

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
شهید صدوقی یزد

## دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکتری عمومی

موضوع

بررسی دیدگاه پرستاران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی  
شهید صدوقی یزد در مورد اتانازی

استاد راهنما

دکتر جمشید آیت اللهی

استاد مشاور

دکتر مصطفی بهجتی اردکانی

مشاور آمار

دکتر فلاح زاده

نگارش

فاطمه خالقی

۱۳۸۶ / ۱۷ / ۱۷

۹۴۳۸۰

سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶

تقدیم به استاد علم و اخلاق

جناب آقای دکتر جمشید آیت اللہی

و با تقدیر و تشکر از:

استاد مشاور جناب آقای دکتر مصطفی بہجتی

و

مشاور آمار جناب آقای دکتر فلاح زادہ

به پدر و مادره ؛ ققنوس های همیشه

دل نگران زندگی

و

به همساره ؛ یکرنگ ترین دوستی که

تابحال داشته‌ام.

و

تقدیم به

# پرستارانی

که دست محبتشان مرهم رنج بیماران است.

## فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۱	خلاصه
	فصل اول - مقدمه و کلیات
۵	تعریف
۶	تاریخچه
۹	اتانازی یک انتخاب
۹	اتانازی، موافقین و مخالفین
۱۲	اتانازی در کشورهای مختلف جهان
۱۷	بیان مسئله و اهمیت موضوع
۱۸	مروری بر مقالات و مطالعات انجام شده
۲۶	اهداف
۲۶	هدف کلی
۲۶	اهداف ویژه
۲۶	سؤالات پژوهشی

صفحه

عنوان

۲۸	تعریف واژه ها
	فصل دوم - روش کار
۳۱	روش انجام تحقیق
۳۱	نوع مطالعه
۳۱	جامعه مورد مطالعه
۳۱	برآورد تعداد نمونه
۳۱	روش نمونه گیری
۳۱	معیارهای ورود
۳۱	معیارهای خروج
۳۱	روش جمع آوری داده ها
۳۲	روش اجرای طرح
۳۲	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۳۲	مشکلات و محدودیت ها
۳۳	جدول متغیرها

صفحه

عنوان

فصل سوم - نتایج

۳۵

نتایج

۳۹

جداول

فصل چهارم - بحث

۴۸

بحث و نتیجه گیری

۵۲

پیشنهادها

۵۳

خلاصه انگلیسی

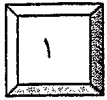
۵۴

منابع و مأخذ

۵۷

پرسشنامه





## خلاصه

اتانازی به مفهوم کمک دلسوزانه به تسریع مرگ و پایان دادن به زندگی بیماران است. امروزه در بسیاری از کشورهای جهان مطالعات زیادی در مورد میزان موافقت عمومی در مورد اجازه قانونی اتانازی برای بیماران مراحل انتهایی و بیماریهای لاعلاج صورت گرفته است.

با توجه به اینکه در جامعه کنونی ما تعداد بیماران صعب العلاج نظیر انواع سرطانها و بیماران اغمایی زیاد می باشد و در عین حال درمان شفا بخش در مورد این دسته از بیماران وجود ندارد و تنها با روشهای کنونی مدتی بقای با درد و رنج بیمار افزایش می یابد که هزینه های گزافی نیز به خانواده بیمار تحمیل می کند آیا اتانازی می تواند به عنوان راه حلی برای کمک به بیمار و خانواده او در نظر گرفته شود؟

با هدف بررسی نحوه نگرش و دیدگاه پرستاران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی شهر یزد نسبت به این مقوله در قالب یک مطالعه توصیفی به روش مقطعی و با ارایه یک پرسشنامه نظرات و دیدگاههای گروهی از پرستاران را جویا شدیم. سوالات پرسشنامه به صورت - Close ended طراحی شده بود و در صورت نیاز در موارد بخصوص پاسخ دهنده مجاز بود در مورد هر سؤال توضیح لازم را ارائه دهد.

نمونه مورد مطالعه که به روش نمونه گیری آسان اخذ شده بود شامل ۴۱۰ پرستار با میانگین سنی  $31/2 \pm 6/5$  سال بود (۳۱۸ زن و ۹۲ مرد). و تمامی این پرستاران مدرک لیسانس داشتند.

از مجموع ۴۱۰ پرستار، ۳۱۷ پرستار (۷۷/۳٪) با مقوله اتانازی آشنا بودند. ۹۷ پرستار (۲۳/۶٪) حداقل برای یکبار درخواست اتانازی را (چه از بیماران و چه از بستگان آنان) دریافت کرده بودند. ۵ نفر (۱/۲٪) در طول دوران کاری خود به حداقل یک مورد از انجام اتانازی توسط سایر همکاران

برخورد کرده بودند. در حالیکه تنها ۳ نفر سابقه انجام اتانازی را گزارش کردند. در مجموع ۲۳۰ نفر (۵۶٪) مخالف اتانازی بودند در حالیکه ۸۷ نفر (۲۱/۲٪) حداقل با یکی از اشکال اتانازی نظر موافق داشته و ۹۳ نفر (۲۲/۷٪) با این مقوله آشنایی نداشتند.

اکثر موافقین ۷۳ نفر (۸۳/۹٪) دلیل پذیرش آنرا نجات بیمار از درد و رنج غیر قابل علاج اظهار داشته و ۸ نفر (۹/۲٪) احترام به آزادی فردی و حق انتخاب بیمار در تعیین سرنوشتش و ۵۳ نفر (۶۰/۹٪) جلوگیری از صرف هزینه های بیهوده را دلیل موافقت خود اظهار کرده بودند. در عوض مخالفین اتانازی در ۸۰/۴٪ موارد اتانازی را بدلیل مغایرت با اخلاق پرستاری و ۹۱/۳٪ موارد بدلیل قتل نفس و در ۱۸/۷٪ موارد بدلیل تأثیر سوء بر روابط بین پرستار و بیمار رد کردند.

اکثر موافقین اتانازی (۱۱۰/۳٪) نظر پزشک را برای انجام آن لازم می دانستند، (۶۰/۹٪) درخواست بیمار و (۵۱/۷٪) درخواست بستگان بیمار و تنها (۹/۱٪) تصمیم خود پرستار را شرط تصمیم گیری برای انجام اتانازی می دانستند.

اکثر موافقین اتانازی (۸۱/۶٪) با اتانازی از نوع غیر فعال آن موافق بودند. بیشتر موافقین اتانازی انجام آنرا در بیماران صعب العلاج که از درد شدید رنج می بردند ترجیح داده اند (۹۵/۴٪) سایر موارد پذیرش عبارت بودند از: نوزادان با آنومالی شدید (۶۰/۹٪) بیماران با معلولیت شدید و ناتوانی جسمی (۳۶/۸٪) بیماران روانی غیر قابل درمان (۵/۷٪) بیمارانی که امید به زنده ماندنشان نیست و هزینه های زیادی صرف درمان بیهوده آنان می شود (۸۹/۷٪) افراد سالمند و بسیار ناتوان و از کار افتاده (۱۲/۶٪). پرستاران زن نسبت به مردان پرستار به میزان کمتری با اتانازی موافق بودند (۲۴/۶٪ در مقابل ۴۰/۳۵٪) و این اختلاف معنادار بود ( $P < 0.05$ ). (۱۰۴ نفر از پرستاران در صورت قانونی شدن، حاضر به انجام اتانازی بودند).

این مطالعه نشان داد میزان موافقت با اتانازی در بین پرستاران یزدی کم نیست. بهر حال این مطالعه نشان داد که برخی خصوصیات فردی پرستاران نظیر سن و جنسیت ارتباط واضحی با نگرش آنان به این مقوله دارد. نتایج این مطالعه می بایست در قالب مطالعات جامع آتی و به روش نمونه گیری تصادفی اثبات و تقویت گردد.

فصل اول:

مقدمه و کلیات

## تعریف

اتانازی عبارتست از عمل آگاهانه پزشک (درمانگر) در نحوه برخورد با بیمار با روش های مستقیم یا غیرمستقیم که باعث مرگ وی شود. Euthanasia در واقع مرکب از دو واژه یونانی eu به معنای آسان و خوب و thanasia به معنای مرگ یا کشتن می باشد. سایر نامهای آن کشتن از روی ترحم (Mercy Killing)، مرگ آرامبخش (happy death) یا مرگ آسان (easy death) می باشد. (۱-۱۳)

بر اساس نحوه برخورد پزشک و نحوه انتخاب اتانازی حداقل ۵ نوع اتانازی وجود دارد که عبارتند از: داوطلبانه و فعال، غیر داوطلبانه و فعال، غیر ارادی و فعال، انفعالی و غیر مستقیم. (۱-۱۵) اتانازی در تاریخ نیز از سابقه طولانی برخوردار است و امروزه نیز موضوع بحث پزشکان و حقوقدانان و صاحب نظران اخلاق و علمای دینی است. با اینحال امروزه در پاره ای کشورها مثل هلند و کانادا و برخی ایالات آمریکا این عمل جرم محسوب نمی شود. استدلال طرفداران اتانازی غالباً این است که این عمل باعث رهایی بیماران از درد طاقت فرسا و رنج و ناراحتی است و بعلاوه در صورتیکه این اقدام با خواست بیمار همراه باشد در حقیقت احترام به حق انتخاب و آزادی بیمار تلقی می شود. (۱-۱۳)

از سوی دیگر مخالفین اتانازی معتقدند این عمل می تواند بر روابط بین درمانگر و بیمار خدشه وارد کند و با اصول اخلاقی، انسانی و دینی مغایرت دارد. از طرف دیگر در سوگند نامه بقراط پزشکان قسم می خوردند که هرگز داروی مرگ آور تجویز نکنند و هرگز توصیه ای به بیمار نکنند که باعث مرگ او شود. (۱-۱۶)

## تاریخچه

اتانازی سابقه تاریخی بسیار طولانی دارد. اولین بار مرگ داوطلبانه در یونان قدیم رخ داد، سقراط جام شوکران را می نوشد و به همین دلیل مرگ داوطلبانه بلافاصله توسط مکتب سقراط محکوم می گردد و بقراط در سوگندنامه خود متعهد می شود تا هرگز داروی مرگ آور به بیماری ندهد و هرگز کسی را به مرگ ترغیب نکند. پس از آن در طول دوران تسلط دین مسیحیت بر اروپا و امپراطوری روم، خودکشی و دیگر کشی به شدت نفی شده و از مصادیق کفر قلمداد می شدند. به همین دلیل مساله مرگ داوطلبانه برای مدت های طولانی به فراموشی سپرده شد تا اینکه همزمان و بعد از رنسانس در اروپا کم کم زمزمه های مخالفت با دین حتی در مقوله مرگ و زمان پایان حیات به گوش رسید. در سال ۱۵۱۶ میلادی توماس مور انگلیسی در کتابی به نام اوتوپیا خودکشی و رهایی بیماران رنجور از درد و رنج را توصیه می کند. فرانسیس بیکن در سال ۱۶۲۰ در کتاب «ارغنون نو» واژه اتانازی را وارد فرهنگ لغات پزشکی کرد. هیوم، فیلسوف اسکاتلندی در قرن ۱۸ استدلال کرد که خودکشی سربچی از وظیفه انسانی نیست. در قرن ۱۹ جان استوارت میل به گونه ای مشابه اظهار می دارد که تا وقتی به دیگران آسیبی نرسد، مجازات تن و جان هیچ اشکالی ندارد. در حدود سال ۱۹۰۰ امیل دورکیم (جامعه شناس) دیدگاه آسیب شناسی نسبت به خودکشی را رد کرد و روشهای غیرمستقیم آن را از مفهوم عام خودکشی جدا کرد. (۱۹۱۷)

البته تلاش های قانونی حقوقی در خصوص تصویب لایحه مرگ داوطلبانه از حدود سال ۱۸۹۰ آغاز شده بود، این لایحه بارها به مجلس انگلستان و آمریکا ارائه شد اما به دلیل مخالفت جامعه پزشکی تا سال ۱۹۳۵ طرح دوباره آن مسکوت گذاشته شد اما پس از آن به کرات در محافل پزشکی، قانونی و حقوقی به بحث گذاشته شد.

در سال ۱۹۵۰ لرد کورلسی در مجلس عوام انگلستان توجه به اتانازی را مطرح کرد ولی پس از بحث فراوان، اکثریت بر آن رای منفی دادند و این گونه اظهار شد: بسیاری از بیماریهای لاعلاج امروز ممکن است بیماری های قابل درمان فردا باشند.

در سال ۱۹۵۲ جمعیت طرفداران اتانازی در نیویورک که به وسیله شخصیت های برجسته و روحانیون پروتستان و گروهی از پزشکان حمایت می شد، طوماری در پشتیبانی مجوز اتانازی به سنای آمریکا فرستادند ولی رئیس مجلس سنا از حمایت آن خودداری کرد و درخواست طرح آن را در مجلس قانون گذاری رد کرد. بعدها این جمعیت فعالیت خود را در سطح آمریکا گسترش داد و در نتیجه مردم عادی و روشنفکران را با خود هم صدا نمود. در سال ۱۹۵۲ اعضای کیششان پروتستان آمریکا با قانونی شدن اتانازی مخالفت کردند و اعلام داشتند که زندگی و مرگ نعمتهایی است که در اختیار خداوند است. (۱۵)

در همین دوران در اوایل ۱۹۵۵ در هلند جنبش نوین اتانازی شکل می گرفت. ابتدا جوزف فلچر (Jozeph Feltcher) عالم مذهبی هلندی که در زمان اشغال هلند توسط نازی ها از مخالفان سرسخت سیاستهای نژاد پرستانه آنها به شمار می رفت، رهبری این جنبش را بدست گرفت. سی سال بعد از جنگ جهانی دوم، دادگاه هلند دکتر «پوستما» که مادر خود را با تزریق ۲۰۰ میلی گرم مورفین داخل وریدی با مرگ آرام از بین برده بود مجرم شناخت اما اهالی روستای پزشک و جمعیت طرفداران اتانازی و بعدها بسیاری از مردم هلند با جمع آوری اعانه او را در دادگاه عالی تبرئه نمودند و این مساله سبب گسترش موج طرفداران اتانازی گردید و بالاخره وزارت بهداشت و نظام پزشکی هلند در سال ۱۹۸۱ اتانازی را بر اساس شرایط خاص امکان پذیر دانست. (۱۳ و ۱۴)

از سال ۱۹۷۰ که مجدداً موضوع ادامه یا متوقف ساختن اقدامات درمانی در بیماران غیر قابل علاج مطرح گشت، بسیاری از پزشکان معتقد بودند که این امر همانند اتانازی است، در نتیجه اتانازی به دو صورت فعال و غیرفعال تقسیم بندی شد. در آن زمان مرگ به معنای از کار افتادن اعضای حیاتی بدن از جمله قلب و ریه محسوب میشد تا اینکه در سال ۱۹۸۶ کمیته ای در دانشگاه هاروارد از کار افتادن تمام فعالیت های فیزیولوژیک مغز را به نام مرگ مغزی Brain Death عنوان کرد.<sup>(۹)</sup>

پس از آن مرگ مغزی که با معیارهای استاندارد تدوین شده بود، مورد قبول جامعه پزشکی قرار گرفت و در سال ۱۹۹۴ توصیه شد برای افرادی که دچار مرگ مغزی شده اند، ادامه حیات با حمایت از قلب و ریه ضرورت ندارد.

در سال ۱۹۸۸ اولین بار موسسه آماری Roper در آمریکا این سؤال را مطرح کرد که اگر بیمار از بیماری غیر قابل درمان رنج می برد و از نظر تحمل درد و فشارهای جسمی و روحی در عذاب است، آیا پزشک معالج می تواند به درخواست مرگ او پاسخ مثبت دهد یا خیر؟ در آن زمان ۵۸ درصد مردم پاسخ مثبت دادند و ۲۷ درصد پاسخ منفی. این آمار در سال های اخیر در کانادا، انگلستان و فرانسه و هلند افزایش یافته است و ۷۰ درصد از پاسخ دهندگان نظر مثبت دادند. چنین برداشتی در جوامع غربی منجر به قانونی کردن اتانازی از طرف مجالس استرالیا، آلمان و هلند و حتی اروگوئه گردید و در برخی ایالت های آمریکا نیز تصویب این لایحه در جریان است.<sup>(۱۰)</sup>

هم اکنون گر چه اتانازی در اکثر کشورهای جهان غیر قانونی و غیر اخلاقی است اما انجام آن در برخی کشورها نظیر هلند، اروگوئه، شمال استرالیا و برخی ایالات آمریکا و آلمان منع قانونی ندارد. با این حال این مقوله همچنان بحث روز محافل اخلاقی، پزشکی و حقوقی و اجتماعی، بخصوص در کشورهای صنعتی و ثروتمند دنیاست.<sup>(۱۱)</sup>



## اتانازی یک انتخاب!

طب سنتی اجازه انتخاب زمان مرگ به بیمار را نمی داد، اما در پزشکی نوین بیشتر بیمارانی که در بیمارستان ها می میرند اغلب درگیر بیماری هایی چون کانسر، AIDS یا روندهای نورودژنراتیو هستند. امروزه حدود ۶۰ درصد از کل مرگ ها در بیمارستان رخ می دهد و ۲۰ درصد دیگر در آسایشگاههای سالمندان و تعدادی از بیماران هم که در خانه فوت می شوند از مراقبت های بیمارستانی بهره می برند و این امر سبب شده تجهیزات و امکانات پزشکی بطور عمده جهت زنده نگه داشتن افراد در روزها و یا هفته های پایانی زندگیشان صرف شود.

دوم اینکه، با پیشرفت های تکنولوژی در پزشکی در حال حاضر می توان به عنوان مثال تنفس را بدون امید به دست یابی یک زندگی معنادار طولانی ساخت. و این امر بیماران و بستگان و اجتماع را با مشکلات و معضلات بی شمار پزشکی، قانونی و اخلاقی مواجه ساخته است. این مسائل در کنار ایجاد حق انتخاب برای بیمار از یک سو، و موارد متعدد انجام اتانازی همراه با رای مثبت برخی دادگاه ها به آن از سوی دیگر این موضوع را عینیت بیشتری بخشیده است. (۱۹۳)

## اتانازی، موافقین و مخالفین

اثبات یا رد اتانازی همچنان در هر دو سو، مورد بحث و شک و تردید است. طرفداران اتانازی معتقدند کیفیت حیات بسیار مهمتر از طول مدت زندگی است و رهایی بیمار از دردهای طاقت فرسا کاری غیر اخلاقی قلمداد نمی شود. و دیگر آنکه پذیرش انجام اتانازی و انجام آن، احترام به آزادی و حق انتخاب انسان است.

بیماران حق دارند در مورد قطع درمان های طولانی کننده حیات تصمیم بگیرند و اگر بیمار از لحاظ عقلی در سلامت باشد پزشک ملزم به برآورده ساختن خواسته های اوست. در کنار این مقوله

طرفداران اتانازی فعال و ارادی معتقدند که نظیر این حق باید در مورد بیماران مبتلا به کانسر، ایدز و آسیب های پیشرونده نورولوژیک فراهم باشد تا بتوانند پزشک را برای کمک به مردن انتخاب کنند. در واقع این نوع اتانازی در حقیقت یک جانشین خوشایند و درخور شأن انسانی برای برخی بیماران ناامید و لاعلاج است. (۱۵ و ۱)

در سال ۱۹۳۱ Ludwig Eldestin مطرح کرد که بقراط دنباله رو فیثاغورث بوده و نماینده پزشکان یونان باستان نبوده است. او معتقد است که متن سوگندنامه بقراط به طور تحریف شده در اختیار پزشکان قرار گرفته و در همه جای دنیا نفرین های سوگندنامه سانسور شده است. او معتقد است که اگر سوگندنامه بقراط مبدأ اخلاق پزشکی باشد اصولاً سقط جنین و جراحی به روش امروزی نیز در آن منع شده است و نباید به آنها عمل شود. او معتقد است اکثر پزشکان یونان با اجازه مرگ یا اتانازی مخالفتی نداشتند. (۱)

در سوی دیگر ماجرا، مخالفین اتانازی با استدلال های قوی اخلاقی و پزشکی قرار دارند و آنها در مورد اتانازی فعال؛ معتقدند حتی اگر بیمار بطور داوطلبانه آن را بپذیرد، این امر در نهایت قتل نفس محسوب می شود.

دوم اینکه، می توان بیشتر درد و رنج بیماران را با مراقبتهای دلسوزانه برطرف کرد. در حقیقت برخی پزشکان یا پرستاران که آموزش ضعیفی در مورد کنترل درد یا اقدامات تسکین دهنده دیگر دارند اتانازی را به عنوان روشی جهت رهایی از درد معرفی می کنند.

سوم؛ بسیاری از بیماران که قبول کمک در مرگ را می پذیرند ممکن است دچار افسردگی شده باشند؛ تشخیصی که در مورد بیماری های مزمن و دردناک بسیار مشکل است چرا که نشانه های اساسی اختلال افسردگی ماژور در اغلب بیماران ناخوش در مراحل انتهایی دیده می شود. در این

مورد حتی روانپزشکان در تشخیص موارد افسردگی در بیماران شدیداً بدحال دچار مشکل هستند. مطالعات مختلف نشان داده اند که امید و تقاضای به زندگی در بسیاری از بیماران با بیماری های تهدید کننده حیات پس از انجام درمان علیه افسردگی اساساً افزایش می یابد.

چهارم؛ با قانونی ساختن اتانازی بطور بی رحمانه ای تصمیم به ختم زندگی در مورد بچه های با نقایص بدو تولد یا بزرگسالان با بیماریهای روحی انجام خواهد گرفت. با برداشته شدن محدودیت ها، انتخاب درمان موارد بیماری های صعب العلاج و یا حتی

بیماران با کفایت عقلی خواستار اتانازی، جای خود را به این امر خواهد داد.

پنجم؛ ممکنست در شرایط ویژه اقتصادی و اجتماعی برخی بیماران اتانازی را از این جهت که سر بار نباشند قبول کنند.

و در نهایت اتانازی مسئولیت تاریخی پزشک در حراست انسان ها را زیر سؤال می برد، با قانونی کردن اتانازی پایه های اعتماد بین بیمار و پزشک (درمانگر) سست می شود. بعلاوه راه برای سوء استفاده از اتانازی باز شده و احتمالاً هیچ گونه کنترلی را نمی توان بر آن داشت اگر چه بسیاری پزشکان ممکن است با حق بیمار در انتخاب زمان مرگ موافق باشند، اما این باعث نمی شود تا درمانگر بتواند حق اقدام برای مرگ را بخود بدهد. (۱۶)

علاوه بر این از نقطه نظر اخلاقی حتی در بین موافقین اتانازی موافقت های عمومی در برخی کشورها تنها با نوع غیر فعال اتانازی صورت گرفته است و تعداد موافقین با نوع فعال و ناخواسته اتانازی

(Active involuntary) بسیار کم شمارند. (۱)

## اتانازی در کشورهای مختلف جهان

در حالیکه اتانازی بحث روز اکثر محافل پزشکی، اخلاقی و حقوقی کشورهای غربی است اما امروزه تنها در شمال استرالیا قانونی شناخته می شود. با این حال در برخی کشورها نظیر هلند، اروگوئه، و برخی ایالات آمریکا و آلمان انجام اتانازی پیگرد قانونی ندارد. این در حالیست که در بسیاری از کشورها از جمله ایران حتی تا کنون بحثی از آن به میان نیامده است که شاید دلیل این امر، عدم احساس ضرورت طرح آن باشد.

اما اگر چه عنوان می گردد که اتانازی در اکثر کشورها غیر قانونی است در حقیقت ارتکاب به آن کم و بیش شاید در همه نقاط جهان صورت می پذیرد.

در آمریکا بیشتر تشکیلات پزشکی، مذهبی، حرفه ای و قانونی اساساً در مخالفت با اتانازی هستند. انجمن روانپزشکان آمریکا و انجمن پزشکان آمریکا اتانازی فعال را غیر قانونی دانسته و آنرا مغایر اخلاق پزشکی می دانند در واقع مساله اصلی در این کشور بر سر قانونی نمودن اتانازی غیر فعال است.

از حدود سی سال پیش تاکنون، موارد متعددی از جدال موافقین و مخالفین انجام اتانازی در دادگاههای آمریکا مطرح شده است که اولین آن، مورد Karen Quinalan در ۱۹۷۶ در دادگاه نیوجرسی بود و بدنبال آن مورد Severns در دادگاه Delaware در ۱۹۸۰، سپس spring در دادگاه ماساچوست و conroy در دادگاه عالی نیوجرسی بود که در این موارد دادگاههای ایالتی مذکور، رای به قطع حمایت های ادامه دهنده حیات و انجام اتانازی پاسیو دادند.