

# 医务社会工作的伦理困境

方玲玲<sup>1</sup> 高静<sup>1</sup>

(1.广西科技大学, 广西 柳州 545006)

**摘要:** 医务社会工作作为社会工作在医疗卫生领域的关键实践形式, 不仅致力于回应患者及其家庭在疾病过程中遭遇的社会、心理与资源需求, 也着眼于推动医疗服务走向更具人文关怀与综合效能的方向。但在具体服务过程中, 医务社会工作者常常需要应对来自知情权、案主自主决定权、隐私保密、资源调配等多个方面的伦理难题。这些困境的成因并不只是个体层面的判断偏差, 更多是医疗体系的运行逻辑、专业价值的内部冲突、以家庭为单位的决策习惯以及本土文化结构共同作用的结果。本文在厘清医务社会工作伦理困境生成缘由的前提下, 采用综合案例研究的方法, 运用Reamer的伦理决策框架与ETHIC模型, 剖析医务社会工作者在临终关怀场景下所经历的真实决策过程, 着重展现他们在“患者知情—家庭保护—医疗判断”这三重张力中所体验到的情感波动、价值考量与行动策略。文章指出, 中国医务社会工作所面临的伦理困境带有突出的本土特质, 其关键并非“患者自主”与“家庭代理”之间简单的二元对立, 而在于如何依托关系网络, 借助渐进式沟通、对意愿的持续探询以及多方的协商互动, 最终在实践层面完成向“关系自主性”的转化。据此, 本文提出一系列制度性建议, 包括建立医院社会工作者伦理决策清单、健全“社工—医护—家属”三方参与的伦理沟通机制、加强督导与记录制度建设, 以及推进本土化伦理规范的构建, 期望为我国医务社会工作的专业发展与伦理治理提供相应借鉴。

**关键词:** 医务社会工作; 伦理困境; 关系自主; 本土化

DOI: doi.org/10.70693/rwsk.v2i4.410

## 引言

医务社会工作是社会工作专业嵌入医疗卫生服务体系的重要形式, 主要指社会工作者运用专业知识、价值理念与方法, 协助患者及其家庭应对疾病相关的社会、经济、家庭、心理与适应性问题, 以提升医疗服务效果并促进康复<sup>[1]</sup>。随着我国医疗服务从“疾病治疗”向“整体照护”转型, 医务社会工作在医院中的功能日益凸显, 尤其在肿瘤、慢病管理、器官移植、儿科重症与安宁疗护等领域, 其专业价值愈发明显<sup>[2]</sup>。

但与专业发展并行的是伦理困境的持续加深。一方面, 医院制度强调效率、风险控制与诊疗服从; 另一方面, 社会工作强调自决、尊重、赋权与关系支持, 两种逻辑在医疗现场经常发生碰撞<sup>[3]</sup>。近年的相关研究显示, 医务社会工作者面临的伦理难题已不仅是传统意义上的保密、资源分配或双重关系, 更包括组织等级结构下的道德压力、跨专业协作中的价值边缘化, 以及家属代理决策与患者真实意愿之间的张力。

现有研究虽然已对医务社会工作伦理困境进行了较多讨论, 但仍存在三方面不足: 其一, 实证材料偏少, 较多研究停留在原则性概述层面; 其二, 对伦理困境的分析多采用一般伦理原则, 较少借助具体伦理决策模型展开过程性分析; 其三, 对“本土化”的论述多停留于“中西差异”层面的宏观描述, 尚缺乏对“家本位”伦理具体运作机制的深入讨论。基于此, 本文尝试在原有讨论基础上进行深化, 通过综合案例与理论模型分析, 进一步揭示医务社会工作伦理困境的生成逻辑与制度出路。

## 一、现阶段我国医务社会工作伦理困境产生的原因

### (一) 价值观的多元性

**作者简介:** 方玲玲 (2001-), 女, 硕士, 研究方向为医务社会工作;

高静 (1982-), 女, 博士, 研究方向为民俗学。

**致谢:** 感谢导师的指导

医务社会工作的服务流程往往需要多方主体共同参与,其中包括医务社会工作者、专业医护人员、临终患儿及其家属以及医院行政人员等。由于各主体所秉持的价值观存在差异,在复杂的实务场域中常引发冲突与摩擦。例如,这些冲突可能体现为医务社工与服务对象之间的价值观差异、医务社会工作理念与现代医疗体系价值观的不协调,以及医务社会工作专业伦理与从业者个人价值观之间的张力等。价值观作为个人对周遭人事物的认知、评价与行动取向的系统,深受其成长环境、社会文化背景及身心发展条件的影响,因而呈现出多元的形态。正是这种价值观的多样性,使得在多方协作的服务过程中,不同立场与理念的碰撞成为常见的实践挑战。价值观的多元性进而导致行为主体的利益和需求的多样性,两难的伦理困境相伴而生。

## (二) 西方与我国的环境背景差异

社会工作专业起源于西方社会,其价值观与核心理念植根于西方文化中的人本主义、平等互助及公平公正思想,强调对个体生命、尊严、价值与独特性的尊重,并将个人自我实现与权益置于重要位置。相比之下,中国社会深受人情文化与集体主义传统的影响,注重家庭责任与社会义务,个体常常被置于家庭与集体关系网络中,民主参与意识相对较弱。这样的社会文化背景使得源自西方的社会工作理念,如平等服务与案主自决原则,在我国实践中可能遭遇一定的张力:部分公众对陌生专业服务存在疑虑甚至抵触,可能将接受帮助视为“被动接受帮助”,同时个体自主决策的意愿与能力也往往受关系网络与集体取向的制约,从而在客观上增加了医务社会工作推行的难度<sup>[4]</sup>。

## (三) 伦理依据的多元性

面对不同的主体,医务社会工作的在实践中的伦理依据并不是一层不变的。例如,儿童临终关怀社会工作的伦理依据主要来源于两个层面:社会工作专业伦理体系与临终关怀服务伦理体系。在社会工作专业伦理体系框架内,一项核心的伦理守则是医务社会工作者应致力于协助案主发掘自身潜能、应对困境,并促进其社会功能的恢复与维护,而在临终关怀服务伦理体系中,服务目标主要是给予患者爱与关怀,提高人生最后一段生命的幸福感。在儿童临终关怀服务中,社会工作伦理体系体现出明显的“赋能”导向,致力于激发个体内在力量与自主性;而临终关怀伦理体系则更侧重于对患者的全面“关怀”,强调在生命末期给予身心社灵的照护与安抚<sup>[5]</sup>。两种伦理取向的差异要求医务社工必须具备更高的角色整合能力。然而,恰当地履行每一种角色职能,往往给医务社会工作者带来显著的压力与挑战,这也成为伦理困境产生的重要根源。

## (四) 现阶段中国医务社会工作制度的缺失

目前,中国大陆地区的医务社会工作仍处于发展的初步阶段,尚未建立起系统完善的职业伦理规范及具有法律约束力的规章制度。因此,在面对资源有限性、分配公平性、医学技术的适用条件与实施程序等现实问题时,医务社会工作领域缺乏明确的行为指引,容易在实务中引发伦理冲突与专业挑战<sup>[6]</sup>。

## 二、医务社会工作在实践中的伦理困境

### (一) 知情权引发的伦理困境

在临终关怀情境中,社工常面临伦理困境:一方面,患者依法享有知情同意权,有权获知病情现状、治疗方案及费用等信息,以便做出自主判断;另一方面,家属出于保护心理,可能要求隐瞒病情以减轻患者的心理负担。这种矛盾构成了落实患者知情权的现实阻力。但是由于受儒家思想的影响,人们往往重视生的意义和价值,对死亡采取回避和否定的态度。这就导致部分服务对象以及他们的家人抵触死亡,产生逃避死亡和害怕死亡的心理。就目前而言,住院患者无权得到医院提供的详细的疾病诊断、治疗和预后的资料,只能在出院的时候得到摘要性、总结性的病历而非完整的病历,以避免可能会出现医疗失误,避免造成紧张的医患关系。在面对重大疾病时,案主家属往往出于保护目的,要求医务社会工作者对患者隐瞒真实病情,以避免其因知情而丧失治疗信心或产生更大心理负担<sup>[7]</sup>。尽管此类请求多出于善意,却可能忽略案主自身对病情的知情意愿与自主决定权。医务社会工作者在此情境下面临双重责任:医务社会工作者在履行专业职责时,需要平衡双重任务:一方面需协助医疗机构提供全面且高质量的医疗服务与信息,另一方面也必须尊重并维护患者在医疗过程中的参与权及对自身病情

的知情权。这两种责任之间存在的张力，常常导致医务社会工作者陷入伦理层面的两难抉择。

## （二）由“患者自主决定”引发的伦理困境

“患者自主决定”是医务社会工作遵循的基本伦理原则之一，主张在不侵害他人利益的前提下，案主有权依据自身意愿做出选择并付诸行动。基于此，医务社会工作者在实践中应充分尊重患者的自主权，积极引导并支持其根据个人价值观与生活目标，自主决定行为方式与生活形态。然而，医务社会工作所强调的知情与自主原则，与医学领域中传统的专业价值观存在明显差异<sup>[8]</sup>。在传统医疗模式下，医生往往依据专业判断为患者制定治疗方案，并期望患者予以服从与配合，患者在此过程中通常缺乏实质性的选择空间。当患者不接受医生建议的治疗方案时，医务社会工作者应如何采取协调策略，便成为一个需要谨慎处理的现实问题。另一方面，中国社会深受传统家庭观念影响，普遍认同个体应服从家庭整体利益，强调个人与家庭乃至宗族共同体的统一性。这种文化背景下形成的伦理观念，赋予家庭在价值序列中的优先地位。

## （三）保密与隐私权引发的伦理困境

保密原则要求医务社会工作者对案主的个人信息、疾病诊断、治疗内容等相关资料予以严格保密。这些信息均属于患者隐私权的核心范畴，而隐私权作为一项基本道德准则，其目的在于保障个体身心发展的自主与自由，体现了在尊重人的尊严与价值基础上对个体自律与自我决定的维护。保密原则是其专业伦理的核心要求，旨在维护案主的隐私权与尊严。然而在实务中，医务社工常因法律义务、安全考量或为避免对案主或他人造成重大伤害等特殊情况，无法实现绝对的保密。此时，他们需要在尊重案主隐私与履行法定或保护性职责之间进行审慎的伦理权衡。例如，艾滋病患者从感染到出现症状之间的潜伏期可长达数年甚至十几年，在此期间患者外表与常人无异，却随时可能通过隐秘的性接触、吸毒、同性恋等行为传染给其他人，对公众健康产生巨大威胁。在某些情况下，为保障社会公众的知情权与公共卫生安全，可能需要艾滋病患者在一定程度上让渡个人权利，例如适当公开诊断信息以配合必要的公共卫生应对。然而，此类信息的披露往往会使患者面临社会污名与歧视，对其心理状态与生活质量造成严重影响。尽管工作者已向患者说明信息仅用于指定用途且会严格保密，仍可能引发患者的疑虑与不配合，导致相关工作难以顺利推进。当患者未进入相关名单，却依然享受国家政策与医疗资源时，容易引发信息不对称，进一步加剧医患之间的不信任感。

## （四）资源分配引发的伦理困境

在我国人口基数庞大的背景下，医疗卫生资源整体紧缺且分布不均，这使得医务社工在医疗实践中常常难以充分回应患者多元化的需求。他们不得不面对一个现实难题：如何将有限的资源进行公平而合理的分配。患者的需求多集中在经济困难、资源获取途径不足以及社会福利支持亟待增强等方面，这些都需要医务社工在资源受限的情况下作出权衡与应对。医院与医务社会工作者虽已竭尽全力，通过链接社会资源、拓宽资金渠道来援助患者，然而面对规模庞大、需求复杂的患者群体，这些努力依然显得力不从心。

# 三、基于伦理决策模型的案例分析

## （一）一线医务社会工作者伦理决策的深度访谈案例

为更加真实地呈现医务社会工作者在伦理困境中的决策过程，本文在文献分析基础上，通过半结构式访谈的方式，对某三甲医院安宁疗护病区的一名医务社会工作者（化名L社工）进行了访谈，并结合其叙述整理形成以下案例。

L社工在访谈中回忆了一次令其印象深刻的个案。该案例发生在某肿瘤医院安宁疗护病区。患者张某，男性，69岁，肺癌晚期，已出现多处转移。主治医生判断患者生存期有限，建议停止积极化疗并转入舒缓治疗。然而患者家属坚持要求继续治疗，并要求医护人员及社会工作者不要向患者透露真实病情。

L社工在访谈中描述当时的情境：“家属很明确地跟我说：‘千万不要让他知道是晚期，他要是知道了就会绝望。’但患者其实已经多次私下问我：‘我是不是好不了了？是不是没多少时间了？’当时我真的很纠结。”在这一情境下，医务社会工作者面临典型的伦理冲突：一方面，社会工作专业伦理强调尊重案主知情权与自主决定权；

另一方面,在中国家庭文化背景下,家属往往承担着重要的照护责任,其意见也具有重要影响。如果社会工作者直接向患者说明病情,可能会破坏家庭关系并导致家属对医疗团队产生不信任。

L 社工进一步回忆了当时的心理过程:“我当时其实很紧张。一方面我觉得患者应该有权知道自己的情况,但另一方面我也能理解家属的担心。他们其实不是故意隐瞒,而是害怕老人承受不了。”在经过团队讨论和督导咨询后,L 社工并没有采取直接“告知”或完全“隐瞒”的方式,而是选择了一种渐进式沟通策略。首先,L 社工通过多次支持性访谈,与患者讨论其对疾病的理解以及对未来生活的期待。在访谈过程中,患者逐渐表达出对自己病情的怀疑,并表示希望“心里有个准备”。在确认患者具有知情意愿后,L 社工与主治医生共同与家属进行了沟通,向家属解释患者已有一定心理准备,并强调让患者适度了解自身情况有助于其进行人生安排和情感表达。经过多次沟通,家属最终同意由医生在相对缓和的方式下向患者说明治疗效果有限,并介绍舒缓治疗的选择。在访谈最后,L 社工总结道:“这件事让我意识到,伦理困境其实很少是‘对’或‘错’的问题,而是如何在不同价值之间找到一种平衡。我们既要保护患者的权利,也要理解家庭的情感和压力。”

从这一案例可以看出,在中国医疗文化情境中,医务社会工作者在处理伦理困境时往往需要在患者自主、家庭责任以及医疗团队意见之间进行复杂协调。通过渐进式沟通、家庭协商以及跨专业合作,社会工作者能够在一定程度上缓解伦理冲突,并推动形成更加符合患者意愿的决策方案。

## (二) ETHIC 模型的应用

ETHIC 模型强调五个步骤:审视个人与专业价值(Examine)、运用伦理标准(Think)、评估相关假设与情境(Hypothesize)、寻求督导与咨询(Identify)、比较后果并采取行动(Choose)。该模型长期被用于社会工作伦理教学与实践分析<sup>[9]</sup>。

### 1.Examine: 审视价值冲突

社工首先需要辨识自身可能存在的价值预设。若社工过度认同“知情越充分越好”,容易忽略中国家庭在疾病照护中的承载功能;若过度顺从家庭保护逻辑,又会牺牲患者主体性。因此,本案中冲突的并非抽象的“告知/不告知”,而是患者自主、家庭责任、医疗善意与关系稳定之间的多重价值碰撞。

### 2.Think: 调用伦理规范与法律原则

从专业伦理看,尊重、自主、知情同意、诚实沟通和保护弱者都具有重要地位;从医疗伦理看,有利、不伤害与公正同样不可忽视<sup>[7]</sup>。这里需要强调的是,患者知情与自决不能被简单取消,但其实现方式可以是渐进、情境化和关系化的,而非机械、一次性的“事实宣告”。

### 3.Hypothesize: 评估情境与假设

社工对几种可能性作出判断:若继续隐瞒,患者可能在模糊不明中承受更强不安;若直接全盘告知,家属可能激烈抵触,患者也未必能在毫无铺垫下承受;若先评估患者的知情承受能力与表达意愿,再推动分阶段沟通,则更可能兼顾家庭接受度与患者主体性。近年的中国研究也表明,在家庭中心决策文化下,患者自主更适合通过渐进沟通、间接表达与关系协商来实现。

### 4.Identify: 咨询督导与跨专业会商

社工随后与督导、护士长和主治医生进行小型会商,确认几个操作边界:第一,不对患者说谎;第二,不在家属情绪激烈时强行推进;第三,先由社工单独评估患者意愿表达,再决定是否进入家庭会谈;第四,整个过程形成简要记录。这一环节体现了伦理决策不应由社工个人孤立完成,而应借助督导与跨专业支持。

### 5.Choose: 行动选择

最终,社工采取了“渐进式知情—家庭协商—共同决策”的路径:先通过支持性访谈探询患者是否希望了解真实病情;患者表达“我想知道个大概,也好心里有数”;社工将这一意愿反馈给家属,向其解释“探知患者意愿”并不等同于“残酷告知”;随后在医生参与下进行阶段性沟通,先讨论治疗效果与舒适照护目标,再逐步进入安宁护理选择。在这一方案中,社工并未把患者从家庭中抽离出来,而是以关系为载体推动患者意愿进入决策场域。

## (三) Reamer 伦理决策思路的补充分析

Reamer 的伦理决策思路强调：识别相互冲突的伦理责任，梳理受影响群体，审查相关专业守则、法律与机构政策，咨询同侪或督导，评估不同行动的短期与长期后果，并做好决策记录<sup>[10]</sup>。相关社会工作伦理教育材料也持续强调，专业人员应能借助伦理决策模型、法律与规范进行系统判断，而非依赖个人直觉。用这一思路回看本案，可以看到：患者是直接受影响者，家属、医疗团队和机构也是重要利益相关方；若社工只维护家庭和谐，可能伤害患者主体性；若只强调患者自主，可能削弱家庭照护系统；最优路径并非“单一原则胜出”，而是寻找损害最小、关系可持续、患者意愿可进入决策的折中方案。这也说明，在中国医务社会工作中，伦理决策更接近“协调型判断”，而非“单原则裁决”。

#### 四、“本土化”再阐释：从家本位到关系自主性

##### （一）“家本位”并非患者自主的简单对立面

既有讨论常把西方“个体自主”与中国“家庭决策”视为二元对立，但医学伦理研究指出，家庭参与型决策模式在东亚文化中具有重要地位。家庭在中国医疗决策中既可能压制患者意愿，也可能是患者表达意愿的重要媒介。许多患者并不追求脱离家庭独立决策，而是希望在“不给家人添负担”的前提下保有尊严和选择空间。近年的研究提示，中国安宁疗护与预立照护计划实践中，患者的决定通常通过家庭关系、间接沟通和情感秩序展开，关系自主性因此比“原子化自主”更具解释力。

##### （二）关系自主性在医务社会工作中的实践含义

所谓关系自主性，并不意味着将决定权交给家属，而是承认人的决定总是在关系中生成。对医务社工而言，这意味着专业任务不只是“替患者发声”，更是创造条件，让患者可以在关系安全、信息适量和情绪可承受的情境中表达真实意愿。换言之，社工需要做的不是将患者从家庭关系中剥离，而是通过专业技术减少关系压制、提升关系支持。

##### （三）探知患者真实意愿的技术性路径

在本土医疗场景中，尊重家属代理决策与探知患者真实意愿并非不可兼容。社工可通过以下方式推进：第一，采用“意愿探询”而非“直接摊牌”的进入方式，如询问患者希望知道多少、由谁陪同讨论、最担心什么；第二，运用分阶段沟通，将“病情认知—照护目标—治疗取舍”拆分处理；第三，鼓励患者以偏好表达、价值排序、生活目标叙述等方式间接呈现意愿；第四，在家庭会谈中把“患者说过的话”转译为讨论依据，降低正面冲突；第五，对患者承受能力、家庭情绪与团队准备程度进行持续评估<sup>[11]</sup>。相关中国研究与案例分析均提示，文化适配后的安宁疗护沟通，往往依赖这种渐进、间接、关系导向的操作方式。

#### 五、医务社会工作伦理困境的发展出路

##### （一）建立医院社工“伦理决策清单”

为减少社工在高压情境下完全依赖经验判断，医院可设计一份标准化“伦理决策清单”，建议至少包括以下内容：第一步，识别问题是否涉及知情权、自决、保密例外、资源分配、双重关系或公共安全。第二步，确认主体谁是直接案主，谁是关键利益相关者，谁拥有正式决策权，谁承担实际照护责任。第三步，评估风险若维持现状，谁会受到伤害；若改变方案，是否会引发更大风险；是否涉及法律责任。第四步，探知意愿患者是否有表达能力；是否已表达偏好；是否存在家属代言替代患者发声的情况。第五步，查阅依据核对专业伦理、医院规定、相关法律与科室惯例。第六步，咨询支持是否已向督导、资深社工、医生或伦理委员会咨询。第七步，比较方案列出至少两种可行方案，比较其短期与长期后果。第八步，记录过程记录核心事实、价值冲突、咨询过程、最终行动与理由。这类清单的意义不在于替代判断，而在于让判断过程可见、可讨论、可追溯。

##### （二）构建“社工—医护—家属”三方伦理沟通机制

针对高频出现的病情告知、放弃治疗、安宁疗护转介等议题，医院可建立标准化三方沟通流程：

第一阶段：信息汇总，由主治医生说明医学判断，护士补充照护观察，社工梳理患者与家属心理社会处境。第二阶段：社工预评估，社工分别与患者、主要照护者进行简短访谈，评估其知情意愿、情绪状态与冲突焦点。第三阶段：小型会商，社工、医生、护士先行内部统一口径，避免多头表达和信息冲突。第四阶段：分层会谈，先与家属讨论照护目标与沟通边界，再在适当时机引入患者；必要时分两次以上完成。第五阶段：决策确认，对达成的方案进行复述，确认是否理解一致，明确下一步责任分工。第六阶段：持续追踪，对患者与家属的情绪反应、方案执行情况和新增伦理问题进行跟进。这一机制的关键，不是“谁赢得争论”，而是让各方在专业支持下进入可持续协商。近期关于医疗伦理困难与家庭角色的研究，也强调多方对话、关系视角和组织支持的重要性。

(三) 将伦理督导制度化

伦理困境高度情境化，单次培训难以解决。医院与社工机构应建立常态化伦理督导机制，以提升医务社会工作者在伦理判断、跨专业协调及资源整合方面的专业能力,包括个案复盘、同侪讨论、困难案例升级会商和决策记录抽查。尤其对临终关怀、儿科重症、精神科与传染病等高风险领域，应设立优先督导通道。这样既能提升决策质量，也能缓解社工长期积累的道德压力。

(四) 推动本土化伦理规范建设

我国医务社会工作不能停留于照搬西方伦理术语，而应在本土实践中重新界定若干关键概念，如“家属参与的正当边界”“渐进式知情的条件”“关系自主性的操作标准”“保密例外的最低必要披露原则”等。只有将这些内容转化为机构规程、培训模块和文书模板，伦理建设才不会停留在抽象口号。

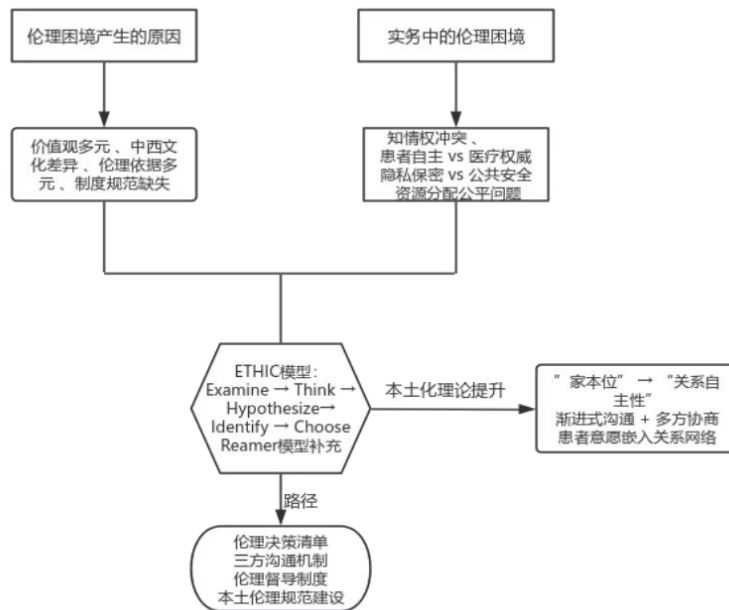


图1 研究框架

结语

医务社会工作的伦理困境并非单一原则之间的抽象冲突，而是专业价值、医院制度、家庭伦理与文化结构共同作用的结果。本文在原有研究基础上，进一步从实务过程出发，借助综合案例与伦理决策模型分析了医务社会工作者在知情权、家庭保护、患者自主与关系维系之间的复杂抉择。文章认为，在中国医疗语境中，“本土化”不应仅被理解为中西价值差异的表面比较，更应被理解为如何在家本位伦理和关系网络中，为患者真实意愿创造表达、进入与被尊重的空间。

因此，未来医务社会工作伦理建设的重点，不只是继续强调原则本身，而是发展一套可操作、可记录、可协商、可培训的制度工具。只有当伦理判断从个人经验走向组织支持，从原则宣示走向程序设计，从“患者—家庭”

二元对立走向“关系自主性”的情境实现，医务社会工作才能真正形成具有中国实践解释力的伦理体系。

#### 参考文献：

- [1]马会明.医务社会工作概论[M].北京:高等教育出版社,2015.  
 [2]刘继同.中国医务社会工作的理论与实践发展[J].社会工作,2018(3):3-10.  
 [3]王思斌.社会工作概论[M].3版.北京:高等教育出版社,2014.  
 [4]李迎生.社会工作本土化发展研究[J].社会学研究,2017(4):1-20.  
 [5]吕秋丽.医务社会工作实务中的伦理困境及对策研究[J].社会工作与管理,2018,18(6):73-79.  
 [6]黎玮玮,莫艳婷.我国医务社会工作发展现状、困境及建议[J].社会科学前沿,2023,12(4):1748-1752.  
 [7]Stocklassa S.Cultural implications for disclosure of diagnosis and prognosis toward terminally ill cancer patients in China[J].Palliative&Supportive Care,2022,20(2):283-289  
 [8]HO A.Relational autonomy or undue pressure?Family's role in medical decision-making[J].Scandinavian Journal of Caring Sciences,2008,22(1):128-135.  
 [9]Fan R.Self-determination vs.family determination:Two models of autonomy in bioethics[J].Bioethics,2019  
 [10]REAMER F G.Social work values and ethics[M].Columbia University Press,2013.  
 [11]陈功,张莉.安宁疗护中的伦理问题与社会工作介入路径[J].中国卫生政策研究,2020,13(6):56-62.

## Ethical Dilemmas in Medical Social Work

Fang Lingling<sup>1</sup>, Gao jing<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Guangxi University of Science and Technology, Guangxi, Liuzhou 545006, China

**Abstract:** Medical social work is an important practical form of the social work profession in the healthcare field. Its service goals not only aim to respond to patients' and families' social, psychological, and resource needs during the disease process but also to promote the humanistic care and overall effectiveness of medical services. However, in actual practice, medical social workers often face multiple ethical dilemmas, including the right to know, client self-determination, confidentiality and privacy, resource allocation, and professional boundary issues. Such dilemmas do not simply arise from individual judgment errors but are shaped collectively by the logic of the medical system, conflicts in professional values, family decision-making traditions, and local cultural structures. Recent studies further show that in the context of China, there is a continuing tension between family-centered decision-making, avoidance of death-related topics, relationship harmony orientation, and patient autonomy; simply applying the Western individualistic principle of 'self-determination' often fails to explain the complex situations encountered in local practice. Based on an analysis of the causes of ethical dilemmas in medical social work, this article introduces a comprehensive case study approach and, with the support of Reamer's ethical decision-making framework and the ETHIC model, analyzes the real decision-making processes of medical social workers in end-of-life care scenarios. [It focuses on presenting their emotional experiences, value considerations, and action logic within the triple tension of patient information—family protection—medical judgment.] The article argues that the ethical dilemmas of Chinese medical social work have distinct local characteristics, and the core is not a simple opposition between 'patient autonomy' and 'family agency'; rather, it is about how to achieve the practical transformation of 'relational autonomy' within networks of relationships through gradual communication, intention discovery, and multi-party negotiation. Based on this, the article proposes institutional recommendations, such as establishing hospital social work ethical decision-making checklists, improving the 'social worker—medical staff—family' tripartite ethical communication mechanism, strengthening supervision and documentation systems, and promoting the development of localized ethical norms, in order to provide a reference for the professionalization and ethical governance of medical social work in China.

**Keywords:** Medical Social Work; Ethical Dilemmas. Relational Autonomy; Localization