



從天主教倫理之普通與特殊維生方法再思《病人自主權利法》之拒絕人工營養與流體餵食^{*}

司馬忠^{**}、林淑理^{***}

摘要

《病人自主權利法》（以下簡稱《病主法》）讓末期及符合特定臨床條件的非末期病人可以拒絕人工營養與流體餵養（ANH）。然而，天主教會台灣地區主教團認為除非臨終或身體無法吸收，否則就有持續提供的義務，故反對《病主法》。本文從傳統天主教倫理神學所闡述的普通與特殊維生方法，審思《病主法》之拒絕ANH。本文指出，普通與特殊維生方法與《病主法》均重視病人的經驗與意願，而ANH在《病主法》規定的臨床條件下，有可能帶給病人超過利益的負擔，不盡然是普通方法。《病主法》若能衡量病人整體利益與負擔，即可與天主教傳統教導趨向一致。預立醫療決定（AD）有助於了解末期階段病人的療護意願，天主教徒若根據《病主法》輔以衡量普通與特殊維生方法簽署AD，當處於非臨終而無法從ANH獲得持久效益時，拒絕成為特殊方法的ANH不致淪為安樂死，同時可合法表達自身的醫療意願。

關鍵詞：天主教倫理、普通與特殊維生方法、《病人自主權利法》、人工營養與流體餵養、被動安樂死

* 本文獲得于斌樞機天主教人才培育基金管理委員會補助經費及兩位匿名審查者提供寶貴建議，特此致謝。

** 司馬忠：輔仁大學全人教育課程中心與醫學系合聘副教授兼天主教學術研究院院長

*** 林淑理：輔仁大學天主教學術研究院助理

投稿日期：2023年7月24日；採用日期：2024年4月26日

壹、前言

借鏡歐美的經驗，臺灣在2019年施行的《病人自主權利法》（以下稱《病主法》），強調尊重病人自主，期讓病人自主決定生命末期的療護，以獲得善終。根據法案規定，必須經過預立醫療照護諮商（advance care planning, ACP），簽署預立醫療決定（advance directive, AD），五款病人方可行使特殊醫療拒絕權，在特定臨床條件下，拒絕維持生命治療（life-sustaining treatment, LST）或人工營養與流體餵養（artificial nutrition and hydration, ANH）。¹病人的自主決定呈現於法定的AD格式，²並註記在健保卡，作為病人失能無法表達意願時的法律文件，主要是保障病人自主意願，達到「善終」的死亡。

天主教會一向主張保護神聖的生命，維護人性尊嚴，較現代醫學更早重視醫學倫理，積極主張人有義務維護自己與他人的生命。因為人是天主依其肖像所造的，生命的主權歸屬於天主。人不是生命的主宰，也不是死亡的征服者，不能意圖殺害無辜者的性命，而生命也不是終極善，不需不計代價維持（Kearns et al., 2020; Pope John Paul II, 1995）。對於末期或臨終病人，不需要使用無效、過度負擔的醫療方式來延長生命，但須設法減輕痛苦，提供必要的關懷與基本的照護。營養與飲水是生活所需，一定要提供，以免病人因缺乏而渴死餓死。

臺灣天主教會反對《病主法》，乃因法案所列的臨床條件，並非臨終或瀕死的情況，拒絕必要的療護，尤其不給予營養與飲水，意圖造成死亡，涉及被動（不作為）安樂死，³認為安樂死是極大的惡，是傷害無辜者的生命。最初，輔仁聖博敏神學院甯永鑫博士於《病主法》通過後（甯永鑫，2015），以及實施前（甯永鑫，2018），兩

¹ LST指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。ANH指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分（《病主法》第3條）。

² 預立醫療決定書詳見衛生福利部網站：<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/PageType/acp/acpa.aspx>。

³ 被動安樂死也可稱為消極安樂死（passive euthanasia），舉凡一切「不作為」（例如中斷醫療或基本照顧），以導致死亡者即是被動安樂死（孫效智，1996）。

度在《天主教周報》表達此法案可能涉及安樂死。在法案實施一年後，天主教台灣地區主教團健康照護牧靈委員會（2020b）提供天主教醫院《天主教醫院《病人自主權利法》門診小手冊》，同年，在《天主教周報》591期刊登〈主教團針對《病人自主權利法》之聲明〉。針對LST，主教團在聲明中指出：末期病人可本於良心，拒絕造成病人與家屬過度負擔的不相稱治療，在無治癒希望，面臨極大的痛苦和負擔時，可以放棄不相稱的特殊治療。至於ANH，則除非是臨終病人或消化系統喪失功能，否則就是基本的照護，有義務提供。天主教會無法接受AD所列的選項（包括：不希望接受；希望在一段時間內接受；由醫療委任代理人代為決定；希望接受等四項），天主教教友不可簽署AD，因為選擇前三個選項，就是自願安樂死；⁴天主教醫院不能執行這三種選項，因為是執行被動安樂死。聲明規勸天主教徒最好也不要選擇第四項，這雖不是安樂死，但因可能在不需要時再給予，也不完全符合天主教會的教導（天主教台灣地區主教團健康照護牧靈委員會，2020a）。

孫效智（2018，頁19）在《最美的姿態說再見：病人自主權利法的內涵與實踐》一書的〈自序〉中提到，《病主法》「確立以病人為優先的自主權，並拓展了病人行使特殊拒絕權的範圍。」他對天主教反對《病主法》引以為憾，希望天主教以更開闊的態度重新思考病人的特殊拒絕權議題。早幾年，孫效智教授也曾針對處於永久植物狀態（permanent vegetative state, PVS）病人的人工餵食餵水問題發表論文。他批評天主教忽略第一人稱倫理觀，不夠同理PVS病人及其家庭的生命困境，過於強調「支持生命」而似乎忽略「支持選擇」在捍衛人性尊嚴的價值。他主張要支持病人在健康時，經由慎思明辨的道德判斷過程所做的負責任選擇，包括PVS病人拒絕ANH（孫效智，2015）。孫效智對天主教堅持PVS只要能用ANH維生，ANH就是相稱方法提出的若干質疑，值得我們省思與深入探討。

早在十六世紀，天主教倫理神學家就提出普通與特殊維生方法（ordinary and extraordinary means of conserving life），探討維護生命的積極義務（positive

⁴ 自願安樂死（voluntary euthanasia）是安樂死的對象自己願意或希望安樂死（孫效智，1996）。

obligation)，治療與否的決定，以及如何接受生命的限度，至今仍是天主教面對當代生命倫理困境的重要原則（宗座一心委員會，1981/1983；Clark, 2006; Cronin, 2011; Sullivan, 2007）。面對《病主法》所引發的被動安樂死疑慮，孫效智對天主教堅持ANH對處於PVS病人總是普通相稱方法的質疑，以及天主教會台灣地區主教團對此法案的反對聲明，本文擬提出天主教傳統倫理神學家的智慧結晶，審思《病主法》對ANH的拒絕，並提出建議。本文首先深入探究維護生命的普通與特殊維生方法的歷史及其內涵，接著闡述教會訓導的相關指示，最後從普通與特殊維生方法來看《病主法》對ANH的拒絕，探討如何讓《病主法》更符合生命倫理要求的途徑，天主教徒可以根據《病主法》簽署AD，決定生命末期的療護，而不至於淪為被動安樂死。

貳、普通與特殊維生方法

受到文藝復興醫學發展的影響，十六世紀西班牙天主教倫理神學家不斷探索基督徒維護生命的積極義務。他們認為此義務不同於「禁止殺害無辜者性命」的義務，有些含糊與彈性空間。基督徒沒有不計代價維持生命的義務，但保護生命的程度未清楚界定（Wildes, 1996）。500多年來，很多神學家持續關注，他們所傳承的普通與特殊維生方法，為各時代提供倫理判斷的原則。

最初，F. de Vitoria、D. de Soto與D. Bañez等道明會神學家從倫理考量有關維生、醫療義務的議題，最常提到的症狀是疼痛，而截肢是最常舉的例子（Cronin, 2011; Kearns et al., 2020）。本文綜合歸納D. A. Cronin所著的《普通與特殊維生方法》（*Ordinary and Extraordinary Means of Conserving Life*）中的一些論述。

十六到十七世紀的倫理神學家主張不需窮盡所有方法來延長壽命，只使用普通方法維持生命即可，這是必要的、是義務。只要正常飲食及生活，不必為長壽而吃最好的食物，或遷居至空氣清新的優美地區居住。食物是自然的維生方法，藉自然方式維生通常是嚴格的義務，病人厭食不吃有倫理上的罪。但若因重病致使飲食成為極重大負擔，尤其是無康復希望時，就沒有倫理義務，也不犯罪（Cronin, 2011）。至於人工方式，他們認為這是為補自然方式之缺乏或不足，不總是義務。例如，藥物是人工方

式，但藥物的費用可能昂貴，也須考量服用是否具有效益。一旦藥物有療效，就可能成為普通方法，倫理神學家就稱之為義務（Cronin, 2011）。若生病無康復希望，藥物不總是義務，也不需使用昂貴藥物延長短暫生命，只需給足夠的普通藥物即可。以截肢為例，人不需為保存生命而忍受此痛楚，不可強迫個人接受。拒絕劇痛醫療而死亡不是自殺，若截肢僅是普通疼痛，就要忍受。耶穌會倫理神學家L. Lessius也提到，人不需忍受後果未定的艱苦來維護生命（Cronin, 2011）。然而，同一情況，不同人的感受可能不同，需要個別考量。總之，人有照顧自己生命的公共義務，使用普通方法維生是義務。除非是為了「公共善」（common good），人可以不使用特殊方法維生（Cronin, 2011）。

十七到十九世紀的倫理神學家承續前人的討論，提出類似的觀點，此時期最負盛名的J. de Lugo樞機，他也論及，人有透過普通方法維生的倫理義務，若選擇不用普通方法維護生命，無異於直接傷害人命。在判斷是否是義務時，de Lugo提起效益的持久性與相稱性，以普通方法維生不包括僅延長短暫的生命。就如提水救火，若水量不足，只是延後死亡，短暫的效益無倫理上的價值，不是義務；若有足夠的水救火，救火就是義務（Cronin, 2011）。de Lugo認為不需用盡各種可能方法來維生，除非有合理的獲益希望，否則人沒有義務忍受不確定有好結果的折磨，不需用特殊方法來延長生命（Cronin, 2011）；他也提到要考慮個人的生活背景，對一個人是普通方法，對另一個人可能是特殊方法，應考量病人治療的觀點或經驗。A. Liguori主張，若病人對所提議的治療方法感到厭惡，可視之為特殊方法（Kearns et al., 2020）。因為慈善律（Law of Charity）與自然律（Natural Law）並未要求人們使用特殊、殘忍的方式來維持生命，採用普通方法，即滿全維生的義務。若是確定有效且無害，能簡單治療而不救治，在倫理上是有罪的（Cronin, 2011）。

十九世紀迄今，倫理神學家依然主張以普通方法維生是義務，即使有能力負擔高額醫療費用，特殊治療方式仍非義務。隨著1846年麻醉藥用於醫療，手術的疼痛減輕，相對減少人們對手術的焦慮與懼怕，手術的倫理觀有些改變。但強烈疼痛、死亡危險、過高費用與極度害怕，都使手術依然是特殊方法、非義務。即使無劇烈疼痛或危險的重大手術，若病人主觀上強烈恐懼，在倫理評估上，仍很難說這是義務。醫療

的進步使得特殊方法變成普通方法，但特殊的含意仍應由病人來決定。人要以合理的方式來保存性命，這也符合天主使人作為他自己生命管家（*steward of life*）的身分，人沒有義務在一般情況下，以非常不便的方式來維護性命（Cronin, 2011）。

綜合上述可知，從十六世紀以來，天主教倫理神學家肯定人要以自然方式維生，這是普通方法，通常是義務；必要時以人工方式（如藥物）彌補自然方式之不足，但人工維生方式不一定是義務。凡不會過度負擔、危險，在財務上能應付，效益超過負擔，治療後有合理的康復希望，對病人生活品質能相稱獲益，而無不相稱的負擔，才有倫理義務（Kearns et al., 2020）。人不需要忍受痛楚，以極困難的方法承受極大的負擔，而僅短暫延長生命；或採用病人主觀非常厭惡、恐懼或感到羞恥的治療方法，這些都可以視為特殊維生方法，無倫理義務，而普通或特殊的含意由病人決定。然而，普通或特殊維生方法的區分並沒有明確的判準，因人、時、地或醫療技術的進展而改變。許多特殊維生方法因醫療技術進步而成為普通方法。醫學進步也使得生命末期的照護，決定不用、撤除或拒絕維持生命的醫療，常成為爭議的焦點。教會傳統倫理根據治療利益和負擔判斷的普通與特殊維生方法，是可以參考的準則。

雖然在維護生命與預防或治療疾病方面，倫理神學家推崇普通與特殊維生方法，但通常未予以定義。本文採用對此方法做過最權威歷史研究的Cronin（2011, p. 160）的定義：普通方法是「在個人當時的身、心與經濟條件下，能合理使用的具相稱效益的方法」；而特殊方法則是「在非一般使用的某個情況，或在一般使用時，個人的身、心與經濟條件不能合理使用，或者即使可以用，也無法給予明確相稱效益希望的方法」。Cronin將普通與特殊方法的性質（*nature*）做詳細描述，本文將其對於「普通與特殊維生方法」的性質描述，歸納整理如表1。

總之，舉凡有獲益希望、普通使用的方法、適合病人的狀況、不太困難實施，以及合理的簡單方法，這些是普通的維生方法，如服用具療效、負擔得起的藥物、不太困難、病人能忍受且能成功治療的化療等；而若有倫理上不可能、過度費力或困難、難以忍受或過度的疼痛、費用高昂，以及情緒上的極度恐懼或厭惡等因素，乃特殊方法的性質，例如，無法負擔需要頻繁赴遠處就醫的旅費、過高的治療費用、極度厭惡治療頑強癌症的方式或副作用、治療造成病人、家庭過度負擔等。然，如前所言，這

表 1
普通與特殊維生方法的性質表

	普通方法			特殊方法		
	拉丁文	英文	中文	拉丁文	英文	中文
性質	Spes salutis	Hope of benefit	有獲益希望	Quaedam impossibilitas	A certain impossibility moral impossibility	倫理上不可能
	Media communia	Means in common use	普通使用的方法	Summus labor or media nimis dura	Great effort or excessive hardship	過度費力或困難
	Secundam proportionem status	In keeping with one's status	適合病人的狀況	Quidam cruciatus or ingens dolor	Excruciating or excessive pain	難以忍受或過度的疼痛
	Non difficilia	Not too difficult	不太困難實施	Sumptus extraordinarius, media pretiosa and media exquisita	Extraordinary expense and the very best means	過多花費、選擇最好的方法
	Facilia	Reasonably simple means	合理的簡單方法	Vehemens horror	Intense fear or repugnance	極度恐懼或厭惡

資料來源：整理自 *Ordinary and Extraordinary Means of Conserving Life* (pp. 122-158), by D. A. Cronin, 2011. National Catholic Bioethics Center.

些區分普通或特殊維生方法係提供倫理判斷的一些原則，它們不似數學公式可精準決定，而且醫療的進步也會影響對普通與特殊方法的區分，特殊的含意應由病人決定。應用時應依照個案狀況，做整體的考量與評估。

參、教會訓導中的普通與特殊維生方法

了解500年來天主教倫理神學家對於維護生命的觀點後，接續說明與這個方法相關的教會訓導。

1957年11月24日，教宗碧岳十二世（Pope Pius XII）在麻醉師國際會議的演講中，將傳統倫理神學家闡述的普通與特殊維生方法提升到教會訓導的層次（Sullivan, 2007）。他指出，根據自然理性與教會倫理，人有權利與義務在重病時採取必要的措

施來維護生命與健康。但一般而言，只使用普通方法，也就是不會為自己或他人造成任何重大負擔的治療方法即可。對多數人而言，更嚴格的義務將成為過度的負擔，而且也更難達到更高、更重要的價值。事實上，生命、健康與現世活動都從屬於靈性目標，但只要不落入更嚴格的責任，不禁止人採取更必要的方法來維護生命與健康（Pope Pius XII, 1989, pp. 312-318）。可見，教宗碧岳十二世支持使用普通方法來維護生命與健康，不禁止特殊維生方法，但提醒要避免醫療的過度負擔，以免阻礙生命的更高價值與靈性目標之達成。

1980年5月5日，信理部（Congregation for the Doctrine of the Faith, CDF）頒布《安樂死聲明》（*Declaration on Euthanasia*），為安樂死下定義：

安樂死是為了消除一切痛苦而有所為（action）或有所不為（omission），這些作為或不為的本身會導致死亡，或意圖導致死亡。（CDF, 1980）

這是教會判斷安樂死的依據。面對生命末期的複雜處境，聲明提及普通與特殊維生方法的區分仍是有用的倫理原則。教會主張採用必要、有效的普通方法維生，不需要用特殊方法來維持生命。但兩者的區分不明確，最終需考量環境複雜性與倫理義務的觀點，做良心（病人、家屬或醫師等）的決定。評估普通與特殊維生方法時要研究治療類型、複雜或危險程度、醫療費用與可能性、與預期結果相比較，並考量病人狀態，及其物質與倫理資源。在病人同意的情況下可求助於最先進的醫療技術，若達不到預期結果，在病人、家屬，以及醫生商議後，病人可以決定中斷這些醫療手段，只使用醫學通常能提供的普通方法即可。當死亡迫在眉睫時，良心允許拒絕過度負擔的延命治療形式，只是不可中斷對病人的普通照護（normal care）。《安樂死聲明》反省教會的傳統教導：生命是天主的禮物，而死亡是不可避免的，人們應以負責與尊嚴接受死亡。聲明也提議在醫療科技快速發展的現在，使用「相稱與不相稱」的語彙，可能比「普通與特殊」精確（CDF, 1980）。

宗座一心委員會（Pontifical Council Cor Unum, 1981）提出關於《致死疾病與死亡的倫理問題》（*Questions of Ethics Regarding the Fatally Ill and the Dying*）的研究

報告。在論及治療措施的基本觀念中，肯定普通與特殊方法在神學上仍是衡量重要道德觀念有效性的考量因素，區分二者可使複雜情境更顯清晰。宗座一心委員會提出的區分準則很多，有客觀的，也有主觀的。前者包括治療法的性質、價格高低、適用性以及合理選項；後者乃是不帶給病人心理驚嚇、焦慮與不安等，考量各種情境（包括對家庭的影響）後，據以做理性判斷的決定。此報告引用該委員會主席J.-M. Villot樞機給「天主教國際醫藥聯盟協會」（Congress of International Federation of Catholic Medical Associations）的信，提到醫生有義務發揮醫術，盡可能與死亡搏鬥，但這不意味有義務窮盡一切科學方法延續病人生命，很多情況，在無法治癒疾病的最後階段，勉強維持植物般的生命，是一種徒然的折磨（Pontifical Council Cor Unum, 1981）。可見，Villot樞機重視病人的生活品質，他認為勉強維持生命可能更受苦。此報告也提及，原則上，沒有使用特殊方法的倫理義務，若是病人拒絕時，醫生應遵從病人的心願。但報告還是強調普通維生方法的義務，在任何情況下，醫護人員有嚴格的義務給予維持生命的最小的（minimal）醫療措施，如營養、輸血等普通的維生方式。中斷基本醫學療護無異於盼望病人早日結束生命（Pontifical Council Cor Unum, 2011）。⁵

自此以後，教會對生命末期的療護，更受身為倫理神學家的教宗若望保祿二世（Pope John Paul II）維護生命思維的影響，逐漸改變傳統對普通、特殊維生方法的理解。從傳統以具體病人為中心，轉為抽象的生命價值考量，由相稱思維轉為義務思維，會忽略病人的處境（Shannon, 2006）。

宗座科學院（Pontifical Academy of Sciences）在1985年10月19～21日召集醫師與科學家兩組研究團隊，討論關於「人工延長生命與寄生蟲病」的研究，邀請教宗若望保祿二世演講。教宗提到「死亡是自然事件」的基本信念，並引用CDF發表的聲明，重述教會對普通與特殊方法的觀點（Pope John Paul II, 1989）。同年12月5日宗

⁵ 1976年11月12～14日，宗座一心委員會組織包括15位不同學科專家的特別小組，研究致死疾病與死亡在倫理上的各種問題，並於1981年6月27日出版此研究成果，天主教會台灣地區主教團社會發展委員會將之翻譯出版，書名為《從倫理學探討致死的疾病與死亡》。普通與特殊方法的部分在報告的2.4治療的措施。

座科學院提出〈宗座科學院對於人工延長生命的報告〉（Report of Pontifical Academy of Sciences on the artificial prolongation），其中的第二部分是醫療指引（medical guidelines），提到「如果是不可逆的永久昏迷病人至少可預見，可以不治療，但應慷慨地給予包括餵食在內的各種照顧」（Pope John Paul II, 1989, p. 306）。在《生命的福音》（*Evangelium Vitae*）通諭中，教宗重提安樂死是控制死亡，其罪惡與自殺或謀殺無異。但在此通諭中，教宗認為人可本著良心，如果這種療法不再適合病人的真正情況、對病人和家屬造成過度的負擔，治療與預期的結果不相稱，則可拒絕不相稱的侵入性治療。拒絕「特殊的」或「不相稱的」醫療方法，並不等於自殺或安樂死，而是表示能在死亡面前，接受人類的限度（Pope John Paul II, 1995）。

比較引起爭論的是2004年3月20日，教宗若望保祿二世在「維護生命治療與植物狀態：科學進步與倫理困境」國際會議的演講。演講中教宗提到植物狀態的病人雖隨時間延長而康復越困難，但仍有恢復的案例，他們仍保有人的尊嚴與內在價值，有權獲得基本醫療照護等。教宗特別強調，即使透過人工方式（artificial means）給予營養與飲水，總是維生的自然手段（natural means），而非醫療行為（medical act），基本上視為「普通且相稱」的，是道德義務，最終達到提供營養、減輕痛苦的恰當目標（Pope John Paul II, 2004）。面對死亡文化，教宗在這次演講中，對生命幾乎採取絕對保護，強調不能因為生命品質、人性尊嚴等，而輕忽生命基本善的價值。除非是生命末期方可拒絕無效醫療，但須進行普通護理，營養與水的提供是必須的。對此，教宗假定醫學普通（medically ordinary）治療也是道德普通（morally ordinary）治療，而且並未提到治療是否有益這個更重要的議題（Shannon, 2006）。

教宗若望保祿二世的觀點在教會內受支持，在2007年CDF的回覆文件中獲得肯定。針對天主教美國主教團（United States Conference of Catholic Bishops, 2018）關於處於植物狀態的病人使用ANH的兩個提問，教宗本篤十六世（Benedict XVI）核可了CDF的答覆，其重點是：ANH基本上是普通與相稱的，只要能證明可以滿全補充病人的營養與水分，達到滋養與滋潤的目的，就有提供的義務，使其不至於因飢渴而死亡。即使對處於絕不可能恢復意識的植物狀態的病人，仍有基本的人格尊嚴，必須接受普通與相稱的照護，基本上包括ANH（CDF, 2007）。總之，對於PVS病人的照

護，教宗若望保祿二世與本篤十六世都指示，基本上，必須給予普通與相稱的照顧，包括ANH。天主教會台灣地區主教團反對《病主法》的聲明，就是基於這個觀點。

宗座協助勞工牧靈委員會（Pontifical Council for Pastoral Assistance to Health Care Workers, 2016/2017）出版的《新健康照護專業人士倫理憲章》（*New Charter for Health Care Workers*）提到，若無法恢復健康，可不持續治療；但不放棄照護，要給予普通與相稱的照護。用普通方法維持病人生命是倫理義務，而在病人同意或要求下，可以拒絕加諸病人、家屬或照護機構等在物質、生理、道德或經濟負擔的特殊方法，病人沒有義務依靠危險或有負擔的技術維生；要維護臨終者的尊嚴就是要尊重病人生命的最後階段，不行安樂死加速死亡，亦不需做頑固治療（therapeutic obstinacy），以人為方式延長無利益的生命；死亡來臨時，良心允許其放棄痛苦地延長生命治療，只給予普通照護，也尊重病人預立醫療決定的意願，尊重其合理意願與合法的利益，但排除安樂死。醫師可不執行與其良心相左的病人意願。總之，這個文件同樣強調給予普通與相稱照護的必要性，且要尊重病人預立醫療決定的意願，在病人同意或要求下，可以拒絕特殊維生方法，但排除安樂死。

接著要提的是天主教美國主教團的兩個文件，雖非來自教廷，但美國經歷幾個著名案例，對ANH問題的考量更多。天主教美國主教團維護生命委員會（Committee for Pro-Life Activities, National Conference of Catholic Bishops, 1992）提出關於〈營養與飲水：倫理與牧靈反思〉（Nutrition and hydration: Moral and pastoral reflections），澄清ANH的倫理議題，期幫助教友與社會大眾，根據尊重「生命是天主的禮物」來做醫療決定，值得參考。另外，天主教美國主教團出版的《天主教醫療服務的倫理與宗教指導原則》（*Ethical and Religious Directive for Catholic Health Care Services*, ERDs），亦主張人有以普通與相稱方法維護生命的道德義務。所謂相稱的方法，是根據病人的判斷，能提供合理的效益，且不會附帶有過度負擔，或讓家庭、團體過度花費（ERDs第56個指導原則）。病人可以根據自己的判斷，放棄那些無法提供合理效益，且會附帶過度負擔，或讓家庭、團體過度花費（ERDs第57個指導原則）的特殊或不相稱方法。基本上，對無法由口進食的病人，要提供他們營養與飲水（含人工方式），這個義務擴大到接受ANH就可以存活很久的慢性或可能無恢復希望的PVS病人。但在瀕臨

死亡或重病時，提供ANH的某些方法成為過度負擔，無法更舒適或延長生命時，就不是義務。這與前述教廷文件是一致的，亦即，基本上要提供ANH給病人，除非瀕死或成為過度負擔。值得注意的是，在區分普通（相稱）或特殊（不相稱）方法時，ERDs強調病人自己的判斷（ERDs第56、57個指導原則）（United States Conference of Catholic Bishops, 2018）。

綜合上述可知，教會關心末期病人、嚴重虛弱狀態者，甚至臨終者，希望他們獲得最基本的關懷與照顧，在死亡不可避免，積極治療無效時，尊重病人不使用特殊方法維護生命的意願，由治療（cure）轉為照護（care），而營養與飲水是最基本的普通照護，有義務提供。這些觀點與傳統的普通與特殊維生方法相符。不同的是，傳統倫理神學家認為人工方式是為補自然方式之不足，必須能產生效益，才可能是義務。近年來教會文件指示，即使ANH是人工方式，而簡單容易的醫療行為總是為補充自然飲食之不足，大多可以滿足病人補充營養與飲水，達到滋潤營養的目的，但卻未顧及ANH所得的利益是否大於負擔的評估。根據傳統倫理神學家（如Lessius、de Lugo等）的觀點，若維生方式不確定有效益，尤其是在沒有復原希望時，就不總是義務。如果病人未曾表達拒絕ANH，基於人道考量，是應該給予的，這也是教廷文件論述所強調的；但若病人事先表達，不願意以這種過度負擔的方式維生，這種意願是否應該得到尊重？《病主法》的立法即希望為病人爭取這種拒絕權利。

肆、從普通與特殊維生方法審思 ANH

上述天主教會傳統倫理的普通與特殊維生方法，以及《病主法》，甚至近年來的教會文件，都非常重視病人的意願。天主教會不反對預立醫療決定，贊同人們沒有以特殊方法維生的義務。天主教會台灣地區主教團聲明反對《病主法》的原因，就是認為在ANH仍是普通維生方法時，《病主法》就給予合法的拒絕權利。但在《病主法》規定的特殊臨床條件時，ANH一定都是普通方法嗎？如果是，當然要給予，但如果不是，此時，不使用或撤除ANH就無倫理疑慮。以下要論述的就是：根據普通與特殊維生方法，ANH是普通或特殊方法，這會牽涉到拒絕ANH是否為被動安樂死；接著討論AD執行的考量；最後指出ANH不應僅限於醫療評估標準。

一、ANH 是普通或特殊維生方法

雖然傳統天主教倫理神學家認為生病不進食有倫理上的罪，但是如果病重無法進食時，不吃是可以接受的。醫療進步使得經簡單醫療行為的ANH，成為病人獲得滋養的來源。天主教會的訓導指示：除非瀕死或無法吸收，基本上，ANH是普通與相稱的照護。

因為營養與水是健康與病體復原的基本需求，ANH提供病人在復原過程，以過渡性方式（transitional means）得到營養與水的供應，減少病人因缺乏食物與水而受苦，在罹病初期相對是安全的，一般認為是有益的。醫學進步使得ANH可以減少病人的不適感、有效延長病人壽命（如PVS病人）。基本上，本文也主張人工餵食、餵水（包括ANH）是基本照護，一般而言是要給予的，因為這是義務，應該在普通照護的情況下提供。但ANH不同於一般飲食，裝置需要專家協助，提供技術與輔導，決定食物的類型與數量，並減少副作用等（Sullivan, 2007）。Shannon（2006）認為，ANH的使用已成為醫療常規（medically routine），而此常規並不一定是有益的處置。

根據醫療文獻，ANH可能是負擔，例如，插管部位的感染、可能的嗆咳導致窒息或吸入性肺炎、胃部腫脹或腹瀉等（Shannon, 2006）。研究顯示，失智症患者、無復原希望的PVS病人或癌末病人，長期使用ANH的好處有限，甚至可能造成傷害（Blandford, 2011）。若病人拔除再插入，危險更高。有些研究顯示，有些病人拒絕使用ANH，或為避免失智症病人拔除而束縛其手足，影響生活品質，而ANH的使用並未增加存活率（周曉禎等，2014；臺北市立聯合醫院，2023；Candy et al., 2009）。但對ANH使用的負擔，所提證據尚無定論，應視個案而定。至於PVS病人多因身體創傷或腦部缺氧導致，隨著病程發展，診斷為PVS的確定性增加（Blandford, 2011）。ANH對PVS病人的利益可能只是延長生理生命，而且，如前所言，長期使用可能造成傷害，而過多的花費是可能的負擔。

ANH可能有生理上的危險與負擔、病人的心理負擔，以及經濟與照護者的負擔等（Committee for Pro-Life Activities, National Conference of Catholic Bishops, 1992）。且在某個程度上，ANH亦有危險性，需要整體評估（包括病人自己的評估）其利益。普

通與特殊維生方法的區分不在醫療過程、技術，而在於是否對病人有益處。因為ANH仍可能造成很多負擔，使用與否的評估不應僅限於生理方面，也應包括情緒厭惡與財務等因素，需要依每個案例審慎地做評估，要顧及病人主觀感受、對個人生活環境的考量。ERDs第59個指導原則也提到，除非違背天主教的倫理教導，否則應尊重與遵從有行為能力的病人在自由且知情下，所做的使用或撤除維持生命醫療處理的判斷。

疾病會導致吞嚥反射喪失，死亡通常與生理上無法吃喝有關，拒絕ANH不是意圖病人死亡，而是放棄有負擔的治療，讓病人依原來疾病的進程而死亡（Blandford, 2011）。孫效智（2015）對天主教會的批評，主要是認定教會必然將ANH視為義務，但有倫理神學家（如K. W. Wildes、T. A. Shannon、S. M. Sullivan等人）不贊成這個觀點。根據傳統倫理的普通與特殊維生方法，ANH有可能是特殊方法，而傳統倫理學家看重病人的意願，不會不考量生命的靈性幅度，不會將過度的負擔視為義務。

綜合上述，天主教傳統的觀點會在病人生活脈絡下來檢視ANH，考量病人在利益負擔的整體評估，重視效益的品質與持久性，非僅以生理益處或延長生命來衡量（Wildes, 1996）。在傳統的光照下，教宗提出極重要的一般性原則：「原則上」ANH是普通維生方法，對所有病人都是義務。然而，在實務上，評估照護需要考慮病人的主觀因素，因為對利益與負擔看法不同，相同病狀與診斷的病人會有不同的治療選擇，對一個人有益的療護，對另一人則不必然（Wildes, 1996）。若未針對個別整體環境評估病人的利益與負擔，就不總是義務，若無法使病人獲得追求生命的靈性益處，或得到有意義的好處時，不能說這種治療有倫理義務。僅在具終極目的時，才總是義務（Clark, 2006）。根據前面的分析，我們可以說，ANH一般而言是普通方法，必須提供給可以吸收者、有治癒可能者，以及因缺乏食水而受苦的人。但ANH具侵入性，長期使用可能對病人有害，若病人厭惡或成為倫理不可能（moral impossibility）等不合理的負擔，就是特殊方法，病人可以決定不使用。《病主法》規定的臨床條件有其醫學根據，若此時使用ANH已是特殊方法，就無使用的倫理義務，但仍不能排除ANH是普通方法的可能。維生的限度以普通與特殊方法來檢視，最終交由良心決定是否為相稱、最佳利益，或不相稱與負擔的照護或治療（Clark, 2006）。如果病人事先表達，不願意以這種過度負擔的人工方式維生，而且整體評估時，負擔確實超過利

益，此時，這種意願應該得到尊重。

二、拒絕 ANH 是否為被動安樂死

普通與特殊維生方法與《病主法》都是幫助人們面對死亡，但若是因意圖死亡而主動或被動不用或撤除ANH，根據天主教的教導，這就是安樂死。《病主法》允許達到特殊臨床條件的病人，讓他們意圖死亡而拒絕ANH，乃是被動安樂死。然而，強調尊重病人自主的現代醫學倫理，則接受病人的特殊醫療拒絕權，滿足其求死的意願。

一般人認為失能者不快樂，缺乏過有意義生活的可能性，而鄙視這種生命，認為這樣是不值得活的，《病主法》的宣導將這種狀態稱為「賴活」。根據《病主法》起草人孫效智的說法，在法案規定的臨床條件，病人身心靈承受巨大痛苦，生命品質低落，已是「賴活」。因此，與其賴活，不如好死。簽署AD而達到法案規定的臨床條件的病人（多非臨終），可拒絕ANH而死亡。孫效智強調這應是病人慎思明辨的決定，以死亡解脫「賴活」的窘境，在過程中要緩解病人身心靈與關係的痛苦，使其平安邁向死亡，這就是善終，這種要求應得到尊重（孫效智，2018）。然而，這種善終的說法，讓《病主法》打著尊重生命的旗幟，又鄙視特定臨床條件下的生命，藉以去除無尊嚴狀態的負擔，似乎有些矛盾。因為，即使對重病患者，仍要尊重其神聖的生命，減少其受苦，改善生活品質，協助其了解治療方法，知悉不適之所在，而非以「不賴活」來鼓勵拒絕ANH。除非ANH已是特殊維生方法，根據病人的AD或當下意願方可拒絕。但即使是病人慎思明辨的自主決定，其目的若只是以死亡為解脫「賴活」處境，並不符合天主教的生命倫理觀。

《病主法》的立法有使病人致死的意圖而造成被動安樂死的可能性，這也是天主教反對的原由。但研究也發現，參加ACP者的動機，主要是期待有尊嚴的死亡與為生命末期做準備，另外，不希望家屬承擔責任，不想拖累或成為社會的經濟負擔也是重要考量（張智翔，2019；蔡宗達、楊君宜，2019；劉靜女等，2019；He et al., 2021）。若是病人認為ANH是難以承受的負擔，無法提升生命品質，造成家庭極大負擔，未能達到靈性目的而拒絕，並不一定是因為絕望或試圖控制生命。如果長時間的照顧對家庭造成負擔，可以拒絕ANH這樣的照顧。接受這樣的照顧方式不是義務，拒

絕也不意謂著被遺棄，因為仍持續著其他類型的照顧（Tollefsen, 2021）。按照《病主法》的規定執行AD時，仍須輔以緩和醫療照顧。

天主教會傳統的普通與特殊維生方法是有價值的，只是此方法無明確的判準，需仰賴病人的分辨。決定撤除或不用某種治療，不是決定結束生命，而是不去維持（preserve）生命，因為維持生命所付出的情感、心理與靈性代價太高。病人或醫療委託代理人是從病人與天主關係的脈絡中看待生命與治療，而非依社會標準做決定（Wildes, 1996）。根據前面的分析，我們可以說，根據《病主法》拒絕ANH不必然是安樂死，但如果只是意圖死亡，ANH是必要而不給予時，就是被動安樂死。不能假定不用或撤除ANH的所有決定都是要致人於死，應思考不使用或撤除ANH的動機，以及對病人造成的影響（Committee for Pro-Life Activities, National Conference of Catholic Bishops, 1992）。

三、執行 AD 的考量

在生命的各種處境中，我們允許並尊重個人的知情決定。《病主法》基於尊重病人自主，提供AD拒絕醫療干預，並保障病人無法表達時所希望的生命照護意願。孫效智（2018）極力主張，病人的意願必須經過主、客觀思辨。主觀上，病人要心智健全，經過ACP深思熟慮做自主選擇；客觀上，必須是合理的倫理思考。病人根據《病主法》所簽署的AD，在滿足法案規定的臨床條件時，經過兩位專科醫師確診、緩和醫療團隊至少兩次確認，方可執行（《病主法》第14條第2項）。

然而，病重需要做醫療決定時的處境非常複雜，非常可能發生衝突，尤其是病人無法表達意願時。但病人事先表達的醫療意願只是在失能時的指引，不能逾越實際情況的完全知情決定（informed decision）。病人失能時，醫療委託代理人可代為決定，但不能只為讓其致死，或明明是普通治療而不用。而《病主法》並不完美，據以簽署的AD是法定文件，也是病人價值觀的表達，並非要滿足病人所有要求或終止生命，而是表達對病人意願的尊重，陪伴其有尊嚴地面對死亡。

天主教會並不特別強調「自主」這個詞，而是要教導教友做良心分辨。參考普通或特殊維生方法，最終的生命療護方式是病人、家屬與醫療人員，共同要對該情況做

的最好決定，但病人的決定仍應遵守不要求安樂死的原則。然而，病人審慎分辨後做成的決定，即使其他人不同意，仍應被尊重。需留心的是，目前《病主法》的適用對象不限末期病人，而所提供的AD法定格式，僅是以勾選方式表達在達到特定臨床條件時，對ANH或LST兩種療護方式，有拒絕、限期接受、空白授權醫療委託代理人或接受等四種選項。與前述有同樣的問題，即達到特定臨床條件時，ANH對大多數病人或許是特殊方法，但可能不全然是，因此，《病主法》第14條第3項允許良心抗辯，醫療機構或醫師依其專業或意願，在無法執行病人的AD時得不施行。天主教美國主教團維護生命委員會也鼓勵醫護人員參與決定時，除遵照病人合理的期望，也必須傾聽自己的良心。在明顯不合倫理時，可拒絕參與或轉介案例，也可藉此機會表達自己拒絕的原由（Committee for Pro-Life Activities, National Conference of Catholic Bishops, 1992）。

總之，AD是價值觀的表達，需留心病人意願是否改變，依案例個別處理。《病主法》強調尊重病人意願，以緩和療護幫助其有尊嚴地面對死亡。而普通與特殊維生方法除了尊重病人的意願外，也注意不傷害原則，若負擔大於利益，執行AD並非倫理上的惡。

四、醫療評估標準的考量

《病主法》對於ANH的拒絕是依照醫療的標準（《病人自主權利法施行細則》（以下簡稱《病主法施行細則》）第10～14條），⁶規定由相關專科醫師診察與確認其臨床條件，經緩和醫療團隊確認，有意识能力的意願人確認執行的內容與範圍（《病主法》第15條）。此時，並未規定評估使用ANH的利益負擔，而是在執行AD時，必須提供病人緩和醫療及其他適當處置。⁷

⁶ 例如：在確定PVS病人時，《病主法施行細則》第12條指出，PVS病人是因為腦部病變，經檢查符合下列情形之一者：一、因外傷所致，其植物人狀態超過六個月無改善跡象。二、非因外傷所致，其植物人狀態超過三個月無改善跡象。PVS病人的確認應由兩位神經醫學相關之專科醫師為之。

⁷ 法案規定的五款病人（包括中央主管機關核准的12類病人），經兩位具相關專科醫師資格之醫師診察與確認（《病主法施行細則》第10～14條），並經緩和醫療團隊至少兩次照會

本文認為要相信醫療人員訂定的標準，以及專業醫師與緩和醫療團隊的評估，但執行AD前不宜僅限臨床條件達到與否，應加入使用ANH利益與負擔的評估，包括病人是否為末期、ANH是否便利、可否吸收等，以及病人的身心靈與關係等狀況如何、所造成的病人受苦、家庭、社會的負擔。若無健保給付，這些都是在決定時要考量的因素。如此應可更切近病人當時的狀況，而非簽署AD時的想像。這不但尊重病人簽署AD意願時的意志，更考量病人當下的情況，達到減輕病痛與負擔的目標。當病人簽署AD達到臨床條件時，我們希望醫療人員所做的評估，不但尊重病人的自主決定，盡量不抵觸或凌駕病人意願，也要考慮其他倫理原則（如慈善、正義原則等），考慮到病人當下的利益、負擔狀況。故此，本文建議修改AD的第二個選項「限期接受」，即「希望在（一段時間）_____內接受」，加入利益負擔評估。因為在這個景況下是否給予ANH，時間似乎不是很好的標準，所以建議改為「原則上接受，直到負擔大於利益為止」。

總之，天主教會承認病人決定的優先權，不反對為生命末期預立醫療決定，但承認世界有客觀真理，在尊重病人之上，更應堅持好的倫理原則（Committee for Pro-Life Activities, National Conference of Catholic Bishops, 1992）。普通與特殊維生方法以及《病主法》，都重視病人自主與經驗的因素。前者主張病人整體利益負擔的評估，後者重視醫療的評估，並提供緩和醫療。本文主張在進行是否拒絕ANH的判斷時，除了醫療評估標準，仍要了解ANH對病人造成的負擔與利益孰重孰輕，要清楚了解病人拒絕ANH的動機，顧及病人生活環境的整體。不同病人的需求有所不同，不能一概而論。

伍、結論

基於對人性尊嚴的尊重，面對死亡時，我們有義務讓人們藉由合理希望、不加諸不合理負擔，盡可能減輕病痛，但不提前結束生命，使人能從容地與親友道愛、道

確認。執行AD前，應向有意思能力之意願人確認決定的內容與範圍。醫療機構或醫師終止、撤除或不施行LST或ANH時，應提供病人緩和醫療及其他適當處置（《病主法》第14～16條）。

謝、道歉、道別而安然離世。本文的目標就是根據天主教傳統的普通與特殊維生方法，來思考《病主法》讓非臨終病人拒絕ANH的合理性，期能更積極地維護生命，但亦非不計代價維持生命。普通與特殊的評估方法，提供生理、心理、財務與靈性價值的醫療實務評估，包括ANH，以決定是普通或特殊維生方法。顯然，此評估方式未限於生命末期決定，而是各種臨床條件。然《病主法》所訂的特定臨床條件並非生命末期，出發點有立法讓人求死以得解脫的意圖，並不合天主教會的生命倫理觀。綜合上述討論可總結為：天主教的教導係ANH在非臨終情況是基本、普通照護的一部分，但根據普通或特殊方法的評估，有可能是特殊方法。若是，在倫理上是可以拒絕的。《病主法》中允許拒絕的ANH，有可能是特殊方法；經整體評估（包括病人身心靈、經濟、家庭與照顧者等），在負擔多於利益時，拒絕ANH並非必然是安樂死。另外，因為生命末期需做醫療決定的情境很複雜，非常可能發生衝突，尤其病人是無法表達意願時，病人的AD有助於澄清其意願，應獲得尊重。天主教支持人們為生命末期的療護預立醫療決定，建議《病主法》的相關規定，除了醫學標準的評估外，仍應參考ANH的利益負擔評估，並將之納入AD的選項。

關於末期醫療的決定，本文以為天主教會應相信每個人會審慎思考其人生難題，而非輕易放棄。而且，目前醫療可讓病人維持相當久的生理功能，若醫療救治後只延長走向死亡過程的痛苦，或在無康復希望下背負沉重醫療負擔地過生活，這並不是好的倫理選項。天主教應允許教友在具行為能力時，依照自己的良心，慎思明辨後做自主的決定，根據《病主法》簽署AD，在特定臨床條件下，雖然不是末期或瀕死，若ANH造成的負擔超過利益，則天主教徒可以拒絕不必要的延長生理生命。因為，拒絕ANH要拒絕的不是基本營養的提供，而是成為生理、心理與靈性負擔的人工方式，不是為了要安樂死。

《病主法》雖透過ACP幫助病人做最適切的決定，但ACP重在知情同意，少涉及良心分辨，需要加強與培養。在信仰培育與教會生活中，牧者應教導信徒教會的真理，踐行維護自己與他人生命的誠命，協助病人與家屬了解教會觀點，持續陪伴與祈禱，並協助對個人處境的分析，進行良心的分辨。從病人（良心）觀點來評估，實際上可透過各種方法，陪伴病人良心面對，透過醫療設施與教育機構，確保不濫用，淪

為被動安樂死。教會應該尊重病人良心思辨後所做的個人決定。這個決定可能因個人限度，並不完善，但須考量個別的特殊處境，幫助其了解、體會天主的慈悲，在面對生命困境中，學習分辨「什麼是中悅天主的事」。

死亡不是終結，天主給予的是遠超塵世生命的圓滿生命，我們要相信永生的承諾，教會接受無治癒希望、負擔過重的末期病人的意願，放棄特殊方法的救治。教會似乎比較肯定ANH有助於緩和病人的痛苦，是普通方法，但醫療研究並不完全支持這樣的主張。ANH對非臨終或末期病人，及其家人所造成的負擔，不會因其歸為普通照護而泯除。《病主法》支持特殊醫療拒絕權，可能太早將ANH歸入特殊維生方法，也不適當。總之，天主教傳統的普通與特殊維生方法，提供較合乎倫理的判定標準，在實際生活中，若亦能重視良心的培育，可幫助世人善用此方法，作為決定是否拒絕ANH的重要參考。

參考文獻

天主教會台灣地區主教團健康照護牧靈委員會（2020a，5月24日）。主教團針對《病人自主權利法》之聲明。天主教周報，591，5。https://catholicweekly.catholic.org.tw/archive/archive/Catholic%20Weekly_591.pdf

【Commission of Pastoral Health Care of Chinese Regional Bishops' Conference (2020a, May 24). Declaration on Patient Right to Autonomy Act from Chinese Regional Bishops' Conference. *Catholic Weekly*, 591, 5. https://catholicweekly.catholic.org.tw/archive/archive/Catholic%20Weekly_591.pdf】

天主教台灣地區主教團健康照護牧靈委員會（2020b）。天主教醫院《病人自主權利法》門診小手冊。https://www.catholic.org.tw/crbc/2committee/10%20Commission%20of%20Pastoral-Health%20Care/0508--- 輔大 - 病人自主權利法 - 小手冊 - 內頁 .pdf

【Commission of Pastoral Health Care of Chinese Regional Bishops' Conference (2020b). *The clinic brochure of Patient Right to Autonomy Act for Catholic hospitals*. https://www.catholic.org.tw/crbc/2committee/10%20Commission%20of%20Pastoral-

Health%20Care/0508--- 輔大 - 病人自主權利法 - 小手冊 - 內頁 .pdf】

周曉禎、黃俊達、陳晉興（2014）。探討管灌餵食對於重度失智症老人照護上之利與弊。《長期照護雜誌》，18（3），299-312。

【Chou, H.-C., Huang, C.-T., & Chen, J.-S. (2014). The role of tube feeding in the elderly with advanced dementia. *The Journal of Long-Term Care*, 18(3), 299-312.】

孫效智（1996）。安樂死的倫理反省。《國立臺灣大學文史哲學報》，45，85-113。
<https://doi.org/10.6258/bcla.1996.45.07>

【Sun, H.-C. (1996). Ethical reflection on euthanasia. *Bulletin of the College of Arts, National Taiwan University*, 45, 85-113. <https://doi.org/10.6258/bcla.1996.45.07>】

孫效智（2015）。在照顧之愛與病痛之苦間擺盪的生死倫理——論天主教有關植物人停止人工餵食餵水的觀點。《政治與社會哲學評論》，53，1-55。
<https://doi.org/10.6523/168451532015060053001>

【Sun, H.-C. (2015). The ethics of life and death between the love of caring and the suffering of illness: On catholic perspectives concerning the withdrawal of ANH for patients in PVS. *A Journal for Philosophical Study of Public Affairs*, 53, 1-55. <https://doi.org/10.6523/168451532015060053001>】

孫效智（2018）。最美的姿態說再見：病人自主權利法的內涵與實踐。《天下雜誌》。

【Sun, H.-C. (2018). *Saying good bye with the most beautiful pose: The meaning and practice of Patient Right to Autonomy Act*. *CommonWealth Magazine*.】

張智翔（2019，12月13日）。病主法實務與困難。
<https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr2/c0910/department/> 林口社服課 / 病主法的實務與困難 - 張智翔副教授 .pdf

【Chang, C.-H. (2019, December 13). *The practice and difficulty of Patient Right to Autonomy Act*. <https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr2/c0910/department/> 林口社服課 / 病主法的實務與困難 - 張智翔副教授 .pdf】

甯永鑫（2015，12月27日）。《病人自主權利法》三讀通過 有為安樂死開啟大門之憂。《天主教周報》，371，3。
https://catholicweekly.catholic.org.tw/archive/archive/Catholic%20Weekly_371.pdf

- 【Ning, Y.-H. (2015, December 27). Patient Right to Autonomy Act pass through third reading afraid of opening the door for euthanasia. *Catholic Weekly*, 371, 3. https://catholicweekly.catholic.org.tw/archive/archive/Catholic%20Weekly_371.pdf】
- 甯永鑫（2018，7月1日）。天主教會對安樂死的立場：以《病人自主權利法》為例。天主教周報，496，3。 https://catholicweekly.catholic.org.tw/archive/archive/Catholic%20Weekly_496.pdf
- 【Ning, Y.-H. (2018, July 1). The Catholic standpoint to euthanasia: Taking Patient Right to Autonomy Act as an example. *Catholic Weekly*, 496, 3. https://catholicweekly.catholic.org.tw/archive/archive/Catholic%20Weekly_496.pdf】
- 臺北市立聯合醫院（2023，1月13日）。什麼是人工營養與流體餵食？ https://tpech.gov.taipei/News_Content.aspx?n=E434171ACDC48CFE&sms=53A1D7857AE82857&s=4F10B9129
- 【Taipei City Hospital. (2023, Jan 23). *What is artifical nutrition and hydration?*. https://tpech.gov.taipei/News_Content.aspx?n=E434171ACDC48CFE&sms=53A1D7857AE82857&s=4F10B9129】
- 蔡宗達、楊君宜（2019）。推動預立醫療照護諮商之經驗——以臺北市立聯合醫院為例。長期照護雜誌，23（3），177-183。 [https://doi.org/10.6317/LTC.201912_23\(3\).0002](https://doi.org/10.6317/LTC.201912_23(3).0002)
- 【Tsai, Z.-D., & Yang, H.-Y. (2019). The implementation of advance care planning in Taipei City Hospital. *The Journal of Long-Term Care*, 23(3), 177-183. [https://doi.org/10.6317/LTC.201912_23\(3\).0002](https://doi.org/10.6317/LTC.201912_23(3).0002)】
- 劉靜女、蔡宗達、林欣儀、黃彥蓉、孫馥敏、林素妃、黃鳳嬌、蘇俞安、賴怡蓁、楊君宜（2019）。預立醫療照護諮商之北市聯醫經驗。北市醫學雜誌，16，25-37。 https://doi.org/10.6200/TCMJ.201910/SP_16.0003
- 【Liu, C.-N., Tsai, Z.-D., Lin, H.-Y., Huang, Y.-R., Sun, F.-M., Lin, S.-F., Huang, F.-C., Su, Y.-A., Lai, Y.-C., & Yang, C.-Y. (2019). The implementation of advance care planning in Taipei City Hospital. *Taipei City Medical Journal*, 16, 25-37. <https://doi.org/10.6200/>

TCMJ.201910/SP_16.0003】

- Blandford, J. (2011). An examination of the revisionist challenge to the Catholic tradition on providing artificial nutrition and hydration to patients in a persistent vegetative state. *Christian Bioethics*, 17(2), 153-164. <https://doi.org/10.1093/cb/cbr013>
- Candy, B., Sampson, E. L., & Jones, L. (2009). Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: Findings from a Cochrane systematic review. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(8), 396-404. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2009.15.8.43799>
- Clark, P. (2006). Tube feedings and persistent vegetative state patients: Ordinary or extraordinary means?. *Christian Bioethics*, 12(1), 43-64. <https://doi.org/10.1080/13803600600629934>
- Committee for Pro-Life Activities, National Conference of Catholic Bishops. (1992). Nutrition and hydration: Moral and pastoral reflections. *The Linacre Quarterly*, 59(4), 33-49. <https://doi.org/10.1080/00243639.1992.11878178>
- Congregation for the Doctrine of the Faith. (1980, May 5). *Declaration on euthanasia*. https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html
- Congregation for the Doctrine of the Faith. (2007). *Responses to certain of the United States Conference of Catholic Bishops concerning artificial nutrient and hydration*. https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_en.html
- Cronin, D. A. (2011). *Ordinary and extraordinary means of conserving life*. National Catholic Bioethics Center.
- He, Y.-J., Lin, M.-H., Hsu, J.-L., Cheng, B.-R., Chen, T.-J., & Hwang, S.-J. (2021). Overview of the motivation of advance care planning: A study from a medical center in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 417. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020417>
- Kearns, J., Emmerich, N., & Gordijn, B. (2020). The distinction between ordinary and

- extraordinary treatment: Can It be maintained?. In N. Emmerich, P. Mallia, B. Gordijn, & F. Pistoia (Eds.), *Contemporary European perspectives on the ethics of end of life care* (pp. 213-228). Springer.
- Pontifical Council Cor Unum. (2011). Questions of ethics regarding the fatally ill and the dying. In D. A. Cronin (Ed.), *Ordinary and extraordinary means of conserving life* (pp. 228-252). National Catholic Bioethics Center.
- Pontifical Council for Pastoral Assistance to Health Care Workers. (2017). *New charter for health care workers* (The National Catholic Bioethics Center, Trans.). Translator. (Original work published 2016)
- Pope John Paul II (1989). Address of Pope John Paul II to ‘two study groups of physicians and scientists convened by the Pontifical Academy of Sciences to discuss the artificial prolongation of life and parasitic diseases. In R. E. Smith (Ed.), *Conserving human life* (pp. 305-311). The Pope John Center.
- Pope John Paul II (1995). *Evangelium Vitae*. https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
- Pope John Paul II (2004, March 20). *Address of John Paul II to the participants in the international congress on “Life-sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas.”* https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc.html
- Pope Pius XII (1989). An address of Pope Pius XII to an International Congress of Anesthesiologists. In R. E. Smith (Ed.), *Conserving human life* (pp. 312-318). The Pope John Center.
- Shannon, T. A. (2006). Nutrition and hydration: An analysis of the recent papal statement in the light of the Roman Catholic bioethical tradition. *Christian Bioethics*, 12(1), 29-41. <https://doi.org/10.1080/13803600600629926>
- Sullivan, S. M. (2007). The development and nature of the ordinary/extraordinary means distinction in Roman Catholic tradition. *Bioethics*, 21(7), 386-397. <https://doi.org/10.1080/02643750701481111>

org/10.1111/j.1467-8519.2007.00567.x

Tollefsen, C. (2021). Intention, vocation, and nutrition at the end of life. *The National Catholic Bioethics Quarterly*, 21(3), 441-451. <https://doi.org/10.5840/ncbq202121343>

United States Conference of Catholic Bishops. (2018, June). *Ethical and religious directive for catholic health care services*. <https://www.usccb.org/about/doctrine/ethical-and-religious-directives/upload/ethical-religious-directives-catholic-health-service-sixth-edition-2016-06.pdf>

Wildes, K. W. (1996). Ordinary and extraordinary means and the quality of life. *Theological Studies*, 57(3), 500-512. <https://doi.org/10.1177/004056399605700306>

Revisiting the Refusal of Artificial Nutrition and Hydration in *the Patient Right to Autonomy Act* from the Perspective of Catholic Ethics on Ordinary and Extraordinary Means of Conserving Life

Maria John P. Selvamani^{*}, Shu-Li Lin^{**}

Abstract

The Patient Right to Autonomy Act allows terminal and non-terminal patients who are under specific clinical conditions to refuse artificial nutrition and hydration (ANH). The Chinese Regional Bishops' Conference opposes this Act, arguing that ANH is an ordinary method of care and, that unless the patient is dying or unable to absorb, there is an obligation to provide it. This article examines the refusal of ANH in *the Patient Right to Autonomy Act* from the perspective of traditional Catholic teaching on "ordinary and extraordinary means of conserving life." It points out that both "ordinary and extraordinary means" and *the Patient Right to Autonomy Act* value the patient's experience and wishes. When a patient is faced with the clinical conditions specified in *the Patient Right to Autonomy Act*, providing ANH may bring more burden than benefit, and hence it is argued that ANH is not necessarily an ordinary means. In addition, this paper proposes that instead of only using medical standards to assess whether one can refuse ANH under this Act, an analysis of benefit and burden from

* Maria John P. Selvamani: Associate Professor, School of Medicine & Holistic Education Center, Fu Jen Catholic University; Dean, Fu Jen Academia Catholica, Fu Jen Catholic University

** Shu-Li Lin: Assistant, Fu Jen Academia Catholica, Fu Jen Catholic University

Manuscript received: Jul. 24, 2023; Accepted: Apr. 26, 2024

a patient's perspective should also be included. This would make the Act more consistent with Catholic moral teachings. Finally, this paper recommends that Catholics be allowed to sign advance directives under this Act, as it is the only way one can legally express one's wishes on such an important healthcare decision and be able to refuse ANH when it becomes an extraordinary means.

Keywords : Catholic ethics, ordinary and extraordinary means of conserving life, *Patient Right to Autonomy Act*, artificial nutrition and hydration, passive euthanasia

