

南 華 大 學

哲學系

碩士論文

由高達美之視域融合看待生命意義
——以安寧療護為例

研 究 生：賴秋絨 撰

指 導 教 授：顏永春 老師

中華民國 九十八 年 六 月 十 七 日

南 華 大 學
哲 學 系

碩 士 學 位 論 文

由高達美之視域融合看待生命意義—以安寧療護為例

研究生：賴秋絨

經考試合格特此證明

口試委員：林維志

孫雲

鄭永春

指導教授：鄭永春

系主任(所長)：鄭永春

口試日期：中華民國 98 年 6 月 17 日

誌謝

本論文得以完成，首先要感謝的是我的指導教授——顏永春教授。在論文構思的初期，他提供我許多方向上的建議，最後選定從安寧療護的議題來探討。在論文寫作期間，雖然所務繁忙，他仍然花了許多時間，透過提問，促使我的思考除了提供他的寶貴的建議外，也引導我提出自己的想法。在寫作的過程中，顏教授一再地要求，必須要有自己的看法，在文章的反覆修正的過程中，讓我能夠加強自己哲學反思的能力。

高達美的視域融合的思路，我要感謝顏教授在課堂上講解「真理與實在」課程，讓我對高達美的《真理與方法》有了初步的認識與興趣。由於他提到視域融合的議題，加上我對安寧療護主題的興趣，從而引發我研究高達美的動機。其次，要謝謝兩位口試委員，孫雲平教授與林維杰教授。在探討高達美的視域融合的議題上，孫教授引導我釐清《真理與方法》中一些模糊的觀點，讓我對高達美的視域融合有更進一步的了解。林教授在論文口試過程中，提出許多寶貴的意見，讓我修改論述不當之處，並提供一些思考的方向，使我的論文能夠更加順暢。

由於在職進修，工作與學業兩者要兼顧，於學習的期間除了求教於老師外，還要感謝同學、朋友與家人的支持與鼓勵，尤其是李素貞學姐從旁指導，藉由他們的協助與鼓勵，讓我在職場上能盡本份，安心撰寫論文。

論文摘要

本文研究目的主要希望藉由高達美的視域融合，探討安寧療護與生命的意義的相關性。本文論述高達美的思想，以《真理與方法》的思想為主。從高達美的視域融合的概念，安寧療護可以讓末期病人有好的生命品質，也注重到生命的神聖性。所以本文欲論證，安寧療護的醫療處置可以使生命得以更有意義。

文中論述的方法採用反辯法，針對安寧療護提出，(一) 生命神聖與生命品質將不再是對立的二元觀點，(二) 安寧療護為一種解決生命神聖與生命品質的對立之醫療方式，(三) 安寧療護是一種生命的視域融合，(四)。

關鍵詞：

生命意義 (Meaning of Life)
安寧療護 (Hospice)
視域融合 (fusion of horizon)
高達美 (Hans-Georg Gadamer)

目 錄

前言-----	1
第一章 生命的意義-----	10
一、生命神聖的意義-----	10
二、生命品質的意義-----	14
三、安寧療護的理念-----	21
第二章 對立與融合-----	27
一、強調作者意向的詮釋學-----	27
二、強調讀者意向的詮釋學-----	31
三、視域融合-----	32
第三章 安寧療護與視域融合-----	38
一、安寧療護是生命神聖與生命品質對立的另一選擇-----	38
二、安寧療護是傳統與現代醫療理念的結合-----	42
三、安寧療護是生命歷史視域的融合-----	44
四、安寧療護是實踐智慧的彰顯-----	47
結論-----	50
參考資料-----	55

前 言

生與死是人生必經的過程，對於生命人們如何對待？在西方基督教傳統以來，從神學的觀點主張人是依照上帝的形象所造，塑造出來的生命是尊貴而神聖的；並且人是上帝的子民，因此沒有上帝的旨意，人不能隨意毀傷自己。早期有醫學之父之譽的史懷哲（Albert Schweitzer, 1875-1965）提倡尊重生命的倫理學，主張所有的生命都是神聖的，人也是一樣，所以我們必須好好活著，維護生命並尊重生命，史懷哲說：「**維護生命、珍惜生命是善的；毀滅生命、或妨礙生命是惡的。**」¹ 換言之，從倫理學的觀點，只要企圖毀滅或傷害生命都是邪惡的，只有對生命的保存與提升才是唯一的善，也是作為一個人應盡的義務。這種生命神聖的觀點，根源於人類生命的價值是奠基在上帝所授與的價值上，如此，上帝是作為人類生命神聖的終極保證。而在醫療倫理上，人的價值高於一切其他原則，人的生命比真理、公平更為重要。

然而所有人類的生命都有無上的價值嗎？強調生命品質的人認為並不如此。生命的神聖或價值不應該是無條件的，只有在某些條件或品質之下，人類的生命才具有不可侵犯的價值。例如倫理學家葛樂弗（Jonathan Glover）認為，「**一個人只有在有意識的活著的狀態下，其生命才是有價值的。**」² 又如另一醫學倫理學家恩格哈特（H. Tristram Engelhardt）則主張「**只有具備人格人的資格者，其生命才擁有神聖性。**」³ 換言之，一個人必須是自由的，具自我意識，為能為自己行為負責的人，其人格才會受到尊重，如此的人格生命才是有價值的。強調生命品質的觀點引發安樂死的議題，當人們面對臨終末期病人時，所思考的是生命的長度或是生命的內涵？從生命品質的觀點，安樂死不是絕對的錯，活得多久不重要，如何具有好的生命品質才是最重要的。

在醫療科技不發達的年代，人類的死因，大多是因為感染到急性傳染性疾病而迅速往生、死亡，這種生命是自然而死。現代因為醫療科技的進步、發達，得以治療先前認為無藥可醫的疾病，使人類的壽命延長，但是透過人為科技之方式去延長生命，有些人認為是添福壽，讚嘆科技的神奇，但有些人確認為只是受命時間的延長，並沒有增進生命的品質。根據衛生署（2008）公告的十大死因統計，⁴ 依序是惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟病、糖尿病、事故傷害、肺炎、慢性肝病及肝硬化、腎炎、自殺及高血壓性疾病。其中除了事故傷害或肺炎（急性）外，大多的疾病是慢性疾病而導致死亡。慢性病患者在死亡前，大都是非常不舒服，

¹ 參見波伊曼（Louis P. Pojman），陳瑞麟譯，《今生今世》，台北：桂冠圖書公司，1997，頁37。

² 參考同上註，頁73。

³ 參考同上註，頁89。

⁴ 參見<http://news.yam.com/bcc/life/200706/20070614383567.html>。

痛苦的渡過人生的最後的階段。即使醫療的進步可以根治部分疾病，但是對於慢性疾病常令醫療人員束手無策，例如：癌症、阿滋海默氏症等等。所以對於此類病人，人們開始思考對生命品質的注重，如何讓一個人活得有尊嚴，而不是只有考量壽命的延長。如此在倫理上，人們看待生命，生命神聖的原則不再是唯一所信奉的原則，科學取代了神的地位，人成為自我命運的主宰，生命品質的要求挑戰了生命的神聖性。

強調生命的品質在生命議題上，常見的選擇就是安樂死。近幾年來，我國衛生署的十大死亡原因統計上⁵，以癌症占居首位，癌症在生命末期時，產生了許多的疼痛與苦難，常常會讓病人想求安樂死，來解除疾病所產生的不舒適症狀(如疼痛與呼吸困難等)，也為了讓自己活得較有尊嚴。對於生命將終了，面對苦痛的生命，到底可以安樂死與否，已是見仁見智的討論，有贊成的，有反對的聲音。安樂死雖稱為「慈悲殺人」，其用意是為了病人的最大利益而起的慈悲心，但是終究是「殺人」，基本上違背了醫護人員「救疾扶傷」的理念。

顯然隨著時代的改變，社會規範也跟著改變，既然有先進的醫療科技，不可能不去運用它。對末期病人而言，若選擇積極治療，奮鬥到底，似乎徒增病人之痛苦；但若為了生活品質，選擇提早死亡如安樂死，又讓家屬覺得不捨，有如消極放棄一般。然而當病人處於無法忍受不適或痛苦時，醫療處置的方法難道只有非此即彼的選擇嗎？對待生命似乎不必要處於兩極化的立場，有如兩種戰場，中間絲毫沒有迴轉空間。

然而如何解除病人的苦痛，又能兼顧生活的品質，近幾年來於是產生一個對生命看待的另一種議題---安寧療護。在尚未討論安樂死的議題前，安寧療護是未被世人提及的。但是安寧療護卻有它存在的意義及其可能的客觀性。「安寧療護」是隨著安樂死的議題被討論之後，因為贊成或反對的聲音都有，即是否可以選擇安樂死沒有一定、標準、肯定、普遍的答案，因而成為生命的抉擇選項中一個醫療界大部份認為更適合的選項。

世界衛生組織在 1990 年對「安寧療護」(hospice palliative medicine) 的定義是「對治癒性治療無反應的末期病患提供積極整體性的照顧(active total care)。」是近年來為醫學界的一種新興醫學。現代的醫療強調在治癒(cure)疾病的本位，採用各種先進醫療設備，救人第一。但是當現代的醫療面對疾病束手無策時，安寧療護在此提供另一選擇，就是以照顧(care)為本位的服務，利用關懷的照顧方式提供臨終病人在生命末期的舒適感，強調的是高度的生命品質。人生是一趟旅程、死亡只是前往必到的終點，安寧療護將臨終病人視為擁有思考能力，能夠自主決定人生的路，這當中並沒有捨棄生命，但也不是為了「生命神聖」的信念

⁵參見<http://news.yam.com/bcc/life/200706/20070614383567.html>。

抱著殘存的生命不放，而是兼顧生命神聖與生命品質的訴求，如韋至信說：「可以讓病患在較舒服的情境下走完人生最後的旅程，這才是醫護人員悲天憫人的胸懷。」⁶ 換言之，安寧療護是一種有別於一般傳統醫療照護，由一組醫療專業人員以完整的醫療來緩解癌症末期各種不適之症狀，以愛心陪伴癌症末期病人走完人生最後一段旅程，提供身、心、靈的全人照顧，協助病人及家屬面對死亡的各種調適，此種方式，是希望做到生死兩無憾的境界。因此，相較於要求生命品質的「安樂死」或是主張生命神聖的「與死神搏鬥」，採用安寧療護的照護更多了一份對生命的尊重。

顯然，我們看待生命的議題，有不同的面向，一種是傳統西方宗教生命神聖之觀點，另一是注重生命品質之觀點，而至今發展出來的安寧療護。但是不論從那一個面向著手，按高達美（Hans-Georg Gadamer, 1900-2002）對真理的觀點，對待生命並沒有一定的真理或原則可以依循。高達美認為，人是處在歷史的視域當中，視域對我們來說總是有著變化的。換言之，不管是強調生命神聖或是生命品質，都是人們對生命的前見，認為對待生命理當如此，無從選擇。但是從高達美對真理的觀點，認為透過視域的變化，我們應該藉由對話與溝通達到生命的意義不再是對立，而應該是彼此可以融合，所謂達到視域融合的境界。

以安寧療護為例，在安寧療護過程中，醫護人員喪失了原來的角色嗎？在安寧病房我們看到，醫師不再是積極的治療者，護士不再是以打針發藥，監視各種生命儀器或維生設備，如此，「維護生命」是否不再是醫護人員照護的首要目標？將生病的個體忽視或是遺棄在一旁，或是讓病人消極的「等死」？顯然不是，安寧療護取而代之的是多一份關懷與生理照顧的需求。同樣的，安寧療護也不是為了減除病人的苦痛而直接實施安樂死，讓病人達到完全解脫的目的。在安寧療護中醫療人員扮演的角色是在臨終的過程中的陪伴或照顧者，解除病人生理上的病痛及提供心靈上的需求。這些照顧並沒有抹煞作為醫護人員的角色與職責，醫療人員只是採取調和的方式照顧病人而已，從治癒疾病的觀點轉向以照顧服務為本位的觀點。如此從視域融合的觀點，安寧療護是從更高的視域的角度來融合生命神聖與生命品質相異的局面。調和了傳統主張生命救到底與當代提倡安樂死之間的尖銳對立，從高達美詮釋學的觀點，這是一個視域融合的思維，如高達美說：

與歷史意識一起進行的每一種與流傳物的接觸，本身都經驗著文本與現在之間的緊張關係。詮釋學的任務就在於不以一種樸素的同化去掩蓋這種緊張關係，而是有意識的去暴露這種緊張關係，正是由於這種理由，詮釋學活動就是籌劃一種不同於現在視域的歷史視域。歷史意識是意識到它自己的他在性，並因此把傳統的視域與自己的視域區別開來。但另一方面，正如我們試圖表明的，歷史意識本身只是類似於某種對某個持續發生作用的

⁶ 參見韋至信，《醫生也醫死》，文經社，2003，頁 68。

傳統進行疊加的過程，因此它把彼此相區別的東西同時又結合起來，以便在它如此取得的歷史視域的統一體中與自己本身再度統一。(WM311-312, 真理 396)

高達美這種視域融合的觀點，充滿著正、反、合的辯證概念，如「詮釋學的任務就在於不以一種樸素的同化去掩蓋這種緊張關係，而是有意識的去暴露這種緊張關係」從辯證法的概念是不排除對立物之間的矛盾關係，另外，高達美其中的主張「歷史意識本身只是類似於某種對某個持續發生作用的傳統進行疊加的過程，因此它把彼此相區別的東西同時又結合起來」突顯出辯證法的特色，即對揚棄運動的高度闡揚。所以這種視域融合的辯證氣息如顏永春教授所言：「說它正，是因為高達美並不反對流傳物的確有個原創的視域；說它反，是因為高達美並不認定這個視域是恆常的，而是會隨著現代視域的加入而出現差異；最後說它是合，是因為雖然已出現兩個差異的視域，然而這個差異卻是個包含在一個更大之合的視域裡。」⁷

上述這種視域融合的辯證觀點，可以再從高達美的主張來說明：

誰想理解，誰就從一開始便不能因為想盡可能徹底地和頑固地不聽文本的見解而囿於他自己的偶然的前見解中——直到文本的見解成為可聽見的並取消了錯誤的理解為止。誰想理解一個文本，誰就準備讓文本告訴他什麼。因此，一個受過詮釋學訓練的意識從一開始就必須對文本的另一存在有敏感。但是，這樣一種敏感既不假定事物的「中立性」，又不假定自我的消解，而是包含對我們自己的前見解和前見的有意識同化。我們必須認識我們自己的先入之見，使得文本可以表現自身在另一種存在中，並因而有可能去肯定它實際的真理以反對我有自己的前見解。(WM273-274, 真理 347-348)

換言之，這就是著名的作品論與讀者論相互對峙與融合的狀況。實際上，在高達美眼中任何文本根本不具客觀的意義，否則就不會說，文本的意義必須經由讀者閱讀後才知道它在說什麼；然而，若說文本因此失掉它的客觀性，這也不是實情，因為讀者論也無法在毫無任何文本的狀況下，可以憑著他的先入之見即可以決定文本的意義；所以最好的狀況就是如同高達美建議的，以一個更高視域的角度來融合兩者各呈己見的局面。這就譬如說，當一個護士首次閱讀一本護理專業的書籍時，她一開始便會期望完全的把握其中的內容；然而她也發現，當她要達到這樣的理想狀態之時，她又必須借助一些基礎醫學的概念去理解；所以，最後呈現出來的結果便是一個融合兩者的東西。

⁷ 參見顏永春著，〈一個「合體」的審思——由高達美視域融合看龍樹的中道哲學〉，《世界宗教學刊》，第十一期，2008年6月，頁159。

又如高達美的例子：

我們應當承認，一尊古代神像——它不是作為一種供人審美享受的藝術品；過去被供奉在神廟內，今天被陳列在現代博物館中——即使當它現在立於我們面前時，仍然包含它由之而來的宗教經驗的世界。這有一個重要的結果，即這尊神像的那個世界也還是屬於我們的世界。正是詮釋學的宇宙囊括了這兩個世界。（WMXIX, 真理第二版序言 005-006）

類似上述這些的融合過程其實在我們的週遭事物之中也是不斷地上演著；大至人類歷史文化的發展，小至個人生活的變遷，甚至自然物演化過程都是這種融合的實例。例如，「一棵蘋果樹一開始一定按照它舊有的條件在成長；然而隨著後來新的生長條件的加入，它必然也要修正它原本的生命路線，以便它能夠繼續生存下去；但是如此的更新也不是說，新的生命就能恣意妄為的不根據舊的生命來生長；因此最後的情況一定是舊有的和新發的生命在經過一番互相協調之後來共同塑造這棵蘋果樹的命運。又如一個護理人員知道，他的天職必須依照南丁格爾護理倫理的基本精神來照顧病人；然而她也知道，如此的精神與現代醫療理念某些部分有所衝突；最後她的抉擇便是個去異求同的融合結果，也就是說，她會揚棄雙方一些不合時宜的地方，進而採取一種兼顧的態度來從事他的護理工作。如護理人員依照基本倫理精神，應慎守病人之秘密。但是在SARS流行期間，為了保護其他民眾免於被傳染，不只無法「慎守病人之秘密」，還要通告其親友，並給予保護隔離。如此就有的倫理精神仍在，只是兼顧了特殊情境的考量，達到去異求同融合的過程。」⁸

回到對人類生命的理解也是如此，就醫護人員而言，時代的變遷導致在臨終照顧上病人有多重的選擇，但選擇安寧療護不表示放棄了所有醫療，病人仍需要醫護人員，醫護人員的專業技能仍有伸展的空間。例如醫師從積極治療轉變成生理症狀的改善，讓生理不舒服的狀況（如疼痛）減到最低，護理人員更多的時間在於如何使病人的身心更舒適。顯然在安寧療護中，對生命的尊重仍然存在，只是揚棄了過度人為的醫療，採取了更自然的照顧方式，它融合了傳統醫療與現代視域的需求。

如前所述，從高達美詮釋學的觀點，在看待生命的議題上，安寧療護無疑提供了最佳的視域融合的典範。不論病人的身心是否已不堪負荷，選擇敬重生命神聖，盡全力維持生命，或依病人的生命品質狀況，採取安樂死，這是兩種面臨死亡不同的方式。當面對病人臨終階段時，醫護人員即已經具有屬於自己的視域。如果醫護人員秉持「救人為本」的基本視域，放棄對病人的治療，象徵著專業人

⁸ 參考顏永春，〈一個「合體」的審思——由高達美視域融合看龍樹的中道哲學〉，《世界宗教學刊》，第十一期，2008年6月，頁161-162。

員的挫敗；然而，透過與病人溝通對話的互動過程中，依著自己專業認知與對生命意義的理解，那麼在對話裡，產生新的視域，兼顧了對生命的尊重與生命品質的重視。從視域融合的觀點，二者的連結包括：

一、安寧療護是生命神聖與生命品質對立的另一選擇

生命神聖是西方宗教神學的觀點，強調人的生命具有內在的價值，這是無法估計的價值，如基督教倫理學家Paul Ramsey所說：「**個別的生命是絕對獨一無二的，不容侵犯、不可更換、無法交換、不能替代，也不能和別的生命融合在一起。**」⁹ 換言之，每個人的生命具有無上的價值，不管是任何種族，身分地位如何卑微，或是生活處於如何困頓，身體處於機能退化，極度痛苦中，都具有同等的價值，應該受到同等的尊重，享有應得的醫療。從生命神聖的觀點，盡力保護生命重於過「好日子」，所以應該採取一切的行動來維護生命，企圖縮短一個人的生命是不道德的。例如對重病者，以呼吸機器或循環機器代替肺臟或心臟執行應有的功能，繼續維持不很好的生理機能，讓他可以存活下去。對持生命神聖觀點者，最糟的生命仍值得一活，因為只要生命不存在，那就是一個悲劇。

相對於生活品質，認為一個人生命的內涵應該重於生存本身。一個生命若沒有一些價值就沒有必須存在的理由，亦即當一個人認為其生命只剩下負面的價值時，活著對他已經沒有生活品質可言，如此他就可以選擇離去。換言之，從生命品質的觀點而言，生活品質是作為生命的判準，有品質的生命才值得活。對倫理學家葛樂弗（Jonathan Glover）而言，他反對生命神聖的說法，認為應在生命品質的理念上，建立值得一活的道德觀。在這種觀念下，一個長久處於昏睡的生命，顯然沒有比死掉來的強。¹⁰ 換言之，一個有意識的人才是有價值的生存者，一個人的壽命多長並不重要，好的生活品質才是最重要的。

顯然兩者論述的要點各有不同的爭議面向，兩者所形成的對立的是有目共睹。但人們的生命必須如此嗎？生命神聖與生命品質的著眼點是不同的，從視域融合的觀點，這種對立在現今的醫療體制下，有另一種選擇，那就是安寧療護。

二、安寧療護是傳統與現代醫療理念的結合

從醫療的立場，西元 2500 年以前醫學鼻祖希波克拉底（Hippocrates）的誓言即強調對交付於他手中的生命要加以負責，「需幫助病患，不可傷害」。護理鼻祖南丁格爾誓言強調的也是對病患不傷害，所謂「勿為有損之事，勿取服或故用

⁹ 參見鄂爾等著，張福卿譯，《認識生命倫理學》，校園書房，2000，頁 14。

¹⁰ 參考波伊曼（Louis P.Pojman），陳瑞麟譯，《今生今世》，台北：桂冠圖書公司，1997，頁 67-83

有害之藥」。這些傳統醫療共同要求的是對病人極力救助，不可傷害，對於病人疾病的治癒，期待可以將病人恢復原有的功能。現在對於過去很多醫師束手無策的疾病，不但可以加以治療，部分的疾病也可以完全根治，不再復發。但是對末期病人只有苟延殘喘的延長死亡的來臨，此時的醫療在某種程度上已是扮演上帝的角色，迫使人們不得不重新思考與詮釋一些問題，例如，生命神聖性的意義、病人的權益及怎樣的治療才是適切等等。

對於末期病人，現代的醫療在延長他的生命同時，增加許多無謂的痛苦，並且阻礙了他們平安、尊嚴地死亡。由 1960 年開始，強調病人有權要求平安並且能有尊嚴的面對死亡，醫護人員也應該協助病人平安尊嚴地死亡，於是發展出「安寧療護」的照護措施。讓病人因疾病的併發症所產生的不適，可以利用安寧療護的照護提供緩解性、支持性的安寧的醫療照護。利用安寧療護可以讓病人於生命末了階段有更好的生命意義。安寧療護可以讓人們不為疾病所苦，也不會因此造成苟延殘喘的生命品質。所以，安寧療護是傳統與現代醫療理念的結合。

三、安寧療護是生命歷史視域的融合

對於無法治癒的慢性病，在末期時所產生的不舒適的併發症，常常造成注重生命品質而贊成安樂死的聲音不斷的增長。醫護人員的責任是應維持病人的生存，人的生命權應被尊重，而不是加速或企圖來結束他的生命。我們無法明確地判斷病人是否毫無求生的意志或已有絕對求死的決心，若是如此，安樂死可能會形成一種變相的謀殺，而把殺人的行為加以合理化而已。畢竟現今無法治癒的疾病，在未來憑藉醫療科技的進步會有治癒的可能。即使如此，對於已無法治癒的病人，人們應強調安寧療護，協助病人減輕疼痛，使得剩下的生命更有品質，並讓死亡自然地、有尊嚴地來臨，而不是以外力或利用藥物來加速病人的死亡。

生老病死是人類必經的歷程，無人可以避免，人們更應思索自己對生命的理解。面對延長病人的生命時，必須以病人的最高利益與人道的考量。醫療的照護品質，如同疾病的治癒，一直是人們追求的目標。然而，要達到所希望的品質目標就必須不斷的調整照護品質的策略，因為個體所處的環境和人們的理解都不斷的改變著。存活的人所講求的是生命品質，生病的人則是追求醫療照護的品質。安寧療護是一種理念，它的目標是提昇末期病人及其家屬的生活品質。其照護的焦點在提昇病人的生活品質及提供一種舒適與尊嚴的死亡。過去對生命的看待，不管生命是處在多糟糕的地步，對待它必須予以尊重。但是對於生命已面臨末期，生存下來對病人本身或是家屬都己是一種身體或心理的折磨時，我們就不得不考慮其他的處置。畢竟我們是生存在當下的處境。

四、安寧療護是實踐智慧的彰顯

關於高達美哲學詮釋學最終的目的不僅是在於理論的論述，更重要的是能在真實的生活中實踐，這個實踐最終的目的是落實在具體的情境中。疾病到了末期，不舒適的症狀出現，醫護人員讓病人最後生命的階段裡，身心感到舒適，並陪伴他們走完人生的旅程，安寧療護所要保持的是持續的關心與心理上的安慰。不只是讓病人接受自己的病情，或即將臨終的事實，更要積極地讓病人在接受自己即將臨終的事實之後，能夠坦然自在地面對自己最後的生命，安樂的活下去，直到死亡的來臨為止。因此，安寧療護的作法上不僅是要了解病人心理的反應，也要讓病人了解自己的病情，還要提供適當的心理的支持，協助病人達成臨終的願望。

安寧療護以照顧為主的醫療模式，認為病人與家屬是一體的，讓病人能夠自在地走完人生最後的旅途，必須讓家屬共同配合，期使生死兩相安。強調生命品質不僅要強調個人的個別性，還要強調個人的差異性，更要強調個人的自主性。末期病人根據自己的需求與意願尋找自我認同的生命品質。

總之，處在疾病末期的處境中，必須自己選擇面對它，只有通過自己對末期生命的認知，我們會被激起經驗到我們的視域，被迫發揮自己對此生命的前見並對這種生命提出問題，如此一來，我們會超越自己的理解框架。通過這種超越，可能會與生命文本相遇，從未有此種不適的身體，正因為陌生而使得自己對生命有另一種屬於自己的特性可以突顯出。假如生命神聖與生命品質的論述都有其偏頗之處，對於處在疾病末期的病人，在這種的歷史視域中，醫護人員為他著想和考量，兩者必然都要顧及到。對於生命的處置，應該注重生命的神聖與生命品質，所以，安寧療護是生命處境下的一種選擇。

本篇論文研究的目的，主要探索如何將高達美的融合觀應用於醫療照護上。在醫療照護上，從生命的神聖性，到生命品質的強調，在傳統與現在觀點的差異上，是否可以去異求同，找到「中間地帶」，如高達美所言：

詮釋學必須從這種立場出發，即試圖去理解某物的人與在流傳物中得以語言表達的東西是聯繫在一起的，並且與流傳物得以講述的傳統具有或獲得某種聯繫。另一方面，詮釋學意識明白，它不可能以某種毫無疑問理所當然的完全一致方式與這種東西相聯繫一樣。實際上存在著一種熟悉性和陌生性的兩極對立，而詮釋學的任務就是建立在這對立上。……這裡給出了一種對立關係。流傳物對於我們所具有的陌生性和熟悉性之間的地帶，乃是具有歷史意味的枯朽的對象和某個傳統的載隸屬性之間的中間地帶。詮釋學的真正位置就存在於這中間地帶。（WM300, 真理381-382）

由於本人是護理人員之背景，在臨床上看到一些病人，並不能寧靜安詳的離去，其實心中是相當不忍的。每個人都希望活得尊嚴，也希望死時讓自己肅穆尊嚴的離去。但是很多時候，病人不僅在死前不能做主，甚至最後還被別人以救治為由，死亡前無任何的尊嚴。面對此情此景，醫護人員常思考：「一個人能否有尊嚴地迎接死亡嗎？」能否在尊重生命的神聖性外，也考量生命品質的重要性，在透過對於高達美視域融合之觀點，應可印證安寧療護的合理性。

本論文中主要以高達美的「真理與方法」的中文版為主要參考書目。¹¹ 論文章節的安排，主要以生命的神聖性與生命品質作為探討的方向。除前言與結論外共分為三章：

第一章探討生命的意義。主要目的是生命的神聖性和重視生命品質之觀點，兩者是對立的嗎？並且探討生命尊嚴的必要性。

第二章分析高達美的視域融合。主要從作者論與讀者論的論述中，探討兩者之間的對立。進而探討高達美的視域融合的概念，說明絕對普遍性忽略前見，對於詮釋生命的理解有所偏頗；但是，客觀主義的讀者論則會落入依著讀者的見解而得到不同理念。藉由視域融合的概念得知，人們因歷史效應所產生的影響可以讓人們有更好的詮釋。

第三章從視域融合之觀點，探討安寧療護之措施，是否可以解決生命神聖與生命品質不再是對立的。透過對於高達美對於「視域融合」之論點，可以論證安寧療護是生命歷史視域的融合。結論是，無論是生命神聖或生命品質，從病人的生命而言，所要求的目的都是一樣的。

¹¹ 本篇論文有關高達美引言均取自洪漢鼎所譯之高達美著，《真理與方法－哲學詮釋學的基本特徵》，五版，上海譯文出版社，2005 之譯本。所引用此書之頁數以此書之頁數為準，在注釋中簡稱「真理」。另一頁數為德文章節旁之頁碼，(WM: Wahrheit und Methode, 1986) 以「WM」為代表。

第一章 生命的意義

生死是人生的大事，且人人必死的事實，隨著年齡的增長而愈顯得真實、迫切，生死問題看似遙遠，卻在任何時間、任何地點都可能發生在人身上，凡是生命的個體都無法倖免，既是如此，對於生命臨終的階段，我們又應當如何選擇呢？實際上，要確定病人的生命步入死亡的時間界線，並不容易，所以常有贊成與反對安樂死的相關議題討論。

本文擬將探討生命的意義，首先，傳統的宗教認為生命是神聖的，必須保有生命，不可以輕忽它，甚至60年代以後透過醫療科技的發達，醫護人員認為病人只要有機會可以存活就應為他執行必要的醫療處置，這種方式才符合生命神聖性。但是經由這種方式，搶救得以維持的生命、又須仰賴維生儀器，病人的生命品質低落，這種生命是否值得延長。現今，順應醫療科技的進步，人類的壽命已經延長，但是部分的疾病，在社會裡，仍無有效的處理方式，是苟延殘喘的維持生命的神聖或是利用某些方式執行安樂死，可能都有贊同或反對的聲音，現代對於生命末期的世界潮流，最後由「安寧療護」來探討臨終生命的意義。如Walker說：「安寧照護的初創是在對逐漸步向死亡之患者的照護仍有顯著缺失的環境下建立的。」¹

一、生命神聖的意義

當我們追問生命的意義時，指的是生命對個人的意義，也就是一個人存在世界上的理由。生命的意義若從生命的價值來探索生命的意義，顯然它牽涉到的不只生理與精神的層面，它超越了生理與精神的侷限，進入更高的自我實現的層次。

傅偉勳教授指出：「生死學的首要課題，是關於生命的意義與死亡的意義，或深一層的說，生死的終極意義的探索。我為什麼一定要生活下去？生活下去究竟有何意義價值？如無任何意義價值，則何不自殺，免得拖累我的生命？死亡本身又有什麼意義？生命的意義與死亡的意義為什麼構成一體兩面互補相成？」² 生命的意義與價值答案就在於我們的價值觀，在於使我們的生命值得活下去的理由何在。陸娟認為：「生命賦予個人力量與價值感，當個人能意識到自己存在的理由時，個人感到有力量，並覺得自己存在是有價值的。」³ 換句話說，生命價

¹ 參見 Margaret Kindlen Sheena Walker 著，陳施妮譯，〈非安寧照護專業護理人員之教育〉，《安寧照護—護理角色》，台北：五南，2003，頁 37。

² 參考傅偉勳，《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》，台北：正中，1993，頁 179。

³ 參見陸娟，《生死教育對綜合高中學生生命意義感教學成效之探討》，2002年6月，南華大學生死學研究所碩士論文，頁 15。

值所強調的是清楚的自我意識，藉由一個人的思維意識，引導一個人生活的方向感，朝向有價值感的目標前進，以獲得個人的自我認同與成就感。又如諾齊克（Nozick）說：「**生命的意義，是指一個人根據某種總體計劃來構畫他的生命，就是賦予生命意義的方式；只有有能力這樣構畫他的生命的人，才能具有或力求有意義的生命。**」⁴ 一個人必須懂得規劃自己的人生，如此的生命才有意義。生是生命的肯定狀態，它意味著有生命；死是生命的否定狀態，它意味著無生命。雖然如此，死亡卻是人生必經的最後歷程。那死亡的定義又是指甚麼？

「**死亡是指生命或個體存在的結束，同時也是人類在時間範疇內，對塵世生命的努力告一段落的時候。**」⁵ 醫界對於死亡的定義如下：「**由主治醫師確定病人心跳、循環和呼吸皆停止，瞳孔反射和意識反應等所有腦幹的反射都消失。**」⁶ 醫療技術的進步使得一個人在腦部遭受大面積損傷後還能維持和支持他的心臟功能。相反的使用體外循環機器的裝置，可以使得心肺功能暫時的停止，在有限的時間內保護大腦的功能。1983年美國醫學會針對死亡又給予另外一個更符合現今的定義：「**當一個人或（1）循環和呼吸功能不可逆停止，或（2）整個腦，包括腦幹一切功能不可逆的停止，就是死人，死亡的確定必須符合公認的醫學標準。**」⁷ 針對死亡的定義，以上的敘述更符合現今的看法。對一個人來說，不論這個人在社會上的地位高低、財富多寡，生命都是有限的，沒有人例外。「**世界上最可怪的事是，人們往往看到他的父母的死亡，看到週遭生命的死亡，但是人們卻還活得好像永遠不會死一樣。雖然上天給的死亡通知在出生時就寄來了，每個人都知道他不免一死，卻只有很少的人會去注意它。**」⁸

把生命的存在與意義連結，由海德格則提出著名的「向死而存」的命題，他把死亡視為揭示生命存在的本質意義的方式，死亡貫穿於生命的始終，不只是生命的終端，而是向死的存在，有死亡的可能，才使生命顯示其意義。海德格「向死而存」的思想蘊含著向死而生的意義，它表明人不只是向死而存在著、生活著，人更是因死的可能及必然，而使生活更有意義，因而更珍惜生命與生活。⁹ 在東方，孔子說：「未知生，焉知死」，同樣有其深刻意義，因為生與死是一現今科技的進步，透過先進的醫療科技來延長病人的生命帶給人類更多的福祉，但是「科

⁴ 參見尼古拉斯·布寧（Nicholas Bunnin）著，余紀元譯，《西方哲學英漢對照辭典》，中國，北京市：人民出版社，2001，596 頁。

⁵ 參見艾立勤，《維護人性尊嚴—天主教生命倫理觀》，台北：光啟文化，2005，頁 281。

⁶ 1968 年哈佛大學醫院委員會訂定「哈佛腦死標準」：（1）對刺激無感受、無反應，（2）無肌肉活動、無自然呼吸，（3）無反射，（4）腦波圖呈一直線，（5）保部內外無血流循環。參見蘇麗智、李淑俐等編著，《實用基本護理學》，台北：華杏，2004，頁 453。

⁷ 參見邱仁宗，《生死之間—道德難題與生命倫理》，台北：中華，1998，頁 173。

⁸ 參考波伊曼（Louis P. Pojman）著，陳瑞麟譯，《今生今世：生命神聖、品質和意義》，台北：桂冠圖書公司，1997，頁 196 及頁 199。

⁹ 參考徐宗良、劉學禮、瞿曉敏著，《生命倫理學：理論與實踐探索》，上海：上海人民出版社，2002，頁 45。

技」所隱含的最大危機，即在於它能提供我們如何解決問題最有效率的手段，也就是達成要如何的目標，但科技並無法提供我們為什麼要達成這個目標的思考與反省。例如，在台灣臨床上常常見到疾病末期的病人，當臨終之際仍採用呼吸器先進的醫療設施，全身插滿各種管子，企圖延長病人的生命，但為什麼透過各種維生的儀器讓病人苟延殘喘的多活幾天？我國醫療法已在1986年11月24日公佈施行，其中第43條明文規定：「醫院診所遇到危急病人，應依其設備予以救治或採取一切必要的措施，不得延誤。」¹⁰ 對於罹患急症的病人是應該如此的接受醫療照護的。但是疾病末期延長生命不一定是好，如對蘇格拉底而言，「最值得珍惜的不是生命，而是有意義的生命。」¹¹ 那到底怎樣的生命才算是值得一活的？

蔡友月說：「把醫療視為病痛唯一的救贖管道，以及對醫學給予過度的信任。當病人求醫過程遇到挫折，乃至於被醫療宣判無法治癒時，癌末病人體會到醫學的限制，卻不知道如何面對生命的痛苦。癌病病痛的身體，具有一定生物學上的意義，但身體與社會、文化、既存醫療體制的牽扯力量，也清楚標示了結構的影響力，成為病人建構身體心像與理解自我的重要機制。這一個世紀醫療制度的興起，使人類疼痛與受苦的經驗，被納入科技與技術理性所操縱的科技領域。」¹² 在實證科學教育的洗禮下，靠科技延長生命成為醫師主要的責任。許多醫師就理所當然的認為，替每一位臨終病人進行人工呼吸或心外按摩等復甦術，乃是一位醫療人員的義務。在這種情況下，醫療很容易只把病人看待成一個被動無意識的客體，以一套固定模式來處理面對死亡的壓力，這也使得醫療在面對選擇時，心理上可以免除苦思無從之感。事實上生命有太多的不確定性，複雜性，這不是一套醫學專業的技術就能涵蓋。

我們大多數人會同意人類生命是兼具工具價值、主觀價值以及內在價值。反對生命具有任何內在價值的人，自然反對生命神聖的學說者如葛樂弗（Glover），他提出了「生命值得一活」的替代觀念，強調生命值得活時，它才有價值，一般稱之為生命品質。堅持生命具有內在不可侵犯的價值者，如史懷哲是基於宗教立場，而希爾斯（Edward Shils）則是提出經驗主義的答案。

「生命神聖」理論主張生命是本質地「神聖不可侵犯」的，並不因為任何其他條件，而正是因為生命本身！當我們說人類生命是神聖的或不可侵犯的，指的是人類生命具有內在價值。德沃金（Dworkin）教授認為本質上具有價值的事物，可分為兩種重要的類型：¹³ 一種是具有遞增價值，我們擁有越多越好；另一種則

¹⁰ 參見醫療法第 43 條。

¹¹ 參見柏拉圖（Plato）著，呂健忠譯，《蘇格拉底之死》，台北：書林，1999，頁 53。

¹² 參見黃正文，〈臨終關懷〉，摘錄自蔡友月，《醫療關懷》，台北：啟英文化，2000，頁 30。

¹³ 參考朗諾·德沃金（Ronald Dworkin）著，郭真伶、陳雅汝譯，《生命的自主權》，台北：商周出版，2002，頁 84-85。

是神聖的或不可侵犯的。主要差別在於神聖的事物只要存在（也因此只要它曾經存在），就具有內在價值。神聖的事物之所以不可侵犯，是在於它所呈現或體現的。重要的不在於人愈來愈多，而是人類生命一旦開始了，生命的自強不息不致浪費，就是件非常重要的事。正是這兩個特質——「神聖性」與「不可侵犯性」——構成生命神聖理論。

主張生命應是神聖的，以宗教的意義被討論著，如艾柏特·史懷哲（Albert Schweitzer）提及：「**人類必須知道的基本事實：『我是活在一個希望生存的大生命體裡，一個有存活慾望的生命。』善於思考的人覺得自己必須尊重其他生命，有如尊嚴自己一般。**」¹⁴ 當然，一個人的生命假若不在了，那就無法再探討其他的意義。基本上一個人必須存在此個體，且人類的生命的是神聖的。沒有任何物品可以替代生命而存在。但是，生命為什麼是神聖的，以葛樂弗（Jonathan Glover）和恩格哈特（H. Tristram Engelhardt, Jr.）的觀點來說，一個人必須知道自己對生命的需求的狀況，從生命品質的觀點，生命內涵包括一個人的道德意識與情感，以及生活於社會中生命的滿意度，包括理性、健康、自由、幸福等。雖然主張生命品質者認為，某些生命比其他生命更具有價值，也因此，並不是所有的生命都具有內在價值，生命的價值必須經由自我肯定或經由他人之欲求而產生。但是主張生命神聖者認為，生命的價值並不依賴於某一定的生命條件，單單生命存在的事實，就足以說明所有的生命都具有價值，都是神聖的。對於生命神聖的看法，如希爾斯（Edward Shils）在〈生命的神聖〉一文中寫道：

生命被相信是神聖的，並不是因生命從祂而來的超絕創造主之明示：生命之被相信為神聖者只因它就是生命。神聖性（sacredness）的觀念發生在活著（being alive）、生命力的基本感覺之體驗和害怕它滅絕的基本恐懼之起源經驗中。人敬畏地站在它自己的生命力、他的世系和種族的生命力之前。敬畏感乃是這神聖的歸屬，因而是對它的承認。所有其它人們感受到神聖的導自生命的神聖，因為它控制或具體化了個體、世系和種族之神聖的生命力。¹⁵

希爾斯的生命神聖之觀點，對於質疑人類生命和人格之神聖優位者而言，提供另一個思考方向。生命肯定是我們所珍視的，一個人雖不能將生命送給其他人，但至少可以過得完滿、充實，來彰顯生命的價值。生命因為是神聖的，有其存在的必要，也是人類最原本的經驗。但是只維持認定生命是神聖的意涵，假若病人生命品質已經歷到嚴重的痛苦時，難道生命的著重點仍是必須注意到生命神聖而已嗎？不須再考慮其他的面向或議題嗎？下面就生命品質的意義來討論。

¹⁴ 轉引自波伊曼（Louis P. Pojman），江麗美譯，《生與世》，台北：桂冠圖書公司，1997，頁19。

¹⁵ 參考波伊曼（Louis P. Pojman）著，陳瑞麟譯，《今生今世：生命神聖、品質和意義》，台北：桂冠圖書公司，1997，頁60。

二、生命品質的意義

「**生命品質**」¹⁶ 一詞，初見使用於二次世界大戰之後。韋氏國際字典第三版中明確地將生命品質定義為：「**1. 有活力的存在，2. 生存的過程，3. 生存的方法或形式，4. 維持生存的必備事物。**」¹⁷ 廣義而言，楊克平教授說：「**生命品質是指人類具有自在性與完整性的生活所需之重要功能及其相關是物。**」¹⁸ 另外，生命品質（life of quality）：「生命的品質」這個名詞，有許多不同的解釋與看法，道因（R. S. Dowine）和卡蒙（K. C. Calman）引述了亞里斯多德（Aristotle）在《尼各馬科倫理學》的看法：

幸福是由什麼構成的問題，卻是有爭議的。大多數的人和哲人所提出看法並不一樣。普通人把幸福看做是某種明顯可見的東西，例如，快樂、金錢、榮譽等等。其中一些人說是這種東西，另一些人則說是那種東西，甚至同一個人也經常在不同的時候把不同的東西當做幸福。在生病的時候，他把健康當做幸福，在貧窮的時候，他把財富當做幸福。¹⁹

亞里斯多德認為，「幸福」是人生追求的終極目標，理智的智慧可以說是幸福的最高形式。然而人類所說的幸福並不同於亞里斯多德的幸福。他們可能因個人觀點的不同，而有所改變，即使同一人也會隨時間及環境等因素而改變。最佳的生命品質對亞里斯多德來說，可能是「幸福」。而對一般人來說，可能是快樂、金錢或其他事物。但是，對末期病人來說，健康當然是他所追求最高的生命品質。所以一般人對生命品質的界定，常會因不同的環境及條件，而有所改變。

生命品質的意涵與生命神聖的意涵是相對的。生命品質的原則是生命的內涵重於生存本身。有些生命比另一些生命更值得活下來。蘇格拉底說：「未經檢定的生命不值得生存。」意指懂得反省的生命才值得生存。雖說生命是價值的基礎，也可說是必要條件，但是如果一個生命沒有任何價值，就沒有必須存在的理由。換句話說，這些價值也是生命的必要條件。如果我們以分數來表現「生命神聖」和「生命品質」的觀點。²⁰ 生命神聖的觀點認為不存在是負分，即使最糟的生命還是屬於正分（雖然或許分數很低），意思也就是說，所有存在的生命儘管分數有高低，但都是正分，惟有不存在了，才變成負分，因此任何生命都是值得一活

¹⁶ 生命和生活及生存過程有關，都是一具有思想與表達能力的動態過程。本篇論文以「生命品質」代替「生活品質」一詞。

¹⁷ 轉引自楊克平，《安寧與緩和療護學》，台北：華杏，2007，頁 74。

¹⁸ 同上註，頁 75。

¹⁹ 參見亞里斯多德，《尼各馬科倫理學》，苗力田譯，北京：中國社會科學出版社，1992，頁 4。

²⁰ 以下論述參考波伊曼（Louis P. Pojman）著，江麗美等譯，《生與死：現代道德困境的挑戰》，台北：桂冠圖書公司，1995，頁 28。

的。至於生命品質的觀點則認為，不存在是中立的，但有些生命是正分，而有些生命是負分。有高度道德感的人，能增進我們知識的天才（如牛頓和愛因斯坦）和行為高尚的人都有些正分，至於惡人或生活充滿痛苦的人，則可能有負面價值，只是負分。

上述生命神聖的觀點，認為唯有不在了，才變成負分。它所強調的是一旦生命存在了，就有其「神聖」「不可侵犯」的價值。葛樂弗卻提出不一樣的想法，葛樂弗認為：如果有什麼本質上有價值的事物，那必定就是值得一活的生命——等於是具有價值的生命。什麼樣才是值得一活的生命，那是因人而異的。如果有任何人的生命是值得一活的話，那殺害他就是錯誤的，也就是：

假如生命值得保存只因為它是意識的載具，而意識是有價值的只因它對某個其他事物而言是必然的，那麼「某個其它事物」乃是這個特別反對殺人的立場之核心。它就是那所謂「生命值得一活」或「值得活的生命」。²¹

因此葛樂弗強調的是，生命並不是本質上有價值的，也不是神職的；而是值得存活時，它才有價值。有價值的生命就是值得一活的生命，單單活著、有意識、或做為人等三個條件，都不足以用來作為一個人生命的判准。例如他認為，一個人雖然他是活著的，但因他生命末期時，生活無法自我料理，完全需仰賴別人的照顧，他的生活過得毫無品質，如此活著不比死去有意義，這樣的生命就不值得一活。所以葛樂弗反對「活著本質上是有價值」的觀點，他說：「處在非常悲慘的命運中的人，例如處在極大痛苦、沒有任何治癒希望的人們，死亡對此人類而言，不是更好嗎？… 我們說生命有價值，但不是處在令人絕望的悲慘狀態，甚至能有更高的價值。」²²

什麼是生命值得一活的判準？生命是否值得一活是由他人來判斷做決定？那麼自己的生命便操縱在他人之手。實際上，我們自己才是自己生命真正的主人。葛樂弗認為，

是否某人有著值得活的生命這個問題，包含了從他自己的觀點而來的思索，而不是他對其他人生命之貢獻的思索。… 我們相信如果生命值得一活，則一個人不能想要結束他的生命，而且當生命不值得活時他也不能想去延長他的生命。… 應該強調的是，當升起了是否某人的生命值得一活的問題時，他的觀點恆常地是一種具壓倒性力量的證據。我們對其他人漏

²¹ 參見波伊曼 (Louis P. Pojman) 著，陳瑞麟譯，《今生今世：生命神聖、品質和意義》，台北：桂冠圖書公司，1997，頁 10。

²² 參見葛樂弗 (Jonathan Glover) 原著，陳瑞麟譯，〈反對生命神聖的學說〉，摘錄自波伊曼 (Louis P. Pojman) 著，陳瑞麟譯，《今生今世》，台北：桂冠圖書公司，1997，頁 72-73。

失了生命中的什麼之評估，是如此可能出錯。在關於修正對人們有問題的生命之判斷上，只有自信的怪物才不會感到不安。²³

況且人的心志常隨著時間、心境及其他情況而變化著。在臨床上常見病人發生疼痛、氣喘或其他症狀時，欲求一死了之。但若症狀緩解，就生起求生的意志。或是心情鬱悶怕造成家人負擔，或家人不來看他時，會減低生趣。一旦情況改變，家人表達關懷與愛意，又生機盎然了。當一位病人了無生趣時，家人及醫療團隊應更殷勤照顧他，而非以「殺死他」讓他安樂死解決問題。

傅偉勳教授對於死亡的尊嚴的見解，他提出：

我們可就理想條件與起碼條件，去瞭解「死亡的尊嚴」本質。就理想條件而言，我們都希望面臨死亡之時不但能夠感到此生值得，問心無愧，且有安身立命之感（不論是儒教意味的或其他宗教或哲學意味的）；同時免於恐懼、悲嘆、絕望等等負面精神狀態，能夠死得極其自然，無有痛苦；如果可能，還有親屬或友好在旁照顧，給予臨終的本人精神安慰與人間溫暖，則更好不過。就起碼條件而言，就算沒有宗教信仰或找到高度精神性的生死意義，至少能夠依照本人（或本人所信任的家屬有朋）的意願，死得『像個樣子』，無苦無樂，心平氣和。²⁴

換句話說，死亡尊嚴的理想條件是讓病人感到有「安身立命」之感。對瀕死病人而言，要能「安身立命」，必須讓自己自認為這一生是有意義的，這些才可能帶給病人「安身立命」之感。如何讓自己覺得這生活的有意義，顯然的，當一個人守在自己的崗位上，為自己人生的理想與生活的目標努力不懈時，對個人而言其人生就是有意義的。死亡的尊嚴起碼條件是「依照本人的意願，死得像個樣子。」人要死得像個樣子，心平氣和，基本上身體要沒有太大的痛苦，而其心理要能了無牽掛，接受與認命。依自己的意願，是自主性的表現，如果可能，死亡要能自己做主，如大衛所言：「有尊嚴的死亡過程，代表著生與死具有同等意義與目的；也代表著你的死能夠依你所願，而非依照他人認為適當，或配得上你的方式死亡。有尊嚴的死亡，等於做你自己，保持你一貫風格，直到最後。」²⁵ 有些人希望留一口氣回到自己的家，不願在醫院死亡；有些人希望在意識清醒中離去，有些人希望死時外觀好看一點，不要留給親友難看甚至恐怖的印象。不管如何，忠實做你自己，那是自主性的選擇，是自我意願的表達。另外在心理上，一個人必須承認生命中的有限性與必死性，如此在死神降臨時，才不會拼命閃躲，排除死亡與逃避死亡，死亡是人存在的必然過程。

²³ 參見葛樂弗(Jonathan Glover)原著，陳瑞麟譯，〈反對生命神聖的學說〉，摘錄自波伊曼(Louis P.Pojman)著，陳瑞麟譯，《今生今世》，台北：桂冠圖書公司，1997，頁80-81。

²⁴ 參見傅偉勳著，《生命的尊嚴與死亡的尊嚴》，台北：正中，1993，頁34-35。

²⁵ 參見大衛·凱斯勒著，陳貞吟譯，《臨終關懷》，台北：商流文化，2000，頁211。

關於生命品質來支持安樂死的論述中，邱仁宗教授提出以下的說明：

- (1) 主要質量：即個體的身體或智力狀態，嚴重的先天心臟畸形和無腦兒，使嬰兒的生命質量低到不應該維持下去的地步。
- (2) 根本質量：即生命的意義和目的，與其他人在社會和道德上的相互作用，嚴重的脊柱裂嬰兒使生命失卻了意義，極度痛苦晚期癌症的病人與不可逆昏迷的病人也是如此。
- (3) 操作質量：如智商用來測知智能方面的質量。²⁶

他認為，這三類生命質量的相互依賴，都具有其規範性。如果從消極方面看，生命品質與痛苦和意識喪失程度成正比，處於極度痛苦或是意識完全喪失狀態的人，其生命品質就屬於極低的程度。這些生命品質極低的人，是否適用於安樂死。生物醫學倫理中第一原則即為「不傷害原則」，而其中的首項要目即為「不可殺人」。「安樂死」毫無疑問的是違反倫理的行為。然而，是否醫護人員必須在任何狀況下，都必須延長病人的生命？答案當然是否定的。就生命品質來說，怎樣的生命是值得存活下來？

以生命品質來評價生命是否值得一活，有贊成與反對之觀點。因為人們可能相信他們的生命品質「永遠的」降低了，但事實上只是「暫時的」。他們可能錯誤的或不理性的相信其生命品質已經降到如此低了，以致他們失去任何喜悅、滿足和幸福的來源。人們受苦於「暫時性的」沮喪與挫折，但他們卻相信這是「永遠的」存在。

死亡是人必經的一個過程，自然死與安樂死是不同的，主張安樂死者，是為了減少病人的痛苦，以特定或特殊的方式，例如積極作為是為病人執行藥物注射導致死亡，或是消極作為則是去除維生系統造成刻意結束病人的生命。自然死並沒有所謂的積極或消極的醫療行為。將生命視為是神聖的面向，尊重其生命的意義，雖然生命已到末期，除了順其自然且不提供屬於積極的醫療處置之外，強調生命的意義應注重其尊嚴或品質，即是「安樂死」。既然是為了減少病人的痛苦，讓他能在臨終階段有生命的品質及尊嚴，安樂死的意涵為何？安樂死是為了生命品質？

安樂死的最主要目的，是為了結束病人因為病痛所帶來的痛苦。「痛苦」本身無法測量，而我們也沒有辦法用道德來加以評斷。那麼安樂死（*euthanasia*）所指的是什麼？英文安樂死（*euthanasia*）一詞源於希臘文*euthanatos*，依其字根分為「好」（*eu*）及「死」（*thanatos*）兩字，加起來便是「好死或善終」或「死

²⁶ 參見邱仁宗，《生死之間——道德難題與生命倫理》，台北：中華書局，1998，頁153。

得容易」。韋氏大辭典定義為：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死亡。²⁷ 它是指第三者為了減輕病人的痛苦而有意採取的加速其死亡的行為。所以安樂死並非字面意義，是一種安樂而無痛苦的死的方法，有學者建議改為「安易死」或「安死術」，或稱為「尊嚴死」，因為這種死亡含有安詳、無痛苦與尊嚴而死的內涵。由以上所得到的定義，「好死或安詳的死」並不能說明現今安樂死的意義，反而近於安寧照顧的意思。目前由於安樂死包含了醫療科技的介入，所以安樂死更常用的概念是人為的「仁慈致死」(mercy killing)。「仁慈」的界定，是因為安樂死雖然是導致一個人死亡，但其動機是去除壓力或痛苦的解除。而它是「致死」的，則是因為安樂死的實施會導致提早結束一個人的生命。現指有意導致一個人的死亡作為提供他的醫療的一部份，有時也譯為「無痛苦致死術」。我們也可說安樂死是由醫師協助自殺的一種類型。「協助自殺」一詞泛指一個人蓄意結束自己的生命，於是找旁人幫助，以達成目的。

因執行方式的不同可以分為「消極」(passive)或「積極」(active)導致死亡。是讓其慢慢的死亡(停止任何的醫療處置)或是使用積極的方法導致死亡(使用藥物令其死亡)。另外的安樂死分類是依其病人的意願上，可分為自願(voluntary)安樂死與非自願(involuntary or non-voluntary)安樂死。但是，無論是積極或消極，自願或非自願，其最終目的都是避免病人肉體或精神上的痛苦，以達到尊嚴或安詳的死亡。在執行上，積極安樂死是行為人以積極的作為導致病人死亡。行為人可能是醫師、護理人員等，其「積極作為」通常為直接或間接給予致死藥物，讓病人提早死亡，所以是一種加工致死的行為。消極安樂死則是任其死亡，即行為人以消極不作為的方式使病人死亡。「不作為」是指終止醫療、停止氧氣供應等，或是由他人代為除去維持病人生命的維生設備(如拔掉呼吸器插頭，不施行心肺復甦，拔除鼻胃管等)，讓其死亡。以上安樂死的分類列表如下：²⁸

	自願安樂死	非自願安樂死
消極安樂死	拒絕治療 未使用異常或冒險的治療方法	停止治療 主要針對殘障新生兒、無行為能力病人或植物人
積極安樂死	協助痛苦而無治癒希望的病人自殺 或仁慈致死	仁慈殺死無行為能力或殘障嬰兒

在自願性安樂死不論是消極或積極，都是由病人的利益出發；而非自願性安

²⁷ 參考鄂爾著，章福卿譯，《認識生命倫理學》，台北：校園書房出版社，1997，頁151。李震山，《人性尊嚴與人權保障》，台北：元照，2000，頁125。

²⁸ 參見波依曼(Pojman)著，江麗美譯，《生與死》，台北：桂冠，1995，頁68。

樂死因為病人未表達過或未被詢問過其意願或已經沒有能力做出決定，所以並未顧及到病人的意願，也有可能在違背病人的意願。它們的目的都是要結束個人的生命。但是由於自殺是「自願性」地，所以只有自願安樂死，不論是消極的或積極的，我們才能將之視為某種特定意義上的自殺。此外，選擇安樂死的死亡方式的人，他們通常是認為此生已了無樂趣，與其活著受苦不如死亡，至少可以擺脫精神或身體上的痛苦折磨，也就是他們的動機都是為了避免受苦。雖然說非自願性安樂死有可能是病人的最佳利益（如考慮到病人藉此擺脫其悲慘處境），但實際上主要是從社會利益來加以考慮，故在道德上、在法律上備受爭議。

在法醫學上，一般根據死因和死亡的性質將死亡分為兩類：自然死亡和非自然死亡。自然死亡是一種順應生死過程的死亡，是多數人選擇的一種方式。非自然死亡則有各種各樣，如意外、天災、地變、人禍、被謀殺……等不可預測之死亡。自殺和安樂死皆屬於一種自動尋求死亡、尋求結束自己生命的死亡方式，也是屬於非自然死亡。由於它們是非自然死亡而且又是自願地，以致在道德上引起了很大的爭議。一般說來，選擇安樂死的死亡方式的人，他們的動機都是為了避免受苦。對於安樂死的實施對象則很難明確認定。一般認為，安樂死的對象是指那些罹患絕症，瀕臨死亡而又自己提出此要求的患者。對這些患者實施安樂死，是為了還他一個尊嚴，使之得以安詳地辭世。就這一點而言，安樂死的對象是「瀕死者」即可能趨於死亡而尚未死亡的患者，那麼他們選擇的死亡方式，是為了「好死」，為了避免「死」的痛苦所選擇的解脫之道。意即，一個人是為了避免他不希望的死亡方式而安排自己安樂死。安樂死的原意是無痛苦的死亡，所以不論是採取何種類型，可以說都是以無痛苦的手段來幫助患者結束其生命。

從「生命品質」的觀點來看，一個人假若身處在已是疾病末期沒有任何治癒希望或產生極大痛苦時，死亡對他們而言，應該是更好的。例如一個罹患癌症末期的病人，無治癒希望並合併淋巴及血液轉移，使他疼痛不已，需常藉助嗎啡來止痛，這種生活已無品質可言，為了解脫一切的痛苦，這個病人寧願選擇死亡。所以一個人的生命有價值，必須在意識清楚的條件下，不是處在令人絕望的狀態下。

生命已到末期，呈現出不同的痛苦，每種痛苦的程度對任何人所代表的意義都是不一樣的，再加上，病人除了面對疾病本身的疼痛外，還必須忍受因為生病所帶來的心理挫折，例如：因為生病而使得身體功能損失、意識喪失以及逐漸感受到失去生命尊嚴等，因此，一些受不了病痛之癌末病人多會尋求安樂死以求解脫。「生命品質」在個人的理解，隨著環境及條件的不同將有所改變，不同的人看法不同，同一個人也會隨時間及環境等因素而改變。如陳宏易提出，「**生命品質**，是指能滿足個體基本的需求，並透過個人內在心靈的感受而反映出來的，並與家庭、環境、健康、心理社會、親密關係等各層面，都能達到良好和諧的狀態。」

²⁹ 但是當病人處在疾病的末期，身心已受煎熬，又如何能獲得和諧的狀態呢？

對於選擇安樂死者，最需要的是別人尊重他的決定，尊重他選擇死亡的權利，那就足以讓他保有死亡的尊嚴。大衛描述一位罹患何杰金病的青年勞倫斯心目中的尊嚴死亡時說：

關於我自己要怎麼死，我想過很多次。我希望能積極參於自己的死亡過程，我希望對整個過程具有掌控權。我希望週遭的人，都是我認識、我愛的人。我希望過世的地方很舒服，像是在家裡，或是好朋友的家中。我希望我過世時，清風徐徐，天氣晴朗。對於大限將至，我毫無畏懼；我反而不希望痛苦中掙扎，徘徊人世，讓疾病耍威風有機會展現它最惡劣的面貌，這樣只會把我們的尊嚴消磨殆盡。何不趁著心情還好，趁著心智能力還在，輕鬆的道聲再會，離開我們暫居的人世。…我寧願自己做下死亡的決定，然後告訴自己親愛的家人：一路上你們對我的照顧良多，讓我一生過得很精采。接著就與大家告別。³⁰

勞倫斯希望的死亡方式顯然是安樂死；他希望「趁著心智能力還在，輕鬆的道聲再會。」這種死亡所強調的是對死亡過程的自主性，他期望在意識還清醒時下決定死亡，不在痛苦中掙扎到最後。他選擇死亡地點，希望死亡時喜愛的親友都在，能一一話別，感受愛的溫暖。如此能夠如其所願的死亡，維持了起碼條件的死亡的尊嚴。英國著名歷史學家和哲學家湯恩比（Arnold Toynbee）對安樂死所下的定義就是：「所謂安樂死，既不是為了懲罰某個人，也不是為了保護一些人而犧牲某個人，它是作為對當事人的一種慈愛行為來結束某個人的生命的。」³¹ 假若不是懲罰或犧牲某個人，只是仁慈的結束自己的生命而已，但是誰才能決定他人的生死呢？就安樂死主要的意義是促成病人達到「好死」的方法，其出發點是為了想要死的病人而設想的，雖然最後是導致死亡，但其動機是良善的，所以常用的概念是「仁慈致死」。雖然如此，安樂死是在一種避免痛苦的良好狀態；也就是說安樂死並不是自己想要死亡就死亡，而是為了解除痛苦求得安詳而死亡。

雖然，醫學之父希波克拉底在他向希臘諸神宣言提到，明確反對安樂死的主張：「我盡我之能力及判斷力以醫術去治病，決不可心存絲毫傷害和錯誤的心理。我決不接受任何請求而發給毒品或對這類事件作任何建議，同樣地我不給婦女任何墮胎的工具，我對人生及醫術保持純潔和神聖的觀念。…無論何處我都以協助病人為主，禁犯任何故意傷害與過失，尤其是損害病人的身體。」³² 由以上的說明可以知道在病人的生命中，醫師對病人之診斷與治療是必須盡其所能的給予

²⁹ 參見陳宏易，〈生活品質與生命品質的衡量〉，生活品質，第1卷第2期，頁8-15。

³⁰ 參考大衛·凱斯勒著，陳貞吟譯，《臨終關懷》，台北：商流文化，2000，頁226-227。

³¹ 參考陳剛主編，黃應全著，《生死之間》，北京：作家出版社，1998，頁75。

³² 轉引自謝獻臣，《醫學倫理》，台北：偉華書局，1996，頁32。

救治。不允許醫生對病人有任何故意殺害或傷害的行為，所以希波克拉底宣言是明確反對安樂死的。羅秉祥提到：「醫生協助自殺的程度可高可低。以美國而言，奧勒岡州的『尊嚴死法案』，所容許的只是醫生開處致死的藥方，病人要自己到藥房配藥，而配藥回家後服藥時該名醫生更不准在場。這是醫生參與性很低的協助病人自殺。可是，在參與性很高的協助病人自殺中，醫生是可以在旁伺候，用各種方式使患者不會有任何的不適..如美國綽號為『死亡醫生』的克沃要自己從事的行動只是按鍵而已。這些參與性很高的醫助自殺，就很接近他殺的安樂死。」³³ 安樂死的目的是為「減除痛苦」，是否只有以「殺死他」為解除痛苦的唯一途徑呢？醫學的目標有三個，即治癒、延長生命、及增進生活品質。若醫學朝向「增進生活品質」上努力，就不需要以殺死病人成為唯一的一個醫療處置。除了使用安樂死的方法讓病人在罹病期間有很好的生命品質外，涉及了違反生命神聖的倫理。當病人身處疾病末期，依著順其自然的讓病人邁向死亡外，還有另外一種選擇即是安寧療護。

三、安寧療護的理念

生命終了時刻選擇自然死，而不使用維生的儀器延長其痛苦的生命，或因生命是神聖的不選擇安樂死的面向，對病人的身體與心理層面而言是痛苦的，身為醫護人員不能不顧及他們的痛與苦。除此之外，另外一種的選擇即是安寧療護。

對於持續進行的惡性疾病病人來說，醫療將是致力於促進或是改善其所餘生命的品質。安寧療護醫療專業中最缺乏敏感度的詞彙就是「末期照護」。Fisher認為：「這不但是一個誤導病人與家屬的病態語詞，也是個非常不恰當的詞彙，其模糊面遠超過清晰程度。」³⁴ 病人因癌症致死的過程並非是立即的，死亡是一個過程，在終點到來前尚會經歷多樣的變化。世界衛生組織（WHO）在1990年對安寧療護的定義是：

對無治癒希望的病人採取積極與整體性的照護，其目的在確保病人與其家屬最佳的生活品質。以控制疼痛、緩解其他相關之症狀困擾、並以解除病人心理、社會與靈性層面之痛苦為重點。它肯定生命並關心死亡，且均將之視為一種自然的過程。³⁵

死亡是人生的一個正常、自然的過程，當然不可以強求延長其生命，或因罹患疾

³³ 參見羅秉祥，〈儒家的生死價值觀與安樂死〉，范瑞平主編，《中外醫學哲學—安樂死》，1998年2月，第1卷，第1期，頁41。

³⁴ 參見 Fisher, R. A. (1995). Palliative care: A rediscovery. In J. Penson & R. Fisher (Eds.), *Palliative care for people with cancer* (pp.1-10). London: Arnold. 轉引自楊克平、杜友蘭等合著，《安寧與緩和療護學》，台北：華杏，2007，頁5。

³⁵ 轉引自楊克平、杜友蘭等合著，《安寧與緩和療護學》，台北：華杏，2007，頁25。

病導致不適而選擇了安樂死以求迅速解脫。美國國家安寧組織（National Hospice Organization）在1993年對「安寧療護」做了以下的定義：「**針對無法治癒的疾病之最後階段提供支持與照護，使病人盡可能獲得充足與舒適的生活。**」³⁶ 換言之，當罹患末期疾病的患者已身處不適狀態，安寧療護可以針對其不適提供他所需要之醫療照護。簡單說來，安寧療護是緩解症狀而非治療其潛在疾病的療護。它維護餘生的生命品質為其主要的目標，肯定生命的價值，所以拒絕延長或加速病人的死亡。安寧療護最簡單的目的即在獲得一種舒適與自然的死亡。提供支持系統及協助病人盡量積極的生活直到死亡，並協助家屬渡過整個疾病過程及哀傷期。

安寧療護（hospice）一字始於十二世紀，原指朝聖中途的休息驛站。中世紀人們盛行朝聖，交通又不方便，途中許多人饑渴交迫或生病，這個休息站就成了供給旅客們溫暖、養病及補充食物的地方。到了十九世紀，交通較為發達，這種朝聖休息站已無太大意義，人們就將hospice用作專門照顧無法治療的病人的相關醫療機構的代稱。世界衛生組織（WHO）為緩和醫療的原則作如下的界定：「**要重視生命，並認為死亡是一種正常過程。緩和醫療既不加速死亡（即不作安樂死）也不延後死亡（即臨終時不作無謂而痛苦的人工復甦及加護病房延命措施）。提供痛苦和不適症狀的解除，提供病人盡可能地積極生活（安樂活）直至生命最後一刻的一種支持系統。**」³⁷ 大約由1960年開始，西方歐美國家意識到為末期病人給予積極的治療，不但無法延長他的生命，反而增加許多無謂的痛苦，並且阻礙了他們平安、尊嚴地死亡。安寧療護的觀念於1980年代由過外引進國內，1990年淡水馬偕醫院設立第一所「安寧病房」。1995年，行政院衛生署主導發展，並訂定名稱為「安寧療護」。對於面對瀕臨疾病末期時，即強調病人有權要求平安且尊嚴的死亡，而醫護人員也應該幫助病人平安尊嚴地死亡，於是發展出「安寧療護」。主要是為減輕或免除末期病人，施予緩解性、支持性的安寧的醫療照護，或不施行心肺復甦術，稱為安寧緩和醫療。

現代的安寧運動的哲理，強調生活品質的重要性，更甚於生命的量，如：Saunders說：「**.....你關係重要，因為你是你，你關係著你人生的最後活動，且我們將所有我們能做的，不僅僅是協助你逝世於安詳，並且與你同在，直到你過世為止。**」³⁸ 在醫院裡，護士與病人的互動關係最為頻繁，安寧病房中的護病人的接觸更多，病房能提供的照護措施，期盼病人可以獲得更佳的生活品質。Benner認為：「**.....會以另一種新的態度來看待病人與病人生活品質，並會注意到生活對病人所具有的意義。當病人無法以語言溝通時，這些顯得格外的重要。透過病人的陳述，護理人員可以了解到病人是甚麼樣的一個人、甚麼對病人具有重要的**

³⁶ 轉引自楊克平、杜友蘭等合著，《安寧與緩和療護學》，台北：華杏，2007，頁26。

³⁷ 同上註，頁26。

³⁸ 轉引自 Jean Lugton Margaret Kindlen 原著，陳玉婷、陳施妮、陳瑞貞、楊翠雲、賴才雅譯，《安寧照護－護理角色》，台北：五南，2002，頁312。

意義，以及甚麼是病人所關切的問題。」³⁹ 於病房裡護士透過與病人會談，了解對病人來說具有意義或所關切的事，滿足他的需要，當然也必須注意到心理的滿足或心靈的平安。John說：「**護病之間的互動過程牽涉到根據以往的經驗來掌握和詮釋時機，在考慮過各種可能結果的情形下，用適當的介入措施回應。……**」⁴⁰ 筆者身為病房裡護理人員，為病人執行適當的醫療處置與提供衛生教育指導時，即藉著與其互動溝通瞭解病人對於自己所罹患的疾病理解的程度，提供適合病人的照護措施，讓病人能得到更好、合適的生活，這也是當疾病已無法治癒時一種選擇的照護。對病人來說，可以降低身體與心理的不適，獲得較好生命品質。

對安寧療護而言，病人處在疾病末期時，醫護人員既不使用高科技的維生儀器來延長病人末期的生命，是肯定生命的價值，將死亡視為一個自然的過程；也不刻意加速生命死亡的到來，只是使用部分的醫療設施達到有效地控制疼痛及其他的身體不適症狀。但是，也不是所有的病人在臨終階段都屬於適用於安寧療護的照顧。當疾病屬於末期的情況時是被定義為不可治癒且不可逆轉的，若不給予維生的治療，病人將在「相當短時間」死亡。其次，現今醫療科技發達，醫療措施重視病情的治癒，醫生盡一切努力救治病人，目的是希望能治癒病人。但是對於末期無可救藥的病人，這些積極的醫療處置非但無濟於事，甚至可能造成病人更大的痛苦。當醫療上對病人已是無效時，對於病人的照護更應該受到重視，並盡力地解除末期病人的疼痛及各種症狀，期望使病人獲得舒適的照護，讓病人能平和安詳地度過最後餘生。當任何醫療措施（cure）對末期病人無效時，並不代表對他們的關懷也無效。安寧照顧重視對病人的關心及照顧，強調以照護（care）為主，並且是舒適的照護。對末期病人來說，健康當然是他最大的願望，事實上，恢復健康已經是不太可能的事。或許病人身心能夠少受痛苦及能舒適地度過剩下的生命，對他們來說就是最佳的生命品質。

在疼痛與心理的煎熬中，安寧照顧強調提供舒適的照護。但是，提供病人適當的麻醉藥或鎮靜劑，通常不會被認為是安樂死或是醫師協助自殺。這種情況下導致死亡的原因是因為病人本身的疾病，不是醫療人員做了甚麼造成病人死亡。相反的，假如不給予病人足夠的麻醉藥或鎮靜劑劑量，造成病人因無法忍受其劇烈疼痛的煎熬，容易造成病人要求安樂死的意圖。當病人能有適當的醫療照護機會，獲得更完善的安寧照顧較容易打消自殺的念頭。安寧療護反對安樂死，病人若尋求安樂死是因為他太痛苦，而希望早日解脫，安寧療護減輕了病人的痛苦，提升了病人的生活品質，就沒有必要再尋求安樂死了。

周誠誠在《當生命走到盡頭》裡的舉出一個案例：

³⁹ 轉引自 Jean Lugton Margaret Kindlen 原著，陳玉婷、陳施妮、陳瑞貞、楊翠雲、賴才雅譯，《安寧照顧－護理角色》，台北：五南，2002，頁91。

⁴⁰ 同上註，頁112-113。

柯先生是一位膀胱癌併發多發性肝轉移，以及肺轉移併發肺膜積水的八十歲老先生。這一次住院是因為膀胱癌引起血尿導致輸尿管不通、膀胱腫脹，又加上肝癌疼痛難耐，所以柯先生在家裡趁家人不注意時，猛吞20顆安眠藥企圖自殺，而被送到急診室來診治。到泌尿科病房住院後，柯先生仍然十分沮喪與憂鬱，而且他的疼痛難以控制，還有肋膜積水及肺癌引起的氣喘不止與躁動不安，但神智仍然十分清楚。因擔心還會再自殺、也希望能夠到安寧病房控制癌末症狀，讓柯先生轉入安寧病房。我們的首要的任務是將柯先生喘不過氣以及疼痛難耐的症狀控制下來。柯先生的症狀稍為改善。柯先生因有發燒的問題，抽血化驗再做決定對策。……。抽血檢查結果懷疑是敗血症，依住院醫師的判斷，柯先生頂多只能活個兩天吧，住院醫師告訴家屬，他認為不需要再用抗生素了，反正用了也沒甚麼用。不如……。柯先生聽完話，就把氧氣罩拿開，不再使用氧氣罩，很生氣且有點自暴自氣的想要早點喘死算了。這種病情的告知是宣判死刑。走到柯先生的病床前說：『阿伯，我要先跟你報告我的計劃，決定將你的處方用藥做一個改變，讓你在幾天內病情好轉，可以回家看一看，而且一定會比較舒服、比較不會那裡喘。……。我讀到一本專門探討癌症的書，書上提出證據說，醫師並不像法官一樣，可以宣判別人的生死，醫師只是提出建議的人而已。醫師宣佈一個癌症的病人最多只能活一個月或是活一年時，並不是真的只能活一個或是一年，因為醫師只是個人根據統計數字的講法而已。人並不是由數據所組成的，人是有生命力，隨時會隨著環境改變的活的動物，而數據是硬梆梆的東西，是沒有生命的東西，它是任人擺佈的。』……。當天晚上，柯先生突然精神變得好好，情況穩定了很多，呼吸次數也回復正常了，打算明天想要出院回家。⁴¹

由柯先生的狀況中可以看到，人活著真的是需要有尊嚴的。一個活地有尊嚴的生命才會有活力、有希望，就算是歷經滄桑的老人也一樣需要受到尊敬與鼓勵的。雖然這位柯先生因為癌症末期的病痛纏身而覺得悲觀失望、自怨自艾，但是他仍然堅持身為老人的最後尊嚴，所以才不要年輕人對他的同情、憐憫與施捨，寧願喘死算了。一位年輕的住院醫師以殘酷的方式告知病人病情，使病人所有的希望在一剎那破滅，更感覺到失去了人性的尊嚴。其實死亡本身並不可怕，但如果我們拒絕去面對它、準備它、談論它，我們還是的經歷到它。藉著安寧照護的出現，死亡的陌生恐懼將不再那麼可怕。

臨終的病人與家屬贊同利用「安寧療護」的醫療處置來面對或處理病人最後剩下來的日子時。家屬不願意病人在生命即將終了，卻是人生中最痛苦的渡過這一段的死亡過程。雖然死亡的過程是充滿著痛苦與無耐，但是，安寧療護反對安樂死，而是要讓病人可以「安樂活」！病人尋求安樂死是因為太痛苦，希望能早

⁴¹ 參見周誠誠，〈乾脆讓我喘死算了！〉，《當生命走到盡》，台北：晨星出版，2003，頁 58-64。

點解脫，安寧療護盡可能提供合乎病人需求的照護方式，並非不給予醫療與護理照顧，或刻意結束病人的生命。安寧療護希望協助末期病人度過最後一段安適、有意義、有品質的生活，因此盡一切努力照護病人，讓他們可以安樂地活到最後一刻，所以「安樂活」才是安寧療護的真正目標。也不是所有疾病末期的病人都可以接受安寧療護，但是它的制度是有限制的，並不是人人都可以被接受。接受安寧療護的病人是有條件的：

第一是癌症末期，這要經過專科醫師確定，當開刀、化學治療、放射治療都不能治癒或延長生命時。第二是病人有身體的症狀和痛苦，或有心理、精神、靈性、家庭等問題時。第三是既然不能延長生命，就不在病人將死亡時做心肺復甦術、插氣管內管、電擊等而增加或延長其痛苦。第四是希望病人和家屬能了解並接受安寧療護的理念。另外希望病人本身知道病情，一般習慣都會對病人隱瞞病情，但這是他的生命，再活不久了，要讓他有所準備，完成心願或了結心事，才不會有遺憾。⁴²

對於安寧療護的醫療處置是不用特殊、積極的醫療處置，但是，這不等同於「安樂死」。不用特殊的醫療處置是讓病人自然地走完由此疾病開啟的死亡過程。其中不使用特殊的醫療處置並不是意味著可以放棄普通的醫療處置，普通的醫療處置是一維生的基本生理照顧，例如給予營養或氧氣、疼痛控制或心靈的慰藉是需要提供的。如教宗若望保祿二世在《生命的福音》通諭中提到的緩和醫療：「**這方法是讓病人的痛苦較易忍受，也使病人在痛苦中得到支持與陪伴**」⁴³ 在任何狀況下，醫療人員有義務為病人採取基本的醫療照顧。假若中斷這些醫療，特別是營養的供給，那是讓病人提早結束生命。

傳統的安寧療護在處理「有症狀時的不可治癒性疾病」時，醫護人員仍然盡力地處理病人相關的醫療問題，直到所有的醫療處置停止後才使用安寧療護的照顧，更不用說病人的身心靈照顧。現代安寧療護已發現傳統的醫療處置對於照顧末期疾病的病人，無法處理他們身體或心理的不適症候，由發現疾病的初期一直到死亡，醫療團隊人員都參與其中，醫療照護都持續為病人執行了支持性與緩和性的治療。醫護人員隨時提供病人的需求，藉由陪伴、交談、傾聽與協助而增進病人的舒適感。楊克平說：「**關懷是希望的泉源，是生命的動力，生命品質可以提昇。**」⁴⁴ 醫護人員若能夠利用自己的醫療專業幫助末期病人，時常的陪伴與傾聽，可以讓他活得更價值、生命品質也可以更好。安寧療護強調末期病人的生命品質與尊嚴，而提供最理想與適合病人的照顧。**在許多研究中發現，臨終病人不能給予太多的輸液，若少許的脫水會使病人覺得舒適。**⁴⁵ 此外，病人還需要

⁴² 參見安寧緩和條例。

⁴³ 參見教宗若望保祿二世，《生命的福音》通諭，65 號。

⁴⁴ 參見楊克平、杜友蘭等合著，《安寧與緩和療護學》，台北：華杏，2007，頁 81。

⁴⁵ Dole, D., Hank, G. W. C., & MacDonald, N. (1998). *Palliative medicine* (2nd ed.) Oxford University Press. 轉引自趙可式，〈不予及撤除維生醫療〉，《醫療兩難之倫理抉擇》，台北：育教部，2004，

一些增進舒適的醫療，如氧氣、止痛、止喘等藥物，可以讓病人在臨終時能夠在最大的舒適及有尊嚴的離開人間，換句話說，讓疾病無可抗拒的生命現象回歸自然，也讓無效的醫療加諸在病人死亡過程的痛苦可以適時停止。這種以生命神聖與生命品質合併考慮的相對價值，是目前最符合倫理的生命價值觀。

根據對於安寧療護的理解，「生命的意義」在歷史的發展演變上，由著重「生命神聖」到著重「生命品質」，探就其中的脈絡可以發現，對於生命品質的重視，無法排除對於生命神聖的觀點；相對地，對於生命神聖之觀點中，也蘊含著生命品質的意義，兩者實非相對，在哲學的視野當中，德國哲學家黑格爾（Georg Hegel, 1770-1831）曾提出辯證法，一件事物的演變，將歷經「正」、「反」、「合」之階段，如對於臨終之關懷，「生命神聖」可以視為「正」，而「生命品質」則為「反」，對於兩者的融合即為「合」，另外，從高達美的視域融合之方式，思考生命意義對於臨終關懷，也更幫助我們對於了解其中之脈絡。因此，下一章我們將從高達美的觀點，對立與融合，做更一步的探討。

第二章 對立與融合

詮釋學 (Hermeneutics) 和古希臘的傳訊之神Hermes 有密切關係。詮釋學的起源自於祭司對神的旨意、神說的話的翻譯以及對於《聖經》的解釋。這種詮釋的過程，可被理解為一種「翻譯」的行動，帶入理解的過程。這種理解的過程將某種原本我們對其陌生的、外來的物件，轉換成為讓我們自己所熟悉的、可以理解的。Hermes必須將天上之神的訊息經過詮釋、翻譯成人類的語言，並通過必要的解釋向世間宣告，讓人們瞭解神的意旨，並發揮神在人間的功能！因此，詮釋可以說是宣告和解釋之意。詮釋學的形成，在中古世紀的歐洲是以重新理解《聖經》為主。所謂理解《聖經》是在揭示深藏在權威經典中的「神意」。使當時的歐洲社會秩序和人民生活規範在宗教之中；宗教不僅是人們的信仰，它的戒律則是人們的秩序與法律！所以，早期的詮釋學是在建構一種正確解釋《聖經》的技術。美國詮釋學研究者R.E.帕瑪 (Palmer) 對詮釋學的觀點做了三項基本意義的指向：1.用語詞大聲表達，即說話 (to say)；2.說明 (to explain)，即解釋；3.翻譯 (to translate)，如翻譯外國語言，詮釋學在希臘文和英語用法裡，可指示三個不同的東西：一是口頭陳述，另一是合理說明，再一是以另一種語言所做的翻譯。帕瑪說：「此三種意義指向都是某種外來的、陌生的，在時空和經驗中分離的東西，成為熟悉的、現時的和可理解的東西，因而某種需要陳述、說明或翻譯的東西就能被『帶入理解』。」¹ 由不同時空下，對於詮釋學出來的陳述、說明或翻譯的事件都算是一種詮釋行為。

於十九世紀時，詮釋學獲得理論的形式，最初它是作為一門系統的技藝學，即一種支配文本解釋規則的方法論，試圖排斥解釋學的任意性和主觀性而成為一門客觀解釋的方法學科，如施萊爾馬赫的語法詮釋與心理詮釋。對於一個不太理解的東西，我們如何讓它變成是我們可以瞭解的？通常我們是透過語言來說明。一旦可以利用語言來加以說明時，它似乎突然變得清楚明白了。因此我們常利用語言來說明一件事情的意義時，解釋的工作似乎就完成了。詮釋學的工作既然是以語言說明對象的意義，因此我們一些意義不清楚的對象，都必須藉著詮釋學去詮釋它的意義，那我們要如何去詮釋它的意義呢？換句話說，甚麼才是詮釋對象的意義呢？

一、強調作者意向的詮釋學

要詮釋 (理解) 一件事情，我們必然有我們自己的想法或是看法。當與人談

¹ Palmer, R. E. Hermeneutics : Interpretation Theory in Schleiermacher, Dilthey, Heidegger and Gadamer. Evanston, III., 1969, part one 參考洪漢鼎，《當代哲學詮釋學導論》，台北：五南出版社，1996，頁3。

話時，他人難以表達出自己想說的話，我們突然發覺自己可以瞭解他，對他說：「我好像可以明白你的意思了！」那時我們往往是指已經掌握到他心中未說出來的想法，在這種狀況下，瞭解一個意義就是指掌握作者當時的心靈狀態。有些學者認為，詮釋學要瞭解的意義是客觀的，也就是意義的本身獨立於詮釋者的主觀因素之外。無論詮釋者當時的想法如何不能改變詮釋對象本身的意義，因此，詮釋學工作就是提出各種詮釋原則，以避免詮釋者陷入個人的成見或主觀的因素之中。在無任何的成見下，才能正確的引導他去把握詮釋對象的客觀意義，達成一個客觀有效的詮釋。

施萊爾馬赫 F.D.E.施萊爾馬赫（Schleiermacher, 1768-1834）是一位神學家，由於時間的變遷中聖經上的語言和當時的語言有了很大的差異，所以聖經的意義變得矇矓不清，它須要詮釋才能被瞭解。於是施萊爾馬赫希望找到一些基本的原則，在原則的引導下，讓人瞭解聖經的語言。施萊爾馬赫以及十九世紀科技由於超出了這種調解古典文化和基督教的「特殊性」，並以一種形式的普遍性看待詮釋學任務。也就是說，施氏企圖建立出一種詮釋的方法，期盼能詮釋聖經的意義。他認為詮釋文本必須是完成的客觀的、絕對無誤的，那些主觀的，是不對的。為了避免錯誤的詮釋，得到客觀的詮釋，就得排除個人主觀的因素，然後才能瞭解詮釋對象的客觀意義，把握住客觀的意義，就是得到客觀正確的詮釋。為了達到對事情看法的一致性，理解的活動必須沿著文本來回跑著，並且在文本完全被理解之後這種詮釋循環就會消失。高達美說：「**在浪漫主義那裡，理解被看成為對一原始產品的複製。因而也就使這樣一種說法成為可能，我們必須比作者理解他本人更好地理解作者。**」（WM301,真理 382）我們為了要理解文本的內容，只要能把握作者在創作時心靈狀態，以某種方法使自己置身於作者的心靈，使自己的思想和作者同處於同一層次，那麼，作者與讀者的差別是可以被克服的。為了要得到一致性、客觀性，所有的理解就是對文本的一種複製行為。如此一來，得到客觀詮釋文本，詮釋出來的文本就長得一樣，即是得到對文本詮釋的一致性。施萊爾馬赫認為詮釋學的目的主要是像作者一樣好地理解文本，然後甚至要比作者更好地理解文本。

文本之所以存在的意義是為了表達作者的原意，而讀者對文本的解讀就是要把握作者的原意，作者的原意也因此成為了支配整個理解活動的核心。當我們做出這樣的詮釋時，表示我們已經說明出和瞭解它的意義了。詮釋學成為一種指導人去瞭解文本的客觀意義的學問時，它就是一種方法論，如施萊爾馬赫的詮釋學的基本意旨是：「**通過受控制的、方法論的思考而把一切異化的以及導致誤解的東西排除掉。**」² 他認為詮釋學的任務應發展一種有助於我們避免誤解文本、他人講話或歷史事件的方法。我們為了達到比作者更好地理解文本的目的，我們必須創造性地重新認識或重新建構作者的思想。重新建構作者的思想，換句話說，

² 參見高達美著，夏鎮平、宋建平譯，《哲學解釋學》，上海譯文出版，1994，頁 7。

就是設身處地的體驗作者的原意。施萊爾馬赫的特殊貢獻就是心理學解釋，高達美說：「**施萊爾馬赫的解釋歸根究底就是一種預感行為，一種把自己置身於作者的整個創作中的活動，一種對一部著作撰寫的『內在根據』的把握。**」(WM191, 真理 242-243) 這種預感行為是一種心理轉換，一種把自己置身於作者的整個創作中的活動來解釋，他認為作者與讀者乃是同一個精神的表現；換句話說，當我們讀文本時，為了能夠比作者還理解文本時，主觀的重新認識文本，必須將自己置入於文本的內涵中，達到一種心理轉換的狀況。

重建作者的心理過程實質上是一個再建構的過程，其中不僅是文本而已，還包括作者的整個生命的歷程及其歷史文化背景，作者創作文本的那一「生命時刻」，這種方法代表了理解的主觀性原則。施萊爾馬赫認為，

理解對象獨立於理解者，我們應當把理解對象置於它們賴以形成的那個歷史語境中，以使它與我們現在的理解過程相分離，而我們要理解的東西，不是作品的真理內容，而是作者個人的個別生命。³

我們理解文本時，就必須同時理解作者的歷史背景下的思想、生活，也就是說作者的時個別的生命歷史。換句話說，得到作者的意向或思想，就是要去重構作者的意向或思想。施萊爾馬赫認為，我們必須比作者理解他自己更好地理解作者，這是一種重構文本的意涵，但是高達美卻持相反的意見，「**它取消了解釋者與原作者之間的差別**」(WM197, 真理 250) 把自己置於作者的整個創作中的活動，對此作品需要有一種預感的、直接的猜測，根據預感的活動，得到一種重新建構的理解。所以理解作者用陌生的語言來撰寫出的文本、出現於過去時代的文本，要理解它是有問題的。按照施萊爾馬赫的看法，凡在需要克服時間差距的地方，就有一種特別的任務，他把這種任務稱之為「與原來的讀者處於同一層次」。施萊爾馬赫認為，「**真正的理解活動並不是讓自己與原來讀者處於同一層次，而是與作者處於同一層次，通過這種與作者處於同一層次的活動，文本就被解釋為它的作者的生命的特有表現。**」(WM195, 真理 248) 所以，一件作品或文本的產生都是包含著當時代作者的時空處境下所創造出來的東西，讀者要理解就必須把自己置身於與作者是處在同一境域下，才能理解到作者計畫所要創造出此文本或作品的意義。當我們詮釋文本時，我們必須從個別來理解整體，再從整體來理解個別，這可以說是一種普遍存在的循環關係。施萊爾馬赫把理解視為對作者意圖的一種重構，是一種客觀的普遍性，為達到客觀、普遍性的狀況，卻讓詮釋學陷入了主—客對立之中。

於施萊爾馬赫之後，狄爾泰 (Wilhelm Dilthey, 1833-1911) 提出，「**在自然認識論的領域中，只是通過經驗而產生的可證實的觀點，也就是說，是那種與個人**

³ 轉引自洪漢鼎，《當代哲學詮釋學導論》，台北：五南出版社，1996，頁 33。

的經驗相脫離，並且總是構成經驗知識論中可靠部分的東西。」(WM225,真理 287) 換句話說，以自然科學的實驗中，我們利用科學的方法得到客觀的詮釋，可以得到去除讀者以主觀的判斷，得到可靠部分的東西。「**體驗**」(WM227,真理 289) 是一種讀者對文本的一種內在的意識，是讀者能意識到的東西。我們自己存在於自己的歷史中是有限性的，但是卻提供給詮釋者普遍性，所以就是體驗，高達美說：

狄爾泰在這裡追隨一種古老的學說，這種學說認為理解的可能性在於人類本性的同質性。狄爾泰把我們自己的體驗世界看作是這樣一種擴充的單純出發點，這種擴充在富有生氣的變遷中，通過重新體驗歷史世界而獲得的東西的無限性去補充我們自身體驗的狹隘性和偶然性。(WM236, 真理 301)

讀者之所以能夠藉助「體驗」來理解文本的意涵，體驗是對生命的一種表達，體驗所連接的是川流不息的生命之源，在連續性的生命中，過去、現在和未來是融為一體的。所以，不同個性化存性的讀者和作者，也不過是同一生命中的「要素」，他們能藉助於「體驗」而溝通。狄爾泰認為，詮釋學是一種體驗的詮釋學，這種體驗的概念是包含人的感覺、情感、直覺和思想，是我們對它們的領悟與體認。除此之外，狄爾泰認為：

理解的這一特點是由理解的對象之特點決定的。理解的對象是以成為歷史、或將成為歷史的「文本」(在某個意義上，一切文本均是歷史的)，文本所描述的對象及其所蘊含的意義，不是理解者可以直接觀照或經驗東西，理解者必須首先對文本的創作過程作心理學的還原，悉心體驗，彼此認同，藉此進入作者的視野，才能重建整個創作的心理過程，揭示文本的「原意」。⁴

換句話說，在理解的過程中，讀者必須掃除自己的個體性和歷史性，完全以「白紙一張」的心理預備，將自己的生命置入文本當時作者的歷史處境與時代背景中，方能理解到作者的意圖及文本的意義。施萊爾瑪赫與狄爾泰的詮釋學循環是「心理學」的「移情作用」，目的在「重建」作者的生命歷程及其文化背景！作者創作文本的那一生命時刻，是理解者不僅要理解文本的意義，更要去理解隱藏在文本背後，連作者自己也未能意識到的作品意義。傳統認為作品的價值是客觀的，永恆不變的存作品內，當讀者閱讀時不能影響其作品的本質。如「紅樓夢」置放於書架上，只是一份印刷品，它沒有永恆不變的客觀意義，當我們閱讀「紅樓夢」時，這本書才能顯示出它的意義。換句話說，未經閱讀的不算是書，正是閱讀本身，也就是意義的產生過程。

狄爾泰強調客觀性，他的詮釋學仍是主觀與客觀的對立，我們如何脫離自

⁴ 轉引自潘德榮，《詮釋學導論》，台北：五南，1999，頁 71-72。

己，進入到另一個主體中，進入作者的生命，瞭解其意義所在，施萊爾瑪赫稱為是重建他人的心靈狀態；狄爾泰則是體驗。但是不論是重建或體驗，都是一種神秘的心靈轉移的過程，並且兩者都是強調作者意向的詮釋學，無法脫離主客對立。強調以作者為中心的詮釋要達到一致性的詮釋是不可能的，那麼，以讀者的意向作為詮釋中心又會得到文本的真正意涵嗎？以下就讀者的意向作為詮釋的意涵來說明。

二、強調讀者意向的詮釋學

從海德格開始，詮釋學有了新的定義，而成為一種以讀者中心的詮釋學。將表示理解不再只停留於此在的行為模式，而是一種融於此在的詮釋方式，理解將不只是追尋作者原意，而是將讀者自身的生存狀態產生了關聯，也就是從作者原意的關注轉向了讀者對於文本意義之創生，如果從讀者之角度詮釋，必然加入了讀者的視域，而有了新的創見。

這種方式，是高達美承繼海德格對於此在的論述以及黑格爾對於歷史精神之說法，高達美認為：**「海德格不再把此在的歷史性作為對它的認知可能性的限制，以及對於科學客觀性理想的威脅，而是一種積極的方法把它納入他的本體論疑難之中。」**¹² 海德格從詮釋學的本體論轉向，形成為一種「讀者中心論」，就如當讀者(欣賞者)在詮釋一件藝術品時，不是要其客觀瞭解作者的心靈狀態或作者內在生命，而是讓這藝術品的真理自由的展開出來。在歷史時間的因素下，詮釋不再是為了追求其客觀的普遍性，而是在具體的處境下，使讀者所詮釋出創新之概念。經由此，詮釋學的過程由過去注重於作者的原意，轉向到讀者依據自己的歷史性的詮釋，而使文本的意義將不斷地被創造出。

高達美說：**「這裡黑格爾說出了一個具有決定性意義的真理，因為，歷史精神的本質並不在於對過去事物的修復，而是在於與現時生命的思維性溝通。」**

(WM174, 真理 222) 在高達美看來，讀者對文本的詮釋並不是一種向作者原意的回溯運動，相反的，它是一種借助於文本而實現的此在存在的方式，因此，不是在於把握作者的原意或重建作者的思想，而是在於如何詮釋過去真理與現在處境下的思維溝通。由讀者自己的歷史性作為出發點去詮釋文本，並與文本做思維性的溝通中而形成文本意義的過程。由於讀者處於歷史的變化當中，所以，文本在詮釋過程中所獲得的意義是不斷的變化著。

高達美奠基於讀者歷史性的視域融合，來回應所謂的心理移情。高達美談到讀者的心理，是把過去的思想融合在自己的思想之中，還是在心裡上重建過去的思想。而高達美選擇了前一種方式，他反駁了之前的作者中心論，將讀者的歷史

¹²高達美著，夏鎮平、宋建平譯，《哲學解釋學》，上海譯文出版社，1999年，頁48。

性為一種妨礙理解作者原意的因素。高達美依循海德格與黑格爾的路途，對於文本的詮釋有一種新的方式，即是說，對於文本的解讀，並非只是一味地向作者所論述的原意做回溯動作，取而代之的是，是如何在理解中實現過去真理與現實態生命的思維性溝通。因此，從高達美的角度而言，理解的過程也就是融入了此在的歷史性，也對於文本的解讀有了創新的意義。因此，理解不只是一種複製之行為，而始終是一種創造性行為，也使詮釋之中心，從作者的原意轉向了讀者與其歷史性，由作者中心論進入了讀者中心論。高達美在海德格所提出的此在詮釋學導引下，徹底實現詮釋學從作者中心論到讀者中心論上的轉變，以往在作者中心論中必須排除的時間距離(讀者與作者的時間距離)、讀者的歷史性(此在的特殊性)、以及先入之見都有了新的意義，也形成了文本創新的重要元素。

如果我們了解高達美這一思想，我們即可說明前見不是屬於偶發奇想和流俗得到之見解，而是一件事情本身即存在的前見，這種詮釋的理解不是追尋文本隱含的作者原意，相反的，是文本與讀者自身的生存狀態有關。我們企圖理解一件事情或文本時，原本就有屬於我們自己的前見、前見和前把握，利用我們的前見對文本本身的意義來加以判斷，得到文本的意義不是經由偶發奇想和流俗的判斷得到的。這種判斷不是一次偶然的決定，它是「首要的經常的和最終的任務」。這種由讀者通過文本而把握住作者的原意的過程，轉向到讀者依據自己的歷史性，使得文本的意義不斷的創造的過程。由於讀者自身的歷史處境下，轉向成為「讀者中心論」，以讀者意向的詮釋學能幫助我們從作者盲點中釋放。但是如果完全地朝向讀者中心，修正過度之情形下，將造成了多元的詮釋觀點，而沒有所謂標準的判斷依據，這種的詮釋學又陷入相對主義，完全忽略文本產生處境下的意涵，這將產生詮釋學的惡性循環，海德格所云：

詮釋循環不可以被貶低為一種惡性循環即使被認為是一種可以忍受的惡性循環也不行。在這種循環中包藏著最原始認識的一種積極的可能性。當然，這種可能性只有在如下情況下才能得到真實理解，這就是解釋理解到它的首要的經常的任務，始終是不讓向來就有的前見、前見和前把握，以偶發奇想和流俗之見的方式出現，而是從事情本身出發處理這些前見、前見和前把握，從而確保論題的科學性。(WM271, 真理 344)

因此，詮釋學從作者中心論到讀者中心論，而之後再進入文本中心論。而所謂的文本中心論，即是強調在作者、文本與讀者三者的關係中，不能輕易地擱置某一方，而是在三者之間作出協調，對於作者的原意不能忽略、讀者的創生意義不能不採納，這樣的觀點，也符合了高達美所謂的「視域融合」。

三、視域融合

高達美在黑格爾和海德格的影響下，對文本的詮釋問題獲得了一種嶄新的見解。在高達美的詮釋學中，「先入之見」和「視域融合」獲得了合法的地位。

前見就是先入之見、或先入為主，對事情理解的判斷，高達美從否定的意義來說明前見的概念。高達美說：「**實際上前見就是一種判斷，它是一切對於事情具有決定性作用的要素被最後考察之前給予的。**」（WM275,真理 349）這是我們做決策之前所考量的決定性因素。例如，我說：「小美很漂亮，你媽媽一定也是這麼的漂亮。」小美說：「你為什麼會如此認為？」「因為你是你媽媽的女兒，所以你媽媽一定也很漂亮。」有這種判斷必定來自於自己的前見，才會做出這樣的判斷，但也會造成我們錯誤的判斷。這是一種前見，以此來推論出「有其女必有其母」的道理一般。但是這樣的推論有可能是正確的，相對的也有可能是錯誤的判斷，正確的判斷就是一種肯定的前見，反之，錯誤的判斷就是一種否定的前見。

種種不同的解釋，未達成共識以前，產生的一連串的意見或前見可以被更合適的意見所去取代，不同的見解即是我們針對籌劃產生的前見。那「前見」所指的是甚麼？高達美並不認同理解需要回到創作者的歷史背景與生命時刻。個體對於文本或事物的理解，都有「先入之見」的。「**在法學詞彙裡，一個前見就是實際終審判斷之前的一種正當的先行判決。**」（WM275,真理 349）當我們必須為一件事做出決定或下一個判斷時，也可能會是一個錯誤的判斷，但在眾多的決定或判斷下，必然會選擇一個自己認為是較為正確的、對的。如高達美說：「**『前見』其實並不是意味著一種錯誤的判斷。它的概念包含它可以具有肯定和否定的價值。**」（WM275,真理 349-350）換句話說，前見有另外一種含意，即是正當的成見。做出一個適合當時屬於自己的處境的判斷，就是一個肯定的判斷，若做出的決定不適當，那就會是一個否定的價值。給出一種針對事情一開始的先行判斷，有它的先見的價值，不一定完全是有害、不利、損失的情況，所以我們不能盲目地或頑固地堅持自己對於事情的前見。

高達美說：「**誰試圖去理解，誰就面臨了那種不是由事情本身而來的前見解的干擾。**」（WM271,真理 345）換句話說，當我們計畫去理解某件事情時，我們的心靈完全被已經存在的前見所左右時，就不能以開放的態度面對事情，不能客觀的傾聽真實的聲音，導致形成了錯誤的判斷。例如，當我們在閱讀朋友寄來一封電子郵件，我們希望這封郵件告訴一些關於事情的訊息，而不是要看朋友的心靈，而是要瞭解事情的意義。當計畫去瞭解事情時，我們會受到自己對事情看法的前見所影響。前見不是認識的障礙、不是錯誤或沒有根據的判斷，它是理解的前提條件。再者，我們早已預設，這位朋友對這件事情更為熟悉，所以我們會擱置自己的意見，開放自己，接受電子郵件告訴我們的訊息。消除對於「理解」的定義，高達美說：「**理解甚至根本不能被認為是一主體性的行為，而要被認為是一種置身於傳統過程中的行動。**」（WM295,真理 375）換句話說，理解不是一種

主動性的行為，是與文本或對象進行溝通時，於過程中所產生的。亦即我們總是在不斷的詮釋與理解活動中，成就自己的生命圖像。與文本或他人溝通時，讓見解更加清晰，也讓對方更加理解我們。前見也表明了我們對當時處境的一種判斷，我們不能超出自己的前見去看待事物。「**一切理解都必然包含某種前見。**」（WM274,真理 349）我們要理解文本的內容，勢必帶著自己的前見去看這份文本，所有正確的解釋也都必須避免隨心所欲去理解，如果有許多不同的見解時，必須選擇一個比較適合、正確的解釋。並且，我們要注意的是思考過程中前見的正確性。

文本經讀者的閱讀之後，其意義、價值及被創造出來。讀者以自身的處境去理解文本，並非一味地去除自身之個體性，以「心理移情」的方式，去追尋作者的原意甚或去找出作者未能呈現之意義所在。因此，彭啟福說：

高達美在海德格此在詮釋學引導下，徹底實現了詮釋學從「作者中心論」到「讀者中心論」的轉變。理解活動的中心從作者轉向了讀者，以往被認為危害理解的「時間距離」、讀者的「歷史性」等要素，成為理解過程中，決定文本意義的關鍵，甚至理解本身也不再被視為把握作者原意的認知方式，而成為讀者自身存在的方式。⁵

換句話說，前見對於我們理解文本可能會產生因不同時空處境下，容易產生誤解，誤解有如施萊爾瑪赫所說「那裡有誤解，那裡就需要詮釋」。因過去與現今的時間差距，對於過去文本的內容，現代的讀者要詮釋它，即必須瞭解到過去與現代時間影響到的差距，並且必須讓兩者可能達到視域融合。我們在看一件事情，要去理解它時，就有著一種範圍、區域。「視域」就是指視看的區域，包括我們從某個立足點出發所能看到的一切。但是，高達美所指的視域是有更深的意涵。

過去到現代時間的延續過程，其間總是有著差異的，但高達美並不認為「時間距離」是傳統與現代，文本與讀者之間必須要填平的鴻溝，相反地，應該把時間距離看成是理解過程中的一種積極創造的可能性。高達美說：

時間距離不是一個張著大口的鴻溝，而是由習俗和傳統的連續性所填滿，正是由於這種連續性，一切流傳物才向我們呈現出來。（WM302, 真理 384）

換句話說，時間之所以延續下來，不是由其中的差異性所形成，而是其間的距離，不但使讀者、作者與文本之間互相有著差異，也使他們相互連接，連接兩者的陌生性與熟悉性，成為文本與讀者的中介，並且是成為理解可以發生的可能性條

⁵ 參見彭啟福，《理解之思—詮釋學初論》，安徽人民出版社，2006，頁 68。

件。如果時間距離太近，容易受到當代讀者之偏見與情緒等因素之左右與影響，文本的很多意義就呈現不出來。就如法國田園畫家米勒的畫作，以戶外實地寫生方式，呈現農村鄉間的真實現象及大自然的美麗風景為題材，並以坦率的態度來描繪題材，記錄當時生活周遭的社會實景。這樣的寫實畫派，不為當代所認可。田園寫實藝術品，經過時間的推移與思維觀念的更迭，在生活內容高度空洞化的今日，這類作品反而令人感到反璞歸真的意向，尤其是米勒的兩幅代表作「晚禱」與「拾穗」，兩幅藝術作品對照今天全球經濟衰退、謀職不易、薪資偏低、生活大不易的今日，使讀者對於當年法國農民貧困的生活，感受深刻，並不因時間距離而有無法跨越的鴻溝，就如高達美說：

時間距離除了能遏制我們對對象的興趣這一意義外，顯然還有另一種意義。它可以使存在於事情的真正意義充分地顯露出來。但是，對一個文本或一部藝術作品的徵證意義的汲焉是永無止境的，它實際上是一種無限的過程。…。促使這種過濾過程的時間距離，本身並沒有一種封閉的界限，而是在一種不斷運動和擴展的過程中被把握。(WM303-304, 真理 385-386)

我們理解文本時，時間距離一直對當代的讀者有著影響，過去到現在因時間距離造成對現代的影響並不是一種封閉性的，是由習俗和傳統的連續性所填滿的，並呈現出其連續性的狀況，而一切流傳物或是文本才向我們呈現出它的意義來，那麼它們的「視域」指的又是？又如何能達到融合？高達美說：「一切有限的現在都有它的局限。我們可以這樣來規定處境概念，即它表現了一種限制視覺可能性的立足點，因此視域概念是本質上就屬於處境概念。」(WM307, 真理 390-391) 當我們要看事物時，當然一定要有一視野來看，當然我們要能夠看得遠，必定要能登上高處，不能站在近處即說自己可以看到遠在天邊的物體。所以對「視域」，高達美給了一個定義，認為：

視域表達了進行理解的人必須要有的卓越的寬廣視界。獲得一個視域，這總是意味著，我們學會了超出在咫尺的東西去觀看，這不是為了避而不見這種東西，而是為了在一個更大的整體中按照一個更正確的尺度更好地觀看這種東西。(WM310 真理 394-395)

換句話說，「視域」概念本身就表達了當我們打算進行理解時，必須要有卓越、寬廣的視界。為了獲得一個寬廣的視域，這意味著，我們學會了超出在咫尺的東西去觀看，這不是為了避而不見這種東西，而是為了在一個更大的整體中按照一個更正確的尺度以便更好地觀看這種東西。我們由傳統進入到現代，傳統的視域對於活動的人來說總是變化的。所以，一切人類生命由之生存的以及以傳統形式而存在於那裡的過去的視域，總是已經處於運動之中。我們為了能自身置入一種處境當中，例如，當我們計劃去理解他人的處境時，我們把自己置入到他的處境，

把自己置入他的處境中，他人的感受較容易被接受，可以比喻為「同感心」、「感同身受」或「人饑己饑」一般。一種如「自身置入」的感受，高達美說：

這樣一種自身置入，既不是一個個性移入另一個個性之中，也不是使另一個人受制於我們自己的標準，而總是意味著向一個更高的普遍性的提升，這種普遍性不僅克服了我們自己的個性，而且也克服了那個他人的個別性。(WM310, 真理 364)

換句話說，當我們企圖要去理解對象時，我們並不是純粹將自己置入在對象的內心世界，而是把我們自己置入他人所形成意見的視域之中，既不是純粹將自己置入對象的內心世界之中，也不是一種心靈的交流，而是與對象形成共同意義的分享，並且與對象共同得到對事情的一致性的理解而已。

當我們與歷史傳統發生對話，即就意味著我們與歷史存在著某種關係。當我們進入歷史傳統時，我們現代的視域或歷史視域並不會因此而被消解，而是通過視域融合構成了一個更為廣闊的、更包容了歷史和現代的整體性視域。獲得的理解達到更正確、更具普遍性的意義。一切特殊的東西都在整體中重新被審視，特殊視域中所包含的不真實的前見將根據這種更全面的視域被修正，從而達到歷史視域與我們的視域之一致性，這種獲得一致性就是普遍性得到的根本保證。理解乃是通過對話、溝通超越自己的個體有限的視域，使歷史傳統與現代的對話達到一種新的、更高層次的視域。在這新的視域中，意義被拓展、豐富。高達美說：

真正的歷史對象根本就不是對象，而是自己和他者的統一體，或一種關係，在這種關係中同時存在著歷史的實在以及歷史理解的實在。一種名符其實的詮釋學必須在理解本身中顯示歷史的實在性。因此我把所需要的這樣一種稱之為效果歷史。理解按其本性乃是一種效果歷史事件。(WM305, 真理 387)

換言之，自己和他者的統一體是一直演變、存在的，歷史之作為傳統，表明了我們形成於歷史之中。正因為歷史參與了當代而形成，便在當代中找到了它之所以存在的根據，由此進入了當代；然對我們發生影響的、構成著我們的歷史乃是我们所理解到的歷史，在理解中，歷史被重新塑造了，它是基於我們的視域、基於我們自己的經驗而被理解的歷史，這樣，我們通過對歷史的理解融入了歷史。真實的歷史乃是過去與當代相互作用產生的歷史。在確定的意義上，歷史就是向我們打開的文本，是與我們進行著對話的另一方，歷史的意義就在這對話過程中展現出來。

當個體與他人或文本有計劃理解的經驗同時，這種經驗都有自己的經驗視

域。每一種經驗都包含有先行過去和後續未來的隱約的視域，並最終與過去和未來的經驗相融合，形成統一的經驗流。高達美講的是理解的實現形式，它制約和影響著直觀的視域，包容著傳統。「視域融合」是高達美哲學詮釋學的核心概念，該概念在他的哲學中具體指理解過程的實質，是歷史和現在、客體和主體、他者和自我的無限融合過程。意義境域的基本開放性和前見解的特殊性賦予了「視域融合」基本的超越性、開放性和個體性。它與作為哲學範疇的「理解」存在本質有關聯，並且本身即是一種應用，欲理解對方所談論的內容，透過對話、溝通，得到的回應是雙方視域的融合之後產生的。

「視域融合」，簡單來說，就是一個視域與其他視域的融合。在視域融合中，歷史和現在、客體和主體、它者和自我構成了一個無限的統一整體。人類在歷史的過程中，無法完全離開群體，總是會與他人有互動，與他人有相互溝通的機會，那麼，視域對我們來說總是有著變化的。高達美認為，**「當我們的歷史意識置身於各種歷史視域中，這並不意味著走進了一個我們自身世界毫無關係的異己世界。」**（WM309,真理 393-394）換句話說，人類的活動與歷史產生相互關係，並將自身置入於歷史的視域之下，過程中也不斷的檢視我們自身的前見，這種視域也不斷的形成與融合，所以沒有過去的歷史，也不會有現今的視域。如高達美說：

歷史視域的籌劃活動只是理解過程中的一個階段，而且不會使自己凝固成為某種過去意識的自我異化，而是被自己現在的理解視域所替代。在理解的過程中產生一種真正的視域融合，這種視域融合隨著歷史視域的籌劃而同時消除了這視域。（WM312, 真理 396-397）

換句話說，在歷史的巨大視域擴及到我們當下處境的中，我們從來就不可能完全跳脫到自身視域之外去進行理解活動。換句話說，理解活動必然以前見的作用作為前提的基礎。並不因為時間距離，將不適當的前見加以反思後讓它出局，原來的視域也隨著有所變動，視域也逐漸的擴大，這就是高達美對歷史的反思作用。隨著時代的演變，理解的過程中必須是棄濁揚清，將不當的權威與輕率的前見予以拋棄，在不同的視域中，融入不同的見解，也表達出進行理解的人比須要有更卓越的寬廣的視域。說話者與傾聽者把對方視為一個有目的性、開放性的關係，所談論或須理解的內容可進入不同的視域達成融合。

第三章 安寧療護與視域融合

生命之所以存在的意義與價值，是在於我們自己本身對生命的價值觀，也就是能使我們的生命值得活下去的理由何在。海德格說：「人是向死存在」。人類生老病死的必然過程，既然無人可避免，那麼就得明白並懂得規劃自己的人生，如此的生命才具有意義。罹病的生命末期，得講求具有神聖的意義而繼續存活？還是因生命品質已經不佳、無法忍受其痛苦，而在處境不堪的情形下選擇安樂死？前者的生命神聖與後者注重生命品質，屬迥然不同的對立選擇處境，難道面臨生命的選擇只能二選一嗎？這兩者著重點是對立的嗎？當然答案是否定的，另一種選擇是安寧療護。生命的存在讓病人活著具有意義，但是患者處在生命末期仍要注意其生命品質的狀況。所以安寧療護與生命神聖不是形成對立，也不是不注意其生命品質。從高達美的視域融合的概念，可以發現安寧療護所具備的意涵有：一、安寧療護是生命神聖與生命品質對立的另一選擇、二、安寧療護是傳統與現代醫療理念的結合、三、安寧療護是生命歷史視域的融合、四、安寧療護是實踐智慧的彰顯，分別就以下說明：

一、安寧療護是生命神聖與生命品質對立的另一選擇

過去，人類沒有很好的醫藥發明，診斷病人的疾病因為科技不發達，個體的生命，大多因罹患急症而往生，也因醫藥的不發達，病人大都是順其自然離開世界。現今，科技的文明，造就疾病可以早期診斷，若是因疾病到了末期，仍有呼吸機器或循環機器執行肺臟與心臟應有的功能，繼續維持生理機能。因為醫療人員本著生命是神聖的，只要有機會就應該予以救助病人，讓他可以存活下去。對於所罹患的疾病已經到了末期，醫護人員也必須做出抉擇。

應讓他們使用著呼吸、循環機器來延續他們的生命？或是因病人已無法痊癒的機會，讓他們安靜的離開？若是注重生命品質，面對死亡的察覺更讓一個人迫切需要尊嚴。健康的人們不用尋找尊嚴，因為尊嚴就表現在我們的日常生活中。一個人懷著自信生活著，也就是擁有尊嚴而活。選擇安樂死是希望獲得死亡的尊嚴，也是避免殘忍的慈悲行為，是對一個人最後尊嚴的維護。

對此我們首先要理解的是末期病人對於生命的看待，誠如高達美說：「**理解首先指相互理解。了解首先是相互一致。所以，人們大多是直接地相互理解的，也就是說，他們相互了解直到取得相互一致為止。**」（WM183,真理233）不論是生命神聖性或是重視生命品質，人們都必須理解。理解病人的生命意義時，帶著某種信念對它有所了解；病人的生命已盡尾聲，到底是要講生命的神聖與應注意生命品質，論述的要點各有不同的爭議，兩者所形成的對立將是有目共睹。但人

們的生命必須如此嗎？生命神聖與生命品質的著眼點是不同的，但若將兩者形成對立，顯然無法決定出那一個應該更重要。因此在現今的醫療體制下，發展出另一種選擇，是安寧療護。

在前面，本文已經從德沃金與史懷哲兩位學者之角度，探討尊重生命神聖性的看法。因生命具有自身的價值，其價值就在於自身所具有的神聖性。然而病人處在疾病末期時，已無治癒的可能，若仰賴醫療維生的儀器對醫療資源來說，是一種浪費。所以從生命品質的觀點贊成安樂死，是人們對待死亡的一種轉變。實施安樂死的目的是經由人為的控制，讓末期病人在身體上和精神上皆能達到良好的狀態，以解除病人死亡的痛苦，維持病人的死亡尊嚴和選擇死亡的權利。如以高達美的角度論述，高達美認為：「**歷史性的認識只能這樣才被獲得，即在任何情況下都必須從過去與現在的連續性中去考察過去。**」（WM333,真理424-425）過去傳統認為生命是神聖的意涵，末期疾病的病人，因為所罹患的疾病產生的痛苦，因處在當下的處境，無法完全以生命是神聖來探討，其生命都應該被保持下來，必須依病人的處境得到判斷。

身處在現今的社會中，罹病末期的人，帶著某個特殊意義，期待去理解或詮釋自己生命的選擇。如高達美說：「**誰想要理解某個本文，誰就總是在完成一種籌劃。**」（WM271,真理 345）當我們詮釋我們的處境時，總是計劃自己的處境應如何選擇。可以藉由海德格提出的「理解的前結構」，來進一步說明這種「詮釋學處境」。高達美說：

海德格所描述的過程是：對前籌劃的每一次修正是能夠預先作出一種新的意義籌劃；在意義的統一體被確定之前，各種相互競爭的籌劃可以彼此同時出現；解釋開始於前把握，而前把握可以被更合適的把握所替代：正是這種不斷進行的新籌劃過程了理解 and 解釋的意義運動。（WM271-272, 真理 345）

換言之，海德格的想法是：早在我們有意識地對某個文本或對象進行詮釋與意義的理解前，我們就已經將該文本或對象置入某個意義脈絡當中(即是前有)；而在詮釋該文本或對象的過程中，又會涉及我們對於某些觀點的擇取或目標的立定(即是前見)；最後，在最直接反應的情況下，擇定觀點或立定目標(即是前把握)。

這前有、前見與前把握三者的透過不斷的循環，說明了當我們進行理解與詮釋活動前，總會對文本或事物對象給出一種預先的籌劃。這種籌劃的內容會隨著理解過程的循環而有所增減，當初預期的意義，必須在後來的文本或事物本身當中得到應證。回顧到對生命的看待，當病人罹病末期時，詮釋生命的意涵既不是只有生命神聖面向，也不只是注重到生命品質而已，而是這兩者都要顧及到。

病人的生命是透過原本具有的神聖意涵與生命品質的對話，病人的生命必然有其存在的理由，不可隨意放任的面對自己的生命。不是因為生命是神聖的，便一而再的複製生命的神聖性；然而，也不是隨意的聽從病人身處困頓，及以生命的品質即自由地處理自己的生命，選擇安樂死。由於安樂死不等同於自殺，病人無法自行了斷，必須在他人（尤其是醫師）協助下才能達成，所以，對病人自主權的尊重，不只表面上的尊重，還應該包括行動上的協助。反對者質疑醫護人員在安樂死中所扮演的角色，以為用「人為」的方式協助病人安樂死，便違反社會對醫護人員「救人」角色的期待。然而，如果我們認同安樂死，是對一個人死亡尊嚴的維護，那麼安樂死就只是一種「仁慈致死」的醫療行為。在如此生命價值的認定中，醫護人員可以在無違反法律的壓力下，協助病人安樂死，才是真正對病人自主權的尊重，並達到生命品質的要求。顯然在神聖意涵與生命品質的對話中存在著熟悉性與陌生性，如高達美說：

實際上存在著一種熟悉性與陌生性的兩極對立，而詮釋學的任務就是建立在這種兩極對立上。只是對這種兩極性我們不應當像施萊馬赫那樣的心理學上理解為隱蔽了個性秘密的兩極距離。而應從真正詮釋學上看，即鑒於某種被言說的東西，理解為流傳物借以向我們述說的語言、流傳物告訴我們的故事。這裡給出了一種對立關係。流傳物對於我們所具有的陌生性與熟悉性之間的地帶，乃是具有歷史意味的枯朽了的對象性和對某個傳統的隸屬性之間的中間地帶。詮釋學的真正位置就存在於這中間地帶內。

(WM300, 真理381)

換言之，從高達美詮釋學的觀點，人們經驗世界的模式是詮釋學的，原因是我們與自身的所在的世界，總是處於一種既熟悉又陌生的關係中。我們擁有某些我們既定的東西，使得我們與世界的原始的一方聯繫；另一方面，新的、陌生的成份不斷加入，這促使我們不斷進行新的理解活動。例如，「人類生命是神聖的」一直以來對人們都是熟悉而且是既定的，另一方面，生命品質的強調與安樂死的要求卻是新的、具有某種陌生性的議題，它讓我們進行了新的理解與體會，安寧療護就是建立在這種兩極的對立上，融合了熟悉與陌生感而處於這中間地帶。也可以說安寧療護是在不斷的詮釋與理解活動中，塑造出對生命具有創造性的圖像¹³。

生命品質的訴求常出現於末期病人，病人處於痛苦階段，認為生不如死。如趙可式在《安寧伴行》書中提到：

四十二歲的肺癌病人林先生，雙側肺皆被癌細胞占滿，整日整夜無法平

¹³ 參考陳欣白，《對話與溝通》，台北：揚智，2003，頁35。

躺，只能坐著，使得尾椎處的褥瘡爛出一個大洞。他扶著氧氣罩天天跟我說：『我快窒息了！像上吊那麼難受！』我卻束手無策。所有的醫護人員做的只是給他氧氣，打點滴，用一些無效的支氣管擴張劑及化痰藥讓他留著一口氣。有一天大夜班時他不見了，全院警衛出動尋找，他的妻子帶著九歲的兒子清晨趕到醫院，我帶著他倆加入搜尋，當我打開一間教室的門，看到吊在橫樑上的林先生時，想回頭阻止林小弟入內卻已經來不及了，母子倆站在門口，目瞪口呆地凝視繩子上，連哭都哭不出來了。林太太回到病房收拾林先生遺物，在抽屜中發現一張遺書，上面只有短短六個字：『長痛不如短痛！』既然他每分每秒都要承受像『上吊般』的煎熬，就乾脆一次用上吊解決。²

在這段描述中，林先生因癌症細胞的侵襲，導致部分器官功能變差，甚至影響了生命最後的尊嚴，痛苦症狀造成了『長痛不如短痛！』的感受，在病房內若是忙碌工作的醫護人員，未能謹慎處理病人的身體和心理的不適症狀，容易導致病人因無法忍受痛苦，而經由自殺的方式，結束自己的生命。在醫療院所中，病人以自殺的手段來解決自己的不適，對於救助病人生命的醫療人員來說，無疑是一種諷刺的行為。然而從病人的角度而言，此舉動卻是能幫助自己的方式。

只是，對於末期疾病的病人，醫療院所更應該利用醫療專業知識與技能，提供安寧療護，以協助病人減輕其痛苦，讓病人於末期時，讓身體與心理部分都能得到好的照護，並讓家屬沒有遺憾。換言之，安寧療護的醫療並非是一種放棄醫療的措施，反而它是針對病人的問題，給予合宜的照護。所以針對與末期疾病，身體已經歷痛苦不堪的狀況來看，若考慮到生命的最後尊嚴，了解病人的感受，並且不再延續生理的痛苦，安寧療護似乎是一種可行的模式，醫療人員除了尊重生命神聖性外，也考慮到了生命的尊嚴。生命神聖與生命尊嚴兩者並重，它們並非對立，也同等重要。

一個人也可以在醫護人員的悉心照顧下，尊嚴的走完人生，因此，不需要急急忙忙快速縮短一個人的生命。然而，吾人覺得安樂死與自然死或安寧療護，從動機而言並無明顯的分野，目的都是要解除病人的痛苦，所以它們並不是對立的。如對一個癌症末期病人，當所有的治療顯示都無法改善病情時，病人可能選擇安寧療護，來減輕疼痛。但是安寧療護並不能解決所有問題，不是所有的疼痛都可以被控制，也不是所有的憂傷都能被舒緩。對這些無法忍受身心痛苦的病人，若其要求協助死亡，以解除其痛苦，應該也有另一種選擇。安樂死就是這種選擇。因此瑪麗引述布維爾醫師的話：「**必要時，積極幫助死亡應該是由安寧緩和治療提供的選擇。**」³ 換言之，安寧療護雖然注重生命的神聖性，然而必要時

² 參見趙可式，《安寧伴行》，台北：天下文化，2007，頁20。

³ 參見瑪麗·德·翁澤（Marie de Hennezel）著，吳美慧譯，《我們並未互道再見－關於安樂死》，

縮短生命也應該是安寧療護提供的照護選擇。

二、安寧療護是傳統與現代醫療理念的結合

在過去，由於交通的不發達，很多傳染性疾病不會造成大規模的傷害，也不會因為全球化，導致大流行且快速的漫延增加死亡率。然而，在 2003 年 SARS（急性嚴重呼吸道症候群）的快速傳播及漫延，尚未找到原因，病人因未得到正確的醫療處置而往生。經醫療人員努力研究，找出病因的前提，是認為生命是神聖的，所以盡可能讓病人可以存活下來。

在 1960 年代以後，因為科技的進步，病人只要有一絲絲存活的機會，醫護人員便因希波克拉底與南丁格爾的誓詞，盡全力拯救病人的性命，不論他的身體有無承受疾病的痛苦，最主要之原因是，只要病人活著就有希望，雖然目前無法根治的疾病，將可能於若干年之後，治癒的可能性出現。即使病人是處在極度痛苦的情形之下，也不採取安樂死的方式，這樣的觀點，即強力的支持生命神聖論。

在傳統醫療中，身體被視為醫療處置的對象，經由處置能夠回復原來的功能，至於心靈大多不被視為最重要的考量。這樣「醫身不醫心」，是現今的醫療必須要面對的問題，畢竟人們除了身體的苦痛外，還包括心靈的層面。在生理上，由於科技的進步，帶給了人類無窮的祝福。過去很多醫師束手無策的病症，現在不但能加以治療，甚至可能完全根治。過去的醫療，無法讓病人依賴維生儀器來繼續生存，而現今，醫療在某種程度上，可以延續病人的生命，扮演了上帝的角色，迫使人們不得不重新思考與詮釋一些問題。

在上述的例子中，從來沒有人與病人談過他的希望和需要，也沒有人知道要如何處理病人的需要，更沒有人會想到替家屬作心理輔導，因而使病人無法尊嚴地面對死亡。1960 年開始，強調病人能有尊嚴的面對死亡，醫護人員也應該協助病人平安尊嚴地死亡，於是發展出「安寧療護」的照護措施。讓病人因疾病的併發症所產生的不適，利用安寧療護的照護提供緩解性、支持性的照護，或不施行心肺復甦術，避免延長病人的生命，也延長了痛苦。

在過去，因為宗教的信仰所詮釋的生命意涵是神聖的，如史懷哲所言：「人類必須知道的基本事實：『我是活在一個希望生存的大生命體裡，一個有存活慾望的生命。』善於思考的人覺得自己必須尊重其他生命，有如尊嚴自己一般。」³

³ 這樣的觀點是認為，一個人必須存在此個體，且人類的生命是神聖的，沒有任

張老師文化，2001，頁 238。

³ 轉引自波伊曼（Louis P.Pojman），江麗美譯，《生與世》，台北：桂冠圖書公司，1997，頁 19。

何物品可以替代生命而存在。利用醫療盡可能的治癒疾病，完成師命神聖的使命。但是對於疾病末期的病人而言，因為醫療的局限，因而不知如何面對生命的痛苦。

現代的醫療科技，例如「葉醫師」(ECMO，葉克膜)⁴的維生儀器，短時間搶救病人危急的生命，但它也不是萬能的，病人不可能一輩子靠維生儀器來完成心肺的循環，既是如此，那麼與植物人又有何區別呢，將病人綁在病床上仰賴儀器維持生命，又有何生命的尊嚴呢？過去沒有這種儀器的發明，病人因發生緊急事故當然無法搶救成功，對於生命是神聖來說，只有讓病人在醫護人員面前離開，因為即使是執行了心肺復甦術病人大多也是回天乏術。醫護人員利用儀器的便利得以讓病人有機會能存活，對他而言活著就有希望，畢竟是可以被救治的急症，身為醫護人員對於此類病人，必須依醫療人員法規給予適當、合宜的醫療處置。

當疾病屬於末期的情況，是被定義為不可治癒且不可逆轉的，若不給予維生的治療，病人將在相當短時間內會死亡，若利用先進的儀器來維持其生命，這些積極的醫療處置將無濟於事，甚至可能造成病人更大的痛苦。當醫療上對病人已是無效時，對於病人的照護應該受到重視，並盡力地解除末期病人的疼痛及各種症狀，期望使病人獲得舒適的照護，讓病人能平和安祥地度過最後餘生。當任何治癒性醫療措施對末期病人無效時，並不代表對他們的關懷也無效。安寧照顧重視對病人的關心及照顧，強調以關懷照護為主，並且是舒適的照護。對末期病人來說，健康當然是他最大的願望，事實上，恢復健康已經是不太可能的事。或許病人身心能夠少受痛苦，及能舒適地度過剩下的生命，對他們來說就是最佳的生命品質。

一個人也可以在醫護人員的悉心照顧下，尊嚴的走完人生，因此，不需要急急忙忙快速縮短一個人的生命。然而，吾人覺得安樂死與自然死或安寧療護，從動機而言並無明顯的分野，目的都是要解除病人的痛苦，所以它們並不是對立的。如對一個癌症末期病人，當所有的治療顯示都無法改善病情時，病人可能選擇安寧療護，來減輕疼痛。但是安寧療護並不能解決所有問題，不是所有的疼痛都可以被控制，也不是所有的憂傷都能被舒緩。對這些無法忍受身心痛苦的病人，若其要求協助死亡，以免除其痛苦，應該也有另一種選擇。安寧療護就是這種選擇。瑪麗引述布維爾醫師的話：「**必要時，積極幫助死亡應該是由安寧緩和**

⁴ 聯合晚報，林進修，2007/01/14。台中市長胡志強夫人邵曉鈴女士及星星王子在「葉克膜」協助下，僥倖從鬼門關繞一圈回來，頓時讓「葉克膜」紅透半邊天，不少民眾甚至向醫院苦苦哀求，請「葉醫師」出馬搶救命在旦夕的重症家屬，更為「他」抹上神奇色彩。其實，葉克膜並不是醫師名字，而是一種冷冰冰的醫療儀器，全名是 Extracorporeal Membrane Oxygenation，中文為「體外膜氧合」，又名「體外維生系統」，英文縮寫為「ECMO」，直接翻釋就是「葉克膜」。美國密西根州立大學外科教授勞勃巴列特 (Robert H. Bartlett) 是全球第一個使用葉克膜的醫師，1972 年至今，該大學附設醫院已累積超過 1600 名病例。台大雖遲至 1994 年才跟進，至今也迅速累積近 830 名個案，高居全球第二。

治療提供的選擇。」⁵

安寧療護在形式上不同於安樂死，國內通過的安寧緩和醫療條例第三條明白列出：「**安寧緩和醫療：是指為減輕或免除末期病人的痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。**」⁶ 此條例強調的是「不施行急救」，對於在不知情之下已施行的部分，即使病人不願意，卻無權終止！例如一個人車禍受傷，他在意識不清時被不知情的醫師接上了插管等維生設備，儘管他車禍前曾簽了志願書不要急救，但卻無人知曉。所以當他處於清醒狀態下要求拔除維生設備時，卻發現其意願與此條例相違背。換句話說，在「安寧緩和醫療條例」之下，醫師不能將病人的維生設備拔除。若是此時醫師為病人拔除維生設備，等於接受病人安樂死，似乎於法不合。若從安寧緩和醫療條例的整個立法精神而言，此條例主要是保障末期病人的「醫療意願」，並且施與「緩解性、支持性」醫療照顧。因此，安寧療護的過程中，提供一種支持性的醫療照顧，如此才是死亡尊嚴的完整內涵。

三、安寧療護是生命歷史視域的融合

根據衛生署所公告十大死因，大多屬於慢性疾病的併發症造成往生，也因個人自主權的高漲，注重生命品質而贊成安樂死的聲音不斷的增長，但是筆者仍認為安樂死並非是增進病人尊嚴的最適當方式。身為醫護人員的責任，是應維持病人的生存以及對於病人尊嚴的尊重，而不是加速或企圖來結束其生命。雖然有所謂的自願性安樂死，但是在許多情境之下，確定病人是否自願是困難的，因而實施安樂死，可能會殺死尚未絕望的病人。醫護人員在無法明確地判斷病人，是否毫無求生的意志或已有絕對求死的決心，若是如此，安樂死可能會形成一種變相的謀殺，而把殺人的行為加以合理化而已。畢竟，現今無法治癒的疾病，在未來憑藉醫療科技的進步會有治癒的可能。即使如此，對於已無法治癒的病人，人們應強調安寧療護，協助病人減輕疼痛，使剩下的生命更有品質，並讓死亡自然地、有尊嚴地來臨，而不是以外力或利用藥物來加速病人的死亡。

彭啟福如此說：

高達美非常強調理解乃是一種在文本的解讀過程中發生的作者和讀者之間的視域融合。而這種所謂的『視域融合』，既不是以放棄讀者自身視域

⁵ 參見瑪麗·德·翁澤 (Marie de Hennezel) 著，吳美慧譯，《我們並未互道再見－關於安樂死》，張老師文化，2001，頁 238。

⁶ 我國「安寧緩和醫療條例」於民國二000年六月七日經總統公佈實施。共十五條條例，立法之目的為「尊重不可治癒末期病人之醫療醫院及保障其權益」。引自高淑芬等編著，《老人護理學》，台北，永大，2000，頁 x-31。

為前提的對作作者原意的客觀複製，也不是一種聽任讀者主觀性和個性肆虐的『自由發揮』，它是通過讀者和作者之間的主體間性『對話』而達成的新視域。」所謂的新視域既不是作者視域的移動，也無是讀者原有視域的機械擴展，在理解的應用性作用下，在普遍與特殊關係的張力中，原有的兩種視域相互融合成了一個包容了作者與讀者的主體間性的嶄新視域。⁷

換句話說，詮釋文本時，作者和讀者必須發生視域的融合，不是以作者的視域為主，自身置入到作者的視域所得到的理解才是真正的理解，當然也不是完全以讀者所理解到的就是真理所在，而是透過兩者之間的對話與溝通得到的視域。生老病死是人類必經的歷程，無人可以避免，人們更應思索自己對生命的理解。在面對是否延長病人的生命時，必須以病人的最高利益與人道的考量。為了避免醫療資源過度的浪費，並基於全民健康保險局投保單位和社會成本的負擔，來促使病人安樂死的合理化，會忽略真正一個人生命的價值，因為生命是無法以金錢利益的觀點來衡量的。除此之外，如果家族親人之間為了利害關係，爭奪遺產，繼承利益而破壞親情，安樂死也有可能變成促成死亡的一種方法，這都不是我們所要達到的。

醫療的照護品質，如同疾病的治癒，一直是人們追求的目標。然而，要達到所希望的品質目標，就必須不斷的調整照護品質的策略，因為個體所處的環境和人們的理解都不斷的改變著。存活的人所講求的是生命品質，生病的人則是追求醫療照護的品質。安寧療護是一種理念，它的目標是提昇末期病人及其家屬的生活品質。其照護的焦點，是在提昇病人的生活品質，及提供一種舒適與尊嚴的死亡。過去對生命的看待，不管生命是處在多糟糕的地步，對待它必須予以尊重。但是對於生命已面臨末期，生存下來對病人本身，或是家屬都只是一種身體或心理的折磨時，我們就不得不考慮其他的處置。畢竟我們是生存在當下的處境，高達美曾用處境的概念來解釋視域，他說：

我們並不處於處境的對面，因而也就無從對處境有任何客觀的認識。我們總是處於這種處境中，我們總是發現自己已經處於某個處境裡，因而要想闡明這種處境，乃是一項絕不可能徹底完成的任務。這一點也適合於詮釋學處境，也就是說，適合於我們發現我們自己總是與我們所要理解的流傳物處於相關聯的這樣一種處境。對這種處境的闡釋，也就是說，進行效果歷史的反思，並不是可以完成的，但這種不可完成性不是由於缺乏反思，而是在於我們自身作為歷史存在的本質。所謂歷史地存在，就是說，永遠不能進行自我認識。(WM307, 真理 390)

⁷ 參見彭啟福，《理解之思－詮釋學初論》，安徽人民出版社，2006，頁 126-127。

換句話說，我們處在疾病末期的處境中，必須自己選擇面對它，只有通過自己對末期生命的認知，我們會被激起經驗到我們的視域，被迫發揮自己對此生命的前見並對這種生命提出問題，如此一來，我們會超越自己的理解框架。通過這種超越，可能會與生命文本相遇，從未有此種不適的身體，正因為陌生而使得自己對生命有另一種屬於自己的特性可以突顯出。假如生命神聖與生命品質的論述都有其偏頗之處，對於處在疾病末期的病人，在這種的歷史視域中，醫護人員為他著想和考量，兩者必然都要顧及到。對於生命的處置，應該注重生命的神聖與生命品質，所以，安寧療護是生命處境下的一種選擇。如潘德榮說：

傳統作為當代的基礎而影響著當代，進入了當代，並在當代中繼續向前延伸；正因為傳統進入了當代，進入了我們的理解視界，傳統就在我們的理解中被重新建構著。由於這種雙向作用，傳統與當代才聯結為一個整體，構成了歷史。在歷史的關連中，傳統與當代是互相從屬的。傳統屬於當代，它是當代所理解的傳統；當代屬於傳統，它基於傳統並且是傳統進一步開展。⁸

換言之，人們活在當代，仍受到傳統影響至今，由過去的傳統文化進入到現在的社會，過去傳統對生命的詮釋到現今仍受傳統的影響。尊重生命的意涵，過去對生命的詮釋只要生存著就有其意義所在，也造就醫療科技的發明，但是對於疾病末期的病人而言，在必須仰賴機器才能存活下來，有人對這種生命的詮釋是沒甚麼生命品質或生命尊嚴可言。過去的傳統造就了現代的人們，也因為安寧療護的產生，醫護人員更可以注重神聖與品質的照護。與過去傳統對話，就意味著我們與歷史存在著某種關聯，但「這樣一種自身置入，既不是一個個性移入另一個個性中，也不是使另一個人受制於我們自己的標準，而總是意味著向一個更高的普遍性提升，這種普遍性不僅克服了我們自己的個別性，而且也克服了那個他人的個別性。」(WM310,真理 394) 自己的生命是屬於自己的，不可能只是透過自然科學的實驗得到普遍性、客觀的答案，只有自己才知道怎樣的生活經驗才是屬於自己的標準，透過理解自己，讓自己的個別性提昇。當我們進入歷史時，我們的視域或歷史視域並不因之而被消解，而是通過「視域融合」構成了一個更為廣闊的、包容了歷史和現代的整體視域。在歷史和現代的整體視域中所獲得的理解更具普遍性意義。一切特殊的東西都在整體中被重新審視，特殊視域中所包含的不真的前判斷將根據這種更全面的視域被修正，從而達到歷史視域與我們的視域之一致性，這種一致性就是普遍性的根本保證。

從下面真實案例，說明安寧緩和醫療為一種新視域：

一位42歲患卵巢癌的女士，其癌細胞已侵犯至整個腹腔及骨頭，而肝臟、

⁸ 參見潘德榮，《詮釋學導論》，台北：五南，1999，頁128。

肺及腎功能皆已損壞。當病患病情惡化時，其丈夫要求醫師：「請求您無論如何都要救她。三個小孩都還小，不能沒有媽媽。」有天清晨，大夜班的護士發現病人血壓下降，呼吸有暫停的現象，緊急通知醫師趕到病房，病人的呼吸及與心跳皆已停止，醫師立即推了急救車進入病房，進行一套「心肺復甦急救術」。此時病人的丈夫已呼天搶地喊叫，護理人員將他請到病房外面，以利醫護人員對病患進行急救。丈夫在門外心急如焚，心亂如麻。急救過了半小時後，醫師走出病房，對丈夫說：「很抱歉！我們沒有救活你的太太，她已經去世了。」當丈夫進入病房時，他簡直休克！他看到妻子的枕頭和臉沾滿血，口中插了一條很粗的管子，口角還有未乾的血跡，眼角的淚沾濕了枕巾，看到妻子充滿痛苦的面容簡直使丈夫心碎。丈夫抱住已斷氣的妻子，聲嘶力竭地責問在旁的醫護人員說：「你們對她作了什麼？你們對她作了什麼呀？！」醫師回答：「你不是要求我們盡力搶救她嗎？我們為她作了急救。」丈夫跪地痛哭，捶著胸說：「我對不起妳，我對不起妳！我不知道急救會把妳弄成這樣！」⁹

這樣的案例，在台灣各地的醫院中，幾乎天天上演著，一般人對急救的內涵並不了解，認為只要急救就可以挽回一命，其實對於罹患癌症末期的病人，死亡已不可避免，此時施予各種急救，只有增加病人的痛苦，並不能延長生命，在臨終的過程中卻對當事人形成極大的折磨。家屬及醫療團隊應尊重臨終病人的決定，不要因為他們已即將死亡，而以自己的意見支配病人。

四、安寧療護是實踐智慧的彰顯

臨終前，病人對於醫療行為有自主的權利，這個權利包括孩子。九歲的傑菲罹患白血病，在臨終前一星期，當醫生提起：「我們將要嘗試另外一種化學治療。」傑菲的雙親問了傑菲的意願，他很簡單的說：「我真不懂你們大人！為什麼要讓我們小孩這麼難過，好讓我們好起來呢？」這個小孩經過無數次的治療與痛苦，這讓他有勇氣說：「謝謝你，不用了。」¹⁰ 對醫師而言，所嘗試的是如何去解除病人的痛苦，那也是一種想要控制生命的欲望；然而，對病人，包括小孩，當下所經歷只是治療的難過、身心的痛苦，所以他所選擇的是「不用了」。這句話對積極努力的家屬與醫護人員而言，有些刺耳，像是打了敗仗一樣，然而從安寧療護的觀點，那不是告訴醫護人員，讓生命用它自己的方式來運轉。如大衛·凱斯勒說：「我們有義務向他們伸出援手，讓他們活得有尊嚴，死的有尊嚴，能夠昂首迎向終點。」¹¹

⁹ 參見趙可式等編著，《生死學》，台北：國立空中大學，2002，P131。

¹⁰ 參見Elisabeth Kubler-Ross, M. D. 著，林瑞堂譯，《教孩子怎樣看待生命與死亡》，台北：張老師文化，2000，頁109。

¹¹ 參見大衛·凱斯勒著，陳貞吟譯，《臨終關懷》，台北：商流文化，2000，頁215。

對高達美而言，詮釋學也是一門實踐哲學，其根源來自於亞里斯多德。高達美指出：

如果詮釋學問題的真正關鍵在於同一個流傳物必定總是以不同的方式被理解，那麼，從邏輯上看，這個問題就是關於普遍東西和特殊東西的關係的問題。因此，理解乃是把某種普遍東西應用於某個個別具體情況的特殊事例。這樣一來，亞里斯多德的倫理學對我們來說就獲得了一種特別的意義，…（WM317, 真理414）

這種新的意義就是實踐的智慧。實踐是一種生活的方式，日常生活中，我們如何將普遍的原則的知識應用於實踐的具體行動中。行動必然是在某種情境下進行，而這種情境卻早就預設了傳統、習俗與規範，因此，一個具體的行動是融合了傳統、習俗與規範這些普遍的東西，而將它們應用於生存處境的特殊事例中。因此在實踐中，行動永遠不是純粹的，如高達美所言，「它總是以不同的方式被理解」，其不同方式即實踐的智慧就在於它結合了傳統和現代的生存處境，而獲得了特別的意義。

我們採用對「生命」這個主題的詮釋來說明，過去傳統總是處於不斷的變革過程中，由傳統到現在，生命的詮釋已有些許的改變。對生命的理解活動必然是以自人們的前見的作用為前提基礎。因著時間上的演變，過去到現今的距離，歷史於是具有一種激濁揚清的作用，不適當的前見被反思出局，原初的視域內容有所變動，視域也因此逐漸擴大而有所變化。傳統單純生命的表達，自然老死的生命視域被醫療科技的進步取代了，人們追求的是生命的無限與延長，希望長生不老。但人類的有限性道出了某種真實性，那就是對這種被醫療科技宰制的生命提出質疑，要求將生命交回自己的手中，保有生命的尊嚴。換言之，從生命的詮釋，人們期望著醫療科技的日益提昇，解決人類的疑難雜症，這種對生命保存的傳統思想並沒有錯，但執著於科技卻漠視了生命的品質與人性的尊嚴。安寧療護展現出不同對待生命的方式，融合了生命保存的固有思想，同時在個別的情境中，加入了生命品質與人性尊嚴的考量。勿寧說從詮釋學的觀點，安寧療護是一種實踐的智慧，對臨終關懷來說，是對末期病人的實踐智慧。

如石世明在《伴你最後一程》書中所言：「得知癌症之前，他帶著現狀向未來觀看；得知癌症之後，他卻必要地使用過去，來看待自己的現在。沒錯，每個人的現在都脫離不了自己的過去，但是死亡底線的乍現，是怎麼讓自己隱晦而幽暗的過去歷史，一片片地亮起它的光芒？而人面臨死亡的時候，是如何依靠著被點亮的過去，來照引自己前方的道路？」¹² 對癌末病人而言，他的種種過去塑

¹² 參見石世明，《伴你最後一程》，台北：天下文化，2003，頁 105。

造成今日的他，他的家庭、他的事業，他的親友都是他的生活事實，當面臨死亡時，我們不能漠視他這些過去的存在，他是生活於其中的一個活生生的人，因此，安寧療護的幽谷伴行，是醫護人員對癌末病人的一種實踐的智慧。安寧療護如一盞燈，尊重病人的過去來看待現在的他，以最基本的愛與關懷讓病人有所依靠。

對末期病人而言，不是每個病人都希望被治療到最後一刻，有些人到最後一刻想回到熟悉溫暖的家，讓我們看一個例子¹³：

病人是七十歲的歐老太太，膝下三名子女都已成年，先生則是個敦厚善良的老好人。這位老太太一直有血壓過低、週期性氣胸、呼吸衰竭的症狀，還有末期腎臟病，當時已住院四個月。住院期間，歐老先生、兒子和一名女兒都會定期來探望。……，神智不大清楚，預後情況「不樂觀」，因為她的腎功能已經損壞了，而且要靠呼吸器維生。不過，歐老先生無法接受她已病入膏肓的壞消息，還要醫院「盡一切努力」。醫師認為顧及家屬想法和病人狀況，那麼只有兩條路可走；第一條路是醫院依照現況繼續給予治療，包括洗腎、使用呼吸器維生等，這樣病人還可以再活個半年左右，但先決條件是不發生感染、併發症等等。然而，病人不發生這些問題的可能性相當低，即使醫院盡了一切努力，還是難逃劫數，徒然拉長病人死亡和家人傷心的時間；第二條路是允許醫生拿掉維生系統，讓病人「走」得很有尊嚴。……。其實，歐老太太早就瞭解自己的狀況，而且相當關心自己住院後會發生甚麼後果，還曾數度想討論死亡問題。醫院與家屬協調後選擇拿掉維生系統。後來歐老太太只能靠點頭和打手識來回答問題，而且表示她這一生過得多采多姿，可以準備回老家了，目前她只希望還能擁有與全家人最後一次團聚的機會。歐老太太目前她只剩一樁心願未了，那就是希望能再見一位遠方好友，可惜這位朋友無法參加派對。不過幾天之後，她還是出現了。歐老太太顯然也非常期待這位朋友的到訪，因為那兩天她努力保持清醒，終於和這位好友共處了幾小時。等好友離開以後，她才面容祥和、心情平靜地進入睡眠、彌留狀態，第二天一早便與世長辭了。

從此例子可見，到了末期，病人自己知道死亡的腳步已近，會為自己的死亡做準備，安寧療護的醫護人員要維持的只是持續的關心，陪伴他們走完人生的旅程。從詮釋學而言，那就是對病人的一種理解，也是一種實踐的智慧，如高達美所言：「但是為了理解這種東西，他一定不能無視他自己和他自己所處的具體的詮釋學境況。如果他想根本理解的話，他必須把文本與這種境況聯繫起來。」(WM329, 真理 421)

¹³ 參見李察·詹納(Richard M.Zaner)著，譚家瑜譯，《醫院裡的哲學家》，台北：心靈工坊，2007，頁 81-98。

結 論

如果死亡是每個人所必經之過程，無人可倖免，那麼如何對末期疾病患者提供臨終照顧，並尊重病人之尊嚴，即是醫療人員所要回應之重要課題。歷史上，尊崇生命無價之生命神聖論，視生命價值為最高價值，即有任何存活機會，都需盡力捍衛，這之中沒有任何空間去放棄一個人的生命；而重視生命尊嚴之說法，也便是為了回應一味地延長生命，而忽略了生活品質之說。

人不能否認講求生命的神聖性的重要，但當病人要是被眾多的醫療儀器包圍，忍受著身心上的煎熬，無論病人是否有意識，這種苟且之生存意義何在？而為了追求生命尊嚴，只為顧及生命品質，輕率地以安樂死或自殺方式來結束生命，是否也過於偏執於一端呢？生命神聖與生命尊嚴被視為是對反的。但這樣的觀點，在高達美的「視域融合」下，即任何一種視域之產生，必經由前見而來，前見與後見是互相蘊含的，如果沒有前見之存在，也將不會有後見之產生。

過去之觀點，總是處於不斷地改變，傳統到現在，對於生命的詮釋不斷地變動。而歷史具有篩選與調適之功效，不適當的前見將被反思予以調整，原初的視域內容會有所變動，當歷史不斷的累積，視域也逐漸擴大，這即是高達美的實效歷史意識的反思作用。對於臨終選擇前之對立，本文從高達美的哲學觀點－視域融合之模式，對應於現今醫療的發展，經由前面章節之論述，歸納出以下四點：

一、生命神聖與生命品質將不再是對立的二元觀點

一個人的生命是一種生存的過程，也因為人的存在，才能顯出生命的意義，每個人的存在都具有其應有的價值及人的尊嚴。生命的神聖有其必需存在性，不能遭人踐踏，但是生而為人，自有尊嚴，因為尊嚴是一個人與生俱來的內在價值，然而面對死亡的察覺，更能讓一個人迫切需要尊嚴。病人處於虛弱的狀態下，對死亡的恐懼，常讓一個人害怕而喪失尊嚴。所以病弱者需要尊嚴，需要他人協助維持尊嚴，尤其是死亡的尊嚴。生命神聖與生命品質將既不是對立的，如果是對立的，對於病人的生命與尊嚴似乎只能擇一選擇。如果要生存於世上，對生命的詮釋，兩者不可有所偏頗，誠如高達美所說：

傳統按其本質就是保存，盡管在歷史的一切變遷中它一直是積極活動的。……即使生活受到猛烈改變的地方，如在革命的時代，遠比任何人所知道的多得多的古老東西在所謂改革一切的浪潮中仍保存了下來，並且與新的東西一起構成新的價值。（WM286, 真理363）

也就是說，傳統對生命的詮釋不是一成不變的，而是透過當代對生命的詮釋展開的；現今對生命的詮釋也正是承接傳統對生命神聖性，造就生命並非只是一口氣而存活。也就是說，傳統對生命的看待，有其流傳至今的連續性，也因為它的流傳，所以人類的生命得以延續下去。但因醫療科技的發展到現在，其間對生命的詮釋是有所變化，因此，其中是與傳統的詮釋不同。透過傳統到當代的發展，生命要注重其神聖性，也包括有品質的意義存在；當注重品質時也要包含神聖性。換句話說，「彼」中有「此」，「此」中有「彼」。施萊馬赫與狄爾泰持客觀普遍性的方法，利用心理轉移或重構作用，去除詮釋事件或文本的前見得到所謂的客觀性，這是無法達成的。

二、安寧療護為一種解決生命神聖與生命品質的對立之醫療方式

過去強調生命神聖性的視域，到現今對生命的詮釋已有所不同，因為視域融合的發展是一種動態的發展。現代的人們對於生命的看待，不再只是因它是神聖的，假若仍只有因為生命是神聖的，那麼躺在加護中心接受積極、重症醫療的照護，只是依賴維生儀器來維持生理上正常或基本功能，人們都仍要積極地為他治療。如果只是維持這種生命是神聖的視域，無法對人們有更好的生命品質產生。為了讓病人能夠得到基本的尊重與完整的對待，安寧療護於是誕生。

基於宗教的信仰的理由，生命基本上是神聖的，沒有到最後一刻是絕對不可以放棄的，否則就違反上帝的旨意或違背良知的指示。另外，末期疾病病人必須滿足法律醫療上的規定，法律規定人的死亡，必須經過醫療體系的認定，醫療體系又規定人的死亡，必須經過醫療程序的認定，因此在實施心肺復甦術無效後才能認定死亡。在這種狀況下，不但使病人遭遇到不必要的折磨外，也容易使病人的意願和權益無法得到真正的受到尊重和重視。

現代的醫療體系的精神在於治癒病人的疾病和延長其生命。為了要達到治癒疾病和延長生命的效果，醫療很容易造成重視器官的變化，而不是重視病人整體性的關係。忽略病人個別的需要，造成無法得到適切的照護。因此，為末期病人可以得到較完善的照護，安寧療護對於此類病人，提出以照顧為主的理念。

但是這種照護並不是不採取任何治療，而是認為病人就算無法治癒，也應該給他適切的醫療對待。當病人無法治癒時，醫療人員應當承認醫療在目前的限度，改採以安寧療護為主的照護模式。以期待讓病人的不舒適可以有效的控制，並且得到他身體、心理或是靈性上的安詳。

除此之外，我們要尊重末期病人的尊嚴，因為過去傳統的醫療，將醫師放在

醫療的中心位置，病人只是醫師治療的一種展示權力的工具。這種認知下，病人的豐富生命，可能被化約為生理性的疾病，進一步化約為病體，導致病人失去了生命本身的豐富性和完整性，此時病人無法得到真正的尊重和擁有自身的尊嚴。

罹患末期疾病的患者，正遭遇到人生中最痛苦的階段，為了重新喚醒醫療對病人生命的尊重，安寧療護認為，醫療不僅要把一位病人當成一個擁有完整性的病人，更要把病人當成一個具有自主性的人。

因此，生命的歷史一直發展著，視域融合可以使得我們不斷的檢驗、調節和修正我們的視域，以便有利於生命本身的意義可以顯現。安寧療護是解決生命神聖與生命品質的對立，透過過去到現代對生命看法之轉變，雖然醫療科技的進步，造就人類的壽命更加延長，某些急性病可以成功地得到救治，相對的也有些疾病在當代仍是無藥可醫治的。因醫療科技進步的結果，病人的生命本身越不受重視，病人的生命品質也越加低落。對於此種狀況，人性的滿足應當更受到重視，所以，安寧療護認為醫療品質的講究，不應放在醫療技術層面上，而應放在人性上，並且強調生命品質，不僅要強調個人的個別性，還要強調個人的差異性。

因為生命是神聖的，有治癒的可能下，利用醫療儀器來讓病人可以活得有意義，創造出不同的生命價值；相對的，生命都有它終了時刻，醫療人員除了保有救治的神聖使命外，也必須考量病人的生命品質，讓病人活得更有尊嚴，這是安寧療護的使命。

三、安寧療護是一種生命的視域融合

目前台灣的安寧療護工作推展，不僅以生命的神聖性來對待它，也注意生命品質的維護。臨終關懷對於病人的照顧，其最終的目的是在追求善終，善終除了解除病人身體的痛苦外，當面對死亡，心理的平靜亦是重要的原因。末期病人除了面對死亡問題外，還必須面對身心痛苦的問題。除了強調生命之品質，提供舒適的照顧外，尤其是當醫療對末期病人無效時，並不代表對他們的關懷也無效。

疼痛是癌症病患的主要症狀，根據統計，**臨終病患百分之八十認為疼痛是常見徵狀**。¹ 也是令人害怕的情境，若無法獲得解決會讓病患有生不如死的感覺，安寧照顧人員須具備疼痛的相關知識，及現代醫療技術來舒解病人疼痛的問題。除了使用藥物控制外，還有應用針灸及其他治療等各種方法，來幫助臨終病人緩解痛苦，使他們在生命的最後階段能平安的渡過。強調以「病人為中心」的照顧理念，照護團隊與病人保持良好的溝通管道，不僅照顧病人的身體還包括精神、

¹ 參見鍾昌宏編著，《安寧療護暨緩和醫常一簡要理論與實踐》，台北：安寧照顧基金會，1995，頁 31。

心理與社會層面的需要，並且尊重病人的自主權，如學者黃中天先生認為「人在此一層面，應受到尊重和關懷，不該因生命活動力的殆盡而減低。亦即對臨終病人為一全然的人，工作人員及家屬們必須給予關懷和尊敬。」²

醫療的處置，面對病人末期生命的視域也有所不同，需要尊重病人的自主性的決定。但是，醫護人員必須將自己的醫療專業知識，為病人或家屬解釋說明清楚，以減少錯誤的判斷形成。不論身處在身體痛苦或心理不適的狀況下，必須考量患者的處境，依據病人最需要的身心照護，必須尊重生命的神聖性，也應考慮病人末期的生命品質。何衛平就如此說：

視域是動態發展的，視域是理解的起點、角度、立場和可能的前景，而非封閉的、僵化的，理解者總是不斷地擴大並修正自己原有的視域，視域的融合是對原有視域特殊性的揚棄，其結果會形成一種新的、更大的視域，而這種視域又會成為更新、更大一輪理解的出發點。這種理解的視域將逐步擴展，像滾雪球一樣，它不僅包括原來兩個視域，而且超過了原來的兩個視域，達到了一種更高的普遍性。³

換句話說，對生命理解詮釋的視域，經由歷史的演變至今，生命不僅是神聖性，應當尊重生命，病人到了末期的生命時刻，也需要注意到他的生命品質；生命神聖與生命品質的兩個視域，應同時受到尊重，所形成的兩種視域對於現代人們而言，亦是逐步擴展的。選擇了安寧療護的照護措施，將可以讓病人得到良善的照顧，此種醫療處置是可以讓病人得到普遍性的一種照護方式。身為醫療人員對於末期病人的照護，應注重其生命品質，減輕其身心的不舒適外，當然生命的神聖性也是不容輕忽的。在末期疾病的照護上，不能只講求其中的一項，更應該兩者都注重。如何衛平說：

既然真正的理解是一種『視域融合』，即不再只是解釋者的成見，也不完全是歷史或文本的原義，而是對二者的辯證揚棄與相容，那麼『意義』就不應視為是自在的，它一定是在文本和讀者共同參與下才會產生，如果文本不同解讀者的前理解發生相互作用，意義就不可能出現。⁴

依據視域融合之觀點，生命神聖性和生命品質都應該被注意，兩者共同參與的照護，這種視域才能融合，病人可以在無遺憾或無不適的情況下得到很好的照護品質。

² 參見黃天中，《臨終關懷：理論與發展》，台北：業強出版社，1998，頁11。

³ 參見何衛平，《通向解釋學辯證法之途》，上海三聯書店，2001，頁201。

⁴ 參見何衛平，《高達瑪》，台北：生智，2002，頁143。

四、安寧療護是實踐智慧的彰顯

醫師的義務是救人，不允許對病人有任何傷害或死亡。對於末期疾病的病人每天無時無刻都痛苦的活著，若實施安樂死，無非是讓病人提早結束生命，但如此的生命，活著只是增加更多的痛苦。但是，不論病人是沮喪、消沉或是歡笑、積極的面對自己死亡的到來，他們所應用的技巧，正是醫護人員判斷是否需要提供適當的協助的時刻。每個末期病人的病情變化不同，生命品質的認定也會有所不同。當病人尋求內心平靜時，若醫護人員可以提供適當的關懷與支持，病人可以得到面對並接受死亡的到來，所以安寧療護尊重病人的生命神聖性與其生命品質，不只是醫學倫理的實踐，也是實踐智慧的彰顯。

藉由高達美的視域融合觀點，說明了生命意義之融合。生命神聖與生命尊嚴將不再是兩種對立的觀點，藉由安寧療護這種新的方式，也即是一種新的視域。化解了生命意義上的衝突，並且提供了一種新的思維模式，創新了生命意義。在臨床上，我常常思考對於末期病人的最佳照護方式為何？以及在生命的保存與生命的品質上，孰者為重？不斷地反覆思量，卻尋找不出答案。但經由高達美的視域融合之角度，使我在安寧療護尋找到最平衡的應對之道，也許在未來有比安寧療護更適當之方式，但是高達美所提供之思考模式，已讓之前的生命神聖與生命尊嚴的對立，更往前了一步。

參考資料

一、中文主要參考書目：

1. 高達美著，洪漢鼎譯，《真理與方法》，上海譯文出版社，2005年。
2. 周華山著，《「意義」—詮釋學的啟迪》，台灣商務印書館，2001年。
3. 何衛平著，《通向解釋學辯證法之途》，上海三聯學術文庫，2001年。
4. 韋至信著，《醫生也醫死》，文經社，2003年。
5. 傅偉勳著，《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》，台北：正中，1993年。
6. 陸娟著，《生死教育對綜合高中學生生命意義感教學成效之探討》，2002.6，南華大學生死學研究所碩士論文。
7. 尼古拉斯·布寧（Nicholas Bunnin）著，余紀元譯，《西方哲學英漢對照辭典》，北京：人民出版社，2001年。
8. 艾立勤著，《維護人性尊嚴—天主教生命倫理觀》，台北：光啟文化，2005年。
9. 蘇麗智、李淑俐等編著，《實用基本護理學》，台北：華杏，2004年。
10. 邱仁宗著，《生死之間—道德難題與生命倫理》，台北：中華，1998年。
11. 徐宗良、劉學禮、瞿曉敏著，《生命倫理學：理論與實踐探索》，上海：上海人民出版社，2002年。
12. 柏拉圖（Plato）著，呂健忠譯，《蘇格拉底之死》，台北：書林，1999年。
13. 黃正文著，〈臨終關懷〉，摘錄自蔡友月，《醫療關懷》，台北：啟英文化，2000年。
14. 朗諾·德沃金（Ronald Dworkin）著，郭貞伶、陳雅汝譯，《生命的自主權》，台北：商周出版，2002年。
15. 波伊曼（Louis P. Pojman）著，江麗美譯，《生與世》，台北：桂冠圖書公司，1997年。
16. 楊克平，《安寧與緩和療護學》，台北：華杏，2007年。
17. 亞里斯多德，《尼各馬科倫理學》，苗力田譯，北京：中國社會科學出版社，1992年。
18. 波伊曼（Louis P. Pojman）著，江麗美等譯，《生與死：現代道德困境的挑戰》，台北：桂冠圖書公司，1995年。
19. 波伊曼（Louis P. Pojman）著，陳瑞麟譯，《今生今世：生命神聖、品質和意義》，台北：桂冠圖書公司，1997年。
20. 葛樂弗（Jonathan Glover）原著，陳瑞麟譯，〈反對生命神聖的學說〉，摘錄自波伊曼（Louis P. Pojman）著，陳瑞麟譯，《今生今世》，台北：桂冠圖書公司，1997年。
21. 傅偉勳著，《生命的尊嚴與死亡的尊嚴》，台北：正中，1993年。
22. 大衛·凱斯勒著，陳貞吟譯，《臨終關懷》，台北：商流文化，2000年。
23. 邱仁宗著，《生死之間—道德難題與生命倫理》，台北：中華書局，1998年。

24. 鄂爾著，章福卿譯，《認識生命倫理學》，台北：校園書房出版社，1997年。
25. 李震山著，《人性尊嚴與人權保障》，台北：元照，2000年，
26. 陳宏易著，〈生活品質與生命品質的衡量〉，《生活品質》，第1卷第2期。
27. 陳剛主編，黃應全著，《生死之間》，北京，作家出版社，1998年。
28. 謝獻臣著，《醫學倫理》，台北：偉華書局，1996年。
29. 羅秉祥著，〈儒家的生死價值觀與安樂死〉，范瑞平主編，《中外醫學哲學—安樂死》，1998年2月，第1卷，第1期。
30. 楊克平、杜友蘭等合著，《安寧與緩和療護學》，台北：華杏，2007年，
31. Jean Lugton Margaret Kindlen 著，陳玉婷、陳施妮、陳瑞貞、楊翠雲、賴才雅譯，《安寧照護—護理角色》，台北：五南，2002年。
32. 周誠誠著，〈乾脆讓我喘死算了！〉，《當生命走到盡》，台北：晨星出版，2003年。
33. 教宗若望保祿二世，《生命的福音》通諭，65號。
34. 趙可式著，〈不可及撤除維生醫療〉，《醫療兩難之倫理抉擇》，台北：育教部，2004年。
35. 洪漢鼎著，《當代哲學詮釋學導論》，台北：五南出版社，1996年。
36. 潘德榮著，《詮釋學導論》，台北：五南，1999年。
37. 彭啟福著，《理解之思—詮釋學初論》，安徽人民出版社，2006年。
38. 陳欣白著，《對話與溝通》，台北：揚智，2003年。
39. 趙可式著，《安寧伴行》，台北：天下文化，2007年。
40. 瑪麗·德·翁澤 (Marie de Hennezel) 著，吳美慧譯，《我們並未互道再見—關於安樂死》，張老師文化，2001年。
41. 高淑芬等編著，《老人護理學》，台北，永大，2000年。
42. 趙可式等編著，《生死學》，台北：國立空中大學，2002年，
43. 大衛·凱斯勒著，陳貞吟譯，《臨終關懷》，台北：商流文化，2000年。
44. Elisabeth Kbler-Ross, M·D 著，林瑞堂譯，《教孩子怎樣看待生命與死亡》，台北：張老師文化，2000年。
45. 鍾昌宏編著，《安寧療護暨緩和醫常一簡要理論與實踐》，台北：安寧照顧基金會，1995年。
46. 黃天中著，《臨終關懷：理論與發展》，台北：業強出版社，1998年。
47. 何衛平著，《通向解釋學辯證法之途》，上海三聯書店，2001年。
48. 何衛平著，《高達瑪》，台北：生智，2002年。
49. 石世明著，《伴你最後一程》，台北：天下文化，2003。
50. 鄂爾等著，張福卿譯，《認識生命倫理學》，校園書房，2000。
51. 尼古拉斯·布寧 (Nicholas Bunnin) 著，余紀元譯，《西方哲學英漢對照辭典》，中國，北京市：人民出版社，2001。
52. 陳剛主編，黃應全著，《生死之間》，北京：作家出版社，1998。

二、西文主要參考書目：

1. Pojman, Louis P. : *Life and Death ---A reader in moral problems*. Wadsworth Publishing Company, 2000.
2. Singer, Peter: *practical Ethics*. Cambridge University Press, 1996.
3. Fisher, R. A. (1995). *Palliative care : A rediscovery*. In J. Penson & R. Fisher (Eds.), *Palliative care for people with cancer* (pp.1-10). London: Arnold.
4. Dole, D., Hank, G. W. C., & MacDonald, N. (1998). *Palliative medicine* (2nd ed.) Oxford University Press.

三、中文次要參考書目：

1. 陳榮華著，《葛達瑪詮釋學與中國哲學的詮釋》，台北：明文，1998年。
2. 涂爾幹 (Durkeim) 著，黃丘隆譯，《自殺論》，台北：結構群，1990年。
3. 柏拉圖 (Plato) 著，呂健忠譯，《蘇格拉底之死》，台北：書林，1999年。
4. 弗蘭克 (Viktor E. Frankl) 著，趙可式、沈錦惠譯，《活出意義來》，台北：光啟，1995年。
5. 林火旺著，《倫理學》，台北：五南，1999年。
6. 何福田等著，《生命教育》，台北：心理，2006年。
7. 范丹伯 (J.H. van den Berg) 著，石世明譯，《病床邊的溫柔》，台北：心靈工坊，2001年。
8. 嚴久元著，《當代醫事倫理學》，台北：橘井文化，1999年。
9. Barbara J. Huelat、萬德和著，林研如、陳今淵譯，《療癒環境》，台北：五南，2007年。
10. 李察·詹納 (Richard M. Zaner) 著，蔡錚雲、龔卓軍譯，《醫院裡的危機時刻》，台北：心靈工坊，2007年。
11. 李察·詹納 (Richard M. Zaner) 著，譚家瑜譯，《醫院裡的哲學家》，台北：心靈工坊，2007年。
12. 鈕則誠著，《醫護生死學》，台北：華杏，2003年。
13. 蘇珊·桑塔格 (Susan Sontag) 著，刁筱華譯，《疾病的隱喻》，台北：大田，2000年。
14. 李瑞全著，《儒家生命倫理學》，台北：鵝湖，2000年。
15. Paulin W. Chen 著，林義馨譯，《最後期末考》，台北：大塊文化，2008年。
16. 嚴平著，《高達美》，台北：東大圖書，1997年。
17. 李春秋著，《當代生命科技的倫理審視》，南京：江蘇人民出版社，2002年。
18. 萬慧進著，《生命倫理學與生命法學》，北京：人民出版社，1999年。
19. Richard E. Palmer 著，嚴平譯，《詮釋學》，台北：桂冠，1992年。
20. 盧美秀編著，《護理倫理與法律》，台北：華杏，2007年。

21. 戴正德著，《生死醫學倫理》，台北：健康，2007年。
22. 拖馬斯·香農（Thomas Shannon）著，肖巍譯，《生命倫理學導論》，黑龍江人民出版社，2005年。
23. 洪漢鼎著，《理解的真理》，山東人民出版社，2003年。
24. Josef Bleicher著，賴曉黎譯，《當代詮釋學》，台北：使者，1990年。
25. 朱建民、葉保強、李瑞全編著，《應用倫理與現代社會》，台北：國立空中大學，2006年。
26. 林海青、張宏文主編，《生命關懷》，台北：新文京，2004年。
27. 陳至興著，《急診室的365天》，台北：玉山，2004年。
28. 蔣欣欣著，《護理照顧的倫理實踐》，台北：心理，2006年。
29. Jean-Dominique Beauby著，邱瑞鑾譯，《潛水鐘與蝴蝶》，台北：大塊文化，2006年。
30. 李瑞全、蔡篤堅主編，《醫療倫理諮詢---理念與實務》，台北：五南，2008年。
31. 洪漢鼎著，《詮釋學—它的歷史和當代發展》，北京：人民出版社，2005年。

四、參考期刊

1. 李瑞全，〈安樂死的語意分析〉，應用倫理研究通訊，第四期，1997.10，頁1-6。
2. 李瑞全，〈儒家安樂死〉，應用倫理研究通訊，第十二期，1999.10，頁17-22。
3. 林綺雲，〈我們需要安樂死嗎〉，應用倫理研究通訊，第十二期，1999.10，頁22-25。
4. 林憲，〈尊嚴死的思考〉，健康世界，總期277，1999.1，頁17-20。
5. 孫振青，〈西洋哲學家的生死輪迴觀〉，《哲學雜誌》，第八期，1994年，頁82-97。
6. 黃筱慧主編，〈高達美詮釋學與當代發展專題〉，哲學與文化，第35卷第2期。
7. 李素貞，〈死亡的尊嚴與本真的向死存在—安樂死與海德格的死亡觀〉，南華大學哲學研究所碩士論文，2003年6月。
8. 洪素寬，〈生命神聖—從史懷哲「敬畏生命」探討植物人安樂死的議題〉，南華大學哲學研究所碩士論文，2004年12月。
9. 楊樹同，〈論安樂死〉，應用哲學與文化治療學術研討會論文集，中央大學哲研所編，1997.6，頁247-258。
10. 蕭宏恩，〈馬李旦倫理之醫護向度—以「安樂死」為例〉，哲學與文化，1998.4，頁371-385。
11. 連雋偉，〈高達美的哲學詮釋學〉，哲學與文化，第30卷第11期，頁63-91。
12. 王道仁等，〈安樂死是甚麼？〉，當代醫學，第24卷第6期，1998.6，頁79-86。

13. 林谷燕，〈安樂死、尊嚴死在台灣〉，弘光醫專學報，第19期，1997.4。
14. 許曙顯，〈安樂死的探討〉，醫學教育，第4卷第2期，2000.6，頁101-107。
15. 孫效智，〈安樂死的倫理省思〉，哲學雜誌，第19期，1997，頁88。
16. 孫效智，〈安樂死的倫理反省〉，文史哲學報，第45期，1996.12，頁85、87-113。
17. 孫振青，〈安樂死〉，東吳哲學學報，第2期，1997，頁1-16。
18. 董芳苑，〈安寧療護的基督教倫理初探〉，中華安寧照顧協會，創刊號，1996年，頁51-58。
19. 鍾昌宏，〈婦女安寧療護〉，安寧照顧會訊，第43期，2001.10，頁77-79。
20. 柯文哲，〈使用ECMO病人之生命末期照護〉，急重症安寧療護研習會（中區），台灣護理學會編，2008.10，頁11-18。
21. 陳榮基，〈安樂活或安樂死〉，安寧照顧基金會，第25期，1997年，頁4-5。
22. 趙可式，〈精神衛生護理與靈性照護〉，護理雜誌，第45卷第1期，1998年，頁16-19。
23. 趙可式，〈臨終病人照護的倫理與法律問題〉，護理雜誌，第43卷第1期，1996年，頁24-28。
24. 趙可式，〈可以去除病人的食物與水嗎--安寧療護的倫理觀〉，台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧照顧協會聯誼會暨安寧緩和學術研討會講義集，2000.6，頁77-83。
25. 戴正德，〈幫人安樂死，有罪嗎？〉，健康世界，第184期，2001年，頁100-104。
26. 蕭宏恩，〈由儒家的觀點來看寬容與臨終關懷〉，哲學與文化，第27卷第1期2000.1，頁67-81。
27. 顏厥安，〈生命的意義不必然在繼續活下去—由彼得辛格（Peter Singer）的觀點談安樂死問題〉，當代，第8期，1998.2，頁86-96。
28. 楊克平，〈安寧療護〉，台灣醫學，第2卷第6期，1998年，頁695-700。