

再論「病人自主權利法」

——對昭慧法師觀點的省思

黃漢忠*

摘要

台灣自民國 105 年制定病人自主權利法，並於 108 年實施後，的確擴大了病人的自主權，為末期病人外的其他特定類型的重症病人提供更多的選擇。不過，也有不少學者對該法提出批評。其中，昭慧法師曾以〈「趨生畏死」與「趨樂避苦」之兩難抉擇〉一文，表達她對病主法的疑慮。昭慧法師引述其他學者對永久性植物人認定的質疑，指出誤診率高達四成。即使一些已確診為植物人的病人，也可能有辨識力，這導致其他人可能會為這類病人作出一個「有違病人在病發後之自主意願」之決定。其次，昭慧法師認為病主法允許病人在特定條件下撤除相關醫療處置，會使病人產生如饑渴或呼吸終止的痛苦。本文的目的，即省察昭慧法師的上述觀點。筆者認為，昭慧法師對植物人誤診的疑慮，最多只能得出我們應以更慎重的態度及更先進的醫療技術，為病人進行檢查以確認其病況的結論，並不足以否認病人有權利預立醫療決定，以拒絕相關醫療處置。至於撤除維生治療、人工營養及流體餵養，也與故意不讓病

* 中國醫藥大學醫學系社會醫學科專案助理教授級專業技術人員，中國醫藥大學附設醫院受試者保護中心執行秘書

人呼吸、或者故意餓死或渴死病人絕不相同，也非如昭慧法師引述的一名醫師所言，不做任何醫療措施，且也有方法減輕病人撤除相關醫療處置後所產生的痛苦。

關鍵詞：病人自主權利法、永久性植物人狀態、預立醫療決定、維持生命治療、人工營養及流體餵養



Reexamine the Patient Right to Autonomy Act: Reflections on the Perspectives of Master Chao-hwei

Wong, Hon-chung*

Abstract

Though the Patient Right to Autonomy Act, enacted in 2016 and implemented in 2019, does strengthen the rights to autonomy for patients in Taiwan and provides more choices for certain types of critically ill patients other than terminal ones, it also provoked much criticism. For instance, Master Chao-hwei expressed her concern for the law through her article “The dilemma between ‘living and suffering’ and ‘dying but relieved’: in search of answers from within the soul - approaching patient autonomy with fluidity and subtlety.” She quoted a scholar who questioned the medical determination of a permanent vegetative state and pointed out that the rate of misdiagnosis is as high as 40%. Even some patients diagnosed with a vegetative state may have competence, leading others may decide “against the patient’s voluntary will after being in a vegetative state” for such patients. Moreover, Master Chao-hwei thinks that patients, according to the Patient Right to Autonomy Act, are allowed to withdraw life-supporting treatments under certain conditions, which will cause the patients to die due to hunger, thirst, or cessation of breathing. This article aims to examine the above points of view of Master Chao-hwei. The author believes that Master Chao-hwei’s doubts about diagnosing a vegetative state can only lead to the conclusion that we should adopt a more cautious attitude and use more advanced medical

* Professional Project Technician (Assistant Professor Level), Department of Social Medicine, School of Medicine, China Medical University; Executive Secretary, Human Research Protection Center, China Medical University Hospital

technology to examine patients to confirm their condition. Her doubts are insufficient in denying patients the right to make an advanced decision to refuse relevant medical treatment. As for the withdrawal of life-supporting treatment and artificial nutrition and hydration, it is not the same as deliberately not allowing the patient to breathe or starving or thirsting them to death. It should not also be regarded as not providing any treatment, as Master Chao-hwei quoted from a physician, but rather be considered as the form of therapy has been changed from aggressive to palliative. However, the current palliative care cannot completely alleviate the pain caused by the disease to patients, which may lead us to consider whether to allow physician-assisted suicide or euthanasia. In this regard, Master Chao-hwei also raised objections from the Buddhist point of view in other works. This article will also reexamine the opinion of Master Chao-hwei about this question.

Keywords: Patient Right to Autonomy Act, permanent vegetative state, life-supporting treatment, artificial nutrition and hydration, physician-assisted suicide, euthanasia

一、前言

台灣自民國 105 年制定病人自主權利法（以下簡稱病主法），並於 108 年實施後，的確擴大了病人的自主權，為末期病人外的其他特定類型的重症病人提供更多的選擇。不過，也有不少學者對該法提出批評。其中，昭慧法師曾以〈「趨生畏死」與「趨樂避苦」之兩難抉擇——「自主意願」：流動且幽微的心靈答案〉¹ 一文，表達她對病主法的疑慮。昭慧法師引述其他學者對永久性植物人認定的質疑，指出誤診率高達四成。即使一些已確診為植物人的病人，也可能有辨識力，這導致其他人可能會為這類病人作出一個「有違病人在病發後之自主意願」之決定。其次，昭慧法師認為病主法允許病人在特定條件下撤除相關醫療處置，會使病人產生如饑渴或呼吸終止的痛苦。本文的目的，即省察昭慧法師的上述觀點。筆者認為，昭慧法師對植物人誤診的疑慮，最多只能得出我們應以更慎重的態度及更先進的醫療技術，為病人進行檢查以確認其病況的結論，並不足以否認病人有權利預立醫療決定，以拒絕相關醫療處置。至於撤除維生治療、人工營養及流體餵養，也與故意不讓病人呼吸、或者故意餓死或渴死病人絕不相同，也非如昭慧法師引述的一名醫師所言，不做任何醫療措施，只是從積極性治療調整為緩和醫療而已。不過，目前的緩和醫療的確無法完全對治疾病對病人所帶來的痛苦，此即涉及是否應立法允許醫助自殺甚至安樂死的問題。對此，昭慧法師也在其他著作中，依佛教的觀點提出反對的意見，本文也將針對昭慧法師此一論點，提出個人的看法。

¹ 此文原刊於國立中央大學哲學研究所出版之《應用倫理評論》（第 67 期，2019 年，頁 5-28），後收錄於昭慧法師所著《生命倫理與環境倫理：倫理抉擇的中道智慧（一）》（桃園：法界，2022 年，頁 241-260）。

二、台灣相關法律及其限制

我國在民國 89 年制定安寧緩和醫療條例(以下簡稱緩和醫療條例)，並經歷三次修訂，讓近期內病程進行至死亡已不可避免的末期病人，可透過簽署意願書，選擇不接受心肺復甦術或其他維生醫療，或是選擇將原已施行的這些醫療處置終止或撤除，轉為接受安寧緩和醫療，以減輕末期病人生理、心理及靈性上的痛苦。此外，病人也可透過意願書預立醫療委任代理人，在病人無法表達意願時代替病人作選擇。

然而，安寧緩和醫療條例所針對的只有末期病人，對於罹患其他嚴重疾病、且亦沒有治癒希望或是希望甚微的病人，例如處於永久性植物人狀態，也應有權利不接受他們不想要的醫療處置。因此，民國 105 年再制訂病人自主權利法，並於 108 年施行。病主法除了強調「病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利」(第 4 條)外，同時規定當病人處於以下五種臨床條件，且有預立醫療決定時，「醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養」，或是由其預立醫療決定中所指定的醫療委任代理人代為決定。這五種臨床條件包括：一、末期病人；二、處於不可逆轉之昏迷狀況；三、永久植物人狀態；四、極重度失智；五、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形(第 14 條)。相比於緩和醫療條例，病主法的確擴大了病人的自主權，讓除了末期病人外的處於上述這些臨床條件的其他病人有更多的選擇。

不過，緩和醫療條例和病主法的實施，未能充分解決上述這幾類病人所面臨的困境。以台灣著名的植物人王曉明為例，假設王曉明的交通

意外發生在今天，王曉明是否能如當年其父母臨終前之所願，撤除所有維生醫療，讓王曉明不必一直處於永久植物人的狀態，使她的父母擔心自己過世後女兒無人照顧？答案是否定的。因王曉明不是末期病人，並非緩和醫療條例適用的對象，所以她的父母無法以同意書替她代為決定，撤除她的各種醫療處置。王曉明當時尚未成年，依病主法的規定，具完全行為能力者始有預立醫療決定的資格；即使假設王曉明已成年，但若她在發生意外前未事先預立醫療決定，以書面的方式清楚表明，若她被確診為永久植物人狀態，即不接受維生醫療、人工餵食及流體餵養等，則即使她的父母在發生意外後，仍無法要求不對她施行或撤除這些醫療處置，而事實上目前在台灣已預立醫療決定的成年人只是少數，但沒有人能保證自己不會如王曉明一樣遭遇交通意外，或是因為其他原因，變成永久植物人的狀態，卻又未達末期病人的標準。因此筆者建議，政府應積極宣導病主法的理念，讓大部分民眾皆先預立醫療決定，不要讓民眾產生誤解，以為預立醫療決定只跟重症或末期病人有關，同時至少應開放資格給較年長的未成年人，而且對於未預立醫療決定但符合病主法所列的五種臨床條件之病人，也應酌情處理，讓病人的家屬可代替病人決定，是否不施行或撤除各種維生的醫療處置。²

三、昭慧法師對「病人自主權利法」的看法

昭慧法師認為，佛法在「色心和合」的生命法則下，強調心的主導地位，故人雖然受各種因緣牽制，但仍擁有相對的選擇自由；而且佛法

² 有關王曉明事件的細節、筆者對目前台灣相關法令的限制之分析與建議，請見黃漢忠，〈從儒家的觀點省察病人自主權利法的限制：以永久性植物人為例〉，《應用倫理評論》第 67 期，2019 年，頁 43-64。

強調應積極主動創發正向因緣，生命在因果法則的運轉下有無限的可塑性，故依佛法的「業果報」理論，自由意志實有不可取代的地位。另一方面，雖然昭慧法師認為，由貝參(Tom L. Beauchamp)與查爾德斯(James F. Childress)發展出的生命倫理學理論，以「尊重自主原則」(principle of respect autonomy)為四大原則之首，且從自主原則轉移為尊重自主原則，已是從強調行為主體在「自主」與「責任」應取得平衡，轉化為將病人的自主意願視為病人必須受保障的「權利」；但也同時引述孫效智的觀點，指出從醫療法及醫師法中的告知對象為籠統的病方(包括病人、病人配偶、親屬或關係人等)，轉變成在病主法中強調病人始享有知情、選擇及決定權，醫療人員或其他病方不得凌駕病人自身的自主意願，在家族本位的華人社會中已是突破。³

不過，昭慧法師對病主法的肯認，也是有所保留的。如上述所言，根據病主法，具完全行為能力者，若已先預立醫療決定，在處於病主法所列的五種臨床條件的其中一種條件時(其中包括永久植物人狀態)，選擇終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，則醫療機構或醫師即可依照病人的意願不施行或撤除相關的醫療處置。昭慧法師對病人自主權利法提出的其中一個疑慮，即是有關有些病人有可能會被誤判為永久植物人狀態的問題。她引用台北醫學大學大腦與意識研究中心主任藍亭(Timothy Joseph Lane)的說法，指出過去只用行為定義植物人，由於植物人的外表看起來與微意識狀態的病人無異，故藍亭認為植物人有「差不多四成是誤診」，且認為「植物人沒有救是誤解」。因此藍亭建議，應利用腦造影科學技術，包括功能性核磁造影、正子斷層掃描等，從代謝功能、殘存的腦細胞活動量來推測病人復甦的可

³ 釋昭慧，《生命倫理與環境倫理：倫理抉擇的中道智慧（一）》，桃園：法界，2022年，頁243-249。

能。⁴ 於是，昭慧法師便依據藍亭上述的意見，提出以下的看法：

高達 4 成的誤診率，讓人不免擔心：適用本法的「永久植物人」是否會是誤診的結果？倘若如是，很有可能非屬「永久植物人」且有復甦機會的病患，不幸因《病主法》而終結了他們的性命。⁵

誠然，有關病人被誤判為處於永久植物人狀態的問題，的確時有所聞，甚至也偶有出現處於永久植物人狀態的病人甦醒的案例。因此，筆者也贊同藍亭的建議，除臨床上原已依循的標準外，應增加其他在醫學上可行的方法，幫助對病人是否處於「不可逆的」永久植物人狀態之判定。⁶ 然而，有誤判的可能，並不表示永遠無法判定病人是否處於永久

⁴ 曾芷筠，〈【植物人甦醒番外篇】植物人甦醒機率有多少 腦部造影技術可判〉，《鏡週刊》，2018 年，取自 <https://www.mirrormedia.mg/story/20180907pol006/>，2023 年 7 月 1 日瀏覽。

⁵ 釋昭慧，《生命倫理與環境倫理：倫理抉擇的中道智慧（一）》，頁 253。

⁶ 有關功能性核磁造影、正子斷層掃描及其他神經造影技術在診斷臨床上無反應的病人之價值，請見 Farg, Hashim et al., “Diagnostic Value of PET Imaging in Clinically Unresponsive Patients”, *British Journal of Radiology* 97, 2024, pp.283-291. 該文指出，目前國際上普遍採用昏迷恢復量表（Coma Recovery Scale-Revised, CRS-R）以分辨病人是處於最小意識狀態還是植物人狀態。然而，臨床上用以評估不同意識狀態的各種評量程序其證據等級只達中等，誤診率可高達 40%。因此，歐洲神經學學會、美國神經學學會及皇家內科醫師學會皆建議增加額外的診斷方法，包括藍亭提到的功能性核磁造影、正子斷層掃描等。不過，這些診斷方法中每一種方法都可能出現誤判，而且目前大部分數據都是來自單一中心的觀察性研究，容易出現內在的偏差，包括統計檢定力低、方便採樣及不同研究間病人重疊的問題。因此，必須進行更多大規模、多中心及長期追蹤的研究，才能確定這些診斷方法在決定病源和預後上的重要性。

植物人狀態，或是完全沒有判定正確的案例；更不能因有誤判，便推得「植物人沒有救是誤解」之結論。誤判的病人可能是「有救」的，但沒有誤判的病人則可能仍是不可逆的。另一方面，誤判也反映了醫療本來即充滿著不確定性，因此，在為預立醫療決定的意願人，進行預立醫療照護諮商時，提供相關的資訊便相當重要。這些資訊包括判定病人是否處於病主法所提的五種臨床條件目前所採用的標準及程序，以及誤判的百分比，而且是以意願人、參與諮商的醫療委任代理人及家屬可瞭解的語言文字加以說明，讓意願人的確是在「知情」的情況下，簽署預立醫療決定書。此外，若出現有爭議性的案例，應讓病人的代理人、家屬或其他關係人有上訴的機會。目前病主法只需兩位專科醫師判定病人是否處於五種臨床條件的其中一種條件，但若病人的代理人、家屬或其他關係人，對醫師的判定有異議時，便可能產生爭議。例如，醫師可能判定病人已處於永久植物人狀態，而病人的代理人或關係人卻認為不是；也有可能是病人的代理人或關係人認為病人已處於此一狀態，但醫師卻沒有如此判定。因此，必須設有負責仲裁的單位，例如各醫院的醫學倫理委員會，以解決爭議。醫學倫理委員會的成員，應包括相關醫療、倫理及法律專家，以及社會公正人士，而且機構內外及男女委員應符合一定比例。醫學倫理委員會不但可扮演仲裁的角色，也可作為負責判定的專科醫師之後盾。事實上，因涉及生死問題，有些醫師可能會對判定病人是否處於該五種臨床條件的其中一種條件倍感壓力。若負責判定的醫師可尋求醫學倫理委員會的援助，而醫學倫理委員會也決議支持負責醫師的判定時，則表示負責醫師的判定，是得到代表院方的醫學倫理委員會之背書，也可減輕負責醫師的心理負擔。⁷

⁷ 醫學倫理委員會（或稱為醫院倫理委員會 Hospital Ethics Committee、臨床倫理委員會 Clinical Ethics Committee、機構倫理委員會 Institutional Ethics

另一方面，昭慧法師也提到《困在大腦裡的人》一書的作者安·卓恩·歐文（Adrian Owen）對被確診為植物人的病人所做的研究。歐文發現這些病人的意識相當清楚，只是無法對外表達自己的意念。自 2006 年起，他便與其研究團隊，利用各種大腦掃描技術、聽覺刺激，以至於希區考克（Alfred Hitchcock）的影片剪輯，與那些被確診為植物人的病人進行

Committee) 是由醫院或醫療照護機構設立的一個組織，負責考量、辯論、研究、採取行動或通報病人照護中出現的倫理問題。1962 年西雅圖的瑞典醫院（Swedish Hospital）成立醫學倫理委員會，是美國其中一家最早設立此類組織的醫院。1980 年代在美國有 60% 的醫院設有此類組織，而到今天幾乎所有的美國醫院都設有醫學倫理委員會或提供相關的倫理諮詢服務。在美國，醫學倫理委員會通常定期舉行會議，而部分委員會到醫院各部門參與倫理諮詢的工作，有時候也會將個別案例提交例行會議進行討論和作進一步的建議。醫療團隊之所以要尋求倫理諮詢，通常是由於他們需要獲得有關下一步行動的意見和指導，例如有關停止無效醫療或繼續積極性治療的建議。透過幫助澄清倫理問題和價值、促進討論及提供專業知識和教育資源，參與倫理諮詢的委員旨在促進對所有參與者，包括醫療團隊、病人和家屬，其價值觀、需求和利益的尊重，特別是當治療決策存在分歧或不確定時，但沒有要求醫療團隊一定要接受倫理諮詢委員的建議。另一方面，由於目前許多醫學倫理委員會的運作或倫理諮詢服務無法配合例如急診部門的即時性需求，因此有學者建議應配合急診部門的時間提供倫理諮詢服務，以及委任急診部門的醫師擔任醫學倫理委員會的委員，請見 Baker, Eileen F. et al., “The Role of Hospital Ethics Committees in Emergency Medicine Practice”, *Journal of the American College of Emergency Physicians Open* 1, 2020, pp.403-407.此外，歐洲各國和澳洲醫學倫理委員會的發展比美國較晚起步，而我國醫策會則自九十一年起將是否設置臨床倫理委員會納入醫院評鑑的項目。不過，這些美國以外國家各醫院所成立的醫學倫理委員會也不一定提供倫理諮詢的服務，請見蔡甫昌，〈「臨床倫理委員會」之理論與實務〉，《台灣醫學》第 8 卷 3 期，2004 年，頁 384-402。

溝通，並以引導式的問題，得到他們的回覆。⁸ 昭慧法師於是依據歐文上述的觀察，得出以下的結論：

像這類有復甦機會或心智能力健全，卻呈現植物狀態的病人，很有可能被誤判為「不可逆轉之昏迷狀態」或「永久植物人」，導致「病方」的其他人（而非病人本身），很有可能為他們作出了一個「符合病人在健康時的預立醫療決定，卻有違病人在病發後之自主意願」的決定。這是《病主法》實施後，可能出現的倫理難題。⁹

然而，即使我們相信這些呈現植物狀態的病人「心智能力健全」，並不表示這類病人「有復甦機會」或者有機會恢復到有能與外界溝通的程度，這類病人很可能永遠都是處於歐文所說的「困在大腦裡」的狀態。或許終有一天我們可以利用歐文的方法，瞭解這類病人是否願意依賴維生醫療繼續維持其生命，但要各界都有共識，接受這也是一種可顯示病人意願的方式，並且制訂相關的法律，恐非易事。¹⁰ 更重要的是，雖然已預立醫療決定選擇不接受各種醫療處置、且被確診為永久植物人狀態的病人，如昭慧法師所說，有改變心意的可能；但若只是有這種可能，便不執行病人原來已預立的醫療決定，恐更難被接受。即使這類病人可能是有意識的，但病人本身仍可能維持原來的決定，不願意在這種狀況下繼續依賴各種人工的醫療處置存活下去。因此，目前可做的就只能在預立

⁸ 釋昭慧，《生命倫理與環境倫理：倫理抉擇的中道智慧（一）》，頁 253-254。

⁹ 釋昭慧，《生命倫理與環境倫理：倫理抉擇的中道智慧（一）》，頁 254。

¹⁰ 依病主法第 8 條，意願人要撤回或變更原已簽署的預立醫療法定，也必須以書面為之。換言之，即是意願人以口頭的方式撤回或變更，也不會被接受，更遑論以歐文的方法作為顯示病人意願的證據。

醫療照護諮商的過程中，向意願人充分說明，當他們處於該五種臨床條件時可能遭遇的各種情況，而且這樣的說明是有醫學上實證依據的。例如當意願人被確診為永久植物人狀態時，可能會是處於歐文所描述的情況，讓病人盡可能是在知情的情況下，選擇是否仍然依賴各種醫療處置維持其生命。雖然並不能完全排除病人在被確診後有改變心意的可能，但這或許已是在目前的醫療條件及法律限制下唯一可行的改善方法。

除此之外，昭慧法師認為病主法最受爭議的，莫過於可讓預立醫療決定的意願人，可在處於永久植物人狀態時，事先拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養。昭慧法師並舉泰麗莎·瑪莉·夏弗(Theresa Marie Schiavo)、即被暱稱為「泰莉」(Terri)的美國著名植物人為例，說明病主法的上述規定，將面臨同樣的爭議。泰莉是在1990年2月25日昏倒於家中走廊，救護員抵達時已發現她沒有意識，也沒有呼吸心跳，於是救護員便為她進行急救後送院，大約一年後泰莉被判定為處於持續性植物人狀態(persistent vegetative state, 簡稱PVS)。在1990-1993年間，泰莉的丈夫麥可·夏弗(Michael Schiavo)也曾努力讓泰莉接受各種治療，但都沒有成功，於是麥可在1998年5月請求法院允許撤除泰莉的餵食管。由於泰利沒有簽署生前預囑，故法院總共傳召了18名證人，以證實泰莉的醫療狀況及臨終意願。麥可宣稱如果泰莉知道康復的機會渺茫的話，不會想要靠機器維持生命；但泰莉的父母卻反對撤除，認為泰莉是虔誠的天主教徒，不會藉由拒絕人工餵食及流體餵養，違反教會反對安樂死的教導。負責審理此案的法官因採信泰莉曾口頭表示自己若處於PVS的情況會想把餵食管撤除的證詞，故同意麥可的請求。¹¹ 後來泰

¹¹ Greer, George W. Circuit Judge (2000), In re: the guardianship of Theresa Marie Schiavo, Incapacitated. Retrieved July 1, 2023, from <https://abstractappeal.com/schiavo/trialctorder02-00.pdf>.

莉的父母為此事與麥可展開各種不同的訴訟，泰莉本人亦多次被拔除餵食管又重新插上。泰莉於 2015 年 3 月 18 日最後一次被拔除餵食管，美國聯邦最高法院後來也駁回泰莉父母的上訴，泰莉最終於 2015 年 3 月 31 日去世。昭慧法師認為，泰莉是在被拔除餵食管後的 13 天中被「活活餓死、渴死」的，並認為病主法也會面臨同樣的問題：

可以想見，在《病主法》實施後，未來在特定條件下，病人很有可能依其預立的醫療決定，拒絕維持生命治療，或是在無從理解其當前意願的情況下，被強行撤除人工餵食、餵水的導管，與泰莉一樣逐漸「餓死、渴死」。¹²

問題在於，我們是否可以把泰利的死因，歸咎於餓死、渴死呢？泰莉的父母曾於 2000 年 3 月向法院提出一項動議，允許輔助泰莉餵食，而根據佛羅里達州法律，這並非延長生命的程序。但由於泰莉的病歷顯示她對吞嚥測試沒有反應需要餵食管，故法官裁定泰莉無法透過口服攝取足夠的營養和水分來維持生命，拒絕了泰莉父母的要求。¹³ 而且依泰莉身後的驗屍報告，更能確定當時泰莉無法吞嚥。¹⁴ 事實上，需要依賴人工餵食和流體餵養維持生命的病人，都是因為他們本身罹患的疾病，導致他們無法透過口服進食和攝取水分。若他們最後去世，他們本身所罹患的疾病，才是導致他們死亡的真正主因，不應將之歸咎於餓食或渴死。

¹² 釋昭慧，《生命倫理與環境倫理：倫理抉擇的中道智慧（一）》，頁 256-257。

¹³ Greer, George W. Circuit Judge (2000), In re: the guardianship of Theresa Marie Schiavo, Incapacitated. Retrieved July 1, 2023, from <https://abstractappeal.com/schiavo/trialctorder02-00.pdf>.

¹⁴ Thogmartin, Jon R. (2005), Report of Autopsy for Theresa Schiavo, Case #5050439, Retrieved July 1, 2023, <https://www.abstractappeal.com/schiavo/autopsyreport.pdf>.

誠然，過去有學者也以類似的觀點，質疑主動與被動安樂死的區分。他們認為消極的行動實質上也是一種行動，因為不去醫治病人，讓病人死於病症發作，此行動無疑也是該病人致死的原因；至於中止病人一直在進行的醫護工作，例如關掉呼吸機，則更明顯是有所行動，而且是直接使病人死亡的原因。然而，在主動安樂死中，病人的死因與其本有疾病無關，純粹是一外加的因素；而在被動安樂死中，死因完全是病人已有的病症所引致的。¹⁵ 當初台灣制訂安寧緩和醫療條例時，也只允許末期病人不施行心肺復甦術，到後來修法時，才加入「原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除」的條款，這也是因為不能將原已施予的心肺復甦術或維生醫療終止或撤除，視之為導致病人死亡的原因。

另一方面，醫護人員在病人無法透過口服進食和攝取水分情況下，通常也會為病人提供少量水分，以減輕病人因缺水所造成的痛苦。這也回應了昭慧法師文中引述吳育政醫師的觀點。吳醫師對病主法的專業性提出質疑，認為「要醫師在醫院依預立醫療決定，不給予病人灌食和水分，及任何有可能延長病人生命之醫療措施。不做任何醫療措施，又何需醫師？」¹⁶ 但事實上，不施行各種維持生命的治療及不提供人工餵食和流體餵養，並不表示不為病人做任何醫療處置，只是治療的目標從提供積極性的治療，以對治病人罹患的疾病，希望病人有機會康復，轉移到為病人提供支持性和緩和性的醫療，以儘量減輕病人因疾病所造成的痛苦而已。不過，昭慧法師自己也提出以下的觀點：

¹⁵ 李瑞全，〈「安樂死」之語意分析〉，《應用倫理研究通訊》第4期，1997年，頁1-6。

¹⁶ 吳育政，〈【投書】不專業的《病人自主權利法》〉，《天下雜誌「獨立評論」》，2016年，取自 <https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/3822>，2023年7月1日瀏覽。

在拖延至死的過程中，病人往往會因如上維生資源的終止或撤除，而產生饑渴或呼吸中止的痛苦。也就是說，病人因「懼痛」而預立醫療決定，以求「終結痛苦」的自主意願，無法保證即刻實現。¹⁷

這就涉及到緩和醫療是否可在任何情況下皆能減輕病人痛苦的問題。誠然，目前的緩和醫療的確無法完全對治疾病對病人所帶來的痛苦，但為何不能讓病人有更多的選擇，例如醫助自殺（physician assisted suicide）甚至主動安樂死（active euthanasia），以解決病人所面對的問題呢？雖然一些西方國家例如瑞士、德國，以及美國的一些州份，已立法允許醫助自殺，有些國家例如荷蘭、比利時、盧森堡、哥倫比亞、加拿大，以及澳洲的維多利亞省，甚至也同時立法允許自願的主動安樂死，¹⁸ 但台灣在法律上仍未允許醫助自殺與自願的主動安樂死。針對這方面的問題，昭慧法師曾在其他著作中，從佛教的觀點提出她的看法，本文將在下一節對此進行分析。

四、昭慧法師對安樂死的看法

昭慧法師在《佛教規範倫理學》一書中，表達了其對安樂死的看法。首先昭慧法師基於佛法對生命無限流轉的體會，指出自殺並非最終解決痛苦問題之道。醫助自殺固然可歸類為自殺的一種，即是自願主動的安樂死，雖然是由其他人執行結束病人生命的處置，故性質上應屬他

¹⁷ 釋昭慧，《生命倫理與環境倫理：倫理抉擇的中道智慧（一）》，頁 257。

¹⁸ 有關世界各國針對醫助自殺及安樂死的相關法律規範，請見孫效智，《最美的姿態說再見：病人自主權利法的內涵與實踐》，臺北：天下，2018 年，頁 171-207。

殺，¹⁹ 但由於與醫助自殺一樣是基於病人自主的要求，藉由死亡以解決病痛的問題，故在這方面與醫助自殺並無差別。昭慧法師說：

為何在痛苦與死亡之間寧選前者？這應與生命無限流轉的事實有關，亦即：從表象上看來，死亡似乎是痛苦的終結，但深層的實相卻是：死亡只是另一期生命的開端。於是，痛苦並未真正終結，只是在亡者眷屬的眼裡看似終結而已。一旦「以一死解決問題」成了處理痛苦的慣性，易循慣性一死了之。而不努力尋求解決之道。²⁰

昭慧法師認為，依佛法的觀點，痛苦並未因此生的結束而終止，因此生的結束只是另一期生命的開始，若沒有妥善處理痛苦的問題，痛苦只會不斷延續；而且若都是以自殺解決痛苦的問題，便成為一種慣性，以為只要一死了之便可解決痛苦，但事實上痛苦的問題仍然存在。昭慧法師同時提到，對生命的自體愛是非常強烈的，即是安樂死是出於病人自主的選擇，但在外力臨到以剝奪生命的那一刻，本能的掙扎所產生的恐懼與痛苦，未必如病人原來想像的安樂。然而，這並不表示依佛法的觀點，安樂死完全無法接受。昭慧法師說：

有的佛教徒從「業果報」的原理詮釋，認為重病是業，理應承受果報，「安樂死」只會延緩果報的償受，並不會終結它。然而，「業果報」的理論也不宜過度僵化；否則任何可以經醫療而痊癒的重病，豈不也可歸諸「業果報」而拒絕送醫了？……

¹⁹ 有關醫助自殺及安樂死如何定義的問題，請見李瑞全，〈「安樂死」之語意分析〉，《應用倫理研究通訊》第4期，1997年，頁1-6。

²⁰ 釋昭慧，《佛教規範倫理學》，桃園：法界，2003年，頁263-264。

問題回到「安樂死」。倘若病患的重疾，已非當前醫療技術所能解決，則病患以血肉之軀硬生生面對痛苦的折騰，無法安忍而大起瞋心，豈不也會加重惡業力量而在當前未來感到更深重的苦報嗎？可見得「業果報」理論其實未始不可導出「贊同安樂死」的結論：以此理論反對「安樂死」者不妨三思。²¹

昭慧法師認為，在面對病人及其家屬所遭遇的苦難，佛教沒有理由拒絕他們執行安樂死的要求，否則在當前的醫療技術無法解決病人重疾的情況下，病人只會因病痛的折磨而大起瞋心，加重惡業的力量，加深當前未來的苦報。既然過度僵化的業果報理論，只會推論出不接受任何醫療處置的荒謬結論，則安樂死似乎也可以是避免病人大起瞋心的一種可被接受的做法。然而，安樂死終究不是真能解決痛苦問題的有效辦法，只能是在病人無法克服病痛所不得不採取的手段。因此，站在佛教的立場，昭慧法師一方面對提出安樂死要求的病人及其家屬表示同情，但另一方面也認為佛教不宜大膽鼓吹安樂死合法化：

就算同情重症患者及其家屬以「痛苦難忍」為理由，而請求實施「安樂死」，但這和極力主張「安樂死合法化」，也還有一段距離，因為，每一個人及其家屬堪忍痛苦的個別差異也還很大呢！而法律條文是剛性的，它容或可以依循科學方法制訂「准予安樂死」的下限，但又如何處理這種主觀認定痛苦可不可忍的差異，而化約成文字呢？再者，一旦合法化，這等於是法律在為「加工殺生」而背書，這是不是會使「安樂死」的處置過度泛濫，而導致病患在被勸說的過程中，心有未甘卻又別無選擇地簽署自願安樂死的文件？這又是否會混淆社會面對生死大事的價值觀？吾人

²¹ 釋昭慧，《佛教規範倫理學》，頁 264-265。

也不妨審慎考慮。²²

然而，一方面既同情重症病人及其家屬提出醫助自殺或安樂死的要求，另一方面卻又沒有讓醫助自殺或安樂死合法化，則如何能使接受病人或其家屬的委託、執行醫助自殺或安樂死的醫療人員，不受法律指控，背上協助殺人或殺人的罪名呢？政府立法讓醫助自殺及安樂死合法化，絕不等同於政府在鼓吹這些醫療處置。如同政府制訂安寧緩和醫療條例及病人自主權利法，並不表示政府在鼓吹所有病人不論在任何情況下皆應接受緩和醫療。另一方面，就目前已立法允許病人選擇醫助自殺或是安樂死的國家而言，在認定病人資格及確保其自主意願不受他人脅迫方面皆有相當嚴格的要求，並未出現所謂「過度泛濫」或是「病人在心有未甘卻又別無選擇地簽署自願安樂死的文件」之問題。例如在昭慧法師與辛格（Peter Singer）的對話中，辛格即提到：

大部分地區的司法體系，都要求你在第一次提出協助死亡的要求之後等待一段時間，而且重複表達死亡的意願。通常還必須找第二位資深醫師商量，或是接受檢查，確保你心智健全。「冷靜期」的長度大同小異，通常是十天左右。這麼做的用意在於，如果在經過要求的緩衝期後，病患仍然數度表達死亡的意願，這個決定就不是一時衝動或感情用事。²³

辛格甚至以他在對話中提到的、在澳洲維多利亞省接受醫助自殺的凱蕊·若伯格森（Kerry Robertson）為例，指出她為了遵循當地法律的每一項要求，總共花了 26 天，始完成接受醫助自殺的心願，因此辛格認為應

²² 釋昭慧，《佛教規範倫理學》，頁 266。

²³ 彼得·辛格、釋昭慧著，袁筱晴譯，《心靈的交會——山間對話》，桃園：法界，2021 年，頁 185。

縮短時間，避免病人不必要地延長受病痛折磨的時間。而且辛格提到該病人的兩位女兒描述其母親之死「既美妙又安詳」，²⁴ 並未如昭慧法師所言，在臨終的過程中因本能的抗拒而經歷一番掙扎。至於昭慧法師所提「如何處理這種主觀認定痛苦可不可忍的差異」問題，事實上所有已立法接受醫助自殺或安樂死的國家，皆規定病人所遭遇的病痛必須「是持久而難以忍受者」。哪些疾病會導致病人如此嚴重的痛苦，也有一定的客觀標準。即使不同的病人對病痛的忍耐度容有差異，但這恐怕病人自己是最清楚的。在經過嚴格的審核程序，確認病人並不是因為其他原因選擇醫助自殺或安樂死後，則沒有理由再質疑病人對病痛的體會之真實性。此外，昭慧法師在上述的對話中曾提到「因為在台灣，我們有可以減輕病人痛苦的安寧療護，所以我們沒有受到如此迫切的安樂死壓力」，²⁵ 但實情是否如此呢？前台視體育主播傅達仁晚年飽受胰臟癌所苦，2017年赴瑞士的 Dignitas 尋求醫助自殺，經過該機構的嚴格審核後，於 2018 年 6 月 7 日接受醫助自殺後去世。傅達仁生前即積極推動台灣安樂死的合法化，在他親述的短片中，即表示緩和醫療「無用」。²⁶ 因此，緩和醫療是否可有效減輕各種重症的病痛問題，台灣是否應為醫助自殺及安樂死立法，仍然是我們必須面對的問題。

五、結語

在一個多元的民主社會裡，不同宗教信仰的人不見得都認同佛教對生命的瞭解。若對公共政策的討論只建基在個別宗教對生命的瞭解上，

²⁴ 彼得·辛格、釋昭慧著，袁筱晴譯，《心靈的交會——山間對話》，頁 178。

²⁵ 彼得·辛格、釋昭慧著，袁筱晴譯，《心靈的交會——山間對話》，頁 187。

²⁶ 傅達仁親述的短片請見，<https://www.bbc.com/zhongwen/trad/chinese-news-44383601>，2023 年 7 月 1 日閱覽。

對不同宗教或價值觀的人而言恐不具說服力，沒有辦法達致羅爾斯(John Rawls)所主張的重疊的共識(overlapping consensus)。不過，大力鼓吹與不反對仍可以有所差別。雖然佛教基於不應殺生的教義，而不應大力鼓吹安樂死合法化；但基於對重症病人無法忍受且無法解決的病痛之同情，仍應允許對安樂死合法化持不反對的態度，這或許可以是對昭慧法師所說的「因同情而緘默」的另一種解讀方式。既然昭慧法師也承認安樂死有時候確實是解除重症病人病痛的一種不得已的手段，則佛教對安樂死的合法化或許可採取較寬容的態度，只允許在不得已的情況下為之，但仍可強調安樂死並非解決病痛的究竟方法，盡力利用宗教的力量幫助病人克服臨終的痛苦，就如同目前佛教、基督教及其他宗教在各醫院安寧療護團隊中擔任宗教師所扮演的積極角色，使病人在生命過轉到另一階段之際，在身、心、靈各方面都得到適當的扶持與慰藉，不一定要仰賴安樂死才能讓病人取得片刻的安頓，這或許就是佛教在安樂死合法化的議題上，在面對多元社會的價值衝突及本身教義所衍生的道德兩難時所可能有的答案。

參考書目

李瑞全，〈「安樂死」之語意分析〉，《應用倫理研究通訊》第4期，1997年，頁1-6。

彼得·辛格、釋昭慧著，袁筱晴譯，《心靈的交會——山間對話》，桃園：法界，2021年。

孫效智，《最美的姿態說再見：病人自主權利法的內涵與實踐》，臺北：天下，2018年。

黃漢忠，〈從儒家的觀點省察病人自主權利法的限制：以永久性植物人為例〉，《應用倫理評論》第67期，2019年，頁43-64。

蔡甫昌，〈「臨床倫理委員會」之理論與實務〉，《台灣醫學》第8卷3期，2004年，頁384-402。

釋昭慧，《生命倫理與環境倫理：倫理抉擇的中道智慧（一）》，桃園：法界，2022年。

釋昭慧，《佛教規範倫理學》，桃園：法界，2003年。

吳育政，〈【投書】不專業的《病人自主權利法》〉，《天下雜誌「獨立評論」》，2016年，取自 <https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/3822>，2023年7月1日瀏覽。

曾芷筠，〈【植物人甦醒番外篇】植物人甦醒機率有多少 腦部造影技術可判〉，《鏡週刊》，2018年，取自 <https://www.mirrormedia.mg/story/20180907pol006/>，2023年7月1日瀏覽。

傅達仁親述短片，<https://www.bbc.com/zhongwen/trad/chinese-news-44383601>，2023年7月1日閱覽。

Baker, Eileen F. et al., "The Role of Hospital Ethics Committees in Emergency Medicine Practice", *Journal of the American College of Emergency Physicians Open* 1, 2020, pp.403-407.

Farg, Hashim et al., "Diagnostic Value of PET Imaging in Clinically

Unresponsive Patients”, *British Journal of Radiology* 97, 2024, pp.283-291.

Greer, George W. Circuit Judge (2000), In re: the guardianship of Theresa Marie Schiavo, Incapacitated. Retrieved July 1, 2023, from <https://abstractappeal.com/schiavo/trialctorder02-00.pdf>.

Thogmartin, Jon R. (2005), Report of Autopsy for Theresa Schiavo, Case #5050439, Retrieved July 1, 2023, <https://www.abstractappeal.com/schiavo/autopsyreport.pdf>.



