

第
九
期

PHYSICIAN-ASSISTED SUICIDE 医生协助下的自杀

作者 加塞林·迈尔斯
By Kathryn Myers

英国的政客们普遍对安乐死持否定态度，认为它干扰了社会的法律秩序。现在，有人提出了在医生协助下自杀的方式（PAS），虽然有一些医生觉得 PAS 与安乐死有所不同，但实际上两者并没有什么区别。

对很多人来说，生活在巨大而又无法缓解的痛苦中，简直就像一个噩梦，在此类似的是，有些人的生命已经到了让他们自己无法忍受，宁愿平静的死去的地步，可是医生仍在为了延长这种痛苦的生命而努力。还有一些人已经常年卧床，根本无法对家人，朋友以及医护人员做出任何的回应，他们同样也非常的痛苦。

正是出于对这些情况的恐惧心理，人们都在寻求，是否有一个可以让他们在医生的协助下自杀（PAS）的地方。当人们遇到这种情况时，首先会产生同情怜悯之心，禁不住会要求尊重他们的个人选择。然而，提供一些条件帮助人们自杀，恐怕更是对生命的不尊重，而且也不是帮助他们的最佳方式。

基督徒相信，无论男人还是女人，都是“按上帝的形象所造”。因此，人的生

命。不过，有些基督徒认为，有一种情况例外——法庭的最终裁决以及正义的战争。在犹太人和穆斯林的信仰中，也有类似的观念。安乐死与 PAS（见图）强调其目的要合乎伦理道德以及法律规定，与一般的医疗行为不同的是，这是有计划的使人死亡。例如注射致命的针剂，以及放弃无效的治疗（见 CMF 会刊第七期）医学界以及法律界专业人士可

对同情的呼唤

同情是指对他人的遭遇或不幸表示可怜之情，是进行 PAS 的重要理由。

然而，因同情而支持 PAS 是错误的，因为表示同情的最好方式是照顾他人，实际上除了最特殊的情况，目前高超的医疗技术以及临终看护行为都可以减轻疾病所带来的痛苦，经验表示，一旦人们感觉舒适，他们常常会改变自杀的想法。

尊重他人的价值，使他们获得尊严的最佳方式，就是照顾他们，让他们尽可能觉得舒服和满足。这比简单的宣告某人无法医治或帮助他们死亡要好得多。

越自然的死亡是越有尊严的。

对自主权的要求

两种定义

CMF 为安乐死下的定义是，通过作为或不作为的方式，剥夺一个无生存价值的人的生命。

安乐死一词源于希腊语，意思是死的轻松或无痛苦，也被解释为仁慈的夺取生命，在医疗中，常指医生指示使用致命的药剂或疗法。

在医生协助下自杀是指由医生开具致命的药剂，但由自杀者本人自行实施的行为。

止任何人蓄意的剥夺其他人

以很轻易地区分纯粹的杀人与恰当疗法间的差别。

有些人要求拥有 PAS (或安乐死) 的权利, 因为他们认为问题的关键在于自主权 (自我决定), 然而自主权的定义很难界定。

近年来, 人们已经抛弃了只有医生才知道最恰当疗法的狭义观念, 这当然是一个好的现象, 然而, 正如约翰·唐恩所说: 任何人都不是纯粹的孤立的小岛, 每个人都是大陆的一部分^①。一个人自杀, 必将对周围的人产生深远的影响。一个人对自主权的行使同时也是对其他人相应权力的剥夺。

另外, 随意地行使 PAS 的自主权, 有可能会降低弱势群体在我们心中的价值与意义。

对于“按神的形象创造”并最终向上帝负责的人类而言, 自主权是如此的美好, 因为它带给每个人独特的个性。认真负责的行使自主权, 需要衡量好我们的权利 (哪些事能做) 义务 (哪些事必须做) 以及限制 (哪些是不能做) 之间的关系。自主并不等于人们可以随心所欲。

再有, 情绪沮丧、思维混乱、疾病痛苦, 以及来自家庭、朋友、医护人员和社会有意无意的“负担感”都会剥夺人们真正的自主权。这些因素很可能会引发人们对 PAS 的强烈愿望。问题在于, 当一个患者处于痛苦之中要求结束生命时, 我们有理由相信, 他的这种要求是源自痛苦感觉所造成的压力, 而并非是一种真正的自由选择^{②③}。

最后一点, 与自杀不同的是, PAS 并不是一种个体行为, 医生势必会牵连其

中, 因此患者的决定也侵犯了医生的自主权。

护人员, 都很难对某人的生存价值作出恰当的判断。

誓言与宣言

两千多年来, 医护人员始终将誓言与宣言作为约束自身的特定道德准则。

希波克拉底誓言 (公元前 400 年)

即使有人要求, 我也不会为其提供致命的药物, 并且决不提出类似的建议。

日内瓦宣言 (1948 年)

我将竭力维护包括胎儿在内的人类生命的尊严, 即使在治疗的名义下, 也决不运用我的医学知识从事违反法律与人性的行为。

医疗道德国际法规 (1949 年)

医生必须牢记维护人类的生命, 从胎儿直至死亡。

奥斯路宣言 (1970 年)

这一宣言重申, 要最大限度的尊重人类自胎儿起的生命。

马波拉声明 (1992 年)

医生协助下的自杀, 如同安乐死一样, 是不道德的行为, 必须受到医学界的谴责。

不愿成为负担

人们之所以要求结束自己的生命, 原因之一在于他们不想成为家人和朋友的负担, 这种负担可能是为照顾病人所付出的时间、金钱和感情。

那些要求 PAS 的人也许希望以此减轻家人的压力, 或是觉得还不如把时间和金钱花在其他的人身上更好。如果将 PAS 合法化, 就存在着有些人会被劝说提出 PAS 的危险。也许是通过诱骗, 也许是家人有意识地忽视患者 [见后面的国外经验]

医护人员的态度也可能对患者造成压力, 例如通过对医疗资源的使用等。实际上, 无论是家庭成员还是医

无论如何, 评价医疗工作的社会标准是看它对弱势群体的照顾情况。与其寻找“解决”他们的办法, 不如寻求为他们提供更有效的看护。

信任与帮助

医生与患者之间存在着一种特殊的关系, 这种关系建立在信任之上的——患者相信医生决不会伤害他们, 在古老和现代的医务誓言中, 都可以看出这种关系的存在。

如果将 PAS 合法化, 医生就将获得可以掌握生死的新特权。这就很可能会改变患者对医生固有的信任感。

实施任何有关 PAS 的法律也很困难，特别是在关键的证明人死亡时就更难了。

同时，人们也会丧失帮助他人的公益思想，对看护形成一种新的观念，而在传统观念中，我们应当完善医疗条件，培养自身能力去看

1961 年颁布的《自杀法令》使人们形成了一种错误观念，以为有权终结自己的生命，事实上，这项法令虽然认可了自杀行为，但却在各个方面阻止人们自杀。

该法令的基本原则是，

只有少数国家允许任何形式下的 PAS 和安乐死，其中荷兰又是一个例外，荷兰的法律否定了医生坚持要求拥有的决定权，而规定必须由病痛已无法减轻的患者自愿申请 PAS，即使对是垂危或病痛十分严重的患者也是如此。

英国上院曾派出一个委员会去荷兰了解他们是任何做到坚持这一原则的^⑤。但却发现荷兰的官方数据表明，在 3000 名安乐死的人里，有超过 1000 人没有任何证据证明他们的行为是自愿的^⑥。

这就表明，PAS 很难控制，很容易导致非正常的安乐死。

在美国，除俄勒冈外，所有的州都反对任何形式的仁慈的剥夺生命。1997 年 10 月 27 日，俄勒冈州公开与美国医学协会及教会人士对抗。通过了 PAS 合法化的议案——《死亡与尊严》法案，法案规定人们拥有缩短生命并从医生处获得药物自杀的权利，而且该权利的效力不可撤销。

官方表明，1998 年，俄勒冈州有 15 人死于过量用药^⑦，但有报告指出，由于该法案中存在缺陷，有可能导致统计数字不准。例如，如果医生认为某病例违反了法案原则，就不将此病例上报。

1999 年，在美国又掀起了新一轮争论，密执行安州一间法院以二等谋杀的罪名，判处杰克·克沃克思医生至少 10 年监禁，被谋杀人为 52 岁、因患肌萎缩而半身硬化的托马斯约克。克沃克思医生是安乐死及 PAS

病例

一旦意志不再消沉，症状得到医治，患者就会改变他们的想法。

60 岁的约翰做胸透后被查出了肺癌，他咳嗽的很严重。癌症已经扩散，无法治愈。

几周后，约翰的情况更遭，当他行走时会感到胸部巨痛，他变得很孤僻，意志消沉，越来越担心他的疾病会影响他的妻子。

在几个星期里，他反复地要求医生帮助他结束生命。因为他根本看不到坚持下去的希望所在。医生为他开了些特效止痛药和抗抑郁药物，把他介绍给一个晚期病人收容院的护理专家，专家郑重的拜访了约翰夫妇，倾听了他们的忧郁和恐惧，并调整了约翰的用药，约翰的病痛终于得到了控制，情况也有了好转，专家还安排约翰每周去一次收容院，这样他的妻子就可以休息一天。

在收容院里，约翰与其他人聊天并且培养了绘画的兴趣，虽然病情日益恶化，但他再也不想着要去自杀了。

三个月后，约翰在家中去世，临终前他告诉牧师，他很庆幸在自己想自杀时并没有那么做，而是选择了继续生活下去，尽管死亡是如此的临近。

护那些有需要的人，而不是去缩短他们的生命。

不仅如此，PAS 还会改变社会关于死亡和垂危的观念，其结果是人们更加不去照顾周围的人。那些难以照顾或者要花很大代价才能照顾好的人，会被视为二等公民。我们也会变得更加孤立，并且认为任何难题都有一种很干脆的解决方法。

法律与自杀

任何想自杀的人都必须是需需要医治和看护的患者。英国政府健康白皮书（书名：挽留生命）中这样认定：到 2010 年，健康国民^④的自杀率最少要降低五分之一，而 PAS 则是完成这一目标的障碍。

国外经验

的积极主张者，曾帮助过130人自杀。

正确的观点

良好的治疗与杀人是完全对立的事物。晚期病人收容院的规定以及临终看护都表明，对于PAS，我们应当有正确的观点，那就是，为患者减轻痛苦好过剥夺他们的生命，尽管这样有时代价会很大。上议院道德委员会对此的结论是：“人们无权选择安乐死，为年老、临终以及伤残人士提供适当的照顾是一种强制性的社会责任。”

当然，每个人都希望他们自己所爱的人以及被他们医治的患者可以死的很平静，但这并不代表人们可以选择这种简单的方法。

参考书目

1. 约翰·唐恩（1623年）《虔诚》17页
2. 杰克逊·H与科恩J（1999年）《医护伦理》25：16-21
3. 坎普贝尔·N(1999年)《医护伦理》25：242-4
4. 《挽留生命：我们的健康公民》（1999年）4386页
5. 《议会医学道德委员会关于选择的报告》(1993—1994年)《荷兰政府白皮书》21-I
6. 范德尔·瓦尔斯等人（1991年）《刺血针》338：669-674
7. 柴恩等人（1999年）《新英格兰医学》340：557-583

推荐阅读

安乐死—CMF 期刊文集。
安乐死与PAS—赞成或反对（1998年）杜肯·佛莱及布克 纽约奖杯出版社

基督徒医学联谊会会刊已出书目

- | | |
|-----|----------|
| 第一期 | 伦理学入门 |
| 第二期 | 动物实验 |
| 第三期 | 基督徒的伦理观 |
| 第四期 | 青少年性别特征 |
| 第五期 | 看护伦理学 |
| 第六期 | 人工生育 |
| 第七期 | 治疗的撤消和终止 |
| 第八期 | 依赖与沉溺 |

迈尔斯医生为伦敦米尔德麦医院的客座医生，是进行减轻病痛治疗方面的专业人士。

以上系列资料的复本可以从CMF（基督徒医学联谊会）获取。
 地址：伦敦 waterloo 路 1 5 7 号
 电话：0 1 7 1 9 2 8 4 6 9 4
 该系列由CMF医学研究会编辑。编辑人：彼得·莫尔博士。
 CMF为注册慈善机构。 登记号：1039823

