

## بررسی اهمیت روانشناسی در اتانازی

دلارام آرتگل

<sup>4</sup> (کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه روانشناسی و علوم تربیتی و دانشکده علوم انسانی و دانشگاه غیر انتفاعی خاتم، تهران)

نویسنده مسئول: دلارام آرتگل (09397628543 و delaramartgol@yahoo.com)

**چکیده:** قانونی شدن اتانازی داوطلبانه در چندین کشور موجب بحث های زیادی شده است. علم روانشناسی باید کمک قابل توجهی به درک چگونگی اتخاذ مواضع قطبی کننده در چنین بحث هایی کند. با این حال، درباره ی سهم و کمک روانشناسی و روانشناس در اتانازی کم بحث شده است. در این پژوهش بررسی اهمیت روانشناسی در اتانازی، با روش توصیفی-تحلیلی مورد بررسی قرار گرفت. منابع با روش کتابخانه ای جمع آوری و تجزیه و تحلیل گردید. ضرورت انجام این پژوهش درک ایده های روانشناختی است که می تواند به توسعه استراتژی هایی کمک کند که توافق دیدگاه های مخالف را ممکن سازد. این پژوهش، بر این اساس است که رویکرد قطبی شده را کنار بگذاریم و درک کنیم که پاسخ به این سوال که چگونه به اتانازی داوطلبانه نزدیک می شویم، تنها پس از فرایند بررسی عواقب اتانازی داوطلبانه قانونی یا ممنوعیت آن، در چارچوب یک درک روانشناختی بدست می آید.

**کلمات کلیدی:** اتانازی؛ رنج؛ روانشناسی؛ خودمختاری؛ تصمیم گیری.

### 1. مقدمه

اتانازی داوطلبانه در چندین کشور قانونی شده است در برخی دیگر هم مورد توجه قرار می گیرد. این گرایش به سوی قانونی سازی به بحث های زیادی در مورد اصول اخلاقی رقیب منجر شده است [1]. به عنوان مثال، در کشور پرتغال، جریان قانونی شدن مدتی است که مطرح شده، رئیس انجمن پرستاران این کشور اعلام کرده است که با وجود غیر قانونی بودن، اتانازی انجام می شود و این امر منجر به بالاگرفتن بحث ها و تحقیقات جنایی در زمینه کارکنان پزشکی این کشور شده است. واضح است که احساسات بسیار قوی در اینجا وجود دارد اما بحث ما این است که هیچ پاسخ درست و غلطی وجود ندارد. در مورد مسائل ناشی از اخلاق در پایان زندگی، اتانازی داوطلبانه یا کمک به خودکشی، این مقاله درصدد آن است که یک موضع مطلق بگیرد که پاسخ "درست یا غلط بودن" کمک کننده نخواهد بود. ما قصد داریم برای ترسیم مرزهایی بین ارزش ها و اصول که در حال مناقشه هستند و برای رشد و ترقی برخی ایده ها، حداقل تا حدی، باید از ایده های روانشناسی به عنوان چارچوب استفاده کنیم [2]. بسیاری از مردم به ارزش ها و اصول مطلق معتقدند و البته که این ها مفید هستند اما به عنوان یک راهنما و نه یک نسخه در جوامع سکولاری که بسیاری از ادیان و انسان هایی که ایمان ندارند باید با هم زندگی کنند. در اینجا پیامدهای کم ارزش شدن اصل خودمختاری را بررسی می کنیم، برای مثال در جامعه ای که اتانازی داوطلبانه به عنوان یک انتخاب شخصی وجود ندارد، پیامد موازی که ممکن است تصور شود این است که در چنین جامعه ای که اتانازی داوطلبانه به عنوان بخشی از سیاست عمومی در دسترس است، ارزش زندگی کاهش می یابد.

هدف این مقاله بررسی نقش روانشناسی است که چطور می تواند به گرفتن بهترین تصمیم به افراد در شرایط خاص، کمک کند. مطالعات منتشر شده ی کمی درباره ی روانشناسی و مرگ شتابزده وجود دارد. این مقاله باور دارد که روانشناسی نقش مهمی را در بحث قانونی شدن یا نشدن اتانازی یا کمک به خودکشی و یا در کار با افرادی می خواهند بپذیرند، دارد. برخی ایده ها راجع به نقش روانشناس حرفه ای در این مقوله را توسعه دهیم. واژه ی اتانازی از اصطلاح یونانی "اوتانوس" یا "EU" به مفهوم "راحت و خوب" و واژه "thanasia" به مفهوم "مرگ" گرفته شده است، به صورت تحت اللفظی به معنای "مرگ خوب" یا "مرگ راحت" می باشد. این امر بیانگر حقی است برای نوعی خودکشی طبق خواسته فرد بسیار بیمار که آمیدی به درمان او نیست با کمترین رنج و عذاب که از طریق تزریق دارویی مهلک توسط پزشک برای پایان دادن به این رنج و عذاب صورت می گیرد. فرانسیس بیکن در سال 1620 در کتاب "ارغنون نو" واژه اتانازی را برای اولین بار وارد فرهنگ لغات پزشکی کرد. وی توسل به اتانازی را برای تسهیل سفر نهایی اجتناب ناپذیر می دانست و آن را وظیفه پزشکان می خواند و معتقد بود که باید در آموزش پزشکی این امر منظور شود. البته تلاش های قانونی و حقوقی در خصوص تصویب لایحه مرگ داوطلبانه از حدود سال 1890 میلادی آغاز شده است. این لایحه بارها به مجلس انگلستان و آمریکا ارائه شد اما به دلیل مخالفت جامعه پزشکی تا سال 1935 مسکوت گذاشته شد. اما پس از آن به کرات در محافل پزشکی، حقوقی و قانونی به بحث و بررسی گذاشته شد [1]. یکی از دلایل تغییر نگرش به اتانازی داوطلبانه، پیشرفت سریع در درمان پزشکی بوده است که اجازه داده است زندگی نسبت به سابق بسیار طولانی تر ادامه یابد، برای مثال، از طریق مراقبت های ویژه. به این معنی است که تعداد زیادی از بیماران بوسیله دستگاه های پزشکی و راه های مصنوعی زنده می مانند و این امر نگرانی هایی اخلاقی را افزایش داده است و چالش های عمده ای ایجاد کرده است [3] همچنین استدلال شده است که این تغییر دیدگاه نشان دهنده روند طولانی تری است که علم و فناوری روش هایی را برای رفع مشکلات جهان ارائه می دهد و حتی مرگ به عنوان یک مشکل قابل رفع احتمالی دیده می شود. در این صورت می توان اتانازی را مطابق با این ایده دانست که راهی برای کنترل، اگر نگوئیم پیشگیری، مرگ را فراهم می کند [4].

### 2. انواع اتانازی بر اساس اراده و خواست بیمار

#### 1.1. اتانازی داوطلبانه یا خودخواسته

وقتی است که شخصی با تقاضای خود، پزشک یا پزشکانی را دعوت به این کار می کند. در این روند تصمیم گیری با شخص بیمار است. این نوع اتانازی در بحث قانونی شدن یا نشدن بسیار مهم است زیرا هدف اساسی آن را احترام به خواسته ها و خودمختاری شخص می دانند.

## 2.2 اتانازی غیر داوطلبانه

برخلاف اتانازی داوطلبانه که رضایت و تقاضای شخص موضوع اتانازی از ارکان تحقق آن محسوب می گردد. عدم رضایت شخص از اهمیت برخوردار است. نکته ای که باید در خصوص عدم رضایت شخص موضوع اتانازی مورد نظر قرار داد این است که عدم رضایت می بایست بواسطه ی عدم کفایت ذهنی همان شخص باشد. به عبارت دیگر در اتانازی غیر داوطلبانه، شخصی که موضوع اتانازی واقع شده است، صلاحیت تصمیم گیری ندارد و اقدام به خاتمه دادن ادامه حیات او براساس تصمیم همراهان یا پزشک معالج او می باشد. لذا می توان اتانازی غیر داوطلبانه را اقدام به مرگ شخص فاقد اهلیت و صلاحیت یا رضایت شخص دیگری که به لحاظ قانونی می تواند به جای او تصمیم بگیرد دانست. در اتانازی غیر داوطلبانه، شخصی که موضوع اتانازی واقع شده است، رضایت و تقاضایی مبنی بر ارتکاب اتانازی نداشته است بلکه اتخاذ تصمیم در خصوص اقدام به اتانازی توسط گروه پزشکان معالج یا با رضایت و تقاضای اولیای قانونی شخص بوده است در حالی که وی قادر به اعلام رضایت و تقاضای خویش نبوده است.

## 3.2 اتانازی اجباری

در این نوع اتانازی هیچگونه رضایت و تقاضایی از جانب شخصی که موضوع اتانازی واقع شده است وجود ندارد. در حالیکه برخلاف اتانازی غیرداوطلبانه فرد کفایت ذهنی برای اعطای رضایت به منظور اقدام به اتانازی را دارد. اتانازی اجباری زمانی اتفاق می افتد که شخص موضوع اتانازی توانایی اعلام رضایت آگاهانه در خصوص اقدام به اتانازی را دارا می باشد، لیکن چنین رضایتی از وی در رابطه با اقدام به اتانازی اخذ نمی گردد و این امر اعم از این است که آنها مردن را انتخاب نمی کنند یا اصلاً مورد پرسش واقع نمی شوند. اتانازی اجباری نوعاً و نه برای همیشه، قتل عمدی محسوب می گردد.

## 3 احترام به خودمختاری

یک روانشناس، مانند یک پزشک، همیشه با هدف بهترین نتیجه برای مراجع یا بیمار خود کار می کند. مشکل این است که در این موارد درک کنیم که چه چیزی بهترین نتیجه را نشان می دهد، احترام به زندگی یا احترام به خودمختاری. مشخص است که بهزیستی به شدت با توانایی فرد در سازگاری با شرایط جدید زندگی مرتبط است. وقتی چیزی مانند یک بیماری لاعلاج در زندگی یک فرد اتفاق می افتد، اگر فرد نتواند با شرایط جدید تحمل شده سازگار شود، رنج غالب خواهد شد. احترام گذاشتن به خودمختاری، احترام گذاشتن به روشی است که فرد فکر می کند به او اجازه می دهد تا خود را تطبیق دهد و شانس دنبال کردن آینده ای کامل را داشته باشد. به این ترتیب احترام به استقلال فردی نیز راهی برای ارتقای انطباق فرد است، زیرا تنها خود شخص می داند که بهترین راه برای سازگاری با تغییراتی که بر او وارد شده است، چیست. با این وجود، در حالی که استقلال یک اصل راهنمای مهم است، برای به تصویر کشیدن طیف کاملی از مسائل پیچیده درگیر در تصمیم گیری پایان زندگی کافی نیست [5]. مردم اغلب نظر خود را تغییر می دهند و تنوع قابل توجهی در اراده برای زندگی وجود دارد که نشان می دهد میل به مردن ذاتاً قابل تغییر است [6]. حالات عاطفی وجود دارد که می تواند در تصمیم گیری افراد تداخل ایجاد کند. ما می دانیم که افراد می توانند منطقی باشند، اما فرآیند تصمیم گیری ساده نیست و شامل متغیرهای بسیاری، گاهی اوقات رقابتی است [7]. تصمیم به خودکشی مثال خوبی از مشکلی است که ما در درک آن با آن روبرو هستیم، اگر تصمیم یک فرد همیشه نشان دهنده بهترین تصمیم باشد، همانطور که از علم روانشناسی می دانیم که تصمیم گیری در شرایط استرس زا تابع سوگیری هایی است که ممکن است به بهترین نتیجه منجر نشود [8]. با توجه به این پایگاه شواهد، ما معتقدیم که روانشناسی در اینجا نقش عمده ای دارد.

## 4 نقش متخصصان

در حالی که هیچ روش قطعی برای ارزیابی یک فرد وجود ندارد و اینکه آیا آن ها به احتمال زیاد ذهن خود را در مورد تمایل برای مردن تغییر می دهند یا خیر، روانشناسان همیشه از شواهد علمی در دسترس برای قضاوت خود استفاده می کنند و ترسیمی از تصمیم آینده آنها بدست می آورند؛ به این معنی که ممکن است فرد بخواهد در یک نقطه از زمان بمیرد اما به احتمال زیاد می توان ذهن آن ها را تغییر داد. اما این موضوع برای پزشکان پیچیده تر می شود. معمولاً آنها تنها گروه حرفه ای هستند که از نظر قانونی مجوز انجام اتانازی را دارند، جایی که قانونی است [9] و چرا اینطور است؟ کدهای اخلاق پزشکی واضح است. آنها باید درد و رنج بیمار را تسکین دهند و یا هر زمان که ممکن است آنها را درمان کنند. بنابراین، در مواجهه با بیماری که درد یا بیماری اش قابل درمان نیست و با وجود درمان احتمالاً به رنج خود ادامه می دهد، پزشک با توجه به تعهد خود برای تسکین درد، می تواند به این فکر کند که اتانازی به نفع بیمار است. با در نظر گرفتن مسئله اتانازی، نقش پزشکان و روانشناسان متفاوت است، زیرا اولی باید تصمیم بگیرد که آیا دوز کشنده ای از دارو را به بیمار تزریق کند یا خیر و دومی با احتمال اینکه فرد بخواهد زندگی کند، کار می کند و بنابراین این شانس را بررسی می کند و نه مرگ را می پذیرد و نه در آن شرکت می کند. اما یک مساله اخلاقی بزرگ تر می تواند ایجاد شود اگر ما در مورد یک اشتباه بزرگ فکر کنیم: زنده نگه داشتن فردی که می خواهد بمیرد و اجازه مردن به فردی که می خواهد زندگی کند. چگونه باید عمل کنیم اگر بدانیم آیا فرد تصمیم خود را تغییر خواهد داد یا نه؟ شاید عادلانه باشد که توافق کنیم که بعد از شناختن بسیار خوب آن فرد و درک موقعیت خاص آن ها، این امکان وجود دارد که یک حدس آگاهانه در مورد اینکه آیا فرد قصد خود را در رابطه با آرزوی خود تغییر

می دهد یا خیر، انجام دهیم. با این وجود، ایجاد یک قانون بدون یک مدرک علمی - پایه برای ارزیابی این احتمالات، اگر غیر ممکن نباشد، کار دشواری خواهد بود. به این ترتیب، روانشناسی مسئولیت توسعه دانش را دارد که می تواند نور بیشتری را در این موضوع به ارمغان بیاورد.

## 5. بحران، درد، رنج و تصمیم گیری

### 1.5. بحران

با بحث در مورد رابطه بین خودکشی و اتانازی، واضح است که هر دو موقعیت با نوعی بحران در زندگی فرد همراه است. اصطلاح "بحران" به عنوان یک تغییر تعیین کننده، یک لحظه حاد عدم تعادل [10] و به عبارت دیگر، یک نقطه عطف تعریف شده است. شکل خاص بحران متفاوت خواهد بود، اما مواجهه با مرگ ناگزیر منجر به ارزیابی مجدد رابطه فرد با دیگران و در واقع تاریخچه زندگی خود می شود. این خود می تواند یک فرآیند دردناک باشد و می تواند هم به عنوان یک علت و هم به عنوان نتیجه این انتقال حیاتی - از زندگی به مرگ - دیده شود. با این حال، بحران های زندگی لزوماً این چنین بزرگ نیستند و اگرچه ممکن است چالش برانگیز باشند، اما می توانند منبع مهمی برای تغییر و توسعه باشند. در واقع، تحقیق در مورد رشد پس از سانحه به عنوان مقابله با رویکردهای بیش از حد بدبینانه به تجربیات دشوار، نمونه ای از این موارد است [11].

### 2.5. رنج کشیدن

مفهوم رنج، چه در زمینه درد فیزیکی و چه در زمینه روانی، ساده نیست. راس و استرکس [12]، در بررسی خود در مورد اتانازی و رنج روانی، مروری جامع از راه های مختلف درک این سازه ارائه می دهند. تمرکز ویژه آنها منطبق اجازه دادن به اتانازی برای شرایطی بود که در آن یک بیماری قابل تشخیص قابل شناسایی بود و در آن رنج شدید وجود داشت، اما نه در جایی که همان رنج بدون چنین تشخیصی با آن مواجه شد. نتیجه گیری آنها این است که اعتبار منطقی و اخلاقی برای این تمایز ضعیف است، اما با این وجود زمینه هایی برای حفظ آن وجود دارد. بنابراین نحوه واکنش افراد به درد به اشکال مختلفی صورت می گیرد [13]. ادبیات تعاریف بسیاری از درد روانشناسی دارد و مقیاس های خودسنجی مرتبط با این تعاریف وجود دارد. نشان داده شده است که این روش ها دارای اعتبار محدودی هستند، اگر چه برخی از آنها بهتر از بقیه هستند [14].

به طور خلاصه، می توان تأیید کرد که نقش رنج در زندگی یک فرد می تواند نقش مثبتی در رشد فردی داشته باشد. به عبارت دیگر، رنج می تواند باعث شود که فرد انرژی خود را در جهت سازگاری با شرایطی که منجر به رنج می شود بسیج کند و بر اساس آن عمل کند و به این ترتیب، رنج می تواند دگرگون کننده باشد. با این حال، شرایطی وجود خواهد داشت که چالش انطباق بسیار بزرگ است. تحت این شرایط، یک فرد ممکن است درخواست اتانازی کند، زیرا هیچ چشم اندازی برای سازگاری نمی بیند.

احتمالاً در اصل غیرممکن است که افرادی را که می توانند سازگار شوند از کسانی که نمی توانند را تشخیص دهیم. اگرچه، واضح است که برای برخی افراد تحت شرایطی، سازگاری بسیار غیرممکن است. با این وجود، همانطور که قبلاً در این مقاله ذکر شد، مردم نظر خود را تغییر می دهند و یک مثال واضح به عنوان "پارادوکس اورگان" شناخته می شود [15]. در اینجا افرادی که مراحل مختلف پیچیده ارزیابی اتانازی را پشت سر می گذارند و با موفقیت مجوز لازم را دریافت می کنند، بهزیستی خود را افزایش می دهند و آرزو می کنند طولانی تر زندگی کنند. این پارادوکس ناشی از ظرفیت تازه بدست آمده برای سریع تر پایان دادن به زندگی خود است. در حالی که این امر در افراد مبتلا به بیماری های لاعلاج دیده شده است، اما ممکن است در مورد سایرین نیز اعمال شود، جایی که آنها به گزینه پایان دادن به زندگی خود دست می یابند و این خود به یک نقطه عطف تبدیل می شود.

### 3.5. تصمیم گیری

تصمیم گیری در مورد اتانازی یک کار دشوار است و مستلزم تلاش عاطفی زیادی توسط شخص درگیر، احتمالاً خانواده و دوستان و تیم مراقبت است. این فرآیند آسان نیست و افراد مختلف ممکن است ظرفیت های متفاوتی در این زمینه داشته باشند [16]. این همان نقطه ای است که می توان اتانازی را در نظر گرفت - برای کسانی که نمی توانند خود را تطبیق دهند - اما واضح است که مطمئن شدن در مورد اینکه آیا کسی واقعاً نمی تواند سازگار شود یا فقط به زمان بیشتری نیاز دارد، بسیار دشوار است.

## 6. دلایل موافقان و مخالفان اتانازی

رعایت استقلال فردی و حق انتخاب، کاهش درد و رنج و حفظ شان و ارزش فرد از جمله دلایل موافقان اتانازی است و تقدس حیات، عدم قطعیت کلینیکی و امکان بهبودی، امکان سوء استفاده و تخریب رابطه ی پزشک و بیمار بخشی از دلایل مخالفان اتانازی است [17].

### 7. نقش روانشناسی

همانطور که بحث کردیم، یکی از مشکلات عمده در تصمیم گیری این است که آیا اتانازی می تواند به نفع فرد باشد، به محدودیت در توانایی ما در قضاوت در مورد تصمیم گیری مستقل مربوط می شود. در شرایطی که قانون اتانازی یا کمک به خودکشی را مجاز می داند، ما معتقدیم مجموعه مهارت های روانشناس می تواند در ارزیابی توانایی مراجع برای تصمیم گیری آگاهانه نقش داشته باشد. ما همچنین معتقدیم دانش و مهارت های آنها می تواند میزان تداوم آرزوی مردن

را در طول زمان ارزیابی کند. در هر مورد، روانشناسان باید نقش مستمری را به عنوان بخشی از رابطه مشاوره ای خود داشته باشند. با این حال، ظاهراً در کشورهای که مرگ شتابزده قانونی یا غیرقانونی است، این اتفاق نمی افتد.

## روش

این پژوهش، با روش توصیفی-تحلیلی مورد بررسی قرار گرفت. منابع مورد نیاز با روش کتابخانه ای جمع آوری و تجزیه و تحلیل گردید. در بررسی ادیبانی که در مورد روانشناسی و مرگ سریع انجام دادیم، شواهد بسیار کمی در مورد نقش روانشناسی یا عملکرد روانشناختی یافتیم. این تحقیق در پایگاه های الکترونیکی ScienceDirect، Sage، PubMed، EuropePMC، EBSCO، APA PsycNET، SpringerLink و Wiley Online Library انجام شد. از موتور جستجوی گوگل هم استفاده کردیم. کلمات کلیدی اتانازی، کمک به خودکشی، تسریع مرگ، میل به مرگ، تصمیمات پایان زندگی، و روانشناسی در انگلیسی استفاده شد. ترکیب کلمات مورد استفاده اتانازی و روانشناسی بود. کمک به خودکشی و روانشناسی؛ تعجیل مرگ و روانشناسی؛ میل به مرگ و روانشناسی؛ و تصمیمات پایان زندگی و روانشناسی.

برای هدایت انتخاب مقالات، معیارهای ورود و خروج تعریف شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از:  
الف) انتشارات بین 2000 و 2021،

ب) متون به زبان انگلیسی و فارسی؛

ج) مطالعات در زمینه روانشناسی و یا آن هایی که عوامل روانی-اجتماعی را در نظر می گیرند.

و

د) نظرسنجی های کمی و کیفی در نظر گرفته شد.

از آنجا که این موضوعی است که به خوبی در ادبیات ارائه نشده است،

ما همچنین مرور ادبیات یا بحث های نظری در مورد اتانازی و روانشناسی و یا کمک به خودکشی و روانشناسی را گنجانده ایم. معیارهای خروج شامل:

الف) مطالعات به زبان های دیگر

ب) مطالعاتی که موضوعاتی را در زمینه روانشناسی در نظر نگرفته است.

و

ج) مطالعات قبل از سال 2000.

## یافته ها

با استفاده از معیارهای ورود، ما فقط 20 مقاله را شناسایی کردیم. اکثر آنها از کانادا [18، 19، 20، 21] و استرالیا [22، 23، 24، 25 و 26] هستند، 2 مقاله از ایالات متحده آمریکا [27 و 28] و فقط 6 مقاله از اروپا هستند [29، 30، 31، 32، 33 و 34] و 3 پژوهش از ایران [17، 35 و 36] و هیچ یک از آنها از کشورهای که اتانازی در آنها قانونی است، نیستند.

بررسی ادبیات یا بحث نظری در سه مقاله [17، 23 و 25] نویسندگان استدلال می کنند که روانشناسان باید در فرآیند ارزیابی ظرفیت مشارکت داشته باشند که به اعتقاد ما منطقی است. با این وجود، ما معتقدیم روانشناسی باید فراتر رفته و سعی کند نه تنها ظرفیت، بلکه توانایی تصمیم گیری واقعاً آگاهانه را نیز ارزیابی کند. چندین مطالعه در مورد خودکشی [37] نشان می دهد که عواملی وجود دارند که در احتمال خودکشی افراد نقش دارند. درک اینکه کدام یک از این عوامل می تواند در تسریع درخواست مرگ نقش داشته باشد بسیار مهم است. همه مقالات دیگر فقط به نقش کلی روانشناسان، مانند مشاوره و کاهش ناراحتی با خانواده اشاره می کنند. به همین ترتیب سانسون و همکاران [26] مدافع این است که روانشناسان باید در تصمیم گیری ها، حمایت و کار پس از اتانازی با خانواده ها و متخصصان نقش داشته باشند. با این وجود، هیچ یک از این مقالات هیچ نوع تکنیک مداخله ای را پیشنهاد نمی کنند. فهرستی برای ارزیابی تمایل به تسریع مرگ وجود دارد که ظاهراً پرکاربردترین آن است [29]. در یک مرور ادبیات سیستماتیک [30] نتایج اصلی بسیار مشابه بود. که در شرایطی که درخواست تعجیل در مرگ وجود داشته، نقش کمی برای روانشناسی وجود دارد. ده مقاله ادراکات بیماران را در مورد قانونی کردن/ پذیرش اتانازی یا کمک به خودکشی از نظر عوامل روانی و اجتماعی آن مورد مطالعه قرار دادند. آرزوی مردن اغلب با دینداری کمتر، کاهش وضعیت عملکردی، درد، سطوح پایین تر حمایت اجتماعی و از دست دادن کرامت همراه بود. اکثر مقالات نشان می دهند که ادراک بیشتر از سربار بودن برای دیگران و تشخیص افسردگی، عوامل اصلی تمایل به مردن بوده است. علائم افسردگی به طور طبیعی در این بیماران بسیار شایع است و در نتیجه تشخیص آن دشوار است. هیچ یک از این مقالات در مورد سطح افسردگی که باید به عنوان زمینه ای برای قبول یا رد تمایل به مرگ به عنوان معتبر در نظر گرفته شود، نیستند. با این وجود، دو مقاله [27 و 21] استدلال می کنند که افسردگی می تواند احتمال تغییر ذهن بیمار در مورد تسریع مرگ را افزایش دهد، بنابراین آنها پیشنهاد می کنند که روانشناسان نقش مداخله ای با آن بیماران داشته باشند. احساس باری بر دوش دیگران یکی از دلایل دیگری است که برای آرزوی مردن ذکر شده است. انگیزه اصلی، در این مورد، درک بیمار است که آنها عامل رنج دیگران هستند، نه رنج خودشان. احساس سنگینی یکی از دلایلی است که در قانون هلند دلیلی برای درخواست اتانازی در نظر گرفته شده است. بیان شده است که احساس اینکه فرد باری برای دیگران است می تواند عاملی برای کمک به ماهیت غیرقابل تحمل رنج باشد

[38]. با این وجود، درک این نکته مهم است که در این موارد، آیا خانواده واقعاً بیمار را به عنوان یک بار احساس می کنند، و تصمیم بیمار برای مرگ چه نوع رنجی را در همان خانواده ایجاد می کند. احتمالاً این باید وظیفه دیگری برای روانشناسان باشد.

کسی که به فکر انتخاب مرگ است، شاید با مهمترین تصمیمی که یک فرد می تواند بگیرد، مواجه است، تصمیمی که مملو از مسائل روانی بسیار مهم است. با توجه به اهمیت برای فرد و این ابعاد مهم روانشناختی، متخصصان روانشناسی باید در تصمیمات پایان زندگی بسیار قابل مشاهده باشند [5] و نقش بسیار محوری تری در بحث های جاری ایفا کنند [30].

روانشناسان دارای چندین حوزه صلاحیت هستند، از جمله ارزیابی، مشاوره و تحقیق که می تواند به حمایت از افراد در حال مرگ و یا افرادی که تمایل به مرگ را ابراز می کنند، کمک کند. این مهارت ها شامل شناسایی عواملی است که می توانند به عنوان کاتالیزور یا بازدارنده توانایی مشتری برای انطباق شاید شخصیت یا سایر عوامل فردی تعریف شوند. یک پایگاه شواهد قوی برای حمایت از کار روانشناسان در این زمینه وجود ندارد، اما مطالعات روانشناختی در زمینه پیشگیری از خودکشی نشان می دهد که درک بیشتر در مورد این درخواست ها برای مرگ ممکن است [37].

موضوع دیگر روشن کردن این است که چقدر احتمال دارد که مراجع یا نظر خود را تغییر دهد و با شرایط فعلی سازگار شود یا متقاعد شود که مرگ بهترین گزینه است و چه مدت باید برای این فرآیند اجازه داده شود. همانطور که قبلاً بیان کردیم [27 و 21] با علائم افسردگی همبستگی وجود دارد و هر چه نمره افسردگی آنها بالاتر باشد، احتمال تغییر نظر آنها در مورد آرزوی مرگ بیشتر است. اما کدام متغیرهای دیگر می توانند در آن نقش داشته باشند؟ و چه مدت باید منتظر باشیم تا فرد نظر خود را تغییر دهد؟ و روانشناس در حین کار با بیمار چه کاری می تواند انجام دهد؟ همه این سؤالات به پاسخ هایی نیاز دارند که می تواند تأثیر زیادی در قانون مربوط به اتانازی یا کمک به خودکشی داشته باشد و در حال حاضر شواهدی در دسترس نیست.

روانشناس باید به عوامل خارجی که ممکن است با تصمیم فرد در تضاد باشد نیز توجه داشته باشد. سانسون و همکاران [26] برای درک بهتر انگیزه های مرگ با بیمار و خانواده او یک فرآیند حمایتی را پیشنهاد می کند. ما همچنین معتقدیم که با توجه به مجموعه مهارت ها و دانش خاص آنها، این باید بیش از هر متخصص دیگری برای روانشناسان وظیفه ای باشد.

شناسایی افرادی که در آرزوی مردن آنها مطلقاً شکی وجود ندارد و این آرزو را حفظ می کنند و از فرصت آن بهره مند می شوند، غیرممکن است. جامعه، از طریق قانون، باید یک چارچوب زمانی ارائه دهد که در آن برای رسیدن به یک تصمیم معتبر قابل قبول باشد، و روانشناسی می تواند شواهد تحقیقاتی برای حمایت از توسعه چنین چارچوب زمانی ارائه دهد. به روشی دیگر، روانشناسان می توانند نقش مهمی در آموزش عمومی و سایر متخصصان در مورد مسائل مربوط به مرگ ایفا کنند [5، 39 و 26].

همانطور که در بالا ذکر شد، روانشناسان به همین دلیل می توانند تأثیر قدرتمندی در مورد تصمیمات مراجعان داشته باشند. روانشناسان باید همیشه احتمال سوگیری در کار خود را تشخیص دهند، به ویژه با آگاهی از دیدگاه خود در مورد اتانازی و کمک به خودکشی. آنها باید در مورد عقاید شخصی خود در مورد اتانازی کاملاً آگاه باشند تا بتوانند به روشی مناسب کار کنند [39]. آنها همچنین باید آموزشهای مناسبی در زمینه روانشناسی پایان زندگی داشته باشند تا از مهارت و شایستگی در ارزیابی و مشاوره با این گروه مراجع اطمینان حاصل کنند.

روانشناسان همچنین نقش مهمی در کار با خانواده های مراجعی دارند که درخواست مرگ می کنند. گاهی اوقات، ممکن است بین اعضای خانواده و شاید بین اعضای خانواده و مراجع در مورد بهترین راه پیش رو جدل وجود داشته باشد. روانشناسان می توانند در تسهیل ارتباطات و کمک به خانواده ها برای حل یا آشتی دادن چنین مسائلی نقش داشته باشند. به همین ترتیب روانشناسان می توانند به سایر متخصصان سلامت درگیر در چنین موقعیت های چالش برانگیزی کمک کنند و همچنین از آنها در مقابله با احساسات قدرتمندی که ممکن است به وجود بیایند حمایت کنند.

تحقیقات زیادی در مورد خودکشی و مراقبت تسکینی وجود دارد، اما در مورد تصمیمات پایان زندگی بسیار اندک است [40 و 30]. این حوزه ای است که علم روانشناسی باید تلاش های تحقیقاتی خود را توسعه دهد تا ما توانایی خود را برای ارزیابی نهایی بودن آرزوی مردن در این موقعیت ها و همچنین در مورد نحوه شکل گیری این نوع آرزو که پیامدهای غیرقابل برگشتی دارد، بهبود بخشیم. روانشناسی می تواند به طراحی چارچوب قانونی کمک کند که متغیرهای شخصی را در نظر می گیرد که در انتخاب نهایی آرزوی مردن نقش دارند، بنابراین تا آنجا که ممکن است از اتانازی غیر ارادی غیرعمدی اجتناب می شود.

### نتیجه گیری

نتیجه گیری ما از این بررسی این است که هیچ نوشدارویی وجود ندارد، به این معنی که مورد اتانازی شکل یک معضل اخلاقی کلاسیک را دارد که در آن همه گزینه های موجود مشکلاتی دارند. وقتی جامعه ای در این مورد قانون می گذارد و البته شکی در این نیست که شرایط مربوط به فرآیند مردن باید قانون گذاری شود، احتمالاً قانون به عنوان قانونی تنظیم می شود که در بیشتر موارد برای اکثر مردم مناسب ترین تلقی می شود. طبق تعریف، این ایده ما را از استدلال غیر منطقی و غلط جدا می کند که باید توسط متخصصان بهداشت مورد توجه قرار گیرد، اما از قانون و کنترل قانونی فرار کند.

با توجه به این چارچوب قانونی احتمالی برای اتانازی، نتیجه می شود که علیرغم اینکه رویکرد اتخاذ شده از حمایت اجتماعی گسترده برخوردار است، همیشه برای برخی افراد ناعادلانه خواهد بود، همانطور که در مورد هر قانونی وجود دارد. با توجه به این موضوع، مجدداً نتیجه می شود که در جامعه ای که اتانازی یک عمل فعال است، افرادی وجود خواهند داشت که اگرچه معیارهایی را که قبلاً برای اتانازی تعیین شده بود را، برآورده می کنند و همچنین آگاهانه تمایل خود را برای مرگ تأیید می کنند، در واقع آن را نمی خواهند.

همانطور که قبلاً بحث شد، ما افرادی را می شناسیم که به وضوح می گویند می خواهند بمیرند و حتی اقدام به کشتن خود می کنند، اما نظر خود را تغییر می دهند. در این موارد، این خطر وجود دارد که آن افراد جان خود را از دست بدهند، حتی اگر توانایی سازگاری با شرایط خود را داشته باشند و بنابراین به راه های دیگری به رنج خود پایان دهند. البته برای کسانی که می میرند، این هرگز نمی تواند تعیین شود زیرا این روند اتانازی غیرقابل برگشت است و این باید دلیلی باشد برای اطمینان بیشتر در مورد درخواست کسی برای مرگ تا هر دلیل دیگری.

به همین ترتیب، ما همچنین نباید از این واقعیت غافل شویم که در جوامعی که اتانازی از نظر قانونی ممنوع است، افرادی وجود خواهند داشت که قادر به انطباق با شرایط خود نیستند و قادر به تسکین رنج خود نیستند و از این رو واقعاً می خواهند بمیرند و اجازه نخواهند داشت که با رنج خود زندگی کنند. مشکل اصلی همیشه این خواهد بود که مشخص کنیم در واقع آن افرادی که می توانیم بدون هیچ شکی بگوییم که واقعاً می خواهند بمیرند، چه کسانی هستند. با علم به این که با قانونی کردن اتانازی، این گرایش لغزنده خواهد بود. به طور خلاصه، ما باید آگاه باشیم که با یک معضل بزرگ روبرو هستیم که شامل هر دو موقعیت است: زنده نگه داشتن یه نفر که می خواهد بمیرد و کشتن فردی که می خواهد زندگی کند.

در نتیجه، انتخاب های تعریف شده توسط هر جامعه هر چه باشد، اذعان به فقدان راه حل های کامل برای این موضوع که بتواند شرایط همه را حل کند، اساسی خواهد بود. بنابراین، توجه به پیامدهای احتمالی و قابل پیش بینی اتخاذ سیاستی ضروری است تا ظلمی که هر تصمیمی در این سطح برای برخی افراد ایجاد می کند به حداقل ممکن کاهش یابد. این تصمیم همیشه برای اکثریت کم تر تلقی می شود، اما باید بر محافظت از همه کسانی که می توانند با توجه به انتخاب های انجام شده آسیب پذیرتر شوند، تأکید بیشتری شود. روانشناسی در این زمینه نقش عمده ای دارد. با این وجود، تا جایی که ما توانستیم مطمئن شویم، متخصصان روانشناسی به طور خاص در هیچ قانونی در مورد اتانازی یا کمک به خودکشی گنجانده نشده اند. علاوه بر این، مطالعات بسیار کمی در این زمینه مهم وجود دارد. بیشتر نشریات به مسائل ناشی از اصول متضاد و تعداد بسیار کمی در مورد تصمیم گیری در زمینه مرگ می پردازند. وقتی کسی از تمام مشکلات احتمالی و یا مزیت قانونی کردن یا عدم اتانازی آگاه باشد، می تواند بهترین راه حل را بیابد. دموکراسی پس از انتخاب مردم عمل می کند، جایی که اکثریت نقش رهبری را بر عهده می گیرند. بنابراین، ایده آل این است که درک بسیار گسترده ای از این مسائل وجود داشته باشد و تصمیم را اکثریت یا بهتر از آن، کسانی که به نمایندگی از مردم انتخاب می شوند، اتخاذ کنند.

پس از آن، ما مسیری طولانی برای پیمودن داریم، تا دانشی را توسعه دهیم که به ما کمک می کند تا روشی را که مردم انتخاب می کنند و شیوه ای که آن انتخابها در واقع بهترین منافع آنها را نشان می دهد، درک کنیم. با دانستن این موضوع می توان اطلاعات بسیار بیشتری را در مورد پیامدهای احتمالی حفظ یا تغییر قانون برای عموم مردم ارائه کرد.

## منابع

- [1]Youngner, S. J., & Arnold, R. M. (2016). *The Oxford handbook of ethics at the end of life*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- [2]Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- [3]McDermid, R. C., & Bagshaw, S. M. (2009). Prolonging life and delaying death: The role of physicians in the context of limited intensive care resources. *Philosophy, Ethics, Humanities in Medicine*, 4, 3. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-4-3>
- [4]Harari, Y. N. (2016). *Sapiens: A brief history of humankind*. House of Lords Selection Committee on Medical Ethics. (1994.) HL Deb 09 May 1994, 554, 1344–1412. Retrieved from <http://hansard.millbanksystems.com/lords/1994/may/09/medicalethics-select-committee-report> Hudson, P., Kristjanson, L., Ashby,
- [5]American Psychological Association (APA). (2000). *The APA working group on Assisted suicide and end-of-life decisions*. Report to the Board of Directors of the the American Psychological Association. Retrieved from <http://www.apa.org/pubs/info/reports/aseol.aspx>
- [6]Chochinov, H. M., Tataryn, D., Clinch, J. J., & Dudgeon, D. (1999). Will to live in the terminally ill. *Lancet*, 354, 816–819.
- [7]Damásio, A. (2010). *Self comes to mind. Constructing the conscious brain*. New York, NY: Pantheon Books.
- [8]Mather, M., & Lighthall, N. R. (2012). Risk and reward are processed differently in decisions made under stress. *Current Directions in Psychological Science*, 21, 36–41. <https://doi.org/10.1177/0963721411429452>
- [9]Pereira, J. (2011). Legalizing euthanasia or assisted suicide: The illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*, 18(2), e38–e45. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14520-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14520-5)
- [10]Jalley, E. (2001). La psychologie, une science fondée sur l'éthique? [Psychology - a science founded on ethics?] *Le Journal des psychologues: Le mensuel des professionnels*, 188, 8–9. <https://doi.org/10.3917/ess.021.0195>
- [11]Chen, J. L., & Wu, X. C. (2017). Post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth among children and adolescents following an earthquake: A latent profile analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 2, 23–29. <https://doi.org/10.1111/camh.12175>
- [12]Raus, K., & Sterckx, S. (2015). Euthanasia and mental suffering. In M. Cholbi & J. Varelius (Eds.), *New directions in the ethics of assisted suicide and euthanasia* (pp. 79–96). New York, NY: Springer.
- [13]Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306, 639–645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
- [14]Tossani, E. (2013). The concept of mental pain. *Psychother Psychosom*, 82, 67–73. <https://doi.org/10.1159/000343003>
- [15]Lee, L. W. (2010). The Oregon paradox. *The Journal of Socio- Economics*, <https://doi.org/10.1016/j.soc.2009.10.008>
- [16]Dees, M. K., Vernooij-Dassen, M. J., Dekkers, W. J., Elwyn, G., Vissers, K. C., & van Weel, C. (2013). Perspectives of decisionmaking in requests for euthanasia: A qualitative research among patients, relatives and treating physicians in the Netherlands. *Palliative Medicine*, 27, 27–37. <https://doi.org/10.1177/0269216312463259>
- [17] محمودیان، ف.، یوسفی منش، ح.، بهنام، م.، کرمی، م. (1388). بررسی مقایسه ای دلایل موافقان و مخالفان اتانازی. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، 2(3)، 17–26.
- [18]Galbraith, K. M., & Dobson, K. S. (2000). The role of the psychologist in determining competence for assisted suicide/euthanasia in the terminally ill. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 41(3), 174–183. <https://doi.org/10.1037/h0086867>

- [19]Rodin, G., Christopher, L., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L., & Zimmermann, C. (2008). Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science & Medicine*, 68(3), 562–569. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.037>
- [20]Wilson, K., Scott, J., Graham, I., Kozak, J., Chater, S., Viola, R., . . . Curran, D. (2000). Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med*, 160(16), 2454–2460. <https://doi.org/10.1001/archinte.160>
- [21]Wilson, K. G., Chochinov, H. M., McPherson, C. J., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, S., . . . Clinch, J. J. (2007). Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Health Psychology*, 26(3), 314–323. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.3.314>
- [22]Hudson, P., Kristjanson, L., Ashby, M., Kelly, B., Schofield, P., Hudson, R., . . . Street, A. (2006). Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: A systematic review. *Palliative Medicine*, 20(7), 693–701. <https://doi.org/10.1177/0269216306071799>
- [23]Kelly, B., Burnett, P., Pelusi, D., Badger, S., Varghese, F., & Robertson, M. (2003). Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness. *Psychological Medicine*, 33(1), 75–81. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006827>
- [24]Mitchell, K., & Owens, R. (2000). Euthanasia and palliative psychology in end-of-life care. *Australian Psychologist*, 35(3), 193–200. <https://doi.org/10.1080/00050060008257478>
- [25]Robinson, S., Kissane, D., Brooker, J., & Burney, S. (2017). The relationship between poor quality of life and desire to hasten death: A multiple mediation model examining the contributions of depression, demoralization, loss of control, and low self-worth. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 243–249. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.013>
- [26]Sanson, A., Dickens, E., Melita, B., Nixon, M., Rowe, J., Tudor, A., & Tyrrell, M. (2008). Psychological perspectives on euthanasia and the terminally ill: An Australian Psychological Society discussion paper. Retrieved from [https://www.psychology.org.au/Assets/Files/euthanasia\\_position\\_paper.pdf](https://www.psychology.org.au/Assets/Files/euthanasia_position_paper.pdf)
- [27]Emanuel, J., Fairclough, D., & Emanuel, L. (2000). Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2460–2468. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2460>
- [28]Suarez-Almazor, M., Newman, C., Hanson, J., & Bruera, E. (2002). Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptom distress and subsequent survival. *Journal of Clinical Oncology*, 20(8), 2134–2141. <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.08.023>
- [29]Bellido-Pérez, M., Monforte-Royo, C., Tomás-Sábado, J., Porta-Sales, J., & Balaguer, A. (2017). Assessment of the wish to hasten death in patients with advanced disease: A systematic review of measurement instruments. *Palliative Medicine*, 31(6), 510–525. <https://doi.org/10.1177/0269216316669867>
- [30]Caputo, A. (2015). Trends of psychology-related research on euthanasia: A qualitative software-based thematic analysis of journal abstracts. *Psychology, Health & Medicine*, 20(7), 858–869. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.993405>
- [31]Mystakidou, K., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2004). Influence of pain and quality of life on desire for hastened death in patients with advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(10), 476–483. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.10.16211>
- [32]Mystakidou, K., Parpa, E., & Katsouda, E. (2005). The role of physical and psychological symptoms in desire for death: A study of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(4), 355–360. <https://doi.org/10.1002/pon.972>
- [33]Lulé, D., Nonnenmacher, S., Sorg, S., Heimrath, J., Hautzinger, M., Meyer, T., Kübler, A., Birbaumer, N., & Ludolph, A. (2014). Live and let die: Existential decision processes in a fatal disease. *Journal of Neurology*, 261(3), 518–525. <https://doi.org/10.1007/s00415-013-7229-z>
- [34]Rodríguez-Prat, A., Balaguer, A., Booth, A., & Monforte-Royo, C. (2017). Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: An updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>
- [35] آقابابایی، ن.، حاتمی، ج.، رستمی، ر. (1390). نقش ویژگی های فردی و الگوی قضاوت در نگرش به اتانازی. *مجله پرستاری مراقبت ویژه*، 4(1)، 23–32.
- [36] آقابابایی بنی، ف. (1392). بررسی خودکشی از دیدگاه فقه و روانشناسی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- [37]Maia, I., & Ricou, M. (in press). Can we ever accept a wish to die? Suicide and its link to euthanasia. *Archives of Suicide Research*.
- [38]Regional Euthanasia Review Committees [RTEs]. (2016). Annual Report 2015. Retrieved from <http://www.euthanasiecommissie.nl>
- [39]Australian Psychological Society (APS). (2008). Psychological perspectives on euthanasia and the terminally ill. An APS discussion paper prepared by a working group of the Directorate of social issues. Melbourne, Australia: Australian Psychological Society Ltd.
- [40]Carmona, D., Santos, F., & Fonseca, S. (2011). Bioética, Eutanásia e Psicologia: Tecendo algumas reflexões [Bioethics, Euthanasia and Psychology: Making some reflections]. *Mnemosine*, 7, 188–203.