

民國一十一年六月

未成年安樂死的意向及省思：以南華大學學生為例

蔡長穎、朱柏彧

東海大學社會工作系博士候選人、南華大學生死學系社工組助理教授

國立中正大學企業管理系研究生

摘要

隨著民國八十九年安寧緩和醫療條例通過後，我們終於從被迫續命的束縛中解脫，並且以病人為中心，提供人性化照顧，生命自主的意識在台灣開始萌芽，隨著人民的要求與多方的意見，政府終於以行動回應，在民國一百零八年實施「病人自主權利法」，使我們的生命權利更進一步受到保障；從中不但代表著對於生命相關領域的日益重視，更是對於我們生命自決風氣的開放，這也讓我們必須重新審視一直以來備受討論的議題，生命權利的最高境界-安樂死；此篇研究以量化分析的方式，對剛脫離兒少階段，又具獨立思考能力的大學生進行調查，了解對於未成年安樂死之相關態度？背後影響因素又是如何？透過網路及紙本的問卷調查，配合 SPSS 的數據分析，詳實呈現研究結果，並與其他相關文獻做連結，描繪出未成年安樂死的意向及未來趨勢，最後再以研究成果，來重新思考兒少生命議題和安樂死的生命權利。

由資料分析後得到相關結論，「背景資料」中的性別和學院會影響到大學生對未成年安樂死的意向，男性較女性更為贊同未成年的安樂死，而不同學院會影響到對於安樂死的擔憂及反對程度及是否能以重要他人為判斷人；另外基督教、佛教及回教的宗教信仰者傾向反對未成年安樂死。而「個人經驗」方面，對於未成年安樂死意向的影響，喪親經驗不論在「反對未成年安樂死」或「交予重要他人決定」都深具有影響力，同時在描述性統計上也具有足夠的代表性。最後在「兒少教育理念」的不同，將促成他們對未成年安樂死觀點的不同，原生家庭所營造的氛圍將深刻影響生命觀念，而學校之教育也扮演重要因素，大學生反映目前各級學校之生命教育不足，凸現台灣的生命教育之重要性，不但是值得注意的議題，同時也是未成年安樂死是否在台灣有發展空間與時機是否妥當成熟的關鍵。

關鍵詞：安樂死、生命權、未成年安樂死、生命自決與生命權



一、前言

法國作家盧納·巴桑曾說道：「死是我們最後的義務，得把它完成」，此段文字描述了亙古不變的真理，不論是喜悅或是悲傷，死亡是所有生命的義務，生命將會迎向終點；在人類史中戰火綿延的紛亂世局，我們難以去想像自己將歸於何處，更不用說生命體本能地會去規避與排斥死亡相關事物，故死亡相關的議題總是受到壓抑；如今社會風氣開放，我們享有和平和繁榮，醫療科技的發達更促使我們的生命受到保障，在此條件下世界人口平均餘命大幅延長，許多國家甚而迎來人口「高齡化」的問題，就在以上因素的架構下，生命的最終課題：死亡，成為學術的焦點之一，除了積極推動生死教育，更打破先前對放棄治療的錯誤觀念，主張安寧療護的概念，對於不可逆的病情和無效治療，得以不再進行強迫維持生命的手段，讓病友能在最後的時刻不受折磨，在不受其他干預或紛擾的狀況下離開人世。

當我們開始重視「生命自行選擇」的權利時，其中最崇高的生命自決權利-安樂死的概念就如此浮出檯面，一直以來安樂死總是備受爭議，但隨著瑞士立法施行安樂死以來，除了諸如荷蘭、比利時等不少國家群起效尤，也引發諸多群眾積極爭取此項生命的權利，即使負面的評斷從未間歇，但我們從客觀的從一份 1995 年調查安樂死施行狀況的研究數據剖析，在荷蘭共 9,700 份安樂死的要求被予以執行率僅 37%，醫生對於安樂死的許可有一定的準則(Haverkate et al., 2000)，在此種嚴密的把關下，安樂死的執行受到信任，而從瑞士公投通過予以外國人前來尋求安樂死可知其人民的肯定；如今安樂死合法化這股旋風也席捲到亞洲的民主國家，鄰近日本和韓國的立法單位有諸多關於生命權利的法案，而台灣在近年來發生的許多事件也讓安樂死議題重返社會，來自各處知名人物的聲音喚醒大眾對於此項權利的要求，促使讓安樂死的話題備受矚目。

當我們矚目在安樂死議題時，綜觀我國對安樂死的探討，許多學術性文章或論壇常以安樂死的倫理或其性質來進行深入研討，但鮮少有對安樂死的客體（即安樂死之對象）的權利來進行探究，從我國民法來對年齡之行為能力進行區分時，便可發現於 20 歲以下的人民被劃分於「未成年」的有限行為能力，這意味著若安樂死施行於台灣，這些未成年人將會成為其中的模糊地帶；若基於安樂死善的本意，而開放未成年人施行，我們的體制及人民是否能接受，並如預期般執行將成難題；相對的若我們試圖限制未成年人施行安樂死時，將造成與生俱來的「生命權」同時受到限制，導致確實需要的未成年人權益受損；如今在國際間未成年安樂死在荷蘭和瑞士已經施行，近期比利時也傳來 17 歲病童接受安樂死離開人世的新聞，而從國內對於兒童生死態度及生命觀念的研究，都能得知未成年人不像我們所想的對死亡毫無認知，或無法對自己生命有所體認且掌握；在現今資訊發達的社會，孩子們所能接觸及的生命議題超越以往，他們有足夠能力去決定自己生命之時，問題又將返回最初的難題，故本篇研究正希望能透過積極採取行動，對此未成年安樂死的態度和意向有更深入的理解，並從中得到省思。

「安樂死」是出於善意地提前結束病人痛苦的生命，若要探究其根源，甚至可以追溯到古希臘與古印度時期，然而自它的概念誕生後，擺脫不了「加工或協助自殺」的道德陰影而備受爭議，在 20 世紀前更因此從沒受過任何法源的支持，回顧歷史中唯一最早明確合法的施行安樂死的先例，乃是二戰期間希特勒所實行的「安樂死計畫」，這也讓安樂死蒙上更深沉的陰霾，然而這並沒有阻止人們對於生命自主權的追求，就在瑞士於 1941 年通過人類史上第一個安樂死相關法案（刑法第



114 及 115 條默許部分安樂死施行權利，非安樂死法），這些自古以來不斷對生命權利訴求的運動總算出現結果，雖然並非明確允許安樂死的施行，卻為安樂死立下重要的里程碑，自此相關理念和討論如雨後春筍般在許多國家掀起波瀾；在許多安樂死機構中，瑞士的尊嚴（Dignitas）組織在瑞士公投的認可下，提供外國人入境享有安樂死的權利，造福許多外國人民，其中一位就是我國知名主播傅達仁先生，他的行動引起國內極大的共鳴與訴求，不但有諸多公眾人物發聲支持，政府也因而聽見人民的聲音做出回應，也在前後的兩次往返更見證安樂死執行的完善體制，更讓安樂死議題廣泛受到討論與注目，而追溯我國的歷史，事實上傅先生並非我國首位追求安樂死的人物，在 1983 年，王曉民女士的母親為不幸成為植物人的女兒向國家請願，我國首度有安樂死相關訴求事件的起始；由上描述國內安樂死事件，得見安樂死對於國民並不陌生，然而對於未成年安樂死卻未見相關事件或議論，安樂死的先驅國家諸如荷蘭、比利時都在法規上允許未成年對生命選擇的權利，甚至亦有施行的先例，基於安樂死出發乃保障「生命權利」，未成年人的安樂死在此領域，固有不容忽視的存在。

當我們談及安樂死時，時常與「生命權」進行探究，廣義上的生命權確實包含生命開始與結束，但將其以更精確的描述，應以「生命能夠由自行掌握與選擇決定」的「生命自決」來表達更為適當，而生命權利應該是與生俱來，應用在未成年人理應相同，然而當「自決」這一動詞出現之時，將原先具備的權利概念附加為有意識的行為，其意義亦將有所改變，這些概念將在之後章節詳細說明，亦是本研究的重點之一，而這裡所要闡明的是未成年人在「生命自決」權利上具有一定的爭議，但不論此項權利落實與否，未成年安樂死的議題必將付諸討論，因其與安樂死本身論及的生命自決權有不可切割的關係。

即使安樂死歷經風雨，出自善的理念獲古今無數人支持，在現今社會醫療科技與完善制度下，它將不再是種理想，施行將變的可能，未成年安樂死也不該被視為禁忌，外國具有相關實例發生，甚至有相關探討，生命選擇權利是當今的趨勢，即使受到保護的未成年，其相應權利也應該有所保障。

安樂死早在古希臘以及古印度時期就有相關記載，而「醫療安樂死」概念，即透過醫學來執行專業安樂死，是在 1870 年由 Samuel 所提出，隨著此理論安樂死的討論及呼聲日益高漲（引自 Emanuel, 1994），以下將對國外安樂死發展的代表性事件描述與闡釋，並從台灣安樂死的研究中瞭解台灣安樂死發展情形。

安樂死的構想從古代就存在，但一直要到十九世紀才被視為減輕末期病患的醫療方式，最初可以追溯到一次大戰時，英國的自治區保健醫師，對安樂死的定義與呼籲，1906 年的美國亥俄州安樂死法案與 1931 年的自願安樂死法案雖然都以低比例支持而未通過（葉十榕，2007），但它提供了社會討論的空間，也塑造生命末期有其他的可能性，更影響了後續的發展。

在二次大戰時，因為納粹德國以安樂死之名行謀殺之實，而造成群眾產生誤解，對此名詞是避之唯恐不及，英國就深受其影響，除了相關討論沉寂數十年，多次推行的安樂死法提案持續遭到否決至今；當然也有隨著誤會逐漸解開而認同安樂死的國度，如瑞士於 1941 年正式對刑法進行修正默許協助自殺，而成為第一個具有安樂死存在的國家，荷蘭也於 1973 年成立安樂死組織，並於 2001 年通過世界矚目的安樂死法案實施至今（鄭慧文，2002）。

在 1960 年年代 CPR 的盛行，成為救命的關鍵與急救的必經過程（醫生救人的



職責)，然而許多病患已無治癒可能，又即使搶救回來也須面臨成為植物人或只剩短暫生命，以上的情況皆讓救命的希望變化成痛苦的折磨，美國因此逐漸興起一股反對聲浪，特別是在加州，經過民眾與醫療團體的努力下，州政府的立法機構提出「自然死法案」，這可以視為大眾對「生命」除了追求生存，還有追求善終的肯定，而美國國會於 1991 年通過「病患自主權立法」，更是對生命末期時能夠由自己做出決定的保障；就在生命權利的討論蔚為潮流之時，安樂死的討論也浮出檯面，1990 年華盛頓州提出了第一個安樂死的立法公投，希望能推動積極性的安樂死，最後於 1991 年的投票以 54% 對 46% 遭到否決，十分相近的票數也讓安樂死在美國的可能性持續發酵；1994 年奧勒岡州通過醫生能為末期病患提供致死藥物的法案，限制條件為兩個醫生同意與該病患生命預估步道六個月且心智健全，雖然隨後被中央政府的禁止令禁止生效，但此法案的通過別具意義，更揭開美國安樂死合法化的序幕，在歷經 1996 與 1997 年的法律訴訟與公投，以及相關團體持續努力，終於在 1998 年達成共識，美國司法部部長 Janet Reno 宣布任何引用奧勒岡州「醫師協助自殺法」而協助已病入膏肓患者自殺的醫師，不會遭到政府起訴，此向發表於積極性安樂死於美國獲得首肯，是安樂死於的大展進，但也引起支持與反對人士的擴大抗爭，最後於 1999 年，美國眾議院通過禁止各類藥物協助自殺，僅限奧勒岡州所通過的法律能免除聯邦藥物管制法的限制，安樂死的權益又再次限縮至今（張志全，2000），從上述美國安樂死的歷史演進，我們可發現積極性的安樂死具有較高的爭議，且除非高比例群眾的支持，否則安樂死即使面臨合法化，也會處於不穩定的狀態，而此時所做的抉擇，理所當然地將傾向於保守面對，避免民意的反彈。

日本是鄰近台灣，且有過安樂死案例的亞洲國家，「山內判決」乃第一起論及安樂死的事件，一名務農少年的父親因腦溢血而上下肢彎曲劇痛，承受痛楚和殘疾打擊的父親總要求兒子將其殺死，而根據醫師診斷其壽命大限將至，少年因不忍其繼續痛苦而將殺蟲劑加入牛奶，並由不知情的母親拿給父親飲用，當時法官的判決深具意義且獲得國際關注，判決書中提到「六個要件」，分別是「患者罹患不治之症、其痛苦讓人不忍、為緩和病患痛苦、受意識清楚患者誠摯的囑託、以醫生親手為原則、法律倫理可認同」，若上述條件皆符合，則不能夠否認其宣稱的安樂死行為是違法。同時這六個要件促成日本安樂死協會的成立，隨著諸多安樂死相關事件發生，日本安樂死協會也於 1976 年廣邀各國團體召開第一次國際安樂死會議；而發生於 1984 年的「母親殺害事件」，在日本的法院引起極大爭議，事件經過乃青年的母親，在戰後希望能回到祖國，卻因腦溢血而半身不遂，日後因肉體和手續上的不便無法返回家鄉，在精神上因而煎熬，親口要求兒子用氰酸鉀將其殺害；法院上辯方律師強調其行為乃安樂死的體現，而最後法官因三項因素判定其罪狀，第一點是「日本尚未有相關法律法，無從判斷其行為」，第二點是「安樂死經由醫師的專業判斷」，第三點是「精神上確實受到折磨，但肉體上的痛苦亦為安樂死要素」（保阪正康，1994）；彙整上述事件的經過，日本對於法律規定之外的安樂死給予明確且中立的審判，使當前雖然當前日本的樂死尚未合法化，卻也逐漸形成安樂死的判例原則，在日本學者和專家對於安樂死與尊嚴死等末期病患的生命權利重視下，也促成安寧緩和醫療和相關法律皆為亞洲的先驅。

台灣安樂死發展的部分，早在安寧緩和條例尚未出爐之前，學術討論就已經備具規模，書籍諸如《生與死的抉擇》等在 1980 年代已有探討安樂死的內容，研究的數據更可追溯到 1985 年，由「台灣省公共研究所」出版對於安樂死看法的研



究，包含針對法律界人士及宗教人士進行調查，在法律界的調查中以贊成安樂死為多數（超過 50%），並希望政府採取相關作為，相對的宗教人士傾向反對安樂死的施行，以天主教反彈聲浪最大，是推行政策時需要極力溝通的團體（姚克明等，1985）；之後於 1990 年又再度對醫護人員進行安樂死看法調查，結果顯示有六成的醫生及八成的護士認同安樂死應該在立法上有所保障，而題目問及「臨床上是否有被病人或病人家屬要求施行安樂死」，有 42.11%的醫生及 43.76%的護士曾經遇到，且當中「曾依照要求為病人實施安樂死的醫生及護士」，醫生共 39.84%，護士共 49.05%，而大多數所採行的是「消極的安樂死」，可見安樂死在未立法下具有非法執行的情況，研究結尾更大力呼籲政府機關應該開始積極籌畫相關施行及立法的機構（王國裕等，1990）。

而於 2000 年張志全的《安樂死社會態度及政策意涵的實徵研究》，當中也顯示出台灣民眾對於安樂死的同意度已經超過半數，經歷將近二十年的時間，台灣對安樂死一直以來累積的情緒，以傅達仁事件作為導火線，終將引爆開來，再次喚醒安樂死立法的呼聲，也重拾政府高度的重視，基於希望生命是獲得保障的，社會輿論前所未有的對安樂死高度支持肯定，而在台灣同志熱線的兩千份樣本中，超過九成表示同意，而今周刊特地委託民調公司進行的問卷，「贊成者一樣高達七成七，超過四分之三的人支持安樂死的合法，年齡層的分布又以年輕的更加贊同，七十歲以上仍有六成五的贊成者。」，從數據可得知大多數的民眾對安樂死合法化有所共識。從研究數據可以得知，安樂死在台灣的發展不斷受到正視，隨著民意越來越趨向於同意，合法化將不再是空談，安樂死調查對於政府的積極作為，已經呼籲數十年，各方面研究也日益積極，發展安樂死對於台灣的討論，既符合發展趨勢且對未來的安樂死方針有所助益。

台灣最早的安樂死事件，最初是在 1983 年的王曉民女士的母親，希望能為女兒施行安樂死的事件，此事件之開始為 1953 年，正值 17 歲的她意外受到超速計程車的撞擊，這場車禍導致王曉民女士陷入終年昏迷，起初雙親不願自己女兒就此離開，但隨著時間流逝，家庭照顧的支出以及雙親已經年邁，不希望女兒沒人照顧和繼續受苦，母親向政府部門不斷陳情，希望能為女兒施行安樂死，引起醫學界和法律界的關注（徐宗懋圖文館，2017），這起安樂死訴求最後雖然未得以實現，但這喚起台灣早期社會對安樂死及生命權利，多方的關注與議論，而未能實現也反映台灣安樂死的施行的問題；首先是在法源上的問題，根據我國刑法第 275 條加工自殺罪，適用對象為「教唆或幫助他人使之自殺，或受其囑託或得其承諾而殺之者」，施行安樂死不論哪種類型，無疑都是違反了此項法條；再來是道德上的問題，當時立法委員擔心通過此項議案，將助長自殺的趨勢，我們也可以發現刑法加工自殺罪立法目的是在防止自殺，但因為刑法不罰自殺，基於以上原則造成刑法加工自殺罪中，出現教唆自殺與幫助自殺等兩種自殺共犯（林建志，2007）；從這兩項原因能統整此事件背後影響台灣安樂死的重要因素，即「加工自殺最的定義和立法目的」，這也是許多國家禁止安樂死的法源依據，從瑞士允許安樂死的刑法修正案來看，台灣若走上安樂死合法必將對此條文有所更動。台灣彷彿以這起事件作為開端，學者的研究和書報在 1990 年代開始大量出現，當安樂死事件再度浮上檯面已經是 2016 年，在該年 12 月時上書總統，表明自身時日不多而希望能以安樂死結束生命，政府由衛生部長石崇良先生回應，認為台灣已通過之安寧療護已經涵蓋善終範圍，若有不足才會在探討安樂死；2017 年傅達仁先生胰臟癌病情惡化，體重只剩 40 公斤，疼痛到需要使用 160 毫升的嗎啡，並深受其副作用折磨，故選擇前往



瑞士尋求安樂死，得到安樂死組織的許可，卻因掛念家人而選擇暫緩，返回台灣並與家人團聚；2018年再度前往瑞士，服用安樂死之藥物，安詳辭世（劉子維，2018）；在傳達仁全心投入安樂死合法化的短短兩年，吸引無數社會大眾的目光，不但讓公部門注意到人民的聲音，許多人更響應號召為安樂死發聲，社會對安樂死有更多認識與共識，可謂將原本醞釀已久的生命權利訴求激發出來；此事件影響的深遠，除了群眾在網絡平台彼此分享意見與見解，不同領域的專家如醫生，也提出不少正面回應，更促成相關推動安樂死的團體如安樂死推動聯盟、安樂死立法推動等；從他尋求安樂死的過程我們也可以瞭解到，當前通過的安寧療護條例能讓許多人不在受折磨，卻仍有無法提供良好協助的對象，而他前往瑞士按照預約好的程序與規劃，卻在最後關頭依照自己當下意願暫緩並返國，展現施行安樂死仍能尊重個人意志與給予充分自由，傳達仁先生雖然已經離世，但對台灣與安樂死造成莫大的影響；台灣的安樂死事件雖然與其他議題相比十分罕見，但每一次的發生總能引起軒然大波，這意味著安樂死的訴求始終存在，且根據調查確實在台灣醫學臨床上，存在消極安樂死的非法施行（王國裕等，1990），歷時數十年至今，民間和首當其衝的醫療團體曾多次呼籲政府在政策上有討論空間，而就目前情況看來「病人自主權立法」正步上軌道，台灣的安樂死，甚至是未成年安樂死都會視未來將面臨的課題。

二、安樂死之相關意涵

本研究將對安樂死的概念及發展的歷程，進行文獻的整理；再來將彙整安樂死的權利描述，並從而延伸出未成年安樂死的權利探討；之後將闡述對生命教育影響未成年安樂死的情形，先從社會氛圍到家庭教養，再瞭解生命教育在台灣的發展情形；最後要討論喪親及照護等哀慟經驗對兒少的身心影響，也引出未成年安樂死的生命議題重視與他們對死亡理解的研究。

（一）安樂死相關發展狀況

安樂死(Euthanatos)又稱作「好的死亡」或「無痛苦的死亡」，又或「慈悲殺」，其英文來自希臘語，從名稱本身來做解釋，就是「安祥和樂的死亡」，若把即將到達生命終點的人比喻為一片枯萎的葉子；搶救治療，就像試圖將枯葉係在樹上而希望恢復成綠葉；不施行心肺復甦與撤除維生醫療，就像不再多做些額外的處理讓枯葉隨著自然枯萎；安樂死，便是在葉子凋零前，提前將葉子摘下，免受風吹及寒冷的摧殘。

安樂死以善意為中心，目的是希望即將面對生命末期的人能夠「盡量減少痛苦和不適」，而給予其致死的作為或資源，安樂死無疑的是一種協助自殺或加工自殺，但我們之所以將這種自殺定罪的根本，是因為「自殺行為不應該受到鼓勵」（許峻彬，2006），但當末期病患人性尊嚴和生命權利需要受到保障時，順應情景的不同，我們能將安樂死是為一種人道的行為，而非加害之行為；外國學者 Russel 對安樂死提出很好的詮釋，「它本是一種死亡狀態的描述，指一種舒適、無痛、幸福的死亡，至死就有明確的定義，為了消除一切痛苦而有的作為或不作為意圖導致死亡。」安樂死是善的意志，也是同理的一種展現，中心思想是減輕非必要痛苦，讓死亡不再是充滿不確定性和恐懼，而是舒適而沒有遺憾，它尊重生命自主決定的



權利，提供末期患者有利的選擇，在有條件的安樂死下，使生命的最後更加光彩。接下來將透過安樂死的種類，將用表格 2-1-1 的比對的方式，呈現安樂死不同之取向：

表 2-1-1 安樂死種類整理

積極/非積極	「積極安樂死」釋義	「非積極安樂死」釋義
	提供導致死亡作為，主動使其結束生命	不再提供維生之物資，造成死亡的結果
自願/非自願	「自願安樂死」釋義	「非自願安樂死」釋義
	明確表達安樂死之意願或法定書面文件	無行為能力人在他人評估後，對其施行安樂死

(資料來源：研究者彙整之資料)

由上表 2-1-1 的整理中與現行情況進行比較，在積極和非積極上，積極作為直接導致死亡，是安樂死常採取手段，由於涉及殺人及協助自殺，也致使眾多爭議；非積極作為的安樂死是我國較能接受的，極端的非積極安樂死會斷除一切生存資源，但就廣義而言，溫和的非積極安樂死概念與安寧療護，訴求「自然死」的理念一樣，以撤除維生醫療 (DNR) 為方法；若以狹義而言，其本質上具有天壤之別，安寧療護並非一種「非積極」，從醫學角度並無所謂消極，而都是積極的在維護生命品質，故相對於安樂死，我們更可稱之為「安樂活」(吳志鴻，2006，P.105-118)，即使在界定安樂死上有討論空間，但我國並沒有關於安樂死的法律或是政策，故台灣並沒有施行安樂死是當前的事實。

是否出自於當事人意願，決定了安樂死的自願及非自願性質，一般而言自願的安樂死受到廣泛的青睞，認為這是對於自己生命的選擇，在法理上保障生命權的憲法，也應作出對人民最佳利益的詮釋，而病患本身應是最為了解自身狀況，沒有人能聲稱自己更了解他們的權益 (林建志，2007)，所以在許多國家對於出於自身意願之安樂死多有相關議案 (如韓國的尊嚴死法)；非自願安樂死存在的爭議點較多，因病患無法自主表達意願時，將會產生「家屬是否對病患有預設立場 (利己)」以及「生命具有神聖性」的道德衝突 (李素貞，2006)，在定義中的「無行為能力」在許多學術文章中的對象乃指稱精神疾病患者或者植物人等情況，但綜觀各國法律，無行為能力/限制行為能力等權利不完整之情形，亦發生在未成年人身上，我國民法亦有所規範，未成年人理應納入討論，而相關內容未有足夠論述之原因值得深究。

從文獻中整理的結果得到我國對未成年安樂死，將會是偏向「被動非自願」，思索其涵義以及相關於安樂死文獻，鮮少論及未成年者之因，乃源於普遍對於未成年者的意願有所保留，也大多不願意孩子必須面對死亡，如罹患癌症的兒童之父母親，在疾病告知上會避免提到「癌」，而這與癌症駭人的特質-難治癒及致命性有關 (劉寶愛，2001)，這些想法源自於保護兒少，然而當我們過度保護時，就會出現未能設身處地為他們想，而剝奪他們生命自主權。

對於支持安樂死的人來說，當安樂死被合法化後，並非強制生命的結束都要以



此方式進行，而是多一項選擇，多一分保障；從台灣施行安寧療護以來，秉持安寧療護之母 **Sunders** 的理念，透過醫師、護理師及社工師為安寧核心，提供重視身心靈的「五全」的照顧（胡文郁等人，2005），造福無數末期患者，雖然安寧緩和醫療已經盡善盡美，卻仍有著無法突破的困境，疼痛及不適是其中之一，久病臥床的失落和死亡的不確定性，家屬病患都備受煎熬，安寧療護資源也有限，品質和提供的床位如何把關，將資源給更需要的人（許禮安等，2011）；況且，台灣老年人口比例逐漸攀升，根據聯合國定義「以 65 歲以上占人口比率來計算，高齡化社會比率为 7~14%，高齡社會比率为 14~21%，超高齡社會比率为 21% 以上」，依內政部統計處調查，台灣已於 2018 年 3 月開始進入高齡社會，平均壽命更來到 80 歲，我們應該關注於老年人相關事物其中也包含生命的終點站，以上都是安樂死被需要之因。

安樂死開放確實能使許多方面更加完善，卻同時存在著許多爭議和隱憂，道德方面，最常被爭執的就是道德滑坡，比如許多人擔心放棄生命的思想會因此擴散；利益方面，可能有遭到濫用的風險（溫靜芳、房佳時，2008），比如招致目的性的使用，使原本的美意遭到扭曲；宗教方面，有許多教義對於「自殺」有廣泛擴及到任何形式的自我結束生命，因而不受到支持，比如佛教認為應該順應自然，唸佛經並等待佛祖的接引；醫學方面，安樂死對於醫療理念或醫生救人的職責的違逆有所議論，比如美國內科醫學會（**American College of Physicians**）在 9 月 19 日出版的《內科醫學年鑑》（**Annals of Internal Medicine**）上發表聲明指出：「我們反對讓醫師協助自殺合法化，因為這樣的醫療行為會引發倫理、臨床及其他方面的問題。」（張廖婉菁，2017）；而未成年安樂死除上述爭論，治癒的可能性會是最大的疑慮，因為在許多醫學個案中，兒童再生和恢復力都令人驚奇，要如何評估為治療為無效將是挑戰。

（二）未成年安樂死

目前世界上立法通過或法律允許，而得以施行安樂死的國家約有十個，其中又只有極少國家允許未成年人安樂死，我們可以透過外國的文獻與事件，來了解未成年安樂死的情形，再詳細整合未成年安樂死的論點，最後對未成年安樂死的在我國的可能性進行描繪。

荷蘭是世界通過第一部安樂死法的國家，從起草的立法條件中，就准許了未成年人的安樂死（12~16 歲經家長同意），安樂死的執行一向保障當事人隱私，而未成年安樂死的相關訊息更是封閉甚嚴，2015 年英國衛報（**The Guardian**）在採訪格羅寧根大學兒科學教授，同時也是荷蘭兒科協會道德委員的 **Eduard Verhagen** 時，他透露在 2002~2015 年間，荷蘭有 5 名兒童實施未成年安樂死：1 名為 12 歲，另外 4 名年齡在 16 至 17 歲，也表態若 12 歲以下兒童也有此問題（符合安樂死條件），目前兒科醫生將束手無策，應積極著手相關的議題；荷蘭的未成年安樂死可謂目前世界上最為開放的國家，從數據上來看十三年間僅五名兒童獲准執行安樂死，其審核制度並無任何鬆散的疑慮，荷蘭的安樂死制度除了此年齡段，新生兒（嬰兒）安樂死於 2002 年「格羅寧根議定書」問世後，獲得政府的許可得以實施，也擴展未成年安樂死的適用範圍，而促成這項議定書通過之因，我們可以從這項議定書參與者 **Eduard Verhagen** 與 **Pieter** (2005) 刊登於「**The New England Journal of Medicine**」的文章，來了解其決議的過程，於荷蘭每年出生的 20 萬名兒童中，大約有 1000 名



兒童在出生後的第一年內死亡，其中大約 600 名的嬰兒會面臨死亡的醫療決策，這些孩子們通常可分為以下三種情形：

1. 確定無法存活。2. 存活機會渺茫且存活後日後病況極差（無改善希望）。3. 能夠存活但未來生活質量極差（文中以嚴重先天性脊柱裂為例）。其中若要做出放棄醫療抉擇最為爭議的為第三項，即第三節所提及的「生命權和生活質量」爭論，即使會遇到這種情況的機率相當渺茫，不幸的是荷蘭每年約有 15-20 件的案例可以歸納為第三項；為新生兒的最佳利益著想，相關的案例在得到授權下獲得默許，在日後審核這些案件時，都獲得檢察官的不起訴，最後為了能有絕對的施行準則並杜絕任何錯誤的安樂死發生可能，檢察官與相關專業人士（包含此文獻作者），訂下了「格羅寧根議定書」，保障醫生遵守後不被起訴與嬰兒符合條件的安樂死權益，而這正是未成年安樂死首度於世界中合法且被執行的歷程。

再來是未成年安樂死的相關文獻論點，未成年安樂死備受矚目及熱議的原因，與比利時未成年安樂死事件有關，比利時聯邦安樂死委員會的主任迪特曼（Wim Distelmans）稱這起特殊案例是名罹患末期疾病的孩童，整起事件僅透露出此訊息，而這與比利時議會於 2014 年 2 月，取消了該國關於安樂死的法律的規定息息相關（取消年齡的限制），紅衣主教 Elio Sgreccia 在梵蒂岡電台發表言論表示「比利時法律否認兒童有生命權」，對此 Distelmans 再度回應，極少有兒童會想要行使這項權利，但不代表這是極少數人就可以被忽視(Singer, 2016)，從文章整理整起事件的過程中，不免發現對於「生命權」的爭執始終存在，而孩童是否有權利也受到質疑，而對此 Singer 在後文發表他的看法，他認為比利時法律中，限制有「判斷能力」的兒童才具備安樂死的提出資格，且同時須經過醫療團隊和精神/心理醫師的評估，還有家屬的同意，孩童的安樂死備成立時，並沒有不妥當；而具判斷能力能排出年齡過小及不適合做決定的孩童，並且強調，過往安樂死所施行的「年齡限制」，或許在法規上清楚明顯的劃出界線，但實際上客觀年齡（歲數）和心智年齡可能不同，看似合理的保護機制卻並非完善，也因此他認為「比利時將安樂死法律擴展到具有明顯理性決策能力的未成年人，不但沒有否認任何人的生命權。相反的，它賦予那些合理選擇行使該權利的人，能夠死亡的權利。」。

此外，Singer 更指出「權利」和「職權」的不同，並以「我享有自由言論，但我可以保持緘默」為例，闡述權利是可以自由被選擇有所為或有所不為；而在比利時未成年安樂死事件發生以前，已經發表過一篇探討比利時允許未成年安樂死的論文，根據比利時 2002 年發布之“安樂死法”第 2 條，安樂死的定義是「他本人故意終止他的生命」，在其法源背後支持的，除了歐洲人權法院裁定，歐盟國家都必須評估放寬「協助自殺的濫用的危險和可能性」，而聯合國雖未表態安樂死的議題，但表示生命權需要審慎重視，而隨著比利時安樂死取消年齡限制，走在世界的趨勢之前(Veny, 2015)，長久以來的安樂死之爭似乎在法理上取得許可，隨著不但推展的情勢，未成年安樂死終將浮上檯面，比起受到潮流的衝擊應該積極面對。

對於比利時不在以年齡最為判斷依據，Veny 描述為「引入最低年齡太過武斷，年齡為依據通常不是醫學而是法律現實」，當然以「判斷能力」為依據是更好的做法，但仍有許多專家質疑「兒童不知道死亡的終結性」，又或者如何做「判斷能力」可靠的評估，但事實上正因為只有少數兒童會有此需求，除了只有在無法治癒可能和難以忍受痛苦做評估，尚需家屬和由醫師和律師所組成的團隊評估，必要時連同檢察官一起進行決定，多重保障和嚴密審核下能確保判斷的合理性；最後，假設一個不再想生活的人，仍然有自己的自由意志並且能夠判斷，而且考慮到安樂死



法案包含許多保障措施，以確保申請人對安樂死的要求超出了他的自由意志，沒有法律或理由能否決安樂死法。

從上述對未成年安樂死的發展與論點，反過來思索我國的情景，此種生命末期之選擇概念不論是在思想或是體制上，起步慢了西方數百年，而病人自主權立法也是近期通過，尚未普及於民間，離安樂死乃至於未成年安樂死仍有十足的進步空間，而相關文件如放棄維生醫療等，皆限制未滿二十歲之立約人，需經過法定代理人之同意，若未成年安樂死於台灣施行，除了在年齡上，在有無決定能力上應該能有更好的辨別。

安樂死在國外發展數年，相關制度與施行都可以供我們做參考，鄰近的亞洲先進國家也有諸多行動，國內亦有許多安樂死的呼聲，使這議題不僅僅是國外的事件，台灣有安樂死需要的可能性，而對安樂死的疑慮，實務上可以透過許多審核制度來避免，且這非強制性的規範，給予自由讓不同價值觀的人衡量是否使用，至於倫理道德等問題，已經有諸多研究，當然東方與西方世界文化價值觀念都有所落差，又東方各國的風俗民情多元且迥異，台灣社會對安樂死接受與否、該合法與否，又或未成年安樂死的是否成立，理應透過研究和調查，洞悉所有概況後，發展屬於我國的安樂死概念。

（三）安樂死的權利關係

啟蒙思想運動期間，著名學者 Jung Locke 在參照了美國獨立宣言及法國人權宣言，於其政府論之著作提出了著名的「天賦人權」理念，表示「人天生下來即具有享有生命、自由、財產的權利」，雖然受到許多人抨擊理論中對於神聖性以及個人利益的立論原則，但他所想傳達的是，人生下來就自然而然所擁這些權利的有「自然性」與能讓多數人獲得幸福的共同利益(Thomas, 2012)，讓他的說法受到廣泛支持，並採納到幾乎每一部憲法當中的立法原則，起初 Locke 所主張的是「生命權是與生俱來且不可侵犯」，即沒有人能剝奪他人生存下去的權利，我們可以將此視為「狹義的生命權」，但既然我們有權享有生命，且生命權的立論有讓人民幸福之善意出發，安樂死支持者主張其「廣義」的解釋也包含死亡，就是所謂「生命權利的結束」，或稱作「the right to die」，也曾被命名為安樂死紀錄片的名稱，而著名的例子為 1990 年美國國會通過的「病患自主權法案」，主張「生命權」應包含「自然死亡」，故強制醫療機關須依據病患意願的指示停止治療，並賦予患者事先簽署「生命意願聲明書」(Living Will Patient Entestamente) 等，來保障其生命末期死亡的權利(張志全，2000)，此份契約有如目前的放其維生醫療(DNR)，但其中涵蓋消極安樂死的概念，也影響到日後美國安樂死議案。

當我們用「生命權」來詮釋安樂死時，能彰顯安樂死是已經存在於我們法律中，且是不應該被限制的權利，故許多支持者將其作為安樂死合法及合理的依據，江慶心在 2005 年發表的「安樂死的倫理爭論所忽視的方面」論文中，對生命倫理考量來進行理解，生命倫理領域強調的四個原則分別為：「尊重自主性原則」即個人對於生命的自主權、「公正原則」即自由與公平公義、「仁慈原則」即出自善的想法與「不殺傷原則」即不傷害與以不當利益為目標(江慶心，2005)，無疑的安樂死在是當制度規範下，皆能符合以上生命之倫理，以下將分別論述：



1. 尊重自主性原則：

納粹德國曾以合法非自願安樂死的名義，施行對民眾屠殺之實，但這顯然違背安樂死定義中，以善意為出發的本質，故應以殺人視之；受到上述事件影響，目前在世界上合法的安樂死中，都是依照自行意願所發起，而衍生出的作為或不作為，上述事實就是為了符合生命的主權應當歸屬於自己的倫理。

2. 公正原則：

安樂死讓所有病患能做出對於自己最有利益的選擇，且不分年齡、性別等條件都有權利對自己的生命做出自由的決定，而專業審核的機構視每件申請案為獨立事件，依照情況給予最適當的裁決，既符合正當性，也是最公正的決斷。

3. 仁慈原則：

安樂死不以任何報酬或酬賞為目標，更不以不人道的方式進行，宗旨是希望以幫助病患減輕痛苦為出發，試圖保障其生命中末的品質，並且排除非適當的個案，以把關品質及防止遭到目的性的利用。

4. 不殺傷原則：

許多人會將安樂死與殺人畫上等號，但它的本質與惡意的謀殺有所區別，安樂死是以自我意識的尋求死亡為根基，屬於自殺的範疇，然而此種行為並非傷害自己的決定，而是追求生命末期能過得更好的善終理想，所採取的手段。

綜上所述，許多學者認為安樂死是「多重權利實現」，安樂死權利中心以患者為主體，以其最佳利益為目標，延伸自各個層面，其中個人出自於自我意識的自由，更是不可埋沒的一大價值。

（四）教育對未成年生死觀之影響

欲了解未成年人對安樂死的看法，可以從影響他們的生命死亡觀點著手，此處將關注於台灣對兒童生命與死亡之教育，將會對此一議題的討論和概念構築有更深入的理解，以下分別詳述。

1. 社會與家庭影響死亡觀感

我們的價值觀與理念，往往是受到「社會化」的歷程，逐步型塑而成，我們主要會受到初級團體-家庭或原生環境的影響，而次級團體-學校與社會，對我們影響亦十分深遠(Charles, 1909)，故要對生死觀念進行討論，必須逐步解析台灣整體之情形；以下將先從國家背景開始分析，再者是社會的文化民情，最後到死亡對個人的衝擊乃至於家庭影響。

我國建國以來受戰火波及，其所造成的生命無常性，使死亡成為人民心中的焦慮與恐懼，在拚命保全性命而畏懼生命被剝奪的情況下，死亡在戰爭時代的家長眼中成為被忌憚的話題，又外國對敘利亞戰爭後孩童的身心狀況調查中顯示，戰爭摧毀了他們的心理並造成抑鬱，甚而帶來壓力(Süreci, 2016)，可想當時孩童承受暴力般的死亡衝擊，卻迫於時勢所趨的教育觀念使其無從抒發其情緒；又經歷極權政府時期，保守的言論與思想自然不可能容納與死相關元素，再加上台灣以農業社會起步，在經濟拮据與醫藥衛生較不發達的條件下，活著即是要努力打拼，沒有談論負面想法的空間。台灣社會對死亡除受本身背景條件，又深受文化、宗教影響；我國



推崇的思想首推儒家，其又被稱作「孔儒思想」，其中的核心人物孔子曾言：「未知生，焉知死」，又言：「未能事人，焉能事鬼」，這使國人對於生前死後的狀況，雖不否認，但普遍抱持「敬鬼神而遠之」、「非其鬼而祭之諂也」的態度（莊耀輝，1998）；宗教信仰以佛道教為台灣的多數，佛教認為得道者進西方極樂世界，而大多數人隨因果業報落入六道輪迴，道教則認為生前德行修道良好者，可以升仙，未能得道者魂飛魄散（李秀娥，2015），雖兩者想法不一樣，但共通的點都是-死亡是一種審判，做好事有好報而做壞事則受惡果，有如基督教的上天堂和下地獄般，這些宗教的理念都是「以死亡作為警世的手段」，這能為社會道德帶來好處，是一種約束行為的方式，卻也間接導致大眾對死亡的畏懼印象加深。

在了解台灣大眾前，我們可以先從生命及死亡帶給人類的影響；心理學大師 Freud 所提出的「本能 (instincts)」是精神分析學的核心，其概念包含「生的本能」與「死的本能」，前者代表著繁衍、生存與享樂，後者涵蓋潛意識的死之意願、自傷與傷人(Corey, 2001/2016)，生命與死亡的概念天生就存在於我們，在潛意識中影響著我們而不自知；人不一定要經歷過死亡或瀕死，才會知道死亡存在的事實，更因為人是具有社會性的動物，當死亡發生在一個個體時，其他周遭的人皆會受到影響，悲傷、失去的情緒，以及推演到自己生命上的不確定性與有限性，若沒事時的排解或舒緩就會形成「死亡焦慮 (Death anxiety)」，生命在不同階段受到死亡的影響不一樣，與死亡對象亦有關係，如青少年普遍關注於自己生命的當下而遙望死亡的感受，故平時生活對死亡的焦慮感較低，但當提到死亡時焦慮感卻有明顯上升；老年則在經歷過許多喪親等死亡事件後，能坦然地且不逃避看待死亡，但由於生理機能漸漸下坡，生活中對於死亡的焦慮感因而提升(Charles et al., 1997/2004)；當然一切不是如此悲觀，存在主義認，死亡帶來的有限生命，「活在當下」的動機賦予人創造的動力；生物脫離不了死亡，死亡廣泛的影響著我們，帶來畏懼卻同時助長我們前進。

在上述影響下，台灣社會對生命與死亡議題談論甚少，接觸死亡通常是在親友去世的時候，而當下情緒卻也沒有受到良好的抒發，很多時候充滿壓抑；從學術角度來看，輔導諮商科系最早創立於民國六十年，然而心理師法卻一直到民國九十年才通過；此外，在 1990 年代後在生死學才有較多學術研究，生命與死亡學系在傅偉勳教授的努力下於民國 1997 年才成立，而深刻影響到未成年人的「生命教育」一直到 2010 年才開始施行，這些腳步皆落後西方國家許多；又國人對於死亡的避諱鮮明，上述的「生命教育」在張美蘭於 2000 年的研究中顯示，學者皆認同其包含生命開始到結束（死亡）的一連串改變，而當時其誕生乃因應校園暴力、自殺等事件，在根本防治與本土文化民俗禁忌下所命名（引自張淑美、謝昌任，2005），此種命名也發生在 2000 年的安寧緩和醫療條例，其參照美國 1976 年通過「自然死法案」，經過我國安寧團隊的努力，敦請江綺雯委員提案，由於國人避談「死」字，故更名為現在名稱（陳榮基，2018）。如同 Bowen 於 1991 年提出的《家庭系統論》中的「多世代傳遞」，這樣的生死觀念將無形塑造小孩，在潛移默化下傳遞給小孩，進而持續影響後代；有研究對青少年進行量化問卷後發現「死亡態度與其因應行為具有關聯性」（徐憲宏等，2001），意即原生家庭教育下，所塑造的生死觀念及態度，也將影響他們日後所採取的行動作為；不同家庭模式，也會塑造孩子對生死不同的想法，比如五大教養型態將家庭教養模式大致分成「民主型、專制型、忽視型、溺愛型何不一致型」（朱瑞玲，1986），民主型的家庭給予適當的言論發表與溝通空間，自然就有助於討論生命議題，相對的專制型的教養模式多為單



向溝通，除非父母親主動討論生命理念，孩子較少有機會接觸，而溺愛型的養育可能會因過度保護而害怕孩子接觸這項議題。故「原生家庭的教育觀」受社會與文化脈絡將密切影響的生死觀點和理念，將影響到「未成年安樂死」議題的想法。

2. 生命與死亡教育

許多研究的結論，都一致認同「孩子的生命與死亡教育應該獲得重視」。陳世芬（2000）晤談了小學二年級至國中三年級學生，共計 239 人後在 2000 年於《兒童及青少年死亡概念內涵與發展之研究》提出，他們都會想與家人談論生命相關議題，但僅半數的兒童與青少年父母曾與其討論，而印象最深的死亡事件多來自親人死亡，其次是大眾傳媒；由此可見，從喪親的事件和電視、網路等資訊媒介，孩子們能接受到死亡相關訊息，在沒有妥善的舒緩下，可能為產生對死亡的負面想法，身為初級團體也是最親近的父母親，對孩子的生死教育舉足輕重，更是他們傾吐的對象，然而有一半的家長卻沒有相應的舉動；而 1998 年由陳秋娟的《國小中、高年級學童死亡概念，死亡態度及死亡教育需求》與 2010 年王紫玲的《家長對學齡前幼兒生命教育教養態度與需求之相關研究》調查結果都顯示孩子與家長對生死教育有著一定的需求，在確實進行生死教育後，我們更可以發現其重要性，而陳麗娜於 2008 年所著的《生死教育繪本班及輔導方案對國小四年級學生對死亡知識及態度的影響》，透過繪本模擬死亡的情境，來提起孩子們的興趣，並以較柔和的方式，引起他們的共鳴與話題，藉此期望達成「認識死亡」、「降低死亡恐懼」、「珍惜生命」，一系列的繪本教育並施測後，結果顯示對死亡認知大幅顯著提升，對生命態度有正向的效果，在悲傷上雖未達顯著水準，但可能跟未有後持續與外力因素（環境、家庭等等）有關，生死教育整體而言並無造成任何負面效果，而對孩童帶來十足正面影響。

再來是孫虹景於 2015《生死教育課程對高中學生生命意義感及死亡焦慮之影響》，以投影片與影片，結合時事的方式來為高中生上十周的生死教育課程，對照另一組沒有上課程的同校高中生進行比較，結果發現受過生死教育的學生於中「生命意義分量表」中的「求意義的意志」、「生命目的」及「死亡接受」三個分量表的都高於沒上課的學生，並達到顯著差異，唯一沒達到顯著的只有在「生命控制-自由選擇的生命」，究其原因從學生回答「面對讀書和考試根本沒時間想其他的」，能充分說明因環境影響而沒有達標，正如同前項對高中生的生死教育亦收到非常好的結果，在回饋中他們很多都提到在思考上面有所成長且對生命更加理解。

事實上，國內生命教育的推展已有不錯的成效，有對雲林縣國中生之生命教育的研究指出：「多數學生認為學校已採用不同方式實施生命教育，利用不同的教學方式實施生命教育」，可見在生命教育的推廣上有十足成效，但也提到在不同學校狀況與家庭氛圍，其生命態度也會受到影響，加上研究結果顯示「學生的生命教育認知與生命態度有顯著正相關」，這代表在學校的影響力顯著，而家庭也是重要因素，整體生命教育還須強化（簡文卿，2010）。

生死教育的需求和重要能從以上論述證明，未成年對於安樂死的議題也應該有更多認識，當我們能透過教育讓他們有更深刻的理解時，尊重對自己生命的想法還有概念，未成年安樂死不該變成禁忌，更應該有所保障。



（五）哀慟經驗影響未成年之生死議題

台灣的社會對生命與死亡觀念在如今有所改善，但在過去的氛圍下仍影響著未成年人，家長避諱死亡而鮮少跟小孩談論相關議題，就算想談論由於未曾有人與他們共商，也不知如何提起，又或者如何討論。

誠如以上描述台灣社會對生死議題保守的風氣，大多時候死亡不會被主動提起，故通常我們碰觸攸關死亡的課題，是非面對不可的親友去世；當喪親事件發生，我們感到生命的秩序（家庭的既定組成）瞬間被打亂，伴隨著內心的悲傷與思緒的紊亂，往往試圖逃避與否認這個事實，日後的失落感與思念感，加上還有往者生前的未竟事宜的遺憾，都將對我們的身心造成莫大的衝擊（林于清，2006），在家庭經歷喪親時，成年人需擔當治喪的責任，哀傷的情緒亦表露於外，但除了關心他們的悲傷輔導，會受到喪親影響還有未成年人，而我們能透過文獻來了解更多他們的反應與想法。孫允儀對因車禍喪失父親的小森（化名），進行悲傷輔導，也撰寫此篇《喪親兒童在遊戲治療中遊戲主題》，研究中指出九歲的小森對於父親的死亡，從「難過哭泣、缺乏安全感和很想父親」，可見在心理上很大的失落，身體和社會上也有困擾，但相較起來比較不顯著，也因此研究者在結語特別提到「喪親兒童在外顯行為上不一定會出現不適應，但喪親事件對喪親兒童仍有影響。」，從此可理解為孩子確實受到影響卻不知道如何展現（孫允儀，2014）；在研究者以遊戲治療後，除了得出「悲傷反應程度下降」，更得到「對於逝去親人的情緒反應從複雜且壓抑到能試著表達」，可見由於我們社會氛圍，長久以來為保護兒童而不多談論，或不知道該怎麼溝通或讓其接受，致使忽略兒童對生命的理解與感受，相對的兒童往往知道失去並承受痛苦，但他們許多時候因為心智尚未成熟而不擅於表達，只能將苦悶藏在心中，使得悲傷繼續影響他們，也會使他們身心發展受到影響。

接著是青少年喪親經驗的研究，於史晶瑩（2007）發表的《喪親青少年的哀慟特殊性與悲傷輔導》此論文中，彙整出他們面對死亡事件的反應，「發生時往往極少求助，壓抑哀傷或憤怒並以行為表達，甚至因而易產生偏差行為，家庭面臨變化且無法參與喪事決策，在日後更有經歷多次哀悼」，會致使上述狀況的原因，可以透過徐洁等（2011）實際訪問青少年後，所提出的《喪親青少年哀傷過程的定性研究》中看出端倪，此質性研究所訪談的對象中，被大量提及的狀況分別是：「在情緒、感覺、生理及行為有強大反應，如不怎麼說話」及「否認死亡和逃避死亡的人事物」，在之後恢復期間出現的想法是「遺憾及悔恨」，更有再次哀傷的情形；在兩相對照之下，若青少年大多是第一次遇到死亡事件，在家長平時對死亡不願多談的狀況下，強行的「被迫面對死亡課題」在如此強大的壓力和死亡焦慮下，無法面對而選擇逃避情緒是應急的最佳方法，但若沒有獲得舒緩或釋懷，以精神分析學派角度，這些事件將轉化為負面的兒時經驗，深刻影響日後人格發展，行為也將受到潛意識中的悲傷情緒，不自覺的產生改變；在喪事部分往往都由大人一肩扛下，基於年紀小故不會希望他們在治喪上煩惱，但若能適時的讓孩子做些什麼，對日後的遺憾和悔恨情緒會有很好的改善；在兩篇論文當中都有提到的就是之後仍會有對此事件的悲傷反應，我們可以從上論述推敲，當下沒有妥善的行為去因應，心結沒有被解開便會持續停留在原本的情緒狀態；當我們沒有正確的觀念和態度來面對死亡，在沒有任何幫助下，所做出的行為將無法解決自身的失衡狀態，此觀念和態度的缺乏，與家長認為孩童年紀過小，而鮮少讓他們接觸死亡議題的理念相關，而家長的作為正反映台灣社會的觀念和想法，彼此因果環環相扣。

我們不免發現，在人的天性與社會思維，孩子們受到「特別的保護」，但這無



疑是真正傷害了孩子們，返回到研究的主題，對他們的安樂死議題也不該沉寂，這才是真正的保護他們，讓他們的權益獲得保障；而究竟跟未成年人談論生命與死亡是否妥當？該如何進行生死的教育呢？

許多時候我們傾向於不與未成年人談論死亡，非得提及時通常也是以很簡單的概念，諸如死後會到很遠的地方、天堂等抽象概念作為死亡的說明，而原因出於年齡尚小的他們對於死亡的認知能力有限，至於他們的認知能力究竟為何。汪欣怡（2009）在《幼兒死亡概念之探究》中以質性研究的方式對 42 名 3-4 歲兒童進行死亡觀念的理解，調查後的數據統計顯示「97.6% 了解死亡原因性，91.1% 了解死亡的無機能性，88.7% 了解死亡的不可逆性，66.7% 了解死亡的普遍性，58.3% 了解死亡非肉體延續性」，結果出乎意料地與原先的理論大相逕庭，一般普遍認為的「死之普遍性」僅半數左右兒童理解，反倒是發展階段後期的特性，幾乎每個孩子們都已經了解，更為驚人的是此項研究的對象年僅 3-4 歲，每項的成人死亡觀念都有半數以上兒童已經具備，有三項還是接近所有孩童都能理解。

時常我們會基於保護而有所保留的不告訴我們的孩童，或者覺得他們的年齡過小而不能理解，事實證明這些觀念是嚴重的謬誤，在有人引導他們了解生命與死亡的環境之下，他們對死亡的概念理解遠超乎我們的認知；對於未成年安樂死的議題，我們亦不能抱持這樣錯誤的想法，以他們不懂何謂死亡，也無法掌握生命的意涵為由，縮限他們應有的權益；我們要正視他們的想法，要用適切的方式告訴他們生命的選擇，如此不但是真正的保護他們，更能使他們有所成長，未成年安樂死的議題不該充滿憂慮，而應該更積極的去探索。

如何與孩子們進行討論生命，除了使用繪本讓他們理解生命的特性與意義之外，亦可以使用網路媒介，如修正 Passerini 與 Granger(2000)所提出的混合型教學設計模式，建置完成一命名為「生命探險隊」之兒童生命教育網路學習系統（徐欣瑩，2003）；或者透過「彩虹生命志工」等受過訓練的志工團體，帶來生命教育課程，透過互動、經驗與身言教，協助孩子們探索生命領域（鄭宇家，2003），隨著年齡增長，彼此打破避談死亡的沉默，以放鬆的心情與他們互相分享看法與意見，也有很好的效果，故對於安樂死這項博大精深議題，透過適當的交流方式，必能取得不錯的效果。

除了喪親經驗會對我們的身心產生影響，這種哀慟同樣也發生在家屬照顧臥病在床的親人時，根據嘉義縣長期照護的相關調查，需要照護的原因多為被照顧者在生活方面有失能的情況，受訪者平均要花 11 小時在照顧方面，且有超過半數的受訪者在工作上受到影響，在財務負擔和身心負擔都有一定程度的負荷（許燕芳，2013），同時照護狀況隨著疾病程度越嚴重，照護者的失落感及負擔也成正比的增加，當此病症為難以痊癒之病症，如罹患腎上腺腦白質退化症此罕見疾病，照護者往往經歷混亂與無助，最後被迫接受，並且不斷的擔憂未來病況的惡化，主要照顧者心理支持及照護需求也需要被重視（馮瑞君，2016）；而對於長輩罹患重病，特別是父母親，不但對青少年的行為會產生影響，家庭的關係和收入負擔都會產生變化，提供青少年心理健康方面的支持性服務顯得非常重要（王貞云，2016）；由此可見哀慟經驗的影響，似乎不分年齡都會面臨到衝擊，只要能夠體悟到負面的情緒，生理和心理的不適都應該要獲得照顧與紓解，且必須要受到正視。

回過頭再來檢視比利時對於兒童及少年安樂死的放寬，並非單純開放「年齡」為未成年人的安樂死，而是以「判斷能力」為依據，每個孩子們多小能夠理解死亡的



概念這項問題，可能如研究裡所說的 3~4 歲，但實際上每個人都是獨特的個體，能夠體悟到死亡的歲數都不盡相同，更遑論能夠理解安樂死的概念會需要多少能力，但不論如何，用年齡來作為判斷的依據確實有所偏頗，而孩子們確實超乎我們的想像，他們擁有這項能力，當他們能夠感覺到甚麼，則這份感覺就應該被我們接納與重視。

最後，從相關文獻提供之資訊看來，與未成年討論安樂死並非天方夜譚，在談論死亡時，安樂死也應該為生命結束的一種方式讓孩子們理解，生命與死亡教育正在逐步的落實，隨著孩子們有更多認識，談論未成年安樂死議題並非言之過早，而 Spinetta(1974)的病例對照研究顯示「因癌症或非生命限制疾病住院治療 6 至 10 歲兒童，將這些孩子的死亡概念發展加速」，可見在實務上是可行，且能幫助有需要的孩子及父母親；雖然了解到未成年人有死亡的概念，但他們做出的決定是否成熟，判斷是否妥當，該採納他的意見又或者是父母的意見，這都值得更加深入討論。

三、研究設計

(一) 研究目的與對象

目前我國有許多相關安樂死的研究，按照不同觀點，可以分為法學、倫理、社會、宗教；依照區域和時間，瑞士、歐洲或發展歷史、台灣發展；按照年齡有嬰兒及大眾；相關議題探討已經具有規模且完備，但對於未成年安樂死的議題仍未有相關研究，在年齡這一塊出現斷層。然而，兒少卻是我們必須更加注目的區塊，現今的兒少已經與過往不同，他們早在成年之前，就已經開始觸及生命議題，除了從網路及媒體上能獲得充足的資訊，民國九十九年更明訂生命教育為正式課程的一部份，校園積極推動甚至融入課程，許多的講座及活動更讓學生們在此領域有充分的認識，對此他們更有權利在生命議題中獲得矚目；再者，根據衛生福利部統計，每年約有近一千五百名兒少死亡，其中又以疾病死亡為大多數，生命末期之選擇權利需要獲得關切；不管是東西方國家，未成年族群總是受到社會的重視，而他們的生命權利也該受到同等的重視，故本研究之宗旨乃希望未成年安樂死相關議題能引發共鳴，進而促成學術建構與更廣泛討論。

本研究將先使用量化問卷，來了解適逢轉變為成熟階段的大學生，對於未成年安樂死的意向為何，再從相關的背景因素及理念來探究所做出的選擇的原因；最後統整以上資料，從中思考未成年安樂死的架構及議題，並研討哪些事項是我們該注意的，以及反省我們所沒注意到的；而本文主要研究的目的則由以下列點敘述：

- 1.瞭解南華大學大學生對未成年人安樂死的意向為何。
- 2.探究個人背景、個人經驗及不同理念對未成年安樂死意向的影響。
- 3.行未成年人安樂死意向與影響因素的深入反省與思考。

另外，基於本研究為新穎且國內少有相關學術性文獻之因素，在多次抉擇後，將量化分析抽樣群體謹訂為「南華大學之大學生」，原因如下：選擇「南華大學」，係因校內積極推行生命教育，除設有生命教育中心，舉辦多項生命意涵活動，在學術上亦設有生死學系與幼教學系，校內學生對於幼兒與生命議題敏感度



高，且具思辯能力，更值得注目的是南華大學背景為佛教興學，在眾多背景因素存在的情況下，能為此次研究的帶來具體結果及代表性；選擇「大學生」，係因從背景來看，目前就學的大學生皆受過生命教育課程，而大學的組成年齡同時包含民法行為權利中的未成年與成年，從心理層面來看，Kohlberg 的道德發展中需要「成規後期」才具備自己的想法及抽象推理進行，而對於高中生的研究發現其心理自我和諧皆不如大學生（引自刁俊榮等，2001），亦考慮未成人之「叛逆期」等因素，都將影響本研究品質及穩定度；綜合以上考量，本研究因故選取「南華大學之學生」此群體作為量化分析樣本。

（二）研究方法與架構

欲了解未成年安樂死之意向，需先擬定一系列的研究方案，首先要有預期如何從變項得出結論的流程，規劃出研究架構，再來要詳細了解每項研究變項所想要探討的目標為何與定義為何，接著透過變項間的互動形成研究的假設，最後就是選定研究採納資料的工具、資料蒐集方式及如何分析資料。

本研究之目的為了解未成年安樂死的意向，並進行省思；南華大學的學生來自不同院所與家鄉，家庭狀況和信仰也有所不同，故將「背景資料」納入本研究的變項之一；而不同的「喪親經驗」與「照顧經驗」也將影響本研究結果，由於其性質相近，故將其整併為「個人經驗」；最後在本研究加入「兒少教育理念」此變項，以了解教育促成對未成年安樂死之觀點的差異，上述變項皆針對未成年安樂死之影響可能因素做深究，再由各類題目來對「未成年安樂死意向」進行評估，並尋找其中原因；在最後希望能藉此得到一個整體架構，整合研究成果，對此議題進行省思；本研究的架構如前段描述，下方以表 3-1-1 進行表示：

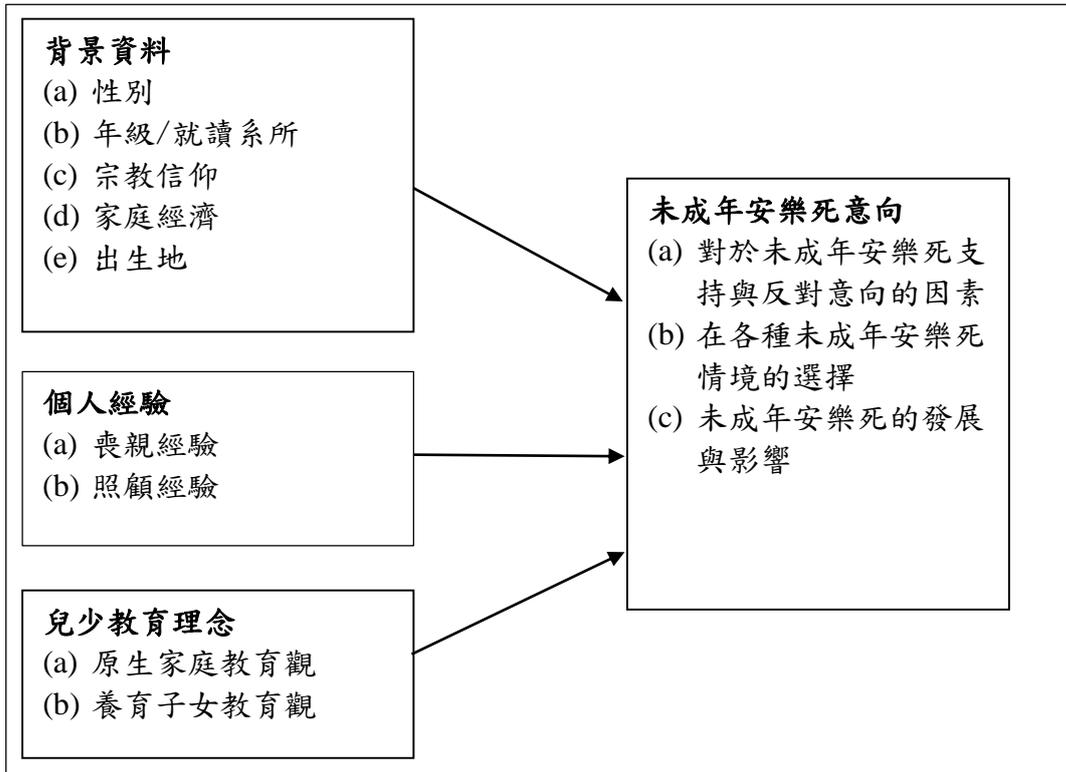
（三）研究工具與資料蒐集

本研究為量化分析，量化問卷採取封閉式問卷，其中前三個部分設計為對可能影響未成年安樂死的變項進行問答，第四部份題目涵蓋安樂死的支持反對因素、在不同情形下的選擇及對安樂死隱憂的看法。

資料之蒐集採用量化問卷，以 Google 表單及紙本，表單連結於南華大學相關之網路社群發布，紙本問卷採隨機發放的方式進行，兩者同時開始與截止，總共合計 505 份；而問卷回收之實際情形如下：網路問卷共計 413 份，紙本問卷 92 份。



表 3-1-1 研究架構圖



四、研究結果

透過量化問卷將資料蒐集完畢，並妥善將資料保存於 EXCEL 後，接著要運用 SPSS 來對這些數據進行量化分析，首先是問卷的信度檢核，再來開對「背景資料」、「個人經驗」、「兒少教育理念」及「未成年安樂死態度及意向」，所有變項從進行分析，從基礎的資料描述性統計量，對資料分布組成分析，再來由因素分析刪減題向，萃取出重要的面向，進而能進行變項分析及迴歸分析。

本節將對資料進行初步的分析，利用次數分配及描述性統計量，來概覽各個變項-「背景資料」、「個人經驗」、「兒少教育理念」及「未成年安樂死的態度及意向」之資料分布情形與平均、標準差等數值。

(一) 背景資料分析

本問卷共回收 505 份，男性學生共計 158 人 (31.3%)，女性學生共計 347 人 (68.7%)，女性占總比例較多，接近七成。就讀年級：填答的學生以一年級為最多，共計 166 人 (32.9%)，二、三、四年級填答人數相近，而四年級填答人數共 97 人 (19.2%)，是當中最少。就讀學院：人文學院與這次的主題最有關連性，同時也占最高的比例，總計人數超過半數，共 326 人 (64.6%)。宗教信仰：大多數的學生並無宗教信仰，共 246 人 (48.7%)，而南華大學背景為佛教性質，有 78 人信仰佛教 (15.4%)，與信仰道教的 70 人 (13.9%) 相近。家庭總收入：大部分學生的家庭每月總收入介於 0~69,999 元之間，此區間包含從 0 元到 29,999 元的 127



人（25.1%），30,000 元到 49,999 元的 162 人（32.1%），50,000 元到 69,999 元的 104 人（25.1%）。出生地：學生主要來自於中部（178 人，35.2%）及南部（247 人，48.9%）。

表 4-2-1 背景資料分析表（單位：人數）

背景資料	數量	百分比
性別		
男	158	31.3%
女	347	68.7%
就讀年級		
一年級	166	32.9%
二年級	112	22.2%
三年級	130	25.7%
四年級(含以上)	97	19.2%
就讀學院		
管理學院	69	13.7%
科技學院	43	8.5%
人文學院	326	64.6%
社會科學院	40	7.9%
藝術與設計學院	27	5.3%
宗教信仰		
無	246	48.7%
佛教	78	15.4%
道教	70	13.9%
天主教	3	6%
基督教	18	3.6%



(續)

回教(伊斯蘭教)	1	0.2%
民間信仰	69	13.7%
其他	20	4%
家庭成員總收入		
0元到29,999元	127	25.1%
30,000元到49,999元	162	32.1%
50,000元到69,999元	104	20.6%
70,000元到99,999元	62	12.3%
100,000元(含以上)	50	9.9%
出生地		
北部	64	12.7%
中部	178	35.2%
南部	247	48.9%
東部	15	3%
金馬	1	0.2%

(二) 個人經驗分析

1.喪親經驗之有無：有喪親經驗學生共計 450 人（89.1%），比例近全體之九成。喪親經驗之親人：此題為複選題項，根據統計結果，以外祖父母或祖父母為大多數之喪親經驗，共 334 人（53.1%）。



表 4-2-2-1 喪親經驗分析表

喪親經驗	數量	百分比
喪親經驗		
有	450	89.1%
無	55	10.9%
喪親經驗之親人 (複選)		
外祖父母或祖父母	334	53.1%
父母	37	5.9%
親戚	173	27.5%
朋友	61	9.7%
其他	24	3.8%

2.喪親失落經驗：喪親經驗帶來的失落平均到達 4.06，可見大部分的學生都曾經對自身所經歷的喪親感到不小的負向情緒。

表 4-2-2-2 喪親失落經驗描述分析表

喪親失落經驗	數量	平均值	標準差
喪親失落	450	4.06	0.991

3.照護經驗之有無：有長期照護經驗之學生共 176 人（34.9%），較喪親經驗少。

4.照護經驗之親人：此題為複選題項，統計結果顯示外祖父母或祖父母，為大多數之長期照護經驗對象，共 131 人（66.5%），與喪親經驗相同。



表 4-2-2-3 照護經驗分析表

照護經驗	數量	百分比
長期照護經驗		
有	176	34.9%
無	329	65.1%
長期照護經驗之親人		
外祖父母或祖父母	131	66.5%
父母	26	13.2%
親戚	29	14.7%
朋友	8	4.1%
其他	3	1.5%

5. 照護失落經驗：照護經驗帶來的失落平均值為 3.99，總體而言略低於喪親經驗，但長期照護經驗確實也造成多數人的負向情緒。

表 4-2-2-4 照護失落經驗描述分析表

照護失落經驗	數量	平均值	標準差
照護失落	176	3.99	0.926

(三) 兒少教育理念分析

1. 家庭型態：家庭教養方式可以分為五種，分別是民主型、專制型、忽視型、溺愛型及不一致型，其中以民主型佔多數，共 328 人（65%）。

2. 兒少教育理念：此變項之題目共有四道，其中「常與家庭長輩談論到死亡相關的議題」和「家庭長輩常主動談論死亡相關議題」兩個題目，從數據中可以看出長輩主動談起這項話題較少，學生在家庭中較少對於生命結束的課題有所分享或是交流，平均值分別落在 2.9 與 2.69；相對地「自身兒少教育理念面向」的結果，包含「兒童及少年的生命與死亡教育是重要的」和「重視兒童及少年的生命權利」兩個題目，分別獲得 4.33 和 4.48 的高程度肯定；從上述兩個面向的資料可以得知，學生們很重視兒少的生命權利與教育，而原生家庭對於他們在生命教養的需求，似乎沒有達到等量於期許的回應。



表 4-2-3-1 家庭教養型態次數分配表

家庭型態	數量	百分比
家庭教養方式		
民主型	328	65%
專制型	21	4.2%
忽視型	20	4%
溺愛型	12	2.4%
不一致型	124	24.6%

表 4-2-3-2 兒少教育理念描述分析表

兒少教育理念	數量	平均值	標準差
常與家庭長輩談論到死亡相關的議題	505	2.9	1.088
家庭長輩常主動談論死亡相關議題	505	2.69	1.064
兒童及少年的生命與死亡教育是重要的	505	4.33	0.689
重視兒童及少年的生命權利	505	4.48	0.658

(四) 大學生對未成年安樂死之看法

1. 未成年安樂死

關於「安樂死的態度」有兩個問項，「安樂死在專業審核制度的把關下，能保障生命末期病患的生命品質」及「未成年人的安樂死應該受到重視與保障」；數據顯示平均值皆在 4 以上，多數人對安樂死與其所包含的未成年領域，不論在台灣施行與否都需要審慎面對。

關於「未成年安樂死的權利關係」包含三個問項，分別是「安樂死是生命權利的體現，不論任何年齡皆應有此權利」、「我國民法上未成年人其行為能力有限，故安樂死的權利受限」及「未成年安樂死施行之主要因乃是希望減輕兒少的痛苦」；上述問項中較多學生認同安樂死不因年齡區別且是生命權利之一，平均值為 4.01，而其餘兩個問項的平均皆低於 4，可見若對兒童及少年進行安樂死，被認為是追求生命最大福祉，是有所疑慮的，兒需要運用年齡判斷其行為能力，並不受多數人的青睞。

關於「未成年安樂死的情境選擇」包含四個問項，依序是「當未成年人了解死亡的概念時，我們應尊重他們選擇安樂死的意見」、「當未成年人意識清楚且符合



安樂死條件時，在家屬與其共商後，決定提前結束生命，符合道德倫理且應該到法律支持」、「當未成年人意識清楚且符合安樂死條件時，家屬的意見優先於他們」以及「當未成年人意識清楚且符合安樂死條件時，家屬的意見優先於他們」，前兩個問項是屬於生命自決的權利，平均值都在 4 之上，獲得多數人的認可；相反的後兩個問項是以家人作為主要決定對象，最後一問項更涵蓋了非主動安樂死的概念，然而兩個問項的平均值都低於 3；綜觀而言，多數學生傾向於認同生命不應該由他人決定，符合條件的安樂死選擇權在於自己。

關於「未成年安樂死的隱憂」包含三個問項，分別是「未成年安樂死若能合法施行，將造成青少年漠視生命」、「未成年安樂死若能合法施行，將出現違背善意的行為」以及「未成年安樂死的施行，將違反醫療倫理與醫師救人的職務」；其中最受到擔心的是出現非善意的安樂死，平均值為 3.03，次之的是漠視生命的可能性，平均值為 2.93，而違反醫生倫理憂慮較低，平均值為 2.6。

關於「兒少安樂死及生命議題」包含兩個問項，「未成年安樂死此議題應該有更多且更充分的討論」及「當前的兒童及少年的生命教育是足夠的」，上述兩題項中，大多數人認為當前的兒少生死教育仍然不足，滿足於現況的平均值僅 2.46，更多人認為未成年安樂死議題需要重視與深入探究，平均值高達 4.31。

表 4-2-4-1 大學生對未成年安樂死看法之描述分析表

大學生對未成年安樂死之看法	數量	平均值	標準差
安樂死在專業審核制度的把關下，能保障生命末期病患的生命品質	505	4.13	0.752
未成年人的安樂死應該受到重視與保障	505	4.17	0.825
安樂死是生命權利的體現，不論任何年齡皆應有此權利	505	4.01	1.005
我國民法上未成年人其行為能力有限，故安樂死的權利受限	505	3.38	1.106
未成年安樂死施行之主要因乃是希望減輕兒少的痛苦	505	3.87	0.955
當未成年人了解死亡的概念時，我們應尊重他們選擇安樂死的意見	505	4.02	0.893



(續)

當未成年人意識清楚且符合安樂死條件時，在家屬與其共商後，決定提前結束生命，符合道德倫理且應該到法律支持	505	4.03	0.872
您認同當未成年人意識清楚且符合安樂死條件時，家屬的意見優先於他們	505	2.82	1.082
您認同當未成年人意識不清楚時，家屬能代其決定安樂死的決策	505	2.92	1.066
您認同未成年安樂死若能合法施行，將造成青少年漠視生命	505	2.93	1.120
您認同未成年安樂死若能合法施行，將出現違背善意的行為	505	3.03	1.105
未成年安樂死的施行，將違反醫療倫理與醫師救人的職務	505	2.6	1.026
您認同未成年安樂死此議題應該有更多且更充分的討論	505	4.31	0.741
您認同當前的兒童及少年的生命教育是足夠的	505	2.46	1.039

2. 兒少死亡概念的觀點

若將學生對於「兒童及少年的年齡最小於幾歲能確切知道死亡的概念」的作答繪成圖表，將如圖 4-1，可見其選項「3-6 歲」與「6-9 歲」之間，比率有明顯差異，繪製成曲線則可發現其峰處靠右，也就是大多數人傾向於認為六歲以上之兒童才能確切理解死亡，與我國學者經由研究所得出之「3-6 歲兒童即能夠了解死亡概念」此一結論有所差異，顯見對於兒少死亡概念尚有認知上落差之處。



表 4-2-4-2 未成年安樂死態度及意向次數分配表

未成年安樂死的態度及意向	數量	百分比
兒童及少年的年齡最小於幾歲能確切知道死亡的概念		
0~3 歲	11	2.2%
3~6 歲	54	10.7%
6~9 歲	128	25.3%
9-12 歲	143	28.3%
12~15 歲	95	18.8%
15~18 歲	74	14.7%

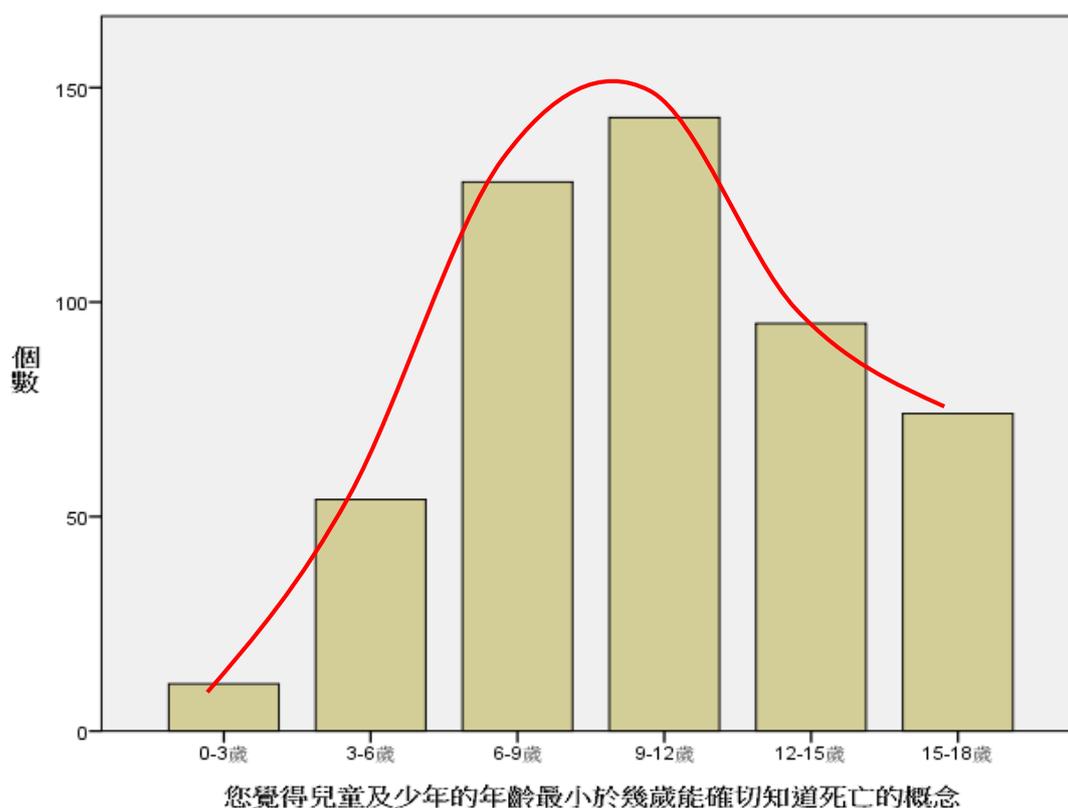


圖 4-2-1 「兒童及少年的年齡最小於幾歲能確切知道死亡的概念」次數分配圖表



(五) 變項分析

此節將選定資料適合的分析方式，針對不同題項採取不同分析模式，其中包含 t 檢定、變異數分析及相關分析，透過解釋數據比對出來的結果與影響因素的解讀，期望藉此彙整出研究的結論。

1. 認同自主決策面向分析

由表4-4-1可知，在「背景資料」的變項當中，性別對於認同自主決策達到顯著，可見性別會影響到未成年安樂死的自主性的判斷，觀察其平均數可以發現男生在此方面的認同度略高過於女生，男性對於由自己來決定生命的走向，有較高一些的決心，而其於題項皆未達到顯著水準。

從平均數來檢核可以發現，年級、學院及年收入的選項分布相當平均，在宗教部分，佛教、基督教及回教的學生平均分數較低，體現過去以來的調查當中，宗教傾向不支持安樂死的情況，也可發現宗教對其行為和價值觀具有認同和規範的效果；在出生地部分，由於只有一人為來自金馬的學生，資料不具代表性。

在「個人經驗」的變項當中，所有題目皆未達顯著性，可見是否有照顧經驗或喪親經驗與認同未成年安樂死的自主意識決定並無太大關聯。

在「兒少教育理念」的變項當中，除了家庭教養型態未達顯著，且在組間平均數差異不大之外，其於題項都達到顯著；從與家人討論生命議題的兩項題目都具有顯著可看出，代表除了常與家人討論生死議題，家人還會主動提起，家庭在沒有對生死議題的避諱下，良好的進行雙向溝通與互動，有力於對於生命體悟的增進，對於給予未成年人自由意識來判斷安樂死，因為有足夠的認知而是更加認同的；下方兩題項是關於重視兒少生命權利與生死教育，兩者皆達到強烈顯著，證明對生命議題關切者，更期望能透過教育保障兒少權益，使他們擁有對生命的正確認知，並有能力做出判斷和決定，且尊重他們的想法。

表 4-4-1 認同自主決策面向檢定分析表

題目	個數	平均數	標準差	T	顯著性 (雙尾)
請問您的性別	男 158 女 347	4.1287 3.9947	.64341 .66622	2.1118	.035
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您目前的年級	一年級 4.07	18	1.396	1.113	.335
	二年級 4.03	486	1.254		
	三年級 4.05	504			
	四年級 3.96				



(續)

題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您目前就讀的學院	管理學院 4.04	18	1.060	1.189	.265
	科技學院 4.09	486	.891		
	人文學院 4.03	504			
	社會科學院 4.00 藝術與設計學院 4.04				
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您的宗教信仰	無 4.05	18	6.668	1.254	.214
	佛教 3.74	486	5.317		
	道教 4.16	504			
	天主教 4.33				
	基督教 3.86				
	回教 3.67				
	民間信仰 4.17 其他 4.21				
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您家庭成員每月總收入狀況	0~29,999 4.05	18	2.055	1.302	.181
	30,000~49,999 4.03	486	1.579		
	50,000~69,999 4.03	504			
	70,000~99,999 4.13				
	10,000以上 3.92				
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您的出生地	北部 3.95	18	.679	1.199	.257
	中部 4.07	486	.567		
	南部 4.04	504			
	東部 4.11				
	金馬 3.67				
題目	個數	平均數	標準差	T	顯著性(雙尾)
請問您是否經歷過喪親友經驗	有 450	4.0404	.66530	.363	.717
	無 55	4.0061	.63421		



(續)

題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您所經歷的喪親友經驗曾令您感到失落	450	.012		.798	
題目	個數	平均數	標準差	T	顯著性 (雙尾)
請問您是否有長期照護臥病在床親友的經驗	有 176 無 329	4.0814 4.0127	.70710 .63552	1.114	.266
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您所經歷的照護親友經驗曾令您感到失落	176	.030		.693	
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
您的家庭教養方式為	民主型 4.02 專制型 4.06 忽視型 4.01 溺愛型 3.88 不一致型 4.10	18 486 504	1.733 3.015	.575	.918
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您常與家庭長輩談論到死亡相關的議題	505	.090		.042	
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您的家庭長輩常主動談論死亡相關議題	505	.091		.041	
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您認為兒童及少年的生命與死亡教育是重要的	505	.290		.000	
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您會重視兒童及少年的生命權利	505	.314		.000	

2.反對未成年安樂死面向：

在「背景資料」的變項當中，可由表4-4-2得知，不同學院對反對安樂死之面向達到顯著性差異，從選項作答的平均數中可以得到一些資訊，在就讀學院方面，管理學院的同學對於未成年安樂死有較多擔憂，與安樂死的管理和如何控制在當前的台灣並無確切方針有些關聯，相對的人文學院的憂慮最小，可能與生死學系等相



關人文教育有所關聯，諸如生死學概論、死亡社會學、死亡心理學等，對於死亡的認知較高，而死亡所造成的焦慮也相對較低；雖然其他題目皆未達顯著，但在宗教信仰方面可發現，恰好與認同自行決策面向相反，佛教、基督教和回教平均數高於其他宗教，印證宗教對於安樂死採取較保守的看法，而所得高於十萬的高經濟水平家庭，對未成年安樂死有較高的反對，在擁有足夠的財力情形下，若能給予更加良好的醫療。

在「個人經驗」的變項當中，喪親經驗的失落和照護經驗的失落都達到顯著水準，這意味著對未成年安樂死抱持不安態度的學生，可能受到相關的哀慟經歷影響，若過去有未抒發的壓抑情緒，將對同樣是未成年的死亡相關議題產生排斥或抗拒，或是擔憂現在的情形已經如此，若開放未成年安樂死，將會有更高的風險造成更多負面體驗，促成其意向偏向於否認未成年安樂死。

在「兒少教育理念」的變項當中，雖然家庭教養型態未達顯著，但在溺愛型的平均數高於其他型態，從溺愛行的家庭環境狀況中可得知，父母傾向於放任小孩的行為或過度保護（朱瑞玲，1986），在如此情況下可能會避免孩子負面情緒的產生，對於會引發焦慮的死亡議題即使被談論，父母也會盡可能保護孩子的情緒，在養成較以自我為中心的人格後，將習慣性持續逃避死亡的相關議題，而缺乏面對死亡所需要的勇氣，這點也反映在後面的題目，「您的家庭長輩常主動談論死亡相關議題」這題項達到顯著，但「您常與家庭長輩談論到死亡相關的議題」卻未達顯著，當然某些程度是受到家庭型態影響，另一方面也意味著其他因素：當家庭長輩會主動提及死亡議題，兒女卻選擇逃避此話題，因而才會較少與家庭成員談論，可見對於未成年安樂死有較多疑慮與排斥，跟面對死亡的態度、死亡焦慮或逃避死亡有所關聯。

表4-4-2 反對未成年安樂死面向檢定分析表

題目	個數	平均數	標準差	T	顯著性（雙尾）
請問您的性別	男 158	2.9578	.93204	1.741	.082
	女 347	2.8060	.89787		
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您目前的年級	一年級 2.84	12	1.631	1.304	.212
	二年級 3.01	492	1.250		
	三年級 2.81	504			
	四年級 2.74				



(續)

題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性	
請問您目前就讀的學院	管理學院 3.20	12	1.970	2.263	.009	
	科技學院 2.95	492	.871			
	人文學院 2.76 社會科學院 2.95 藝術與設計學院 2.80	504				
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性	
請問您的宗教信仰	無 2.83	12	2.860	.527	.898	
	佛教 3.05	492	5.427			
	道教 2.66 天主教 2.67 基督教 3.24 回教 3.33 民間信仰 2.70 其他 3.26	504				
	題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
	請問您家庭成員每月總收入狀況	0~29,999 2.88	12	2.213	1.400	.162
		30,000~49,999 2.74	492	1.581		
		50,000~69,999 2.85 70,000-99,999 2.78 10,000以上 3.28	504			
題目		平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您的出生地		北部 2.95	12	.508	.888	.559
	中部 2.89	492	.572			
	南部 2.80 東部 2.87 金馬 3.00	504				
	請問您是否經歷過喪親友經驗	有 450	2.8511	.90985	-.166	.868
		無 55	2.8727	.92405		



(續)

題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您所經歷的喪親友經驗曾令您感到失落	450	.104		.028	
題目	個數	平均數	標準差	T	顯著性 (雙尾)
請問您是否有長期照護臥病在床親友的經驗	有 176 無 329	2.8845 2.8369	.98363 .86997	.559	.576
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您所經歷的照護親友經驗曾令您感到失落	176	.163		.030	
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
您的家庭教養方式為	民主型 2.93 專制型 2.60 忽視型 2.30 溺愛型 3.31 不一致型 2.73	12 492 504	4.511 2.932	1.539	.107
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您常與家庭長輩談論到死亡相關的議題	505	.076		.088	
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您的家庭長輩常主動談論死亡相關議題	505	.095		.034	
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您認為兒童及少年的生命與死亡教育是重要的	505	-.003		.954	
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您會重視兒童及少年的生命權利	505	.006		.892	

3. 交予重要他人決定面向：

由表4-4-3可知，在「背景資料」的變項當中，性別及就讀學院的題項達到顯著水準，從平均數來解讀可以發現，縱使數值皆小於3（低於普通而傾向不支持）男生略較女生認同將未成年安樂死決策交由重要他人；在學院部分科技學院對於認同的平均數高過於3，是屬略為贊同將決定權交由重要他人判斷，在考量判斷能力的



客觀事實上，科技學院的學生做出較偏向於贊同的選項。

在「個人經驗」的變項當中，在「喪親經驗的失落」達到極高顯著，由於在整個治喪流程當中，主體既是「亡者」亦是「親屬」，除了尊重亡者的選擇，也要顧慮到在世家屬想法，這意味著歷經喪親的痛楚後，身為家人的受試學生更希望能為重要的親屬做些什麼，而非毫無決定權；這也同理的反應在未成年安樂死的議題上，他們不希望任由至親的情形惡化或無法參與其重要抉擇。

在「兒少教育理念」的變項當中，同樣的家庭教養型態未達顯著，但在忽視型的平均數明顯高於其他型態，在此教育方式下父母採放任式教育，在態度和善而中立，並不怎麼干涉子女的環境下，他們可以信任家人會依自己的想法做出決定；型態完全相反的溺愛型家庭卻也有較高數值，家庭教育再過於積極的保護孩童下，子女會認為要給予孩童等同的保護；在「交予重要他人決定」面向當中，所有題項都達到顯著性，值得注意的是在溺愛型家庭在此面向跟前者不同，差別在於是否達到「雙向溝通」，平時在家庭中常討論生命議題中，且主動長輩也會主動提起，這兩個題目達到高度顯著，在長期的良性溝通與互動下，彼此對於生命的議題開放且了解對方的想法，也更傾向於我們能夠替重要的人做出決定，畢竟會交由重要他人決定代表著信任自己的親屬；而在生命教育和兒少權益的重視上呈現明顯的顯著卻是負相關，極可能是因為生命教育已經在日常生活得到滿足，而不必要再多加關注，與除了要重視兒童及少年的生命權外，更應該重視的是整個家庭的想法。

表 4-4-3 交予重要他人決定面向檢定分析表

題目	個數	平均數	標準差	T	顯著性 (雙尾)
請問您的性別	男 158	2.8397	.77899	2.102	.036
	女 347	2.6844	.76518		
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您目前的年級	一年級 2.70	13	1.766	1.418	.147
	二年級 2.69	491	1.246		
	三年級 2.80	504			
	四年級 2.74				
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您目前就讀的學院	管理學院 2.87	13	1.773	2.029	.017
	科技學院 2.98	491	.874		
	人文學院 2.70	504			
	社會科學院 2.59 藝術與設計學院 2.57				



(續)

題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您的宗教信仰	無 2.72	13	2.308	.424	.916
	佛教 2.70	491	5.447		
	道教 2.88	504			
	天主教 2.22				
	基督教 2.57				
	回教 5.00				
	民間信仰 2.70				
其他 2.77					
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您家庭成員每月總收入狀況	0~29,999 2.76	13	1.437	.898	.555
	30,000~49,999 2.71	491	1.600		
	50,000~69,999 2.68	504			
	70,000~99,999 2.76				
	10,000以上 2.83				
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
請問您的出生地	北部 2.69	13	.425	.740	.724
	中部 2.77	491	.575		
	南部 2.70	504			
	東部 3.09				
	金馬 2.67				
題目	個數	平均數	標準差	T	顯著性 (雙尾)
請問您是否經歷過喪親友經驗	有 450	2.7411	.77223	.675	.500
	無 55	2.6667	.77513		
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您所經歷的喪親友經驗曾令你感到失落	450	.166		.000	



(續)

題目	個數	平均數	標準差	T	顯著性 (雙尾)
請問您是否有長期照護臥病在床親友的經驗	有 176 無 329	2.7576 2.7199	.83757 .73572	.503	.616
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您所經歷的照護親友經驗曾令你感到失落	176	.097		.198	
題目	平均數	自由度	平均平方和	F	顯著性
您的家庭教養方式為	民主型 2.80 專制型 2.37 忽視型 4.33 溺愛型 3.31 不一致型 2.61	13 491 504	4.731 2.923	1.619	.076
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您常與家庭長輩談論到死亡相關的議題	505	.115		.010	
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您的家庭長輩常主動談論死亡相關議題	505	.163		.000	
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您認為兒童及少年的生命與死亡教育是重要的	505	-.136		.002	
題目	個數	Pearson 相關		顯著性 (雙尾)	
您會重視兒童及少年的生命權利	505	-.145		.001	



(六) 迴歸分析

為了解「個人經驗」、「兒少教育理念」等變項是否影響「未成年安樂死的意向」，本節將以迴歸分析，推測其影響情形。

1. 認同自主決策面向迴歸分析：

「個人經驗」與認同自主決策面向皆無達到顯著性，而「兒少教育理念」則有兩題向達到顯著，可見認同自主決策的理念者，具有重視兒童生命與死亡教育的趨勢，代表著當未成年人獲得充足的教育，具有獨自判斷能力時，他們能夠接受未成年人所做出之決定，這解釋也呼應重視兒童生命權利達到高度顯著上，除了給予家長的輔助，更希望孩子有能力了解並做出決定，進而讓他們的生命權利獲得落實；相反的這項趨勢也代表未成年安樂死受到支持的前提，即兒少生命教育的落實及大部分的人都認可教育後的生命素養獲得提升（參照表 4-5-1）。

表 4-5-1 認同自主決策面向迴歸分析表

題目	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
您所經歷的喪親友經驗曾令你感到失落	.008	.067	.010	.119	.906
您所經歷的照護親友經驗曾令你感到失落	.039	.065	.050	.597	.551
您常與家庭長輩談論到死亡相關的議題	-.006	.041	-.010	-.152	.879
您的家庭長輩常主動談論死亡相關議題	.028	.042	.045	.669	.504
您認為兒童及少年的生命與死亡教育是重要的	.146	.051	.152	2.856	.004
您會重視兒童及少年的生命權利	.222	.053	.221	4.219	.000

2. 反對未成年安樂死面向：

從迴歸分析中的數據可得知，在「個人經驗」中的照護失落經驗與反對未成年樂死之面向達到顯著，參照該題組所問之問題為「長期照護」經驗，這反映出當長期照護經驗是帶有負面低落情緒，在此情況下，代表受試者對於現今的照護體制在家屬身心靈照護上，尚有無法完善，再加入安樂死，甚至是未成年此種更具爭議性的議題時，勢必產生憂心與疑慮，對於他們可能又是更大的衝擊（參照表 4-5-2）。



表 4-5-2 反對未成年安樂死面向迴歸分析表

題目	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
您所經歷的喪親友經驗曾令你感到失落	-.055	.101	-.049	-.545	.587
您所經歷的照護親友經驗曾令你感到失落	.195	.093	.179	2.103	.037
您常與家庭長輩談論到死亡相關的議題	.067	.129	.077	.517	.606
您的家庭長輩常主動談論死亡相關議題	-.029	.138	-.032	-.209	.835
您認為兒童及少年的生命與死亡教育是重要的	-.131	.163	-.079	-.805	.422
您會重視兒童及少年的生命權利	.212	.151	.135	1.408	.161

3. 交予重要他人決定面向：

此面向與「個人經驗」與「兒少教育理念」兩變項完全沒有達到任何顯著性，意即在迴歸分析尚毫無趨勢可言（參照表4-5-3）。

表4-5-3 交予重要他人決定面向迴歸分析表

題目	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤差	Beta 分配		
您所經歷的喪親友經驗曾令你感到失落	.011	.082	.012	.132	.895
您所經歷的照護親友經驗曾令你感到失落	.069	.075	.077	.921	.358
您常與家庭長輩談論到死亡相關的議題	.070	.104	.099	.668	.505
您的家庭長輩常主動談論死亡相關議題	.096	.112	.128	.855	.394
您認為兒童及少年的生命與死亡教育是重要的	-.178	.132	-.132	-1.352	.178
您會重視兒童及少年的生命權利	-.017	.122	-.013	-.138	.890



五、研究結論與建議

在本章將統整研究分析的數據結果得出未成年安樂死的意向，藉此進行未成年安樂死議題的省思，最後指出本研究的建議，與研究限制之處。

(一) 未成年安樂死之意向

1. 背景資料對未成年安樂死分析結果

總體而言，「背景資料」對未成年安樂死的看法只有些許影響，不論是在不同年級（年齡）、宗教、月收入或出生地，在不同面向都未達到顯著性差異；唯有性別和學院在部分面向達到顯著性；相對的不同選項的得分平均，可以看出不同面向的組成分布差異，以下將逐一檢視。

在性別的題項中，「認同自主決策」及「交予重要他人決定」有達到顯著，男性的得分皆高於女性，再從平均分數來看「認同自主決策」的分數接近 4 分（同意），高於的分數「反對未成年安樂死」的 2.8 分（近普通），高於「交予重要他人決定」的 2.7 分（近普通），這代表男性的意見比女性更加鮮明認為：未成年人有自己決定生命的權利，對於是否交由重要他人決定，採更中立的看法。

在年級（年齡）題項中，不同年級在不同面向的分布平均，也未達任何的顯著關係，只能從平均數看出「認同自主決策」的認同度高於其他兩者。

在就讀學院的題項，「認同自主決策」的平均數相近也未達顯著；但「反對未成年安樂死」和「交予重要他人決定」都達到顯著性，且不同學院的平均分數也有些許落差；管理學院在對於未成年安樂死的擔憂程度較大，其平均高於其它學院且數值大於 3（略靠近同意），可見在人為的控管下是否能符合道德及倫理，他們持有較多的疑慮；在「交與重要他人」的部分，則以科技學院最高，雖然平均數僅接近 3（略不同意），但由重要他人協助並經過專業審核來評估如何對於病患是最有利的情況，他們持較中立的意見。

在宗教信仰的題項中，雖然數據顯示所有面向皆未達顯著性，但從平均數中可以看到不同信仰的差異性，無宗教信仰及道教信仰者對未成年安樂死，採取較希望能以「認同自主決策」的態度呈現，相對的「反對未成年安樂死」的平均數低於其他信仰；而基督教、佛教及回教（伊斯蘭教）傾向於「反對未成年安樂死」，故相對的「認同自主決策」的平均數也就低於其他信仰，這項數據結果與歷來對於台灣安樂死民眾調查時，部分宗教信仰者對於安樂死採反對態度的研究結論相吻合。

在月收入（經濟狀況）的題項中，所有題項皆未有顯著差異，但將不同面向的平均數相互比較，可發現收入較高者（月收十萬以上），在「認同自主決策」的平均數雖然近於 4（同意），卻低於其他收入者，「反對未成年安死」的平均數高於其他收入者，且是當中唯一出現大於 3（同意反對）的數值，可見收入越高者對於未成年安樂死較猶豫，這與能支付較高醫療資源的使用，因而希望生命能夠延續，卻也希望能尊重孩童的意願相衝突有關。

在出生地的題項中，不論從顯著性或平均數來分析，都沒有太多差異，其中居住地為金馬地區的樣本過少，不具代表性而排除。

整理以上獲得的資訊，「背景資料」中的性別和學院會影響到未成年安樂死的



意向，男性較女性更為贊同未成年人的安樂死，而不同學院會影響到對於安樂死的擔憂及反對程度及是否能以重要他人為判斷人；平均數數據顯示基督教、佛教及回教的宗教信仰者傾向反對未成年安樂死，而收入高者對於未成年安樂死的心理十分糾結，因為能給與孩童較高的醫療資源，則當然希望能挽回病情，但卻也同時希望能達成他不在受痛苦的心願。

2.個人經驗對未成年安樂死分析結果

總體而言，「個人經驗」對未成年安樂死的意向具有不少影響力，雖然經驗的有無就數據上而言，並不太會對其想法造成改變，但喪親或長期照護所帶來的失落感，卻在許多面相當中達到顯著，換言之這些經驗所帶來的情緒，會對學生們的未成年安樂死觀點造成影響。

在喪親及長期照護經驗的有無題目中，各個面向於所有分析方式皆為達到顯著性，可見相關經驗在未成年安樂死的想法上並沒有太多差異性，但值得注意的是，接近九成（89.1%）的學生有經歷過喪親經驗，對照上喪親失落的平均數達 4.06，可見多數人的喪親經驗是有所失落的。

在喪親經驗的失落感題目中，於「認同自主決策」面向皆未達到顯著性，相反的在「反對未成年安樂死」及「交由重要他人決定」兩面向皆達到顯著，且有許多值得探討之處，以下分別闡述；「反對未成年安樂死」面向在喪親經驗及照護經驗的失落都達到顯著性，而尤其是照護經驗又達到迴歸分析當中的顯著趨勢，從分析結果可得知，失落經驗與未成年安樂死的擔憂有所關聯，與之前的文獻做聯結（第二章第三節），台灣的社會對於死亡傾向於保守，而大學生才歷經未成年階段，若沒適時排解情緒或對生命的疑問沒獲得排解，失落將會增加他們對於死亡的焦慮，從而擔憂未成年安樂死，當然有著喪慟之情時，捨不得家人離開和不願放手的情緒，也是可能因素之一，而在照護經驗上，從上描述性統計上來看，僅三成五左右的人（34.9%）有長期照護經驗，但照護失落平均數卻也是接近 4（3.99），也就是即使有過長照護經驗的人較少，但他們所受到的失落經驗不亞於喪親，從文獻中（第二章第四節）對於長照相關的研究，可得知照護的人承受相當大的身心靈壓力，當此種壓力造成負面情緒為紓解時，又或者看到照護制度無法盡善盡美時，都可能造成對未成年安樂死反對的想法，只有少數人有所經歷又同時達到反對的趨勢，顯示他們所經驗的感受需要進一步關切，上述的結果都值得再更深入研究，以探究實際之因素，但我們可以確定的是，學生經歷過的喪親及照護的失落經驗，而此情緒會影響對於生命議題的看法，故我們需要更加注意他們是否受到妥善的照顧及紓緩；「交予重要他人決定」面向在喪親失落經驗的題目達到高度顯著，逝去親人的難過情緒有時來自無力感，而體認到喪親時希望能為亡者做些甚麼，對於未成年安樂死將等同得希望將視為重要他人的親屬，列入決策的行列。

綜觀「個人經驗」對於未成年安樂死意向的影響，喪親經驗不論在「反對未成年安樂死」或「交予重要他人決定」都深具有影響力，同時在描述性統計上也具有足夠的代表性，而照護經驗對於未成年安樂死的擔憂有長遠的影響，也值得注目，這兩項變數與此議題的關聯性應該在近一步研究整理。



3. 兒少教育理念對未成年安樂死分析結果

總體而言，「兒少教育理念」與未成年安樂死意向有極大的關係，在不同家庭教養態度的平均數上，可得到不同教養方式會影響看法；在顯著性部分，三個面向都分別在不同題目達到顯著，且可看出不同的端倪。

在關於教養方式的題目中，雖然在各面向都未達到顯著性，但從平均數的分布可以觀察到，溺愛型的家庭是唯一在「反對未成年安樂死」中平均數高於 3 分（3.31）而較傾向同意的，在「交予重要他人決定」中，溺愛型家庭的分數同樣是大於 3 分（3.31），而忽視型更是達到 4.33（高於同意），結果顯示若家庭教養模式為溺愛型，可能出現保護孩子而使其未能使其了解生命議題，而傾向擔憂未成年安樂死的情況，又或者在無條件支持孩子而無所不談的情況下，認同由重要他人（親屬）做決定；而給不給予意見的忽視型家庭，孩子們能得到父母的尊重，在採中立意見下步會刻意要求孩童避開死亡話題，而他們若能培養出默契，將更傾向由重要他人做決策；當然狀況也可能相對的是，由於得不到父母親太多的關注，而傾向從其他重要他人（次級團體的朋友或伴侶）得到更多關愛，此時會希望將自己生命的決定權分享給他們。

在談論死亡及是否由長輩主動提出的題目，主要是希望測得此溝通是否為雙向溝通，在良性的生死議題互動下，不但會開放的討論到生命議題，長輩也部會避諱而主動地提出，結果顯示「認同自主決策」與「交予重要他人決定」在兩題項都達到顯著性，換言之，傾向支持未成年安樂死的兩面向中，學生與家人的互動皆為雙向的良性溝通；相對的，「反對未成年安樂死」面向中只有會主動提起生命議題達到顯著性，是否時常討論卻未達顯著，代表孩子可能在習慣性保護下，抗拒死亡議題的威脅而較少參與討論，在非雙向性的互動下對於死亡的焦慮程度較高，也影像對於未成年安樂死的看法。

在當前生命教育情形與兒少權利的提項中，「認同自主決策」不但達到高度顯著，在迴歸分析中也達到顯著趨勢，可見他們重視孩童的生命權利，而此項權利應透過教育來實現，同時對於支持未成年安樂死也是先決條件，從描述性統計分析可得知，「認同當前生命教是足夠的」此題項之平均數僅 2.46（傾向不同意），況且在「年齡最小於幾歲能確切知道死亡的概念」之題向，想法符合我國之研究結論（3-6 歲）的學生僅十分之一（10.7%），在缺乏生命教育及認知仍無法全然了解孩童能力的情況下，要實現未成年安樂死還有很長的路；在「反對未成年安樂死」中，兩題項皆未達顯著，而「交予重要他人決定」，於此兩題項雖達到顯著，卻都以負向關係出現，這代表傾向給重要他人決定者，認為生命教育已經在家中得到充足落實，並沒有不足的情形發生，相對的除了重視孩童生命權利，全家人的考量更為重要。

綜合以上描述，「兒少教育理念」的不同，將促成他們對未成年安樂死觀點的不同，原生家庭所營造的氛圍將深刻影響生命觀念，這也是台灣生命教育應該面臨的課題，除了在學校的教育外，如何讓父母親也能擔任適當的生命引導者，又即使近來的研究指出生命教育的充足，當前大學生卻傾向認為還有所不足，凸現台灣的生命教育是近幾年來才逐步建立的，而那些未受到充足生命教育的人如何在未來有機會在教育，不但是值得注意的議題，同時也是未成年安樂死是否在台灣有發展空間與時機是否妥當成熟的關鍵。



（二）未成年安樂死之省思

整理量化問卷的結果中，多數人對於未成年安樂死的想法是希望孩子們能自行決定生命，當然個人意願凌駕於一切時，可避免有意圖性的非善意行為，但在大多數的時候，死亡並非一個人的事件，而是以自身為中心輻射出去的關係及連結，全體、全面性的影響，當安樂死的決議被個人做出來時，除了尊重個人意願，家人及周遭的人身亦將面對心靈的衝擊，他們是否真的做足準備，也應該是衡量的標準之一。

最後，仔細思索量化問卷結果，生命主權的爭取自然是好事，以台灣民主自由的社會相符合，但當前的情形卻不盡然適合推動如外國般安樂死，若要將安樂死推展到台灣，安寧療護仍是必經的歷程，它能提供全面性與實質性幫助是病患絕對需要的，唯有安寧療護不能提供的服務的病患，才應該進行是否安樂死的衡量，而當前生命教育並未落實到每個年齡層，在文化上的認知也有差異，在安寧療護功能已經能保全大多數人末期生活品質的當下，讓還在步入正軌的生命自主概念（病人自主權利）慢慢發酵，並逐漸在實際操作和法規體制發展成熟，甚至發展出屬於我國的「善意協助善終」；在兩份調查中，唯一可以確定的是，只有教育帶來「判斷能力」、觀念能普遍接受及身心靈受到照顧，並廣納意見而穩扎穩打的建構嚴格的審核制度及操作流程，未成年安樂死或安樂死議題才能具有論及合法實施的可能。



參考文獻

- Charles, Horton.Cooley. (1909). *Social Organization: A Study of the Larger Mind*. New York: Charles Scribner's Sons, 25-31.
- Corey. (2016). *諮商與心理治療：理論與實務*（修慧蘭、鄭玄藏、余振民與王淳弘譯：四版）。雙葉書廊。（原著作出版於2001）
- Charles, A.Corr., Clyde, M.Nabe., & Donna, M.Corr. (2004)。當代生死學。（楊淑智譯）。洪葉文化。（原著作出版於1997）
- Eduard Verhagen, M.D., J.D. & Pieter J.J. Sauer, M.D., Ph.D. (2005). The GroningenProtocol — Euthanasia in Severely Ill Newborns. *The New England Journal of Medicine*, 352, 959-962.
- Emanuel, E.J. (1994). The history of euthanasia debates in the United States and Britain. *Ann Intern Med*, 121(10), 793-802.
- Haverkate, I., Onwuteaka-Philipsen, BD., van der Heide, A., Kostense, PJ., van der Wal, G., & Maas, P. (2000). Refused and granted requests for euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: interview study with structured questionnaire. *British Medical Journal*, 321, 865-866.
- Singer, Peter. (2016). Should Children Have the Right to Die? *Project Syndicate*. <https://www.project-syndicate.org/commentary/children-right-to-die-belgium-law-by-peter-singer-2016-10?barrier=accesspaylog>
- Spinetta, J.J. (1974). The dying child's awareness of death: A review. *Psychological Bulletin*, 81(4), 256-260. <http://dx.doi.org/10.1037/h0036229>
- Thomas, G.West. (2012). THE GROUND OF LOCKES'S LAW OF NATURE. *Social Philosophy & Policy*, 29(2), 1-26.
- Veny, Ludo. (2015). LAW AND ETHICS. THE BELGIAN LAW ON EUTHANASIA AND MINORS .A BRIDGE TOO FAR FOR THE CURRENT DECADE? *Fia Iustitia*,1(1), 97-212.
- Süreci, Yayın. (2016). THE EFFECTS OF WAR ON SYRIAN REFUGEES' ACADEMIC ACHIEVEMENT. *International Journal of Social Science*, (48),413-423.



刁俊榮、范玉霞、王玉紅、劉曉鵬與楊瑩（2001）。250名高中生自我和諧量表測查分析。山東精神醫學，（4），247-248。

王紫玲（2010）。家長對學齡前幼兒生命教育教養態度與需求之相關研究〔碩士論文，樹德科技大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。

王貞云（2016）。父母重病對家庭收入和青少年內化行為影響之長期追蹤研究〔博士論文，國立陽明大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。

王國裕、林豐雄、康清雲、王幼金、張汝玫與陳茹娜（1990）。醫護人員對安樂死看法之研究報告。台灣省公共研究所：台灣。

史晶瑩（2007）。喪親青少年的喪慟特殊性與悲傷輔導。諮商與輔導，262，21-24。

江慶心（2005）。安樂死的倫理論爭所忽視的方面-對安樂死論爭的省察。湖南科技大學大學學報（社會科學版），8（2）。

朱瑞玲（1986）。青少年心目中的父母教養方式。中央研究院民族學研究所專刊乙種，16，591-628。

汪欣怡（2009）。幼兒死亡概念之探究〔碩士論文，國立台北護理學院〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。

吳志鴻（2006），*科技是延續生命抑或延長死亡*，哲學與文化。

李素貞（2006）。從海德格對科技思維的批判探討植物人、安樂死之問題。弘光人文社會學報（4），119-150。

李秀娥（2015），*圖解台灣傳統生命禮儀*，晨星。

林于清（2006）。成年喪親者的悲傷復原經驗之研究〔碩士論文，國立嘉義大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。

林建志（2007）。由生命自主權看安樂死之合憲性〔碩士論文，國立臺灣大學〕。臺



臺灣博碩士論文知識加值系統。

保阪正康（1994）。*安樂死與尊嚴死*。（建宏出版社編輯部譯）。建宏。（原著作出版於1993）。

姚克明、林豐雄、康清雲與王幼金（1985）。宗教人士對安樂死的看法之研究。台灣省公共研究所。

胡文郁、陳月枝、陳慶餘、郭敏芳、鈕則誠、邱泰源與李開敏（2005），*臨終關懷與實務*，空大。

徐洁、陳順森、張日昇與張雯（2011）喪親青少年哀傷過程的定性研究。*Chinese Mental Health Journal*，29（9），650-654。

徐欣瑩（2003）。兒童生命教育網路學習素材之研發與評鑑研究〔碩士論文，國立交通大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。

徐宗懋圖文館（2017）。【時光走廊】台灣光復七十年紀事（10）王曉民的故事。人自福報。

徐憲宏、張益萌、林佳慧、劉芸潔、洪雅雯、陳彩瑜、王澄婷與吳秋萍（2001）。從親友死亡看青少年所面臨之身心反應與悲傷諮詢之應用探討。*遠東學報*（19），445-460。

孫虹景（2015）。生死教育課程對高中學生生命意義感及死亡焦慮之影響〔碩士論文，國立彰化師範大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。

孫允儀（2014）。喪親兒童在遊戲治療中遊戲主題〔碩士論文，國立高雄師範大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。

莊耀輝（1998）。臨終關懷與尊嚴死亡。國立中央圖書館台灣分館哲學、生死與宗教研討會，台北市，台灣。

陳麗娜（2008）。生死教育繪本班級輔導方案對國小四年級學生死亡知識及態度的影響〔碩士論文，國立屏東教育大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。



- 陳世芬（2000）。兒童及青少年死亡概念內涵與發展之研究〔碩士論文，國立中山大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。
- 陳秋娟（1998）。國小中、高年級學童死亡概念、死亡態度及死亡教育需求之研究〔碩士論文，國立嘉義師範學院〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。
- 陳榮基（2018）。安寧緩和醫療及臨床佛教宗教師的歷史。健康e世界。
https://www.health-world.com.tw/main/home/tw/thishealth_edit.php?id=1117
- 許燕芳（2013）。嘉義縣長期照護個案主要照顧者使用喘息服務狀況及其相關因素〔碩士論文，長庚科技大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。
- 許峻彬（2006）。論刑法加工自殺罪之正當性-以安樂死合法化的爭議為中心〔碩士論文，東吳大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。
- 許禮安、黃裕雯、高碧月、高以信、根秀欽與許煌汶（2011）。安寧緩和療護，華杏。
- 張志全（2000）。安樂死社會態度及政策意涵的實徵研究〔碩士論文，國立中正大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。
- 張淑美、謝昌任（2005）。台灣地區生死學相關學位論文之分析。生死學研究期刊，2，1-44。
- 張廖婉菁（2017）。美國內科醫師學會：醫生用藥是要救人，反對安樂死。基督教論壇報。
- 馮瑞君（2016）。探討腎上腺腦白質退化症病童主要照顧者的生活經驗及長期照護需求〔碩士論文國立臺北護理健康大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。
- 溫靜芳與房佳時（2008）。安樂死合法化可能危害後果之回應。行政與法，2008（9），95-97。
- 葉十榕（2007）。由安樂死的發展探討醫助死亡的未來〔碩士論文，國立臺北大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。



劉子維 (2018)。記者手記：見證「安樂死」的傅達仁生命最後半年。BBC中文網。<https://www.bbc.com/zhongwen/trad/chinese-news-44410684>

劉寶愛 (2001)。癌症兒童的母親告知病童病情之歷程研究〔碩士論文，東海大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。

鄭慧文 (2002)。安樂死（尊嚴死）的可行性探討：立法例歷史沿革與醫界挑戰之觀點。國家政策季刊，1（2），159-178。

簡文卿 (2010)。雲林縣國民中學生命教育實施現況及學生的生命教育認知與對生命態度之調查研究〔碩士論文，國立嘉義大學〕。臺灣博碩士論文知識加值系統。



Intention and Thoughts on Minor Euthanasia: A Case Study of Students in Nanhua University

Tsai, Chang-Yin & Chu, Po-Yu

**Doctoral candidate, Department of Social Work Tunghai University
Assistant Professor, Nanhua University of Department Life and Death &
Master, National Chung Cheng University of Department of Business Administration**

Abstract

With the adoption of the Hospice Regulations in 1989, we finally got rid of the shackles of forced death, and provided patient-centered, humanized care. The consciousness of life independence began to sprout in Taiwan. With the people's request and the opinions of many parties, the government finally responded with action. It is expected that the implementation of the "patient autonomy legislation" in the Republic of China in October will further protect our right to life; it not only represents life. The increasing attention in related fields is even more open to the self-determination of our lives. This also requires us to re-examine the issues that have been discussed for a long time, the highest realm of life rights - euthanasia; In addition. The subject of rights protection is an important period for psychology to think that this is an important period of development. It is a group that sociology needs to care for. However, as the information age comes, children are less likely to know more than we know.

Four-year-old children should guide them to understand life and death. The concept has been able to portray the most basic image of death, and when China's anti-cancer fighter Zhou Dagan was criticized, he was only 10 years old and he was able to make his own struggle for his life, repeatedly It shows that children and adolescents are not ignorant about life, they have the right to make decisions for their own lives; for this purpose, this study will conduct a quantitative analysis to investigate college students who have just left the stage of children and have independent thinking skills. Is the attitude of juvenile euthanasia support or disapproval? What are the factors behind it? Through online and paper questionnaires, with SPSS data analysis, detailed presentation Study results and make links with other relevant documents, depict minors intentions and future trends euthanasia, and finally to the research results, to rethink children less life and euthanasia issues of the right to life.

Keywords: Euthanasia, Right to Life, Self-determination of Life and Right to Life

