

اتانازی از دیدگاه اسلام و اخلاق پزشکی نوین

زهرا هاشمی^۱، سید محمد جواد مرتضوی^{۲*}

چکیده

در اسلام زندگی انسان به قدری ارزش دارد که قرآن کریم نجات جان یک انسان را با نجات جان تمامی انسان‌ها برابر می‌داند. از سوی دیگر، در این مکتب الهی زندگی افراد متعلق به آن‌ها نبوده و جان انسان به‌عنوان امانتی الهی قلمداد می‌شود که حفظ آن از واجبات غیر قابل انکار است. از جمله مواردی که اخلاق پزشکی در دنیای مدرن با آن رو به رو شده است، مسأله‌ی خودکشی با همکاری پزشک و اتانازی (Euthanasia) یا همکاری آگاهانه با بیمار در پایان بخشیدن به زندگی پر درد و رنج وی است. دیدگاه‌های فلسفی و اخلاقی ادیان مختلف در خصوص انجام اتانازی متفاوت است. از دیدگاه مکاتب انسان‌محور و غیرالهی، بیمار برای رهایی از درد می‌تواند آگاهانه مرگ خود را انتخاب نماید و بهره‌مندی او از حق مرگ با عزت و بی‌درد همانند حق زندگی با عزت است. این باور در بسیاری از موارد اجرای اتانازی یا قتل ترحم‌آمیز را توجیه نموده و آن را قانونی کرده است. با این وجود، در اکثر کشورها، از منظر دین و قانون، اتانازی امری مطرود به‌شمار می‌آید. انجمن جهانی پزشکی (World Medical Association (WMA در بیانیه‌ی خود بر اساس سوگندنامه‌ی بقراط، اتانازی را به هر شکلی محکوم کرده و آن را غیراخلاقی می‌داند. لذا توجه بیشتر به مسائل اخلاقی پزشکی یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است. این نوشتار با بهره‌گیری از آیات و روایات دیدگاه‌های اسلام را در مورد قتل ترحم‌آمیز تشریح نموده و آن را با دیدگاه‌های اخلاق پزشکی نوین مقایسه می‌نماید.

واژگان کلیدی: اتانازی، اسلام، اخلاق پزشکی

^۱ کارشناس ارشد روابط بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

^۲ دانشیار، مرکز پژوهش‌های علوم پرتوی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز و گروه فیزیک پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

* نشانی: شیراز، خیابان هتل هما، دانشکده‌ی پیراپزشکی گروه رادیولوژی، تلفن همراه: ۰۹۱۲۳۷۹۴۹۰۸

پست الکترونیک: mmortazavi@sums.ac.ir

مقدمه

پیشرفت‌های گسترده در دانش پزشکی و بیوتکنولوژی، ضرورت پرداختن به مباحث اخلاقی در این حرفه را بیش از پیش مشهود کرده است. از آن‌جا که حرفه‌ی پزشکی با جسم و جان انسان سر و کار دارد، یکی از ارکان اساسی این حرفه‌ی مقدس پایبندی به اخلاق (ethics) است. مطرح شدن مباحثی هم‌چون سقط جنین، لزوم ادامه‌ی حیات بیماران لاعلاج، خودکشی با همکاری پزشک (physician-assisted suicide)، باروری مصنوعی (artificial fertilization) و تجویز داروهای ضد بارداری یا داروهای سقط‌کننده‌ی جنین (abortifacients) چالش‌های بزرگی را در اخلاق پزشکی ایجاد کرده است (۱). از این رو، اخلاق در این حرفه از جایگاه خاصی برخوردار بوده و جامعه‌ی پزشکی با مسوولیت‌های اخلاقی مهمی درگیر است.

مطالعات نشان می‌دهند که از همان قرون اولیه‌ی زندگی بشر این باور وجود داشته است که پزشک دارای نوعی وظیفه‌ی اخلاقی نسبت به بیمار بوده و از این رو نمی‌تواند آزادانه به انجام هر اقدام درمانی که به آن تمایل دارد، پردازد (۲). در حرفه‌ی پزشکی علاوه بر مسوولیت خطیر درمان بیماران و نجات جان انسان‌ها که نزد خداوند متعال ارزش بسیار زیادی دارد، توجه خاصی به برخی جنبه‌های انسانی هم‌چون تعهد، تخصص، فداکاری و تسکین آلام دردمندان شده است. به‌طور کلی، دین اسلام به شکلی گسترده و وسیع وارد مباحث اخلاقی شده و حیطه‌های مختلف آن را مورد بررسی قرار داده است. هم‌چنین در اسلام هدف و فلسفه‌ی بعثت پیامبران الهی، تکامل اخلاق بشری عنوان شده، چرا که وجه تمایز میان انسان و دیگر مخلوقات خداوند مکارم اخلاقی انسان است. انسان متمدن انسانی است که از اخلاق الهی بهره برده و آن را در راه پیشرفت و تکامل دیگر انسان‌ها به کار گیرد. به همین علت، پیشرفت و توسعه در جامعه‌ی زمانی مفهوم و ارزش می‌یابد که از پشتوانه‌ی اخلاقی برخوردار باشد. پیامبر بزرگ اسلام می‌فرماید «انا بعثت لاتمم مکارم

الاخلاق.» یعنی "من مبعوث شدم تا اخلاق را کامل کنم". در این دین مبین معیار اخلاقی بودن یک فعالیت این است که علاوه بر شرط اساسی در برداشتن رضایت خداوند، با شرافت انسانی همراه باشد. در این رویکرد هر گاه دانش در خدمت اخلاق و اهداف متعالی الهی نباشد، امکان پاسخ‌گویی به نیازهای فطری بشر وجود نداشته و هر حرکتی در این راستا بی‌ثمر بوده و شاید نقض غرض باشد. بدون تردید دانشی که در راستای اخلاق نباشد ممکن است حتی در جهت نابودی بشریت به کار گرفته شود. در حیطه‌ی پزشکی نیز اخلاق حکم می‌کند که اگر پزشکی حتی به خدا نیز اعتقاد ندارد، بر اساس وجدان انسانی بیماران دردمند را درمان نماید.

یکی از اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی نوین احترام به اصل مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مربوط به کنترل بیماری و درمان وی است (۳). بر این اساس، تصمیم‌گیرنده‌ی نهایی در خصوص روند درمان خود بیمار تلقی می‌شود. بر اساس فلسفه‌ی کانت نیز پزشک باید بدون هیچ قید و شرطی به آزادی تصمیم‌گیری و انتخاب بیماران احترام بگذارد.

اتانازی از منظر اخلاق پزشکی در کشورهای غربی

پیشرفت‌های جدید در تکنولوژی پزشکی موجب شده تا امکان ادامه‌ی یک زندگی نباتی (vegetative life) بی‌حاصل برای مدت زمانی طولانی در مورد برخی بیماران وجود داشته باشد. از سوی دیگر، با وجود پیشرفت‌های شگرف دانش پزشکی، هنوز بسیاری از بیماران با درد و رنج بسیار مواجه بوده و هیچ آمیدی به ادامه‌ی زندگی ندارند. از جمله موارد مهمی که اخلاق پزشکی دنیای جدید با آن روبه‌رو شده مسأله‌ی اتانازی (Euthanasia) یا به‌مرگی (به‌کشتن) است، زیرا این مسأله با نظام ارزشی زندگی انسان ارتباط پیدا می‌کند. آیا انسان از حق مردن نیز هم‌چون حق زنده بودن برخوردار است؟ چه کسی صلاحیت آن را دارد که به‌جای بیمار در خصوص مرگ و زندگی او تصمیم‌گیری نماید؟ این‌ها سؤالاتی هستند که پاسخ‌گویی به آن‌ها مستلزم تبیین نظام

تلاش‌های موافقان باعث شد که دولت هلند در سال ۱۹۹۳ تحت شرایط خاص اتانازی را قانونی اعلام نماید (۲). ایالت اورگان آمریکا نیز در سال ۱۹۹۷ قانون کمک به خودکشی را که نوعی از اتانازی محسوب می‌شود تصویب کرد (۸). ایالت شمالی استرالیا نیز در سال ۱۹۹۶ اتانازی داوطلبانه را تصویب نمود، هر چند یک‌سال بعد یعنی در سال ۱۹۹۷ دولت فدرال این قانون را لغو کرد (۹-۱۰). برخی از دیگر کشورهای اروپایی نیز قوانین مشابهی را اجرا نموده یا در مرحله‌ی بررسی آن‌ها قرار دارند. از دیدگاه عموم مردم، برای انجام اتانازی یا کمک به مرگ بیمار، پزشکان مناسب‌ترین گزینه به‌شمار می‌آیند، چرا که آن‌ها علاوه بر در اختیار داشتن ابزار و دانش لازم، به داروهایی که در کشتن سریع و بدون درد انسان مؤثر است، دسترسی دارند (۳). در این‌جا ذکر این نکته ضروری است که با توجه به این‌که بنیان دانش پزشکی بر نجات جان انسان استوار است، اتانازی این نقش اساسی را به چالش گرفته و فلسفه‌ی پزشکی را در تردید و ابهام قرار می‌دهد. پزشکان با انجام اتانازی و در واقع تسهیل مرگ بیمار از نقش فرشتگان و تسکین‌دهنده‌ی دردها و آلام بیمار بیرون آمده و در نقش الهه‌ی مرگ ظاهر می‌شوند. بدین ترتیب، این رویکرد و پیامدهای ناشی از آن جامعه‌ی پزشکی نوین را ناگزیر به ورود به حیطه‌های اخلاقی، فلسفی و مذهبی کرده است. این در حالی است که پزشکان نه فیلسوف هستند و نه دین‌شناس و نه حقوقدان و تنها انجام وظیفه به‌عنوان مدیر مراقبت‌های بهداشتی و درمانگر بالینی آن‌ها را با این مسائل روبه‌رو نموده است. از این منظر آن‌ها نیازمند شناخت و آشنایی دقیق با مباحث فلسفی و دین‌شناختی مسائل اخلاقی هستند تا تصمیم‌گیری‌های آن‌ها بر یک مبنای صحیح و اصولی استوار باشد. از سوی دیگر، برخی از صاحب‌نظران بر این باورند که انگیزه‌ی واقعی در اتانازی تنها ترحم نسبت به بیمار و کمک به بیماری است که با درد و رنج فراوان به زندگی ادامه می‌دهد. از این رو، به اعتقاد ایشان اقدام پزشک هیچ‌گونه تضادی با رسالت پزشکی ندارد. این نگرش موجب

ارزشی زندگی انسان است. در حقیقت، علی‌رغم این‌که کشتن انسانی بی‌گناه همواره یک گناه غیر قابل بخشش تلقی می‌گردد، برخی پزشکان در دو مورد اختصاصی یعنی سقط جنین و اتانازی به این عمل مبادرت نموده‌اند (۴).

تصور می‌شود بحث در مورد اتانازی حداقل از ۳۰۰۰ سال پیش مطرح بوده و چالش‌های زیادی در این ارتباط وجود داشته است (۵). برخی محققان نیز طرح مباحث مربوط به اخلاقی بودن اتانازی را به قدمت تشکیل جوامع متمدن بشری می‌دانند (۶). واژه‌ی اتانازی در اصل از ترکیب دو واژه‌ی یونانی eu به معنی خوب و thanatos به معنی مرگ منشأ گرفته است (۲). انجمن جهانی پزشکی (WMA) اتانازی یا قتل با رضایت مقتول را چنین تعریف می‌کند: "اتانازی اجرای آگاهانه و عمدی عملی است که به‌طور آشکار قصد خاتمه دادن به زندگی فرد دیگری را دارد و دربرگیرنده‌ی عناصر زیر است: فرد بیمار انسانی صلاحیت‌دار و مطلع از بیماری لاعلاج خود است که به‌صورت داوطلبانه خواستار خاتمه یافتن زندگی خود شده و عامل قتل کاملاً به شرایط و تمایل فرد بیمار به مرگ آگاه است و پزشک عمل کشتن یا تسریع کردن مرگ او را با هدف اولیه‌ی خاتمه دادن به زندگی او انجام می‌دهد. این عمل با دلسوزی و بدون نفع شخصی بر عهده گرفته می‌شود" (۳). بر همین اساس اتانازی را قتل ترحم‌آمیز یا مرگ از روی شفقت نامیده‌اند. حال این سؤالات مطرح می‌شوند که اخلاق پزشکی نوین در کشورهای غربی تا چه حد به این اصول اخلاقی پایبند است؟ آیا بیمار خود صلاحیت دارد که در مورد مرگ خود نیز تصمیم‌گیری نماید؟ آیا این امکان وجود ندارد که تصمیم بیمار تابع شرایط روانی، اجتماعی، اقتصادی یا فشارهای اطرافیان باشد؟

اتانازی در کشورهای غربی موافقان و مخالفان سرسختی دارد. واتیکان به‌طور رسمی اتانازی را مطرود دانسته است (۷). با وجود مخالفت انجمن جهانی پزشکی با موجه نمودن انجام اتانازی و غیر اخلاقی معرفی نمودن آن در سی‌امین اجلاس مجمع عمومی این انجمن در مادرید اسپانیا در سال ۱۹۸۷،

شده است در برخی کشورها نظیر انگلستان تلاش‌های گسترده‌ای برای تغییر قوانین موجود و قانونی نمودن اتانازی و خودکشی با کمک پزشک صورت گیرد (۱۱).

مخالفت با اتانازی در غرب

با وجود شمار قابل توجه موافقان در کشورهای غربی، اتانازی در این کشورها حتی در میان افراد غیرمذهبی نیز مخالفان سرسخت زیادی دارد. مهم‌ترین دلایل آن بخش از مخالفان که مخالفت ایشان از اعتقادات دینی منشأ نمی‌گیرد، وجود این باور است که تصویب قوانین مربوط به چگونگی اجرای اتانازی هیچ کمکی به حل مسأله‌ی اخلاقی آن نمی‌کند. بر مبنای این باور تشخیص پایان دادن به زندگی نه از عهده‌ی بیمار برمی‌آید، نه گروه پزشکی و نه خانواده‌ی وی و همواره این نگرانی وجود دارد که تشخیص بیمار یا پزشک او می‌تواند نادرست باشد. بیمار در برخی موارد در شرایطی قرار دارد که در اثر مشکلات ناشی از بیماری، بردباری خود را از دست داده و تصمیم‌هایی بر خلاف مصالح خود می‌گیرد. نادرستی تصمیم بیماران در زمینه‌های دیگر نیز بارها مشاهده شده است. از طرفی، گاه فرد بیمار در اثر شدت بیماری دستخوش فشارهای روحی می‌شود و تحت تاثیر این فشارها تصمیماتی عجولانه و به دور از عقل و منطق می‌گیرد (۱۲). علی‌رغم این شواهد، برخی صاحب‌نظران در مورد وجود «شیب لغزنده» در کشورها و مناطقی که اتانازی قانونی است، ابراز تردید کرده‌اند (۱۳).

مطالعات اخیر حاکی از آن است که ۷۰ درصد از اتانازی‌های انجام‌شده مربوط به بیماران مبتلا به سرطان بوده است (۱۴-۱۶) و بر خلاف عقیده‌ی عموم، عامل اصلی گرایش بیماران به انجام اتانازی، رهایی از رنج و درد نبوده و از عوامل نگران‌کننده‌ای هم‌چون احساس تنهایی شدید و یأس و ناامیدی بیماران منشأ گرفته است (۲۱-۱۷). برای مثال، برخی مطالعات نشان می‌دهند بیمارانی که آزمون اچ آی وی آن‌ها مثبت بوده است و بعضاً از سوی خانواده‌های خود طرد شده‌اند، بیش از آن‌که متقاضی مرگ سریع باشند خواهان

محبت و حمایت خانواده‌ی خود هستند. هم‌چنین مخالفان اتانازی در غرب بر این باور هستند که بحث در خصوص اتانازی در حقیقت بحث در مورد ارزش‌های زندگی است، چنان‌که اگر زندگی و حیات وجود نداشته باشد ارزشی نیز وجود نخواهد داشت. این افراد معتقدند که طرفداران اتانازی این پیام را اشاعه می‌دهند که «انسان بهتر است بمیرد تا این‌که بیمار و ناتوان باشد» (۱۲) و این باور غلط، ادامه‌ی زندگی معلولان و ناتوانان جسمی را نیز با چالشی جدی مواجه می‌نماید. از دیگر نکاتی که مخالفان اتانازی در غرب بر آن تأکید می‌نمایند، مسأله‌ی سواستفاده‌های احتمالی از اتانازی است. از این مسأله معمولاً تحت عنوان نوعی «شیب لغزنده» (slippery slope) یاد می‌شود که با قرار گرفتن در یک شیب، پایین رفتن بسیار محتمل خواهد بود. از این رو شیب لغزنده در واقع به این نکته اشاره می‌کند که قانونی شدن اتانازی ممکن است منجر به وضعیتی شود که در آن علاوه بر بیماران لاعلاج، بسیاری از معلولان، سالمندان و به‌طور عام اقشار ضعیف جامعه در برخی موقعیت‌ها آن‌چنان تحت فشار قرار گیرند که ناچار شوند به اتانازی تن دهند (۱۲).

از آن‌جا که اتانازی عملی غیرقابل برگشت است و به مرگ حتمی بیمار منجر می‌شود، ضرورت تأمل بیش‌تر از سوی پزشکان، بیماران و دست‌اندرکاران مراقبت‌های پزشکی در این مورد بیش از پیش احساس می‌شود. در مطالعه‌ای که بر روی بیماران لاعلاج در آمریکا انجام گرفت، نتایج حاکی از آن بود که فقط ۱۰ درصد از بیماران به‌طور جدی به اتانازی به‌عنوان راهی جهت رهایی از درد فکر کرده بودند و در مرحله‌ی عمل فقط ۴ درصد با پزشک خود در این مورد به توافق رسیده بودند (۲۲). هم‌چنین در مطالعه‌ی دیگری نشان داده شده است که هر چه هزینه‌های درمان برای بیمار بیش‌تر باشد، تقاضای او برای اتانازی شکل واقعی‌تری به خود می‌گیرد. از این رو، در واقع این شیب لغزنده‌ی خطرناک است که بیماران را وادار می‌نماید بر اثر فشارهای مالی تصمیم به پایان بخشیدن زندگی خود بگیرند (۲۳). بدون شک در این‌جا

خلق شده " لقد خلقنا الانسان في احسن تقويم (ما انسان را در مقام "احسن تقويم" نیکوترین مراتب صورت وجود بیافریدیم). (قرآن کریم؛ ۹۵:۴) و بر خلقت آن آفرین گفته شده است، در نهایت فانی بوده و سرنوشتی به جز مرگ در انتظار او نیست: ثم انکم بعد ذالک لمیتون (سپس باز شما آدمیان که بدین ترتیب خلق شدید همه خواهید مرد) (قرآن کریم؛ ۲۳:۱۵)، کل نفس ذائقة الموت (هر نفسی طعم مرگ را خواهد چشید) (قرآن کریم؛ ۳:۱۸۵). اسلام بر این امر تأکید دارد که انسان خود را خلق نکرده و لذا در مقوله‌ی خاتمه دادن به زندگی خود نیز فاقد اختیار است. مطابق باورهای مذهبی اسلامی اعطای زندگی و سلب آن تنها در دست با قدرت خداوند متعال قرار دارد: ان الله له ملک السموات و الارض یحیی و یمیت (خدا مالک آسمانها و زمین است، او زنده کند و بمیراند) (قرآن کریم؛ ۹:۱۱۶) و هو یحیی و یمیت (اوست که زنده می‌کند و می‌میراند) (قرآن کریم؛ ۱۰:۵۶) والله یحیی و یمیت و الله بما تعملون بصیر (و خداوند زنده می‌کند و می‌میراند و خداوند است که به هر کاری که می‌کند آگاه است) (قرآن کریم؛ ۳:۱۵۶). حضرت علی(ع) به صراحت مالک مرگ را همان مالک زندگی دانسته و می‌فرماید: ان مالک الموت هو مالک الحیاه فان الخالق هو الممیت^۱. (آن که مرگ را بر سر آدمی می‌آورد همان است که زندگی را در دست دارد و آن که می‌آفریند همان است که می‌میراند).^۲

در اسلام زندگی یک انسان به قدری ارزش دارد که قرآن کریم نجات جان یک انسان را با نجات جان تمامی انسانها برابر می‌داند "من قتل نفس بغير نفس او فساد فی الارض فکانما قتل الناس جميعاً و من احیها فکانما احیا الناس جميعاً" (قرآن کریم؛ ۵:۳۲). از سوی دیگر، در این مکتب الهی زندگی افراد متعلق به آنها نبوده و جان انسان امانتی الهی است که حفظ این امانت از واجبات غیر قابل انکار است: "ان الله یأمرکم ان تؤدوا الامانات الی اهلها" (قرآن کریم؛ ۴:۵۸). آیاتی نظیر "لا تلقوا بایدیکم الی التهلکة" (قرآن

دیگر احترام به تصمیم بیمار و آزادی اختیار او معنی واقعی خود را از دست می‌دهد.

با توجه به مراتب پیش‌گفت، در ادیان الهی هم‌چون اسلام، مسیحیت و یهودیت، اتانازی به هر شکلی محکوم است و قتل نفس محسوب می‌شود. نگرش ادیان الهی در این خصوص به انسان دردمند و در رنج کاملاً مشابه سایر انسانهاست. دین مسیحیت با استناد به این امر که اتانازی در واقع وارد شدن به حیطةی خلقت و مسأله‌ی مرگ و زندگی است، با آن به شدت به مخالفت برخاسته است. مخالفان مسیحی بر این باور هستند که اتانازی در حقیقت انکار وجود خداوند و تکذیب حق تملک خداوند بر زندگی و مرگ انسان است. البته این دیدگاه در تمام دنیا عمومیت ندارد و مسیحیانی هستند که برخی از اشکال اتانازی را می‌پذیرند (۱۲). در ادیان آسیایی هم‌چون بودیسم، شینتوئیسم و کنفیوسیسم اتانازی یا کمک به مرگ انسان دردمند به نوعی پذیرفته شده است و به‌عنوان یک حق برای بیمار تلقی شده است. بر اساس این مذاهب، انسان در چندین دوره‌ی زمانی به دنیا می‌آید و از دنیا می‌رود و کیفیت هر دوره از زندگی بستگی به زندگی قبلی دارد. لذا همان‌گونه که انسان حق حیات با عزت دارد حق مرگ با عزت را نیز داراست. فلسفه‌ی مذهب بودایی بر این اساس است که مرگ با عزت یا مرگی که در آن درد و رنج نباشد و انسان به ذلت نیافتد، ارزش بسیار بالاتری نسبت به عمر طولانی دارد و انسان در این حالت با انتخاب مرگ به نوعی وفاداری خود را به خداوند نشان می‌دهد (۱۲).

زندگی و مرگ از دیدگاه اسلام

مطابق آیات قرآن مجید، انسان به گونه‌ای در کمال خلق شده است که خالق یکتا پس از خلقت وی بر خود آفرین گفته است: ثم انشأنا خلقاً اخر فتبارک الله احسن الخالقین. (پس از آن خلقی دیگر انشاء نمودیم، آفرین بر قدرت کامل بهترین آفرینندگان) (قرآن کریم؛ ۲۳:۱۴). اما همین انسان که خداوند متعال به او مقامی ممتاز عطا نموده و در احسن تقویم

^۳ نهج البلاغه. نامه شماره ۳۱

که بیمار را آزار می‌دهد نزد خداوند بی اجر نمی‌ماند. در روایت مشترکی از امام باقر (ع) و امام صادق (ع) آمده است که «بیدار ماندن یک شب از شدت بیماری و تحمل درد از یکسال عبادت ارزش بیش‌تری دارد» (۲۷). هنگامی که نگاه اسلام به بیماری همراه با ارزش معنوی باشد قطعاً عیادت بیمار هم دارای ارزش خواهد بود. پیامبر (ص) فرمودند: «عائد المريض یخوض فی الرحمه» (۲۷) یعنی عیادت‌کننده‌ی بیمار در رحمت الهی غوطه‌ور است. بنابراین، وقتی پزشک و گروه پزشکی همکار وی به درمان بیماری می‌پردازند کاری الهی انجام می‌دهند و لازم است که علاوه بر دقت در کار خود، از تقوای الهی برخوردار باشند تا آن ارزش معنوی را تکمیل نمایند. امیر المومنین (ع) می‌فرماید: «من تطیب فلیتق الله و لیجهد» (۲۷) یعنی هرکس به طبابت می‌پردازد باید مراعات تقوای الهی را بنماید و تلاش و کوشش خود را به کار گیرد. لزوم رعایت تقوی هم به‌خاطر دقت هر چه بیش‌تر در حرفه‌ی پزشکی و الهی شدن کار طبابت است و هم به‌خاطر ارزش معنوی که در بیماری و سلامت وجود دارد.

نتیجه‌گیری

اگرچه انتظار می‌رود چالش‌های موجود در خصوص موجه بودن یا مطرود بودن اتانازی در سطح جهان هم‌چنان ادامه یابند ولی توجه به آموزه‌های اسلامی هم‌چون قرار داشتن اختیار مرگ و زندگی در دستان خداوند قادر متعال، اعتقاد به دخالت نیروهای فراطبیعی در روند زندگی و اعتقاد به معجزه و شفا، مسأله‌ی اتانازی را با مسائل اخلاقی بیش‌تری مواجه می‌سازد. در این ارتباط باید توجه داشت که در نظام زندگی غیر الهی و مادی، جست‌وجوی سود و منفعت تنها خاص زندگی دنیاست در حالی که منفعت در مکتب اسلام از مفهومی متعالی و ارزشی برخوردار بوده و علاوه بر منافع دنیا، منافع آخرت را نیز در بر می‌گیرد. از این رو، پایبندی پزشکان به اخلاق پزشکی و اخلاق اسلامی موجب مشخص شدن نقشه راه و حدود و مرزهایی می‌گردد که انسان را از وارد شدن به برخی حیطه‌ها هم‌چون خاتمه دادن به زندگی

مسأله‌ی مهم دیگر در اسلام، ارزش‌های معنوی حاکم بر مقوله‌ی سلامت و بیماری است. بیماری در اسلام علاوه بر هشدار به انسان در خصوص وجود نوعی اختلال در فعالیت‌های نظام‌مند بدن، صحنه‌ی آزمایش‌های الهی برای شخص بیمار و مداواکنندگان و هم‌چنین درس عبرتی برای افراد سالم است. اسلام به بیماری صرفاً به‌عنوان یک عارضه‌ی ظاهری نمی‌نگرد تا همه‌ی توجه فرد بیمار را تنها به بهبودی خود معطوف نماید که اگر سلامتی به دست نیامد بیمار دچار افسردگی و اضطراب شدید شده و نیازی به تداوم زندگی در حالت بیماری احساس ننماید. اسلام به بیماری و سلامتی به‌عنوان ابزارهایی برای کسب معنویت نگاه می‌کند لذا از نظر ارزش‌های معنوی، سلامت و بیماری هیچ‌کدام دارای ارزش ذاتی نیستند. اگر انسان از بیماری برای تقویت ایمان و تقرب به ذات اقدس الهی استفاده کند، بیماری از ارزش برخوردار خواهد بود و در مقابل هرگاه انسان از سلامت خود در جهت شکرگزاری به درگاه خداوند و کسب رضایت الهی بهره‌گیرد، سلامتی ارزشمند خواهد بود (۲۴-۲۵). امام سجاد (ع) در مناجات‌های خود با خداوند به درگاه الهی می‌گفتند: «فما ادری یا الهی ای الحالین احق بالشکر لک و ای الوقتین اولی با حمد لک اوقت الصحه التی هناتنی فیها طیبات رزقک ... ام وقت العله التی محصنتنی بها ...» (۲۶): یعنی خدایا من نمی‌دانم کدام حالت شایسته‌تر برای شکرگزاری است هنگام صحت که توان استفاده از روزی پاک تو را دارم یا هنگام بیماری که وسیله‌ی رهایی من از گناهان است. این مناجات به‌طور شفاف نگرش اسلام را در مورد بیماری، سلامت و ارزش معنوی آن‌ها تبیین می‌نماید.

در روایات اسلامی نیز به ارزش‌های حاکم بر سلامت و بیماری بسیار توجه شده است. پیامبر اکرم (ص) فرمودند: «لا یمرض مؤمن ولا مؤمنه و لا مسلم ولا مسلمة الا حط الله به خطیئته» (۲۷) یعنی هیچ مرد و زن مومن و مسلمانی مریض نمی‌شود مگر این‌که خداوند به سبب آن بیماری گناهان او را می‌بخشد. بنابراین در این نگرش، درد و رنجی

منابع

1. Gambino G, Spagnolo AG. Ethical and juridical foundations of conscientious objection for health care workers. *Med Etika Bioet* 2002; 9(1-2):3-5.
2. Bamgbose O. Euthanasia: another face of murder. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2004; 48(1): 111-121.
3. Williams JR. World Medical Association, *Medical Ethics Manual*. 2005.
4. Shaw AB. Two challenges to the double effect doctrine: euthanasia and abortion. *J Med Ethics* 2002; 28:102-104.
5. Cooper MJ. Greek philosophers on euthanasia and suicide. In: Brody AB, ed. *Suicide and Euthanasia*. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1989, pp. 9-38.
6. Papadimitriou JD, Skiadas P, Mavrantonis CS, Vassilis P, Papadimitriou DJ, Papacostas KJ. Euthanasia and suicide in antiquity: viewpoint of the dramatists and philosophers. *J R Soc Med* 2007; 100: 25-28.
7. Scalise DM, Bognolo G. The new pope and medical ethics. Can Benedict XVI strike a balance between Catholic doctrines and health? *BMJ* 2005; 330:1281-2.
8. Ganzini LG, Nelson HD, Schmitt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *N Eng J Med* 2000; 342: 557-63.
9. Kuhse H, Singer P, Baume P, Clark M, Richard M. End-of-life decisions in Australian medical practice. *Med J Aust* 1997; 166:191-6.
10. Kissane DW, Street A, Nitschke P. Seven deaths in Darwin: case studies under the Rights of the Terminally Ill Act, Northern Territory, Australia. *Lancet* 1998; 352: 1097-1102.
11. Griffith R. Euthanasia: is there a case for changing the law? *Br J Community Nurs* 2007; 12(6): 273-7.
12. Anonymous. Arguments Against Euthanasia: Overview of Arguments Against Euthanasia. *Euthanasia Puts Pressure on the Vulnerable*.

انسان‌ها ولو از روی ترحم نهی می‌کند. هم‌چنین باید توجه داشت که اتانازی نه تنها جان یک انسان را می‌گیرد، بلکه به محیط اجتماعی فرد و به‌ویژه اطرافیان او که احتمالاً هیچ نقشی در تصمیم‌گیری برای پایان دادن به زندگی بیمار نداشته‌اند، نیز آسیب‌های روانی وارد می‌کند. با توجه به این موارد سیاست‌گذاران اخلاق و جامعه‌ی پزشکی باید با دقت بسیار بیش‌تری به مباحثی هم‌چون اتانازی بپردازند. به‌نظر می‌رسد که توجه به تفاوت‌های فلسفه و اخلاق اسلامی با فلسفه و اخلاق پزشکی غربی و هم‌چنین پایه‌گذاری و تدوین نظام اخلاق پزشکی اسلامی از ضروری‌ترین نیازهای جامعه‌ی پزشکی کنونی است.

21. Koenig HG, Wildman-Hanlon D, Schmader K. Attitudes of elderly patients and their families toward physician-assisted suicide. *Arch Intern Med* 1996; 156: 2240-48.
22. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician assisted suicide among terminally ill patients and their care givers. *JAMA* 2000; 284(19): 2460-2468.
23. Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels DR, Clarridge BR. Euthanasia and physician assisted suicide. *Lancet* 1996; 347: 1805-1810.
۲۴. مصباح یزدی، م ت. لذت طلبی و سعادت جویی. www.farsnews.net/newstext.php?nn=8406200 229. (accessed on: 2008)
۲۵. بدون نام. <http://www.mesbahyazdi.org/lib/sadeq> (accessed on: 2008)
۲۶. صحیفه سجادیه. دعای پانزدهم، ترجمه‌ی مهدی الهی قمش‌ای. تهران: انتشارات دیوان، چاپ اول ۱۳۸۶؛ ص ۸۰-۸۱.
۲۷. محمدی ری شهری م. میزان الحکمه. ترجمه‌ی حمیدرضا شیخی. قم: انتشارات دارالحديث، ۱۳۸۱؛ جلد ۱۱، شماره‌ی ۵۵۲۳، جلد ۷ شماره‌ی ۳۲۸۸.
- http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/against_against_print.html (accessed on: 2008)
13. Patel K. Euthanasia and physician-assisted suicide policy in The Netherlands and Oregon: a comparative analysis. *J Health Soc Policy* 2004; 19(1):37-55.
14. Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon—the first year's experience. *N Engl J Med* 1999; 340: 577-583.
15. Sullivan AD, Hedberg K, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon—the second year. *N Engl J Med* 2000; 342: 598-604.
16. van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med* 1996; 335: 1699-1705.
17. Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels DR, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide. *Lancet*. 1996; 347:1805-10.
18. Breitbart W, Rosenfeld BD, Passik SD. Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV infected patients. *Am J Psychiatry* 1996;153: 238-242.
19. Suarez-Almazor ME, Belzile M, Bruera E. Euthanasia and physician-assisted suicide. *J Clin Oncol* 1997; 15: 418-427.
20. Ganzini L, Johnston WS, McFarland BH, Tolle SW, Lee MA. Attitudes of patients with amyotrophic lateral sclerosis and their care givers toward assisted suicide. *N Engl J Med* 1998; 339: 967-973.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.