**اتانازی: تأملی فلسفی در مفهومی پزشکی**

**پورمحمدی، علی**

با پیشرفت‏های اخیر دانش پزشکی و تکنولوژی،مفهوم مرگ و مردن در فرهنگ غربی‏ تغییر یافته است.این دستاوردها در کشور ما نیز تأثیرات خاص خود را داشته است؛به‏گونه‏ای که‏ مفهوم مرگ نیز با این تحولات تغییر یافته است. بسیاری از بیماری‏ها-که قبلا کشنده بودند- درحال‏حاضر قابل درمان یا کنترل شده‏اند؛ مانند آبله،سل،مالاریا،پنومونی،فلج اطفال، آنفلوآنزا و سرخک.انسان‏ها اکنون به‏ندرت با این بیماری‏ها می‏میرند.کیفیت سازندگی نیز در 100 سال اخیر به‏طور اساسی تغییر یافته؛ مثلا مصرف گوشت و چربی‏های حیوانی در رژیم‏های غذایی جدید افزایش پیدا کرده‏ است.این موارد با تغییر در شکل مرگ همراه‏ بوده است.انسان‏ها اکنون با بیماری‏های قلبی، سرطان،ایدز و دیابت مواجه هستند که نتیجه‏ تغییر در روش زندگی است.در این بیماری‏های‏ جدید،رنج و عذاب بیمار طولانی‏تر و درمان آن‏ نیز دردناک‏تر و پرهزینه‏تر است.علاوه بر این، چون مدت زندگی طولانی‏تر شده،بیماری‏های‏ وابسته به سن(مخصوصا در سنین پیری)به‏ طور فزاینده‏ای افزایش یافته است.بسیاری از مردم اکنون از مشکلاتی مانند دمانس پیری و آلزایمر رنج می‏برند.

درحالی‏که مفهوم مرگ و زمان آن تغییر کرده،روش‏های مرگ نیز فرق کرده است. شاید بتوان گفت در طول تاریخ،مرگ‏ موضوعی«درون‏خانوادگی»بود.مردم معمولا در خانه‏هایشان بعد از مبارزه‏ای کوتاه با یک‏ بیماری به دنبال وقوع حادثه‏ای می‏مردند اما امروزه به‏طور فزاینده‏ای 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 کاملا مؤثرند و انسان‏ها می‏توانند برای ماه‏ها یا سال‏ها با وجود یک‏ بیماری،زندگی کنند.

بحث چگونه مردن-مخصوصا در سال‏های‏ اخیر-اهمیت فوق العاده‏ای پیدا کرده است. مهم‏ترین اصطلاحی که این موضوع را به بحث‏ ما مربوط می‏کند«اتانازی» (euthanasia) است.مبحث اتانازی،عمدتا به بحث دراین‏باره‏ مربوط می‏شود که چه چیزی اخلاقی است؟ سؤالاتی بنیانی در این رابطه مطرح شده است؛ مثلا آیا حقی برای ارتکاب خودکشی وجود دارد؟

آیا کمک به دیگری برای خودکشی اخلاقی‏ است؟آیا حقی وجود دارد که براساس خواسته‏ کسی یا اعضای خانواده‏اش،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؟ مباحث اتانازی در صدد پاسخگویی به چنین‏ سؤالاتی است.اتانازی بحث مهمی در اخلاق‏ پزشکی است،زیرا تمام حوزه‏های اجتماعی و فرهنگی را دربرمی‏گیرد.قبل از ورود به بحث، ضروری است بعضی اصطلاحات و تعاریف‏ مربوط به اتانازی را توضیح دهیم،اگرچه خیلی‏ از نویسندگان مدعی هستند که بین انواع اتانازی‏ نمی‏توان تفاوت معنی‏داری قائل شد اما اکثر مباحث مربوط به این موضوع-به‏ویژه مباحث‏ حقوقی-بر این تفاوت‏ها تکیه می‏کنند.

واژه اتانازی از اصطلاح یونانی ẓeuẒ به معنای‏ «خوب و کام‏بخش»و واژه ẓthanasiaẒ به معنای«مرگ»مشتق شده است.واژه‏ ẓThanasiaẒ خود از ẓThanatosẒ -که الهه‏ مرگ در یونان بوده-گرفته شده است.

اتانازی اصطلاحی عمومی است که بالفعل‏ می‏توان تعابیر مختلفی را-براساس زمینه‏ای‏

اتانازی‏ تأملی فلسفی در مفهومی پزشکی

که از آن استفاده می‏شود-از آن استنباط کرد. تعدادی از این اصطلاحات،قرارداد شده است‏ که به دقیق‏تر شدن زمینه موضوع و تشخیص‏ انواع اتانازی کمک می‏کنند.اما منابع گوناگون‏ هریک به طریقی اصطلاحات مربوط به این‏ واژه را تعریف کرده‏اند.برخی از این اصطلاحات‏ عبارتند از:

1-اتانازی فعال

2-اتانازی غیرفعال Passive

3-اتانازی داوطلبانه

4-اتانازی غیرداوطلبانه non Voluntary

5-اتانازی اجباری involuntary

6-خودکشی با همکاری پزشک‏ physician assisted suicide

شاید تعریف رالف برگن،تعریف جامع‏تری‏ باشد.او در کتاب«اخلاقیات بیماران رو به موت» اتانازی را چنین تعریف می‏کند:

اتانازی فعال داوطلبانه:تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگر که منجر به مرگ بیمار شود.این‏ عمل براساس تقاضای صریح بیمار و با رضایت‏ کاملا آگاهانه او انجام می‏شود.نکته مهم در این‏ حالت این است که قصد و تمایل پزشک و بیمار -هردو-در جهت خاتمه دادن به زندگی بیمار است.در اتانازی فعال داوطلبانه 2 شرط بسیار مهم است؛1-تصمیم خود بیمار 2-درد و رنج‏ غیرقابل تحمل و بدون امید به بهبودی

اتانازی فعال غیردواطلبانه: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 قادربه‏درخواست 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 غیرداوطلبانه(وقتی‏ بیمار صلاحیت تصمیم‏گیری ندارد)باشد.این‏ نوع اتانازی معمولا 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 معمولا 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 ضددردهای‏ مخدر یا داروهای دیگر برای تسکین درد بیمار تجویز می‏شود اما پیامد عرضی آن،قطع سیستم‏ تنفسی بیمار است(داروهای ضددرد 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 اینکه آنها می‏دانند قصد بیمار خودکشی است.

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.

استدلالات غیردینی علیه اتانازی شامل خطر تعمیم دادن اصل اتانازی به طیف وسیعی از انسان‏ها و مبهم بودن مرگ است؛یعنی نمی‏توان‏ با اطمینان قضاوت کرد که مردن آن 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» (Slippery Slope) گفته‏ می‏شود.یکی از صریح‏ترین مخالفان اتانازی، ییل کامیسار-پروفسور حقوق دانشگاه‏ میشیگان-است که حمله سه‏جانبه‏ای را علیه‏ اتانازی ارائه کرده است؛1-خطر سوءاستفاده‏ از اتانازی توسط مراقبان سلامت؛2-شیب‏ لغزنده؛3-خطر اشتباه و لغزش‏1.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. براساس نظریه شیب لغزنده،اتانازی مانند لبه‏ نازک یک گوه است که وقتی جا بیفتد،عمیقا 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.2

موافقان اتانازی تلاش می‏کنند استدلال‏ «شیب لغزنده»را به صور 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،تماما لغزنده نیست‏ چون هیچ برنامه کشتن وسیعی مدنظر نیست. برخی دیگر به خود مفهوم«شیب لغزنده»حمله‏ کرده‏اند و استدلال‏شان 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 آن‏قدر قوی است که قدم‏های بعدی رخ می‏دهد. استدلال«خطر سوءاستفاه»که توسط کامیسار و برخی دیگر ارائه شده است،بر این‏ ادعاست که 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 اگرچه قطعا وجود دارد اما واقعا تهدیدی برای انجام دادن اتانازی نیست؛ چرا که اولا تنظیم قوانین دقیق علیه اتانازی‏ فعال و خودکشی با همکاری پزشک از این‏ حالت پیشگیری می‏کند؛ثانیا وجود مجموعه‏ مشخصی از اصول راهنما برای انجام دادن اتانازی‏ در موقعیت‏های خاص،از ایجاد ابهام جلوگیری‏ خواهد کرد.به‏طور کلی می‏توان گفت اعتراضات‏ به اتانازی فعال و ارادی در 5 مورد ارائه می‏شود:

1-استدلال می‏شود درحال‏حاضر 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.اگرچه‏ درمان‏های تسکینی و مراقبت‏های بیمارستانی‏ پیشرفت‏های مهمی درمراقبت از افراد درحال‏ 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 نیمه دائمی‏ و نظایر آن است.

2-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.

3-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 حد اقل‏ خنثی باشد.ج:اثر خوب به واسطه راه بدی‏ حاصل نشود؛یعنی بدی وسیله‏ای برای رسیدن‏ به خوبی نباشد.نتایج بد نباید آن‏قدر 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 خلاق رأی مخالفان اتانازی می‏گیرند.

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

5-اگر اتانازی ارادی و فعال را بپذیریم،راه‏ را برای دیگر انواع اتانازی و خودکشی فراهم‏ آورده‏ایم.

5-اگر اتانازی ارادی و فعال را بپذیریم،راه‏ را برای دیگر انواع اتانازی و خودکشی فراهم‏ آورده‏ایم.

البته نظریات مختلف درباره اتانازی ضرورتا وابسته به نظرات مختلف در زمینه اخلاق‏ است.مباحث مربوط به اتانازی،مباحثی درباره‏ «ارزش»هاست.برخی اعتقاد دارند که حیات، حد اعلای خوبی است و دیگر خوبی‏ها با وجود حیات و زندگی معنا می‏یابند.بدون زندگی‏ و حیات،هیچ ارزشی یا خوبی‏ای وجود ندارد (یعنی نمی‏تواند وجود داشته باشد)و حیات‏ شرط لازم برای تحقق دیگر ارزش‏هاست. موافقان اتانازی ارزشی مافوق دیگر ارزش‏ها برای حیات قائل نیستند بلکه معتقدند حقوق‏ فردی ارزش برتر است و بعضی دیگر از آنها کیفیت حیات را مهم‏تر از خود آن می‏دانند و منطق آنها این است که اگرچه زندگی،خود به‏ گونه‏ای واضح یک ارزش مهم است اما ممکن‏ است شرایطی به وجود آید که زندگی ارزش‏ زیستن و بودن نداشته باشد.افرادی که حقوق‏ فردی و کیفیت زندگی را ارزش برین می‏دانند، در حالت‏هایی که قدرت و توان آنها کاهش‏ می‏یابد،نظام ارزشی خود را در معرض تهدید می‏بینند چون در یک نظام ارزشی،فرد ردیفی‏ از ارزش‏ها را براساس اهمیت آنها طبقه‏بندی، می‏کند.حال اگر این نظام ارزشی به خطر افتد، فرد ممکن است زندگی خود را خاتمه دهد چون‏ دیگر ارزش زیستن طولانی و یک زندگی خوب‏ وجود ندارد.یکی از مهم‏ترین دلایلی که باعث‏ شده بحث درباره اتانازی این‏قدر مورد اعتراض‏ قرار بگیرد،این است که نظام ارزشی انسان را به‏ چالش می‏خواند.یکی از راه‏های ارزیابی ارزش‏ها برای آنکه دریابیم آنها واقعا ارزشی اخلاقی دارند، استفاده از نظریه‏های مختلف در اخلاق‏هنجاری‏ است.با ارزیابی یک مشکل با یک رویه خاص و با روجوع به نظریه‏های اخلاق‏هنجاری،می‏توانیم‏ تعیین کنیم که نظام‏های ارزشی ما نیاز به تغییر دارند یا نه.

یکی از نظریه‏های اخلاق‏هنجاری«خودگرایی‏ اخلاقی» (ethical egoism) است.این‏ نظریه که در دوران جدید توسط توماس هابز در کتاب معروفش«لویاتان» (Leviathan) ارائه شده،یک قانون کلی دارد مبنی بر اینکه‏ عمل در صورتی درست است که بیشترین خیر را برای خود انسان فراهم آورد.هابز استدلال‏ می‏کند ما نمی‏توانیم به کسی کمک کنیم مگر آنکه در درازمدت به سود ما باشد.از این دیدگاه‏ انجام دادن یا انجام ندادن اتانازی براساس نیاز و سودمندی خود شخص،مشخص می‏شود؛ بنابراین می‏تواند عملی اخلاقی باشد.ایراد این نظریه این است که تنها از منظر بیمار می‏نگرد و «خودگرایی اخلاقی»براساس‏ آن تعیین می‏شود ولی از نگاه‏ پزشک،عمل او چه سودی‏ ممکن است برایش داشته باشد؟

نظریه دیگر اخلاق‏هنجاری،نظریه‏ «پیامدگرایی»است که مهم‏ترین شاخه آن‏ همان«فایده‏گرایی»است.«سودگرایی»توسط «جان استوارت میل»به‏طور کامل در کتاب‏ معروفش«درباره آزادی»تشریح شده است. این دیدگاه بیان می‏دارد یک«عمل»در صورتی‏ درست است که بیشترین خبر جمعی را داشته‏ باشد.در زمینه اتانازی باید دید این عمل،خیر جمعی را افزایش می‏دهد یا نه؟اگر خیر جمعی‏ را افزایش دهد،عملی اخلاقی است.

نظریه‏های حق‏مدار از دیگر نظریه‏های اخلاق‏ هنجاری هستند.مشخص‏ترین آنها رأی کانت‏ و همان نظریه«تکلیف‏گرایانه»معروف اوست.بر مبنای دیدگاه کانت،انسان موجودی«عاقل»و مختار است؛به این دلیل،اصل اخلاقی،ناظر به‏ خود شخص درگیر در عمل است و پیامدهای‏ اعمال مهم نیست.کانت می‏گوید:«چنان عمل‏ کن که گویی با انسانیت-چه در شخص خودت‏ و چه در دیگری-همیشه به مثابه یک غایت و نه‏ فقط یک وسیله،سروکار داری».3

در بررسی هریک از نظریه‏های اخلاق‏ هنجاری باید حتما 4 سطح فرد،خانواده، پزشک و جامعه را در نظر گرفت.در سطح‏ فردی،شخص باید تصمیم بگیرد که می‏خواهد به زندگی‏اش خاتمه دهد یا نه.از منظر «خودگرایی اخلاقی»اگر شخص براساس‏ نفع خود به نتیجه برسد که باید بمیرد،این‏ اخلاقی است.از طرف دیگر،ممکن است فرد به این نتیجه برسد که می‏خواهد زنده بماند و استدلال کند که تمام تکنولوژی پزشکی باید به کار گرفته شود تا زندگی‏اش را حفظ کنند. از منظر«سودگرایی»ممکن است فرد لاعلاج، زندگی را برای خیر دیگران انتخاب کند؛یعنی‏ به خاطر عشق به کسی یا کسانی که از مرگ او دچار رنج می‏شوند،یا به علت اجتماعی،فرد لاعلاج ممکن است زنده ماندن را انتخاب کند؛ درحالی‏که اگر این حالات وجود نداشت،وی‏ مرگ را اختیار می‏کرد و از طرف دیگر ممکن‏ است همین استدلال‏ها به نوعی دیگر موجب‏ شود که او مرگ را برگزیند؛یعنی درد و رنج و هزینه‏های درمانی که بر دوش اعضای خانواده‏ یا جامعه است،ممکن است فرد را-با وجود اینکه دوست دارد زنده بماند-وادار به انتخاب‏ مرگ کند.

اعضای خانواده نیز یک وضعیت دشوار اخلاقی‏ را پیش‏رو دارند و این دشواری بیشتر مربوط به‏ مواردی است که فرد لاعلاج فاقد صلاحیت لازم‏ برای تصمیم‏گیری درباره مرگ خودش است. از دیدگاه«خودگرایی اخلاقی»ممکن است‏ خانواده بخواهند فرد زنده بماند و این به دلیل‏ علاقه و عشقی است که به او دارند.از سوی دیگر خانواده ممکن است به علت سود و منفعت‏ خودشان-یعنی کمتر شدن هزینه‏های‏ درمانی-بخواهند درمان‏های پزشکی قطع‏ شود.از دیدگاه«سودگرایی اخلاقی،خانواده‏ ممکن است مایل باشند بیمارشان زنده بماند به‏ این دلیل که از بین بردن ارزش زندگی به حال‏ جامعه مضر است و در هر حالی امکان نجات‏ بیمار وجود دارد و این به‏هرحال خیر جمعی را درپی دارد.از طرف دیگر،ممکن است خانواده‏ تمایل به مردن بیمارشان داشته باشند،زیرا مراقبت‏های پزشکی بیهوده،هزینه زیادی‏ بر جامعه تحمیل می‏کند،در نتیجه مرگ او بیشترین خیر جمعی را دارد.

پزشک نیز در چالشی اخلاقی قرار دارد. نگاه جهانی به پزشکان این است که آنها وظیفه دارند به هر قیمتی زندگی بیمار را حفظ کنند.در مقابل این نگاه جهانی،آموزه‏ «خودمختاری»و حق بیمار قرار دارد.طبق‏ این آموزه،پزشکان در قبال امیال و آرزوهای‏ بیماران‏شان مسئول هستند براساس اصل‏ «خودمختاری»توجیه اتانازی تنها برمبنای‏ اصل احترام برای تصمیم بیمار است و ارتباطی‏ با این موضوع که اتانازی به سود بیمار است یا نیست،ندارد.طبق این دیدگاه وقتی بیمار با اختیار خود تصمیم به مرگ می‏گیرد،پزشک‏ باید از داوری درباره«کیفیت زندگی» بیمار خود امتناع کند؛یعنی پزشک باید به‏ درخواست منطقی و حتی غیرمنطقی بیمار برای انجام دادن اتانازی رضایت دهد.اما پزشک‏ از سوی دیگر متعهد است عملی برخلاف‏ سود و منفعت بیمار انجام ندهد؛یعنی پزشک‏ باید تصمیم بگیرد این عمل به سود و منفعت‏ بیمار هست یا نه؛که این مسئله هم وابسته به‏ ملاحظاتی درباره کیفیت زندگی بیمار است.

اما در اینجا بحثی معرفت‏شناسانه پیش‏ می‏آید که آیا پزشک این امکان را دارد که‏ کیفیت زندگی بیمار را ارزیابی کند؟و این‏ ارزیابی بر چه ملاک‏هایی استوار است؟ درستی این ملاک‏ها را چگونه می‏توان تعیین‏ کرد؟تحلیل نظریه‏های اخلاق‏هنجاری‏ جوابی روشن پیش روی ما نمی‏نهد چون هیچ‏ اجماعی در تبیین مفهوم«خوبی»وجود ندارد و چون در 4 سطح باید بررسی شوند،تناقضات‏ بسیاری حاصل می‏شود.ولی آنچه واضح است‏ این است که بیشتر استدلال‏های اخلاقی‏ علیه یاله اتانازی برگرفته از هیمن نظریه‏های‏ اخلاقی است ولی هیچ کدام نمی‏توانند نشان‏ دهند کدام سازوکار برای گرفتن تصمیم در قبول یا رد اتانازی بهترین است.

پی‏نوشت‏ها:

(1)- Wolhandler,S.:1984,"Voluntary active euthanasia for the terminally ill and the con- titutional right to privacy".Pp.82-363.

(2)- Ibid.

(3)- Kant,Immanuel:1978,Foundation fo the metaphysice fo Morals.New York: hoIt,Rinehard and Winston.P.246.