

# 利他主義和醫生協助死亡

Martin Gunderson David J. Mayo

## 摘要：

我們假定一項允許醫生協助死亡的法律獲得通過。我們指出，使這項法律獲得通過的基本理由在於對個人自主性的尊重、避免遭受痛苦以及尊嚴地死去的可能性。我們還將探討一旦法律通過將引發的兩個道德問題。首先，我們論證通過協助死亡法律的基本理由可以為協助出於利他主義理由動機和出於自我利益理由動機的病人死去辯護；其次，我們論證通過醫生協助死亡法律的理由可以為將該法律擴展到既包括臨終病人又包括非臨終病人辯護。

關鍵詞：利他主義，自主性，協助死亡，安樂死

---

Martin Gunderson, Ph. D., J. D., Macalester College, St. Paul, Minnesota 55105, USA. David J. Mayo, Ph. D., University of Minnesota, Duluth, Minnesota 55812, USA.

原載：*The Journal of Medicine and Philosophy* 18 : 281-295, 1993.

《中外醫學哲學》I : 1 (1998年2月) : 頁121~136。

## 導言

近來有一系列的法律建議，要求允許醫生協助臨終病人死亡。1991年華盛頓州的公民表決以微弱多數否決了119號建議，是這些建議中典型的一個。該項建議允許醫生協助病人自殺（通過開具可以使病人用於自殺的安眠藥藥方）和參與自願主動的安樂死（打致死針）。<sup>(1)</sup>（為方便起見，我們在本文中用醫生協助死亡或簡單地用協助死亡來表示這兩種情況。）該提案只適用於尚有不足6個月生存時間的臨終病人。它還包括一些嚴格的條款規定病人必須能夠並自願簽寫尋求協助的文件<sup>(2)</sup>，另外一項類似的提案（161號建議）也於1992年11月在加里福尼亞以微弱多數加以否決。

通過一項這樣的法律將會引發一系列的倫理問題。我們將對其中的兩個問題進行探討。第一個問題涉及到在個別病人方面甚麼理由才應被醫生認為是可被接受的要求協助死亡的理由。尤其是，病人的利他主義是否應與病人自身考慮的理由一樣算作提供協助死亡的可接受理由。我們論證說，首先，通過協助死亡法律的基本理由為協助病人死亡提供辯護，不管病人是出於自身的動機還是出於利他主義的動機。

其次，提出了在這種法律通過之後幾年內應該如何對其進行修改的問題。我們尤其要處理這樣的問題：那些授權對臨終病人進行助死的法律是否可以加以修改以便使之同樣適用於非臨終病人。在這個問題上我將遵循處理第一個問題時發展的推理路線，並論證說通過允許協助臨終病人的思路同一死亡的助死法律的理由也構成允許協助非臨終病人死亡的理由。

(1) 當醫生提供給病人用於自殺的手段時我們稱之為協助自殺。自願的主動的安樂死發生於醫生使病人致死。關於自願的主動的安樂死與協助自殺之間區別的討論，見Brock（1992，p. 10）。

(2) 關於119號動議及其失敗原因的討論，見Carson（1992）。

最後，我們將考慮那些反對我們現在維護的觀點的意見。尤其我們要討論滑坡論證的力量，並清楚說明如何能夠劃下一些界線以防止沿着滑坡進一步滑下去。

## 允許協助死亡的理由

通過類似119號和161號建議的法律有若干理由。對這些理由加以考慮是值得的，因為通過這類法律的理由在很大程度上決定應如何解決通過法律後引起的倫理問題。給出的通過協助死亡法律的若干理由具有代表性。最突出的理由有：避免遭受痛苦、尊嚴的死亡以及個人自主性。

個人自主性：在這些理由當中最為基本的是個人自主性。<sup>(3)</sup> 尊重一個人的自主性就是尊重這個人就他或她自己的生活作出自主的選擇。這要求1) 其他人不干預這個人的選擇以使這些選擇成為不自主的，2) 其他人不阻撓基於自主選擇而採取的行動，以及3) 其他人允許一個人的選擇對他或她產生的影響。基於個人自主性的支持醫生協助死亡的論證表明，至少在某些情況下允許醫生協助死亡使病人能夠在他們否則不可能作出選擇的情況下，就他們將在何時和如何死亡作出自主的選擇。如何詳細說明這一論證取決於人們採取的特定的個人自主性理論。

發展尊重個人自主性原則的特定理論在很多方面有所不同。這些理論對如何說明自主選擇這一概念有所不同。<sup>(4)</sup> 在這

(3) 基於自主性對協助死亡的辯護，見Browne（1988，p. 38）和Kuhse（1987，pp. 217-219）。Kuhse利用個人自主性作為對有行為能力成年人進行主動安樂死的理由，而對兒童和無行為能力的人則依靠基於避免痛苦的論證。

(4) 有些理論用等級系統界定“自主性”。例如，Dworkin（1988，p. 20）主

方面大多數個人自主理論具有兩個寬泛的要求。首先，選擇必須基於行動者的慾望、價值和目的作出，並且接受批判反思。例如處於嚴重的強迫之下或處於極端的肉體或精神痛苦中的人是不可能自主行動的。其次，選擇必須不被他人操縱，以破壞行動者的批判反思。例如，一個人同意治療只是因為醫生隱瞞了有關信息，這不是作出自主的選擇。

自主性的所有倡導者都承認，對於值得尊重的自主行動的道德範圍存在限制。施加這些限制通常由於行動對其他人造成直接傷害，盡管描繪這些傷害特徵各理論有所不同。<sup>(5)</sup>最後，根據各理論為支持尊重自主性提供的辯護理由，尊重自主性的理論也不同。功利主義者和義務論者都對種種自主性理論提供辯護。

構建一種尊重自主性理論已超出本文的範圍。然而，不管尊重個人自主性原則是根據功利主義還是根據某種形式的義務論辯護並不一定阻止我們，因為我們感興趣的是應用這個尊重自主性原則，而不是為它辯護。另外，我們也不必關注尊重個人自主性原則的精確限制。我們假定醫生協助死亡基於個人自主性是可允許的，並且我們論證將醫生協助死亡推廣到非臨終病人和利他主義動機的病人並不會引起傷害他人的問題，例如

張自主性“是人們對其第一層次的偏好、願望、希望等進行批判反思的第二層次能力，以及根據更高的層次偏好和價值接受或試圖改變它們的能力”。自主選擇大概是反映這些第二層次能力的選擇。其他理論認為，當推動選擇的願望也是行動者的價值時，選擇才算是自主的 (Watson, 1975, p. 215)。還有其他理論認為，自主選擇必須是知情的和合乎理性的，不受某種類型的操縱和脅迫。例如，Faden 和 Beauchamp (1986, pp. 261, 339及347) 主張，僅當一個人有意行動，具有理解而沒有脅迫或操縱等起控制作用的影響時，他或她的行動才是自主行動。

(5) 用限制自由或自主的原則界定傷害的方法的討論，參見Feinberg (1984) 和Ten (1980, 尤其是第4章)。

119或161號議案那樣的醫生協助死亡法律就不會提出這樣的問題。最後，我們的論證不涉及對自主選擇採取何種分析。實際上，我們的論證是，不管對自主選擇採用何種分析，都有理由將尊重自主性原則推廣到非臨終病人以及基於利他主義理由要求醫生協助死亡的病例。

**避免痛苦：**對避免痛苦的關注可能是那些通過協助死亡法律最經常引用的理由。<sup>(6)</sup>作為這些建議的主要直覺是，病痛和疾病可引起一個人如此多的痛苦，生命已不再值得活下去。(有時說“生命質量不可接受地低”。)這種直覺在我們所愛的寵物的情況是一目瞭然的，出於憐憫和同情讓它們“長眠”。這似乎也適合於人，人們對經過漫長臨終病痛後死亡感到悲傷，當他們確信死者不再受苦時多少感到真正的慰藉。

有人反對說並不存在一個客觀的標準來判定，甚麼時候生命涉及如此多的痛苦因而不值得活下去<sup>(7)</sup>但我們根據個人自主性來看對痛苦的關注時，上述反駁也就不攻自破。關於“根據痛苦論證”的完整提法是：一些自主的行動者會發現，病情使他們經受如此大的痛苦，恢復健康的可能性是如此微小，他們認為他們自己的生命不再值得活下去，尊重自主性要求我們尊重他們的判斷。正如 Daniel Callahan (1992, p. 53) 所說，自主的行動者會根據他們的價值觀念發現不同種類的疼痛和痛苦可以忍受或不可忍受。所以，基於痛苦的論證以基於個人自主性的前提為先決條件。

**尊嚴死亡：**尊嚴死亡的願望是支持通過協助死亡法律的另一理由 (Browne, 1988, p. 38)。“尊嚴”乃至“尊嚴死亡”的概念似乎涉及到不止一個核心概念，而是涉及到錯綜複雜的

(6) 關於痛苦如何構成自願安樂死的理由的生動而簡明的論述，見 Rachels (1986, pp. 152-158)。參見 Benrubi (1992, pp. 197-198) 以及 Molenda (1988, p. 187)。

(7) 關於這種論證的一個例子見 Callahan (1992, p. 53)。

諸方面，當有些人說他希望“尊嚴地死去”時似乎涉及到所有這些方面。大多數明顯的“尊嚴”概念只是“表面尊嚴”：例如插入銅管、不能交流的危重病人，甚或破了相或脫髮的病人，不希望在這種“不尊嚴的”處境之下被人看到。與此密切相關的是無望無助、無行為能力的概念：例如在這個意義上，由人幫助進行個人衛生似乎是不尊嚴的。關於尊嚴一詞最豐富的意義是能夠自主地生活，也就是根據自由選擇的原則或按照一個人自己真正的價值生活，而受到尊重。

盡管“尊嚴”的概念對住在荒島上的孤獨的人多少會有些連貫性，但是通常這個概念的每一個方面由於下列事實才有其特殊的性質：我們是社會的人，我們生活在社會情境內，在其中我們的計劃和方案與他人的休戚相關。這既適合於我們自我利益的計劃（要護士過來再打一次止痛針），也適合於利他主義的計劃（要我的孩子們能夠為我的孫子女提供良好的教育）。

將這些不同的方面賦予尊嚴觀念，說“尊嚴死亡”的人通常在其腦海中所想的是在一個人尚能控制自己、能夠按照自己的要求活着和死去，而不要無助地痛苦死亡，降低為一個喪失對自己和處境、與其他重要的人互動，也許還有交流或甚至理性能力的控制的人。簡言之，基於尊嚴理由後面的基本價值仍然是個人自主性，基於尊嚴的理由也就退回到基於個人自主性的理由。因此，在這方面，關注尊嚴與關注痛苦殊途同歸。

## 利他主義及其局限

協助死亡要求至少兩個人——醫生和病人的同意。正如醫生可能會不願意實施病人要求而由於某種理由醫生認為是錯誤的或不合適的醫療程序（如人工流產）一樣，醫生也會不願意

同意協助病人死亡。當然，有些醫生會在原則上反對所有這些要求。但是，即使一個對那些在原則上並不反對協助死亡，願意幫助一個有行為能力的病人避免強烈的痛苦或全然喪失尊嚴，也會發現更難同情一個出於利他主義理由要求協助死亡的病人，尤其是這些理由是想要減輕別人經濟困難。<sup>(8)</sup>然而我們相信，對那些在原則上並不反對協助死亡，有合適的理由來協助因利他主義理由而要求協助死亡的人。

支持協助死亡法律的所有理由也可成為同樣適用於醫生幫助利他主義的病人死亡的情況。簡而言之，這是由於對我們大多數人來說，行動的利他主義理由與自我利益理由一樣令人信服，對我們一樣重要。畢竟，我們是社會的人，我們的生活和方案被置於社會框架內，這一社會構架由我們與我們所熱愛和關心的人的特殊關係以及我們與其他人的一般道德關係（如道德尊重）所界定的。因此，對我們多數人來說，利他主義和關心他人在我們的計劃和方案中，或在一般的目的和價值中佔據突出地位。人們通常為了我們看重其福利的其他人的利益犧牲他們自身的福利（自我建構的）。父母通常為了促進他們孩子的福利，甚至為了他們永遠不會知道（如未來世代）的人的福利而犧牲他們自身的福利。

反之，一個人的價值觀可能如此：他或她因對於其不能影響的發展（如飛機失事時陌生人的死亡）而感到苦惱（因而其自身的福利受到影響）。一般說來，我們所有的人都看重我們真正關懷的那些人的福利，因而促進他們的福利在我們的決定和行動中所佔的地位與促進我們自身的福利一樣突出。更具體地說，一位嚴重病人的健康問題瀕臨耗盡其家庭有限的資源（無論是時間、金錢或感情）時，他會自然地認為這是對資源

(8) 例如，Wennberg (1985, pp. 187-189) 聲稱，病人有可能為減少他人之痛苦而做出自願安樂死的選擇，這一事實恰恰是不首先通過自願協助死亡法律的理由。

的一種浪費。願意協助要求協助死亡的這種病人的醫生給這個人提供了一個最終決定性的行動方針，基本上是利他主義的行動方針。

利他主義的願望和行動，與自我利益的願望和行動一樣是自主的。因此就尊重自主性為協助死亡提供一個理由而言，它也給醫生提供協助利他主義死亡的理由。<sup>(9)</sup> 與之類似，“尊嚴”概念（我們看起來如何，我們不是無助的，而仍然能夠行動，甚至能在追求我們最重要的方案中實現我們最可信的價值）也許與利他主義理由有關，正如它們與自我利益的理由有關一樣。作為一個尊嚴問題，一個人也許願意留給他愛的人最後的回憶，既是一個重要的人（不是茫然無助且破了相的人），又是一個有愛心和奉獻的人（而不是自私的人）。對一個要尊嚴的人來說，能有比為了他愛的人的利益而加速他自己的死亡更尊嚴嗎？能有不顧她的願望而要求她接受治療，明知耗費她不願耗盡的為其所愛的人的資源，更貶低或蔑視一個人的尊嚴嗎？

最後，知道自己繼續存在最終以犧牲所愛的人的利益為代價時，生活本身將會成為痛苦的來源。因此，免遭痛苦同樣可以成為利他主義自殺的一個理由。

如果即使當病人的動機是利他主義時協助死亡的根本理由是病人自主性，那麼對醫生應該同意協助的利他主義自殺範圍，我們也有內在的限制。當有理由認為病人的決定事實上並非自主的決定時，醫生就不應滿足病人的願望。醫生必須確信，病人正在作出一個有行為能力的決定——也就是說，病人必須知情和自願地行動。醫生需要肯定，他的病人沒有被其家庭成員或能夠從其死亡中撈取好處的其他人所操縱或脅迫。再

(9) 如Battin(1985, p. 26)所說，自主原則要求尊重利他主義的加速死亡的選擇，只要這些選擇滿足不傷害原則，並且不會因該選擇而引起損害。

者，醫生必須確信病人是基於真正是他或她自己的理由要求死亡。病人可能被家庭成員操縱，不僅去做他們不願做的事情，而且接受了不是他真正的願望（閱 Battin, 1985, pp. 33-34）。

## 非臨終病人

第一個協助死亡法律將在這個國家突破巨大的文化障礙。一旦跨越了這個障礙，關於應該如何修改原初法律的新問題將會出現。修改建議將面臨較少的障礙，而成為實際問題。一個這樣的問題將是，是否應該將原初的法律擴展到覆蓋非臨終病人。

首先有必要指出的是關於臨終病人和非臨終病人的界線本來就不甚明顯。<sup>(10)</sup> 無論在經驗上還是概念上這一界線都是十分模糊的。第一，死亡概率多大應該算作臨終疾病，並不明確。再者，也不清楚對臨終疾病應如何界定。不進行器官移植就將立刻死亡的病人是否是臨終病人？更一般地說，在特定時間內死亡概率應該根據一切可得的手段均已採用過的假定計算，即使那個人不大可能接受這種治療嗎？如果如此，也應考慮實驗性治療嗎？“臨終疾病”的這些概念上的困難使得難以為將它與非臨終疾病劃清界線辯護。此外，不管對“臨終”如何界定，“臨終”病例的預期壽命是一個概率問題。

若將這些困難撇在一邊，沒有一條允許對臨終病人實施協

(10) Shewman (1989, pp. 130-131)指出，關於存活的預後不總是準確的，在自願安樂死動議中6個月的明確標準是武斷的。在反對自願主動樂安死的論證中，Callahan (1992, p. 54)同樣說道“要知道何時一個病真正是處於臨終狀態異常困難。”

助死亡的理由提到過預期壽命，因而這些理由都成為對某些非臨終病人允許協助死亡的理由。<sup>(11)</sup>當然在非臨終條件下也可能使病人做出自主決定來尋求協助死亡，不管病人的決定是不願再活6個月還是6年，尊重個人自主性同樣適用。<sup>(12)</sup>一個燒成重傷而並非致命的病人也許合情合理地選擇死亡，而不是去經受疼痛的治療引起的痛苦，這種治療最多只能給他帶來有限獨立性。<sup>(13)</sup>

固然，對於一個恢復無望，因而前景渺茫的臨終病人，避免痛苦很可能是一個理由。然而不管有希望恢復之後的壽命還有多長，也必須將病人目前疼痛的強度和目前痛苦的深度與其潛在的未來幸福加以權衡。

與之類似，對尊嚴的關注可同樣構成非臨終病人尋求協助死亡的一個理由。這些病例一般涉及進行性致殘疾病，例如多發性硬化或Lou Gehrig氏病等。例如老年性癡呆症那樣的嚴重進行性精神病會限制一個人控制甚或積極參與道德關係（通過進入協議和行使種種權利），它的發作會促使一個人選擇死亡，而不是選擇毫無最基本意義上的尊嚴的存在。根據一個最近診斷的病人可能關注因長期呆在護理院而耗盡家庭資源，在此期間一個人與他所愛的人有意義交往的能力慢慢地消失，這種考慮具有更大的力量。

(11) 盡管Wennberg (1989, p. 196) 反對自願安樂死，但他指出，那些用尊重個人自主性作為臨終病人自願安樂死理由的人，對非臨終病人的自願安樂死也提出了論證。Callahan (1992, p. 54) 也反對自願主動安樂死，他對基於預防痛苦的理由與基於自主性的理由都有很好的立論。

(12) 有人認為將臨終病人的自願安樂死推廣到其他遭受痛苦的病人的自願安樂死，是沿着斜坡滑落下去（見Wennberg, 1989, pp. 194-196）。

(13) 也許最著名的例子是在丙烷爆炸中嚴重燒傷的Dax Cowart。Cowart先生想死去，甚至試圖自殺，也不願繼續痛苦的治療。即使在治療之後很長時間內，Cowart先生還繼續認為本來應該允許他死去（見Wicker, 1989, pp. 15-22）。

簡言之，在臨終病人的情況下允許協助死亡一般提供的理由也構成在不是臨終病人情況下允許協助死亡的理由。這顯然也適用於自主性的基本理由。這也適用於避免痛苦這個不那麼基本的理由，並且在多數情況下也適用於尊嚴死亡。

當然，修改協助死亡法律以使其包括非臨終病人的這些理由並一定是結論性的。必須將這些理由與不要擴展協助死亡法律的理由加以權衡。其中首要的是關注它將引向何方。現在我們就轉移到這些考慮上來。

## 一些滑坡問題

對通過協助死亡法律可提出一些反對意見。一旦法律通過，這些反對意見將成為反對擴展法律的理由。尤其是，它們可成為反對將法律擴展至包括非臨終病人以及不同意醫生協助出於利他主義動機的那些病人死亡的理由。我們將考察三種反對理由：1) 有些批評協助死亡合法化的人訴諸所有人類生命的內在價值，並論證協助死亡決不能得到辯護。然而，大多數當代批評者反對協助死亡是因為他們認為它可能引向的地方。2) 有人擔心協助死亡會導致對處於脆弱地位的病人公然濫用或操縱。通過不給治療或改變條件，人們能夠創造自願死亡的有力理由。<sup>(14)</sup> 3) 還有人擔心協助死亡可導致影響脆弱人群的醫護的可得性和質量。<sup>(15)</sup> 由於協助死亡的選擇可得，社會也許更缺乏動力去提供昂貴的醫療保健給嚴重病人和垂死病人。最後兩個理由構成“滑坡”論證，因為它們反對某一政策

(14) 盡管Battin (1980, pp. 171-173) 並不反對理性的自殺或醫生協助死亡，但她明確地表示了對理性自殺可能導致操縱自殺的擔心。

(15) 關於安樂死的滑坡論證的詳細討論，見Wennberg (1989, pp. 192-220)。

決定的理由基於這樣的信念：它增加了未來的決定和政策具有內在冒犯性的可能。

在下面我們只想論證，將這政策擴展到包括出於利他主義動機和非臨終病人要求協助死亡，並不代表道德上的滑坡，這些反對意見不是決定性的。關於利他主義和非臨終病人，我們要建議界線應該劃在那裏——在個人自主決定這個要點上。

我們業已論證，使協助死亡合法化的基本理由是個人自主性，這提示應該根據自主決策，而不是根據痛苦（像在荷蘭已經做的那樣）或臨終疾病（像 119 和 161 號建議那樣）在滑坡上劃這條線。<sup>(16)</sup> 這種分析顯然將使行為能力的概念變得舉足輕重，我們認為它是作出自主決策的能力，同樣醫生評估行為能力的能力也變得十分重要。然而，我們認為這些挑戰既不是不合理的，也不是新的。固然，在某些情況下病人的選擇是否自主做出，這並不清楚。這是一個問題，但這一問題並不局限於協助死亡條款，同樣存在於要求知情同意的所有醫療程序之中。因此，以我們所論證過的方式將擴展協助死亡法律不會引起新的問題。再者，在其他情境內我們處理這些問題的能力應該產生信心：它也能夠被處理好。

將協助死亡法律擴展到非終病人尚有另外的好處。即使無行為能力者以不恰當的理由（如暫時的抑鬱）考慮自殺，他們有動機去找醫生，醫生可能提供，或將病人轉診給能提供的專業人員提供，病人從中受益最大的那種幫助。通過將自殺引入醫學之“家內”，協助自殺立法的制定實際上會防止更多的自殺，而不是促使更多的自殺。當自殺的人轉向醫務人員尋求協助死亡時，他們倒反而接受提供活下去理由的諮詢。毋須補充說，傾向於自我毀滅的非理性的人並不會因為通過禁止別人協助他們死亡的法律而放棄自殺。現在我們轉向上面提到的三種

<sup>(16)</sup> 對美國和荷蘭安樂死方面的比較，見 Nadeau (1990)。

具體的反對理由。

**生命的價值：**至少在某些情況下我們所賦予生命的價值的確構成了不允許協助死亡的理由。然而通過協助死亡法律的基本理由已經拒斥了那種認為生命價值是絕對的觀點。因此，是生命的其他特點使生命具有價值，而當這些特點不存在時生命也就失去了它的價值 (Kuhse, 1987, 尤其是 pp. 213-220)。像 119 號建議那樣的協助死亡法律假定，引起巨大痛苦的疾病將使生命的價值降低到不足以構成反對協助死亡的理由。然而我們已經表明，必須將痛苦置於個人自主性自治的情境內加以理解。例如一定程度的疼痛是否是可以忍受的痛苦，取決於一個自主採取的價值和一個人自主作出的決定。此外，我們也已表明，阻止利他主義動機會產生巨大的痛苦。因而，如果痛苦能使生命的價值減少到足以支持協助死亡，因此基於自主性和利他主義的考慮也能如此。因此，就生命的價值而言，在斜坡上劃一條界線的最可辯護的地方是在個人自主決策的點上。

**操縱問題：**允許醫生助死適用於利他動機和非臨終病人的場合將引起的另外一種擔心是使脆弱的人受到從其死亡之中獲益的人（如家庭成員）的操縱。<sup>(17)</sup> 毫無疑問，一些貪婪的家庭成員會出於自私的理由操縱病人選擇協助死亡。雖然這一問題可能引起一些困難，但也仍然不是新問題。至少早在醫學規章獲准不給維持生命療法的決定之日起，類似問題就已經出現。醫生要設法確定病人的動機是否出於本意，即是出於其真實的利他動機而不是簡單地服從其家庭成員的決定；否則的話，病人的決定就不是完全自主的（嚴格地說，即使病人有行為能力也是如此）。盡管有時很難確定病人的利他主義是否出

<sup>(17)</sup> 關於這一論證的有力陳述，見 Wennberg (1989, pp. 187-189)。另一方面，Battin (1985, p. 31) 論證說，濫用的可能性不能成為排除利他主義的充分理由，除非沒有這些限制不可能防止濫用，除非更重要的價值不會損失。

於本意，但在一個人自己的利他主義與外人強加於他的利他主義之間的確存在區別。對其病人具有相當程度瞭解的醫生應該能夠弄清楚病人動機的來源。

**減少對嚴重病人關懷的問題：**我們已經講過，有些人會認為通過協助死亡法律會削弱社會對老年人的關懷投資的承諾。也可以爭辯說，這就是不去擴展被允許謀求協助死亡的那些人的類別的理由，因為這會增加可能得不到最佳醫療保健者的人數。這在實際上是否會發生是個經驗問題，不在本文討論之列。但是由於對這個問題缺乏經驗證據，而要求擴展可允許的協助死亡範圍的哲學理由又有說服力，我們認為反對意見是站不住腳的。也應該指出的是，協助死亡法律的通過首先將大大降低這種擔心的力度。

## 結論

在通過允許協助死亡法律的地方，理由集中於個人自主性、免遭痛苦以及尊嚴死亡的前景，而其中最為根本的理由是個人自主性。不管病人的動機是出於純粹的自我利益還是基於利他主義，這些理由均可證明允許協助死亡是正當的。不管病人是否處於臨終狀態，這些理由也證明允許協助死亡是正當的。最後，這些理由也提示協助死亡在邏輯上的局限性。不管要求協助死亡的最終動機如何，病人的選擇必須是自主做出的，也就是說他必須具有相應的行為能力並且出於本意。

## 參考文獻

- Battin, M. P.: 1980, 'Manipulated suicide', in M.P. Battin and D. Mayo (eds), *Suicide: The Philosophical Issues*, St. Martin's, New York, pp. 169-182.
- Battin, M. P.: 1985, 'Non-patient decision-making in medicine: The eclipse of altruism', *The Journal of Medicine and Philosophy*, 10, 19-44.
- Berubi, G. I.: 1992, 'Euthanasia: The need for procedural safeguards', *New England Journal of Medicine*, 326, 197-199.
- Brock, D. W.: 1992, 'Voluntary active euthanasia', *Hastings Center Report*, 22, 10-22.
- Browne, A.: 1988, 'Assisted suicide and active voluntary euthanasia', *Canadian Journal of Law and Jurisprudence*, 2, 35-36.
- Callahan, D.: 1992, 'When self-determination runs amok', *Hastings Center Report*, 22, 52-55.
- Carson, R.: 1992, 'Washington's I-119', *Hastings Center Report*, 22, 7-9.
- Dworkin, G.: 1988, *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Faden, R. and Beauchamp, T.: 1986, *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, New York.
- Feinberg, J.: 1984, *Harm to Others: The Moral Limits of the Criminal Law*, Oxford University Press, New York.
- Kuhse, H.: 1987, *The Sanctity-of-Life-Doctrine in Medicine: A Critique*, Clarendon Press, Oxford.
- Molenda, F. A.: 1988, 'Active euthanasia: Can it be justified?' *Tulsa Law Journal*, 24, 165-188.
- Nadeau, R.: 1990, *Euthanasia: Charting the Legal Trends in Canada, the United States and the Netherlands*, Human Life Research Institute, Toronto.
- Rachels, J.: 1986, *The End of Life: Euthanasia and Morality*. Oxford university Press, Oxford.
- Shewmon, D. A.: 1989, 'Active voluntary euthanasia: A needless Pandora's box', in R.M. Baird and S.E. Rosenbaum (eds.), *Euthanasia: The Moral Issues*, Prometheus Books, Buffalo, pp. 129-140.
- Ten, C. L.: 1980, *Mill on Liberty*, Clarendon Press, Oxford.
- Watson, G.: 1975, 'Free agency', *Journal of Philosophy*, 72, 205-220.
- Wennberg, R.: 1989, *Terminal Choices: Euthanasia, Suicide, and the Right to Die*, William I. Eerdman Publishing Co., Grand Rapids, Michigan.

Wicker, C.: 1989, 'Sentenced to life', R.M. Baird, and S.E. Rosenbaum (eds.), *Euthanasia: The Moral Issues*, Prometheus Books, Buffalo, pp. 15-22.

[左傳長譯，邱仁宗校]