

论“安乐死”的构成要素及道德冲突

——基于医疗领域内对人的生命的一种医疗干预

林桂榛, 陈 瑛

(中国社会科学院 应用伦理研究中心, 北京 100732)

[摘 要] 严格意义上的“安乐死”即法律上应予以合法化的“安乐死”, 是指在医疗领域发生的, 由医护人员来实施的, 由疾病患者所要求并且由疾病患者来承担的, 旨在无痛苦地解除患者痛苦并且该目的之实现在技术和操作上是可行的一种人为致人死亡的死亡实施或死亡过程。“安乐死”之所以为社会所广泛关注和争议, 除了“安乐死”在具体实施方面的有关困难和风险之外, 就是因为它必然地涉及各种尖锐复杂的伦理关系, 并深刻地蕴含着来自人类若干普遍性道德原则的价值冲突。

[关键词] 死; 安乐; 安乐死; 构成要素; 承担主体; 实施主体; 操作程序; 道德冲突

[中图分类号] B82-052 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1008-942X(2002)03-0087-08

“安乐死”一词是舶来品, 中文的字面意思是“安乐之死”^①。由于汉语动词的特定用法, “安乐死”有“……(谁)安乐死”和“使……(谁)安乐死”两种语义, 恰好分别对应于“安乐死”的原本词语——*euthanasia* 的两个基本义项: (1) *gentle and painless death for a person*; (2) *bringing about of a gentle and painless death for a person* [1](p. 411)。也就是说, “安乐死”一词的基本含义就是指“安详无痛苦的死亡”或“安详无痛苦的死亡术”(mercy killing)。这里, “安详无痛苦”与否并不单指肉体感受上的疼痛与否, 而且也指精神感受上的痛苦与否, 即包含 *physical suffering or discomfort* (肉体苦楚) 和 *mental suffering or distress* (精神苦楚) 两个方面。由于“安乐死”字面上的意思是“安乐之死”, 可见, 它首先是从死亡主体死亡过程中的实际生命感受来界定这种死亡形式的, 即它首先强调的是人死亡过程中的“安乐”性。从死亡主体死亡过程中的“安乐”性来界定“安乐死”, 则“安乐死”就是指使人的生命感受上最小限度地承受痛苦和最大限度享受安详的一种死亡实施或死亡过程。

最广义上的“安乐死”, 是指“安乐”性的死亡, 是指使生命尽量安详无痛苦地终结的一种死亡实施或死亡过程; 因而, 一切采用(作为和不作为)某种生命干预而使人的生命较之不采用某种生命干

[收稿日期] 2001-10-08

[作者简介] 1. 林桂榛(1974-), 男, 江西兴国人, 中国社会科学院应用伦理研究中心哲学硕士, 主要从事实践伦理、应用伦理等方面的研究; 2. 陈瑛(1939-), 男, 河北深县人, 中国社会科学院哲学研究所、中国社会科学院应用伦理研究中心研究员、博士生导师, 中国全国伦理学学会副会长兼中国社会科学院应用伦理研究中心主任, 《道德与文明》杂志主编, 主要从事中国古代道德思想、道德学说和实践伦理、应用伦理等方面的研究。

① 关于中文“安乐死”一词的词源学分析, 香港浸会大学(HongKong Baptist University)的罗秉祥先生有较全面的论述, 参见其《儒家的生死价值观与安乐死》一文, 载《中外医学哲学》(Chinese & International Philosophy of Medicine)第 1 卷第 1 期第 35-73 页, Swets & Zeitlinger Publishers, 1998, Hongkong.

预更能安详无痛苦地终结生命历程的死亡实施或死亡过程,在最广义上都可以称之为“安乐死”。严格意义上的“安乐死”,是指在医疗领域发生的,由医护人员来实施的,由疾病患者所要求并且由疾病患者来承担的,旨在无痛苦地解除患者痛苦并且该目的之实现在技术和操作上是可行的一种人为致人死亡的死亡实施或死亡过程^①。

那么,具体言之,严格意义上的“安乐死”究竟应有哪些构成要素呢?或者说具备什么样条件的“死”才算是严格意义上的“安乐死”呢?我们认为:严格意义上的“安乐死”作为对人的生命的一种医疗干预——本文的以下讨论都是建立在“安乐死”的这一基本界定之上的——它必须同时具备下列基本的构成要素[2](pp.126-128):

第一,死亡实施的情境:必须是在医疗领域内发生的对人的生命的一种医疗干预,不在医疗领域发生的对生命的干预,不管“安乐”与否,它都不构成严格意义上的“安乐死”,如刑罚上以药物注射来对死囚执行死刑等等。“安乐死的实施是在医学背景之下由医生所进行的某种特殊的医疗干预行为”[3](p.88)，“当代医学情境中的安乐死与纳粹的所谓‘安乐死’完全不同”[3](p.90)。

第二,死亡实施的目的:不管对谁,接受死亡实施和执行死亡实施的首要目的乃至是全部目的,必须是解除死亡主体生命终结前生命感受上的痛苦,否则就不构成严格意义上的“安乐死”。“显然,如果有人为了从一个正遭受着不可医治的疾病折磨的患者的死亡中获取经济好处而杀死他,如果我们的动机主要是出于自我利益,那么,这就完全是谋杀而不是安乐死。如果一位有可能康复的患者完全出于不增加家人的经济负担而要求安乐死,这时患者并没有完全按照自己的最佳利益来作出决定,这也不是安乐死的实例。”[3](p.88)

第三,死亡实施的效果:死亡实施的效果必须是死亡主体所能接受的“安详无痛苦”或相对“安详无痛苦”,即对人实施某种致死手段较之不实施某种致死手段更能使人相对安详无痛苦地终结生命,并通过这种“死”来彻底解除身心上不可承受的痛苦。效果上一切使死亡主体身心上无法予以承受的死亡实施,它都不构成严格意义上的“安乐死”。

第四,死亡承担主体的主体资格:(1)生命健康方面,死亡主体的生命必须有当前条件下不可医治的严重疾病,并且这种当前条件下不可医治的严重疾病又是造成死亡主体极端痛苦的直接原因,即他必须是严重疾病之患者。(2)生命感受方面,死亡主体的生命感受必须是极端痛苦的,即死亡主体感到痛不欲生或生不如死(无生命感受能力者可按“善意推定”的原则进行判别),并且生命感受上的极端痛苦是同意死亡实施或要求死亡实施这一自由意志发生或存在的直接原因。(3)在生命意志方面,死亡主体的生命意志必须是存在的、自由的,并且是有能力如实表达的——无自由意志或有自由意志但无意志表达能力者,其意志和意志表达可按“善意推定”和“代理选择”的原则进行相应的判别和确定,如无脑儿、全脑死亡的植物人、不可逆的昏迷病人等。但是,无自由意志或有自由意志但无意志表达能力者能不能被实施“安乐”性死亡?这在道德原则上还是值得深入怀疑和讨论的。

第五,死亡实施主体的主体资格:医生的“天职”(calling)是救死扶伤、祛苦去痛,且鉴于“安乐

^①“安乐死”的定义在国内外的文献上甚为繁多,多数是在泛泛而论地界说它的一般含义;即使是界说它的一般含义,各人也有各人的表述,目前没有统一的定论,这里就不再赘引有关的文献。至于详细讨论严格意义上的“安乐死”的定义的,英文文献的代表作是美国 Tom L. Beauchamp 和 Arnold I. Davidson 的 *The Definition of Euthanasia*, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1979, Vol. 4, No. 3。中文文献的代表作是首都医科大学翟晓梅博士的《安乐死的概念问题》,《自然辩证法通讯》,2000年第3期。但是,这两篇文献用的都是“当且仅当”的数理逻辑模式来逐步列举和论证严格意义上的“安乐死”成立的全部必要条件,行文复杂冗长,最后也并没有形成一个简洁通便的并诉诸于一个句式结构的语言界定。本文在总结这些已经出版的研究成果的基础上,首先给出自己对严格意义上的“安乐死”的一句话之界定,然后从“构成要素”这一角度出发,相应地分析严格意义上的“安乐死”其成立的各种必要条件,并力求思维和语言上的简洁、清晰与明了(这部分内容为本文行文的第一部分)。

死”死亡实施的情境要求,鉴于“不可医治”的判认和“安详无痛苦”或相对“安详无痛苦”的判认、实现须由医护人员来完成,所以,死亡实施的主体必须是有资格执行该死亡实施并且是愿意执行该死亡实施的医护人员,即必须是正常心理状态下和正常业务能力下的医护人员。

第六,死亡实施操作的操作程序:必须符合上述死亡主体资格的患者首先自愿而主动地提出“安乐”性死亡的死亡要求并通过审批、审查而许可、认定后,再由符合上述死亡实施主体资格的人自愿而人道地采用“安乐”在技术上和手段上是可行、有效的致人死亡的医疗干预之措施,以达到“安详无痛苦”或相对“安详无痛苦”地终结人的生命的人道之效果。

我们认为,在法律上,或者在最严格意义上,“安乐死”的程序必须是要求“安乐”性死亡的疾病患者首先自主自愿地、主动诚恳地提出“安乐”性死亡的死亡申请,然后再由专门的伦理、法律委员会进行相应的资格审查,以确定实施与否以及如果实施的话其具体实施的有关方式如何。相应的,最严格意义上的“安乐死”其对象应仅限于有意志能力并且是如实表达了该死亡意志的疾病患者,从未主动表达过同意或要求“安乐”性死亡的疾病患者不得被执行“安乐”性死亡。因为法律上许可对无意志能力和无意志表达能力的患者以及有意志能力和有意志表达能力但未实际表达过“安乐”性死亡之自由意志的患者实施所谓的“安详无痛苦的死亡”,其借“安乐死”之名而恶意杀人的社会风险是普遍存在的。

概而言之,在一般意义上,某种人为致死的死亡之所以成为严格意义上的“安乐死”乃至是最严格意义上的“安乐死”,是因为如下要素:

- 第一,死亡实施的目的必须是善意的;
- 第二,死亡实施的效果必须是安乐的;
- 第三,死亡主体必须是患有不可医治之严重疾病的患者;
- 第四,死亡主体必须是遭受不可忍受之极端痛苦的患者;
- 第五,死亡的实施必须是患者主动要求并且自愿承担的;
- 第六,死亡的实施必须是医疗条件下由医护人员执行的。

完全由自我来实施的“安乐”性死亡像其他的自杀性死亡一样,由于死亡实施的主体和死亡承担的主体是完全一致的,并且实施主体的生命会随着承担主体的死亡而彻底终结,由此就消失了死亡的道德责任归属于谁的问题。至于由他人来完全实施或者由他人来协助实施的“安乐”性死亡,其复杂程度远远胜于完全由自我来实施的“安乐”性死亡。严格意义上的“安乐死”既不是由自我来实施的自杀(包括“安乐”性自杀和“非安乐”性自杀),也不是由他人来协助实施的自杀,而是由死亡主体之外的人——医护人员——来执行的死亡实施或死亡过程。“实施安乐死的行动者与死亡主体分离,这使安乐死概念与‘自杀’或‘医生帮助自杀’的概念区分开来,排除了患者自杀、医生协助自杀以及非由医生实施的种种‘安乐死’案例。”^[3](pp. 88-89)

至于具备什么样具体主体资格(如年龄、社会身份、生理状态、心理状态等)的人可以被执行“安乐死”?具备什么样的具体主体资格(如年龄、社会身份、生理状态、心理状态等)的人可以对被执行“安乐死”的人执行“安乐死”?以及执行“安乐死”在具体实施上必须具备什么可以最大限度地限制发生“非安乐死”之风险的操作程序(如申请、审查、观察、执行、备案等)?这些都有待医疗上和法律上予以具体解决,并作出相应的制度安排,对此,在哲学层面上我们不予详细讨论。

二

“安乐死”之所以有人强烈反对,也有人大力赞成,除了“安乐死”在具体操作上的各种困难(比

如“不可医治”的判定和“安详无痛苦”的实现)和风险(比如恶意谋杀的发生和患者轻率决策的发生)之外,就是因为它必然地涉及了各种尖锐复杂的伦理关系,并且深刻地蕴含了来自人类若干普遍性道德原则在其内在价值指向上和实际行为指令上的道德冲突。在医疗领域内,由患者的医疗、护理等所引发的伦理关系主要有六种,其中关系的主体有四者,即患者、患者家属、医护人员、社会整体(下面分别简称“患者”、“家属”、“医生”、“社会”)。而这四者共同构成了六种互动的伦理关系,如图 1 所示:

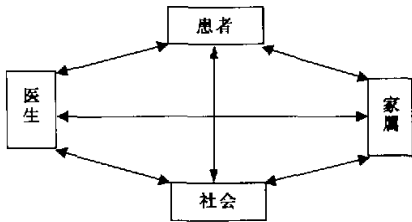


图 1 “安乐死”问题上的伦理关系及伦理关系之冲突^①

比如,患者可能与医护人员发生意愿上或实际利益上的冲突,患者又可能与患者家属发生意愿上或实际利益上的冲突;患者家属不仅可能直接与患者发生意愿上或实际利益上的冲突,而且也可能与医护人员发生意愿上或实际利益上的冲突;医护人员自然也可能与患者以及患者家属发生种种意愿上或实际利益上的冲突。至于患者、患者家属、医护人员,他们都可能与代表“社会公意”的“社会”这一抽象之关系主体发生某种意愿上或实际利益上的冲突。

“安乐死”问题的复杂与深刻,“安乐死”合法化的艰难与曲折,根本的不在于具体的伦理关系,而在于各种具体的、表象的伦理关系背后隐藏着来自人类若干普遍性道德原则在其内在价值指向上和实际行为指令上的道德冲突^②。涉及生死的社会普遍道德原则主要有四个[4](pp. 283-289),这些社会普遍道德原则是真实的,多样的,人的具体行为可能直接与某个或某几个道德原则发生冲突,也可能不同的道德原则,作为原则它们在某种特定的情境下也是直接相互冲突的(如图 2 所示)。

① 图中,如果“家属”一方和“医生”一方都不止于一个个体,那么,每一方的这多个个体之间也存在着特定的伦理关系,并且可能发生相互的冲突。“社会”,这里指代表“社会公意”的“社会整体”(抽象的)。

② 死亡和致人于死亡不仅仅是一个复杂的生理问题、技术问题,更是一个复杂的社会问题,因为它不仅涉及死亡者的“灵”与“肉”,而且也涉及死亡者灵肉之外的种种社会关系,涉及到许多人。七十多年前,学医学出身的鲁迅先生在《朝花夕拾·父亲的病》(1926年10月)一文中,就给我们描述了他在他父亲死亡(痛苦地)时的矛盾而痛苦的心理感受,那种感受和现在许多人对于自己亲人痛苦地历经死亡过程的复杂感受是一样的;“中西的思想确乎有一点不同。……我的一位教医学的先生却教给我医生的职务道:可医的给他医治,不可医的给他死得没有痛苦。……父亲的喘气颇长久,连我也听得很吃力,然而谁也不能帮助他。我有时竟至于电光一闪似的想道:‘还是快一点喘完了罢。……’立刻觉得这思想就不该,就是犯了罪;但同时又觉得这思想实在是正当的,我很爱我的父亲。便是现在,也还是这样想。”“……‘父亲!!!’什么呢?……不要嚷。……不……”他低低地说,又较急地喘着气,好一会,这才复了原状,平静下去了。“父亲!!!”我还叫他,一直到他咽了气……我现在还听到那时的自己的这声音,每听到时,就觉得这却是我对于父亲的最大的错处。”那是1896年,鲁迅才15周岁,他听了邻居衍太太的劝说,在他父亲逝世的时候大声地喊叫他父亲,从而没有让父亲安静而平和地完成这个过程,安静而平和地走向另一个世界。所以,鲁迅认为这是自己一生对父亲的最大的过错,而父亲已永远不在人间,他只能永远责备自己一辈子,责备自己“打扰”了父亲本应是安静而平和的告别。鲁迅不仅在这篇文章里直接申明要对濒临死亡的痛苦患者“可医的给他医治,不可医的给他死得没有痛苦”,而且在这篇文章里直接申明要对濒临死亡的痛苦患者“应该进步些,无须给死者这么多的苦痛。”——这和各国废除酷刑乃至是废除死刑的目的是一致的,和我越来越多的地方开始采用药物注射代替枪决以对犯人执行死刑的目的也是一致的;死也要死得人道乃至尊严。

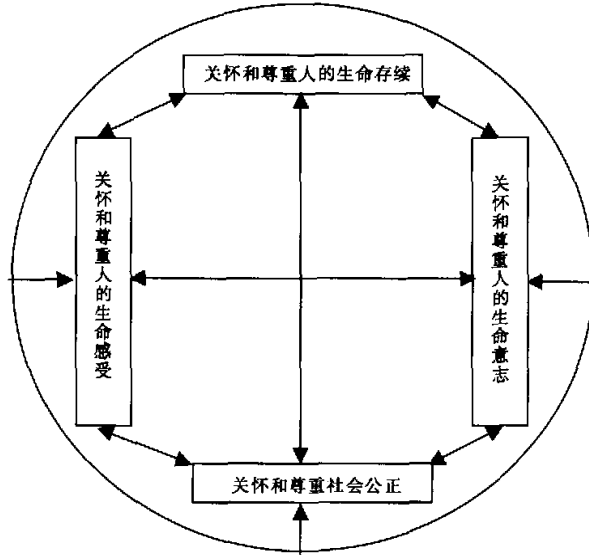


图2 “安乐死”问题上的道德原则及道德原则之冲突^①

第一个原则,关怀和尊重人的生命存续。“当你尚有一丝的可能性去避免人的死亡时你却让人死亡,那是不道德的。”[5](p.436)以古希腊哲学家毕达哥拉斯为代表的一些哲学家也曾表述过这种普遍性的道德原则,他们强调生命的神圣,只要是生命就必须予以保护而不论其生命质量如何;“毕达哥拉斯认为:‘生命是神圣的,因此我们不能结束自己或别人的生命’”[6](p.38)。中国俗语则云:“好死不如赖活”;“救人一命,胜造七级浮屠”;“杀人可恕,天理难容”。在该普遍性道德原则的单一指令下,人的生命存续有不以其他事物为背景的价值和地位,生命的存续即使作为纯粹单一的存在,它本身也是神圣的和崇高的,人有维护生命存续的直接道德责任,人为地终结生命是罪恶的、不道德的。“安乐死”作为一种人为施与的死亡方式,恰恰首先是与该普遍性道德原则直接相违背的。而在该普遍性道德原则的指令下,医疗领域内的医护人员较之一般人更有救死扶伤的神圣职责,由医护人员执行死亡实施,更是强烈地违背了医护人员的基本道德职责。

第二个原则,关怀和尊重人的生命感受。“人们选择快乐,避免痛苦……快乐为一切生物(有理性的和无理性的)的所追求……快乐就是善。”[7](pp.211-212)“人之生也,求幸福而避痛苦,乃当然之天则。”[8](p.44)任何生物体在本质意义上都是趋乐避苦的,自然赋予了他们这样一种本原性的能力;痛苦,不管是肉体的还是精神的,对生命来说都是一种为他们所直接抗拒和排斥的生命伤害。在该普遍性道德原则的单一指令下,不积极主动地采用某种措施乃至是致生命于彻底终结(当生不如死的时候)的措施,以有效地缓解和消除人的痛苦尤其是极端之痛苦,都是不道德的、不人道的。而出于关怀和尊重人的生命感受这一善意的目的而伤害患者的生命健康乃至直接致患者于死亡,从而一劳永逸地消除患者不可承受的痛苦,这显然与上述第一普遍性道德原则是直接相违背的。另外,当患者、患者家属、医护人员等人的生命感受不一致时,就存在一个究竟关怀和尊重谁的生命感受的问题。

① 图中,圆形曲线表示人的具体行为,圆形曲线与方框之间的箭头表示人的具体行为与道德原则的冲突,而方框之间的箭头则表示不同道德原则在人的某种具体行为中所展现的相互间的道德原则之冲突。

第三个原则,关怀和尊重人的生命意志。一般意义上人是有自主意识、自由意志的生命形式,自主意识、自由意志是人类高于一般动物之所在;关怀和尊重人的生命意志,是人类社会早已形成了的普遍性道德原则。在该普遍性道德原则的单一指令下,违背和横逆人的自由意志是不道德的,比如对要求死亡的人不实施终结其生命的干预行为与对不要求死亡的人实施终结其生命的干预行为一样,都是不道德的;而遵从患者的意愿却横逆患者家属乃至是医护人员的意愿来对患者实施“安乐”性的致死措施,对患者家属乃至是医护人员来说,又无疑是不道德的(意志自由与否在法律层面上尤为重要)。

如何切实尊重患者的生命意志以及如何让患者切实表达自己的生命意志,是“安乐死”问题的核心之一。而无意志能力或无意志表达能力的患者能不能被实施所谓的“安详无痛苦的死亡”?若能,人们如何来“善意推定”他在生死选择上的自由意志以及由谁来“代理选择”,则更是一个复杂的问题。如前所述,在法律上或在最严格意义上,“安乐死”的对象应仅限于有意志能力并且是如实表达了死亡意志(知情同意或主动请求)的疾病患者。因为法律上许可对无意志能力和无意志表达能力的患者以及有意志能力和有意志表达能力但未实际表达自由意志的患者实施所谓“安详无痛苦的死亡”,其借“安乐死”之名而恶意杀人的风险是普遍存在的。社会既需切实关怀和尊重每一位患者的自由意志,又需慎重考虑该患者的意志之表达是否真实,以及外来的生命干预是否真正符合该患者的实际权益,从而防止患者的被恶意谋杀和患者的意志决策之轻率——如一时的情绪冲动。

第四个原则,关怀和尊重社会公正。社会既需关怀和尊重单个人的权益,同时,也需关怀和尊重该单个人之外的人的权益,关怀和尊重社会公正;关怀和尊重社会公正,是人类社会早已形成了的另一个普遍性道德原则。在该普遍性道德原则的单一指令下,采用某种医疗干预措施而有意地致某些无可挽救的疾病患者于生命的彻底终结是合理的;相反,不采用某种医疗干预措施而有意地致某些无可挽救的疾病患者于生命的彻底终结就是不合理的。比如,动用大量的人力、物力资源去抢救本没有救治之可能性的濒亡患者,这实际上只是在延缓患者死亡到来的一点时间而已;这样耗费大量的资源于他们身上,于患者家庭或患者亲属的经济负担,于其他患者的医疗护理,于整个社会的医疗卫生事业的发展,某种意义上是不合理的。故而,中国权威的生命伦理与医学伦理研究专家邱仁宗先生早就指出:“安乐死可使社会将有限资源合理使用于急需之处,有利于社会的稳定和发展。”[9](p.195)然而,关怀和尊重社会公正这一道德原则体现在实际案例上,往往是与第一个普遍性道德原则相违背的,乃至是与第二个、第三个普遍性道德原则相违背的。

不管关怀和尊重社会公正与其他道德原则有怎样的冲突,有一点是完全清晰的,那就是在这几条道德原则中,第四条原则永远不是第一位的,它永远不可能成为“安乐死”道德上合理化和法律上合法化的首要理由,而最多可以充当一个支持“安乐死”的辅助性的理由。如果把“维护社会公正”作为实施所谓“安乐死”的首要理由的话,那么,“维护社会公正”就将发展成为某些人残杀另一些人的堂皇的借口,这种借口下的实际面目恰恰就是法西斯式的罪恶行径。这种行径,就是对人道主义原则的最严重挑战与破坏,就是对人的权益的最严重挑战与侵害。同理,即使“维护社会公正”或“维护社会进步”能成为反对“安乐死”的一种理由(如为了维护医疗科学或医疗技术的发展),它也不能成为反对“安乐死”的首要理由;否则,“维护社会公正”或“维护社会进步”也将会发展成对人的意志、权益或尊严的一种无比的漠视,发展成为一种社会对个人痛苦的强制性的纵容。

三

由于患者的不幸也关乎他人生活尤其是亲属的生活,从而可能给他们的生活和心灵带来他们所不期望或期望的种种影响,所以,一个患者是否实施“安乐死”以及怎样实施“安乐死”,我们也要

关怀和尊重患者亲属的意愿,关怀和尊重患者亲属的心理感受和心理意志。加上医护人员在“安乐死”问题上的特殊地位和独特作用,这样,在“安乐死”问题上,我们就从前面四个较抽象的道德原则延伸出了下面六个较具体的道德原则:

1. 关怀和尊重患者的生命存续;
2. 关怀和尊重患者的生命感受;
3. 关怀和尊重患者的生命意志;
4. 关怀和尊重患者亲属的感受与意愿;
5. 关怀和尊重医护人员的职责与意愿;
6. 关怀和尊重资源分配上的社会公正。

人为地致人死亡与第1个道德原则是相违背的,并且可能因为违背人的生命意志而与第4、第3、第2个道德原则相冲突。不人为地致人死亡,又可能因为患者的现存痛苦和意志要求而与第2、第3个道德原则相冲突,也可能因为浪费资源而与第6个道德原则相冲突。而即使采用技术上和操作上是完全可行的“安详无痛苦的死亡”,并且死亡的实施也完全符合死亡主体死前的意志要求,这也仍然可能与第4、第5个道德原则相冲突,并且也自然与第1个道德原则相冲突。仅仅“安详无痛苦的死亡术”本身,它可以充当由他人来执行的“恶意杀人”之手段,也可以充当由他人来执行的“善意杀人”之手段;它可以充当完全由自我来执行的自杀之手段,也可以充当由他人来协助执行的自杀之手段。

“安乐死”作为一种出于人道主义关怀的,使不可承受疾病之痛苦的不可救治之患者(a person suffering from a painful incurable disease)“安乐”性死亡(解除痛苦)的合理之医疗干预,它在构成要素上如何严格地把握其既必要又充分之条件,并如何来规定其死亡实施上的具体操作程序,是关怀和尊重弱者实际权益并使之不受侵害的一个重大而敏感的社会问题。“安乐死”是不可阻挡和避免的社会现象,“安乐死肯定是21世纪医学伦理学的重要课题”[10](p.63)。为了更好地尊重和保护弱者的权益以及避免尊重和保护弱者权益的人过多地承担不合理的法律风险,“安乐死”死亡实施主体的主体资格,“安乐死”死亡承担主体的主体资格,以及“安乐死”死亡具体实施的操作程序等,都有待国家法律上尽快予以深入研究和具体确立^①。

(本文初稿于2000年9月,并曾承蒙中国社会科学院应用伦理研究中心研究员兼中国卫生部医学伦理专家委员会委员、中国人类基因组ESLI委员会委员、中国遗传学会ESLI委员会副主任委员王延光女士审阅并提供部分研究资料,另外也曾承蒙香港浸会大学应用伦理学研究中心提供部分外文研究资料,在此谨一并致以诚挚的谢意。)

[参 考 文 献]

- [1] A. P. Cowie. Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English: Fourth edition[M]. Oxford: Oxford University Press, 1989.
- [2] 陆莉娜,朱宗涵. 高新技术在医学领域的应用;上册[M]. 北京:长征出版社,1999.
- [3] 翟晓梅. 安乐死的概念问题[J]. 自然辩证法通讯,2000,22(3):86-92.

^① 本文的价值在于试图以一种简洁的语言来设置和论证严格意义上的“安乐死”(这恰是我们主张应合法化的“安乐死”)的定义及其构成要素,并以一种哲学的思维或视角来探求和阐释了“安乐死”问题复杂性、争议性的根本原因——人类普遍性道德原则的多样性和特定情境下的相互冲突性(如图2)。至于罗列和分析到目前为止的国内外“安乐死”之界说,考析“安乐死”法律化的程序或案例(某些国家或地区),以及论定未来“安乐死”合理而具体的执行程序等(尤其在我国),乃不在本文的论旨之内。

- [4] Martin Gunderson, David J. Mayo. Altruism and Physician Assisted Death[J]. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1993,18(3):281 - 295.
- [5] Nicola Bourbaki. Living High and Letting Die[J]. *Philosophy*, 2001,76(297):435 - 442.
- [6] 张田勤. 对安乐死立法难的思考[J]. *山东医科大学学报(社会科学版)*, 1998,(1):37 - 40.
- [7] 亚里士多德. 尼各马科伦理学[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 1990.
- [8] 陈独秀. 独秀文存[M]. 合肥: 安徽人民出版社, 1987.
- [9] 邱仁宗. 生命伦理学[M]. 上海: 上海人民出版社, 1987.
- [10] 陈仁彪, 高志炎, 丘祥兴. 迎接 21 世纪的医学伦理学[J]. *医学与哲学*, 2000,21(3):61 - 64.

[责任编辑 徐 枫]

“Euthanasia” Inscapes and Ethical Conflicts

— as a medical interference in human's life in the medical field

LIN Gui-zhen, CHEN Ying

(*Center for Applied Ethics, the Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China*)

Abstract: Euthanasia, especially euthanasia connected with the law, has been a public concern in Europe and North America and other developed countries since 1960's. And it had remained a great controversial issue in the Mainland of China in the 1980's owing to the Euthanasia Case of Hanzhong, in Shaanxi Province. Now, the phenomena or the problems of euthanasia are often discussed or reported in the media in China such as newspapers, magazines, internet, radio, TV and so on. In the broad sense, euthanasia means “to die serenely and painlessly” or “serene and painless dying technology”. In other words, it means “a gentle and painless death for a person” or “bringing about of a gentle and painless death to a person”. In most countries and regions, it is against the law for doctors or others to practice euthanasia. And strictly speaking, in our opinion, euthanasia which should be recognized by the law of a nation is carrying death into execution or dying process that happens in the medical field and assisted by medical staff because patients demand it and promise to bear it. The aim is to painlessly relieve their pains and the precondition is the feasibility in technology and operation. The death undertaker and enforcer and concrete dying operation procedures should all meet corresponding regulations. Euthanasia causes comprehensive social attention and controversies. Besides being difficult and risky in its concrete implementation, it is inevitably involved in various, complex ethical relations, and is engaged in values conflicts of universal mankind morality.

Key words: death; gentle and painless; euthanasia; inscapes; undertaker, enforcer, operation procedures; moral conflicts