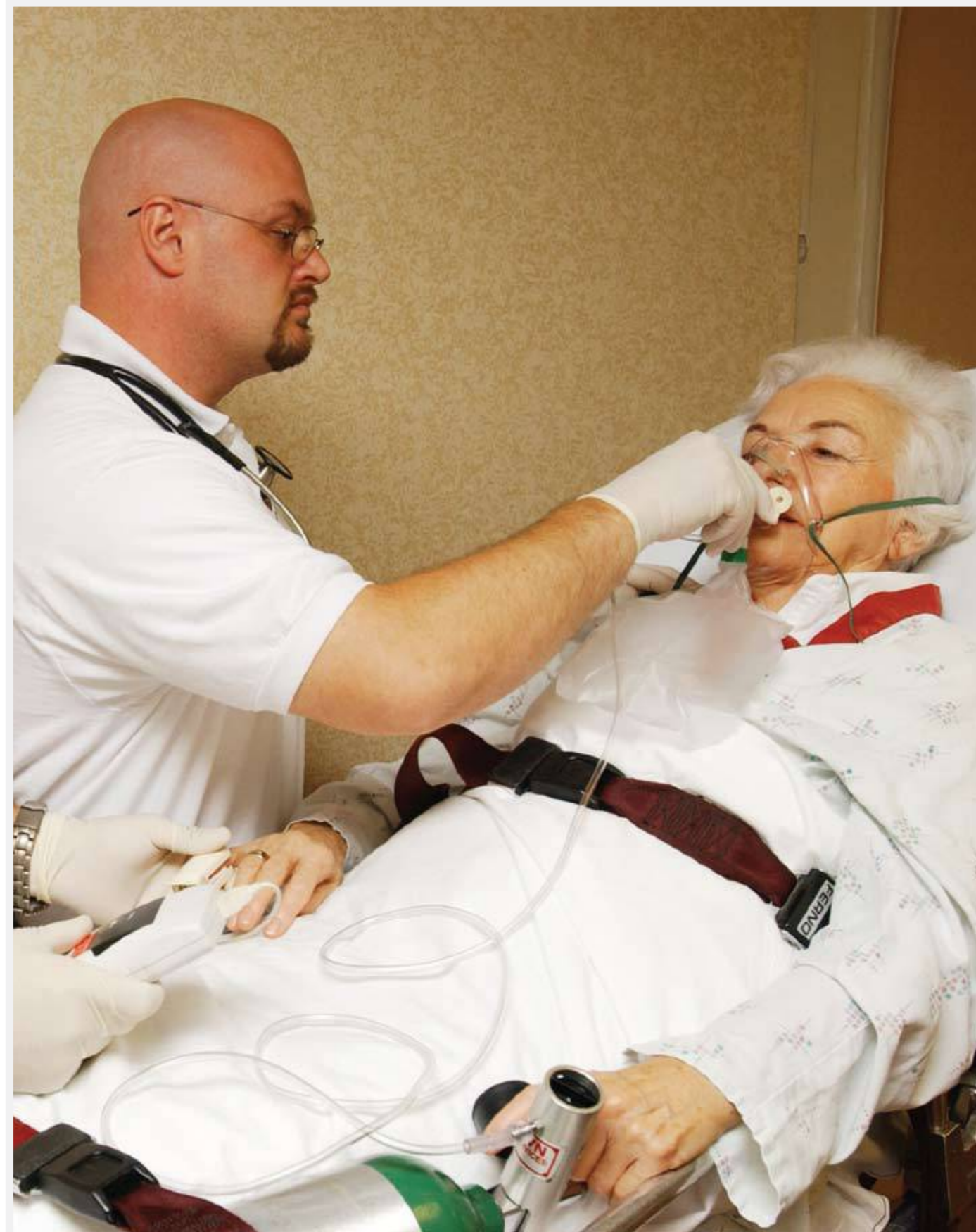


## پایان زندگی با مرگ سفید؟

موضوع اخلاق در مورد مرگ شیرین، مرگ راحت یا مرگ با ترحم می‌تواند سرنوشت بسیاری از تصمیمات را روشن کند

شاید بتوان گفت در طول تاریخ، مرگ موضوعی «درون خانوادگی» بود. مردم معمولاً در خانه‌ها پیشان بعد از مبارزه ای کوتاه با یک بیماری به دنبال وقوع حادثه ای می‌مردند اما امروزه به طور فزاینده ای مرگ در یک مؤسسه مانند خانه سالمندان یا بیمارستان بعد از آنکه انواع تکنولوژی‌ها روی بیمار به کار برده می‌شود تا حیات او طولانی‌تر شود رخ می‌دهد. البته اغلب این تکنولوژی‌ها کاملاً مؤثرند و انسان‌ها می‌توانند برای ماه‌ها یا سال‌ها با وجود یک بیماری، زندگی کنند. بحث چگونه مردن مخصوصاً در سال‌های اخیر اهمیت فوق العاده ای پیدا کرده است. مهم ترین اصطلاحی که این موضوع را به بحث ما مربوط می‌کند «اتانازی» است.



اتانازی یا هومرگ که به فرانسوی Euthanasie می‌گویند در زبان یونانی نیز به معنی «مرگ خوب» است، به مرگی در شرایطی می‌گویند که در آن، بیمار بنا به درخواست خودش به صورت طبیعی و آرام بمیرد. کسانی که در شرایط این نوع از مرگ قرار دارند بیشتر بیماران لاعلاج هستند و یا کسانی هستند که از یک بیماری شدید روحی (افسردگی اساسی و...) رنج می‌برند و با رضایت خود، از افرادی مانند پزشکان معالج یا پرستاران یا افراد خانواده خود، بخواهند که به آنها در مردن کمک و یاری کنند.

در زبان فارسی، به اتانازی «خوش میری»، «مرگ آسان»، «مرگ شیرین»، «مرگ با وقار»، «با وقار مردن»، «مرگ موقرانه» یا «مرگ بدون بی‌حرمتی» نیز گفته شده است. بنابراین توقف روند درمان یک بیمار، قطع سرم و تغذیه وریدی، قطع اکسیژن، جلوگیری از دیالیز و جدا کردن فرد از دستگاه‌های حمایتی ارگان‌های حیاتی، همچنین دادن داروهای مسکن با دوز بالا، که موجب کاهش هوشیاری و تسریع مرگ می‌شوند، از روش‌های اتانازی به حساب می‌آیند. برداشته‌های متفاوت از مفهوم هومرگ (اتانازی)، وجود دارد؛ مثلاً در روش غیرمستقیم، پزشک با تجویز دارویی، فقط مقدمات مرگ بیمار را فراهم می‌کند و بیمار با آگاهی کامل به استقبال مرگ اختیاری می‌رود اما در روش مستقیم، پزشک یا پرستار خود عامل مرگ بیمار هستند. تزریق داروی کشنده و جدا کردن بیمار از دستگاه‌های حمایتی، مثال‌هایی از این روش هستند که بعضی اوقات بدون اطلاع بیمار انجام می‌شوند. بدین ترتیب جدا کردن بیمار مرگ مغزی از دستگاه‌های حمایتی نیز از نظر بسیاری «اتانازی غیرداوطلبانه، غیرفعال» به شمار می‌آید.

در این راستا در برخی کشورها مانند سوئیس هلند، بلژیک و چند ایالت از ایالات متحده آمریکا شامل اورگان، واشنگتن و مونتانا، اتانازی به روش غیرمستقیم قانونی است. البته کمیسیون پزشکی باید وضعیت بیمار را کاملاً بررسی کند. در سوئد نیز مرگ آرام غیرقانونی است مگر بیمار در مراحل پایانی زندگی باشد یا تزریق دارو به بیمار بی‌فایده و دردآور باشد، در استرالیا نیز هومرگ (اتانازی) غیرقانونی است.

مواقفان هومرگ (اتانازی) از آن‌ها تعابیر مرگ تسهیل شده، مرگ با شرافت، مرگ در آرامش و... نام می‌برند ولی مخالفان اخلاقی هومرگ (اتانازی) معتقدند با قانونی شدن هومرگ (اتانازی) و رواج آن، انگیزه در مان برخی بیماری‌ها از بین خواهد رفت و جلوی پیشرفت علم پزشکی گرفته خواهد شد، از همه مهمتر نگهداری سالمندان برای افراد و بستگان آنها مشکل شده و از همه مهمتر، اعتماد بیمار به پزشک به علت ترس بیمار از قطع درمان

توسط پزشک و انجام اتانازی، از بین خواهد رفت؛ بنابراین دیگر نمی‌توان با خیال راحت به هیچ بیمارستانی یا گذاشت. عقیده مشترک بسیاری از ملل و مذاهب مختلف از جمله مسیحیت، اسلام و یهودیان این است که زندگی، هدیه خداوند است و باید با تمام توان در حفاظت آن کوشید و بیماری و سختی‌های آن جزئی از زندگی و سرنوشت آدمی است که باید به‌طور طبیعی طی شود.

### عنصر قانونی در جرم بودن اتانازی

اساساً سه اتهام بر شخص مسئول بیمار وارد است، مباشرت در قتل، مشارکت در قتل و یادست کم معاونت در قتل. موارد قانونی فوق ماده ۲۰۶ قانون مجازات اسلامی در مورد قتل عمد خصوصاً بندج این ماده که مقرر بر شرایطی است که "قاتل قصد کشتن کسی را ندارد ولی عمل مرتکبه به سبب پیری یا ناتوانی یا کودکی و امثال آن برای مجنی علیه مرگ آور است." (فراموش نکنیم پیری و ناتوانی از جمله عواملی است که مبنای اجرای اتانازی واقع می‌گردد) همچنین اگر عمل مجرم را معاونت تصور کنیم باز به موجب ماده ۲۰۷ قانون مجازات اسلامی "معاون در قتل عمد به سه تا ۱۵ سال حبس محکوم می‌گردد."

### عنصر روانی یا رکن معنوی اتانازی

عنصر روانی در وقوع این رفتار بسیار حائز اهمیت است از آن لحاظ که به ظاهر با انگیزه ای بسیار شریف و با نیت خیر به نظر می‌رسد، هر چند انگیزه و داعی جنایت با عنصر روانی آن متفاوت است. شخص بیمار دچار درد رنج است. گاه ممکن است مبتلا به زندگی نباتی شده باشد و به جهت بی‌اختیاری، نزد اطرافیان دچار شرمندگی گشته و از نظر خود بی‌حیثیت شده باشد. وی که روزگاری دارای شخصیت مستقل بوده اکنون در حالت احتضار دائم به سر می‌برد، بدون آنکه متوجه موت شود. در مواردی پزشکان از وی قطع امید کرده اند اما مدت باقیمانده زندگی با رنج و تعب فراوان می‌گذرد و در مانها پرهزینه و بی‌اثرند و در اینجاست که مسئول بیمار به عنوان منجی و به انگیزه پایان دادن به آلام بیمار وارد عمل می‌شود. پس وجود رکن اخلاقی در این رفتار محرز است. چون با اراده آزاد انجام می‌گردد و مسئول بیمار نه مجبور و نه مکره بوده است بلکه در قبال آن بسا دستمزد قابل توجهی هم می‌گیرد.

### پتانسیلی برای سوءاستفاده

مخالفان اتانازی معتقدند هرگاه اتانازی قانونی شود، پتانسیلی برای سوءاستفاده در دست مراقبان سلامت خواهد بود. اولین قدم برای تحقق اتانازی در جامعه ای که انجام این کار قانونی شده است، باعث می‌شود قدم‌های بعدی آسان‌تر برداشته

شود. به این استدلال، «شیب لغزنده (Slippery Slope)» گفته می‌شود. یکی از صریح‌ترین مخالفان اتانازی، بیل کامیسار پروفیسور حقوق دانشگاه میشیگان است که حمله سه جانبه‌ای را علیه اتانازی ارائه کرده است: خطر سوءاستفاده از اتانازی توسط مراقبان سلامت؛ شیب لغزنده؛ خطر اشتباه و لغزش موافقان نظریه «شیب لغزنده» استدلال می‌کنند، هنگامی که کیفیت زندگی کاهش یافته باشد، جامعه می‌تواند پایان دادن به حیات را بپذیرد و هیچ روش عقلانی‌ای برای محدود کردن اتانازی و جلوگیری از سوءاستفاده از آن وجود ندارد.

بر اساس نظریه شیب لغزنده، اتانازی مانند لبه نازک یک کوه است که وقتی جا بیفتد، عمیقاً در جامعه پیش رانده می‌شود. کامیسار نتیجه می‌گیرد قانونی کردن اتانازی ارادی، به ناچار، منجر به قانونی شدن اتانازی اجباری می‌شود چون تمایز عقلانی بین کسانی که می‌خواهند بمیرند (چون خود را سربار جامعه می‌دانند) و کسانی که می‌خواهند بکشند (چون این افراد را سرباری برای جامعه می‌دانند) غیرممکن است. موافقان اتانازی تلاش می‌کنند استدلال «شیب لغزنده» را به صورت مختلف رد کنند. آنها معتقدند مکانیسم‌های رایجی که توسط دادگاه‌ها به کار گرفته شده است، از «اتانازی اجباری» جلوگیری می‌کند. در صورت قانونی شدن اتانازی غیرفعال، شیب، تماماً لغزنده نیست چون هیچ برنامه کشتن و وسیعی مد نظر نیست.

برخی دیگر به خود مفهوم «شیب لغزنده» حمله کرده‌اند و استدلال شان این است که شیب لغزنده که نوعی از عمل در نهایت منجر به برقراری نوع دیگری از عمل می‌شود برهان مجاب‌کننده‌ای نیست و برای آنکه مقدمه صادق باشد، باید نشان دهد که فشار اولیه برای برداشتن قدم‌های بعدی آن قدر قوی است که قدم‌های بعدی رخ می‌دهد. استدلال «خطر سوءاستفاده» که توسط کامیسار و برخی دیگر ارائه شده است، بر این ادعاست که اتانازی و خودکشی با همکاری پزشک در نهایت منجر به قتل (شیب) می‌شود. در واقع کسانی ممکن است با راهنمایی فرد برای انجام خودکشی به دنبال منافع شخصی باشند و اگر اتانازی یا خودکشی با همکاری پزشک قانونی و در حوزه عمل پزشکی اجرا شود، ممکن است پزشکان حساسیت خود را از دست بدهند و در مواردی که می‌توان از اتانازی دوری کرد، آن را انجام دهند.

از طرف دیگر این احساس که پزشکان مجوز کشتن را داشته باشند، باعث می‌شود که مردم و دست‌اندرکاران امر بهداشت و درمان به پزشکان اعتماد نکنند، چون مسئولیت آنها برای حفظ حیات، بدل به اهداکنندگان مرگ شده است. در این حالت، بین هیچ نوع اتانازی‌ای تمایزی مطرح

نیست، چون پزشک نمی‌تواند اجازه دهد بیمار بمیرد و باید تا آخرین لحظات برای حفظ حیات او تلاش کند حتی اگر امیدی به زنده ماندن بیمار نباشد. موافقان اتانازی استدلال می‌کنند که ریسک سوءاستفاده اگر چه قطعاً وجود دارد اما واقعا تهدیدی برای انجام دادن اتانازی نیست؛ چرا که اولاً تنظیم قوانین دقیق علیه اتانازی فعال و خودکشی با همکاری پزشک از این حالت پیشگیری می‌کند؛ ثانیاً وجود مجموعه مشخصی از اصول راهنما برای انجام دادن اتانازی در موقعیت‌های خاص، از ایجاد ابهام جلوگیری خواهد کرد.

### اعتراضات به اتانازی فعال و ارادی

به طور کلی می‌توان گفت اعتراضات به اتانازی فعال و ارادی در ۵ مورد ارائه می‌شود:

۱. استدلال می‌شود در حال حاضر راه‌های پیشگیری از دردهای کشنده وجود دارد و با فراهم آوردن مراقبت‌های بهتر می‌توان جلوی آن را گرفت؛ بنابراین اتانازی ضرورتی نمی‌یابد اما چنین استدلالی مجاب‌کننده نیست. اگر چه درمان‌های تسکینی و مراقبت‌های بیمارستانی پیشرفت‌های مهمی در مراقبت از افراد در حال مرگ داشته است ولی باز هم مشکلاتی باقی است. برای اینکه بهترین درمان تسکینی برای هر فرد دریافت شود، نیاز به تلاش‌ها و خطاهایی است که عواقب دردناکی برای بیمار دارند و مهم‌تر از آن عوارض جانبی چنین درمان‌هایی مانند تهوع، ناتوانی در کنترل ادرار، از دست دادن هوشیاری به علت خواب‌آلودگی‌های نیمه‌دائمی و نظایر آن است.

۲. استدلال می‌شود ما هیچ‌گاه شواهد کافی‌ای برای توجیه این باور نداریم که تقاضای بیمار مبتلا به بیماری لاعلاج برای مردن، تقاضایی درست، ثابت و واقعا مختارانه است.

۳. برخی برای انجام اتانازی به «آموزه اثر دوگانه» (doctrine of double effect) متوسل شده‌اند اما مطابق با تفسیر این آموزه، انجام دادن اعمالی مجاز است که عواقب بد آن از پیش مشخص باشد به این شرط که

الف: این نتیجه بد به عنوان اثر جانبی یا غیرمستقیم عمل اصلی منظور شده باشد.

ب: عملی که مقصود اصلی است به لحاظ اخلاقی خوب یا حداقل خنثی باشد.

ج: اثر خوب به واسطه راه بدی حاصل نشود؛ یعنی بدی وسیله‌ای برای رسیدن به خوبی نباشد. نتایج بد نباید آن قدر جدی باشند که بر تاثیرات خوب فائق شوند. اما اتانازی این شرایط را برآورده نمی‌کند. جالب است که موافقان اتانازی نیز از همین آموزه نتیجه‌ای خلاف رأی مخالفان اتانازی می‌گیرند.

۴. استدلال شود تمایز میان اتانازی ارادی، اجباری و غیرارادی در نحوه عمل است ولی در اصل کار تفاوتی بین این دو وجود ندارد.

۵. اگر اتانازی ارادی و فعال را بپذیریم، راه را برای دیگر انواع اتانازی و خودکشی فراهم آورده ایم. البته نظرات مختلف درباره اتانازی ضرورتاً وابسته به نظرات مختلف در زمینه اخلاق است. مباحث مربوط به اتانازی، مباحثی درباره «ارزش» هاست. برخی اعتقاد دارند که حیات، حد‌اعلای خوبی است و دیگر خوبی‌ها با وجود حیات و زندگی معنا می‌یابند.

### چالش خانواده‌ها

در این شرایط اعضای خانواده یک وضعیت دشوار اخلاقی را پیش رو دارند و این دشواری بیشتر



### دیدگاه لاریجانی درباره مرگ سفید

در این رابطه باقر لاریجانی، معاون وزیر بهداشت گفت: بحث اتانازی یک بحث بسیار مهمی است زیرا هم بحث اتانازی Active وجود دارد و هم اتانازی Passive درباره اتانازی Active این طور است که فردی را که دچار مشکلاتی در زندگی است و خودوی نیز درخواست دارد گروه پزشکی مشارکت کنند برای اینکه فرد مرگ آسانی داشته باشد، این مسئله در کشورهای اسلامی و بسیاری از کشورهایی که ادیان در آن کشورها جاری است مقبولیتی ندارد که بخواهند اتانازی Active را انجام دهند. این استاد برجسته علم اخلاق پزشکی ایران ادامه داد: حتی کشورهایی هم که دین آنها مسیحی است با این کار مخالفند ولی در برخی کشورها قوانینی تصویب کردند که می‌توانند در



این کار مشارکت کنند (انجام اتانازی Active). معاون آموزشی وزارت بهداشت همچنین به اتانازی Passive نیز اشاره کرد و گفت: اتانازی Passive یعنی این که ما به فردی که دچار مشکلات این گونه می‌شود خدمات را به وی نرسانیم و خودش دچار مرگ شود و یا دستگاه خاموش شود که در برخی کشورها این مسئله مطرح است. لاریجانی تصریح کرد: اما در کشور ما و با توجه به شرایطی که ما داریم و همچنین با توجه به امکانات پزشکی که داریم و در نهایت مسائل معنوی که در ایران مطرح است واقعیت این است که این زمینه‌ای است که باید روی آن خیلی کار شود، مثلاً وقتی یک جوانی پشت در است (در انتظار تخت بستری) و احتیاج به دستگاه Bennett (دستگاه تنفس مصنوعی یا ونتیلاتور) دارد و این دستگاه‌ها نیز محدود است شرایطی

مبحث اتانازی، عمدتاً به بحث در این باره مربوط می‌شود که چه چیزی اخلاقی است؟ آیا این حق برای افراد قابل تصور است که بر اساس خواسته کسی یا اعضای خانواده اش، وقوع مرگ را در او تسهیل کنیم؟ آیا این کار اخلاقی است که برای نجات جان کسی، زندگی فرد دیگری را که امیدی به زنده ماندنش نیست خاتمه دهیم؟

پیش می‌آید که این دستگاه به کسی دیگری وصل است که اصلاً امکان برگشت به زندگی ندارد و دچار مرگ مغزی شده است، بنابراین این سؤال پیش می‌آید «آیا باید این دستگاه همچنان برای فردی که حیاتش را از دست می‌دهد وصل باشد و همچنان نیز صبر کنیم؟»، بر این اساس این سؤال‌اتی است که به طور جدی در این باره مطرح است. معاون وزیر بهداشت ادامه داد: البته تعدادی از دوستان و همکاران ما در مرکز اخلاق پزشکی در این زمینه کار کرده‌اند و این بحث نیز در کنگره اخلاق پزشکی به آن پرداخته می‌شود. لاریجانی در پاسخ به این مسئله «فقهای ما نظرات خاصی در این باره دارند؟» گفت: چرا، برخی از آنها به گونه‌ای از کنار این موضوع به نوعی مباحثی را مطرح کردند، به این صورت که اگر فرد حیات مستقری داشته باشد و یا آن فرد هیچ استقراری نداشته باشد، فتوایی وجود دارد و به نظر می‌رسد می‌توان استنباط‌هایی از برخی مطالب به دست آورد تا در زمان‌های خاص تصمیم‌گیری‌های خاصی گرفت ولی واقعیت این است که اتانازی بحث بسیار پُرچالشی است و بنده خیلی واقعا دلم نمی‌خواهد چیزی را به عنوان Guide (راهنمایی) بگویم ولی نظراتی در این زمینه وجود دارد. وی درباره مطالعات در بحث اتانازی در کشورمان نیز خاطر نشان کرد: ما نظرات صاحب نظران را در این زمینه در قالب پایان‌نامه جمع‌آوری کرده‌ایم به طوری که یکی از دانشجویان ما که هم‌اکنون نیز استاد دانشگاه در کرمان شده است پایان‌نامه وی بحث اتانازی بوده و در قالب پایان‌نامه‌ای ۳۰۰ تا ۴۰۰ صفحه‌ای این مباحث جمع‌آوری شده است.

### نمونه‌هایی از اتانازی

یکی از مشهورترین سوابق اتانازی در جریان جنگ دوم جهانی دیده شده است، به طوری که در ۱۹۳۹ میلادی، آلمان نازی یک اتانازی غیرداوطلبانه و سزای را طراحی کرد. در این طرح ۳۰۰ عملیات ۲۴-کودکان زیر ۳ سال که دارای عقب‌ماندگی ذهنی یا نقص عضو یا ناتوانی جسمی اساسی بودند کشته شدند. این طرح بعدها شامل کودکان بزرگ‌تر و بزرگسالان نیز شد. بیماران روانی بیمارستان‌های آلمان و اتریش به همین جهت به اردوگاه مرگ منتقل می‌شدند. برنامه ۲۴ پس از آن به اردوگاه‌های کار و بازداشتگاه‌های اسرانیس سرایت کرده‌نحوی که زندانیانی که به شدت بیمار بودند در این برنامه قرار می‌گرفتند. همچنین نمونه‌ای دیگر در دهه اخیر، پیر جورجیو ویلی یک نویسنده ایتالیایی بود که به خاطر وخامت اوضاع بیماری‌اش اقدام به اتانازی کرد اما کلیسای ایتالیا اجازه نداده بود برای او مراسم مذهبی بگیرند و این مسئله طرفداران اتانازی را ناراحت کرده بود.