

# 死亡的標準：自我決定和 公共政策

Hans-Martin Sass

## 摘要

“全腦死亡”標準，在死後器官捐獻和對符合這些嚴格標準的病人終止治療方面，得到了西方文化的支持。但是，它們對亞洲文化和照顧持續性植物狀態的倫理學來說，沒有多少價值。本文把“包括腦幹的整個腦”的標準作為一種默認的觀點，以此為基礎，本文為綜合性的統一確定死亡法規引入了一個公式，但允許有行為能力的成年人通過事先指令在死亡過程中選擇其他確定死亡的標準。

---

Hans-Martin Sass, Ph.D., 是 Ruhr Universität Bochum 哲學教授，Zentrum für Medizinische Ethik Bochum 主任，Postfach 102148, D4630 Bochum, Germany；他也是國際學者和主任，European Program in Professional Ethics, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington, DC 20057.

原載：《*The Journal of Medicine and Philosophy*》17 (1992)，445-454.

《中外醫學哲學》II：3 (1999年8月)：頁45~57。

© Copyright 1999 by Swets & Zeitlinger Publishers.

**關鍵詞：**安樂死 腦死亡標準 高級腦死亡標準 個人選擇 多元文化社會 自我決定

## 二元論人類學和以腦為基礎的死亡標準

二十年以前，哈佛醫學院的一個特設委員會非常成功地宣布為死亡提出了新的標準，即“整個腦包括腦幹的所有功能不可逆轉地停止”(Beecher, 1968)。在此之後，這些標準經過一些技術上的精煉，被西方大部分但不是所有國家接受了(Bundesärztekammer, 1982; US President's Commission, 1981)。為了給在生物技術上確定死亡制訂一些生命倫理學可接受的標準提供“安全的”道德標準，新的公式代表了對重症監護醫學越來越有能力使病人長期依靠呼吸器存活和死後器官移植的一種醫學倫理學的回應。西方傳統中佔統治地位的價值觀和原則，使得從心—肺死亡到腦全部死亡的轉變可以相對平穩並且被普遍接受，區分軀體有死和靈魂不朽的希臘—羅馬人文主義的二元論傳統和猶太—基督教的宗教二元論傳統支持這種轉變，以推理、交流和自我交流的種差為基礎對人的本體論“本性”的解釋，也支持這種轉變。

《舊約全書》描述了按照上帝自己的形象創造亞當的過程。在基本成形以後，上帝向其創造物吹了一口氣(ruach Jahwe)，使他與他的造物主相對應，他對造物主負責並與造物主交流，而與其他宇宙萬物截然不同(《創世紀》二章7節)。基督教相信耶穌是上帝之子，相信他的受難和復活以及永恆的天國，作為精神的而不是生物的上帝形象的一般模式，以及造

物主及其形象的特殊關係，再度被確認並深化。因此，告誡人們人死時靈魂將脫離肉體而去的基督教教義，堅決支持與腦相關的確定死亡的標準(Sass, 1991)。1957年，庇護十二世基於百年之久的生氣理論傳統宣稱，在“延長的昏迷”的病例中，靈魂可能已經離開了肉體，不需要什麼“非常的手段”將這類病人的生命繼續維持下去，應當讓醫生從技術上確定死亡(Pius XII, 1957, 1027-1033)。基督教傳統區分了沒有生氣的或未賦予靈魂的胎兒與有生氣的或已賦予靈魂的胎兒，這就很容易把生氣後的肉體生命與行將就木的但仍有生氣的肉體生命加以區別(Sass, 1989)。不妨以總統委員的看法作個概括：“包含以腦為基礎的標準的法規被所有背景的神學家接受了”(1981, p.42)。

非歐洲的宗教傳統，如伊朗法爾西人或佛教徒和印度教徒的觀點，有類似的以生氣或轉世為基礎的二元論人類學觀念，這些傳統相信，在某個時刻肉體將被賦予靈魂，而在另一時刻“靈魂”將離開肉體。印度的轉世概念像基督教傳統一樣強烈否認個體的死亡，而且在理論上也準備接受基於腦的標準。

## 整體論人類學與整個人死亡的標準

然而，猶太—基督教的人類學並不總支持以腦為基礎的標準。Jonas強烈反對哈佛公式，他指責那個特設委員會所定義的“不是死亡這種終極狀態本身，而是這樣一條標準，即允許在沒有受到反對的情況下關閉呼吸器從而允許死亡發生”。他堅決認為，“我們並不知道生命與死亡之間的界限，而一個定義並不能代替知識”(Jonas, 1969)。在首次提出哈佛公式二十年之後，丹麥倫理學委員會(在1987年)說，對死亡標準的改動“是一件如此重要的事情，對所涉及的倫理學問題未進行大範圍

公開辯論，不應允改動” (Rix, 1990, 233)。這個委員會現在正在發動這樣一場辯論，它還沒有導致丹麥法律上的變動。人們辯論說，新的標準是“令人震驚的，這不僅是由於它很陌生，而且由於它的含義從道德上講是矛盾的” (Evans, 1990, 221)，因為它不排除“將心臟仍然活著的個體‘火化’”(230)。

在Jonas、Evans和丹麥委員會從歐洲人類學傳統內部進行論證時，亞洲的整體論人類學觀念，如道教的、儒教的、禪宗—佛教的以及神道的觀點，則強調整體性和身心本質上是合而為一的；在用“全腦死亡”的標準取代“整個人死亡”標準方面，他們甚至會遇到更大的困難。然而，最近在日本的一項調查，即由日本首相辦公室在1987年7月進行的調查表明，61%的回應者中，有24%的人贊成基於心臟活動停止的標準，24%的人接受腦死亡標準，37%的人贊成基於病人或其家人的意願的標準 (Sass, 1991)。

支持與腦相關的標準的人與“訴諸心臟”(Evans, 1990)的人之間這種爭論，不僅反映出重要的文化和倫理學參量較為急劇的轉變影響了情感和文化的態度，而且也反映了死亡概念方面的這樣一種差異：整個身體永遠失去所有功能即肉體死亡，與人類個人喪失作為種差的東西，即腦死亡 (Downie, 1990)。

## 哈佛公式在道德方面的優缺點

哈佛標準有以下四個倫理學—醫學方面的優點：(1)符合嚴格且定義完善的全腦死亡的生物醫學標準的人類生命，不要求為其延長採取強化而不顧一切的進一步措施。(2)可以避免因人工延長“腦死亡”的生命而付出的道德、情感、文化、社會以及經濟方面的代價。(3)病人可以得到某些器官，若沒有這些器官他們可能會死去，或者要面對極大的痛苦、苦

難或不便。(4)一條簡單的生物醫學標準就可以確立將有生氣的生命與無生氣的生命之間差異的生命倫理學共識：“整個腦的所有功能終止”。哈佛公式的缺點包括：(1)沒有覆蓋各種形式的昏迷或植物人的生命，僅包括新皮層功能的不可逆終止。(2)也沒有覆蓋不符合腦幹死亡標準的無腦的胎兒或新生兒。(3)各種整體論的人類學觀點對接受這一公式有問題。(4)它們不允許對死亡和垂死具有不同信仰系統和態度的有行為能力的成年人，通過自行定義他們個體死亡的標準作出個人選擇和行使自我決定。

現在，長期處於持續性植物狀態的病人的數量不斷增加，在美國已經超過了25,000人 (Shapiro, 1990, 440)，這使人們重新開始了關於哈佛標準缺陷的辯論 (Brody, 1988; Colby, 1990; Shapiro, 1990)，並要求“超越全腦標準”進行倫理學考慮 (Zaner, 1988)。

為了確立一種在道德上更可接受的處理持續性植物狀態病人的辦法，可以提出四種不同的論證：(1)發展安樂死的標準 (Welie, 見本期)，(2)提出處理持續性植物狀態的特別法規 (Shapiro, 1990)，(3)僅引入高級腦標準 (Veatch, 1988)，(4)允許有行為能力的成年人依靠事先指令在有限的一組標準中作出有根據的選擇。

## 植物人的生命與安樂死的辯論

近來德國關於安樂死的辯論帶有很濃的感情成分，這一爭論毫不奇怪涉及到了德國過去的納粹。同時，在荷蘭實行的病人導向和由病人決定的安樂死這種做法，似乎得到了支持 (正如 Welie 在本期中所描述的那樣)。美國關於安樂死的討論可能能在 Rhoden (1988) 與 Dresser (1990) 的爭論中表現得更為

突出。Rhoden 贊成由家屬為無行為能力的病人作出決策。她反對律師和法院捲入其中，因為“法院對醫學現狀持懷疑態度，而在衝突的情況下醫學強烈偏向治療和排斥家庭”，而“大多數個人的偏好，以及我們的社會歷史和價值觀，對家屬決策給予更多的支持，而不是支持我們的醫學和法律現狀中固有的醫學統治”（Rhoden, 1988, p. 436 and p. 446）。Dresser 對這個問題所持的觀點是，認為它似乎不符合“我們保護無行為能力的病人的道德義務”（Dresser, 1990, 425）。她呼籲要有一種“客觀的處理標準”（427 以後）並且聲稱，不應當賦予預囑和家屬決策過程以推定的權威，而“應當在觀察者對病人現在的能力和經驗進行系統評價基礎上作出確定，因為現在唯有這些確定對這個人事關重大”（437）。無論基於家屬決策的觀點，還是基於對實際狀態醫療觀察的觀點，都不怎麼重視有關自我決定的道德和政治原則，這種原則允許公民對他們自己生命質量作出決定，在這類決定中，死亡藝術（ars moriendi）是生命藝術（ars vivendi）的一個必不可少的部分。

## 個人死亡與高級腦標準

西方的哲學和宗教傳統建議使用高級腦標準，而不使用全腦標準，因為前者提供了更好的“概念的明晰性”（Sorenson, 1989, 246）。高級腦標準的支持者 Veatch 寫道：“我們真正感興趣的並不是存在新皮層活動，而是存在某些功能，由於沒有更恰當的詞，我們常常把這些功能稱之為高級腦功能。這些功能究竟是什麼，會有更進一步的爭論，但是它們好像包括意識、思維、感覺以及覺察他人的能力”（Veatch, 1988）。在談到常規作出的不給長期處於植物狀態的病人進行特別干預如使用抗菌素時，Smith 論証說，目前對腦死亡的合法處理有一種

雙重標準：“它堅持在無行為能力的病人不可逆地喪失所有意識和認知功能時可用代理決定終止生命維持系統和營養供應，但是它未能認識到新皮層的死亡”。他建議，“將不可逆地喪失高級腦功能看作是法律上的死亡，同時保留病人或病人的家屬維持生物學存在的權利”，從而使新皮層標準成為統一的準則，但允許根據病人或家屬的特別要求放棄選擇的權利（Zaner, 1988, p.133）。

1981 年，總統委員會關於“整個腦包括腦幹”定義的確定，部分是基於這樣一種論據，即“尚不知道腦的哪些部分負責認知和意識”（US, President's Commission, 1981, p.40）。因此，哈佛公式的作者“選擇這樣一種哲學觀點，將‘人的生命’認同為嚴格器質性的身體狀態”：“身體的生理系統構成整合整體的時刻”（Zaner, 1988, p.6）。由於這些技術上的原因，哈佛公式並沒有合適地將西方關於個人死亡的生物倫理學概念，轉化為根據生物醫學在技術上確定腦的有關部分不可逆地停止活動的標準。Gervais 作出結論說，“全腦理論家只求助於腦的整合作用，而不求助於腦的意識作用”，而且他們事實上使用的是“低級腦死亡的概念，而不是全腦概念”（Gervais, 1989, p. 12）。總統委員會在其定義中有意不把這樣一些人包括進去，“他們僅喪失認識功能，但仍然能自發呼吸”，因為如果這樣做，“會根本改變死亡的意義。而且，在語言和內容方面，任何立法都應當使涉及人的觀念面向普通人，並反映科學知識和臨床現實”；因而它建議對法律只進行“最低限度的”修改，以便只專注那些“靠呼吸器幫助的病例”（President's Commission, 1981, p.7）。

Shapiro 提議，假如在許多而不是所有持續性植物狀態的病例中，診斷的確定性在技術上有了改進，可用一種永久性植物狀態處理法規模型代替哈佛公式：“根據醫學確定是永久性植物狀態，就應推定治療將被終止。如果這個人沒有表示在永久

性植物狀態下依靠人工生命支持系統維持下去的願望，將不給予或者撤除所有人工生命支持系統，包括不給予或者撤除人工營養和水”（Shapiro, 1990, p. 449）。按照這種公式，除了病人已經作出其他選擇外，高級腦標準可作為確定個人死亡的默認標準。

## 自我決定、死亡藝術和公共政策

現有的法規不允許自我決定，唯有荷蘭人似乎允許的安樂死政策允許在“臨終過程質量”方面作出決定。鑒於巨大的技術能力可在很長時期內支持生命終結時的邊緣生命，而且在多元文化社會中存在著對生命藝術（ars vivendi）的多元文化不同表達方式，對事關死亡和臨終的自我決定的追求就不僅僅是醫學倫理學和公共政策中的次要原則；相反，它具有頭等重要的價值，這一點必須認識到。

為了尊重和支持事關死亡和臨終的自我決定原則，就必須減少法律方面和醫療方面的家長主義，而且必須肯定公民擁有作出有根據的選擇的權利和責任。多元文化社會公共政策的倫理學和對以價值為基礎的個人自我決定的尊重，要求有一個道德上安全且醫學上嚴格的模型，以此作為確定死亡的普遍默認標準，但這個模型包含一些可供選擇的標準，以便有行為能力的成年人在涉及個人的信念系統或生命質量和臨終質量時，選擇這些標準。以前有人（Zaner, 1988; Veatch, 1988; Gervais, 1989; Shapiro, 1990）在學術文獻中提到過這扇機會之窗，但最近劃時代的法院裁決已經把這扇窗打開得很大了。在 *Cruzan versus Director, Missouri Department of Health*（克魯珊對密蘇里衛生局長）（Colby, 1990）一案中，法院在自 1983 年就處於持續性植物狀態的病人 Nancy Cruzan 案例中堅持嚴格的全腦

公式，但確認一個有行為能力的人有權基於他或她的信念系統作出明確的事先指令。Hoerster（1989, p. 295）進行了類似的論證，他對《德國刑事法典》作了重新表述，使應臨終病人明確的和有文件證明的要求而提供安樂死的醫生免遭懲處。

無論是醫療機構、司法-政治機構，還是作為未來病人和臨終者的公民，似乎都不準備完全接受個人對死亡藝術（ars moriendi）的責任。丹麥倫理學委員會正確地認識到，在個人處理道德和文化風險方面需要進行大量的教育工作。不過，教育的目的應當是使人們能自我處理生活方式以及與個人和道德所冒風險相關的死亡問題，而不是為了接受一種新的受他人支配的政府或醫學的公式。健康基於個人的生命藝術和死亡藝術素養，必須開發改善這種健康的手段。在確認病人的價值史（value history）方面的早期成功，似乎最有希望（Gibson, 1990; Sass, 1990）；進一步的發展將考慮改進以信任為基礎的醫生-病人的合作，考慮事關死亡和臨終的病人的自我決定，並考慮終止在有關死亡和臨終問題方面國家所提倡的家長主義。

公共政策以及以病人為導向的好的醫學倫理學，需要在現有的法規中引入一條良心條款（President's Commission, 1981; Beecher, 1968; Bundesärztekammer, 1982），或者需要引入一項新的全球示範法規，重新確認現有的全腦死亡標準是一條統一的確定人死亡的默認標準，同時尊重和鼓勵自我決定，允許有行為能力的個人選擇以他們的信念系統為基礎的其他標準。一個普遍的確定死亡的法規應該是這樣：

一個人如果持續地處於以下狀態：（1）循環功能和呼吸功能不可逆轉地停止，或者（2）整個腦包括腦幹的所有功能不可逆轉地停止，或者（3）高級腦功能不可逆轉地停止，這個人就已死亡。有行為能力的成年人可以運用事先指令選擇其中一條標準；除了父母為他們年幼的孩子作

決定的情況以外，代理決定一概不予接受。即使沒有事先指令，如果整個腦包括腦幹的所有功能不可逆轉地停止，也標誌人已死亡。鑒於全球的文化差異和不同的法律和宗教傳統，不同的國家根據它們的全體選民廣泛接受的價值觀，促進它們保護其公民的生命和尊嚴的利益，可以界定不同的死亡標準以作為一項公共政策，例如那些以整個身體或心臟的功能停止為基礎的標準，但是應當為個人選擇提供一項良心條款。對死亡的確定必須符合已被接受的醫學標準。

這裡所提出的這條法規，與世界不同地區現有的公式相比，有許多優點：（1）由於在多元文化社會和一個具有不同文化傳統的世界中，人們在世界觀、文化和道德的優先考慮方面存在著廣泛的差異，只有良心條款能夠尊重和支持個人的死亡決定和宗教和文化的寬容。（2）立法和管制對那些不願意對死亡和臨終作自我選擇的人的生命，在倫理和法律方面提供了充分的保護。（3）法律條款不會判定有行為能力的成年人去接受經歷通過各種植物生命階段的緩慢死亡過程。（4）不要求專業醫務人員，違背他們自己的信念系統延長植物人的生命，但也不允許在沒有患者特別授意的情況下剝奪處於持續性植物狀態的病人的生命。（5）全腦死亡標準在成為統一的默認標準時，將變得更健全更穩定，而且很可能在道德和法律上會得到更廣泛的接受；有些有理智的人選擇不太嚴格的決定他們死亡的標準，這個事實表示這種默認標準也許太嚴格，但肯定既不太寬鬆或也不太自由。（6）自我決定原則包含了對個人死亡標準的自我定義，這些原則將使個人和社會對醫療系統、尤其是對重症監護的信任和支持有所改善。（7）默認標準的嚴格性也許會因不斷增加的信任和個人選擇，促使公眾加大對死後器官捐獻的支持；但是，不應為獲得不斷增加的移植

用器官而使更自由的標準合法化（Wolfslast, 1989）。（8）在一個多元文化社會中，人員和資金用於完全支持唯一一組國家提倡的死亡標準，這就是或多或少用於家長主義。（9）選擇和自我決定的原則，將取代由“體制化道德”導致的倫理決策的“同質化”（Bayertz, 見本期）。（10）雖然不同專業和不同世界觀的神學家、哲學家、神經學家和醫生也許對於臨終和死亡實際上意味著什麼有不同意見，死亡和臨終應該再次成為純個人的問題，不受政府或醫學界在定義其他人死亡方面家長主義的影響。

（邱仁宗譯 李詠儀校）

## 參考文獻

- Beecher, K.H.: 1968, 'A definition of irreversible coma: Report of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death' *JAMA* 205, 337-340.
- Brody, B.A.: 1988, 'Ethical questions raised by the persistent vegetative patient', *Hastings Center Report* 18 (1), 33-37.
- Bundesärztekammer, Wissenschaftlicher Beirat: 1982, 'Kriterien des Hirntodes: Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes', *Deutsches Ärzteblatt*, 79, 45-55.
- Colby, W.H., et al.: 1990, 'Cruzan: Clear and convincing?', *Hastings Center Report*, 20, 5-11.
- Downie, J.: 1990, 'Brain death and brain life: Rethinking the connection', *Bioethics*, 4, 216-226.
- Dresser, R.: 1990, 'Relitigating life and death', *Ohio State Law Journal*, 51, 425-437.
- Evans, M.: 1990, 'A plea for the heart', *Bioethics*, 4, 221-231.
- Gervais, K.G.: 1989, 'Advancing the definition of death', *Medical Humanities Review*, 3, 7-19.
- Gibson, J.M.: 1990, 'Reflecting on values', *Ohio State Law Journal*, 51, 451-471.
- Hoerster, N.: 1989, 'Tötungsverbot und sterbehilfe', *Medizin und Ethik*, (ed.) H. M. Sass, Reclam, Stuttgart, 287-295.
- Jonas, H.: 1969, 'Philosophical reflections on experimenting with human subjects', *Daedalus*, 98 (2), 219-247.
- Pius XII: 1957 *Acta Apostolicae Sedis* 45, 1027-1033.
- Rix, B.A.: 1990, 'The importance of knowledge and trust in the definition of death', *Bioethics*, 4, 232-236.
- Rhoden, N.: 1988, 'Litigating life and death', *Harvard Law Review*, 102, 375.
- Sass, H.M.: 1989 'Brain life and brain death: A proposal for a normative agreement', *The Journal of Philosophy and Medicine* 14, 45-59.
- Sass, H.M.: 1991, 'Ethical arguments for accepting brain death criteria', *Ethics, Justice, and Commerce in Organ Replacement Therapy*, (ed.) W. Land, Springer, Heidelberg, pp. 249-258.
- Shapiro, R.S.: 1990, 'The case of L. W.: An argument for a permanent vegetative state treatment statute', *Ohio State Law Journal*, 51, 439-450.
- Sorenson, J.H.: 1988 'The determination of death. The need for a higher-brain death definition', *Medical Ethics*, J. F. Monagle, D. C. Thomasma, (ed.) , Rockville MD, Aspen Publ. pp. 234-248.
- Truog R.D., Fletcher J.C.: 1990, 'Brain death and the anencephalic newborn', *Bioethics*, 4, 199-215.
- US, President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: 1981, *Defining Death*, Washington DC, Government Printing Office.
- Veatch, R. M.: 1988, 'Whole brain and neocortical definitions of death', *Bioethics*, R.B. Adwards (ed.) , Harcourt Brace, New York, 414-424.
- WolfsIast G: 1989, 'Grenzen der Organgewinnung: Zur Frage einer Änderung der Hirntodkriterien' *Medizinrecht* 4, 163-168.
- Zaner R.M.: 1988, *Death: Beyond Mole-Brain Criteria*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland.