

تحلیلی مبتنی بر دیدگاه اسلام در مباحث اخلاقی خاتمه حیات: مطالعه موارد بالینی

فرزانه زاهدی^۱، باقر لاریجانی*^۲، جواد توکلی بزّاز^۱

چکیده

خاتمه حیات یک تصمیم بسیار مهم است که باید با احساس مسئولیت و پاسخگویی و طی یک فرآیند مشاوره با بیمار و افراد متخصص اتخاذ گردد. جلوگیری از تصمیم‌گیری برخلاف اعتقادات مذهبی بیمار، چالشی اساسی است که در حیطه مراقبت‌های خاتمه حیات وجود دارد. حقوق افراد نزدیک به مرگ، باید رعایت شده و خواسته‌های آنها در مراحل پایانی حیات محترم شمرده شود. قابل توجه است که مذهب، مهمترین عاملی است که ما را در مواجهه با مباحث اخلاقی خاتمه حیات یاری می‌رساند. بیش از یک‌چهارم جمعیت جهان مسلمان هستند، از این رو دانستن اعتقادات آنان در مورد این موضوع حیاتی بسیار ضروری است. هدف ما در این مقاله بیان اصول اساسی تعالیم اسلامی در مورد مرگ و بحث‌های خاتمه حیات می‌باشد. مناقشات اخلاقی با بیان برخی موارد بالینی مورد بحث قرار خواهند گرفت.

واژگان کلیدی: مرگ، خاتمه حیات، مذهب، اسلام

۱- مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم؛ کدپستی ۱۴۱۱۴؛ صندوق پستی ۱۳۹۵/۱۱۷۹؛ تلفن: ۳ -

۸۸۰۲۶۹۰۲؛ فاکس: ۸۸۰۲۹۳۹۹؛ پست الکترونیک: emrc@sina.tums.ac.ir

مقدمه

مرگ، به عنوان سرنوشت حتمی تمام انسان ها، در قرآن کریم مورد اشاره قرار گرفته است؛ چنانچه در سوره انبیاء (آیه ۳۵) می فرماید: «هر انسانی طعم مرگ را می چشد و شما را با بدی ها و خوبی ها آزمایش می کنیم و سرانجام بسوی ما بازگردانیده می شوید^۱». انسان در حال حاضر به واسطه دانش و فناوری های مدرن، گام هایی را بسوی طولانی تر نمودن حیات دنیوی برداشته است. حتی مداخلات پیشرفته درمانی برای حفظ و نگهداری حیات بیماران در شرف مرگ در بسیاری از مراکز درمانی در دسترس قرار گرفته است که استفاده از آنها گاه نجات بخش بیمار و گاه صرفاً طولانی کننده فرآیند مرگ می باشد. در همین راستا، طرح موضوعاتی مانند اتانازی^۲، منع^۳ یا قطع^۴ مراقبت های درمانی، بی فایده گی اقدامات طبی^۵، عدالت در توزیع منابع و موضوعات فراوان دیگر، بحث «خاتمه حیات»^۶ و چالش های اخلاقی مربوط به آن را به عنوان یکی از سرفصل های مهم اخلاق زیستی مطرح نموده است [۴-۱].

مباحث اخلاقی خاتمه حیات و تصمیم گیری های مربوط به مقالات متعددی توسط صاحب نظران مورد نقد و بررسی قرار گرفته است [۱، ۱۷-۵]. محققین و اندیشمندان ادیان مختلف نیز در مکتوبات متعدد به بیان دیدگاه های خود پرداخته اند [۲۷-۱۸]. اهمیت این مباحث، برخی کشورها را به تدوین قوانین در این حیطه ملزم نموده است [۳۰-۲۸].

در این مقاله ضمن اشاره مختصر به مباحث اخلاقی مطرح، تحلیلی مبتنی بر دیدگاه های اسلامی ارائه می گردد. جهت تدوین این نوشتار، دیدگاه اسلام و نظرات اندیشمندان اسلامی از طریق رجوع به منابع موجود شامل کتب، مقالات، سایت های معتبر و پایان نامه ها، مورد تحقیق قرار گرفته است. با بیان موارد بالینی خاتمه حیات در ابتدای مقاله و ارائه بحث در آخر، سعی بر این است که مطالب بطور عینی تری ارائه شود.

موارد بالینی: خاتمه حیات

خاتمه حیات و چالش های اخلاقی

مورد اول: آقای «ج»، ۶۵ ساله، که از مراحل انتهایی بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) رنج می برد، به علت عفونت ریه حدود یک ماه قبل پذیرش شده است. بیماری او به علت ایجاد نارسایی ریه رو به وخامت گذاشته به نحوی که به تهویه مکانیکی نیازمند گردیده است. طی چند روز اخیر تلاش ها برای جدا کردن دستگاه از او فایده ای نداشته است. بیمار هوشیار بوده و بطور کتبی از پزشکان قطع دستگاه را خواستار شده است. بهترین تصمیم اخلاقی در این بیمار چیست؟

مورد دوم: خانم «ش» که ۵۰ سال دارد به علت سرطان متاستاتیک تخمدان مدت یک ماه است تحت مراقبت های ویژه در بیمارستان بستری می باشد. تیم پزشکی مرگ قریب الوقوع بیمار را به اطلاع خانواده بیمار رسانده است. با توجه به از کار افتادن تدریجی اعضای حیاتی بیمار، پزشکان انجام عملیات احیاء (CPR) را در صورت ایست قلبی-تنفسی توصیه نمی کنند. بیمار معتقد به معجزه است و خانواده او انتظار دارند تمام اقدامات قابل انجام از جمله CPR برای بیمار انجام شود و در صورت نیاز از تهویه مکانیکی^۷ برای او استفاده شود. وظیفه اخلاقی تیم پزشکی در این بیمار چیست؟

مورد سوم: خانم میانسالی که مبتلا به لوسمی حاد میلوژنز می باشد، از پذیرش شیمی درمانی خودداری نموده است. او تحصیل کرده و کاملاً آگاه نسبت به بیماری و پیامدهای عدم پیگیری اقدامات درمانی می باشد. بیمار هر چند از تشخیص سرطان خون ناراحت است ولی افسردگی ندارد. بستگان وی نیز هر چند قلباً خواهان انجام تمام اقدامات درمانی برای او هستند ولی به خواسته او احترام می گذارند. از آنجا که بیمار می داند فرآیند مرگ او ممکن است طولانی و دردناک باشد از پزشکان درخواست دارد دارویی در اختیار او بگذارند تا در زمان دلخواه بتواند به حیات خود خاتمه دهد. چه تصمیمی خواهید گرفت؟

در موضوع خاتمه حیات، بیمار ممکن است به علت یک بیماری مزمن یا صعب العلاج مثل سرطان پیشرفته، یا بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD) در شرف مرگ بوده و یا در

۱. کل نفس ذائقه الموت و نبلوكم بالشر و الخیر فتنه و الینا ترجعون

۲. Euthanasia

۳. Withholding

۴. Withdrawing

۵. Medical Futility

۶. End of Life

۷. Mechanical Ventilation

باصطلاح «اثر دوجانبه»^۵ وجود دارد، استفاده از دارو ممنوع نیست به شرطی که هدف تجویزکننده دارو اثر کشنده آن نباشد. آشکار است که در این بیماران باید نگران مرگ ناشی از قطع تنفس با منشأ سیستم عصبی مرکزی بود، ولی رها کردن بیمار به حال خود و عدم تجویز تسکین‌دهنده‌های درد که کیفیت حیات را تغییر خواهند داد، از لحاظ اخلاقی قابل پذیرش نمی‌باشد. البته این امر گاه می‌تواند مورد سوءاستفاده قرار گیرد.

موضوع اهلیت (صلاحیت و ظرفیت) بیمار برای تصمیم‌گیری از دیگر مباحث مطرح است. تقریباً ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماران بدحال قادر به صحبت کردن یا مشاوره برای اتخاذ تصمیم در مواقع بحرانی نیستند [۳۷]. همچنین، منع یا قطع مداخلات درمانی در کودکان در ۸۹ درصد موارد با مخالفت والدین همراه بوده است [۳۸]. لذا تصمیم‌گیری در این بیماران، وظیفه‌ای خطیر و گاه تنش‌زا محسوب می‌شود. بر اساس اصل تناسب^۶، که در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در بحث خاتمه حیات مورد استفاده قرار می‌گیرد، فواید بالقوه هر اقدام درمانی باید در موازنه با آثار بالقوه سوء و بار اقتصادی آن، معقول بنظر برسد [۳۹]. به عبارتی؛ بحث عدالت اجتماعی، و به‌ویژه عدالت در توزیع منابع باید در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در نظر گرفته شود. به‌طور مسلم در بیمار در شرف مرگ، حفظ حیات به هر قیمتی معقول نیست. به تأخیر انداختن مرگ حتمی با استفاده از دستگاه‌های پیشرفته نه به نفع بیمار خواهد بود و نه به نفع جامعه‌ای که دچار محدودیت منابع است؛ لذا در چنین مواردی عدم اقدام درمانی، صرفاً به منزله این است که ما اجازه بدسیم مرگ، فرآیند طبیعی خود را طی کند [۴۰].

در برخی کشورها نظام قانونی با عنوان «خواستہ قبلی»^۷ وجود دارد که در حقیقت وصایای شفاهی یا کتبی فرد در مورد خواسته‌ها و آرزوهایش در مورد اقدامات طبی در آینده را در بر می‌گیرد. «وصیت زمان حیات»^۸، «وکالت مراقبت‌های سلامت»^۹ و «وکالت‌نامه دائمی»^{۱۰} از انواع روش‌های قابل انتخاب هستند [۲۷]. آموزش عموم مردم در مورد استفاده از

وضعیتی مانند وضعیت پایدار نباتی^۱، قابلیت ادامه حیات را برای سال‌ها داشته باشد. هرچند رویکرد پزشکی در این موارد و تصمیم‌گیری در مورد تجویز اقدامات مداخله‌ای لازم بر اساس تشخیص بالینی و پیش‌آگهی بیماری متفاوت خواهد بود؛ اما در هر حال پرداختن به بحث اخلاقی بودن تصمیم اتخاذ شده اجتناب‌ناپذیر است. عواملی چون ارزش حیات، احترام به اختیار فرد و جایگاه بیمار در تصمیم‌گیری، رضایت آگاهانه، کیفیت حیات، عدالت در تخصیص منابع، وظیفه‌شناسی و صداقت طبیب، تعارض منافع و مانند آنها در ارزیابی اخلاقی بودن چنین تصمیماتی تعیین‌کننده هستند.

مداخلات طبی در طولانی کردن و یا نجات جان بیماران در مراحل انتهایی حیات می‌تواند سودمند باشد. براساس مطالعه‌ای که در کشور کانادا انجام شده است، موضوع منع یا قطع درمان‌های نگهدارنده حیات در بیماران بدحال یکی از ده چالش اصلی اخلاقی مطرح در حیطه مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد [۲]. تهویه مکانیکی^۲ از جمله مداخلاتی است که قطع آن، شایع‌ترین مصداق اتانازی انفعالی^۳ می‌باشد [۳۱]. اتانازی در اشکال مختلف خود [۳۲] (جدول ۱) با واکنش‌های متفاوت، اما منفی در اکثر جوامع، روبرو بوده است. تصمیمات درخصوص انجام احیای قلبی ریوی (CPR) و ادامه تغذیه مصنوعی، از موضوعات جنجال‌برانگیز در این حیطه محسوب می‌شوند. کشورها و انجمن‌های پزشکی، موضع‌گیری‌های متفاوتی در این موارد داشته‌اند. به عنوان مثال؛ انجمن پزشکی آمریکا^۴ (AMA) از لحاظ بالینی افتراقی بین تغذیه و سایر اقدامات حمایتی حیات قائل نمی‌باشد [۳۳].

احترام به اختیار فردی، رحم و شفقت نسبت به فردی که از یک بیماری غیرقابل علاج رنج می‌برد، به عنوان دلایلی برای توجیه اتانازی توسط موافقین بکار می‌روند [۳۴، ۱۹]. بر اساس آمار موجود، حدود ۴۰٪ از بیماران در چند روز آخر حیات درد متوسط یا شدید دارند [۳۵، ۳]. استفاده از مقادیر بالای مسکن‌های نارکوتیک نیز در بیماران در شرف مرگ، به علت نگرانی از ایجاد وقفه در سیستم عصبی مرکزی، گاه توسط پزشکان مورد تردید قرار می‌گیرد [۳۶]. در این گونه موارد که

⁵ Double Effect

⁶ The principle of proportionality

⁷ Advance Directive

⁸ Living Will

⁹ Health Care Proxy

¹⁰ Durable Power of Attorney

¹ Persistent Vegetative State (PUS)

² Mechanical ventilation

³ Passive

⁴ American medical association

جدول ۱- برخی اصطلاحات و تعاریف مرتبط با موضوع اتانازی.

اصطلاح	تعریف
اتانازی (Euthanasia)	شخص «الف» آگاهانه شخص «ب» را به خاطر کمک به او می‌کشد. (اگر فعل کشتن سودی برای «ب» نداشته باشد، اتانازی تلقی نمی‌شود).
اتانازی انفعالی (Passive E.)	«الف» اجازه می‌دهد «ب» بمیرد (تلاشی برای حفظ حیات او انجام نمی‌دهد).
اتانازی فعال (Active E.)	«الف» اقدامی را انجام می‌دهد که به مرگ «ب» منجر شود.
اتانازی فعال داوطلبانه (Voluntary A. E.)	«ب» خود درخواست اقدام منجر به مرگ خود را دارد.
اتانازی فعال غیرداوطلبانه (Non-voluntary A. E.)	«ب» هیچگونه درخواستی در مورد اقدام منجر به مرگ ندارد.
اتانازی فعال ناخواسته (Involuntary A. E.)	اقدام منجر به مرگ خواسته «ب» نمی‌باشد.
خودکشی (suicide)	«ب» عمداً مبادرت به کشتن خود می‌کند.
خودکشی حمایت شده (Assisted suicide)	«الف» آگاهانه «ب» را در خودکشی یاری می‌دهد.
قتل (Murder)	«الف» دانسته و با قصد، «ب» را می‌کشد.

مرگ از منظر دین

طی دهه‌های اخیر با پیشرفت‌هایی که در زمینه حمایت از حیات در قرن اخیر رخ داده است، حد و مرز بین فرد زنده و مرده در بعضی موارد نامشخص شده است [۳۷]؛ بطوری که گاه برای تعیین دقیق مرگ قوانینی تدوین گردیده است [۴۱، ۳۷]. از دیدگاه علم پزشکی، مرگ عبارت است از توقف تمام اعضای حیاتی بدن انسان. این دیدگاه به بدن، فقط از لحاظ ساختار جسمانی و به عبارت دیگر از منظر مادی و حواس پنج‌گانه می‌نگرد و علایم مرگ را توقف فعالیت مغز و قلب و اندام‌ها و از بین رفتن حرارت جسم می‌داند و معمولاً به خروج پدیده‌ای غیرمادی به نام روح اشاره نمی‌کند [۴۲]. اما از نظر فلسفی، مرگ عبارت است از جدا شدن دائمی روح که به طور طبیعی و به سبب در هم ریختن نظم طبیعی بدن و نارسایی آن ایجاد شود [۴۲]. فلاسفه، مرگ و خروج روح از بدن را به کسی تشبیه می‌کنند که خانه اش خراب شده و ناگزیر است آن را ترک کند و به جایی دیگر نقل مکان کند. ملاصدرا فیلسوف

روش‌های قانونی، می‌تواند در مورد انجام یا عدم انجام اقدامات درمانی و مراقبتی برای بیمار در شرف مرگ چون احیاء، پیوند عضو، اقدامات تسکین دهنده و حمایتی^۱ و تغذیه مصنوعی کمک کننده باشد.

باید ذکر نمود که فراهم نمودن مراقبت‌های مطلوب برای بیماران در حال مرگ و تصمیم‌گیری صحیح در این موارد، نیازمند آشنایی پزشکان و کادر ارائه‌کننده خدمات پزشکی با مسائل اخلاقی می‌باشد. در تصمیم‌گیری‌های دشوار اخلاقی، انسجام تیم پزشکی، علاوه بر داشتن آگاهی و دانش لازم در خصوص مسائل اخلاقی محتمل، ضروری است. همچنین رابطه صادقانه تیم پزشکی با بیمار می‌تواند در بسیاری از موارد راهگشا باشد. در بیماران در شرف مرگ، صرفنظر از دیدگاه مذهبی، مسائل روحی و معنوی^۲ هم باید مدنظر قرار گیرد. پزشکان باید از اهمیت این مسأله آگاه بوده و بتوانند با فراهم نمودن شرایط مطلوب بیمار مراقبت‌های طبی را تکمیل نمایند.

¹ Palliative care

² Spiritual issues

از جمادی مردم و نامی شدم
مردم از حیوانی و آدم شدم
حمله‌ی دیگر بمیرم از بشر
وز ملک هم بایدم جستن ز جو
بار دیگر از ملک قربان شوم
پس عدم‌گردم چون ارغنون

وز نما مردم به حیوان برزدم
پس چه ترسم کی زمردن کم شدم
تا بر آرم از ملایک پر و سر
کل شیء هالک الا وجهه
آنچ اندر وهم ناید آن شوم
گویدم که انالیه راجعون

بر اساس نظر عرفا، در صورت شایستگی و تلاش انسان، این مرگ و تولد آن قدر تکرار می‌شود تا انسان در سیر تکاملی خود تا به آستان خدا برسد و نه کرسی فلک را در زیر پای خود ببیند [۴۲]. قرآن مجید در آیات بسیاری به مسأله موت و حیات اشاره دارد و مرگ را مرحله‌ای از چرخه حیات معرفی می‌کند. در چند آیه به همین مضمون عرفانی و فلسفی اشاره نموده است؛ از جمله می‌فرماید: «کیف تکفرون بالله و کنتم امواتا فاحیاکم ثم یمیتکم ثم یحییکم ثم الیه ترجعون»؛ شما (انسان‌ها) مرده بودید و خداوند زنده تان کرد و سپس شما را می‌میراند و سپس زنده می‌سازد و سرانجام به سوی او باز خواهید گشت. مقصود از «مردن» در اول آیه مراحل جمادی و نباتی و رحم و حالت جنینی است و «حیات اول» زندگی عادی بشری در این جهان است و دو مرحله بعد حیات مربوط به پس از مرگ و ادامه زنجیره تکاملی این جهان و آن جهانی است [۴۲]. تحلیل فلسفی حقیقت مرگ و حیات در قرآن مجید باید نخست از معنای «حیات» و فهم عمق آن در قرآن آغاز شود تا مفهوم مرگ نیز بهتر درک گردد [۴۲]. آنچه را که بشر «مرگ» می‌داند در واقع تغییر شکل حیات و تبدیل منزل و تغییر فضای زیستن اوست و موت معنای سلبی ندارد، بلکه مفهومی وجودی است و می‌بینیم که در قرآن آمده است که خداوند، خالق مرگ و زندگی است [۴۲].

دیدگاه ادیان

در تعلیمات و آموزه‌های ادیان الهی، هیچ‌گاه به مسأله مرگ به عنوان خاتمه و پایان حیات انسانی نگریسته نشده است. در کتب دینی اشارات فراوانی به حیات پس از مرگ و جاودانگی

نامی ایرانی (۹۷۹-۱۰۴۵)، برای مرگ تعریف تازه‌ای پیشنهاد کرد و پس از ردّ عقیده زیست‌شناسان و پزشکان که مرگ را معلول تباهی بدن می‌دانند، مرگ را رهایی روح از قید بدن به سبب کمال خود و بی‌نیازی به بدن دانسته است [۴۲]. ملاصدرا در توضیح فلسفی این مطلب می‌گوید: نفس انسان در آغاز از ماده، یعنی جسم و بدن، سربرآورده ولی با تکیه بر مسیر رشد و تکامل مادی بدن، راه جداگانه‌ای برای تکامل خود را در پیش می‌گیرد. تکاملی که با آغاز پیری و رشد منفی بدن، از توقف باز نمی‌ایستد و همچنان به رشد تکاملی خود ادامه می‌دهد، یعنی برخلاف بدن پیری ندارد و نابود شدنی نیست [۴۲]. این نوع تکامل بر اصل قانون فلسفی دیگری در حکمت صدرایی به نام «حرکت جوهری» بنا شده است. بر اساس اصل «حرکت در وجود و جوهر» است که نفس انسان همراه بدن، روز به روز راه تکامل خود را می‌پوید و سرانجام پس از طی دوره تکامل و رسیدن به کمال خود در هنگامی که شمارش معکوس پرواز و رهایی آن از بدن فرا برسد، بدن را رها می‌کند و در فضای غیر مادی متعلق به خود وارد می‌شود و زندگی غیر مادی خود را که برای آن ساخته شده آغاز می‌کند [۴۲].

اما مرگ در نگاه عرفان اسلامی منظری بسیار زیباتر و با شکوه تر دارد، زیرا نه فقط برخلاف نظر ماده‌گرایان و حس‌گرایان، مرگ نابودی و فنا نیست بلکه گامی به مرحله کامل‌تر زندگی و آغاز حیاتی دوباره و به تعبیری دیگر؛ در حکم تولد دوباره انسان است، همانند تولد کودک و خروج از حالت جنینی به حالت مستقل بشری [۴۲]. از این منظر، جهان مادی برای انسان در حکم رحم مادر برای فرزند است [۴۲]. مولوی در اشعار خود، تبدل کودک را در جنین از شکل ماده بی‌جان به حالت نباتی «مردن» از ماده و «تولد» در وضع نباتی معرفی می‌کند و خروج از حالت نباتی پس از آن را مردن و ورود به حالت حیوانی و جنبش را زندگی حیوانی و تکامل او از حیات حیوانی و خروج به حیات انسانی را نیز مردنی دیگر تعبیر می‌کند [۴۲]. وی پس از این مراحل، مرگ انسان را مردن و جبهه بشری و آغاز زندگی فرشته وار می‌داند و سرانجام نتیجه می‌گیرد که هرگز انسان از مردن‌ها کم نمی‌شود، بلکه برای او کمال و مرتبه‌ای افزونتر از پیش نصیب می‌گردد^۱.

^۱ مثنوی، تصحیح نیکلسون، دفتر سوم

^۲ سوره بقره، آیه ۲۸

موجب قانون خود او) به هیچ وجه جایز نیست و گناه شمرده می‌شود [۴۲].

از سوی دیگر، در فرهنگ قرآن، درد و رنج و سختی‌های دنیا امتحان الهی و وسیله‌ای برای ارتقای روحی تلقی شده است و مؤمنین به صبر و شکیبایی در قبال آنها توصیه شده‌اند. در سوره بقره ضمن سفارش به نماز و صبر^۳، هنگام مواجهه با بلاهای مختلف از ترس و گرسنگی تا از دست دادن مال و جان و فرزند و دارایی‌های دیگر، یادآوری مبدأ و مقصد انسان یعنی بارگاه باری تعالی، تأکید گردیده است.^۴

با توجه به سرفصل‌های گسترده مسایل اخلاقی در طب و علوم زیستی، برخی اصول و قواعد اسلامی برای استفاده در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در این حیطه به‌طور اعم و در موضوع خاتمه حیات به‌طور اخص، می‌تواند پیشنهاد شود. قاعده «لا حرج»، اصل «لا ضرر و لا ضرار»، اصل «مصلحت» و قاعده «ضرورت» از این موارد هستند [۴۵، ۴۴].

قاعده «لا حرج» یا «نفی عسر و حرج» از قواعد مشهور فقهی است که براساس آن تکالیف سنگین در ابواب عبادات (مثل وضو، غسل، نماز و روزه) برداشته می‌شود [۴۶]. بر مبنای اصل «لا حرج»، اگر ادای تکلیف واجبی مستلزم مشقتی فوق طاقیت باشد، فرد از انجام آن معاف خواهد شد. براساس برخی آیات قرآن؛ از جمله آیه «وما جعل علیکم فی الدین من حرج^۵»، کار سنگین و سخت در دین برای مسلمانان تکلیف نشده است. لذا وجوب برخی تکالیف که گاه برای مکلفین موجب مشقت است و فرد را در تنگنا قرار می‌دهد؛ مثل روزه گرفتن بیماران یا افراد پیر، بدین سبب برداشته می‌شود. البته همان‌طور که در باب عبادات نمی‌توان به صرف احساس دشواری در انجام

انسان شده است. معاد روحانی مورد اتفاق ادیان الهی مثل اسلام، مسیحیت و یهود است و در تفکر فیلسوفان اسلامی از فارابی و ابن سینا تا ملاصدرا، تحول وجود آدمی را به سوی کمال و تعالی دانسته‌اند و هیچ یک، مرگ را نوعی فقدان و یا نقصان وجودی تلقی نکرده‌اند [۴۳]. اما از آنجا که حیات دنیوی مقدمه و زمینه‌ساز حیات ابدی است و حفظ آن و بهره‌گیری هرچه بیشتر از این فرصت در جهت ارتقای روحانی و کمال وجودی ضرورت دارد، طلب مرگ به شدت نهی گردیده است. بر این اساس، اکثر مکاتب الهی بر منع اتانازی، خودکشی و قتل اتفاق نظر داشته‌اند؛ خواه از روی اختیار و خواه در موارد اضطرار و ناچارگری نظیر مواقع بیماری شدید، سخت و دردناک [۱۹، ۱۸]. دیدگاه برخی ادیان مطرح جهان در مقاله دیگری به تفکیک آورده شده است [۲۷].

مکتب اسلام

با وجود تمام تعبیر پر معنا و ارزشمندی که در اسلام در مورد حیات پس از مرگ مطرح شده است، حیات دنیوی ارزش و تقدس ویژه‌ای دارد و فرصتی است که باید برای کسب کمال معنوی و ارتقای وجودی، غنیمت شمرده شود. اما مرگ بازگشت بسوی پروردگار است که از آن گریزی نیست؛ چنانچه می‌فرماید: «بگو فرشته مرگی که بر شما گمارده شده جانتان را می‌ستاند آنگاه به سوی پروردگارتان بازگردانیده می‌شوید^۱». مرگ جز با مشیت و خواست الهی تحقق نمی‌یابد و انسان در هیچ شرایطی مجاز به جلوانداختن آن نیست. در قرآن کریم کشتن یک انسان بی‌گناه هم‌وزن کشتن تمامی انسان‌ها قلمداد شده است؛ آنجا که در سوره مائده (آیه ۳۲) چنین می‌فرماید: «هر کس، انسانی را بدون ارتکاب قتل یا فساد در روی زمین بکشد، چنان است که گویی همه انسان‌ها را کشته؛ و هر کس انسانی را از مرگ رهایی بخشد، چنان است که گویی همه مردم را زنده کرده است^۲». به عبارتی، حیات انسانی، ودیعه‌ای الهی است که انسان حق ندارد در آن تصرف کند. لذا خودکشی یا قتل دیگران (جز با اذن خداوند و به

³ سوره بقره، آیه ۱۵۳: «یا ایها الذین آمنوا استعینوا بالصبر و الصلاة ان الله مع الصابرين» (۱۵۳) ای کسانی که ایمان آورده‌اید از شکیبایی و نماز یاری جوید زیرا خدا با شکیبایان است.

⁴ سوره بقره، آیات ۱۵۵-۱۵۶: «و لنبلونکم بشیء من الخوف و الجوع و نقص من الاموال و الانفس و الثمرات و بشر الصابرين. الذین اذا اصابهم مصیبة قالوا اننا لله و انا الیه راجعون». و قطعاً شما را به چیزی از [قبیل] ترس و گرسنگی و کاهشی در اموال و جانها و محصولات می‌آزماییم و مزده ده شکیبایان را. [همان] کسانی که چون مصیبتی به آنان برسد می‌گویند ما از آن خدا هستیم و به سوی او باز می‌گردیم.

⁵ سوره حج، آیه ۷۸: و در دین (اسلام) کار سنگین و سختی بر شما قرار نداد.

¹ قرآن کریم، سوره سجده، آیه ۱۱: قل یتوفاکم ملک الموت الذی وکل بکم ثم الی ربکم ترجعون
² انه من قتل نفسا بغير نفس او فساد فی الارض فکانما قتل الناس جمیعا و من احیاه فکانما احیا الناس جمیعا

یا معارضی مساوی یا قوی‌تر از خود داشته باشد، مفسده است [۴۸]. این منافع باید عمومی باشند؛ یعنی گرچه به طور غیرمستقیم، باید به همگان بازگردد، گرچه گروهی در عمل از آن بهره نبرند. این منافع منحصر به منافع دنیوی نمی‌شود بلکه منافع دینی و معنوی را هم در بر می‌گیرد [۴۹]. شاید بتوان عدم ضرورت انجام اقدامات پیشرفته درمانی برای کودکانی انانسفال^۱ را به عنوان مصداقی برای استفاده از این اصل در تصمیم‌گیری‌های خاتمه حیات ذکر نمود.

اصل «ضرورت» نیز می‌تواند در برخی تصمیم‌گیری‌های اخلاقی کمک کننده باشد. مبتنی بر اصل «ضرورت»، مبادرت به استفاده از مواردی که در شرع حرام است گاه از باب ضرورت مجاز می‌شود؛ به عنوان مثال استفاده از گوشت مردار برای حفظ حیات انسانی. به این اصل در موضوعات خاص اخلاق زیستی، به عنوان مثال برای استفاده از سلول‌های بنیادی انسانی در پژوهش می‌توان استناد نمود.

تحلیل موارد بالینی

مورد اول: درخواست قطع تهویه مکانیکی

یکی از مهم‌ترین مباحث در حیطه منع یا قطع مداخلات درمانی، بحث بی‌فایده بودن^۲ درمان است. از یک سو از منظر اسلامی، انسان باید در هر لحظه آماده مرگ باشد و صرف نیروی انسانی و هزینه‌های مادی در مواردی که درمان هیچ سودی ندارد، قابل قبول نیست. به عنوان مثال اگر بیماری دچار نارسایی قلبی ریوی مزمن است که در صورت احیای مکرر نیز امیدی به برگشت به حیات نیست، مسلماً صرف وقت و هزینه توجیه‌پذیر نمی‌باشد. اما از سوی دیگر، اگر بیماری دچار سرطان پیشرفته‌ای است که در صورت احیای قلبی ریوی، احتمالاً یک ماه عمر طولانی‌تری خواهد داشت، تیم پزشکی نباید با احتمال بی‌فایده بودن از ارائه خدمت لازم خودداری نماید. ملاک و معیار اطلاق بی‌فایده بودن باید به نحوی باشد که عدم ارائه خدمات در مواردی که بیمار هوشیار نبوده، در مراحل پیشرفته بیماری است، قادر به پرداخت هزینه‌ها نمی‌باشد یا مواردی مانند آن، به صرف بی‌فایده بودن، قابل توجیه نباشد.

امری، از انجام آن سر باز زد، در مقوله تصمیم‌گیری‌های اخلاقی نیز مسلماً نمی‌توان هر سختی در این مسیر را دستاویزی برای خاتمه حیات انسانی قرار داد. آنچه قطعی است این است که طبق نصوص مسلم دینی، برخی فرامین الهی (مثل جهاد، روزه و مانند آن) هر چند برای همه افراد با مشقت و سختی همراهند، ولی مسلمانان مکلف به انجام آنها هستند. اصولاً در فرهنگ اسلام، ابتلا به شداید و سختی‌ها انسان را به مراحل والای عبودیت و رشد معنوی می‌رساند. بنظر می‌رسد آنچه از عسر و حرج نفی شده، مرتبه شدید آن است که تحمل آن مشکل و فوق طاق است [۴۶]. از این اصل اسلام برای صدور جواز تشخیص قبل از تولد و سقط درمانی در برخی بیماری‌ها مثل سندرم داون که با عسر و حرج خانواده (بلکه اجتماع) همراه است، در قانون سقط درمانی جمهوری اسلامی ایران [۴۷] استفاده گردیده است.

اصل «لاضرر و لااضرار» نیز به عنوان یک قاعده اسلامی، می‌تواند در تصمیم‌گیری‌ها مورد نظر قرار گیرد. این اصل یکی از مشهورترین قواعد فقهی است که در ابواب مختلف فقه، در عبادات و معاملات مورد استفاده قرار می‌گیرد. ضرر عبارت است از فعل مکروه به دیگری و نقص در اعیان؛ یا به عبارتی؛ کمبود در نعمت‌های زندگی اعم از جانی و مالی و مربوط به آبرو که انسان از آنها منتفع می‌شود [۴۶]. اما «ضرار» به معنای مجازات به خاطر ضرری است که از سوی شخصی بر دیگری وارد می‌شود؛ به معنای دیگر، ضرر زدن دو نفر به یکدیگر [۴۶]. «لاضرر» یعنی انسان نباید به برادر خود ضرر وارد سازد و چیزی از حق او ضایع کند. اما ضرر مفهومی دوطرفه دارد و منظور ضرر بر غیر است در مقابل ضرری که از غیر بر او وارد شده است. البته برای ضرر معانی مختلفی از جمله مجازات و تلافی، ضرر دو طرف به یکدیگر، اصرار و تکرار ضرر، ضیق و عسر و حرج و ضرر رساندن عمدی ذکر شده است.

اصل دیگری که در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی می‌تواند مبنا قرار گیرد، اصل «مصلحت» است که براساس آن، عملی معقول و پذیرفتنی است که نتایج آن برای همگان بیشترین منفعت (مادی یا معنوی) را در پی داشته باشد. «مصلحت» عبارت است از منفعت مادی یا معنوی که با شیئی همتراز و مساوی خود معارض نباشد؛ پس آنچه منفعت مادی یا معنوی نباشد و

¹ Anencephal

² Futility

و نیز تزکیه فرد را نیز مد نظر قرار دهند. بر مبنای آموزه‌های اسلامی، گاه رنج و درد بیمار موهبتی الهی است که در نهایت ارتقای معنوی او را در پی خواهد داشت.

مورد دوم: دستور عدم انجام عملیات احیای

منع یا قطع مداخلات درمانی، در مواردی که بیمار یا خانواده او برانجام یا ادامه آن اصرار دارند، برای کادر پزشکی کار دشواری خواهد بود. اما همانگونه که حیات طبق مشیت الهی تداوم می‌یابد، مرگ نیز با خواست الهی تحقق می‌پذیرد؛ لذا در مواردی که مرگ براساس دانسته‌های فعلی پزشکی حتمی است؛ پذیرش آن، چه از سوی بیمار و بستگان و چه از سوی پزشک، مطابق خواست الهی است. لذا عدم استفاده از درمان‌هایی که بر مبنای علم و تجربیات پزشکی برای برگرداندن سلامت و حیات بیمار بی‌فایده هستند، مجاز تلقی می‌شود [۵۰].

با توجه به وابستگی عاطفی بین اعضای خانواده در کشور ما، انعکاس کتبی رأی شخصی بیمار در پرونده او در مورد برخی درمان‌های پیشرفته، در مواردی که ممکن است در آینده بین پزشکان و خانواده اختلاف نظر وجود داشته باشد؛ می‌تواند مفید واقع گردد. این امر در مورد برخی از بیماری‌ها که سیر پیشرونده دارند می‌تواند طی مراحل درمانی بیمار به صورت پریشی ضروری از او پرسیده شده و در قالب وصیت‌نامه‌ای قانونی ثبت شود.

مورد سوم: خودداری از پذیرش درمان

تقدس و «ارزش حیات»^۲ از مباحث مهم بنیادین است که دیدگاه مذاهب الهی در مورد آن با دیدگاه مکاتب غربی بسیار متفاوت است. در فرهنگ غرب با توجه به قوانینی که در برخی کشورها برای سقط جنین، اتانازی و خودکشی با حمایت پزشک وضع شده است، برخی افراد تغییراتی را در سوگندنامه بقراط لازم شمرده‌اند [۵۱]. اما در اسلام، ضرر رساندن به هر نحو ممنوع است. براساس اصل «لاضرر و لااضرار»، استنکاف فرد از پذیرش درمانی که به تأیید اکثریت اطبا در سیر بیماری موثر و مفید است، مجاز نیست. خودکشی نیز به عنوان مصداقی از ضرر زدن به خود حرام است. در آیه ۲۹ سوره

در این بحث، باید توجه داشت که بحث «فایده و سود» از دیدگاه اسلام با فرهنگ غربی متفاوت است. تمام لحظه‌های حیات انسانی ارزشمند است و از آنجا که انسان در این جهان، سعادت اخروی خود را پی‌ریزی می‌نماید، لحظات پایانی حیات، به ویژه زمانی که انسان مرگ را در چند قدمی خود می‌بیند، گاه بسیار تحول‌آفرین و سرنوشت‌ساز خواهد بود.

اما در این گونه موارد، گاه حالتی وجود دارد که تصمیم‌گیری را برای پزشک و سایر ارائه دهندگان خدمت بسیار دشوار خواهد نمود و آن زمانی است که دو بیمار نیازمند به خدمات پیشرفته درمانی بوده ولی به علت محدودیت منابع فقط ارائه خدمت به یکی از آنها مقدور باشد. در این موارد، عادلانه بودن تصمیم و قرار دادن معیارهای مناسب جهت اولویت‌بندی بیماران بسیار پراهمیت و حیاتی خواهد بود. نمونه قابل ذکر از محدودیت منابع که در اکثر کشورهای جهان وجود دارد، کمبود عضو پیوندی برای بیماران دچار نارسایی پیشرفته اعضای حیاتی بدن می‌باشد. براساس اصل «مصلحت»، منافع کلی جامعه اقتضا می‌کند برای بهره‌گیری از خدماتی که به علت محدودیت منابع امکان دسترسی همه افراد به آنها نیست، اولویت‌بندی به صورت عادلانه صورت گیرد. در مواردی مشابه مورد ذکر شده، می‌توان پیش‌آگهی بیماری و میزان احتمالی پاسخ به درمان و نیز اندیکاسیون طبی این خدمات را به عنوان معیارهای اولویت‌بندی بیماران برشمرد؛ اما مسلماً تصمیمات در هر مورد بالینی با دیگری متفاوت خواهد بود. در نظر بگیرد بیمار ۶۰ ساله‌ای دارید که به لحاظ دانش و تجربه از سرمایه‌های ملی به شمار می‌رود ولی احتمال برگشت به حیات او (با کیفیت مطلوب) فقط ۶۰٪ است و همزمان با او بیمار ۱۴ ساله‌ای دارید که با بیماری بهبود یابنده سندرم گیلن باره مراجعه کرده است و شانس بهبودی بالای ۹۰ درصد دارد. پس بنظر می‌رسد در امر عدالت در توزیع منابع، منافع عمومی جامعه باید به منافع شخصی رجحان داده شود (اصل مصلحت).

در بحث منع یا قطع خدمات پزشکی، علاوه بر پیش‌آگهی درمان، موضوع کیفیت حیات^۱ اهمیت زیادی دارد؛ اما پزشکان جامعه اسلامی باید علاوه بر سلامت فیزیکی و رفاه و آسایش جسمی بیمار، سلامت روحی و معنوی، رشد و ارتقای اخلاقی

² Value of life

¹ Quality of life

در اسلام این عمل، به ویژه اگر به مرگ منجر شود، گناهی بزرگ بوده، عذاب اخروی را در پی خواهد داشت. حفظ صحت تن و سلامت جسم در حد مقدر و وظیفه‌ای است واجب و هر اقدام انسانی که آگاهانه سلامت انسان را در معرض خطر قرار دهد منع گردیده است. باید تأکید نمود که هرچند تأمین آسایش و تسکین بیماری که مراحل انتهایی بیماری را می‌گذراند توصیه شده است، اما این امر کوتاه نمودن عمر بیمار را تحت هیچ شرایطی توجیه نمی‌نماید. سلامت و خوشی، درد و رنج هر دو مواهب الهی هستند که می‌توانند رشد معنوی انسان و برکاتی دنیوی و اخروی را برای او در پی داشته باشند، لذا پایان دادن حیات انسانی به صرف وجود درد و رنج جسمی (یا روحی) پذیرفتنی نیست.

مسئلاً فقها و اخلاقیون مسلمان می‌توانند با تبیین دقیق و تحلیل شفاف‌تر این مباحث، قواعد فقهی اسلامی را به مثابه چارچوب‌های متقنی در فرآیند تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در اخلاق زیستی معاصر، به عنوان راه حلی کارآمد عرضه نمایند.

نساء می‌خوانیم: «... و لا تقتلوا انفسکم ان الله کان بکم رحیماً». در شریعت اسلام بیمار حق مرگ داوطلبانه ندارد چرا که حیات عطیه‌ای الهی است و لذا خاتمه آن با مداخلات طبی (چه فعال و چه انفعالی) مجاز نیست [۴۰]. لذا در این بیمار، لازم است تمام اقدامات مورد نیاز برای جلوگیری از مرگ بیمار صورت گیرد. به طور کلی، مجوزی برای منع یا قطع درمان‌های پزشکی وجود ندارد مگر اینکه پزشک یا تیم پزشکی در مورد قطعی بودن مرگ بیمار اطمینان داشته باشند. البته توجه به سلامت روحی و روانی بیمار نیز از وظایف پزشک است.

نتیجه‌گیری

حیات، چنان که بیان شد، هدیه و امانتی الهی است و ستاندن جان انسان خارج از معیارهای تعیین‌شده الهی جایز نیست؛ حتی اگر خود فرد راضی، بلکه خواهان آن باشد. در مورد بیماری که از درمانی ضروری اجتناب می‌کند؛ هرچند هیچ‌کس نمی‌تواند او را به پذیرش درمان اجبار نماید ولی به طور کلی

مآخذ

- Zahedi F, Larijani B, Tavakkoly Bazzaz J. End of Life Ethical Issues and Islamic Views. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology* 2007; 6 (Suppl. 5): 5-16.
- Breslin JM, MacRae SK, Bell J, Singer PA. Top 10 health care ethics challenges facing the public: views of Toronto bioethicists. *BMC Medical Ethics* 2005; 6:5. <http://bmc.ub.uni-potsdam.de/1472-6939-6-5/> (Updated: 29 December 2007)
- Friedenberg R. The end of life. *Radiology* 2003; 228:309-12.
- Iglehart JK. The American Health Care system: Medicare. *New England Journal of Medicine* 1999; 340:327-332.
- van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, van der Wal G, van der Maas PJ. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003; 362: 345-50.
- Kersh S, Cavalieri TA, Ciesielski J, Forman LJ. Opinions and reactions of physicians in New Jersey regarding the Oregon Death with Dignity Act. *The Journal of the American Osteopathic Association* 2000; 100: 349-59.
- Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, Teno J, Connors AF, Desbiens N, et al. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. *Annals of Internal Medicine* 1999;127:1-12.
- Lavery JV, Dickens BM, Boyle JM, Singer PA. Bioethics for clinicians: Euthanasia and assisted suicide. *Canadian Medical Association journal* 1997;156:1405-8.
- Dickenson DL. Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at the end of life. *Journal of Medical Ethics* 2000; 26:254-260.
- Hébert PC, Hoffmaster B, Glass KC, Singer PA. Bioethics for clinicians: Truth telling. *Canadian Medical Association journal* 1997;156(2): 225-8.
- Etchells E, Sharpe G, Walsh P, Williams JR, Singer PA. Bioethics for clinicians: Consent. *Canadian Medical Association journal* 1996; 155(2):177-80.
- Etchells E, Sharpe G, Elliott C, Singer PA. Bioethics for clinicians: Capacity. *Canadian Medical Association journal* 1996; 155(6):657-61.
- Lazar NM, Greiner GG, Robertson G, Singer PA. Bioethics for clinicians: Substitute decision-making. *Canadian Medical Association journal* 1996; 155(10):1435-7.
- Singer PA, Robertson G, Roy DJ. Bioethics for clinicians: Advance care planning. *Canadian Medical Association journal* 1996; 155(12):1689-92.
- Lavery JV, Dickens BM, Boyle JM, Singer PA. Bioethics for clinicians: Euthanasia and assisted

- suicide. *Canadian Medical Association journal* 1997;156(10):1405-8.
16. Singer PA, MacDonald N. Bioethics for clinicians: Quality end-of-life care. *Canadian Medical Association journal* 1998;159:159-62.
17. Latimer EJ. Ethical care at the end of life. *Canadian Medical Association journal* 1998 June 30; 158(13): 1741-1747.
۱۸. محقق داماد، سید مصطفی. خودکشی از نظر فلسفه و حقوق اسلامی. خلاصه مقالات کنفرانس بین‌المللی بررسی مفهوم «مرگ» در بستر تغییرات اجتماعی و تکنولوژی از منظر آموزه‌های اسلام و مسیحیت؛ ۲۱-۱۹ فروردین ماه ۱۳۸۵؛ مرکز حقوق بشر صلح و دموکراسی دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی؛ تهران، ایران؛ تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۵، صفحات ۶-۷.
۱۹. اسلامی، سید حسن. مرگ آسان از دیدگاه مسیحیت و اسلام. خلاصه مقالات کنفرانس بین‌المللی بررسی مفهوم «مرگ» در بستر تغییرات اجتماعی و تکنولوژی از منظر آموزه‌های اسلام و مسیحیت؛ ۲۱-۱۹ فروردین ماه ۱۳۸۵؛ مرکز حقوق بشر صلح و دموکراسی دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی؛ تهران، ایران؛ تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۵، صفحات ۲۱-۷.
۲۰. صادقی، محمود. مفهوم کرامت ذاتی انسان و حق بر مرگ شرافتمندانه. خلاصه مقالات کنفرانس بین‌المللی بررسی مفهوم «مرگ» در بستر تغییرات اجتماعی و تکنولوژی از منظر آموزه‌های اسلام و مسیحیت؛ ۲۱-۱۹ فروردین ماه ۱۳۸۵؛ مرکز حقوق بشر صلح و دموکراسی دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی؛ تهران، ایران؛ تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۵، صفحات ۱۶-۱۷.
21. Firth SH. End-of-life: a Hindu view. *Lancet* 2005; 366:682-86.
22. Keown D. End of life: the Buddhist view. *Lancet* 2005; 366: 952-55.
23. Dorff EN. End-of-life: Jewish perspectives. *Lancet* 2005; 366: 862-65.
24. Kemp CH, Bhungalia S. Culture and the End of Life: Review of Major World Religions. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2002; 4(4): 235-242.
25. Dorff EN. The process of dying. In: Dorff EN (editor). *Matters of life and death: a Jewish approach to modern medical ethics*, 1st edition. Philadelphia. Jewish Publication Society; 1998, p. 176-220.
26. Engelhardt HT, Iltis AS. End-of-life: the traditional Christian view. *Lancet* 2005; 366: 1045-49.
۲۷. دکتر باقر لاریجانی، دکتر فرزانه زاهدی، دکتر جواد توکلی بزآز. مباحث اخلاقی خاتمه حیات از منظر ادیان. مجله دیابت و لیپید ایران ۱۳۸۶، ویژه نامه اخلاق پزشکی، در حال چاپ.
28. The British Medical Association. *Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment: guidance for decision making*, 3rd edition. Manchester: Hammicks BMA Bookshop, 2007. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Endoflife> (Updated: 29 March 2008)
29. Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics (NEK-CNE). Duty-of-care criteria for the management of assisted suicide. Opinion no. 13/2006. <http://www.nek-cne.ch/en/> (Updated: 29 December 2007)
30. Cuttini M, Casotto V, Kaminski M, deBeaufort I, Berbig I, Hansen G, et al. Should euthanasia be legal? An international survey of neonatal intensive care units staff. *Archives of disease in childhood Fetal and neonatal edition* 2004 Jan; 89(1):F19-24.
31. Cook D, Rucker G, Marshall J. et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *The New England Journal of Medicine* 2003; 349(12):1123-32.
32. Gillon R. Introduction to the course. *The Annual Intensive Five-Day Course on Medical Ethics*. London: Imperial College School of Medicine, 17-21 September 2001.
33. American Medical Association. *AMA Policy E-2.20 Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment*. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2830.html> (Updated: 29 March 2008)
۳۴. اعتمادیان، محمود ناصرالدین. اخلاق و آداب پزشکی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۴۲، صفحات: ۱۱۳-۱۳۲.
35. Pantilat SZ. End of life care for the hospitalized patient. *The Medical clinics of North America* 2002; 86:749-770.
36. Cavalieri TA. Ethical Issues at the End of Life. *The Journal of the American Osteopathic Association* 2001; 101(10): 616-622.
37. Center for Bioethics. *End of Life Care: an Ethical Overview*. University of Minnesota, 2005. http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf (Updated: 29 December 2007)
38. da Costa D E, Ghazal H, Al Khusaiby S. Do Not Resuscitate orders and ethical decisions in a neonatal intensive care unit in a Muslim community. *Archives of disease in childhood Fetal and neonatal edition* 2002; 86:F115-F119.
39. Marco CA. Ethical issues of resuscitation: an American perspective. *Postgraduate Medical Journal* 2005; 81:608-612.
40. Sachedina A. End-of-life: the Islamic view. *Lancet* 2005; 366: 774-79.
41. The National Conference of Commissioners on Uniform State Laws. The Uniform Determination of

- Death Act (UDDA). <http://www.law.upenn.edu/bll/archives/ulc/fnact99/1980s/udda80.htm> (Updated: 4 March 2008)
۴۲. خامنه‌ای، سید محمد. مثل هوا با تن برگ. درباره متافیزیک و ماهیت مرگ. تحریر شده از سخنرانی ایشان در کنفرانس بین‌المللی بررسی مفهوم «مرگ» در بستر تغییرات اجتماعی و تکنولوژی از منظر آموزه‌های اسلام و مسیحیت؛ ۲۱-۱۹ فروردین ماه ۱۳۸۵؛ مرکز حقوق بشر صلح و دموکراسی دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی؛ تهران، ایران؛ تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۵، صفحه ۱۱.
۴۳. نجفی‌افرا، مهدی. مرگ، نقصان یا کمال وجودی. خلاصه مقالات کنفرانس بین‌المللی بررسی مفهوم «مرگ» در بستر تغییرات اجتماعی و تکنولوژی از منظر آموزه‌های اسلام و مسیحیت؛ ۲۱-۱۹ فروردین ماه ۱۳۸۵؛ مرکز حقوق بشر صلح و دموکراسی دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی؛ تهران، ایران؛ تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۵، صفحات ۹-۱۰.
44. Nature. Larijani B, Zahedi F. Islamic principles and decision making in bioethics. *Nature Genetics* 2008; 40(2), 123-3.
45. Al-Aqeel, AI. Islamic ethical framework for research into and prevention of genetic diseases. *Nature Genetics* 2007; 39, 1293-1298 (2007).
۴۶. مشایخی، قدرت‌ا...، *قاعده‌های فقهی*. تهران: انتشارات سمت؛ ۱۳۸۳، صفحات ۱۶۰ - ۱۴۰.
۴۷. مجلس شورای اسلامی ایران. *قانون سقط درمانی*. سی و یکم خرداد ماه ۱۳۸۴، شماره ۲/۸۵۸۷۶.
۴۸. سیدمحمد حسینی شیرازی. *الفقه، کتاب‌البیع*. القاهرة: معهد‌التعالیم الاسلامیه؛ چاپ اول ۱۴۱۴، جلد ۴، ص ۲۱۹.
۴۹. حسینی، سیدعلی. نظریه مصلحت از دیدگاه امام خمینی (ره). خبرگزاری فارس:
- <http://www.bashgah.net/pages-4664.html> (Updated: 9 January 2008)
50. Athar SH. Euthanasia and physician-assisted suicide. Islam-USA website. <http://www.islam-usa.com/e2.html> (Updated: 5 Februry 2008)
51. Owen R. Italian doctors want to scrap 'outdated' Hippocratic Oath. Timesonline 2007; 11 December. <http://www.timesonline.co.uk/tol/news/world/europe/article3031521.ece> (Updated: 16 January 2008)

Archive 03