

بررسی مقایسه‌ای دلایل موافقان و مخالفان اتانازی

فرزاد محمودیان*^۱، حسین یوسفی منش^۲، مهدی بهنام^۲، محسن کرمی^۲

چکیده

از دیرباز عمل «اتانازی» یا «قتل ترحم‌آمیز» در تاریخ زندگی بشر مطرح بوده است. پایان دادن به درد و رنج بیماران، با مشارکت عوامل درمان، مورد بحث و گفت‌وگوهای فراوانی بوده است و گروه بسیاری با استدلال و استنادهای عقلی، فرهنگی، دینی و حرفه‌ای به شدت با آن مخالفت نموده‌اند و در مقابل گروه محدودی نیز از انجام اتانازی حمایت کرده‌اند و با آن موافق بوده‌اند. تحقیق و بررسی دیدگاه‌های هر دو گروه، توان درک واقعی و صحیح را قدرت می‌دهد و تصمیم‌گیری‌های منطقی را برای اراده و انتخاب‌های اخلاقی و حرفه‌ای آسان می‌گرداند.

رعایت استقلال فردی و حق انتخاب، کاهش درد و رنج و حفظ شأن و ارزش فرد از جمله دلایل موافقان اتانازی است و تقدس حیات، عدم قطعیت کلینیکی و امکان بهبودی، امکان سوء استفاده و تخریب رابطه‌ی پزشک و بیمار بخشی از دلایل مخالفان اتانازی است.

از جمع‌بندی و بررسی نظرات و دیدگاه‌های هر دو گروه به نظر می‌رسد اتانازی از ابعاد مختلف عقلی، حرفه‌ای، اجتماعی و فرهنگی نمی‌تواند رفتاری قابل قبول، منطقی و پسندیده باشد و توسعه، افزایش و قانونی نمودن آن، آسیب‌ها و آفت‌های زیادی را از جهات و زوایای مختلف به همراه دارد، بنابراین رفتاری غیرحرفه‌ای و غیراخلاقی به شمار می‌آید.

واژگان کلیدی: اتانازی، قتل ترحم‌آمیز، درد و رنج

^۱ عضو هیأت علمی و دبیر کمیته‌ی تحقیقات گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

^۲ دانشجوی پزشکی و عضو کمیته‌ی تحقیقات گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

* نشانی: شیراز، میدان امام حسین (ع)، دانشکده‌ی پزشکی، ساختمان شماره‌ی ۲، طبقه‌ی نهم، گروه اخلاق پزشکی، تلفن: ۰۷۱۱-۲۳۴۸۹۸۰.

Email: farzad.mahmoodian@gmail.com

مقدمه

از سه هزار سال پیش تا کنون اتانازی موضوعی بسیار بحث برانگیز بوده است. برخی از مردم از آن به عنوان «فرم اخلاقی کشتن» یاد می‌کنند. در ادیان و جوامع مختلف جهت گیری‌های متفاوتی نسبت به این عمل وجود داشته است که بیشتر به سمت مخالفت با اتانازی بوده است (۱).

از نظر مکتب اسلام حیات مقدس، که جزئی از آن در کالبد انسان‌هاست، ارزش والایی دارد و هر گونه تعرض به این وادی مقدس، در واقع تجاوز به حقیقت آفرینش و حیات همه‌ی موجودات است. در مورد اتانازی هم باید گفت که این امر را تعرض و جرم می‌داند چه برای فردی که داوطلب اتانازی می‌شود تا حیات او سلب شود و چه فردی که به اصطلاح به او مرگ اهدا می‌کند، هر دو را به عنوان خائن می‌شمارد (۲).

اسلام بیان می‌کند که انسان علاوه بر دارا بودن بخشی از حیات کلی و مقدس، در بین موجودات دیگر نیز استثنا و دارای ارزش مضاعف است. زیرا او کسی است که خداوند سبحان از روح خود در او دمید تا به مرحله‌ای رسید که همه‌ی فرشتگان به دستور خداوند او را سجده کردند (۳).

بودا با این تفکر که پایان دادن به زندگی در هر زمانی اشتباه تلقی می‌شود اتانازی را نمی‌پذیرد. هم‌چنین در آیین مسیحیت از آنجایی که انجیل حیات انسان را مقدس می‌داند و آن را متعلق به خدا می‌شمارد با اتانازی مخالفت می‌نماید. با این حال انسان‌ها تعابیر متفاوتی از عقاید مذهبی خود دارند (۱).

روم و یونان باستان با اختیاری کردن انتخاب مرگ، و اجازه دادن به فرد برای نوشیدن hemelock (سم شوکران)، نه تنها مرگ اختیاری یا ارادی را قابل قبول می‌دانست بلکه به دیگران برای کمک به مرگ فرد در زمانی که نیاز باشد، اجازه می‌داد (۴).

برخی از نویسندگان معتقدند که واکنش در مقابل افزایش

تعداد اتانازی، که با استفاده از سم، توسط پزشکان انجام می‌گرفت، منجر به ارائه‌ی سوگند بقراطی (سوگندنامه‌ی دانشجویان پزشکی) گردید (۵).

در ادبیات باستانی چین اماکن و مراجع زیادی برای کشتن بدون درد (painless killing) بیان شده، که تحت شرایط خاص مثل جلوگیری از درد و رنج، کشتن بیشتر رزمجویان و جنگاوران به شدت زخمی را ستوده است. در حال حاضر در چین بعد از سال‌ها منع به‌وسیله‌ی رژیم کمونیستی، اتانازی آزادانه مورد بحث قرار می‌گیرد (۶). در دوران premodern چین خودکشی گناه و انحراف به‌شمار نیامده است و برای مدت‌ها به‌طور واضحی ستوده می‌شد، گرچه کمک به مرگ دیگران و خصوصاً تحمیل فشار به افراد مسن و ناتوان برای خودکشی، جریمه مرگ را در بر داشت (۷).

امروزه به تاریخچه‌ی اتانازی در هند باستان توجه شایانی می‌شود. Young بیان کرده که: «در هند بر خلاف غرب، جایی که اتانازی بعد از دوران رومی-یونانی ممنوع شده است، پایان دادن به زندگی در میان بیماران، افراد محزون، دل‌سرد و ناتوان برای قرن‌ها بعد از دوره‌ی کلاسیک (قرن ۸ قبل از میلاد) پذیرفته شده بود.» Young هم‌چنین در نتیجه‌گیری خود گفته: «تاریخچه‌ی هند نشان می‌دهد که محدود کردن اتانازی به مفهوم و زمینه‌ی خاص و جلوگیری از سوء استفاده چقدر مشکل است. همین طور ثابت می‌کند که یک فرهنگ جهانی بزرگ، در طی هزار سال، زمانی که کیفیت زندگی غیرقابل قبول در نظر گرفته می‌شد، یک روش برای دادن جنبه‌ی مثبت به مرگ خودخواسته پیدا کرده است.» (۸).

در طی چند سال گذشته در استرالیا، بریتانیا، فرانسه، آلمان، ژاپن و آمریکا، با اجازه دادن به پزشکان خاصی که اتانازی را اعمال می‌کردند یا در خودکشی بیماران رو به مرگ کمک می‌کردند، جرعه بحث و مناظره‌ی عمومی پیرامون اتانازی زده شده است. اگرچه در این کشورها اتانازی

الف - دیدگاه موافقان اتانازی

کسانی که از اتانازی به‌عنوان یک راه حل درمانی و قابل قبول برای نجات بیمار از رنج و درد حاصل از بیماری حمایت می‌کنند، دلایل خود را برای توجیه این ادعا در چند قسمت ارائه می‌دهند که عبارتند از:

۱- استقلال فردی و حق انتخاب

مباحثی که از اتانازی حمایت می‌کنند به وظیفه‌ی خود نسبت به درمان رنج بیمار اشاره می‌کنند و این موافقت را ناشی از درک بالای خود نسبت به وظیفه‌شان برای احترام به استقلال و خودمختاری (autonomy) بیمار می‌دانند و می‌گویند که پایان دادن به زندگی امری کاملاً شخصی و خصوصی است (۱۵-۱۳).

همه‌ی ما عموماً قبول داریم که افراد حق انتخاب دارند و بر اساس اصل اخلاقی استقلال درون به انتخاب دیگران احترام می‌گذاریم. حتی اگر از نظر ما اشتباه و غیرقابل قبول باشد. موافقان قتل ترحم‌آمیز ادعا می‌کنند که حق انتخاب، حق انتخاب مرگ را هم شامل می‌شود. دادن حق انتخاب برای مردن به این معنی است که دیگران نباید در تصمیم فرد برای مردن دخالت کنند و در مواردی حتی لازم است که به فرد کمک کنند (۱۶).

۲- حفظ شأن و ارزش فرد

لازمه‌ی حفظ شأن و ارزش فرد، احترام به انتخاب‌های خودخواسته‌ی اوست. بیماران همیشه از این‌که تحت فشار درد و رنج بیماری هستند ناراحت نیستند. بلکه از این‌که می‌دانند که زندگی آن‌ها رو به اتمام است و خود را باری بر دوش دیگران می‌دانند آزرده خاطر می‌شوند (۱۶).

پزشکانی که اتانازی را انجام می‌دهند کار خود را احترام به بیمار می‌دانند نه قتل یا تسریع در مرگ. آن‌ها می‌گویند: چون ادامه‌ی حیات بیمار به‌صورت قابل احترام و همراه با عزت و وقار امکان‌پذیر نیست، لذا مرگ با عزتی را به او هدیه می‌نماییم (۱۶).

غیرقانونی باقی مانده است، تنها جامعه‌ی مدنی که اتانازی را یک انتخاب شبه قانونی می‌داند، هلند است (۹).

بحث و مناظره‌ی عمومی از زمانی که یک دادگاه در لیوواردن (Leeuwarden) در سال ۱۹۷۳ به قابل قبول بودن اتانازی در برخی شرایط حکم کرد، شدت یافته است. تصمیمات دادگاه‌های بعدی نیز این حکم را تصدیق نمودند. یک توافق عمومی گسترده وجود دارد که اتانازی یک عمل حرفه‌ای از روی شفقت در باب خاتمه‌ی زندگی در میان طیف تصمیمات پزشکی است. به‌نظر می‌رسد که این موضوع نظر و عقیده‌ی بسیاری از پزشکان هلندی و انجمن پزشکی Royal Dutch باشد (۱۰).

در طی ۲ دهه‌ی گذشته انجمن Royal Dutch قوانین خود را بر اساس احکام صادره توسط دادگاه گسترش داده است (۱۱) که به‌وسیله‌ی کمیسیون ایالتی هلند، مربوط به اتانازی و دولت هلند تصدیق شده است (۱۲).

امروزه از اتانازی به‌عنوان پایان دادن به زندگی فرد بر اساس درخواست او تعبیر می‌شود. اما همیشه این عمل یک انتخاب داوطلبانه نبوده است. نگاهی به تاریخ نشان می‌دهد که پایان دادن به زندگی یک انسان گاهی در مسیر غلط هدایت شده است. آنچنان که در سال‌های ۱۹۳۳-۱۹۴۵ اتانازی توجیهی برای جنایت‌های رژیم نازی بوده است. این رژیم افراد ناتوان و بیمار، هم‌چنین انسان‌های مسن و از نژادهای مختلف را به نام اتانازی از بین برد. این اعمال بر مبنای پایان دادن به زندگی‌های بی ارزش انجام می‌گرفت. در صورتی که این توجیه بر خلاف نوع دوستی و انسانیت است. سوء استفاده از اتانازی در گذشته، امروزه دلیلی برای مخالفت با این عمل می‌باشد (۱).

پس از آن‌که مسأله‌ی قتل ترحم‌آمیز یا همان اتانازی به‌عنوان یک راه حل درمانی وارد حرفه‌ی پزشکی گردید این موضوع توجه زیادی را به خود جلب کرد و بحث‌های بسیاری در زمینه‌ی پذیرفتن یا غیرقابل قبول بودن اتانازی به وجود آمد که به شرح زیر است:

۳- کاهش درد و رنج

می‌دهد و اتانازی مناسب‌ترین راه درمانی تلقی می‌شود. چون برخی از جنبه‌های درد و رنج (suffering) نمی‌تواند توسط دخالت‌های دارویی و جراحی درمان شود. در نتیجه اعتقاد به وظیفه پزشک برای حفظ جان بیمار و درستکاری قابل قبول نیست (۲۰، ۱۹).

مثلاً افراد ۷۰ سال به بالا که نشانه‌ی بیماری صعب‌العلاج را در خود مشاهده کردند بهتر است خودکشی کنند. این امر از نظر اقتصادی نفع خوبی دارد. زیرا هزینه‌ای که باید صرف شود، می‌تواند صرف مراقبت‌های پزشکی دیگران گردد (۳).

۶- کمای برگشت ناپذیر

در تعریف مرگ گفته شده است که: الف) مرگ عبارت است از فقدان غیرقابل برگشت آن چیزی که اصولاً برای طبیعت انسان مشخص است. ب) آنچه اصولاً برای طبیعت انسان مشخص است عبارت از ظرفیت اثرات کار و اجتماع بر یکدیگر است. Witch می‌گوید: «وقتی این‌ها از دست رفتند، فرد را باید مرده پنداشت» (۲۱). بنابراین با اتانازی مرده‌ای را از میان زندگان جدا نموده‌ایم.

ب- دیدگاه‌های مخالفان اتانازی:

در مقابل نظرات موافق اتانازی دیدگاه‌هایی مطرح شده‌اند که این موضوع را نفی می‌کنند و با دلایل مختلفی اتانازی یا قتل ترحم‌آمیز را محکوم می‌کنند و آن‌ها عبارتند از:

۱- تقدس حیات

لازمه‌ی انسان بودن، تفاوت او با سایر موجودات است، اما زنده ماندن چیزی است که سایر موجودات هم دارند. در واقع مرگ یک انسان با فقدان مشخصاتی که اختلاف او را با سایر موجودات مشخص می‌کند ارتباطی ندارد بلکه با آنچه با سایر موجودات زنده مشترک است ارتباط پیدا می‌کند (۲۱). یک بحث معمول در مخالفت با اتانازی نظریه‌ی «تقدس حیات» است و بیان می‌شود از آنجایی که زندگی مقدس و منزه است هیچ چیز حتی درد و رنج غیرقابل تحمل نمی‌تواند، گرفتن آن را توجیه کند. از نظر مکتب اسلام حیات مقدس که جزئی از آن در کالبد انسان‌هاست ارزش والایی دارد و

عموم مردم رنج بردن را از لحاظ اخلاقی غیرقابل قبول می‌دانند. گفته می‌شود در مواردی که بیمار تحت فشار درد و بیماری لاعلاجی قرار دارد، اگر حق انتخاب مرگ بیمار- به معنی رهایی از رنج- را انکار کنیم، انسانی نیست و اتانازی در این شرایط راهی عادلانه برای جلوگیری از ادامه‌ی درد و رنج بیمار است (۱۷).

به‌عنوان مثال، بیماری که در اثر ابتلا به سرطان لاعلاج گلو، در حال احتضار است، از دردی جانکاه که بیش از این تسکین آن ممکن نیست رنج می‌برد. بیمار به‌طور قطع در چند روز آینده می‌میرد، اما از آنجایی که درد او قابل تحمل نیست تصمیم به خاتمه‌ی حیات خود می‌گیرد (۱۸).

این مسأله این حقیقت را بیان می‌کند که با وجود پیشرفت‌های پزشکی، پزشکان نمی‌توانند تمام بیماری‌ها را از بین ببرند (۱۶)، پس بهتر است که به اتانازی روی آورند.

۴- نیاز به درمان مناسب و عادلانه

هر انسانی باید از منافع زندگی و کمک‌های درمانی به‌طور یکسانی نسبت به دیگران برخوردار باشد. انکار حق فرد برای رهایی از درد و رنج و مجبور کردن فرد به تحمل باری که دیگران مجبور به تحمل آن نیستند، عادلانه نیست. منع بیمار برای انتخاب به‌صورت غیرمنصفانه‌ی ارزش‌های دیگران را بر او تحمیل می‌کند. فقط بیمار و افراد نزدیک او می‌توانند تصمیم بگیرند که چه چیزی برای آن‌ها بهتر است. انکار حق انتخاب مرگ سبب تخریب حق بیمار برای رهایی از زیان‌هایی می‌شود که نتیجه‌ی بیماری و دردهای لاعلاج است. تصور می‌شود جایی که اتانازی تنها راه پایان دادن به دردهای لاعلاج است پنداشته می‌شود به‌عنوان تنها چاره اخلاقی نیز بیان می‌شود (۱۶).

۵- ناتوانی در کاهش درد و رنج و حضور اتانازی به‌عنوان

یک اجبار

در برخی شرایط که اتانازی یک انتخاب نیست، پزشک به خاطر این‌که نمی‌تواند بیمار را رها کند عملی اجباری را انجام

است» (۲۱).

Giles معتقد است که چون از گذشته به‌طور سنتی، پزشکان تعهد می‌دهند و قسم یاد می‌کنند، آنگاه خیلی مشکل می‌توان اتانازی را وارد امور مربوط به آن‌ها کرد. وی معتقد است که با قانونی شدن اتانازی حتماً در آن سوء استفاده می‌شود و کم‌کم فاصله‌ای بین آن‌چه انجام می‌دهیم با اهداف اولیه حاصل می‌شود. چیزی که نازی‌ها شروع کردند، کشتن زخمی‌ها و کسانی که درد و رنج شدید داشتند بود و کم‌کم نهایت امر این شد که سالمندان و حتی بیمارانی هم که احتمال شفا داشتند، کشته شوند (۲۳).

۴- عدم ضرورت

قانونی کردن یا حمایت از اتانازی غیرضروری است. دلیلی که به‌خصوص توسط کسانی که در مراکز تسکین درمانی هستند مطرح شده است، این است که مراقبت‌های تسکینی در طول سال‌ها موفق بوده‌اند و بنابراین ضرورت و لزومی برای قتل بیمار نیست. هم‌چنین باید به بیمار اجازه و فرصت داد تا با شایستگی بمیرد (۱۶).

۵- تبعیض

گاهی گفته می‌شود که اتانازی موجب تبعیض‌های زنده‌ای می‌شود. به‌خصوص با ارزش دانستن برخی زندگی‌ها نسبت به دیگر زندگی‌ها. Tighe رییس Victorian Right to Life تأکید داشته که انجام اتانازی، برای بیماران مرحله‌ی پایانی و بیماران نقص عضو، زیان‌آور است و اتانازی این مفهوم را که برخی زندگی‌ها ارزش ادامه را ندارند، تقویت می‌کند (۱۶).

در غرب بسیاری از علمای اخلاق بیان می‌کنند که نمی‌توانیم ملاک را «کیفیت زندگی» قرار دهیم و این امر نمی‌تواند معیاری در زمینه‌ی حذف این افراد و به‌عبارتی اتانازی باشد (۲۳).

Leonard Weber از علمای اخلاق می‌گوید: «این‌که بگوییم چون برخی افراد سربار جامعه‌اند، اجازه بدهیم بمیرند، اصل سوال در مسیر غلطی مطرح شده است. اخیراً بحث‌هایی

هرگونه تعرض به این وادی مقدس در واقع تجاوز به حقیقت آفرینش و حیات همه‌ی موجودات است. در اسلام اعتقاد بر این است که هیچ کس مالک حیات خویش نیست، حیات و ممات در اختیار خداوند است و تصرف در حیات بدون مشیت الهی خیانت است (۲).

۲- عدم قطعیت کلینیکی (تشخیص) و امکان بهبودی

تشخیص شرایط تهدید کننده‌ی زندگی، بدون اشتباه نیست و ممکن است نادرست باشد. به علاوه، بیماران گاهی به‌طور خود بخودی و غیرمنتظره از شرایط ناامیدکننده، بهبود می‌یابند. Marilyn French نویسنده‌ی Women's Room که دچار سرطان مری متاستاتیک بود می‌گوید: «نگرش روحی به هر چیزی که انجام می‌دهیم مهم است.» و می‌گوید: «درد او به دلیل آسیب به سیستم‌های بدن به دلیل رادیوتراپی و کموتراپی بوده است.» او بدینی پزشک را نسبت به شرایط خود رد کرد و تأکید داشت که درد احساس شاخصی از سرطان نبوده است (۱۶). یک مثال مهم دیگر از چگونگی تشخیص نادرست مربوط به یک مورد استرالیایی به نام Nancy Crick می‌باشد که با تجویز اتانازی در اثر افزایش دوز دارو مرد. پس از گزارش پاتولوژی مشخص شد که هیچ نشانه‌ای از سرطان روده نبوده و تشخیص اشتباه بوده است (۱۶). موضوعی که در مورد اتانازی حائز اهمیت است این است که وقتی انجام شود، برگشت‌پذیر نیست. احتمال خطا اجتناب‌ناپذیر است. زیر پا گذاشتن احتمال خطا و چیزهای دیگری که می‌تواند فرد را تشویق به اتانازی کند، غیرقابل قبول است.

۳- امکان سوء استفاده

قدرت پیشنهاد و تجویز اتانازی پتانسیل قوی برای بدرفتاری و سوء استفاده دارد (۲۲).

دکتر Hendin مدیر بنیاد آمریکایی پیشگیری از خودکشی به مطالعه‌ی قتل ترحم‌آمیز در هلند پرداخته و می‌گوید: «آن‌چه راه حلی برای بیماران استثنایی محسوب می‌شد به یکی از روش‌های معمول مبارزه با بیماری‌های مرگبار مبدل شده

اتانازی کافی نیست. همان‌طور که جامعه تعیین می‌کند، هیچ کس حق ندارد خود را به‌عنوان برده بفروشد، هم‌چنین مشخص می‌کند هیچ کس حق اتانازی را هم ندارد (۲۶، ۲۵). استقلال داخلی فرد مطلق نیست. برای مثال در این مفهوم، اشخاصی که درد می‌کشند و به آن‌ها گفته می‌شود که وضعیت آن‌ها نهایی است، ممکن است به سادگی کنترل خود را از دست بدهند و یا در غیر این صورت آن‌قدر از دارو استفاده کنند که نتوانند موقعیت خود را درست و از روی منطقی ارزیابی نمایند. در چنین حالتی به سختی می‌توان تصمیم گرفت که بر اساس استقلال داخلی باید به درخواست فرد احترام گذاشت یا نه. قانونی که در بریتانیای کبیر مورد توجه قرار دارد دارای شرطی است که طبق آن به فرد درخواست کننده‌ی اتانازی فرصتی برای آرام شدن داده می‌شود تا بتواند در این فرصت به بررسی درخواست خود بپردازد یعنی: «میل به زنده ماندن».

۱- هوشیار نبودن دلیل زنده نماندن نیست

یکی از شرایط ارزشمند بودن زندگی انسان امکان هوشیار بودن آن است. از آنجایی که امکان هوشیار بودن به‌طور کاملاً واضح، شرطی از ارزش بودن زندگی انسان است، نمی‌توان گفت آن شرطی است برای زنده بودن فرد (۲۷).

اگرچه مرگ مغزی به‌عنوان مرگ از نظر قانونی در بسیاری از جوامع پذیرفته شده، واقعیت این است که این پذیرش زمانی بود که مسأله‌ی پیوند مطرح بوده وگرنه هیچ پزشکی تا زمانی که بیمارش تنفس و نبض داشته اجازه‌ی دفن او را نمی‌داده است. از نظر فلسفی و مذهبی هم این امر تاکنون مورد پذیرش قرار نگرفته است و مرگ مغزی به‌عنوان مرگ قطعی قلمداد نشده است (۲۸).

۹- کمای برگشت‌ناپذیر تنها یک مهارت تصویری است

عقیده این است که این فقط مهارت تصویری که ترکیب اخلاقی و انکارناپذیر مسأله‌ی نگهداری مداوم شخصی که به‌صورت غیرقابل برگشت در حالت اغماست را مبهم می‌کند. این ادعایی است که از سردرگمی تصویری ناشی شده است و

بین دولتمردان کشورهای مختلف هست که اجازه بدهیم چنین افرادی بمیرند تا بار هزینه‌های جامعه کاهش پیدا کند. ولی واقعیت امر این است که از درمان نباید مضایقه کرد» (۲۳).

بر مبنای اصل اقتصاد در درمان به جایی می‌رسیم که اصولاً افراد عقب مانده‌ی ذهنی یا بیماران روانی و افراد مسن به دلیل مفید نبودن یا سر بار بودن از صحنه‌ی حیات خارج می‌شوند. این تفکر که هزینه‌ی آن‌ها باید صرف افراد سالم می‌شود، همان «تنازع بقا» به شکل نوین است. در بسیاری از کشورهای مدعی دموکراسی هم بیماران روانی دیگر نفعی برای جامعه ندارند و به شکلی باید این سربارهای جامعه را حذف نمود. این همان «سلاح بیولوژیک» است که برخی نویسندگان در طب امروز مطرح کرده‌اند (۲۴).

۶- انتخاب از روی عدم منطقی، انتخاب اشتباه و

بی‌احتیاطی

گفته شده هر شخصی که درخواست اتانازی دارد واقعاً تفکر منطقی و انتخاب درست را امتحان نکرده است و به همین دلیل پیشنهاد شخص برای اتانازی نباید جدی گرفته شود. یکی از پیشروان این دیدگاه واتیکان است. در اظهارات آن در سال ۱۹۸۰ بیان می‌شود: «افرادی که شدیداً بیمارند، درخواست مرگ آن‌ها نباید به‌عنوان آرزوی واقعی اتانازی دانسته شود این‌که یک فرد درمان‌ناپذیر است ممکن است منجر به انتخاب‌های غیر عقلانی و غیرمنطقی شود» (۱۶).

چگونه می‌توان ضمانت کرد افراد متقاضی اتانازی دارای صلاحیت تصمیم‌گیری هستند، چرا که گزارش‌های پزشکی از اوضاع روحی و اخلاقی بیماران در حال مرگ بیان می‌کنند که برخی روزها بیماران آرزو دارند بمیرند و روز دیگر آرزو می‌کنند که مقاومت خود را در برابر بیماری ادامه دهند. این‌ها به دلیل شرایط خاصی که دارند، نمی‌توانند تصمیم قطعی بگیرند (۲۳).

۷- اصل استقلال داخلی فرد مطلق نیست

احترام به استقلال بیمار و شخصیت او برای تصدیق

۱۱- فشار و درد بیمار دلیل اتانازی نیست

فشار و رنج به نظر نمی‌رسد که مجوزی برای آن باشد که تصمیم به اتانازی گرفته شود و شاید به دلیل تحمل و صبری که بیماران دارند، در احادیث و روایات بیماری را به‌عنوان کفاره‌ی گناهان قلمداد می‌نمایند. در مکتب اسلام اعتقاد بر این است که هیچ کس حق ندارد به دلیل این‌که درد و رنج شدید دارد دست به خودکشی بزند یا تقاضای اتانازی نماید. بلکه اعتقاد بر این است که نفس درد کشیدن در حد ذات خود از عوامل تکامل انسان است (۳۲).

روش اظهار درد ممکن است متفاوت باشد. ضربه‌ای مشابه که به افراد متفاوت وارد می‌شود در همه‌ی افراد به یک نسبت درد ایجاد نمی‌کند. این امر می‌تواند خانوادگی باشد. علاوه بر آن، آداب و رسوم فرهنگی و اجتماعی و عقاید مذهبی هم ممکن است در اظهار درد مؤثر باشد و حتی بعضی از افراد در حالت ترومای شدید اعلام درد نمی‌کنند و حتی کسانی هستند که از نظر ژنتیکی درد را حس نمی‌کنند (۳۳).

۱۲- قانونی کردن اتانازی یعنی قانونی کردن کشتن فرد

یکی از پزشکان به نام Dyck عقیده دارد اصولاً دنبال کردن قانونی شدن اتانازی و تلاش برای این‌که شرایط و مقرراتی را برای انجام این عمل در جوامع مختلف تصویب نمایند، به این معناست که همواره در پی پیدا کردن راه حل‌های اخلاقی و قانونی برای کشتن افراد هستیم (۲۳). حال که نمی‌توان بیمار را درمان کرد او را بکشیم، صحبت از قوانینی برای اتانازی یعنی صرف نیروی پزشکی در مسیری که چگونه بیمار را از بین ببرند می‌باشد.

۱۳- کاهش درد و رنج از طریق بهبود مراقبت‌های درمانی

در نتیجه‌ی کاهش تقاضای اتانازی

پزشکان بهتر است که مهارت‌های خود را در جهت حذف شرایط پزشکی که سبب رنجش افراد end stage می‌شود به‌کار برند که شامل درمان علائم سوماتیک و روانی است. احساس نارضایتی از کمک‌های ارائه شده توسط پزشک و بیمار ایجاد می‌شود و اگر بیمار با وجود حضور نیرومند

تنها به این خاطر باور کردنی به نظر می‌رسد که از طریق قول رهایی از تصمیمات اخلاقی انسان را فریب می‌دهد (۲۷).

اگر تمام مغز مرده باشد و بتوانیم با دستگاه‌های پیشرفته این را تشخیص دهیم و اگر قلب و نبض و تنفس با دستگاه نگه داشته شود آیا فرد مرده است؟ باز هم هنوز پاسخ قطعی نیست. از دیدگاه فلسفی، فقهی و مذهبی ملاک‌های دیگر غیرتجربی وجود دارد و در عرف عام همه‌ی ما مرگ مغزی را مرگ نمی‌دانیم. در این صورت فقه با توجه به این مسائل از جمله این‌که از نظر پزشکی در مواردی مرگ مغزی با مرگ مطلق تفاوتی ندارد لازم است که ملاک را با توجه به نظر خبرگان و اهل آن و با استفاده از منابع دینی مشخص نماید. چرا که مفهوم مرگ مغزی در فقه و فرهنگ فقهی مطرح نشده است (۲۹).

مراقبت‌هایی که در پایان زندگی یک فرد در حال مرگ انجام می‌شود، به خاطر این امر نیست که ما در مقابل مرگ ایستاده‌ایم بلکه برای این است که بیمار در حال مرگ انسان است و آنچه در پایان زندگی فرد انجام می‌دهیم با آنچه در شروع زندگی انجام می‌دهیم باید در یک حد باشد. یعنی هر دو باید برای حفظ حیات باشند (۳۰).

۱۰- وظیفه‌ی مردن (حق بیمار برای مردن به تدریج به وظیفه‌ی مردن تبدیل می‌شود)

در برخی موارد حق بیمار برای مردن به تدریج به وظیفه‌ی مردن مبدل شده است. یکی از روان‌شناسان شهر آمستردام می‌گوید: «بیمارانی هستند که بر اثر پافشاری بستگان بی‌حوصله و خسته، خود به قتل ترحم‌آمیز روی می‌آورند (۳۱)». Giles می‌گوید: «اگر اتانازی به سان اصل و سیاستی کلی در جامعه پذیرفته شود و همه‌ی افراد و کارکنان بیمارستان و خود بیماران از این امر آگاه باشند که چنین عملی قانونی و قابل اجراست، این پذیرش کلی، حامل بیانی است به افراد بیمار دارای درد و رنج و یا در حال مرگ که: این به نفع شماست که تصمیم بگیرید، بمیرید! (۲۳)»

اقدامات درمانی رنج می‌برد، دلیل بر اتانازی نیست. وقتی که بیمار هم‌چنان از ناراحتی‌های جسمی و روانی رنج می‌برد و وظیفه‌ی پزشک است که با جدیت به درمان علائم بپردازد؛ حتی اگر ریسک مرگ زودتر از موعد بیمار را به صورت غیرعمد به وجود آورد (۳۵، ۳۴).

مراقبان ۲۴ ساعته آماده‌اند و معمولاً افرادی را که مشرف به مرگ هستند مشخص کرده و مراقبت از آن‌ها را بر عهده می‌گیرند و به گونه‌ای با بیمار برخورد می‌کنند که او مطمئن باشد در ناراحتی او شریکند و وضع او را درک می‌کنند (۳).

۱۴- تحلیل نقش اجتماعی پزشک و تخریب رابطه‌ی

پزشک و بیمار

مخالفت با اتانازی به دوره‌ی بقراط بر می‌گردد. اقدام پزشک به اتانازی، رابطه و اعتماد بین پزشک و بیماران را به مخاطره می‌اندازد. این اقدام ابهت حرفه‌ی پزشکی را تحلیل می‌برد، توجه را از مسائل حیاتی و اصلی در مراقبت از افراد در حال مرگ تغییر داده و نقش اجتماعی پزشک را به‌عنوان درمانگر و معنی‌نیوکواری را در اعمال پزشکی تغییر می‌دهد (۳۶). ACP-ASIM بیان کرده که اتانازی نباید جزء استانداردهای مراقبت‌های پزشکی قرار گیرد چون می‌تواند برای رابطه پزشک و بیمار، اعتماد بین پزشک و بیمار، نقش پزشک در جامعه و ارزش زندگی به‌خصوص در افراد ناتوان و مستعد بسیار مخرب باشد. به‌طور کلی، اتانازی تنها راه حل رهایی از درد و رنج نیست. بهتر است که مراقبت‌های پزشکی بهبود یابد (۳۷).

۱۵- وظیفه‌ی پزشک حفظ جان بیمار است

به قول Loewy «مسئولیتی که جامعه به پزشک داده است و انتظار دارند به آن عمل کند، اهدا کردن زندگی و حفظ حیات است نه اهدای مرگ و سلب حیات».

حضرت آیت الله حسن زاده آملی می‌فرماید: «طبيب در مقام و مرتبتی است که به اسم شریف محیی که از اسماء بزرگ الهی است نایل آمده است و معمولاً پزشک برای درمان بیمار خداوند را با کلمه «یا شافی» می‌خواند، مانند کشاورزی

که از خداوند باران طلب می‌کند. هر یک از درمان و باران را اسبابی است که باید از آن اسباب خواسته هر یک برآورده شود. بیمار و مزرعه هر دو تشنه‌ی آب حیاتند و وجود طبیب برای بیمار به منزله‌ی ابر رحمت برای کشاورز است (۳۸). در مکتب اسلام بر اساس سخن پیامبر اکرم (ص) کسی که در برآوردن نیاز بیماری تلاش کند چه نیاز او را بر آورده کند و چه نکند از گناهان خود او پاک می‌شود (۳).

نتیجه‌گیری

رعایت استقلال فردی (autonomy) و حق انتخاب گرچه اصلی قابل احترام و بر اساس اصل آزادی (freedom) مطرح می‌گردد، بدین معنا نیست که فرد حق انتخاب و آزادی مطلق دارد، حتی زمانی که این انتخاب و استقلال ضررها و آسیب‌های مختلفی را به فرد و جامعه برساند.

حفظ شأن و ارزش انسان‌ها، تنها این نیست که تمامی خواسته‌ها و انتخاب‌هایشان را پذیرفت، بلکه رعایت مؤلفه‌های مهم دیگری چه از لحاظ عقلی و چه از لحاظ منافع اجتماعی وجود دارد که ساختار حیات اجتماعی ما اقتضا می‌کند که در مقام تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای و اخلاقی مورد توجه قرار گیرد.

هم‌چنین اعتقادات و باورهای دینی و مذهبی و فرهنگی نیز باعث می‌گردد استقلال فردی و انتخاب در یک پارادایم معنی‌دار مورد قبول باشد و بر اساس اعتقاد به متافیزیک، اراده اخلاقی را در تصمیم‌گیری‌ها تحت الشعاع قرار دهد. تحمل درد و رنج گرچه ناگوار است، بدان معنی نیست که بتوان آن را به هر وسیله‌ای برطرف نمود؛ گاهی مقاومت و تحمل درد و رنج حاصل از بیماری از پاک کردن صورت مسأله، بسیار قابل قبول‌تر است. به‌خصوص زمانی که نگران پیامدهای منفی اقدام به نوعی کمک و یاری دیگران در خودکشی آنان باشیم و هم‌چنین پذیرش واقعیت‌های انسان‌شناسی اقتضا می‌کند، درد و رنج را نیز بخش مهم و مؤثری در قاموس حیات بشری بدانیم و همه‌ی اهداف و تعالی انسانی را در راحتی و رفاه او نبینیم.

منابع

- 1- Macer DRJ. Accross-Cultural Introduction to Bioethics. Bangkok: Eubios Ethics Institute; 2006, p. 153-5.
- ۲- جعفری م ت. ترجمه و تفسیر نهج البلاغه، جلد ۳. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی؛ ۱۳۷۶.
- ۳- کرمی خ. اتانازی مرگ آسان و راحت. تهران: دفتر نشر معارف؛ ۱۳۸۱، ص ۱۳۴-۱۰۰.
- 4- Gruman GJ. Death and dying - euthanasia and sustaining life-historical perspectives. In: Reich WT. Encyclopedia of Bioethics, vol 1. London: New York, Thomson Gale; 1978: 261-268
- 5- Trowell H. The Unfinished Debate of Euthanasia. London: SCM Press; 1973.
- 6- Pu SD. Euthanasia in China: a report. J Med Philos 1991, 16(2): 131-8.
- 7- Hsieh ACK, Spence JD. Suicide and the family in pre-modern Chinese society. In: Kleinman A, Lin TY, (eds). Normal and Abnormal Behaviour in Chinese Culture. New York: D. Reidel Publishing; 1989, p. 29-47.
- 8- Young KK. Euthanasia: traditional Hindu views and the contemporary debate. In: Coward HG, Lipper JJ, Young KK, (eds). Hindu Ethics: Purity, Abortion and Euthanasia. New York: State UNY Press; 1989, p. 71-130.
- 9- Warden J. Euthanasia around the world. BMJ 1992; 304(6818): 7-10.
- 10- De Wachter MA. Active euthanasia in the Netherlands. JAMA 1989; 262(23): 3316-9.
- 11- Horgan J. Death with dignity. Sci Am 1991; 264(3): 17-8.
- 12- Rigger H, Borst-Eilers E, Leenen HJ. Euthanasia across the North Sea. BMJ 1988; 297(6663): 1593-5.
- 13- Snyder L, Weiner J. Physician assisted Suicide. In: Snyder L (ed). Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice. Philadelphia: American College of Physicians; 1996.
- 14- Brock DW. Euthanasia. Yale J Biol Med 1992; 65(2): 121-9.
- 15- Angell M. The Supreme Court and physician-assisted suicide- the ultimate right. N Engl J Med 1997; 336(1): 50-3.

قداست حیات انسان حقیقتی نیست که بتوان ساده از کنار آن عبور کرد و به راحتی آن را پایمال نمود. بر اساس براهین فلسفی و منطقی، اهداء حیات به انسان از مهم‌ترین نعمت‌های الهی است که باید نهایت تلاش را برای حفظ و صیانت از آن به خرج داد و به سادگی اجازه نداد مورد خطر و تهدید قرار گیرد.

با توجه به نسبیّت علم بشر و توانایی‌های او و روند سریع تکنولوژی‌های درمانی، همواره باید به درمان‌ها و روش‌های جدید بهبودی امیدوار بود. ضمن این‌که لزوم حفظ جایگاه و مقام مقدس و محترم پزشکی و عوامل درمانی، ضرورت نگرنداری و تقویت حریم شغلی و حرفه‌ای این مهارت را دو چندان می‌کند؛ مخصوصاً که انگیزه‌های سوء استفاده و ایجاد بستر نامناسب جرم‌ها و جنایت‌های بشری تحت عنوان اتانازی، مقوله‌ای نیست که بتوان آن را نادیده گرفت و بر آن چشم بست. پزشکان و پیراپزشکان وظیفه‌ی اخلاقی و حرفه‌ای دارند که علاوه بر نهایت تلاش در حفظ و استمرار حیات بیمار خود، باید تندیس مقدس این حرفه را از آسیب‌ها و آفت‌ها و آلودگی‌های غیرحرفه‌ای حفظ و حراست نمایند و همواره به پاکی آن بیفزایند.

- نشر حکیم؛ ۱۳۷۷، ص ۶-۲۲۳.
- ۲۹- کاظمی سعید ع. رابطه فقه و طب. مجموعه مقالات اولیه کنگره انطباق و آموزش پزشکی با موازین شرع، جلد اول. تهران: انتشارات محمودزاده؛ ۱۳۷۷، ص ۲۰۲-۱۹۷.
- 30- Loewy EH. Textbook of Medical Ethics. New York: Plenum Medical Book Company; 1989.
- ۳۱- عباسی م. قتل ترحم آمیز. تهران: انتشارات حقوقی؛ ۱۳۸۲، ص ۹۴-۸۳.
- ۳۲- بدون نام. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی. تهران: معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت؛ ۱۳۷۰.
- 33- Davis BD. Caring for People in Pain. London: Routledge Publisher; 2000, p. 20-21.
- 34- American College of Physicians, Ad Hoc Committee on Medical Ethics, Lloyd WK, et al. Ethics Manual, 4th edition. Michigan: American College of Physicians; 1998.
- 35- Council on Ethical and Judicial affairs, American Medical Association. Decision near the end of life. JAMA 1992; 267: 2229-33.
- 36- Emanuel E. Whose right to die? Atl Mon 1997; 279(3): 73-9.
- 37- Lo B, Snyder L. Care at the end of life: guiding practice where there are no easy answers. Ann Intern Med 1999; 130(9): 772-4.
- ۳۸- حسن زاده آملی ح. سخنی در باب اخلاق پزشکی و تشریح. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی؛ ۱۳۷۴، ص ۱۸-۱.
- 16- Johnstone MJ. Bioethics: a nursing perspective. New York: Churchill Livingstone; 2004, p. 241-51.
- ۱۷- دویست ه. معنی زندگی، رنج و مرگ. ترجمه ی ادیب زاده ف. تهران: بهداشت جهان؛ شماره ۳، ۱۳۷۶، ص ۲۲-۲۴.
- 18- Rachels James. Euthanasia, killing, and letting die. In: Ladd J. Ethical Issues Relating to Life and Death. Michigan: Oxford University Press; 1979.
- 19- Wanzer SH, Federman DD, Adelstein SJ, et al. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. A second look. N Engl J Med 1989; 320(13): 844-9.
- 20- Quill TE, Cassel CK. Nonabandonment: a central obligation for physicians. Ann Intern Med 1995; 122(5): 368-74.
- 21- Robison WL. Medical responsibility: contemporary topics in biomedicine, ethics, and society. In Pritchard MS, (ed). New York: Human Press; 1979, p. 196-213.
- 22- Kamisar Y Same non-religious views against proposed mercy killing legislation. Minn Law Rev 1958; 42: 966-1004.
- 23- Gles JE. Medical Ethics: A Patient -Centered Approach, 1st ed. Rochester: Schenkman Books INC; 1983.
- ۲۴- تاراد ک. فاجعه آلودگی های محیط زیست، ترجمه ی ترجمان ا. تهران: انتشارات علمی و فنی.
- 25- Callahan D. When self-determination runs amok. Hastings Cent Rep 1992; 22(2): 52-5.
- 26- Glick SM. Euthanasia: an unbiased decision? Am J Med 1997; 102(3): 294-6.
- 27- Snyder L, Daniel P. Physician- Assisted Suicide, 1st edition. Vol 135(3). Philadelphia: American College of physicians- American Society of Internal Medicine; 2001, p. 209-16.
- ۲۸- میانداری ح. آیا مرگ مغزی قطعاً مرگ است؟ تهران: