

安樂死的省思

林淑理

摘 要

安樂死問題因科技發達、人類壽命延長與對生命價值觀的改變而日受重視。維護生命尊嚴並得善終是人之所願，但安樂死不論以積極或消極的方式，都意圖提早結束生命，並非善終，這是剝奪生命、控制死亡的殺人行為。但是對無治癒希望的病人，放棄無效治療，不施以侵入性治療或帶來特殊負擔的治療，或不醫治腦死者，都不是安樂死。

目前世界上只有荷蘭與比利時等少數國家通過為末期病人安樂死的法案，法律也對此行為作諸多規範。台灣仍禁止安樂死，而以類似「自然死法案」的「安寧緩和醫療條例」，按病人的意願，不以高科技的維生方式，延長不可治癒的瀕死期。

天主教以十誡中的「勿殺人」為準則，在尊重人性尊嚴與生命之源的前提下，反對任何形式的安樂死。人類的病苦甚至死亡，都是成就圓滿生命的過程，當以明智的方法面對而非逃避。至於末期病人，若能得到妥善的安寧療護，不但病人可在人生最後階段獲得成長，人格將更臻成熟並得善終。

關鍵詞：安樂死、安寧療護、天主教生命倫理

壹、前言

今日醫學的發展雖可以借助藥物、儀器或器官移植延長人的生命，但對某些人來說，這些醫療技術並未提升生活品質，有時反而讓他們過著生不如死，沒有尊嚴的生活。越來越功利的社會，為擺脫照顧體弱或無治癒希望者的負擔，人們思考著如何使用較人道的方式，協助那些被認為無法過有尊嚴生活的人早日獲得解脫。因此，要求安樂死合法化之呼聲日增。

天主教一向反對安樂死，前教宗若望保祿二世在 1995 年所頒佈的《生命的福音》通諭 (Evangelium Vitae) 中，強調人類生命從開始到結束都具有神聖的價值，要以負責任的態度來保守這生命。在通諭中他對蓄意墮胎與安樂死的行為表達良心的抗拒，且認為只有在生命受到維護與促進，才有真正和平可言。但是 2007 年 9 月 25 日的《中國時報》，引用 2007 年 9 月 21 日美國《時代雜誌》網站報導，提到義大利菲拉拉大學 (University of Ferrara) 醫學院麻醉學暨加護醫療部主任帕凡涅麗 (Lina Pavanelli) 博士認為，教宗的醫療團隊曾拔除餵食管，以加速他的死亡。她推測教宗在醫院可能同意拔除餵食管，讓身體衰弱得更快。帕凡涅麗認為這算是安樂死。雖然教廷嚴正反駁，並重申反對安樂死，但此事件讓安樂死的爭議在義大利更為劇烈。究竟什麼是安樂死？拔除餵食管是不是協助安樂死，值得探究。

台灣目前的法律仍然禁止安樂死，擬訂「緩和醫療條例」，規範醫事人員不得以加工方式，縮短末期病人生命，任何形式的安樂死都在禁絕之列。如果醫療機構或醫師貿然為病人施行安樂死，將涉及刑法的謀殺罪。荷蘭、比利時允許醫生協助下的安樂死，據報載鄰近的法國很可能跟進。這種立法趨勢是否隨時代與日俱進？因此，安樂死的問題是必須正視的。

本文擬探究安樂死這個議題。首先認識什麼是安樂死，瞭解各國立法的情況，進而探討一般人贊成或反對安樂死的原因，並瞭解天主教會為什麼反對安樂死，最後提出因應安樂死問題的一些可行辦法。

貳、認識安樂死

這部分以何謂安樂死，以及各國政府對安樂死的看法來認識安樂死。

一、何謂安樂死

以下先對安樂死做定義與分類，並區分一些類似，但實際並非安樂死的情況。

（一）安樂死的定義

「安樂死」的英文是 Euthanasia，這是採用日本人的翻譯。這個英文字是由兩個希臘字組成的，助動詞 eu 意即「好」，名詞 thanatos 是「死」的意思，加起來是「好死、善終」或是「死得容易」。Euthanasia 的典型用法是指慈悲殺人 (mercy killing)，即以憐憫為由，故意結束他人生命的行為 (鄂爾, 1997)。傅偉勳 (1993) 認為 Euthanasia 的意思是「安易 (而無痛苦的) 死」(easy death)，並無所謂樂不樂，他建議改譯為「安易死」。

根據韋氏字典，「安樂死」的定義是一種安詳而免除痛苦的死亡，或經由一種方法或行動，讓一個人無痛苦地死亡，以解除當事人所受的痛苦 (引自黃登煌, 2000)。成立於 1938 年的美國安樂死協會 (Euthanasia Society of America) 把安樂死定義為「為終止強烈的生理痛苦，而以無痛的方式結束生命。」美國有名的心理醫師派克 (Scott Peck, 1999) 認為安樂死是一種自殺，不管有無他人協助，主要動機在逃避衰老或患有無望治癒的慢性疾病時所必然會經歷的存在性情緒痛苦。教宗保祿二世 (1996) 把安樂死定義為：為了消除一切痛苦而有所作為或有所不為，這些作為或不作為的本身會導致死亡或意圖導致死亡，意即在治療過程中，故意藉由「有所作為」或「有所不為」來直接殺人。

（二）安樂死的分類

根據是否有「作為」，將安樂死分為主動型安樂死 (active euthanasia, 積極型) 與被動型安樂死 (passive euthanasia, 消極型)。前者是指主動地採取某些行為，例如服用致死的藥品、注射毒液或開槍，導致一個人死亡，使他從身心的痛苦中解脫，這種安樂死有人稱之為慈悲殺人；而後者係指被動的方式，停止任何醫療，甚至中斷基本照顧而導致死亡。

此外，安樂死也有自願 (voluntary)、非自願 (non-voluntary) 與不自願 (involuntary) 之分。自願是當事人知情同意，或當事人主動要求，這種情況可以說是協助他人自殺；非自願是指當事人既沒贊成也沒反對，可能未被徵求意見或被徵求而未表示意見，也可能是當事人無判斷能力；不自願安樂死是違反當事人的意願，做決定者認為當事人生不如死，為他著想而給予主動安樂死。被動安樂死是不再進行醫療，並撤除維生儀器，也包括停止給予病人食物、飲水、空氣等自然維生

物質，使病人死亡。根據以上的敘述可知，安樂死不管是主動或被動，是積極或消極，對當事人而言，都有自願、非自願與不自願的情況，都是意圖提前死亡之來臨，而非自然死亡。

（三）不是安樂死的情況

有些與安樂死類似，但其實是自然死亡。例如，在可預知但不是意圖要縮短病人生命的情況下，使用止痛藥以減輕病人的痛苦，讓治療過程有伴隨縮短生命的危險，這不是安樂死。對於瀕死病人，盡一切必要的治療後，為免除痛苦煎熬，而中斷或不給予某些無效或過份負擔的治療方法，使病人順乎自然死亡，這也不是安樂死（艾立勤，2001）。

派克也反對用逞強性措施（如接人工呼吸器、鼻孔餵食等）來延長末期絕症病人的生命，容許末期病人自然赴死，不使用任何醫學科技來維持生命。天主教也主張停止使用特殊維生的方法不是安樂死，但不能停止最低限度的醫療措施，如營養（餵食）、注射、輸血等。不做侵入性治療或不給予過份醫療是放棄無效治療。放棄無效醫療與安樂死之間是有顯著差別的，下表可以清楚瞭解其差異。

安樂死和放棄無效醫療比較表

	安樂死	決定放棄醫療
目 的	死亡	停止拖延死亡
態 度	控制	謙卑/放棄
方 式	殺戮	允許死亡
執行者	醫師	疾病
結 果	死亡	死亡（通常如此，但不盡然）
道德觀	錯謬	可能錯誤或可允許的

（資料來源：Robert D. Orr 著、張立明譯，〈安樂死的歷史與現況〉，頁 59。）

另外，安樂死與不治療「腦死」（Brain Death）的人也不同。傳統上，一個人的心肺功能停止即被認定死亡。1970 年代開始，中外的法學學者與倫理學者大都肯定，腦死是一種可以接受的死亡認定標準。腦死意指腦幹死或全腦死（包括大腦與腦幹），在腦幹損傷之後使腦幹的反射消失，心臟不能自主收縮，呼吸中樞也失去調節作用，腦波圖顯示為平線，此種狀態即是死亡（植物人只是大腦結構中的新皮質

受損，腦幹功能仍在)。因此，腦死的人就是死人，不繼續治療死人或不再餵食、餵水，停止延續「表面」生命不是安樂死。

由上述的說明可知，安樂死是為減輕死亡過程的痛苦，在醫生的協助下，以外力促使病人提早死亡。這外力可能來自病人自己或他人，包括給予致死藥物或除去基本的維生照顧。但是，不治療腦死的人，或在尊重病人或家屬的前提下，對絕症末期病人不做「逞強性措施」或「侵入性治療」，放棄無效的醫療，或者為減緩疼痛而導致有縮短生命之虞的療法，都不是安樂死。

二、各國政府的立場

既然安樂死不是自然死亡，而可能涉及自殺或殺人。因此，各國政府紛紛討論，並立法規範。以下探討一些先進國家對安樂死的立法情況。

(一) 德國

德國有關安樂死的立法運動始於1902年薩克遜(Saxon)邦議會，直至1910年德國聯邦議會也曾討論此問題，但均無正式草案之擬定。1921年「一元論者聯盟」正式向德國議會提出安樂死草案，並於1927年的刑法草案，加入不處罰幫助不治病人解除痛苦的規定，但議會討論結果均未通過。

1939年二次大戰時，希特勒憑藉對「毀滅不具生命價值的生命」之肯定，下令殺死收容機構中無法治癒的畸形兒童及成年精神病患，稱之為「安樂死計畫」。1941年群眾抗議後，仍秘密執行此計畫，以注射、藥物、強迫性飢餓等方式，殺死嬰兒、小孩及各類犧牲者。這與後來在集中營大規模屠殺猶太人的邏輯與想法是一致的。戰後的德國認為安樂死就是「毀滅不具生命價值的生命」而被視為禁忌。到1958年，羅福樂(L. Loeffler)區分安樂死的意義與納粹所用的意義，並加上「生活品質」、「減少死亡前的痛苦」等訴求，安樂死合法化的問題在二十世紀的七、八〇年代，引起德國倫理學界與政府的熱烈討論(孫效智，1996；艾立勤，2001)。

(二) 美國

美國俄亥俄州議會在1906年提案討論安樂死的合法化議案，但未通過。1938年紐約市成立了美國安樂死協會(The Euthanasia Society of America)，大力推動安樂死的合法化，並於1947年向紐約州議會正式提案，仍未獲得通過。1976年因為新紐澤西州的昆蘭案，各州開始關切安樂死問題，加州率先通過「自然死法案」(Natural Death Act)，並於1977年1月1日實施。該法案承認病人有拒絕接受治

療妨礙死亡過程之治療的權利，成人患者對於是否接受醫療保護有控制的權利，而法律規定二十歲以上的成人患者，在五年內以書面表明其意願者，方可用「自然死法案」。奧勒岡州於1994年經過選民投票通過允許醫師協助絕症病人自殺的法律「尊嚴死法案」(Oregon Death With Dignity Bill)，美國最高法院曾審判其合法性，但聯邦法院已於2002年4月17日判決美國司法部不可干涉奧勒岡州的法律，到2006年已認定奧勒岡州的法律不違憲(孫效智, 1996；艾立勤, 2001)，奧勒岡州成為美國50州中唯一允許醫生協助病人安樂死的州。

(三) 英國

英國早在1935年就成立「自願安樂死協會」(Voluntary Euthanasia Society)【註一】，但是在1969年否定該團體。在1981年曾宣判因幫助病人安樂死而判刑的案例。在英國，醫生協助安樂死仍在禁止之列。

(四) 荷蘭

荷蘭在1973年即開始討論安樂死的立法問題，1994年法律明文醫生在特定條件下執行安樂死可不被起訴，但安樂死不合法。直到2002年4月1日通過「應病人要求終結生命與協助自殺法」的法律，成為世界上第一個讓安樂死合法化的國家。但新法律對病人狀況與意願、安樂死程序、醫病關係均做了嚴格規範。病人的痛苦必須是無法忍受，無法治療的(排除「厭倦生命」因素)。由病人主動提出要求，並需諮詢另一醫師的意見，荷蘭政府聲稱此法律不等於授與醫師「殺人執照」(孫效智, 1996；中國時報2002)。

(五) 比利時

比利時國會參議院曾於2001年10月26日通過類似安樂死法案，2002年9月23日核准將安樂死用於末期病人，其中談到了必須成年、意識清醒、自主決定、自願申請等要項，而且主持安樂死的醫生必須與醫界專家會診、充分解說病情、協助病人瞭解相關治療方法，與病人及其親人充分討論等方式，遵守安樂死實施相關規定，以免除刑責。在2005年4月9日朗析(Lancet)醫學期刊有篇文章報導，在2004年至少有17件殘障新生兒被施打死亡注射個案(張立明, 2006)。

(六) 澳洲

澳洲的北領地省(Northern Territory)曾於1996年7月1日通過安樂死，所實施的「末期病患權利法案」(Rights of the Terminally Ill Act, 簡稱ROTI)規定，若末期病人遭到無法忍受的痛苦時，可以要求醫生協助終止其生命。但九個月以後該法案即遭國會表決推翻，從此安樂死在澳洲不再合法(黃佩詩, 2004；張

立明，2006)。

台灣在1980年曾討論安樂死的議題，後來因為植物人王曉明母親過世，父親又年邁，以致無法照顧她的訊息經媒體報導，而在1996年起又掀起安樂死是否該合法的討論。到目前為止，台灣的法律仍嚴禁任何形式的安樂死，而以2000年5月23日立法院通過，同年6月7日總統公佈實施的「安寧緩和醫療條例」來解決。該條例反對安樂死，而是按病人的意願，不使用高科技的維生方式，來延長不可治癒的病人的瀕死期，而讓其自然死亡（艾立勤，2001；黃佩詩，2004）。

由此可知，安樂死立法問題經過多年討論，許多國家仍未有一致的作法。隨著醫療的進步與世俗功利觀點的強化，這方面要求愈來愈多。

參、一般人對安樂死的看法

一、安樂死的需求

死亡是人生必經的歷程，在有準備、有意識、與祥和的人際關係中，沒有痛苦地自然死亡（即所謂的善終）是人的福份。因此安樂死，即使是當事人自願，並經妥善預備，都不能稱為善終，因它至少不是自然死亡。安樂死的倡議，主要是考慮到三類人的相關需要。

（一）失去知覺的人

這類人已經無法以平常方式與人溝通，如植物人或靠醫療儀器維生的病人。一般人覺得他們苟延殘喘的生活沒有意義，對人類社會已沒什麼貢獻，為減少醫療人力的浪費，以及親屬在身心與經濟方面的沉重負擔，應該可用合乎人道的方式結束他們的生命。

（二）處於絕望痛苦中的人

這些人可以與人溝通，可以表達自己的意願，但無法忍受身體的疾病所帶來的痛苦與不便。例如有些人把痛苦難耐的絕症末期病人，視為如同火燒車內的司機一樣地痛楚不堪，他們覺得既然難逃一死，又沒有治癒的希望，何不提早結束生命，以求痛苦之解脫。這種作法雖是殺人，卻是慈悲殺人，是合乎人道的作法。因此，處於絕望痛苦中的人可以主動或請求他人協助結束生命。

（三）追求尊嚴生命的人

有些人希望在未達無法動彈的老態之前，以自力或他力結束生命，這些人不乏

生活美滿並具相當學術聲望的人。傅偉勳曾描述美國一位 87 歲的著名心理學家兼兒童精神醫科專家貝特海姆 (Bruno Bettelheim) 為保持死亡尊嚴而在養老院自殺，引起心理學界與文化界相當的震撼 (傅偉勳, 1993)；另外，海倫·聶爾玲 (Helen Nearing) 在她著作的《美好人生的摯愛與告別》中描述如何協助她百歲丈夫自行了斷的因緣 (傅偉勳, 1993)。當一個人覺得自己活夠了或不可能再過自己認為有意義的生活時，希望能以自殺或由他人協助的方式，有尊嚴地結束人生旅程。對於這類追求尊嚴死的人，一般不列入安樂死的範圍，但其避免痛苦的來臨而想結束生命的動機是相似的。

上述的共通點是基於人類自主權的尊重，認為治療無望、痛苦難捱與年老力衰需要他人照料，無法過尊嚴生活時，人有權利決定自己的死亡。但究竟人的價值何在？現代社會習慣以對社會的貢獻來評斷一個人的價值，當一個人不再有價值時，似乎也就沒有活著的必要了。但這樣功利的想法是不見容於人的良知的，因此打著「對於失去意識的病人照護是個沉重的負擔，且浪費醫療資源，在盡力照顧一段時間後，應可由相關人士決定是否實施安樂死，以減輕負擔並避免醫療資源浪費」、「根據金科玉律（我們願意別人怎要對待我們，我們就要怎樣待人）與避免殘忍原則，對於遭受極度痛苦的人感同身受，若處於相同情境，我們也會求死，因此應採取必要措施幫助他死亡」、「生命權包括死亡權，每一個人都應該有自由選擇的權利，包括求安樂死的權利。這不損及他人，法律不應干涉」等是很多人贊成安樂死的理由 (傅偉勳, 1993; 黃登煌, 2000; 張立明, 2006)。年老而希望安樂死，被接納的程度低，但卻是堅持「死亡尊嚴者」的訴求。

二、反對安樂死

儘管如此，到目前為止，多數人仍反對安樂死。以下從四個方面來探討反對者的觀點。

(一) 法學界

1、根據「人類生命神聖性」原理，人的生命絕對不可侵犯，不得在任何情況下予以剝奪。安樂死違反保護生命的「自然律」。

2、可能會導致謀財害命或為早點達到繼承遺產的目的而濫用，衍生弊端 (楊肅民, 2002)，或以經濟困難的理由，逼絕症病人同意早死。

(二) 宗教界

1、生命無價，基督宗教認為生命來自神（天主）的創造，人類只擁有生命的使用權而無自主權，禁止任何外力提前結束人的生命。佛教主張不可殺生，認為「每個人都有本能而強烈的自體愛，當自體受到傷害時，會不由自主地產生恐懼與痛苦。因此，不宜殺人，也不可自殺（高有智，2002）。儒家也主張「身體髮膚……不可毀傷」，更不用說結束生命。

2、臨終病人有機會省思過去生活，為作錯的事做補償，為家人的未來尋求保障，更可以為自己的後事作心理與精神的準備，這是人生最後的成長階段，安樂死否定此成長的可能性，而且讓家屬失去照顧病人的機會，也否定人性及人際的情感。

（三）倫理界

1、准許安樂死，等於助長自殺和殺人的念頭，毫不符合人之常情。尋求「安樂死」的病人往往處於心智的低潮期，關懷的適當表達與病痛的緩解，可協助病人度過低潮期。

2、一旦末期病人可透過安樂死解脫病苦，其他非末期病人可能也會援例要求安樂死，滑坡效應（slippery slope）【註二】影響人類共通的良知，會造成嚴重的倫理後果（趙可式，2000）。

3、在自由化社會中，個人的自主權是有限制的。真正的自由涉及權利的維護，但也要和責任、義務有所平衡。因此，沒有人可以獨自決定結束生命，因為他的決定會影響親友，甚至醫護人員。

4、人的尊嚴常由他人的態度影響。病人若披頭散髮，全身骯髒，無人理會，當然沒有尊嚴，若是被人悉心照顧，豈有無尊嚴之感？以尊嚴為由而殺死病人，不是解決問題的良方。

（四）醫學界

1、醫生的職責是救人的性命。自願安樂死授與醫生過多決定別人生命的權力，它違反歷史上醫學倫理的公約。

2、醫學有治癒、延長生命與增進生活品質等三個目標。若醫學能往「增進生活品質」方面努力，就不需以結束生命為唯一方法。

3、醫學的進步已能有效減輕病人身體疼痛，若能獲得悉心照顧，人格尊嚴可得維護，且多數的死亡並不痛苦。

4、臨終病人是很脆弱的，他們或因不知如何減緩病痛，或因對未來的恐懼、焦慮，自我價值感低，怕連累家人造成負擔而要求安樂死，其實並非真正自主自願。健全的社會福利與保險制度可減去長期照顧病人的負擔，是努力的方向。

5、醫學界渴望在治療致命疾病方面有進展，並減輕某些難以控制的症狀，安樂死暗中阻礙這方面的研究。在醫學不斷研究下，今日絕症，明日或許就有新式醫療術或新藥品出現。而且目前醫生誤診的情形很多，如果因此而讓病人安樂死，豈非主動殺人。

總之，反對安樂死的人也尊重人性尊嚴，但擔心安樂死合法化會遭濫用。而且減輕痛苦，過有尊嚴生活的方式很多，安樂死雖可解除痛苦，但不是唯一途徑。

由上述可知，不管贊成或反對安樂死，他們都認為自己是基於人道的考量。究竟人有沒有求死的權利？疼痛或痛苦有意義嗎？如果現世生命已無治癒希望，忍受無邊的疼痛有意義嗎？但一旦安樂死的合法化，開小門會導致潰堤氾濫，可能造成濫用、威逼、或疑懼等不良後果，應該嚴肅面對。

肆、正視安樂死

從上面的敘述可以瞭解，安樂死就是以人為的方式提早死亡之來臨，就是殺人，而疼痛、絕望是很多人求死的原因。以下就從天主教的生命倫理觀點，以及痛苦意義的角度，來正視安樂死。

一、從天主教生命倫理的角度看安樂死

生命倫理學或稱生物醫學倫理學 (Biomedical Ethics)，是一門生物醫學與哲學的整合性學科，主要處理當代生命科學與醫藥科技所衍生的倫理困境。天主教的生命倫理論及安樂死的部分，可從下面五點來說明。

(一)「勿殺人」的誡命

天主教的生命倫理觀點是以天主十誡的第五誡「勿殺人」為準則，探討在天主教信仰光照下，處身在當代醫學種種新發明的衝擊中，如何來善用生命。天主教反對安樂死，是因為安樂死以人為方式結束殘障者、絕症病人或瀕死者的生命，不管動機為何，均構成謀殺，不但嚴重違反人的尊嚴，而且對生活的造物主失敬（《天主教教理》第 2277 號）。

(二) 人的尊嚴來自神

基督徒一致認為人的尊嚴不是來自人能做什麼，或者人所呈現的面貌，而是因為「人是按照神的肖像所造的」。人的整體生命是不死不滅的，死亡只是蛻變，不是

終結。當人否認或忽視與神的基本關係時，就會認為人有完全的自主權，決定如何處理自己的生命（若望保祿二世，1996）。而且，如果我們以「生命帶來快樂與幸福」來評估生命時，痛苦就變成難以忍受的挫折，重視效率的社會也無法忍受老人和殘障者人數增加所產生的沉重負擔（若望保祿二世，1996）。面對充滿痛苦而無意義的生命時，死亡被認為是合理的解脫，這完全是對人性尊嚴誤解所產生的。

（三）生命的主權在於神

安樂死排斥神的最高主權與愛的計畫，違反人的基本權利。它控制死亡，讓死亡在該來的時間之前發生，「溫地」結束自己或他人的生命，這與自殺或謀殺無異（若望保祿二世，1996）。天主教所啟示的真理是：人的生命來自神，只有與純真、純善、純美的神結合，才能滿足生命的追求，完成生命的使命（金象達，1995）。希望尋求安樂死的人，其身心遭受極大的痛苦，從世俗觀點來看，安樂死只想尋求身體痛苦的解脫，往往忽略了靈性的反身則誠與自我安頓，以及通過信仰的超拔救贖（派克，1999）。

（四）可以拒絕「過度堅持治療」

所謂「過度堅持治療」是指停止昂貴的、危險的、非常的、或與所期待的效果不成比例的療程，這種拒絕不是為造成死亡，而是接受無法阻止的死亡（《天主教教理》第 2278 號）。亦即人有權放棄侵入性治療，就是那些已不再適合病人真正的情況，也造成病人和家屬過度負擔的治療方式。

（五）不可停止最低限度的醫療措施

依據盡可能的預測，如果病人已在永久性及不可逆性的昏迷中，就不要求為他治療了，但一切照顧應該慷慨大量給予。所謂照顧是指給予病人應有的慣常幫助，如給予關心以及心靈和情感的支持（金象達，1995）。即使已瀕臨死亡，也應給予最低限度的醫療措施，包括維持生命的營養（餵食）、點滴注射與輸血等，否則病人會因此而餓死或渴死。但是如果餵食造成病人極大的痛苦且營養已無法吸收，則可以停止餵食。此時餵食即成為侵入性措施，不再是維持生命的手段。前教宗若望保祿二世罹患的巴金森氏症會影響喉部肌肉，造成無法吞嚥。教廷表示前教宗在去世的前三天，因為他已無法有效攝取食物與飲水而插入鼻胃管。至於前教宗是否同意拔除，只是帕凡涅麗的推測。教廷否認拔除鼻胃管，但若鼻胃管餵食造成病人極大的痛苦而予以拔除，也不構成安樂死。

由此可知，天主教是絕對反對安樂死的，但是對於無法治癒的病人，不主張甚至反對「使用一切現代醫療方法來避免死亡」，而是尊重當事人意見，可以不採取過

度醫療措施。一旦停止治療，病人必然死亡，這是自然死亡，不算是安樂死。這種自然死亡符合醫學倫理，因此有些國家即立法保障。例如 1976 年加州通過「自然死法案」，同時也立法保障「生預囑」(Living Will)，及「預立指示」的權利，以保障病人的自主權，避免家屬或醫師做出與其意願相違的決定。至今，美國各州都有成文法規，對於「自然死」的要求，及執行自然死的醫療行為，免予法律之追究。台灣在 2000 年 5 月 23 日立法院三讀通過的「安寧緩和醫療條例」，就很類似「自然死」之法案。

二、從痛苦的意義看安樂死

疼痛常是末期、臨終病人最常見、無可避免，也是最令人畏懼的症狀。許多人要求安樂死，主要原因是疾病所帶來的難以忍受的疼痛，或對未來沒有希望的痛苦，而沒有希望的痛苦也是最令人難以忍受的。因此，絕症末期病人要求解脫、身體機能衰退的老人要求尊嚴死，主要是無法消除痛苦，看不到受苦的意義。

痛苦包括生理的疼痛與心靈的苦痛。痛苦有什麼意義，以下分別針對痛苦的普遍意義與宗教意義來說明。

(一) 痛苦的普遍意義

1、有時候痛苦是訊號，幫助我們保護生命。例如，癲瘋病人沒有知覺，感覺不到疼痛，對身體造成傷害而不自知。因此，我們應該感謝疼痛，保護我們免於各種傷害。

2、痛苦使人更有承擔痛苦的能力，並從失敗中獲取教訓並成長。受過苦的人更能體會他人之苦，也使人發揮同舟共濟精神，獲得珍貴的友誼。

3、疾病與死亡帶給人類許多痛苦，也因而激勵人發揮智能，發明新藥解除病痛，推動人類文明的進步（金象達，1995）。

倫敦大學創辦人班森（Jeremy Bentham）認為自然將人類置於痛苦與快樂兩位無遠弗屆的大師管轄，指出並決定我們該做什麼（班德&楊，1995）。班德（Paul Brand）引用班森的觀點並指出：「痛苦與快樂是相異的連體嬰……快樂的基礎是帶著痛苦的勞動，痛苦的基礎是虛榮與淫蕩的快樂」（班德&楊，1995）。因此，人不可視痛苦為需要逃避的敵人。根據班德的看法，甚至可以將疼痛（痛苦）視為禮物。

(二) 痛苦的宗教意義

針對痛苦的宗教意義，下面以天主教的觀點來說明。

1、痛苦是罪惡的後果：天主教認為人類犯罪之後，生活在罪的氛圍中，開始有痛苦與辛勞。罪可能來自個人、他人或人類的集體行為。痛苦提供一個反省、悔改並親近神的機會。

2、痛苦有淨化人靈的效果，是神對祂所愛的人的一種鍛鍊（詠六十六 10）；它使人變得堅強而潔淨（德二 2-5）。虔誠的人把生命中的考驗與試探視為理所當然的事（德二 1-13），並認為那是好事（哀三 24-28）（徐錦堯，1989）。

3、痛苦是一種召喚，使人逐漸瞭解上主是他們的慈父（箴三 11-12），祂的懲罰並非酷刑，其用意不在報復而在治療（德二 22-23），當懷有復活的希望時，一切痛苦都顯得微不足道了（加下七 9-12）（徐錦堯，1989）。

4、基督是受苦的僕人，祂為救贖人類而受苦，祂的信徒也要背十字架跟隨祂。

5、痛苦是分擔基督救贖工程，一切痛苦在基督身上找到了最深的意義：天父的旨意必須承行，天父的計畫必須實現；作為基督徒，更要背負蒼生、代人贖罪，不怕足踏塵世路，肩擔古今愁（徐錦堯，1989）。

人生如苦海，生命中的痛苦是無可否認、絕難逃避的事實，如果要在生命中除去所有或輕或重的痛苦，生命實在所剩無幾。所以如果人生有意義，則痛苦亦必有意義（徐錦堯，1989）。如此，人需要學習與痛苦相處，甚至以痛苦為師，並從中學習智慧。當然，神給人智慧，在維護人性尊嚴與遵守誠命的情況下，運用各種方式減少痛苦。但不能否認的是，痛苦為一個人成長、甚至成全與圓滿是必要的。

伍、安樂死的替代方案

不論多麼痛苦也不許自殺，這是天主教的教義，是天主教對生命死亡的基本信念（金象達，1995）。但面對極大的痛苦就只能消極的忍受嗎？當然不是。然而正確信念的建立，將有助於人面對痛苦，甚至在死亡時可以安然度過，打完人生美好仗。以下分為治標與治本兩方面來說明：

一、治標方面

疼痛是許多絕症末期病人尋死的主因，創立安寧病院的桑德斯（Cicely Saunders）曾說「把疼痛控制了，沒有人想死了」。安寧療護（Hospice Care）來自

桑德斯對末期病人疼痛的處置方法，他們強調轉化疼痛與分散注意力，協助病人減少恐懼、焦慮等助長疼痛的主觀因素，透過對病人的關懷，讓他們得到支持與陪伴，增加對疼痛的忍受力。當然，他們也利用止痛藥來減低生理的疼痛，甚至讓病人參與止痛藥用量的調配，讓血液中的止痛劑保持固定水平，就不會有劇烈疼痛或鎮定劑過量的情況，而且保持頭腦的清醒（班德&楊，1995）。他們希望幫助末期病人瞭解死亡，進而接納死亡，使自己活得更像自己，也給家屬精神支持與承受所有事實的力量，坦然接受即將要面對的事（黃中天，1998）。

自從1967年桑德斯創辦安寧病房以來，安寧療護的做法越來越受現代醫學的注意。安寧療護的信念是四全照顧，即全人、全家、全程、全隊照顧。安寧療護不做矯枉過正的侵入性醫療，讓病人獲得支持性照顧，減低生理的痛楚，並在親友的關愛中安然走完生命旅程。這樣的死亡才是合乎人性尊嚴，而又不違反天命的作法。英國自創設安寧療護醫院以來，沒有一位接受安寧療護的病人要求安樂死；原來要求安樂死的病人在接受安寧療護後，由於病痛減除，反而更珍惜存活的日子，直到自然離世為止。

疼痛不是人求死的唯一原因，有時候一個人發現生命失去意義時，也失去生活的動力。臨終關懷的做法在盡一切力量減少病人的痛苦後，更需要協助他們找到受苦的意義。此外，社會福利也應針對個別需要給予適當的社會救助。

二、治本方面

在治本方面可從教育與宗教信仰兩方面著手。

（一）在教育方面

1、為疼痛而感恩：相對於癱瘋病人或其他喪失知覺的病人，疼痛幫助我們保護生命，減少傷害自己身體的行為。

2、面對疼痛：疼痛其實是生理的警訊，讓我們珍視自己的身體，從事休復的工作。平時多做心理準備，在疼痛來臨時，能保持高度的冷靜與堅忍不拔之心。

3、接受人的限度：人應學習接受自己的限度，尤其是年老力衰之後，從接受別人的幫忙中學習謙遜，不要為避免生理退化的窘境而萌安樂死之念。

4、建立對生命的尊重：人具有靈性，但對於人的生命仍沒有掌控權。人是世界的管家，因此彼此間應互相幫助，生命除了是權利外，也要帶給別人意義，為別人而活，也是一種責任（戴正德，2006）。

5、對安寧療護有正確觀念：就如上文所言，安寧療護是安樂死的較好的代替方案，四全的理念幫助病人有尊嚴地活著，並學習為塵世旅程畫下美好的句點。

6、確立個人生命意義：弗蘭克（Frankl）在集中營中對生命絕望，曾想輕生。當他想到生命的意義與價值，並參透「為何」時，痛苦找到意義，就不能成為痛苦，可以迎接「任何」。生命是有目的的、有使命的，在逐步實踐使命的過程，人更肯定個人生命的意義與價值，這是人類的特質。「意義感」是人的第二天性，教育應協助個人確立其生命的意義。

信念的建立是不斷的過程，正確的觀點可以讓人面對人生的困境。疼痛或痛苦在人的生活中是有意義的，即使看來似乎沒有希望的痛苦，只要找到意義，就會發揮很大的力量，對其他面對類似苦痛的人，往往是很大鼓勵與安慰。

（二）宗教信仰方面

從天主教的信仰來看，人是受造物，神才是一切的掌管者。宗教信念的體驗與實踐可以幫助人面對痛苦，放棄控制權並珍視生命。

1、加深與造物主之間的關係，承認祂是生命的導師。對祂的信賴可幫助人不再濫用自己的控制權，至少讓祂參與死亡時機的決定。

2、天主教徒相信死亡不是人生的終站，疼痛的忍受對來世（永生）有絕對的助益。

3、痛苦是為自己的罪做補贖的機會，藉此準備死亡，以期早日進入永生。

4、痛苦也為他人或世界的罪惡做補贖，與承擔痛苦的基督，一起從事救贖的工程。

5、信仰不斷提醒教友，神沒有應許祂的信徒不受苦，只應許在受苦時，與他們同在。祂陪伴每個人經歷任何痛苦，甚至在最痛苦的時刻，是祂背負我們走人生的路。

總之，痛苦或疼痛是人生的課題，平日的修鍊有助於面對痛苦能力的增進，即使在面對無法避免的痛苦，也可在愛中找到意義。畢竟，沒有人關心的痛苦是無法忍受的，愛可以減輕痛苦。因為「在某些情況下，人寧願受苦，只要他確定自己的受苦具有意義。」基督也是找到「意義」而「忍受了十字架」之苦（金象達，1998）。

陸、結語

對於贊成或反對安樂死的紛爭，百餘年來雙方意見互不相讓。醫療技術進

步後，這個問題更受重視。從本文的敘述可知，安樂死是藉助醫學科技的干預，直接加速死亡的來臨，就是協助死亡，也就是殺人。而腦死後拔除醫療設施或不做特殊侵入性的治療不算是安樂死。現在世界有些國家或地區讓安樂死合法化，已有滑坡效應跡象顯示，擴及殘障的新生兒。筆者以為，死亡雖是人生必經之路，但人的生命來自神，只有神可以結束它，這是對神、對人性尊嚴的基本尊重。安樂死是逃避痛苦的行為，不能讓人死得其所，就沒有尊嚴死可言。

有人以為痛苦是人求死的主要原因，尤其是無望的痛苦。而痛苦正是人生的一部份，在痛苦中，人性獲得淬練。教育需要幫助人認識痛苦的意義，養成面對痛苦的正確態度與方法。而人性的軟弱需要扶持，生理劇烈的疼痛，可藉現代醫療技術來協助，心理的哀傷，失望，則需要有人關心、扶持與輔導。安樂死並非解決問題的良方，也無法讓人獲得人性尊嚴。四全的安寧療護讓末期病人減輕痛，並生活在友愛的環境中，妥善幫助他們準備死亡。至於其他無意識病人的情況，要讓社會保險與社會福利來照顧他們，過有人性尊嚴的餘生。對於年老力衰的人，照顧他們是晚輩的天職，他們也需要以謙遜的心來接受別人的服務。

生命是個奧秘，不管它是「走向死亡的存有」、「不斷輪迴」或具有「不滅靈魂」的個體，死亡都是個重要關口。對於看不出伴隨死亡而來的痛苦意義的人，自然無法忍受痛苦，也無法從中學習智慧。每當我們看到一個人勇敢地接受痛苦、面對死亡時，佩服之情油然而生，一致認為那是勇敢、值得活、美好的生命。人與生俱來的使命感，對生命尊嚴以及生命之源的尊重，常是生命逆境時的支持力量，也是活出具有「光」與「熱」生命的關鍵。對生命的勇士而言，並沒有需要安樂死的問題。

註一：英國自願安樂死協會，<http://dialspace.dial.pipex.com/ves.london>。1988年以後許多國家地區的「安樂死協會」聯合成立「世界死亡權利聯盟」(World Federation of Right to Die Societies)，追求目標如下：一：主張自願安樂死（即慈悲殺人）在道德上的可能性，並推動法律上的合法化；二、提供並傳播有關自殺及自殺方法的資訊；三、鼓吹末期病人拒絕急救或其他延長生命措施的權利（孫效智，1996）。

註二：在倫理上有所謂的滑坡效應，一旦末期受痛苦的病人可以合法安樂死，漸漸地其他非末期病人，只要痛苦即可效尤。更可能演變成無自主能力的病人，只要他人見其痛苦，即可予以安樂死。如此，所有的末期病人、愛滋病、嚴重糖尿病或氣喘、植物人或嚴重精神病人，是否都可以「解除病痛」之名予以安樂死？滑坡效應

將造成極嚴重的倫理後果。

參考文獻

- 艾立勤著述，許郡珊、陳美玲撰寫（2001）。維護人性尊嚴—天主教生命倫理觀。
台北：光啟文化
- 周國祥、姚惠民等譯（1996）。天主教教理。台北：天主教教務協進會。
- 金象達（1995）。生命倫理：天主第五誡的當代省思。台北：見證。
- 金象達（1998）。現代生活倫理。台北：見證。
- 派克(M. Scott Peck)著，魯宓譯（1999）。誰來下手。台北：張老師文化。
- 若望保祿二世（1996）。「生命的福音」通諭。台北：天主教中國主教團秘書處。
- 孫效智（1996）。〈安樂死的倫理反省〉。文史哲學報，45期，頁87-113。
- 徐錦堯 1989。正視人生的信仰—天主教慕道手冊。香港：公教教研中心。
- 班德、楊（Paul Brand & Philip Yancey）著，江智慧、陳怡如譯（1995）。疼痛：
不受歡迎的禮物。台北：智庫。
- 高有智（2002）。〈不要安樂死，主張安樂活〉。中國時報，4月2日，第九版。
- 傅偉勳（1993）。生命的尊嚴與死亡的尊嚴。台北：中正。
- 鄂爾著，章福卿譯（1997）。認識生命倫理。台北：校園。
- 黃中天（1998）。臨終關懷：理論與發展。台北：業強。
- 黃伯和等著（1997）。生死不由人—從基督教信仰看安樂死。台南：出頭天神學工作室。
- 黃佩詩（2004）。從莫特曼的苦難神學看安樂死。輔仁大學宗教研究所碩士論文，
未出版。
- 黃登煌（2000）。生命倫理：人之生殖、墮胎、安樂死的道德困惑與抉擇。台中：
中台神學院。
- 楊肅民（2002）。〈國內是否跟進？法務部三思〉。中國時報，4月2日，第九版。
- 趙可式（2000）。〈安樂死與安寧療護〉。載於戴正德、李明濱編著，醫學倫理導論。
台北：教育部，頁109-123。
- 歐爾（Robert D. Orr）著、張立明譯（2006）。〈安樂死的歷史與現況〉。載於歐爾
（Robert D. Orr）等著、張立明編。安樂死與安寧療護。台中：路加，頁51-60。
- 鄭慧文（2002）。〈安樂死（尊嚴死）的可行性探討：立法歷史沿革與醫界挑戰之觀

點〉。國家政策季刊，1 卷 1 期，頁 159-178。

閻紀宇（2002）。〈荷蘭安樂死法律生效〉。中國時報，4 月 2 日，第九版。

戴正德（2006）。〈安樂死的倫理爭議〉。載於歐爾（Robert D.Orr）等著、張立明編。安樂死與安寧療護。台中：路加，頁 24-32。

網站資料：

基督徒醫學協會（Christian Medical Fellowship）：

http://www.cmf.org.uk/ethics/twelve_reasons_euthanasia_1997.htm