

論自主性與安樂死

銘傳大學 通識教育中心 劉久清 老師

關於安樂死的問題，主要考量點在三個方面：醫師、病患與社會；然其關注焦點卻可皆集中於一：自主性。患者是否可以主張因為自己具備自主性，所以，有權也有能決定自己在瀕死（如癌症末期）或喪失自主能力無法尊嚴過活（如植物人）之際是否要接受安樂死，且因以要求他人（尤其是醫師）提供必要協助？醫師在專業倫理的考量下，是否應尊重病人的自主決定，甚至協助其達成目的？社會在公共利益（public interest）考量下，是否應接受病患的自主決定，並同意醫師提供必要的協助？

至於所討論的安樂死是積極性（active）或消極性（passive）的，是患者自願（voluntary）或非自願（non-voluntary）的（註一）？雖可能影響到上述問題的答案，其所以能夠產生影響，卻在於社會的認知與價值觀對其所作判斷。何況，之所以在概念上作這兩類區分，主要在既肯定安樂死存在的必要又希望能設法避免道德上的爭議。因此，自願卻消極的（voluntary passive）安樂死由於不涉及任何直接結束一個人生命的作為，迴避了直接與社會價值觀

衝突的可能，而最容易被接受。在安寧病房（hospice）實施安寧照護或緩和醫療已廣為國內各界接受，原因在此。

但是，這二類區分並未能真正解決問題，因為，一方面，其間差異並非判然可辨，甚至常有重疊之處（註二），尤其消極地任其死（letting die）與積極地殺死（killing）在促成一個人死亡的因果認定上差異並不是那麼明顯（註三）；再方面，消極的安樂死卻又未必與積極的安樂死可在道德上做出明顯的高低之判（註四）。因此，如果只是就此一框架討論安樂死問題，實在很難得出具體、可行結論。關鍵在於，安樂死並非只是一理論問題，更是一實踐問題（註五），對其作理論思辨固然有助釐清概念，若就實踐面進行考量則涉及實際處理安樂死可行與否的問題。

無論就理論或實務而言，任何一種安樂死，它的實踐都至少需要兩個人、兩個行動者（agents）（註六），一個尋求安樂死，另一個（或一個以上）採取某些行動（例如積極的殺死或消極的撤除維生設施）協助其安樂死。無論消極或積極，就提前結束生命而言，前者涉及自殺，後者則涉及幫助自殺；所不

同的在於，自殺屬於私人事務，安樂死卻是偏向於公共性的（註七）。

此一差別主要源於：自殺是個人自己的事，屬於私權（privacy），在是否損及公共利益大有可議、必須尊重其自主抉擇卻無庸置疑的情形下，此一行爲往往不被認作犯法（也就是至少在最低的公共價值、道德上還可以接受）；幫助自殺卻是殺死他人，明顯傷及公共利益，因此，通常被認定是犯法（註八）（違反道德），尤其當後者還是以救人爲職志的醫師時。

但是，安樂死畢竟不同於自殺，想要自殺的人未必有健康問題，其自殺的原因更往往與健康無關，而尋求安樂死的人則必然有著嚴重的健康問題，不是已將因某種嚴重疾病自然死亡，就是因爲健康受損問題而過著悲慘有失人性尊嚴的生活（註九）。當然，一個人在處於後一情況時，也可以決定要不假他人地親手結束自己的生命，然而，如此一來，這就成爲單純地自殺，也就沒有必要特別討論什麼安樂死的問題了。

因此，問題焦點就明顯集中於：協助安樂死是否等同於殺人、謀殺而損及社會公共利益。這一討論必須考量的，在於尋求協助者與提供協助者兩造間處於何種關係，以及社會對這兩造關係的態度。其中所涉及的主要論題在於：個人行使其自主性的可能程度、應尊重個人的自主抉擇到什麼程度（是否應尊重到得在其要求下提供協助），與社會可以對個人的自主抉擇干預到何種程度？至於相關成員，則包括當事人（病人自己、代理人或監護人）、醫師與社會群體。

就當事人而言，其個人所作自主抉擇，在不傷及他人與群體利益的情形下，自應受到他人與社會群體的尊重。所需關心的端在於，其所作抉擇是否真是自主性的展現、是否真的無損於他人與／或社會群體的利益？這並不僅是就當事人本身即可決定的問題，而有待於他做抉擇時所憑藉的資訊、社會對這種抉擇的價值判斷。

至於醫師，則在兩造關係中扮演著雙重角色：首先，他是當事人所以了解其病情、前景的資訊提供者，甚至是其病情、前景的裁斷者；其次，採取行動促成安樂死的角色，也往往是由醫師擔任，尤其是消極性安樂死，唯有醫師才能決定並撤除維生設施（反過來，醫師也可以強制安置、維持這些設施）。

就醫師所扮演的前一角色看，雖說其提供的資訊、做的裁斷會直接影響到當事人具備自主性的程度、從事自主抉擇的可能，然而，所提供資訊是否充分、確實，對病情所作判斷的正確程度，皆大體可訴諸公評。何況，如果當事人因於不充分、確實的資訊或不精確的診斷而作出錯誤抉擇，則不得謂其爲一具備自主性的決斷，當然也就無關於是否應予尊重或接受的問題。

真正成問題的，在醫師所任提供協助、採取行動的角色。因爲，其中涉及對醫師專業倫理的爭議與社會對醫師的不同期待。然而，即便是醫療的專業倫理，都不是專就醫學知識與技術的發展、應用或醫學目標的確立即可獲致確切解答。因爲，要如何在不同甚至相互衝突的醫學目標間獲得平衡，就不是醫學本身可以解決的問題，而需仰賴已在

社會形成相當共識的價值判斷，何況，即便是要確立醫學目標都必須援引社會對特定醫學目標的認知與解釋（註十）。這些問題在提供協助者非醫師時，非但並未因此得以迴避，更因其缺乏醫師的專業智能與倫理規範而益形嚴重。

於是，問題最終歸結於社會的認知與因以作下的判斷。這裡所謂的認知主要包含兩個部分：一是在社會中形成、具備相當程度共識的價值觀，以提供某些公認判準，俾有助於確認醫學倫理的目標；然而，要形成此類共識，必須對更為根本的問題有所確認，那就是對死亡的態度，形成某種有相當共識的生死觀。

以這類認知為依據，方能得確認應尊重個人自主抉擇到何種程度，判定旁人是否應予、得以提供協助。必須注意的是，由於涉及公共利益的維護，社會共識一旦形成，即不免隨之產生相當程度的強制性，如此一來，就不免會損傷到個人行使其自主抉擇的可能。

解決關鍵有二：一是必須確認個人為具自主性的主動參予者、是形成社會認知、共識的主體。社會的價值觀與生死觀固然會影響、決定個人的觀點，歸根結底，卻仍是以個人自己特有的價值觀與生死觀為依據，經過共同的溝通、互動與討論所形成，而且會因其成員組合與思想、態度的轉變而隨之轉變。

其次，這個溝通、互動、討論的過程，必須在一適當的情境中進行，至於形成此一情境的最主要關鍵，則在於其成員能夠認知到：自己這個主體乃本於與他人不斷溝通、互動中彼此緊密連結的互為主體性（intersubjectivity），而

個人所能夠擁有的也不過是一受限理性（bounded reason）（註十一）；以及體認到：努力達成共識不是在追求一確切不移的結果，而是一項不斷調整、修正該共識的動態發展歷程。

一旦以前述條件形成社會認知與價值觀，即可對應否接受安樂死、可以接受何種類別的安樂死、醫師所應扮演角色、協助者的倫理責任與法律責任等問題訂出合理、可行的判準，安樂死的問題也因此得以在不曾徹底解決種種道德、倫理的理論爭議的情形下，仍獲致相當合理又具體可行的解答。而且，這種解答還是在充分肯定個人為一主體、尊重個人自主性的前提下形成的。

註釋：

註一：基於此二指標，可將安樂死區別為四類：自願卻消極的、自願而積極的、非自願且消極的、非自願卻積極的。參見 T. L. Beauchamp ed., *Intending Death: The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, New Jersey: Prentice Hall, 1996, p. 3；關於這四類安樂死的具體內容，參見波伊曼（L. P. Pojman）著，江麗美譯，《生與死：現代道德困境的挑戰（*Life and Death: Grappling with the Moral Dilemmas of Our Time*）》，北市，桂冠，民84，頁68。

註二：參見 Beauchamp, pp. 3-5。

註三：參見 Beauchamp, pp. 7-8。

註四：參見波伊曼，第五章。

註五：關於理論之知與實踐之知的簡單論析，參見劉久清，〈通識教育的理

論與實踐》，發表於銘傳大學通識教育中心主辦，「通識教育再出發」學術研討會，88年6月。

註六：Beauchamp 指出構成安樂死必須滿足的兩個條件之一，就是至少要有另外一個人採取促成死亡的行動。參見 Beauchamp, p. 4。

註七：參見 R. Campbell and D. Collinson, *Ending Lives*, Oxford: Basil Blackwell, 1988, p. 120。

註八：我國刑法第二十二章第二百七十五條，即規定「受其囑託或得其承諾而殺之者」，無論既遂未遂皆罰。

註九：健康問題乃自殺與安樂死之分的關

鍵。參見 G. J. Fairbairn, *Contemplating Suicide: The language and ethics of self harm*, London: Routledge, 1995, pp. 120-123。

註十：相關討論參見 E. J. Emanuel 著，柳麗珍譯，《臨終之醫療倫理（*Medical Ethics in A Liberal Polity*）》，北市，五南，民88，第一章。

註十一：相關問題的進一步討論，參見劉久清，〈論自主性與生死〉，發表於南華管理學院生死學研究所等單位主辦，「哲學、生死與宗教」國際學術研討會，87年10月。

