

القتل الرحيم المموه الجزء الأول (التسكين العميق، نسخة جديدة عن القتل الرحيم ؟)

مقدمة

إن منطقنا البشري وإيماننا المسيحي يعلماننا أنّ مساعدة حياة ضعيفة متألمة تساهم في تعزيز الإنسانية فيها وتثبيت مكانتها في الجماعة البشرية. في فرنسا، وفي آذار الماضي، قرر ممثلو الأمة تعزيز هذه الإنسانية المتألمة والضعيفة من خلال إمكانية تشريع التسكين العميق لمساعدة المريض على التخلّص من آلامه. لا شك أنّ المريض، أو أحد أفراد عائلته، يمكنه طلب التسكين العميق حتى الموت. ولكن يبقى السؤال هل هذا التسكين هو نسخة جديدة عن القتل الرحيم ؟

تسعى بعض المجتمعات لجعل القتل الرحيم فعلاً علاجياً في خدمة الشخص الضعيف في حين أن هذا الأخير يبقى تحدياً ضدّ كلّ تجارب اللامبالاة والتخلي. لذا نسعى بطرق متعدّدة إلى تمرير هذا الفعل وإعطائه أوجهاً متعدّدة لعملة واحدة. سأحاول في هذه المقالة توضيح أهمية التسكين في حالات معينة وصعوبة تمريره في حالات أخرى كتمويه لعملية قتل رحيم يبقى عنفاً طبياً وجواباً خاطئاً على المحن في حياتنا. فكل محاولة لتشجيع التسكين العميق الذي يوصل إلى الموت، هو رفض لثقافة العناية التلطيفية ومحاولة لجعل الحكم الطبي وصفة طبية منظمة قانونياً.

تحديد التسكين أو sédation

كلمة Sedare تعني خفّف، هدأ. تُستعمل لتدلّ على علاج مسكّن أو على التخدير. تُستعمل أحياناً، بحسب الجمعية الفرنسية للمرافقة والعناية التلطيفية، لإخفاء قتل رحيم دون علم المريض. إنّ فكرة التسكين معروفة وهناك إجماع حول تنفيذها في مجال الإنعاش والتخدير. أمّا الوضع فيختلف في مجال العناية التلطيفية إذ يجب التمييز بين التسكين الخفيف لتهدئة المريض وبين التسكين العميق مع تأثير على الوعي وردات الفعل الوقائية. هدف التسكين هو تحسين راحة المريض بمحاربة الأوجاع والقلق وقلة النوم وتأمين سلامة المريض المضطرب وسلامة العاملين. كما هدفه المساعدة على زيادة فائدة ماكينات التنفس وكلّ العلاجات الموازية. هذه الطريقة ليست مرتبطة أصلاً لا بالقتل ولا بالموت ولو كانت من نتائجها تقصير عمر الشخص. من هنا ضرورة التشديد على أنّ هذه الطريقة بالأصل تعتمد على إعادة الشخص إلى وعيه من وقت إلى الآخر.

إذاً التسكين بشكل عام هو إجراء طبي يهدف إلى تخفيف العوارض الثقيلة الناتجة عن علاجات عادية مع التأثير إرادياً على وعي [١] المريض. هذا التسكين يكون إما:

- تسكيناً بدائياً : تدخّل علاجي بهدف رئيسي وهو التقليل من مستوى الوعي عند المريض.

- تسكيناً ثانوياً : عدم التدخل لتصحيح النعاس الناتج عن العلاجات التخفيفية المقررة لتخفيف العوارض.

- تسكيناً متقطعاً : يسمح بفترات يقظة.

- تسكيناً خفيفاً : يبقي على التواصل مع المحيط

- تسكيناً عميقاً : حالة من اللاوعي حتى الموت.

يمكننا القول أنّ هناك:

التسكين في حالات محنة شديدة (نزيف، إختناق...) وتبقى حالات نادرة جداً. فإمام المريض بشكل عميق كي لا يشعر بحالته.

التسكين في حالة العوارض الغير محمولة من المريض في حين أنّ المعالجين يكونون قد جربوا كل العلاجات الممكنة. فبدل ترك المريض يتحمل النتائج السلبية لعلاج ما، كالمورفين الذي تُسبب كثرته بعض الهلوسات،

يتمّ تنويمه. نلجأ أحياناً إلى تنويمه فترة من الزمن وإيقاظه بعض الأوقات كي يحافظ على تواصله مع محيطه.

بما يخصّ التسكين العميق فهو مختلف عن حالة التدهور التدريجي لوعي الشخص التي تُرافق طبيعياً تطور المرض عند الشخص نحو الموت، والتي تنتج عن الظروف الطبيعية لتطور الإنسان في مسيرته نحو الموت وعن العلاجات المستعملة. يختلف التسكين النهائي أو العميق عن التسكين الذي يحدث نتيجة آثار جانبية لإستعمال أدوية التخدير بجرعات عالية لتخفيف ألم عضال. إنّ التسكين النهائي هو قرار واضح يهدف إلى تسبب فقدان الوعي عند المريض للوقاية من حالة محنة صعبة لا يمكن السيطرة عليها. إنّ اللجوء إلى التسكين النهائي عادةً طبيعية في مراكز العناية المركزة لمعالجة حالات إختناق أو نزيف، وهو معروض كبديل عن الإنتحار المساعد للمرضى في نهاية حياتهم. إنّهُ يُحدّد بنية واضحة من المعنيين بالإبقاء على نوم عميق بدون قصد إحداث الموت في حالات متعدّدة بهدف:

أ- الحصول على تهدئة عوارض متعدّدة إذا اثبتت بقية العلاجات عجزها وأصبح الموت قريباً.

ب- التخفيف من قلق عميق يصعب أحياناً الحصول عليه بمرافقة روحية أو بدعم نفسي ويكون موت المريض وشيكاً.

إذاً: يهدف التسكين إلى تخفيف الآلام إما بالنعاس أو بفقدان الوعي وليس بالتسبب بالموت (الغرض من التسكين). إذا تمّت دوزنة الجرعات كما يجب، لا يؤدي التسكين إلى تسريع الموت (غرض التسكين). يحصل التسكين، لأسباب محنة معينة وفي آخر حياة الشخص، في جو يسود فيه الإقتراب من الموت (ظروف التسكين).

عندما نتكلم عن وجع قوي فإنّ المعالجين قادرين على تحديده والتعامل معه. ولكن تصبح الأمور أكثر تعقيداً عندما تكون الأوجاع معنوية. بعض المرضى يطلبون أن يناموا حتى الموت، بعد أن يدركوا أنّهم لن يحصلوا على قتل رحيم، إمّا لأنهم غير قادرين على تحمل ما يعانونه معنوياً وإمّا لأنّه ليس عندهم رغبة

في الحياة. فيلجأ المعالجون إلى زيادة الجرعات عندما يرون أن لا معنى لهذا النوم العميق وقد فقد المريض كلّ إتصال بمحيطه. لا يمكن للتسكين أن يكون حلاً لهذا الطلب لأنه جواب تقني على طلب الموت لشخص وصل إلى نهاية حياته. أحياناً لا يوجد أي جواب على الآلام البشرية، وهذا يشكّل حالة لا تطاق بالنسبة للطبيب الذي يبقى دوره الأول تخفيف الآلام في حين أنّ عليه إحترام رغبة المريض. من هنا لا يجب أن يأتي التسكين كإسكات للمريض وكهرب من مواجهة بين المريض والمعالج. هذه المواجهة هي تأكيد على قيمة الشخص وقيمة عائلته والعاملين في مجال الصحة. أعتقد أن التسكين يدخل ضمن ديناميكية علائقية بين كلّ الفاعلين : المريض، المعالج، الأهل وفريق العمل. لأنّ الجميع أمام سر الموت وسر الحياة.

يحاول البعض التسويق لفكرة أنّ الموت هو نتيجة ثانوية لهذا التسكين العميق. ولكن هذه النظرة خطيرة لأننا نتكلّم عن القتل وليس عن نتيجة ثانوية كعوارض حساسية ناتجة عن علاج ما. هذه الحجّة تمنعنا من التفكير الجدي والتميز الواعي.

لا شك أنّ تسكين الشخص المريض يريح نظامه العصبي فيعاد إيقاظه بعد فترة فتكون أوجاعه أقلّ فيتم تقييمها معه. هذا يتمّ عندما تكون الأوجاع غير محمولة. أما في حالات المحنة الشديدة مثل نزيف أو اختناق، فإنّ التسكين سيسرع الموت. من الضروري أن نميز الأمور ونرى الحالات بتأني وحكمة. فلا يمكننا أن نصدر قانوناً شاملاً في حين أنّ لكلّ حالة مقاربتها الخاصة.

٢- الطرق العملية للتسكين في نهاية حياة المريض

- من البديهي معرفة المرحلة المتقدّمة للمرض، وتحديد نوايا فريق العمل. والقرار بالتسكين، يمرّ بإطلاع المريض على وضعه وأخذ موافقته. لا شك أنّ الأمر يصبح أكثر تعقيداً إذا فقد المريض قدرته على التواصل. على الطبيب أن يطلع المريض على حالته السريرية، وعلى البدائل العلاجية ومدى حدود هذه العلاجات والمخاطر الحاصلة. وبحسب الإحصاءات العالمية، ٥٥% من الأشخاص في العناية التلطيفية يشاركون في القرار. عند اطلاعهم على الوضع، يفضّل بعض المرضى الإنتظار ولكنهم يرتاحون لفكرة أنهم لن يتألّموا في حال تأزمت حالتهم.

إنّ استباق كل تسكين، من خلال توضيح الوضع الراهن، يؤمّن تفهماً كبيراً من قبل المريض وحتى من قبل أهله إذا كان غير قادر على التواصل بشكل طبيعي (٧٠% من العائلات يشاركن في القرار). ويساعد

الفريق الطبي والتمريضي على مناقشة الحالة مع بعضهما من أجل توضيح النوايا والوسائل لأن اشتراكهما في القرار مهم (حوالي ٨٨٪ من الحالات). وهنا أريد أن أستطرد وألفت النظر إلى أن التوافق بين أعضاء الفريق ليس دليلاً على صوابية القرار أخلاقياً. ولكن الحوار بين أعضاء الفريق يساعد كل عامل على إعطاء معنى للقرارات المأخوذة حتى ولو لم يكن هناك توافقاً تاماً. فالمهم أن نساعد المريض على تسكين أوجاعه من دون أن نفتعل موته.

الحق بالتسكين

يهدف التسكين إذاً إلى مساعدة المريض على عدم الشعور بالانزعاج من حالته التي أصبحت غير مطابقة، بعدما تم استعمال كل الوسائل الأخرى المتاحة. إنه يمارس بشكل طبيعي في حالات عدّة ويدخل ضمن حق المريض بأن لا يتألم. من حق المريض أن يطلب عدم التألم وأن يتم تسكينه بشكل متقطع. فعندما يستيقظ يسأل إذا ما كان لا يزال يشعر بالألام ذاتها. في حال كانت خفيفة يستطيع أن يتواصل مع محيطه ويدرك مجريات العلاجات. ولكن الخطر يكمن في أن يتم تسكين الشخص بشكل دائم وعميق حتى الموت، لأنه لا يتحمل الآلام الداخلية والنفسية والوجودية. عندها تُطرح مسألة معنى المرافقة النفسية والروحية لهؤلاء الأشخاص ومدى قناعتنا بقيمة هذا الشخص حتى في هذه الظروف. بمعنى آخر، كأنا نقول بأن الشخص المصاب بمرض عضال وخطير غير نافع ولا معنى لبقائه. من يقول لنا أن رغبة المريض لا يمكن أن تتغير؟ لماذا علينا أن نتغاضي عن تعقيدات هذه المرحلة وصعوبة إبقاء المريض مسجوناً في إرادة عبر عنها سابقاً ولن يتمسك بها ربما عندما يستيقظ من نومه. إن اختبار الألم والإعاقة والتقدم بالسن والمرض العضال يغير الشخص ونظرته للأمور. لا أعتقد من المناسب أن نجعل الطبيب أسير إرادة المريض فيتحول دوره مجرد أداة طبية لإرادة ربما تتغير مع الوقت فتجرده من مسؤوليته التي تدعوه إلى إيجاد العلاج الضروري والنافع والمناسب لحالة المريض [٢]. فلا نربط بين إيقاف العلاجات اللامنتظية والغير متكافئة [٣] والتسكين العميق حتى الموت. برأيي علينا مساعدة المريض بكل ما أوتينا من مقدرات كي لا يموت مخنوقاً أو بحالة وجع لا يحتمل أو جوعاناً. من الضروري إعلام المريض وعائلته عن مخاطر التسكين إذا كان ضرورياً ويكون القرار مناقشاً أيضاً مع أطباء آخرين ومقيماً بشكل دوري. من الضروري أيضاً أن لا نجبر الطبيب على استعمال هذه الطريقة إثمًا نترك له تقدير ما هو ضروري للمريض حفاظاً على كرامته [٤].

لا شك أن مسألة إيقاف العلاجات أو تحديدها تبقى الشغل الشاغل للعاملين في مجال الصحة عندما يكون الشخص المريض في وضع يفرض قرارات مصيرية. لذا من الضروري إعادة تحديد مقاييس العلاجات الغير متكافئة وتحسين الإشراف الصارم لمعايير إبقاء المريض إصطناعياً على قيد الحياة. لأن الإنسان لا

يفقد كرامته بفقدانه مهاراته أو قدراته العلائقية. كما أنّ حالة المريض الخطيرة ليست سبباً لاعتبار أن العلاجات أضحت غير معقولة وغير منطقية أو أنّ الحياة، المفروض أنّ تكون مقدّسة، أصبحت بدون فائدة [5]. إضافة إلى أن تغذية الشخص إصطناعياً وإروائه لا يدرجا مسبقاً ضمن العلاجات اللامنطقية أو يعتبرها بدون هدف ما (خاصة وأنّ معناهما رمزي ويندرج ضمن مفهوم اللقاء والعلاقة حتى ولو لم يكن المريض قادراً على التواصل الفعلي). إضافة إلى ذلك، إن المعايير المتبعة للإنعاش، التي لا تبغي زيادة آلام المريض وإعاقته، تدفع بالطبيب إلى التفكير بما يمكن أن يفعله بتمييز وبحكمة كي يتحاشى القيام بالكثير الغير نافع وبالقليل الغير مؤثّر. إنّ الجسم الطبي والتمريضي مدعو إلى تحمل مسؤوليته بكل حكمة ومنطق وانطلاقاً من المعطيات الموجودة لديه بشكل يساعد المعنيين على اتخاذ القرارات الضرورية والمناسبة.

- [1] من ناحية علم الأعصاب، الوعي هي المعرفة التي للشخص العادي للواقع الخارجي، للوقت، لجسده، لأعماله ولحياته النفسية والعقلية.

- [2] عندما ينام المريض بشكل دائم دون إطعامه ستندهور حالته وسيحصل الكثير من التدايعات مما يسرع موته وهذا باعتقادي لا يعود عملاً طبيّاً بل عملاً غير واع وخال من التمييز.

- [3] ترفض الأخلاق المسيحية العلاجات العنيدة، الغير إنسانية، لأنّها تتابع العلاجات بشكل طبيعي في حين أنّ الشخص لا يتفاعل معها ونسبة النجاح أدنى بكثير من الفشل. (راجع تعليم الكنيسة الكاثوليكية أعداد 2278-2289). لا داعي للعلاجات العنيدة التي تؤلم المريض بهدف إطالة حياته فقط. هذا لا يعني أنّنا نرفض المثابرة من أجل إيجاد علاجات جديدة تخدم الإنسان. فالعلاجات العنيدة لا تعني أنّنا لا نريد تقدماً في الطب أو في الجراحة إنّما لا نريد أن تطبق هذه العلاجات من دون تمييز خاصة عندما يكون الموت لا محال منه. لا شك أنّ الطبيب وحده يمكنه أن يحدّد ما هو مفيد للمريض باعتماده على دراسات واختبارات وآراء زملاء له وعلى الحكمة الشخصية. علماً أنّ هناك حالات تترك الجسم الطبي ويصعب عليه أخذ القرار بشكل واضح لما للمحيط الثقافي والفكري والنفسي والمادّي من تأثيرات. هذا الرفض للعلاجات العنيدة لا يعطي للشخص الحق بإعطاء الموت للآخر. فلا يمكن للقتل الرحيم أن يصبح بديلاً للعلاجات العنيدة. من هنا عندما تقول الكنيسة الكاثوليكية أنّ القتل الرحيم "هو كل عمل أو كل إهمال يؤدّي إلى الموت، بذاته أو بالنية، بهدف إلغاء كل ألم." فالقتل الرحيم يوزن إذن بميزان النوايا وميزان الوسائل المستعملة". ويجب أن نميز بين القتل الرحيم وقرار العدول عما يسمى "بالمعالجة

العنيدة"، أي عن بعض الإجراءات الطبيّة التي لم تعد تناسب وضع المريض الحقيقي، لأنها أمست على غير نسبة مع النتائج المرجوة، أو لأنها أمست عبثاً باهظاً على المريض وعلى أسرته. في هذه الأحوال، عندما يصبح الموت وشيكاً لا مفرّ منه، بالإمكان ضميرياً الإقلاع عن علاجات لا تؤدي إلا إلى مهلة حياة هشة وشاقة، ولكن من غير أن تُوقّف العلاجات العادية التي تحقق للمريض في مثل هذه الحال". من الثابت أن الإنسان ملزم أدبياً بأن يتعالج ويلقى العلاج من غيره، ولكن هذا الإلزام يجب أن يُقارن بالواقع في أوضاعه الراهنة، فينظر إلى الوسائل العلاجية المتوفرة هل تتناسب وما هنالك من أمل في التحسن. التخلي عن العلاجات الخارقة واللامتناسبة، بل يعبر عن الخضوع للوضع البشري تجاه الموت" (إنجيل الحياة عدد ٦٥).

- [4] إعتقاد البعض بأنّ الموت المثالي يكمن بتسكين المريض كي لا يتألّم هو تفكير غير منطقي لا بل خيالي. للأسف نلجأ إلى هذه الطريقة في مستشفيات تعج بالمرضى تسهياً للعمل وتحاشياً للإصغاء للمريض المشرف على الموت. باعتقاد البعض أنّ التسكين يهدء معاناة العائلة في حين أنّها بحاجة إلى المرافقة كي تتمكن من القيام بمسيرة الحداد. فهذه المسيرة ستكون أصعب عليها إذا شعرت أنّها شاركت بتسريع موت مريضها.

- [5] إذا قلنا أنّ الحياة مقدّسة نعرض ذاتنا إلى خطرين : خطر عبادة الحياة وخطر إحتقار الحياة لأنها ضعيفة وهشة ومائتة. لذا شدّد البابا الطويأوي يوحنا بولس الثاني في خطاب له أمام الجمعية العامّة للأكاديمية البابوية من أجل الحياة، على الطابع المقدّس للحياة التي لا تخضع لأيّ شكل من أشكال مطلقة الحياة الجسدية. فهي كريمة ومحترمة ولكنها يحقّ لها أن تموت عندما تضعف قواها الجسدية. هذه النظرة المملأى رجاء هي التي تحوّل وتبدّل جسدنا المائت. (راجع ١ كو٥ : ٥٤). ينتج عن هذا الأمر سلوكاً أدبياً تجاه المريض والمشرف على الموت أي رفضاً للقتل والإنتحار وكل أشكال العلاجات العنيدة. الحياة البشريّة هي طريقة تأقلم دائمة لحالات متغيّرة تفتح الإمكانيّة لغنى معيّن في كلّ مرحلة من الوجود. ولكن للأسف كثير هم الذين يرفضون الحياة الضعيفة. لأنّهم يعتقدون أنّ نوعيّة الحياة مرتبطة بالإستقلالية وبالقدرة على العمل وأنّ قيمة الحياة وفائدتها تقاسان بمقدار ما هي قادرة أن تعاش بصحة جيدة. ولكن كيف نعيش هذه الحياة وعلى أي مقياس ؟ هل حياة المريض تخص فقط المريض ؟ ألا تفرض نوعيّة الحياة أن نأخذ بعين الإعتبار الخبرة الإنسانيّة، بتعدّد أوجهها، من دون أن نربطها فقط بالجانب البيولوجي والصحي ؟ إنّ الطابع المقدّس للحياة لا يناقض نوعيّة الحياة إلا إذا أردنا أن نطبق القول "نكون أو لا نكون". لأنّ الحياة لها نوعيتها حتى عند إشرافها على الموت مع ما تحمله من غنى كبير لا يتمن بالمقياس الإقتصادي.