

اتانازی، تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی

علیرضا پارساپور^۱، احمد رضا همتی مقدم^۲، محمدباقر پارساپور^۳، باقر لاریجانی^۴*

چکیده

اتانازی از جمله بحث انگیزترین مباحث اخلاق پزشکی در حوزه‌ی مراقبت‌های پایان حیات است. مواضع اتخاذ شده از سوی صاحب‌نظران در این مورد به‌نحو برجسته‌ای به بستر فلسفی، اعتقادی و فرهنگی هر فرد بستگی دارد. با توجه به حقیقت فوق در این مطالعه پس از تبیین موضوع و ارائه‌ی تعاریف مشخص از انواع اتانازی، نظرات موجود در حوزه‌ی اخلاق پزشکی ارائه و در آخر جمع‌بندی نظر مؤلفان نوشته شده است.

به‌نظر می‌رسد حرمت حیات در فقه و حقوق اسلامی از جایگاه ممتازی برخوردار است و هیچ مصلحتی برای توجیه اقدام برای پایان دادن به حیات بیمار وجود ندارد. از سوی دیگر، افراد جامعه موظفند که تمام تلاش خود را برای تداوم حیات مؤثر آحاد بیماران به‌عمل آورند، گرچه این مهم به معنی تخصیص نامحدود منابع برای اقدامات کم‌اثر در کیفیت حیات افراد نیست. ضمن این‌که در نگرش بسیاری از فقهای اسلامی تخصیص منابع برای تداوم حیات مستقره نسبت به حیات غیرمستقره از اولویت بالاتری برخوردار است.

واژگان کلیدی: اتانازی، اخلاق، قانون، فقه، حق مردن

^۱ کارشناس پژوهش مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ مربی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات

^۳ استادیار گروه حقوق خصوصی دانشکده حقوق، دانشگاه قم

^۴ استاد مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران - مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی تهران

نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۱، طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، پست الکترونیک: emrc@tums.ac.ir

مقدمه

پیشرفت‌های اخیر دانش پزشکی و تکنولوژی‌های وابسته به آن، مفهوم مرگ را نه تنها در فرهنگ غرب بلکه در فرهنگ شرق نیز تغییر داده است. بسیاری از بیماری‌ها مانند آبله، سل و نظایر آن که قبلاً کشنده بودند، در حال حاضر، به یمن دستاوردهای دانش پزشکی قابل درمان یا قابل کنترل شده‌اند و دیگر کسی به ندرت به واسطه‌ی این‌گونه بیماری‌ها می‌میرد. اما متأسفانه طیف وسیعی از مردم قربانی بیماری‌های نوظهور دیگری می‌شوند؛ بیماری‌هایی که بیش‌تر، در طول صدسال اخیر شایع شده‌اند و ارتباط تنگاتنگی با شیوه‌های غلط زندگی و عادات بد غذایی دارند. بیماری‌هایی هم‌چون ناراحتی‌های قلبی، سرطان، ایدز، دیابت، بیماری‌های کلیوی و ... که همراه با رنج و عذاب و درمان طولانی و هزینه‌ی بالا هستند.

البته اغلب تکنولوژی‌های پزشکی بر تغییر روند زندگی مؤثر هستند و افراد می‌توانند ماه‌ها و حتی سال‌ها با وجود بیماری زندگی کنند. بنابر آمارهای موجود در آمریکا، حدود ۷۵ درصد از مرگ‌ها، در سال ۱۹۸۷، در بیمارستان‌ها و مراکز مراقبتی رخ داده است، در حالی که این رقم در سال ۱۹۵۰ حدود ۵۰ درصد بوده است (۱).

هم‌چنین کمیته‌ی ارزیابی تکنولوژی آمریکا تخمین زده است که در سال ۱۹۸۸ حدود ۵۰۰۰ نفر از وتیلاتور (دستگاه تنفس مصنوعی) و ۱/۴۰۰/۰۰۰ نفر از حمایت‌های تغذیه‌ای مصنوعی بهره برده‌اند (۱).

در این زمینه، آمار دقیقی در کشور ما وجود ندارد، اما با گسترش روزافزون فناوری‌های پزشکی می‌توان حدس زد که وضعیت کشور ما نیز مشابه آمارهای ذکر شده باشد.

از سوی دیگر، با استفاده از تکنولوژی در مسائل پزشکی و در نتیجه زندگی بخشیدن یا نجات جان انسان‌ها از بیماری‌ها یا کم کردن رنج و عذاب آن‌ها از بیماری‌ها، موضوعات کجا مردن و به‌خصوص چگونه مردن در سال‌های اخیر اهمیت فوق‌العاده‌ای پیدا کرده است. بر این اساس است

که بحث خاتمه‌ی حیات و موضوع قطع درمان‌های نگه‌دارنده‌ی حیات در بیماران بدحال یا در شرف مرگ از جمله ده چالش عمده‌ی اخلاقی در حوزه‌ی پزشکی محسوب می‌شود (۲).

اتانازی^۱ مهم‌ترین اصطلاحی است که در این زمینه مورد بحث قرار گرفته است. نکات مورد بحث در رابطه با «اتانازی» عمدتاً مباحثی اخلاقی هستند و سؤالاتی بنیادی در رابطه با آن مطرح شده است؛ مثلاً آیا حقی وجود دارد که براساس خواسته‌ی کسی یا اعضای خانواده‌اش وقوع مرگ را در وی تسهیل کنیم؟ آیا این امر اخلاقی است که برای نجات جان کسی، به زندگی فرد دیگری که امیدی به زنده ماندنش نیست خاتمه دهیم؟ در کل، تمام مباحث پیرامون «اتانازی» در صد پاسخ‌گویی به سؤالاتی از این قبیل هستند. «اتانازی» بحث بسیار مهمی در اخلاق پزشکی است، چرا که تمام حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی را در بر می‌گیرد. اما قبل از ورود به بحث، توافق بر روی برخی اصطلاحات و تعاریف مربوط به اتانازی ضروری است. اگر چه برخی از صاحب‌نظران معتقدند که نمی‌توان بین انواع اتانازی تفاوت معنی‌داری قائل شد، اکثر مباحث پیرامون این موضوع، مخصوصاً مباحث حقوقی آن، مبتنی بر این تفاوت‌هاست.

توافقی بر تعاریف مختلف اتانازی

تعاریف مختلفی برای اتانازی از منابع مختلف ذکر شده است. اگرچه برخی ادعا دارند این تعاریف در اصل موضوع تفاوتی ایجاد نمی‌کند، مباحث حقوقی پیرامون اتانازی بر روی این تفاوت‌ها تکیه دارد. در این جا ما برای وضوح مطلب تعریفی از اتانازی و اصطلاحات مربوط به آن را براساس کتاب "Ethics at the end of life" با ویراستاری «رالف برگن»^۲ اختیار می‌کنیم (۳)؛ این تعریف تا حدودی جامعیت تعاریف مختلف را در بر دارد:

^۱ Euthanasie - Euthanasia

^۲ Ralph Baergen

- «اتانازی فعال داوطلبانه»: تزریق عامدانه‌ی دارو یا اقداماتی دیگر که منجر به مرگ بیمار شود. این عمل براساس تقاضای صریح بیمار و با رضایت کاملاً آگاهانه‌ی او انجام می‌شود. نکته‌ی مهم در این حالت این است که قصد و تمایل پزشک و بیمار هر دو در جهت خاتمه دادن به زندگی بیمار است. در اتانازی فعال داوطلبانه دو شرط بسیار مهم است: ۱) تصمیم خود بیمار؛ ۲) درد و رنج غیر قابل تحمل و نبود امید به بهبودی.
- «اتانازی فعال غیرداوطلبانه»: تزریق عامدانه‌ی دارو یا اقدامات دیگری که منجر به مرگ بیمار شود. در این حالت بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری (اهلیت یا صلاحیت قانونی) را ندارد و از لحاظ روانی قادر به درخواست صریح برای این عمل نیست. مثلاً بیمار در حالت کماست؛ البته مرگ مغزی و زندگی نباتی تنها مواردی نیستند که بیمار قادر به تصمیم‌گیری نیست. در کشورهای دارای قوانین انجام این نوع اتانازی معمولاً پزشک یا تیم پزشکی، کمیته‌ی اخلاق پزشکی و خانواده‌ی بیمار یا قاضی تصمیم‌گیری می‌نمایند.
- «اتانازی فعال اجباری»: تزریق عامدانه‌ی دارو یا اقدامات دیگر که باعث مرگ بیمار می‌شود. در این حالت بیمار دارای صلاحیت تصمیم‌گیری است و هیچ‌گونه درخواست صریحی برای این عمل ندارد. این نوع اتانازی را تمام اخلاقیون مجاز نمی‌دانند و قتل محسوب می‌شود و موضوع بحث این نوشتار نیست.
- «اتانازی غیرفعال»: عدم شروع درمان یا درمان‌هایی که برای حفظ حیات بیمار لازم است. البته این نوع اتانازی می‌تواند داوطلبانه (براساس درخواست بیمار) یا غیرداوطلبانه (در صورتی که بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری را نداشته باشد) باشد.
- «اتانازی غیرفعال داوطلبانه»: بیمار درمان خود را رد می‌کند تا در مرگش تسریع ایجاد شود. به عبارت دیگر، بیمار از همان ابتدا از پذیرش درمان سر باز می‌زند.
- «اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه»: معمولاً در مورد بیمارانی به کار گرفته می‌شود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان هم مطمئن هستند که درمان امکان‌پذیر نیست. در کشورهای دارای قوانین انجام این نوع اتانازی، در این حالت یا درمان را قطع می‌کنند و بیمار را از مواد غذایی یا دارو محروم می‌کنند یا اگر مثلاً بیمار در سیر بیماری‌اش دچار عفونتی شود، درمانی برای عفونت او آغاز نمی‌شود.
- «خودکشی با همکاری پزشک»: در این حالت پزشک داروها یا اقدامات دیگر را برای بیمار فراهم می‌کند با این آگاهی که می‌داند قصد بیمار از آن‌ها خودکشی است.
- نکته‌ی مهم در افتراق «اتانازی فعال داوطلبانه» از «خودکشی با همکاری پزشک» در رفتار پزشک است. در حالت اول پزشک مستقیماً اقدام به خاتمه‌ی زندگی بیمار می‌کند در حالی‌که در حالت دوم پزشک مباشر انجام اقدام نیست.
- «اتانازی غیرمستقیم»^۱: در این حالت ضد دردهای مخدر یا داروهای دیگر برای تسکین درد بیمار تجویز می‌شود، اما پیامد عَرَضِی^۲ آن قطع سیستم تنفسی بیمار است (داروهای ضد درد مخدر اگر با دوز بالا تجویز شوند مرکز تنفسی را مهار می‌کنند) که منجر به مرگ بیمار می‌شود. این نوع اتانازی عامدانه انجام نمی‌شود، اما پیامد عَرَضِی آن مرگ بیمار است.

¹ Indirect euthanasia

² accidental

ابایی از کشتن افراد دیگر و ارتکاب جنایت ندارند. کیفیت زندگی سست می‌شود و جامعه به‌عنوان یک کل آسیب می‌بیند (۵).

(ب) اتانازی الزاماً بهترین انتخاب برای راحتی بیمار نیست، چرا که:

- ممکن است تشخیص بیماری اشتباه باشد و بیمار در پایان حیات نباشد. این وحشتناک خواهد بود که حیات یک انسان به‌واسطه‌ی یک اشتباه تباه شود. هم‌چنین ممکن است وخامت پیش‌آگهی بیماری به‌شدت آنچه پزشک پیش‌بینی کرده نبوده و مرگ بیمار قریب‌الوقوع نباشد.

- مراقبت پزشکی بیمار دچار نقصان بوده و در صورت درمان مناسب رنج بیمار به‌شدت وضعیت موجود نباشد. به بیان دیگر، درخواست اتانازی از سوی بیمار ممکن است به نوعی درخواست کمک باشد و در صورت کنترل علائم ناراحت‌کننده، بیمار از تصمیم خود منصرف شود. در سال ۱۹۹۷، ساندرز خاطر نشان کرد که بیمارانی که در ابتدا می‌گفتند «بگذار بمیرم» پس از کنترل علائم از این که درخواست ایشان عملی نشده خوشحال بودند (۶).

(ج) درخواست اتانازی از سوی بیمار به دلیل مشکلات روانی و افسردگی وی باشد و یا بیمار به‌دلیلی قدرت قضاوت صحیح و ظرفیت تصمیم‌گیری نداشته باشد. استدلال می‌شود ما هیچ‌گاه شواهد کافی برای توجیه این باور نداریم که تقاضای بیمار مبتلا به بیماری لاعلاج برای مردن تقاضایی درست، ثابت و واقعاً آگاهانه و مختارانه است.

به‌عنوان مثال، ممکن است بیمار به‌طور غیر واقعی ترس از درد و رنج داشته و نگرانی‌های بی‌مورد و غیرمتناسبی از وضعیت آتی خود داشته باشد. در این شرایط بیمار در مواجهه با مشکلات به‌طور غیرمتناسبی تحریک پذیر شده و امید خود را از دست می‌دهد (۷).

آنچه «اتانازی فعال داوطلبانه» را از نوع «غیر مستقیم» افتراق می‌دهد نیت پزشک است. در حالت اول نیت پزشک خاتمه دادن زندگی بیمار است، اما در مورد بعدی نیت پزشک کاهش درد بیمار است.

نظرات مختلف پیرامون اتانازی

مهم‌ترین استدلال‌ها به نفع اتانازی عبارتند از: درد شدیدی که افراد مبتلا به بیماری‌های لاعلاج تحمل می‌کنند؛ سر بار شدن افرادی که قادر نیستند در فعالیت‌های طبیعی انسانی شرکت کنند؛ حق مفروض افراد برای آن که درباره‌ی زندگی خودشان تصمیم بگیرند.

دلایل مخالفان اتانازی

دلایل مذهبی:

ادیان مختلف اتانازی را مخالفت با دستور الهی دانسته و معتقدند اتانازی حرمت حیات را در جامعه می‌شکند. ضمن این‌که رنجی که فرد در پایان حیات متحمل می‌شود می‌تواند خود وسیله‌ای برای تعالی وی باشد. هم‌چنین اتانازی داوطلبانه می‌تواند به مرور منجر به اتانازی غیرداوطلبانه و کشتن مردم شود که به هیچ‌عنوان پذیرفته نیست (۴).

دلایل مبتنی بر اخلاق:

(الف) باورهای اخلاقی پذیرش اتانازی را عاملی برای شکسته‌شدن حرمت حیات در جامعه می‌دانند. به‌عبارت دیگر، پذیرش اتانازی به معنی پذیرش این انحراف است که مصادیقی از حیات (بیماران و ناتوانان) ارزش کم‌تری از ارزش حیات سایر افراد جامعه دارد. ضمن این‌که پذیرش اتانازی داوطلبانه می‌تواند مقدمه‌ای بر نوع غیر داوطلبانه آن باشد.

در بحث‌های پیرامون اتانازی برخی استدلال کرده‌اند که پذیرش اتانازی توجه جامعه نسبت به زندگی را از بین می‌برد، رایج شدن اتانازی در عمل پزشکی حساسیت جامعه نسبت به مرگ را کاهش می‌دهد. این حالت باعث از بین رفتن انسانیت و به‌وجود آمدن تنوعی از بیماری‌های اجتماعی می‌شود. در جامعه‌ای که ارزش حیات به‌حساب نیاید، افراد

افرادی که با درد مزمن زندگی می‌کردند آرزوی مرگ داشتند. وی معتقد است، علی‌رغم این که کنترل درد به‌عنوان یکی از حقوق شناخته شده بیماران است ولی ۸۶ درصد پرستاران دانش کافی را برای انجام این مهم نداشته‌اند و ۹۷ درصد مایل به آموزش بیش‌تر در این خصوص بوده‌اند (۱۰).

بیلینگ^۳ مدعی است که تقریباً تمام دردهایی که افراد در مراحل پایان حیات تحمل می‌کنند قابل تسکین است، اما پزشکان و پرستاران از تجویز دوز مناسبی از ضد دردها و مخدرها اکراه دارند (۱۱).

زیلیکر^۴ اظهار می‌دارد تنها ۷۰ تخت تخصصی مراقبت تسکینی در هلند وجود دارد و پزشکان آموزش کمی در این خصوص دیده‌اند؛ بنابراین، طبیعی است که اتانازی اولین انتخاب بیماران دردمند باشد (۱۲).

هولدکرافت و پاور^۵ معتقدند که درد تنها تحت تأثیر اختلال جسمی نیست. بلکه ترکیبی از عوامل فیزیولوژیک، احساسات، پاتولوژیک، روان‌شناختی، شناختی، محیطی و اجتماعی در میزان آن مؤثر است (۱۳).

مان^۶ معتقد است از جمله دلایل تسکین ناکافی درد، درک نادرست پزشکان و پرستاران از ماهیت چندبعدی درد، دانش ناکافی در خصوص تسکین انواع درد و ارزیابی غلط از اثربخشی درمان است. بر این اساس، تصور بسیاری از بیماران این خواهد شد که درد غیر قابل کنترل است و چنین بیمارانی ممکن است به فکر خودکشی یا اتانازی بیفتند (۱۴).

اگرچه درمان‌های تسکینی و مراقبت‌های بیمارستانی پیشرفت‌های مهمی در مراقبت از افراد در حال مرگ داشته است، باز هم مشکلاتی باقی است. برای این که بهترین درمان تسکینی برای هر فرد دریافت شود، نیاز به آزمون‌ها و خطاهایی است که عواقب دردناکی برای بیمار دارند و مهم‌تر از آن عوارض جانبی چنین درمان‌هایی مانند تهوع، ناتوانی در

(د) برخی برای تحلیل اتانازی به «آموزه‌ی اثر دوگانه^۱» متوسل شده‌اند. مطابق با تفسیر این آموزه انجام اعمالی که عواقب بد آن از پیش مشخص باشد به این شرط مجاز است که:

یک) این نتیجه‌ی بد به‌عنوان یک اثر جانبی یا غیرمستقیم عمل اصلی منظور شده باشد؛

دو) عملی که قصد اصلی بر آن واقع شده به لحاظ اخلاقی خوب یا حداقل خنثی باشد؛

سه) اثر خوب به‌واسطه‌ی راه بد حاصل نشود یعنی بدی وسیله‌ای برای رسیدن به خوبی نباشد؛

چهار) نتایج بد نایستی چنان جدی باشند که بر اثرات خوب فائق شوند. اما اتانازی این شرایط را برآورده نمی‌کند. جالب است که موافقان اتانازی نیز از همین آموزه نتیجه‌ای خلاف رأی مخالفان اتانازی می‌گیرند (۸).

ه) گروهی معتقدند اگر اتانازی داوطلبانه و فعال را بپذیریم راه را برای دیگر انواع اتانازی و خودکشی فراهم آورده‌ایم (۹).

و) برخی استدلال می‌نمایند که تمایز میان اتانازی داوطلبانه، اجباری و غیر داوطلبانه در نحوه‌ی عمل است، ولی در اصل کار تفاوتی بین این دو وجود ندارد (۸).

دلایل تجربی و عملی:

• درمان تسکینی مناسب می‌تواند ضرورت انجام اتانازی را در بسیاری موارد از بین ببرد. در حال حاضر راه‌های جلوگیری از دردهای کشنده وجود دارد و با فراهم آوردن مراقبت‌های بهتر می‌توان جلوی درد را گرفت، بنابراین اتانازی ضرورتی نمی‌یابد.

براساس مطالعه‌ای که شاتل ورث^۲ در انگلستان انجام داده است، علی‌رغم پیشرفت‌های جدی کنترل درد، در دو دهه‌ی اخیر در سال ۲۰۰۳، ۸۰۰/۰۰۰ بزرگسال در انگلستان از درد مزمن و تسکین نیافته در عذاب بوده‌اند که یک‌سوم موارد درد شدید و یک‌دوم موارد درد مداوم بوده است. ۱۶ درصد

³ Billing

⁴ Zylicz

⁵ Holdcroft and power

⁶ Mann

¹ Doctrine of double effect

² Shuttleworth

بعدی آسان‌تر برداشته شود. به این استدلال، «شیب لغزنده»^۲ گفته می‌شود (۹).

موافقان نظریه‌ی «شیب لغزنده» استدلال می‌کنند:

«هنگامی که کیفیت زندگی کاهش یابد و جامعه بتواند پایان دادن به حیات را بپذیرد، دیگر هیچ روش عقلانی برای محدود کردن اتانازی و جلوگیری از سوء استفاده از آن وجود ندارد. براساس نظریه‌ی شیب لغزنده، اتانازی مانند لبه‌ی نازک یک گوه است که وقتی جا بیفتد به شدت در جامعه رواج پیدا می‌کند. کامیاسار نتیجه می‌گیرد قانونی کردن اتانازی ارادی، خواه‌ناخواه منجر به قانونی شدن اتانازی اجباری^۳ می‌شود، چون تمایز عقلانی بین آن کسانی که می‌خواهند بمیرند (چرا که خودشان را سر بار جامعه می‌دانند) و آن کسانی که می‌خواهند بکشند (چون این افراد را سربار جامعه می‌دانند) غیر ممکن است» (۹). عملکرد آلمان نازی در کشتن افراد معلول مثالی حقیقی از فرایند شیب لغزنده است.

اما برخی در مخالفت با استدلال شیب لغزنده معتقدند دادگاه‌ها می‌توانند به‌گونه‌ای رفتار کنند که از «اتانازی اجباری» جلوگیری کنند و در صورت قانونی شدن اتانازی غیرفعال^۴، شیب تماماً لغزنده نیست، چون هیچ برنامه‌ی کشتن وسیعی مد نظر نیست (۱۶).

برخی دیگر خود مفهوم «شیب لغزنده» را زیر سؤال برده‌اند و استدلال می‌کنند برای اثبات صدق استدلال شیب لغزنده بایستی نشان داد که فشار اولیه برای برداشتن قدم‌های بعدی آن قدر قوی است که منجر به آن می‌شود (۱۷).

دیدگاه

همان‌طور که پیش از این اشاره شد اتانازی می‌تواند به‌طور فعال، غیر فعال، داوطلبانه و غیر داوطلبانه انجام شود. با توجه به جنبه‌های مختلف فقهی، پزشکی، حقوقی و فلسفی مربوط به هر یک از موارد فوق می‌توان انواع مختلف را به شرح ذیل تحلیل نمود:

کنترل ادرار، از دست دادن هوشیاری یا خواب‌آلودگی‌های نیمه‌دائمی و نظایر آن است. هم‌چنین افرادی وجود دارند که نمی‌خواهند از درمان‌های تسکینی و مراقبت‌های بیمارستانی بهره بگیرند و برخی دیگر از داوطلبان اتانازی گلایه‌ی کم‌تری از درد دارند و مشکل اصلی آن‌ها وابستگی به دیگران یا وابستگی به دستگاه‌های تنفس مصنوعی است.

- پذیرش اتانازی می‌تواند حیثیت و حرمت جامعه‌ی پزشکی و پرستاری را مخدوش کند (۱۵).
- به واسطه‌ی هزینه‌ی کم‌تر اتانازی نسبت به مراقبت از بیماران ترمینال چنین روشی ممکن است جایگزین درمان‌های نگه‌دارنده شود (۱۵).
- پذیرش اتانازی ضرورت پژوهش در خصوص مراقبت‌های پایان حیات را کم‌رنگ می‌نماید (۱۵).
- پذیرش اتانازی فشارهای وارده در پایان حیات را به افراد بیش‌تر می‌کند. این فشارها می‌تواند از سوی بستگان یا وجدان بیمار برای عدم تحمیل هزینه‌ی بیش‌تر به خانواده باشد. هم‌چنین افرادی که خانواده را ترک و به تنهایی زندگی می‌کنند، ممکن است اتانازی را تنها راه‌حل مشکلات خود بدانند (۱۵).

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود مخالفان اتانازی از جنبه‌ی مذهبی، اخلاقی و تجربی، نگران خطر تعمیم اصل اتانازی به طیف وسیعی از انسان‌ها هستند. از سوی دیگر، با توجه به جایگاه انسان در رویکرد دینی در جهان خلقت و هم‌چنین محدودیت‌های علم طب در تشخیص‌های بالینی و خطاپذیر بودن آن نمی‌توان با اطمینان قضاوت کرد که مردن برای شخص از منظر معنوی یا جسمی بهترین گزینه است.

از جمله مهم‌ترین استدلال‌های مخالفان قانونمند شدن اتانازی امکان سوء استفاده از آن خصوصاً از سوی مراقبان سلامت است. یال کامیاسار^۱ معتقد است اولین قدم برای قانونی کردن انجام اتانازی در جامعه باعث می‌شود قدم‌های

² Slippery slope

³ Involuntary

⁴ Passive

¹ Yale camisar

۱- اتانازی فعال داوطلبانه

به نظر می‌رسد تمامی استدلال‌ات و مصلحت‌سنجی‌ها در برابر قداست حیات رنگ می‌بازد. اگرچه گذشته از قداست ذاتی حیات در اسلام ادله‌ی عقلی متعددی مطرح است که اهم آن ذکر می‌شود:

- خطر سوءاستفاده از این جواز و تعمیم آن به موارد دیگر؛
- امکان اشتباه در تعیین مصداق و مطلق نبودن و یقین‌آور نبودن بسیاری از تشخیص‌های پزشکی؛
- امکان تخفیف آلام بیمار با اقدامات حمایتی؛
- نقش سازنده‌ی مصائب و تحمل درد و رنج در ارتقای معنوی فرد از دیدگاه اسلامی.

به نظر می‌رسد قداست حیات در مکاتب الهی به‌طور عام و مکتب اخلاق اسلامی به‌طور خاص آن‌چنان برجسته است که استدلال‌ات مصلحت‌جویانه در برابر آن رنگ باخته و حوزه‌ی اختیار فردی نمی‌تواند این اصل مهم را تغییر دهد. از یک‌سو رنجی که بیمار متحمل می‌شود محملی برای تقرب او به کمال مطلق است و از سوی دیگر توجه انسان معتقد به قدرت لایزال الهی همواره چراغ امید را در درون او روشن نگاه می‌دارد. به نظر می‌رسد اگر این اعتقاد در وجود بشر نباشد سایر استدلال‌ات در مقابله با اتانازی فعال داوطلبانه می‌تواند مورد نقد جدی قرار گیرد (۴).

این‌که مخالفان، نگرانی از اشتباه تشخیص را عامل مخالفت با اتانازی فعال می‌شمارند به نظر می‌رسد دلیل متقنی نیست، چرا که هر اقدامی که در پزشکی صورت می‌گیرد حاصل تحلیل شواهد موجود بوده و کم‌تر پزشک به قطعیت تام آن‌چنان که در معارف فلسفی ماست می‌رسد. بر این اساس مداخلات دیگر نیز باید متوقف شود. از سوی دیگر، استدلال فوق‌بدین معنی است که هرچه اطمینان از برگشت‌پذیری وضعیت بحرانی بیمار بیش‌تر باشد جواز اخلاقی اقدام برای اتانازی برجسته‌تر خواهد بود که به‌نظر صحیح نمی‌رسد.

این‌که در صورت درمان حمایتی مناسب ممکن است بیمار از اتانازی فعال منصرف گردد، اگر چه صحیح است، اما باید توجه داشت که حتی گروهی که از اتانازی فعال دفاع می‌کنند بیماران فوق را از حوزه‌ی اقدام برای اتانازی خارج می‌کنند. همین حقیقت در مورد بیماران روانی و بیماران با نگرانی غیر متناسب از وضعیت خود صادق است (۱۸).

تأیید موردی اتانازی فعال راه را برای هر تعمیم آن باز می‌کند، اگرچه به‌نظر منطقی است، باز استدلال محکمی برای رد همه‌ی موارد اتانازی نیست.

ادعای این‌که اتانازی حیثیت جامعه‌ی پزشکی را مخدوش می‌کند و یا پژوهش‌های مراقبت‌های پایان حیات را کم‌رنگ می‌کند، اگرچه به‌نظر صحیح است اما استدلال محکمی برای رد این عمل به‌واسطه‌ی قیح ذاتی آن نیست.

در رویکردی که محدوده‌ای برای آزادی‌های فردی و اتونومی بیمار قائل نیست و معنای حیات را در بهره‌مندی از مواهب طبیعی می‌بیند و پایان عمر را پایان حیات کلی فرد می‌انگارد و قداست ذاتی برای ارزش‌ها قائل نیست، مقاومت در برابر درخواست مرگ بیماری که جز رنج و درد بی‌فایده و غیر قابل کنترل بهره‌ای از حیات خویش نمی‌برد به‌نظر مشکل و تا حدی غیر منطقی است. حداقل به‌نظر می‌رسد در چنین رویکردی اگر مدیریت نظام سلامت از عدم امکان سوءاستفاده از این جواز، عدم امکان اشتباه تشخیص، عدم امکان مخدوش شدن حیثیت جامعه‌ی پزشکی و... مطمئن شد می‌تواند این عمل را براساس برتری منافع آن بر خطرات توجیه نماید. در حالی که در مکاتب الهی، بشر هیچ‌گاه خود را برای چنین تصمیم‌گیری ذی‌صلاح نمی‌بیند.

البته قطع نظر از حکم تکلیفی حرمت از منظر دینی برای اتانازی فعال داوطلبانه این‌که آیا پزشک اقدام‌کننده را می‌توان به لحاظ کیفری مسؤول شناخت و او را محکوم به قصاص نمود یا خیر محل سؤال است.

از عبارات بعضی فقیهان امامیه چنین استفاده می‌شود که اگر شخصی دیگری را به تقاضای او به قتل برساند، قصاص

نخواهد شد و به همین ترتیب امکان مطالبه‌ی دیه نیز که اصولاً از میت به وراثت او منتقل می‌شود در این مورد منتفی خواهد بود. شیخ طوسی در مبسوط (۱۹) در این باره می‌نویسد:

«اگر شخصی از دیگری بخواهد که او را به قتل برساند و متعاقب آن به وسیله‌ی شخص اخیر کشته شود خون او به هدر رفته است.»

محقق حلی (۲۰)، علامه حلی (۲۱) و شهید ثانی (۲۲) نیز در موردی که فردی، دیگری را به قتل خود دستور می‌دهد و او را تهدید می‌کند که اگر به دستور وی عمل نکند او را خواهد کشت برآند که قاتل، قصاص نخواهد شد.

هر چند که کلام فقیهان یاد شده ناظر به مورد اکراه است، ولی به دلالت اولویت، شامل فرضی نیز می‌شود که در آن قاتل در شرایط عادی و بدون هیچ‌گونه تهدید و صرفاً به درخواست مقتول اقدام به کشتن او می‌نماید. دلیل عمده‌ای که از سوی این دسته ارائه شده، این است که مقتول با اذن به کشتن خویش، حق قصاص قاتل خود را اسقاط کرده است.

استدلال بالا از سوی بعضی فقیهان (۲۳) مورد مناقشه قرار گرفته است. به عقیده‌ی اینان اذن و رضایت بیمار نمی‌تواند قتل وی را مباح نموده و قاتل را از قصاص معاف سازد. زیرا انسان بر خلاف تسلطی که بر مال خود دارد و اذن او به اتلاف آن موجب سقوط ضمان است، چنان سلطنتی را بر تن و جان خود ندارد به‌گونه‌ای که هر طور بخواهد بتواند درباره‌ی آن تصمیم بگیرد.

بنابراین، با وجود اذن مقتول عمومات ادله‌ی قصاص حاکم و در نتیجه پزشک یاد شده معاف از مجازات قصاص نخواهد بود. با این حال، به نظر می‌رسد چنانچه بیمار مثلاً پس از تزریق دارو و پیش از فوت، پزشک را از قصاص عفو کند، وراثت نمی‌تواند از دادگاه قصاص او را درخواست کنند. ماده‌ی ۲۶۸ قانون مجازات اسلامی نیز در این باره چنین مقرر می‌دارد: «چنانچه مجنی علیه قبل از مرگ جانی را از قصاص عفو نماید حق قصاص نفس ساقط می‌شود و اولیای دم

نمی‌توانند پس از مرگ او مطالبه‌ی قصاص نمایند.»

با وجود این، می‌توان از ماده‌ی ۲۰۸ از قانون مزبور چنین استفاده کرد که چنانچه اقدام پزشک موجب اخلال در نظم جامعه یا خوف شده یا بیم تجری مرتکب یا دیگران گردد، موجب حبس تعزیری از سه تا ده سال خواهد شد.

در اتانازی فعال داوطلبانه همان‌طور که پزشک مجاز به اتانازی نیست، بیمار نیز نمی‌تواند بدان اقدام نماید، زیرا عمل مزبور نوعی انتحار و خودکشی است و اطلاق ادله‌ی حرمت خودکشی (۲۴) شامل این مورد نیز می‌گردد.

ممکن است ادعا شود که وجوب حفظ نفس و حرمت خودکشی در ارتباط با بیماری که مبتلا به درد و رنج غیر قابل تحمل بوده و هیچ‌گونه امید به بهبودی ندارد حکمی حرجی است که می‌باید بر طبق ادله‌ی نفی عسر و حرج به انتفای آن حکم نمود.

در رد ادعای بالا کافی است گفته شود که اگر حرجی بودن ادامه‌ی زندگی به‌عنوان مبنایی برای مشروعیت بخشیدن به خودکشی پذیرفته شود، باید غیر از سلامتی انسان جنبه‌های دیگر زندگی او را نیز در بر بگیرد. در حالی که بدون تردید نمی‌توان شخصی را که به لحاظ روحی - عاطفی، شرافتی یا حتی اقتصادی در یک وضعیت بحرانی و غیر قابل تحمل قرار گرفته مجاز به خودکشی دانست.

از این‌ها گذشته تشخیص این‌که درد و رنج بیمار به حد عسر و حرج رسیده یا نه، در پاره‌ای موارد دشوار است و این امر می‌تواند موجب رواج خودکشی در جامعه و دستاویزی برای عافیت‌طلبان باشد.

با توجه به مراتب بالا چنانچه پزشک تنها راهنمایی‌های لازم را برای اتانازی به بیمار بدهد بدون این‌که خود مستقیماً عملی انجام دهد کار او کمک به انجام گناه (اعانت بر اثم) و حرام خواهد بود که به لحاظ فقهی چنانچه حاکم به مصلحت تشخیص دهد می‌تواند پزشک را تعزیر نماید.

گذشته از دغدغه‌های فقهی و حقوقی در این باره، به نظر می‌رسد پزشک مسؤول تأمین سلامتی بیمار است. کمک به

غیر مستقره بوده و در حال بهره‌مندی از امکانات و تجهیزات پزشکی است و بیماری که حیات مستقره داشته و نیازمند آن تجهیزات است اختلاف نظر جدی میان صاحب‌نظران وجود دارد.

در برخی منابع فقهی در مورد لزوم قصاص قاتل فردی که حیات غیرمستقره دارد شبهاتی وجود دارد. برخی صاحب‌نظران معتقدند براساس حکم شرع و عقل در مقام تراحم میان دو امر که یکی اهم و دیگری مهم است ترجیح با اهم است و در همین فرض عدم رضایت اولیای بیمار اول در این امر تأثیری ندارد. به بیان دیگر، در مقام تراحم حیات مستقره با غیرمستقره، حیات مستقره ترجیح دارد (۲۵).

البته برخی از صاحب‌نظران علی‌رغم این که انجام امر فوق را معقول می‌دانند اما ذکر می‌کنند که اگر قطع دستگاه را از جنس فعل بدانیم و مرگ بیمار اول منتسب به این فعل شناخته شود مشکل است کمک به بیمار دوم توجیه مناسبی برای ارتکاب قتل تلقی شود. به بیان دیگر، قبح ترک فعل کمک کردن به بیمار دوم چنانچه پیش از این توضیح داده شد کم‌تر از قبح فعل قطع دستگاه است. مگر این که مرگ بیمار اول را با عدم تداوم درمان‌های حمایتی (ساکشن و...) جلو اندازیم یا این که بتوانیم قطع دستگاه را از سنخ کمک نکردن به بیمار بدانیم (۲۵).

به نظر می‌رسد صدور جواز انجام این عمل خدشه‌ای بر اصل قداست حیات وارد نمی‌کند، چرا که در سوی دیگر عامل مشوق این عمل حفظ حیات مستقره بیمار دیگر است.

۳- اتانازی غیر فعال داوطلبانه

همان‌گونه که پیش از این اشاره کردیم، بر خلاف اتانازی فعال که عملی مثبت و از نوع افعال وجودی است اتانازی غیرفعال که عبارت از عدم شروع درمان یا قطع درمان‌های لازم برای حفظ حیات بیمار است اقدامی منفی و از نوع ترک فعل است.

اتانازی غیر فعال داوطلبانه که براساس درخواست بیمار انجام می‌گیرد اقدامی غیر قانونی و نامشروع است، زیرا بیمار

پایان حیات در حیطه‌ی وظایف وی نیست و بنابراین راهنمایی به چنین امری مردود و نکوهیده است.

۲- اتانازی فعال غیر داوطلبانه

با توجه به توضیحاتی که گذشت، آن‌جایی که بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری نداشته باشد یا از لحاظ روانی قادر به درخواست صریح برای انجام اتانازی نیست، پزشک یا تیم پزشکی نمی‌تواند با انجام اتانازی به حیات بیمار خاتمه دهد. روشن است با وجود دسترسی به اولیای بیمار، رضایت آنان نیز نمی‌تواند اقدام مربوط به تسریع مرگ بیمار را توجیه نماید. هم‌چنان‌که در اتانازی فعال داوطلبانه خود بیمار چنین اختیاری نداشت.

البته بر خلاف نظر بسیاری از صاحب‌نظران غربی در دیدگاه فقه و حقوق اسلامی فعل و ترک که هر دو منجر به نتیجه مشابهی شود می‌تواند حکم شرعی و حقوقی متفاوتی داشته باشد. به عنوان مثال، برخی صاحب‌نظران معتقدند اگرچه خاموش کردن دستگاه در مورد فوق غیرقابل توجیه و از سنخ قتل نفس محسوب می‌شود اما عدم تداوم مراقبت‌های تکمیلی مثل عدم تخلیه (ساکشن) راه‌های هوایی اگرچه قبیح است اما قبح آن به شدت قطع دستگاه که از سنخ قتل نفس است نمی‌باشد. به بیان دیگر، قبح کشتن بیمار در بینش الهی بسیار بیش‌تر از قبح عدم کمک به زنده ماندن بیمار است. براین اساس، در شرایط خاص که امیدی به بازگشت حیات بیمار وجود ندارد و هزینه‌های تحمیلی بر خانواده غیر قابل تحمل است، برخی از صاحب‌نظران این اجازه را به بیمارستان و خانواده‌ی بیمار داده‌اند که از درمان‌های تکمیلی منصرف شوند. اگرچه امر پسندیده حداکثر تلاش برای تداوم حیات بیمار است.

در اصطلاح فقهی به حیات بیماری که در شرف مرگ بوده و امید معقولی به بهبودی وی نیست حیات غیر مستقره و به حیات بیماری که با امکانات مناسب درمانی احتمال معقول بهبودی وی وجود دارد حیات مستقره می‌گویند.

در مقام تراحم بین وجوب نجات بیماری که دارای حیات

موضوع تفاوت جدی داشته و حیثی اختیاری که فقها در این شرایط برای پزشکان قائلند فراتر از آن چیزی است که ایشان در عمل آن را برای خود می‌بینند. البته در این که امتناع بیمار از درمان ضروری امری غیراخلاقی برای بیمار است اتفاق نظر وجود دارد، اما در مورد این که آیا پزشک در چنین شرایطی حق اعمال نظر خود را بر خلاف نظر بیمار دارد یا خیر، اختلاف نظر جدی وجود دارد. به عقیده‌ی نویسندگان مقاله، مشارکت دادن مراجع دیگر جهت تصمیم‌گیری در این شرایط برای پزشک معالج معقول به نظر می‌رسد (۲۵).

۴- اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه

چنانچه بیمار فاقد هوشیاری باشد پزشک یا تیم پزشکی مجاز نیستند از شروع یا ادامه‌ی درمان اجتناب کنند. با وجود این، اولیای بیمار حق دارند که به دلایل موجه مثل محدودیت مالی خود یا بیمار از پزشک بخواهند که از انجام درمان‌های اضافی اجتناب کند.

در مواردی که درمان به صورت رایگان و دولتی نیز انجام می‌گیرد، درمان اضافی باید به مقدار متعارف باشد، زیرا نمی‌توان بخش زیادی از امکانات پزشکی را برای یک یا چند بیمار اختصاص داد. در اتانازی غیرفعال به طور کلی باید به این نکته توجه داشت که اگر حفظ جان انسانی که حیات مستقره دارد و با رسیدگی به موقع می‌توان وی را به زندگی عادی برگرداند متوقف بر ترک درمان اضافی نسبت به شخصی باشد که حیات غیر مستقره داشته و امید وی به زندگی زنده ماندنش نیست با فرض تراحم و ملاحظه‌ی اهم و مهم، اولویت با فرد نخست است (۲۶).

حق ندارد از شروع درمان یا ادامه‌ی درمان‌هایی که حیات او را طولانی‌تر می‌کند سر باز بزند. به مقتضای وجوب حفظ نفس، وی باید تا آخرین لحظه در بقای خود بکوشد. پزشک نیز نمی‌تواند بنا بر نظر بیمار از انجام درمان‌های لازم خودداری نماید. به طور کلی، می‌توان گفت که خودداری از هرگونه اقدامی که موجب تسریع در مرگ بیمار می‌شود، گرچه با تقاضای خود او، جایز نیست.

البته همان‌گونه که ذکر شد امتناع از درمان گرچه امری نکوهیده و قبیح است، قبح آن از منظر اسلامی قابل مقایسه با پایان دادن فعالانه به حیات نیست.

البته باید توجه داشت که منظور از درمان فوق، درمانی است که احتمال معقولی در بهبود سلامت بیمار دارد. به عبارت دیگر، در صورتی که امیدی به بهره‌مندی بیمار از اقدامات درمانی موجود نباشد (درمان بیهوده) تعهد اخلاقی و شرعی به اقدام فوق وجود ندارد. در مورد اقدامی که امتناع از آن باعث تسریع مرگ می‌شود نظر بسیاری از صاحب‌نظران اسلامی حرمت این عمل است و چنین حقی برای بیمار یا اولیای او قائل نیستند اما در مواردی که امتناع کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (مانند عدم تخفیف درد) این حق به بیمار و اولیای او داده شده است که در این خصوص تصمیم‌گیری کنند.

در بیان دیگر صاحب‌نظران تعهد بیمار و اولیای او ادامه‌ی درمان تا حد امکان است و تنها زمانی قطع آن توجیه‌پذیر است که مصداق عسر و حرج پیش آید. از سوی دیگر، به عنوان یک اصل پزشکان ملزمند که به خواست بیمار توجه کنند. به بیان دیگر، اگرچه ممکن است چنین درخواستی غیراخلاقی باشد اما پزشک نمی‌تواند با خواست بیمار یا اولیای او مبنی بر عدم تداوم درمان مخالفت کند. به عبارت دیگر پزشک موظف به بیان شرایط و ابعاد بیماری و آثار درمان به بیمار است و در نهایت این بیمار است که باید در این خصوص تصمیم‌گیرنده باشد.

به نظر می‌رسد این نگرش با دیدگاه بسیاری از فقها در این

نتیجه‌گیری

در تحلیل و تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی بیمار که اتانازی به‌عنوان یک راهکار جهت خروج از این وضعیت مطرح می‌شود باید توجه داشت که در اسلام حرمت حیات از جایگاه ممتازی برخوردار است که هرگونه توجیه مصلحت‌جویانه جهت اقدام برای قطع آن بی‌تأثیر است. بنابراین، اتانازی فعال در اسلام با هیچ توجیهی سازگار نیست. از سوی دیگر، تعهد افراد جامعه برای تلاش جهت حفظ حیات افراد متناسب با وسع ایشان به لحاظ امکانات و منابع موجود است. در چنین شرایطی عدم ادامه‌ی اقدامات درمانی پرهزینه و کم‌اثر به دلیل محدودیت منابع، ناقض حرمت حیات نیست. از سوی دیگر، حیات مستقره در قبال حیات غیرمستقره از حرمت بیش‌تری برخوردار بوده و در شرایط تعارض تخصیص منابع موجود برای این دو، حیات مستقره از اولویت برخوردار است.

منابع

- 1- Anonymous. Decisions near the end of life. Council on Ethical and Judicial Affairs. American Medical Association. JAMA 1992; 267: 2229-33.
- 2- Breslin JM, MacRae Sk, Bell J, Singer PA. Top 10 health care ethics challenges facing the public: views of Toronto bioethicists. BMC Med Ethics 2005; 6: E5.
- 3- Baergen Raplh. Ethics at The End of Life. Canada: Wadsworth; 2001, p. 191-3.
- ۴- لاریجانی ب، زاهدی ف، و همکاران. مباحث اخلاقی خاتمه‌ی حیات از منظر ادیان. مجله‌ی دیابت و لیپید ایران ۱۳۸۶، دوره ۶ (ویژه‌نامه‌ی اخلاق پزشکی) ص ۲۳-۹.
- 5- Doeflinger R. Assisted suicide: pro-choice or anti-life? Hastings center report. <http://www.jstor.org/pss/3561965> (accessed on Jan 2009)
- 6- Saunders C, Baines M, Dunlop R. Living with dying, a guide to palliative care. New York: Oxford University Press; 1995.
- 7- Chocinov HM, Tatravn D, Clinch JJ, Dudgeon D. Will to live in the terminally ill. Lancet 1999; 354: 816-9.
- 8- Yong R. Voluntary Euthanasia. Stanford Encyclopedia of Philosophy. <http://plato.stanford.edu/entries/euthanasia-voluntary/> (accessed on Jan 2009)
- 9- Wolhandler SJ. Voluntary active euthanasia for the terminally ill and the constitutional right to privacy. Cornell Law Rev 1984; 69(2): 363-83.
- 10- Shuttleworth A. Improving pain management. Nurs times 2005; 101(5): 20-2.
- 11- Billings JA. Recent advances: palliative car., BMJ 2000; 321: 555-8.
- 12- Matthews H. Better palliative care could cut euthanasia. BMJ 1998; 317: 1613.
- 13- Holdcroft A, Power I. Recent developments: management of pain. BMJ 2003; 326(7390): 635-9.
- 14- Mann E. Managing pain. BMJ 2003; 326: 1320-1.
- 15- Anonymous. Religion and Ethics-Ethical Issues, Euthanasia. <http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/> (accessed on Jan 2009)
- 16- Anonymous. Physician- assisted suicide and the right to die with assistance. Harv Law Rev 1992; 105(8): 2021-40.
- 17- Newan SA. Euthanasia: orchestrating "the last syllable of ... time". Univ Pittsbg Law Rev 1991; 53: 153-91.

۲۵- لاریجانی ب، پارساپور ع، و همکاران. گزارش طرح پژوهشی بررسی تحلیلی و تطبیقی اتانازی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۷، ص ۱۰۳-۹۴.

۲۶- خویی، س ا. المسائل الشرعیه. قم: مؤسسه المنار؛ ۱۴۱۶ قمری، جلد ۲، چاپ سوم، ص ۳۰۳.

18- Anonymous. The Oregon Death with Dignity Act, Oregon Revised Status. www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ors.shtml (accessed on Jan 2009)

۱۹- طوسی م (شیخ طوسی). المبسوط فی فقه الامامیه. تهران: المكتبه المرتضویه؛ جلد ۷، ص ۴۳.

۲۰- حلی ج (محقق حلی). شرایع الاسلام. تهران: انتشارات الاستقلال؛ ۱۴۰۹ قمری، جلد ۴، چاپ ۲، ص ۹۷۶.

۲۱- حلی ح (علامه حلی). ارشاد الاذهان. قم: جامعه مدرسین؛ ۱۴۱۰ قمری، جلد ۲، ص ۱۹۶.

۲۲- جبل عاملی ز (شهید ثانی)، مسالک الافهام، جلد ۱۵، چاپ ۱، مؤسسه‌ی المعارف الاسلامیه، ۱۴۱۶ قمری، صفحه‌ی ۸۸.

۲۳- خویی س ا. مبانی تکمله المنهاج. النجف الاشرف: مطبعه الاداب؛ ۱۹۷۶ م، جلد ۲، ص ۱۶.

۲۴- حر عاملی م. وسایل الشیعه. یبروت: داراحیاء التراث العربی؛ جلد ۱۹، باب ۵ از ابواب القصاص فی النفس (باب تحریم قتل الانسان نفسه)، حدیث ۱ الی ۳.