

مسائل اخلاقی در بیماران ترمینال

تعریف بیمار ترمینال

بیمار ترمینال بیماری است که انتظار سود بردن از درمان‌های فعال علیه بیماری زمینه‌ای او متصور نیست. این بیماران مشکلات زمینه‌ای متعدد داشته و معمولاً در اثر عوامل گوناگون ایجاد می‌گردند. برای این‌که بیماری در حیطه بیماران ترمینال قرار بگیرند باید خصوصیات زیر را داشته باشد. (۱)

۱- بیمار پیشرفته غیر قابل درمان

۲- فقدان احتمال عاقلانه پاسخ به درمان‌های اختصاصی فعال (active specific treatment)

۳- علائم و مشکلات متعدد که شدید، چند عاملی (مولتی فاکتوریل) و قابل تغییر باشد.

۴- بقای مورد انتظار کم‌تر از شش ماه

بعضی از نویسندگان دیگر بیمار ترمینال را به صورت زیر تعریف می‌کنند:

۱- بقای مورد نظر کم‌تر از دو ماه

۲- کیفیت زندگی بر اساس درجه‌بندی کارنوفسکی زیر ۴۰

۳- نارسایی ارگان‌ها (organ failure)

۴- عوارض end stage غیر قابل برگشت

به‌طور کلی بیمار ترمینال بیماری است که ما به عنوان پزشک نمی‌توانیم اقدام فعال مؤثری برای درمان بیماری او انجام دهیم. این بیماران طول عمر کوتاهی داشته و با مشکلات فراوانی ناشی از بیماری زمینه‌ای و نارسایی اعضای اصلی دست به گریبانند. هدف اصلی اقدامات درمانی در این بیماران ایجاد حداکثر راحتی و آرامش در بیماران و خانواده آن‌ها و کنترل علائم آزار دهنده در آن‌ها است. در طی مسیر مراقبت از این بیماران مسائل اخلاقی متعددی برای کادر درمان و مراقبین آن‌ها پیش می‌آید که بعضی از عناوین آن‌ها شامل، حقیقت‌گویی، رضایت، ظرفیت، تصمیم‌گیری جایگزین، مراقبت‌های پیشرفته، اتانازی، کمک به خودکشی و استفاده از درمان‌های طولانی‌کننده حیات می‌باشند. بعضی از این عناوین مثل حقیقت‌گویی و رضایت و ظرفیت در سایر مباحث اخلاق پزشکی بحث شده‌اند و ما در این مبحث به عناوین اختصاصی‌تر می‌پردازیم.

کنترل درد و سایر علائم بیماران

هدف اصلی در برخورد با بیماران ترمینال ایجاد حداکثر راحتی در بیمار است چون همان‌طور که در تعریف بیمار ترمینال بیان کردیم ما در این بیماران انتظار افزایش طول عمر با درمان‌های رایج را نداریم. بنابراین باید تمام سعی در کاهش آلام بیماران به کار گرفته شود. از بین بردن علائم بیمار نه تنها از بعد انسانی و طبق اصل نفع‌رسانی

اهمیت دارد بلکه با کاهش درد و رنج بیماران اجازه تفکر بهتر و تصمیم‌گیری صحیح‌تر را به بیمار و خانواده او می‌دهد. راجع به این مسأله در بحث تقاضای قطع درمان بیش‌تر صحبت خواهیم کرد.

مسأله مهمی که در این‌جا پیش می‌آید اثرات دوگانه درمان‌ها است. گاه برای درمان علامتی یک بیمار مجبور به تجویز داروهایی می‌شویم که بالقوه می‌تواند اثر سوء داشته باشند. مثال معروف آن دادن داروها ضد درد مخدر است به طوری که در بعضی اوقات برای کاهش درد بیمار مجبور به استفاده از مقادیر بالای ضد دردهای مخدر هستیم در حالی که می‌دانیم این دارو با اثر تضعیف مرکزی سیستم تنفس می‌تواند باعث کاهش طول عمر بیمار گردد. در این‌گونه موارد طبق اصل نفع رسانی مجبور به تجویز دارو برای کاهش درد بیمار هستیم در حالی که اصل عدم ضرررسانی از تجویز آن منع می‌کند. مطابق اصل اثر دو گانه در صورتی که هدف ما از تجویز دارو کمک به بیمار و نه کمک به مرگ او باشد دادن دوز بالای ضد درد مخدر حتی اگر منجر به کاهش طول عمر بیمار گردد منع اخلاقی ندارد.

استفاده از درمان‌های طولانی کننده حیات:

امروزه با پیشرفت دانش پزشکی و تکنولوژی، بسیاری از بیمارانی که قبلاً محکوم به مرگ بودند را می‌توان برای مدت‌های طولانی با استفاده از روش‌ها و دستگاه‌های جدید زنده نگه داشت. این فضای به وجود آمده از پیشرفت‌های تکنولوژیک، پزشکان را در معرض سؤالات اخلاقی مهمی قرار می‌دهد. تا کجا باید حمایت از زندگی بیمار ادامه یابد؟ اولین مسأله مطرح در این‌جا آن است که قطع یک درمان شروع شده از لحاظ اخلاقی با عدم شروع همان درمان معادل می‌باشد. لذا تمامی بحث‌هایی که راجع به قطع درمان‌های طولانی کننده حیات مطرح است، در تصمیم‌گیری راجع به عدم شروع آن درمان‌ها هم مطرح می‌باشند. با این تفاوت که گاه در اثر شرایط اضطراری، مجبور به شروع یک درمان خاص هستیم و پس از انجام آن عمل، باید راجع به قطع آن تصمیم گرفت. به‌عنوان مثال، در بعضی از موارد، انجام عملیات احیاء را در یک فرد نمی‌توان برای تصمیم‌گیری راجع به اخلاقی بودن عدم انجام آن به تعویق انداخت لذا باید در شرایط اضطراری عملیات احیاء را انجام داد و در فرصت مناسب‌تری راجع به قطع آن یا قطع اقدامات بعدی تصمیم گرفت (۲)

حال باید دید در تصمیم‌گیری راجع به قطع اقدامات طولانی کننده حیات بر چه مبنایی باید تکیه کرد؟ تصمیم راجع به انجام عملیات احیاء در بیمار ترمینال، لوله گذاری الکتیو و تهویه مصنوعی، تغذیه و دادن آب و الکترولیت از طریق وریدی، و حتی مواردی مثل جراحی یا دیالیز، دادن آنتی‌بیوتیک، تست‌های تشخیصی، و انتقال به ICU، از جمله مواردی هستند که ذهن پزشکان مراقب بیماران ترمینال را به چالش می‌طلبند. تصمیم به قطع یا عدم شروع یک مداخله خاص مبتنی بر پاسخ به این سؤال است که آیا این اقدام می‌تواند منجر به رسیدن به هدف تعیین شده مورد نظر پزشک یا بیمار یا تصمیم‌گیرنده جایگزین شود یا نه؟ این هدف، باید از لحاظ طبی به‌طور معقولانه‌ای قابل دسترس و واقعی باشد. حال باید پرسید هدف ما از انجام یک اقدام خاص درمانی در بیمار ترمینال چه می‌تواند باشد؟ بقراط بر آن عقیده بود که وظیفه پزشک آن است که بیمار خود را تا وقتی که بیماری او را از پای در آورد زنده نگه دارد. ما باید بر چه مبنایی تصمیم بگیریم؟ بر اساس خواست بیمار، یا خواست همراهان او یا بر مبنای تلاش برای

کاهش درد و رنج بیمار یا بر مبنای نظر بقراط برای حفظ حیات بیمار؟ در بررسی اصول اخلاقی حاکم بر اخلاق پزشکی، اصل خودمختاری یا اوتونومی اصالت را به خواست بیمار می‌دهد و مطابق این اصل، این بیمار است که می‌تواند راجع به انجام یا قطع یک اقدام درمانی خاص تصمیم بگیرد. در مواردی که بیمار در شرایط تصمیم‌گیری نباشد، مثل بیمارانی که در کوما عمیق به سر می‌برند، تصمیم‌گیرنده جایگزین بر مبنای تمایلات بیمار برای او تصمیم خواهد گرفت. ولی طبق اصل نفع رسانی، پزشک موظف است حداکثر تلاش خود را برای نفع‌رسانی به بیمار به کار بندد و طبق اصل عدم ضرر رسانی، پزشک مجاز به انجام اعمالی که به بیمار ضرر می‌رسانند نیست و طبق اصل عدالت، تمامی بیماران حق دارند از خدمات بهداشتی درمانی برخوردار شوند. حال در مقابل این اصول چه‌گونه باید تصمیم گرفت.

منابع غربی با تکیه بر اصل خودمختاری، این اصل را بر اساس اصول مقدم می‌شمارند و لذا در این‌گونه موارد، رأی به انجام یا عدم انجام اقدامات درمانی طبق نظر بیمار یا تصمیم‌گیرنده جایگزین می‌دهند. (۲ و ۳)

در تعالیم اسلامی، انسان موجودی مختار و برتر از حیوانات شمرده می‌شود که امتیاز او در روح مجرد و ملکوتی اوست که هدیه‌ای الهی است. و بعد از مرگ نابود نمی‌شود بلکه با مرگ از جهانی به جهان دیگر منقل می‌گردد. لذا تصمیم راجع به بیمار نه تنها باید منافع جسمی او را در بر داشته باشد بلکه باید حافظ منافع روحی و معنوی او هم باشد. غایت و نهایت کمال روح انسانی نزدیکی و قرب به خدای مهربان است که از راه عبادت و خودشناسی حاصل می‌گردد. ارزش اخلاقی افعال اختیاری انسان تابع تأثیری است که فعل در رسیدن انسان به کمال حقیقی انسان دارد. وقتی که انسان در یک فعل اختیاری عالی‌ترین حد نیت یعنی قرب الهی را در نظر بگیرد، کلیه نیت و اعمالی که به عنوان مقدمه آن نیت اصلی به کار برده می‌شوند عبادت خواهد بود. پزشک در برخورد با یک بیمار تنها حق دارد که این پدیده طبیعی (یعنی بیماری) را از بیمار رفع کند. ولی اگر بر این کار قادر نباشد، از کجا این حق را به دست می‌آورد که جهت رفع این پدیده حیات بیمار را درنوردد و یا به اصطلاح دوران مرگ او را طولانی نکند.

طیب نه حیات می‌بخشد نه حق گرفتن آن را دارد. طبیبی که با نیت قرب خداوند در درمان بیمار بکوشد چه به نتیجه برسد یا نرسد در تکمیل نفس خود و بیمار قدم برداشته است ولی با رفع آن از طریق پایان بخشیدن به حیات بیمار محض هم نفس خود را به قهقرا هدایت کرده و هم مانع کمال نفسانی یک انسان دیگر شده است و از آن مهم‌تر دست به اقدامی زده است که مغایر حقوق و اختیارات انسان‌ها است. (۴)

لذا تصمیم‌گیری راجع به قطع حیات یک انسان (چه هوشیار و چه در بیهوشی) باید مبتنی بر مبنای زیر باشد:

- ۱- فلسفه عمومی: حیات یک امر وجودی است و باید به وجود در هر درجه‌ای که باشد احترام گذاشت.
- ۲- فلسفه علم پزشکی: حفظ حیات تا حد امکان
- ۳- فلسفه حیات انسانی: مقدم بودن روح بر بدن و مرکوب بودن بدن برای روح و استفاده روح از این مرکب برای تعالی
- ۴- فلسفه حیات اجتماعی: اگر به حیات فردی به آسانی خدشه وارد شود، بنیاد اجتماعی نیز ریزش خواهد نمود.

(۵)

با توجه به مسائل فوق، پزشک مجاز نیست که حتی به درخواست بیمار یا همراهان اقداماتی را که مخالف مصالح عالیه بیمار و یا در جهت کوتاه کردن عمر بیمار باشد انجام دهد و پزشک باید تمام سعی و تلاش خود را در جهت بهبودی، افزایش طول عمر و ایجاد راحتی در بیمار انجام دهد.

درمان‌های بی‌نتیجه

درمان بی‌نتیجه، درمانی است که احتمال عقلانی و تجربیات علمی بیانگر آن است که دست یافتن به هدف آن درمان بسیار کم و در حد صفر می‌باشد. طبق یک تعریف کمی، درمانی که براساس تجربه شخصی پزشک یا تجربه مشترک با همکاران یا در نظر گرفتن اطلاعات تجربی گزارش شده، نشان داده شود که در صد مورد اخیر، بی‌فایده بوده است، درمان بی‌نتیجه خوانده می‌شود. با این تعریف هر اقدامی که کم‌تر از ۱٪ احتمال رسیدن به هدف برنامه‌ریزی شده آن را داشته باشد، بی‌نتیجه خواهد بود.

تصمیم‌گیری راجع به انجام یا عدم انجام درمان فقط منوط به میزان نتیجه بخشی آن نیست. بلکه عوامل دیگری می‌توانند در این تصمیم‌گیری دخالت کنند به‌عنوان مثال، یک اقدام ساده بی‌خطر و ارزان که ممکن است با احتمال بسیار کم در دفع یک وضعیت بالقوه کشنده مؤثر باشد حتی با وجود احتمال کم تأثیرگذاری ممکن است توسط پزشک امتحان گردد. لذا در تصمیم‌گیری راجع به انجام درمان‌های بیهوده، یا عدم انجام آن‌ها، باید به ارزانی، سهولت انجام اقدام درمانی و خطرناکی اقدام و کشندگی بیماری زمینه‌ای نیز توجه داشت.

در تصمیم‌گیری راجع به درمان‌های بیهوده باید به چند نکته توجه داشت.

۱- در تصمیم‌گیری راجع به این اقدامات باید احتمال ایجاد تنش‌های روانی، اخلاقی برای بیمار و کادر درمان را در نظر داشته و به مسائل قانونی حول و حوش آن باید توجه کرد.

۲- اصول اخلاقی در تصمیم‌گیری راجع به درمان‌های بی‌نتیجه شامل موارد زیر می‌باشد:

الف) اولین اصل توجه به حفظ سلامت فرد و توجه به ارائه درمان‌های مناسب است.

ب) باید به اصل عدم تبعیض در ارائه خدمات درمانی توجه مضاعف مبذول گردد.

ج) تمایلات بیمار و یا تصمیم گیرنده جایگزین باید مورد توجه قرار گیرد.

به‌طور کلی پزشک از لحاظ اخلاقی مجبور به ارائه درمانی‌هایی که فاقد تأثیر است یا اثر آن بسیار غیر محتمل است نمی‌باشد. و می‌تواند این‌گونه درمان‌ها را شروع نکرده و یا در صورت شروع آن‌ها را قطع نماید. گرچه توجه به مسائل روحی روانی بیمار و همراهان و ایجاد فرصت برای آن‌ها جهت تصمیم‌گیری معقولانه راجع به این‌گونه درمان‌ها می‌تواند از بار مسؤولیت‌های اجتماعی و قانونی پزشک و از احتمال ایجاد تنش در روابط بین پزشک و بیمار و خانواده بکاهد.

در مورد درمان‌های آزمایشی که ضریب موفقیت آن‌ها معلوم نیست و در عین حال روش ثابت شده دیگری وجود نداشته و درمان‌های فعلی منسوخ شده هستند مسأله فرق می‌کند. درمان‌هایی که احتمال موفقیت آن‌ها کم‌تر از حد استاندارد بوده ولی از ۱٪ بیش‌تر است نیز در این دسته قرار می‌گیرند. ارائه دهندگان خدمات درمانی موظفند به بیمار و همراهان اجازه دهند تا از بین امکانات درمانی قابل قبول یکی را انتخاب کنند. در مورد برخورد با یک درمان

انتخابی از سوی بیمار، پزشک باید به سؤالات زیر پاسخ داده و بر مبنای پاسخ به این سؤالات راجع به انجام یا عدم انجام آن درمان تصمیم بگیرد.

- ۱- روش مربوطه چقدر مورد استفاده است.
 - ۲- افراد پیشنهاد کننده روش چقدر اعتبار دارند.
 - ۳- آیا شواهد کافی مبنی بر مؤثر و بی خطر بودن آن وجود دارد.
 - ۴- آیا من توانایی انجام این درمان را دارم.
 - ۵- آیا اقدام به انجام این درمان در چهارچوب وظایف مؤسسه‌ای که پزشک در آن شاغل است می‌باشد.
- در مورد تصمیم‌گیری راجع به شروع یا قطع هر گونه اقدام درمانی در بیمار ترمینال مثل CPR، دادن آب و الکترولیت و آنتی‌بیوتیک‌ها، دستور عدم بستری در بیمارستان، گذاشتن لوله معده، تنفس مصنوعی، دیالیز، و حتی اقدامات جدی‌تر مثل جراحی‌ها، باید با توجه به معیارهای ذکر شده و توجه به اصل حرمت حیات انسانی تصمیم‌گیری کرد. وقتی پزشک درمانی را بیهوده تشخیص داده و تصمیم به قطع آن گرفت، باید در بیمار و همراهان او این اطمینان را ایجاد کند که تصمیم به قطع این درمان به معنی رها سازی بیمار نیست و سایر اقدامات درمانی مناسب در مورد بیمار انجام خواهد شد.

رد کردن درمان توسط بیمار

بسیاری از بیماران ترمینال، در قسمتی از دوره درمانی خود، درمان‌های پیشنهاد شده را رد می‌کنند. در مطالعه‌ای در سال ۱۹۸۲ علل رد کردن درمان از سوی بیماران بررسی شد و علل عمده زیر را مورد توجه قرار گرفت:

- ۱- اشکال در برقراری ارتباط
 - ۲- اشکال در اعتماد
 - ۳- فاکتور روانی و بیماری‌های روانی مثل افسردگی
 - ۴- سندرم خستگی بیمارستانی
- مهم‌ترین عامل رد پیشنهاد درمانی، تقریباً همیشه یک فاکتور بیرونی (اختلال در ارتباط با بیمار) است گرچه بیمار بر اساس وضعیت شناختی و احساسی خود درمان پیشنهادی را رد می‌کند. لذا در برخورد با امتناع بیمار از انجام درمان، پزشک باید سعی در رفع تمامی موانع مذکور در راه تصمیم‌گیری صحیح بیمار نموده و با ایجاد فضای مناسب تصمیم‌گیری، بیمار را جهت تصمیم‌گیری صحیح کمک نماید.

اتانازی و کمک به خودکشی

تعریف اتانازی: اتانازی عمل عمدی انجام گرفته توسط یک فرد با هدف پایان دادن به زندگی فرد دیگر برای ختم رنج او می‌باشد با این شرط که آن عمل عامل مرگ باشد.

تعریف خودکشی کمک شده: خودکشی یک فرد با کمک فرد دیگر که به‌طور عمدی راه خودکشی و وسایل آن یا هر دو را در اختیار او می‌گذارد. گروهی اتانازی را به دو دسته فعال و غیرفعال و غیرمستقیم تقسیم می‌کنند. در این

تقسیم بندی اتانازی فعال به معنی تجویز داروی کشنده یا هر وسیله دیگر توسط پزشک برای مرگ بیمار و اتانازی غیر فعال به معنی خودداری از ادامه درمان‌های طولانی کننده حیات می‌باشد. و اتانازی غیر مستقیم به معنی قرار دادن دارو به مقدار زیاد در دسترس بیمار به طوری که بتواند به راحتی وسیله خودکشی خود را فراهم آورد می‌باشد. در بررسی‌های مختلف، دلائلی که بیماران را به سمت درخواست اتانازی سوق می‌دهد شامل جلوگیری از تحمل درد و رنج، افسردگی، تمایل به حفظ کنترل شخصی، ترس از وابستگی به دیگران و ترس از تحمیل شدن به دیگران بوده است.

پزشک در برخورد با درخواست اتانازی باید تمام سعی خود را در شناخت زمینه درخواست بیمار به کار برده و تلاش نماید تا مسائل زمینه‌ای را رفع کند.

باید توجه داشت که حیات انسانی در معارف اسلامی ارج و مقام والایی دارد. جسم بیمار امانتی به دست اوست که باید بر اساس مصالح عالیّه آن عمل نماید لذا بیمار اخلاقاً نمی‌تواند از انجام اقدامات ضروری امتناع نماید و پزشکان نیز حق ندارند تحت هیچ شرایطی از تلاش ممکن برای مداوای بیمار دست برداشته یا برای کاهش درد و رنج بیمار سعی در کوتاه کردن عمر او نمایند. این عمل معادل قتل نفس است که علاوه بر جزای اخروی می‌تواند موجب مجازات قانونی نیز گردد.