

佛教臨終關懷的當代難題

——安樂死與器官捐贈

林其賢、郭惠芯

國立屏東商業技術學院副教授、屏東社區大學生死學課程講師

提要

「安樂死」與臨終「器官捐贈」，因近代醫療科技進展與生命品質要求日高，成為廣受論辯的倫理難題，也是現代佛教臨終關懷必需面對的議題。佛教自許為一套「完整的生死學」，面對現代人這兩項抉擇煩惱，將以何種態度或立場參與討論？又如何將其智慧轉化為現代人可以適用的原則？

本文探討發現：由於佛教對「殺生」的基本立場，因此不論是「非自願的積極安樂死」或是「非自願的消極安樂死」，都無法許可。但對拿掉維生系統這樣的行為並不是全然不予許可，關鍵在於動機必須淨化而無『殺心』。

發心於臨終捐贈器官，確是莊嚴承擔的表示，難能而貴。但佛法更重視發心以後的實踐，因此在發心簽下臨終器官捐贈卡之後，當對「放下」的工夫繼續實踐與練習。

關鍵詞：1.安樂死 2.臨終關懷 3.臨終判斷 4.器官捐贈

【目次】

- | |
|--------------|
| 一、前言 |
| 二、佛教如何看待安樂死 |
| 三、佛教如何看待器官捐贈 |
| 四、結語 |

一、前言

荷蘭於 2001 年 4 月通過安樂死的法律，成為全球第一個准許合法安樂死的國家。其他國家雖尚未將安樂死合法，但近年來對此論題討論不絕。安樂死的探索儼然成為現代人的新興趨向。這意味長壽不再是祝福與目標了嗎？「愛生惡死」不再是生命的根本祈嚮？現代人為何尋求安樂死？

「安樂死」，這是一個古老的存在事實，也是一個現代的兩難議題。

紀元前一世紀，希臘就有為年老公民舉辦的服毒盛宴，以及供給尋死者申請毒藥的公開程序；¹ 中世紀以後的西方，基督教根據「生命神聖原則」，長期視自殺為反神、反倫理的不道德行為；近代則因醫療科技的飛躍進展與生活水準普遍提高，生命的品質和意義的要求呼聲更加殷切。但也因為對生命品質與生命意義的要求與解決不同，而有許多不同的對應方式。

例如：呼吸器、維生系統、心肺復甦術、電擊、升降壓藥、強心藥物等之使用，延長許多病人的生命，相對也延長了許多病人的瀕死歷程。因此對病人及家族的精神與經濟，產生了極大的壓力。這是延長壽命或是拖延死亡？傳統宗教原本將「安樂死」定義為：當任何治療對瀕死者只是延長死亡而不是生命時，聽任其自然地死或尊嚴的死。然而，何種狀態稱為「自然」？不用高科技呼吸維生系統是「自然」？不採取放射化學治療是「自然」？不用胃管餵食是否也是「自然」？在醫療萬能的迷思裡，傳統的死亡判準一再隨工具科技的改進而變動，「自然與人為」的界線到底在哪裡？又，如果「尊嚴」來自全然的自主，它可有客觀的認證標準？譬如：人對自己的生命擁有「絕對」的自主權嗎？

「安樂死」由於含攝自殺的概念，卻又延伸出「安寧照顧」的理想，故其語義豐富，殊難解讀，成為現代生死學上的熱門議題。佛教自許為一套「完整的生死學」，面對現代人對「安樂死」的抉擇煩惱，將以何種態度或立場參與討論呢？又如何將其古老的智慧轉化為現代人可以適用的原則？

緊接而來的是死後器官捐贈的問題。捐贈屬佈施，為佛法修行六波羅密之首，經典多有記載佈施頭目手足之事蹟者，歷來行者燃指供佛、燃臂香、燒戒疤，主要也只是為了練習「捨得」，以成就「放下」的能力。因此佛教徒而實行布施原該是毫無疑義的，何況是死後器官的利用。但為何有甚不同的做法？

1 參見：楊鴻台，《死亡社會學》（上海：社科院，2000），頁 230-231；大衛·韓汀著、孟汶靜譯，《透視死亡》（臺北：東大，1997），頁 67

不捐贈器官是否就是違反佛的教說？不願意捐贈器官的考量是甚麼？

現代佛教臨終關懷的內涵必然需面對此二項議題，佛教如何面對？需要做怎樣的調整與回應？佛教有沒有提供現代倫理選擇的參考價值？佛教行者面對如此處境時應如何選擇、如何自處？我們試著從倫理學上來檢視這一自己與自己、自己與他人之間涉及自利利他的重要問題。

二、佛教如何看待安樂死

（一）、安樂死釋義

「安樂死」，英文為：*euthanasia*，語源於希臘文，*eu* 的意思是「好」，*thanatos* 的意思是「死」，其字面意義乃指「好好的死，或者是無痛苦的死」，原來只是描述臨終的狀態與面對死亡的態度。韋氏字典（*Webster's Dictionary*）將「安樂死」定義為：「安靜而容易的死亡」、「引致安靜容易死亡的舉動」，則進一步說明了趨向死亡的方法。日本人將之譯為「安樂死」，字面上容易引生爭議。因此傅偉勳曾著文提議將此譯名改譯為「安易死」，以避開「快不快樂的爭議」。²

檢視人類過去長久的歷史，不論中西，為了社群的利益而將病人或老人視為無價值者，幫助他們自殺，甚或殺死他們；或允許並幫助疾病、悲傷、羞辱的人自殺，史籍中屢有著述。³ 凡此種種，可見「安樂死」的觀念與操作早已存在人類社會。

幫助老病者、悲傷者、羞辱者死亡的做法，在素樸的原始社會，因為人本意識未彰，加以醫療體系仍以謙卑的態度接受死亡，使這類自願或非自願的「安樂死」成為古老的風俗。

至於西方傳統則在第三世紀以後，由於基督教的崛起，人們對安樂死和自殺的態度產生了極大的改變，聖徒保羅便堅決反對任何形式的自我毀滅行為，聖奧古斯丁等教會長老也支持這種看法。由於此種演變，「安樂死」的內涵有了不同的取向。之後興起的臨終照顧，如歐洲中世紀時代（約西元四百多年）基督宗教修道院附設的「安寧院」（*Hospice*，源於拉丁語「招待所」之意），

² 釋慧開，〈未知生，焉知死？〉。收錄於傅偉勳，《死亡的尊嚴與生命的尊嚴·附錄》（臺北：正中書局，2000年1月，臺五版），頁297。

³ 楊鴻台，《死亡社會學》，頁230-231；孟汶靜譯，《透視死亡》，頁67。

以及更早佛教原始教典所提及的「塔寺」(vihara)，⁴ 都負有幫助信徒療病、進而平靜地面對死亡，而達善終的作用，可以視為兩大宗教傳統對「安樂死」精神的積極性延伸實踐——即幫助重病者「好好死去」(easy death)。

由此言之，韋氏字典的定義，頗符合歷史的事實——兼及消極的停止醫療；積極的採取行動致死。

十七世紀以來，伴隨著人文主義、世俗主義的興起，人們質疑「生命為神所創造」的前提，進而質疑「宗教」，儘管來自經驗主義的「尊重生命倫理學」仍視生命為神聖，但進入科技文明大幅躍進的十九世紀，生命品質的要求終於和生命神聖論尖銳對壘；安樂死與墮胎、死刑……等爭議於是成為現代人規避不得的倫理難題。

經由理性論證的結果，⁵ 「安樂死」的範疇被推廣成仁慈助死與仁慈殺死的情況。將以上助死與助殺分類，再加上病人自由意志的有無，便出現四種安樂死的型態：⁶（見次頁表格）

這裡有兩項重要分野必須特別指出：

- 一、病人自由意志的有無，即自願、非自願的分野。
- 二、消極與積極的分野則在於：積極的安樂死是：刻意的給予處方或藥物以結束病人生命。消極的安樂死則是：以不作為的方法導致病人死亡。

積極的安樂死與消極的安樂死其間差別十分明顯，但消極安樂死與自然死則比較不易掌握。大致可以如此來區分：

如果病人了知（或事先預囑）自己病情已無可救藥，因而放棄使用高科技維生系統、電擊、心肺復甦急救、強心針……，此為採取「緩和醫療」而選擇「自然死」。但如果選擇使用高科技維生系統，在原來醫療體系下，維生系統

⁴ 有關「塔寺」語義，可參閱《十住毘婆沙論·解頭陀品》。《大正藏》冊 26，頁 112。

⁵ 一般論述安樂死之合理性不外三個理由：1、為維護重症病患或垂死病人的生命（生活）品質以及生命尊嚴。2、為避免殘酷和不必要的痛苦繼續侵襲病人，並解除家屬必須見其親人受病痛折磨，以及現實上沉重的負擔（如：經濟上、精神上等）。3、為尊重病人個人的自由與自主權，對已失去存在價值、毫無意義的生命，如出於其自由意願，則應當是被允許的。詳見：蕭宏恩，〈由儒家的觀點來看寬容與臨終關懷〉，《哲學與文化》卷 27 第 1 期。

⁶ 參見：波伊曼，《生與死：現代道德困境的挑戰》頁 68；傅偉動，《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》頁 39；大衛·韓汀，《透視死亡》頁 70。

一旦啟動，便不會在中途把開關關閉，至死方休。如果病人尚未身亡，便在中途另作選擇，把系統關閉，這便是「以不作爲的方法導致病人死亡」，屬於消極的安樂死。

名 稱		內 容	對 象
自願	積極	1、自己決定 2、協助痛苦而無治癒希望的病人自殺或仁慈殺人。	痛苦而無治癒希望的病人
自願	消極	1、自己決定 2、拒絕接受治療 3、未使用異常或冒險的治療方法。	痛苦而無治癒希望的病人
非自願	積極	1、未經病人同意導致死亡 2、仁慈殺死無行為能力或殘障嬰兒。	無行為能力或殘障嬰兒
非自願	消極	1、未經病人同意導致死亡 2、停止治療 3、主要針對殘障新生兒、無行為能力病人或植物人。	殘障新生兒、無行為能力病人或植物人

贊成安樂死的一邊有「生命品質與生命自主權」作為支撐論據；反對安樂死的人則以「生命神聖性原理」及「滑坡理論」⁷ 做後盾，互為攻防。其中有關消極性安樂死已經各界廣泛思索論辯，雖未經立法許可，但其正當性（道德性）與必要性，已被普遍理解。⁸

⁷ 「滑坡理論」指一旦啟動，便無可避免地會發展到極端。參見：波伊曼，《生與死：現代道德困境的挑戰》，頁 71-。

⁸ 美國醫學聯合會法律顧問委員會於 1986 年作出「不用或撤除拖延生命醫療」建議：「醫生對社會的承諾，是要維持生命和減輕痛苦。當……二者不可兼得時，病人的選擇……應予優先考慮。……如果病人已無可救藥，可以停止或不作治療，但醫生不應故意使病人死亡。……儘管死亡並非迫在眉睫，但如果病人的昏迷是無可置疑地不能挽回，且有充足的穩妥步驟，來保證診斷的正確，在負責照料病人者的同意下，不繼續維持生命的醫療，並不是違反倫理的做法。」葛培理（Billy Graham）著、余國亮譯，《如何面對死亡》（香港：浸信會出版社，1990 中文初版），頁 94-。

（二）、佛教對安樂死的態度

由於安樂死在現代的語義牽涉到人為死亡，有「殺自」和「殺他」的事實存在，而「戒殺」是佛教自始以來至高無上的原則。儘管大乘佛法興起後，有生死一如、慈悲利他的入世精神，但對安樂死的觀念始終保持在：設立病僧安置的場所（無常院、塔寺），訂定「瞻病」之種種規定與制度。亦即侷限於臨終安寧照顧的範疇。因此要了解佛教以何種立場回應「安樂死」的倫理挑戰，需先檢視佛教對殺害生命的基本態度。

1. 佛教論「殺生」

佛教為何戒殺生？如何算殺生？

在早期的佛典中（如：《雜阿含》卷 47、《善見律毘婆沙》卷 11、《俱舍論》卷 5 等）可以發現嚴厲禁止殺生的教導，殺生，為四波羅夷之一，十重禁之一，五戒之一，八戒之一，十戒之一。凡親自下手殺害人命，或持刀予人而勸人自殺，皆屬犯波羅夷（極重罪）。

佛教戒殺生，主要是基於對每一個生命個體的尊重。「愛生惡死」是每一個生命的本能，當生命受到威脅時，自然會有保護、防衛、反擊、報復的行動。為了不惱害眾生，於是有戒殺生的制定。

殺戒中，以殺人為重。而殺人，又以五個條件的完具與否來判定輕重：是人、人想、殺心、興方便、前人命斷。⁹ 亦即殺人罪輕重的論定是以：對象是不是人、知不知道對象是人、有殺人動機或是無意之失、殺人的方法、結果是否殺人致死。

安樂死的實施，在上述五項條件中，「是人、人想、前人命斷」這三者應無疑義，略過不表。此處僅就「動機」與「方法」來討論。從殺人動機來論罪責，則有下述幾種差別：

一、為了殺人而有放火、置毒……等施設動作致人於死，則罪重；致畜生死，則罪較輕。

二、為了殺畜生而施設動作，致人於死，罪亦較輕。

三、不定對象，遇到人就殺人、遇到畜生就殺畜生，則致人於死，亦是重罪。¹⁰

⁹ 詳見：聖嚴法師，《戒律學綱要》（臺北：東初，1991）第一章「殺生戒」。

¹⁰ 詳見：聖嚴法師，《戒律學綱要》（臺北：東初，1991）第一章「殺生戒」。

這裡面，沒有談到「基於仁慈而起殺心」的那種動機。

殺人方法，有：親自殺、勸人自殺、教人殺人、派人殺人等類別。「親自殺」包括殺人，以及自殺。佛教不只是禁止殺人，自殺也在禁絕之列。自殺似乎是厭棄生命、捨離生命；但實際卻是深細的戀著生命。並不是對生死沒有愛著，而是深深地愛著生命、愛著自體，所以對自己不滿意。是以佛教反對自殺，因為自殺不但無法解決各種煩惱，還會增加問題。¹¹

然而，也有某些自殺情形，在佛教是作例外處置的。

如佛陀有弟子闍陀、跋迦梨，都是因為身罹重病不堪其苦而自盡。佛陀對他們的評論是：「我不說彼有大過。若有捨此身餘身不相續者，我不說彼有大過。」「若於身無可貪無可欲者，是則善終，後世亦善。」¹²

也就是說，已經達到相當的證悟程度，能不起愛貪、瞋惡的，佛雖不鼓勵，至少是默許的。¹³ 如何算是「相當的證悟程度」？也許可以有個簡單的判別標準：如果是不必使用工具的，或者是已能生死自在的，因為已不受後有煩惱的侵擾，故可以有許可。¹⁴

2. 佛教對安樂死的態度

了解佛教對「殺生」的基本立場，便可以得知，在四種安樂死中，佛教對非自願的安樂死，不論是「非自願的積極安樂死」或是「非自願的消極安樂死」，都無法許可。因為那違反了愛生惡死的眾生本性，代作主張而致之死地，會引發眾生更大的抗拒和不安。有人會質疑：「也許當事者原就希望有人能協助其安樂死，只是無法表達罷了。」也許是，也可能不是；如果無法確知，是否應採取比較保留的立場。如惠敏法師依據原始教典，認為：

¹¹ 佛法裡把戀著歸為三類：對境界的貪愛與追求是「欲愛」；對自體的愛著是「自體愛」；另有一種，由於因愛著而追求，但卻追求不得，於是討厭、怨恨，而企圖擺脫這種不快，稱做「無有愛」；無是否定的意思，但卻沒能超越。欲愛、有愛、無有愛，這三種都是生死的根本。參見：印順法師，《佛法概論》（臺北：正聞出版社，1984年2月），頁85-。另參見：林其賢，〈李卓吾自殺原因試探〉，《李卓吾的佛學與世學》（臺北：文津出版社，1992），頁104-。

¹² 參閱：《雜阿含經》卷47。《大正藏》冊2，頁346-348。

¹³ 參見：釋恆清，〈佛教的自殺觀〉，《哲學論評》第9期（1986年1月），頁1-5。

¹⁴ 林其賢，〈李卓吾自殺原因試探〉，頁100-104。

佛教戒律應該是反對所謂「仁慈助死」之行爲，更何況是「仁慈殺死」？

進而說：

依佛教的倫理觀，主張「仁慈助死」、「仁慈殺死」的方法而「使人們早日脫離痛苦」的理由是不能成立的。¹⁵

佛教蓮花臨終關懷基金會董事長、臺灣安寧照顧協會理事長陳榮基醫師也說：

佛教的諸多戒律中，「不殺生」是第一大戒，鴛飛蠕動都不可殺更何況是「人」。「安樂死」不論用意是好是壞都是「殺人」，嚴重違反佛教徒的戒律。佛教徒必然反對以任何方式「致人於死」。佛教徒不但反對「殺人」，也反對「自殺」，一息尚存，不管他的身體機能有多大的缺陷（如長期昏迷或植物人），都是「生命」，不可以任何理由處以「安樂死」。¹⁶

但由於有佛陀弟子闍陀、跋迦梨因爲不堪病苦而自盡的前例，於是現代佛教大德在面對安樂死的議題時，也有持不同態度的。

藏傳佛教的格西，頂果欽哲仁波切，¹⁷ 在被詢及有關消極被動安樂死問題時說：

當一個人沒有痊癒的機會時，使用維生系統是無意義的。讓他們在安詳的氣氛下自然去世，並代替他們採取正面的行動，是一件很好的事。當裝上維生系統，卻沒有一點希望時，那麼停止機器就不是罪惡。¹⁸

¹⁵ 釋惠敏，〈安寧療護的佛教倫理觀〉，《安寧療護》（臺北：1996年8月號），頁45-49。

¹⁶ 陳榮基，〈緩和醫療與自然死不是安樂死〉，《蓮花會刊》第41期（2000年5月）。

¹⁷ 頂果欽哲仁波切（1910-1991）爲公認大圓滿教法最偉大的上師，也是達賴喇嘛等重要喇嘛的上師。

¹⁸ 引見索甲仁波切著、鄭振煌譯，《西藏生死書》（臺北：張老師，1996），頁457。

卡盧仁波切對那些「自己決定拿掉維生系統而結束生命的人」，慈悲地表示：

人們如果自己認為受了夠多的痛苦，希望獲准死亡時就是處在不能稱為善或不善的情況下。我們絕對不能責怪任何人做了那個決定。這不是一種惡業，他只是希望避免痛苦而已，這正是一切眾生的基本願望。另一方面，這也不是特別善的業，…這不能算是結束生命的願望，而是結束痛苦的願望。因此，他是無記業（中性的行為）。¹⁹

他進一步討論「仁慈助死」的業報：

如果病人要求治療者拿掉維生系統時，會讓治療者處在困難的地位，因為直覺也許會告訴他們：『如果這個人還裝上維生系統，他就可以活下去。如果拿掉，他就會死。』業報決定於治療者的動機，因為治療者是在剝奪某一個人繼續活下去的方法，即使那是病人叫我們這麼做的。如果治療者的基本動機一直是要幫助和利益那個人，並解除他的痛苦，那麼這種心態似乎不會產生什麼惡業。²⁰

達賴喇嘛也說：

在極端狀態中的人，允許自殺；……不可避免的殺人不能算是惡。²¹

但他也非常謹慎地說，每個案例都必須個別處理，很難定出通則。²²

幾位藏傳大德的言論，一則築基於晚期大乘佛法的見地：視死亡為解脫的極佳契機，²³ 再則也可能是從戒律上討論罪責形成來自行為的意圖、對象、

¹⁹ 引見《西藏生死書》，頁 459。

²⁰ 引見《西藏生死書》，頁 460。

²¹ 見：達賴喇嘛，《生命之不可思議》，頁 22、27。

²² 見《西藏生死書》，頁 457。

²³ 「積有精神修養的人，死亡越加迫近，心就越加充實安穩，充滿了喜悅。因為，時刻到了，朝氣蓬勃、新鮮，充滿希望的肉體與新生命來臨的時刻已到。」參見：《生命之不可思議》頁 6。

方法、結果等，²⁴ 因此，只要目的不在殺而在死，動機是慈悲（與樂拔苦）而非瞋恨，拿掉維生系統這樣的行為似乎藏傳仁波切並不是全然不予許可。

南傳佛教的態度亦同。因為「拿掉維生系統」也是殺業的五個條件之一的「興方便」，因此唯一的可能就只贖下「動機」。毘諦果比丘據巴利律及南傳論典，更從中仔細分辨道：

當事人必須謹慎地檢查自己是否有「殺心」（想讓對方提早結束生命的心念）。若有，必須淨化直到完全消除為止，不管其動機是善或惡，只要有「殺心」存在，就有可能犯下「殺生業」（殺人）並成就不善業道。²⁵

但是由於動機肇端於心，而與解脫相應的清淨心或與輪迴相應的染心極難被一般人明確區分——病患如何區分「瞋恨病痛」與「真心歡喜接受死亡」之間的微細分別；仁慈助死者對自己應站在慈悲病患、慈悲家人、或珍惜社會資源以福利更多人的哪一個角度，恐怕也是為難萬端。所以，面對「安樂死」能否執行、誰有權執行的爭議時，當事者平常的「修行力（真正利他的慈悲心）」仍被視為最重要的檢驗考慮。

三、佛教如何看待器官捐贈

器官捐贈有自活體摘取器官捐贈，以及從屍體摘取器官捐贈之別。自活體摘取器官捐贈是在生時捐贈器官，如捐贈腎臟、捐贈皮膚。佛陀往昔有捨身餵虎、割肉餵鷹之舉，²⁶ 即是活體捐贈的模範。目前我國自活體摘取器官捐贈限制移植於三親等以內之血親或配偶。從屍體摘取器官捐贈則是在判定腦死後，摘取器官移植。照說，活體器官捐贈與屍體器官捐贈兩者應是以活體器官捐贈的難度較高爭議較大，卻不料，佛教界對活體器官捐贈反而爭議較少，對死後捐贈器官的爭議較多。

²⁴ 聖嚴法師在《戒律學綱要》中論及殺生的果報說：「殺生以心為主，無意殺者，不犯重罪」；又說「戒的持犯，全在於心」。見該書頁 61-63。

²⁵ 毘諦果比丘：〈論拆除維生系統與殺生罪之成立〉，2001 年 7 月 20 日，【http://www.infs.idv.tw/05_forest/forest007_suddhiko.htm】

²⁶ 《金光明經》，《大正藏》冊 16，頁 354；《六度集經》，《大正藏》冊 3，頁 1。

爭議的焦點在於死後處理遺體時，有不同時間點的考量，以及器官捐贈在布施修行上的次第安排，因此在自利、利他之間，以及己立而後立人的的選擇會有不同的掌握。

當代佛教徒從人的臨終至死亡的安置，大致有命終八小時之後方可哭泣及接觸亡者遺體的說法，這主要是依據弘一大師〈人生之最後〉一文而來：

既已命終，最切要者，不可急忙移動。雖身染便穢，亦勿即為洗滌。必須經過八小時後，乃能浴身更衣，常人皆不注意此事，而最要緊。惟望廣勸同人，依此謹慎行之。

命終前後，家人萬不可哭。哭有何益，能盡力幫助念佛乃於亡者有實益耳。若必欲哭者，須俟命終八小時後。

命終之後，念佛已畢，即鎖房門。深防他人入內，誤觸亡者。必須經過八小時後，乃能浴身更衣。（前文已言，今再諄囑，切記切記。）因八小時內若移動者，亡人雖不能言，亦覺痛苦。²⁷

印光大師則根據「壽、煖、識，三者常不相離」的經教，²⁸ 說明「如人生有煖，則有識在，識在則壽尚未終。」印光大師云：

人死氣斷之後，彼不即去，必待至通身冷透，無一點煖氣，彼識方去，識去，則此身毫無知覺矣。若有一處稍煖，彼識尚未曾去，動著觸著，仍知痛苦，此時切忌穿衣、盤腿、搬動等事。若稍觸著，則其痛苦最為難忍，不過口不能言，身不能動而已。²⁹

²⁷ 弘一大師，〈人生之最後〉，《弘一大師演講全集》（臺北：天華出版公司，1980年4月，臺初版）。

²⁸ 《雜阿含經》卷21：「壽煖及與識，捨身時俱捨，彼身棄塚間，無心如木石。」《大正藏》冊2，頁150；《成唯識論》卷3：「又契經說，壽煖識三，更互依持，得相續住。」《大正藏》冊31，頁16。

²⁹ 印光大師，〈臨終舟楫〉，《印光大師全集》冊3（臺北：佛教出版社，1967年），頁1539。

由於關係到亡者下一生的去處，因此，佛教徒奉行者多，多年來亦少異議。異議之起，始於器官捐贈之討論，因為死後器官捐贈是在判定腦死後即行摘取器官。此時，時間尚未滿八小時，體溫猶存，不摘取則無法成全器官捐贈；摘取，則有妨礙亡者去處之虞。

為成全死後器官捐贈而從教理提出支持論點的是當代大德印順導師。繼程法師曾於 1980 年訪問時提出問題道：捐獻眼角膜者，必須在六小時內取出。這與傳統佛教人死後八小時內不可摸觸的說法是相違的。面對如此兩難，應如何處理？印順導師從唯識學理論分析，認為死後即摘取器官，並不會妨礙亡者。他說：

人死了以後，前六識（眼、耳、鼻、舌、身、意）都已停止作用，即使第八阿賴耶識未離身，也不會有痛苦的感覺，因為身體有痛苦是身識與意識的作用。阿賴耶是「無記」性的，不會有痛的感覺。³⁰

爾後，印順導師更明確地表示：死後立即摘取器官，不會妨礙亡者。印順導師和印光大師一樣，也是從識、暖、壽三者的關係來談：

如沒有了識與暖，壽命也就完了。這三者，是同時不起而確定為死亡的。這樣，如還有體溫，也就是還有意界（識）與壽命，而醫生宣告死亡，就移動身體；或捐贈器官的，就進行開割手術，那不是傷害到活人嗎？不會的！如病到六識不起（等於一般所說的「腦死」），身體部分變冷，那時雖有微細意界——唯識學稱為末那識與阿賴耶識，但都是捨受，不會有苦痛的感受。移動身體，或分割器官，都不會引起苦痛或厭惡的反應。所以，如醫生確定為腦死，接近死亡，那末移動身體與分割器官，對病（近）死者是沒有不良後果的。³¹

印順導師從唯識學的教理去判斷，在「腦死」的情況下，身體部分變冷，此時雖有微細的末那識與阿賴耶識，但都是「捨」受，不會有苦痛的感受。印

³⁰ 釋繼程，〈綜貫一切佛法而向於佛道〉，藍吉富編，《印順導師的思想與學問》（臺北：正聞出版社，1986 年重版），頁 174、175。

³¹ 印順法師，〈中國佛教瑣談〉，《華雨集（四）》（臺北：正聞出版社，1993 年 4 月初版），頁 116-118。

光大師則認為：只要身上還有一處稍煖，則神識未去，「若稍觸著，則其痛苦最爲難忍。」印光大師與印順導師兩位大德見地如此相異，癥結應在於：

一、「臨終」人有否知覺感受？

二、「臨終」的時間界定。

印順導師從唯識學來說：「即使第八阿賴耶識未離身，也不會有痛苦的感覺，因爲身體有痛苦是身識與意識的作用。阿賴耶是『無記』性的，不會有痛的感覺。」³²

如果只有微細的末那識與阿賴耶識，因爲都是「捨」受，自然不易引生苦痛的感受。但是如何確知亡者是在「前六識不起」，僅有七、八兩識作用？時間的起始與結束如何掌握？如果太早，則僅是前五識不起，雖然沒有身體的痛覺，但是「心痛」的感覺還是有的。如果太晚，則神識已離身而成中陰，中陰身是有知覺的。³³ 雖然處在中陰的狀態，不會有生理上的痛覺，但對「我」的身體、「我」的所有……殘留的指揮控制的習性，面對身體受播弄，「心痛」的感覺還是有的。

提出我人在臨終階段可能產生的「心痛的感覺」，並不在否定死後器官捐贈的布施行，菩薩行原就是難行能行，實踐過程自會有利己利人乃至於損己利人的層次差別。藉著顯示人對自己身心乃至身外之物的深刻執著，希望行者能真切了解可能面對的困境與難度，因而知所應對知所準備，這種「知己知彼」的過程與準備態度應是必須的。論者曾指出，在推動佛教徒器官捐贈時，我們並不能保證死後必然沒有知覺。所以勇敢來捐贈器官，是一個菩薩道立場的抉擇與實踐。如何落實佛教的深層生命關懷，使每一個佛教徒的捐贈器官，超越死後八時不動與神識中陰的問題，而成為學習諸佛菩薩行爲的菩薩道。³⁴ 六波羅密的布施度，原即鼓勵應修捨心、練習放下。心痛而願施且能施，自是行

³² 同上註。

³³ 透過近年對瀕死經驗（NDE：Near Death Experience）的研究，可以比擬出人死後神識離身的可能狀態。研究顯示：有瀕死經驗者在體驗的當時，多有從自己身體出離，漂浮在天花板上，「看」到自己的身體正被處置救護。參見：林綺雲編，《生死學》（臺北：洪葉文化公司，2000年7月一版），頁399。

³⁴ 洪啓嵩，〈器官捐贈與佛教的生命關懷〉，《佛教與社會關懷學術研討會論文集》（臺灣：臺南，財團法人中華佛教百科文獻基金會，1996.01），頁159-177。另參見：郭正典，〈捐贈器官，莫讓亡者遺恨〉，《中國時報》第15版，2001年1月23日。

者本色。但需是認清事實後的莊嚴承擔，而不是一時高興的情緒作用、更不是不明究裡的糊塗允諾。

如何確知是莊嚴承擔，還是一時衝動的情緒？我們以為，可以從平時是否已經注意培養相應承擔的能力作判斷。平常沒有培養出放下捨得的習性，而期待臨終便有放下的本領，對大多數人而言，實在是奢求。

在器官捐贈與臨終神識的討論上，印光大師與印順導師兩大師的說法有異；我們姑且不論其是否各從理事之一端來教導，但卻可以肯定：不論臨終人是否有意識，都應該在臨前做好布施的各項準備。即便在臨終全無瞋起，佛法重視的是發心以後的實踐，在簽下臨終器官捐贈卡的當下，只是發心立志的表示，而是否能圓滿當時的志願，還要視發心之後的實踐與練習而定。從發心到完成，其中有許多中間過程，並非當下即可一蹴而至。古德曾說明實踐歷程的次第辛苦云：³⁵

靜中有十分功夫，動中才有三分把握；動中有十分功夫，夢中才有三分把握；夢中有十分功夫，病痛中才有三分把握；病痛中有十分功夫，臨終才有三分把握。

身體屬內財，施捨身體是比施捨身外之物的外財要困難許多，有志於臨終施捨身體，不妨在平時從施捨身外之物做起，然後次第而進，庶亦可免舍利弗往昔捐眼不成而退心之失。

四、結語

佛教如果想進入二十一世紀現代社會，對現代人的心靈產生教化的效用，便無法迴避現代人的真實困境。當西方宗教界已積極與科技文明對話的同時，佛教當然也應更積極去揭露其宗教核心——神秘經驗、超乎世俗的價值、多次元的生命藍圖，以說明人類生存狀態的千差萬別，顯示果報業力的複雜性，激起人類對神聖解脫的嚮往；但同時卻不應漠視世俗倫理的階段性價值，作為方便接引的手段。

從倫理學來看，中國儒家在君子、小人之間，有「義、利」趨向的簡單判別；佛家在菩薩、凡愚之間，也有「利人、利己」傾向的分辨。如此簡單的分

³⁵ 古德類此開示，亦有以十分、一分相比較的。參見：《來果禪師禪七開示錄》〈十一月二十一日開示〉。

辨，當然有便於進行自我審察。但問題在當人事漸繁、選擇漸增時，落在實踐面就不可能如此單純。我們試把「利人、利己、害人、害己」的選項擴展，把「無利無害」也加入，則利害人己的料簡選項優先順序便由四個擴增為九個，在優先順序的選擇上便可以有許多變化。在兩者中，利人且利己排序都為第一，害己害人排序都是最末，但是其中的選擇卻增加許多。

安樂死與器官捐贈的考量亦是如此，兩端之間，有許多的選擇。是與非、做或不做，並不能有簡單的答案。因此達賴喇嘛說每個案例都必須個別處理，不容易定出通則。³⁶ 在面對「安樂死」時，誰能執行、誰有權執行、甚麼情況下執行……這諸多難題的抉擇，當事者平常的「修行力（清淨心、慈悲心）」仍被視為最重要的檢驗考慮。而卡盧仁波切的開示十分有啟發性，他站在「生命神聖」的基礎上，指出提昇「生命品質」的思考路向。

至於器官捐贈與臨終神識的討論上，姑且不論印光大師與印順導師兩大師是否各從理事之一端來教導提醒，但必然可以肯定：佛法重視發心以後的實踐。因此不論人臨終時是否有意識，都應該在臨終前先期練習，做好布施的各項準備。

³⁶ 見《西藏生死書》，頁 457。