

中國人有關安樂死的價值選擇

郭清秀 靳風林 耿洪剛

摘要

針對在中國長期爭論的安樂死問題，作者採用發放封閉式調查問卷的方法，對中國河北省保定市南市區和郊區的400名工人、農民、幹部和醫務工作者進行了調查，通過對調查結果的全面分析可以看出，主張安樂死的人以農民所佔比例最小，以醫務人員所佔比例最大；文化程度越高，對安樂死的支持比例越大；多數人主張由醫生、家屬共同決定安樂死的實施；而安樂死的執行大部分人認為應由醫生或第三者進行；而且多數人主張實施安樂死必須立法。

本文以該調查結果為基礎，進一步對中國大陸人對於安樂死的態度、看法及價值選擇情況進行了分析

郭清秀，教授，河北省職工醫學院醫學倫理學教研室，郵編：071000；靳風林，副教授，河北大學哲學系，郵編：071002；耿洪剛，副主任醫師，河北省職工醫學院醫學系，郵編：071000。

《中外醫學哲學》I：1（1998年2月）：頁137~149。

© Copyright 1998 by Swets & Zeitlinger Publishers.

與探討，說明了中國傳統文化對大陸人安樂死態度的深刻影響。

關鍵詞：安樂死，價值選擇，家族宗法制，孝悌

怎樣看待安樂死？安樂死在中國是否可行？1980年以來，在中國醫學界、倫理學界、哲學界、法學界進行了激烈的爭論，贊成者有之，反對者有之，至今莫衷一是。1987年我們在河北省保定市對近400名工人、農民、幹部和醫務工作者進行了調查，其目的在於探討中國大陸人對於安樂死的態度、看法及價值選擇，這項調查距今已有十年的歷史。在這十年中，雖然中國社會發生了深刻的變化，但價值選擇深深植根於中國傳統文化的內核之中，在人們的思想意識中變化較為緩慢。因此我們認為這項十年前所做的調查，對於瞭解今天中國大陸人在安樂死方面的價值選擇情況仍然具有較高的使用價值。此外，我們把本次調查結果同近期中國臨終關懷研究中心所做的同類調查進行比較⁽¹⁾，發現兩次調查結果基本相同。因此，我們認為本次調查至今仍然具有很強的現實意義。

一、調查方法

1. 調查時間、地點、對象及內容

1987年11月我們在河北省保定市南市區和郊區分別對

(1) 崔以泰，“國人對死亡的態度”，《首屆東西方臨終關懷研討會論文集》，天津醫科大學內部出版，1993，第7頁。

400名工人、農民、幹部及醫務工作者進行調查。主要針對晚期癌症病人、不可逆“植物人”、嚴重畸型兒處置方式的選擇，我們共設置了三種處置方式：1) 應不惜一切代價進行搶救；2) 採取支持療法；3) 實行安樂死。其中涉及不同職業對死亡處置方式的選擇，不同文化程度對死亡處置方式的選擇，不同年齡對死亡處置方式的選擇，實施安樂死由誰決定，實施安樂死由誰執行，實施安樂死是否需要立法等問題。由於該項調查所選對象與中國其他地區同類人員情況十分相似，故在一定意義上也代表了普通大陸民眾的一般看法。

2. 調查手段

製成調查問卷為調查工具，發放封閉式調查表，要求被試者根據自己的想法逐項如實填寫。其中文盲受試者由調查人員依據提問和回答的實際情況如實代為填寫。共發調查表400張，收回302張，回收率為75.5%。採用統計學方法進行數據處理，做出定性定量分析。

二、調查結果

我們將所有調查結果進行了整理匯總，詳見以下六表。

1. 不同職業對選擇處置方式的影響：

表（一） 不同職業對處置方式的選擇

選擇 人數 職業 %	應不惜 一切代價 進行搶救		實行 支持療法		實行 安樂死		小計	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
工人	25	39.06	12	18.75	27	42.19	64	21.19
農民	20	45.46	12	27.27	12	27.27	44	14.57
幹部	18	18.36	14	14.29	66	67.35	98	32.45
醫者	5	5.26	10	10.42	81	84.38	96	31.79
小計	68	22.52	48	15.89	186	61.59	302	100

2. 不同文化程度對選擇處置方式的影響：

表（二） 不同文化程度對處置方式的選擇

選擇 人數 職業 %	應不惜 一切代價 進行搶救		實行 支持療法		實行 安樂死		小計	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
大專	8	8.00	5	5.00	87	87.00	100	33.11
高中	14	16.67	9	10.71	61	72.62	84	27.82
初中	21	33.33	7	11.11	35	55.56	63	20.86
小學	15	45.46	4	12.12	14	42.42	33	10.93
文盲	12	54.55	2	9.09	8	36.36	22	7.28
小計	70	23.13	27	8.94	205	67.88	302	100

3. 不同年齡組對選擇處置方式的影響：

表（三） 不同年齡組對處置方式的選擇

選擇 人數 職業 %	應不惜 一切代價 進行搶救		實行 支持療法		實行 安樂死		小計	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
青年	25	14.37	24	13.79	125	71.84	174	57.62
中年	15	28.30	5	9.43	33	62.27	53	17.55
老年	18	24.00	12	16.00	45	60.00	75	21.83
小計	68	19.20	41	18.58	203	67.22	302	100

4. 實施安樂死由誰決定：

表（四） 實施安樂死由誰決定的選擇

選擇 人數 職業 %	患者		家屬		醫生		醫生與家屬 共同商量		監護人		小計	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
工人	11	17.19	4	6.25	4	6.25	44	68.75	1	1.56	64	21.19
農民	12	27.27	3	6.82	7	15.91	22	50.00	0	0	44	14.57
幹部	33	33.67	5	5.10	11	11.23	45	45.92	4	4.08	98	32.45
醫者	25	23.04	7	7.29	5	5.21	55	57.29	4	4.17	96	31.79
小計	81	26.82	19	6.29	27	8.94	166	54.97	9	2.98	302	100

5. 實施安樂死由誰執行：

表（五） 對實施安樂死由誰執行的選擇

選擇 職業	患者		家屬		醫生		陌生的第三者 或專職人員		監護人		小計	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
工人	1	1.56	3	4.69	15	23.44	36	56.25	9	14.06	64	21.19
農民	1	2.27	2	4.56	25	58.82	16	36.36	0	0	44	14.57
干部	13	13.27	5	5.10	42	42.86	34	34.69	4	4.08	98	32.45
醫者	6	6.25	4	4.17	30	61.25	53	55.20	3	3.13	96	31.79
小計	21	6.95	14	4.64	112	37.09	139	46.02	16	5.30	302	100

6. 實行安樂死是否立法：

表（六） 對實行安樂死是否立法的態度

態度 職業	應當立法		無需立法		可有可無		小計	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
工人	49	76.56	9	14.06	6	9.38	64	21.19
農民	40	90.90	2	4.55	2	4.55	44	14.57
干部	80	82.47	12	12.37	6	6.18	97	32.12
醫者	87	90.63	5	5.20	4	4.17	96	31.79
小計	256	84.77	28	9.27	18	5.96	302	100

三、分析與探討

(一) 不同職業、不同文化程度、不同年齡對處置方式的選擇

1. 不同職業對處置方式的選擇

由表（一）可以看出，不同職業對處置方式的選擇有着顯著的不同。其中主張應不惜一切代價進行搶救的以農民所佔比例最大，達45.5%；主張安樂死的以農民所佔比例最小，以醫務人員所佔比例最大，達84.38%（ $\chi^2 = 80.03$ ， $p < 0.01$ ，差別呈高度顯著性）。這與他們的生活環境及所受的傳統文化的影響有關。

我們知道，儒、釋、道是中國傳統文化的主體，他們的共同特點是以生命為本，可以說是中國哲學就是生命哲學。在儒家看來，個人要受到世人的尊敬，首先是生生不息，即為防止整體的生命死滅而生養肉體生命以傳宗接代，乃至獲得功名以光宗耀祖，至少也不能辱沒了祖宗；其次應該孝敬父母，父母生養了孩子，孩子就應反過來恭敬地奉養父母。⁽²⁾道家，特別是道教更是想方設法延長現世今生，追求長生久觀，羽化成仙。道教對於肉體之外的看不見摸不着的靈魂並無興趣，因此不以靈魂得救為念，相反更注重肉體的保全，追求肉體的永生不死，為此道士們祖祖輩輩成年累月地思考着、研究着、摸索着、實踐着，積累了眾多修煉形體和精神的方法，諸如內丹術、外丹術等，由此充分體現了中國人安於現世今生的人生觀，體現了中國人最高的生命追求。⁽³⁾受上述中國傳統文化的

(2) 靳風林，“死亡與儒家文化”，《河北大學學報》（社科版），1991，（2），第15頁。

(3) 靳風林，“死亡與道家文化”，《北方論叢》，1992，（4），第64頁。

浸染，幾千年來在中國廣大的農村迴避死亡的生命神聖論始終被一種盲目的道德力量庇護着，使得農民對待死亡的態度在一個封閉的環境中發展着，具有極強的個性。其具體直觀的表現就是對死亡諱莫如深，而且離死亡愈近忌諱死亡越重，對死亡完全採取懼之避之的消極抵禦心，表中主張不惜一切代價進行搶救的人中，農民佔45.46%，可以說正是上述傳統文化的作用所致。

醫務人員之所以贊同安樂死的人最多，這可能是因為我們調查的對象多為青年醫務工作者，由於他們的文化程度較高，懂得醫學專業知識，對疾病預後有比較清楚的認識，觀念更新快等因素造成的。從總體上看，也是贊成安樂死的人最多，佔調查人數的61.59%，這表明安樂死多數人是可以接受的。

2. 不同文化程度對選擇處置方式的影響

由表(二)可清楚看到，隨着文化程度由高到低，主張應不惜一切代價進行搶救的人所佔比例逐漸增大。其中大專文化程度比例為8.00%，文盲為54.55%；相反主張實行安樂死的一則是隨着文化程度的提高比例越來越大，其中文盲贊成者比例為36.36%，而具有大專文化程度的贊成者則高達87.00% ($\chi^2 = 68.56$, $p < 0.01$ ，差別比較顯著)。這說明文化程度的高低對處置方式的選擇有較大的影響。同時也表明，隨着人們知識的增加，現代社會的價值標準在不甘桎梏中發難了，它要求人們看待生與死的領域不斷拓寬、深化，要從生命神聖論、價值論、質量論的辯證統一和社會發展的全城去看待生命，生命自始至終的全過程都應得到質的優化。生命的價值關鍵不在量而在質，人們既然已經目睹體會了優生學的巨大魅力，當然也就不應該輕視生命末端的優化工程——安樂死。

3. 不同年齡組對選擇處置方式的影響

由表(三)可見，不同年齡組對處置方式的選擇也不盡相同。就實施安樂死而言，各年齡組所佔比例都比較大，特別是老年人也有60.00%的人贊同安樂死 ($\chi^2 = 32.90$, $p < 0.01$ ，呈顯著差異)。它向我們顯示，實行安樂死多數人在心理上是可以接受的。

(二) 對實施安樂死由誰來決定的分析

由表(四)可以看出，雖然選擇死亡的方式與時間是患者本身的權利，但主張實行安樂死由患者決定的只佔26.82%。這是因為畸型新生兒、意識昏迷的患者很難表達自己的意願。有些患者即使是意識清醒者，因疼痛難忍很難客觀地表示自己的意願。主張由患者家屬決定的僅佔6.29%。由於家屬缺乏醫學知識，對預後很難估計。另一方面，由於患者是他們的親人，目前輿論、文化背景、社會條件都不具備，從感情上講他們也很難開口。贊同由醫生去決定的佔8.94%。儘管醫生懂得醫學知識，但選擇死亡的方式與時間這畢竟不是醫生的權利。強調由醫生與家屬共同商量決定的比例最大，佔54.97%。人們認為，只有這兩者很好地結合，才能做出對患者、家屬與社會都有益的最佳選擇。

在此有一點需要進一步說明，即在實施安樂死由誰來決定的問題上，中國人強調由家屬和醫生共同決定佔有極高的比例，這與西方人強調由患者自身決定形成了鮮明的對比。這大概與中國幾千年來家族宗法制的影響有關。家族宗法制在中國歷史上源淵流長，這種制度在中國西周時代確立之後，到春秋戰國時代，受到儒家創始者極力推崇，以後歷經各代統治者的改造和完善，遂成為中國社會結構的基本細胞，以不變應萬變，貫穿中國社會三千多年。家族宗法制做為中國封建社會的基礎，幾乎包括了血緣關係、財產關係、階級關係等各個方面

的成分和因素，這就使它既有經濟基礎的性質，又有思想觀念的性質。人們在這種宗法家族中呱呱墮地，從這裏學會基本的生活技能，形成家所尊崇的信念、習慣、傳統，樹立起光宗耀祖的生活目標，逐步被訓練成為宗族服務的理想的社會角色。反過來家族也在一定程度上滿足個體成員的生理需要（營養、安全等）和精神需要（尊重、自我實現等）。正是在這種意義上，我們說家族宗法制在很大程度上決定了中國社會及意識形態所具有的基本特徵。⁽⁴⁾正是由於中國傳統文化的這種深刻影響，反映在實施安樂死由誰決定的問題上，中國人更注重家屬所起的作用，而忽視個人的意願。

這種文化特點是否會導致以下現象發生呢？即清醒的癌症病人並無要求，家屬和醫生商量後，不經病人同意而實行安樂死。回答是否定的。這是因為中國人的孝悌觀念相當濃厚（後面的討論中將涉及這一問題），家屬對親人實施安樂死是相當謹慎的，沒有患者的強烈要求，家屬和醫生不會輕易做出決定。有關例證在中國社會的實際生活中比比皆是，如：患者被確診為癌症後，一般情況下醫生不會立即將診斷結果通知患者本人，而是先行告知家屬，而家屬為了減輕患者的心理負擔，會盡一切努力給予治療。只有當患者明白所患疾病已無可救藥，出於減輕家庭經濟、精神負擔的考慮，堅決拒絕治療時，才会有停止治療的可能。儘管如此，應當看到在中國醫院管理制度中，一般的代理同意都是出於為患者積極治療而實施的，而安樂死是一種極其特殊的臨終醫療現象，家屬、醫生同意後，必須徵得病人的同意，這一點應作為立法予以考慮。只有這樣，才能避免安樂死的濫用。

（三）對實施安樂死由誰執行的分析

由表（五）可知，實行安樂死由患者或其家屬執行的所佔比例最小，兩者相加只有11.59%，主張由醫生執行的佔37.09%，主張由一個陌生的第三者或是由專門訓練的專職人員去執行的佔46.02%。

從上述結果可以看出，在中國由家屬執行親人的安樂死是不可行的，究其原因，這可能與中國人的孝悌觀念及心理狀況有關。所謂“孝”是指尊敬順從父母，“悌”是指尊重兄長，它是中國古代社會維護家長、族長地位，鞏固宗法制度的道德觀念。孝悌觀念自春秋戰國時代就被廣泛推崇，中國古代大思想家孔子就十分注重孝悌思想，他認為社會上對於各種人的仁愛都是由孝悌這種父子兄長之愛推衍出來的，並強調子女贍養父母不僅形式上要幫助其勞動，提供酒食等生活必需品，更要有一種敬重的心情，要有愉悅、謹慎的表情。孝從根本上講就是由父母對子女的愛引起的子女對父母的愛，在這種愛的基礎上產生的尊敬的心情、愉悅的顏色，乃至奉養的行動，必然是純真無偽的情感的流露。孔子所提倡的這種孝悌觀念到了中國封建社會的後期逐步發展到“愚孝”的地步，出現了“割鬻療親”、“滌溺嘗糞”、“吃疽療親”等現象。所謂“割鬻療親”即在父母、公婆、丈夫生病時，子女妻子要割下股、臂上的一塊肉、一塊肝等或和藥以進，或和糜以進，或和粥以進，或燉湯以進。今天看來“愚孝”思想雖不可取，但幾千來在中華民族的許多家庭裏，做到了少有所長，老有所終，形成了中華民族所特有的父慈子孝的正常習俗和道德風尚。⁽⁵⁾在這樣一種文化氛圍中，讓家屬親自執行自己親人的安樂死行為是根本不可

(4) 靳風林，“試論宋明理學興衰的機制”，《河北大學學報》（社科版），1994，（4），第107頁。

(5) 匡亞明，《孔子評傳》，齊魯書社出版發行，1985年3月第1版，第332頁。

能的。這大概是調查中**37.09%**的人主張由醫生執行，**46.02%**的人主張由陌生的第三者執行的原因所在。

(四) 對實行安樂死是否立法的分析

由表(六)可見，**84.77%**的人認為實施安樂死必須立法，沒有法律的保證，即使患者同意或家屬強烈要求也很難實行。這種調查結果的出現可能與安樂死在中國的廣泛爭論有關。應該說在我國消極安樂死很早以前就已經存在，但安樂死作為一個重要的社會問題，引起中國社會的廣泛關注是本世紀八十年代的事情。當時，伴隨着改革開放的深入進行，西方社會的安樂死問題被逐步介紹到中國，引起部分人的興趣。**1987**年發生在陝西省漢中市的“安樂死”事件，其裁決歷時五年，其間由於新聞媒介的推波助瀾，安樂死作為一個重的社會問題開始在中國社會引起廣泛的關注和爭論。**1988**年7月首次“全國安樂死的社會、倫理和法律問題學術研討會”在上海舉行，專家、學者們對安樂死這一現象，作了一定深度的理論介入，展示了我國當時的社會、經濟、醫學、文化、倫理特別是法律的現狀，對安樂死所涉及的立法問題進行了廣泛的討論。本文所進行的調查正是在安樂死被當時社會廣泛關注的大背景下展開的，因此，**84.77%**的人主張安樂死必須立法，當在情理之中。

四、結語

通過對調查結果的全面分析可以看出，主張安樂死的人以農民所佔比例最小，以醫務人員所佔比例最大；文化程度越高，對安樂死的支持比例越大；多數人主張由醫生、家屬共同決定安樂死的實施；而安樂死的執行大部分人認為應由醫生或

第三者進行；而且多數人主張實施安樂死必須立法。

最後需要指出的是，在這次調查中，**81.59%**農民不支持安樂死，這是否可以得出這樣的結論：在農民人口佔絕大多數的中國，大部分人不支持安樂死？我們認為尚不能做出此種結論。因為在本次調查人員中，農民所佔比例並不很大，要全面搞清中國廣大農民對安樂死的真實看法，還需做進一步的調查研究。