

مباحث اخلاقی خاتمه حیات از منظر ادیان

باقر لاریجانی^۱، فرزانه زاهدی^{۲*}، جواد توکلی بزآز^۲، علیرضا پارساپور^۲

چکیده

مباحث اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های خاتمه حیات بسیار گسترده هستند. امروزه، پزشکان بطور دائم با بیمارانی روبرو هستند که می‌توان حیات آنها را با استفاده از درمان‌های پزشکی و فناوری‌های پیشرفته طولانی نمود. بحث‌هایی از مقوله بی‌فایده‌گی درمان‌های پزشکی، کیفیت حیات و عدالت در چنین مواردی مطرح می‌شود. گاه سلامتی بیمار قابل برگشت نیست و پزشک فقط قادر است با درمان‌های تسکین‌دهنده، فرآیند طبیعی مرگ را برای بیمار با آرامش همراه نماید. تصمیم‌گیری در مورد خاتمه حیات در موارد مرگ مغزی، وضعیت پایدار نباتی و وضعیت حداقل هوشیاری بسیار متفاوت و چالش‌برانگیز خواهد بود. موضوع «مرگ محترمانه» و تعریف مرگی خوب نیز یک مسأله اساسی محسوب می‌شود. زمانی که زندگی سراسر درد و رنج است، اجازه طی روند طبیعی مرگ، دستور عدم احیای بیمار، توقف یا منع درمان‌های پزشکی (مثل تهویه مکانیکی) و حتی اتانازی و خودکشی حمایت شده به‌عنوان تصمیماتی موجه توسط پزشکان پیشنهاد می‌شوند. در برخی کشورها، راهکارهای قانونی مانند «خواستۀ قبلی» بیمار روند تصمیم‌گیری را تسهیل می‌کند. اما مباحث اخلاقی و تصمیم‌گیری‌های مربوطه توسط عوامل مختلفی شکل می‌گیرد. در میان این عوامل، ارزش‌های دینی از اثرگذارترین عوامل محسوب می‌گردند. این مقاله، اخلاق در خاتمه حیات را با تمرکز بر دیدگاه‌های مذهبی بحث می‌نماید و این‌که چگونه اعتقادات دینی بر عملکرد پزشکی در این مناقشات اخلاقی تأثیر می‌گذارند. آموزه‌های مکاتب هندو، بودا، یهودیت، مسیحیت و اسلام در مورد مرگ و فرآیند مردن بصورت مختصر مرور می‌شود.

واژگان کلیدی: مرگ، خاتمه حیات، مذهب، اسلام

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

۲- مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*نشانی: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم، کدپستی ۱۴۱۱۴۱۳۱۳۷؛ تلفن: ۳-۸۸۰۲۶۹۰۲، نمابر:

۸۸۰۲۹۳۹۹؛ پست الکترونیک: fzahedi@sina.tums.ac.ir

مقدمه

بحث «خاتمه حیات»^۱ موضوعی مهم و پرمناقشه در اخلاق زیستی است؛ بطوری که در حال حاضر یکی از ده چالش عمده اخلاقی در حیطه طب و علوم بهداشتی محسوب می‌شود [۱] (جدول ۱). شاید عامل و منشأ اصلی پدید آمدن این مباحث، پیشرفت فناوری‌های نوین پزشکی در راستای درمان بیماران شدیداً بدحال و ایجاد قابلیت زنده نگهداشتن و افزایش طول حیات در بیماری‌های انتهای باشد. تصمیم‌گیری در خصوص میزان و نحوه مداخله در سیر بیماری‌های تهدیدگر حیات، موضوعی است که جوانب طبی، اخلاقی، روانی و اجتماعی گسترده‌ای را در بردارد. در امریکا ۱۰-۱۲ درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی صرف مراقبت‌های خاتمه حیات می‌گردد [۲، ۳]. در مورد این بحث عمیق و ریشه‌ای، مطالعات وسیعی در کشورهای مختلف صورت پذیرفته است [۹-۴] و برخی کشورها در این خصوص به تدوین قوانین نیز اقدام نموده‌اند [۱۰-۱۲]. کماکان این بحث از جمله موضوعات جنجال برانگیز حتی در برخی کشورهای دارای حاکمیت سکولار به شمار می‌رود. دیدگاه‌های مکاتب مختلف در این حیطه به چالش کشیده شده و صاحب‌نظران مکاتب الهی و غیرالهی در کتب و مقالات متعدد به بیان راهکارها و پیشنهادها خود پرداخته‌اند.

مقاله حاضر، حاصل یک برنامه پژوهشی در موضوع «خاتمه حیات» می‌باشد که طی آن، موضوعات اخلاقی مطرح در بحث خاتمه حیات مرور شده است و دیدگاه اسلام و برخی ادیان دیگر شامل مسیحیت، دین یهود، مکتب بودا و هندوئیسم، از طریق رجوع به منابع موجود شامل کتب، مقالات، پایگاه‌های اینترنتی معتبر و پایان‌نامه‌ها، مورد کنکاش قرار گرفته است. با توجه به گستردگی مباحث، سعی گردیده تا نتایج بصورتی موجز ولی جامع ارائه شود.

تعریف مرگ

از منظر علوم زیستی و پزشکی، مرگ عبارت است از توقف عملکرد اعضای حیاتی بدن انسان. در قرون گذشته تعریف مرگ بسیار آسانتر از زمان حاضر بوده است و زمانی که قلب یا ریه فرد از فعالیت باز می‌ایستاد، او مرده تلقی می‌شد. در گذشته مهم نبود که قلب اول بایستد یا مغز یا ریه چرا که تفاوتی در نتیجه ایجاد نمی‌کرد و توقف هر یک منجر به توقف دیگری می‌شد. اما با پیشرفت‌هایی که در زمینه حمایت از حیات در قرن اخیر رخ داده است، حدود مرز بین فرد زنده و مرده در بعضی موارد نامشخص شده است [۱۳]؛ به عنوان مثال، استفاده از فناوری‌های جدید، دسته جدیدی از بیماران را پیش روی ما قرار داده که هر چند عملکرد مغز در آنها از بین رفته است اما هنوز قلب و ریه آنها به فعالیت ادامه می‌دهد. بیماران دچار مرگ مغزی^۲ (توقف عملکرد مغز و ساقه مغز) را گاه می‌توان ماه‌ها با دستگاه‌های کمکی زنده نگه داشت. این وضعیت با وضعیت پایدار نباتی^۳ (PVS) و نیز با وضعیت حداقل هوشیاری^۴ (MCS)، کاملاً متفاوت است. با توجه به شرایط حساس این بیماران، برخی کشورها قوانینی را برای تعیین دقیق مصادیق مرگ وضع نموده‌اند [۱۳، ۱۴].

از دیگر سو، بعضی محققین دستورالعمل‌هایی را برای حصول یک «مرگ خوب» تدوین نموده‌اند. برخی عناصر و اجزای مشترکی که برای تعریف مرگ خوب به کار رفته است عبارتند از [۱۳، ۱۷-۱۵]:

۱. مدیریت مناسب تسکین درد و سایر علائم بیماری
۲. پرهیز از طولانی نمودن فرآیند مرگ
۳. ارتباط شفاف بین بیمار، خانواده و پزشک در مورد تصمیمات درمانی
۴. ایجاد آمادگی لازم برای مرگ (هم برای بیمار و هم بستگان او)

². Brain Death

³. وضعیت عدم هوشیاری کامل نسبت به خود و محیط پیرامون، همراه با سیکل‌های خواب و بیداری که با حفظ کامل یا نسبی عملکرد هیپوتالاموس و ساقه مغز همراه است. (Persistent Vegetative State)

⁴. وضعیت حداقل هوشیاری، وضعیتی است که بیمار بیدار بوده ولی حداقل پاسخ به محرک‌ها را نشان می‌دهد. این وضعیت می‌تواند گذرا یا دائمی باشد. (Minimally

Conscious State)

¹. End of Life

جدول ۱ - ده چالش عمده رودروی پزشکان و نظام سلامت در کانادا [۱].

رتبه	موضوع
۱	عدم همخوانی تصمیمات بیمار یا بستگان بیمار با تصمیمات درمانی پزشک و کادر پزشکی
۲	فهرست‌های انتظار
۳	دسترسی به منابع مورد نیاز مراقبت‌های سلامت برای افراد پیر، شدیداً بدحال و یا بیماران روانی
۴	کمبود پزشکان خانواده یا تیم‌های مراقبت‌های اولیه در مراکز شهری و روستایی
۵	خطاهای پزشکی
۶	منع یا قطع درمان‌های نگهدارنده حیات در بیماران بدحال یا در شرف مرگ
۷	حصول رضایت آگاهانه
۸	مباحث اخلاقی مربوط به شرکت افراد در تحقیقات
۹	تصمیم‌گیری جایگزین
۱۰	اخلاق در نوآوری‌های جراحی و استفاده از فناوری‌های جدید در بیماران

موضوع خاتمه حیات و چالش‌های

اخلاقی

اتانازی^۱ و خودکشی حمایت شده^۲

اتانازی به عملی اطلاق می‌شود که طی آن شخص ثالثی، که معمولاً پزشک است، به حیات فردی خاتمه می‌دهد. همچنین خودکشی حمایت شده عبارت است از عمل خودکشی با حمایت و یاری شخص دیگر (پزشک). در تمام موارد ذکر شده، هدف فردی که در راستای خاتمه حیات بیمار اقدامی را انجام می‌دهد، کمک و سود رساندن به بیمار است؛ در غیر این صورت بدان «قتل» اطلاق خواهد شد.

برای برخی بیماران، تداوم رنج ناشی از بیماری از مرگ ناخوشایندتر است. دیدن رنج بیمار لاعلاج نیز برای بستگان و عزیزان بیمار گاه بسیار دردناک است؛ به نحوی که گاه درخواست از پزشک برای پایان دادن به حیات بیمار یا مرگی آسان توجیه شده به نظر می‌رسد [۱۳]. اتانازی می‌تواند انفعالی^۳ و یا فعال^۴ باشد. منظور از اتانازی

انفعالی این است که به واسطه عدم شروع یا قطع مداخله درمانی اجازه بدهیم فرآیند مرگ طی شده و بیمار بمیرد^۵ [۱۳]. به عنوان مثال عدم به کارگیری تهویه مکانیکی^۶ (استفاده از ماشین برای دمیدن و مکش هوا به داخل ریه بیمار) یا قطع آن، یا عدم انجام دیالیز کلیه نوعی اتانازی انفعالی محسوب می‌شود. مواردی چون Nancy Cruzan (1976) Karen Ann Quinlan, (1983) که جنجال زیادی را در جوامع خود ایجاد نمودند، از نمونه‌های معروف این نوع اتانازی بوده‌اند [۱۸]. همچنین مورد Terri Schiavo که بیماری دارای حیات نباتی (PVS) بود، موجب بحث‌های دنباله‌داری در جامعه آمریکا گردید. او از سال ۱۹۹۰ تحت مراقبت‌های خاص قرار داشت تا آنکه در نهایت به درخواست همسرش و حکم دادگاه، در سال ۲۰۰۵ تغذیه او قطع گردید و او ۱۳ روز پس از آن درگذشت.

اما اتانازی فعال نیازمند انجام مداخله ای است که به حیات بیمار خاتمه می‌دهد؛ به عنوان مثال تزریق دارویی با دوز کشنده [۱۳]. اتانازی فعال می‌تواند داوطلبانه^۷ باشد باشد که با درخواست و موافقت بیماری که توان

5. "Allowing a Person to Die"

6. Mechanical ventilation

7. Voluntary

1. Euthanasia

2. Physician-Assisted Suicide

3. Passive

4. Active

محکوم به مرگ را فقط به علت رحم و شفقت نسبت به بیماران و تسکین درد و رنج آنان جایز دانسته است [۱۹]. نیچه (Nietzsche) فیلسوف شهیر آلمانی (۱۸۴۴-۱۹۰۰ میلادی)، از نظر متقدمان پشتیبانی می‌کند و تسریع مرگ بیمار را در مورد انگل‌های جامعه یعنی بیمارانی که از لذات زندگی محروم و ادامه زندگی و آینده برای آنان مفهومی ندارد، مجاز می‌داند [۱۹]. نیچه و سایر طرفداران این عقیده علاوه بر تسریع مرگ بیمار محکوم به مرگ، تسریع مرگ کودکان دیوانه و مصروع را نیز جایز می‌شمارند و عقیده دارند تسریع مرگ این کودکان موجب حذف بسیاری از ناراحتی‌های خانوادگی می‌گردد و در عوض از هزینه‌ای که بیهوده صرف این کودکان می‌شود می‌توان برای کودکان سالم استفاده کرد [۱۹]. طرفداران این عقیده جامعه را بر فرد مقدم می‌شمارند [۱۹]. در صورتی که امروزه پزشکانی که از اتانازی پشتیبانی می‌کنند، به علت رحم و شفقت نسبت به بیماری که احتضاری پر درد و رنج دارد، این عمل را جایز می‌دانند.

خوشبختانه در هر عصر و زمانی اکثر پزشکان جهان خود را حافظ جان آدمی دانسته و تسریع مرگ بیمار را بر خلاف وظیفه خود تلقی نموده‌اند [۱۹]. در همان محیط و مقارن عصر و زمان افلاطون، بقراط در سوگند نامه خود که راهنمای اخلاقی پزشکان است، پزشک را از انجام این عمل منع کرده است: «به خواهش و تمنای هیچ کس داروی کشنده نخواهم داد و مبتکر تلقین چنین فکری نخواهم بود». در قرن هجدهم و نوزدهم میلادی نیز اکثر پزشکان با تسریع مرگ بیماران مخالفت کرده‌اند [۱۹]. در قرن بیستم میلادی در بعضی از کشورهای اروپایی عده قلیلی از پزشکان برای مجاز شناختن تسریع مرگ بیماران محکوم به مرگ فعالیت نمودند. نخستین کشوری که تسریع مرگ بیمار را مجاز شناخت، اتحاد جماهیر شوروی بود [۱۹]. در قانون جزای این کشور که در آغاز سال ۱۹۹۲ میلادی به تصویب رسید، برای افرادی که به تقاضای بیمار و بعلت رحم و شفقت مرگ وی را تسریع می‌کنند مجازاتی منظور نشده بود. ولی عمر این آزمایش بسیار کوتاه بود و ۶ ماه پس از اجرای قانون، در یازدهم نوامبر ۱۹۹۲، دولت شوروی به علت اینکه در عمل خطرهای

تصمیم‌گیری و همکاری دارد صورت می‌گیرد^۱، همچنین اتانازی فعال می‌تواند غیر داوطلبانه^۲ یا ناخواسته^۳ باشد [۱۳]. در اتانازی فعال غیر داوطلبانه فردی که کشته می‌شود هیچ درخواستی برای این اقدام ندارد و خانواده، دوستان وی یا پزشکان تصمیم گیرنده هستند؛ مانند نوزادی که قادر به صحبت نیست. در اتانازی فعال ناخواسته، اقدام منجر به مرگ، خواسته فرد نمی‌باشد.

به عبارت دیگر؛ اتانازی «قطع بی درد و رنج زندگی شخصی است که به علت بیماری وخیم با کهولت زیاد امیدی به بهبودی وی نیست و برای همیشه از زندگی لذت بخش و مفید محروم شده است» [۱۹]. موافقین اتانازی اساساً به دو دلیل استناد می‌نمایند؛ نخست اصل خودمختاری انسان و لزوم احترام به تصمیمات فردی مشروط به آنکه به دیگران زیان نزند؛ و دوم رحم و شفقت نسبت به فردی که از یک بیماری غیر قابل علاج رنج می‌برد [۲۰]. طرفداران این عقیده اعم از فلاسفه و پزشکان در هر عصر و زمانی وجود داشته‌اند. در اغلب تمدن‌های باستانی تسریع مرگ بیماران محکوم به مرگ را مجاز می‌دانسته‌اند و فیلسوف بزرگ یونانی افلاطون^۴ در یکی از آثار خود به نام «جمهوریت»، افرادی را که به علت بیماری قادر به انجام وظیفه نیستند؛ محکوم به مرگ می‌سازد؛ زیرا به عقیده وی در مدینه فاضله هر یک از افراد باید قادر به انجام وظیفه باشند و آنان که دوران زندگی را با بیماری و مصرف دارو می‌گذرانند (بیماران مزمن و درمان ناپذیر) و در نتیجه قادر به انجام وظایف خود نیستند؛ از حق زندگی محروم هستند و باید تسلیم مرگ شوند [۱۹]. توماس مور (Tomas More) نیز این نظر افلاطون را در کتب خود بیان می‌نماید. در قرن هفدهم میلادی فیلسوف و دانشمند انگلیسی بیکن (Francis Bacon)، از این نظر پشتیبانی می‌کند ولی انجام این امر را به عهده پزشکان محول می‌سازد و نام آن را اتانازی می‌گذارد [۱۹]. بر خلاف نظر افلاطون و پیروان وی که این عمل را از نظر نفع جامعه مجاز می‌دانستند، بیکن (Bacon) تسریع مرگ بیمار

1. "Death with Dignity"

2. Non-voluntary

3. Involuntary

4. Plato

منع یا قطع درمان‌های پزشکی^۲

در یک بیمار شدیداً بدحال یا دچار صدمات جدی، برخی مداخلات طبی می‌تواند حیات‌بخش بوده و یا عمر فرد را طولانی نماید. گاه در چنین مواقعی باید تصمیم گرفته شود که آیا این درمان‌ها صورت گیرد یا خیر و یا اگر درمان شروع شده، چه زمانی قطع گردد [۱۳]. تقریباً ۶۰ تا ۷۰ درصد چنین بیمارانی خود قادر به صحبت و اعلام خواسته شخصی خود نیستند [۱۳]. واژه «خواسته قبلی»^۳ به معنای وصایای شفاهی یا کتبی فرد در مورد خواسته‌ها و آرزوهایش در مورد اقدامات طبی در آینده می‌باشد؛ که زمانی بکار خواهد رفت که دیگر فرد قادر به صحبت نیست. در این معنا در برخی کشورها سه شیوه وجود دارد؛ اول، «وصیت زمان حیات»^۴ که شامل وصیتی کتبی است که طی آن فرد نظر ترجیحی‌اش را برای استفاده از خدمات حمایت‌کننده از حیات، در زمانی که مراحل انتهایی بیماری را می‌گذراند بیان می‌کند؛ مثلاً وصیت فرد مبنی بر عدم احیای قلبی ریوی در صورت توقف قلبی-تنفسی؛ دوم، «وکالت مراقبت‌های سلامت»^۵ که به معنای دادن وکالت قانونی و معتبر به فردی دیگر برای تصمیم‌گیری در امور مرتبط با سلامت است؛ و سوم، «وکالت‌نامه دائمی»^۶ که از دو نوع قبلی وسیعتر است و این وکیل حتی امور مالی و بانکی فرد را در دورانی که ظرفیت تصمیم‌گیری را از دست داده است به عهده می‌گیرد. آموزش عموم مردم در مورد استفاده از روش‌های قانونی، می‌تواند در مورد انجام یا عدم انجام اقدامات درمانی و مراقبتی برای بیمار در شرف مرگ چون احیاء، پیوند عضو، اقدامات تسکین‌دهنده و حمایتی^۷، تغذیه مصنوعی و غیره کمک‌کننده باشد.

در برخی مواقع از سوی بیمار یا خانواده او دستور عدم احیاء^۸ از پزشک درخواست می‌شود. در بعضی موارد نیز پزشک، به دلایلی چون بی‌فایده بودن احیاء و یا کیفیت نامطلوب زندگی بیمار، تصمیم می‌گیرد دستور DNR

اجتماعی این اقدام ثابت شده بود، ماده مربوط را از قانون حذف نمود. در حال حاضر هلند و بلژیک کشورهای هستند که اتانازی فعال داوطلبانه در آنها پذیرفته شده است. این موضوع در لوکزامبورگ هم مورد تصویب اولیه قرار گرفته است. در سویس خودکشی با حمایت پزشک مجاز دانسته شده و راهنمایی برای آن تهیه گردیده است [۱۱]. در ایالت ارگان امریکا نیز قانونی در این مورد وجود دارد^۱ که در سال ۱۹۹۴ تصویب شد ولی تا سال ۱۹۹۷ به مرحله اجرا نرسید. این قانون دستورالعمل‌هایی را برای بیمار و خانواده او وضع نموده است [۲۱]. جالب توجه است که با توجه به قوانینی که در مورد سقط جنین و اتانازی تصویب شده است، برخی اخیراً تجدیدنظر در مفاد سوگندنامه بقراط را خواستار شده‌اند [۲۲].

از دیدگاه اخلاقی در مورد اتانازی چندین نظر مختلف وجود دارد:

۱. خاتمه حیات به طور کلی عملی غیر اخلاقی است.
 ۲. خاتمه حیات بیمار براساس درخواست فرد، غیر اخلاقی نیست چرا که این تصمیم خود اوست.
 ۳. خاتمه حیات در برخی شرایط می‌تواند پذیرفته شود؛ فقط اگر شواهد نشانگر این باشد که ادامه حیات برای فرد از مرگ بدتر است.
 ۴. خاتمه حیات در حال حاضر در جوامع مختلف غیر اخلاقی است؛ چرا که حمایت‌های لازم برای اینکه اتانازی طبق عدالت صورت گیرد وجود ندارد.
- علاوه بر نهی اخلاقی، وظیفه پزشک ایجاب می‌کند تا آخرین لحظه با مرگ مبارزه کند و در مواردی که از درمان بیمار خود ناامید است، باز هم بیمار را به درمان خود امیدوار سازد. در مورد پیش‌آگهی بیماری و تعیین تاریخ وقوع مرگ، اشکال مهم این است که با گردش سریع چرخ‌های عظیم تحقیقات پزشکی، ممکن است یک یا چند بیماری که تا امروز درمان ناپذیر شناخته شده‌اند، فردا قابل علاج بوده و دارو و روش درمانی نوینی برای درمان آن کشف شود [۱۹].

². Withholding and Withdrawing Medical Treatment

³. Advance Directive

⁴. Living Will

⁵. Health Care Proxy

⁶. Durable Power of Attorney

⁷. Palliative care

⁸. Do-not-resuscitate order (DNR)

¹. Death with Dignity Act of Oregon.

<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/>

اثر دوجانبه^۳

استفاده از یک اقدام درمانی که ضمن مفید بودن برای بیمار، می‌تواند کشنده باشد، مانند تجویز یک داروی مسکن در دوز بالا، مورد مناقشه اخلاقی می‌باشد. درد یکی از شایعترین علائم در مراحل آخر بسیاری از بیماری‌هاست؛ بطوری که گفته شده ۴۰٪ از بیماران در چند روز آخر حیات، درد متوسط یا شدید دارند [۲۶،۲]. از سوی دیگر، درد و رنج بیمار یک دلیل اساسی برای اتانازی محسوب می‌شود. بطور سنتی، برخی پزشکان برای استفاده از مقادیر بالای مسکن‌های نارکوتیک در بیمارانی که مراحل انتهایی بیماری را طی می‌کنند، تمایلی ندارند؛ که به علت نگرانی از ایجاد وقفه در سیستم عصبی مرکزی می‌باشد [۲۵]. در اینجا اصطلاح «اثر دوجانبه» مطرح می‌شود که بر مبنای آن در مواردی که دارو یا اقدامی دارای دو اثر مثبت و منفی است، استفاده از آن ممنوع نیست بشرطی که تجویزکننده در پی اثر منفی آن نباشد. البته این امر گاه می‌تواند مورد سوءاستفاده قرار گیرد.

خاتمه حیات در کودکان

در شرایطی که طفلی دچار بیماری صعب‌العلاج بوده و در شرف مرگ باشد، والدین و سایر افراد خانواده و کادر پزشکی اغلب حمایت‌های مراقبتی و درمانی لازم را به انجام می‌رسانند. خاتمه حیات در چنین کودکان یک بحث اخلاقی مهم است. سوالات مهمی در این حیطه مطرح می‌باشند؛ از جمله:

- ۱- چه کسی تصمیم گیرنده است؟
- ۲- در موارد تعارض منافع کودک با والدین، سیستم پزشکی چه وظیفه‌ای دارد؟
- ۳- اگر والدین از انجام اقدام نجات بخش به کودک خود ممانعت نمایند، یا برعکس درمان‌هایی را درخواست کند که از نظر پزشک کمک‌کننده نیست، چه باید کرد؟
- ۴- چگونه و به چه میزان باید کودک را در تصمیم‌گیری دخیل نمود؟

بدهد. تغذیه مناسب بیمار دچار وضعیت حیاتی نباتی (PVS) از جمله مباحث مطرح در این حیطه است. برخی با استفاده از اصل تناسب^۱ سود و ضرر اذعان می‌دارند که اگر بیمار در شرف مرگ نیازمند تغذیه مصنوعی باشد، در حالی که بار ناشی از آن بیشتر از سود حاصل از طولانی کردن حیات بیمار باشد، قطع یا منع این تغذیه مصنوعی از نظر اخلاقی قابل قبول است؛ حتی اگر به مرگ بیمار منجر شود [۱۳].

بی‌فایده‌گی اقدامات طبی^۲

تصمیم‌گیری در مورد قطع یا ادامه درمان حمایت‌کننده حیات، در بسیاری از موارد، به میزان فایده‌بخش بودن آن بستگی دارد. درمان‌های بی‌فایده شامل مواردی هستند که بسیار بعید است به بیمار سودی برسانند. این موضوع که فواید بالقوه هر اقدام درمانی باید در موازنه با آثار بالقوه سوء و بار اقتصادی آن معقول بنظر برسد، اصل تناسب نامیده شده است. اصل تناسب یکی از اصولی است که در تصمیم‌گیری اخلاقی در بحث خاتمه حیات مطرح شده است. بطور کلی در هر اقدام طبی فواید بالقوه باید در موازنه با خطرات و بار اقتصادی معقول بنظر برسد [۲۳].

سوالات اخلاقی فراوانی در این خصوص وجود دارد. اول اینکه، چگونه بی‌فایده بودن یک مداخله طبی تعیین می‌شود؛ و دیگر اینکه چطور می‌توان از سوءاستفاده‌های احتمالی و تصمیم‌گیری‌های عجولانه توسط برخی پزشکان جلوگیری نمود. این موضوع در مواردی که تعارض منافع بین بیمار و خانواده او و یا بین بیمار و پزشک یا سیستم بهداشتی - درمانی وجود داشته باشد، بحرانی‌تر می‌شود. بیماران پیر و ناتوان و دچار معلولیت، و افرادی که از وضعیت اجتماعی - اقتصادی مطلوبی برخوردار نیستند، ممکن است مورد بی‌توجهی قرار گیرند [۲۵، ۱۳-۲۴].

۱. استفاده از یک اقدام درمانی که ضمن مفید بودن برای بیمار، می‌تواند کشنده باشد، مانند تجویز یک داروی مسکن در دوز بالا (Double Effect).

1. The Principle of Proportionality
2. Medical Futility

پرسش‌ها و چالش‌های اخلاقی جدیدی مواجهه نموده است. اتانازی امروزه یکی از چالش‌های بنیادی اخلاق زیستی است. آیا می‌توان به استناد اصول اخلاقی، اقدام به کشتن بی‌درد کسانی کرد که خود برای رهایی از درد و رنج پایان‌ناپذیر خویش خواستار آن هستند؟ آیا از منظر دین، حق حیات همچون بسیاری دیگر از حقوق انسانی حقی قابل گذشت است و فقط با رضایت فرد، قتل نفس در قالب خودکشی و مرگ آسان می‌تواند مجاز باشد؟ آیا از منظر تعالیم الهی می‌توان از حق انتخاب مرگ آسان یا شرافتمندانه سخن گفت؟ استمرار حیات افراد مبتلا به مرگ مغزی، وضعیت پایدار نباتی، بیماران در شرف مرگ و مانند آنها تا چه حد مورد تأیید است و تا چه میزان صرف هزینه‌های جوامع در این موارد توجیه پذیر است؟ آیا برای چنین بیمارانی می‌توان حکم تسریع مرگ صادر نمود؟ یکی از مسائلی که در این موضوع مورد بحث است این است که آیا حیات حق آدمی است یا تکلیف او؟ در کتب فقه‌های اسلامی این مساله باب خاصی را به خود اختصاص نداده که شاید بدین علت بوده که اصولاً عشق به بقا و ادامه حیات امری فطری و ضروری و اقدام به کشتن خود امری خلاف رویه عادی است [۲۹]. اکثر مکاتب فلسفی و حکیمان اخلاق پیشین بر زشتی خودکشی اتفاق نظر داشته‌اند و این عمل در میان مومنین به ادیان عملی قبیح، و در لسان اهل شرع مطلقاً حرام شناخته شده است؛ خواه از روی اختیار و خواه در موارد اضطرار و ناچارای نظیر مواقع بیماری شدید، سخت و دردناک [۲۹].

مسیحیان به استناد آموزه‌های کتاب مقدس، به‌ویژه فرمان پنجم از فرمان‌های دهگانه یعنی «قتل مکن»، بر این نظر هستند که اتانازی، به معنای اقدام ارادی برای مرگ کسی به کمک تزریق دارویی کشنده و مانند آن، با هر نیتی و در هر شرایطی نادرست و ممنوع است و قتل نفس به شمار می‌رود [۲۰]. آموزه‌های آیین اسلام نیز از منظری مشابه به نقد اتانازی می‌پردازد و حیات و مرگ را حق انحصاری خداوند می‌شمارد و این کار را نوعی قتل نفس به ناحق می‌داند و آن را منع می‌کند [۲۰].

اتخاذ موضع اخلاقی و حقوقی در موضوع خاتمه حیات در مکاتب اخلاقی و مذاهب مختلف بستگی زیادی

مطالعات نشان می‌دهند منع یا قطع مداخلات درمانی در کودکان در موارد فراوانی با مخالفت والدین همراه است؛ بطوری که در یک گزارش در ۸۹ درصد موارد این مخالفت ذکر شده است [۲۷]. در این موارد ضمن توضیح شفاف وضعیت برای والدین، تصمیم‌گیری باید با مشورت آنان و با در نظر گرفتن قوانین صورت گیرد.

دیدگاه مکاتب و ادیان

مذاهب، مکاتب و فرهنگ‌های مختلف دیدگاه‌های مختلفی در موضوعات ذکر شده دارند. تعلیمات و آموزه‌های اسلام و بسیاری از ادیان الهی متضمن رهنمودهای ارزشمندی درباره شروع و خاتمه حیات انسانی هستند چرا که بشریت از آغاز خلقت پرسش‌های فراوانی درباره مرگ مطرح نموده و پاسخ آنها را نزد رسل و فرستادگان پروردگار جستجو کرده است. یکی از نکات حایز اهمیت در ادیان، آن است که هیچ‌گاه به مساله مرگ به‌عنوان نقصان یا نیستی نگریسته نشده است و بواسطه اعتقاد به معاد، به‌ویژه معاد روحانی، همیشه سخن از تعالی وجودی و ارتقا به عالمی دیگر سخن به میان آمده است که عاری از بسیاری آلام و نقصان‌های عالم طبیعت است [۲۸]. از آنجا که فهم حقایق دینی به صورت عقلی متکی به گزاره‌های فلسفی بوده است، در اندیشه‌های فلسفی مسلمین بحث‌های میسوطی در مورد مراتب عالم و مراحل که نفس پس از مفارقت از جسم در عالم مفارقات طی می‌کند، به میان آمده است [۲۸]. معاد روحانی مورد اتفاق ادیان الهی مثل اسلام، مسیحیت و یهود است؛ اینکه نفس به جهان مبرای از جسم تعالی و ترقی پیدا می‌کند، عالم مجردات جهانی فراتر از عالم ماده است و نفس می‌تواند به آرامش و امنیتی دست یابد که در این جهان فاقد آن بوده، مورد پذیرش همه ادیان است. در تفکر فیلسوفان اسلامی از فارابی و ابن سینا تا ملاصدرا، تحول وجود آدمی را به سوی کمال و تعالی دانسته‌اند و هیچ‌یک، مرگ را نوعی فقدان و یا نقصان وجودی تلقی نکرده‌اند [۲۸].

اما پیشرفت‌های اخیر در حوزه علوم تجربی و فناوری، پرسش‌های نوینی را درباره تولد و مرگ مطرح کرده؛ بنحوی که این تحولات نوین مکاتب مختلف را با

تمرکز و مکاشفه می‌توان از قیود تولد و مرگ آزاد شد که به حقیقت عرفانی وحدت با «برهمن» و سپس به جذب و فنا در او منتهی می‌گردد. بر اساس اعتقاد هندوها، سه جلوه حقیقت مطلق برهمن عبارتند از: خالق^۴ (براهما)، محافظ^۵ (ویشنو) و نابودگر^۶ (شیوا). تمامی اعمال باید بدون توجه به خود و خواسته‌های خود و فقط با انگیزه محبت خدا انجام شود. کسانی که خداوند را دوست داشته و در زمان مرگ به یاد او هستند، به او خواهند رسید. برای هندوها این مرحله، کلید ورود به یک مرحله خوب است. یک مرگ خوب در دوران پیری، در زمان مناسبی از لحاظ ستاره‌شناسی، در محلی مناسب (روی زمین در منزل؛ اگر در ساحل رودخانه گنگ ممکن نباشد) رخ می‌دهد. برای یک مرگ خوب، باید طی دوره حیات زمینه‌های لازم را فراهم کرد.^[۳۱] اما مرگ بد، مرگی است سخت و خشن، زود هنگام و مرگ‌های کنترل نشده در محلی نامناسب و وقت نامناسب به‌ویژه اگر همراه با استفراغ، دفع ادرار و مدفوع و احساس ناخوشایند باشد. بدترین مرگ، مرگی است که به علت خودکشی با دلایل خودخواهانه رخ داده باشد. اما خودکشی مذهبی در جامعه هندو وجود دارد و مرگ داوطلبانه یک سنت اجتماعی است. اینگونه مرگ برای رسیدن به آزادی با نثار خود انجام می‌شود.

بر اساس مکتب هندو، در یک فرد در شرف مرگ، خودداری از خوردن^۷ می‌تواند در تزکیه معنوی او، رهاشدن مطلوب‌تر و جلوگیری از علایم یک مرگ بد موثر باشد. بیمار در حال مرگ می‌تواند با فکری شفاف و بدون تردید از درمان خودداری کند و درد را به عنوان راهی برای پاک شدن گناهان ببیند.

در مورد افرادی که قادر به دادن رضایت نیستند، بحث‌های سختی وجود دارد. تفاوت عمده‌ای بین مرگ داوطلبانه فردی که از نظر معنوی رشد یافته، با مرگ فردی که درد شدید دارد و به این علت درخواست مرگ می‌کند، وجود دارد. خودکشی با دلایل خودخواهانه از نظر اخلاقی صحیح نیست و به عذاب منتهی می‌شود. هرچند برخی شارعین در این مکتب نیز استثنائاتی را در این موارد قایل

به نحوه نگرش به «کرامت ذاتی انسان» دارد. در اسناد و اعلامیه‌های جدید اخلاق زیستی، کرامت ذاتی انسان، مبنای لزوم رعایت و حمایت از حقوق و آزادی‌های اساسی افراد در معاینات پزشکی و تحقیقات علمی تلقی شده است. اما در مواردی که کرامت انسان در معرض مخاطره قرار گیرد؛ (مانند اصلاح ژنتیکی نژاد انسان، انتخاب جنسیت نوزاد، معامله اجزای بدن و همانند سازی انسان)، همین اصل به عنوان مبنایی برای محدود ساختن آزادی اراده افراد نیز مورد استناد قرار گرفته است^[۳۰]. اگر کرامت انسانی تنها از زاویه حقوق فردی مورد ملاحظه قرار گیرد، شاید به راحتی بتوان قائل به حقیقی موسوم به حق بر مرگ شرافتمندانه برای افراد شد، اما اگر علاوه بر این کرامت نوع انسان نیز مد نظر قرار گیرد، شناسایی این حق دشوار خواهد بود^[۳۰].

در ادامه، مکاتب هندو، بودا، یهود، مسیحیت و اسلام را از لحاظ نگرش کلی به موضوع خاتمه حیات مورد کنکاش قرار می‌دهیم.

مکتب هندوئیسم^۱

در این مکتب، اعتقادات ویژه‌ای در مورد انتقال به حیات دیگر، حلول روح و تناسخ، زندگی در بهشت و فنا در حقیقت نهایی یا «برهمن»^۲ وجود دارد که بر اعتقاد فرد در مورد مرگ بسیار تاثیر گذار است^[۳۱]. البته نمی‌توان یک نظر خاص را به همه افراد فرقه هندو تعمیم داد چرا که اعتقادات افراد بر اساس سطح آموزش، طبقه بندی اجتماعی و سنت‌های مذهبی متفاوت می‌باشد. اما نکته کلیدی و مهم این است که به دیدگاه مذهبی بیمار و خانواده او پی‌برده و سعی گردد تا به بیمار این امکان داده شود که با کمک خانواده، مرگ خوبی داشته باشد. آنها نیازمند هستند که به صورت فعال در مراقبت‌ها مشارکت نمایند.

هندوها معتقدند که در تمام موجودات زنده، یک روح^۳ وجود دارد که از یکی به دیگری انتقال می‌یابد که این شامل حیوانات هم می‌شود. با ریاضت و ممارست در

4. Brahma

5. Vishnu

6. Shiva

7. Fasting

1. Hinduism

2. Brahman

3. Atman

دارد این است که نقش سنت‌های محلی در تعیین رابطه بین پزشک و بیمار از نقش آموزه‌های مکتب بودا برجسته‌تر است. نکته قابل ذکر این است که در مکتب بودا توجه، مراقبه، شفافیت و پاکی ذهن ارزشمند است لذا تمرکز^۳ و مکاشفه جایگاه ویژه‌ای دارد. بودیسم تأکید دارد که مرگ با ذهنی پاک و شفاف باعث می‌شود فرد حیات دوباره بهتری داشته باشد. لذا بسیاری از بوداییان مایل به درمان با داروهای مسکن یا آرامبخش‌های قوی که هوشیاری را کاهش می‌دهند، نیستند [۳۲].

بر مبنای تفکر بودایی، زندگی از زمان لقاح^۴ شروع شده و با مرگ خاتمه می‌یابد. طبق تفکر سنتی بوداییان، مرگ زمانی رخ می‌دهد که بدن هوشیاری و جنب‌وجوش (جان)^۵، گرما^۶ و احساس^۷ را از دست داده باشد [۳۲]. برای بودیسم مدرن این مشکل وجود دارد که چگونه این شاخص‌های سنتی را با علوم جدید پزشکی هماهنگ سازد، لذا در مواردی چون مرگ مغزی اختلاف نظر وجود دارد. اما در مورد بیماران دچار وضعیت حیات نباتی (PVS) اختلافی در مورد زنده بودن آنها وجود ندارد لذا این بیماران نیز بایستی مشابه سایر بیماران درمان شوند [۳۲]. با توجه به محبت و مهربانی عام در مکتب بودا که شامل همه می‌شود، طرد این بیماران پذیرفتنی نیست. لذا تغذیه این بیماران باید ادامه یابد که البته این امر شامل مواردی که بیمار دچار عوارض ثانویه شده باشد، نمی‌شود.

در مورد اتانازی داوطلبانه هر چند کلمه مترادفی در پیشینه مکتوبات بودایی وجود ندارد، ولی مواقعی بوده است که «ارزش زنده ماندن» مورد سؤال قرار گرفته است. در کتب تاریخی مواردی در این خصوص ذکر شده که حاوی اندرزهایی در مخالفت با نابود کردن حیات انسانی است، این موارد شامل مرگهایی است که پس از مداخله طبی یا توسط راهب‌ها صورت گرفته و در برخی موارد نیز مرگ بیمار با توجه به کیفیت زندگی او قابل توجیه بوده است. از این اندرزها برای ممنوعیت این‌گونه اعمال استفاده شده است. البته بودیسم از اینکه حیات فرد باید به

شده‌اند، اکثر صاحب‌نظران عقیده دارند که فقط خداوند می‌تواند در مورد حیات فرد تصمیم بگیرد و انسان نباید در این امر دخالت نماید چرا که در حیات آتی فرد تاثیر نامطلوبی خواهد گذاشت؛ در حالی که تحمل رنج و سختی می‌تواند باعث تزکیه و پاک شدن فرد شود [۳۱].

برخی نیز پیشنهاد نموده‌اند که انسان با استفاده از عقل، هوش، عملی متعادل و توسل به علم پزشکی می‌تواند تلاش کند تا اثرات اعمال غیر اخلاقی را از بین ببرد. لذا همانگونه که به یک فرد وارسته اجازه داده می‌شود که زمان مرگ خود را انتخاب کند، پس از لحاظ اخلاقی می‌توان اجازه داد که فردی که در مراحل انتهایی بیماری است و رنج شدیدی دارد، این راه را برگزیند. مهاتما گاندی گفته است همانگونه که اخلاقی نیست یک سگ هار را رها کنیم تا بتدریج و با درد بمیرد پس، در برابر وضعیت مشابهی برای یک انسان نیز چنین کاری شایسته نیست. نکته‌ای که اهمیت دارد این است به بیمار اجازه داده شود در محل و موقعیت مناسبی بمیرد و خودمختاری بیمار در قبال نیاز به آگاهی دادن به خانواده، محترم شمرده شود. مرگ خوب از نظر هندوها مدل ارزشمندی برای استقبال از مرگ با دیدی مثبت و بدون نگرانی می‌باشد. اما اخلاق هندویی شدیداً مخالف اتانازی غیرداوطلبانه است.

مکتب بودا^۱

در مکتب بودا رهبری مرکزی^۲ وجود ندارد اما مبانی و ارزش‌های اخلاقی مورد قبولی تأکید شده است که مهربانی و همدردی و احترام به حیات و زندگی افراد از جمله آنهاست. آموزه‌های بودا ضمن اذعان به حتمی و ناگریز بودن مرگ، تأکید دارند که فرد باید از نظر روانی آمادگی لازم برای مرگی همراه با شناخت را فراهم نماید [۳۲]. بودیسم شرایط خاصی را برای بیمار یا پزشک مقرر می‌کند لذا دلیلی وجود ندارد که خدمات به یک بیمار در لحظات انتهایی حیات با مشکل مواجه شود. البته در مورد راهبان بودایی این تأکید وجود دارد که حتماً توسط پزشک همجنس خود معاینه و درمان شوند. آنچه در عمل وجود

³. Meditation

⁴. Conception

⁵. Vitality (ayu)

⁶. Heat (usma)

⁷. Sentiency (vinnana)

¹. Buddhism

². Central Authority

درمان اعضای حیاتی خود شده باشد یا بیماری غیر قابل
علاجی در مراحل انتهایی داشته باشد، پزشکان در صورتی
که خود فرد درخواست نماید می‌توانند دارو یا دستگاه‌های
حمایتی حیات او را قطع نمایند» [۳۵]. بر اساس قانون
یهود هیچ انسانی عالم مطلق نیست لذا پزشکان نیز مسؤول
نیستند برای تصمیم‌گیری در این موارد از درمان‌هایی که
ممکن است در آینده فراهم شود آگاه باشند.

اکثر خاخام‌های ارتدکس و برخی محافظه‌کارها،
تغذیه مصنوعی را همانند آب و غذا لازم می‌دانند. آنچه
توسط «کمیته جنبش محافظه‌کار در باره قوانین و
استانداردهای یهود» تصویب شده این است که تغذیه
مصنوعی همانند داروست لذا اگر کوچکترین امید معقولی
برای نجات بیمار وجود دارد، لازم است تجویز شود، ولی
اگر فقط فرآیند مرگ را طولانی می‌کند، باید قطع گردد
[۳۵].

اکثر خاخام‌ها، از جمله ارتدکس‌ها، بر این هستند
که یک یهودی می‌تواند در برنامه‌های مربوط به بیماران در
شرف موت شرکت کنند با این هدف که حداکثر آسایش و
راحتی ممکن برای فرد بیمار فراهم شود. تجویز داروی
تسکین‌دهنده درد که می‌تواند مرگ بیمار را باعث شود
مجاز است، در صورتی که قصد از تجویز آنها کشتن فرد
نباشد [۳۳، ۳۴].

مکتب مسیحیت

در بین مسیحیان، بحث خاتمه حیات با اختلاف نظرهای
زیادی همراه بوده است [۳۶، ۳۷]. فهم نظرات مسیحیان با
توجه به قوانین حاکم در کشورهایی که در آنها فرهنگ
مسیحیت غلبه دارد، پیچیده تر می‌شود.

طلب رستگاری ابدی از طریق توبه در مسیحیت
تأکید شده است. لذا اگر چه همیشه الزامی برای به عقب
انداختن مرگ وجود ندارد، اما استفاده از فناوری‌های
پیشرفته طبی برای اینکه آخرین فرصت برای توبه و ابراز
ندامت فراهم شود، می‌تواند یک وظیفه باشد. طلب و
جستجوی تقدس و پرهیزکاری در مسیحیان، از طریق
تسلیم متواضعانه در مقابل خداوند، از اینکه بطور عمدی
موجبات مرگ را فراهم سازند جلوگیری می‌کند؛ حال چه

هرقیمتی طولانی شود حمایت نمی‌کند [۳۲] و قطع
مداخلات پزشکی را وقتی که مرگ حتمی در شرف وقوع
است، غیر اخلاقی نمی‌داند.

مکتب یهود^۱

برخی مبانی و اصول اعتقادی مذهب یهود در مباحث
خاتمه حیات مورد طرح قرار می‌گیرند؛ از جمله این‌که بدن
انسان متعلق به خداوند است و انسان مجاز بلکه ملزم به
درمان می‌باشد، هرچند جسم انسانی فانی است. بر اساس
اعتقاد یهود، چون جسم انسان متعلق به خداست، بیمار
حق تصرف در آن از طریق خود کشتی یا از بین بردن
حیات با کمک دیگران را ندارد و اگر چنین عملی انجام
دهد گویی مرتکب قتل شده است [۳۳]. انسان باید در پی
معالجه باشد و کاری که منجر به مرگ شود انجام ندهد
ولی در عین حال فرآیند مرگ را نیز نباید طولانی کرد. لذا
اتانازی و خود کشتی با حمایت پزشک ممنوع است [۳۴].

معیارهای سنتی تشخیص مرگ در یهودیت، توقف
تنفس و ضربان قلب است اما بعد از مشاهده این علائم باید
مدتی تا خاکسپاری فاصله گذارده شود. در عین حال،
تعریف مرگ مغزی با معیارهای هاروارد توسط خاخام‌های
محافظه‌کار^۲ پذیرفته شد و در سال ۱۹۸۸ پیوند قلب از
بیماران مرگ مغزی از سوی اعظم خاخام‌های اسرائیلی
مجاز دانسته شد [۳۳]. هرچند این تصمیم مورد بحث و
مناقشه خاخام‌های ارتدکس^۳ می‌باشد.

در مورد منع یا قطع درمان‌های حمایتی حیات،
سخت‌گیرانه‌ترین نظر در بین یهود این است که اگر بیمار
بطور مسلم طی ۷۲ ساعت آینده می‌میرد و رفلکس بلع را
از دست داده است، می‌توان این درمان‌ها را قطع نمود. اما
برخی حتی در بیمارانی که طی یک سال یا بیشتر خواهند
مرد نیز این تصمیم را قابل اجرا می‌دانند. «کمیته جنبش
محافظه‌کار در باره قوانین و استانداردهای یهود»^۴ این‌گونه
تصویب نموده است که «اگر بیماری دچار صدمه غیر قابل

¹ Judaism

² The Harvard criteria for Brain Death

³ Conservative rabbis

⁴ Orthodox Rabbis

The Conservative Movement's Committee on Jewish Law and

⁵ Standards

پزشک نباید ساعات احتضار را کوتاه کند و بر خلاف مشیت پروردگار رفتار نماید [۱۹]. علاوه بر این پیروان مذهب کاتولیک معتقدند که در زمین و آسمان اراده پروردگار باید حکم‌فرما باشد و بنابراین تسریع مرگ بیمار برخلاف اراده پروردگار است [۱۹]. اما تصمیم‌گیری در موضوع خاتمه حیات در بین گروه‌های مختلف پروتستان با اختلاف نظرهای گسترده‌ای همراه بوده است [۳۶، ۳۹]. برخی از آنها بطور واضح مخالف تمام انواع اتانازی و خودکشی حمایت شده هستند ولی برخی با اتانازی فعال مخالف بوده ولی اتانازی انفعالی را می‌پذیرند. در عین حال گروهی از پروتستان‌ها نیز اتانازی و خودکشی حمایت شده را در صورت انتخاب فرد مورد قبول می‌دانند. در مورد تداوم تغذیه مصنوعی یا قطع آن در بیماران دچار وضعیت پایدار نباتی (PVS) اختلاف نظر بیشتری وجود دارد [۳۶].

مکتب اسلام

در اسلام، حیات تقدس ویژه‌ای دارد و یک فرصت ویژه برای ایجاد یک آینده بهتر در حیات اخروی محسوب می‌شود. مرگ با اینکه شروع حیاتی دیگر همراه با ره‌اشدن از قیود مادی و جسمانی است، ولی انسان مجاز به تسریع آن نیست و جز با مشیت و خواست الهی تحقق نمی‌یابد. حیات دنیوی مرحله لازمی برای کسب آمادگی برای حضور در عالمی بالاتر است. انسان زمانی به نهایت کمال خود خواهد رسید که مراتب سلوک را در همین عالم طی نموده باشد. لذا با وجود تمام تعابیر زیبایی که در قرآن، احادیث و روایات و سایر مکتوبات اسلامی در مورد حیات پس از مرگ وجود دارد، درخواست عمری طولانی از خداوند در ادعیه فراوانی مورد تأکید قرار گرفته است.

از منظر اکثر ادیان الهی، وجود و حیات انسان، متعلق به او نیست بلکه ودیعه و امانتی الهی است که به وی تفویض شده و انسان در جریان طبیعی آفرینش حق ندارد در آن تصرف کند؛ از این روست که خودکشی یا قتل دیگران (جز با اذن خداوند و به موجب قانون خود او) به هیچ وجه جایز نیست و گناه شمرده می‌شود [۴۰]. پایان دادن خودسرانه به حیات خود یا دیگران، اگرچه با انگیزه خیرخواهانه، از نظر حقوق اسلامی و بر اساس تعلق اصل

از طریق قصور در درمان باشد و چه از طریق ارتکاب عملی برای ایجاد مرگ [۳۶]. در عین حال، در مکتب مسیح استفاده از پیشرفت‌ها و فناوری‌های پرهزینه طبی برای حفظ حیات و سلامت بیمار و به تعویق انداختن مرگ با هر قیمتی مجاز نیست [۳۶].

مسیحیت استفاده از مسکن‌ها و آرامبخش‌ها را برای جلوگیری از رنج و ناامیدی بیمار در مراحل انتهایی بیماری مناسب می‌داند، بشرطی که این داروها با کاهش سطح هوشیاری بیمار، آخرین فرصت‌ها برای توبه را از بیمار نگیرد [۳۶]. برخلاف بسیاری که دوست دارند بدون درد و در خواب بمیرند، مسیحیان هیچ مرگی را بد نمی‌دانند. اطلاع فرد از قریب‌الوقوع بودن مرگ شانس به او می‌دهد که اگر کدورت یا اختلافاتی با دیگران دارد آنها را برطرف ساخته و از خداوند نیز طلب بخشش نماید.

در مسیحیت، خودکشی، قتل نفس محسوب می‌شود لذا اتانازی و خودکشی با حمایت پزشک نیز به‌نوعی قتل محسوب می‌گردند و حتی رضایت بیمار هم از عذاب عمل نمی‌کاهد [۳۶]. از آنجا که هر قدمی در جهت ایجاد مرگ در مسیحیت پذیرفتنی نیست، لذا هم اتانازی انفعالی (توقیف یا منع درمان بصورت عمدی) و هم اتانازی فعال هر دو محکومند. اما بین ایجاد عمدی یک پیش‌آگهی تا پیش‌بینی آن تفاوت عمده‌ای وجود دارد که این موضوع در تعلیمات مسیحیان کاتولیک رومن با عنوان «اثر دو جانبه» برجسته‌تر شده است. لذا فرد گاه می‌تواند در انجام یا عدم انجام عملی که منجر به مرگ بیمار می‌شود دخیل باشد تا زمانی که؛ اولاً این عمل با سایر اصول اخلاقی در تعارض قرار نگیرد، ثانیاً قصد از انجام آن مرگ بیمار نباشد، و ثالثاً دلایل موجه کافی برای پذیرش خطر احتمالی مرگ وجود داشته باشد. از دیدگاه کاتولیک‌ها ما مالک بدن خود نیستیم بلکه ما بنده پروردگاریم [۳۸]. همچنین بر اساس این مکتب بیماری، رنج و درد می‌تواند معنای مثبتی داشته باشد؛ همانگونه که برای حضرت مسیح اینگونه بوده است [۳۷]. کلیسای کاتولیک به هیچ وجه اجازه نمی‌دهد که شخصی با هیچ عذر و علتی رشته زندگی شخص دیگری را قطع کند و معتقد است در مواردی که مشیت الهی اقتضا می‌کند، دوره احتضار بیمار طولانی و پر درد و رنج باشد،

و آنها هستند هدایت‌یافتگان^۱. ضرر زدن به خود و نیز خودکشی در اسلام عملی حرام است. در آیه ۱۹۵ سوره بقره می‌خوانیم: «و در راه خدا، انفاق کنید و خود را به دست خود، به هلاکت نیفکنید و نیکی کنید که خداوند، نیکوکاران را دوست می‌دارد»^۲. در شریعت اسلام بیمار حق مرگ داوطلبانه ندارد چرا که حیات عطیه‌ای الهی است، لذا خاتمه آن با مداخلات طبی (چه فعال و چه انفعالی) مجاز نیست [۴۲]. اما برخی علمای مسلمین معتقدند تصمیم‌گیری در مورد اینکه حیات بیمار طولانی شود یا خیر می‌تواند از طریق مشاوره با تمام افراد درگیر در این امر، از جمله پزشک و افراد خانواده، صورت گیرد [۴۲]. قاعده «لاضرر و لااضرار» می‌تواند در موضوع خاتمه حیات در اسلام ملاک عمل قرار گیرد. با این مبنا درمان‌های حمایتی حیات، در بیماران در شرف مرگ و افرادی که مراحل انتهایی بیماری لاعلاجی را می‌گذرانند، می‌تواند از جنبه فوایدی که خواهد داشت در مقایسه با ضررهای آن برای فرد، خانواده و جامعه مورد ارزیابی قرار گیرد. تفاوت واضحی بین اتانازی فعال یا کمک به بیمار در خودکشی و عدم انجام مداخله درمانی در سیر طبیعی فرآیند حتمی مرگ (که قبلاً به واسطه بیماری آغاز شده است) وجود دارد. پزشک در موارد اتانازی فعال یا خودکشی حمایت شده ضامن و مسؤول است. همانگونه که حیات طبق مشیت الهی تداوم می‌یابد، مرگ نیز با خواست الهی محقق می‌شود؛ 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 [۴۳]. اسلام مسلمانان را موظف کرده است در برطرف کردن عامل درد بکوشند [۴۴]؛ چرا که خداوند برای هر دردی درمانی آفریده است. درمان بیمار و تسکین علائم ناخوشایند بیماری وظیفه پزشک محسوب می‌شود [۴۵]. اما باید هدف از تجویز داروهای

حیات و وجود اشیاء به خداوند و قبول مالکیت او بر جان و مال انسان‌ها، ممنوع است و انسان همزمان، هم دارای حق حیات است و هم مکلف به حفظ و نگهداری و پاسبانی آن. دیدگاه اسلام در موضوع خاتمه حیات و نحوه برخورد با بیماران در شرف مرگ در مقالاتی مورد بررسی قرار گرفته است [۴۱، ۴]. در اسلام، بر اساس اعتقاد به ادامه حیات پس از مرگ، خودکشی یا قتل عمد دیگران در جهان دیگر مشمول عقوبت‌ها و مجازات‌های سختی است [۴۰]. از نظر فلسفی نیز سلب وجود خود یا دیگران به معنای برهم زدن نظم طبیعی جهان و نادیده گرفتن سرنوشت‌ها و مقدرات الهی است. رنج و درد کشیدن بشر در برخی مقاطع زندگی جزئی از قوانین این جهان و، مستوجب دریافت نتایج مثبت در این جهان یا در آخرت است لذا دخالت از روی ترحم در حیات این افراد، در برابر نظم و برنامه عملی که برای آنها مقرر شده، غلط و مستلزم توییح یا مجازات است [۴۰]. در اسلام پزشک مسؤول است آنچه را برای حفظ حیات و سلامت بیمار می‌تواند انجام دهد، بکار بندد. در مواردی که از فناوری‌های پیشرفته استفاده می‌شود، قطع آنها مجاز نیست مگر اینکه پزشک مرگ بیمار را حتمی بداند [۴۲]. قرآن کریم در سوره آل‌عمران آیه ۱۴۵ می‌فرماید: «و هیچ نفسی جز به فرمان خدا نمیرد [خداوند مرگ را] به عنوان سرنوشتی معین [مقرر کرده است] و هر که پاداش این دنیا را بخواهد به او از آن می‌دهیم و هر که پاداش آن سراي را بخواهد از آن به او می‌دهیم و به زودی سپاسگزاران را پاداش خواهیم داد»^۳. از سوی دیگر قرآن کریم درد و رنج را امتحان الهی و مایه تزکیه نفس، تعالی روح و رشد معنوی فرد می‌داند؛ چنانچه در آیات ۱۵۵ تا ۱۵۷ سوره بقره می‌خوانیم: «قطعاً همه شما را با چیزی از ترس، گرسنگی، و کاهش در مالها و جانها و میوه‌ها، آزمایش می‌کنیم؛ و بشارت ده به استقامت‌کنندگان. آنها که هر گاه مصیبتی به ایشان می‌رسد، می‌گویند: ما از آن خدائیم و به سویی او بازمی‌گردیم. اینها، همانها هستند که الطاف و رحمت خدا شامل حالشان شده

^۱. و لنبلونکم بشيء من الخوف و الجوع و نقص من الأموال و الأنفس و الثمرات و بشر الصابرين. الذین اذا اصابهم مصیبه قالوا انالله و انا الیه راجعون. اولنک علیهم صلوات من ربهم و رحمہ و اولنک هم المہتدون.
^۲. و اتفقوا فی سبیل الله و لا تلقوا بایدیکم الی التهلکة و احسنوا ان الله یحب المحسنین.

^۳. و ما کان نفس أن تموت الا باذن الله کتاباً مؤجلاً و من یرد ثواب الدنیا نؤتہ منها و من یرد ثواب الاخرہ نؤتہ منها و سنجزی الشاکرین.

پزشک مجاز نیست در مواردی که مرگ بیمار حتمی است، دوره احتضار را بدون دلیل طولانی‌تر سازد. لذا پزشک نباید بدون اینکه امیدی به بهبودی بیمار داشته باشد مرگ بیمار را به تأخیر اندازد؛ به‌ویژه در مواردی که احتضار با درد و رنج و ناراحتی شدید بیمار و خانواده بیمار همراه است. نتیجه اینکه، طبق تعالیم اسلام، عقب یا جلو بردن ساعت مرگ بر خلاف مشیت الهی است؛ چنانچه می‌فرماید: «پس چون اجلشان فرارسد نه (می‌توانند) ساعتی آن را به تأخیر اندازند و نه به جلو» (سوره اعراف، آیه ۳۴). فاذا جاء اجلهم لا يستأخرون ساعه ولا يستقدمون». پس تسریع مرگ بیمار و طولانی کردن دوره احتضار با وجود اینکه به ظاهر تناقض دارند، از نظر اخلاق پزشکی وضع مشابهی دارند و هر دو از نظر تعالیم الهی مجاز نمی‌باشند. در پایان، تحلیل مباحث خاتمه حیات بر مبنای اصول چهارگانه اخلاق زیستی و مبانی اسلامی تصمیم‌گیری اخلاقی در طب و نیز بررسی نظرات علمای مسلمان شیعه و سنی به تفکیک در پژوهش‌های وسیع‌تری پیشنهاد می‌شود.

مسکن و یا آرامبخش، تسکین یا تخفیف علایم ناخوشایند جسمی یا روحی بیماری بوده و نه کشتن او [۲۷،۴۴]؛ چرا که قرآن کریم کشتن یک انسان را معادل کشتن همه انسان‌ها دانسته است (سوره مائده آیه ۳۲).

بحث و نتیجه‌گیری

تسریع و تعجیل مرگ بیمار در اغلب مذاهب الهی و مکاتب مطرح جهان مجاز نیست. در قرآن کریم قتل نفس نهی صریح دارد؛ بطوری که تصریح شده است که قاتل شخص بیگناه مانند قاتل نوع بشر است. جلو انداختن ساعت مرگ بیمار نیز بر خلاف مشیت پروردگار است. در اغلب مذاهب خدا خالق انسان و لذا صاحب اختیار مرگ و زندگی انسان است و بنابراین اگر پزشک ساعت مرگ بیمار را جلو بیاورد، علاوه بر محروم نمودن انسانی از بهره‌جویی بیشتر از فرصتی که برای تعالی در اختیار او نهاده شده، نسبت به حقوق الهی نیز تعرض نموده است. از سوی دیگر، از آنجا که مرگ سرنوشت حتمی انسان، بلکه نقطه عطف مهمی در زندگی ابدی انسان محسوب می‌شود،

مآخذ

- 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.unipotsdam.de/1472-6939-6-5/> (Updated: 1 January 2008)
- Friedenberg R. The End of Life. *Radiology* 2003; 228: 309-312.
- Iglehart JK. The American Health Care system: Medicare. *New England Journal of Medicine* 1999; 340: 327-332.
- 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.
- 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: 349-359.
- 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: 11. Euthanasia and assisted suicide. *The 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.
- Editorials. Withdrawing or withholding life prolonging treatment. *British Medical Journal* 1999; 318: 1709-1710.
- Ziegler SJ, Bosshard G. Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. *British Medical Journal* 2007; 334: 295-8.
- Cuttini M, Casotto V, Kaminski M, de Beaufort I, Berbik 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; 89(1): F19-24.

13. 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: 1 April 2008)
14. The National Conference of Commissioners on Uniform State Laws. *The Uniform Determination of Death Act (UDDA)*, 1980. <http://www.law.upenn.edu/bll/archives/ulc/fnact99/1980s/udda80.htm> (Updated: 13 April 2008)
15. Steinhauer KE, Clipp EC, McNeilly M, et al. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Annals of Internal Medicine* 2000; 132: 825-832.
16. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end of life care: patient's perspectives. *Journal of the American Medical Association* 1999; 281: 163-168.
17. Steinhauer KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and Other Care Providers. *Journal of the American Medical Association* 2000; 284: 2476-2482.
18. Uelmen GF. Mortal decisions: who decides? *Issues in Ethics* 1991; 4 (2). Markkula Center for Applied Ethics, Santa Clara University. <http://www.scu.edu/ethics/publications/iie/v4n2/> (Updated: 1 April 2008)
۱۹. اعتمادیان، محمود ناصرالدین. اخلاق و آداب پزشکی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران؛ ۱۳۴۲، صفحات: ۱۱۳-۱۳۲.
۲۰. 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، صفحات ۲۱-۲۳.
21. O'Brien CN, Madek GA, Ferrera GR. Oregon's guidelines for physician-assisted suicide: a legal and ethical analysis. *University of Pittsburgh Law Review* 2000; 61(2): 329-65.
22. Owen R. Italian doctors want to scrap 'outdated' Hippocratic Oath. *Timesonline* 2007; 11 December. www.timesonline.co.uk/tol/news/world/europe/article3031521.ece (Updated: 1 April 2008).
23. Marco CA. Ethical issues of resuscitation: an American perspective. *Postgraduate Medical Journal* 2005; 81: 608-12.
24. Kapp MB. Economic influences on end-of-life care: empirical evidence and ethical speculation. *Death Studies* 2001; 25(3): 251-63.
25. Cavalieri TA. Ethical Issues at the End of Life. *The Journal of the American Osteopathic Association* 2001; 101: 616-22.
26. Pantilat SZ. End of life care for the hospitalized patient. *The Medical Clinics of North America* 2002; 86: 749-770.
27. daCosta DE, 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: F115-9.
۲۸. نجفی افرا، 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، صفحات ۹-۱۰.
۲۹. 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، صفحات ۶-۷.
۳۰. 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، صفحات ۱۶-۱۷.
31. Firth SH. End-of-life: a Hindu view. *Lancet* 2005; 366: 682-86.
32. Keown D. End of life: the Buddhist view. *Lancet* 2005; 366: 952-55.
33. Dorff EN. End-of-life: Jewish perspectives. *Lancet* 2005; 366: 862-65.
34. Kemp CH, Bhungalia S, Culture and the End of Life: Review of Major World Religions. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2002; 4: 235-242.
35. 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.
36. Engelhardt HT, Iltis AS. End-of-life: the traditional Christian view. *Lancet* 2005; 366: 1045-49.
37. Markwell H. End-of-life: a Catholic view. *Lancet* 2005; 366: 1132-35.
38. Markwell HJ, Brown BF. Bioethics for clinicians: 27. Catholic bioethics. *The Canadian medical Association Journal* 2001; 165 (2): 189-92.
39. Pauls M, Hutchinson RC. Bioethics for clinicians: 28. Protestant bioethics. *The Canadian medical Association Journal* 2002; 166 (3): 339-43.
۴۰. خامنه ای، 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؛ ۱۹-۲۱ فروردین ماه ۱۳۸۵؛ مرکز حقوق بشر صلح و دموکراسی دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی؛ تهران، ص ۳۰۸-۳۰۸.
- ایران؛ تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۵، صفحه ۱۱.
41. Zahedi F, Larijani B. Cancer Ethics from the Islamic Point of View. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology* 2007; 6 (Suppl. 5): 17-24.
42. Sachedina A. End-of-life: the Islamic view. *Lancet* 2005; 366: 774-79.
43. Athar SH. *Euthanasia and physician-assisted suicide*. Islamic Medical Association of North America. <http://www.islam-usa.com/e2.html> (Updated: 13 April 2008)
44. Sachedina A. *Right to die: Muslim views about end of life Decisions*. Organization for Islamic Learning. <http://www.people.virginia.edu/~aas/article/article3.htm> (Updated: 13 April 2008)
۴۵. خمینی، روح‌الله. احکام محتضر. در: روحانی، محمد؛ نوغانی، فاطمه (ویراستاران). *احکام پزشکی*، چاپ اول. تهران. مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده؛ ۱۳۷۶. ص ۳۰۸-۳۰۸.

Archive of SID