COVID-19 疫情爆發突顯出公共健康倫理中自主性與公共健康之間的衝突，學者們在知情同意、健康保健政策、健康質量、信息技術和老年歧視/ 老年群體範圍內的討論提出這樣一些關鍵

性難題：如何避免以公共健康/ 公共利益為名過度限制自主性？在數字技術應用中如何保障自主性？如何保障老年群體的自主性和生命權？如何通過促進自主性來推動公共健康目標的實現？

1. 如何避免以公共健康/公共利益為名過度限制自主性？

在 COVID-19 疫情背景下，實施公共健康應急措施無疑需要對個體的“自主性”進行限制。COVID-19 具有變異性強、傳播速度快和波及範圍廣等特點，接種新冠疫苗是加強個體防護、構建群體免疫屏障和疫情防控的重要措施。然而，由於認知偏差和對於疫苗科學性、安全性或必要性持懷疑態度，一些公眾認為自己有自主權利拒絕疫苗接種，這便產生通過疫苗接種阻斷病毒傳播的公共健康/ 公共利益考量與個體自主性之間的衝突，引發一系列倫理爭論：個體是否有接種疫苗的道德義務？在 COVID-19 疫情中，強制某些個體接種疫苗，或者通過公共健康預防措施和政策推動疫苗接種是否侵犯了個體自主性？與之類似，為了疫情防控所採取的隔離措施、強制口罩令、數字追蹤技術等是否能夠得到倫理辯護？對於這些問題主要有兩種不同看法——自主性優先論和公共健康優先論。

主張自主性優先論的學者認為，個體的自主性具有絕對的規範優先權。例如澳大利亞學者邁克爾·科瓦利克 (Michael Kowalik) 主張，個體並沒有接種疫苗的道德義務，任何形式的強制接種疫苗都無法獲得倫理支持。人作為有意識的理性主體存在，具有身體的自主性，這是構成生命價值的必要條件，侵犯身體自主性便意味著破壞個體的能動性和侵犯自我的獨立性。與個體健康和公共健康的預期益處相比，對生命本體論意義上的傷害和風險更為重要 (Kowalik 2022, 240-43)。然而，如果堅持科瓦利克的觀點也會遇到一個理論難題——如果我們尊重個體自主選擇，不採取強制的疫苗接種措施，就會出現一個悖論：當疫苗接種率較低時，群體免疫便無法實現；而當疫苗接種率較高時，個體則可能存在“搭便車”傾向，讓別人去承受接種疫苗的風險和負擔，而自己

則處在已經受到疫苗保護的安全人口中，從而降低了感染 COVID-19 的機率。還有的學者也對限制個體自主性的公共健康措施的有效性和可持續性提出質疑 (Jecker 2021, 362-366)。

主張公共健康優先論的學者則認為，在公共健康受到嚴重威脅的緊急情況下，在價值層級上，保護公共健康和公眾生命安全要高於尊重個體自主性。從這一意義上說，讓渡一部分自主權利或許也是保護自主性的最佳途徑。然而，堅持這一觀點的人們也認為，公共健康的優先性並不是絕對的，而應受制於公共健康倫理的“最小限制性原則”，這要求在促進公共健康目標實現的同時要確保對個體權利造成最少的侵犯。在疫苗接種問題上，在這一原則指導下可以採取一些消極或積極措施促進接種工作，例如對未接種疫苗者實施限制或懲罰，或者為接種疫苗者提供經濟激勵等 (Giubilini 2021, 7-8)。然而，即便“最小限制性原則”表面看來促進了公共健康與個體自主性選擇之間的某種平衡，但也存在隱性的強迫風險。此外，由於社會經濟地位的不同，人們對於強迫程度的感受也有差異，這類措施可能讓社會經濟弱勢群體承受更大的壓力，進而加劇社會不平等和不公正 (Raus 2021)。還有一種潛在的風險是，如果採取“最小限制性原則”，疫苗接種率仍無法獲得使大多數人免受 COVID-19 病毒感染的效果，同樣也會加重社會弱勢群體的疾病負擔，導致疾病分配方面的社會不平等和不公正。

2. 在數字技術應用中如何保障自主性？

在公共健康措施方面，廣泛應用數字技術是 COVID-19 疫情有別於以往公共健康危機的重要特徵，例如人們的日常生活行為軌跡、出行大數據、接種疫苗數據和接受核酸檢測數據都可能以流行病數據監控的方式被公共健康部門、所在工作單位和居住地獲取和掌握，這便引發對於如何在數字技術應用中保障自主性問題的討論。人工智能 (AI) 在 20 世紀 50 年代開始發展，70 年代便應用於健康和醫學科學領域，而且在生物學、醫學和臨床保健方

面應用人工智能技術愈發地普遍。與傳統醫學背景下的醫患關係相比，AI 時代表現個體自主性的場景也發生了巨大變化，自主性的內涵和外延也需要獲得重新的闡釋和理解，這主要包括五個方面的問題：其一、數字自主性面臨的數據真實性挑戰。在 AI 時代，學者們愈發關注對一個新概念“數字自主性”(Digital Autonomy)問題的討論，例如德國學者塞巴斯蒂安·拉克(Sebastian Laacke)等人以這一概念分析抑鬱症診斷問題。儘管人工智能系統能夠利用社交媒體數據更加便利、高效地識別精神障礙高風險人群，但這一潛在利益也可能對自主性造成威脅，因為社交媒體本質上不同於在診所或醫院環境形成的醫患關係，在數字化“房間”通常在提供新機會的同時也帶來嚴峻的挑戰，例如社交媒體用戶可能提供虛假的個人資料和數據，因而很難評估數據的可信度和質量。人們不僅要關注數字環境下患者自主性和自我責任問題，也需要意識到數字自主性與以往醫患關係中患者自主性的差異，以及對於技術、社會和制度環境提出的新挑戰(Laacke 2021, 4-20)。

其二、數字跟蹤中的自主性問題。在 COVID-19 疫情背景下，數字追蹤技術在預警監測中發揮了重要作用，例如追蹤應用程序能夠通過藍牙、GPS、手機網絡數據、WiFi 信號等識別、記錄和聯繫潛在的感染者及他們的接觸者，並實施相應的監測和隔離措施，減少病毒隱匿傳播的可能性。然而，在確保科學性、準確性和有效性的前提下，應用數字追蹤技術的倫理正當性在很大程度上取決於其對被追蹤者自主性的保護(Klar and Lanzerath 2020, 1-9)，只有當人們能夠以知情、安全和對社會負責的方式參與到技術應用之中時，這一技術才能夠發揮其保護公共健康的潛力(Calvo 2020, 1-2)。反過來說，如果在數字追蹤技術應用中不注重對於被追蹤者自主性的保護，社會的基本價值秩序以及公民與政府之間的信任關係可能遭到破壞(Taddeo 2020, 172)。例如對於自主性的保護措施首先要確保自願參與，這要求應用數字追蹤技術時需要向潛在的用戶提供充分的信息，幫助用戶了解數據收

集、訪問、處理、共享的模式和目的。數字追蹤技術應用的每一步都需要以自願決定為基礎，包括攜帶智能手機、下載應用程序、運行應用程序、對程序警報做出反應，以及在確診感染後分享接觸者記錄 (Dubov and Shoptawb 2020, W9)。其次要保護好個人的隱私。即便是在自願使用的情況下，數字追蹤技術也面臨著侵犯個人隱私的風險，以及數據泄露或濫用的可能性，也可能帶來對某些地域、種族或社會群體的歧視或污名化 (Gasser 2020, e428)。再次要對數字弱勢群體提供支持。在不同的社會群體之間，數字追蹤技術的收益和負擔分配是不公平的 (Klenk and Duijf 2021, 69-77)。一方面，弱勢群體可能由於經濟、語言或技術能力不足而無法使用數字追蹤工具，導致進一步的邊緣化。另一方面，由於弱勢群體更多從事無法居家工作的行業，可能由於數字追蹤技術而更頻繁地遭遇隔離。因此，實施數字追蹤技術時應當考慮到公平問題，需要對弱勢群體提供支持。

其三、區塊鏈技術對於知情同意的挑戰。知情同意一直是表達個體自主性的重要方式。然而，醫學和數字技術的進步使不同形式的醫學數據獲取成為可能，也對傳統知情同意模式提出挑戰。例如區塊鏈技術 (blockchain technologies) 能夠以安全和共享的方式分享醫學數據，在數據採集、使用和分析等方面可以基於區塊鏈的智能合約實現自動化。但在應用區塊鏈技術進行醫學研究數據管理時，傳統知情同意模式面臨一種兩難情境：進行醫學研究數據管理時，區塊鏈技術能夠確保數據的真實性和準確性，將侵犯用戶隱私的風險降至最低水平。因而大多數國家的法律和倫理允許在符合最小風險標準的研究中免除知情同意要求，但這樣做用戶的自主性也可能受到嚴重威脅。針對這一問題，劍橋大學和哥本哈根大學的生物倫理學家塞巴斯蒂安·P·曼恩 (Sebastian P. Mann) 等人提出的要拓展知情同意的內涵，允許研究過程中所有利益相關者在特定條件下使用假名主動同意數據發布或交換，從而實現雙向研究請求。這一新的知情同意模式可以給予患者更

大的自主性控制自己的數據，也能夠使醫學研究更有效率，降低錯誤率 (Mann 2021, 244-250)。

其四、數字自主性的信任培育問題。在 COVID-19 疫情背景下，數字自主性對於醫生，包括流行病調查人員、社區志願者、管理者和患者、密接者、涉疫小區和公眾都提出更高的道德要求，需要培育不同群體的公共健康“自主性”意識，主動提供真實信息和數據。而且公共健康相關人士也應當尊重每一個人的自主性和尊嚴，個人隱私和權利，保證不濫用個人隱私數據，在公布疫情相關信息時應提高透明度，做到客觀真實，贏得公眾的信任。此外，儘管 AI 技術有了飛速的發展，但包括科學家和公共健康人士在內的公眾還無法對大數據、機器學習、人工智能等新技術進行明確的界定，而對技術本身認知和理解上的不足也直接導致無法明確評估它們在醫學生物學應用中的利益和風險 (Karmakar 2021)，這不僅會衝擊自主性、不傷害、行善或公正的倫理價值觀，也會傷害到個體和公共健康 (Amann 2020, 6-8)。為此，通過跨學科的交流和互動闡釋數字技術的原理、特徵、效用和風險，確定相關的倫理原則規範，便會有助於深入理解數字自主性概念，培育整個社會和公眾在數字時代的相互信任問題。

3. 如何保障老年群體的自主性和生命權？

隨著全球老齡化趨勢的發展，老年群體的醫療保障負擔已經成為各國醫療保健體系建設中的一個難題。在 COVID-19 疫情期間，在一些國家和文化中，出現了年齡歧視現象，媒體和公共傳播內容也大多聚焦於老年群體的虛弱、無助和孤立，把老年人口描繪為一個與年輕人口對立的、分離的和脆弱的群體 (Ayalon 2020, 1221-1224)，形成對老年群體的刻板印象。更有甚者，在一些國家的疫情防控策略中，也試圖支持基於年齡的偏見和歧視，允許為了“公共健康”和“社會利益”而犧牲老年群體利益。例如在 COVID-19 疫情初期，意大利醫生表示在實踐中不得不根據年齡、預期壽命和其他因素分配短缺的重症監護資源

(Ferraresi 2020)。“意大利麻醉鎮痛重症醫學學會”(SIAARTI)發布《可用資源和需求嚴重不平衡時期重症治療的臨床倫理建議》，主張“可能有必要對重症監護病房設定年齡限制，這並不是僅僅作出有價值的選擇問題，而是保留非常稀缺的資源，首先救治生存率更高的人，其次優先照顧壽命預期更長的人。”(Vergano 2020, 471) 這一局面引發生命倫理，尤其是公共健康倫理領域關於老年群體自主性和生命權問題的爭論。

一些人支持以年齡為依據分配緊缺醫療資源，主要理由是：其一、人口利益應當優先於個人利益，因而在疫情中最有可能存活的患者應當獲得優先照顧。其二、每個人都有長期生存的潛力與平等權利，因而相比於老年群體，將醫療資源分配給年輕群體更有助於實現代際公平。其三、在醫療資源稀缺時，老年群體有時也有自主願意放棄獲取醫療資源的優先權。其四、公共健康緊急關頭需要迅速高效的決策，而年齡應當是最為直接、透明和有效的參考標準 (Hostiuc 2021, 8-9)。然而，也有一些人反對依據年齡來分配醫療資源，其理由在於：其一、年齡歧視構成對老年群體自主性的侵害。一方面，以年齡作為獲得醫療服務的門檻造成對老年群體的自主權和生命權的侵犯。另一方面，在老年群體並不需要的情境下對他們提供同情和幫助也侵害到老年群體作為生活主體的自主性和能動性 (Vervaecke and Meisner 2021, 159-165)。其二、年齡歧視的態度和行為強化了人際之間對老年群體的刻板印象，危害了代際團結，也忽視了在疫情中老年群體正在持續積極地為社會作出貢獻，例如退休醫療人員重返工作崗位、老年群體也做了大量的照顧家人的工作 (Previtali 2020, 509)。其三、即使“拯救更多的生命”或“人口預期壽命最大化”的觀點能夠得到公共健康倫理辯護，資源分配決定也必須基於客觀和科學的臨床標準，與年齡相關的流行病學生存概率數據並不能作為資源分配的唯一標準。其四、儘管醫生應當尊重老年患者放棄醫療優先權的自主決定，但這種利他主義假設在實踐中並非普遍

存在。每個人的生命都只有一次，沒有人願意放棄自己的生命權利，社會也不應當宣傳由年齡來決定醫療資源分配的觀點。而且，老年群體所謂的“自主決定”很可能是由外部因素操縱的結果 (Hostiuc 2021, 11)。

也有學者基於上述爭論，提出一些在 COVID-19 疫情中保護老年群體自主性和生命權的建議：其一、醫療資源分配決策應當以科學依據和醫療需求為基礎，根據尊重自主性和行善原則，醫生必須首先判斷老年患者是否能從重症監護等治療中受益，以及他們是否希望接受治療 (Ho and Neo 2021, 12)。其二、在操作層面上，應當以臨床虛弱指數評分 (Clinical Frailty Score) 代替年齡標準進行評估，把資源公正地分配給可能受益的群體 (Chase 2020, 1669; Hewitt 2020, e444-451)。其三、醫生也必須與患者進行充分對話，如實地傳達治療的好處和負擔，討論治療的目標及其可行性，了解患者的價值觀和偏好，進而促進患者的自主決策。其四、決策者和公眾都應當意識到老年群體也具有差異性，並不能一概而論地等同於脆弱人群。同時，在實施疫情防控的公共健康措施過程中，也應當更多關注健康的社會決定因素，支持和幫助那些經濟困難、有身體和認知障礙的、缺乏醫療保健服務資源的弱勢群體 (Previtali 2020, 510)。

4. 如何通過促進自主性實現公共健康的目標？

在 COVID-19 疫情背景下，如何通過促進自主性實現公共健康目標始終是生命倫理、公共健康倫理關注的重要問題。在這方面，學者們提出三種有建設性的觀點：其一、平等充分地溝通信息、建立尊重和信任關係是促進自主性，進而保障公共健康目標的重要基礎。在公共健康危機中，自主性與信息透明度有著密切關聯，自主性的實現有賴於獲得完整、可靠和易懂的信息 (Maeckelberghe 2021, S49)。因此，公共健康和政府管理部門有義務客觀地向公眾傳遞疫情發展防疫策略等信息，並提供切實可行的防控建議。儘管接種疫苗是防控 COVID-19 疫情的重要措

施，但仍舊有些人出於各種原因拒絕接種疫苗，因而公共健康專業人士也應當在尊重自主性原則基礎上傾聽和理解人們拒絕接種疫苗的理由，解決他們的擔憂，認識到“疫苗猶豫”背後隱含的道德立場，闡釋疫苗接種必要性和相關科學知識，提供豐富的信息，使公眾正確認識接種疫苗對於個人和公共健康的價值，推進疫苗接種工作 (Jecker 2021, 365)。其二、促進自主性的實現需要關注不同群體和個人的物質條件和精神需要，因為這些因素反映出人們在多大程度上具備自主決策的能力。例如貧困群體和有基礎疾病的老年群體是疫情中的脆弱人口，鼓勵獨居老年人使用可穿戴設備有助於提升老年人口的健康狀況，然而部分老年人可能缺乏經濟基礎穿戴這類設備，或不具備正確使用和維護這類設備的技能。因而，必須建立起獨居老年人口與公共健康和醫療保健資源之間的有效銜接，避免延續和加劇社會不平等現象。(Nakazawa 2021, 6-7)。其三、預先計劃與事前對話是在公共健康危機時刻促進自主性實現，提升醫療護理質量和公共健康水平的有效機制。當 COVID-19 疫情要求對呼吸機等有限的重症監護資源進行分配時，任何分配機制都可能威脅到一些人的自主性或生命權。因此，人們必須考慮除了“分配資源”之外，應當“如何更好地照顧最脆弱的群體”。在這一方面，姑息治療與應對疫情緊密相關。然而，不能把姑息治療視為資源匱乏問題的“解藥”和資源分配責任的逃避，而應當意識到姑息治療的道德意義在於減輕患者痛苦，給予患者身體、心理、社會等方面的妥善照顧。如果能切實實施預先護理計劃，尊重體弱老年患者自主性選擇，不僅有可能減少呼吸機使用的需求，也可以通過尊重患者自主性的方式減輕重症監護資源短缺的壓力，並借此來支持公共健康目標的實現 (Chase 2020, 1666-1670)。

三、COVID-19 對公共健康倫理“自主性”概念的重塑

COVID-19 疫情突顯出公共健康倫理中的自主性與公共健康之間的矛盾和衝突。國內外學者對這一問題已經進行廣開思路的爭論和探討。然而，儘管學者們提出諸多有益的建議和解決問題方案，但從公共健康倫理研究層面仍具有另一種分析思路和研究空間，即重塑公共健康倫理中的“自主性”概念。

從對於 COVID-19 疫情中的“自主性”難題的分析中，不難發現儘管自生命倫理學誕生以來，自主性便作為核心概念備受關注，在這一學科問題討論和爭論中佔居主導地位。然而，人們對於這一自主性的理解卻始終是以個人作為分析範疇——如患者、研究參與者、研究人員和醫師等，而且這種自主性概念來自康德的“人為自己立法”思想。康德認為人的理性要求人們把他人當成目的本身，而不是實現目的的手段，因為每一個理性者都具備道德自主性，能夠為自身立法，給自己發出道德絕對命令，既是立法者也是執法者，因而每個人都應當被承認，被他人視為具有同樣的“人之地位的人”，獲得基本的權利和尊重。理性具有普遍性，人類基於理性和自主性而獲得尊嚴。當人們從人口層面研究公共健康倫理時，以往生命倫理中的自主性便不應當再以個人而應當以人口或者群體作為分析範疇。“公共健康屬於倫理領域是因為它不僅關係到對於社會中疾病出現的解釋，也關係這一狀況的改善。除了工具目的之外，公共健康也涉及到整體的目標，表達了全體人民精誠團結面對死亡和疾病的承諾。”(Beauchamp and Steinbock 1999, 65-66) 公共健康強調針對“社會”而不是“個人”的疾病預防和健康促進，如果說它也像個體醫學那樣擁有患者的話，這個患者就是“社會”，公共健康是那些“挽救人口統計學意義上的生命和減少患病率的方法”(Boylan 2004, 3)。

鑒於公共健康維護“人口”和“社會”健康的本質，公共健康倫理中的“自主性”便不應當以強調個人權利和自由的個人主義來獲得倫理論證，而應當從關懷倫理和共同體倫理中獲取理論

支持，只有這樣才能消弭個體權利與社會利益之間的對立，以及疫情時代自主性與公共健康之間的衝突，使不同群體、不同文化和不同國家能夠團結起來攜手抗疫，共克時艱。

在當代倫理學中，女性主義關懷倫理主張一種“關係自主性”，認為以往倫理學中的自主性更傾向於通過強調自我與他人的分離、人的個體化來認同自我，說明人的自主性。在這種語境下，認同的本質含義在於發現一個事物或人是“這一個”而不是“那一個”，自我認同通過發現我與他人的差異來確定“我是誰”。這一發現的過程所體現出來的是一個自我與他人分離的“個體化”過程，自我需要用一種自主性的發現、建立和實踐來標明和完成這一過程，也就是說自我愈與他人分離，就愈具有自主性，愈具有不可替代的獨一無二性。因此，在這種倫理思維中，自我是一個分離的、個體的、二元的、權利等級制中的自我。然而，關懷倫理則試圖通過聯繫、關懷和關係來認同自我。依據關懷倫理，自我是一個聯繫的自我，一個人不是越與他人分離就越有自我，而是越與他人聯繫就越有自我。關懷倫理實際上不是要豎起一個縱向的、等級制的階梯，而是要織出一張橫向的、平面的關係網絡，自我處於網絡的中心，並向四周發散，網絡的範圍越大，自我就越有價值。因而，關懷倫理主張的是一種“關係自主性”，正如德國女性主義神學家伊麗莎白·溫德爾 (Elisabeth Motlmann Wendel) 所解釋的那樣：“我的釋義學的出發點是如今女性諮詢實踐中逐步顯露出來的自主觀念，它對男人也能夠具有意義。這種觀念指的並非理性主義與個人主義的自主，而是各種聯繫的內關聯之中的自主”。(溫德爾 1995, 10) 從這一意義上說，COVID-19 疫情中所出現的各種“自主性”難題需要人們跳出個人主義倫理思維的窠臼，從人口、群體和社會公共健康角度思考人與人之間的聯繫和關係，彼此的互惠、互助和關懷，病毒無國界，抗疫亦如此。為了抗擊疫情，防疫政策對於每一個公民所要求的防範要求都需要與他人健康和公共健康，國家的安寧和生命

的延續聯繫起來思考。例如儘管公共健康部門倡導在疫情中每個人應當出門要佩戴口罩、接種疫苗、不聚會和主動參加核酸檢測等，但如果一些人依據彰顯個人權利和自由的“自主性”拒絕這樣做，便有可能不利於抗疫工作，而且在只有少數人自主選擇佩戴口罩的背景下，這種選擇自主性也可能因社會排斥和孤立而受到損害。然而，倘若從“關係自主性”角度進行思考，人們便可以更多地意識到個人與家庭、社會之間的相互依賴性，以及團結抗疫的重要意義，更為自覺自願地接受和實施公共健康部門提出的抗疫建議。

共同體倫理強調人與人之間的承認和平等和團結互助。共同體的英文表達是 *community*，社會學家通常把它譯為“社區”或者“社群”。英國社會學家齊格蒙特·鮑曼 (Zygmunt Bauman) 解釋說，共同體便是基於主客觀兩方面的共同特徵，例如種族、觀念、地位、境遇和身份等組成的各種層次的團體，規模大小不一，從社區到民族和國家共同體。德國社會學家斐迪南·滕尼斯 (Ferdinand Tönnies) 認為，共同體來自人們之間的相互理解，這種理解保證能夠有一種根本性的團結，理解是所有和睦相處的起點，是一種如同海德格爾所說的“內在於本體而存在”，它並非來自自我外部的社會邏輯，也不是源於任何經濟成本和收益的分析。共同體與共識是不同概念，但共識卻是共同體的基礎和保障，“共識只是由思想見解根本不同的人們達成的一致，它是艱難談判和妥協的產物，是經歷多次爭吵，許多次反對和偶爾的對抗後的結果” (鮑曼 2003, 5)。在 COVID-19 疫情之下，人類已經彼此結成一個命運共同體，因為由於病毒人類正處於一個風險生活之中，這種生活是一種迅速全球化的、解除控制的社會生活，“在這種生活中，‘可控制性、確定性和安全性……’的理念已經崩潰了”。(鮑曼 2003, 72) 因而國際社會之間、人與人之間已經不能孤立地強調“自主性”，而必須形成人類的聯合體和共同體共同在抗疫藥物研製、疫苗開發、醫療技術改進，病毒遏制和切斷感

染鏈條等方面攜手合作。這種合作從近期目標來說，可以促進全球各國盡快地擺脫疫情的陰霾，回覆經濟和正常生活秩序，從遠期目標來看，全球亦可以 COVID-19 疫情為契機，消除各種天災人禍，共同走向和平發展的道路。

因而，依據關懷倫理和共同體倫理重塑的公共健康倫理中的“自主性”更關注人的社會和群體認同，以及對他人生命權利和健康權利的尊重。加拿大社群主義哲學家查爾斯·泰勒 (Charles Taylor) 認為，人類“依據社會性產生的認同本質上就是社會性的。”而且“在社會層面，我們擁有一種不斷發展的平等承認政治。”關係是自我發現和自發確認的關鍵。平等承認是一個健康民主社會的恰當方式，拒絕這種平等承認政治，便會威脅到其身份得不到承認的群體和人們。把一種劣等的或者貶損的意象投射給他人便會導致人與人之間關係的扭曲和壓迫，因而“不僅當代女性主義，而且種族關係和多元文化主義的討論都基於一個共同的理論前提：不被承認便是一種形式的壓迫。” (Taylor 2003, 82-85) 從這個意義上說，在 COVID-19 疫情背景下，看似一種僅僅涉及到個人意願，體現“自主性”的行為選擇事實上包含著複雜而深刻的社會關係和利益衝突，不同社會制度的抗疫策略及其醫療實踐絕非僅僅反映價值觀上的差異，也關乎不同社會經濟地位的群體是否具有平等的生命權問題，例如在醫療資源緊缺的情況下應當尊重老年群體的自主性，對其生命給予更多的保護還是依據年齡，出於“代際公正”考慮把資源分配給年輕人？人與人之間的年齡、種族、性別、階層、貧富、社會地位等差異在多大程度上影響到其生命權和關於自身生命抉擇的“自主性”？有統計數據表明“COVID-19 病毒並非一視同仁或隨機地奪走人們的生命。

《紐約時報》分析了疫情期間 25 個月的死亡數據，發現某些人群、職業和社區更為脆弱。全國最年長居民中的很大一部分人死去，佔全部死亡人數的大約四分之三。在全國的青年人群中，黑人和拉美裔的死亡率遠高於白人。” (劉天霖 2022) 退一步說，即

便由於在疫情之下醫療資源的緊缺，每個社會和個人的自主選擇不得不受制於資源的限制，然而，出於關懷倫理和共同體倫理考量的“自主性”更為強調信任、團結和公正的倫理價值觀，主張精準公共健康是一項集體事業，而不僅僅是個人利益的集合(Newson 2021)，個人利益與公共利益，自主性與公共健康並不是一種對立和競爭的關係，因為此時的人類已經成為一個患難與共和生死相依的命運共同體。

四、簡要結語

在 COVID-19 疫情背景下，面對公共健康危機各國政府採取了不同的抗疫策略和措施，例如推廣疫苗接種、實施隔離管控、進行大數據監測等。在生命倫理/公共健康倫理領域，學者們也從不同角度探討自主性與公共健康、個體權利與公共利益之間存在的各種難題，例如本文基於對 COVID-19 疫情下研究文獻的可視化分析，集中討論如何避免以公共健康/公共利益為名過度限制自主性、在數字技術應用中如何保障自主性、如何保障老年群體的自主性和生命權、如何通過促進自主性來推動公共健康目標的實現等問題。可以說，COVID-19 疫情拓展了公共健康倫理對於自主性問題的研究空間，並為重塑這一概念提供歷史契機。

COVID-19 疫情應對、醫學生物學進步，以及人工智能和數字技術的飛速發展都對以往生命倫理中的自主性提出挑戰，例如在數字技術時代提出一個新概念“數字自主性”，需要人們重新闡釋和理解自主性的內涵和外延。毫無疑問，數字技術為臨床醫學和公共健康領域既帶來前所未有的效率和精確性，但同時也導致諸多風險和不確定性，以及倫理難題和挑戰。

COVID-19 疫情呼喚著重塑公共健康倫理中的自主性概念，關懷倫理和共同體倫理可以為這一探討提供理論資源。冷酷的 COVID-19 疫情已經作為一種媒介把人類命運緊密地聯繫起來。儘管人類社會正面臨著諸多的不確定性和不可預測的風險，經受

著生死存亡的考驗，但依據關懷倫理和共同體倫理重塑的自主性概念中所蘊含的團結、互惠和正義等理念有可能為國際社會擺脫疫情、重建更為健康和平等的世界帶來溫暖和希望。

參考文獻 References

- 伊麗莎白·溫德爾著，刁承俊譯：《女性主義神學景觀》，北京：三聯書店，1995，頁 10。Elisabeth Moltmann-Wendel. *A Land Flowing With Milk and Honey: Perspectives on Feminist Theology*, translated by DIAO Chengjun (Beijing: SDX Joint Publishing Company, 1995), p. 10.
- 齊格蒙特·鮑曼著，歐陽景根譯：《共同體》，南京：江蘇人民出版社，2003，頁 5 及 72。Zygmunt Bauman. *Community: Seeking Safety in an Insecure World*, translated by OUYANG Jinggen (Nanjing: Jiangsu People's Publishing House, 2003), pp. 5 & 72.
- 劉天霖：《100 萬新冠逝者多是「弱勢群體」「美國悲劇」如何釀成的？》，參考消息報社，2022-5-20。LIU Tianlin. “1 million COVID-19 deaths are mostly ‘vulnerable’. How ‘American tragedy’ was made?” *Reference News*, 20 May 2022. <http://www.cankaoxiaoxi.com/health/2022/0520/2479816_3.shtml>
- Amann, Julia, et al. “Explainability for Artificial Intelligence in Healthcare: A Multidisciplinary Perspective,” *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2020 (20.310):6-8.
- Ayalon, Liat. “There Is Nothing New under the Sun: Ageism and Intergenerational Tension in the Age of the COVID-19 Outbreak,” *International Psychogeriatrics* 2020 (32.10):1221-1224.
- Beauchamp, Dan E., and Bonnie Steinbock. *New Ethics for the Public's Health* (New York: Oxford University Press, 1999), pp. 65-66.
- Boylan, Michael (ed). *Public Health Policy and Ethics* (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2004), p. 3.
- Calvo, Rafael A., Sebastian Deterding, and Richard M. Ryan. “Health Surveillance during Covid-19 Pandemic,” *British Medical Journal* 2020 (369.m1373):1-2.
- Chase, Jocelyn. “Caring for Frail Older Adults during COVID-19: Integrating Public Health Ethics into Clinical Practice,” *Journal of the American Geriatrics Society* 2020 (68.8):1666-1670.
- Dubov, Alex, and Steven Shoptawb. “The Value and Ethics of Using Technology to Contain the COVID-19 Epidemic,” *The American Journal of Bioethics*, 2020 (20.7):W9.
- Ferraresi, Mattia. “A Coronavirus Cautionary Tale from Italy: Don't Do What We Did,” *Boston Globe Media Partners*, 13 Mar 2020. <<https://www.bostonglobe.com/2020/03/13/opinion/coronavirus-cautionary-tale-italy-dont-do-what-we-did/>>

- Gasser, Urs, et al. "Digital Tools against COVID-19: Taxonomy, Ethical Challenges, and Navigation Aid," *The Lancet Digital Health*, 2020 (2.8):e428.
- Giubilini, Alberto. "Vaccination Ethics," *British Medical Bulletin* 2021 (137.1):7-8
- Hewitt, Jonathan, et al. "The Effect of Frailty on Survival in Patients with COVID-19 (COPE): A Multicentre, European, Observational Cohort Study," *The Lancet Public Health* 2020 (5.8):e444-451.
- Ho, Esther Peiying, and Han-ye Neo. "COVID 19: Prioritise Autonomy, Beneficence and Conversations before Score-Based Triage," *Age and Ageing* 2021 (50.1):12.
- Hostiuc, Sorin, et al. "Age in the Time of COVID-19: An Ethical Analysis," *Ageing and Disease* 2021 (12.1):8-9 & 11.
- Jecker, Nancy S. "What Money Can't Buy: An Argument against Paying People to Get Vaccinated," *Journal of Medical Ethics* 2021 (48.6):362-366.
- Karmakar, Shubhangi. "Artificial Intelligence: The Future of Medicine, or an Overhyped and Dangerous Idea," *Irish Journal of Medical Science* 2021, epub.
- Klar, Renate, and Dirk Lanzerath. "The Ethics of COVID-19 Tracking Apps-Challenges and Voluntariness," *Research Ethics* 2020 (16.3-4):1-9
- Klenk, Michael, and Hein Duijf. "Ethics of Digital Contact Tracing and COVID-19: Who Is (Not) Free to Go?" *Ethics and Information Technology* 2021 (23.1):69-77.
- Kowalik, Michael. "Ethics of Vaccine Refusal," *Journal of Medical Ethics* 2022 (48.4):240-243.
- Laacke, Sebastian, et al. "Artificial Intelligence, Social Media and Depression. A New Concept of Health-Related Digital Autonomy," *The American Journal of Bioethics* 2021 (21.7):4-20.
- Maeckelberghe, Els. "COVID-19: Opportunities for Public Health Ethics?" *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 2021 (51.S1):S49.
- Mann, Sebastian P., et al. "Blockchain, Consent and Prosent for Medical Research," *Journal of Medical Ethics* 2021 (47.4):244-250.
- Nakazawa, Eisuke, et al. "Solitary Death and New Lifestyles during and after COVID-19: Wearable Devices and Public Health Ethics," *BMC Medical Ethics* 2021 (22.89):6-7.
- Newson, Ainsley J. "The Promise of Public Health Ethics for Precision Medicine: The Case of Newborn Preventive Genomic Sequencing," *Human Genetics* 2021 (141):1035-1043
- Previtali, Federicka, Laura D. Allen, and Maria Varlamova. "Not Only Virus Spread: The Diffusion of Ageism during the Outbreak of COVID-19," *Journal of Aging & Social Policy* 2020 (32.4-5):509-510.
- Raus, Kasper, Eric Mortier, and Kristof Eeckloo. "Ethical Reflections on Covid-19 Vaccines," *Acta Clinica Belgica* 2021 epub.

- Synnestvedt, Marie B., Chaomei Chen, and John H. Holmes. "CiteSpace II: Visualization and Knowledge Discovery in Bibliographic Databases," *AMIA Annual Symposium Proceedings* 2005 (2005):724-728.
- Taddeo, Mariarosaria. "The Ethical Governance of the Digital during and After the COVID-19 Pandemic," *Minds and Machines* 2020 (30.2):172.
- Taylor, Charles. *The Malaise of Modernity* (Toronto: House of Anansi Press Inc., 2003), pp. 82-85.
- Vergano, Marco, et al. "SIAARTI Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in Exceptional, Resource-Limited Circumstances," *Minerva Anestesiol* 2020 (86.5):471.
- Vervaecke, Deanna, and Brad A. Meisner. "Caremongering and Assumptions of Need: The Spread of Compassionate Ageism during COVID-19," *The Gerontologist* 2021 (61.2):159-165.