

इच्छामरण - सुखांत

एक अभ्यास



संशोधन न्यास

पुणे

सप्टेंबर २०१६

ऋणनिर्देश

ज्या वैद्यकीय सल्लागारांनी आपला अमूल्य वेळ देऊन सदर संशोधना-संदर्भातील प्रश्नावलीला उत्तरे दिली त्यांचे संशोधन मंडळ अत्यंत ऋणी आहे.

त्याचप्रमाणे या प्रकल्पाचे संशोधन मंडळ व प्रकल्प पूर्णत्वास नेण्यासाठी सहकार्य केलेल्या सर्व मित्र परिवाराचा संशोधन न्यास कृतज्ञ आहे.

“Study on Ethanasia- Happy End” या पुस्तिकेचा मराठी अनुवाद संपूर्ण सेवाभावाने करून दिल्याबद्दल न्यास व संशोधन मंडळ डॉ. सौ. वृषाली जोशी यांचे अत्यंत आभारी आहे.

संशोधन मंडळ

डॉ. शरद जोशी, प्रकल्प संचालक डॉ. आमोद मरकळे, सहसंचालक
डॉ. सुभाष भावे, समन्वयक डॉ. मनोहर इंगळे, अनुवाद समन्वयक
डॉ. शशिकांत करंदीकर, सल्लागार

सभासद

डॉ. अभय दिवाण प्रा. आशीष व्यास डॉ. अश्विनी सोवनी
डॉ. चंद्रकांत सराफ डॉ. धनंजय अवसरीकर डॉ. गिरीश तेलंग
प्रा. शशिकांत शर्मा

संशोधन न्यास

[सार्वजनिक धर्मादाय न्यास, पंजीकरण क्र. E-5870 (P)]

विश्वस्त

डॉ. सुभाष भावे
एम्.ए. (अर्थशास्त्र), पी.जी.डी.बी.ए. (आय्.आय्.एम्., अहमदाबाद)
एल्.एल्.बी., पीएच्.डी., वृत्तपत्रविद्या पदविका

डॉ. मनोहर इंगळे
बी.एस्.सी., एम्.एम्.एस्., पीएच्.डी.

डॉ. आमोद मरकळे
बी.एस्.सी., एम्.एम्.एस्., पीएच्.डी.

श्री. अनिरुद्ध भावे
एम.कॉम., डी.सी.एम्.

दी महाराष्ट्र एक्झिक्यूटिव्ह अँड ट्रस्टी कंपनी (प्रा.) लि.
व्यवस्थापकीय विश्वस्त

इच्छामरण - सुखांत

एक अभ्यास



संशोधन न्यास

नोंदणीकृत कार्यालय

दि महाराष्ट्र एक्झिक्यूटर अँड ट्रस्टी कं. प्रा. लि.

(‘बँक ऑफ महाराष्ट्र’ची उपसंस्था)

५६८, नारायण पेठ, पुणे ४११ ०३०.

दूरध्वनि : ०२०-२४४९७९६५

इच्छामरण-सुखांत

मोनोग्राफ :

संशोधन न्यासातर्फे मर्यादित वितरणासाठी
(विक्रीकरिता नाही)

मुद्रक व प्रकाशक :

संशोधन न्यास

नोंदणीकृत कार्यालय

दि महाराष्ट्र एक्झिक्यूटर अँड ट्रस्टी कं. प्रा. लि.

(‘बँक ऑफ महाराष्ट्र’ची उपसंस्था)

५६८, नारायण पेठ, पुणे ४११ ०३०.

दूरध्वनि : ०२०-२४४९७९६५

मुद्रण :

श्री प्रेरणा एंटरप्राईजेस,

सर्व्हे नं १४/३/१, समर्थ नगर,

हिंगणे खुर्द, पुणे ४११ ०५१.

निवेदन

‘समाजोपयोगी संशोधन’ हे संशोधन न्यासाचे उद्दिष्ट आहे. अशा प्रकारच्या संशोधनाच्या निष्कर्षांचा उपयोग समाज व व्यक्ति या दोहोंस व्हावा अशी अपेक्षा आहे.

अनेकदा केलेल्या विचार मंथनातून असे ठरले की ‘सुखांत’ या विषयावर संशोधन होणे गरजेचे आहे. मुंबई, देशातील काही राज्ये व जगातील अन्य भागामध्ये याविषयावर संशोधन झाल्याची माहिती प्रकाशित वाङ्मयाचा शोध घेता लक्षात आली. तथापि पुण्यात या विषयाबाबत शास्त्रीय पद्धतीने संशोधन करण्याची आवश्यकता जाणवली.

एप्रिल २०१३ मध्ये ‘सुखांत’ या विषयावर संशोधन करण्याबाबत निर्णय घेण्यासाठी समविचारी संशोधकांची बैठक घेण्यात आली.

‘सुखांत’ संबंधित एकूण १८ पैलू लक्षात आले ते असे- मानववंशशास्त्रीय, खगोलशास्त्रीय, अर्थशास्त्रीय, नैतिक, अर्थव्यवहारविषयक, वृद्धत्वशास्त्रविषयक, विमाविषयक, वैधानिक, न्यायिक, वैद्यकीय, न्याय-वैद्यकीय, तत्वज्ञानविषयक, मानसशास्त्रीय, धार्मिक, सामाजिक, आध्यात्मिक, विशेष सेवाविषयक आणि अंतःकालीन रुग्ण (परिहार) सेवाविषयक. उपलब्ध मनुष्यबळ आणि आर्थिक क्षमता लक्षात घेऊन प्रथमतः एक दिशादर्शक पाहणी अभ्यास करावा असे ठरले. अशा अभ्यासातून अधिक सखोल संशोधनासाठी दिशा मिळू शकेल अशी अटकळ होती.

सुरवातीला वैद्यकीय व्यवसायातील तज्ञांची याविषयावरील मते जाणून घेण्यासाठी एक प्रश्नावली भरून घेण्यात आली.

येथे सादर करण्यात आलेला अहवाल फक्त वैद्यकीय तज्ञांच्या मतांवर आधारित आहे. अठरा पैलूपैकी फक्त एकाच पैलूवर संशोधन करण्यात आले आहे. यातून या विषयावर अधिक संशोधन करण्याची दिशा मिळेल अशी आशा आहे.

‘सुखांत’ हा एक अत्यंत महत्वाचा विषय आहे. हा या अभ्यासाचा निष्कर्ष.



कोष्टकांची सूची

कोष्टक क्र.	कोष्टकाचे शीर्षक	पान
१.	जीवनाचा अंत करण्यासंबंधीच्या निर्णयात सहभाग असलेल्या केसेसचा आकडा	३६
२.	जीवनाचा अंत करण्यासाठी दिलेली कारणे	३७
३.	वैद्यकीय शास्त्राच्या आवाक्यात असलेली, रुग्ण बरा होण्याची शक्यता फारच कमी आहे असे डॉक्टरांनी सांगितल्यावर जीवनान्ताच्या निर्णयासाठी ते महत्वाचे वाटणारे गट व व्यक्तींचे रुग्णाशी असलेले नाते.	३८
४ अ	रुग्णाची कुटुंबासाठी असलेली उपयुक्तता किंवा काही करण्याची उमेद नगण्य असणे हे जीवनाचा अंत करण्याची विनंती करण्यासाठी दिलेल्या कारणे महत्त्व व व्यक्तीचे रुग्णाशी असलेले नाते.	३९
४ ब	वैद्यकीय खर्च परवडत नाही हे जीवनाचा अंत करण्याची विनंती करण्यासाठी दिलेल्या कारणे महत्त्व व व्यक्तीचे रुग्णाशी असलेले नाते.	३९
५.	प्रतिसादक डॉक्टरांचे काम करण्याचे विशिष्ट क्षेत्र व त्या क्षेत्रातील अनुभव.	४१

अनुक्रमणिका

१. प्रस्तावना	६
२. इच्छामरणाशी संबंधित विषयांची सूची	
३. विषयपीरचय	७
संबंधित साहित्याचा परामर्श	९
इच्छामरण म्हणजे काय ?	९
ऐतिहासिक दृष्टिकोन	१४
जागतिक संस्कृतींच्या दृष्टिकोनातून इच्छामरण	१८
४. भारतीय कायदा व इच्छामरण	२०
इच्छामरणाला पर्याय-परिहार सेवा आणि परिहार केंद्रे	२२
इच्छामरणाची चळवळ-२०१५ मधील स्थिती	२८
मृत्यूचे व्यवस्थापन	३२
५. संशोधन पध्दती	३४
६. माहितीचे विश्लेषण	३६
७. संशोधनाचे निष्कर्ष व सारांश	४३
८. उपसंहार	४७
९. संदर्भग्रंथांची सूची	४८

प्रस्तावना

सामाजिक दृष्ट्या उपयुक्त असे संशोधन करण्याचे संशोधन द्रष्टे उद्दिष्ट आहे. संशोधनाचे निष्कर्ष समाजाच्या दृष्टीने उद्बोधक असावेत, लोकांना त्याचा उपयोग झाला पाहिजे अशी आमची धारणा आहे.

विचारप्रवर्तक चर्चेनंतर इच्छामरण या विषयावर संशोधन होण्याची गरज असल्याचे लक्षात आले. मुंबई, देशातील काही राज्यांमध्ये व जगाच्या इतर भागातही अशा प्रकारचा अभ्यास झाल्याचे समजले. पुण्यामध्ये अशा प्रकारचा अभ्यास झाला आहे का हे शोधायचा आम्ही प्रयत्न केला. या विषयावर शास्त्रीय पद्धतीवर आधारित संशोधन होणे गरजेचे असल्याचे आम्हाला आढळून आले. एप्रिल २०१३ मध्ये समविचारी संशोधकांची एक सभा घेण्यात आली.

या विषयाचे १८ पैलू पुढे आले. ते असे होते – मानववंशशास्त्र, अर्थशास्त्र, वित्तशास्त्र, विम्याशी संबंधित, वृद्धत्वासंबंधीचे शास्त्र, विधिशास्त्र, कायदेशास्त्र, वैद्यकशास्त्र, वैद्यकीय कायदेशास्त्र, परिहार सेवेशी संबंधित, तत्वज्ञानाशी संबंधित, मानसशास्त्रीय, धार्मिक, नैतिक, सामाजिक, अध्यात्मिक, विशेष रुग्णसेवांसंबंधी व ज्योतिषशास्त्र.

उपलब्ध मनुष्यबळ व अर्थबळ यांच्या सहाय्याने एक दिशादर्शक (Pilot) अभ्यास हाती घेता येईल व त्यामुळे पुढच्या संशोधनाला चालना मिळेल असा विचार केला गेला. वैद्यकीय व्यवसाय करणाऱ्यांचे याविषयीचे मत जाणून घेण्यासाठी सुरवातीला त्यांना एक संशोधन प्रश्नावली भरण्यासाठी दिली गेली. या पुस्तिकेत प्रसिध्द केला गेलेला सर्वेक्षणात्मक अहवाल समाजातील विविध वर्गांपैकी वैद्यकीय व्यावसायिक ह्या एका वर्गातील या लोकांच्या मतावर आधारलेला आहे. वर उल्लेख केलेल्या १८ पैलूंपैकी फक्त एकाच पैलूबाबत प्रत्यक्ष अभ्यास केला गेलेला आहे. त्यामुळे पुढील संशोधनाला वाव आहे. हा विषय सामाजिक दृष्ट्या खूप महत्त्वाचा आहे हा ह्या प्रकल्पाचा निष्कर्ष आहे.



विषय परिचय

युथानाशिया ह्या इंग्रजी शब्दासाठी योग्य मराठी प्रतिशब्द म्हणजे सुखांत. वैद्यकीय क्षेत्रात त्यासाठी जीवनाचा अंत (एंड-ऑफ-लाईफ) ही संज्ञा वापरली जाते. ह्या पुस्तिकेमध्ये हे दोन्ही शब्द समानार्थाने वापरले आहेत. सुखांत ह्या शब्दाबरोबर युथानाशियासाठी इच्छामरण हा शब्दही रुढ झाला आहे.

गेली अनेक वर्षे हा विषय आपल्याकडे विविध व्यासपीठांवर चर्चिला गेला आहे. तरीही त्यासंबंधी नव्याने संशोधन करावे अशी दोन कारणे आहेत. एक, हा बहुचर्चित विषय असला तरी कार्यवाहीच्या दृष्टीने त्यासंबंधात काही घडताना दिसत नाही. दोन, इच्छामरणाची चळवळ जागतिक स्तरावर नेमक्या कोणत्या दिशेने जात आहे हे जाणून घेण्यासाठी संशोधन करण्याची गरज आहे.

संशोधनासाठी हा विषय निवडल्यामुळे तो मुळातून समजून घेणे, आणि त्याच्या काही दशकांच्या, किंबहुना काही शतकांच्या प्रगतीचा मागोवा घेणे हा देखील अभ्यासाचा भाग आहे. असे लक्षात आले की या विषयाला फक्त वैद्यकीय परिमाण नाही तर धार्मिक, सामाजिक, नैतिक, आर्थिक, कायदेशीर, मानववंशशास्त्रीय, राजकीय अशा अनेक बाजू आहेत. खरे तर या सर्व स्तरांवर एकमत नसल्यानेच त्यासंबंधी ठोस निर्णयापर्यंत पोचणे कठीण होऊन बसले आहे. आणि तसे झाले तरी प्रगत देशांमध्ये सुध्दा यासंबंधी देशव्यापी कायदा करणे हे सोपे नाही - कायदा करण्याची प्रक्रिया खूपच कठीण आणि दीर्घकाळ चालणारी आहे.

इच्छामरणाला सामोरे जाऊ इच्छिणाऱ्या प्रत्यक्ष रुग्णांकडून अथवा त्यांच्या नातेवाइकांकडून माहिती गोळा करणे सहजसाध्य नाही. हा विषय संवेदनक्षम आहे. प्रत्यक्ष माहिती मिळवण्याला पर्याय म्हणून आम्ही अप्रत्यक्ष इच्छामरणाच्या केसेसचा अभ्यास केला. टोकाच्या निराशादायी केसेसमध्ये, रुग्णाला कृत्रिमरीत्या जिवंत ठेवण्यासाठी वापरली जात असलेली व्हेन्टिलेटर सारखी जीवनदायी यंत्रणा काढून घेणे हे अप्रत्यक्ष इच्छामरणाचे उदाहरण. रुग्णाच्या जवळच्या नातेवाइकांनी सूचना दिल्यावर ज्या डॉक्टरांना शेवटी हे काम करावे लागते, त्यांच्याशी आम्ही बोललो. अप्रत्यक्ष इच्छामरणाचा निर्णय घेणाऱ्या व्यक्तींच्या मानसिकतेसंबंधी उपयुक्त अशी माहिती आम्हाला यातून मिळाली.

जीवनाच्या अंतासंबंधीची प्रचलित विचारधारा आणि कृति यांच्यामध्ये गेल्या काही वर्षात लक्षणीय बदल घडून येत आहेत. इच्छामरणाच्या चळवळीतील सक्रीय लोकांना असे वाटते की यातील कळीचा मुद्दा सन्मानपूर्वक मृत्यू हा आहे. समाजमान्य

आणि कायदेशीर पध्दतीने ते घडून यावे म्हणून चळवळीचे पुरस्कर्ते इच्छामरणाचा पाठपुरावा करीत आहेत. परंतु इच्छामरण हाच एकमेव मार्ग आहे असे नाही. शेवटच्या दिवसांमध्ये शारीरिक वेदना कमी करणे, मानसिक ताणाचे निराकरण करणे व आर्थिक ओढागस्तीवर मात करणे, हे अधिक गरजेचे आहे. रुग्णांच्या अंतिम दिवसांमध्ये त्यांना हळुवारपणे सांभाळून, वेदनाशमन होईल एवढेच उपचार करणारी परिहार केंद्रे/परिहारसेवा ह्यांना आजकाल जास्त पसंती दिली जाते आहे. ह्या विषयावरील बीइंग मॉर्टल (मृत्यू अटळ असल्याने) हे डॉ. अतुल गवांदे या भारतीय अमेरिकन लेखकाचे पुस्तक सध्या खूप खपते आहे. असाध्य रोगाने आजारी असलेले किंवा मरणासन्न लोक यांची, परिहार केंद्रे आणि परिहारसेवा यांच्याद्वारे सर्व प्रकार काळजी घेण्याच्या मुद्याचे यात जोरदार समर्थन केले आहे.

आम्हाला मिळालेल्या माहितीवरून, इच्छामरणाशी संबंधित मुद्दे आणि सर्वेक्षणावरून निघालेले निष्कर्ष यांचा परामर्श या पुस्तिकेत घेतला आहे.



विषयाशी संबंधित साहित्याचा परामर्ष

- ◆ इच्छामरण म्हणजे काय ?
- ◆ ऐतिहासिक दृष्टिकोन
- ◆ जागतिक संस्कृतीच्या संदर्भात इच्छामरण
- ◆ भारतीय कायद्याशी निगडीत इच्छामरण
- ◆ परिहार सेवा आणि परिहार केंद्रे
- ◆ इच्छामरणाची चळवळ - २०१५ मधील स्थिती
- ◆ मृत्यूचे व्यवस्थापन

इच्छामरण म्हणजे काय ?

ग्रीक भाषेत eu म्हणजे चांगले व thanatos म्हणजे मरण. दोन्ही शब्द जोडून euthanasia हा शब्द तयार होतो, ज्याचा अर्थ चांगले मरण/सुखांत. युथानाशिया याचा शब्दकोषातील अर्थ एखाद्या व्यक्तीची महत् वेदनेपासून/अतित्रासापासून सुटका करण्याच्या हेतूने जीवनयात्रा मुद्दाम संपवण्याचा निर्णय घेणे. अपार वेदनांपासून मनुष्याला जीवनमुक्ति देण्याच्या हेतूने शक्य असलेली तातडीची उपयोजना अमलात आणण्यासाठी जाणून बुजून केलेले कृत्य म्हणजे इच्छामरण अशी व्याख्या ब्रिटीश हाऊस ऑफ लॉर्डस् ने केली आहे. रुग्णाच्या विनंतीला मान देऊन डॉक्टरने त्याच्या जीवाची इतिश्री करणे म्हणजे इच्छामरण असे नेदरलँड्स मध्ये मानतात. मरणासन्न रुग्णांच्या बाबतीतील गोष्टीना वैद्यकीय भाषेत जीवनाचा शेवट असे संबोधले जाते.

जीवनाचा शेवट या विषयाच्या संदर्भात वापरण्यात येणाऱ्या शब्दसमुच्चयांच्या व्याख्या करणे उपयुक्त ठरेल.

आत्महत्या - अतिभावनिक ताणाखाली येऊन एखाद्या व्यक्तीने आकस्मिकपणे स्वतःचे जीवन संपविण्याची कृती म्हणजे आत्महत्या होय.

स्वतःच्या इच्छेने मरणे - वैद्यकीय निर्णय घेण्याची पूर्ण क्षमता असणाऱ्या व्यक्तीने आपण केव्हा व कसे मृत्यूला सामोरे जावे यासंबंधीचा सारासार विचार करून तटस्थतेने घेतलेला निर्णय म्हणजे व्यक्तीने स्वतःच्या इच्छेने मरणे होय.

डॉक्टरच्या मदतीने केलेली आत्महत्या - व्यक्तीच्या विनंतीला अनुसरून डॉक्टरने, एखाद्या व्यक्तीला आत्महत्या करण्यासंबंधी माहिती, साधने किंवा दोन्ही पुरवणे आणि त्याचा मृत्यू घडवून आणणे.

अप्रत्यक्ष इच्छामरण - जीवनदायी यंत्रणा काढून घेतल्यावर, कुठल्याही तऱ्हेची सुधारणा होण्याची शक्यता नसलेले, कायमस्वरूपी ठप्प झालेले जीवनच वाट्याला येणाऱ्या रुग्णांना वैद्यकीय व्यावसायिकांनी मृत्यूचा मार्ग खुला करून देणे हे अप्रत्यक्ष इच्छामरण होय.

प्रत्यक्ष इच्छामरण - वैद्यकीय व्यावसायिकांनी अथवा दुसऱ्या व्यक्तीने रुग्ण मरण्यासाठी मुद्दाम होऊन केलेले उपचार म्हणजे प्रत्यक्ष इच्छामरण होय.

प्रत्यक्ष आणि अप्रत्यक्ष इच्छामरण यातील फरकासंबंधीचे स्पष्टीकरण.

प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष इच्छामरण यामध्ये तात्विक व कायदेशीररीत्या काय फरक आहे हा महत्वाचा, न टाळता येणारा पण अनुत्तरीत प्रश्न आहे. सोप्या शब्दात मारणे व मरू देणे (उदाहरणार्थ, जीवरक्षक यंत्रणा काढून घेणे, पोषण करणारी नळी बाजूला करणे, किंवा आयुष्य वाचवू शकेल असे ऑपरेशन न करणे व औषधे न देणे) यात तात्विक व कायदेशीररीत्या काय फरक आहे?

एका विचारधारेप्रमाणे, वैद्यकीय मदत थांबवून रुग्णाला मरू देणे हे ठीक आहे, पण एखाद्या रुग्णाला प्रयत्नपूर्वक मानवी कृत्यांनी मारणे हे कधीही मान्य होण्यासारखे नाही.

हेतुपुरस्सर रुग्णाला मारल्यामुळे कठीण व निर्णायक नैतिक प्रश्नांना सामोरे जाण्याची वेळ डॉक्टरांवर येऊ शकते. त्यामुळे काही डॉक्टर पहिल्या विचारधारेशी सहमत होतात. पण आर्थर ह्यू क्लफने (Arthhur Hugh Clough) असे म्हटले आहे की प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष इच्छामरण यामध्ये असे पाहता फरक नाही. खरे तर या स्वरूपाचा तात्विक फरक उद्भवतच नाही. कारण

वैद्यकीय उपचार थांबविणे ही मुद्दाम केलेली मानवी कृति आहे. सर्वात महत्वाचे म्हणजे दोन्ही परिस्थितीत होणारा परिणाम सारखाच आहे. उदाहरणार्थ, कृत्रिम श्वसनयंत्रणा काढून टाकण्यासाठी डॉक्टरला प्लगमधून ती वायर काढायची कृति करावी लागते. ह्याचा परिणाम म्हणून रुग्ण मरतो. अंतिमतः फुफ्फुसाच्या कर्करोगाने किंवा अन्य काही कारणाने रुग्ण मरतो. पण त्याच्या मृत्यूचे तात्कालिक कारण डॉक्टरने कृत्रिम श्वसनयंत्रणा बंद करणे हेच असते.

हा तात्त्विक पेचप्रसंग सोडविण्यासाठी जेथे जेथे इच्छामरणाला कायदेशीर परवानगी आहे, तेथे सर्व परिस्थितीत रुग्णाला प्राणघातक औषधाचा डोस स्वतःहून घ्यायला लावतात. काहीजण तरी स्वतःहून डोस घेण्यास नकार देतात. म्हणजेच पर्यायाने जगू इच्छितात.

इच्छामरण साधक-बाधक विचार

मानवी स्वातंत्र्य जपणाऱ्या सुसंस्कृत समाजात, इच्छामरणाची चर्चा करताना कायदेशीर, नैतिक, मानवी हक्कासंबंधी, आरोग्यविषयक, धार्मिक सामाजिक व सांस्कृतिक अशा गुंतागुंतीच्या व बदलत्या गोष्टींचा विचार केला जाणे आवश्यक ठरते.

इच्छामरणाच्या विरुद्ध मुद्दे

जगण्याच्या हक्काचे संरक्षण : इच्छामरणाच्या विरुद्ध असलेले लोक असे प्रतिपादन करतात की जर आपण इच्छामरणाचा स्वीकार केला तर असाध्य रोगाने शक्तिपात झालेले रुग्ण समाजातून घालविलेच जातील. या रुग्णांच्या जगण्याच्या हक्काचे संरक्षण करणे जरूरीचे आहे.

भारताची घटना : घटनेमधील २१ व्या कलमात जगण्याचा हक्क हा नैसर्गिक हक्क असल्याचे नमूद केले आहे. पण इच्छामरण हे अनैसर्गिकरीत्या आयुष्य संपविणे असल्याने, ती घटना जगण्याचा हक्क या संकल्पनेला छेद देणारी आहे. डॉक्टरचे काम रुग्णाची काळजी घेणे हे आहे, त्याला इजा पोहोचविणे हे नाही. रुग्णाचा जीव वाचविणे हे डॉक्टरचे व राज्याचेही कर्तव्य आहे. जर इच्छामरणाला कायदेशीर मान्यता दिली गेली तर राज्य, मरणासन्न लोकांची काळजी घेणाऱ्या परिहार केंद्रांवर खर्च करणे थांबविण्याची खूपच भीति आहे. त्यामुळे कल्याणकारी राज्यांमध्ये इच्छामरणाला स्थान असू नये.

मानसिक आजाराची लक्षणे : उदासीनता, द्विमनस्कता व व्यसनाधीनता यांनी ग्रस्त असणाऱ्या रुग्णांमध्ये आत्महत्या करण्याची व तसा प्रयत्न करण्याची प्रवृत्ति दिसून येते. त्यामुळे आत्महत्येचा प्रयत्न करणे हे मानसिक आजाराचे लक्षण समजले जाते. इच्छामरणाची मागणी करणाऱ्या रुग्णाची मानसिक अवस्था तपासणे महत्वाचे ठरते. पारंपारिक वैद्यकीय विचारानुसार आत्महत्येचा प्रयत्न करणे ही मनोविकारात्मक आणिबाणि आहे व ती तातडीने मदत हवी असल्याची खूप आहे. मनोविकारशास्त्रामध्ये आत्महत्येस प्रवृत्त होणाऱ्या रुग्णांना सर्वसामान्य पातळीवर आणण्याचे खूप उपाय आहेत.

अवैध हेतू : जेव्हा नैतिकता व न्यायबुद्धि यांची घसरण सुरू होते, तेव्हा कुटुंबातील मंडळी किंवा नातेवाईक यांच्याकडून रुग्णाची मालमत्ता मिळविण्यासाठी इच्छामरण या कल्पनेचा दुरुपयोग केला जाण्याची शक्यता असते. दयामरण हे वैद्यकीय व्यावसायिकांमार्फत दयेला मारणे होऊ नये. डॉक्टरांवर अंकुश ठेवण्यासाठी भारतीय वैद्यकीय परिषद, व्यावसायिक वर्तणूक, चालीरीती व नीतिमत्ता याविषयक निर्बंध, २००२, (Indian Medical Council, Professional Conduct, Etiquette and Ethics Regulations, 2002) यातील सहाव्या प्रकरणातील विभाग ६.७ मध्ये इच्छामरण यावर थोडक्यात चर्चा केलेली आहे. मरणोन्मुख रुग्णांवर उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांनी कायद्याचे पालन करणे आणि स्वतःला व रुग्णांना कायदेशीर कारवाईपासून दूर ठेवणे हे डॉक्टरांचे काम आहे.

काळजी घेण्यावर भर : जेव्हा सगळे उपाय थकतात व काहीच सुधारणा होत नाही, तेव्हा डॉक्टर, रुग्ण व संबंधित लोक निराश होतात. टोकाचे निराश झालेले रुग्ण आत्महत्या, इच्छामरण किंवा अमली पदार्थांचे सेवन यांचा स्वीकार करण्याचा विचार करू लागतात. या अवस्थेतील रुग्णाला खरे तर आश्वस्तपणे काळजी घेऊन जास्तीत जास्त चांगले आयुष्य जगायला मदत करणाऱ्या यंत्रणेची गरज असते. ज्यायोगे रुग्णाची वेदना व नैराश्य कमी होऊन काळजी घेणाऱ्या जवळच्या माणसांनाही दिलासा मिळतो. म्हणून अनुकंपेवर आधारित रुग्णाची काळजी घेणारी यंत्रणा इच्छामरणाला कृतिशील पर्याय आहे. सामाजिक व वैद्यकीय व्यावसायिकांचा हेतू रुग्णाला बरे करणे याबरोबर रुग्णाची काळजी घेणे असाही असायला हवा.

आरोग्यसेवेचे व्यापारीकरण : देशामध्ये विविध ठिकाणी अप्रत्यक्ष इच्छामरण घडताना दिसते. कारण गरीब रुग्ण व त्यांच्या कुटुंबातील सदस्य यांना रुग्णाला जिवंत ठेवण्यासाठी लागणाऱ्या जीवरक्षक यंत्रणेचा खर्च परवडत नाही. जर इच्छामरण कायदेशीर केले गेले, तर व्यापारी वृत्तीची आरोग्यसेवा भारतातील अनेक अपंग व वयातीत रुग्णांना पैसे नसल्याच्या कारणाने मृत्यू पत्करण्याकडे खेचून नेईल. सुप्रीम कोर्टाने त्यांच्या एका निकालामध्ये याच अर्थाचे विधान केले आहे. वरील सर्व मुद्द्यांचा विचार करून मरणासन्न नसलेल्या पण शारीरिक दौर्बल्य, आजारपण, आर्थिक अडचणी, तीव्र दुःख अशा विविध कारणांमुळे इच्छामरणाची मागणी करणाऱ्या व्यक्तींना, जेथे इच्छामरण कायदेशीर आहे तेथेही क्वचितच परवानगी दिली जाते.

इच्छामरणाच्या बाजूने विचारप्रवाह

काळजी घेणाऱ्याला भार : इच्छामरणाचे कैवारी असे मत मांडतात की रोगाने जर्जर, निकृष्ट जीवन जगणारे, अपंग, अति कमजोर, अशा रुग्णांना मानाने मरण देणेच श्रेयस्कर ठरते. स्वतः रुग्ण किंवा काळजी घेताना त्रासून गेलेले कुटुंबातील लोकच अशी विनंती करताना दिसतात. आर्थिक, भावनिक, वेळशी संबंधित, शारीरिक, मानसिक व सामाजिक असे अनेक प्रकारचे ओझे, काळजी घेणारे लोक त्यांच्या उरावर वाहात असतात. परवडणाऱ्या खर्चात काळजी घेणाऱ्या व सक्षम अशा संस्थांचा तुटवडा आहे. राज्ययंत्रणेची अकार्यक्षमता, औदासिन्य व आरोग्यसेवेसाठी राखून ठेवलेल्या पैशांचा अभाव यामुळे तथाकथित जीवन जगण्याच्या हक्क हा थट्टेचा विषय झालेला आहे.

वैद्यकीय सेवा घेण्यास नकार : वैद्यकीय सेवा नाकारणे हे नक्कीच कायद्यात बसते. जीवनरक्षण करणारी वा जीवन चालू ठेवणारी यंत्रणा या प्रकारचीही वैद्यकीय सेवा असू शकते. उदाहरणार्थ, रक्ताचा कर्करोग झालेला रुग्ण तोंडात घातलेल्या नळ्या काढून उपचार बंद करायला सांगू शकतो.

मरण्याचा हक्क : असाध्य आजाराने कायम स्वरूपी ठप्प झालेले जीवन जगणारे रुग्ण किंवा जुनाट रोगाने शेवटच्या अवस्थेत असलेले रुग्ण हे असा विचार करतात की आपण आपल्या कुटुंबाला ओझे बनून रहायला नको. सन्मानाने मरण्याचा मार्ग (इच्छामरण) हे जगण्याचा हक्क उचलून धरण्यासारखेच आहे.

अवयवदान करण्यास उत्तेजन देणे : मरणासन्न रुग्णाचे इच्छामरण ही गरजू व्यक्तींना अवयवदान करण्याची संधि आहे. अवयव निकामी झालेल्या रुग्णांना हे एक वरदान ठरू शकेल. इच्छामरण हे केवळ मरणासन्न रुग्णांना मरण्याचा हक्क देते असे नव्हे तर अवयव निकामी झालेल्या गरजू रुग्णांना जगण्याची संधिही देते.

इच्छामरणाची अंमलबजावणी

इच्छामरणाची कार्यवाही करताना, तोंडाने विष देऊन, रक्तवाहिनीत तशा प्रकारचे इंजेक्शन देऊन, स्नायूंमध्ये अपायकारक द्रव्य टोचून किंवा प्राणवायूचा पुरवठा बंद करून, अशा अनेक प्रकारे मृत्यू घडवून आणला जातो. ज्या रुग्णांना औषधी विषारी द्राव गिळता येत नाही त्यांना इंजेक्शन दिले जाते. इच्छामरणाचा पुरस्कार करणारे अमेरिकन रोगनिदानतज्ञ डॉक्टर जॉन केवोर्किअन यांनी इच्छामरण घडवून आणण्यासाठी रुग्णाने कळ दाबल्यावर रक्तवाहिनीतून विषारी द्राव सोडणारे उपकरण तयार केले आहे. या उपकरणाला थॅन्ट्रॉन असे नाव त्यांनी दिले आहे. ग्रीक मध्ये थॅंटोस म्हणजे मृत्यू. त्यावरून थॅन्ट्रॉन म्हणजे मृत्यूचे उपकरण.

ऐतिहासिक दृष्टिकोन

२२ नोव्हेंबर १९९८ ह्या तारखेला वर उल्लेख केलेल्या डॉक्टर केवोर्किअन यांनी एका रुग्णाला, त्याच्या हृदय थांबविण्याच्या विनंतीला अनुसरून विष देऊन खरोखरच मरण दिले. अधिकारी मंडळींना आव्हान म्हणून त्यांनी रुग्णाच्या मरणाचे चित्रीकरण करून ती चित्रफीत बऱ्याच लोकांना पाठविली. त्यांना अप्रत्यक्ष खून केल्याच्या (अमेरिकेत, सेकंड डिग्री मर्डर केल्याच्या) गुन्ह्याबद्दल १० ते १५ वर्षांच्या कारावासाची शिक्षा झाली. प्रत्यक्षात ९ वर्षे कारावास भोगल्यावर त्यांना सोडण्यात आले.

इच्छामरणाकडे बघण्याचा समाजाचा दृष्टिकोन बदलावा व कायदेही बदलावे यासाठी १९ व्या शतकापासून जे अविरत प्रयत्न झाले त्या मालिकेतील हा एक होता. १९ व्या शतकापासून उत्तर अमेरिका व युरोप येथे इच्छामरणाबद्दलची चर्चा व चळवळ सातत्याने सक्रीय होती. वैद्यकीय इतिहासकार इझिकेल इमॅन्युएल याच्या मते रुग्णाला भूल देण्याची उपचारपद्धति

(अॅनास्थेटिक्स) सुरु झाल्यापासून इच्छामरणाचे आधुनिक युग सुरु झाले. १८२८ मध्ये अमेरिकेत न्यूयॉर्कमध्ये ठळक स्वरूपात प्रथमच इच्छामरणाचा विचार होऊन त्याविरुद्ध कायदा केला गेला. पुढे अनेक वर्षांच्या काळात इतर राज्यातही हा कायदा लागू केला गेला. परंतु नको असलेली गर्भधारणा व रेंगाळणारे वेदनामय मरण यापुढे सहन न करण्याच्या आमच्या हक्कासाठी, एकत्र येऊन आम्ही लढू असे लोक म्हणत राहिले.

१९१५ मध्ये शिकागो येथील एका शल्यविशारदाने नीट न वाढलेल्या बाळावर शल्यक्रिया करायला नकार दिला व त्यामुळे ते मूल मरणाकडे ओढले गेले. या घटनेचा खूप बोलबाला झाला. सुशिक्षित मंडळींचा एक लहानसा गट इच्छामरणाच्या बाजूने बोलू लागला. वरीलप्रमाणे नीट न वाढलेल्या मुलांना जन्म न देण्यापुरती इच्छामरणाला मान्यता देण्यात यावी अशी त्या काळातील विचारधारा होती.

१९३९ ते १९४५ ह्या दुसऱ्या महायुद्धाच्या काळात नाझींनी केलेल्या हत्याकांडाच्या बातम्यांमुळे इच्छामरण चळवळीची बरीच पीछेहाट झाली. इच्छामरणाच्या नावाखाली नाझींनी १ लाख अपंग मुलामाणसांना ठार मारले, असे सांगितले जाते.

इच्छामरणाच्या चळवळीवर परिणाम घडवून आणणाऱ्या काही गोष्टी खालीलप्रमाणे.

१. डॉक्टर रुग्ण नात्यातील जवळीक कमी होणे.
२. हक्कांबाबत आग्रह/जागरूकता
३. मरणासन्न रुग्णांची काळजी घेण्याबाबत वैद्यकीय यंत्रणेची अनास्था
४. एड्सच्या साथीचा प्रसार

सुरुवातीला मरणासन्न व असाध्य रोगाने वेदनामय जीवन जगणाऱ्या लोकांना वैद्यकीय पद्धतीने सुखांत मिळावा या हेतूने इच्छामरणाची चळवळ सुरु झाली. नंतर अपंग लोक, व्यंग असलेले नवजात शिशु, कोमात गेलेले रुग्ण अथवा सामाजिक/आर्थिक कारणामुळे इच्छामरणाचा हक्क मागणारे लोक, या सर्वांसाठी इच्छामरण असावे असा प्रचार इच्छामरण उचलून धरणाऱ्या लोकांनी सुरु केला. त्यांच्या विरुद्ध मताच्या लोकांना अशी भीति

वाटू लागली की यामुळे मनुष्यजीवनाबद्दलचा आदर कमी होईल व त्याचा परिणाम शेवटी समाजातील अपंग व दुबळ्या लोकांवर होईल. मरण्याचा हक्क व्यवहारात मरण्याचे कर्तव्य यात रूपांतरित होईल.

खरे तर विकसित जगामधील मरण्याच्या हक्काच्या चळवळीचा परिणाम त्याचा दुरुपयोग होण्यात झाला आहे किंवा लोक भीति बाळगतात, त्याप्रमाणे अगदी टोकाच्या बाबतीत वंशहत्या होण्यात झाला आहे, असा ऐतिहासिक पुरावा नाही. ज्या देशात इच्छामरण कायदेशीर आहे, त्या देशातील सामाजिक व सांस्कृतिक वातावरण, या संदर्भात अतिशय महत्वाचे असते. चांगले लोक विरुद्ध वाईट लोक अशा मानसिकतेतून बाहेर पडून मरणाकडे नैतिक, सामाजिक, सांस्कृतिक व आर्थिक दृष्टिकोनातून पाहणे गरजेचे आहे.

अमेरिकन इच्छामरण सोसायटी १९३८ मध्ये न्यूयॉर्क येथे स्थापन झाली. सर्व देशांची मिळून एक जागतिक इच्छामरण सोसायटी सुध्दा अस्तित्वात आहे व अनेक देशातील सोसायट्यांनी तिचे सभासदत्व स्वीकारले आहे. (वेबसाईट www.worldrtd.net) प्रामुख्याने उत्तर अमेरिका, युरोप, ऑस्ट्रेलिया व जपान सारखे विकसित देश या बाबतीत आघाडीवर आहेत. भारतातील इच्छामरण सोसायटीचे कार्यालय : १४३, पहिला मजला, ससून बिल्डींग, मुंबई ४००००१ येथे आहे.

अमेरिकन इच्छामरण सोसायटी (Euthanasia Society of America - ESA) ने लोकांचा मतप्रवाह प्रत्यक्ष इच्छामरण याकडे वळविण्यासाठी जोरदार प्रयत्न केले. मानाने मरण याचा पुरस्कार करणाऱ्या इतर संस्था देखील प्रत्यक्ष इच्छामरणाची बाजू उचलून धरतात. परंतु दोन मुद्यांवर त्यांना विरोध पत्करावा लागत आहे. पाश्चात्य जगतातील रोमन कॅथॉलिक चर्चची धार्मिक भूमिका इच्छामरणाच्या विरुद्ध आहे, हा एक. नाझींनी केला त्याप्रकारे इच्छामरणाचा दुरुपयोग होण्याच्या भीतीमुळे पाठिंबा न देणारे सामान्यजन, हा दुसरा. त्यामुळे इच्छामरणाची चळवळ १९६० पर्यंत वाढ खुरटलेल्या अवस्थेत राहिली. होणारा विरोध लक्षात घेऊन १९६० नंतर ESA ने आपले लक्ष प्रत्यक्ष इच्छामरणाकडून अप्रत्यक्ष इच्छामरणाकडे वळविले. म्हणजे, वैद्यकीय मार्गाने दिल्या जाणाऱ्या झटपट मृत्यूपेक्षा असाध्य रोगाने पीडित मरणोन्मुख रुग्णांची वैद्यकीय मदत/उपचार थांबविण्यासाठी विनंती

करण्याच्या अधिकारावर भर दिला. सक्तीने जिवंत ठेवले गेल्यामुळे व्यक्तीच्या स्वातंत्र्यामध्ये होणारा हस्तक्षेप टळावा इतकेच मर्यादित उद्दिष्ट त्यानंतरच्या इच्छामरणाच्या चळवळीने स्वीकारले आहे. स्त्रियांना व्यापक स्वातंत्र्य मिळावे असा आग्रह धरणारी स्त्री मुक्ति चळवळ याच सुमारास सुरू झाली. त्यामुळे मृत्यूचे स्वातंत्र्य मागणाऱ्या इच्छामरण चळवळीला सुध्दा पोषक वातावरण लाभले.

अप्रत्यक्ष इच्छामरणावर भर देणाऱ्या विचारधारेला १९७० पासून जगभर वाढता पाठिंबा मिळत आहे. अमेरिकेतील अनेक राज्यांमध्ये इच्छापत्रातील इतर बाबींबरोबरच मरणापूर्वी वैद्यकीय मदत/जीवनदायिनी यंत्रणा नाकारायचे रुग्णाचे स्वातंत्र्य कायदेशीर मानले गेले. भारतात अप्रत्यक्ष इच्छामरणाला कायदेशीर मान्यता आहे. परंतु मृत्यूसमयी कोणते उपचार करावे/करू नयेत हे स्पष्ट करणाऱ्या जिवंतपणीच्या इच्छापत्राला (लिव्हिंग विलला) मान्यता नाही. त्यासंबंधीचे बिल विचाराधीन आहे. प्रत्यक्ष इच्छामरणाचा पुरस्कार करणाऱ्यांचा त्यासंबंधीचा प्रचार चालू आहेच. परंतु विचारांती खूप लोकांना असे वाटू लागले आहे की आधी वाटले होते त्यापेक्षा इच्छामरणासंबंधीच्या बाबी खूपच गुंतागुंतीच्या आहेत व त्यासाठी अजून संशोधन व चर्चा होणे जरी आहे.

१९९० नंतर वेदना व्यवस्थापन करणे व मरणासन्न रुग्णांची हळुवारपणे काळजी घेणे अशी परिहारसेवा निर्माण करण्यासंबंधीची लोकांची रुचि वाढू लागली. अशा सेवा पुरवणाऱ्या संस्थांची संख्याही वाढली. परंतु डॉक्टरांच्या मदतीने केलेली आत्महत्या किंवा प्रत्यक्ष इच्छामरण कायदेशीर करण्याची गरज याविषयी अजूनही लोक साशंकच आहेत. जीवन व कायदा याचा विचार करण्यासाठी १९९४ मध्ये अमेरिकन सरकारने नेमलेल्या समितीने सादर केलेल्या अहवालात कायदेशीर इच्छामरणाने जीवनाबद्दलचा आदर नष्ट होईल असे मत पुन्हा एकदा व्यक्त केले आहे. अमेरिकेतील निदान काही राज्यांनी (१९९८ मध्ये मिशिगन व २००० मध्ये मेन) डॉक्टरच्या मदतीने केलेल्या कायदेशीर आत्महत्येला म्हणजे प्रत्यक्ष इच्छामरणाला विरोध दर्शविला आहे.

सारांश, १९ व्या शतकापासूनचा इतिहास प्रत्यक्ष इच्छामरणाबद्दल खूप काही सांगत असला तरी प्रत्यक्ष इच्छामरणाला मान्यता मिळण्याचे उद्दिष्ट अजून दृष्टिपथात आलेले नाही. व्यक्तीचे हक्क विरुद्ध सामाजिक हित, अमर्याद

व्यक्तित्ववाद व अर्थपूर्ण समाजवाद यावरील चर्चा चालू शतकात कोणत्या तऱ्हेने पुढे जाते यावरूनच या चळवळीचे स्वरूप ठरेल.

इच्छामरण चळवळीचे गेल्या शतकातील टप्पे थोडक्यात खालीलप्रमाणे सांगता येतील.

सुरुवात	१९२० - १९४०
जैसे थे	१९४० - १९६०
वेगाने विस्तार	१९६० - १९७५
विषयाची व्याप्ती वाढली	१९७५ - १९९० व पुढे

जागतिक संस्कृतींच्या दृष्टिकोनातून इच्छामरण

मरणाशी संबंधित बाबी या मानव जातीच्या वंशशास्त्राचा एक भाग आहे. मानवेतिहासाच्या काही हजार वर्षात उदयाला आलेल्या विभिन्न संस्कृति व धर्मप्रणाली या सर्वांनी आपापल्या पद्धतीने मृत्यू ह्या घटनेचा अर्थ लावला आहे. प्रमुख धर्मांनी इच्छामरण किंवा आत्महत्या या विषयावर स्पष्टीकरण दिलेले आहे.

भारतीय सांस्कृतिक दृष्टिकोनातून इच्छामरण

जुनी इंग्लिश न्यायव्यवस्था व पाश्चिमात्य न्यायविचार यावर भारतीय कायदेकानून आधारित असल्याचे म्हटले जाते. भारतीय संस्कृति, चालीरीति व जनसामान्यांची विचारधारा यांचा त्यामध्ये पुरेसा विचार झालेला नाही असे काही लोक मानतात. भारतासह अनेक पुरातन संस्कृतींमध्ये स्वेच्छेने मरण ही संकल्पना स्वीकारली गेलेली होती. महाभारतात द्रौपदीसह पांडवांनी राज्यत्याग करून मरणाला कवटाळण्यासाठी महाप्रस्थान केल्याचा उल्लेख आहे. मनुस्मृतीत म्हटले आहे जेव्हा गृहस्थाचे केस पांढरे होतात. चेहऱ्यावर सुरकुत्या पडतात व त्याला नातवंडे होतात, तेव्हा त्याने वानप्रस्थाश्रम स्वीकारावा. त्याने उत्तर-पूर्व दिशेला प्रस्थान करावे. शरीर कोलमडून पडेपर्यंत फक्त हवा व पाणी सेवन करित चालत राहावे. हिंदुधर्मात आत्महत्या निषिद्ध मानली आहे. याचे कारण मरण व पुनर्जन्म याचे चक्र ती खंडित करते व त्यामुळे कुकर्माच्या संचयामध्ये वाढ होते. याला फक्त प्रायोपवेशनाचा (मरणांतिक उपोषणाचा) अपवाद आहे. प्रायोपवेशन ही आत्महत्या नव्हे कारण ती नैसर्गिक व अहिंसक आहे. विशिष्ट

परिस्थितीत अध्यात्मिक दृष्ट्या वरच्या कोटीतील लोकांच्या बाबतीतच ती स्वीकारार्ह आहे.

जैनांमधील संधारा व्रत

संधारा, सल्लेखना, समाधीमरण किंवा संन्यासमरण ही स्वेच्छापूर्वक, मरेपर्यंत उपवास करायची पध्दत आहे. जैन धर्मग्रंथात हा मोक्षप्राप्तीचा व जन्ममरणाच्या फेऱ्यातून सुटकेचा उच्चतम मार्ग सांगितला आहे. जेव्हा एखाद्याला आपला जन्महेतू साध्य झाला आहे असे वाटते, तेव्हा संधारा व्रताची शपथ घेतली जाते. जुन्या कर्माचा त्याग व नवीन कर्मे न करणे, हे या व्रताचे उद्दिष्ट आहे. जैनांची अशी धारणा आहे की, संधारा हे सर्वात आदर्श, शांततापूर्ण व समाधानी स्वरूपाचे मरण आहे. तरुणांना संधारा व्रत घेण्यास मनाई आहे. आत्महत्या ही जैनधर्मात निषिद्ध मानली आहे. कारण त्यात फक्त चालू जन्मातील कर्मच शिलकीला राहते व पुन्हापुन्हा जन्म घेण्याच्या फेऱ्यातून सुटका होत नाही. राजस्थान हायकोर्टाने संधारा व्रत बेकायदेशीर ठरविले होते. ह्याला जैन समाजाने तीव्र विरोध केला. २०१५ सालाच्या शेवटी हे प्रकरण न्यायप्रविष्ट होते.

बौद्धधर्मातील आत्महत्येसंबंधीचे विचार

पाली धर्मसूत्रे हा, खासकरून थेरवाद परंपरेतील बौद्धधर्माचा प्राचीन पवित्र ग्रंथ आहे. जर रुग्ण गंभीररीत्या आजारी असून असह्य वेदनेने तळमळत असेल तर आत्महत्या करणे बौद्धधर्माला मान्य आहे. पण अशी व्यक्ति अध्यात्मिक दृष्ट्या उच्च पातळीवर हवी. त्या क्रियेचे आंतरिक स्वरूप सदाचारी असायला हवे.

आत्महत्येसंबंधी इतर धर्मातील विचार

ख्रिस्ती- जीवन व मरण हा देवाचा अधिकार आहे. त्यात ढवळाढवळ केली जाते या कारणाने ख्रिस्ती धर्मीयांचा इच्छामरणाला व डॉक्टरांच्या मदतीने केलेल्या आत्महत्येला विरोध आहे. आत्महत्येमुळे इतर नैतिक समस्या देखील निर्माण होतात. ख्रिस्ती धर्म पाळणाऱ्या एकाचे मत असे आहे की धर्मशास्त्रानुसार, आयुष्यभर नीतिभ्रष्टतेने केलेल्या कृत्यांचे परिमार्जन कदाचित वृद्धपणी होणाऱ्या त्रासाने होत असेल. पूर्वी केलेल्या चुका सुधारायची संधि

या काळात मिळते. इच्छामरणामुळे ही संधि हुकते व मृत्यूनंतरच्या पापक्षालनाची क्रिया अधिक कठीण होते.

इस्लाम - इच्छामरणाला इस्लाममध्ये बंदी आहे. रुग्णाला मरणापर्यंत पोचविण्यासाठी विषारी इंजेक्शन, विजेचा धक्का, धारदार शस्त्र किंवा अन्य काही उपाय डॉक्टरांना करावे लागतात. ही डॉक्टरांची मरणातील सकारात्मक भूमिका म्हणजे ठार करण्याचे कृत्य असल्याने ते महापातक आहे व म्हणून इस्लामला ते मंजूर नाही.

भारतीय कायदा व इच्छामरण

भारतीय दंडसंहिता (इंडिअन पीनल कोड) कलम ३०९ अन्वये आत्महत्येचा प्रयत्न व आत्महत्येच्या गुन्ह्याला साथ हे दोन्ही भारतात फौजदारी गुन्हे मानले जातात. आय.पी.सी. कलम ३०९ ला १९९४ मध्ये सुप्रीम कोर्टात आव्हान दिले गेले. सुप्रीम कोर्टाने असे मत व्यक्त केले की आय.पी.सी. कलम ३०९ हे भारतीय राज्यघटना कलम २१ (जगण्याचा हक्क) ह्याप्रमाणे घटनाबाह्य आहे.

१९९६ मध्ये आय.पी.सी. कलम ३०९ अंतर्गत आत्महत्येला मदत केल्याबद्दल जिल्हा न्यायालय आणि उच्च न्यायालय ह्या दोन्हीनी शिक्षा दिलेली एक केस अपीलामध्ये सुप्रीम कोर्टाकडे आली. आरोपींनी असा युक्तिवाद केला की भारतीय राज्यघटना कलम २१ मधील जगण्याचा हक्क यात मरण्याचा हक्क सुध्दा अंतर्भूत आहे. आत्महत्येला मदत करणाऱ्या व्यक्ति त्या हक्काची अंमलबजावणी करण्यासाठी मदत करत असतात त्यामुळे ते निर्दोष आहेत. ह्या युक्तिवादामुळे राज्यघटनेचे वर उल्लेखलेले कलम २१ चा पुनर्विचार करण्यासाठी खास घटनापीठाची नेमणूक करण्यात आली. ह्या घटनापीठाने असा निर्णय दिला की घटनेतील कलम २१ मधील जगण्याचा हक्क यात मरण्याचा हक्क याचा अंतर्भाव नाही.

आत्महत्येबद्दल सुप्रीम कोर्टाने त्यांच्या निर्णयाचा फेरविचार केला. आत्महत्येचा प्रयत्न (कलम ३०९) व आत्महत्येला प्रवृत्त करणे (कलम ३०६) ही वेगवेगळी आहेत. कलम ३०६ चा फेरविचार करण्याची गरज नाही. पण कलम ३०९ चा फेरविचार व्हायला हवा. आत्महत्येला प्रवृत्त झालेला माणूस

निराशेने खचलेला असतो. त्याला शिक्षा करणे योग्य नाही. त्याला खरे तर समुपदेशकाच्या मदतीची गरज असते म्हणून सुप्रीम कोर्टाने संसदेला असे सुचविले की भारतीय दंडसंहितेमधून कलम ३०९ वगळण्यात यावे.

७ मार्च २०११ मध्ये भारतीय सुप्रीम कोर्टाने कायमस्वरूपी निद्रितावस्थेत (कोमामध्ये) असलेल्या रुग्णाला कृत्रिम उपायांनी जिवंत ठेवणारी यंत्रणा काढून घेणे हे कायदेशीर असल्याचे मान्य केले. डिसेम्बर २००९ मध्ये पिंकी विराणीने अरुणा शानबाग ह्या अनेक वर्षे निद्रितावस्थेत असलेल्या रुग्णाच्या संदर्भात, तिच्या वतीने निर्णय घेऊ शकेल असा काळजीवाहू मित्र पुरवावा अशी मागणी हायकोर्टात केल्यावरून हा निर्णय देण्यात आला. या मैलाचा दगड ठरलेल्या निवाड्याप्रमाणे अशा परिस्थितीत निर्णय घेण्याचा हक्क सरकारी, वैद्यकीय किंवा धार्मिक प्रतिनिधींच्या हातातून काढून घेऊन तो व्यक्तिच्या (म्हणजे रुग्ण किंवा त्याचा काळजीवाहू मित्र) यांच्या हाती सोपविण्यात आला. ह्या निर्णयानुसार अप्रत्यक्ष इच्छामरणाला कायदेशीर मान्यता मिळाली. अप्रत्यक्ष मरणाला परवानगी देताना सुप्रीम कोर्टाने, ज्याचे पालन केलेच पाहिजे अशा दोन अटी घातल्या.

१. मेंदू मृत झाला असल्यास कृत्रिम श्वसन यंत्रणा काढण्यास परवानगी आहे.

२. ज्याचे आयुष्य कायम स्वरूपी ठप्प झाले आहे त्यांची रक्त, अन्न, श्वास पुरवठा करणारी व्यवस्था टप्प्याटप्प्याने खंडित करून आंतरराष्ट्रीय मानकांप्रमाणे परिहारक उपाययोजना कराव्यात.

या निर्णयाबरोबर, आत्महत्येचा प्रयत्न हा गुन्हा ठरवणारे, भारतीय दंडसंहितेमधील कलम ३०९ हे सुध्दा रद्दबातल ठरवावे असे सुचविले. जे आत्महत्येचा प्रयत्न करतात पण तो असफल ठरतो त्यांना गुन्हेगार समजून शिक्षा देणारा हा कायदा आहे. २५ फेब्रुवारी २०१४ मध्ये सुप्रीम कोर्टाच्या तीन न्यायाधीशांच्या मंडळाने अरुणा शानबागच्या केसमुळे केलेला कायदा बरोबर नाही असे सुचविले होते. त्यामुळे भारत सरकारने इच्छामरणासंबंधित सर्व बाबींचा विचार करण्यासाठी पाच न्यायाधीशांच्या घटनापीठाची नियुक्ति केली. त्यांनी शिफारस केल्याप्रमाणे भारत सरकारने अप्रत्यक्ष इच्छामरणाची

वैधता परत तपासून बधितली व २३ डिसेम्बर २०१४ मध्ये तो कायदा म्हणून पास झाल्याचे जाहीर केले. विषारी इंजेक्शन देऊन घडविले जाणारे प्रत्यक्ष इच्छामरण हायकोर्टाने मान्य केले नाही. भारतात इच्छामरणासंबंधीचा कायदा नाही तेव्हा त्या बाबतीतील निर्णय लोकप्रतिनिधींनी म्हणजे लोकसभेने घ्यावा असे विधान हायकोर्टाने केले.

१० डिसेम्बर २०१४ मध्ये सरकारने भारतीय दंडसंहिता कलम ३०९ हे रद्द करून आत्महत्येचा प्रयत्न हा गुन्हा नसल्याचे जाहीर केले आहे. तोपर्यंत कलम ३०९ अन्वये आत्महत्येसाठी एक वर्ष कारावाची शिक्षा, दंड किंवा दोन्ही होऊ शकत असे.

इच्छामरणाला पर्याय – परिहारसेवा (हॉस्पिस) आणि परिहार केंद्रे (पॅलिएटिव्ह केअर सेंटर्स)

अलीकडे इच्छामरणाला समर्थ पर्याय म्हणून परिहारसेवा व परिहार केंद्रे यांच्याकडे पाहिले जाते. इच्छामरण – प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष – हे मृत्यूकडे वैद्यकीय समस्या म्हणून पाहते. मानवी पातळीवर विचार केला तर ती मरण्यासंबंधीची नव्हे तर जगण्यासंबंधीची समस्या आहे. जगणे असह्य झाल्यामुळे रुग्ण मरणाचा विचार करतात. ज्यांच्याबाबतीत मृत्यू अटळ आहे त्यांच्या आयुष्याचे शेवटचे महत्वाचे दिवस जास्तीत जास्त सुसह्य करणे, त्यांचे अग्रक्रम आणि त्यांना महत्वाची वाटणारी कामे पूर्ण करण्यासाठी त्यांना उभारी देणे हा इच्छामरणापेक्षा अधिक चांगला पर्याय आहे. हेच परिहारसेवा व परिहार केंद्रे यांचे उद्दिष्ट आहे.

अटळ असणारा मृत्यू लांबविण्यासाठी रुग्णावर गुंतागुंतीच्या शस्त्रक्रिया आणि अन्य खर्चिक उपचार करणाऱ्या वैद्यकीय व्यावसायिकांवर टीकाकारांचा मुख्य रोख आहे. त्या उपचारांमुळे आयुष्य अल्प प्रमाणात वाढते पण रुग्णाच्या आरोग्याची गुणवत्ता वाढत नाही; बऱ्याच वेळा खालावते. अशा रुग्णांना जवळजवळ सामान्य आयुष्य जगण्यासाठी मदत करणे आणि अधिक वेदना आणि न परवडणारा खर्च यापासून मुक्तता देणे यावर परिहारसेवा आणि परिहार केंद्रे यांचा भर आहे.

परिहारसेवा व परिहार केंद्रे यांचे प्रमाण आपल्या देशातही वाढत आहे. परंतु त्याचे प्रमाण कमी असल्यामुळे खाली दिलेली बरीचशी माहिती पाश्चात्य स्रोतांमधून मिळवली आहे. नजीकच्या भविष्यात परिहारसेवेचे स्वरूप कसे असेल हे समजून घेण्यासाठी त्याची मदत होईल.

परिहारसेवा म्हणजे काय ?

परिहारसेवा ही मूलतः मरणोन्मुख लोकांसाठीची सेवा आहे. जर कुणाला असाध्य रोग झाला असेल, आणि त्यावरील उपायांचा आयुष्य वाढविण्यासाठी व आजार नियंत्रणात ठेवण्यासाठी फारसा उपयोग होत नसेल तर आयुष्य वाढवता आले नाही तरी, वैद्यकीय ज्ञानाचा उपयोग करून रुग्णाला जास्तीत जास्त आरामदायी आयुष्य दिले जावे हा परिहार सेवेमागील दृष्टिकोन आहे.

- ठराविक ठिकाणी ठराविक सोयींनी युक्त सेवा पुरवणे ही परिहार सेवेमागील संकल्पना नाही. रुग्णाला व रुग्णाच्या कुटुंबियांना ही सेवा त्यांच्या सोयीच्या ठिकाणी पुरविली जाणे हे महत्वाचे असते. बहुतांशी ही जागा म्हणजे रुग्णाचे घर असते. कारण बऱ्याच लोकांना त्यांच्या शेवटच्या दिवसात घरी असणेच पसंत पडते.

- घरी घेता येत नाही अशा विशिष्ट प्रकारे काळजी घेतली जाण्याची गरज रुग्णाला कधी कधी असते. रुग्ण खूप आजारी असेल किंवा त्याची तब्येत फार नाजुक झालेली असेल तरी त्याला घरी ठेवणे योग्य ठरत नाही. अशा परिस्थितीत घर सोडून कुठल्या तरी अन्य परिहारसेवेचा आधार घ्यावा लागतो. काही आरोग्यकेंद्रांमध्ये परिहार केंद्रासारख्या सोयी असतात. रुग्णालयाच्या आवारातील वेगळी इमारत किंवा नर्सिंगहोममधील त्यासाठी खास बनविलेल्या खोल्या असेही असू शकते.
- जेव्हा घराबाहेर परिहार केंद्र बनविले जाते तेव्हा अशी काळजी घेतली जाते की शक्यतो ते घरासारखेच वाटावे. कल्पकता आणि मेहेनत यांचा वापर करून रुग्णालय किंवा नर्सिंग होम मधील खोली घरासारखीच बनविली जाते. पुरेसे अर्थसहाय्य मिळाल्यास खूप आरोग्यकेंद्रे स्वतंत्र परिहार केंद्र तयार करतात.
- जेथे घराबाहेर परिहारसेवा पुरविली जातात, तेथे रुग्णांच्या कुटुंबातील सदस्य रुग्णाला दिवसाच्या चोवीस तासात कधीही

भेटू शकतात. मुलांनाही भेटता येते व काही मर्यादा पाळून पाळीव प्राण्यांना सुद्धा भेटता येते.

- आराम पडण्यासाठी औषधोपचार, शुश्रूषा एवढेच नव्हे तर पूर्णपणे कौटुंबिक वातावरण लाभेल अशी काळजी परिहार सेवेमध्ये घेण्यात येते.
- अध्यात्मिक मार्गदर्शन केले जाते. गरज असेल तर समाजकार्याद्वारे मदत केली जाते. कार्यकर्ते रुग्णाबरोबर आठवड्यातून निदान दोन दिवस बरेच तास असतात. रुग्णाच्या कुटुंबातील व्यक्तींना त्यांच्या इतर जबाबदाऱ्या व आवश्यक कामे करण्यासाठी वेळ देणे आवश्यक असते. त्या वेळात कार्यकर्ते रुग्णाबरोबर राहतात. मरणासन्न रुग्णाची काळजी घेणारा जवळचा कुटुंब सदस्य रुग्णाच्या आजारात इतका गुंतत जातो की रुग्णाच्या मृत्यूनंतर दुःख करत बसण्याशिवाय आणखी काहीच करणे त्याला सुचत नाही. अशी समस्या उद्भवू नये म्हणून परिहार केंद्रातील मंडळी त्यांना शक्य असेल तेवढी मदत करत असतात.

परिहार केंद्र (पॅलिएटिव्ह केअर सेंटर) म्हणजे काय ?

परिहार केंद्र हे मूलतः रुग्णालय आहे. त्यातील बहुसंख्य रुग्ण मरणोन्मुख असले तरी गंभीर, जीवघेण्या आजारांनी ग्रस्त असलेले अन्य काही रुग्णही असतात. अशा वेळी रुग्णाच्या आयुष्याची गुणवत्ता सुधारण्यासाठी रुग्णसेवा पुरवणारे स्थान म्हणजे परिहार केंद्र. रुग्णाचे रोगनिदान करून, वेदनामुक्ति देण्याचा प्रयत्न यात केला जातो. शारीरिक, मानसिक व अध्यात्मिक समस्याही काळजीपूर्वक हाताळल्या जातात. परिहार केंद्रातर्फे देण्यात येणाऱ्या सेवा खालीलप्रमाणे आहेत.

- वेदना दूर करून तणाव कमी केला जातो.
- मृत्यूचा स्वीकार करण्यासाठीची मानसिकता घडवण्याचा प्रयत्न केला जातो.
- मृत्यू लवकर खेचून आणणे किंवा पुढे ढकलणे यापैकी काहीच आपल्याला करायचे नाही हे बिंबविले जाते.

- मृत्यू होईपर्यंत जितके हिंडते रहाता येईल तितके ठेवण्यासाठी मदत केली जाते.
- मानसिक व अध्यात्मिक गोष्टींची सांगड घालून रुग्णांची काळजी घेतली जाते.
- रुग्णाच्या आजारपणाने कुटुंबियांचे मानसिक खच्चीकरण होऊ नये, त्यांनी त्यांच्या उदासिनतेवर मात करावी म्हणून भक्कम आधार दिला जातो.
- रुग्णाच्या कुटुंबातील सदस्य निराशाग्रस्त होत असल्याचे आढळल्यास त्यांना समुपदेशन केले जाते.
- रुग्णाच्या विविध गरजा पुरविण्यासाठी सांघिक दृष्टिकोनाचा (टिम अप्रोच) अवलंब केला जातो.
- रुग्णाचे आयुष्य आहे त्यापेक्षा अधिक सुखकर व्हावे, त्याने स्वतःच्या आजारपणाबाबत सकारात्मक दृष्टिकोन ठेवावा हा प्रयत्न केला जातो. आयुष्यमान वाढविण्यासाठी आजारपणाच्या सुरवातीच्या काळात केमोथेरपी किंवा रेडीएशन याबद्दल गैरसमज असल्यास दूर करणे व इतरही काही मनस्वास्थ्य बिघडविणाऱ्या वैद्यकीय समस्या असल्यास त्याविषयी समजूत घातली जाते.

परिहार सेवा केंद्र कोण चालवते ?

आरोग्यसेवा देणारी कोणतीही केंद्रे, म्हणजे रुग्णालये, परिहार सेवा केंद्र चालवू शकतात. ह्या विषयामध्ये खास नैपुण्य असलेल्या संस्थाही असतात. परिहार सेवा केंद्रातर्फे दिली जाणारी परिहार सेवा खालील विशेषज्ञांमार्फत दिली जाते.

- डॉक्टर
- परिचारिका
- आहारतज्ञ
- समाजसेवक
- मानसोपचारतज्ञ
- फिजिओथेरपिस्ट

परिहारसेवा व परिहार केंद्रे यातील फरक

मूलतः परिहारसेवा ही सेवा आहे तर परिहार केंद्र ही जागा आहे. मरणासन्न व्यक्तीची काळजी घेण्याच्या महत्वाच्या विषयाबाबत परिहारसेवा व परिहार केंद्रे ही खूपशी सारखीच आहेत. दोन्हीकडे परिहार सेवा दिली जाते. परिहार सेवा ही काळजी घेण्याची पध्दत आहे असे म्हणता येईल. काळजी घेण्याच्या पारंपारिक पध्दतीपेक्षा परिहारसेवा काही जास्त देते. औषधपाणी, दैनंदिन देखभाल, साधनसामग्री, नैराश्यावर समुपदेशन आणि इतर आणखी लक्षणे दिसल्यास त्यावर उपचार हे सर्वच एका सुनिश्चित कार्यक्रमाद्वारे सांभाळले जाते.

परिहार केंद्रात दिलेली परिहार सेवा आणि केंद्राबाहेर हॉस्पिस अंतर्गत दिली जाणारी सेवा यात काळजी घेण्याची जागा, वेळ, व उपचार यांच्यामध्ये फरक आहे.

जागा

परिहारसेवा : परिहार सेवा दिल्या जाणाऱ्या जागा परिहार केंद्रापेक्षा संख्येने जास्त आहेत. प्रगत देशात परिहार सेवा राबवणाऱ्या संस्थांची यादी असते. पूर्ण माहिती देऊन तेथे नाव नोंदवले की रुग्णाचा परिहार सेवेचा कार्यक्रम पक्का होतो. परिहार संस्थातील व्यावसायिक तो बनवतात व त्याप्रमाणे घरी त्याची अंमलबजावणी केली जाते. परिहारसेवा नेहमी कुटुंबातील काळजी घेणाऱ्या लोकांवर व तेथे भेट देणाऱ्या परिचारिकेवर विश्वास टाकतात. गरज असेल तर एखाद्या नर्सिंगहोममध्ये दिवसातून/आठवड्यातून ठराविक वेळी रुग्णाची काळजी घेण्याचे काम केले जाते, किंवा ही सोय प्रसंगवशात वापरता येते.

परिहार केंद्रे : डॉक्टर्स, परिचारिका व काळजी घेणाऱ्या इतर वैद्यकीय व्यावसायिकांचा असा एक गट परिहार केंद्रात बनविला जातो. त्यांच्यातर्फे परिहार सेवा दिली जाते. परिहार केंद्रे सर्वसामान्यपणे रुग्णालय वा नर्सिंग होम येथे चालवली जातात.

वेळ

परिहारसेवा : परिहारसेवा ही रुग्ण मरणासन्न असेल किंवा फार तर सहा महिन्यांचा सोबती असेल तरच राबवण्यात येते.

परिहार केंद्रे : रुग्ण मरणासन्न असो वा नसो, कोणत्याही वेळी व आजारपणाच्या कुठल्याही अवस्थेत रुग्णासाठी परिहार सेवा सतत उपलब्ध असू शकते (रुग्ण गंभीर आजारी असेल तरच तो परिहार केंद्रामध्ये भरती होणे अपेक्षित आहे).

उपचार

परिहारसेवा : रुग्णासाठी तीव्र (अग्रेसिव्ह) उपाययोजना करण्यापेक्षा आराम पडेल इतकेच उपचार करण्यावर भर असतो. आयुष्य वाढविणाऱ्या उपाययोजना, त्यांच्या इतर अपायकारक परिणामांसकट स्वीकारण्यापेक्षा, राहिलेले आयुष्य कमीत कमी त्रासात कसे जाईल यावर भर देण्यात येतो. मरणाच्या भावनिक व प्रत्यक्ष बाबींवर लक्ष केंद्रित करण्याइतकी समाधानाची पातळी रुग्णाला पुरवणे हा परिहारसेवेचा उद्देश असतो.

परिहार केंद्रे : विकोपाला गेलेले वा जुनाट दुखणे असले तरी रुग्णाला गरज असलेला आराम परिहार केंद्रात कायम मिळू शकतो. आयुष्य वाढविणाऱ्या यंत्रणांना इथे मज्जाव आहे असे नाही.

परिहारसेवा व परिहार केंद्रे मिळून मरणासन्न रुग्णांची जी काळजी घेतात ती आरोग्यसेवेच्या क्षेत्रातील वेगाने वाढणारी शाखा आहे.

भारतातील परिहारसेवा व परिहार केंद्रे

जरी फारसा प्रसार झाला नसला तरी वरील प्रकारे रुग्णांची काळजी घेणे भारतात गेली २० वर्षे सुरू आहे. परिहार सेवेच्या विस्तारामध्ये भारतात अनेक अडचणी आहेत. मोठी लोकसंख्या, गरीबी, भौगोलिक विविधता, वेदनाशामक औषधे देण्यावरील (त्यांचा व्यसनांसाठी दुरुपयोग होण्याची शक्यता असल्यामुळे) बंधने, निम्न स्तरावरील कामगारांचा तुटवडा, राष्ट्रीय पातळीवरील अपुरी आर्थिक तरतूद व खासगी संस्थांची अनास्था अशी अनेक कारणे सांगता येतील. तरीही परिहार केंद्रांच्या आवश्यकतेसंबंधी, आरोग्यसेवा पुरवणारे व त्यासंबंधी निर्णय घेणारे यांच्या मानसिकतेमध्ये गेल्या दोन दशकांमध्ये दृष्य बदल होतांना दिसतो आहे. मोठा बदल घडून येण्यासाठी वैद्यकीय क्षेत्रातील कर्मचाऱ्यांचे सतत व पद्धतशीर प्रशिक्षण अनिवार्य आहे. विद्यापीठातील

अभ्यासक्रमात त्याचा अंतर्भाव होणे व शिक्षकांची संख्या वाढविणे यांचीही गरज आहे.

एका अभ्यासानुसार १६ राज्यांमध्ये १३८ परिहारसेवा व परिहार केंद्रे कार्यरत आहेत. ह्या सोयी मोठ्या शहरात व कर्करोग रुग्णालया भोवतीच्या परिसरात जास्त प्रमाणात आहेत. केरळमध्ये परिहार सेवांचे प्रमाण सर्वाधिक आहे. संपूर्ण राज्यामध्ये ६० परिहार सेवा केंद्रे आहेत. एप्रिल २००८ मध्ये परिहार केंद्राच्या कामकाजासंबंधी धोरणात्मक निर्णय घेणारे केरळ हे भारतातील पहिले राज्य ठरले. परिहार सेवेचे कालिकत मॉडेल वर्ल्ड हेल्थ ऑर्गनायझेशन तर्फे विकसनशील देशांसाठी उच्च प्रतीचे, लवचिक व स्वस्त किमतीत सेवा देणारे म्हणून आदर्शभूत ठरले आहे. तसेच ते सरकारी व बिन सरकारी संस्था यांच्यातील परस्पर सहकार्याचे देखील उदाहरण आहे. दिल्लीतील कॅन (कॅन्सर) सपोर्ट ह्या संस्थेचे घरगुती काळजी घेणारे म्हणजे परिहार सेवा देणारे ११ गट आहेत. या प्रत्येकात, परिहार सेवा पुरवण्यामध्ये प्रशिक्षित असलेले डॉक्टर, परिचारिका व समुपदेशक यांचा समावेश आहे.

पुण्यातील सिप्ला कंपनीचे परिहार केंद्र व प्रशिक्षण संस्था हे एक ह्या प्रकारची सेवा पुरवणारे दर्जेदार केंद्र म्हणून देशभर ओळखले जाते. १९९७ मध्ये सुरु झालेले हे ४ विभाग व ५० बेड असलेले केंद्र आहे. रुग्णांसाठी राहणे, उपचार व औषधे विनामूल्य आहेत. एक नातेवाईक रुग्णाबरोबर राहू शकतो. तेथून घरी गेल्यावर रुग्णाची कशी काळजी घ्यायची याचे प्रशिक्षण येथे दिले जाते.

परिहार केंद्रात रुग्णाची काळजी घेणे हे वैद्यकीय व्यवसायात उदयाला आलेले एक नवीन करिअर आहे. राष्ट्रीय परिहारसेवा व परिहार केंद्रे मंडळ (नॅशनल हॉस्पिस अँड पॅलिएटिव्ह केअर ऑर्गनायझेशन) ही राष्ट्रीय स्तरावर काम करणारी संस्था असून ती या क्षेत्रातील कामाचे सुसूत्रीकरण करते. (संकेतस्थळ : www.nhpco.org)

इच्छामरणाची चळवळ – २०१५ मधील स्थिती

इ.स. २०१५ हे वर्ष संपताना नेदरलँड्स, बेल्जियम, आयर्लँड, कोलंबिया आणि लक्झम्बर्ग अशा ५ देशात इच्छामरण कायदेशीर आहे. डॉक्टरांची मदत

घेऊन केलेली आत्महत्या (पर्यायाने इच्छामरणच) स्वित्झर्लंड, जर्मनी, जपान, अल्बानिया आणि कॅनडा ह्या पाच देशात, ओरेगॉन, मोन्टाना, व्हरमॉन्ट, वॉशिंग्टन, न्यू मेक्सिको व कॅलिफोर्निया या अमेरिकेतील सहा राज्यात कायदेशीर आहे. इकोनॉमिस्ट ह्या ख्यातनाम साप्ताहिकातर्फे करण्यात आलेल्या १५ देशातील व्यापक सर्वेक्षणानुसार इच्छामरणाला वाढता पाठिंबा आहे. पोलंड व रशिया हे देश सोडून बहुतांश देशातील नागरिकांना असे वाटते की मरणासन्न रुग्णांना मृत्यू येण्यास मदत करण्यासाठी कायदे व्हायला हवेत. इतरत्रही जनसामान्यांचे मत इच्छामरण कायदेशीर होणे गरजेचे असल्याचे आहे.

अप्रत्यक्ष इच्छामरण या संकल्पनेची बऱ्याच प्रमाणात अंमलबजावणी झालेली आहे. ह्या सर्व केसेसमध्ये डॉक्टरांना कायद्याचे उल्लंघन होणार नाही अशी काळजी घ्यावी लागते. रक्ताच्या कर्करोगाने मृत्युशय्येवर असलेल्या रुग्णाला झोपेच्या गोळ्या पुरविण्याबद्दल अमेरिकेत एका डॉक्टरवर खटला भरण्यात आला होता. पण ज्यूरीने त्याला सोडून दिले.

इच्छामरणाच्या विरुद्ध चर्चेत असलेले मुद्दे

१. परिहार सेवा टाळण्याचा स्वस्त पर्याय म्हणून इच्छामरणाचा वापर होईल का?
२. कागदावर कडक दिसणाऱ्या कायद्याकडे अंमलबजावणी होताना, डोळेझाक होईल का?
३. इच्छामरणामुळे रुग्णांचा डॉक्टरी पेशावरील विश्वास कमी होईल का?
४. जवळच्या माणसांवर ओझे बनून रहाण्यापेक्षा मेलेले बरे असे दडपण तर रुग्णावर येणार नाही ना?
५. मनुष्य जीवन संपविणे हे मुळात चुकीचे आहे का?
६. एका व्यक्तीने, विशेषतः अपंग व्यक्तीने स्वतःचे आयुष्य संपविणे हे त्याच प्रकारच्या इतर व्यक्तींच्या आयुष्याचे मोल कमी करील का? म्हणजे त्यांना आपले जीवन निरर्थक आहे असे वाटेल का?

इच्छामरण कायदेशीर करण्यापूर्वी संबंधितांनी वरील मुद्दे लक्षात घेणे गरजेचे आहे.

इच्छामरण कायदेशीर असणारे देश व अमेरिकेतील काही राज्ये यात इच्छामरणाची वाटचाल योग्य दिशेने होताना दिसते आहे. स्विझर्लंडमधील डिग्रिटॉस (म्हणजे डिग्निटी - आत्मसन्मान) नावाचे रुग्णालय परदेशी लोकांना सुध्दा त्याचा वापर करण्याची परवानगी देते. १९८८ पासून ४० देशातील १७०० लोकांनी येथे त्यांच्या जीवनाची इतिश्री केली आहे. हे रुग्णालय फक्त मरणासन्न रुग्णांचाच विचार करते असे नाही तर सतत मरणाची मागणी करणाऱ्या रुग्णांकडे देखील लक्ष पुरविते. रुग्णालय खूपसा वेळ समुपदेशन करते. त्यांच्या मते त्यांचे खरे महत्वाचे काम तेच आहे. रुग्णालयाशी संपर्क साधणाऱ्या लोकांपैकी फारच थोडेजण प्रत्यक्ष मरणापर्यंत पोचतात. हा नक्की त्यांचा स्वतःचा निर्णय आहे याची खात्री करण्यासाठी सर्व रुग्णांची मुलाखत घेतली जाते. शेवटचा डोस त्यांचा त्यांनीच घ्यायचा असतो. रुग्णालयातील डॉक्टरांच्या मते इथपर्यंत पोचायला फारच धैर्य व मनाचा निश्चय लागतो. इच्छामरण, म्हणजे स्विट्झर्लंडच्या कायदानुसार डॉक्टरांच्या मदतीने केलेली आत्महत्या, हे अनौसर्गिक मृत्यू म्हणून नोंदले जाते व अधिकाऱ्यांकडून त्याची तपासणी केली जाते. यात काही गैरप्रकार झाल्याचे अजूनपर्यंत आढळलेले नाही.

दुसऱ्या देशातील नागरिकांना स्विझर्लंड मध्ये येऊन इच्छामरण घेण्याची परवानगी असल्याने ह्या प्रथेला आत्महत्या पर्यटन असे नाव पडले आहे.

१९९४ मध्ये अमेरिकेतील ओरेगॉन राज्यात इच्छामरण कायदेशीर ठरवणारा कायदा केला गेला. त्याला मिळालेले आव्हान फेटाळले गेल्यानंतर, १९९७ मध्ये त्याची अंमलबजावणी सुरु झाली. मरण्यासाठी मदत मागणारी व्यक्ति सहा महिन्यांपेक्षा जास्त जगणार नाही व चांगल्या मानसिक अवस्थेत आहे असे दोन डॉक्टरांचे मत असणे ही इच्छामरणाच्या मान्यतेसाठी पूर्वअट असते. ओरेगॉनमधील इच्छामरणाचा कायदा स्विझर्लंडपेक्षा खूपच कडक आहे. गंभीर परंतु मरणासन्न नसलेले रुग्ण ओरेगॉनमधील कायद्याच्या कक्षेबाहेर येतात. यामुळे ओरेगॉनचे मॉडेल इतरत्र वापरले जाण्याची शक्यता जास्त आहे. जसजशी कायद्याबद्दलची माहिती जास्त लोकांपर्यंत पोहोचली तसतसे मरण्यासाठी मदत घेणाऱ्याचे प्रमाण गेल्या काही वर्षांत वाढले आहे - तरीही एकंदरीत ते कमीच आहे. १९९७ पासून ओरेगॉनमधील १३२७ लोकांना विषारी औषध घेण्याची परवानगी मिळाली, प्रत्यक्षात त्यातील दोन तृतीयांश लोकांनी ते घेतले. प्रत्येक

रुग्णाला डॉक्टरांनी वेदना कमी केल्या जाण्याच्या औषध योजनांबद्दल व परिहार केंद्राबद्दल माहिती देणे सक्तीचे आहे. आणखी एका डॉक्टरने प्रत्येक रुग्णाच्या केसचे पुनरावलोकन करणेही आवश्यक आहे. व्यावसायिक गैरवर्तणूक झाल्याची एकही केस आजपर्यंत आढळलेली नाही. ज्यांच्याकडे दुखण्यावर उपाययोजना करण्याची ऐपत नाही असे गरीब लोक ह्याचा जास्त लाभ घेत असतील असे वाटते. पण ओरेगॉनमध्ये हा समज चुकीचा ठरला आहे. ज्यांना उत्तम परिहार सेवा मिळते आहे असे आणि सुशिक्षित, हेच लोक याचा लाभ घेताना दिसत आहेत. ओरेगॉन मधील कायदेतज्ञ या कायद्याची योग्य अंमलबजावणी होत असल्याबद्दल हमी देतात.

नेदरलँड्स व बेल्जियममध्ये, ओरेगॉनपेक्षा कितीतरी जास्त प्रकारच्या रुग्णांसाठी डॉक्टरच्या मदतीने मरणे कायदेशीर आहे. रुग्णांनी विष पिण्यापेक्षा डॉक्टरांनी ते शिरेतून टोचणे याला परवानगी आहे. सुधारण्याची शक्यता नसलेल्या व असह्य वेदनांनी ग्रस्त, १२ वर्षांवरील मरणासन्न मुलांनाही, त्यांच्या पालकांच्या परवानगीने, मान्यता मिळू शकते. नेदरलँड्स मधील ३% मृत्यू डॉक्टरांच्या मदतीने होतात. अर्थात नेदनलँड्समध्ये हा कायदा होण्यापूर्वीपासून डॉक्टरांच्या मदतीने झालेल्या मृत्यूंचा, अप्रत्यक्ष इच्छामरणाचा मोठा इतिहास आहे हे इथे नमूद केले पाहिजे. त्यासाठी समाजमान्यता असल्याने प्रत्यक्ष इच्छामरणासाठी कायदा करणे व वापरणे हे जगातील इतर भागांपेक्षा इथे सोपे गेले. २००२ मध्ये, मरणासन्न रुग्णांबरोबर तसे नसलेल्या पण असह्य वेदनेने तळमळणाऱ्या रुग्णांना विष देण्यासाठी परवानगी देण्यात आली.

स्मृतिभ्रंश झालेल्या अथवा कोमात गेलेल्या रुग्णांना विषारी डोस देण्याबाबत जवळजवळ सर्व देशात / राज्यात संभ्रम आहे. रुग्ण मनाने सक्षम असून मरणासाठी मदत मागतो आहे अशा वेळीच त्यासंबंधीचे कायदे लागू पडतात. (कायमस्वरूपी कोमातील रुग्णांना विशिष्ट परिस्थितीत अप्रत्यक्ष इच्छामरण देता येते).

बहुतेक ठिकाणी डॉक्टरच्या मदतीने जवळ केलेल्या मृत्यूला त्या देशातील डॉक्टरांच्या संघटनांचा विरोध असतो. नेदरलँड्स व बेल्जियममध्येही तेथील राष्ट्रीय वैद्यकीय परिषदेचा (नॅशनल मेडिकल कौन्सिलचा) हा कायदा तयार करण्यासाठी प्रथम विरोधच होता. डॉक्टरांच्या विरोधाला तसे कारण

आहे. कोणत्याही माणसाची विष देण्याची विनवणी मी मान्य करणार नाही व दुसऱ्या कोणालाही तसे करू देणार नाही ही २५०० वर्षांपूर्वीची, जिला हिप्पोक्रॅटिक ओथ असे म्हणतात, ती शपथ, प्रत्येक डॉक्टरने व्यवसाय सुरू करण्यापूर्वी घेतलेली असते.

तथाकथित अप्रत्यक्ष इच्छामरण, म्हणजे ब्रेन - डेड किंवा कायमस्वरूपी कोमामधील रुग्णाची जीवनदायिनी यंत्रणा खंडित करून त्याचा मृत्यू घडवून आणणे, हे सुध्दा कायद्याच्या संमतीशिवाय करता येत नाही. बोलू शकणारे मरणासन्न रुग्ण किंवा त्याचे जवळचे नातेवाईक यांच्याशी बोलून डॉक्टर ती कारवाई करतात. प्रसंगवशात, डॉक्टरांनी आपली मर्यादा ओलांडली तर त्यांची चौकशी केली जाते (पण क्वचितच खटला भरला जातो). काही म्हटले तरी, अप्रत्यक्ष इच्छामरण तत्त्वतः अनैतिक व अंमलबजावणी करण्यास कठीण आहे. ते अनैतिक आहे कारण जगण्यामरण्याचा निर्णय, जो वस्तुतः रुग्णाचा आहे तो अन्य व्यक्ति घेतात. अंमलबजावणी करण्यास कठीण आहे कारण डॉक्टरांना आपल्या व्यवसायाच्या आणि कायद्याच्या चौकटीत काम करावे लागते. कायद्याचे संरक्षण नसेल तर रुग्णाची वा त्याच्या नातेवाईकांची विनंती ते स्वीकारू शकत नाहीत. म्हणून डॉक्टर व रुग्ण ह्या दोघांच्या हिताचे रक्षण होईल अशी कायदेशीर तरतूद असणे आवश्यक असते. (सध्या भारतात अप्रत्यक्ष इच्छामरण कायदेशीर आहे).

मृत्यूचे व्यवस्थापन

मरणासन्न रुग्णांना, इच्छामरणाऐवजी त्यांची सहृदयतेने काळजी घेणाऱ्या परिहारसेवेची जास्त गरज आहे. प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष इच्छामरण, न येणारा मृत्यू ही समस्या समजून त्यावर कार्यवाही करू पाहते. मानवी पातळीवर पाहता ही मरण्याची नव्हे तर मृत्यूपूर्वीच्या शेवटच्या दिवसात जगण्याची समस्या आहे. हे दिवस रुग्णांना ज्या गोष्ट महत्वाच्या वाटतात त्या करण्यासाठी शारीरिक आणि मानसिक उभारी देणे आणि मृत्यू येईपर्यन्त शक्य तितके सामान्य आयुष्य जगण्यासाठी आवश्यक, तेवढेच वैद्यकीय उपचार करणे हा योग्य दृष्टिकोन आहे. इच्छामरण हा पर्याय असू शकतो. पण परिहार सेवेच्या सहाय्याने घेतली जाणारी काळजी याकडे समाजाने जास्त लक्ष देणे गरजेचे आहे. इच्छामरण, रुग्णांना मानाने मरण्यास मदत करते, त्यांच्या शेवटच्या दिवसात त्यांना मानाने जगण्यास मदत करणे हे अधिक योग्य ठरेल.

मरणप्रक्रियेकडे बघण्याच्या दृष्टिकोनात बदल करणे हे त्यासाठी आवश्यक आहे. शेवटचे दिवस शांतपणे घालविण्यासाठी मरण ही एक न टाळता येणारी सर्वसाधारण घटना आहे हे स्वीकारता यायला हवे. तात्विकदृष्ट्या हे सोपे वाटत असले तरी वैद्यकीय व्यवसायाच्या दृष्टिने असाधारण आहे. डॉ. अतुल गवांदे त्यांच्या बीइंग मॉर्टल (मर्त्य असल्याने) ह्या पुस्तकात असा उल्लेख करतात की मेडिकल कॉलेजमध्ये मृत्यूबद्दल काहीही शिकवले जात नाही. आयुष्य कसे वाचवावे हे तेथे शिकवले जाते. मृत्यू हे जणू काही वैद्यकीय शास्त्राचे अपयश असे समजून त्या विषयाची चर्चा टाळली जाते. वैद्यकीय व्यवसायात रुग्णाचे मरण स्वीकारता येणे हा मूलभूत बदल आहे. एकदा ते स्वीकारले गेले की ते आपल्याला, मृत्यूचे व्यवस्थापन, या नवीन ज्ञानशाखेकडे घेऊन जाईल. त्यासाठी आवश्यक ती व्यवस्था म्हणजे सिस्टिम पाठोपाठ तयार होईल. मानसशास्त्रीय समुपदेशन, परिहार सेवेमार्फत घेतली जाणारी काळजी, परिहार सेवा आणि परिहार केंद्रे यांची निर्मिती, आरोग्याशी संबंधित धोरण, उपयोजित संशोधन, त्या क्षेत्रात विशेष नैपुण्य मिळवलेले डॉक्टर आणि परिचारिका इत्यादी सर्व गोष्टींचा त्यामध्ये समावेश करावा लागेल. यथावकाश ही वैद्यकीय व्यवसायातील नवीन शाखा म्हणून मान्यताप्राप्त होईल. परदेशात हे सर्व घडायला सुरुवात झाली आहे.

उदारीकरणानंतरच्या जगाचा एक अविभाज्य भाग म्हणून भारतही साधनसामग्रीच्या उपलब्धतेनुसार त्याच दिशेने जाईल असे मानायला हरकत नाही. अधिकाधिक परिहार केंद्रे उदयाला येतील, समाजातील गरीब वर्गापर्यंत परिहार सेवा पोचतील, जास्तीत जास्त बिगर सरकारी संस्था यात क्रियाशील होतील, अशी आशा आपण बाळगायला हरकत नाही. जीवनाच्या इतर अंगांप्रमाणे कदाचित आपण संख्या व दर्जा याबाबत विकसित जगाइतकी उडी घेऊ शकणार नाही पण दिशा बहुतांशी तीच असेल.

मूळच्या इच्छामरण चळवळीच्या भविष्यासंबंधी अंदाज बांधणे उपयुक्त ठरेल. प्रत्यक्ष इच्छामरण या कल्पनेला समाजाचा पाठिंबा मिळविण्यात खूप श्रम खर्ची पडले आहेत. आता अशी आशा करायला हरकत नाही की त्या विषयातही सावकाशीने पण सतत प्रगति होत राहील. अजून काही देश त्याच्या बाजूने कायदा करतील. परंतु असे दिसते आहे की भविष्यात इच्छामरण हे

मरण-व्यवस्थापनाच्या व्यापक क्षेत्राचा एक भाग म्हणून अस्तित्वात राहिल. मरणासन्न लोकांना मानाने मरू द्यावे या साध्या कल्पनेपासून सुरु झालेली इच्छामरण चळवळ अधिक व्यापक होईल व आशयघनतेकडे वाटचाल करत राहिल अशा आशेवर आपण ही चर्चा इथे थांबवू.

संशोधन पध्दती

इच्छामरणाचा महत्वाचा भाग असलेल्या जीवनाच्या अंताविषयी घेतलेला निर्णय अधिक खोलात जाऊन समजून घेण्यासाठी आम्ही अप्रत्यक्ष इच्छामरणाशी संबंधित अशा पुण्यातील काही केसेसचे सर्वेक्षण केले. या विषयाची संवेदनशीलता लक्षात घेऊन तो निर्णय घेणारे लोक - म्हणजे रुग्णाच्या जवळच्या व्यक्ती - नव्हे तर त्या निर्णयाची ज्यांना अंमलबजावणी करावी लागली त्या डॉक्टर मंडळींशी आम्ही बोललो. (टीप : प्रत्यक्ष इच्छामरणाला भारतात मान्यता नाही. मात्र ज्यांचा मृत्यू अटळ आहे आणि जे ब्रेन-डेड किंवा कोमामध्ये आहेत अशा रुग्णांच्या बाबतीत जीवनदायी यंत्रणा खंडित करण्यास परवानगी आहे. ह्याला अप्रत्यक्ष इच्छामरण म्हणजे पॅसिव्ह युथानाशिया असे म्हणतात).

सर्वेक्षणाची उद्दिष्टे

प्राथमिक उद्दिष्टे अशी होती -

अ. कुठल्या परिस्थितीत जीवनान्ताचा निर्णय घेतला जातो ?

ब. या निर्णयात कोणाकोणाचा सहभाग असतो ?

संशोधनाची साधने

प्रतिसाद मिळवण्यासाठी सुबध्द प्रश्नावली तयार केली गेली. यातील सात प्रश्नांपैकी शेवटचा सोडून बाकी सर्व बंधित स्वरूपाचे (close - ended) होते. गोळा केलेली माहिती सर्वेक्षणाच्या उद्दिष्टांशी संबंधित अशी होती. शेवटचा प्रश्न मुद्दाम मुक्त (open - ended) ठेवला गेला. प्रतिसादकांचा अनुभव किंवा नैपुण्य लक्षात घेऊन, ह्या विषयासंबंधित काही जास्त माहिती जर त्यांना द्यायची असेल तर देता यावी हा हेतू त्यामागे होता.

जनसंख्या (पॉप्युलेशन) मधून न्यादर्श (सॅपल) निवडीचे तंत्र

सामान्यीकरण करून निष्कर्षापर्यंत पोहोचण्यासाठी यादृच्छिक न्यादर्श पध्दत (random sampling method) वापरली आहे. या पद्धतीमुळे संशोधकाचे काही पक्षापाती दृष्टिकोन (biased approach) असल्यास अंतिम परिणामावर त्याचा प्रभाव पडत नाही. या संशोधनासाठी डॉक्टर्स हे न्यादर्शाचे एकक ठरविले आहे. भारतीय वैद्यकीय परिषदेमध्ये सर्व डॉक्टरांचे नाव नोंदवलेले असते. महाराष्ट्रात व्यवसाय करणाऱ्या डॉक्टरांचे नाव महाराष्ट्र वैद्यकीय परिषदेमध्ये नोंदवलेले असते. या यादीचा उपयोग करून यादृच्छिक न्यादर्श पध्दत वापरण्याचे ठरविले. पण या यादीत स्त्रीरोगतज्ञ, बालरोगतज्ञ, नेत्रतज्ञ, शल्य चिकित्सक, कर्करोगतज्ञ, क्ष किरणतज्ञ, त्वचारोगतज्ञ, शल्यविशारद इ. विविध प्रकारचे डॉक्टर्स होते. या सर्व विशेषज्ञांचा जीवनान्ताच्या निर्णयाशी संबंध येतोच असे नाही. त्यामुळे यादृच्छिक न्यादर्श पध्दत वापरणे योग्य ठरले नसते. संशोधनात रस असणारे व योग्य प्रकारची माहिती देऊ शकणारे निष्णात डॉक्टर्स मिळवण्यासाठी प्राथमिक स्वरूपाचे सर्वेक्षण केले गेले. आम्ही स्नोबॉल न्यादर्श पध्दतही वापरली. स्नोबॉल पध्दत वापरल्यास, येणाऱ्या निष्कर्षांचे सामान्यीकरण करता येत नाही, तरीही विषमित (skewed) माहिती व न्यादर्श त्रुटी टाळण्यासाठी आणि विषय नाजूक, संवेदनशील असल्याने आम्ही न्यादर्श निवडीमध्ये थोडी तडजोड केली. या संशोधनासाठी सहभाग घेण्यास तयार असलेले ३६ डॉक्टर्स हा या संशोधनासाठीचा न्यादर्श (sample) आहे.

माहितीचे संपादन करून माहितीत चुका नाहीत व ती सुसंगत आहे अशी खात्री करून घेतली. संगणकावर विश्लेषण करता यावे म्हणून माहितीचे कोडींग केले. विश्लेषण करून माहिती कोष्टक स्वरूपात मांडली.

माहितीचे विश्लेषण

२०११ ते २०१३ या कालावधीत प्रतिसादकांचा सहभाग असलेल्या रुग्णांची अंदाजे संख्या

कोष्टक १

जीवनाचा अंत करण्यासंबंधीच्या निर्णयात सहभाग असलेल्या केसेसचा आकडा

वारंवारिता	२०११	२०१२	२०१३
०	८	८	७
१ - ५०	२३	२३	२४
१५१ - २००	२	२	२
३५१ +	१	१	१
एकूण	३४	३४	३४

असे दिसून येत आहे की २०११ ते २०१३ या कालावधीत जीवनाचा अंत करण्यासंबंधीच्या निर्णयात सहभाग असलेल्या केसेसच्या वारंवारितेत लक्षणीय फरक नाही.

जीवनाचा अंत करण्याची विनंती करण्यासाठी दिलेली कारणे कोष्टक २

कारणाचे महत्त्व	वैद्यकीय खर्च परवडत नाही	जवळचे नातेवाईक नाहीत. दुसऱ्यांना वेळ काढून रुग्णाकडे लक्ष देणे कठीण	बरे होण्याची शक्यता वैद्यकीय शास्त्राच्या आवाक्यात जवळ जवळ नाही.	जरी रुग्णाची तब्येत सुधारली तरी स्वतःहून सर्वसामान्य आयुष्य जगणे शक्य नाही.	कुटुंबासाठी रुग्णाची उपयुक्तता किंवा कृतिशीलता जवळ जवळ नाही.	जीवनरक्षक यंत्रणा चालू ठेवून आयुष्य वाढविणे मान्य नसल्याचे रुग्णाने वैद्यकीय इच्छापत्रात सांगितलेले आहे.
महत्वाचे नाही	१२	१३	४	५	१८	१३
महत्वाचे	४	४	२	६	३	१
थोडे महत्वाचे	५	६	५	७	४	६
खूप महत्वाचे	२	६	९	९	१	२
अत्यंत महत्वाचे	८	२	१४	७	६	५
एकूण	३१	३१	३४	३४	३२	२७

प्रतिसादकांच्या मते, जीवनाचा अंत करण्याची विनंती करण्यासाठी दिलेली महत्वाची कारणे खालीलप्रमाणे होती. वैद्यकीय शास्त्राच्या आवाक्यात असलेली रुग्ण बरे होण्याची शक्यता फारच कमी आहे (१४+९ = २३ रुग्ण) जरी रुग्ण जगला तरी, तो स्वतःहून सर्वसामान्य आयुष्य जगू शकणार नाही. (९ + ७ = १६ रुग्ण), वैद्यकीय खर्च परवडत नाही. (८ + २ = १० रुग्ण)

वैद्यकीय शास्त्राच्या आवाक्यात असलेली, रुग्ण बरा होण्याची शक्यता फारच कमी आहे असे डॉक्टरांनी सांगितल्यावर जीवनान्ताच्या निर्णयासाठी ते महत्वाचे वाटणारे गट व व्यक्तींचे रुग्णाशी असलेले नाते.

कोष्टक ३

रुग्णाच्या तब्येतीबद्दल ज्यांना माहिती दिली त्यांचे रुग्णाशी नाते	अजिबात महत्वाचे नाही	महत्वाचे नाही	महत्वाचे	खूप महत्वाचे	अत्यंत महत्वाचे	एकूण
इतर	१	०	०	०	०	१
नवरा / बायको	१	१	१	४	७	१४
मुलगे / मुली	२	१	२	०	३	८
जवळचे नातेवाईक	०	०	०	२	४	६
दूरचे नातेवाईक	०	०	१	१	०	२
एकूण	४	२	४	७	१४	३१

वैद्यकीय शास्त्राच्या आवाक्यात असलेली, रुग्ण बरे होण्याची शक्यता फारच कमी होती असे डॉक्टरने सांगितल्यावर जीवनान्ताच्या निर्णयासाठी ते महत्वाचे वाटणारे पुढील गट होते. नवरा / बायको (७ + ४ = ११), जवळचे नातेवाईक (४ + २ = ६).

रुणाची कुटुंबासाठी असलेली उपयुक्तता किंवा काही करणाची उमेद नाण्य असणे हे जीवनाचा अंत करणाची विनंती करणासाठी दिलेल्या कारणाचे महत्व व व्यक्तीचे रुणाशी असलेले नाते.

कोष्टक ४ अ

रुणाच्या तब्येतीबद्दल ज्यांना माहिती दिली त्यांचे रुणाशी नाते	अजिबात महत्वाचे नाही	महत्वाचे नाही	महत्वाचे	खूप महत्वाचे	अत्यंत महत्वाचे	एकूण
इतर	०	०	०	०	१	१
नवरा/बायको	७	२	२	०	२	१३
मुलगे/मुली	४	०	०	१	२	७
जवळचे नातेवाईक	४	०	१	०	१	६
दूरचे नातेवाईक	२	०	०	०	०	२
एकूण	१७	२	३	१	६	२९

रुणाची कुटुंबासाठी असलेली उपयुक्तता किंवा काही करणाची उमेद नाण्य असणे हे जीवनाचा अंत करणाची विनंती करणासाठी दिलेल्या कारणाचे महत्व त्याच्या नवरा/बायको यांच्या दृष्टिने महत्वाचे नाही असे आढळले. (७ + २ = ९)

वैद्यकीय खर्च परवडत नाही हे जीवनाचा अंत करण्याची विनंती करण्यासाठी दिलेल्या कारणाचे महत्व व व्यक्तीचे रुग्णाशी असलेले नाते

कोष्टक ४ ब

रुग्णाच्या तब्येतीबद्दल ज्यांना माहिती दिली त्यांचे रुग्णाशी नाते	मुलीच महत्वाचे नाही	महत्वाचे नाही	महत्वाचे	खूप महत्वाचे	अत्यंत महत्वाचे	एकूण
इतर	१	०	०	०	०	१
नवरा/बायको	३	३	२	२	२	१२
मुलगे/मुली	४	०	१	०	३	८
जवळचे नातेवाईक	४	०	१	०	१	६
दूरचे नातेवाईक	०	१	०	०	१	२
एकूण	१२	४	४	२	७	२९

जरी वैद्यकीय खर्च वाढला असला तरी वैद्यकीय खर्च परवडणार नाही हे जीवनाचा अंत करण्याची विनंती करण्यासाठी दिलेले कारण अजिबात महत्वाचे नाही असे २९ पैकी १६ जणांचे (१२ + ४) म्हणणे असल्याचे दिसून आले.

**प्रतिसादक डॉक्टरांचे काम करण्याचे विशिष्ट क्षेत्र व त्या क्षेत्रातील अनुभव
कोष्टक ५**

प्रतिसादक डॉक्टरांचे विशेष क्षेत्र	अनुभवाची वर्षे					एकूण
	१ ते ५ मध्ये	६ ते २० मध्ये	२१ ते ३० मध्ये	३१ ते ५० मध्ये	५० पेक्षा जास्त	
रोगचिकित्सातज्ञ	२	०	३	२	१	८
अतिदक्षता विभागातज्ञ	२	१	१	३	१	८
अस्थिरोगतज्ञ	०	२	०	०	०	२
नेत्रतज्ञ	१	०	०	०	०	१
नस्ररोगतज्ञ	०	१	०	०	०	१
क्ष किरणतज्ञ	१	०	०	०	०	१
शल्यविशारद	०	०	०	१	०	१
ऊरोरोगतज्ञ	१	०	०	०	१	२
नाक-कान-घसातज्ञ	२	३	०	१	०	६
कौटुंबिक डॉक्टर	२	१	०	०	०	३
कर्करोगतज्ञ	०	०	०	०	१	१
एकूण	११	८	४	७	४	३४

डॉक्टरांचा दृष्टिकोन

आधी उल्लेख केल्याप्रमाणे डॉक्टरांचा प्रतिसाद मिळविताना एक मुक्त स्वरूपाचा प्रश्न ठेवला होता. जीवनाच्या अंतासंबंधीचा निर्णय यासंबंधी त्यांची मते येथे ते मोकळेपणे मांडू शकत होते. १६ जणांनी याबद्दल त्यांची मते मांडली. त्यातील सर्वसामान्य मते खालीलप्रमाणे होती.

- अ) इच्छामरणासंबंधी भारतातील कायदे स्पष्ट नाहीत.
- ब) सामाजिक दृष्टिकोनातून ही फार महत्वाची बाब आहे.
- क) भारतात या कायद्याची गरज तर आहे पण त्याचे उपयोजन करणे अवघड आहे.
- ड) यासंबंधीचा कायदा सुव्यवस्थितपणे मांडण्याची गरज आहे.
- इ) आर्थिक स्थितीमुळे नातेवाईक विवश आहेत.
- फ) गंभीररीत्या आजारी रुग्णाचे वय सुध्दा असा निर्णय घेण्यापूर्वी लक्षात घ्यायला हवे. परंतु प्रत्येकाला जगायचा हक्क आहेच हेही खरे.
- ग) मृत्यू घडून येताना कोणत्या स्वरूपाचे वैद्यकीय उपचार केले जावे किंवा जाऊ नयेत हे स्पष्ट करणारे लिव्हिंग विल बनवणे निश्चितपणे उपयुक्त आहे. पण या प्रकारच्या विलचा विहित नमुना अस्तित्वात नाही. त्याची कायदेशीर वैधता काय हा प्रश्न अनुत्तरीतच आहे.

प्रतिसादकांनी मांडलेल्या मतांमधून लक्षात येणारे महत्वाचे मुद्दे असे आहेत.

- १) इच्छामरण हा महत्वाचा सामाजिक विषय आहे.
- २) जीवनान्ताची परिस्थिती हाताळण्यासाठी कायद्याच्या चौकटीची व त्यासंबंधीचे कायदे करण्याची गरज आहे.
- ३) रुग्णाच्यावतीने निर्णय घेताना, प्रत्येकाला जगण्याचा हक्क आहे हे लक्षात घेणे जरूरीचे आहे.

वरील मुद्द्यांमुळे इच्छामरणावर, जीवनान्ताच्या परिस्थितीवर, अजून संशोधन होण्याची गरज अधोरेखित केली गेली आहे.

सर्वेक्षणासंबंधी सर्वसामान्य माहिती

संशोधनाची व्याप्ती

- १) या संशोधनाची व्याप्ती पुणे म्युनिसिपल कॉर्पोरेशनची भौगोलिक हद्द एवढीच होती.
- २) अॅलोपथी डॉक्टर्स हे या संशोधनाचे प्रतिसादक होते.
- ३) माहिती देण्यास होकार देणाऱ्या डॉक्टरांकडूनच माहिती मिळविली गेली.

मर्यादा

- १) या सर्वेक्षणात फक्त डॉक्टर प्रतिसादक होते; रुग्ण किंवा त्याचे नातेवाईक नव्हे.
- २) डॉक्टरांची स्मरणशक्ती व अनुभव यांच्या आधारे त्यांनी दिलेली माहिती हा सर्वेक्षणाचा आधार आहे.

संशोधनाचे निष्कर्ष आणि सारांश

या संशोधनाचा उद्देश तिहेरी होता.

- (१) विकसित देशातील तसेच भारतातील इच्छामरणासंबंधीची सद्यस्थिती अभ्यासणे.
- (२) ठराविक परिस्थितीत इच्छामरण कायदेशीर असणाऱ्या अप्रत्यक्ष केसेसचा अभ्यास करणे.
- (३) आपल्या समाजात इच्छामरणाची अंमलबजावणी प्रगतीपथावर नेण्यासाठी व उपलब्ध पर्यायांचा विचार होण्यासाठी काही उपाययोजना सुचविणे.

इच्छामरण हा संशोधनाचा विषय काही नवीन नाही. वैद्यकीय क्षेत्रात जास्त रूढ असलेला शब्द म्हणजे जीवनांत. याबद्दल आपल्या तसेच इतर समाजातही अनेक दशके चर्चा होते आहे. हिंदूमधील प्रायोपवेशन पध्दतीचा, जैनांमधील संथारा व्रताचा किंवा वैद्यकीय क्षेत्रातील, रुग्णाने विनंती केल्यावरही त्याला डॉक्टरने विष देणे निषिध्द आहे असे स्पष्ट करणाऱ्या २५०० वर्षे जुन्या

हिप्पोक्रॅटिक शपथेचा विचार करता, इच्छामरणाला मानवी संस्कृति इतकाच पुरातन इतिहास आहे.

इच्छामरणाच्या संदर्भात ज्यांची नेहमी चर्चा होते असे दोन प्रकार आहेत - प्रत्यक्ष व अप्रत्यक्ष. त्यांच्या व्याख्या खालीलप्रमाणे आहेत.

प्रत्यक्ष इच्छामरण, किंवा डॉक्टरच्या मदतीने केलेली आत्महत्या म्हणजे डॉक्टरने हेतुपुरस्सर, एखाद्या व्यक्तीला आत्महत्या करण्यासंबंधी माहिती, साधने किंवा दोन्ही पुरवून त्या व्यक्तीचा मृत्यू घडवून आणणे.

अप्रत्यक्ष इच्छामरण म्हणजे जीवनदायी यंत्रणा किंवा उपचार काढून घेतल्यावर, कुठल्याही तऱ्हेची सुधारणा होण्याची शक्यता नसलेले, कायमस्वरूपी ठप्प झालेले जीवनच वाट्याला येणाऱ्या रुग्णांना वैद्यकीय व्यावसायिकांनी मृत्यूचा मार्ग खुला करून देणे.

आधुनिक इच्छामरण चळवळ पाश्चिमात्य देशात १९२० च्या सुमारास सुरू झाली. प्रत्यक्ष इच्छामरणाला मान्यता देणारे योग्य कायदे केले जावेत यासाठी समाजाचे अनुकूल मत बनविण्यासाठी या चळवळीतील सक्रीय लोक प्रयत्न करत आहेत. या चळवळीच्या कृतिशीलतेचे एक टोकाचे उदाहरण म्हणजे २२ नोव्हेंबर १९९८ मध्ये डॉ. जॅक केवोर्किअन नावाच्या अमेरिकन रोगनिदानतज्ञाने व प्रत्यक्ष इच्छामरणाच्या पुरस्कर्त्याने रुग्णाच्या विनंतीवरून त्याचा मृत्यू घडवून आणला. त्याला या गुन्ह्याकरता खुनाच्या आरोपाखाली ९ वर्षांकरता तुरुंगात जावे लागले.

१९३९ ते १९४५ या दुसऱ्या महायुद्धाच्या काळात दरम्यानच्या नाझी हत्याकांडाच्या बातमीमुळे इच्छामरण चळवळ मागे पडली. (त्यांनी इच्छामरणाच्या नावाखाली १ लाखाहून अधिक अपंग मुले व मोठ्या माणसांना ठार केले असे म्हणतात). खरे तर त्यातून ती चळवळ कधी पूर्णपणे सावरलीच नाही. भारतासकट जगातील बऱ्याच देशात अप्रत्यक्ष इच्छामरण कायदेशीर केले गेले असले तरी इ. स. २०१५ हे वर्ष संपताना नेदरलँड्स, बेल्जियम, आयर्लंड, कोलंबिया आणि लक्झेम्बर्ग अशा ५ देशात इच्छामरण, आणि स्वित्झर्लंड, जर्मनी, जपान, अल्बानिया आणि कॅनडा हे पाच देश तसेच ओरेगॉन, मोन्टाना, व्हरमॉन्ट, वॉशिंग्टन, न्यू मेक्सिको व कॅलिफोर्निया या

अमेरिकेतील सहा राज्यात डॉक्टरांची मदत घेऊन केलेली आत्महत्या कायदेशीर आहे. जगातल्या बऱ्याच भागातील सुशिक्षित अभिजन हा कायदा करण्याच्या बाजूने असले तरी, बहुतेक देशातील विधिमंडळे हा धोका पत्करायला तयार नाहीत. कारण जीवनांत करण्याचा दुरुपयोग केला जाऊ शकतो. इकॉनॉमिस्ट या सामाहिकाने १५ युरोपीय देशांमध्ये केलेल्या सर्वेक्षणाप्रमाणे हा निष्कर्ष निघू शकतो.

जागतिक स्तरावर प्रत्यक्ष इच्छामरणाला व्यापक पाठिंबा मिळाल्याशिवाय भारताची लोकसभा ते मान्य करणे असंभव वाटते.

अप्रत्यक्ष इच्छामरण भारतात यापूर्वीच कायदेशीर केले गेले आहे. जीवन ठप्प झालेल्या (बहुतांश ब्रेन-डेड किंवा कोमामधील) मरणासन्न रुग्णांच्या अप्रत्यक्ष इच्छामरणामध्ये पुण्यातील ज्या डॉक्टरांचा सहभाग होता त्यांचे सर्वेक्षण आम्ही केले. रुग्णाच्या जवळच्या नातेवाईकांनी रुग्णाच्या जीवनाचा शेवट करण्याचा जो निर्णय घेतला, त्या हेतूचे विश्लेषण करण्याचा या अभ्यासाचा उद्देश होता. वेगवेगळ्या क्षेत्रात कार्यरत असलेले ३६ डॉक्टर्स यात सहभागी झाले. त्यांच्या मताप्रमाणे रुग्णाच्या जीवनान्ताचा निर्णय घेण्यामागे त्यांच्या अग्रक्रमानुसार, खालील मुद्दे महत्वाचे होते.

- १) रुग्ण बरा होण्याची शक्यता अगदीच कमी आहे.
- २) बरा झालाच तरी सामान्य आयुष्य जगणे शक्य नाही.
- ३) एवढा खर्च झेपत नाही.

जवळचे नातेवाईक किंवा नवरा/बायको हेच निर्णय घेण्यात मुख्य होते.

प्रत्यक्ष इच्छामरणाच्या बाजूने कायदा करण्यातील प्रगति संथ आहे व वर उल्लेखलेली जागतिक परिस्थिती पाहता ती तशीच राहणार. त्यामुळे ह्या विषयाचे अभ्यासक हल्ली वेगळ्या दिशेने विचार करत आहेत. अटळ असणारा मृत्यू लांबवण्यासाठी रुग्णावर गुंतागुंतीच्या शस्त्रक्रिया आणि अन्य खर्चिक उपचार करणाऱ्या वैद्यकीय व्यावसायिकांवर त्यांचा मुख्य रोख आहे. त्या उपचारांमुळे आयुष्य अल्प प्रमाणात वाढते. पण रुग्णाच्या आयुष्याची गुणवत्ता वाढत नाही, बऱ्याच वेळा खालावते. मानवी पातळीवर पाहता ही मरण्याची नव्हे तर मृत्यूपूर्वीच्या शेवटच्या दिवसात जगण्याची समस्या आहे. हे दिवस

रुग्णांना ज्या गोष्टी महत्वाच्या वाटतात त्या करण्यासाठी शारीरिक आणि मानसिक उभारी देणे, मृत्यू येईपर्यंत आपल्या मुलामाणसात शक्य तितके सामान्य आयुष्य जगण्यासाठी आवश्यक तेवढेच वैद्यकीय उपचार करणे, वेदना व्यवस्थापन आणि आयुष्याची गुणवत्ता वाढवणे यावर भर द्यायला हवा, याकडे प्रगत देशातील जनमताचा कल आहे.

हा दृष्टिकोन प्रत्यक्षात आणण्यासाठी रुग्णाच्या घरी किंवा परिहार केंद्रात दिल्या जाणाऱ्या परिहार सेवेचा उगम झाला. अलिकडे इच्छामरणाचा आग्रह बाजूला ठेवून त्याला पर्याय म्हणून परिहारसेवा (हॉस्पिस) व परिहार केंद्रे (पॅलिएटिव्ह केअर सेंटर्स) यांच्याकडे पाहिले जाते. गेल्या दशकात ह्या सेवांचा प्रभाव खूप वाढला आहे.

जरी फारसा प्रसार झाला नसला तरी परिहार सेवेच्या माध्यमातून रुग्णांची काळजी घेणे भारतात गेली २० वर्षे सुरू आहे. सिप्ला परिहार आणि प्रशिक्षण केंद्र हे जागतिक दर्जाचे परिहार केंद्र पुण्यामध्ये आहे. परिहार सेवेच्या विस्तारामध्ये भारतात अनेक अडचणी आहेत. मोठी लोकसंख्या, गरिबी, भौगोलिक विविधता, वेदनाशामक औषधे देण्यावरील बंधने (त्यांचा व्यसनांसाठी दुरुपयोग होण्याची शक्यता असल्यामुळे), निम्न स्तरावरील कामगारांचा तुटवडा, राष्ट्रीय पातळीवरील अपुरी आर्थिक तरतूद व खासगी संस्थांची अनास्था अशी अनेक कारणे सांगता येतील. मोठा बदल घडून येण्यासाठी वैद्यकीय क्षेत्रातील कर्मचाऱ्यांचे सतत व पध्दतशीर प्रशिक्षण अनिवार्य आहे. विद्यापीठातील अभ्यासक्रमात त्याचा अंतर्भाव होणे व शिक्षकांची संख्या वाढविणे यांचीही गरज आहे.

परिहार सेवेमध्ये सर्वाधिक सहभाग वैद्यकीय व्यावसायिकांचा असेल. रुग्णाचे मरण हे वैद्यकीय शास्त्राचे अपयश असे न समजता एक अटळ घटना म्हणून मृत्यूचा स्वीकार करणे हा वैद्यकीय व्यवसायाच्या दृष्टीने मूलभूत बदल आहे. एकदा तो स्वीकारला गेला की तो आपल्याला, मरण व्यवस्थापन, या नवीन ज्ञानशाखेकडे घेऊन जाईल. त्यासाठी आवश्यक ती व्यवस्था म्हणजे सिस्टिम पाठोपाठ तयार होईल. त्यामध्ये मानसशास्त्रीय समुपदेशन, परिहार सेवेमार्फत घेतली जाणारी काळजी, परिहार सेवा आणि परिहार केंद्रे यांची निर्मिती, आरोग्याशी संबंधित धोरण, उपयोजित संशोधन, त्या क्षेत्रात विशेष

नैपुण्य मिळवलेले डॉक्टर आणि परिचारिका इत्यादि सर्व गोष्टींचा समावेश होईल. बिगर सरकारी संस्थांचा (NGO) सहभागही महत्वाचा आहे. यथावकाश ही वैद्यकीय व्यवसायातील नवीन शाखा म्हणून मान्यताप्राप्त होईल. परदेशात हे सर्व घडायला सुरुवात झाली आहे. उदारीकरणानंतरच्या जगाचा एक अविभाज्य भाग म्हणून भारतही, साधनसामग्रीच्या उपलब्धतेनुसार त्याच दिशेने जाईल असे मानायला हरकत नाही. मूळच्या इच्छामरण चळवळीच्या भवितव्यासंबंधी अंदाज बांधणे उपयुक्त ठरेल. असे वाटते आहे की कालौघात ती चळवळ मरण व्यवस्थापनाचा एक विशाल हिस्सा म्हणूनच अस्तित्वात राहील.

उपसंहार

इच्छामरण या संकल्पनेतील गुंतागुंतीची जाणीव संपादक मंडळाला आहे. उपोद्घातापासून, संबंधित साहित्याचा परामर्श व माहिती विश्लेषण यामधून, विषयाचे स्पष्टीकरण देण्याचा प्रयत्न केला आहे. काही भागाची पुनरावृत्ती झाली आहे, पण स्पष्टता येण्यासाठी ते आवश्यक होते.

या महत्वाच्या सामाजिक बाबीला वैचारिक चालना मिळावयाच्या दृष्टीने हा छोटा अहवाल उपयोगी पडेल अशी आशा आहे.

संदर्भग्रंथांची सूची

अ) पुस्तके

- 1) Dowbiggin, Ian : A Merciful End - The Euthanasia Movement in Modern America, Oxford University Press, 2003
- 2) Gawande, Atul : Being Mortal, Penguin Books, 2014
- 3) Singer, Peter : Rethinking Life and Death, St. Martin's Griffin, New York, 1994

ब) नियतकालिके

- 1) Economist, 27.06.2015 Cover Story 'Right to Die'
- 2) Educational Broadcasting Corporation/Public Affairs Television, Hospice v/s Palliative Care, Ann Villet - Lagomarsino.
- 3) eMedicine Health, Medical Author : William C Shiel Jr, MD, FACP, FACR. Medical Editor : Jerry R. Balentine, DO, FACEP
- 4) Indian Journal of Medical Research, Dec.2012, Euthanasia : Right to life v/s Right to die, Suresh Bada Math and Santosh K. Chaturvedi.
- 5) Indian Journal of Palliative Care (2012), Palliative Care in India : Current Progress and Future Needs, Divya Khosla, Firuza Patel and Suresh Sharma.
- 6) Times News Service, 7.7.2011, Euthanasia under Indian Culture, Rema Nagarajan.

क) अन्य

Encyclopedia of Death and Dying

www.deathreference.com

www.caregiverslibrary.org

इच्छामरणाशी संबंधित विषयांची सूची

विषय

पृष्ठ क्रमांक

सन्मानाने मरण

जीवनान्ताच्या व्याख्या

इच्छामरण / सुखांत

प्रत्यक्ष

अप्रत्यक्ष

कार्यवाही

विरोधाचे मुद्दे

परिपोषक मुद्दे

भारतीय संस्कृति

भारतीय कायदा

चळवळ

विश्वसंस्कृति आणि इच्छामरण

परिहारसेवा

मृत्यूचे व्यवस्थापन

परिहार केंद्रे

प्रायोपवेशन

संधारा

संशोधन न्यास

सन २०११ मध्ये काही ज्येष्ठ शिक्षकांनी एकत्र येऊन संशोधन न्यासाची स्थापना केली. व्यवस्थापन आणि व्यवस्थापन शिक्षण याक्षेत्रातील संशोधनाला उत्तेजन व प्रेरणा देणे हा न्यासाचा प्राथमिक उद्देश आहे.

कालांतराने सामाजिक शास्त्रातील समाजोपयोगी संशोधनही न्यासाच्या उद्देशात समाविष्ट करण्यात आले. सदर उद्देशपूर्तिच्या दिशेने पहिले पाऊल म्हणून विहित वर्षी सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठात पीएच्.डी. पदवीसाठी सादर करण्यात आलेल्या सर्वोत्कृष्ट संशोधन प्रस्तावास शिष्यवृत्ती प्रायोजित करण्यात आली. सन २०११ पासून पाच शिष्यवृत्ती देण्यात आल्या आहेत. संशोधकांच्या मार्गदर्शकांसही गौरविण्यात आले.

दोन वर्षांनंतर न्यासाची दुसरी योजना सुरू करण्यात आली. राज्यस्तरीय विद्यापीठाशी संलग्न व्यवस्थापन शिक्षणसंस्थांमधील शिक्षकाने लिहिलेल्या व संशोधन जर्नल मध्ये प्रसिद्ध झालेल्या सर्वोत्कृष्ट संशोधनपर पेपरसाठी पुरस्कार देण्याचे ठरविण्यात आले. आतापर्यंत असे तीन पुरस्कार देण्यात आले आहेत.

तिसरी योजना समाजोपयोगी संशोधनाबाबत असून या संशोधनाची सुरुवात २०१३ मध्ये करण्यात आली व त्याचा मराठी अनुवादित अहवाल आता प्रसिद्ध करण्यात येत आहे.

विशेष म्हणजे 'सुखांत' या विषयावरील संशोधनपर पत्रिकेचे प्रकाशन झाल्यानंतर थोड्याच दिवसात केंद्र सरकारने याबाबत कायदा करण्यासाठी एक मसुदा विधेयक तयार केले असून या मसुद्यावर लोकांच्या सूचना मागविलेल्या आहेत.

दि महाराष्ट्र एक्झिक्यूटिव्ह अँड ट्रस्टी कंपनी प्रा. लि. (बँक ऑफ महाराष्ट्र यांची उपसंस्था) हे न्यासाचे कामकाज पाहतात. न्यासाच्या गंगाजळीसाठी डिसेंबर २०१५ पर्यंत चाळीस व्यक्तींनी रु. ५,०००/- ते रु.३,००,०००/- पर्यंत दान दिलेले आहे.

विशिष्ट उद्देश्यासाठी दान द्यावयाचे असल्यास तेही स्वागतार्ह आहे. ज्यांना समाजोपयोगी संशोधनाची आवड असेल अशा व्यक्तींनी samshodhantrust@gmail.com या ईमेलवर संपर्क साधावा.