

明新科技大學

企業管理系

畢業專題研究報告

探討臺灣民眾對安樂死的認知與認同感

學生：吳文馨 莊婷亦

楊芷萱 謝芳惠

林苡晴

指導老師：陳永琦老師

中華民國一百一十三年五月

明新科技大學
企業管理系
專題製作委員會審定書

吳文馨 莊婷亦

楊芷萱 謝芳惠

林苡晴

之畢業專題研究報告

探討臺灣民眾對安樂死的認知與認同感

經本系委員會審議認為符合本系標準

指導老師：

口試委員：

口試委員：

陳永琦
林松亭
詹慧雯

中華民國一百一十三年五月

授權書

茲授權明新科技大學企業管理系將本組畢業專題研究報告：

探討臺灣民眾對安樂死的認知與認同感

以電子出版品方式發行，例如將著作儲存於光碟，以光碟形式發行，或與電腦網路連結，提供讀者基於個人非營利性質之線上檢索、閱讀、列印等，得不限時間與地域，為學術研究目的之利用。

立授權書人聲明並保證對上述授權之著作擁有著作權，得為此授權。唯本授權書為非專屬性之授權，立授權書人對上述授權之著作仍擁有著作權。

立授權書人：

授權人 (簽名、蓋章)	e-mail
	lover105526@gmail.com
	mashiba916@gmail.com
	noopy9459@gmail.com
	wck104107@gmail.com
	grace1007aa@gmail.com

中華民國一十三年五月

摘要

安樂死在國外被熱烈討論，但基於種種因素，通過國家屈指可數，臺灣亦有一部分民眾希望推動此法案，可受限諸多因素，遲遲無法定論。本研究以臺灣民眾為研究對象，利用網路問卷於 Facebook 及 Instagram 發放，並請親友協助填寫與轉發，希望能藉由問卷調查的方式，瞭解臺灣民眾對安樂死的認知以及認同感。受訪者於填答問卷時，必須填寫 E-mail，並限制每人僅可填答一次，以避免重複填答。利用問卷蒐集資料後，首先進行信度分析，再透過交叉分析與卡方檢定瞭解變數之關聯性。問卷發放時間為 2024 年 2 月 29 日至 3 月 7 日，總共發放 402 份問卷，其中剔除 6 份無效問卷，有效問卷共計 396 份，有效回收率為 98.5%。研究顯示：1. 我國生理疾病自殺通報人數與國外安樂死人數逐年上升；2. 近半數受訪者不瞭解臺灣醫療法規；3. 受訪者對荷蘭積極安樂死不太瞭解，對瑞士協助自殺較瞭解；4. 家人從事醫療或長照行業對安樂死及病主法更瞭解；5. 受訪者對安樂死的看法以正面回饋居多；6. 年輕受訪者因認知不足對安樂死相關問題以不確定態度居多；7. 男性明確支持親人安樂死，而女性須經多方考慮，但都支持安樂死合法；8. 年長者對生命有更明確的方向；9. 不僅要有醫療權也要有生命自主權；10. 受訪者普遍無法接受需臥床的嚴重疾病。綜上所述，本研究提出建議：1. 加強宣導醫療觀念；2. 早日學習生命教育；3. 應以不傷害弱勢群體的前提下再使安樂死合法；4. 期望臺灣相關單位能正視安樂死議題；5. 加強宣導例行健康檢查。

【關鍵詞】安樂死、病人自主權利法、安寧緩和條例

誌 謝

歷時將近一年的時間，從尋找到決定題目都費盡不少心思才達成共識。決定研究題目時因為毫無頭緒，瀏覽各大社群網站時候發現有些網友在討論安樂死的議題，但對此不甚熟悉，不過網友們都希望臺灣安樂死能夠合法化，加上當時有政客提倡安樂死，引起大大小小、正反面聲浪。於是我們決定以「安樂死」作為專題研究主題，探討臺灣民眾對安樂死的看法。在製作這份社會研究中，期初釐清安樂死定義最為困難，參考文獻多為原文網站，在各國文獻中安樂死被定義各種形式，比如積極與消極、自願與非自願，究竟是從何種角度去定義名稱？再來設計研究問卷，如何在有限的題數下設計關鍵的題目，這都使我們苦惱了許久。

專題能夠順利撰寫完畢，首先必須真誠地感謝我們的指導老師——陳永琦老師，永琦老師此前並不熟悉這個領域，指導過程也是陪著大家去學習這方面知識，為大家解惑，只為共苦之後嚐到辛勤獲得的果實。

感謝林麗雪老師與詹慧雯老師，兩位老師十分認真地指點我們，在撰寫過程中未發現的錯誤皆由兩位口試老師悉數指出；感謝林舒予老師、徐志明老師、黃英哲老師，各位評審老師給予了我們寶貴的修改建議，感謝各位老師的正面肯定與指教，得以完成整份專題。

感謝學校的授課老師，我們從課程中獲得不少靈感，學以致用；感謝為我們試填問卷的受訪者，使問卷更完善；感謝為我們發放問卷的親友、同學、陌生人，收回了不少問卷數量與回覆，在大家的回覆中得到莫大的肯定與支持。最後希望此議題能夠持續被研究下去，謝謝。

目 錄

審定書	I
授權書	II
摘要	III
誌謝	IV
目錄	V
表目錄	VII
圖目錄	VIII
第一章 緒論	1
第一節 研究動機	1
第二節 研究目的	4
第三節 研究流程	5
第二章 文獻回顧與探討	6
第一節 安樂死定義與歷程	6
第二節 臺灣醫療相關法規	18
第三節 小結	23
第三章 研究方法	24
第一節 研究對象暨問卷假設	24
第二節 問卷設計	24
第三節 統計分析方法	26
第四章 資料分析	27
第一節 基本資料分析	27
第二節 安樂死認知與認同分析	27

第五章 結論與建議.....	44
第一節 結論.....	44
第二節 建議.....	46
參考文獻.....	50
附錄一 問卷.....	54
附錄二 臺灣學術倫理教育資源中心修課證明.....	58

表目錄

表 2.1 安樂死定義	8
表 2.2 安樂死或類安樂死時間表	8
表 2.3 瑞士主要執行安樂死的機構	14
表 2.4 臺灣醫療相關法規比較	23
表 3.1 問卷題項設計與參考文獻	26
表 4.1 信度分析表	28
表 4.2 受訪者基本資料	29
表 4.3 受訪者對安樂死認知調查統計表	31
表 4.4 受訪者對安樂死認同調查統計表	33
表 4.5 「性別」對「安樂死不用家人同意」交叉表	36
表 4.6 「性別」對「合理原因下支持至親安樂死」交叉表	37
表 4.7 「性別」對「支持臺灣安樂死合法」交叉表	38
表 4.8 「年齡」對「是否簽署預立醫療」交叉表	39
表 4.9 「年齡」對「安樂死不用家人同意」交叉表	40
表 4.10 「年齡」對「希望臺灣安樂死合法」交叉表	41
表 4.11 「家人是否從事醫療或長照」對「是否知悉安樂死區別」交叉表	42
表 4.12 「家人是否從事醫療或長照」對「是否知悉病主法」交叉表	43
表 4.13 「家人是否從事醫療或長照」對「安樂死助長自殺或殺人想法」交叉表	44

圖目錄

圖 1.1 2022 年全國十二大死因	2
圖 1.2 2022 年全國自殺原因別自殺通報人次及佔比	2
圖 1.3 全國「生理疾病自殺」通報人次	3
圖 1.4 研究流程	5
圖 2.1 荷蘭安樂死人數	12
圖 2.2 荷蘭 2022 安樂死因素	13
圖 2.3 EXIT 近十年協助自殺具體統計數據	16
圖 2.4 「尊嚴」會員數、協助自殺人數	17
圖 2.5 日本老年人近五年死亡地點數據	19
圖 2.6 病主法流程	21
圖 2.7 安寧療護註記與預立醫療註記歷年統計	22
圖 4.1 受訪者建議關鍵字	35

第一章 緒論

2018 年，前體育主播傅達仁前往瑞士接受安樂死，此舉引發臺灣社會熱烈討論，且間接推動安樂死法案。翌年尊嚴善終法草案被提上檯面，雖未通過，亦使安樂死成為議論紛紛的話題。

第一節 研究動機

安樂死於臺灣備受爭議，贊同者認為「人應有決定自己死亡的權利」；反對者則認為「不該隨意放棄生命」。醫者方面，有贊同的醫護人員，比如首次提出安樂死連署公投的醫生江盛^[1]，也有諸如臺灣安寧緩和醫學學會的反對安樂死聲明^[2]。

根據我國衛生福利部統計（詳見圖 1.1）：國人十二大死因以癌症自 1982 年居首位連 41 年；蓄意自我傷害列十二名，若失能患者痛苦卻無法自殺，則被帶入加護病房 (Intensive Care Unit, ICU) 或交給安寧團隊，直到死亡。最新資料顯示，臺灣 2022 年「生理疾病自殺」在全國自殺原因列第 5 名，佔比 7.1%（詳見圖 1.2），而《病人自主權利法》（以下簡稱病主法）上路後，生理疾病自殺通報不減反升（詳見圖 1.3）。傅達仁罹患末期胰臟癌，厭倦緩和醫療帶來的慢性折磨，傅達仁生前曾欲推動「協助癌症自願者自殺除罪化」^[3]，最後選擇前往瑞士接受協助自殺。

1. 江盛：婦產科醫生，現任臺東醫院主治醫師，臺灣第一位安樂死提案人。墮胎倫理是江盛思考安樂死的起點，發起臺灣安樂死連署並決定一生投入。

2. 臺灣安寧緩和醫學學會曾於 2017 年發表聲明，表示不支持安樂死，認為刻意結束患者生命並非好辦法，亦不符合醫學倫理。

3. 刑法第 275 條第一項幫助他人使之自殺罪，須於他人起意自殺之後，對於其自殺之行為，加以助力，以促成或便利其自殺為要件。

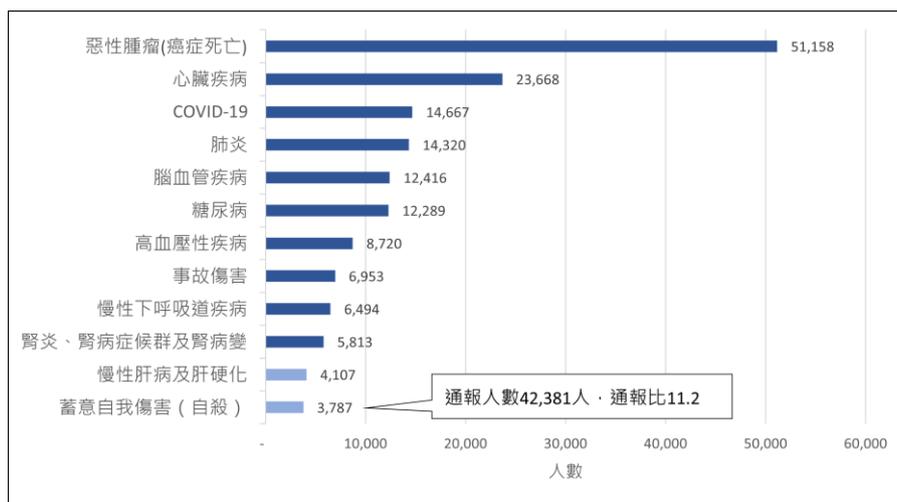


圖 1.1 2022 年全國十二大死因

資料來源：整理自衛生福利部

自殺原因	人次	百分比(%)
精神健康/物質濫用	20,238	47.8
情感/人際關係	18,983	44.8
不詳/不願說明/無法說明	4,836	11.4
工作/經濟	4,616	10.9
生理疾病	3,013	7.1
校園學生問題	2,849	6.7
其他	2,742	6.5
迫害問題	654	1.5
總計	57,931	136.7

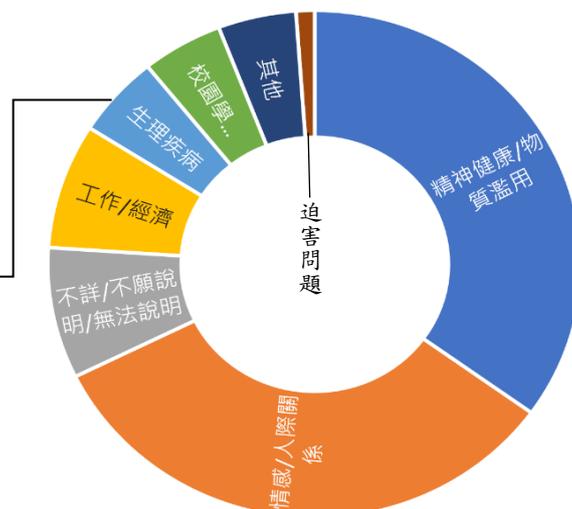


圖 1.2 2022 年全國自殺原因別自殺通報人次及佔比

資料來源：整理自衛生福利部

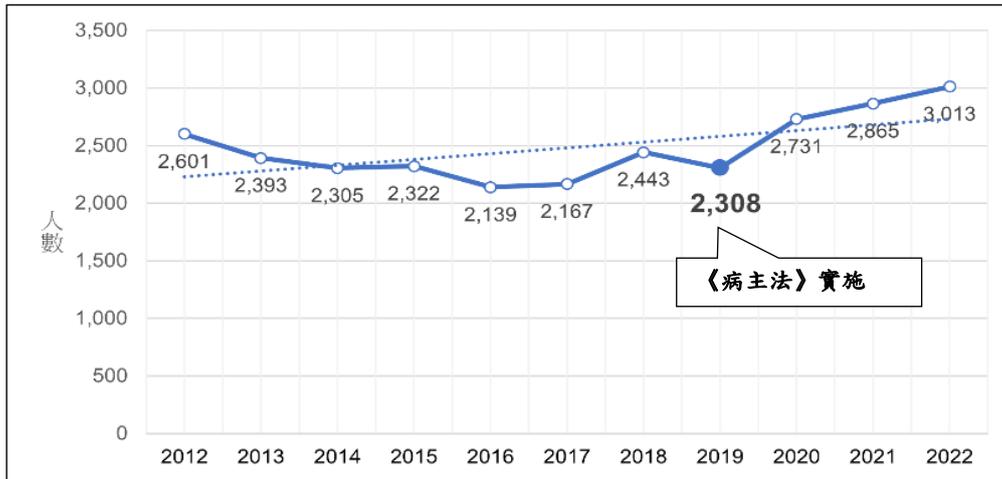


圖 1.3 全國「生理疾病自殺」通報人次

資料來源：整理自衛生福利部

2017 年臺大公衛學院團隊分析，癌症病人自殺率比一般人高 2.47 倍，初診罹癌第一年，受壓力影響容易併發其他疾病，自殺風險更高出一般民眾 5.5 倍；2022 年《自然醫學》期刊發表，由德國雷根斯堡大學團隊分析，全球癌症患者自殺風險較一般人僅高出 0.85 倍（林以璿，2022）。與久病厭世不同，民眾對於癌症既定印象為折磨身體至疼痛死亡，若未即時調整「必死」心態，最終容易選擇一走了之。

2018 年，傅達仁選擇安樂死後，似乎有另一條路在飽受疾病折磨的末期患者面前展開，臺灣民眾第一次發起安樂死連署公投。在此之前，民眾對安樂死的請願最早可以追溯到 1982 年：趙錫念為臥床近二十載的植物人女兒王曉民發起安樂死請願，希望能夠結束女兒的痛苦，儘管法案最後被駁回，但也使民眾思考：總有當代醫學無法治癒的疾病，而不幸患上的患者就只能慢慢等死嗎？這個問題直到《病主法》於 2019 年上路，仍難以得到周全的解答，而呼籲安樂死合法的聲浪至今依然存在。

由上述分析可知，以安樂死為議題的相關新聞或探討並不缺乏，但以安樂死為研究主題的學術論文較少見。其中，王耘婕 (2005) 的研究針對死亡權與自願安樂死進行探討，並得出結論：1.當末期病人選擇以死來解除痛苦，我們應當予以尊重；2.對於擁有死亡權的末期病人而言，醫生是具有義務的；3.儒家認為生命價值會因生命遭受不同的狀況而有改變，所以也認同在某些條件下的安樂死。張心慧 (2017) 的研究針

對亞洲醫師、護理人員病人及民眾之態度進行調查，並得出文獻研究結論：1.西亞醫療人員對安樂死接受度高於東北亞和南亞，西亞宗教信仰程度明顯影響安樂死贊成態度；2.東北亞病人與民眾接受度高於東北亞醫療人員。陳中安 (2021) 的研究針對臺灣民眾對不同安樂死方式的態度進行調查，並得出研究結論：1.多數受試者雖然認為自願積極安樂死與醫師協助自殺屬於安樂死範疇，但僅 7.04%受試者認為只有兩者才是安樂死；2.多數民眾對安樂死及各臨終方式的概念甚為模糊，57.55%-74.64%受訪者視消極安樂死與非自願積極安樂死為安樂死；3.面對臨終決策時，年長者傾向考量社會因素，青壯年族群傾向考量生理與心理因素。

第二節 研究目的

安樂死合法化之議題在臺灣備受討論，因此希望藉由彙整相關文獻，讓民眾對安樂死有更進一步的瞭解，並依此探討臺灣民眾對安樂死的認知與認同感，冀望研究結果可以在推動安樂死合法化時，提供相關單位參考。基於上述研究動機，整理以下研究目的：

- 一、瞭解安樂死相關法規與現況。
- 二、探討臺灣民眾對於安樂死的認知。
- 三、探討臺灣民眾對於安樂死的認同。

第三節 研究流程

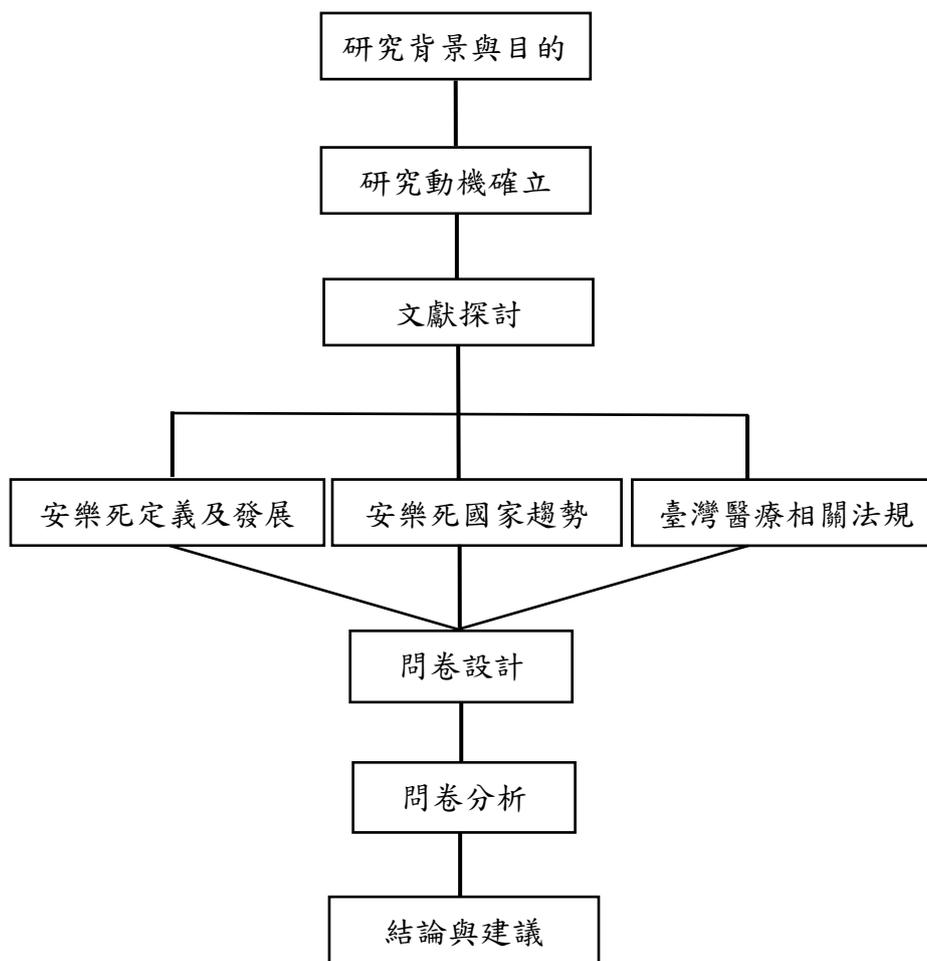


圖 1.4 研究流程

資料來源：本研究整理

第二章 文獻回顧與探討

本章節文獻共分三部分依序探討之：第一節為安樂死定義與歷程；第二節為臺灣醫療相關法規；第三節為小結。

第一節 安樂死定義與歷程

一、定義

安樂死 (Euthanasia)，源於希臘語 $\epsilonὐθανασία$ ，意為好的死亡，是一種有意結束病人生命的行為，大多使用藥物進行，旨在尊重病人的尊嚴死亡權。其多因病人之病情無法治癒，而若用醫療手段延長病人生命，會對病人造成生理、心理的極大負擔。本研究認為狹義的安樂死分為積極安樂死 (Active Euthanasia)、消極安樂死 (Passive Euthanasia) 以及協助自殺 (Assisted Suicide)；對病人是否知情且同意，亦可分為自願安樂死 (Voluntary Euthanasia) 及非自願安樂死 (Non-voluntary Euthanasia)。

其中自願安樂死在病人同意的情況下進行，或者預立安樂死決定書，絕大部分安樂死都需要如此；非自願安樂死則於未經病人同意下執行，普遍被認為不道德且違法，等同殺人行為。不過也有例外，比如荷蘭的格羅寧根議定書^[4]，其允許某些條件下的兒童安樂死^[5]。

(一) 積極安樂死 (Active Euthanasia)

患者須滿足如下條件才得以請求積極安樂死：

1. 達到法定年齡。
2. 經醫生評估，患有無法治癒的疾病。
3. 意志堅定，不為外力所影響(即為自願)。

4. 格羅寧根議定書(Groningen Protocol)：旨在規範積極結束新生兒生命的做法，並防止不受控制和不合理的殺戮。新生兒安樂死的全科醫生提出了五個標準。協議的作者確認，當滿足這些標準時，新生兒安樂死在法律上是允許的。

5. 兒童安樂死：指對患有重病或出生時就已有嚴重缺陷的兒童施行安樂死。

當患者滿足以上條件，便可向合法執行安樂死之醫療機構申請安樂死，由醫生為患者注射藥物，使患者於睡夢中離去。因違反傳統倫理道德和醫生救人的本職，以及各國習俗、固有觀念、宗教信仰等影響，積極安樂死迄今為止僅有五個國家合法（荷蘭、比利時、盧森堡、西班牙、紐西蘭）。

（二）消極安樂死 (Passive Euthanasia)

為尊重病人尊嚴死亡之權利，當病人患有無法治癒之疾病或相關醫療法規規定之病症時，得以**不接受或撤除維生醫療**^[6]。因為延長病人瀕死過程的治療會使病人感到生、心理上的痛苦。本研究認為消極安樂死雖被列為安樂死的一種，但比起積極安樂死，消極安樂死更像一種廣泛的概念，在各國以不同形式存在，而不會直接貼上安樂死的標籤。比如臺灣的《病主法》，南韓的《維持生命醫療決定》等。

對部分患者而言，撤除維生醫療稱不太上消極安樂死，因為撤除呼吸器或者撤除氣管內管與死亡間隔一天至半年不等，不過是將病人帶回因應自然死亡的路程，甚至痛苦；相對而言，積極安樂死則是可預期的死亡。

（三）協助自殺 (Assisted Suicide)

協助自殺指旁人協助病人死亡，有時協助自殺泛指「醫生協助自殺」，由醫生協助病人（比如提供藥物）進行死亡動作。由於目前安樂死未有世界共同的標準，本研究以「共同的動機」，即尊重病人之尊嚴死亡權及幫助病人擺脫病痛折磨，將協助自殺歸類於安樂死範疇內。而有的組織則不認為協助自殺為安樂死，比如瑞士的尊嚴 (Dignitas)。目前瑞士是唯一接受所有外國人士前往協助自殺的國家，2018 年傅達仁便是前往瑞士由協助自殺組織尊嚴協助結束生命。

三種安樂死方式以消極安樂死最多國家合法（詳見表 2.1）。根據 Kraus (1977,1978，引自陳中安，2021)針對加拿大 1000 名醫護員與民眾調查結果顯示 80%以上醫護員與 82.4%民眾對於醫生依病人要求撤除維生醫療持同意立場，83%以上醫護員與 74%民眾

6.維生醫療：指維持病人生命特徵但無治癒效果之醫療，比如呼吸器、葉克膜等。

對於醫生依病人要求停止強迫持同意立場，而此結論一直被研究證實著。而積極安樂死在許多國家眼中為殺人行為，這也是多國反對積極安樂死卻接受消極安樂死原因。

表 2.1 安樂死定義

	積極安樂死	消極安樂死	協助自殺
執行者	醫生	醫療人員或相關照顧人員	患者
方式	醫生為患者注射藥物（多為戊巴比妥鈉 ^[7] ），讓患者於睡夢中離世。	撤除或拒絕「維持生命治療」及「人工營養及流體餵養」	患者自行服下或注射藥物（多為戊巴比妥鈉），讓患者於睡夢中離世。
病人自願與否	須患者自願	在患者同意下執行；或在患者失去意識的情況下，經患者家屬（或患者代理人）同意執行。	須患者自願
合法國家	荷蘭、比利時、盧森堡、西班牙、紐西蘭	臺灣、英國、愛爾蘭、芬蘭、挪威、法國、西班牙、奧地利、希臘、丹麥、瑞典、南韓、印度	瑞士、德國、西班牙、美國部分州（共九州）、加拿大、澳洲、紐西蘭

資料來源：整理自《The Definition of Euthanasia (安樂死定義)》、英國醫學會

表 2.2 安樂死或類安樂死時間表(以生效年份為準)

年份	項目	國家(地區)
1941	協助自殺	瑞士
1997	醫生協助自殺	美國奧勒岡州、哥倫比亞
1998	消極安樂死	丹麥
1999		美國德州
2000	消極安樂死(安寧緩和條例)	臺灣
2022	積極安樂死、醫生協助自殺	荷蘭
	積極安樂死	比利時
2008	消極安樂死	墨西哥
2009	醫生協助自殺	美國華盛頓州
2009	積極安樂死	盧森堡
2010	消極安樂死	瑞典

7. 戊巴比妥鈉(Pentobarbital)：一種鎮靜劑，可在癲癇發作時和手術前使用，也被用於協助自殺(瑞士、荷蘭等地)，服下導致呼吸系統癱瘓，進而昏迷死亡。味道極苦。

表 2.2 安樂死或類安樂死合法時間表(續)

年份	合法項目	國家(地區)
2013	醫生協助自殺	美國佛蒙特州
2014		德國
2016		美國加州、加拿大
2016	消極安樂死	法國
2018		南韓、印度
2019	醫生協助自殺	美國夏威夷州、澳洲維多利亞州 美國紐澤西州
	消極安樂死(病人自主權利法)	臺灣
2020	消極安樂死	愛爾蘭
2021	積極安樂死	西班牙
	醫生協助自殺	西澳大利亞州
2021	積極安樂死、醫生協助自殺	紐西蘭
2022	醫生協助自殺	哥倫比亞、澳洲塔斯馬尼亞州
	消極安樂死	奧地利
2023	醫生協助自殺	澳洲昆士蘭州、澳洲新南威爾斯州

資料來源：整理自英國醫學會

二、起源與發展

柏拉圖於《理想國》表示自殺為解決病痛辦法之一。而在早期資源匱乏下更頻繁使用「安樂死」處死弱者，甚至斯巴達人為傳承強健體魄，會處死生來病弱的幼童。人類生活水平上升後，在西方宗教與君主政治影響下，認為天賜人命、君權神授，「人命」只由神與君主決定，自殺與安樂死是違反造物主對生命的掌控權，病痛為必須克服的神罰。十六世紀人本主義盛行，以天賦人權觀點出發，不支持安樂死；若以社會利益出發，將考慮安樂死必要性。十九世紀麻醉學進步，1870 年英國商人威廉斯第一次提出「醫學安樂死」，當病人承受極大痛苦時，醫生可依要求哥羅芳(Chloroform)^[8]或其他麻醉物使病人失去意識快速無痛死亡。十九世紀麻醉學進步，1870 年英國商人威廉斯第一次提出「醫學安樂死」。

8. 哥羅芳(Chloroform)：即氯仿(英語：chloroform)，化學式 CHCl₃，可當製冷劑、鎮定劑、麻醉劑使用。

1939 年希特勒主張「毀滅不具生存價值的生命」，實施所謂「安樂死」，第二次世界大戰前制定「T-4」計畫^[9]，將被醫療機構判定無藥可救者進行系統性屠殺，要求眾多德國醫生合作監督處死過程，為此更專門建造毒氣室。儘管 1941 年遭公眾反對，依舊秘密執行 T-4 計畫；同年 8 月天主教公開譴責此種行徑，同月希特勒正式下令停止但仍秘密執行，從 1940 至 1945 年約 200,000 殘疾人被屠殺。

1948 年瑞士日內瓦舉行世界醫學學會 (WMA)，以西元前 2000 年醫生信奉的《希波克拉底誓言》^[10]為基礎所制定的《日內瓦宣言》^[11]作醫生畢業宣誓誓詞。二者皆告誡醫生應有專業與對患者應有責任義務，含有「尊重人類生命，拒絕安樂死」意義。

羅馬天主教教廷於 1980 年發布《安樂死宣言》提到：「刻意造成自己的死亡或自殺與謀殺皆為錯誤；此做法將被視為拒絕上帝的主權和慈愛計劃」^[12]，譴責協助生命死亡皆為冒犯上帝，亦是強烈抨擊第一個合法安樂死的荷蘭。而德國受當年「T-4」非自願積極安樂死影響而心有餘悸，故強烈譴責安樂死法。

9. 「T-4」計畫(德語：Aktion T4)：此政策的目的是「清洗」德國民族裏所有「不健全的元素」。在此計劃中，有數以萬計乃至數以十萬計的「通過決定性的醫學檢查被判為病入膏肓無可救藥的病人」被醫生殺死。

10. 希波克拉底誓言(The Oath of Hippocrates)：希波克拉底乃古希臘醫者，被稱為西方「醫學之父」。在希波克拉底誓詞中，列出了一些特定的倫理上規範。

11. 日內瓦宣言(Groningen Protocol)：此宣言為醫師對於醫學的人道主義目標的宣誓，在德佔歐洲無數醫學罪行後顯得尤為重要。日內瓦宣言同樣也作為希波克拉底誓言的現代版。其內容大意为告誡醫生應保持良好的專業操守及向病人作出應有的責任與義務。

12. DECLARATION ON EUTHANASIA “No one can make an attempt on the life of an innocent person without opposing God's love for that person, without violating a fundamental right, and therefore without committing a crime of the utmost gravity.”

三、國家趨勢

荷蘭為首個積極安樂死合法之國家；瑞士為第一個允許協助自殺，且亦是唯一接受所有外國籍前往協助自殺之國家；而日本社會風氣反對安樂死，部分人提倡順其自然之尊嚴善終。三個國家各有主張。故將荷蘭、瑞士及日本相關制度作為探討內容分別條列如下：

(一) 荷蘭

荷蘭安樂死法規在 2001 年 4 月 1 日合法後，於 2002 年正式開始可行實施，也是世界上第一個核准積極安樂死的國家。至 2023 為止，荷蘭安樂死合法有兩種形式「積極安樂死」與「醫生協助自殺」。

上述兩種安樂死形式均受《安樂死法》管轄，《安樂死法》六項程序保障措施為：

- (1)自願且知情請求
- (2)有毫無意義和難以忍受的痛苦
- (3)告知病症情況和前景
- (4)與病患討論無合理的選擇
- (5)諮詢獨立醫生
- (6)嚴格醫學程序

不允許安樂死行為：

- (1)家屬或朋友皆不可在患者非清醒或精神疾病下提出安樂死要求
- (2)患者不可在沒有醫生或是第三方協助狀況下使用藥物安樂死
- (3)人們身體健康，厭倦生活感到生命已經完整等，皆不可請求

遵從以上規定，另外執行安樂死必須和荷蘭安樂死審查委員會(Euthanasia Review Committee)彙報。

2003 年統計顯示，荷蘭透過安樂死方式死亡的人數約有 1800 人，直到 2020 年逐年攀升近 7000 人，此數值佔荷蘭總死亡人數的其中 4%。2020 年前的統計結果顯示，荷蘭有過半數決定透過安樂死面對死亡的人群，是曾經有高學歷的工作

族群，他們有穩定的收入來源，也被稱作「夾心階層」。他們被夾在社會中層，沒有極為富有，也不少於低收入人士能領取社會福利保障津貼。而為何此年齡層的人數如此之多，其面臨的是工作上司階層壓榨，也有工酬不平等，以及家庭、生活品質、生育率夾雜的各項問題，因此提高他們寧願選擇安樂死的意願。

2021 年荷蘭執行安樂死的死亡人數為 7,666 人，其過半數落在 60 歲以上的癌症或其他久病臥床的晚期重症，2021 年死亡人數比以往幾年高出非常多，總數增加了大約 10%，亦代表「安樂死」在荷蘭逐年盛行。

荷蘭參議院議員傑·瑞克 (Jeroen Recourt) 表示，2021 年安樂死人數創下新高與新冠病毒帶來的疫情並沒有直接關係的影響，在這些安樂死的病例中，只有極少數的重症患者是因為冠狀病毒感染所直接引起的。圖 2.1 顯示，荷蘭近十年安樂死人數幾乎是逐年上升，在 2022 年來到了 8,720 人，而由圖 2.2 可知，2022 年在荷蘭申請安樂死的病患主要原因是癌症，其次是罹患多種疾病的患者，其他病症為老年症候群^[13]、心血管疾病、失智症等。

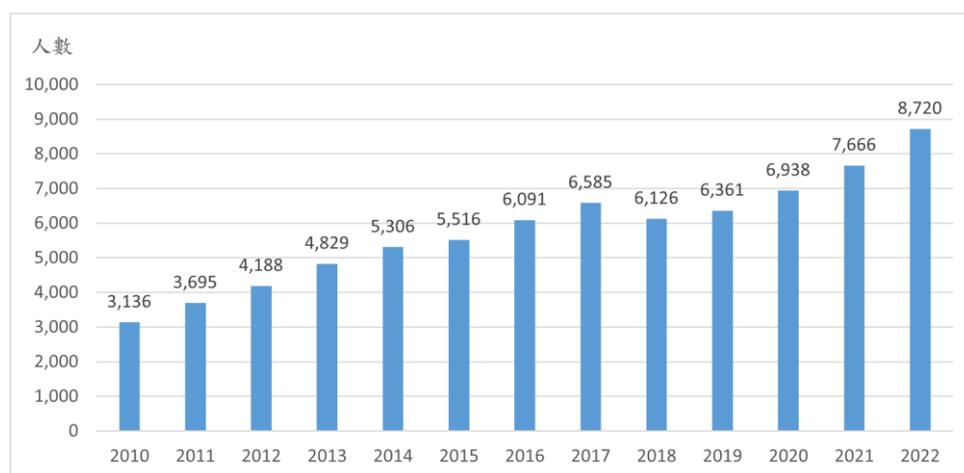


圖 2.1 荷蘭安樂死人數

資料來源：整理自荷蘭安樂死委員會年度報告

13.老年症候群:指因年長而造成多重器官功能受損，比如視力、聽力問題，或罹患長者常見疾病，比如認知障礙症、糖尿病、高血壓等。

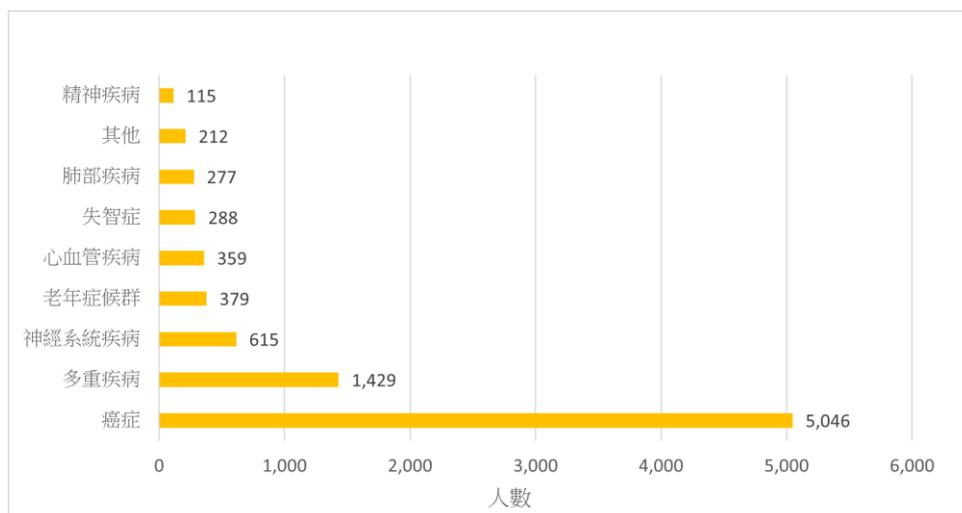


圖 2.2 荷蘭 2022 安樂死因素

資料來源：整理自荷蘭安樂死委員會年度報告

德國大學在近幾年發起一項研究，他們對荷蘭當地尋求幾千例「安樂死」進行調查，其中發現將近半數的人並非出於自願，而是由醫師和家屬配合做出「同意安樂死」這項決定，高達約 41%，畢竟法條是死的，但人的意識是活的，即便條文再嚴謹，都有「灰色地帶」的疑慮。

另外其中在這 41% 的案例中，其中的 11% 還是有意識的，並且也有判斷能力自主選擇是否進行安樂死。但是會造成這樣的現象是因為，隨著病患病情的惡化，醫療費用也隨之提高，家屬沒有長期的經濟能力可以支付患者的醫療照顧持續到死亡，所以透過表面看似合理為患者做出結束生命決定，也間接發覺病患長期下來帶給家屬的價值觀偏差，剝奪本人對生死的選擇權，讓整個過程「合法死亡」。

由於近年來荷蘭安樂死的趨勢，前總理艾格特 (Dries van Agt) 夫妻兩人一同選擇進行了「安樂死」。其中「伴侶安樂死」的案例至 2020 年首例出現後，雖然有緩慢增加的趨勢，但還是佔非常少數，因為法律的嚴格規定和宗教上的想法譴責，若兩人都有意願想要進行安樂死，仍然需要分開進行專家評估，另外雙方也要有長期病痛折磨或是重症，且沒有緩解辦法，才有機率被批准進行安樂死。

荷蘭政府在 2023 年下調安樂死法規的條件：12 歲以下的兒童也可執行安樂

死。申請只需要經過父母同意，不需要兒童本人同意。另外荷蘭政府也聲明，執行安樂死是讓孩童從病痛裡解脫的唯一合理辦法，這個法規也不用經過國會批准。

因荷蘭安樂死盛行，曾傳出老人為逃避非自願安樂死搬遷德國，非自願比例41%，其中1%死前仍保持清醒，被強迫安樂死可能是源自家庭負擔，也可能是執行安樂死的醫生配合家屬執行安樂死，忽視法律成變相殺人。因德國目前對於「安樂死」的相關法規尚未成立，成為逃亡首選。

(二) 瑞士

瑞士只允許「協助自殺」。自1937年起，瑞士刑法115條規定：「任何人出於私利動機，煽動他人自殺，或為自殺提供幫助，自殺實施或者企圖自殺，應當受到處罰。」最高五年監禁或罰款；另一方面，如果無法證實協助者的自利動機，則可以容忍協助自殺。此外，《刑法》第114條禁止安樂死。2000年，也曾多次嘗試將這種做法合法化，但聯邦委員會最終在2011年6月放棄做出任何改變，拒絕任何立法修改，不引入積極安樂死。

由於協助自殺不被視為一種醫療行為，所以瑞士不允許正規醫療機構執行，因而協助自殺在瑞士由以下協會提供服務：解脫(Exit)、尊嚴(Dignitas)、生命圈(Lifecircle)、天馬(Pegasos)。由表2.3可知，除了Exit只受理瑞士居民外，其他組織都受理外國籍。

表 2.3 瑞士主要執行安樂死的機構

機構名稱	對象
解脫 (EXIT)	只受理瑞士居民
生命圈 (Lifecircle)	可受理外國籍
尊嚴 (Dignitas)	
天馬 (Pegasos)	

資料來源：整理自各機構官網

1. 解脫 (EXIT)

於 1997 年成立，為非營利組織，致力於人們對生命自主權的基本權利，支持會員制度和執行生前預囑，幫助會員找到適合的人生道路，不過EXIT只受理本國居民。如果會員最終選擇自主離開生命，EXIT 會把致死藥物（戊巴比妥鈉）注入輸液袋，由病患自行控制輸液開關來結束自己的生命。

2. 尊嚴 (Dignitas)

由人權律師莫奈利 (Ludwig A. Minelli) 在 1998 年創立的非營利組織。但其實尊嚴真正的目的是讓病人在決定走入死亡前能夠得到專業的醫療諮詢協助，幫助人們生命的最後可以走得不那麼痛苦。由於開放外國籍人士成為會員、協助自殺，所以瑞士成自殺旅遊觀光聖地。

3. 生命圈 (Lifecircle)

於 2001 年在巴塞爾成立，位於瑞士比爾-本肯 (Biel-Benken) 是瑞士最北端的一個美麗的小村莊。該協會開放生活在瑞士的居民以及外國籍人士註冊會員。協會建議每個成為生命圈會員的人都制定生前遺囑，此外，生命圈還有提供預防自殺的免費諮詢。

4. 天馬 (Pegasos)

於 2019 年成立位在瑞士巴塞爾，為紀念高齡 104 歲澳洲知名科學家大衛·古道爾教授 (David Goodall)^[14] 而成立的非營利組織。古道爾在解脫國際 (Exit International)^[15] 結束生命引起國際關注。Pegasos 認為，每個心智健全且具有理性的成年人，無論健康狀況如何，都有選擇死亡方式和死亡時間點的權利，所以機構接受替非末期病患協助自殺。

14.大衛·古道爾:澳洲著名植物學家與生態學家。古道爾身體健康但行動不便，生活品質不斷下降，考慮自殺想法約 20 年。古道爾在他的記者會上提到「在我這個年紀，甚至比我年紀還小的人，都希望能夠自由選擇死亡以及何時死亡」。

15.解脫國際(Exit International): 支持和推動安樂死合法的國際非營利組織，由菲利普·尼奇克於 1997 在澳大利亞北領地通過全球首部安樂死法律《1995 年末期病人權利法》後成立(此法成立八個月被廢除)。總部位於澳洲，容易與解脫(EXIT)混淆。

瑞士於 1941 年協助自殺合法化，2011 年開放外國人士來協助自殺，認同者表示每個人都應該對於自己的生命有自決權，但也因此讓瑞士被蒙上自殺觀光業的陰影。瑞士聯邦委員會最終放棄任何立法修改，無論是為了更好地控制協會的行為，還是為了廢除安樂死，在瑞士爆發許多爭議，不斷進行公投，27.8 萬公民中，85%反對禁安樂死，78%反對禁止提供外國人安樂死。從 20 世紀 90 年代初到 2010 年左右，全國性辯論多次進行，以審查是否有必要擴大協助自殺範圍，並引入「積極」安樂死。圖 2.3 顯示 EXIT 近十年提供的協助自殺數據，自 2019 年開始逐年上升，在 2023 年達到 1,252 人。

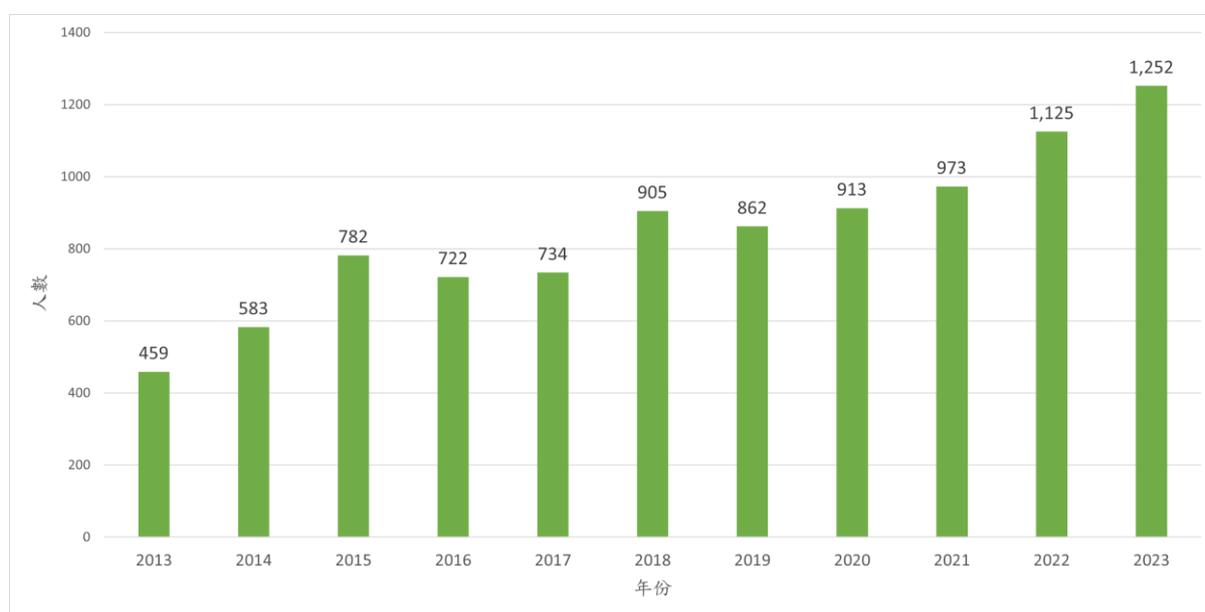


圖 2.3 EXIT 近十年協助自殺具體統計數據

資料來源：整理自 EXIT 官網

由圖 2.4 可知，「尊嚴」花許多時間提供專業諮詢協助，讓會員知道還有其他路可走，實際上使用「協助自殺」服務的個案只佔所有會員的 3%。

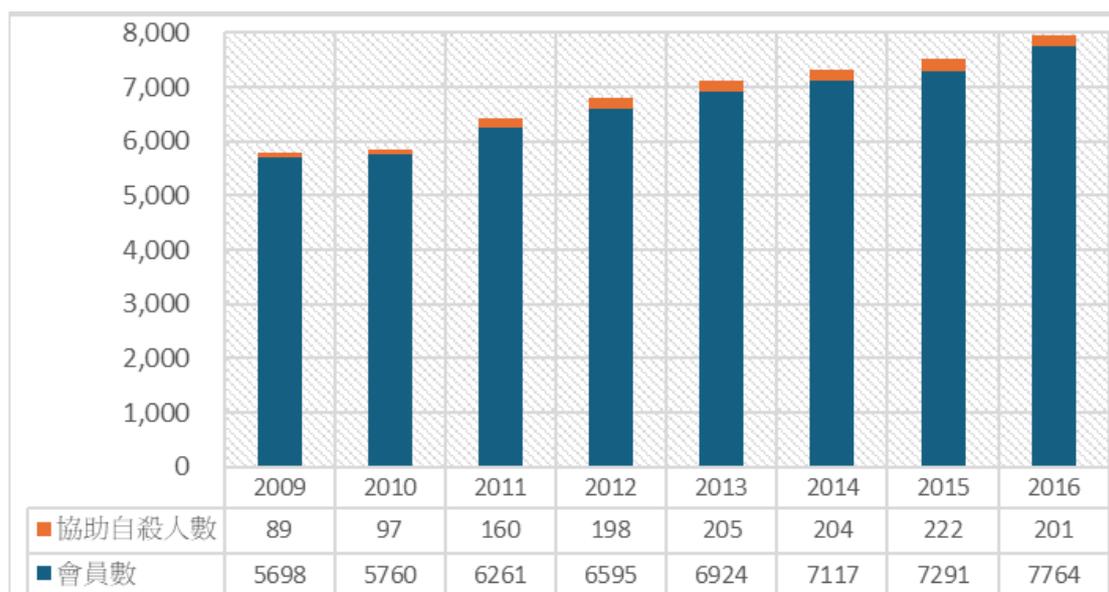


圖 2.4 「尊嚴」會員數、協助自殺人數

資料來源：DIGNITAS

(三) 日本

日本在 2012 年曾提出法案，計畫將「尊嚴死」立法，截至目前日本安樂死是不合法，而「尊嚴死」在日本尚未通過立法，日本尊嚴死的立法草案指的是「不進行延續生命的措施，讓人自然面臨死亡」，而安樂死則是利用人為行動，主動終止生命，在日本被視為「犯罪行為」，立法對醫生而言是種法律保障，免遭指控犯下任何種罪行，在日本，若未先簽下「生前遺囑」，醫生會以「把病患救活」的前提下來進行治療，即使這種侵入式的治療很有可能將病患的身體本身造成傷害(例如進行電擊時肋骨斷裂)，但醫生還是盡全力把病患救活。

日本設計幾項方案：尊嚴死協會、在宅醫療、平穩死，日本「尊嚴死協會」，原名「日本安樂死協會」成立於一九七六年，是由醫生、律師、政治家等成立，由已故婦產科醫生、國會議員太田紀領導。是一個希望能和平結束生命而成立的人權組織。

目前提倡「尊嚴死」的目的不是促使「安樂死」合法化，而是推動「生前遺囑」，也就是推廣病人在沒有辦法康復的情況下(癌症末期、持續性植物人狀態)，對於未來

可能會使用插管治療等時，簽署「生前遺囑」，之後就會以不使用機器醫療的提前下來進行治療，使得病患自然死去，尊嚴死協會成立 26 年後，截至 2002 年底，會員人數超過 10 萬名，其中 80% 會員年齡在 65 歲以上，站內紀錄會員家屬使用「生前遺囑」感想，使用到「生前遺囑」大都是較高齡者，家屬認為，因為有事先簽署，等到家人病重時，不必再決定是否進行急救，可讓家人到生命的最後一刻都是備受尊重的離世，並且看到家人使用後，自己也加入了會員，希望自己也被尊重的離世。

在宅醫療除了提供醫療與照護外，更希望高齡者在人生的最後能夠被尊重，在自己熟悉的地方生活，好好過完人生的最後一程，在宅醫療的場所並不侷限於自己家中，也可能是老人之家、失智之家，目前政府正在推動「全面性社區照護體系」，因為日本人口老化的速度非常快，目前 65 歲以上的人口已經超過 3500 萬人，因此目前政府（厚生勞動省）推出「全面性社區照護體系」，目標是在 2025 年能夠讓高齡者維護尊嚴並且盡可能的獨立過上自己想過的生活。各地政府將會提供住宿、醫療、護理、照護，讓高齡者能夠在自己熟悉的地方生活，接受治療，直到死亡。

而平穩死，又是在「在宅醫療」的情形下才會成立的，因為想要不在醫院延命治療，也想在自己熟悉的地方，在死亡來臨前還可以做一些自己想做的事情，平靜的等待死亡，所以才被稱為平穩死。

日本在宅醫師長尾和宏對此提出 5 個具體的要件：

- (1)離世時，患者能夠待在自己期望的場所；
- (2)透過緩和醫療，盡可能地減少患者的痛苦；
- (3)在平日的生活中盡可能地保有樂趣，並有能力做想做的事；
- (4)患者本人對於死亡不感到恐懼；
- (5)患者與家屬都對於現狀沒有不滿。

另一位在宅醫師中村明澄則指出，一般會考慮實施在宅醫療，主要有 3 種情況：

- (1)在往返醫院就診上有困難；
- (2)症狀進入末期，推估餘命在數週至 1、2 個月左右時；
- (3)患者本人表示希望回到家中。

由圖 2.5 可知，每年死亡地點最高的都是醫院，每年都超過 900,000 人在醫院離世，而自家離世的人數則是逐年增加，因為大眾漸漸知道平穩死，而日本又是超高齡社會，許多老人都希望能夠在自家離世所以選擇自家的人數才會增加。



圖 2.5 日本老年人近五年死亡地點數據

資料來源：政府統計の総合窓口(e-Stat)網站

16. 介護醫療院：社區型的醫療院所。

第二節 臺灣醫療相關法規

我國「公共政策網路參與」平台於 2023 年 7 月 19 日提議「安樂死合法化」，於 2023 年 11 月 15 日暫停附議，半年來已連署附議 5415 次。2023 年 8 月 14 日召開《安樂死合法化提案討論會議》撰寫會議記錄，會議甘添貴教授、畢柳鶯醫師摘要如下：

- (1)立法院 2018 年、2019 年曾提《尊嚴善終法》草案，因屆期不連續，故重提；2023 年 3 月一讀未通過。
- (2)《安寧緩和醫療條例》(以下簡稱安寧條例)、《病主法》即是消極安樂死，除命名不提「安樂死」減少立法阻力，而違反倫理程度輕微；積極安樂死本質為殺人行為，即違反尊重生命倫理。
- (3)彌補現行法規不足，病人失去自主意識或緩和醫療無效緩解痛楚，嚴重失能者(漸凍人、失智症、遺傳或退化性疾病患者)等。
- (4)安寧條例與病主法已成為醫生拒絕拔管理由，即使同情病人都不能做出此行為，無法滿足現實需求，成為阻礙善終法案。

經釐清後此提案指合法化「醫生協助自殺」與「醫生施行安樂死」，衛福部於 2023 年 9 月 13 日對此平台的安樂死合法化提案公開回應：

積極安樂死本意雖非惡意殺人，本質上仍屬加速縮短他人生命行為，現行法律上顯然已侵犯他人之生存權，因此「積極安樂死」合法化涉及憲法、刑法、醫學、哲學、宗教、倫理道德等不同層面議題。

會議內容不只如此，但可知，臺灣《安寧條例》與《病主法》是目前主要保護病人與醫生的法條，免受醫療糾紛或其他法律責任的非難。衛生福利部拒絕推行積極安樂死，消極安樂死仍有商榷餘地。

一、安寧緩和醫療條例

《安寧條例》於 2000 年實施，目的「為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益」，經兩名專科醫生判定病程進入「末期」階段，且本人簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，家屬才可在病人陷入昏迷或意識不清簽「不實施心肺復甦術(Do Not Resuscitate, DNR)同意書」。植物人非末期病人故不適用。

二、病人自主權利法

於 2019 年 1 月 6 日實施，臺灣第一部以病人為主體的醫療法規、全亞洲第一部完整保障病人自主權專法。相較《安寧條例》僅賦予末期病人拒絕延命治療與急救，《病主法》適用對象更加廣闊。

三大理念：「尊重病人醫療自主、保障病人善終權益、促進醫病關係和諧」，以病人為規範主體，又以保障病人自主權為核心價值，具完全行為能力成年人可進行如圖 2.6 流程：

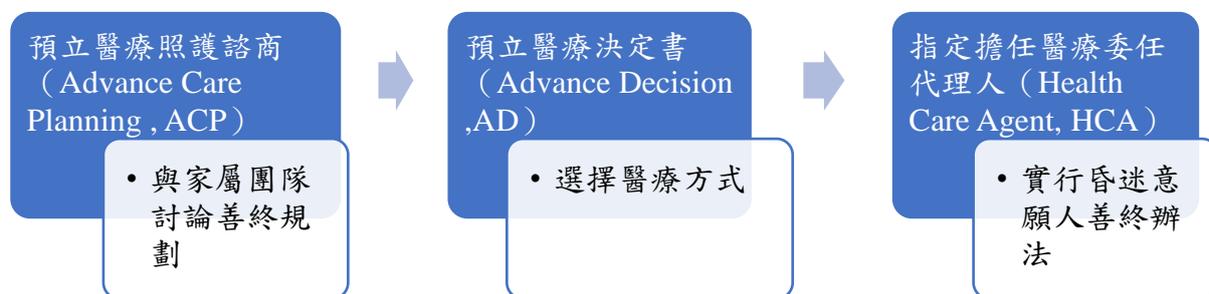


圖 2.6 病主法流程

資料來源：整理自臺灣安寧照顧基金會

此法除了減少病人賴活無法善終之痛苦，在病人失去表達方式後，家屬醫護人員無法得知病人醫療自主，使家屬背負「道德」壓力，使病人長期臥床。

各家醫院收費不同，平均照護諮商個人 3000 元，費用昂貴是大多數人止步主因，簽署總數佔不到全台成年人口 1%。但法規諮商過程需醫師、護理師、心理師或社工師各一名共同進行，高人力成本且申請流程複雜，政府推廣不佳，簽署成長率也依舊遲緩。

據衛服部統計，2000年通過《安寧條例》至2022年8月18日止，僅有83萬2,716人將DNR註記於健保卡，即0.04%成年民眾預立(截止111年7月止，20歲以上成年人口約19,281,695人)。健保署統計2020年162,467人死亡僅49,375曾有過安寧療護過程(30.4%)。2019年通過《病主法》至2022年8月18日止，僅37,409人登記AD(摘自《尊嚴善終草案》總說明)。

由圖2.7推測，安寧療護註記從2019至2020大幅下降登記人數，遇2020年COVID-19民眾減少至醫院避免感染風險；2022至2023預立醫療註記增加兩倍登記人數可能為預立醫療補助方案優化，使民眾願意前往登記。

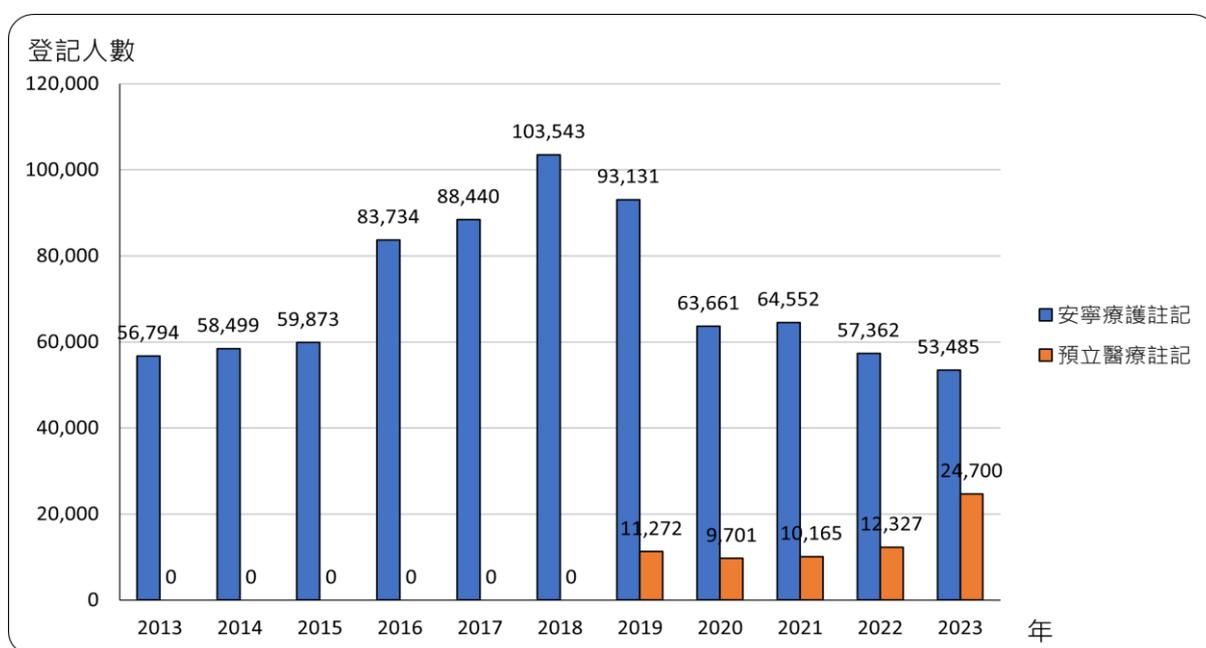


圖 2.7 安寧療護註記與預立醫療註記歷年統計

資料來源：整理自衛生福利部

三、尊嚴善終法草案

草案第三條「本法所稱尊嚴善終，係指依病人之自願請求，由醫師終止病人之生命，或由醫師提供終止生命之協助，而由病人自行終止其生命。」此草案由傅達仁之子傅俊豪提倡，內容主要參考國外法條，含「自願積極安樂死」、「協助自殺」兩種行為。基於國情考量以「尊嚴善終」做法案名稱。實施對象為「具有無法治癒之疾病及無法忍受之痛苦」(含最低意識狀態、永久植物人)。

表 2.4 臺灣醫療相關法規比較

	安寧條例	病主法	臺灣尊嚴草案
適用對象	末期病人	末期病人 不可逆轉昏迷 永久植物人 極重度失智 經機關公告之疾病 ^[17]	疾病無法治癒 痛苦難以忍受 醫生及病人皆認為 無其他合理替代方案者
拒絕醫療動作	可拒絕心肺復甦術(CPR) 移除維生醫療 可拒絕「緩和醫療」	可拒絕維持生命治療(LST) 人工營養及流體餵養(ANH) (緩和醫療在此法成必要提供)	——
本人簽署文件	預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書(DNR) ^[18]	預立醫療決定書(AD)	——
其他	未成年或失去意識由法定代理人簽屬 DNR 同意書	參加預立醫療照護諮商(ACP)程序 指定醫療委任代理人(HCA)	——
服務費用	免費	自費 2,000 至 3,500 不等	——

資料來源：臺北市立聯合醫院

目前「社團法人臺灣尊嚴善終諮詢服務協會」提供諮詢瑞士協助自殺服務，並持續推動臺灣安樂死能合法化，雖成立時間不長團隊人數十餘人，但協會希望推動這些議題能為臺灣社會更多關於生命尊嚴的思考與選擇。

17.經機關公告之疾病：衛福部公告囊狀纖維化症、亨丁頓氏舞蹈、症脊髓小腦退化性動作協調障礙等十二條疾病列入病主法保障範圍。

18.DNR(Do Not Resuscitate)本人簽屬稱「意願書」，法定代理人簽屬稱「同意書」，在臨床解釋無異議僅區別名詞解釋(楊坤仁，2018)，DNR 僅保障「末期病人」條件才可簽屬；AD 保障範圍更廣。一般而言是兩者皆簽屬最佳(林怡亭，2022)

第三節 小結

如今各地安樂死日漸合法，為解除病痛，更為尊嚴善終，而部分合法國家（比如比利時）有朝非末期病人開放安樂死的趨勢。美國生物倫理學家保羅·魯特·沃爾普 (Paul Root Wolpe) 曾說過：「當你從純生理標準轉為一系列心理標準時，你就打開了一扇濫用和失誤的大門」。安樂死若轉變為對末期及非末期病人的開放，就不得不注意一旦被濫用可能隨之而來的滑坡效應^[19]。

有些積極安樂死未合法國家會有替代方案，比如我國的斷食善終：斷食善終比起撤除維生醫療，後者對年長者來說可能有拔管失敗等風險，而斷食善終相對而言沒有風險，不過要忍受飢餓。醫師畢柳鶯^[20]的母親因小腦萎縮癱瘓在床，不願插管，於是採漸進式斷食 21 日死亡，該歷經時日因人而異。目前畢柳鶯已協助 157 位病人斷食善終。

聖加侖大學人文與社會科學學院教授埃爾斯納 (Anna Elsner) 表示道：「高齡化社會是一個令人擔憂的前景，若沒有改善緩和療護，就會增加人們對『不幸的死亡』的恐懼」。無限消耗醫療資源只會讓癌症病人對診療信心下降，選擇安樂死的病人大部分無法忍受診療與藥物副作用折磨，可加強所謂「精準醫療」^[21]。如果未來醫療發展能提升治癒率，減少副作用影響，想必安樂死人數能下降。

19. 滑坡效應：指決策者對行為的細小變化很難察覺，很難將其界定為不符合倫理規範，而對於大的變化，人們很容易發現行為的不道德性。

20. 畢柳鶯：臺中醫院復健科醫師，強調斷食善終經過當事人同意，患者照顧過程病情好轉可停止執行，為彈性在宅善終概念，著作《斷食善終》一書於 2022 年 3 月 21 日出版。

21. 精準醫療 (Precision Medicine)：普通問診、抽血、X 光、超音波等為大眾所知「標準療程」；癌症治療則根據先天後天基因突變去診療，「精準醫療」則加入個人基因表現、健康狀況、臨床狀況建立個人資料庫，主要是讓對症下藥更準確提升治癒率減少副作用。為全球醫療發展新趨勢。

第三章 研究方法

針對研究目的，本研究首先蒐集相關文獻，瞭解安樂死之起源、發展、現況及相關爭議，並以安樂死對比臺灣《病人自主權利法》及《安寧緩和條例》作探討，依此設計本研究之問卷，再透過問卷調查做客觀分析，最後彙整結論並提出建議。茲將研究對象暨研究假設，問卷設計以及統計分析方法分別敘述如下：

第一節 研究對象暨研究假設

一、母體界定

本研究主要探討臺灣民眾對安樂死的認知及認同，故以臺灣民眾為研究之母體。

二、研究假設

本研究藉由卡方檢定來探討「受訪者特徵值」對「安樂死的認知」與「安樂死的認同」是否有關，因此本研究假設一為：探討「受訪者特徵值」與「安樂死的認知」有關；假設二則是探討「受訪者特徵值」與「安樂死的認同」有關。故本研究假設如下：

H₁：「受訪者特徵值」與「安樂死的認知」有關

H₂：「受訪者特徵值」與「安樂死的認同」有關

第二節 問卷設計

本研究以問卷調查法蒐集初級資料，問卷共分成三部分，為求問卷符合內容效度 (content validity)，初版問卷委請醫護人員替我們試填，在醫護人員的建議及指導下，最後完成正式版問卷。

茲將本研究問卷說明如下：

- (一)第一部分：受訪者的基本資料，其中含「性別」、「年齡」以及「職業」等題目。
- (二)第二部分：民眾對安樂死的認知調查，其中包括「知道積極與消極安樂死的差別嗎？」、「覺得未來在什麼情況下會考慮安樂死？」，以及「知道荷蘭是第一個積極安樂死合法的國家嗎？」等題目。
- (三)第三部分：民眾對安樂死的認同調查，問項使用李克特氏五點量表，其中包括「認為人有權決定自己的死亡」、「認為選擇安樂死比自殺較不會讓人感到遺憾」，等題目。

表 3.1 問卷題項設計與參考文獻

問卷大綱	問卷題項	參考文獻
基本資料	1.性別 2.年齡 3.學歷 等，共計 8 道題目。	本研究
認知調查	1.您之前知道積極安樂死和消極安樂死的區別嗎？ 2.您覺得您未來在什麼情況下會考慮安樂死？ 3.您知道荷蘭是世界上第一個積極安樂死合法的國家嗎？ 等，共計 9 道題目	1.林谷燕(1997) 2.衛生福利部(2021) 3.梁敏萱(2023) 4.本研究
認同調查	1.我認為人有權決定自己的死亡。 2.我認為選擇安樂死比自殺較不會讓人感到遺憾。 3.我認為安樂死不只可以脫離病痛折磨，也能減輕心理負擔。 等，共計 9 道題目。	1.林谷燕(1997) 2.臺灣同志諮詢熱線協會(2017) 3.本研究

資料來源：本研究整理

第三節 統計分析方法

本研究利用問卷調查蒐集初級資料後，首先進行信度分析，再透過交叉分析與卡方檢定瞭解變數之間的關聯性，茲將統計分析方法分別敘述如下：

一、信度分析

「Cronbach's alpha」是一種透過比較組成工具的項目之間的共享變異數或協方差量與總體變異數來評估可靠性的方法 (L.M. Collins,2007)，當 α 值 0.8-0.9，表示內部一致性算好；0.7-0.8 可接受；0.6-0.7 可疑的；0.5 以下不可接受。

二、交叉分析

交叉分析是用來描述兩個或多個變數之分布情形，最後以交叉表(cross tabulation)來呈現(吳明隆、涂金堂，2012)。

三、卡方檢定

卡方檢定分為配合度檢定、齊一性檢定、獨立性檢定。配合度檢定是檢定資料的次數分配或比例分配是否合乎一致性；齊一性檢定是檢定兩個或兩個以上母體的某一特性分配是否齊一或相近；獨立性檢定為研究資料兩個屬性之間是否有關聯，需使用交叉表(cross-tabulation)，利用卡方檢定來檢定交叉表中兩個屬性是否有關聯，亦即獨立或不獨立(林惠玲、陳正倉，2020)。本研究使用獨立性檢定做分析。

第四章 資料分析

本研究以臺灣民眾為研究對象，利用網路問卷於 Facebook 及 Instagram 發放，並請親友協助填寫與轉發。受訪者於填答問卷時，必須填入 E-mail，並限定僅可填答一次，以避免重複填答。問卷發放時間為 2024 年 2 月 29 日至 3 月 7 日，總共發放 402 份問卷，其中剔除 6 份無效問卷，有效問卷共計 396 份，有效回收率 98.5%。

為瞭解問卷資料之可信度，本研究首先進行信度分析。本研究第三部分安樂死認同調查問卷之信度達 0.81，表示這部分題目有一致性，故具有信度。

表 4.1 信度分析表

構面	Cronbach's Alpha 值
安樂死認同調查	0.81

資料來源：本研究整理

第一節 基本資料分析

由表 4.2 可知受訪者為 396 人，以「女性」居多，為 63.9%；年齡以「22 歲(含)以下」居多，為 44.2%，「23 至 40 歲」其次，為 36.9%，「41 到 50 歲」最少，為 8%；學歷以「大專」居多，為 72.7%，「碩博士」最少，為 9.3%；職業以「非醫療與長照科系之學生」和「工商業」居多，分別為 25.0%與 22.7%，「醫療或長照相關行業」最少，為 3.3%；宗教信仰方面，其中「無信仰」居多，為 49.0%，其次是道教，為 25.5%，「基督教」最少，為 5.3%；「自己曾重病或臥床」佔 18.9%；「家人曾重病或臥床」佔 62.6%；「家人從事醫療或長照」佔 15.2%。

表 4.2 受訪者基本資料(n=396)

變數	項目	人次	百分比(%)
性別	女	253	63.9
	男	139	35.1
	其他	4	1.0
年齡	22 歲(含)以下	175	44.2
	23 到 40 歲	146	36.9
	41 到 50 歲	32	8.0
	51 歲(含)以上	43	10.9
學歷	高中職(含)以下	71	17.9
	大專	288	72.7
	碩博士	37	9.3
職業	非醫療與長照科系之學生	99	25.0
	工商業	90	22.7
	服務業	87	22.0
	軍公教	40	10.1
	醫療與長照科相關科系之學生	36	9.1
	自由業	28	7.1
	醫療或長照相關行業	13	3.3
	其他	3	0.8
宗教信仰	無信仰	194	49.0
	道教	101	25.5
	佛教	72	18.2
	基督教	21	5.3
	其他	8	2.0
自己曾重病或臥床	無	321	81.1
	有	75	18.9
家人曾重病或臥床	有	248	62.6
	無	148	37.4
家人從事醫療或長照	無	336	84.8
	有	60	15.2

資料來源：本研究整理

第二節 安樂死認知與認同分析

一、認知調查

由表 4.3 可知，在 396 位受訪者中，「不知道積極與消極安樂死區別」的受訪者佔比 59.8%，可見對安樂死不瞭解的受訪者居多；79.0%的受訪者在「病情嚴重，無法治癒，且臥床」的情況下會考慮安樂死，44.0%的受訪者在「雖未臥床，但病情嚴重，且無法治癒」的情況下會考慮安樂死，另有 10.0%的受訪者則「無論如何都不會考慮」安樂死，可見臥床對受訪者而言較難以接受；「知悉荷蘭為首個積極安樂死合法國」的受訪者佔比 47.2%，而「知悉瑞士是唯一接受外國人由醫生協助自殺的國家」的受訪者佔比 54.0%，可見受訪者對瑞士的協助自殺比之荷蘭的積極安樂死較為認識。

另外，由表 4.3 可知，「知悉積極安樂死在臺灣不合法」的受訪者佔 86.9%；「知悉《安寧條例》能保障末期病人」的受訪者佔 51.5%，「知悉《病主法》能保障『特定臨床條件』病人」佔比 50.8%，可見近一半受訪者不瞭解這兩條法規；「會簽署《預立醫療決定書》」的受訪者佔比 62.6%，不確定是否簽署的佔比 31.8%；於本研究假設的情境：「某日自身受到疾病折磨，是否會想用任何方式來結束生命」，其中選擇「會」的受訪者佔比 75.2%，選擇「從未想過」的受訪者佔比 13.4%，可見受訪者大多注重生命自主權。

表 4.3 受訪者對安樂死認知調查統計表(n=396)

變數	項目	人次	百分比(%)
知悉積極與消極安樂死區別	知道	159	40.2
	不知道	237	59.8
知悉荷蘭為首個積極安樂死合法國	知道	187	47.2
	不知道	209	52.8
知悉瑞士是唯一接受外國人由醫生協助自殺的國家	知道	214	54.0
	不知道	182	46.0
知悉積極安樂死在臺灣不合法	知道	344	86.9
	不知道	52	13.1
知悉《安寧條例》能保障末期病人	知道	204	51.5
	不知道	192	48.5
知悉《病主法》能保障「特定臨床條件」病人	知道	201	50.8
	不知道	195	49.2
是否會簽署《預立醫療決定書》	會	248	62.6
	不確定	126	31.8
	不會	22	5.6
假設受疾病折磨而痛不欲生，會不會想用任何方式結束生命	會	298	75.2
	不會	45	11.4
	從未想過	53	13.4
什麼情況下會考慮安樂死(複選)	病情嚴重，無法治癒，且臥床	313	79.0
	雖未臥床，但病情嚴重，且無法治癒	174	44.0
	無論如何都不會考慮	40	10.0
	其他	11	3.0
	總計	538	136.0

二、認同調查

由表 4.4 可知，受訪者認為「人有權決定自己的死亡」，以非常同意與同意居多，分別佔 58.8%和 32.8%；認為「選擇安樂死比自殺較不遺憾」，以非常同意與同意居多，分別佔 43.7%和 35.9%；認為「安樂死可脫離病痛折磨，也能減輕心理負擔」，以非常同意與同意居多，佔 48.0%和 38.9%；認為「安樂死不用家人同意」，以普通與非常同意居多，分別佔 27.0%和 22.5%；「合理原因下支持至親安樂死」的受訪者，以同意與非常同意居多，分別佔 41.9%和 35.4%；「支持臺灣安樂死合法」的受訪者，以非常同意與同意居多，分別佔 36.4%和 34.1%；認為「有安寧醫療的臨終關懷和拒絕過度醫療的權利就好，不需要安樂死」，以普通與不同意居多，分別佔 38.9%和 30.6%；認為「安樂死助長人們自殺或殺人想法」，以不同意與非常不同意居多，分別佔 43%與 27%；認為「醫生實施安樂死違背倫理道德」，以不同意與非常不同意居多，分別佔 45.7%和 27.8%；

表 4.4 中，以「人有權決定自己的死亡」的問項平均數最大，為 4.5，可見受訪者普遍認為人應有生命自主權，而「安樂死可脫離病痛折磨，也能減輕心理負擔」其次，為 4.3；平均數最小的則為「醫生實施安樂死違背倫理道德」，可見受訪者多半不認為醫生實施安樂死違背其救人本職。此外，「安樂死不用家人同意」標準差最大，「人有權決定自己的死亡」標準差最小。

表 4.4 受訪者對安樂死認同調查統計表(n=396)

變數	項目	人次	百分比(%)	平均數	標準差
人有權決定自己的死亡	非常同意	233	58.8	4.5	0.7
	同意	130	32.8		
	普通	25	6.3		
	不同意	4	1.0		
	非常不同意	4	1.0		
選擇安樂死比自殺較不遺憾	非常同意	173	43.7	4.1	1.0
	同意	142	35.9		
	普通	52	13.1		
	不同意	18	4.5		
	非常不同意	11	2.8		
安樂死可脫離病痛折磨，也能減輕心理負擔	非常同意	190	48.0	4.3	0.8
	同意	154	38.9		
	普通	34	8.6		
	不同意	14	3.5		
	非常不同意	4	1.0		
安樂死不用家人同意	非常同意	89	22.5	3.3	1.3
	同意	88	22.2		
	普通	107	27.0		
	不同意	77	19.4		
	非常不同意	35	8.8		
合理原因下支持至親安樂死	非常同意	140	35.4	4.1	0.9
	同意	166	41.9		
	普通	74	18.7		
	不同意	11	2.8		
	非常不同意	5	1.3		
支持臺灣安樂死合法	非常同意	144	36.4	4.0	1.0
	同意	135	34.1		
	普通	97	24.5		
	不同意	13	3.3		
	非常不同意	7	1.8		

表 4.4 受訪者對安樂死認同調查統計表(續)

變數	項目	人次	百分比(%)	平均數	標準差
有安寧醫療的臨終關懷和拒絕過度醫療權即可，不需安樂死	非常同意	20	5.1	2.6	1.0
	同意	38	9.6		
	普通	154	38.9		
	不同意	121	30.6		
	非常不同意	63	15.9		
安樂死助長自殺或殺人的想法	非常同意	16	4.0	2.2	1.0
	同意	31	8.0		
	普通	72	18.0		
	不同意	170	43.0		
	非常不同意	107	27.0		
醫生實施安樂死違背倫理道德	非常同意	14	3.5	2.1	1.0
	同意	13	3.3		
	普通	78	19.7		
	不同意	181	45.7		
	非常不同意	110	27.8		

資料來源：本研究整理

第三節 卡方檢定與交叉分析

本研究利用「不同受訪者特徵值」對安樂死的「認知調查」及「認同調查」進行交叉分析，並進一步藉由卡方檢定來了解是否達到顯著差異，未達顯著差異之結果（如宗教信仰）不會列入分析，而性別的「其他」因為人數較少，又不宜與男性或女性進行合併，因此暫不列入分析。茲將達到顯著差異的部分，分析如下：

一、女性對於安樂死不用家人同意持中立態度，男性則傾向同意

由表 4.5 可知，P 值 <0.05 ，亦即不同性別的受訪者對「安樂死不用家人同意」具有顯著差異，整體而言此觀點以普通(27.3%)居多。其中女性對此觀點感到普通(30.8%)，高於男性的非常同意(29.5%)。一般而言女性較感性，將家人視為第一順位，應與家人共同決議生命大事；男性則傾向同意此觀點，推測男性認為自主決定大於家人同意，生命由自己做主即可。

表 4.5 「性別」對「安樂死不用家人同意」交叉表

性別 安樂死 不用家人同意	女		男		總計	
	人次	百分比(%)	人次	百分比(%)	人次	百分比(%)
非常不同意	21	8.3	13	9.4	34	8.7
不同意	53	20.9	24	17.3	77	19.6
普通	78	30.8	29	20.9	107	27.3
同意	56	22.1	32	23.0	88	22.4
非常同意	45	17.8	41	29.5	86	21.9
總計	253		139		392	
Pearson 卡方值=9.637 自由度=4 P 值=0.047						

資料來源：本研究整理

二、在合理原因下，男性非常支持至親安樂死，女性則僅為同意

由表 4.6 可知，P 值 <0.05 ，亦即不同性別的受訪者對「合理原因下支持至親安樂死」具有顯著差異。整理來說受訪者合理原因下受訪者較支持至親安樂死，男性以非常同意 (44.6%) 居多，而女性以同意 (44.7%) 居多。依性格而言，女性較感性，若安樂死之至親為其子女，想必會不捨子女放棄治療；不過若子女心意已決，母親亦會將子女想法納入考量，即便不捨也會尊重子女決定；若為長輩、旁系親人或配偶，亦是不捨之下支持決定。「病未可懼，痛不欲生」，男性更注重長幼配偶之決定，在他們眼裡病人最難受的是痛苦不被理解，應支持至親善終自主權。

表 4.6 「性別」對「合理原因下支持至親安樂死」交叉表

合理原因下 支持至親安樂死	性別		男		總計	
	女	男	女	男	女	男
	人次	百分比(%)	人次	百分比(%)	人次	百分比(%)
非常不同意	2	0.8	2	1.4	4	1.0
不同意	9	3.6	2	1.4	11	2.8
普通	54	21.3	20	14.4	74	18.9
同意	113	44.7	53	38.1	166	42.3
非常同意	75	29.6	62	44.6	137	34.9
總計	253		139		392	
Pearson 卡方值=10.753 自由度=4 P 值=0.029						

資料來源：本研究整理

三、男性非常支持臺灣安樂死合法化，女性則為同意

由表 4.7 可知，P 值<0.05，亦即不同性別的受訪者對「支持臺灣安樂死合法」具有顯著差異，整體而言大多數受訪者皆支持臺灣安樂死合法。其中女性以同意 (33.2%) 居多，男性以非常同意 (44.6%) 居多。呈表 4.7 女性觀點，倘若今日臺灣安樂死真的合法，但實施對象標準疏漏，大家會感到猶豫。極少受訪者在填寫時將年齡、命運、社會隱憂等納入考量(≤2%)。

表 4.7 「性別」對「支持臺灣安樂死合法」交叉表

性別 支持臺灣 安樂死合法	女		男		總計	
	人次	百分比(%)	人次	百分比(%)	人次	百分比(%)
非常不同意	5	2.0	1	0.7	6	1.5
不同意	11	4.3	2	1.4	13	3.3
普通	73	28.9	24	17.3	97	24.7
同意	84	33.2	50	36.0	134	34.2
非常同意	80	31.6	62	44.6	142	36.2
總計	253		139		392	
Pearson 卡方值=12.459 自由度=4 P 值=0.014						

資料來源：本研究整理

四、年紀較長的受訪者，越能確定會簽屬預立醫療決定

由表 4.8 可知，P 值<0.05，亦即不同年齡的受訪者對「是否簽署預立醫療」具有顯著差異。其中 51 歲(含)以上受訪者「會」簽署佔 88.4%，「不會」簽署佔 9.3%，從同年齡層比例差異中推測，除年長者較了解此訊息，且很清楚隨著年紀增長此決議帶給他往後的保障權越發重要；反觀 22 歲(含)以下答覆集中於「會」與「不確定」，應是不清楚預立醫療決定之用途與未來可保障權益。

表4.8 「年齡」對「是否簽署預立醫療」交叉表

是否簽署 預立醫療	22歲(含) 以下		23到40歲		41到50歲		51歲(含) 以上		總計	
	人次	百分比 (%)	人次	百分比 (%)	人次	百分比 (%)	人次	百分比 (%)	人次	百分比 (%)
不會	15	8.6	5	3.4	1	3.1	1	2.3	22	5.6
會	87	49.7	99	67.8	24	75.0	38	88.4	248	62.6
不確定	73	47.7	42	28.8	7	21.9	4	9.3	126	31.8
總計	175		146		32		43		396	

Pearson卡方值=29.483 自由度=6 P值=0.000

資料來源：本研究整理

五、年紀較輕的受訪者，對於安樂死不用家人同意持中立態度

由表 4.9 可知，P 值 <0.05 ，亦即不同年齡的受訪者對「安樂死不用家人同意」具有顯著差異。22 歲(含)以下受訪者以普通觀點居多(31.4%)，部分未成年還有監護權或與家人關係依舊緊密，認為能不能自決安樂死需與家人慎重討論規劃；51 歲(含)以上則同意居多(37.2%)，能不能安樂死與家人規劃討論即可，主要是隨者年紀增長，身體狀況僅自己能感受，最終選擇安樂死權力應由自己掌握。《百孝經》首句「天地重孝孝當先」，子女若不同意父母安樂死堅持撫養長眠，父母無法達善終；若同意父母安樂死，則遭受社會非難，其實兩派皆遭受社會「不孝」罵名，固可解釋 23 歲至 50 歲比例相近之原因。

表 4.9 「年齡」對「安樂死不用家人同意」交叉表

安樂死 不用家人同意	年齡		22 歲(含) 以下		23 到 40 歲		41 到 50 歲		51 歲(含) 以上		總計	
	人 次	百分 比(%)	人 次	百分 比(%)	人 次	百分 比(%)	人 次	百分 比(%)	人 次	百分 比(%)	人 次	百分比 (%)
非常不同意	23	13.1	6	4.1	3	9.4	3	7.0	35	8.8		
不同意	33	18.9	30	20.5	5	15.6	9	20.9	77	19.4		
普通	55	31.4	38	26.0	8	25.0	6	14.0	107	27.0		
同意	32	18.3	31	21.2	9	28.1	16	37.2	88	22.2		
非常同意	32	18.3	41	28.1	7	21.9	9	20.9	89	22.5		
總計	175		146		32		43		396			
Pearson 卡方值=21.623 自由度=12 P 值=0.042												

資料來源：本研究整理

六、年紀較長的受訪者，非常同意臺灣安樂死合法

由表 4.10 可知，P 值 <0.05 ，亦即不同年齡的受訪者對「希望臺灣安樂死合法」具有顯著差異。其中 23 歲以上之受訪者以非常同意居多；22 歲(含)以下之受訪者則以普通居多，22 歲以下多為學生，推測學生受訪者較少經歷相關事件，比如親人重病或離世，進而未曾發想己身是否希望安樂死能夠於臺灣合法化，故而持中立態度。

表 4.10 「年齡」對「希望臺灣安樂死合法」交叉表

年齡 希望臺灣 安樂死合法	22 歲(含) 以下		23 到 40 歲		41 到 50 歲		51 歲(含) 以上		總計	
	人 次	百分 比(%)	人 次	百分 比(%)	人 次	百分 比(%)	人 次	百分 比(%)	人 次	百分 比(%)
非常不同意	6	3.4	1	0.7	0	0.0	0	0.0	7	1.8
不同意	8	4.6	3	2.1	0	0.0	2	4.7	13	3.3
普通	56	32.0	31	21.2	4	12.5	6	14.0	97	24.5
同意	55	31.4	52	35.6	11	34.4	17	39.5	135	34.1
非常同意	50	28.6	59	40.4	17	53.1	18	41.9	144	36.4
總計	175		146		32		43		396	
Pearson 卡方值=23.613 自由度=12 P 值=0.023										

資料來源：本研究整理

七、家人從事醫療或長照工作，較瞭解安樂死區別

由表 4.11 可知，P 值 <0.05 ，亦即「家人是否從事醫療或長照」對「是否知悉安樂死區別」具有顯著差異。其中佔 55.0%的受訪者，家庭的其他成員若有從事醫療等相關工作時，也相對的對「安樂死」有一定程度的認知，而相反地，若家庭成員裡沒有人接觸過任何醫療相關等工作行業，在數據當中有超過六成的人，對「安樂死」的區別並不知曉，因此可見「安樂死」這項議題當中，在臺灣並沒有被廣泛討論，一般民眾除非自身或身邊的親人朋友從事相關工作，才會與家人探討並理解「安樂死」的定義與區別。

表 4.11 「家人是否從事醫療或長照」對「是否知悉安樂死區別」交叉表

家人是否從事 醫療或長照 是否知悉 安樂死區別	是		否		總計	
	人次	百分比 (%)	人次	百分比 (%)	人次	百分比 (%)
知道	33	55.0	126	37.5	159	40.2
不知道	27	45.0	210	62.5	237	59.8
總計	60		336		396	
Pearson 卡方值=6.488 自由度=1 P 值=0.011						

資料來源：本研究整理

八、家人從事醫療或長照工作，較瞭解《病主法》

由此表 4.12 可知，P 值 <0.01 ，亦即「家人是否從事醫療或長照」對「是否知悉病主法」具有顯著差異。受訪者若有家人從事醫療或長照相關工作，對臺灣的特殊法律條款《病主法》有超過六成的瞭解，而相對家人如果沒有從事醫療或長照工作，受訪者對病主法的不瞭解也超過了五成達到 52.0%，根據此表推測政府相關單位應該輔助加強對人民宣導，病患應要有「知情權」知道所有醫療救護選項，另外也擁有「選擇權」對於醫生的建議有接受或拒絕的權利，且不該受其他人影響的保障。

表 4.12 「家人是否從事醫療或長照」對「是否知悉病主法」交叉表

家人是否從事 醫療或長照 是否知悉病主法	是		否		總計	
	人次	百分比 (%)	人次	百分比 (%)	人次	百分比 (%)
知道	40	67.0	161	48.0	201	50.8
不知道	20	33.0	175	52.0	195	49.2
總計	60		336		396	
Pearson 卡方值=7.161 自由度=1 P 值=0.007						

資料來源：本研究整理

九、家人從事醫療相關工作，最不認同安樂死會助長自殺或殺人想法

由表 4.13 可知，P 值 <0.05 ，亦即「家人是否從事醫療或長照」對「安樂死助長自殺或殺人想法」具有顯著差異，整體而言受訪者較不同意此觀點。其中家人「有」從事醫療或長照行業會長期接觸病患或長者，最能觀察他們的生活環境與生理反應，他們可能會說出感受讓照護者悉知，照護者因接收這些資訊深有感觸，而照護者家人能理解照護者的心情，對此觀點非常不同意佔 40.0%；家人「無」從事醫療或長照相關行業無法得知被照護者實際狀態，僅從外部訊息知悉狀態，對於此觀點不同意佔 45.8%。

表 4.13 「家人是否從事醫療或長照」對「安樂死助長自殺或殺人想法」交叉表

安樂死助長 自殺或殺人想法	家人是否從事 醫療或長照		否		總計	
	是	否	人次	百分比 (%)	人次	百分比 (%)
非常不同意	24	40.0	83	24.7	107	27.0
不同意	16	26.7	154	45.8	170	42.9
普通	14	23.3	58	17.3	72	18.2
同意	4	6.7	27	8.0	31	7.8
非常同意	2	3.3	14	4.2	16	4.0
總計	60		336		396	
Pearson 卡方值=10.007 自由度=4 P 值=0.040						

資料來源：本研究整理

第五章 結論與建議

茲將本研究結論與建議彙整如下。

第一節 結論

根據實證結果，將結論分別敘述如下：

一、生理疾病自殺的通報人數與國外安樂死人數逐年上升

根據文獻分析結果，詳見圖 1.3，我國生理疾病自殺通報人數近年逐年升高，且於 2019 年病主法上路後不減反升，推測有部分病人厭倦安寧緩和醫療，或者迫於家庭經濟壓力；而從圖 2.1 可知，荷蘭安樂死人數亦是逐年上升，可見安樂死能幫助部分病人脫離痛苦。於「選擇安樂死比自殺較不遺憾」這一題中，非常同意和同意人數分別佔比 43.7% 與 35.9%，受訪者大多贊同此觀點。對我國因生理疾病自殺的病人來說，安樂死或許能成為他們另一種選擇，減少憾事發生。

二、近半數受訪者不瞭解醫療法規

根據問卷分析結果，不知道安寧條例的受訪者佔四成八，而不知道病主法的受訪者佔四成九，可以發現有近半數的受訪者對醫療法規並不瞭解，可能是平時未接觸相關議題，也未遇到會使用預立醫療決定的情況，因而不瞭解甚至不知道安寧條例與病主法。

三、受訪者對荷蘭安樂死不太瞭解對瑞士協助自殺較瞭解

根據問卷分析結果，受訪者對荷蘭是首個合法積極安樂死的國家以知道四成七居多，而對瑞士是唯一接受外國人協助自殺的國家卻以知道五成四居多。近年最為人所周知的瑞士協助自殺案例就是 2019 年的傅達仁，可知關心社會新聞的人多半會知曉瑞士的協助自殺。

四、家人從事醫療或長照行業對安樂死及病主法更瞭解

根據問卷分析結果，家人從事醫療或長照相關行業的民眾更瞭解積極、消極安樂死的區別，也對病主法的保障內容更加瞭解，且非常不同意「安樂死會助長人們自殺或殺人」。想必相關行業工作者會與家人日常生活中分享此類醫療知識。

五、受訪者對安樂死以正面看法居多

根據問卷分析結果，認為「醫生實施安樂死是違背倫理道德」的受訪者以不同意四成五，以及認為「安樂死合法會助長人們自殺或殺人的念頭」也以不同意四成三。此外，近四成八受訪者非常同意比起自殺，安樂死較不會讓人感到遺憾；四成八的受訪者非常同意安樂死能減輕心理負擔。於問卷的其他回覆中，許多受訪者亦表達了對安樂死的認可。可見於價值觀層面安樂死其實並無太多阻礙，大部分受訪者較贊同。

六、年輕受訪者因認知不足以普通或不確定之態度居多

根據問卷分析結果，22歲（含）以下之受訪者於「會不會簽署預立醫療決定」中，近四成八受訪者選擇不確定；於「安樂死不需經家人同意」中，以普通三成一居多；於「希望臺灣安樂死合法化」中，亦以普通三成二居多。可見大部分年輕人並未多想這類議題，態度未像其他年齡段的受訪者一樣明確，其中可能是因為社會歷練不足，而學校鮮少提到相關知識，進而未引發生命思考。

七、男女性觀點有些差異但都支持安樂死合法

根據問卷分析結果，大多數受訪者希望安樂死能夠合法，其中非常同意者佔三成六，同意者佔三成四，反映出民眾對安樂死的認同感。女性有三成一對「安樂死不需家人同意」這一觀點持中立態度居多，當女性涉及家人認同猶疑不定，難以抉擇；男性則以非常同意與同意過五成，可見男性於此事態度明確，認為生命應由自己決定。而「支持至親合理安樂死決定」這一觀點中，女性近四成五同意居多，而男性以非常同意近四成五居多，可以看出受訪者皆持贊同態度。

八、年長受訪者對生命更有明確的方向

根據問卷分析結果，年紀越大受訪者越確定簽署預立醫療決定。當身體機能伴隨年齡下降，應考慮一旦生病後的退路。簽署預立醫療有個絕佳益處是符合預立醫療決定任意一項資格，即可生效此方案；此外臺灣安樂死若能合法，當事人陷入無法言語或昏迷狀態可根據當初簽屬文件執行安樂死。兩者都能讓年長者從疾病中獲得解脫，也能讓子女擺脫「不孝」的罵名。

九、不僅要有醫療權也要有生命自主權

根據問卷分析結果，於本研究設想的情境題「自身受到疾病折磨，想用任何方式來結束生命」中，選擇「會」的民眾高達七成五；民眾都是期望安樂死合法、相信不違背倫理道德、利他利己，但牽涉到情感羈絆比如「安樂死不需經家人同意」與「支持至親合理安樂死」，前者平均數 3.3 答覆散布非常同意(22.5%)、同意(22.2%)、普通(27.0%)、不同意(19.4%)，後者答覆平均數 4.1 分佈非常同意(35.4%)、同意 (41.9%)、普通(18.7%)，若我做決定時不經家人同意是否為莽撞行為，若我決定被阻撓是否失去自決權，而家人想安樂死我會支持，可知民眾希望擁有生命自決權與被支持感。

十、受訪者普遍無法接受病情嚴重且臥床

根據問卷分析結果，受訪者於複選題「什麼情況下會考慮安樂死」中，選擇「病情嚴重無法治癒『且臥床』」者共計 313，佔比 79%；而選擇「雖未臥床，但病情嚴重，且無法治癒」者共計 174，佔比 44%，可見受訪者普遍無法接受重病且行動受限，以及臥床需親人長期照料，無論對自己或親人都是不小的壓力負擔。

第二節 建議

根據上述結論，提出以下建議：

一、加強宣導醫療觀念

本研究發現民眾並不瞭解《安寧條例》、《病主法》差異與的保障範圍，國內推行《預立醫療決定》效果不彰民眾不知其益處，若透過網路媒體或醫療場所張貼資訊，即可拓展民眾保障權；舉辦名人講座與大眾分享親身案例增加信賴感。民眾對於安樂死的資訊不足僅知道能使病人離苦得樂，盲目推崇將帶給社會亂象與政府壓力。

二、應以不傷害弱勢群體的前提下再使安樂死合法

同意安樂死合法化的受訪者居多，但不可不正視安樂死一旦合法可能造成的滑坡效應。荷蘭曾傳出老年人為躲避安樂死而出逃的新聞，可見安樂死是一把雙面刃，既能使重病患者自願解脫，也能使弱勢群體「被迫自願」進行安樂死。想必也會有一批患者不想離開人世，卻又礙於拖累家人，最後無奈選擇安樂死。因此若要使安樂死合法，必須保障這部分患者的權利。

三、早日學習生命教育

年輕人因安樂死相關問題皆持中立態度，在問卷答覆中，許多人反饋從未想過這一類問題。其可能是因為未經歷身邊親友去世，進而未曾對死亡這一議題進行發想，而本研究認為學校的生命教育應加強，讓年輕人提前學習如何接受死亡，當死亡真正到來之後，面對它就不會手足無措，也能幫助從未經歷的年輕人更快走出陰影。

四、期望臺灣相關單位正視安樂死議題

安樂死議題在臺灣備受討論，期望臺灣相關單位能正視此議題，使因生理疾病自殺的病人能多一個選擇。

五、加強宣導例行健康檢查

癌症列全球死因第二，每年有一千萬人口死於癌症；而在我國自 1982 年起，癌症一直居首位，第 41 年，傅達仁因癌症病痛選擇安樂死廣為人知，而國外選擇安樂死亦

多為癌患者，原幸福家庭被癌症打破令人不忍。期望臺灣醫療單位能夠不分年齡深入推廣健康檢查政策，若不幸罹癌亦能在初期發現；將健康教育與校園、企業活動相結合，能讓民眾更重視身體健康，期望民眾能從各種宣導及活動中學到如何保持正向心態面對所有疾病，且定期做健康檢查。

參考文獻

一、中文文獻

1. Alissa Quart (譯者：李祐寧)，(2019)，被壓榨的一代：中產階級消失真相，是什麼讓我們陷入財務焦慮與生活困境？(Squeezed: Why Our Families Can't Afford America)，第 2-7 頁。
2. 王耘婕(2005)，自願主動安樂死的出路——從死亡權的角度分析，中央大學，第 77-79 頁。
3. 林谷燕(1997)，安樂死、尊嚴死在臺灣。弘光醫專學報，第 29 卷，第 405-416 頁。
4. 陳中安(2021)，初探臺灣民眾對於不同安樂死方式之態度，東吳大學，第 105-107 頁。
5. 張心慧(2017)，系統性文獻回顧：亞洲醫師、護理人員、病人與民眾安樂死態度，臺北醫學大學，第 89-91 頁。

二、國外文獻

1. Barend W. Florijn. (2018) .Extending'ethanasia to those 'tired of living' in the Netherlands could jeopardize a well-functioning practice of physicians' assessment of a patient's request for death.ScienceDirect.122(3) , 315-319.
2. Tom L. BEAUCHAMP , Arnold I. DAVIDSON. (1998) .The Definition of Euthanasia,International Journal of Chinese & Comparative Philosophy of Medicine , 1(1) , 11-34.
3. Christine Bartsch , Karin Landolt , Anita Ristic , Thomas Reisch & Vladeta Ajdacic-Gross. (2019) .Assisted Suicide in Switzerland , Dtsch Arztebl Int , 116(33-34) , 545-552.
4. Kraus, A. (1977) .Patients who want to die: A survey. Canadian Family Physician , 23 , 63.

三、網路文獻

1. 中華民國 (2020a) , 安寧緩和醫療條例【全國法規資料庫】。
2. 中華民國 (2020b) , 病人自主權利法【全國法規資料庫】。
3. 公益財団法人 日本尊嚴死協會, 日本尊嚴死協會の設立目的, <https://songenshi-kyokai.or.jp/about/purpose>。
4. 台灣同志諮詢熱線協會(2017), 安樂死合法化相關議題看法調查, <https://reurl.cc/qVOWjE>。
5. 田思怡(2024), 「不能沒有彼此」荷蘭 93 歲前總理與結縭 70 年妻子手牽手接受安樂死, <https://udn.com/news/story/6809/7765693>。
6. 厚生労働省, 地域包括ケアシステム, <https://reurl.cc/LWpOW7>。
7. 安寧照顧基金會: 安寧療護, 財團法人中華民國(臺灣)安寧照顧基金會。
8. 安寧照顧基金會: 病人自主法, 財團法人中華民國(臺灣)安寧照顧基金會。
9. 安樂死合法化提議(2023), 公共政策網路參與平台網頁, <https://reurl.cc/VNe2vY>。
10. 政府統計の総合窓(e - S t a t), <https://www.e-stat.go.jp/about>。
11. 風傳媒(2021), 在瑞士想安樂死要準備什麼? 是怎麼進行的? 旅瑞台人揭安樂死機構神秘面紗, <https://www.storm.mg/lifestyle/4060928?page=1>。
12. 孫偉倫(2017), 【荷事生非】生命終止與延續課題: 荷蘭安樂死的現況, <https://www.thinkingtaiwan.com/content/59666>。
13. 病人自主研究中心(2018), 日本「尊嚴死」法案倡特殊拒絕醫療權, <https://parc.tw/trend/international/article/70>。
14. 梁敏萱(2023), 安樂死合法國家有哪些? 安樂死跟醫生輔助自殺有什麼不同? 關鍵評論網, <https://www.thenewslens.com/article/184724>。
15. 曾依璇、高照芬(2018), 歐洲僅 4 國允許安樂死 法國慎重辯論中, CAN 中央通訊社, <https://www.cna.com.tw/news/firstnews/201806040309.aspx>。

16. 游毓蘭(2022)，立法院議案關係文書：院總第 1155 號。委員提案第 29039 號。立法院。
17. 猶太人大屠殺百科全書(2023)，屠殺殘疾人，<https://reurl.cc/MObQjm>。
18. 黃于庭(2017)，台大癌友自殺風險研究 罹癌 2 年內比例最高，
https://healthmedia.com.tw/main_detail.php?id=22526
19. 解脫(EXIT)官網，<https://www.exit.ch/>。
20. 廖瑜方(2019)，臥病 3 年！她親按藥物安樂死 淚別：我很幸福，東森新聞，
<https://news.ebc.net.tw/news/amp/166256>。
21. 臺灣癌症防治網，被忽略的癌症患者高自殺風險(一)：哪種癌症自殺風險比較高？<http://web.tccf.org.tw/lib/addon.php?act=post&id=5069>。
22. 蔣誼德(2021)，生命最後別折磨，多好！日本在宅醫師提倡「平穩死」，5 件事在家善終，遠見，<https://www.gvm.com.tw/article/84182>。
23. 衛生福利部(2023)，安樂死合法化提案討論會議紀錄，第 5-8 頁。
24. 衛生福利部心理健康司(2023)，全國自殺防治中心成果報告。
25. 賴子歆、鄭涵文(2017)，我們延長的到底是生命，還是痛苦？，專訪瑞士組織「尊嚴」，<https://reurl.cc/eLaQzK>。
26. 環球時報(2004)，荷蘭老人出國躲避安樂死，<https://ppfocus.com/0/heb0409ec.html>。
27. A+醫學百科(2012)，安樂死，<https://reurl.cc/qVOR0N>。
28. Abby(2022)，荷蘭紀念安樂死合法化 20 周年，爭議仍在繼續，
<https://www.modernweekly.com/hots/37914>。
29. Anue 鉅亨(2013)，中產之苦-我們真的累了！(歐洲篇)，
<https://news.cnyes.com/news/id/1959551>。
30. British Medical Association (2021)，Physician-assisted dying legislation around the world，<https://reurl.cc/ez627b>。
31. Regional Euthanasia Review Committees，<https://english.euthanasiacommissie.nl/>。

32. Statista Research Department (2023) , Number of reported euthanasia cases in the Netherlands from 2000 to 2022 , <https://reurl.cc/Wxkmzk>.

附錄一 問卷

您好，感謝您撥冗填答此份問卷，這是一份探討「安樂死的認知與認同」的學術性問卷。

問卷並不記名，僅供我們的學術問卷調查，請您依照內心的想法填答就好。

明新科技大學 企業管理系

指導教授 陳永琦 教授

研究學生 吳文馨、莊婷亦、楊芷萱、謝芳惠、林苡晴敬上

一、基本資料

1. 請問您的性別？

男 女 其他_____

2. 請問您的年齡？

22歲(含)以下 23到40歲 41到50歲 51到64歲 65歲(含)以上

3. 請問您的學歷？

高中職(含)以下 大專 碩士 博士

4. 請問您的職業？

非醫療與長照科系之學生

醫療與長照科相關科系之學生(請跳轉至 4-1 題)

醫療業與長照相關行業 (請跳轉至 4-2、4-3 題)

服務業 軍公教 工商業 製造業

其他_____

5. 請問您的宗教信仰？

無信仰 道教 佛教 基督教 天主教 其他_____

6. 您有重病或臥床的經驗嗎？

有 無

7. 您的同住家人曾經有重病或臥床的經驗嗎？

有 無

8. 您的家人是否從事醫療或長照相關行業？

有 無

二、認知調查

狹義之安樂死包含積極安樂死、消極安樂死、協助自殺。

安樂死之定義可彙整如下：

	積極安樂死	消極安樂死	協助自殺
執行者	醫生	醫療人員或相關照顧人員	患者
執行方式	醫生為患者注射*戊巴比妥鈉，使患者於睡夢中離世。	撤除或拒絕「維持生命治療」及「人工營養及流體餵養」。	患者自行服下藥物或注射戊巴比妥鈉，使患者於睡夢中離世。

*戊巴比妥鈉：一種高速鎮定劑

- 您之前知道積極安樂死和消極安樂死的區別嗎？
知道 不知道
- 您覺得您未來在什麼情況下會考慮安樂死？(可複選)
無論如何都不會考慮安樂死 病情嚴重，無法治癒，且臥床。
雖未臥床，但病情嚴重，且無法治癒。其他_____
- 您知道荷蘭是世界上第一個積極安樂死合法的國家嗎？
知道 不知道
- 您知道瑞士是世界上唯一一個，接受非本國籍人士到此，由醫生協助自殺的國家嗎？
知道 不知道
- 您知道積極安樂死在臺灣不合法嗎？
知道 不知道
- 您知道在臺灣，《安寧緩和條例》能保障末期病人在需要時放棄維生醫療嗎？
知道 不知道
- 您知道在臺灣，《病人自主權利法》能保障在特定臨床條件下(末期病人、不可逆轉之昏迷、永久植物人、極重度失智、其他經中央主管機關公告之重症)的病人在需要時放棄維生醫療、人工營養及流體餵養嗎？
知道 不知道
- 您會簽署《預立醫療決定書》(AD)嗎？
 《預立醫療決定書》：主要功能是讓意願人行使特殊拒絕醫療權，得以接受或拒絕維持生命之治療、人工營養及流體餵養或其他醫療照護等。
會 不會 不確定

9.您曾經思考過：假設某天自己受疾病折磨而痛不欲生，不去考慮任何外在因素的情況下，會想用任何方式結束生命、擺脫痛苦嗎？

不會，即便身處痛苦也不要放棄任何希望。

會，想在生命的最後尊嚴善終，當作最後的願望。

從未想過 其他_____

三、認同調查

1.我認為人有權決定自己的死亡。

非常同意 同意 普通 不同意 非常不同意

2.我認為選擇安樂死比自殺較不會讓人感到遺憾。

非常同意 同意 普通 不同意 非常不同意

3.我認為安樂死不只可以脫離病痛折磨，也能減輕心理負擔。

非常同意 同意 普通 不同意 非常不同意

4.我認為安樂死是自己的事情，不需要經家人同意。

非常同意 同意 普通 不同意 非常不同意

5.至親若有合理的理由想安樂死，我會支持他的決定。

非常同意 同意 普通 不同意 非常不同意

6.我認為醫生為病人實施安樂死是違背倫理道德。

非常同意 同意 普通 不同意 非常不同意

7.我認為患者有安寧醫療的臨終關懷和拒絕過度醫療的權利就好，不需要安樂死。

非常同意 同意 普通 不同意 非常不同意

8.我認為通過安樂死是在助長人們自殺或殺人的念頭。

非常同意 同意 普通 不同意 非常不同意

9.我希望臺灣安樂死能合法化。

非常同意 同意 普通 不同意 非常不同意

對於我們的主題，您有什麼建議或看法嗎？(選填)

附錄二 臺灣學術倫理教育資源中心修課證明

臺灣學術倫理教育資源中心 修課證明

證書第 S110074611 號

明新學校財團法人明新科技大學

吳文馨 君

茲證明 已修畢臺灣學術倫理教育資源中心之「學術研究倫理教育課程」，並通過課程總測驗，修課時數累積共 6 小時 0 分鐘。

修業課程單元 (20 分鐘/單元)	測驗通過日期
0101_研究倫理定義與內涵	113/04/15
0104_不當研究行為：定義與類型	113/04/15
0105_不當研究行為：造假與變造資料	113/04/15
0106_不當研究行為：抄襲與剽竊	113/04/15
0108_學術寫作技巧：引述	113/04/15
0109_學術寫作技巧：改寫與摘要	113/04/15
0110_學術寫作技巧：引用著作	113/04/15
0111_論文作者定義與掛名原則	113/04/15
0112_著作權基本概念	113/04/15
0113_個人資料保護法基本概念	113/04/15
0114_隱私權基本概念	113/04/15
0115_受試者保護原則與實務	113/04/15
0116_研究資料管理概述	113/04/15
0117_認識學術誠信	113/04/15
0118_為什麼不能作弊？	113/04/15
0120_網路著作權	113/04/15
0701_研究主題的發想與擇定	113/04/15
0702_文獻資料的來源與搜尋	113/04/15

此證



中 華 民 國 113 年 4 月 15 日

課表：基礎課程

學員：110-大學部及專科部-中文版-B10080016 下載日期：113/04/15 15:57:58

臺灣學術倫理教育資源中心

修課證明

證書第 S110074647 號

明新學校財團法人明新科技大學
莊婷亦 君

茲證明 已修畢臺灣學術倫理教育資源中心之「學術研究倫理教育課程」，並通過課程總測驗，修課時數累積共 6 小時 0 分鐘。

修業課程單元 (20 分鐘/單元)	測驗通過日期
0101_研究倫理定義與內涵	113/04/16
0104_不當研究行為：定義與類型	113/04/16
0105_不當研究行為：造假與變造資料	113/04/16
0106_不當研究行為：抄襲與剽竊	113/04/16
0108_學術寫作技巧：引述	113/04/16
0109_學術寫作技巧：改寫與摘要	113/04/16
0110_學術寫作技巧：引用著作	113/04/16
0111_論文作者定義與掛名原則	113/04/16
0112_著作權基本概念	113/04/16
0113_個人資料保護法基本概念	113/04/16
0114_隱私權基本概念	113/04/16
0115_受試者保護原則與實務	113/04/16
0116_研究資料管理概述	113/04/16
0117_認識學術誠信	113/04/16
0118_為什麼不能作弊？	113/04/16
0120_網路著作權	113/04/16
0701_研究主題的發想與擇定	113/04/16
0702_文獻資料的來源與搜尋	113/04/16

此證



中 華 民 國 113 年 4 月 16 日

課表：基礎課程

學員：110-大學部及專科部-中文版-B10080018 下載日期：113/04/16 19:33:59

臺灣學術倫理教育資源中心

修課證明

證書第 S110074512 號

明新學校財團法人明新科技大學
楊芷萱 君

茲證明 已修畢臺灣學術倫理教育資源中心之「學術研究倫理教育課程」，並通過課程總測驗，修課時數累積共 6 小時 0 分鐘。

修業課程單元 (20 分鐘/單元)	測驗通過日期
0101_研究倫理定義與內涵	113/04/11
0104_不當研究行為：定義與類型	113/04/11
0105_不當研究行為：造假與變造資料	113/04/11
0106_不當研究行為：抄襲與剽竊	113/04/11
0108_學術寫作技巧：引述	113/04/11
0109_學術寫作技巧：改寫與摘寫	113/04/11
0110_學術寫作技巧：引用著作	113/04/11
0111_論文作者定義與掛名原則	113/04/11
0112_著作權基本概念	113/04/11
0113_個人資料保護法基本概念	113/04/11
0114_隱私權基本概念	113/04/11
0115_受試者保護原則與實務	113/04/11
0116_研究資料管理概述	113/04/11
0117_認識學術誠信	113/04/11
0118_為什麼不能作弊？	113/04/11
0120_網路著作權	113/04/11
0701_研究主題的發想與擇定	113/04/11
0702_文獻資料的來源與搜尋	113/04/11

此證



中 華 民 國 113 年 4 月 11 日

課表：基礎課程

學員：110-大學部及專科部-中文版-B10080015 下載日期：113/04/11 09:39:05

臺灣學術倫理教育資源中心

修課證明

證書第 S110073312 號

明新學校財團法人明新科技大學
謝芳惠 君

茲證明 已修畢臺灣學術倫理教育資源中心之「學術研究倫理教育課程」，並通過課程總測驗，修課時數累積共 6 小時 0 分鐘。

修業課程單元 (20 分鐘/單元)	測驗通過日期
0101_研究倫理定義與內涵	113/02/17
0104_不當研究行為：定義與類型	113/02/17
0105_不當研究行為：造假與變造資料	113/02/17
0106_不當研究行為：抄襲與剽竊	113/02/17
0108_學術寫作技巧：引述	113/02/17
0109_學術寫作技巧：改寫與摘要	113/02/17
0110_學術寫作技巧：引用著作	113/02/17
0111_論文作者定義與掛名原則	113/02/17
0112_著作權基本概念	113/02/17
0113_個人資料保護法基本概念	113/02/17
0114_隱私權基本概念	113/02/17
0115_受試者保護原則與實務	113/02/17
0116_研究資料管理概述	113/02/17
0117_認識學術誠信	113/02/17
0118_為什麼不能作弊？	113/02/17
0120_網路著作權	113/02/17
0701_研究主題的發想與擇定	113/02/17
0702_文獻資料的來源與搜尋	113/02/17

此證



中 華 民 國 113 年 2 月 17 日

課表：基礎課程

學員：110-大學部及專科部-中文版-B10080049 下載日期：113/02/17 18:04:35

臺灣學術倫理教育資源中心

修課證明

證書第 S110074587 號

明新學校財團法人明新科技大學

林苡晴 君

茲證明 已修畢臺灣學術倫理教育資源中心之「學術研究倫理教育課程」，並通過課程總測驗，修課時數累積共 6 小時 0 分鐘。

修業課程單元 (20 分鐘/單元)	測驗通過日期
0101_研究倫理定義與內涵	113/04/14
0104_不當研究行為：定義與類型	113/04/14
0105_不當研究行為：造假與變造資料	113/04/14
0106_不當研究行為：抄襲與剽竊	113/04/14
0108_學術寫作技巧：引述	113/04/14
0109_學術寫作技巧：改寫與摘要	113/04/14
0110_學術寫作技巧：引用著作	113/04/14
0111_論文作者定義與掛名原則	113/04/14
0112_著作權基本概念	113/04/14
0113_個人資料保護法基本概念	113/04/14
0114_隱私權基本概念	113/04/14
0115_受試者保護原則與實務	113/04/14
0116_研究資料管理概述	113/04/14
0117_認識學術誠信	113/04/14
0118_為什麼不能作弊？	113/04/14
0120_網路著作權	113/04/14
0701_研究主題的發想與擇定	113/04/14
0702_文獻資料的來源與搜尋	113/04/14

此證



中 華 民 國 113 年 4 月 14 日

課表：基礎課程

學員：110-大學部及專科部-中文版-B10080050 下載日期：113/04/14 17:06:26