

القتل الرحيم المموه الجزء الثاني (ثقافة العناية التلطيفية)

إننا نحیی كلّ الجهود التي تبذل اليوم في لبنان من أجل تفعيل دور العناية التلطيفية التي أبرزت الإختبارات أهميتها وفعاليتها في مرافقة المرضى في آخر حياتهم ليعيشوا في أفضل الظروف الممكنة. أعتقد أنه علينا أن نطور ثقافة العناية التلطيفية في مؤسساتنا الإستشفائية وحتى في المنازل ودور الراحة. لا يمكننا، بنظري، حلّ مشكلة الألم الداخلي عبر إيجاد أطر قانونية تسمح بالتسكين العميق حتى الموت، لأن هذا الحق لن يلغي أي سبب من أسباب هذا الألم. إن احترام كرامة الشخص البشري في أحلك ظروف حياته يبقى أساس الفن الطبي. لأن هذا الاحترام يتطلب تخفيف الآلام، رفض أية علاجات غير مفيدة، رفض القتل الرحيم [١] والوقاية من أية محاولات الإنتحار المساعد. إن تفعيل ثقافة العناية التلطيفية ما هو إلا جواب على منطق العمل الطبي. فاليد التي تعالج لا يمكنها أن تقتل.

من الضروري أن نقتنع بأهمية توحيد الجهود الطبية لكي تكون شفائية وتخفيفية؛ بمعنى أن العناية الطبية تستمر حتى عندما يصعب علينا شفاء المريض. هذه الثقافة تتضمن قيماً أخلاقية لا يمكن تغييبها لأن المريض لم يعد ممكناً شفاؤه. لذا من المهم أن تزداد التوعية حول أهمية هذه العناية التلطيفية التي تصغي إلى ضعف الشخص الذي ينادينا ويدعونا إلى علاقة ثقة لا يجوز أن ننكرها فقط لأنه لم يعد قادراً على الإجابة علينا. إن ثقافة العناية التلطيفية هي مسألة وطنية، ومن واجب المجتمعات التركيز على مهارات العاملين في مجال الصحة وتعزيز الثقة في عملهم وإعطائهم الإمكانيات اللازمة لممارسة هذا الفن الطبي والتمريضي بظروف مؤاتية تساعدهم على اللقاء بالمريض بشكل يتناسب مع كلّ حالة، بالرغم من كلّ التعقيدات، وعلى ممارسة دورهم بطريقة جيدة بعيدة عن الضغوطات كي يبقى كل عامل في مجال الصحة قادراً على التمييز بحكمة.

أعتقد أنه من الضروري أن تؤخذ العناية التلطيفية على محمل الجدّ حتى على المستوى المادي فلا تُعتبر هذه الفترة من حياة المريض مضيعة للوقت بما أنه لم يعد متجاوباً مع العلاجات، إنّما تصبح المرافقة، بشتى أنواعها ومع كل الفاعلين في هذه المرحلة، جزءاً من العلاج. فالمقاربة العلائقية تدوزن العلاجات وتجعلها ملائمة لحالة المريض وتعمل على تحسين نوعية حياته حتى لو كان مشرفاً على الموت. وهذا برأيي بحاجة إلى مصالحة بين العلاجات الشفائية والتخفيفية. فانعدام إمكانية الأولى لا تعني دخول الأشخاص المعنيين في فترة تمرير الوقت بانتظار ساعة الرحيل. إنّ ثقافة العناية التلطيفية لا تبدأ عند الإشراف على الموت بل في كيفية مقاربة مجتمعنا للضعف وللإعاقة وللوحدة. فلكي نصل إلى وضع نشعر فيه أننا في أزمة للموت هذا لأننا لا نعي الإهتمام الضروري للإنسان قبل دخوله في هذه الحالة.

هل التسكين العميق هو قتل رحيم ممّوه ؟

أن نحرم الشخص المريض من وعيه ومن قدرته على التواصل، وجعله مرتبطاً بحالة ضعف كبيرة، ليس بالأمر السهل. لذا من الضروري أن يكون اللجوء إلى مثل هذا الفعل إستثنائياً. ويجب أن نشدد على الحدود بين القتل الرحيم والتسكين. كيف نعرف إذ كان التسكين العميق الذي سيستمر حتى الموت هو قتل رحيم أم لا. عادةً، المعيار الأساسي لأخذ قرار التسكين هو نية الذي يقرره وإحترام استقلالية المريض ومبدأ التناسب . Proportionnalité لا شك أن نية الفعل ليست دائماً واضحة حتى للشخص الذي يقوم بالفعل وللآخرين الذين يتلقون الفعل. فإن النية الأدبية للقرار تظهر أكثر من خلال تقييم الفعل بذاته وظروفه وتاريخه أكثر منها بالنية التي تسبق الفعل. في حالة التسكين العميق، ندرك تماماً النية من وراء هذا الفعل ولكن ندرك بالمقابل أن زيادة الجرعة خلال التسكين يؤدي حتماً إلى موت الشخص ولو كان أصلاً مشرفاً على الموت. وبالرغم من كل هذا، تبقى النية أساسية في تحديد أخلاقية الفعل بذاته، لأنّ النتائج حتى الجانبية أو الثانوية وهكذا فعل هي مهمة وخطيرة (تقصير الحياة + فقدان الإستقلالية). ومن الضروري معرفة الهدف وغاية الشخص الذي يحكم بذلك. أمّا مبدأ التناسب يفترض أن الفوائد المتوقّعة من تقنيات التسكين تفوق الأحمال والأعباء الجسدية والنفسية للمريض ولمحيطه. ففي الطب، إحترام الحياة والمحافظة على صحة المريض هما من المبادئ الأساسية. ففي فن الإنعاش والتخدير، يعتمد الطبيب إلى حماية المريض من كل خطر ناتج عن تدخّل جراحي. لذلك على المريض أن يستفيد من كل الإجراءات الضرورية لإراحته (التنفس الإصطناعي، مرافقة دقيقة ومركّزة، ...). من هنا، نعمد، خاصة في العناية التلطيفية، إلى إراحة المريض أكثر منه إلى إطالة عدد أيام حياته. ولكن هذا الإجراء يطرح مسألة معنى مراقبة النتائج الثانوية أو الجانبية للتسكين من خلال وسائل ثقيلة خاصة إذا تم الإتفاق على إيقاف علاجات لا تعتبر ضرورية في وضع المريض الحالي. لذا من الضروري مناقشة طريقة التصرف، أمام تعقيدات تنتج عن التسكين، مع المريض والأهل[٢].

أعتقد أن إتخاذ القرار بالتسكين العميق مسألة كبيرة وثقيلة الحمل ولا يجب تنفيذها إلا في الحالات الإستثنائية جداً خاصة للمرضى الذي يظهر التشخيص أنه لا يبقى لديهم قدرة على الحياة.كلّنا مدركون أن كل تسكين ولو كان متقطعاً له نتائج ثانوية تظهر بتقصير عمر المريض ولكن من الضروري الإبقاء على الفصل بين هذا الفعل المسموح، حتى من الكنيسة، والتسكين العميق بهدف القتل الرحيم.

هل تكفي النية لتحديد أخلاقية الفعل ؟

تتألف أخلاقية الأفعال البشرية من ثلاثة مصادر أو عناصر : الموضوع المختار، الغاية المقصودة أو النية وظروف الفعل

الموضوع المختار: إنه مادة الفعل البشري. إن الفعل البشري يقتبس الطابع الأخلاقي قبل كل شيء من الغرض أو الموضوع الذي يقصده الإنسان بفعل إرادة حرة واعية. إن القيمة الأخلاقية للفعل البشري (أكان مطابقاً للخير الحقيقي أم مخالفاً له) مرتبط بمدى ملاءمة الموضوع أو الفعل المراد مع خير الشخص بحسب حكم العقل. وحده الفعل الجيد بموضوعه موجه نحو الغاية الأخيرة. يوجد لا شك أعمالاً بذاتها مخالفة للخير لأن موضوعها هو كذلك بغض النظر عن النوايا أو الظروف. الفعل الصالح هو الذي يعود غرضه بخير على الإنسان ويوفر من الخيارات الأخلاقية أفضلها. يقول ألفونس دي ليغوري معلّم اللاهوتيين الأخلاقيين "لا يكفي أن نعمل الأعمال الحسنة بل يجب أيضاً أن نحسن عملها ولكي تكون أعمالنا حسنة يجب أن نعملها إرضاء لله."

ألغاية أو النية : الغاية هي المقصد الأول للنية. إنه الهدف الذي يريد أن يصل اليه الانسان بفعله. والنية هي نزوع الإرادة للغاية، وهي تطلع لمقصد الفعل. إذا كنت أطمح للخير من خلال فعل محدد، فممكّن أن يكون هدف كل أفعالي. ويمكنني حتى أن أوجه أفعالي نحو غاية قصوى. مثلاً عندما أخدم، أهدف الى مساعدة القريب ولكن غايتي القصوى هي حب الله في الوقت ذاته. ولكن لنتبه : يمكن أن يكون لفعل واحد نيات متعددة. مثلاً أخدم محبةً بالقريب وأيضاً لأتباهى ولأحصل على شيء ما. ولننتبه أيضاً إلى أن النية الصالحة لا تجعل من الفعل بذاته صالحاً. مثلاً: عندما أقوم بفعل القتل بنية تخليص الشخص من عذاباته هذا لا يعني أن فعلي صار خيراً أو قوياً. فالغاية لا تبرر الوسيلة. لا يمكنني أن أقتل مريضاً بحجة أني أريح أيضاً عائلته. كما أن النية السيئة ممكن أن تجعل السلوك سيئاً مع أنه بحد ذاته حسناً كتخفيف الألم.

الظروف : وتتضمن النتائج. هي تساعد على جعل أخلاقية الأفعال تزداد أو تنقص صلاحاً أو سوءاً. (مثلاً: كم كان مبلغ السرقة) وبإمكانها أيضاً أن تنقص أو تزيد من مسؤولية الفاعل (أقوم بفعل سيء

خوفاً من أن يتألم المريض). ومهما كانت الظروف فهي لا تغيّر بصفة الفعل الأخلاقية. فالفعل السيء لا يمكنه أن يصبح جيداً لأن الظروف تفرض علي القيام به.

مهما حاولنا أن يكون موضوعنا صالحاً في ذاته والغاية سيئة، فالفعل يفسد. لا يمكنني أن أعطي مخدراً بهدف قتل الشخص ولو كان من أجل تخفيف آلامه. يمكن لموضوع أن يفسد الفعل كله. مهما حاولنا أن نقول مثلاً عن التسكين حتى الموت له مبررات أحياناً، فاختره دائماً خاطئاً مهما كانت الظروف والغايات ومهما كانت النوايا صالحة. لأن اختياره ينطوي على انحراف في الإرادة. لا يمكننا أن نحكم فقط أخلاقياً على فعل أو سلوك إنطلاقاً من النية أو الظروف. هناك مواضيع بحد ذاتها سيئة: القتل، لا يمكن أن يصبح فعلاً جيداً. ولكن هذا لا يمنع أنه يجب تغيير الظروف كي لا ندفع الناس إلى مثل هذه التصرفات. من هنا ضرورة أن نفعل ثقافة العناية التلطيفية. لا شك كلنا بحاجة إلى توعية وتنشئة من أجل أن نتأخر مع عمل الخير. ولكن بالمقابل علينا أن لا نشعر الأشخاص المرضى، لأننا نملك السلطة والقوة، أنهم مظلومين وندفعهم بذلك إلى استغلال ظروف حياتهم البائسة من أجل القيام بأفعال سيئة بنية أن يتخلصوا من الألم. علينا أن نسعى إلى عمل الخير ولا نتحجج بظروف الحياة الصعبة ولا بالنيات الحسنة لنقوم بأعمال سيئة لا تحقق أهداف خيرة ولا توصلنا إلى غايتنا القصوى أي تحقيق إرادة الله بحياتنا.

بعض التساؤلات الأخلاقية

هل التسكين يسرع الموت؟ من الصعب الإجابة على هذا السؤال بطريقة عملية واضحة. ولكن الخلط بين المخاطر ونية تسريع الموت ممكن. إنه لشرعي أن نتساءل عن الفرق بين التسكين والقتل الرحيم إذا اتفقنا على تحديد واضح للقتل الرحيم الذي هو الفعل الذي يضع عمداً حداً لحياة إنسان بقصد إنهاء حالة لا تُحتمل. نجد في هذا التحديد الواقع، النية والعمل. عملياً، التسكين يتم بنية تخفيف الشعور بالألم الغير مطاق من المريض من خلال استعمال أدوية إذا أوقفت يعود المريض إلى وعيه. إذا حدث موت الشخص خلال فترة استعمال هذه الأدوية، فإن موته مرتبط بتطور سلبى لوظائف حيوية أو مرتبط بالآثار الجانبية للأدوية والتي هي طبيعية شرط أن لا تكون معطاة بجرعات زائدة بهدف إحداث الموت.

هل يمكن أن يكون التسكين إقتراحاً يُقدّم بمواجهة طلب القتل الرحيم ؟ من الممكن أن يكون التسكين جواباً على طلب مسبق للمريض في حالة ألم شديد. يأتي التسكين هنا كجواب لتخفيف العوارض. لا يمكن إعتبره قتلاً رحيماً حتى ولو نتج عن ذلك موت المريض لأن النية تخفيف الألم. أما إذا طلب المريض الموت أو الإنتحار المساعد بسبب آلام وجودية، لا يكون التسكين العميق جواباً مناسباً على هذه الآلام.

أعتقد بأنّ هذه التساؤلات تظهر لنا كيف يكون الطبيب معرضاً لخطر قرارات غير متوافقة جواباً على ثلاث مستويات من الصراعات:

صراع المعالج : إن القدرة الطبيّة التي تزداد يوماً بعد يوم هي بمواجهة العجز الفعلي. أعتقد أن هناك فقداناً للتقدير الذاتي عند الطبيب بالنسبة لعلاقته بالرعاية المثالية التي طورها. يصير التحول من القدرة على فعل شيء ما إلى الواجب بالقيام بهذا الفعل. هذه الإشكالية تدفع بالطبيب إلى إستعمال وسائل وعلاجات غير معروفة أو غير موثوق بها كثيراً.

صراع بين المعالج والمريض: إن رفض المريض أحياناً لإقتراح علاج يُخفّف آلامه، في حين يعتقد المعالج أنه يساعده، يشكّل للطبيب نوعاً من الإحباط. لذا هناك خطر الوقوع باجبارية النتائج، بمعنى أن المعالج يشعر أن عليه إيجاد طريقة ما للحصول على نتيجة أكيدة. وعندها من الممكن أحياناً أن نخلط بين فعالية العلاج ونوعية الحياة مما يؤدي إلى قرارات ليست دائماً سليمة تدفع أحياناً إلى تقييم حالة المريض على أنها لا تستحق الحياة. إضافة إلى ذلك، فإن العلاجات الغير متكافئة [٣] بين النتيجة المرتجاة والوسائل المستعملة، تؤدي أيضاً إلى صراعات ومعضلات. كيف السبيل إلى إعطاء الوقت الكافي لهؤلاء المرضى "الميوّوس منهم"، بالنظر إلى مرضى آخرين بحاجة إلى عناية وحالتهم قابلة للتحسن ؟

صراع بين المعالج والمؤسسة : يتذمّر المعالجون أحياناً من غياب الإمكانيات المناسبة والكفاءات الضرورية لتحقيق علاجاتهم. لذا يلجأون أحياناً إلى التسكين لأنه عليهم أن يعملوا شيئاً ما بالرغم من كل النواقص. لذا من الضروري، أمام هذه الصراعات التي يجب محاربتها بكثير من الوعي دون الغرق في التعميم، تفعيل النقاشات الأخلاقية بين كل المعنيين والإجابة على الأسئلة التالية:

لماذا علينا أن نأخذ قراراً ؟ تحديد النوايا.

لمن نأخذ القرار ؟ غاية القرار هل هو مناسب لكرامة المعني بالقرار.

بأي حق يجب أن يؤخذ هذا القرار ؟ إضافة إلى الترابط مع القوانين والقيم التي تؤسس عمل الطب. من الضروري مناقشة مسؤولية من يأخذ القرار.

خاتمة

كلنا مدركون أنّ رفض القتل الرحيم من الكنيسة ومن غيرها هو مؤسس للثقة بين المعالجين والمرضى. لا يمكن أن يصبح الطبيب من ينقذ مطالب المريض بتسكينه حتى الموت. باعتقادي أن الأخوة تعاش بين أبناء وبنات هذه الإنسانية حتى نهاية الحياة. لذا من الضروري تفعيل ثقافة الأخوة التي تعطي معنى للمرافقة وتفرض واجباً أخلاقياً بتفعيل مهارات الجميع لاحترام الشخص الضعيف. إنّ مستقبل إنسانيتنا لن يكون بتفعيل الحريات الفردية دون أية حدود. فالشخص البشري لا يمكن أن يعيش وينمو ويبدع إلا بعلاقته مع الآخر وارتباطه به. هكذا يمكننا أن نختبر جمال الحياة وعظمتها.

الخوري شربل شلالا

إختصاصي في اللاهوت الأدبي وخلقية الحياة

Bibliographie

Périodiques

Mémeteau G. L'affaire Lambert. Médecine & Droit. 2014/11-12 ; (129) ; 129-134

Sadler K. Comment soigner en étant soi-même touché par la douleur de l'autre ?
Médecine palliative. 2014/11 ; 13(5) : 265-271

Charpentier M, Claudot F, Zielinski A. Sédation en phase terminale, sédation terminale, euthanasie : peut-on éviter la confusion ? Ethique & santé. 2014/09 ; 11(3) ;
152-160



Gamblin V, Da Silva A, Villet S et al. La sédation en médecine palliative : l'inévitable focalisation sur euthanasie ? *Ethique & santé*. 2014/09 ; 11(3) : 168-175

Gamblin V, Da Silva A, Villet S, et al. La sédation en médecine palliative : un soin de la limite et du paradoxe. *Ethique & santé*. 2014/09 ; 11(3) : 176-183

Mattellaer X. Fin de vie et phase terminale. Les dérives possibles de la sédation. *Jalmalv*. 2014 ; (116) : 65-75

Eugène Brigitte, Démarche évaluative des soignants avant une sédation pour détresse en phase terminale. *Jalmalv*. 2014 ; (116) : 13-20

Vialla F. Interrogations autour de la fin de vie. À propos de l'Avis 121 du CCNE « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir ». *Médecine & Droit*. 2013/09-10 ; (22) ; 147-59

Leheup BF. Sédation pour détresse en phase terminale et survie des patients, réflexion éthique. *Jalmalv*. 2012 ; (111) : 47-59

Beloucif S. Questions éthiques et fin de vie. *Médecine & Droit*. 2011/01-02 ; (106) ; 84-90

Geoffroy M, Blet D, Boch A. Aide à la réflexion face aux situations extrêmes. *Ethique & santé*. 2007/09 ; 4(3) : 165-8

Richard MS. La sédation en fin de vie. *Laennec*. 2001/06 ; (2) : 12-16

Textes officiels

Léonetti J, Claeys, A. Rapport de présentation et texte de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Assemblée Nationale. 2014.

CCNE, Rapport sur le débat public concernant la fin de vie. Octobre 2014.

Léonetti J. Rapport Assemblée nationale n° 970 fait au nom de la Commission de loi visant à renforcer les droits des patients en fin de vie. Assemblée Nationale. 2013.

CCNE, avis n° 121, Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir. Juillet 2013.

Commission de réflexion sur la fin de la vie (Sicard), Penser solidairement la fin de vie, Décembre 2012.

Livres

Robert Zittoun, La mort de l'autre. Une introduction à l'éthique clinique, Dunod, 2007.

Emmanuel Hirsch (dir.), Ethique, médecine et société. Comprendre, réfléchir, décider, coll. Espace Ethique, Vuibert, 2007.

Dictionnaire

Lemoine, Gaziaux, Müller (dir.), Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne, Euthanasie, Cerf, 2013, 905-910.

- [1] القتل الرحيم هو رحمة مشوّهة وكاذبة لأنّ الرحمة الحقيقية تتزامن مع آلام الآخر ولا تقضي على الشخص المتألّم. فبدل أن ندعم ونسند المريض بحب وبصبر نجد البعض يعمدون إلى وضع حدّ لحياته.

فالأطباء والأهل، بالرغم من صعوبة موقفهم، لا يمكنهم أن يتحولوا إلى مقررين لمصير حياة الشخص وكأنهم أسياد عليه.

- [2] بشكل عام، التسكين يجب أن يكون متقطعاً بحيث يمكن للمريض أن يعود إلى وعيه بين فترة وأخرى وهذا يساعد الأهل على تقبل إمكانية فقدان قريبتهم.

[3] - الأشخاص الذين يكتبون وصية بيولوجية يطلبون فيها الإمتناع عن إعطائهم أية علاجات غير متكافئة يمكنهم القيام بذلك شرط أن لا يكون هذا الطلب بخدمة القتل الرحيم بل لمنع كل العلاجات الغير مفيدة. مع العلم أنه من الضروري إعادة النظر بهذه العلاجات مع تقدم الطب.