

第二十二期

Number22: EUTHANASIA

安乐死

作者 提姆·莫汉

By Tim Maughan

天下所有的父母都希望拥有健康的孩子和幸福的家庭。这种美好的希望可以部分地通过努力拥有所期望的孩子的数量和性别去实现。而这样做的动机可能是为了避免某些遗传病或是为了满足某种特殊的社会期望。问题是人们为了这种选择，在对其控制手段的追求上是否太过分了？

安乐死这个词来源于希腊语的两个词根“eu”（好的）和“thanatos”（死）。但现在它的含义已远远不止“好的死亡”了。“安乐死”的贴切定义是：通过行使或省略某种行为故意杀死一个被认为是失去生存价值的人。[1]这也是我们在此将要用到的定义。

安乐死可以通过专门施加或不施加某种行为实现。然而不论哪种情况，医生的这种特定选择都会结束一个病人的生命。这种行为的判定基础是这个病人的生命或被他自己或被某人认为已失去生存的价值。

在我们深入讨论这个话题之前，首先要明确有三种情况是不应被认为安乐死的。第一，停止或决定不实施某种没有医疗作用的救治不是安乐死。在此，没有医疗作用的救治是指这种治疗给病人带来的痛苦远远大于它所能带来的任何好处。

第二，有些治疗方式在减轻病人痛苦或缓解症状的

同时可能有缩短病人生命的危险。这种方式不是安乐死，而是“双重作用”。

第三，有行为能力的人有权拒绝治疗，而医生又不能违背他们的意愿而强行对他们进行治疗。如果病人因此而死，该医生不是在实施安乐死。

有些人用“消极的安乐死”来形容医生故意允许病人去死的情形。一些生命伦理学家说在这种情况下“杀人”就是“让人去死”。[2]不过，“消极的安乐死”一词令人费解。

关键的问题是“目的”。当任何治疗都不能缓解晚期病人的症状或没有治疗作用时，让他去死，一直以来都是被医学界认可的一种好的方式。而当病人本应得到有效的可以缓解症状或进行治疗的救助却没有得到，并因此而死去时，则是医生玩忽职守。

某些人认为缓解痛苦的治疗会缩短晚期癌症病人的生命，因此医生实际上是在

帮助病人走向死亡。在“双重作用”这一概念下，这种行为被认为是合乎职业道德的，因为医生的目的是缓解病人的痛苦，而非造成缩短病人生命这一不良后果。[3]事实上，如成功地缓解病人的痛苦，病人的食欲和健康状况因此得到改善，则可以达到延长生命的目的。

问题是我们一般很重视行为的目的性。这一点可以从我们对一般杀人罪、过失杀人罪、犯罪和谋杀等罪行的划分看出来。而且，行为的目的性也是我们界定某些免责范围时要考虑的重要因素之一。我们不只是仅仅根据行为的后果简单地处以统一的惩罚。我们甚至会考虑任何可能的选择。

如果我们忽略行为的目的性，我们将会变得没有人道。我们会振振有词地说我们的动机和目的都是不重要的，所有的这些结果都是生活本身的产物。如果当我们讨论关于结束生命的决定时，对做出这种决定的目的

不予考虑，我们是在把我们的医生当作没有人情味的人，他或她只不过是满足别人意愿的机器而已。

安乐死的支持者

人们对安乐死引起争论，主要是以下三种原因：同情，意志自由和经济原因。

同情

许多人担心到了疾病的晚期，他们会出现无法医治的症状或人们会让他们活得比他们所期望的时间还长。持同情观点的人认为与其让病人痛苦地活着，不如让他们有尊严地去结束生命。

这种观点是基于这样一种假设：对于任何一个使人产生安乐死想法的原因，已经没有办法救治。实际上，大多数生理症状如疼痛，痛苦等都可以被减轻，而且在大多数时候是可以有效治疗的。这种治疗可能需要由社区或济贫院或专门医院的能控制或减轻病人疼痛的专家来进行。类似的，患有运动神经紊乱症（一种严重的进行性神经错乱症）的人常常担心他们会因窒息而死。但来自最大最有经验的医院的研究表明，只要给予这些病人适当的治疗和照顾，这中情况就不会发生[4]。

有些疾病会对人有不可逆的令人不快的影响，如行

动不便或瘫痪，但患有这种疾病的人仍然可以拥有意义的人生。有些疾病的症状不是生理上的，而且单纯依靠药物无法让他们摆脱对死亡的恐惧。这是个很现实的问题。这就要求医生对那些面临死亡的病人不仅要给予医学上的治疗，同时也要从精神上给予帮助。真正的同情会给人以支持，使他们看到希望，使他们在忍受痛苦的同时，感到生命的意义和坚强。几乎没有病人在生理上，情感上，和精神上都能得到适当的照顾时还会要求安乐死。

意志自治

意志自由和人权的概念有着非常紧密的联系。1998年人权法确立了每一个人都拥有的一系列基本“权利”。任何人都无权阻止人们行使这样的权利。

结果有些人就根据病人有“死亡权”提出要实行安乐死。如在2002年，患有运动神经紊乱症的丹尼·普利提跑到欧洲法院争辩，说她拥有死亡权，这是对人权法案第二条生命权的运用。法院驳回了她的申诉，因为第二条中的生命权不包括选择何时结束生命这一权利，当然也不包括要求别人帮助去结束生命这一权利。所谓的“死亡权”指使某人生命结束的权利，更确切地说是被医生杀死的权利。

这种权利会对医生的权

利和自由产生影响。病人的死亡权给医生带来的是杀死病人的职责。赋予医生杀死病人的权利之另一后果是病人可能会失去意志自治。脆弱的病人可能会选择死亡而不是寻求医学帮助，因为担心他们的医生会劝告他们实行安乐死。

虽然在西方社会人们很注重意志自治，但人们也不可能想做什么就做什么。不可能有完全的意志自治，因为我们的决定会影响别人。显然，当一个人选择死亡时，他周围的人都会受到影响。

经济因素

有一种观点认为我们负担不起人们生存的费用。这一观点是由一些著名经济学家如欧洲复兴和发展银行前总裁雅克艾提利提出的。他说，只要一个人的年龄超过60-65岁，他对社会的贡献就会小于他的消耗，他的存在会消耗社会很多的财富——安乐死将会是我们未来社会中的一种基本手段。[9]

事实上，晚期病人的花费常常被夸大其辞。濒临死亡的病人常常只需要悉心的护理，虽然这样会需要大量的人力。除此之外即使有些病人需要医学治疗，他们所花费的费用都不会很高。

反对安乐死的观点

反对安乐死的观点主要也有三种，即没有必要，危险和道德错误。

没有必要

其他 CMF 文件讨论的相关问题

和安乐死相关的问题包括坚持或撤销持续生命的治疗的决定、[5] 预先指示、[6] 苏醒的病人、[7] 有行为能力的病人拒绝治疗和医生协助下的自杀[8]。

许多人认为晚期病人只有两种选择：或者在痛苦中慢慢死亡，或者接受安乐死。然而，事实上，还有一种中间道路可选，那就是给他们以创造性的充满同情心的照顾。

濒临死亡的病人可以在家里或疗养院得到有效的照顾。

下面通过对荷兰和英国的比较可以为我们提供详实的资料。在荷兰，安乐死是可以被接受的，而且只有一个非常不发达的济贫机构。而与此相对照的是，英国国会上议院委员会在 1994 年提议不能实施安乐死，并建议英国已经非常发达的医疗机构进一步增加医疗支出以帮助那些晚期病人。[10]

当然这并不否认有些人由于没有得到最先进的治疗而在家中或医院死去。但解决这一问题的方法是寻求更广泛和行之有效的治疗方法而不是提供安乐死。对安乐死合法化的真正的担心是它可能会降低对病人的治疗质量和减少治疗机会。

危险

晚期病人一般来说都比较脆弱，他们缺少缓解他们病症的知识和技能。他们常常对未来充满恐惧，担心他们的疾病给别人带来的影响。他们或感到沮丧，或错误地认为自己无用，从而可能会感到困惑或痴呆，难以完全客观地看待自己的情形。

这时如果对安乐死有选择的可能，是非常危险的。因为这将会鼓励那些脆弱的

和感到困惑的患者去选择死亡，而不是寻求家人、朋友和社会对他们的照顾。

许多老年人都感到自己是家庭或其照料者或社会的负担。他们可能会因压力太大而“自由自愿”地选择安乐死。脆弱的人尤其会对这样的暗示非常敏感：他们是朋友和亲人的负担。

此外，老人会觉得他们将会消耗尽所有的精神和物质的财富，孩子们的遗产会因此而减少，为此他们感到难过，那些钱可能会让他们的孙子读完大学。有证据表明，凡安乐死合法化的地方，人们都有这种压力。自从美国俄勒冈州宣布从生理上帮助自杀的行为合法化 5 年以来，35% 的接受死亡帮助的病人说，感到自己是家庭、朋友或其照料者的累赘是他们选择死亡的原因之一。[11] 问题是，我们希望拥有一个使老人和弱者都感到有寻求死亡的需要吗？

脆弱的人需要听到别人说他们是有价值的和被爱着的。他们需要知道即使要花费金钱和时间，我们也会尽最大努力优先为他们的健康和幸福着想。我们对待弱者和容易受到伤害的人这种方式，充分说明了我们这个社会的优越性。

1994 年英国国会上议院医学道德选举委员主席——底城特的劳德沃尔顿——是这样解释他们不允许实施安乐死的原因：我们认为不可能确保所有的安乐死都是病人真正自愿的，而且英联邦的法律自由不能滥用，同时我们也担心那些弱势群体——老人、孤独者、病人、沮

丧的人——会因感到压力而寻求早些死亡，不论是这种压力是真实存在的，还是他们想象出来的。[12]

在自愿安乐死被合法化且被人们接受的地方，常会导致非自愿的安乐死。这一点早在 1990 年的荷兰就被证实了[13]，仅那一年荷兰就有 1000 多病人在没被征得他们本人同意的情况下，通过安乐死这一方式被杀死了。

一份来自荷兰政府的报告表明，在 2001 年，大约 3500 宗安乐死案件中有大约 900 宗是医生在没有任何证据显示病人曾明确要求被实施安乐死的情况下，以这种方式结束了病人的生命。[14]

而且，在对安乐死的报告制度上，其实际执行情况与荷兰法律对此的预期相差甚远。例如，只有 54% 的医生履行了他们对实施安乐死应负的报告责任。据研究者估计，在荷兰，因安乐死而死亡的人数占该国每年死亡人数的 2.5%，即平均每年有 5 人死于安乐死，这其中还包括有孩子。

而荷兰皇家医学协会却对这些数字感到很高兴，因为对安乐死执行报告制的医生在增加，但同时也对那些不遵守规定的医生表示遗憾。

道德错误

传统的医学道德法规从来不支持安乐死。请看古希腊医师希波克拉底的誓言：“即使病人要求，我也不会给他们能致他们以死亡的药物，当然也不会建议他们这样做”。1949 年国际医学道

德法典宣称：每个一医生都必须始终牢记他们有责任从时间的角度上保全病人的生命。世界医学协会在其 1992 年的马伯拉宣言中肯定了被协助的自杀，如象安乐死，是不道德的，医学界的专家们必须对此加以谴责。

医学行为是以保全病人生命和减轻患者痛苦这样的道德准则为基础的。在医患关系之间引入“死亡合法化的”可能会破坏这种关系。医生对死亡的态度可能会变得强硬，他们可能会去制造死亡，会开始觉得他们的病人是可以任意处置的，尤其当他们是老人或晚期病人或残疾人时。

这样做的结果是这些弱势群体开始怀疑他们的医生的真正目的。在荷兰，残疾人已经开始越来越不信任他们的医生，不敢同意去医院 [15]——那个对于这些社会中的弱者来说，本应是安全的，能得到照顾的地方。

根本的问题

虽然去探寻使一个社会想去杀死那些社会中最无助和最需要帮助的人而不是去关心照顾他们的根本原因是一个艰难而漫长的过程，但也不能用实施安乐死来解决这一问题，这样只会带来其他的问题。

过分干预，忍受痛苦，害怕死亡，限定死亡方式和期限，这些都无助于个人乃至整个社会在这些问题上达成共识。

我们应该尽我们所能，不惜一切代价，去留住生命，即使收效甚微。我们需要分析我们对疾病、痛苦和

死亡的态度。我们应当留意那些需要我们照顾的人，应当尊敬老人，去体谅他们在现有社会结构中的艰难处境。最终我们需要重新发现责任心和信赖这样的美德。

对于生活在一个推崇健康和美丽的社会中来的人们来说，预计会患有严重疾病是一个可怕的情形。人们会觉得他们宁愿去死也不愿带有严重残疾地活着。然而，当他们真的处于这种情形中时，想法会截然不同。他们一步步走入这种情形之中，渐渐习惯了越来越糟的健康状况和他们遇到的问题。同时，他们开始逐渐意识到生命即使是在现在受到诸多限制的情况下——也依然是宝贵的。因此，对于那些健康的旁观者来说，安乐死好像是一种充满同情心的方式。但对于那些濒临死亡的病人来说，生命依然是一个奇迹，值得人们去为之奋斗。

基督教的解决方式

大多数宗教信仰都认为故意结束生命在道德上是错误的。基督教的一条基本信条就是人类是根据上帝的形象造出来的，因此最值得去尊敬，保护，向往和令人惊叹。结果，基督教的信徒们总是深深地投入到减轻人类痛苦的活动。他们常常参加照顾病人的活动及济贫院组织的活动。

每一个基督教信仰者心中都有这样的道德准则：

“分担彼此的困难”。[16] 他们被号召去用和基督耶稣同样的方式去爱别人，即为别人做出牺牲和愿意去为他人放弃自己的生命。所以，

在为晚期病人提供质量最好的照顾方面，基督徒们是走在最前面的。而且，圣经上非常明确地写着：生命是来自上帝的礼物，我们只是代为保管，[17] 我们无权夺走别人的生命。

在圣经中，死亡是对谋杀的惩罚。[18] 圣经在十诫第六条中明确禁止谋杀行为：“不可杀人。”[19] 这里“杀人”一词来自希伯来语“ratsach”，也就是希腊语“pheneuo”。旧约前五部书——摩西五经[20] 中用了四大段来进一步阐述这个词的意义。这些文字表明禁止“故意杀死一个无罪的人”。这就使它与非故意杀人、过失杀人、死刑和自卫区别开来。这一概念形成我们法律法规的基础。

但基督徒们同时也相信死亡并不是生命最终的结束。它会让人们通过审判或者与上帝共同生活在不再有死亡、伤心、哭泣和痛苦的天国[21]；或者永远地与上帝分开。对那些不能与上帝和好的人，安乐死不是一种同情的赦免，相反它会促使他们走向一场他们毫无准备的审判。这可能是我们能对他们所做的最坏的事了。

所以基督徒都应倡导对所有晚期病人都施予充满同情的照顾，而不是对他们实施安乐死，从而保证他们每个人都能从生理、情感和精神上得到满足。

参考书目

1. 希望宣传单。安乐死有时也挺好，不是吗？
2. 斯汀博克·B 和诺卡洛

斯·A. 杀害与听任死亡. 纽约福特汗姆大学出版社 1994 年

3. 西蒙·KM 和米勒·SA. 对濒死时痛苦的处置《美国整骨协会杂志》2001; 19 (10) : 599-608

4. 欧博润等. 运动神经紊乱症: 济贫院观察. 《英国医学杂志》1993; 304: 471-3

5. 威尔·D. 何时撤消或终止治. CMF 第 7 期. 伦敦: CMF. 1999

6. 保尔·J. 预先指示. CMF 第 19 期. 伦敦: CMF. 2002

7. 韦博·派洛·M. 不要复苏的困惑. CMF 第 13 期. 伦敦: CMF. 2001

8. 米尔·K. 在医生协助下的自杀. CMF 第 9 期. 伦敦: CMF. 2000

9. 引自: 沙罗蒙·M. 拉维涅 德拉维. 巴黎: 赛格斯. 1981. 273-275

10. 医学道德选举委员会报告. 伦敦: 皇家文书局 1994

11. 第五次俄勒冈州的有尊严死亡的年报第 6 条, 2003 年 3 月

12. 沃尔顿. 英国议会议事录. 1994 年 5 月 9 日第 1345 页

13. 1991 兰米林克报告《柳叶刀》1991; 338: 669-74

14. 谢尔顿·T. 有研究表明荷兰只有一半医生对安乐死实行汇报. 《英国医学杂志》2003; 326: 1164

15. 电报. 1998 年 10 月 15 日

16. 加拉太书 6: 2

17. 从神学的角度看伦理和道德问题. 《加拿大精神病学杂志》. 1986; 31: 97-100

18. 创世纪 9: 6, 7

19. 出埃及记 20: 13; 申命记 5: 17

20. 出埃及记 21: 12-14; 利未记 24: 17-21; 民数记 35: 16-31; 申命记 19: 4-13

21. 启示录 21: 4

22. 希伯来书 9: 27; 启示录 20: 15

**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	青春期性行为
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	依赖和沉溺
第九期	医生协助下的自杀
第十期	人为何物
第十一期	人类基因组
第十二期	无性繁殖疗法与干细胞
第十三期	不要复苏的困惑
第十四期	基因与行为
第十五期	人体实验
第十六期	无性繁殖
第十七期	资源配置
第十八期	灵魂与肉体的问题
第十九期	预先指令
第二十期	同性恋
第二十一期	性别的选择
第二十二期	安乐死
第二十三期	

提姆莫汉 是威尔士大学医院研究癌症的教授及威林德医院的肿瘤临床诊断顾问。

该系列文章由基督教医学联谊会的医学研究组编辑。编辑人: 彼德莫尔博士。这些文章中所表明观点不代表出版人的观点。以上系列资料的复本可以从 CMF (基督徒医学联谊会) 获取。