

安樂死的歷史教訓與安寧療護

Euthanasia History and Hospice

張立明 醫師

Curtis Chang

PAS (Physician-Assisted Suicide)

- Q: 我們應該尊重病人，若病人想死，可否幫助他自殺？
- Nursing Times 雜誌上有一個針對護士的民意調查，發現約百分之五的英國護士們相信「協助末期病患自殺是好的行為」，這個調查引起各界爭議。

英國護士的迷惘

- 為什麼醫生護士會這樣想？為什麼原本應該保護醫治病人的白衣天使也是病人終結者？這牽涉到個人的基本信仰與倫理教育。我們對人的尊重是僅止於體面、健全、有理智的人，還是包括軟弱、昏迷、需要照顧的病患？

從歷史學教訓

- 想到納粹，就想到六百萬猶太人的屠殺、毒氣室、配帶徽章著暗色軍服的秘密警察。但在種族屠殺之前，有七萬德國公民死於「安樂死」這個有計劃的謀殺，更令人震驚的是，醫師和護士都主動參與此項殺人計劃。

「優生」的迷思

- 二次大戰前，不光是德國，事實上整個歐美都沉浸在達爾文的影響與「改良人種」的美夢中。當時流行「優生」的觀念，受進化論的影響，認為人種應該改良。
- 在美國有30個州立法，強迫精神病及遺傳疾病患者執行結紮手術，以免不良基因繼續遺傳在人類中。

達爾文的影響

- 德國是推行優生政策最徹底的國家。政府不遺餘力地利用專家、媒體向國民洗腦，灌輸優生觀念。
- 在海報上面畫一個德國人背負千斤重擔，寫著：「一個殘障者每年要浪費我們五萬馬克來供養他！」。

醜化精神病人

- 又拍攝宣傳短片，醜化精神病與遺傳病的病人，認為他們的存在已違反「物競天擇」之自然原則，死亡是幫助他們及家屬早日解脫。

摧毀無價值生命

- 1920年德國有兩位具影響力的大學教授Hoch（精神病學家）和Binding（哲學家、律師）共同撰寫了一本小書《摧毀無價值生命的許可證》，書中建議殺死畸形嬰兒和身心罹患不治之症的病患。他們主張這是憐憫的行為，也可以藉此減少消耗社會成本，並能從基因庫中淘汰有缺陷的基因。

功利現實的政策

- 高中學生的考試題目竟是計算一個殘障者會浪費國家多少公帑。
- 國家健康保險制度則設限老人禁用昂貴醫療資源，因為這些人已不事生產，無貢獻價值。

殺戮中心

- 之後，納粹政府秘密設立了六個殺戮中心（Killing Center），在六個精神病院內，由精神科醫師鑑定病人的嚴重程度，若是無法治療，則安排進入安樂死的標準流程中。

毒氣室

- 首先，由護士勸病人去洗澡，等他們脫除衣物，進入死亡浴室之後，蓮蓬頭夾雜著水噴出致命氣體。
- 最後的驗屍工作也交由醫護人員執行。

- 
- 焚化後的骨灰送交家屬手中時，還有一份假的死亡證明，死因當然是另寫其他疾病。
 - 如此醜行，直到1941年德國Galen主教勇敢地的主日證道中揭發出來，受到輿論的壓力才停止。

小孩的安樂死計劃

- 但更可怕的是小孩的安樂死計劃。當時因政府的宣傳，致使所有生下畸形殘障兒的父母都深以為恥，不僅覺得會造成社會負擔，更有種愧對社會的罪惡感。
- 政府還頒佈法令，強制所有的殘障小孩要集中送到全國30個小兒科中心接受「治療」。

「與低等生物無異」

- 1939年，納粹政府成立「科學研究委員會」（其最高領導三人小組都是醫師），同時開始推動銷毀畸形兒的計劃。
- 他們認為這些小孩會長期浪費照顧人力，更會因外型醜陋嚇到人，「與低等生物無異」。
- 在醫師的指導下，許多孩子不是被故意用藥過量致死，就是任其餓死。據文獻估計，被弄死的兒童約有5000名。

解除病人痛苦？

- 令人驚異的是，這些醫護人員都是出於自願，他們相信自己在行善，為的是減輕社會負擔、解除病人痛苦，釋放家屬的壓力。
- 二次大戰之後，許多執行安樂死被審判的醫護人員，完全不認為自己有什麼錯，就連殺人收到政府額外津貼也認定是合理的。
- 甚至有些醫學中心每殺死多少人就舉行一次慶祝會。

紐倫堡大審

- 曾參與調查引起紐倫堡大審 (Nuernberg Military Tribunals) 之暴行的美國精神病學家 Leo Alexander 曾提到：「所有審查者都發現，不論這些戰犯涉案深或淺，很明顯是發自一個微小的開端。對這些醫師而言，在初期只是行醫心態微小的改變而已。」

- 他只不過接受一種安樂死運動的基本立場，就是**同意有些生命是不值得存活的**。這種態度剛開始只針對嚴重而慢性的病患，漸漸地安樂死的範圍擴展到包含對社會無生產力的、意識型態不合的、不想要的人種、甚至到最後是所有非德國人。但很重要的是了解這整個思想的源起，只不過是一種對待不治之症患者的心態。」

以史為鑑

- 事實上，在基督教裏，每個人都擁有「上帝的形像」，這是人權的最大基礎。
- 一旦失去對生命的最基本尊重，則不只醫護人員可殺死臨終病人（如荷蘭）；父母也可以將殘障的胎兒隨意墮掉；政府全民保險更可以停止給付所有無生產力的老人、慢性病人及精神病患。這般現實而優勝劣敗的世界，將使人類再次走向納粹種族屠殺的悲劇。

避免重蹈德國覆轍

- 今天，在生命倫理界最保守、最小心、最反對安樂死的國家就是德國。因為過去血淋淋的教訓震醒了他們的良知，而當年歐美各國強迫結紮的優生美夢，也隨著納粹失敗而落幕。
- 反倒是出生在昇平時代的醫護人員與大眾，似乎不怎麼留心這些慘痛的史實，於醫療上再度忽略了對人生命的基本尊重，這個危機值得我們共同深思面對。

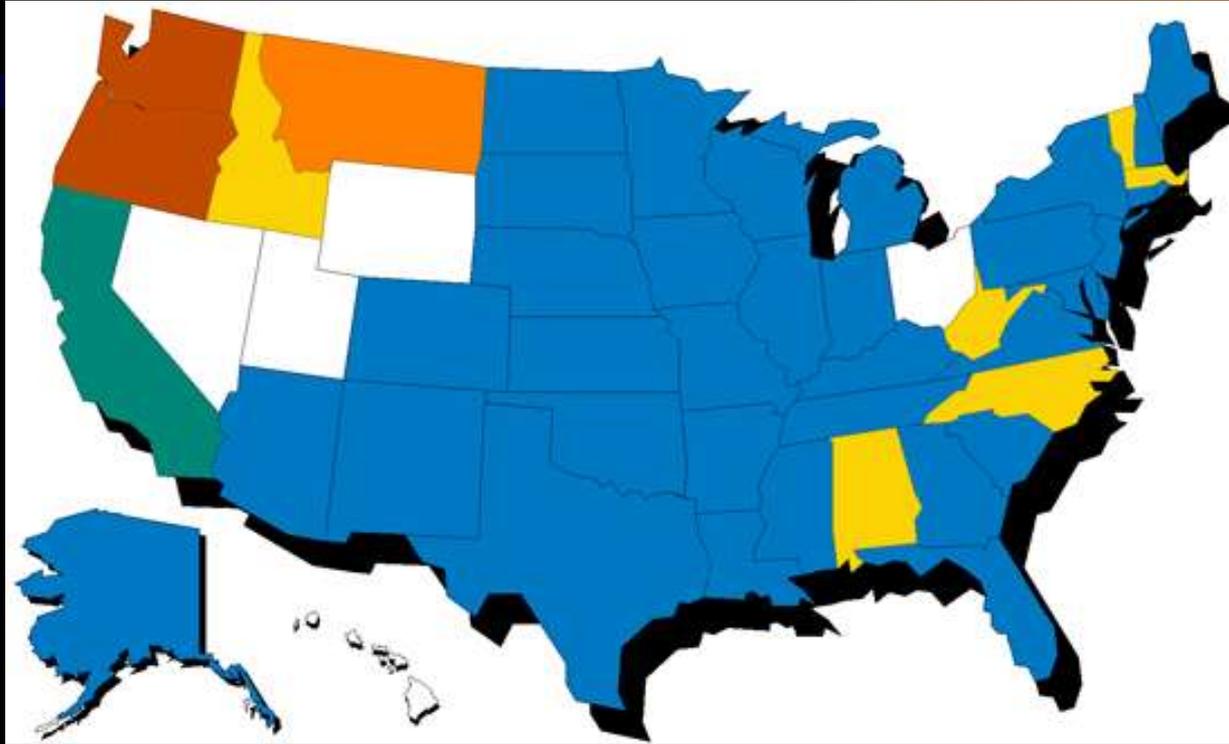
防微杜漸

- 中國人數千年歷史累積的智慧，早有「防微杜漸」的觀念，因為了解很多個人或社會的大災難都源起自小小的偏差
- 在西方倫理學，稱之為滑坡理論 (Slippery Slope)，意指在站在滑坡上預見問題就應儘快停止，不要等到失去平衡無法控制下滑時已經來不及了。
- 醫護人員照顧病人時，需注意不要視某些病人(包括胎兒)的生命較無存在價值。

美國 Oregon 州

- Oregon在1997年通過醫生協助自殺的法案，在接下來的兩年中有15例醫生協助自殺成功的病人，其中只有一個是因疼痛，其他大多數都不是癌症末期，反而是憂鬱慢性病想自殺的人。
- 所有執行安樂死的都是病人不認識的醫生，也就是說，平常認識的醫生不會做這種事。
- 立法原意是希望能解除末期癌症病患的痛苦，不料卻成了年輕憂鬱症者及慢性病人要求解脫的途徑。

Physician-Assisted Suicide Map



41 州定罪

2 州反對

3州合法 (WA, OR, MT)

www.aul.org

荷蘭的教訓

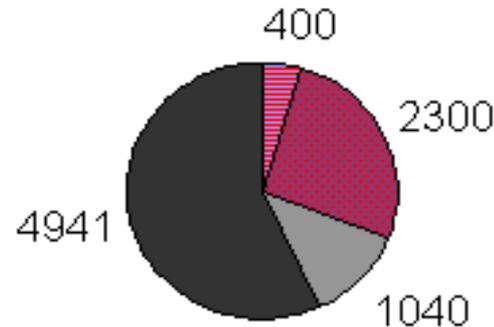
- 荷蘭在二十年前就已經同意醫生協助癌症病患自殺，算是全世界最早的。
- 1984年荷蘭皇家醫學會發表聲明認為只要醫師遵照指導方針就可免起訴：
 - 病患主動要求安樂死，並且重複地、有意識地、自由地要求。
 - 除了死亡一途，病患無法藉由其他方式減輕痛苦。
 - 醫師和其他醫師商討後，其他醫師也同意此病適宜安樂死。

未要求就被致死

- 數年來，每年都有兩百到四百個安樂死或醫師協助自殺案件接受調查，然而卻傳言有遠多於此的案子並未申報。
- 1990年，荷蘭政府設立 Remmelink 委員會來判定真實的發生率。他們發現荷蘭每年有13萬人死亡，其中有2%（2300人）是安樂死。

- 有一半的醫生執行過安樂死，每年將近有四千例，其中有許多不符規定，包括約一千病患未提出要求就被注射致死。
- 其中六成紀錄其內容，僅三成誠實開例死亡證書
- 最可怕的是有很大比例的醫生沒有經過病人同意就將他安樂死，結果顯示，荷蘭已經從醫生協助病人自殺(病人主動)，變成醫生主動將病人毒死。
- 其中一個理由竟是嫌該病患太囉嗦、麻煩、太難照顧。

Remmelink Report 1990



- Doctors provided patients means to kill themselves
- Doctors killed upon request
- Doctors actively killed these patients without the patients' knowledge or consent
- Doctors administered lethal morphine overdoses without the patients' explicit consent

擴大中的安樂死對象

- 儘管如此，荷蘭議會仍在2001年正式將這些行為合法化，同時將施行範圍擴展到久病不癒的精神病人、青少年、及殘障新生兒等。
- 最近更有允許對「無自由意志」（即無法表達自我意志）的病人、甚至對「沒有病但活得很痛苦的人」施行安樂死的提案。

(Robert Orr, 安樂死與安寧療護, p. 54, 路加傳道會, 2007)

主張死權的論點

1. 死前生命價值較少
2. 希望死得有尊嚴 (dignity)
3. 掌握自己的命運
4. 生活品質不好
5. 解除死前的痛苦或焦慮

(一)死前病人生命較沒價值?

- 有學者宣稱儒家基於仁慈，可以接受有條件安樂死，因為病人生命價值已經產生變化，此時生的價值不如死的價值。

(李瑞全，儒家論安樂死，應用倫理學研究通訊第十二期，1999, p17-22)

中國儒家傳統

- 《孝經》裏孔子與曾子對話：「身體髮膚，受之父母，不敢毀傷，孝之始也。」
- 這裏思考到兩個面向：
 - 應當飲水思源及感恩，不應把身體當成是無根自有的
 - 應存著謙卑與敬意，愛惜照顧自己

只有為了成仁才可犧牲生命

- 生死自決在儒家的說法上，能夠找到互相印證的非常少，因為儒家講究群己關係。
- 儒家認為生命乃父母給予，生死自決只能在有限度的範圍內。
- 儒家所關注的是死亡的道德正確性，只能在仁義的範圍內進行，人沒有自由去選擇輕於鴻毛之死。

(羅秉祥, 儒家的生死價值與安樂死)

(二)死得有尊嚴?

- 以人為中心的愛面子，在聖經真理前完全顯露
 - 亞比米勒…就急忙喊叫拿他兵器的少年人，對他說：拔出你的刀來，殺了我吧！免得人議論我說，他為一個婦人所殺。於是少年人把他刺透，他就死了。（士9:52-54）
 - 掃羅被弓箭手追上，射傷甚重，就吩咐拿他兵器的人說：你拔出刀來，將我刺死，免得那些未受割禮的人來刺我。（撒上31:3-4）

尊嚴死的真義

- 什麼是『尊嚴的死』？在一切痛苦都用先進醫療減除時，所愛的人圍繞在床邊，反省自己的一生，向得罪的人道歉，設法完成畢生心願，在至親好友的陪伴下走完人生的最後一程，被豐厚的愛所滋潤包圍，這才是尊嚴。

尋死背後絕望

- 當一個病人自殺或求死，其實他是孤單的，刻意切斷一切愛的關係，走向黑暗與冰冷的不歸路。這不是尊嚴，而是心灰意冷、是令人痛心的絕望。

自殺會不會得救？

- 「不可殺人」是十誡之一，因此基督徒自殺是臨死前的殺人罪，不得救的機會很大，應該極力幫助勸阻。
- 例外情形是因憂鬱症或重病身心折磨致使判斷力或行為能力耗弱，這樣狀況的自殺時，上帝可能依特殊狀況審判（如舊約中的兒童或逃城）
- 最後審判在於神的主權，但心智清醒的自殺行為有很嚴重且無反悔機會的後果

積極地幫助瀕死的病人

- 充分使用控制病情的最好方法，依其需要來幫助病患，積極治療他們的痛苦、呼吸困難、便秘、失眠、噁心等症狀。
- 幫助他們在焦慮和沮喪背後的心理需要
- 對他們的孤寂以及未竟之事的社會需要伸出援手
- 協助他們面對心靈上有關罪惡感、懷疑、生死意義等問題、和死後世界的茫然不確定感。

關心臨終病人

- ✘ 對一個在死亡邊緣掙扎的病人不該說：
「我很難過您情況這麼糟，~~讓我送你去死吧！~~」
- ✓ 應該說：「我很難過您情況這麼糟，我可以如何幫助你更舒適？」
- 我們要消滅的是病，不是病人，這是基督徒反對安樂死的原因。

(張立明，安樂死與安寧療護，p.23, 路加傳道會，2007)

(三) 「掌握命運」是自我欺騙

- 自殺並非掌握生命，因為
 - 1) 人根本沒有選擇不死的權利
 - 2) 人也無力延後死亡
- 所以人唯一能決定的是早點死，這樣令人同情的選擇雖宣稱自主(autonomy)，事實上卻只是掌握命運的假像而已，並不是真正的掌握。

舉證責任的轉移

- 當法律沒有安樂死或協助自殺權的時候，住在安養院的老人安心的活下去是天經地義的權利。
- 一旦安樂死或協助自殺權合法化，有財務困難的老人與長年臥床的病人都會有一種壓力，就是要向社會與付錢的家人說明為什麼還不簽署安樂死同意書（因為已經合法）。

真正為生命負責的自主

- 生前預囑 (Living will)
- 預立代理人 (Durable power of attorney)
- 在恰當時候放棄無效治療
- 設定不實施心肺復甦術的情況
 - Do-not-resuscitate order (DNR)

尊重病患自主權 (*Autonomy*)

- 美國在1991年頒布病人自決法案 PSDA (Patient Self Determination Act)
 1. Right to make decisions, including to refuse or accept treatment.
 2. Right to formulate an advance directive.
 3. Responsibility of hospitals to have their policies to respect such right and to educate their staff and community about it.

(四)生活品質的迷思

- Q: 病人的生活品質不好可否加速他(她)死亡?
- 人的價值與對社會貢獻不能由其生活品質量表決定
- 病人接受的治療不能以生活品質為理由打折扣，更不能因此決定其生死
- 「生活品質」觀念背後的預設是「健康主義」，不能代表人生的每一個階段

對生活品質的誤解

- 許多研究顯示醫師與病患對「生活品質」的理解有有意義的差異。
- 醫護人員傾向於低估殘疾病患的生活滿意程度與生命的意義。
- 「避免因醫療加重病患負擔」與為「~~避免因殘疾引起的負擔而結束一個生命~~」不同

(John F. Kilner, Life on the line, Part II, Ending patient's lives, 1992)

第一版的醫師誓言

- 我將依照自身的能力與判斷，採用對病人有利的療法和處方，絕不施以有害或有毒之物。無論應何人之請，我也絕不給與致命藥物或做此類之建議，也絕不協助婦女墮胎。

(西方醫學之父 Hippocrates, BC470-410)

(五)解除死前的痛苦或焦慮

- 要解決的是痛苦與焦慮，而不是把病人解決掉
- 真正專業的安寧療護才是最好的答案
- 安寧病房應該具備最先進的醫療止痛技術與四全照護的實踐：
 - 全人
 - 全程
 - 全家
 - 全隊

臨終病人的特殊需要

- 病人始終有不確定感，有人想要確知，有人都寧願保持不確定
- 過去未消化的恩怨情結浮上心頭
- 害怕成為家人的累贅與負擔
- 害怕失去自主能力而任人擺佈
- 病人會有突然之間被淹沒，無法再承受的感覺

最後的心願

- 害怕孤獨
- 捨不得及放不下心愛的人
- 希望交待未了心願
- 希望交代遺志及遺物
- 道別

末期病人的靈性需要

- 尋找意義的需要
- 寬恕與和好的需要
- 宗教信仰的需要
- 現代安寧療護發起人桑德絲醫師(Dr. Saunders)於1967年在英國倫敦近郊錫典罕(Sydeaham)設立聖克里斯多福安寧院(St. Christopher's Hospice)，發展成為全世界現代安寧療護的典範。

安寧療護的內涵(I)

1. 疼痛及其他痛苦症狀的緩解。
2. 肯定生命但同時也認知臨終是人生的必經歷程。
3. 既不加速也不延遲死亡的來臨。
4. 整合心理與靈性層面的病人照護。
5. 提供支持系統以協助病人盡可能積極地活著直到死亡自然來臨。

(趙可式，「醫師與生死」，p.174，寶瓶出版，2007)

安寧療護的內涵(II)

6. 協助家屬能夠面對病人的疾病過程及其哀傷歷程。
7. 以整個醫療團隊之合作來回應病人及家屬的需要。
8. 增進病人及家屬的生活品質，同時可正向的影響疾病過程。
9. 安寧療護可從疾病的早期就適用，可合併使用其他治療以延長生命。

終末病人的靈性護理

- 死前聽覺最後消失，讓家屬把握機會向病人告別，說些讓其寬心祝福的話
- 給家屬最後一次親自照顧病人的機會
- 感恩、懺悔、放下
- 病人離世前最後想說的三句話：

謝謝！對不起！再見！

絕症的告知

- 若不告知，68%病人其實還是知道
- 一直不討論，病人會變成孤單無援
- 否認，憤怒，沮喪，接受，面對，安排
- 告知技巧
 - 由病人信任的人告知，選擇恰當的時機，但家屬需要心理預備
 - 留下足夠時間讓病人發問

說明的技巧

- 其實多數病人根據醫師、家屬、以及治療方式，對自己得絕症已心裏有數
- 告知時需注意病人的個性，有些人害怕聽到「死」或「癌症」，有些人則需要清清楚楚的病情
- 重要的是陪病人一起想，站在他的立場，了解他所受的痛苦。

安樂死 VS 放棄治療

	安樂死、醫師協助自殺	決定放棄治療
目的	死亡	停止拖延死亡
態度	控制	謙卑／放棄
方式	殺戮	容許死亡
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

停止治療的問題

- 當我們決定放棄治療拔管時，不論是拔鼻胃管或是氣管內管，之後病人死了，我們有沒有罪？
- 會不會因為怕拔管而一開始就猶豫要不要插管？或是因為怕變成植物人一開始就害怕治療？

先照醫療的標準程序治療

- 第一，若有好的治癒機會，仍應該積極治療，該插的管就照醫療標準療程進行。
- 第二，治療到盡頭時，若發現再治療下去病情不但不會改善，反而增加病患痛苦時，停止積極治療而改用支持療法是正确的。
- 第三是病人的意願，若病人曾清楚表示不想增加痛苦拖時間，那就應該尊重病人的意願。

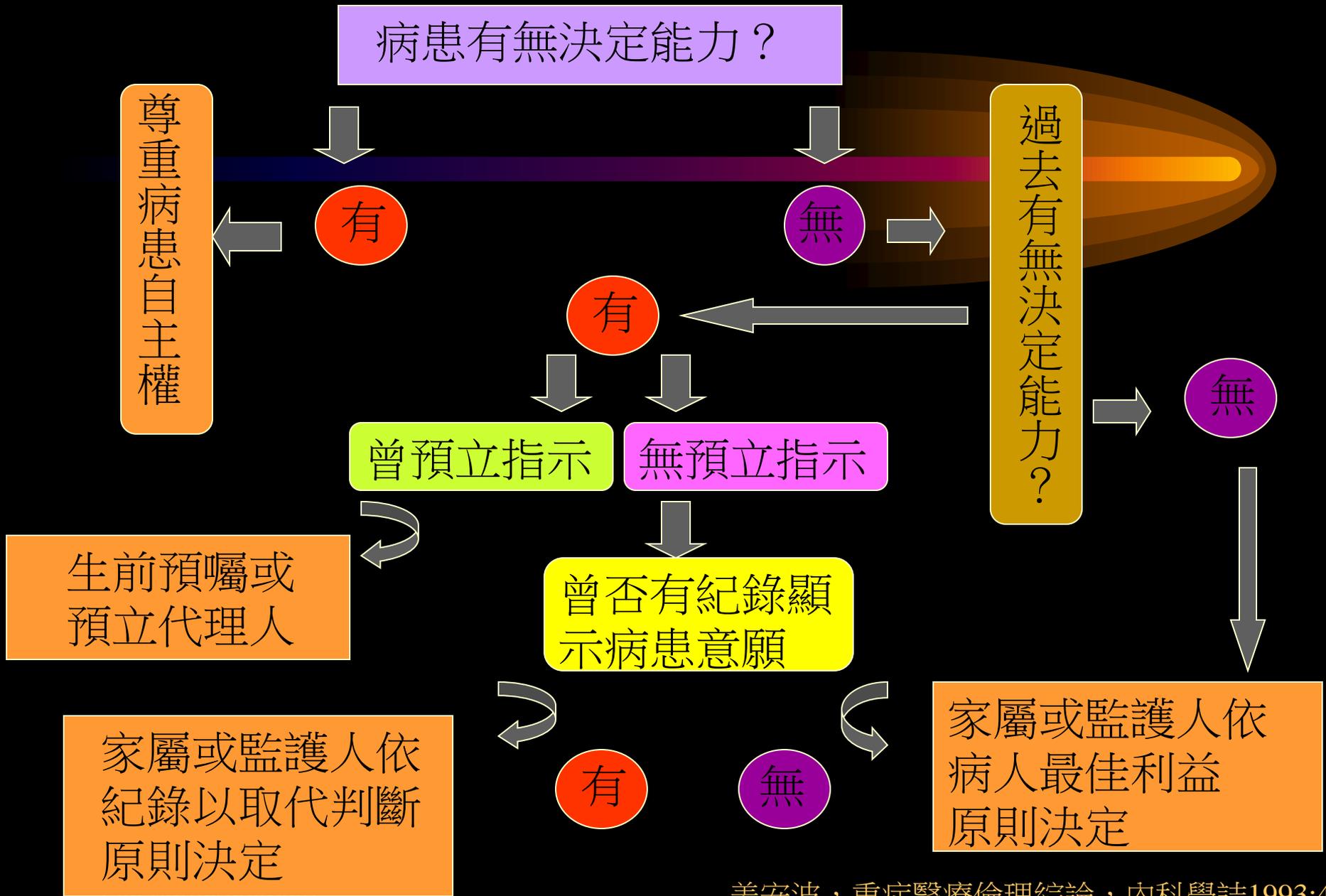
拔管=不插管

- 這時為了停止無效的治療而拔管是合乎倫理的，不需帶有罪惡感。
- 因為病人後來死的原因是疾病本身，是病程自然的結果，而你只是移除了無效的醫療工具而已。
- 為了怕將來拔管而一開始就猶豫不決，不敢插管或積極搶救，反而可能失去治療病人的黃金時間。

尊重臨終病人

- 放棄積極治療並不是放棄病人。
- 這時的照護重點在減輕病人痛苦。
- 安慰性治療如維持病人身體乾淨，幫病人口腔潤濕等護理仍應持續，這是對一個臨終的人的基本尊重。

由醫學倫理角度看醫療決定的優先順序



*Terri Schiavo*的故事

- Terri Schiavo長達十五年之處於「植物人」狀態，但未曾留下任何訊息表示其個人意願。其夫請求法院准許讓 Terri 結束這種倚靠胃管維生的生存方式，但 Terri 父母則堅決反對。最後法院再次判決許可將其胃管移除，終結了泰莉這種生存方式。
- 此件事曾引起全美國，甚至世界各地關心生命倫理的人士高度關懷和議論。

病人意願不明時

- 病人意願不明時，基督教倫理學者有兩種不同立場：
- 第一種立場認為胃管不只是醫療行為，而且也是餵食行為，因此停止基本的餵食照顧讓病人餓死是不合倫理的，應該持續餵食及醫療照顧到病人壽終自然死亡為止；

醫療VS餵食

- 第二種立場認為自然的餵食照顧是指用湯匙筷子經口餵食，若不能這樣餵食而需插鼻胃管或胃造口術均屬侵入性醫療行為，只會無意義地延後病人自然死亡的時間，使病人無意識地躺在床上幾十年，產生褥瘡、肺炎、尿道炎等併發症，無法得到安息。

有關Terri Schiavo的兩種立場

- 因此當其他治療都確定無效之後，移除無效的醫療儀器與管子是倫理可接受的作法，但這樣的邏輯只限於「永久植物人狀態」的病患，而不能用於其他需長期照顧或臥床的病人。
- 兩種立場都各有其道理，落在許可範圍內，唯需依良心謹慎作出將來向神負責的決定。