

مروری بر روی روند تکمیلی رویکرد به درخواست بیمار برای مرگ سریع شده

برزویه نجی^{*۱}

۱. دکترای پزشکی، دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی شناختی، مؤسسه آموزش عالی علوم شناختی، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره ششم، شماره بیست و دوم، تابستان ۱۴۰۳، صفحات ۲۸-۱۷

چکیده

حق خودمختاری بیمار در رد درمان‌های نگهدارنده حیات و درخواست مرگ مساعدت شده توسط پزشک در قوانین بعضی از کشورها، که تعداد آن‌ها رو به فزونی است، به رسمیت شناخته شده است. فارغ از اینکه کدامین کشورها در این فهرست قرار دارند این روند تکاملی می‌تواند برای الگوهای مشابهی از رویه‌های نیازمند ارزیابی توانایی ذهنی بیماران در تصمیم‌گیری، مفید واقع شود. هرچند تعیین وکیل برای تصمیم‌گیری در امور درمانی راه‌حلی پذیرفته شده و ساده لحاظ می‌شود، کماکان تعیین صلاحیت ذهنی و ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار در مواقع خاص امری حیاتی است. درخواست اوتانازی یا مرگ مساعدت شده ممکن است از عوامل دیگری مانند فرسایش، احساس سربار بودن یا آگاهی ناکافی از گزینه‌های تسکینی منشأ گرفته باشد، نه از تمایل قلبی برای مرگ؛ بنابراین گفتمان آزاد پیرامون این درخواست، با مشارکت اعضای تیم درمانی و خانواده ضروریست. درنهایت، تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار علیرغم معرفی ابزارهای متعدد برای سنجش، کماکان بر اساس قضاوت بالینی است. می‌بایست در نظر داشت که افراد مبتلا به دمانس نیز ممکن است کماکان از ظرفیت ذهنی کافی برای اتخاذ چنین تصمیمی برخوردار باشند و یا بیماران افسرده نیز ممکن است علیرغم خلق کاهش‌یافته این تصمیم را بنا بر استنتاجات منطقی اتخاذ نموده باشند. البته در کنار بررسی ظرفیت ذهنی، نوسانات حاد وضعیت شناختی مانند دلیریوم نیز بایستی لحاظ گردد. از میان ابزارهای شناخته شده برای ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری و صلاحیت ذهنی از مون ارزیابی صلاحیت مک آرتور به‌عنوان یکی از بهترین گزینه‌ها و همچنین از گایدلاین ارائه شده توسط ورت، بنجامین و فارنکویف به‌عنوان یکی از جامع‌ترین دستورالعمل‌های ارائه شده در این زمینه یاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان، مرگ، بیمار، رویکرد.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره ششم، شماره بیست و دوم، تابستان ۱۴۰۳

روان‌شناسی و علوم تربیتی

مقدمه

مرگ یکی از مفاهیمی است که از اعصار نخستین تمدن ذهن انسان‌ها را به خود مشغول داشته است. نه تنها اجداد ما بلکه عموزادگان باستانی ما، انسان‌های نئاندرتال نیز مناسبک ابتدایی خود را در ارتباط با مرگ داشتند (گری، ۲۰۱۶). ترس از مرگ دردناک همیشه دغدغه‌ای بوده است که از دوران باستان حاکمان را به سمت ابداع روش‌های شکنجه‌آمیز اعدام به‌عنوان یک عامل بازدارنده برای حفظ فرمان‌برداری اقوام برده است، که از آن میان می‌توان به تصلیب (بیارد، ۲۰۱۶)، سوزاندن و چرخ خردکننده (بوهنه، ۲۰۰۴) اشاره نمود. با ظهور رنسانس و با افزایش دغدغه‌های انسان‌گرایانه، اجتناب از القاء درد غیرضروری در حین اعدام به ابداع شیوه‌های نوینی مانند گیوتین انجامید (دون کامبو، ۲۰۰۱)؛ اما کماکان این سؤال باقی است که اگر تلاش بر این است که یک فرد مجرم را از درد اضافه همراه با مرگ رهایی ببخشیم چرا نمی‌بایست که همین تلاش را برای افراد بی‌گناهی که از رنج ناشی از مراحل انتهایی بیماری‌های لاعلاج در عذاب هستند انجام بدهیم؟

حقیقت این است که «اوتانازی» مفهومی است که از قرن‌ها پیش از رنسانس وجود داشته است. «اوتانازی» که ترکیبی از دو بخش یونانی **Eu** به معنای خوب و **Thanatos** به معنای مرگ است واژه‌ای است که به تلاش عامدانه جهت پایان بخشیدن به رنج یا درد از طریق القای مرگ اطلاق می‌گردد (دانشنامه فلسفه استانفورد، ۲۰۱۹). در دوران یونان باستان، تسریع مرگ با تجویز شوکران به کار گرفته می‌شد و مورد تأیید فلاسفه تأثیرگذاری مانند افلاطون و سقراط نیز بود. تأکید بر بازدارندگی از تجویز داروها یا توصیه‌های مرگ‌آور برای کسب رضایت افراد، در سوگندنامه مشهور بقراط نشان می‌دهد که مباحثات پیرامون جنبه‌های اخلاقی اوتانازی حتی از قرن چهارم پیش از میلاد مسیح نیز وجود داشته است (بقراط، ۱۹۲۳). بازگشت مجدد مفهوم اوتانازی به ادبیات مدرن به قرن هفدهم و کتاب «**Euthanasia-Medica**» به قلم فرانسیس بیکن در قرن هجدهم، و راه‌یابی این واژه به فرهنگ لغات مشهور آلمانی **Zedlers Universallexikon** برمی‌گردد (دانشنامه زدلر، ۱۷۳۲-۱۷۵۴). طی صدسال گذشته اوتانازی به آهستگی ولی با روندی فزاینده در ادبیات علمی راه‌یافته است. بر اساس آمار موتور جستجوگر **Pubmed** دو مقاله نخست در این زمینه که در این سامانه نمایه شده است به سال ۱۹۰۶ برمی‌گردد. بعدازآن رشد ناچیزی در این تعداد در دهه نخست بعد از جنگ جهانی دوم وجود دارد؛ جهش بزرگ‌تر و پایدار از ۱۹۷۳ رخ داده به‌نحوی که طی سه سال گذشته سالانه در حدود ۷۰۰ مقاله با واژه کلیدی «**Euthanasia**» نمایه شده است. فراتر از جنبه‌های قانونی در مورد دقت انتخاب موارد مربوطه، بالینگران نیز در این زمینه دغدغه‌های خود را دارند؛ چگونه می‌توانیم در مورد قابلیت‌های درخواست‌کننده برای اتخاذ چنین تصمیم حیاتی‌ای اطمینان حاصل کنیم؟ از سوی دیگر اگر که این عمل را یک‌راه حل انسان‌دوستانه می‌دانیم آیا می‌توانیم بیمارانی که توان بروز خواسته خود را ندارند از آن محروم نماییم؟ چه شاخصه‌هایی می‌توانند ثابت کنند که چنین درخواستی نه از سر یک افسردگی قابل‌درمان بلکه نتیجه یک استنتاج منطقی است؟

در این نوشته مروری مختصر با این واژگان کلیدی انجام شده است: **Capacity Decision, Decision Making, Euthanasia**. در فاز اول، ۱۰۳ مقاله در فواصل سال‌های ۱۹۸۸ و ۲۰۲۱ به دست آمد که مطالعه آن‌ها به ترتیب تاریخ، امکان رهگیری روند تغییرات در جنبه‌های قانونی و بالینی در راستای زمان را میسر خواهد کرد. در یکی از نخستین

مطالب نشر شده در این زمینه، گیلفیکس و رافین^۱ مروری را بر روی موارد تا آن زمان، در باب تصمیم در مورد قطع روش‌های غیرمعمول حمایت از زندگی در بیماران بدون هوشیاری یا عقب‌مانده ذهنی انجام داده و قانون "قدرت ماندگار وکالت برای مراقبت درمانی" (DPAHC)^۲ کالیفرنیا را گامی بزرگ در راستای حفظ حقوق بیمار در مورد خاتمه دادن به زندگی خود و محافظت از پزشکان در برابر مسئولیت قانونی تلاش‌هایشان در این زمینه برآورد کرده‌اند. طی این قانون فرد مشخص می‌کند که چه کسی حق دارد که در مورد مسائل مرتبط با مراقبت‌های درمانی او، در شرایطی که خود قادر به تصمیم‌گیری نیست، به‌جای او تصمیم اتخاذ نماید. در این فرم، بیماران می‌توانند بر روی «حق حیات» خود و انجام حداکثر تلاش‌ها برای طولانی کردن عمر فیزیولوژیکشان، یا بر روی «حق مرگ»، اجتناب از اقدامات غیرطبیعی حمایت‌کننده از حیات در شرایطی که امیدی برای بهبودی وجود ندارد، تأکید کنند (گیلفیکس، ۱۹۸۴).

بر اساس قوانین ایالات متحده شرایط می‌تواند از نظر حقوقی پیچیده‌تر نیز باشد. بر اساس "مکمل فدرال دادگاه ایالتی کلرادو"^۳ در سال ۱۹۸۷، در مورد یک بیمار فلج چهار اندام که نه می‌توانست صحبت کند و نه بلع نماید و تنها از طریق حرکت سر و تخته حروف ارتباط برقرار می‌کرد، پزشک معالج و بیمارستان به خاطر به تعویق انداختن دادخواست اخذ راهنمایی از دادگاه محلی برای بیش از دو ماه پس از درخواست بیمار برای برداشتن لوله‌های تغذیه و تسریع مرگش مورد تعقیب قانونی قرار گرفتند. در مقابل بیمارستان و پزشک مربوطه چنین استدلال نمودند که بیمار احتمالاً ظرفیت ذهنی برای تصمیم‌گیری در مورد رد درمان را نداشته است. حکم مربوطه هر چه که بود این پرونده توانست توجهات را به این سمت جلب نماید که چنین مواردی همیشه به‌صورت یک دوگانه اخلاقی ساده نیست و می‌تواند چهره‌ای چندوجهی داشته باشد.

چنین مباحثات حقوقی را می‌توان در مباحثه کوئین^۴، که در سال ۱۹۸۸ توسط بازبینی قانون کالیفرنیا به چاپ رسیده است، دید که برای دهه‌ها در سیستم قضایی و دادگاه‌ها وجود داشته است؛ اما با این وجود، اغلب خبرگان بر ضرورت تهیه یک پروتکل دقیق برای ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار به‌ویژه در شرایطی که بیمار واضحاً ناهوشیار نیست اما از اختلالاتی رنج می‌برد که ممکن است ذهنیت وی را تحت تأثیر قرار دهد تأکید دارند (کوئین، ۱۹۸۸).

در اوایل دهه ۱۹۹۰ توجهات بر روی موردی به نام خانم کرزان^۵ معطوف شده بود. خانم ۳۲ ساله‌ای که ۷ سال را متعاقب تصادف خودرو در وضعیت ماندگار نباتی گذرانده بود. نخستین بار بود که یک مورد تحت عنوان «حق مردن» به یک دادگاه در ایالات متحده ارائه می‌شد. علیرغم اینکه دادرسی نخستین به تأیید این دادخواست نیاانجامید، این مورد یکی از گام‌های نخستین به سمت "قانون خودتعیین‌کنندگی بیمار"^۶ بود که این فرصت را برای بیماران فراهم می‌آورد که خواسته خود را در مورد مراقبت‌های طبی آینده،

¹ Gilfix and Raffin

² Legislation of Durable Power of Attorney for Health Care

³ The United States District Court District of Colorado, Federal Supplement

⁴ Quinn

⁵ Curzan

⁶ Patient Self Determination Act

شامل درخواست زندگی و اعطای قدرت وکالت تصمیم‌گیری فراهم می‌آورد، که متأسفانه پرداختن به آن ما را از موضوع اصلی مطالعه فعلی دور می‌کند (لوین، ۱۹۹۰؛ کلی، ۱۹۹۵).

میلر و کوگلیاری^۱ نتایج مطالعه جامع خود را برروری تسهیلات مراقبتی طولانی‌مدت در ۱۹۹۰ به چاپ رساندند. یکی از مطالب مطروحه جدید در این گزارش، روند تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری در میان افراد مستقر در مراکز نگهداری بود. بر اساس این مطالعه در سال ۱۹۸۶ تنها ۱۲ درصد از این مراکز گایدلاین‌های مناسب برای تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری داشتند که این نسبت در عرض دو سال تا ۴۸ درصد افزایش پیدا کرده بود. این رشد امیدوارکننده نشان‌دهنده آگاهی از ضرورت وجود چنین سازوکارهایی از دهه ۸۰ میلادی بود (میلر، ۱۹۹۰). این آگاهی دغدغه‌های جدیدی را نیز در مورد دقت چنین گایدلاین‌های استاندارد و یک دست شده برای تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری و بازنمایندگی که تمایلات باطنی بیماران به همراه آورد (ویکسر، ۱۹۹۱؛ بروک، ۱۹۹۱). این مباحثات ارزشمند به دستیافت‌هایی نیز انجامید؛ برای مثال بیمارستان و مرکز طبی سنت ژوزف در نیوجرسی کمیته‌ای را جهت تعریف یک سیاست درون سازمانی در مورد نحوه رویکرد به درخواست ارائه‌شده توسط بیماران یا همراهان ایشان برای قطع تغذیه و آبرسانی مصنوعی با هدف تسریع مرگ، تشکیل نمود. این کمیته به یک اجماع درباره جنبه‌های اخلاقی فلسفی و طبی دست‌یافت که به‌عنوان شالوده‌ای برای این سیاست لحاظ گردید. میشل از دانشگاه ستون هال^۲ در نیوجرسی ضمن تحسین این تلاش‌ها تصریح می‌کند که علی‌رغم بی‌نقص نبودن چنین سیاست‌هایی، داشتن یک سیاست مشخص اما غیربینه بهتر از فقدان مطلق هرگونه پروتکلی است، زیرا که حالت اخیر بیشتر احتمال دارد منجر به تضییع حقوق بیماران گردد. قطعاً راهبردهای نابالغ، گام‌های نخستین در راه رسیدن به بهترین‌ها خواهد بود (میشل، ۱۹۹۱).

سال ۱۹۹۲ از دو نظر حائز اهمیت هست: یکی اینکه نخستین مورد مشابه در خارج از ایالات‌متحده در این سال مطرح شد. نانسی یک بانوی جوان در کبک کانادا از دریافت درمان نگهدارنده حیات شامل دستگاه تهویه مکانیکی سرباز زد. دادگاه عالی کبک به نفع حق وی برای دریافت یا رد هرگونه اقدام طبی با توجه به محفوظ بودن ظرفیت ذهنی وی رأی داد. در یک گام بزرگ‌تر دادگاه حکم به مجاز بودن انقطاع درمان‌های نگهدارنده حیات در موقعیت‌های مشابه صادر نمود (دادگاه عالی کبک، ۱۹۹۲). مورد دوم اینکه بازهم برای نخستین بار چنین مفهومی در مورد بیماران روان‌پزشکی مطرح شد. گانزینی^۳ و همکارانش در مرکز طبی کهنه سربازان چنین مطرح نمودند که مسئله درخواست بهره‌مندی از عدم احیا (DNR) در بیماران افسرده نیز می‌بایست مد نظر قرار بگیرد. آن‌ها مطرح می‌کردند که باوجود اینکه افسردگی ممکن است ظرفیت تصمیم‌گیری بیماران را تحت تأثیر قرار دهد، این بیماران نیز حقدارند مانند هر بیمار یا سالمند دیگری از چنین حقی بهره‌مند شوند. آن‌ها بر این باور بودند که روان‌پزشکان می‌توانند نقشی حیاتی در تعیین کفایت ذهنی بیماران، به‌ویژه با تمرکز بر داده‌های دریافتی از خانواده‌ها و پزشکان خانواده جهت کسب اطلاع در مورد تمایلات بیمار در مورد احیاء در صورت ضرورت در مواقعی که در فاز افسردگی قرار نداشته است، ایفاء نمایند. اسنایدر و

¹ Miller and Cugliari

² Mitchell from Seton Hall University

³ Ganzini

سوارتز^۱ استتاجی کاربردی را از مرور جامع خود بر روی مطالب موجود در باب جنبه‌های طبی، قانونی و اخلاقی قطع درمان‌های نگهدارنده حیات ارائه دادند. آن‌ها یک‌راهکار با طراحی دقیق را برای پزشکان پیشنهاد دادند که علیرغم آنکه به تصمیمات نهایی مورد به مورد نمی‌انجامد، چهارچوبی کارآمد را برای ارزیابی هر مورد فراهم می‌آورد. این قالب شامل گام‌های زیر می‌باشد: (۱) آیا مورد مطروحه مبتلا به مرگ مغزیست یا خیر. (۲) تعیین شدت، علت، پیش‌آگهی و بازگشت‌پذیری شرایط. (۳) دانستن آنکه درخواست قطع چه نوع درمانی مطرح شده است. (۴) بررسی بیهودگی گزینه‌های درمانی و مداخلات ممکن. (۵) ارزیابی ظرفیت بیمار برای تصمیم‌گیری در مورد امور مرتبط با درمان. (۶) جمع‌آوری شواهد مبتنی بر خواست شخصی خود بیمار. (۷) شرکت دادن اعضای خانواده و وکیل فرد در تصمیم‌گیری و متخصصین درمانی در روند اتخاذ تصمیم. (۸) در نظر گرفتن سیاست‌های موجود، نکات اخلاقی، موازین قانونی و تعارضات احتمالی منافع. نوشتار ناشی از این نتیجه‌گیری که در سال ۱۹۹۳ به چاپ رسیده است، در مروری که ما انجام می‌دهیم حائز اهمیت است زیرا که بر روی ارزیابی ظرفیت بیمار و اولویت آن تأکید دارد (اسنایدر، ۱۹۹۳).

با توجه به ظهور نگرانی‌ها درباره تأثیر اختلالات روان‌پزشکی بر روی تصمیم‌گیری، سالیوان و یانگنر^۲ در سال ۱۹۹۴ هشدار دادند که روند فرضیات روان‌پزشکی برای مرتبط دانستن درخواست مرگ با خلق افسرده ممکن است که بر تصمیمات منطقی اتخاذ شده بیماران برای قطع درمان‌های نگهدارنده حیات سابه بیفکند. این نویسندگان تأثیر افسردگی بر روی ظرفیت تصمیم‌گیری را حداقلی دانسته و آن را بسیار کمتر از اختلالات دیگری مانند دلیریوم ارزیابی می‌کنند. ایشان نتیجه‌گیری کردند که علیرغم اینکه ضروریست که تمامی درخواست‌کنندگان از نظر افسردگی احتمالی بررسی شده و درمان مناسب در صورت لزوم دریافت کنند، خواسته فرد برای مرگ نیز نباید مورد غفلت واقع گردد (سالیوان، ۱۹۹۴).

سال ۱۹۹۷ برهه زمانی مهمی در تکامل رویکرد به درخواست مرگ بود. در ۲۷ اکتبر ۱۹۹۷، اورگان «مرگ با مساعدت پزشک»^۳ را برای اولین بار قانونی نمود که به «قانون مرگ با کرامت»^۴ (DWDA) انجامید (چین، ۱۹۹۹). این گام تأثیرگذار حق درخواست مشارکت پزشک در پروسه خودکشی را به‌حق پیش‌تر پذیرفته‌شده رد درمان‌های نگهدارنده حیات افزود. علیرغم استقبال‌ها از این گام در ارج نهادن به خواسته‌های بیماران، دغدغه‌های منطقی‌ای نیز در مورد ابهامات این قانون بروز نمود. این قانون به انتشار گایدلاین‌هایی برای پزشکان درگیر در این پروسه انجامید (مایلز، ۱۹۹۸)، اما کماکان تردیدهای بسیاری را برجای گذاشت. برای مثال، هندین^۵ و همکارانش به اینکه در این قانون ضرورتی برای آموزش دیده بودن پزشکان دخیل در زمینه‌ی درمان‌های تسکینی، که برای قابلیت پزشک در ارائه‌ی تمام گزینه‌های تسکین‌بخش به بیمار ضروریست، در نظر گرفته نشده است، معترض بوده و بنا بر نظر ایشان نه تنها اغلب پزشکان به میزان کافی در این زمینه آموزش ندیده‌اند بلکه تجربه کافی برای ارزیابی ظرفیت بیماران را نیز ندارند (هندین، ۱۹۹۸).

¹ Snyder and Swartz

² Sullivan and Youngner

³ Physician Assisted Death

⁴ Death With Dignity Act

⁵ Hendin

در همین راستا دری‌کیمر^۱ و همکارانش نیز مطرح نمودند که خودکشی با مساعدت پزشک پیش‌نیازهایی دارد شامل این موارد: توانایی پزشک در تشخیص انگیزه بیمار، ارزیابی وضعیت ذهنی و خلقی او، درمان افسردگی در صورتی که تشخیص داده شود، ارائه تمام گزینه‌های تسکینی موجود، و بررسی اینکه آیا فشاری از بیرون بر روی بیمار او را به سمت این تصمیم سوق داده است. پزشکان می‌بایست قادر باشند که افت وضعیت عملکرد شناختی احتمالی ناشی از روند بیماری را همچون پیش‌آگهی خود شرایط اصلی که فرد با آن دست‌به‌گریبان است، تخمین بزنند (دریکیمر، ۱۹۹۷).

در سال ۱۹۹۹ مبحث دیگری راه خود را به ادبیات مرتبط با ظرفیت تصمیم‌گیری درباره مرگ باز کرد: دمانس. درس^۲ این چنین مطرح نمود که تمامی بیماران مبتلا به دمانس فاقد ظرفیت ذهنی برای تصمیم‌گیری نیستند. او بر این باور بود که بعضی از بیماران مانند بیمارانی که در مراحل اولیه بیماری آلزایمر قرار دارند، ممکن است از ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری درباره ادامه یا قطع درمان‌های نگهدارنده حیات برخوردار باشند (درس، ۱۹۹۹).

این نگرانی‌ها برای برقراری تعادل میان حق بیمار و برآورد ظرفیت ذهنی با توجه به طبیعت زوال یابنده دمانس تا امروز نیز ادامه داشته است (چیپریانی، ۲۰۱۹). در همین راستا لو و هو^۳ متذکر شده اند که بهترین راه برای پاسداشت خودمختاری بیمار پیش‌بینی افت عملکرد ذهنی در زمانی است که فرد هنوز قادر به تصمیم‌گیری برای خود می‌باشد؛ اما اگر بیماران به مراحل میانی بیماری رسیده‌اند و تاکنون تصمیم خود را درباره امور مراقبتی درمانی مشخص نکرده یا وکیلی را برای تصمیم‌گیری مقرر ننموده‌اند ضروری‌ست که گام‌های پیش رو برای تعیین وضعیت ذهنی آن‌ها طی شود: اطمینان از اینکه آن‌ها اطلاعات ارائه‌شده را درک می‌کنند، در حافظه نگه می‌دارند و به یاد می‌آورند، قادر به مقایسه میان عواقب و منافع تصمیمات خود هستند، و توانایی آن را دارند که در مورد تصمیمات خود با کادر درمانی مشورت نمایند. ایشان همچنین هشدار داده‌اند که ظرفیت ذهنی ممکن است در کوتاه‌مدت نیز ثابت نباشد و میان شفای کامل و گیجی نوسان نماید، و وظیفه این مهم که تعیین شود که فرد اکنون در چه وضعیتی از نظر ظرفیت تصمیم‌گیری است بر عهده پزشک ارزیاب می‌باشد. لو و هو همچنین به رویکرد چهار موضوعی جانسن در حل دوراهی-های اخلاقی ارجاع داده‌اند که در بعضی از بیمارستان‌ها به کار گرفته می‌شده است. این چهارچوب اندیکاسیون پزشکی و طبیعت بیماری، ترجیح شخصی بیمار با توجه به حق خودتبیینی^۴، تأثیر بیماری بر روی کیفیت فعلی و آینده زندگی، و ویژگی‌های زمینه‌ای مانند زمینه اجتماعی-فرهنگی-قومی-مذهبی و جنبه‌های حقوقی را در نظر می‌گیرد (لو، ۲۰۱۷).

موندراگون^۵ و همکارانش در مقاله خود درباره روند تکامل بخش نامه‌های پیشرفته مرتبط با اوتانازی و مرگ با مساعدت پزشک در مکزیک بر روی ۵ گام پیشنهادی برای تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری که توسط موبرگ و ریک^۶ ارائه شده‌اند، اشاره دارند (موندراگون، ۲۰۲۰). مقاله بعدی همین تیم خود تمایز ما بین ظرفیت (Capacity) و صلاحیت (Competence) را که به صورت شایع به جای

¹ Drickamer

² Derse

³ Low and Ho

⁴ Self-Determination Right

⁵ Mondragon

⁶ Moberg and Rick

یکدیگر به کار می‌روند، شفاف می‌کند. ایشان توضیح داده‌اند که «ظرفیت می‌تواند به‌عنوان آستانه مقتضیات برای یک فرد تا بتواند به‌صورت مستقل تصمیمی را اتخاذ نماید تعریف شود. درحالی‌که ظرفیت به یک مفهوم بالینی که توسط پزشک یا متخصصین سلامت تعیین می‌شود اطلاق می‌گردد، صلاحیت به توانایی یک فرد برای تصمیم‌گیری اشاره می‌کند و توسط متخصصین حقوقی ارزیابی می‌شود». ایشان به مطالب مویه^۱ و همکارانش در ۲۰۱۳ استناد می‌کنند (مویه، ۲۰۱۳) و هشدار می‌دهند که قضاوت بالینی درباره ظرفیت بر نتایج ناشی از ابزارهای استاندارد شده ارزیابی ظرفیت رجحان دارد (مویه، ۲۰۰۷). مقیاس‌های استاندارد شده برای بررسی صلاحیت در افراد سالمند ضرورت دارند، هرچند که هنوز هیچ ابزاری به‌عنوان استاندارد طلایی مطرح نشده است. بعضی از ابزارهایی که می‌تواند برای ارزیابی ظرفیت در مورد رضایت درمان به کار روند شامل "ابزار ارزیابی صلاحیت مک آرتور"، "ابزار ظرفیت رضایت به درمان"، "ابزار ارزیابی ظرفیت وصایت" و "ابزار ظرفیت وصایت" می‌باشد (موندراگون، ۲۰۱۹).

با این وجود و از سوی دیگر نگرانی‌ها درباره تأثیر افسردگی و درماندگی بر روی تصمیمات اتخاذ شده در مورد پایان بخشیدن به زندگی در دو دهه ابتدای قرن اخیر نیز برقرار بوده است (منون، ۲۰۰۰، مونتاناری، ۲۰۲۰). دو مورد گزارش شده توسط لیمن^۳ در سال ۱۹۹۹ اهمیت توجه ویژه به افسردگی در میان درخواست‌کنندگان را برجسته‌تر می‌نمایاند. در یکی از این موارد یک بیمار با تشخیص افسردگی که توسط روان‌پزشک مشاور گذاشته شده بود، مورد مساعدت برای مرگ قرار گرفته بود، فقط به این علت که پزشک مشاور به او و همسرش برای درمان افسردگی، علیرغم تشخیص آن، پیشنهادی نداده بود. در موردی دیگر بانویی مبتلا به معلولیت فیزیکی که دو بار برای به دست آوردن حق امتناع از دریافت درمان‌های نگهدارنده حیات اقدام کرده بود و سابقه افسردگی نیز داشت، پس از به دست آوردن این حق از آن استفاده ننموده بود، که از آن به‌عنوان پدیده «اثر ضدافسردگی حق اثبات شده مرگ» نام برده شده است (لیمن، ۱۹۹۹).

اخیراً موضوع اوتانازی به افراد دارای معلولیت ذهنی، اوتیستیک، و بیماران صغیر دارای ظرفیت تصمیم‌گیری نیز گسترش یافته است (توفری، ۲۰۱۸؛ وان اسپچه، ۲۰۱۹). از سوی دیگر درخواست‌های رو به فزونی برای اوتانازی متعاقب رنج‌های ناشی از اختلالات روان‌پزشکی بحث‌های دو جانبه‌ای را در مورد حق برابر این بیماران برای استفاده از این گزینه برانگیخته است؛ اما کماکان نکته حیاتی که بر روی تمامی جوانب این مباحثات سایه می‌افکند، ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار است (نیکولینی، ۲۰۲۰؛ کالاتی، ۲۰۲۱). رویکردهای قضایی و بالینی برای برطرف کردن این ابهام حیاتی تفاوت می‌کند درحالی‌که قانون‌گذاران در حال تلاش برای تعریف هرچه دقیق‌تر مفاهیم هستند، بالین‌گران سعی می‌کنند که بهترین ابزارها و گایدلاین‌ها را طراحی نمایند؛ تلاش‌هایی که هر دو در راستای حفظ حق حیات و مرگ در بیماران ارزشمند و تأثیرگذارند.

¹ Moye

² "MacArthur Competence Assessment Tool", "Capacity to Consent to Treatment Instrument", "Testamentary Capacity Assessment Tool" and "Testamentary Capacity Instrument"

³ Leeman

⁴ Antidepressant Effect of The Proven Right to Die

قوانین اورگان^۱ به‌عنوان یکی از ایالت‌های پیشگام در مورد جوانب قانونی پیرامون این موضوع دو مفهوم توانمند (Capable) و ظرفیت (Capacity) را به‌صورت زیر تعریف می‌کند:

«توانمند» به این معنی است که از نظر یک دادگاه یا از نظر پزشک مربوطه یا پزشک مشاور، روان‌پزشک یا روانشناس، یک بیمار توانایی آن را دارد که با فراهم آوردن مراقبت‌های سلامت [کادر درمان] ارتباط برقرار کرده و تصمیمات مرتبط با سلامت را اتخاذ نماید، که این امر شامل برقراری ارتباط از طریق افرادی که آشنا به شیوه برقراری ارتباط با بیمار هستند، اگر چنین افرادی وجود داشته باشند، می‌شود (مجموعه قوانین ایالتی اورگان، ۱۹۹۹).

«ظرفیت» به معنای توانایی فرد برای درک فواید و مخاطرات قابل توجه و جایگزین‌ها برای مراقبت سلامتی ارائه‌شده و اتخاذ یک تصمیم در مورد مراقبت سلامت [درمان] و برقراری ارتباط درباره آن می‌باشد (مجموعه قوانین اورگان، ۱۹۹۳).

به‌رحال با توجه به‌ضرورت به‌کارگیری ابزارهای کارآمد، حتی حقوقدانان نیز تلاش کرده‌اند که گزینه‌هایی را به‌عنوان ابزارهای غربالگری ارائه دهند. برای مثال مارتین و بورگینیون^۲ در بازمینی خود درباره جنبه‌های حقوقی این امر، بر اساس اعتمادی که ورت، بنجامین، و فارنکوف^۳، محققین برجسته‌ای که جامع‌ترین گایدلاین را برای ارزیابی ظرفیت ذهنی در درخواست‌کنندگان مرگ تا به امروز ارائه داده‌اند، به "ابزار مک آرتور" بروز داده‌اند، این ابزار را برای سنجش درخواست‌کنندگان پیشنهاد کرده‌اند. این توصیه بر اساس توانایی این ابزار برای ارزیابی چهار زمینه اصلی ظرفیت شامل انتخاب، درک، برداشت و استدلال^۴ می‌باشد. ایشان همچنین هشدار خردمندانه برت و یانگنر^۵ درباره خطر تبدیل ناخواسته پروسه ارزیابی به یک‌روند محاسباتی غیرانسان محور به‌واسطه مداخله ابزارها را، یادآوری نموده‌اند (برت، ۲۰۰۰، یانگنر، ۲۰۰۰، مارتین، ۲۰۰۰).

نتیجه‌گیری

تعداد کشورهایی که اوتانازی و مرگ با مساعدت پزشک را قانونی کرده‌اند رو به فزونی است (اشفورد، ۲۰۱۹). این حقیقت وجود پروتکل‌های استاندارد و ابزارها و گایدلاین‌های قابل اطمینان را ضرورت می‌بخشد. علیرغم اینکه جنبه‌های قانونی و اخلاقی پیرامون این مسئله در گرد جهان بسته به زمینه‌های فرهنگی، مذهبی و حتی سیاسی تفاوت‌های بسیاری دارد، تجربیات جوامعی که این مسیر را طی کرده‌اند می‌تواند کارساز باشد.

در مورد ابزارهایی که می‌توانند در ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری در سالمندان مورد استفاده قرار بگیرند موبگ و همکارانش سه مقیاس رده‌بندی‌کننده را در کنار راه‌ها و ابزارهای دیگر برای سنجش سایر جوانب صلاحیت پیشنهاد می‌کنند. این سه ابزار شامل این

¹ Oregon's Legislature

² Martyn and Bourguignon

³ Werth, Benjamin, Farrenkopf

⁴ Choice, Understanding, Appreciation and Reasoning

⁵ Burt and Youngner

موارد می‌باشند: ابزار ارزیابی صلاحیت مک آرتور (MacCAT-T)، ابزار ظرفیت رضایت به درمان (CCTI) و مصاحبه ارزیابی ظرفیت هوپمونت (HCAI)^۱ (مورگ، ۲۰۰۸).

کارآمدی ابزار سنجش مک آرتور توسط ورت، بنجامین و فارنکوپف در مقاله مشهور ایشان که حاوی گایدلاین ارائه‌شده در سال ۲۰۰۰ می‌باشد مورد تأکید قرار گرفته است. ایشان به‌درستی تأکید کرده‌اند که سؤال اصلی در مورد سنجش ظرفیت ذهنی یک فرد این است که دقیقاً چه چیزی می‌بایست ارزیابی شود و گلايه داشتند که قانون‌گذار و به‌ویژه راهنمای "قانون مرگ با کرامت" مسیری مشخص را برای چگونگی ارزیابی ظرفیت فراهم نیاورده‌اند. ایشان مطرح می‌کنند که با توجه به قانون و نظرات بالینی چنین ارزیابی‌ای می‌بایست شامل این چهار توانمندی باشد: بتوانند پیرامون محتوای یک تصمیم ارتباط برقرار کنند و به مرحله اتخاذ تصمیم برسند، اطلاعات مرتبط را درک کنند، اطلاعات ارائه‌شده را به کاربندند، و آن‌ها را در کنار یکدیگر و به‌صورت منطقی تحلیل کنند؛ در کنار این موارد احتمال وجود افسردگی، اثرات داروها و تبعات ذهنی بیماری زمینه‌ای نیز می‌باید لحاظ گردد؛ بنابراین آن‌ها ابزارهای دیگری را در گایدلاین خود پیشنهاد دادند که شامل معاینه مختصر وضعیت ذهنی (MMSD)، معاینه وضعیت شناختی عصبی رفتاری، ویراست سوم مقیاس هوش و کسلر بزرگسالان، پرسشنامه افسردگی بک یا/ و همیلتون، مقیاس ناامیدی بک، مقیاس افسردگی سالمندان (برای گروه سنی مربوطه)، مقیاس مختصر سطح‌بندی روان‌پزشکی و برنامه نگرش به مرگ تسهیل شده می‌باشند^۲ (ورت، ۲۰۰۰). به‌عنوان پایانی بر این نوشتار، نکته‌ای از گایدلاین بلژیکی‌ای که توسط گاستمنز، وان نست و شوترمنس^۳ بعد از یک پروسه بازبینی چندمرحله‌ای، مشورت و طوفان اندیشه‌ای تهیه‌شده است، مناسب به نظر می‌رسد. بر اساس این گایدلاین درخواست اوتانازی از سوی بیمار در مرحله اول پیامی از سمت وی در مورد احساساتش در باب موقعیتی که در آن گیر افتاده است، درد، روند روبه‌زوال و خستگی و فرسایش است؛ بنابراین چنین درخواستی نباید به هدایت مستقیم بیمار به سمت مرگ منجر شود، بلکه باید فرصتی را برای بحث و شنیده شدن فعالانه برای بیمار فراهم آورد، در عین اینکه به بیمار این اطمینان بخشیده شود که خواسته وی محترم و حق خودمختاری وی محفوظ است. ضروری‌ست که محرک‌های انگیزش بیمار به این سمت کشف شود؛ بیماران ممکن است تنها نیاز به مراقبت بیشتر داشته باشند یا احساس سربار بودن بر روی خانواده داشته باشند. ظرفیت ذهنی و دانش آن‌ها درباره درخواستشان و روند انجام آن و همچنین جایگزین‌های تسکین‌بخشی که وجود دارند اما تاکنون به کار نرفته‌اند می‌بایست سنجیده شود. اینکه آن‌ها تا چه میزان هولناکی پیش‌آگهی خود و شرایطی که در انتظارشان است را بیش برآورد کرده و توان خود را برای مقابله با بیماری دست‌کم گرفته‌اند. اعضای خانواده می‌توانند در این مباحثات مشارکت داده شوند و بیمار و اطرافیان وی می‌بایست آگاه شوند که اطلاعات بیشتری را که نیاز دارند چگونه می‌توانند به دست آورند. نهایتاً در صورت پافشاری بیمار بر روی درخواستش، یک پزشک دوم مستقل می‌بایست که به‌عنوان یک ناظر خبره تمامی روند را مجدداً ارزیابی کند، پیش از

¹ MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT-T), Capacity to Consent to Treatment Instrument (CCTI), And Hopemont Capacity Assessment Interview (HCAI).

² Mini-Mental State Examination, Neurobehavioral Cognitive Status Exam, Wechsler Adult Intelligence Scale III, Beck Depression Inventory and/or Hamilton Rating Scale for Depression, Beck Hopelessness Scale, Geriatric Depression Scale, Brief Psychiatric Rating Scale and Schedule of Attitudes Toward Hastened Death.

³ Gastmans, Van Neste and Schotsmans

آنکه درخواست بیمار عملی شود. اتخاذ تصمیم مربوطه حتی برای بیماران دارای صلاحیت، بر اساس مذاکرات میان فردی است و اعضای خانواده، پزشکان، پرستاران و سایر اعضای کادر درمان نیز می‌توانند مشارکت داشته باشند. این رویکرد نه تنها برخلاف خودمختاری بیمار نیست بلکه امکان شفاف‌سازی دقیق احساس و پیام نهفته در درخواست اوتانازی را فراهم می‌آورد (گاستمانس، ۲۰۰۴).

در آخر این نقل‌قول از کالاهان و وایت^۱ به‌عنوان حسن ختامی مناسب برای این نوشتار به نظر می‌رسد:

بدین ترتیب، تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری در این زمینه به نحوی اجتناب‌ناپذیر موضوع ارزیابی فردی مورد به مورد است که از پزشک به پزشک و بیمار به بیمار تفاوت می‌کند... ظرفیت متغیر، ظرفیت محدود، ظرفیت متناوب، ظرفیت کاهش‌یافته، و حتی افسردگی و بعضی انواع بیماری‌های ذهنی در حال حاضر زمینه‌ای برای سلب اعتبار خودکار رضایت بیمار به درمان یا امتناع از آن نیست، اما جایی است که پزشکان معالج می‌بایست قضاوتی محتاطانه به عمل آورند (کالاهان، ۱۹۹۶).

منابع

- Bohnert, M. (2004). Morphological Findings in Burned Bodies. *Forensic Pathology Reviews*. 1. Humana Press. pp. 3–27
- Brock, DW. (1991). Decision making competence and risk. *Bioethics*, 5(2), 105-12.
- Burt, R. A. (2000). Misguided guidelines. *Psychology, Public Policy, and Law*, 6(2), 382–387.
- Byard, R. W. (2016). Forensic and historical aspects of crucifixion. *Forensic science, medicine, and pathology*, 12(2), 206–208.
- Calati, R., Olié, E., Dassa, D., Gramaglia, C., Guillaume, S., Madeddu, F., Courtet, P. (2021). Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res*, 135, 153-173.
- Callahan, D., White, M. (1996). The legalization of physician-assisted suicide: creating a regulatory Potemkin village. *Univ Richmond Law Rev*, 30(1), 1-83.
- Canada, Q., Superior, C., Nancy, B. V. (1992). *Hôtel-Dieu de Québec*. *Dom Law Rep*, 6(86), 385-95.
- Chin, AE., Hedberg, K., Higginson, GK., Fleming, DW. (1999). Legalized physician-assisted suicide in Oregon--the first year's experience. *N Engl J Med*, 340(7), 577-83.
- Cipriani, G., Di Fiorino, M. (2019). Euthanasia and other end of life in patients suffering from dementia. *Leg Med (Tokyo)*, 40, 54-59.
- Derse, AR. (1999). Making decisions about life-sustaining medical treatment in patients with dementia. The problem of patient decision-making capacity. *Theor Med Bioeth*, 20(1), 55-67.
- Drickamer, MA., Lee MA., Ganzini, L. (1997). Practical issues in physician-assisted suicide. *Ann Intern Med*, 126(2), 146-51.
- Executive Producer Don Cambou. (2001). *Modern Marvels: Death Devices*. A & E Television Networks.
- Gastmans, C., Van Neste, F., Schotsmans, P. (2004). Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline. *J Med Ethics*, 30(2), 212-7.

¹ Callahan and White

- Gilfix, M., Raffin, T.A. (1984). Withholding or withdrawing extraordinary life support. Optimizing rights and limiting liability. *West J Med*, 141(3), 387-94.
- Hendin, H., Foley, K., White, M. (1998). Physician-assisted suicide: reflections on Oregon's first case. *Issues Law Med*, 14(3), 243-70.
- Hippocrates of Cos (1923). "The Oath". *Loeb Classical Library*. 147, 298–299. 1923.
- James, A. (2019). The Week. Countries where euthanasia is legal Assisted dying is allowed in a growing number of countries - but not the UK..
- Kelley, K. (1995). The Patient Self-Determination Act. A matter of life and death. *Physician Assist*. 19, 59-60
- Leeman, CP. (1999). Depression and the right to die. *Gen Hosp Psychiatry*, 21(2), 112-5.
- Lewin, T. (1990). Nancy Cruzan dies, outlived by a debate over the right to die. *N Y Times Web*, 27, A1, A15.
- Low, J. A., & Ho, E. (2017). Managing Ethical Dilemmas in End-Stage Neurodegenerative Diseases. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 2(1), 8.
- Martyn, SR., Bourguignon, HJ. (2000). Physicians' decisions about patient capacity: the Trojan horse of physician-assisted suicide. *Psychol Public Policy Law*, 6(2), 388-401.
- Menon, AS., Campbell, D., Ruskin, P., Hebel, JR. (2000). Depression, hopelessness, and the desire for life-saving treatments among elderly medically ill veterans. *Am J Geriatr Psychiatry*, 8(4), 333-42.
- Miles, SH. (1998). The Oregon Death with Dignity Act: A Guidebook for Health Care Providers, edited by Kathleen Haley and Melinda Lee. *JAMA*, 280(4), 387-8.
- Miller, T., Cugliari, A.M. (1990). Withdrawing and withholding treatment: policies in long-term care facilities. *Gerontologist*, 30(4), 462-8.
- Mitchell, JJ. (1991). From ethical dilemma to hospital policy. The withholding or withdrawing of artificially provided nutrition and hydration. *Health Prog*, 72(9), 22-6.
- Moberg ,PJ., Rick, JH. (2008). Decision-making capacity and competency in the elderly: a clinical and neuropsychological perspective. *Neuro Rehabilitation*, 23(5), 403-13.
- Mondragón, JD., Salame-Khouri, L., Kraus-Weisman, AS., De Deyn, PP. (2020). Bioethical implications of end-of-life decision-making in patients with dementia: a tale of two societies. *Monash Bioeth Rev*, 38(1), 49-67.
- Mondragón, J. D., Salame, L., Kraus, A., & De Deyn, P. P. (2019). Clinical Considerations in Physician-Assisted Death for Probable Alzheimer's Disease: Decision-Making Capacity, Anosognosia, and Suffering. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 9(2), 217–226.
- Montanari Vergallo, G., Gulino, M., Bersani, G., Rinaldi, R. (2020). Euthanasia and physician-assisted suicide for patients with depression: thought-provoking remarks. *Riv Psichiatri*, 55(2), 119-128.
- Moye, J., Marson, D. C., & Edelstein, B. (2013). Assessment of capacity in an aging society. *The American psychologist*, 68(3), 158–171.
- Moye, J., Marson, D.C. (2007). Assessment of decision-making capacity in older adults: an emerging area of practice and research. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 62(1), P3-P11.
- Nicolini, ME., Kim, SYH., Churchill, ME., Gastmans, C. (2020). Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons. *Psychol Med*, 50(8), 1241-1256.

- Quinn, KP. (1988). The best interests of incompetent patients: the capacity for interpersonal relationships as a standard for decisionmaking. *Calif Law Rev*, 76(4), 897-937.
- Richard, G. (2016). Cave fires and rhino skull used in Neanderthal burial rituals. *New Scientist*.
- Snyder, J.W., Swartz, MS. (1993). Deciding to terminate treatment: a practical guide for physicians. *J Crit Care*, 8(3), 177-85.
- Sullivan, MD., Youngner, SJ.(1994). Depression, competence, and the right to refuse lifesaving medical treatment. *Am J Psychiatry*, 151(7), 971-8.
- Tuffrey-Wijne, I., Curfs, L., Finlay, I., Hollins, S. (2018). Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012-2016). *BMC Med Ethics*, 19(1), 17.
- Van Assche, K., Raus, K., Vanderhaegen, B., Sterckx, S. (2019). 'Capacity for Discernment' and Euthanasia on Minors in Belgium. *Med Law Rev*, 27(2), 242-266.
- Voluntary Euthanasia (Stanford Encyclopedia of Philosophy). (2018). Plato.stanford.edu. Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Werth, JL., Benjamin, GA., Farrenkopf, T. (2000). Requests for physician-assisted death: guidelines for assessing mental capacity and impaired judgment. *Psychol Public Policy Law*, 6(2), 348-72.
- Wicclair, M.R. (1991). A response to Brock and Skene. *Bioethics*, 5(2), 118-22.
- Wicclair, MR. (1991). Patient decision-making capacity and risk. *Bioethics*, 5(2), 91-104.
- Youngner, SJ. (2000). Bureaucratizing suicide. *Psychol Public Policy Law*, 6(2), 402-7.