



## 呼籲關愛，不要殺人

### **Euthanasia Defined 安樂死的定義**

在有關安樂死的爭論裡，有好幾個名詞經常被互換運用----- 安樂死、憐憫地殺人、醫生協助下的自殺、受助死亡、移除延長生命的支援 ----- 但其中的概念並不完全相同，很多時候並沒有被人完全地了解。

**自願安樂死 (Voluntary Euthanasia)** 是指在病人要求底下，故意地、清楚知道地、直接地令病人死亡的行動。如果做出最後一步的人並不是死者本人，安樂死已經發生了。當病者能夠給出同意，但他沒有，或安樂死被強制執行，違反病人的意願，這種情況被稱為**非自願安樂死 (Involuntary Euthanasia)**。安樂死被稱為**不自願 (Non-voluntary)** 如果病者沒有能力說出同意，或作出請求終止他或她的生命。

**協助他人自殺 (Assisted Suicide)** 是指在病人要求底下，故意地、清楚知道地、向病者提供令人死亡的方法，從而方便他自殺的行動。如果做出最後一步的人就是死者本人，協助他人自殺已經發生了。**醫生協助下的自殺 (Physician- assisted suicide)** 即是提供令病人死亡的方法 (例如致死的藥物) 的人是一名醫生。

### **What is not euthanasia 什麼不是安樂死**

#### **提供止痛藥物**

每個人都有權利取得有效的止痛藥物。提供足夠劑量的藥物來減輕痛楚和痛苦極少會引致死亡。這是容許的，是合乎倫理的。有時當病人服用這些藥物的時候會死亡，這不是安樂死，因為病人的死亡不是藥物的預期效果。澳大利亞及紐西蘭舒緩醫療學會 (ANZPSM, 2013) 聲稱：「凡正確地施行，目的在舒緩癥狀的醫療方法，而引致次要及預期之外的後果，即病人提早死亡的，皆不屬於安樂死。」

PROTECT.org.nz

FAMILY  
FIRST  
NEW ZEALAND

## 移除累贅及無效的延長生命的支援

從病人身上移除無效的延長生命的醫療支援，雖然這個行動有可能引致病人死亡，這種通常的做法是合法的。對一個有病或受傷的人來說，並沒有法律上的或倫理上的要求「不計代價地」來保存他的性命。法律已劃出一條清楚而且是一致的界線，來分開移除醫療支援輔助，從而容許病人根據自身的醫療狀況而死亡，與及故意地採取積極的行動使病人死亡。

## What does the law currently say about suicide?

現行的法律對自殺有什麼規定？

1961 年的刑事法 (紐西蘭) 第 179 條規定：「任何人都可能被判監禁不超過十四年，如果他 --- (a) 教唆、教導、或獲得他人自殺，如果他人因此而自殺或企圖自殺；或 (b) 協助、慫恿他人自殺。」再者，第 151 條規定必須向那些負責照顧「易受傷害的成年人」的人提供生命的「必需品」，該等成年人不能夠自行提供這些基本需要。

## What about my 'choice'? 「我的選擇」是怎樣的？

有一點是重要的，任何人都可以拒絕醫藥治療，即使是引致死亡，他或她依然可以作出這個選擇。1990 年紐西蘭人權法第十一條加強了這項普通法的權利。該條法例規定：「人人均有權拒絕接受任何醫藥治療」。澳大利亞及紐西蘭舒緩醫療學會 (ANZPSM, 2013) 聲稱：「病人有權拒絕支持延長生命的治療，包括向其提供醫療作用的營養及/或水份。這種拒絕並不構成安樂死。」遵從這個要求也不構成安樂死。

## Abuse – even with 'safeguards' 濫用-----即使有安全保護性的措施

正如英文先驅報的一篇社論指出：「要設計一套無懈可擊的安樂死制度，配上足夠的安全保護性措施，似乎是不可行的。」有潛質被濫用，與及公然藐視程序上的安全保護性措施，都是反對立法的強大論據。一項外國的研究發現，在比利時的芬蘭語地區，有百分之卅二的協助他人死亡個案並沒有接過清楚的請求。又在容許安樂死的國家裡，安樂死個案必須要呈報的法例要求並沒有完全地被遵守。這樣協助他人自殺就有一個危機可能會被濫用。末期的病人和因患上無法醫治病症而深受痛苦的人是最容易受到傷害的了。同時不是所有利益正受危害的家庭都是全然有愛心和不自私的。易受傷害的人可能被勸服，他們要求死亡或是應該要求死亡的。

## Mission creep 任務的變數

許多評論者都強調不可避免的安樂死隨著時間而擴展或延伸的問題，即是所謂「任務的變數」或「滑坡」的現象。在容許安樂死的國家裡，有實在的證據證明安樂死的存在及應用已經擴展至早期未曾預料到的境況裡。所以，舉例說，在荷蘭及比利時，安樂死已被擴展或延伸至幼年兒童也可以適用（雖然要得家長的同意）。

根據海外的經驗，如果紐西蘭進行安樂死合法化的話，它極有可能演變成一個終止不同意的人，與及同意的人性命的機制。它將會成為幼年兒童可以得到，所以能夠應用的機制。它將會被應用在初生而有缺陷的嬰兒身上。當社會一旦接受符合某些特定條件的安樂死形式的時候，要局限安樂死在該等條件之內將會十分困難或不可能。舉例說，如果患上無法醫治末期病的成年人可以安樂死的話，那麼有什麼理由拒絕患上可醫治病症的人要求取得同樣的「診治方法」？（瑪麗安 Maryan Street 的安樂死草案----- 後來撤回了----- 已可以得到此項延伸）。

當一項剛被准許的、新的活動被界定為「人權」之後，往往就會有一批支持者為了更多人可以得到這個權利而進行游說。如果某些市民現時被剝奪享受這種新造的權利的話，那麼「平等」及沒有歧視會要求他們獲得同樣的對待。

波亞教授 (Professor Theo Boer) 曾擔任荷蘭地區安樂死委員會委員九年，期間他曾檢討過四千個個案。他承認自己是安樂死的一位強烈支持者，並且原先是否認有「滑坡」這回事。但到了 2014 年 他的思想完全反轉過來。他向考慮這個問題的英國政客作見證說：

「在 2002 年之後的頭幾年，很少精神病者或老年癡呆症患者在報告中出現，現時他們的數字急升。已有的報告中有很大部分獲得安樂死或協助他人自殺的人都是年老的、單身孤寂的、喪失親人的。這些病人中有部分其實是可以活下去多年或數十年的。」

### ‘Right to die’ or ‘Duty to die’ 「尋死的權利」或「尋死的義務」

理論上，作為一項安全保護性的措施，要求病人的同意看起來是具有說服力的。實際上，這項安全保護性措施能夠做的就只有那麼多了。脅迫是細微難以察覺的。現實的情況是末期病人，與及非末期但患上不可逆轉、同時難以忍受的身體上或精神上特殊情況的人，是容易受到自己加上去的壓力。他們覺得安樂死是「正確應該做的事」。他們一生幸福長壽，他們不願自己成為最接近及最親的人的「負擔」。

俄勒岡州的公共衛生年報載有自稱要求安樂死的部分動機是由於不想成為「家庭或朋友的重擔」的病人數字。在 2014 年有百分之四十要求受助自殺的病人這樣做是由於關心自己成為家庭的負擔。在 1998 年只有百分之十三的病人這樣做。

年老多病的人都很清楚知道日漸增加的老人院及老人科照顧費用正不斷蠶食等候他們兒孫領取的遺產數字。傷心地說，那些不小心及冷酷無情的下一代在指出這一點的時候並不會遲疑。

### Burden placed on patients 放在病人身上的責任

簡單地提供安樂死或協助他人自殺的可能性就會把舉證的責任轉移，於是病人 就必須問自己為什麼不會去做。社會已提供一項容易死亡的辦法，這個辦法轉達至某些正在掙扎中的病人的時候，訊息就變成他們如果要繼續生存下去的話是*可以*的，但是其他人對他們是否存活就沒有太大的興趣了。說真的，如果一個快捷並且毫無痛苦的死亡方法選擇一旦被正式接納的話，拒絕這個選擇就會被看成是固執、難以理喻、甚至是自私的了。

### Elder abuse 虐待長者

榮譽退休教授 大衛烈治文 (David Richmond) 認為：「年紀較大的人 (與及有傷殘缺陷者，其中很大比例是年紀較大的) 實際上是對這些做法合法化最為憂心的……總的來說，年紀較大的人對被看為一個負擔是十分敏感，並且比較年輕人更有可能同意一個或多或少細微難以察覺的意見，就是他們已經有過一個幸福長壽的一生……這正是為什麼本國大多數的地區健康委員會都有防止虐待長者隊伍的理由。故此在有執行安樂死作為一個醫療「照顧」的選項之一的地方，細微難以察覺和不那麼細微的壓力，加諸年紀較大的人身上，要求他們同意安樂死，並不一定是由於家庭從心底裡對年老的親屬有最大的興趣。」

### Rational Suicide ? 理性自殺 ?

整個安樂死及協助他人自殺的設計都是倚重一個假設，就是當事人都是頭腦 清醒、有理性、與及沒有受脅迫的。但是當一個人正受到毀滅性的人生事件打擊的時候，他所作出的決定究竟有多「理性」呢？有關人類作出決定的研究顯示，當一個人正受痛苦的時候，他的決策就會變得沒有那麼理性了。大部分安樂死及受助自殺合法化的要求都是來自聰明、口齒伶俐、和充分了解當前境況的特別個人。但是安樂死的法律將要保護所有的人----- 口齒不清的和口齒伶俐的、受到傷害的、輕信他人的、天真幼稚的、與及聰明的、機警的。

## **Conflicting Messages about Suicide Prevention 防止自殺的矛盾衝突訊息**

如果受助自殺變成合法的話，有關自殺的矛盾衝突訊息將必引起關注。一方面社會將會向某些個別人仕提供自殺的幫助，但另一方面卻又尋求對個人自殺採取零容忍的態度。支持在協助下死亡的論據也可以作為任何自殺的理由。安樂死合法化可能潛在地把自殺作為應對個人問題的辦法之一制度化了。「自殺傳染病」的危險，與媒體為推廣安樂死而做的運動聯繫，也是一項真實的關注。

## **Depression 情緒低落 (抑鬱症)**

很多因為情緒低落 (抑鬱) 而要求安樂死的人都會撤銷他們的請求，如果他們的情緒低落 (抑鬱) 和痛苦得到滿意的診治。即使是很溫和的情緒低落 (抑鬱) ----- 不會令他們成為法律上不能勝任的一種----- 都可以對某人生存或死亡的性向有非常大的效果。幾乎所有面對死亡或正在與不可逆轉的、令人虛弱的病症搏鬥的病人，都會在某個時間感覺情緒低落 (抑鬱)。如果安樂死或受助自殺是被容許的話，許多本來可以勝過這個困難黑暗時期 (並且找到活下去的意義) 的病人就可能失去這個機會而提早死亡了。

## **The ‘elephant in the room’ 房間裡面的大象**

有很大部分的公共財富是用於照顧垂死的人、那些患上老年癡呆的、和年老的人。安樂死是廉宜的; 好的舒緩醫療和善終服務是昂貴的。政府官員都經常尋找最廉宜的方法來花用那筆醫療預算。這個殘酷的經濟論據很少，如果有的話，出於擁護安樂死的人的口，但它卻是這個爭論的「房間裡面的大象」。冷酷無情的財政現實是善終服務是昂貴的，市民如果選擇早些離世的話，將可使政府節省大筆金錢。另一個較小的「大象」就是日漸增強對適合移植用途的人體器官的需求。

## **What do the medical professionals think? 醫藥專業人士怎樣想？**

世界上大多數的醫藥專業人士和國家級的醫學聯會都堅決地反對引入安樂死或協助他人自殺。這樣一來醫生的角色將無可避免地從醫治者轉變為有時的殺人者，從拯救生命的關愛專業人士變成取去生命者。「治病的殺人」將會到臨。病人的信任亦將會無可避免地受到損害。

「.....但紐西蘭醫務委員會鼓勵有尊嚴及舒適的死亡概念，同時大力支持病人有權拒絕治療，或是要求止痛藥，又支持得到適當的舒緩照顧的權利。當支持病人有權要求止痛藥的時候，紐西蘭醫務委員會接納如果該等藥物是正確地提供，即使引致病人提早死亡，也不能算為不合倫理的。」

紐西蘭醫務委員會: 有關安樂死的立場書 (2005 年核准)

## **Polls have confused the issue 調查混淆了議題**

在紐西蘭的意見調查發現大多數人支持安樂死及/或協助他人自殺合法化。但正如我們在前面所述，很多人只是要求確保供應止痛藥及移除累贅的療法不會被當作不合法的。有時問題有誤導性，因為它們把完全合法和合乎道德的行動與不合法的合併在一起。它們一致地問正受着難以忍受的痛苦的人，故此玩弄着人的恐懼心理，同時又不承認痛楚已不再是要安樂死的好理由。在俄勒岡州協助他人自殺成為合法的十年裡，有沒有一個單獨的請求是來自受着無法控制痛楚的病人，實在有疑問。持續不斷的強調痛楚意味着編寫那些問題的人有某程度的憤世嫉俗的態度。如果舒緩治療是由國家資助的話，對安樂死或協助他人自殺的支持是會典型地下降的。

## **What has the Overseas Experience shown us? 海外的經驗告訴我們什麼？**

### **俄勒岡州**

- 從 1998 年到 2014 年，由協助他人自殺引至的死亡數字每年從 16 增加到 105 ----- 即是十六年間上升百分之 656。
- 研究發現每六個接受死亡藥物處方的病人中，就有一個患有臨床抑鬱症。

- 在 2014 年，所有要求協助他人自殺的病人中，有百分之四十說他們這樣做是出於不想成為家庭的負擔。同樣想法的人在 1998 年只佔百分之十三。

## 荷蘭

- 每年最少有百分之廿三的安樂死個案沒有按法律的要求呈報。
- 荷蘭人自 2005 年起已經在嬰兒身上實施安樂死，根據哥尼根公約 (Groningen Protocol) 內所列出的指引進行。約翰基列士 (John Griffiths) 教授是該公約的作者之一。他相信安樂死的合法化「肯定地改變了」荷蘭的文化規範，「朝著公開接受終止有重大缺陷初生嬰兒性命的方向」。

## 比利時

- 大約百分之三十在說荷蘭語地區的安樂死個案是沒有得到病人的請求或同意之下進行的 (佔該區全部死亡人數的百分之 1.8)。最常得到安樂死而沒有表示請求或同意的人就是年老的、無能力的、與及在醫院裡垂死的人。
- 在 2002 與 2011 年之間，因安樂死而死亡的人數增加了百分之五千。在 2011 與 2012 年安樂死的死亡人數再增加百分之廿五。
- 只有百分之五十在說荷蘭語地區的安樂死個案依法例要求有向聯邦管制及評估委員會呈報。
- 直至 2014 年，可以取得安樂死及協助他人自殺的人並無年齡限制。
- 在過去幾年接受安樂死的人包括: 一對 45 歲的失聰並且快要失明的孿生兄弟; 一名 44 歲患有長期神經性厭食症的女士; 一名 64 歲患有長期抑鬱症但沒有通知家人的婦人。

資料來源: Maxim Institute (附註請參考 [protect.org.nz](http://protect.org.nz))

**Some disturbing cases in the media recently** 近期在傳媒上令人困擾的個案  
請到 [protect.org.nz](http://protect.org.nz) 尋找此等新聞的連結

患精神病的荷蘭人選擇  
在安樂死診所被殺的人數  
日漸增加

2015 年八月

比利時的一項研究發現安  
樂死以婦女及抑鬱症或自  
閉症的患者為目標

2015 年七月

年青人的死亡是安樂死意  
料之外的後果

(奧地利) 2015 年七月

為了心理方面的理由，一名健康的  
廿四歲女子將於比利時接受安  
樂死

2015 年六月

一名男子因有腫瘤常覺痛楚，  
雖未到末期仍要求安樂死

(英國) 2015 年五月

醫生們殺死了他比利時籍的  
母親，因她患上抑鬱症。現  
時他出聲抗議安樂死。

2015 年一月

在荷蘭，精神病人被安樂死  
的人數一年內增加三倍。

2014 年十月

一名男子患上與比蒂妮 (Brittany  
Maynard, 美國人) 同樣的腦癌，原被認  
定只有六個月，結果存活了十三年。

2014 年十一月

為「抑鬱症」患者實施安樂死，倡  
議者腓力尼米茲 (Philip Nitschke)

涉嫌謀殺。

(奧地利) 2014 年七月

瑞士--- 年老但不是末期病患者獲得  
協助死亡

2014 年五月

### **The Way Forward From Here 前面應走的路**

紐西蘭有發展良好的善終服務，舒緩醫療已被廣泛應用。對臨終病人實際經驗的研究顯示，當他們得到良好的善終服務或舒緩醫療，對死亡的恐懼就會消散。最重要的優先一定是改善優質的舒緩醫療及實際支持的提供。這些應該在紐西蘭的每一處地方都可以得到。最高質素的痛楚管理及舒緩醫藥應該在醫生的訓練課程中佔優先位置，以至每一位紐西蘭人都可以得益。面對死亡的病人有一項基本的人權----- 有權取得我們所能夠提供最好的舒緩醫療照顧、愛護及支持，以減輕他們恐懼的「無法承受的苦楚」。這就是真正的有尊嚴地死亡----- 有他所愛護的人環繞和支持，而不是嘗試預先佔有「不肯定」及死亡時間的權利。協助他人自殺不是答案。

### **Summary 總結**

自願安樂死及醫生協助下的自殺是一項複雜和具有挑戰性的議題。贊成安樂死的人和反對者都出自真誠並委身於他們所認定的、社會上最仁慈及最謹慎的政策。自願安樂死的誘惑在於它開明、並且是對受苦者呼求的同情心回應。但在實際執行上充滿危險，更有許多真正是很滑的滑坡，其中最為險惡的改變可能就是一個不能被證明的。社會及醫學專業人士怎樣看老年人、傷殘人士、受不能醫治的病折磨的、與及末期的病人的死亡將有不可逆轉的改變。死亡將會是計劃好的、協調過的、並且是由國家管制的，其中的過程怎樣，直至現時無人知道。

為了建立世界上最好的舒緩醫療照顧制度，我們應該增加照顧、支持和經費，但卻不能夠容許安樂死及協助他人自殺。

For an online version of this pamphlet (including references  
& additional information), go to [protect.org.nz](http://protect.org.nz)

FAMILY  
FIRST  
NEW ZEALAND