

تقدی بر پروتکل گرونینگن در حمایت از اتانازی نوزادان معلول از منظر اخلاقی

اکرم پیمان^۱

زینب عباسی

چکیده

امروزه علی‌رغم پیشرفت‌های علمی‌ای که در زمینه مراقبت از نوزادان در دنیا رخ داده است هنوز بسیاری از نوزادان به علت مواجهه با موقعیت‌های بحرانی پزشکی از وضعیت بسیار نامساعدی جهت ادامه حیات رنج می‌برند. برخی از مراقبین بهداشتی و حتی والدین این نوزادان معتقدند که خاتمه‌دادن به رنج پایان‌ناپذیر آن‌ها بهترین کمک به آنان می‌باشد.

مطابق مدارک معتبری که وجود دارند فی‌الحال پزشکانی برای انجام اتانازی فعال داوطلبانه، در کشورهایی مانند هلند، آمریکا، انگلیس و استرالیا تربیت می‌شوند و همچنین برخی از متخصصان نوزادان به راحتی پذیرفته‌اند که به منظور کمک به بشریت اقدام به اتانازی غیرداوطلبانه در نوزادان الزامی است.

در عصر حاضر در حالی که کلیه ادیان الهی مخالفت خود را به وضوح با اتانازی بیان کرده‌اند، این سؤال مطرح است که چگونه انسان‌های مدعی اخلاق و حقوق بشر از قانونی‌ساختن سقط جنین در چند دهه گذشته تا اتانازی نوزادان و کودکان معلول سقوط کرده‌اند و با تصویب پروتکل گرونینگن در دفاع از اتانازی نوزادان می‌کوشند. این مقاله مروری با تکیه بر کتب و مقالات معتبر دنیا به نقد و بررسی این پروتکل می‌پردازد.

واژگان کلیدی

نوزادان؛ اتانازی؛ درمان تسکینی؛ اخلاق؛ درد

۱. دانشجوی دکتری بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی مشهد، عضو هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری - مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، نویسنده‌ی مسؤول

نقدی بر پروتکل گرونینگن در حمایت از اتانازی نوزادان معلول از منظر

اخلاقی

بحث در مورد آغاز و ادامه درمان نوزادان بیمار یا مواجه با شرایط جدی، در پزشکی یکی از جنبه‌های سخت عملکردی پزشکان اطفال است. اگرچه اخیراً تحولات در زمینه علوم و فن‌آوری ابزار برای مقابله با عواقب بسیاری از ناهنجاری‌های مادرزادی و تولد زودرس به کمک پزشکان آمده است ولی هنوز هم تصمیم‌گیری در مورد زمان شروع یا خودداری از ادامه درمان در نوزادان بسیار دشوار است. و این تصمیمات برای کادر پزشکی در هنگام مواجه با نوزاد دچار اختلال جدی یا ناهنجاری‌های همراه با درد و رنج که امکان کاهش و یا امید بهبود ندارند حتی سخت‌تر نیز می‌شود. (کدیش، ۲۰۰۳ م.) افرادی که با این شرایط مواجه می‌شوند معمولاً می‌پرسند: پس چرا درد بکشد؟ آیا در شأن انسانی او هست که به این وضع زندگی کند؟ اگر والدینش در آگاهی کامل از ما بخواهند که به زندگی‌اش پایان بدهیم چرا ندهیم؟ چگونه با موضوع برخورد کنیم؟ او را بکشیم یا این که رهایش کنیم تا بمیرد؟ (اریود، ۲۰۰۸ م.) یکی از مباحثی که مخالفین اتانازی مطرح می‌نمودند نظریه شیب لغزنده بوده است، یعنی آنچه که امروزه به وضوح با تصویب قانونی اتانازی در برخی از کشورهای پیش‌رو در این امر مشاهده می‌گردد. در هلند در سال‌های ۱۹۸۰ م. تا ۱۹۹۰ م.، اتانازی به شکل گسترده‌ای مطرح گردید و از سال ۲۰۰۱ کشتن یک بیمار لاعلاج توسط پزشک به خاطر رهایی او از درد و رنج، در قوانین جرم‌زدایی گردیده است. امروزه مدارک معتبری وجود دارند که پزشکانی برای انجام اتانازی فعال داوطلبانه، در کشورهایی مانند هلند، آمریکا، انگلیس و استرالیا تربیت می‌شوند و همچنین برخی از متخصصان نوزادان به راحتی پذیرفته‌اند که به منظور کمک به بشریت اقدام به

اتانازی غیر داوطلبانه در نوزادان الزامی است. (کدول و نیوتن، ۱۹۹۵ م.) و با تصویب پروتکل گرونینگن در دفاع از اتانازی نوزادان می‌کوشند. در این پژوهش به بررسی ابعاد این عملکرد و ارزیابی جوانب اخلاقی و حقوقی این پروتکل پرداخته شده است.

الف) مبانی و مفاهیم

اتانازی بحث مهمی در اخلاق پزشکی است، زیرا تمام حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی را در بر می‌گیرد. قبل از ورود به بحث، ضروری است مبانی و مفاهیم اتانازی یا مرگ آسان را تعریف کنیم.

اتانازی فعال داوطلبانه: تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگر که منجر به مرگ بیمار شود. این عمل بر اساس تقاضای صریح بیمار و با رضایت کاملاً آگاهانه او انجام می‌شود. نکته مهم در این حالت این است که قصد و تمایل پزشک و بیمار هر دو در جهت خاتمه‌دادن به زندگی بیمار است. در اتانازی فعال داوطلبانه ۲ شرط بسیار مهم است:

۱- تصمیم خود بیمار،

۲- درد و رنج غیرقابل تحمل و بدون امید به بهبودی.

اتانازی فعال غیرداوطلبانه: تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگری که منجر به مرگ بیمار شود. در این حالت، بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری، اهلیت یا صلاحیت قانونی را ندارد و از لحاظ روانی قادر به درخواست صریح برای این عمل نیست. اتانازی فعال اجباری: تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگر که باعث مرگ بیمار شود. در این حالت، بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری را داراست و هیچ‌گونه

درخواست صریح برای این عمل نداشته است. این حالت را جمیع اخلاقیون، مجاز نمی‌دانند و قتل محسوب می‌شود.

اتانازی غیرفعال: عدم شروع درمان یا قطع درمان‌هایی که برای حفظ حیات بیمار لازم است. البته این نوع اتانازی می‌تواند داوطلبانه بر اساس درخواست بیمار یا غیر داوطلبانه وقتی بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری ندارد باشد. این نوع اتانازی معمولاً به صورت مستقیم، مانند تجویز دارو یا هر اقدام دیگری نیست.

اتانازی غیرفعال داوطلبانه: بیمار درمان خود را رد می‌کند تا در مرگش تسریع شود. به عبارت دیگر، بیمار از همان ابتدا از پذیرش درمان سر باز می‌زند. این نوع اتانازی معمولاً در مورد بیمارانی به کار گرفته می‌شود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان هم مطمئن‌اند که درمان آن‌ها امکان‌پذیر نیست؛ بنابراین درمان را قطع کرده و بیمار را از مواد غذایی یا دارو محروم می‌کنند یا اگر بیمار در سیر بیماری‌اش، دچار عفونتی شود، درمانی برای عفونت او آغاز نمی‌شود.

اتانازی غیرمستقیم: در این حالت ضد دردهای مخدر یا داروهای دیگر برای تسکین درد بیمار تجویز می‌شود اما پیامد عرضی آن، قطع سیستم تنفسی بیمار است. داروهای ضد درد مخدر اگر با دوز بالا تجویز شوند، مرکز تنفسی را مهار می‌کنند که منجر به مرگ بیمار می‌شود. این نوع اتانازی با قصد عامدانه انجام نمی‌شود اما پیامد عرضی آن مرگ بیمار است.

خودکشی با همکاری پزشک: در این حالت، پزشک‌ها داروها یا اقدامات دیگر را برای بیمار فراهم می‌کنند؛ با توجه به این که آن‌ها می‌دانند قصد بیمار خودکشی است. (امام هادی، نورشفیعی، جلیلود، سلطانی، و دانشور، ۱۳۸۶ ش.)

ب) بررسی اجمالی دلایل موافقان و مخالفان اتانازی

مهم‌ترین استدلال‌ها به نفع اتانازی عبارت‌اند از: درد شدیدی که افراد مبتلا به بیماری‌های لاعلاج تحمل می‌کنند، سربار شدن افرادی که قادر نیستند در فعالیت‌های طبیعی انسانی شرکت کنند و حق مفروض افراد برای آنکه درباره زندگی خودشان تصمیم بگیرند. (بسامی، ۱۳۸۶، ص ۱۷۴)

استدلالات غیردینی علیه اتانازی شامل خطر تعمیم‌دادن اصل اتانازی به طیف وسیعی از انسان‌ها و مبهم بودن مرگ است؛ یعنی نمی‌توان با اطمینان قضاوت کرد که مردن برای شخص، بهترین گزینه است مخالفان اتانازی معتقدند هرگاه اتانازی قانونی شود، پتانسیلی برای سوءاستفاده در دست مراقبان سلامت خواهد بود. اولین قدم برای تحقق اتانازی در جامعه‌ای که انجام این کار قانونی شده است، باعث می‌شود قدم‌های بعدی آسان‌تر برداشته شود. به این استدلال، شیب لغزنده گفته می‌شود. (الستیر و کمپل، ۱۳۷۲، ص ۸۴) یکی از صریح‌ترین مخالفان اتانازی، بیل کامیسار - پروفیسور حقوق دانشگاه میشیگان - است که حمله سه‌جانبه‌ای را علیه اتانازی ارائه کرده است:

۱- خطر سوء استفاده از اتانازی توسط مراقبان سلامت؛

۲- شیب لغزنده؛

۳- خطر اشتباه و لغزش موافقان نظریه «شیب لغزنده» استدلال می‌کنند، هنگامی که کیفیت زندگی کاهش یافته باشد، جامعه می‌تواند پایان‌دادن به حیات را بپذیرد و هیچ روش عقلانی‌ای برای محدود کردن اتانازی و جلوگیری از سوء استفاده از آن وجود ندارد. بر اساس نظریه شیب لغزنده، اتانازی مانند لبه نازک یک گوه 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. و در حال حاضر تمایل به اتانازی نوزادان شاهدهی بر این مدعا است. (غمامی، ۱۳۸۵ ش.).

ج) بررسی اتانازی نوزادان در دنیا

هر سال از هر ۲۰۰۰۰۰ کودک متولد شده در هلند، حدود ۱۰۰۰ نوزاد در طول سال اول زندگی می‌میرند این در حالی است که در مورد پایان زندگی قبل از تولد یا بعد از تولد حدود ۶۰۰ مورد از این نوزادان، پزشک معالج آن‌ها تصمیم گرفته است. (کوستلو، ۲۰۰۷ م.) به هر حال یکی از جنبه‌های سخت عملکردی پزشکان اطفال تصمیم‌گیری در مورد آغاز و ادامه درمان نوزادان بیمار یا معلول است. اگر چه اخیراً تحولات عظیم فنون پزشکی برای مقابله با عواقب بسیاری از ناهنجاری‌های مادرزادی و تولد زودرس به کمک پزشکان آمده است ولی هنوز هم اتخاذ رأی نهایی برای کادر پزشکی در هنگام مواجهه با نوزادان دچار اختلال جدی یا ناهنجاری‌های مرتبط با درد و رنج که امید بهبود یا کاهش آلام آنان نیست حتی سخت‌تر از گذشته می‌باشد. (کدیش، ۲۰۰۳ م.) رنج احساس ذهنی است که نمی‌توان به طور عینی، در بزرگسالان یا در نوزادان آن را اندازه‌گیری کرد. اما قبول کنیم که بزرگسالان زمانی که درد و رنج خود را غیر قابل تحمل می‌دانند می‌توانند آن را بیان کنند. متأسفانه نوزادان نمی‌توانند احساسات خود را از طریق گفتار بیان کنند، اما آن‌ها از طریق انواع مختلف گریه، جنبش‌ها و واکنش نسبت به تغذیه، بر اساس تغییرات در علائم حیاتی فشار خون، ضربان قلب، تنفس و الگو و رفتار می‌توانند میزان ناراحتی و درد خود را نشان دهند. (گارنی، ۲۰۰۷ م.) آیا

پرستاران مجرب و والدین قادر به ارزیابی نسبی میزان درد و رنج در نوزاد و همچنین تاثیر تسکینی دارو یا اقدامات دیگر در آنان می‌باشند؟ در هلند از سال ۱۹۸۵ م، کشتن از سر ترحم برای افراد واجد شرایط مسن‌تر از ۱۶ سال پذیرفته شده است. سوا لی که اکنون در دست بررسی است این است که آیا با وجود این که این بیماران نمی‌توانند خواهش خود را بیان کنند عمداً می‌توان به زندگی آنان پایان داد یا باید نوزادان با اختلالات همراه با درد و رنج شدید و پایداری مانند انواع ناهنجاری‌های پیچیده پزشکی را زنده نگه داشت که درد و رنج خود را تحمل کنند؟ در مصوبات اخیر قانون هلند پشتیبانی رو به رشدی از اتانازی داوطلبانه فعال مشهود است. (الکساندر، ۲۰۰۹ م؛ کوستلو، ۲۰۰۷ م.) در واقع، بحث قانونی نمودن اتانازی در کشورهای اروپایی، ایالات متحده و بسیاری کشورهای دیگر طی چند سال گذشته افزایش یافته است. (کدول و نیوتن، ۱۹۹۵ م.)

طرفداران معتقدند هنگامی که بار مالی زندگی فردی سنگین‌تر از منافع حیات او برای جامعه است، کشتن از سر ترحم را می‌توان عادلانه توجیه کرد. اگر برای برخی از بزرگسالان که از زندگی خود رنج می‌برند اتانازی داوطلبانه فعال قابل قبول است، پس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ممکن است برخی از کودکان و نوزادان نیز راضی به آن بوده ولی قدرت بیان آن را ندارند. و به منظور تلاش برای کاهش درد و رنج نوزادان به شدت بیمار مرکز پزشکی دانشگاه گرونیگن هلند در سال ۲۰۰۵ م، به توسعه پروتکل تصویری خود پرداخت. (کدیش، ۲۰۰۸ م.) البته در هلند هم مانند کشورهای دیگر، پایان دادن به زندگی دیگران، مگر در شرایط فوق‌العاده، قتل محسوب می‌شود و آنان شرایط سختی برای کنترل قانونی کشتن از سر ترحم وضع نموده‌اند به طوری که ارائه تمام اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی، توسط کادر درمانی به دادستان جنایی الزامی است. مطابق این

پروتکل شیرخواران و نوزادانی که برای پایان دادن به عمر آنان چنین تصمیماتی ممکن است اتخاذ شود را به سه گروه تقسیم نموده‌اند: گروه اول نوزادانی هستند که هیچ شانس برای زنده ماندن ندارند. این گروه شامل نوزادانی می‌شوند که به زودی پس از تولد با وجود مراقبت مطلوب به علت ابتلا به برخی از بیماری‌های شدید زمینه‌ای مانند هیپوپلازی^۱ ریه و کلیه خواهند مرد. (کدیش، ۲۰۰۸ م.)

نوزادان در گروه دوم که پیش آگهی بسیار ضعیفی دارند و با ارائه مراقبت‌های ویژه ممکن است پس از یک دوره درمان فشرده زنده بمانند، این گروه نوزادان با اختلالات شدید مغزی یا مبتلا به سایر صدمات وارده به اعضا ناشی از هیپوکسمی شدید هستند که انتظارات در مورد وضعیت آینده آن‌ها بسیار تیره و تار است. هنگامی که این نوزادان بتوانند پس از دوره مراقبت‌های ویژه زنده بمانند معمولاً پیش آگهی ضعیف و کیفیت پایینی از زندگی خواهند داشت.

گروه آخر نوزادانی با تشخیص نامیدکننده پزشکی هستند که می‌بایست درد و رنج را برای تمام سال‌های زندگی تحمل کنند، این گروه شامل بیمارانی می‌شود که وابسته هستند. به عنوان مثال، درباره یک کودک مبتلا به جدی‌ترین شکل از اسپاینا بیفیدا^۲، حتی بعد از بسیاری از عملیات درمانی تخصصی و ویژه نیز حتی اگر زنده بماند، برای همه مشخص است که کیفیت زندگی او بسیار ضعیف خواهد بود. (ورهجن و سائوار، ۲۰۰۵ م.)

در اکثریت کشورهای اروپایی مانند فرانسه که دارای سابقه‌ای طولانی و البته غیر قانونی کشتن از سر ترحم نوزادان می‌باشد این عمل در اواسط ۱۹۶۰ به عنوان پاسخ به پیامدهای نامطلوب از احیای نوزاد آغاز شد. اما در واقع با خارج نمودن لوله تراشه و تزریق شل‌کننده‌های عضلانی یا کلرید پتاسیم نه به منظور درمان بلکه با هدف ختم حیات انجام می‌شد. (ورهجن و سائوار، ۲۰۰۵ م.)

و نهایتاً در سال ۱۹۸۶ مجوز پایان دادن به زندگی، عمدتاً برای کودکان مبتلا به آسیب مغزی، اختلالات ژنتیکی یا ناهنجاری‌ها داده شد. (کدیش، ۲۰۰۸ م.)

و اخیراً در آمریکا نیز اتانازی نوزادان قانونی اعلام شد در واقع در این کشورها فوق متخصصین نوزادان متقاعد شده‌اند که هدف از مراقبت‌های ویژه و فشرده تنها بقای نوزاد نیست، بلکه اهدای کیفیت قابل قبول از زندگی به اوست. (میسِل، اسنیدر و کوپِل، ۲۰۰۰ م.) به طوری که در گروه دوم اگر تیم پزشکی و والدین متقاعد شده‌اند که درمان چشم‌انداز بسیار ضعیفی در این نوزادان دارد از درمان صرف نظر می‌کنند. (اریود، ۲۰۰۸ م.) در مواجهه با بیماران گروه سوم، تیم پزشکی به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده دقیق و مشاور پدر و مادر بسیار مهم است که تعیین کنند، آیا با کلیه اقداماتی که برای کاهش درد شدید و ناراحتی نوزاد به کار می‌گیرند آیا ممکن است درد و رنج و وابستگی او را در آینده نتوانند از بین ببرند یا هیچ بهبود قابل انتظاری را نتوانند فراهم نمایند وقتی که هر دو پدر و مادر و پزشکان متقاعد شدند که پیش‌آگهی بسیار ضعیفی وجود دارد، ممکن است آن‌ها موافقت نمایند که مرگ انسانی‌تر از ادامه زندگی تحت شرایط مشابه است. (دوگلاس، ۲۰۰۹ م.)

البته در هلند افرادی که بیش از ۱۶ سال دارند می‌توانند برای اتانازی داوطلب شوند اما تحت قانون هلند در مورد نوزادان درخواست‌های پدر و مادر، به عنوان نمایندگان فرزند خود برای اقدام به اتانازی، نامعتبر است. (کدیش، ۲۰۰۸ م.) آیا این به آن معنی است که کشتن از سر ترحم در نوزاد همیشه ممنوع است؟ خیر تحت شرایط بسیار سخت: بر اساس توضیح کامل از شرایط و پیش‌آگهی، گروهی از پزشکان «که دست کم یکی از آن پزشکان فوق متخصص می‌بایست به طور مستقیم در مراقبت از بیمار درگیر نباشد» باید پیش‌آگهی را به خوبی تعریف و شرایط را توضیح دهند سپس والدین باید کاملاً موافقت خود را اعلام نمایند و

کلیه مدارک ثبت شوند، پس از آنکه تصمیم گرفته شد مراجع قانونی باید تعیین کند که آیا تمام مراحل لازم طی شده‌اند. (کدیش، ۲۰۰۸ م.) به هر حال در طول هفت سال گذشته بیست و دو مورد از گزارشات اتانازی نوزادان ثبت شده در دفاتر دادستان‌های منطقه‌ای در هلند منتشر شده است. کلیه آن نوزادان به فرم‌های بسیار شدید از اسپاینا بیفیدا مبتلا بودند دادستان‌ها با استفاده از چهار معیار برای ارزیابی هر مورد اقدام می‌نمایند:

۱- حضور ناامیدکننده و غیر قابل تحمل درد و رنج و با کیفیت بسیار ضعیف از زندگی؛

۲- رضایت پدر و مادر؛

۳- مشورت با پزشک بی‌طرف و توافق خود پزشکان معالج؛

۴- انجام روش مطابق با استاندارد پذیرفته شده در علوم پزشکی (تیس سیری، مولت و کلای سورم، ۲۰۰۵ م.) نتیجه چنین اعلام شده که در تمام ۲۲ مورد دقت مورد نیاز قبل از اقدام به اتانازی انجام شده و هیچ یک از پزشکان محاکمه نشدند. یکی از الزامات مورد نیاز برای بررسی عملکرد خوب پزشکی مطابق نظر بسیاری از سازمان‌ها این است که باید برای اجرای اتانازی دستورالعمل‌های روشن‌تری ارائه شود و این استدلال مطرح شده که کمیته‌ای متشکل از چند رشته پزشکی، حقوقی و اخلاقی برای ارزیابی این گونه موارد تخصصی‌تر و بهتر عمل خواهد کرد. با این حال دولت هلند از سال ۱۹۹۷ م. به ایجاد یک کمیته و ارائه رهنمود دیگر بارها و بارها وعده داده است. (کدیش، ۲۰۰۸ م.؛ وراهجن و سائوار، ۲۰۰۵ م.)

بحث

در این مقاله با صراحت بیان می‌کنیم که هرگونه از اتانازی مغایر با قوانین الهی بوده و همچنین قتل فعال نوزادان، غیراخلاقی، متمایز از حقوق پزشکی اطفال و حمایت از آنان است و با رد کردن پروتکل گرونینگن، می‌گوییم مانند سقط جنین اتانازی نوزادان نیز مسأله اخلاقی پیچیده‌ای است که برای هزاران سال بدون توجیه خواهد ماند.

آیا می‌توانیم قتل فعال نوزاد انسان را گاهی اوقات صحیح و اخلاقی دانسته و گاهی آن را قتل بنامیم؟ آیا به سادگی می‌توان گفت مرگ برایش بهتر از زندگی است یا بار مالی بودنش برای جامعه سنگین‌تر است؟ حتی اگر یکی معتقد است که پاسخ به هر یک از این پرسش‌ها آری است، آیا می‌توان به بهانه اجرای سیاست دقیق و تحت نظارت محاکم قانونی به منظور جلوگیری از قتل عامدانه نوزادان سالم، در قرن بیست و یکم اقدام به اتانازی نوزادان که ذاتاً عملی غیر اخلاقی است نمود؟ در روایت‌های باستانی مانند داستان ابراهیم و اسحاق و یا اگامنون پادشاه مایسنا که منازعه‌ی او با اشیل مقدمه‌ی داستان حماسی ایلید است هیچ چیزی در خصوص قتل ترحم‌آمیز نوزادان وجود ندارد. درس‌های تاریخ مدرن شامل انتخاب ۵۰۰۰ نوزاد و کودک ناقص برای اعدام در آلمان نازی و اجازه انجام آزمایشات سوء گرایانه بر روی اطفال و نوزادان در دوران ریگان در ایالات متحده آمریکا هرچند آن‌ها به ظاهر در جهت مخالف هم می‌باشند، هر دو نمونه‌هایی از آماده‌نمودن بستری برای اقدام به اتانازی در حال حاضر می‌باشند. رشته‌هایی از قبیل فقه، حقوق، پزشکی، فلسفه و علوم اجتماعی هر یک مانند ذره‌بینی هستند که از میان آنان می‌توان به این سؤالات پاسخ داد. علم اخلاق اطفال ترکیبی از این موضوعات است. اگرچه پاسخ به سوال «چه کسی تصمیم می‌گیرد؟» یا سوال «چه

تصمیمی بهترین راه حل برای کودک است؟» اغلب موارد دشوار است. از آنجا که اکثر کودکان در شیب به سمت بالا از مسیر رشد و تکامل هستند همان گونه که فیلسوف بزرگ، جوئل فینبرگ از آن با عنوان «حق گشودن آینده» نام برده است. پدر و مادر، مراقبین بهداشتی و متخصصان جامعه به طور کلی وظیفه دارند که برای دفاع از منافع فردی کودکان حداقل فرصت رشد و پرورش آن‌ها را که با انتقال شکننده از کودکی تا بزرگسالی انجام می‌شود را به آنان بدهند. و مسئولیت مخلوقات را که نه به اراده خود بلکه با خواست والدین به این دنیا آمده‌اند را تا زمانی که بتوانند برای خود تصمیم بگیرند عهده‌دار شوند. در ضمن با پیشرفت معجزه‌آسای علم آیا چه کسی می‌تواند مدعی باشد که علم فردا از حل بسیاری از مشکلات امروز عاجز باشد.

اما در زمینه ایرادات وارد بر پروتکل گرونینگ که به نقض اصول اساسی اخلاق اطفال پرداخته است باید بگوییم که چگونه پروتکل گرونینگ کشتن از سر ترحم برای نوزادان را توجیه می‌کند؟ همانگونه که قبلاً اشاره شد پنج معیار است که باید به ترتیب برای اتانازی نوزادان رعایت شوند:

- ۱- نوزاد با تشخیص و پیش آگهی خاص،
- ۲- وی باید رنج نا امید کننده و غیر قابل تحملی داشته باشد،
- ۳- معیارهای ۱ و ۲ باید توسط حداقل یک دکتر مستقل و بی طرف از پزشکان معالج وی تایید گردد،
- ۴- هر دو والدین باید به رضایت آگاهانه خود به طور کتبی اعتراف کنند،
- ۵- روش‌ها باید مطابق با استاندارد پذیرفته شده پزشکی انجام بشود. با توجه به معیارهای فوق‌الذکر متوجه می‌شویم که مشکلات اساسی در هر یک از پنج معیار وجود دارد.

معیارهای اخلاقی شماره‌ی ۲ و شماره‌ی ۴ برای نشان دادن دلایل متوقف‌سازی اتانازی داوطلبانه نوزادان کافی است با توجه به معیار دوم: نوزادان قادر به بیان درد و رنج خود به توسط الفاظ نیستند اگرچه درد و چه بسا درد و رنج را می‌توان با دقت تشخیص داد به هر حال رنج مفهومی پیچیده است. در واقع، بزرگسالان و کودکان بزرگتر که قادر به برقراری ارتباط می‌باشند برای تعیین میزان درد و رنج خود حداقل می‌توانند آن را دسته‌بندی نمایند و مثلاً با کلماتی از قبیل غیر قابل تحمل و یا قابل تحمل است آن را بیان کنند اما نوزادان در واکنش‌هایی که به هنگام درد نشان می‌دهند قطعاً توجه بیشتر اطرافیان را می‌طلبند و بهتر است به جای این که تصور کنیم درد و رنج نوزاد چه مقداری است تا به عنوان «غیر قابل تحمل» دسته‌بندی نماییم بهتر است، از موضع اخلاقی برتری به آن بنگریم این بدان معنا نیست که درد و رنج باید درمان نشود بلاخص اینکه امروزه دوزهای بالای بی‌دردی همراه با سایر درمان‌ها جایگزین مناسبی به منظور کاهش دادن علائم ناراحتی می‌باشند بلکه به این معنا است که تنها کشتن از سر ترحم فعال درمان مناسبی نیست. به واقع حتی هیچ بزرگسالی دقیقاً و عمیقاً نمی‌تواند حتی مقدار درد بیماری مشابه خود را در فرد بزرگسال دیگری درک کند؛ بنابراین چگونه والدین می‌توانند چنین ادعایی داشته باشند.

پس از آنجا که معیار دوم بر اساس توانایی اندازه‌گیری چیزی است که بدون اندازه و مقدار معین می‌باشد پس دستاویز مناسبی برای نیل به آن منظور نیست. نکته مهم و مثال بحث‌برانگیز دیگری که است در دفاع از اتانازی داوطلبانه غیر فعال نوزادان است یعنی امتناع از درمان و این در دفاع از اخلاق مطرح می‌شود و معتقدند این روش بهتر از تجویز هر دوز کشنده از دارو می‌باشد یعنی امتناع از تغذیه مصنوعی و سرم درمانی، در مواردی که تصور می‌شود نوزاد درد و رنج

می‌کشد بهتر است. در واقع همواره دیگران برای این نوزادان تصمیم می‌گیرند ابتدا به راحتی فرصت تغذیه از پستان مادر را از او می‌گیرند و در واقع محبت مادری را از او دریغ می‌کنند که خود دردناکترین واقعه برای یک نوزاد است و سپس به رنجهای او پایان میدهند.



در چند دهه گذشته به خاطر ظهور تکنولوژی مدرن و تحولات اجتماعی و سیاسی به وجود آمده در جوامع بشری رفتار پزشک با بیمار دچار دگرگونی شده است. بر اساس چنین تحولاتی اولین بار چیلدرس و بیرچامپ اصول اخلاقی پزشکی نوین را تدوین کردند که هم‌اکنون در بسیاری از کشورها به مورد اجرا گذاشته شده است. یکی از این اصول چهارگانه عدالت است که در این زمینه ذکر شده در انجام خدمات در حرفه پزشکی نباید نظرات و عقاید شخصی را مد نظر گرفت بلکه آنچه ضرورت دارد باید ارائه شود. (برونو فرانک، ۱۳۸۴ م.) و اما معیار چهارم پروتکل گرونینگن دارای پایه و اساس محکم فلسفی نیست هرچند در بسیاری از منابع حقوقی بر آن تأکید شده ولیکن رضایت پدر و مادر در این امر مفهومی است در تناقض با بندهند اصول اخلاقی گزارش بلمونت (خودمختاری، نیکی، عدالت). (کدیش، ۲۰۰۸ م؛ ورهجن و سائوار، ۲۰۰۵ م.) از سوی دیگر در این پروتکل آنچه بی‌اهمیت بوده این است که والدین نوزاد که نزدیکترین افراد به او

هستند با هم این حق را دارند که به فرزند خود آسیب بزنند جمله با تکیه بر «رضایت پدر و مادر» است که بسیار خطرناک است. این تصویب مجوز کودک‌آزاری است و در واقع سلب استقلال رای کودکان، و این بدان معنا است که والدین مالک کودک خود هستند که کلاً با اخلاقیات منافات دارد. از سوی دیگر باید بپذیریم که پس از آنکه والدین رضایت کشتن فرزند خود را دهند اکثر والدین به مرور زمان خود را مقصر دانسته و دچار افسردگی می‌شوند.

معیار پنجم این است که «روش‌ها باید مطابق با استانداردهای پذیرفته‌شده پزشکی باشد.» سؤال این است که آیا پزشکان متعهد شده‌اند به ارائه اقدامات مفید و سودمند برای بیماران و جلوگیری از صدمه و ضرررسانی یا عملکرد استاندارد و آیا چنین عملی حرمت و حیثیت جامعه پزشکی را مخدوش نمی‌کند با وجودی که تعهد اخلاقی برای از بین بردن درد و رنج عملی شریف و قابل تحسین و تمجید است ولیکن نباید انتظار داشته باشیم که کادر درمانی با تزریق بیش از حد دارو باعث مرگ نوزاد شوند.

نتیجه

در تحلیل و تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی نوزادان، اتانازی به عنوان یک راه‌کار جهت خروج از این وضعیت محسوب می‌شود. البته باید توجه داشت که گرچه مراقبت خانواده محور و توجه به نیازهای والدین بخش مهمی از اخلاق اطفال است ولی اطلاعاتی که توسط مرکز درمانی به والدین داده می‌شود قطعاً در تصمیم‌گیری نهایی آنان مؤثر می‌باشد. اما باید مطمئن شویم که اهداف مرکز مراقبت در درجه اول در راستای ارتقای سلامت و بهبودی نوزادان است در بسیاری از موارد به واسطه هزینه کمتر اتانازی نسبت به درمان‌های نگهدارنده با آن موافقت می‌شود. از سوی دیگر پذیرش اتانازی نوزادان از اختصاص بودجه‌های پژوهشی می‌کاهد و ضرورت تحقیقات در این زمینه را کم‌رنگ می‌کند با وجود تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی در جوامع مختلف از لحاظ عقلی و از نظر منافع اجتماعی، حفظ شأن و ارزش انسان‌ها الزامیست و همچنین پذیرش واقعیت‌های انسان‌شناسی اقتضا می‌کند درد و رنج را نیز بخش مهم و مؤثری از حیات بشری بدانیم و همه اهداف و تعالی انسانی را در راحتی و رفاه او نبینیم. قداست زندگی انسان حقیقتی نیست که بتوان ساده از کنار آن عبور کرد و به راحتی آن را پایمال نمود. بر اساس دلایل دینی، فلسفی و منطقی، اهدای زندگی به انسان از مهم‌ترین نعمت‌های الهی است که باید نهایت تلاش را برای حفظ آن به کار برد. و با اعتراض غیر خشونت‌آمیز علیه پروتکل گرونینگن و با حمایت از مراقبت‌های نوزادان و کودکان به طور جدی با اتانازی نوزادان مقابله کرد.

تشکر و قدردانی

با سپاس فراوان از مسؤولان محترم پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران و سرکار خانم دکتر صفوی ریاست دانشکده پرستاری - مامایی که ما را در مسیر این پژوهش یاری نمودند

پی‌نوشت‌ها

- ۱- رشد ناکامل یک بافت یا عضو که در نتیجه به اندازه کامل و بالغ آن عضو یا بافت نمی‌رسد.
- ۲- نقص مادرزادی لوله عصبی/نخاع و بیرون‌زدگی نخاع از حفره باز (بسته نشده) در ستون فقرات است. Spina_bifida

فهرست منابع

- امام هادی، محمدعلی؛ نورشفیعی، سجاد؛ جلیلود، مریم؛ سلطانی، مینا؛ دانشور، قاسم - (۱۳۸۶ ش.)؛ اتانازی: خودکشی کمکی؛ نشر تهران
- لستیر و کمپل - (۱۳۷۲ ش.)، معضلات اخلاقی پزشکی، (ترجمه حسن میاننداری)، تهران: ناشر معاونت امور فرهنگی و حقوقی و مجلس وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۳ م.)
- بسامی، مسعود - (۱۳۸۶ ش.)، اتانازی از دیدگاه اخلاق و ادیان، فصلنامه اخلاف پزشکی، سال اول، شماره دوم، ۱۶۹ تا ۱۹۵
- برونو، فرانک - (۱۳۸۴)، فرهنگ توصیفی روان‌شناسی، (ترجمه طاهری ویاسائی، ناهید)، تهران
- غمامی، سیدمحمد مهدی - (۱۳۸۵ ش.)، اتانازی، با مطالعه تطبیقی در فقه و حقوق جزای ایران، اصلاح و تربیت (ماهنامه اجتماعی، فرهنگی، آموزشی)، سال چهارم، شماره ۴۹ (پیاپی ۱۳۴)
- Alexander A. Neonatal Euthanasia Review Article-Seminars in Perinatology, [serial online] 2009;33(6): Available from <http://www.mendeley.com/research/neonatal-euthanasia>.
- Caddell, D.P. and Newton, R.R. Euthanasia: American attitudes toward the physician's role. Social Science & Medicine 40(1995). pp. 1671-1681.
- Costeloe K. Euthanasia in neonates Performing your original search, neonatal euthanasia in -Nederland, BMJ. 2007 May 5; 334(7600): 912-913 . Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>
- Kodish E. Paediatric ethics: a repudiation of the Groningen protocol.lancet. 371(9616) 2008; pp. 892-893. www.thelancet.com/.../lancet .
- Douglas T .Neonatal euthanasia without parental consentPublished 2009 <http://blog.practicaethics.ox.ac.uk/2009/06/neonatal-euthanasia-without-parental-consent>.
- Garne E, Loane M, de Vigan C, et al. Prenatal diagnostic procedures used in pregnancies with congenital malformations in 14 regions of Europe. 334(7600) BMJ. 2007.pp.; 912-913.
- Kitchener, B.A. Nurse Characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia: A survey in the Australian Capital Territory. Journal of Advanced Nursing 28 (1).1998, pp. 70-76.

- Kodish E, Informed consent for pediatric research: Is it really possible?, J Pediatr 142 (2003), pp. 89–90.
- Meisel, A., Snyder, L. and Quill, T. Seven legal barriers to end-of-life care: Myths, realities, and grains of truth. Journal of the American Medical Association .284 19, (2000). pp. 2495–2501.
- Oriod D .Neonatal euthanasia in France .The Lancet, 371(615); 2008-pp. 898.

TeisseyreHYPERLINK "http://www.sciencedirect.com/science

E and [26mdbccde50cee55" Clay Sorum](#) P. Under what conditions is euthanasia acceptable to lay people and health professionals? Equity, Capabilities and Health . 60 (2) 2005; Pp 357-368.

Verhagen E and Sauer P, The Groningen protocol: euthanasia in severely ill newborns, N Engl J Med 352 (2005), pp. 959–962.

یادداشت شناسه‌ی مؤلفان

اکرم پیمان؛ اعضای هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران (نویسنده‌ی مسؤول)
نشانی الکترونیکی: akrampeyman@yahoo.com

زینب عباسی؛ اعضای هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۵/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۷/۵