

安乐死

中国的 现状 及 趋势

徐宗良

安乐彬 金德初
高明俊 瞿

民主与建设出版社

(京)新登字 311 号

图书在版编目(CIP)数据

安乐死——中国的现状及趋势/徐宗良等著-北京:民主与建设出版社, 1997.5

ISBN 7-80112-109-0

I. 安…

I. 徐…

Ⅱ. 安乐死——中国

IV. R.05

中国版本图书馆 CIP 数据字 (97) 第 07215 号

责任编辑 陈璋尼

民主与建设出版社出版发行

(地址:北京市东城区王府井大街 22 号 邮编:100006)

浙江大学印刷厂印刷

开本:850×1168 1/32 印张:5

1997 年 6 月第 1 版 1997 年 6 月第 1 次印刷

字数:130 千字 印数:3 030 定价:10.00 元

序 言

半个世纪以来，安乐死问题一直为人们所关注。近年来，世界上有关安乐死的激烈争论愈演愈烈。世人何以如此关注这个问题？简单地说，奢望长生不死，可谓人类共有的情感，然而，世上的每一个人都难逃一死，死是生命的必然归宿。问题在于：以什么样的方式去死。安乐死就是一种尊严的安祥的死亡方式。身患绝症而又终日痛苦不堪的病人，是否有权要求医生帮助其无痛苦速死，医生若满足这种病人的要求是否合理合法？如何为安乐死立法？这些问题，是安乐死的主题，也是人们争议的焦点。

呈现在读者面前的《安乐死——中国的现状及趋势》这一专著，正是以上述主题为中心议题与线索而作。本书的特点是：着眼于从古到今的中国社会民情，归纳评述各种观点，借鉴西方国家的安乐死案例，多视角、多层面地探讨安乐死在中国的现状及其趋向问题。第一章，比较全面、客观地综述了关于安乐死的国内讨论的情况。从某种意义上讲，回顾和思索一下十几年来我国关于安乐死的讨论情况，这是研究安乐死在中国的现状及趋向问题的前提与基础。第二章，概括和分析了我国与安乐死有关的现状。第三章和第四章，比较深刻地揭示了作为实施安乐死之文化背景的中国传统生死观念。这样，就使本书的内容既丰满又有一定的深度。第五章，则从人们观念的转变、死之标准的衡定、卫生制度和有关法律的确立等角度，比较全面地预示了安乐死在中国的发展趋向。第六章，是对安乐死问题的沉思，这里特别强调所谓完美的人生，不仅是指人生在世要活得健康和有价值，而且还应包括死得安祥。这一章的内容会使读者通过思考安乐死问题，更加深刻地领悟生命之可贵、健康之重要。因此，我认为这本书

的作者们所作的努力,对于我国社会公众了解和思考安乐死问题,对于国内外专家学者研究安乐死问题,以及对于我国进一步深入讨论安乐死问题,都是有其积极意义的。

顺庆生

于上海市卫生事业管理研究所

1997年3月

引 言

近年来，“安乐死”一词在报章杂志上出现得越来越频繁，有关安乐死的报道，尤其是关于国外安乐死事件的报道作为新闻时有所见。在我国，不仅在医务界、理论界对安乐死展开了热烈的讨论，社会大众对安乐死也开始予以关注，安乐死甚至在国内外及国际高校的辩论会上堂而皇之地成为中心辩题之一。

当代社会安乐死受到人们的关注，固然有其现实的社会背景，诸如人权意识的增强、科技的发展、医疗水平的制约等等，实际上还反映了现代人对生命存在、生命价值、生命质量的日益重视。尤其是中国人，历来是避讳论死的，如今开始谈论安乐死，并以此为契机去深入探讨、领悟完整的人生，去触及死亡的本质、生与死的关系等等，这实在是社会心态社会文明的一大进步。

经常遇到一些熟识或不熟识的朋友，提出类似的问题：安乐死究竟怎样？安乐死该不该实施？安乐死在我国能不能实施……一系列的疑问促使我们提笔写下了如下的文字，作为我们与大家进一步探讨的新篇章。

目 录

引 言

第一章	人道与法度——关于安乐死的国内讨论·····	1
一	一石激起千层浪·····	1
二	医道与人道的撞击·····	3
第二章	死亡方式的选择——安乐死在中国的现状·····	25
一	自杀·····	25
二	放弃治疗的自然死亡·····	31
三	助死·····	34
四	临终关怀·····	40
第三章	重生与讳死——中国传统生死观评析之一·····	47
一	未知生 焉知死·····	47
二	好死不如赖活·····	53
三	孝道面面观·····	56
第四章	长生与优死——中国传统生死观评析之二·····	70
一	养生有术·····	70
二	寿终正寝·····	76
三	差异与主题·····	81
第五章	瓜熟蒂才落——安乐死在中国的趋向·····	88
一	观念、态度的转变·····	88
二	死亡标准的衡定·····	94
三	老龄化问题·····	101
四	卫生政策和资源配置·····	108
五	立法问题·····	114
第六章	安乐死之沉思·····	121

一	生命存在与生命价值·····	121
二	死而复生之可能·····	130
三	安乐死与东西方文化·····	139
四	安乐死与健康意识·····	143
后	记·····	150

第一章 人道与法度

——关于安乐死的国内讨论

一 一石激起千重浪

从 20 世纪 30 年代开始至今约半个世纪，西方一些发达的资本主义国家对安乐死问题一直进行着热烈的争论，总的趋势是赞成安乐死的呼声越来越高涨。在美国、荷兰、日本和澳大利亚等国家的某些地区已经在法律上允许有条件地实施安乐死。从本世纪 80 年代初期开始，安乐死问题也逐渐受到我国有关各界的关注。在我们国家，最早公开发表文章主张安乐死的是上海医科大学的蔡根法（详见《医学与哲学》1981 年第 1 期）。此后，从小范围的学术讨论，到报刊和电台的公开报道，安乐死问题越来越受到社会各界的关注。在广泛讨论期间，邓颖超同志以一个普通听众的身份也参加了中央人民广播电台关于安乐死问题的讨论，她不但拥护在我国实施安乐死，而且还立下遗嘱，表示在自己的生命将要结束时，不要再用人工和药物延长寿命，千万不要用抢救的办法。邓颖超同志的这种彻底的唯物主义态度，对于安乐死问题的讨论，无疑起了极大的推动作用。

然而，真正触动国人对安乐死问题作认真思索的是中国的首例安乐死案件——1986 年在陕西省汉中市发生的一起安乐死案件。此案件不仅引起轰动，而且还明确地提出了“中国的安乐死问题”，并且向中国的传统伦理思想和卫生法规等提出了现实的挑战。

汉中市居民夏素文，女，59 岁，因患肝硬变腹水、肝肾综合

症，由其子女于1986年6月23日送往汉中市传染病医院治疗。夏入院的当天，医院就发出了病危通知书。病情诊断为：①肝硬变腹水；②肝肾综合症（肝性脑病）；③渗透性溃疡并褥疮2~3度。夏素文入院几天之后，虽然经过常规治疗，但病情却仍在不断恶化，患者呼痛不止，喊叫着要从床上摔下去死掉。夏的儿子王明成见母亲如此痛苦难忍，治愈又毫无希望，便与其妹妹商量之后，分别找了医院院长和主管医生蒲连升，恳求他们采取紧急措施，让他母亲无痛苦地去世，以免再受病痛折磨。但是，院长和蒲医生均当即拒绝。后来，王明成兄妹又再三要求蒲连升医生对其母实施安乐死，并且表示愿意承担全部责任，王明成还表示可以在处方上签字。蒲连升医生执拗不过王明成兄妹，最后同意给患者注射复方冬眠灵。经过先后两次注射各100毫克的复方冬眠灵，夏素文于6月29日凌晨5时死于汉中市传染病医院抢救室。其后家属因分割遗产引起纠纷，夏的大女儿等向汉中市人民检察院提出控告，要求惩办杀害其母亲夏素文的凶手。这样，蒲连升和王明成就被送上了被告席。法医对夏的死因作了鉴定，结论是：冬眠灵仅加深了患者的昏迷程度，加快了死亡的进程，并非其死亡的直接原因。尽管如此，在当时特定的社会环境、伦理观念和法律状况等因素制约之下，他们不能不受到审判。从1986年9月他们被汉中市公安局以故意杀人罪收容审查，此后又历经解除收容、再次受审、逮捕以及取保候审等变故，直到1991年5月17日，才由汉中市人民法院作出一审判决，宣告蒲、王两人无罪。

此案从案发到一审判决，可谓一石激起千层浪，全国社会各界反响强烈，议论沸沸扬扬。这正如万嘉敖先生在其《中国首例安乐死诉讼案》一文中所说的：“此案从案发到一审告结，引起全国法学界、哲学界、社会学界和新闻界的普遍关注。《人民日报》、《北京日报》、《法制日报》、《健康报》、《信息日报》、《瞭望》周刊、《民主与法制》、《新世纪》、《知音》、中央人民广播电台、陕西电视台以及香港《大公报》、《东方日报》等40多家报纸、期刊、电

台、电视台对此都竞相作了报道”（见《东方日报》1991年10月22日第12期）。本案第一辩护律师张赞宁在一篇文章中也指出：此案作为国内第一例公开对簿公堂的安乐死案件，其公开审理的意义已远远超出了案件的本身。所以，我们应当解决的另一个问题是安乐死是否违法？它同我国的现行法律、法规和政策是否有冲突的问题。

的确，汉中一案的公开审理和判决，留下许多有关安乐死的问题值得人们去进一步讨论。我国社会各界，特别是法学界、医学界和哲学界以汉中安乐死案件为契机，进一步深入研讨有关安乐死的一系列问题，诸如：该不该实行安乐死、怎样对安乐死进行伦理评价、如何解决生命神圣与生命质量的冲突、安乐死会不会阻碍医学的发展、怎样对安乐死进行立法以及怎样做好临终关怀等等。

二 医道与人道的撞击

安乐死一词来源于希腊文，原意为“无痛苦死亡”、“安然地去世”或“尊严地死去”。《中国大百科全书法学卷》对现代安乐死的解释是：“对于现代医学无可挽救的逼近死亡的病人，医生在患者本人真诚委托的前提下，为减少病人难以忍受的剧烈痛苦，可以采取适当措施提前结束病人的生命。”人们对安乐死较一致的看法是认为安乐死是一种特殊的死亡方式或死亡类型，通常是指对于那些现代医学无法医治的濒死病人，当其病痛难忍而自愿要求提前结束自己的生命时，经过权威的医学专家机构鉴定确认，在符合法律规定的前提下，医务人员可以采取适当措施提前结束病人的生命。

在西方，安乐死思想古已有之。早在1916年，莫尔撰写的《乌托邦》一书中就提出，由牧师向痛苦而又无望解脱的人提出建议，劝导自杀或接受神的意志致死。倡导人道主义的培根说过：

“医生的职责不但要治愈病人，而且还要减轻他的痛苦和悲伤。这样做不但有利于他健康的恢复，而且也可能当他需要时使他安逸地死去。”他主张用实验的方法延长生命或无痛苦致死，他认为解除人的痛苦是最重要的事情。

尽管安乐死思想古已有之，但在当代社会，人的生存、发展权利日益受到重视与保护，且人的生命只有一次，死亡不是儿戏，因而安乐死是一个极为复杂的问题，涉及诸多方面，它成为众说纷纭、莫衷一是的令人困惑的棘手议题是不足为奇的。

下面，我们试对国内安乐死的主要争议作一归纳整理与剖析。

1. 实施安乐死有没有意义

实施安乐死有没有意义？这个问题首当其冲，与“该不该实施安乐死”形成一个完整的命题。

赞成安乐死者认为：

从患者本人方面来说，选择安乐死是其应有的基本权利。1976年在日本东京举行的安乐死国际会议的宣言中就强调：应当尊重人“生的意志”和“庄严的死”的权利。把人的生死权利相提并论，是不无道理的。当然，这是指那些病痛缠身而又挽救无望的患者，为解除自己无法避免又难以忍受的痛苦，他们应该有选择安乐死的权利，他们的这种权利应受到尊重。诚然，就大多数患者来说，越是得知自己患了不治之症，生存的欲望就越是强烈。但是，当他们在极度痛苦而又无法避免的时候，就又渴望早点解脱。于是，他们在强烈的求生欲望和渴望解脱痛苦的矛盾心态下，最终无可奈何地选择了与其痛苦无望地苟延残喘，不如尽早结束痛苦，尊严地死去。此时，医务人员应对此类患者优死的选择给予理解、同情、尊重直至帮助。否则，有些患者在痛苦的折磨之下，会采用服毒、自缢、跳楼、割脉等残酷方式结束自己的生命，其情景惨不忍睹。病人的如此结局，显然与医生奉行人道主义的原则是相悖的。

从患者家属方面来说，实行安乐死无疑会减少其烦恼和负担。

即可以解除由于患者的病痛而引起其亲属心理上的痛苦，并减少患者亲属的精神负担和经济负担。如果不实行安乐死，尽管患者生命已无法挽救，但其亲属出于“血缘亲情”，仍要求抢救患者，因而被弄得精疲力尽，甚至造成倾家荡产，落个“人财两空”。患者亲属所付出的如此代价，显然是毫无意义的。

从社会角度而言，实行安乐死符合社会公益原则。从社会公益原则出发，无论在国外还是在国内都反对为抢救濒死绝症患者而耗费巨额医药资源。因为对于有限的卫生保健事业的投资，医务人员和医疗设备的微观分配，都必须遵循公正和效用原则，尤其对于像中国这样的经济不发达、卫生资源有限的国家，更应该如此。据有关资料报道，1978年美国政府对老年人的健康保险预算为26亿美元，其中的三分之一以上是花在抢救垂死的老年人身上。而这一部分人只占保险人数的6%，花在死人身上的钱比花在活人身上的钱高出六倍。某肺气肿病人，她最后一年的医疗费用超过20万美元，其中的6万美元是花在她临终前的34天之中。与此同时，美国有九百万儿童得不到常规的医疗服务，有将近3300万人得不到保健补助。类似这样不公正的医药资源分配情况，在我国也是屡见不鲜。上海有家医院曾收治一例因脑外伤而致的“植物人”，经过六年多的治疗，无效果而死亡，高额的医疗费用令人咋舌。可见从社会公正原则出发，安乐死是可取的，这有利于合理分配投资、人力和设备。

此外，也有从人类自身生产文明化的角度来肯定安乐死的。这种观点认为，人类自身的生产，包括两性关系、婚姻制度、人口的量与质、健康和长寿、死亡和丧葬等基本环节。随着人类社会从蒙昧时代、野蛮时代向文明时代的进化，人类自身生产的这些环节也先后不等、程度不同地文明化。性卫生、婚姻法、计划生育、优生优育和优死等等，都是人类自身生产文明化的产物和表现，是人类对自身生产的调节和控制。死亡，作为人类每一个个体必经的一个阶段，对其进行人工调节，使每一个人死得科学，死

得安乐，这不仅是每一个个体的愿望，也是人类社会文明化必然要解决的课题。因此，安乐死，应当与晚婚、节育、优生、优育、健康、长寿和文明葬一样，作为人类自身生产文明化的一个环节和因素，提到现代议事日程上来，其社会意义、道德价值和法律地位，应当毫不含糊地予以肯定。

从伦理价值上说，安乐死不存在不道德行为，相反还充实了医学人道主义的内容。既然安乐死是对患者负责，使其能够真正掌握自己的生死大权，解除自己无法避免又难以忍受的病痛，使自己保持了人生全过程的愉快和谐，做到了既能庄严地生，也能庄严地死；既然安乐死也是对患者家属负责，可以减轻其烦恼和负担，使他们从痛苦而又尴尬的局面中得以解脱；既然安乐死又是对社会负责，有利于有限的医药卫生资源的合理分配，也有利于社会文明的进步和人口质量的提高，那么，实行安乐死还有什么不道德可言呢？而且，就安乐死是对患者权益的真正尊重和解除其临终之前的疾苦来说，它更符合医学人道主义。安乐死之所以会遭到非议，一个重要原因是由于人们还没有摆脱陈旧的伦理观念，如忠孝观，好死不如赖活等的束缚。但人们的伦理观念、人道主义的内涵必须服务于人类社会发展的需要，适应人类文明进步的要求。因此，随着人类社会的不断发展和人类文明的不断进步，应该逐步清除陈旧的伦理观念，而代之以新的伦理观念。

反对安乐死者则认为：

实行安乐死会使患者错过“三个机会”，甚至会引起“误死”。“三个机会”即病人可以自然改善的机会；继续治疗可望恢复的机会；有可能发现某种新技术、新方法使病人得到治疗的机会。医疗实践表明，许多过去治不好的病，现在已可治好。我们今天治病的经验，都是从过去治疗实践中积累并不断有所突破的。例如，伊文思关于烧伤面积超过80%就不能生存的结论，以及有的学者提出“心跳停止超过10分钟不能复苏，可以不必抢救”的结论，都被我国医务人员一一突破。个别植物人在昏迷较长一段时间以

后，又逐渐恢复意识的报道也偶而见诸于报端。况且，治疗还有一个地区医疗水平和医疗设备的差异问题。有些疾病在基层医疗单位治不好了，但不等于这个病人就没有救了。实际上不少病人经过转院，组织院外会诊抢救就成活了。人的生命只有一次，不能死而复生，如果不谨慎地实施安乐死，势必会使某些患者丧失好转的机会甚至“误死”。

从患者家属方面来说，由于华夏注重“血缘亲情”的民族心理和文化传统也很难接受安乐死。华夏文化中的忠孝节义等思想观念，深深地渗入子孙后代的血液中，在情感上积淀、形成了厚厚的“血缘亲情”的民族心理。因此，要让子女、妻子或丈夫决定尚未停止心跳呼吸的亲人（指晚期垂危而又极度痛苦的病人）实行安乐死，是非常困难的。在不孝的罪名和尽孝的美名这两者中，他们只会选择后者，即使付出沉重的代价也在所不惜。

从社会方面来说，实行安乐死可能会给社会带来一些消极因素。会使进入暮年的老人产生某种消极心理，尤其是患者及其家属。有人还认为，安乐死是病态的西方社会所特有的“时髦”货色，因为在西方社会中，物质文明与精神堕落形成鲜明对照。人们对人生感到绝望，乞望通过安乐死的方式来尽快摆脱痛苦，那些极端利己主义者要求用安乐死的方式去尽快结束亲友的生命。而在注重精神文明建设的社会主义中国，是不应容许安乐死的，因为它会加剧社会的复杂化，成为社会的一种不安定因素。例如，安乐死可能给某些家属提供甩“包袱”逃脱赡养义务的借口，甚至会授予不法之徒利用安乐死谋财害命的机会。

从伦理方面来说，实行安乐死有悖于“救死扶伤，治病救人”的伦理观。众所周知，人命至重，贵于千金，救死扶伤，治病救人，这是医务人员的天职。医务人员的全部工作归结到一点，就是延续人的生命。医生应该努力做到妙手回春，给人以生，而决不能致人于死，这在我国医务界是公认的医德原则。疾病与死亡对任何人来说都是最终不可避免的，但一般说来凡人都希望自

己在人世间能活得长久些。死于疾病，不仅对患者本身来说是一个极大的不幸和痛苦，而且对活着的人来说，也是一种莫大打击和折磨。面对濒临死亡威胁的危重患者，医生如果不是尽自己的最大可能去力图拯救患者的生命，减轻患者的痛苦，而是就此却步，“赠”其安乐死，这种行为本身无疑是非人道之举，是对医学的一种不能令人容忍的玷污。即便是对于癌症晚期的危重患者，医务人员也应该像白求恩大夫所说的那样：“时时刻刻问自己：‘我还能多帮助他们吗？’”只有持这种态度，才是真正符合社会主义医学伦理和人道主义原则的。

还有一种反对安乐死的议论，认为安乐死会阻碍医学科学技术的发展。因为医学科学的进步，需要有研究的客体，如果把那些“不治之症”都给予安乐死，也即研究的客观对象不存在了，将使人类在这一科学领域里无从发展。

2. 对安乐死评价的不同伦理标准

伦理评价即道德评价，是指从伦理上对某种事物进行是非评判。要评判安乐死的伦理是非，即安乐死是否道德，首先要确定用什么样的伦理标准来评判。在这个评判标准问题上，无论是西方还是东方，无论是对安乐死持赞成观点者还是持反对观点者，都公认必须以医学人道主义作为评判安乐死的根本的伦理标准。

所谓人道主义，就是尊重人格，尊重人的权利和价值，并且平等地对待每一个人。人道主义一词是从拉丁文 humanistas（人道精神）引伸而来的，它是一种关于人的本质、使命、地位、价值和个性发展等等的思潮和理论。最初由古罗马西塞罗用来指一种能够促使个人的才能得到最大程度发展的、具有人道精神的教育制度。它作为一种时代的思潮和理论，在 15 世纪以后才逐渐形成。最初表现在文学艺术方面，后来逐渐渗透到其他领域。医学人道主义，就是强调对病人实行人道主义，尊重病人的权利和利益，平等地对待病人，一切为病人着想。这些人道主义的原则是大家都公认的。但是，人们在对实行人道主义这一根本标准的理解和使

用上却存在着明显的差异。这种差异是形成对安乐死有不同伦理评价的一个重要原因。

医学人道主义包容不包容医务人员为了解除垂危患者的极度疼痛而采取一定助死措施这一项内容？也就是说，为了减轻或解除这种患者的极度疼痛而采取一定医学手段是否是医学人道主义之应有的内涵？如果对这个问题给予肯定性回答的话，那么，这与通常所说的医务人员“救死扶伤，治病救人”的天职是否相容？这个问题可以说是对安乐死，特别是对积极或主动安乐死进行伦理评价的一大难题，也是在安乐死伦理评价问题上各种意见争论的焦点问题。对此，从我国医学界、哲学界和法学界讨论的情况来看，意见不一，争议相左，存在着两种尖锐对立的观点：

一种观点认为，对那些患了现代医学无法挽救、在弥留之际痛苦难忍、其本人及其家属又知情同意的病人，在符合法律规定的程序下，医务人员采取一定措施，使病人无痛苦地提前结束生命，这不仅是人道之举，而且这应该是医学人道主义的主要内容。主要理由是：①人道主义的基本原则是尊重人格，尊重人的权利和价值，而满足患者安乐死的意愿正是对其生与死自主权的尊重。生命是由生与死组成的，尊严的死和尊严的生同样都是人道主义的主要内容。当患者疼痛难忍提出实施安乐死时，医生明知无法挽救他的生命，也无法减轻他的疼痛，却硬拖着让他忍受痛苦，使他在生命的最后阶段落个形象全非、不成人样，这是损害患者尊严的残忍的非人道之举。②人生的价值是“活得愉快，死得安宁”。低质量、无价值的生，便不如死好。与其痛苦地死去，不如安然地死去。③既然有不少危重患者因无法忍受病痛折磨而自杀，还不如主动实行安乐死更符合人道主义精神。西德有一个 28 岁的瘫痪姑娘英格丽，在经历了两年不能独立生活的痛苦后，决心了结生命。她认为自己过着像动物一样的生活，死倒可以获得平静。但她为了不让接近她的人为自己的死而受到控诉，只得采取自杀的办法。当人们在电视录像中看到她在无援的条件下，用完全瘫

痪的身躯步步进逼绝境，最后费劲地吮吸毒剂致死的状态时，大家都震惊了！这只能说是残忍，毫无人道可言。④对安乐死进行伦理评价，不能无视社会公益原则。在痛苦中挣扎的濒临死亡的生命，不仅其本人受无谓的折磨，而且给家属和社会带来的是沉重的负担。把不足的卫生资源用于这种患者而使其他人得不到应有的治疗，这是不公正的，是不符合平等地对待病人这一人道主义原则的。根据有关统计，我国人均卫生事业费用 1982 年才 4 元左右，现在虽然有所增加，但毕竟仍然严重不足，如果对十分有限的卫生资源让极少数无望挽救的患者无谓地占有，就意味着对他人医疗费用的剥夺。我们讲人道主义，不能忽视这种情况。在中国这样的人口多、底子薄的国家中讲人道主义，更不能忽视这种情况。

另一种观点认为，实行安乐死有悖于医学人道主义。其主要理由是：①人命至重，生命神圣。从医学上讲，这历来是至高无上的铁的原则。古往今来，各国法律、社会舆论和风俗习惯，都对痴呆、严重畸形、伤残乃至各种濒临死亡的人，普遍采取极其宽容的态度。这是人道主义的精神在全人类中的普遍体现。人类也只有从尊重最弱的人做起，才能最终保持自己的尊严，这不仅是社会进步与社会蜕化的分水岭，也是人类区别于其他动物的最重要的标志之一。②救人生命是医生的天职，医生决不能赐人以死。只要病人还有一分钟的希望，医生就应全力抢救，不管生命质量如何，不管病人遭受什么样的痛苦和折磨，不管病人和家属是什么态度，一直抢救到病人死亡为止。医务人员只有这样做才称得上真正实行了人道主义，才是值得称赞的。③安乐死有损于医生的形象，降低医生的心理治疗意义。实行安乐死，会使患者感到医生无能，对医生产生不信任感。因为医生的形象，具有极大的心理治疗意义，假如医生不仅救治病人，同时也致死病人，就可能使许多病人对医生的看法发生变化，从而降低医生对病人的心理安慰意义。报载，澳大利亚的尼谢克医生因为协助晚期前列