

人工智慧時代醫患關係的
“關懷”倫理構建
The “Care” Ethical
Construction of the
Physician-patient Relationship
in the Era of Artificial
Intelligence

肖巍 高然 陳珊

Xiao Wei, Gao Ran & Chen Shan

肖巍，清華大學高校德育研究中心教授，中國北京，郵編：100084。
Xiao Wei, Professor, Moral Education Research Center, Tsinghua University, Beijing, China, 100084.
高然：解放軍總醫院第九醫學中心主治醫生，中國北京，郵編：100101。
Gao Ran, Doctor, The Ninth Medical Center, Chinese PLA General Hospital, Beijing, China, 100101.
陳珊：清華大學馬克思主義學院博士研究生，中國北京，郵編：100084。
Chen Shan, PhD candidate, School of Marxism, Tsinghua University, Beijing, China, 100084.

基金專案：國家社科基金重大專案“構建人類衛生健康共同體的倫理路徑研究”
(21&ZD057) 階段性成果。

《中外醫學哲學》XXII:1 (2024年)：頁 47-63。
International Journal of Chinese & Comparative Philosophy of Medicine 22:1 (2024),
pp. 47-63.

© Copyright 2024 by Global Scholarly Publications.

摘要 Abstract

隨著 21 世紀以來的科技發展進步，人類正在進入一個“人機物”三元融合的萬物智能互聯時代。人工智慧 (AI) 和大數據已經對人們對醫患關係的傳統認知提出挑戰。在生命倫理學領域，如何闡釋醫患關係問題已不是簡單的概念討論和爭辯，而關乎到 AI 時代醫生職業精神的塑造、醫學發展向善的價值導向與實踐，以及醫學人文精神與和諧社會的追求。國內學者一直對醫患關係性質問題爭論不休，美國倫理學家雅克·蒂洛等人也概括出醫患倫理關係的三個形式。然而，這些討論和形式都存在某種程度的不足。儒家和女性主義關懷倫理學都屬於“關懷”倫理，基於這兩種理論資源，醫患關係可以理解為一種關懷關係，並可以通過關係自主性和生命共同體理念進行構建。

The rapid progress of science and technology in the 21st century has ushered humanity into an era characterized by the intelligent interconnectedness of all entities through the tripartite integration of humans, machines, and objects. The emergence of artificial intelligence (AI) and big data has posed challenges to conventional perceptions of physician-patient relationships. Within bioethics discourse, interpreting such relationships is now more important than mere conceptual deliberation, as it can help to shape the professionalism of physicians in an AI-driven age. In addition, such interpretation can align medical development with ethical values aimed at fostering a humanistic spirit within healthcare practices to help build a harmonious society. Domestic scholars have been engaged in debates concerning this issue, and the American ethicist Jacques Paul Thiroux and others have proposed three models for the ethical interactions between physicians and patients. However, these discussions exhibit some limitations. Confucian ethics alongside the feminist ethics of care can contribute to what can be termed “care” ethics. Leveraging these theoretical foundations allows us to perceive

physician–patient relations as inherently caring and as able to be cultivated through notions such as relational autonomy within communal living.

【關鍵字】 醫患關係 關懷 生命倫理 儒家倫理
女性主義關懷倫理學

Keywords: Physician-patient relationship, care, bioethics, Confucian ethics, feminist ethics of care

隨著 21 世紀以來的科技發展進步，人類正在進入一個“人機物”三元融合的萬物智能互聯時代。人工智慧 (AI) 愈發地被應用到醫療領域，人們期待著 AI 技術能夠改進醫療領域的方方面面，包括減少時間成本和帶來更為準確的診斷和更為有效的治療。AI 的應用也對傳統醫患關係提出新挑戰，例如在數據採集和共用時可能會侵犯患者的隱私權；無論是醫生還是患者都有可能過度依賴 AI 的診斷和建議，降低醫患彼此之間的信任程度；抑或更傾向於相信客觀數據形成的曲線或規律，輕視醫生的臨床經驗和主觀判斷；也可能妨礙醫生根據具體情境診察每一位患者疾病的特殊性。還有可能挑戰人的神經權利和腦隱私，例如腦機介面技術正在突破人類的生理界限，有望成為下一代的人機交互方式，它能在人腦與電腦或其他電子設備之間建立直接交流和控制通道，不依賴於常規大腦資訊輸出通路，用戶可直接通過大腦思維來表達想法或操縱設備。科學家可以把極小的電極植入人的大腦，利用電流讓電腦和腦細胞“互動”，實現“人腦與機器交互”，這一技術不僅能改進腦疾病診斷，修復患者運動功能，提升患者生活自理能力，而且可以控制和優化人的情感，進行直接的思維交流，體驗他人的情感體驗，通過腦機互聯上傳或者下載大腦資訊。然而，這一技術的應用為讀取和監控他人大腦提供可能性，而獲取和解碼腦信號便意味著暴露了腦隱私。同時，腦機介面採用機器學習演算法，黑箱演算法也會導致不同的風險。如何做到知情同意？如何保護患者的神經權利？神經醫學技術對於人類心智的推

斷和干預的倫理界限何在？AI 時代醫患關係把以往的醫生與患者 (Physician-Patient, PP) 關係變成 AI-患者(AI-Patient, AI-P)、醫生-AI-患者 (Physician-AI-Patient, P-AI-P) 等關係，使醫生與患者的互動方式、人與人交往方式發生前所未有的改變。當 AI 診療機器隔離或替代醫患之間面對面交流的情感和溫度時，如何闡釋醫患關係問題便不再是簡單的概念爭辯，人們都希望 AI 被用於促進以人為本的醫患關係 (Sauerbrei et al. 2023)，進而，如何從倫理學角度構建 AI 時代醫患關係便成為亟待研究的課題，這一研究不僅關乎到 AI 時代醫生職業精神的塑造、醫學向善的價值導向與實踐，也體現出對於醫學人文精神與和諧社會的追求。

一、醫患關係是一種關懷關係

在生命倫理學領域，對於醫患關係問題的討論由來已久。21 世紀初期，我國學術界對於醫患關係的爭論大致有這樣幾種觀點：一種觀點認為醫患關係是一種合同關係，患者到醫院來掛號，醫院對患者收費就等於承認了這種合同關係，但這種合同與一般民事合同不一樣，醫患合同不一定可以充分協商，例如患者可以選擇醫院和醫生，但醫院和醫生並不一定可以選擇患者。另一種觀點是對前一種觀點的引申，認為醫患關係不僅是一種合同關係，而且是一種消費關係，是一種經營者和消費者的關係，醫院給患者提供醫療服務，醫患關係理應按照市場規律來操作。“救死扶傷”作為一個道德標準約束力太弱，如果把道德規範運用於法律領域便很難理順其中的關係。還有一種看法不同意上述觀點，認為把醫患關係視為消費者和經營者的關係是不公正的，因為醫生要用自己的知識和仁慈解除患者的痛苦，醫患關係不是單純的經濟利益關係。同時也有學者提出，醫患關係是一種關懷關係，女性主義關懷倫理學 (Feminist Ethics of Care) 可以為思考醫患關係問題提供理論資源 (肖巍、胡寧南 2001)。

2008年，美國倫理學家雅克·蒂洛和基思·克拉斯曼在其著作《倫理學與生活》中提出醫患倫理關係的三種形式：其一、家長式關係。在這種形式中，醫生對患者承擔起父母般的責任，因為他們具有醫學知識和長期的訓練，有資格判斷如何做對患者和家屬最為有利。而患者由於缺少這方面的知識和專業教育，應當把自己託付給醫生來治療。這種家長式關係也有兩種模式，一種是工程師模式，一種是牧師模式。對於前者來說，醫生應當如同科學家一樣的嚴謹，以價值中立的態度擺脫本人和患者可能持有的價值觀，這些醫生是“工程師”，以精湛的技術和良好的器械為患者治病，仿佛後者是生物機器一樣。而牧師模式強調，醫生應當扮演牧師角色，患者是“轄區牧民”，醫生要造福而非傷害患者，幫助患者作出最有利的決定。其二、自主式關係。這種形式強調患者對於自己的身體和生命有絕對的權利，有權利拒絕醫生的一切治療方案和建議。其理由主要有醫生也是人，在診療判斷中會犯錯誤，患者最有資格決定是否治療、如何治療、何種和何時治療，因為是患者本人，而不是醫生處於身體和生命的風險之中。而且與治療相關的問題並非都是醫學問題，醫生的家長制也難免會帶來非人性的、別無選擇的依賴性等缺憾。其三、協作式關係。主張醫生與患者形成合作團隊，醫生從專業角度進行建議，患者與醫生進行商議，共同拿出最有利於患者的方案，儘管在這一關係中，患者權利並非是絕對的，但也被置於優先考慮的地位(雅克·蒂洛和基思·克拉斯曼 2020, 319-21)。然而，這三種醫患倫理關係形式都有不同程度的不足，它們或是強調醫生、患者一方的絕對權利或自主性；或是把醫生理解為操作精良器械的工程師，把患者視為生物機器；抑或是把醫生視為能夠給患者提供身心指導的牧師，這些倫理關係形式都有偏頗一方、非人性化、或者單方絕對權利的缺憾。在 AI 時代，如果任其發展，便會導致醫患之間不可避免的衝突，例如如果醫生把自己當成 AI 工程師，把治療方案強加於患者，不僅會忽視技術本身非人性化、具

有不確定性風險等缺陷，也會無視患者的自主性，淡漠醫學人道主義精神，導致醫患關係的破裂。此外，即便醫患倫理關係可以概括為一種“協作式關係”，這種概括也並未解釋這是一種什麼樣的協作關係。因而，本文將在以往生命倫理學領域對於醫患關係研究的基礎上，引入儒家和女性主義關懷倫理學理論資源分析醫患關係問題，把醫患關係視為一種關懷關係，因為儒家和女性主義關懷倫理學有一個共同特點是二者都屬於“關懷”倫理。¹而關懷在這裡意味著基於愛和仁慈情感的承擔和關注，以及由此而來的實踐，它是一種關係行為。

“關懷”倫理把醫患關係視為關懷關係的根據在於三個方面：其一、醫患關係是圍繞著生命場域，特別是人的生命場域形成的一種倫理關係。依據《牛津參考詞典》(1986)，“倫理”是“一套道德原則”，而“關係”定義為“敘述，敘事”。在幫助關係之中，我們可以將關係倫理解釋為一種共同構建的倫理和道德相遇，以及相關的關係體驗和過程，它既影響關係發生的複雜多維背景，也反過來受其影響 (Gabriel and Casemore 2009, 1)。在醫患關係中，側重的應當是“關係”。這種關係的基礎是為了生命形成的合作式夥伴關係，醫生為患者提供幫助，患者也同樣在幫助醫生提高對於疾病的認知和增強實踐智慧，這種醫患之間的相互幫助關係便是彼此在生命場域的倫理和道德相遇，形成獨特的、過程中的關係體驗。儒家和女性主義關懷倫理學都闡釋了這種關係和關係體驗。儒家倫理始於和來自關係，強調社會不外乎是以血緣關係為基本聯結點的人倫關係網絡，社會關係是血緣人倫關係的外化和延伸。女性主義關懷倫理學同樣也是基於“關係”形成的倫理理論，美國關懷倫理學家卡羅爾·吉利根 (Carol Gilligan) 認為，“關於人類生活最基本的問題——如何生活和想做什麼——是涉及到人們關係的基本問題，因為人們的生活在心

(1) 儒家倫理原則是“仁”和“仁慈”，這也可以被視為“關懷”。女性主義關懷倫理學是 20 世紀後半葉產生的一種倫理理論，其核心理念也是“關懷”。由於這兩種理論都強調關懷，所以本文以“關懷”倫理指稱這兩種理論。

理上、經濟上以及政治上是深切聯繫著的。”(Gilligan 2004, xiv) 醫患關係，尤其是 AI 時代的醫患關係關乎在 AI 技術使用中對於人與人之間倫理關係，包括醫患關係的重構，這些關係既受到 AI 技術發展、社會經濟政治發展的影響，並反過來也會影響前者，作為關係倫理，“關懷”倫理對於關係的側重能為醫患關係的構建提供一條路徑。

其二、醫患關係需要以“關懷”作為媒介進行溝通。“關係倫理這個術語代表了一種複雜的媒介，通過這種媒介，相關於關係過程和進展的決策和互動是有意識的和具有倫理性的。”(Gabriel and Casemore 2009, 1) 儘管不同文化背景下的醫患關係會受到複雜而多重因素的影響，但在醫患關係中，須臾不可離的要素便是“關懷”。如何梳理醫患關係，協調關係中的矛盾和衝突是維繫這一關係的重中之重。儒家的“仁慈”（關懷）代表著兩個人應當如何相處關係的原則，儒家把“家”視為社會關係的完美化身，對家庭的責任也是對社會的責任，同樣，人與他人、人與社會、人與自然的關係都可以依據關係，或家庭關係來理解，協調人與人、人與自然關係的倫理規範和社會責任自然便是對家人或者對他人家人般的“關懷”，這種關懷關係是基於親情或者化為親情傳遞的，促進家庭、社會和人與自然之間關係的和諧。關懷也首先指向生命。“好生之德以洽民心”，“萬物並育而不相害”，為的是人類和自然能夠維持和延續“生生不息”的狀態。因而，關懷也是醫患關係建立和延續的基礎。同樣，依據女性主義關懷倫理學，醫患關係也需要以關懷作為媒介來維繫。關懷是由關懷方和被關懷方構成的，這種關係的邏輯是：關懷方和被關懷方必須合作才能完成關懷行為。關懷方關懷被關懷方，後者也必須承認這種關懷，並能作出積極反應。雙方的角色可以隨時互換，並都能在關懷和被關懷中延續和拓展關懷行為，形成水波紋一樣的關係結構。醫生和患者為了保護生命和健康而相遇，形成一種關懷關係。在這裡，關懷既是一種美德，也表現為一種

道德情感，同時也融合了一種道德認識和意志，成為一種由美德、情感、認識和意志支撐的行為實踐。

其三、關懷是醫生的職業美德。2021年8月20日，十三屆全國人大常委會第三十次會議表決通過《中華人民共和國醫師法》。這部法典強調“醫師應當堅持人民至上、生命至上，弘揚“敬佑生命、救死扶傷、甘於奉獻、大愛無疆”的崇高職業精神，具備良好的職業道德和醫療執業水準，履行防病治病、保護人民健康的神聖職責。”亞里士多德在《尼各馬可倫理學》中強調，“每種技藝與研究，同樣地，人的每種實踐與選擇，都以某種善為目的。所以有人就說，所有事物都以善為目的。”（亞里士多德 2003，3-4）醫學的目的就是健康，醫生存在的目的就是幫助人們應對疾病和恢復健康。古往今來的醫學職業精神都把關懷視為醫生的美德，漢字中的“德”指的是“以積極的、驚人的、有力的求善方式影響他人的內在能力和意向”。女性主義關懷倫理學也認為，人性共同本性便是“易受傷害性”（vulnerability），其拉丁詞根為 *vulnus* (wound)，意指人類具有緣身性的、固有的感受痛苦的能力。面對強大的自然和未來的不可預測性，面對自然界的生老病死，人類是脆弱的，容易受到傷害和痛苦的影響。“醫科學生和律師——都是有意無意地——從關懷視角討論問題，他們以自我和他人之間的聯結或相互依賴為根本前提，關注人們被他人影響和感動的方式。個體之於他人的弱點或開放性能夠導致人們之間的相互傷害，但同時也創建了一個有力的援助管道。”（卡羅爾·吉利根 2012，4）“關懷”倫理強調醫生不僅需要關心醫學技藝，更應當關注內在品德的自我修養，培育自身的關懷美德。

二、醫患關係：基於關係自主性的構建

基於“關懷”倫理，醫患關懷關係並不否定倫理學理論中的自主性概念，而是換一種方式強調自主性——關係自主性，並據此理念來構建醫患關係。

尊重自主性是生命倫理學的四個經典原則之一，“自主性”指的是自我獨立性，在語源學上起源於自我管理或者自我決定的觀念，一個有自主性的人會依據自己的價值觀和承諾行為和生活，不受他人的干預。在倫理思想史上，主要以三種理論論證方式為尊重自主性提供依據：理性主義、情感主義和美德倫理。從古希臘時代起柏拉圖、亞里士多德等人便強調倫理要求建立在理性基礎上，人們可以通過這種理性確立自己的自主性和追求倫理普遍性。康德也認為，理性、普遍性和道德行為動機三個因素構成人們對於道德法的尊重，使道德要求以絕對命令形式體現出來，成為人們道德義務的來源。情感主義在探討自主性問題時突出感覺、情感、情境和關係的意義，具有明顯的反理性主義傾向。美德倫理則強調，美德必須是自我決定的選擇，沒有這種自主性，便不能構成美德，美德也是對善進行一種自覺自願選擇的能力(肖巍 2012)。

與以上三種觀點相比，儒家和女性主義“關懷”倫理學中體現出關係自主性的特徵。美國哲學家安樂哲把儒家倫理看成“角色倫理”，認為這種倫理的初衷就是基於關係的事實，“我們活著，並非只是在肉體意義上的一個生命；我們所做的一切，生理的、心理的、社會的毋庸置疑是關係的、協作的。”每個人的家庭與社會角色本身都具有規範意義，“關係一經存在，則家、國之繁榮興旺就是我們根據這些關係條件所能成就的最好狀態。”自主性是一個人贏得尊重的品質，但人們的自由和自主並非是基於個人主義意識形態，為了維護自我利益而形成的契約，因為契約式的個人主義無法使本來相互聯繫的生活轉化為共用價值和利益的社會。儒家倫理要求人們“成仁”，使人們能夠在關係中達

到最理想的成長狀態，“恰是這種在關係中的成長，才是道德之本質所在。”(安樂哲 2017, 1-5) 女性主義關懷倫理學也強調，並非一個人越與他人分離就越有自我和自主性，自我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，自我處於網路的中心向四周發散，網路的範圍越大，自我就越有價值，自主性就越強，這便是“關懷”倫理所理解的關係自主性。

在 AI 時代的醫患關係中，關係自主性應當具有五個特徵：其一、它並非是傳統意義上的患者或者醫生單方面的自主性，而是以關懷為媒介的雙方的自主性。家長式和自主式醫患倫理關係形式都僅僅強調單方的權利和義務，而以關懷為媒介的醫患關係呈現出一種平等對話的關係，沒有一方有權利凌駕對方之上，醫生關懷患者，同樣也需要患者對於這種關懷的回應和認可，並以這種回應和認可建立和完善醫患關懷關係。而且，AI 時代的醫患關係更需要一種共同決策的相互信任和相互關懷。正因為如此，有國外學者認為以人為本的關懷既是形成醫患夥伴關係和有效交流的工具，也 AI 時代醫患關係的核心價值 (Sauerbre et al. 2023)。其二、關係自主性是聯繫而不是分離為特徵的。既然醫患之間是需要通過關懷行為來實現的，為了預防和治療疾病、保護健康而形成的一種關係，醫生和患者便對應對疾病、保護健康和生命負有相同的責任，必須通過醫患之間的聯繫、團結合作而不是分離進行醫療實踐活動。關係自主性認為醫生和患者同時處於關係軸心，以此向外發散，形成一個關懷的關係網絡，醫生與患者越是彼此聯繫、關係越緊密就越具有自主性。其三、關係自主性是一種傾聽的自主性。在《不同的聲音：心理學理論與婦女發展》問世 40 年後，卡羅爾·吉利根在其新著《人類的聲音》中刷新對女性主義關懷倫理學的認知，把它視為一種傾聽倫理學，作為一種關係倫理，關懷倫理學把傾聽當作一種心理學智慧：注意到當人們用判斷代替求知欲時會出現什麼問題 (Gilligan 2023, 110)。與

其他理論不同的是，關係自主性的傾聽並不基於原則作出判斷，而是基於情感、道德直覺、以及不論是關懷還是移情的感受；傾聽的目的不僅是作出正確的決策，更是融入到一種關懷關係之中，以這種關懷關係促進醫療實踐。從理性和關懷出發的“求知欲”會有所不同，後者可能讓醫患關係中更溫暖、更具有人道主義精神。其四、關係自主性關注感覺、情感、情境和能力，而不是抽象的理性原則，強調實踐本身在醫患關係構建中的意義。以往生命倫理學關於自主性論題的爭議主要集中在知情同意問題，認為知情同意要包括四個要素：一是能力。需要考察一個人是否有能力作出決定，是否能夠把握自己的生活，或者體驗到能力的限度。二是開誠佈公。這關係到在一致性談判過程中告知患者的內容。三是理解力。如果一個患者不理解被告知的資訊，便無法使用這些資訊。四是自願。關係到一個人的決定並不是在他人的壓力完成。與之不同，關係自主性不僅要考察患者的理性決策能力，更需要考察他們的境遇、感覺、體驗和情感因素。同時，這種知情同意是醫患雙方在充分的交流中達成的共識，是醫患之間共同作出的“我們”的決定。其五、關係自主性試圖消除醫患關係中的二元對立。醫患關係通常需要根據醫生或者患者對自己身份的認同形成，這便需要勾勒出自我的邊界。在這裡，拉康精神分析理論中的一個基本見解值得借鑒，他認為我們與外部世界的關係通過作為意義的具體形象和意義生產的機制發揮作用。它與異化、分裂和認同的結構密切相關，這些結構共同產生了自我與他者、主體與客體、無意識與意識、內在性與外在性的區分。任何身份都建立在關係基礎上，是根據定義主體自身內部邊界與外部關係構成的 (Gabriel and Casemore 2009, 33)。而關係自主性試圖模糊自我與他者、主體和客體、無意識和意識、內在性和外在性的二元區分，以一種整體化思維消除或彌合醫患之間的異化和分裂。

三、醫患關係：基於生命共同體理念的構建

生命共同體是為了生存、生命安全和健康而形成的聯合體，它始終與人類的生命緊密相連，被視為一個安全的場所。醫患之間無疑地也是由於生命和為了生命而形成的生命共同體，這種共同體以關係和關係中的關懷為紐帶得以形成。關懷蘊含著生命共同體的理念，有助於構建 AI 時代的醫患關係。

關懷所蘊含的生命共同體理念主要體現在三個方面：其一、關懷是人類共同的體驗和本性，有助於凝聚生命共同體。生命本身是一個共同體。在儒家倫理看來，“生命本原是共同的，從而一切含生之物，就自然是都息息相通的”“生命本性要通不要隔，事實上本來一切渾然為一體而非二。吾人生命直與宇宙同體。空間時間俱都無限。古人‘天地萬物一體’之觀念，蓋本於其親切體認及此而來。”(梁漱溟 1984, 123、54 及 52) 杜維明先生也強調儒家是“體驗之學”，“所謂‘體驗’，是活生生的有血有肉的人所感受到的具體經驗。”(杜維明 2002, 331) 吉利根在新著《人類的聲音》中，試圖更新人們對關懷倫理學的認知，強調關懷的聲音不僅是女性的聲音，更是人類的聲音。“傾聽不同的聲音，傾聽關懷倫理學的聲音本身就是傾聽人類的聲音，意識到與之不同的聲音是父權制聲音，察覺到在父權制盛行和暴力之時，人類的聲音便是抵抗的聲音。”(Gilligan 2023, 23) 在關懷倫理學近十餘年的發展中，當代美德倫理學家邁克爾·斯洛特 (Michael Slote) 提出“關懷式移情”(empathic caring) 概念，認為“我們應當去尋找一種完備的關懷倫理，一種整體的或系統的人類道德，而這種道德能夠對所涉及男性和女性的道德問題都給出一種比傳統倫理理論更好的解釋。”他認為“移情”與“同情”概念有所區別，即“感受到他人的痛苦”與“感受到他人處於痛苦之中”(feel someone's pain and feeling for someone who is in pain) 是不同的，前者是移情，指的是當我們看到別人處於痛苦中時，

會不由自主地產生對他人的情感，似乎他人的痛苦正侵襲我們，在這種聯繫中，一個人與另一個感同深受。後者是同情，對於痛苦中的人們，我們會感覺抱歉遺憾，希望境況會得到改善，這便是同情，即便沒有感同身受，同情也會發生 (Slote 2007, 13)。因而，儘管“關懷”倫理學家使用不同的概念不同，但基於“關懷”的生命共同體宗旨是不變的，同情、關懷、移情和關懷式移情既是人類共同的體驗和本性，是人類互惠和福祉的來源，也是人類社會征服無數疾病和瘟疫、自然災害延綿至今的緣由。

其二、關懷促進人與人之間的相互信任，有助於凝聚生命共同體。“共同體的話語不僅作為一種描述性範疇而發展，而且作為一種渴望在人與人之間獲得更加個人化、更加道德的關係要求而發展起來。”(李義天 2011, 5) 醫生與患者倫理和道德相遇的目的是為了生命和健康。在這種關係中，雙方都有一個形成生命共同體的渴望。“關懷”倫理宣導一種利他主義精神，而這種精神便是人與人之間彼此信任的基石。人類的關懷、情感、依戀和選擇都有一種規範定向，與自由主義和個人倫理的契約倫理相比，在全球化和 AI 時代，“關懷”倫理更凸顯出利他主義，以及基於這種利他主義達成彼此信任的意義，並在倫理道德發展中愈發地具有影響力。諾丁斯觀察到，“人類學家、心理學家、進化科學家和哲學家都在尋找利他主義、同情、團結與合作的根源，而令人驚訝的是，在尋找這些根源時，學者們卻很少關注女性經驗。這便有可能使關懷倫理——源於母性本能——成為對於道德生活的一種愈發影響廣泛的探討。”(Noddings 2010, 1) 她還注意到一個現象：即利他主義研究表明，利他主義最常發生在血緣關係密切的主體之間。從儒家倫理的“老吾老，以及人之老；幼吾幼，以及人之幼”到女性主義關懷倫理學的女性/母性關懷都強調了生命共同體意識來自生命關懷的事實，這種思維方式比基於個人權利和理性契約產生的行為約束更為溫情和久遠。

其三、關懷宣導一種整體性思維方式，有助於凝聚生命共同體。基於人類共同的體驗和本性，關懷呈現出一種把人類視為一體、人與人視為一體、人與自然視為一體的整體化思維方式。例如儒家倫理中的“天人合一”不僅體現出萬物一體的意識，也體現出中國哲學的方法論原則。馮友蘭先生看到，中國哲學產生於“農”，而農要對付的都是人可以直接領悟的東西，因而中國哲學把對於事物的直接領悟作為出發點。“為什麼中國哲學所用的語言，賦予暗示而不明晰，……因為它並不表示任何演繹推理中的概念。哲學家不過是把他所見的告訴我們。正因為如此，他所說的也就文約義豐。”(馮友蘭 1985, 32-3)同樣，女性主義關懷倫理學也對“二元論”和“本質論”提出批評，吉利根也指出“在父權制中，性別是本質，在民主中，性別是無關的。民主是解決關係衝突的條件，通過公開的討論和辯論，而不是通過使用強制力量。在這方面，關係到聲音和暴力，或者選舉權和暴力，民主和父權制形成對立。”(Gilligan 2023, 19)女性主義關懷倫理學之所以主張傾聽不同的聲音，便是在呼籲人們關注到被主流哲學邊緣化和忽視的群體，因為這些邊緣化和忽視可能導致實踐中的暴力和不平等、衝突和戰爭。因而，當生命面臨各種風險時，“關懷”倫理的整體性思維方式無疑地有助於達成精誠團結，共度難關的生命共同體。

如何以關懷所蘊含的生命共同體理念構建 AI 時代醫患關係？AI 技術對於醫學的應用帶來更多的把醫生與患者分離的狀態，因而醫患關係建立的要素首先在於聯繫而非分離的思維方式與實踐。當醫患雙方建構道德問題時，應當始於“一種聯繫的而非分離的預設。”(Gilligan 2023, 6)醫生首先思考如何全身心地投入到一種關懷關係之中，與患者平等交流，建立信任，完成關懷行為。其次要培育醫患雙方生命共同體意識和彼此關懷的能力，發揮關係自主性的作用。由於 AI 演算法的複雜性和不可解釋性，腦機介面採用機器學習演算法，這種黑箱演算法會導致數據

處理過程不透明、結果不確定或不具有可解釋性、易被誤導局面，以及由此帶來的不同風險，這便更需要醫患雙方彼此關懷，共同承擔責任，把風險系統降至最低程度。此外，在醫學中使用 AI 演算法也可能會產生偏見或者錯誤的醫療決策，使一些患者受到不公正待遇。既然“關懷”倫理強調每一個生命都需要關懷，尤其要關懷由於社會地位、經濟條件、種族差異、年齡和性別差異等因素被邊緣化和忽視的群體，那麼便需要以生命共同體思維方式努力察覺和消除各種不公正和不平等因素，保證醫患關係的良性發展。

四、結語

AI 技術的飛速發展不僅為醫學發展創造前所未有的歷史機遇，也帶來許多無法預計的挑戰。構建中國特色生命倫理學話語體系在推動中國哲學社會科學走向世界、影響世界、改變世界中擁有重要的作用。醫患關係是當代生命倫理學討論的一個重要話題。儒家倫理和女性主義關懷倫理學都能夠以其自身對“關懷”的宣導成為 AI 時代構建醫患關係的理論資源。依據“關懷”倫理，醫患關係是一種關懷關係，“關懷”和“生命關懷”是醫患關係的紐帶。醫患之間需要以關懷為媒介進行平等對話，這種關係並不是一個縱向的，等級制的結構，而是一種平面的、橫向的，平等的網路結構。“關懷”倫理中蘊含著生命共同體的理念，體現出一種整體性的思維方式，主張人們在使用 AI 技術和演算法時要對其中的偏見和不公正現象保持警覺，以便讓每一個生命都得到關懷。而且，無論 AI 時代醫患關係發生何種變化，例如從 P-P，到 AI-P、P-AI-P 的變化，但只有人類之間才能建立起真正的關懷關係。

參考文獻 References

- 卡羅爾·吉利根等主編，季愛民，楊啟華譯：《描繪道德的圖景：女性思維對心理學理論和教育的貢獻》，北京：教育科學出版社，2012。
Carol Gilligan et al, ed. *Mapping the Moral Domain: A Contributions of Women's Thinking to Psychological Theory and Education*, translated by JI Aimin and YANG Qihua (Beijing: Educational Science Publishing House, 2012).
- 安樂哲，孟巍隆譯：《儒家角色倫理學——一套特色的倫理學辭彙》，濟南：山東人民出版社，2017。Roger T. Ames. *Confucian role ethics: a vocabulary*, translated by MEGN Weilong (Jinan: Shandong People's Publishing House, 2017).
- 李義天主編：《共同體與政治團結》，北京：社會科學文獻出版社，2011。
LI Yitian, ed. *Community and Political Solidarity* (Beijing: Social Science Academic Press, 2011).
- 杜維明，郭齊勇、鄭文龍編：《杜維明文集》，武漢：武漢出版社，2002。
DU Weiming. *Collected Writings of Du Weiming*, translated by GUO Qiyong and ZHENG Wenlong (Wuhan: Wuhan Publishing House, 2002).
- 肖巍、胡寧南：〈從女性主義視角看醫患關係〉，《醫學與哲學》，2001年，第22卷，第8期，頁30–2。XIAO Wei, HU Ningnan. “The physician-patient relationship from a feminist perspective.” *Medicine and Philosophy* 22, no. 8 (2001):30–2.
- 肖巍：〈女性主義的道德自主性概念〉，《馬克思主義與現實》，2010年，第5期，頁159–64。XIAO Wei. “The Feminist Concept of Moral Autonomy.” *Marxism & Reality*, no.5 (2010):159–64.
- 亞里士多德，廖申白譯注：《尼各馬可倫理學》，北京：商務印書館，2003。Aristotle. *The Nicomachean Ethics*, translated by LIAO Shenbai (Beijing: The Commercial Press, 2003).
- 梁漱溟：《人心與人生》，上海：學林出版社，1984。LIANG Shuming. *Mind and Life* (Shanghai: Xue Lin Press, 1984).
- 雅克·蒂洛、基思·克拉斯曼，程立顯、劉建譯：《倫理學與生活》，成都：四川人民出版社，2020。Jacques Paul Thiroux, Keith W. Krasemann. *Ethics: Theory and Practice*, translated by CHEN Lixian and LIU Jian (Chengdu: Sichuan People's Publishing House, 2020).
- 馮友蘭：《中國哲學簡史》，北京：北京大學出版社，1985。FENG Youlan. *A Short History of Chinese Philosophy* (Beijing: Peking University Press, 1985).
- Gabriel, Lynne, and Roger Casemore (ed.). *Narratives from Counselling and Psychotherapy* (London: Routledge, 2009).
- Gilligan, Carol. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development* (Cambridge: Harvard University Press, 2003).
- Gilligan, Carol. *In a Human Voice* (Cambridge: Polity Press, 2023).
- Noddings, Nel. *The Maternal Factor: Two Paths to Morality* (Berkeley Los: University of California Press, 2010).
- Sauerbri, A., Kerasidou, A., Lucivero, F., & Hallowell, N. “The impact of artificial intelligence on the person-centred, doctor-patient relationship:

some problems and solutions.” *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23(1):73.

Slote, Michael. *The Ethics of Care and Empathy* (London: Routledge, 2007).