

اتانازی و کمک خود کشتی چیست؟

اتانازی (Euthanasia) به این صورت تعریف شده است اقدامی که توسط فردی با هدف پایان دادن به زندگی فردی دیگر در جهت خاتمه دادن به رنجی که او میبرد انجام میگیرد. اتانازی ممکن است داوطلبانه « Involuntary (اجباری) « Voluntary (یا غیر داوطلبانه (Non-voluntary) « باشد که این بستگی دارد به (۱) کفایت (Competence) فرد اتانازی شونده (۲) مطابق بودن یا نبودن این اقدام با خواست فرد اتانازی شونده اگر این خواست معلوم باشد و (۳) آگاه بودن یا نبودن اتانازی شونده از این که قرار است اتانازی انجام گیرد.

به (Assisted suicide) کمک خودکشی

این صورت تعریف شده است: «اقدام فردی به کشتن عامدانه ی خودش با کمک فرد دیگری که آگاهانه دانش وسیله یا هر دو را برای این اقدام فراهم میکند.

در خودکشی با کمک پزشک فردی که به خودکشی کمک میکند یک پزشک است.

چرا اتانازی و کمک خودکشی دارای اهمیت اند؟

دولتها در سراسر جهان در سالهای اخیر به بحث درباره ی این پرسش پرداخته اند که آیا پزشکان و سایر حرفه مندان سلامت باید در شرایط خاص به نحو عامدانه در وقوع مرگ بیمار مشارکت داشته باشند؟ و آیا چنین عملکردی باید از سوی جامعه پذیرفته شود؟ دلالتهای این پرسشها در اخلاق قانون و سیاست گذاری عمومی شایان توجه ویژه اند.

اخلاق

اختلاف نظر قابل توجهی در این زمینه وجود دارد که آیا اتانازی و کمک خودکشی اخلاقاً از تصمیم به صرف نظر کردن از درمانهای نگره دارنده ی زندگی متمایزند؟ این مقوله مبانی برخی از اقدامات قانونی را تشکیل داده است.

در مرکز این بحث اهمیت اخلاقی معطوف به نیت افرادی است که این اقدامات را انجام می دهند. طرفداران اتانازی و کمک خودکشی این استدلال را رد میکنند که تمایز اخلاقی میان این اقدامات و اقدام به صرف نظر کردن از درمان نگره دارنده ی زندگی وجود دارد بلکه ایشان ادعا می کنند که اتانازی و کمک خودکشی با حق بیماران در گزینش آگاهانه درباره ی زمان و نحوه ی مرگ خودشان سازگار است. مخالفان اتانازی و کمک خودکشی ادعا میکنند که مرگ را تنها در صورتی میتوان پیامد قابل پیش بینی قطع از نظر اخلاقی موجه درمان نگره دارنده ی زندگی دانست که بیماری زمینه ای کشنده ای وجود داشته باشد و این بیماری باشد که باعث مرگ می شود نه عمل قطع درمان در مقایسه نزد پزشکی که اتانازی را انجام می دهد یا به خودکشی کمک میکند این مرگ بیمار است که هدف اصلی اقدام او را شکل میدهد. اگرچه مخالفان اتانازی و کمک خودکشی با اهمیت خود مختاری بیمار موافقت چندین استدلال می کنند که اتونومی فردی حدودی دارد و حق خود مختاری نباید جایگاه غایی را در سیاست اجتماعی مربوط به اتانازی و کمک خودکشی پیدا کند. طرفداران اتانازی و کمک خودکشی بر این باورند که این دو اقدام به واسطه ی به پایان رساندن رنج و درد بیماران رو به مرگ به ایشان نفع می رساند، حال آن که مخالفان اتانازی چنین دلیل می آورند که وجود زمینه های مشفقانه برای تصویب این اقدامات قادر به تضمین این نخواهد بود که اتانازی در محل به افرادی محدود خواهد ماند که داوطلبانه آن را درخواست می کنند. مخالفان اتانازی هم چنین نگران آنند که پذیرش اتانازی ممکن است نقشی در ریختن قبح کشتن خصوصی در جامعه داشته باشد. اغلب کسانی که در این زمینه اظهار نظر کرده اند تمایز اخلاقی رسمی ای را میان اتانازی و کمک خودکشی قائل نشده اند زیرا در هر دو مورد شخصی که اتانازی یا کمک خودکشی را انجام میدهد عامدانه مرگ بیمار را تسهیل می کند در عین حال نگرانی هایی درباره ی خطر بروز خطا اجبار یا بد رفتاری در صورتی که پزشک عامل نهایی اتانازی داوطلبانه باشد، ابراز شده است.

هم چنین در این باره اختلاف نظر وجود دارد که آیا اتانازی و کمک خودکشی را می توان اقداماتی «پزشکی» به شمار آورد یا نه؟

قانون

اغلب نظام های قانونی تمایزی را میان اقدامات عامدانه ای که با قصد ایجاد مرگ انجام گیرند و اجازه دادن منفعلانه به این که مرگ طبیعی حادث شود قائل میشوند. اولی معمولاً قتل به حساب می آید و شامل آدم کشی و نوزادکشی میشود. قطع یا اجتناب از اعمال اقدامات نگه دارنده ی زندگی نیز در صورتی که وظیفه ی قانونی برای اعمال آنها وجود داشته باشد میتوان قتل به حساب آید. در عین حال اگرچه پزشکان باید مراقبت لازم را برای بقای بیمارانشان ارائه دهند، معمولاً احساس وظیفه نمیکند که درمانی را عرضه نمایند که آن را - در تأمین سلامت بیمارشان یا ظرفیت او جهت داشتن عملکرد در سطحی هوشیار - بیهوده یا بی تأثیر می دانند. برای مثال بیماری که در وضعیت نباتی پایدار یا دائمی به سر میبرد ممکن است راه تغذیه یا آب دهی به ایشان برداشته شود در حالی که پیش بینی می شود که نتیجه ی آن مرگ بیمار خواهد بود.

تعداد اندک اما بالقوه افزاینده ای از نواحی قضایی به پزشکان اجازه می دهند که از مرگ بیمارانشان مسؤل شناخته شوند در واقع دچار تعارض منافع شده اند. در عین حال برای شاکیان ممکن است ناممکن باشد که بتوانند این احتمال را به طور جدی نشان دهند که نیت اصلی پزشک نه تسکین درد بلکه قتل از روی ترحم بوده است.

منشابهاً، ممکن است که داروها برای استفاده ی دوره ای توسط خود بیمار به نحو مناسبی تجویز شده باشند و بیمار خود آنها را جمع کرده و به طور هم زمان با قصد خودکشی مصرف کرده باشد. پزشکان ممکن است چنین خطری را تشخیص دهند اما اثبات این که هدف ایشان از تجویز دارو چنین پیامدی بوده است ناممکن میباشد هشدار دادن به بیماران درباره ی خطر مصرف بیش از حد دارو برای زندگیشان ممکن است پیامی دو پهلو را به ایشان منتقل کند.

مطالعه های تجربی

مطالعه ای که در سال ۱۹۹۵ در کانادا به انجام رسید نشان داد که بیش از ۷۵ درصد از عموم مردم از اتانازی داوطلبانه و کمک خودکشی در مورد بیماری که بهبودشان از بیماری نامحتمل است حمایت می کنند. ولیکن، تعداد تقریباً برابری با انجام این اقدامات در مورد بیماری که وضعیت های قابل بازگشتی دارند (۷۸) درصد مخالف افراد سالمند ناتوانی که احساس میکنند باری بر دوش دیگرانند ۷۵ درصد مخالف و افراد سالمند دچار بیماریهای جسمی جزئی (۸۳) درصد مخالف مخالفت کردند. نتایج پیمایشی نشان داد که ۲۴ درصد از پزشکان کانادایی مایل به انجام اتانازی و ۲۳ درصد از ایشان مایل به کمک به خودکشی در صورت قانونی شدن این اقداماتند. این یافته ها مشابه با نتایج پیمایشهای انجام گرفته در بریتانیا و قلمرو شمالی استرالیا هست. پیمایش ها بر روی پزشکان در ایالت ویکتوریای استرالیا و نیز پیمایش های انجام گرفته در اورگن ، ۴ واشینگتن ، و میشیگان حاکی از آنند که اکثریت پزشکان در این نواحی قضایی در کل از اتانازی و کمک خودکشی حمایت کرده و مدافع غیر کیفری کردن آنند. پزشکانی که تخصصهای خاصی را دارند، نظیر متخصصان طب تسکینی به نظر می رسد که تمایل کمتری به مشارکت در اتانازی و کمک خودکشی در مقایسه با پزشکان دارای سایر تخصص ها دارند.

تقریباً ۳ درصد از تمامی مرگها در هلند ناشی از اتانازی یا کمک خودکشی است.

اغلب این بیماران سرطانی اند هر چند که یک بیمار از پنج بیمار دچار اسکروز جانبی آمیوتروفیک از اتانازی یا کمک خودکشی فوت می کند. پزشکان گزارش میکنند که بیماران هلندی از ترس از دست دادن کرامت مرگ باذلت و وابسته شدن به سایرین به سراغ اتانازی می آیند. تقریباً نیمی از بیماران درد را به عنوان دلیلی برای درخواست تسریع مرگ ذکر کرده اند اما تنها برای ۵ درصد از ایشان

درد تنها دلیل این درخواست بود.

در نمونه ای ملی شامل ۲۰۰۰ پزشک از ایالات متحده یک نفر از هر شش نفر گزارش دادند که با درخواست بیماری برای کمک به خودکشی مواجه شده اند؛ ۱۱ درصد از ایشان با درخواست تزریق کشنده روبه رو شده اند؛ ۳ درصد گزارش دادند که حداقل یک نسخه جهت استفاده در تسریع مرگ نوشته اند؛ و ۷/۴ درصد گزارش دادند که حداقل یک تزریق کشنده را اجرا کرده اند. شایع ترین دلایل درخواست عبارت بودند از ناراحتی غیر از درد از دست دادن کرامت ترس از علامتهای غیر قابل کنترل درد و از دست دادن معنای زندگی پزشکان بیش تر به درخواست بیمارانی وقع می گذاشتند که درد یا ناراحتی شدیدی داشتند و امید به زندگی شان کمتر از یک ماه بود و در زمان درخواست افسرده ارزیابی نشده بودند.

کمک خودکشی در سال ۱۹۹۷ در ایالت اورگن قانونی شد و هر سال تقریباً ۱/۰ درصد از مرگها در این ایالت با تجویز کشنده صورت می گیرد. از هر شش درخواست صریح برای کمک به پزشک در مرگ به یک مورد پاسخ مثبت داده میشود. اشخاصی که به موجب قانون به تجویز کشنده دسترسی پیدا میکنند در مقایسه با سایر متوفیان این ایالت از سطح آموزشی خوب و تأمین اقتصادی اجتماعی برخوردارند. اغلب بیماران در زمان دریافت نسخه ی کشنده در مرکز نگه داری بیماران رو به مرگ در منزل ثبت نام شده بودند که مطرح کننده ی آن است که کمک خود کشی جایگزین مراقبت تسکینی نیست پزشکان و کارکنان مرکز نگه داری گزارش میدهند که اشخاص دچار بیماری رو به مرگ کمک خودکشی را برای کنترل زمان و نحوه ی مرگ خود و اجتناب از وابستگی به دیگران درخواست میکنند. به نظر می رسد که حفظ استقلال ارزشی مادام العمر برای این بیماران است درد کنترل نشده به ندرت دلیلی برای درخواست کمک خودکشی است هر چند که ترس از بدتر شدن علامت ها در آینده برجسته است. در برخی از مطالعات اختلالات افسردگی در زمینه ی میل به تسریع مرگ وجود داشته اند اما میزان شیوع افسردگی در میان ساکنان اورگن که با کمک خود کشی مرده اند، ظاهراً به نحو متناقضی پایین است که ممکن است نشانگر تشخیص کم تر از حد توسط بالینگران باشد. پزشکان اورگن که چنین درخواستهایی را دریافت کرده بودند این تجربه را از نظر هیجانی شدید توصیف کرده اند اما آنهایی که با درخواست موافقت کرده بودند، به ندرت پشیمان شده اند.

چه رویکردی باید در عمل به اتانازی و کمک خود کشی داشته باشیم؟

اگرچه اتانازی و کمک خودکشی در تعدادی از کشورها قانونی شده است در اغلب نواحی قضایی هم چنان غیر قانونی است و مجازات زندان برای آن در نظر گرفته شده است. پزشکانی که بر این باورند که اتانازی و کمک خودکشی باید قانونی شوند می توانند این خواسته ی خود را از روشهای قانونی و دموکراتیک گوناگونی پیگیری کنند. در رویکرد به این مقولات در بالین مهم است که (۱) علل درخواست بیمار کاملاً بررسی شود؛ (۲) به تصمیمات فرد دارای کفایت برای صرف نظر از درمان احترام گذاشته شود، مانند قطع تهویه ی مکانیکی بنا به درخواست بیماری که قادر به تنفس مستقل نیست که از نظر قانونی نیز قابل پذیرش است؛ (۳) از اتونومی بیمار و تلاش او برای حفظ کنترل در دیگر محیط های زندگی اش پشتیبانی شود؛ و (۴) درمانهای تسکینی مناسب به بیمار ارائه گردد. [بحث اتانازی فعال و غیر فعال از منظر اخلاقی بحث بسیار با اهمیتی است. در فرهنگ ما با توجه به این که بر اساس بینش فلسفی ما حقیقت انسان روح اوست که باقی است و انسان گرچه آفریده شده است ولی همواره زنده خواهد بود و لباس خویش را از کالبدی به کالبدی و از عالمی به جهانی باقی عوض خواهد کرد. با این ایده و در کنار آن کرامت انسان و ایده ی این که حوادث دهر میتوانند راه و نردبانی برای ارتقای انسان باشند مسأله ی اتانازی اکتیو از نگاه دیگری ملاحظه میشود و در معارف الهی ما پذیرفته شدنی نمیشود بحث در مورد اتانازی پسیو و ادامه ی درمانهای نگه دارنده در مورد بیمارانی که مطمئناً درمان تأثیر گذار نمی باشد مسأله ی دیگری است که مورد بحث و نقد قرار گرفته است. رجوع شود به صفحه ۹۳-۱۰۹]

بحث موارد

مورد خانم «آی» در بردارنده ی بیماری دارای کفایت و دچار مراحل انتهایی بیماری است که در آینده ی بسیار نزدیکی خواهد مرد و اکنون با درد غیر قابل درمانی روبه رو است.

در مورد آقای «جی» بیماری ظاهراً با کفایت اگرچه در حال مرگ نیست رنج ذهنی بسیار شدیدی را تجربه میکند.

در هر دو مورد پزشک با این درخواست محتمل روبه روست که در اتانازی یا کمک خودکشی مشارکت کند. خانم «آی» رنج می کشد و به مرگ نزدیک است. در مشاوره با او و خانواده اش تیم پزشکی باید به نحوی تهاجمی درد و علایم او را کنترل کنند و از متخصصان طب تسکینی - در صورت دسترسی - تقاضای همکاری نمایند. برخی از پزشکان ممکن است این نگرانی را داشته باشند که این نوع شدید از آرام بخشی و مدیریت درد ممکن است موجب تسریع مرگ بیمار شود و در نتیجه اتانازی به حساب آید. ولیکن این رویکرد از نظر اخلاقی مجاز است مشروط به این که هدف از مراقبت کاهش رنج باشد قصد پزشک اتانازی نباشد.

و مرگ روشی برای تسکین رنج بیمار به حساب نیامده باشد.