



چارچوبهای اخلاقی و کرامت انسانی در توقف درمان بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی

محمدنادر شریفی^{۱*}، حمیدرضا نمازی^۲، رویا رشیدپورائی^۳

۱- پزشک و دانشجوی دکترای تخصصی اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی

۲- پزشک و متخصص اخلاق پزشکی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- پزشک و دانشجوی دکترای تخصصی اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی

* dr.sharifi55944@gmail.com

پذیرش: فروردین ماه ۹۹

ارسال: فروردین ماه ۹۹

چکیده

شتاب روزافزون در ایجاد دانش نظری و فناوری ها در زیست پزشکی نوین، پیشرفت روزافزون دانش کاربردی را در پی داشته است. اما این پیشرفت های سریع در پزشکی و زیست فناوری در دهه های اخیر، با مباحث مهمی در خصوص مسائل اخلاقی همراه شده است. مفاهیمی همچون انسان، مرگ، حیات و مسائل وجودی از این نوع است و فن آوری آمده است و درپرتوی این تحولات و تغییرات فناورانه این مفاهیم بازتعریف گشته اند، روشهای نوین امکان زنده ماندن انسانها بدون امکان بالابردن شعور مغزی و یا بالابردن کیفیت زندگی باعث ایجاد مفاهیم جدید شده انداز جمله "هیبرید انسان - دستگاه" و یا بروز وضعیت "نه زنده و نه مرده" که این مفاهیم جدید مستلزم توجه فلسفی و تحلیل آنها و سپس توجه اخلاقی هستند شناخت هرچه بیشتر اینگونه مسائل اخلاقی باعث تاکید و توجه افزونتر نسبت به اخلاق پزشکی به عنوان یک قاعده و راهکار جدید در جهان شده است. لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی چارچوبهای اخلاقی و کرامت انسانی در توقف درمان بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی می باشد. و نیاز به دقت نظر و حساسیت پزشکان با توجه به وضعیت حاکم بر اینگونه بیماران و خانواده هایشان از نظر روانی و اجتماعی بوده و تصمیم گیری تیمی در خصوص ادامه یا امتناع از درمان موثر خواهد بود.

کلمات کلیدی: اخلاق پزشکی، کرامت انسانی، توقف درمان، پزشکی نوین.

^۲ روش کار: با استفاده از روش توصیفی تحلیلی به بررسی اطلاعات جمع آوری شده پرداخته و باتفکر و تجارب و بهره گیری از راهنماییهای استادراهنمای محترم جناب آقای دکتر حمیدرضا نمازی و مقالات اخذ شده نگارش بعمل آمد.

۱- مقدمه

علم پزشکی از بدن انسان و شاید اگر دقیقتر بخواهیم بگوئیم از احوال روان تنانه انسان می گوید و جایگاه خاصی در میان علوم آکادمیک دارد پزشکان در کنار پرداختن به اموردرمانی، توصیه های اخلاقی نیز داشته اند. وظیفه اخلاق پزشکی با وسعت یافتن عرصه نگرش او سنگین تر شده است و انتظاراتی بیشتر از پیش در خاطر پزشکان و دست اندرکاران پزشکی پدید آمده است. اصول اخلاقی روابط پزشک و بیمار در معارف اسلامی ما به طور وسیع یافت می شود و در نوشته های حکیمان گذشته اشارات فراوانی وجود دارد از جمله مواردی که بسیار مورد تأکید است حفظ کرامت و شأن بیمار است. محور اخلاق اسلامی کرامت و عزت نفس انسان است.

پیشرفت های تکنولوژیک تغییر تعاریف مرسوم از انسان مثل: مرگ، حیات، بیماری و سلامت و... را به همراه داشته است و تاامل در این تغییرات ویا تعاریف نو پیش شرط ملاحظه وومداخله اخلاقی است درواقع اخلاق یک جا ننشسته است که بگوید حالا این اقدام منجر به مرگ است یا رونندش مرگ را تسریع میکند واین کار بدی است ویا این کار که مرگ را به تاخیر می اندازد خوب است این درواقع میشود اخلاقی که فقط بوق میزند و هشدار میدهد درصورتیکه اخلاق بایستی ملاحظه نظری داشته باشد و اگر این ملاحظه را نداشته باشد و اگر نداند و نتواند در خصوص شرایطیکه برای یک بیمار در حالتیکه به دستگاه وصل است و زندگی او ترکیبی هیبریدی از دستگاه و جسم انسانی گردیده نظرات خود را در جهت اصول حاکم بر اخلاق پزشکی مطرح نماید و نتواند نظراتی درست و صحیح و مطابق شان و کرامت و عزت نفس انسان در چارچوب نظرات اخلاقی داشته باشد و اگر نداند مرگ خوش یعنی چه؟ چه مرگی با کرامت و احترام به انسانیت وجودی و ذاتی انسان می باشد؟ و نداند چه مرگی به دور از آلام ورنج و عذاب و افسردگی و تشویش خاطر و خستگی از زندگی پردرد از نظر اخلاقی پسندیده است؟ این اخلاق جایگاه و اصالت و شایستگی خود را در جامعه رفته رفته ازدست خواهد داد.

نحوه برخورد با بیماران به خصوص در مرحله آخر حیات، در پزشکی اهمیت والایی دارد. این موضوع به خصوص از این بعد مورد توجه است که باید علاوه بر جنبه های پزشکی و درمانی، به جنبه های انسانی نیز اهمیت داده شود. باید توجه کرد که پزشکی فقط یک علم بیولوژیک نیست، بلکه هنر برخورد با ابعاد انسانی و معنوی را نیز شامل می شود. حق بیمار برای نپذیرفتن اقدامات درمانی حتی اگر برای حفظ جان او باشد یک اصل کاملاً پذیرفته شده اخلاقی و قانونی است. این مسئله در مکاتب اسلامی بحث جدی دارد حفظ جان انسانها ارزش والایی است که پزشک و بیمار و خویشاوندان باید بر آن تلاش نمایند. حیات انسانی هدیه وامری الهی است و امانتی نزد انسان ها، انسان ها نمی توانند خود در مورد آن تصمیم گیری نادرستی داشته باشد. اما اخیراً محدوده این خودمختاری در مواردی که بیمار یا خانواده او درمانی را تقاضا کنند که از طرف تیم پزشکی غیرمقتضی شناخته می شود، مورد بحث قرار گرفته است [۱] مراقبت های پزشکی براساس اصول اخلاقی زیر اعمال می شوند: احترام به استقلال افراد، سودرسانی، عدم ضرر رسانی و عدالت. در مراقبت از بیمارانی که درمانهای طولانی کننده زندگی برای آنها اندیکاسیون دارد پزشک باید به هر شکل ممکن به خواسته بیمار درباره شروع و ادامه یا توقف این نوع درمانها پی ببرد و اگر او قادر به تکلم نیست باید تمایلات وی از طریق تصمیم گیرنده جایگزین^۲ یا نوشته قلبی بیمار مشخص گردد و به آن احترام گذاشته شود. لزوم رعایت تمایلات بیمار باید بر توجه به حفظ سلامت او در درجه اول و توجه به ارائه درمان های نابجا و مناسب در درجه بعد تعدیل گردد [۲] فشار فزاینده ای برای حل این مسئله وجود دارد که آیا پزشکان و سایر افراد کاردرمانی باید در شرایط خاص در ایجاد مرگ بیماران خود سهیم گردند؟ و آیا

^۲ SUBSTITUTE DECISION MAKING

به طور کامل این اقدام باید توسط جامعه پذیرفته شود یا خیر؟ مسائل اخلاقی، قانونی و اجتماعی این سوال محتاج دقت نظر فراوان می باشند.

۲- ناظر آرمانی یا اخلاق وضعیت؟

چنانکه میدانیم اخلاق پزشکی^۳ در بعد عملی با تکیه بر میانی نظری، مسائل و مباحث مطرح اخلاقی در حیطه طب و مراقبت های بهداشتی را مورد بحث قرار داده و چارچوبی کاربردی را برای تصمیم گیری در مشکلات اخلاقی ارائه می نماید [۳]. مفهوم موضوع اخلاق پزشکی منوط به شناخت «ناظر آرمانی»^۴ می باشد در واقع یعنی از بالا ما از نظر اخلاقی بایستی نظاره گر افعال مرتبط با امور پزشکی براساس آرمانها و اهداف و اصول اساسی مرتبط با اخلاق و نگاهی دقیق به بسط پیامدهای مرتبط و مترتب بر انجام و یا خودداری و امتناع از این اقدامات باشیم ناظر آرمانی علاوه بر جنبه نظری آن، یعنی ابعاد کلامی و فلسفی، از حیث عملی و اخلاقی نیز از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است [۴] درحقیقت اگر دقیقتر نگاه کنیم ناظر آرمانی تلفیقی از ارزشهای والای انسانی و دینی و کرامت ذاتی و نظریه امرالهی و وجدان است یعنی فطرت و انسانیت و وجدان در وجود تمامی انسانها نهادینه شده و پزشک درمانگر حتی اگر کسی متوجه اعمالش نگردد با وجود این وجدان که برگرفته از همان ناظر آرمانی است همواره خود را در معرض بازخواست این ناظر می بیند لذا در انجام وظایف خود در جهت انجام بهترین کار برای بیمار، بخصوص در برخورد با بیماریکه مبتلا به سرطان و یا درگیری متعدد ارگانها و نارسائی آنها^۵ می باشد و ممکن است خواهان خودداری از درمان و امتناع از انجام درمانهای طولانی کننده حیات باشد با رجوع به این ناظر تصمیمات خود را در راستای درخواست بیمار مورد ارزیابی قرار میدهد و از طرف دیگر بنظر گروهی از صاحب نظران اخلاق پزشکی همین پزشک به موضوع دیگری که مرتبط با اخلاق است لازم است توجه نماید و آن اخلاق وضعیتی است^۶ یعنی براساس هر شرایط با توجه به اینکه هر بیمار با بیمار دیگر فرق داشته و دارای شرایط مختلف از نظر وسعت درگیری و نارسائیهای ارگانها و امید به زندگی و شرایط تهدیدکننده حیات و وضعیت خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی و ویژگیهای مرتبط با بسط بیماری و شرایط عقلانی و وجود یا عدم حاکمیت زندگی نباتی و سایر شرایط دیگر میباشد، به ارزیابی وضعیت بیمار از نظر تصمیم گیری اخلاقی در جهت روند درمان این بیمار با این وضعیت خاص که متفاوت از بیمار دیگر با شرایط و وضعیت متفاوت است میپردازد بنظر میرسد که ما نبایستی به ناظر آرمانی بی توجهی کنیم چون توجه یک جانبه به اخلاق وضعیت ممکن است به نسبی گرائی منجر شده و منجر به تصمیماتی گردد که کلیشه ای و سلیقه ای و یا احساسی گردد و بهمین دلیل در تعدادی از کشورها که اتانازی انفعالی را اجرا می نمایند دستورالعمل ها و شرایطی را برای جلوگیری از این تصمیمات و راهکاری قانونی و از نظر مجریان اخلاقی تدوین نموده اند و بایستی بیماران در این چارچوب مدون قرار گیرند تا مشمول این نوع اتانازی قرار گیرند که در قسمتهای آینده به بررسی آن خواهیم پرداخت.

گروهی هستند که در زمینه فلسفه اخلاق مطالعه می نمایند به اسم "مخالف تئوری در اخلاق"^۷ که این گروه معتقدند که مادر اخلاق نبایستی به نظریه ها متوسل بشویم که اینها همان موافقان اخلاق وضعیتی هستند و این گروه معتقدند بایستی براساس اخلاق فضیلت گرایانه در مورد بیماران تصمیم گیری شود چون لایه اول اخلاق همان اخلاق هنجاری است که قلمروی عملی فضیلت هاست و این

^۳ Medical Ethics

^۴ The Ideal Observer

^۵ Multi organ failure

^۶ Positional Ethics

^۷ Anti Theory in Ethics

گروه جنبش تئوری و قواعد اخلاق را به اخلاقیات مبتنی بر عمل و ادراک اخلاقی بر روی هر مورد خاص با توجه به وضعیت و پایه و اساس این موقعیت و شرایطی که داردمتصل می کند. وایشان از روش تحلیلی استفاده می کنند، زیرا با تئوری مشتق شده از اجداد مختلف فلسفی و افکار سنتی مربوطه مخالفند [۵].

ابتنای عمل اخلاقی بر نظریه یعنی اینکه اگر بخواهیم فعل اخلاقی انجام دهیم مستلزم گزینش موقعیت نظری است و این موقعیت بر اساس سه لایه ی مفهومی اخلاق است که شامل:

۱- لایه هنجاری: همان است که در بادی امر، عموم مردم از اخلاق تصور می کنند. این لایه از اخلاق در حقیقت، قلمرو بایدها و نبایدها، فضیلت ها و رذیلت ها و درست ها و نادرست های عملی است در واقع، عملی ترین لایه ای است که با رفتار و روابط انسانی ارتباط مستقیم دارد. در واقع، محصول عملی علم اخلاق که همانا آموزه های اخلاقی است در اخلاق هنجاری منعکس است.

۲- نظریه اخلاقی: لایه دوم اخلاق که در واقع، پایه نظری برای لایه اول است مربوط به نظریه اخلاقی است. غالب آموزه های اخلاقی در پیوند با نظریه های اخلاقی هستند.

۳- مسایل فرا اخلاق: هر دو لایه قبل پیرامون آموزه های اخلاقی متمرکز است، لایه سوم از موضعی فرا اخلاق^۱ به مسأله اخلاق می نگرد و در واقع، نگاهی معرفت شناسانه و مابعدالطبیعه به کلیت علم اخلاق دارد این لایه، فلسفی ترین بخش بحث اخلاق است [۶].

با توجه به موارد مذکور در خصوص چارچوب اخلاقی با دیدگاههای مطرح شده فوق در مورد توقف درمان بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی تکلیف ما را ناظر آرمانی بایستی مشخص کند و یا اخلاق وضعیت و اخلاق فضیلت؟ بنظر میرسد وجود و ماندگاری ناظر آرمانی تاثیر و الاثری بر تصمیم گیری اخلاقی در اینگونه بیماران داشته باشد ولی آنچه که اصلح تر بنظر میرسد این است که ما بتوانیم ناظر آرمانی را حفظ نموده و در عین حال اخلاق وضعیت و اخلاق فضیلت مربوطه را در کنار آن لحاظ نموده و این دو گانه را باهم متوازن و متعادل نماییم.

۳- کرامت انسانی و مساله پایان / قطع / ستاندن حیات بدنبال توقف درمان

آیا پزشک درمانگر با توقف درمان بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی و در واقع بیماری که ادامه حیاتش با ضرب فناوری موجب کاهش عزت نفسش شود و بدنبال آن موجب پایان حیات اینگونه بیماران گردد در این صورت کرامت انسانی را مخدوش کرده است یا خیر؟

کرامت در لغت دارای معانی مختلفی است که مهمترین آنها عبارت است از ارزش، حرمت، حیثیت، بزرگواری، عزت، شرافت، انسانیت، شان، مقام، موقعیت، درجه، رتبه، جایگاه، منزلت، نراهت از فرومایگی و پاک بودن از آلودگی ها، احسان و بخشش، جوانمردی و سخاوت [۷].

در دایره المعارف انگلیسی آکسفورد در مورد معنای واژه کرامت چنین آمده است: واژه کرامت از واژه لاتینی «dignities» گرفته شده و به معنای شرافت حیثیت، افتخار و استحقاق احترام است. توجه به معنای لغوی کرامت بیانگر دو نوع ویژگی و خصوصیت کاملاً متمایز در موجود انسانی است. برخی از این ویژگی ها رتبه، درجه و موقعیت و جایگاه اجتماعی، سیاسی، دینی و خانوادگی افراد را بیان می کند، این نوع کرامت قابل اکتساب و سلب است و امکان دارد کاهش یا افزایش یابد اما

^۱ Meta Ethics

برخی از این ویژگی ها مثل انسانیت، ذاتی انسان است و نه قابل سلب از انسان است و نه قابل وضع. این نوع کرامت اصطلاحاً کرامت ذاتی می شود و هیچ رتبه و درجه ای را بر نمی تابد [۸].

۴- سه تلقی از کرامت انسانی

کرامت انسانی^۹ از جمله مفاهیمی است که طرح یک تعریف دقیق و علمی از این مفهوم در عمل دشوار است. با این حال به نظر می رسد اگر ابعاد و جوانب این مفهوم روشن شود، بیان یک تعریف مشخص از آن نیز آسان تر خواهد بود. کرامت انسانی را می توان بر سه نوع تقسیم کرد:

(۱) ارزش ذاتی انسان^{۱۰} که بیشتر نوعی دیدگاه سکولار تلقی می گردد و در واقع همه انسانها را فی نفسه و ذاتا و سرشتی دارای ارزش میدانند و در این حالت انسان بدلیل ارزش ذاتی خود می تواند در خصوص ابقای عزت نفس خود تصمیم بگیرد.

(۲) کرامت ذاتی این جهانی، کرامتی است که خداوند به نوع انسان عطا فرموده و جزء ماهیت انسانی است و تا زمانی که انسان زنده است این کرامت از او جدانشدنی است. کرامتی است که فارغ از مذهب، نژاد، رنگ پوست، جنس به تمام انسان ها به طور برابر تعلق دارد. در خصوص کرامت ذاتی این جهانی، خداوند در قرآن به این که به تمام انسان ها کرامت دادیم و بر سایر مخلوقات خود برتری بخشیدیم تصریح نموده اند.

(۳) کرامت ذاتی آن جهانی، کرامتی است که انسان آن را در این دنیا کسب می کند و به همان میزان موجب برتری معنایی او بر سایر انسان ها می شود. اگر چه کسب این کرامت در این جهان صورت می گیرد ولی ظهور آن جهانی دارد و این برتری پس از مرگ انسان عیان می شود. این نوع کرامت، اساساً شاخص سنجش قابل درک این جهانی ندارد و قرآن نیز تصریح می کند که این نوع کرامت و برتری آن فقط در نزد خداست [۹] با توجه به موارد فوق چنانکه مشاهده می شود دونوع آخر کرامت، حالت بخشیدنی و اکتسابی است و انسان دخل و تصرفی در آن نداشته و حالت هدیه از جانب ذات مقدس احدیت می باشد و مهم ترین ویژگی این نوع کرامت این است که کم و کیف آن در انسان های مختلف متفاوت است و اساساً میزان و عمق این کرامت، به میزان معرفت، پارسایی و جایگاه هر کس در نزد خداوند بستگی دارد. در ذاتی بودن کرامت انسانی این گونه نیست که خداوند انسان را آفریده و سپس به او کرامت بخشیده است، بلکه بحث این است که خداوند از ابتدا موجودی ارجمند و با کرامت آفریده است و سلب این کرامت به هر صورت، موجودیت او را تغییر می دهد. کرامت انسانی نه تنها به عنوان یک حق مطرح است بلکه با سایر حقوقی که خداوند به انسان عطا کرده تفاوت اساسی دارد، چون کرامت انسانی حقی است که تحت هیچ شرایطی در این دنیا از انسان سلب نمی شود حتی پس از مرگ جسد او قابل احترام است و مناسک خاص خود را دارد. پس با توجه به این که حتی جسد انسان نیز قابل احترام است در پایان مرحله حیات نیز کرامت دارد [۷].

۵- کرامت انسان و حقوق بیمار

پیشینه مفهوم «حمایت از حقوق بیمار» از نظر تاریخی به توصیه های سقراط در تأکید بر حفظ احترام و منزلت بیمار بر می گردد. توجه به این واژه در متون و تحقیقات اخلاق پزشکی در طی چند دهه اخیر گسترش یافته و موضوع مباحث زیادی در مراقبت های بهداشتی بوده است. حقوق بیمار عبارت است از تکالیفی که یک مرکز درمانی در قبال بیمار بر عهده دارد. به بیان دیگر، حقوق بیمار رعایت نیازهای جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول است که به صورت استانداردها و قوانین و

^۹ Human dignity

^{۱۰} In-Herent

مقررات درمانی تبلور یافته و تیم درمان مسؤول و موظف به اجرا و رعایت آن می باشند. مسأله حقوق بیماران طی دو دهه اخیر به دلایلی از جمله آسیب پذیری و نیازمندی آنان از یک سو و توجه روزافزون جوامع بین المللی از سوی دیگر مورد توجه زیادی قرار گرفته است [۶].

حقوق تعیین شده برای بیماران در منشورهای دنیا کم و بیش مشابه است، سازمان بهداشت جهانی نیز حقوقی را جهت بیماران تبیین نموده است که از آن جمله می توان به حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت بالا، حق محرمانه بودن اطلاعات و رازداری، حق رضایت آگاهانه، حق اختیار یا استقلال رای، حق برخورداری از آموزش سلامت، حق ابراز اعتراض و شکایت و حق جبران خسارت اشاره کرد. هر چند که در آموزه های دینی فرهنگی ما از دیرباز بر حفظ منزلت انسان، حقوق فردی و اجتماعی و اخلاقی تأکید فراوان شده است، اما هنوز تا رسیدن به معیارهای روشن و عملی برای این مفاهیم راه درازی در پیش داریم. در یک مطالعه که مفهوم حقوق بیمار از دیدگاه بیماران و همراه آنها مورد بررسی قرار گرفته، بیماران انتظار داشتند که ارائه دهندگان خدمات زمان بیشتری را برای مراقبت از آنان صرف کنند. بیماران حضور همدلانه پرستار و پزشک را بر بالین خود، همراه با توجه به بیمار، حرف زدن با او و شنیدن حرف هایش را از حقوق اولیه خود می دانستند. از دید آنان این امر چیزی فراتر از انجام فعالیت های تکنیکی روزمره پزشکی و پرستاری است [۹].

به بیانی دیگر انسان ثمره و خلاصه هستی است و حفظ سلامتی او مسؤولیتی همگانی و مهم می باشد. خداوند متعال در قران مجید صحبت از آفرینش انسان می نماید که بعد از ساخته و پرداخته کردن او روح خدایی در آن دمیده می شود چنین موقعی است که انسان کرامت پیدا می کند، عنصری ملکوتی و الهی میشود و ارزشی را کسب می نماید که فرشتگان او را سجده می کنند لذا تصمیم گیری های درمانی و مراقبتی باید به گونه ای باشد که این کرامت و حرمت پایدار بماند [۳].

در مطالعه ای در خصوص بررسی نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران در خصوص ضرورت رعایت حقوق بیمار، حقوق بیماران را در چهار دسته، دریافت خدمات محترمانه و بدون تبعیض، حق دسترسی بیمار به اطلاعات، حق انتخاب و تصمیم گیری، حق رسیدگی به شکایت بیمار و اظهار خطای درمانی مطرح نموده است [۱۰] توجه به کرامت و شأن بیمار در رشته های گروه پزشکی سابقه ای دیرینه دارد و شاید بتوان گفت که از نظر تاریخی به توصیه های سقراط و تأکید وی بر احترام و حفظ منزلت بیمار باز می گردد. این مفهوم در آثار برجای مانده از ارسطو و افلاطون در دوران قبل از اسلام نیز مشاهده می شود. این در حالی است که اسلام نه تنها این بحث را مورد تأکید قرار داده بلکه بر ابعاد گوناگون آن مانند حقوق متقابل پزشک و بیمار نیز توجه زیادی مبذول داشته است. تداوم توجه به این پدیده در متون علوم پزشکی خصوصاً در چند دهه اخیر گسترش بیشتری یافته و مباحث زیادی را در امر مراقبت های بهداشتی- درمانی به خود اختصاص داده است [۱۱] در اعلامیه ۱۹۴۸ مجمع عمومی سازمان ملل متحد به اهمیت حفظ شأن و مقام به عنوان پایه و اساس سلامت انسان تأکید شده است. سازمان بهداشت جهانی نیز در اعلامیه ۱۹۹۴ آمستردام توجه به شأن و مقام را در ارتقای سلامت بیماران یک فاکتور مهم تلقی می کنند. در کشور ایران نیز منشور ده ماده ای در سال ۱۳۸۱ توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت تصویب شد و در اولین ماده آن ذکر شده است که بیمار حق دارد در اسرع وقت، درمان و مراقبت مطلوب و مؤثر همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان دریافت کند [۱۲].

۶- کرامت انسانی در قرآن و قوانین جمهوری اسلامی ایران

کرامت انسانی منجمله مباحثی است که در نگاه اول معنای روشنی دارد اما درحقیقت چنین نبوده و بیان یک تعریف مشخص و علمی از این مفهوم در عمل سخت و دشوار است. با این حال به نظر می رسد اگر ابعاد و جوانب این مفهوم روشن شود بیان یک تعریف مشخص از آن نیز آسانتر خواهد بود.

فرشتگان (انفطار: ۱۱ و یونس: ۳۱)، گونه انسان (اسراء: ۷۰)، و به طور کلی گونه های جاندار (لقمان: ۱۰ و شورا: ۷) همه کریمند. نزد خدا کرامت دارند و خدا آن ها را عزیز و گرامی می دارد. کرامت فرزندان آدم یا همان «گونه» انسان و سایر گونه های مخلوق از آن جا می آید که همه آفریده خدا می باشند. از این منظر است که کرامت انسان را ذاتی دانسته اند. در این خصوص برخی «کرامت» را در مقایسه با «دنائت» یا پستی معنی کرده اند. به عبارت دیگر گفته اند کرامت به معنای دوری از پستی و فرومایگی است! اما کرامت در برابر دنائت نیست. برای پرهیز از ابهام باید به این نکته توجه ویژه داشت. کرامت از ریشه «کرم» می باشد. در قرآن ریشه «هون» برای متضاد ریشه «کرم» به کار رفته است. همچنین باید به مفهوم کرامت ذاتی «گونه» انسان در مقایسه با فضیلت ها و ذالت های «فردی» که ناشی از خلقت مختار نوع انسان می باشد توجه ویژه داشت. کرامت انسان به عنوان مخلوق خدا شامل تک تک انسان ها می شود. تک تک افراد به عنوان مخلوق خدا حقوق انسانی خود را دارند. در آیات فجر: ۱۵ و ۱۶ و حج: ۱۸ می توان فرق بین «کرم» و «هون» را در گرامی داشتن و خوار شمردن مشاهده کرد. البته اینجا باید به دو نکته توجه داشت. یکی این که در آیات فجر: ۱۵ و ۱۶ کرامت و خواری از زبان افراد بیان شده است. دیگر این که آیات درباره هر فرد انسانی است. می بینم که گرامی بودن و یا نبودن نزد خدا حاصل آزمون یا «ابتلا» انسان می باشد. همان آزمونی که خود به اختیار انسان در فجور و تقوا و اعمال بد و نیک ناشی از آن برمی گردد [۱۳].

دیدیم که اصل کرامت گونه انسان یا هر گونه مخلوقات، به مفهوم گرامی بودن نزد خداوند است. پس با این مفهوم نمی توان برای گونه انسان کرامتی ویژه و یا بیشتر از انواع دیگر مخلوقات خدا متصور بود.

بر اساس تعالیم اسلامی ایمان و تقوا باضافه «عمل صالح» انسان را رستگار می کند. همچنین می دانیم که آزمون انسان در این دنیا «احسن عملا» می باشد. با این حساب موارد ویژه و نادری که فرد انسانی در اثر یک بیماری لاعلاج مطلقا توانایی هیچ حرکتی را ندارد، باید به طور ویژه مورد واکاوی و ارزیابی قرار گیرد. بیمارسرطانی در مراحل انتهائی که معمولاً فاقد هر گونه توانایی می باشد و هیچگونه امیدی به خارج شدن او از این شرایط نیست، چگونه می تواند عملی انجام دهد تا چه رسد به این که بهترین عمل باشد؟ یا مثلاً می دانیم که هر انسانی با در معرض خیر و شر قرار گرفتن مورد آزمایش قرار می گیرد: كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَنَبَلُكُمْ بِالْشَّرِّ وَالْخَيْرِ فِتْنَةٌ وَإِلَيْنَا تُرْجَعُونَ (انبیاء: ۳۵). حال در چنین بیماری که عملاً قادر به انجام هیچ خیر و شری نباشند، در چنین شرایطی چگونه مورد آزمون قرار می گیرند؟ به طور کلی روشن است که صبر و تحمل یک بیمار در بیماری و شکیبایی در رنج ها می تواند برای او آزمون باشد. چرا که نتیجه صبر او در درد و رنج ممکن است به بهبود نسبی و یا کامل او بینجامد. اما فردی که بیماری بدون درمان دارد، نه تنها مجبور به تحمل درد و رنج بیماری می شود، بلکه همزمان ممکن است با درک ناتوانی خود در هر گونه حرکت و عملی احساس عدم عزت و کرامت کند! دیدیم که «کرامت» متضاد «دنائت» نیست، بلکه متضاد است با به خواری افتادن و تحقیر شدن، بنابراین در حالت های اینچنینی که طبق علم نوین پزشکی می دانیم با ادامه این شکیبایی و رنج هیچ امیدی به بهبودی فرد نیست، شاید نگاه ویژه با هدف بازنگری و بازتعریف برخی مفاهیم و مقوله ها لازم باشد [۱۳].

اصل کرامت انسانی به عنوان یک قاعده مسلم، حتی در تنظیم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که بر اساس مبانی دینی تدوین گردیده، به عنوان یکی از قواعد معیار در ارزش یابی ساینز مقررات، بلکه حاکم بر آنها فرض شده و خود را نشان داده است؛ به

طوری که در اصل دوم قانون اساسی، وهم عرض با اصول پنجگانه اعتقادی، صراحتاً تصریح شده است: «جمهوری اسلامی نظامی است بر پایه: ایمان به الله، کرامت و ارزش والای انسان و آزادی توأم با مسئولیت او در برابر خدا...» بنابراین قانونگذار متعهد به رعایت کرامت انسان شده است و نمی تواند قانونی را وضع کند که کرامت بشری را نادیده انگارد؛ بلکه باید قانون گذاری به گونه ای انجام پذیرد که گوهر الهی و نهفته در انسان را پرورش دهد و این به معنای پایه بودن اصل کرامت در نظام سیاسی و تقنینی ایران است که در این اصل به آن اشاره شده و در مقدمه قانون اساسی نیز به عنوان یک غایت و هدف در نظر گرفته و بیان شده است: «پیروی از اصول چنین قانونی که آزادی و کرامت انبای بشر را سرلوحه اهداف خود دانسته، و راه رشد و تکامل انسان را می گشاید بر عهده همگان است» [۱۴].

۷- سه منظر فلسفی در باب مرگ

۱- وضعیت "نه مرده - نه زنده" توضیح اینکه مفهوم جدیدی است که بایستی به آن توجه گردد و حالتی است که عملاً وضعیت علائم حیاتی به پائینترین حالت خود رسیده ولی مرگ قطعی هنوز ایجاد نگردیده است که البته این حالت با مرگ ظاهری^{۱۱} متفاوت است که نوعی از زندگی است که ماسک مرگ بر چهره خود زده و ما در سنکوب ها و برق گرفتگی ها و غرق شدگی داریم و تفاوتش با حالت فوق در این است که سلولهای مغزی آسیب جدی ندیده اند و با اقدامات احیاء فرد مجدداً میتواند به حیات برگردد و علائم حیاتی پدیدار خواهد شد [۱۵] ولی در وضعیت "نه مرده نه زنده" اقدامات احیاء نقش چندانی در روند بازگشت بیمار نخواهند داشت.

۲- مرگ خوش^{۱۲}: مرگ پایان حیات و جدای از زندگی و حیات انسانی است و مرگ بخشی از زندگی است اگر مرگ بخشی از زندگی باشد خوب مردن حق انسانهاست و همانطور که انسان حق دارد مسکن و غذا و بهداشت و... خوبی داشته باشد و در اعلامیه حقوق بشر به آن اشاره شده است ولی در مورد مرگ خوب یا خوش با توجه به نظرات ملتها و ادیان و عقاید مختلف نسبت به آن در این خصوص نظر نداده است. آیا مرگ خوب و راحت حق انسان نیست؟ بیمار سرطانی در مراحل انتهایی اغلب چندین روز ممکن است علیرغم اینکه از نظر ذهنی هوشیار باشد، به دستگاه وصل بوده و بدلیل وجود اتصالات الکتریکی مانیتورینگ و در جهت جلوگیری از قطع این اتصالات دست و پایش بسته و ساکشن چندین بار در روز جهت تخلیه ترشحات ریوی با درد ورنج و عذاب داشته و فقط قادر به دیدن سقف اتاق مراقبت ویژه یا مکان نگهداری اش می باشد چه بسا هر روز آرزوی خلاص شدن از این اوضاع و حتی مرگ خود را مینماید و ملتسانه از پزشک درمانگر و پرستار و هر کسی که در کنار او قرار میگیرد خواهان توقف درمان و مرگ راحت و بدون درد ورنج خود است و خودش و پزشکش و خانواده اش همه میدانند که ادامه این درمانهای عذاب آور و طولانی کننده حیات در نهایت بی فایده و منجر به مرگ قریب الوقوع خواهد شد و از نظر اخلاق پزشکی که سودرسانی و عدم ضرررسانی و احترام به اتونومی از اصول اساسی آن میباشد در این خصوص برای اینگونه بیماران چه تمهیداتی بایستی در نظر گرفت؟ بنظر میرسد که میتوان یک تلقی در خصوص مرگ خوش در جامعه بوجود آورد و همه متفکرین و علما و اندیشمندان طبق اصل دینی و انسانی و اخلاقی که هر آنچه که بر خود می پسندی بر دیگران نیز بیسند با قرارداد خود در جایگاه چنین بیمارانی بتوانند تصمیم درست و صحیحی در خصوص نحوه انتخاب مرگ خوش در اینگونه بیماران اتخاذ نمایند و مادرگفتمان نظری، جامعه شناختی، فلسفی که در خصوص پزشکی داریم تعریف مرگ خوب را وارد ننموده ایم و تعریف مرگ خوب، مرگی است که فرد بدون احساس رنجش خاطر

^{۱۱} Specious death

^{۱۲} Happy Death - Good Death

و در کنار خانواده بوده و تنها نباشد و خودبیمار روند مرگ خود را بدانند و در کمال امنیت و با کرامت و عزت نفس جان به جان آفرین تقدیم کند [۱۶].

۳- دو گانه تسریع مردن یا تاخیر احتضار: دو فتوا وجود داشته که تسریع مردن انسان و تاخیر در مرگ انسان محضرا را جایز ندانسته است، تسریع یک مقوله است و تاخیر یک مقوله دیگر که در مورد دوم فتوای معروف "عدم به تعویق انداختن روند مرگ به صورت خودداری از ادامه مداوا و زنده نگه داشتن بیمار محضر"^{۱۳} وجود داشته که شاید بتوان از آن به حالت اول برگردیم که وقتی نه زنده نه مرده را نوعی احتضار بدانیم، بتوان از این فتوا در جهت اینگونه بیماران بهره جست.

۸- بیهودگی درمان در مراحل انتهایی بیماران سرطانی

در مراحل انتهایی زندگی در بیماران سرطانی، ممکن است اغلب درمان‌ها بر اساس اصل بیهودگی درمان^{۱۴} متوقف شوند و پزشکان دیگر اقدام به ادامه درمان‌ها یا شروع درمان جدیدی نکنند. بیمارانی که در مراحل انتهایی زندگی به سر می‌برند اغلب درمانی برای آنان وجود ندارد و در مواردی حتی ادامه دادن درمان‌ها برای بیمار بیشتر صدمه زنده هستند تا مفید، اما در مواردی خانواده به شدت برای ادامه همین درمان‌ها مصر هستند و می‌گویند: ما نمی‌خواهیم امید خود را از دست بدهیم و تقاضای ادامه درمان‌ها را برای بیمارشان علی‌رغم صدمه زنده بودن آن‌ها دارند تمایل خانواده به ادامه درمان‌ها می‌تواند ناشی از فرهنگ، مذهب، تصورات افراد از سیستم بهداشتی درمانی و حتی مسائل اقتصادی خانواده باشد به نظر می‌رسد مهم‌ترین مشکل در مراقبت انتهایی از بیماران این است که اغلب درمان مترادف با مراقبت تصور می‌شود. زیرا این دو واژه اغلب همراه همدیگر در ذهن مردم جای دارند اغلب تصور می‌کنند قطع درمان به معنی قطع مراقبت از بیمار است واضح است که خانواده بهترین مراقبت‌ها را برای بیماران خود می‌خواهند و از هر چیز که سبب کاهش آن شود احتراز می‌کنند [۱۷] و باید این موضوع به خوبی توسط پزشک و کادر درمانی اعلام گردد که از نظر اخلاقی نایستی اقدامات بیهوده درمانی را انجام داد و غالباً خانواده‌ها با گفتگو و دریافت توضیحات کافی قانع خواهند شد.

در برخی موارد، ارائه دهندگان مراقبت‌های درمانی ممکن است در صورت بیهوده بودن درمان از ارائه درمان خودداری کنند، به عنوان نمونه: هیچ منطقی پزشکی برای درمان وجود نداشته باشد، درمان مورد نظر برای فرد اثبات نشده باشد، بیمار کاملاً در شرایط تهدید حیات بوده بطوریکه احتمالاً در عرض چند ساعت یا حتی چند روز حتی اگر درمان شود، می‌میرد و بقای مورد انتظار تقریباً صفر است و در این شرایط اگر این درمان‌ها دیگر برای بیمار مفید نیست یا با اهداف مراقبت مطابقت ندارند درمان‌های آغاز شده می‌تواند متوقف شود و متوقف کردن یا عدم ادامه درمان‌های زنده نگه داشتن اینگونه بیماران مورد قبول واقع شده است (به عنوان قطع درمان بیهوده) و لازم به ذکر است حتی اگر درمان‌های طولانی‌کننده حیات رد شده یا متوقف شده باشد، بیمار برای درمان علائم مانند درد یا تنگی نفس همچنان مراقبت‌های پزشکی تا زمان مرگ را دریافت خواهد کرد [۱۸].

در رابطه با اینگونه بیماران در کشور ما چندین مسأله مهم مطرح می‌گردد که نیازمند بررسی دقیق و کارشناسانه دانشمندان علوم اسلامی و طب می‌باشد:

۱- کشور ایران کشوری اسلامی است و اغلب افراد عقیده دارند مرگ و زندگی در حیطه قدرت خداوند است و این که ما به قطع درمان‌ها رضایت دهیم در اصل نوعی مداخله در کار خداوند است و هرگز حق این کار را ندارند.

^{۱۳} احکام پزشکی بر اساس فتاوی حضرت آیت الله خامنه ای صفحه ۱۰۳

^{۱۴} Futile care

۲- اغلب خانواده ها امیدوار بودن را بر ناامیدی ترجیح می دهند و آن را دارای بعد مذهبی می دانند و قطع درمان ها را به منزله ناامیدی و کاری نادرست تلقی می نمایند.

۳- برخی از خانواده ها تصور می کنند بیماری بدلیل ارتکاب آن ها به گناهان و خطاهایشان در طول زندگی است و حتی برخی آن را ناشی از کم ایمانی خود می دانند و احساس گناه می کنند.

به نظر می رسد این عوامل که با آموزه های دینی نیز شالوده شده است تصمیم گیری صحیح برای خانواده را بسیار مشکل می سازد [۱۹].

۹- کرامت بیماران در آستانه مرگ

پزشکان درباره مراقبت های پایان زندگی چهارچوب ذهنی مشخصی ندارند. سه عنصر اصلی برای مراقبت از بیماران در آستانه مرگ شامل کنترل درد و سایر علائم، نحوه استفاده از درمان های طولانی کننده زندگی، حمایت از بیماران در حال مرگ و خانواده آنها می باشد. پزشکان می توانند با این چارچوب عملی کیفیت مراقبت از بیماران را بهبود بخشند [۱۱].

آکادمی ملی علوم آمریکا، مراقبت کیفی پایان زندگی را شامل شش جزء زیر می داند: کیفیت کلی زندگی، عملکرد و احساس مطلوب از نظر جسمی، عملکرد و احساس مطلوب از نظر روانی اجتماعی، آرامش روحی، درک بیمار از مراقبت ها و احساس آرامش خانواده و درک آنها [۲۰].

خط مشی مراقبت های مراحل پایانی زندگی به وسیله انجمن پزشکان آمریکا در ۱۴ جولای ۲۰۰۷ تصویب شد. مراقبت های پایانی زندگی افراد بر اساس نظر انیستیتو پزشکی که یکی از پیشگامان در پیشرفت کیفیت مراقبت های بهداشتی است، مشخص شده است خلاصه ای از خط مشی های انجمن پزشکان آمریکا به شرح زیر است:

اول، پزشکان باید بیماران مبتلا به امراض جدی را در مراحل پایانی زندگی شان از نظر نشانه هایی همانند درد، تنگی نفس و افسردگی دائماً ارزیابی و کنترل کنند.

دوم، پزشکان باید برای بیماران مبتلا به امراض جدی در مراحل پایانی زندگی از درمان های مناسب تأیید شده به منظور کنترل دردشان بهره گیرند.

سوم، پزشکان باید برای بیماران مبتلا به بیماری های جدی در مراحل پایانی زندگی از درمان های تأیید شده ای به منظور تنگی نفس استفاده کنند.

چهارم، پزشکان برای کنترل افسردگی بیماران مبتلا به عوارض و بیماری های جدی در مراحل پایانی زندگی باید از درمان های تأیید شده استفاده کنند. پنجم، پزشکان باید مطمئن باشند که چنین درمان هایی برای تمام بیماران مبتلا به بیماری های جدی به کار گرفته می شود [۲۱].

آنچه در تصمیم گیری درست اخلاقی پزشک در بیماران سرطانی در مراحل انتهائی تاثیر بسزایی دارد (علاوه بر ایمان و التزام درونی)، اعتقاد مبتنی بر بینش فلسفی شفاف در مورد زندگی، مرگ، حیات پس از مرگ و ... است که او را در تحلیل آنچه پیش رو دارد کمک خواهد کرد [۲۲].

۱۰- تکنیک های اخلاقی برای تضمین کرامت در پایان حیات

۱- بیان حقیقت: روش ارائه اطلاعات صحیح به بیمار می باشد. در بعضی بیماران بدلیل شرایط اضطرابی ممکن است به بیمار حقایق بطور واضح اعلام نگردد. بیان حقیقت هرچند می تواند خشک و بی عاطفه بنظر آید ولی باید آنرا با آرامش و حوصله و مهربانانه

بیان نمود. مرکز بین المللی تحقیقات علیه سرطان که از سال ۱۹۹۵ تاسیس گردیده تاکید دارد که بیماران مبتلا به سرطان باید به هر طریق ممکن از بیماری خود و عوارض درمان سرطان خود اطلاع پیدا نمایند (۲۳) در موقعیتی که بیان حقیقت برای ادامه درمان ضرورت ندارد و حقیقتی که باید به بیمار گفته شود، چیزی غیر از زمان مرگ و لاعلاجی بیماری اوست، مانند حقایق قبلی از سختی و خطرناکی بیماری، زنده نبودن همراهان بیمار در تصادف، مشکلاتی که در بیرون از بیمارستان برای بیمار یا خانواده‌هاش ایجاد شده، پیش آگهی احتمالی از مدت زمان زنده بودن بیمار و تشخیص‌های احتمالی غیر قطعی، اگر بیان حقیقت برای بیمار ضرر داشته باشد، کتمان حقیقت و حتی دروغگویی از باب دفع ضرر جانی از بیمار جایز است [۲۴].

در بیان حقیقت دو مبحث اطلاع رسانی صحیح به بیمار و نحوه اعلام خبر بد مطرح می باشد:

۱- الف) اطلاع رسانی صحیح به بیمار: ارائه اطلاعات به بیماران باعث می شود تا آنان در تصمیم گیری های مرتبط با مراقبت های درمانی مشارکت آگاهانه و متقابل داشته باشند و ارتباط پزشک و بیمار پایدار و صادقانه باقی بماند. بر اساس موازین اخلاق پزشکی، بیمار حق دارد که از حقایق بیماری خود مطلع گردد [۱۹] و [۲۱].

۱-ب) نحوه اعلام خبر بد: وجود مهارت و آموزش قبلی و کافی پزشکان برای مواجهه با حقایق مرتبط با بیماری و اعلام ماهرانه، مدبرانه و متبخرانه، دوراندیشانه و جامع نگرانه شرایط و اخبار ناخوشایند به بیمار و اطرافیان به ویژه در مورد بیماران سرطانی در مراحل انتهایی اثر مثبتی را به وجود آورده و کنترل پزشکی و درمانی تبعات مربوطه را راحت تر می نماید [۲۱].

۲- حفظ حریم خصوصی: حریم خصوصی به مفهوم محدودیت دسترسی دیگران به جسم یا افکار یا احساسات یک فرد می باشد و ارتباط خیلی نزدیکی با ارزش های هنجاری دارد و چیزی است که افراد به طور معمول میل دارند آن را محفوظ داشته، از آن حفاظت کرده و بر آن کنترل داشته باشد. در این مبحث مواردی هم چون رازداری، قابل اطمینان بودن مطرح می شود: ۲-الف) رازداری: اصل رازداری پزشکی یکی از مهم ترین وظایف اخلاقی در حیطه اخلاق پزشکی است که دارای سابقه دیرینه می باشد. در سوگندنامه بقراط به اهمیت این موضوع اشاره شده است و یک پزشک باید به رازداری احترام بگذارد و در محافظت از اسرار و راز بیماران از خود بیمار مصرتر باشد.

۲-ب) قابل اطمینان بودن: اعتماد زمینه ساز پیوند میان انسان هاست شکل گیری هرگونه رابطه ای بدون وجود اعتماد ناممکن است. زمانی پزشکی در کار خود موفق است که بتواند اعتماد بیمار را جلب کند، بیمار بدون هیچ واهمه ای مشکل خود را که حتی از نزدیکانش پنهان می کرد با پزشک در میان خواهد گذاشت [۱۹] و [۲۱].

۳- استحقاق در تصمیم و برگزیدن: در تعدادی از کشورها بخصوص اروپائی، در بیمار مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی لازم است تمامی موارد احتمالی در صورتیکه هنوز دارای شرایط ظرفیت تصمیم گیری است به وی توضیح داده شده و بستگان نیز از این موضوع مطلع باشند از جمله درمانهای جایگزین، انجام عملیات احیاء در توقف قلب و تنفس و دریافت آنتی بیوتیک برای مبارزه با عفونت و یا درمانهای بالقوه جهت زنده نگه داشتن وی که وجود دارد اعلام شده و به بیمار توضیح داده شود که اگر می خواهد در معرض شرایطی که ممکن است با انجام این اقدامات حیاتی طولانی تر گردد قرار نگیرد و اگر از انجام درمان های فوق امتناع کند، باید این را به وضوح در تصمیم پیشین خود^{۱۵} بیان نماید [۲۵].

در این کشورها لازم است به بیمار گفته شود که می تواند درخواست درمان یا توصیه های دکتر خود را به خاطر اینکه احساس می کند یک درمان خاص برایش مناسب است، بپذیرد و از طرفی پزشکان تصمیم می گیرند که درمان مناسب پزشکی برای بیماری اش چه می باشد و سپس بیمار تصمیم می گیرد که آیا این درمان را می خواهد یا نه، اگر ظرفیت دارد، حق دارد از هر گونه درمان

^{۱۵} " Living Will "

پزشکی خودداری کند. و حتی اگر درمان برای زندگی اش ضروری باشد، همچنین می تواند یک تصمیم پیشگیرانه^{۱۶} که قبلا گرفته است را ثبت کند، که هر گونه درمان هایی را که می خواهد رد کند را مشخص می کند. و این تصمیم گیری پیشرفته به این معنی است که اگر بیمار در آینده ظرفیت تصمیم گیری نداشت، پزشکان هم باید از امتناع وی طبق خواسته اش پیروی کنند [۲۶].

در انگلستان، یک بزرگسال، می تواند به طور قانونی از مراقبت و درمان پزشکی خودداری نماید. پزشکان تنها می توانند اجازه درمان و دارو را بدهند. بیمار سرطانی در مراحل انتهایی می تواند دستورالعمل های خود را در مورد درمان هایی که می خواهد و آنچه که نمی خواهد در یک سند حقوقی به نام تصمیم پیشنهادی^{۱۷} تنظیم کند، البته پزشکان در انگلستان باید به چنین بیمارانی توضیح دهند که داروهای بسیاری وجود دارد که می تواند به کنترل علائم کمک کند و او را راحت نگه دارد. پزشکان و پرستاران متخصص در مورد درمان بیمار سرطانی در مراحل انتهایی می توانند به او در مورد بهترین داروها برای وضعیتش راهنمایی کنند و در صورت امتناع از درمان بطور واضح مشخص نمایند که چه اتفاقی خواهد افتاد و در نهایت اگر بیمار از درمان دارویی مخصوص خود امتناع و اصرار به تصمیم قطعی مبنی بر اینکه درمانهای مذکور را نمی خواهد، از تصمیم او حمایت کرده و به آن احترام خواهند گذاشت.

گاهی اوقات برای خانواده و دوستان بیمار می تواند بسیار سخت باشد که قبول کنند که او هیچ گونه درمان دیگری را نمی خواهد. و او می تواند از پزشک یا پرستار خود بخواهد تا با خانواده اش صحبت کنند و در صورت بروز مشکل و بروز خطر جانی برای وی، برایشان توضیح دهند که چگونه احساسی دارد و چه تصمیمی گرفته است [۲۷].

از دیگر موارد حفظ شأن و کرامت بیماران، احترام به استقلال بیمار است بیمار حق دارد که هر پزشکی را که می خواهد انتخاب کند و حق دارد توصیه هر پزشکی را لغو یا رد کند. در پژوهش کریمی، حق انتخاب و ایجاد فرصت جهت تصمیم گیری بیمار از دیدگاه هر دو گروه بیماران و پرستاران دارای اهمیت بوده و آن را یکی از موارد مهم در حفظ کرامت و منزلت بیمار ذکر می نمایند [۲۸]. مباحثی همچون گرفتن رضایت از بیمار و توانائی ذهنی نحوه برخورد با تمایلات درمانی نابجا و اتانازی در این قسمت مطرح می شود:

۳-الف) گرفتن رضایت از بیمار و توانائی ذهنی: گرفتن رضایت از بیمار به معنی اجازه دادن مداخله پزشکی با استقلال کامل^{۱۸} از طرف بیمار میباشد بر اساس معارف اسلامی فرد مجاز نیست صرفا به لحاظ خودمختار بودن هر گونه آسیبی به جسم خود وارد نماید زیرا در عین احترام به آزادی انسان، احترام به انسانیت و هویت جمعی و تاثیر گذاری فرد در اجتماع هم مدنظر می باشد، توانائی ذهنی یا ظرفیت عبارتست از توانایی بیمار برای درک اطلاعات مربوط به تصمیم گیری درمانی و فهم نتایج قابل پیش بینی تصمیم گیری و یا عدم تصمیم گیری [۲۱].

علم پزشکی به سرعت در حال پیشرفت است که در حال حاضر اکثر بیماران مبتلا به ناتوانی در شرایط پایان حیات از فناوری مبتنی بر پایان زندگی و مراقبت لازم در این خصوص رادریافت مینمایند. و به طور گسترده ای استفاده بیش از حد از فناوری های پیشرفته مورد توجه قرار گرفته است. اغلب بیماران رضایتی به عدم حمایت از زندگی خود ندارند، خانواده ها نیز غالبا تمایلی به تصمیم گیری ندارند و پزشکان درمان بی رویه را از ترس شکایات قضایی ادامه می دهند. ادامه حمایت از زندگی در این شرایط، یک بار مالی بزرگی برای خانواده ها ایجاد می کند و در نهایت ممکن است به جایی برسد که بیماران مراقبت های حیاتی را رد کنند و یا در این وضعیت، به ویژه هنگامی که بستگان بیمار از بودجه خود خسته شده اند، بسیاری از بیمارستان های خصوصی آنها را تشویق می

^{۱۶} " Living Will "

^{۱۷} " Advance decision "

^{۱۸} Autonomi

کنند که بیمارشان را به نزدیکترین بیمارستان دولتی انتقال دهند و با استفاده از این روش مشکوک، آنها قادر به تغییر مسئولیت حرفه ای درقبال اینگونه بیماران، اجتناب از شرایط وابسته به حسابهای غیرقابل اعتباری و بدنبال آن عدم پرداخت هزینه ها و نیز کاهش آمار مرگ و میر نسبت به بیمارستانهای عمومی است و درواقع یک نوع "فرب دادن"^{۱۹} خانواده ها است. لازم است درهر بیمارسرطانی که درشرایط انتهائی است درصورت نیاز درمانهای حمایتی ودرصورت نیاز اقدامات احیاء را انجام داد واین اقدامات تا زمانیکه احساس نشود که بیهوده نمی باشد و تا زمانیکه مرگ بیمار قطعی می باشد بایستی ادامه یابد وپیش فرض درمان و مراقبتهای درمانی، طولانی شدن زندگی و حیات بیمار است، مگر اینکه دستورالعمل هایی بر خلاف آن وجود داشته باشد، و لذا اصل درمان اولیه هماهنگی با اصول اخلاقی و قانونی است [۲۹].

۳-ب) نحوه برخورد با تمایلات درمانی نابجا: گاهادررونددرمان شرایطی پیش می آید که پزشک برخلاف اتونومی بیمار ودرخواست خانواده بدلیل درخواست نایجای آنها درخصوص انجام بعضی درمانها مبادرت به قطع درمان مینماید که قبلا درمورد درمان بیهوده توضیح داده شد و در اینگونه موارد در صورت بروز اختلاف نظر بین تیم درمانی، بیمار و خانواده او پزشک باید موقعیت بحرانی او را درک کرده و به دنبال حل موضوع از طریق مذاکره سازنده باشد و در صورت ضرورت از خدمات افراد آموزش دیده برای حل این بحران ها مانند متخصصین اخلاق پزشکی (کمیته اخلاق بیمارستانی)، بالینی، روان پزشکی، روان شناسی و مددکاران سود جوید [۶] و [۲۱].

۳-ج) اتانازی^{۲۰}: ازجمله موارد مهمی که اخلاق پزشکی دنیای جدید با آن روبرو شده مسأله اتانازی یا مرگ ترحم انگیز است. آیا انسان از حق مردن نیز هم چون حق زنده بودن برخوردار است؟ چه کسی صلاحیت آن را دارد که به جای بیمار در خصوص مرگ و زندگی او تصمیم گیری کند؟ اینها سؤالاتی است که پاسخ به آنها مستلزم تبیین نظام ارزشی زندگی انسان است. علی رغم این که کشتن انسانی بی گناه همواره یک گناهی غیر قابل بخشش تلقی می گردد، برخی پزشکان دربرخی کشورها در دو مورد اختصاصی یعنی سقط جنین و اتانازی به این عمل مبادرت نمودند.

اتانازی در کشورهای غربی موافقان و مخالفان سرسختی دارد واتیکان به طور رسمی اتانازی را مطرود دانسته است. طرفداران اتانازی این پیام را اشاعه می دهند که انسان بهتر است بمیرد تا این که بیمار و ناتوان باشد. در ادیان الهی هم چون اسلام، مسیحیت و یهودیت اتانازی به هر شکل محکوم است و قتل نفس محسوب می گردد. مخالفان مسیحی بر این باورند که اتانازی در حقیقت انکار وجود خداوند و تکذیب حق تملک او بر زندگی و مرگ انسان است البته این دیدگاه در تمام دنیا عمومیت ندارد [۳۰] حضرت علی (ع) می فرماید: آن که مرگ را بر سر آدمی می آورد همان است که زندگی را در دست دارد و آن که می آفریند همان است که می میراند [۳۱].

همچنین اتانازی به معانی مصطلح نظری، مرگ آسان، مرگ بدون درد، به مرگی، کشتن از روی ترحم یا نجات، بیمار کشی طبی، به کار گرفته می شود. تعدد معانی خود حاکی از دیدگاه های مختلف صاحب نظران به مقوله چند بعدی بسیار پیچیده آن است.

هوبین عقیده دارد که: امروزه اتانازی را بایستی به صورت انجام عملی به صورت عمدی (یا انجام ندادن کاری) به منظور اجازه دادن مرگ کسی با هدف سود رساندن به آن فرد تعریف نمود [۳۲]. امروزه، جهت این اصطلاح تغییر کرده و وارد حوزه پزشکی شده و به عنوان یکی از بحثهای مهم در اخلاق و آموزش پزشکی مطرح شده است؛ اینکه آیا درمانگرها می توانند در امر مرگ

^{۱۹} pauperizing

^{۲۰} Euthanasia

بیماران مداخله کند به گونه ای که مداخله پزشک و یا عدم اقدام او در درمان بیماریهای سخت باعث مرگ بیماران شود؟ این امر باعث شد که اصولاً اتانازی تحت عنوان «قتل از روی ترحم» و یا اهدای مرگ به بیماری که دارای درد و رنج زیاد است، مطرح گردد؛ یعنی، نقش داشتن پزشک در تسریع مرگ بیمار. به عبارت روشن تر، اتانازی هر عملی است که به فرد کمک کند که مرگی آرام و راحت و فاقد درد و رنج را تجربه کند. به دیگر سخن، اتانازی یعنی کوتاه کردن مدت درد و رنج بیمار درمان ناپذیری که با توجه به دانش فعلی پزشکی هیچ امیدی به درمان و بهبودی او نیست [۳۲] موافقان بعد اجتماعی اتانازی معتقدند: ۱- هر شخصی این حق را دارد که مستقلاً طرح زندگی خویش را برنامه ریزی کرده و سرنوشت خویش را رقم بزند. برای جلوگیری از محروم شدن افراد از این حق، حقوق بشر این آزادی را ضمانت می کند. ۲- افراد حق دارند که تصمیم بگیرند چه چیزی نشان دهنده سلامت آنهاست. ۳- ما اتانازی را انجام داده ولی اسم آن را محروم کردن از حمایت های زندگی می گذاریم. بنابراین محروم کردن بیمار از درمان های حمایت زندگی را هم بایستی اتانازی نامید.

از نظر اخلاقی نیز موافقان اتانازی عقیده دارند: ۱- بیماران دارای حق استقلال برای تصمیم گیری درباره خاتمه دادن به زندگی خود هستند و پزشکان وظیفه دارند که به بهترین انتخاب بیمار که توسط بیمار به کمک توصیه های پزشکی گرفته شده است، احترام بگذارند. ۲- ادامه دادن و نادیده گرفتن آرزوی بیمار برای اتانازی توسط پزشکان، و فریب دادن خود با استفاده از تکنولوژی های پزشکی، منجر به رنج های غیرضروری و نامحسوس تعداد زیادی از بیماران در مراحل آخر زندگی می شود. ۳- التزام پزشکان به ایجاد تعامل قابل اعتماد بیمار - پزشک ایجاب می کند که پزشک اتانازی را انجام داده یا در خودکشی کمک شده مشارکت کند. علاوه بر آن ممکن است بیمار احساس رهایی از تنش و وابستگی را تجربه نماید [۳۳].

اتانازی در هند و بسیاری از کشورهای جهان غیر قانونی است. اتانازی در ایالت اورگان، واشنگتن و مونتانا ایالات متحده آمریکا و در سوئیس و هلند و بلژیک قانونی شده است. البته معیارهای متعددی برای هر دو نوع اتانازی فعال و یا غیرفعال (منفعل) برای محافظت در برابر سوء استفاده و یا حالت شیب لغزنده^{۲۱} استفاده می شود. بیمارانی که احتمالاً طی چند روز تا چند ماه می میرند، عموماً کمتر از ۱۲ ماه، علیرغم درمان، زیرمجموعه تصمیم گیری و مراقبت پایان حیات هستند. تاحدودیک قرن پیش این بیماران بطور مسالمت آمیز، توسط خانواده خود مورد حمایت قرار گرفته و در نهایت در منزل و در کنار خانواده فوت مینمودند ولی هم اکنون، در عصر حاضر، مرگ پس از یک دوره سخت و دردناک در میان مانیتور ها و دستگاه های مراقبتهای ویژه، به دور و جدا از نزدیکان و عزیزان رخ می دهد. لذا نیاز به بازنگری جدی برای افزایش تمرکز از حالت افزایش طول عمر به حالت بهبود کیفیت زندگی وجود داشته و حتی در برخی کشورها اجازه دادن به بیمار برای مرگ با عزت وجود دارد. در هند در شرایط خاصی در خصوص بیماران دارای زندگی نباتی^{۲۲} که گاهی ده ها سال تحت تغذیه از طریق لوله گوارشی و یا وریدی و بدون هیچگونه بازگشت مغزی که از طرف خانواده درخواست میشود طبق دستور قضائی براساس مورد خانم آرونا شانبوگ^{۲۳} به حیات اینگونه افراد خاتمه داده می شود [۲۹].

در نوامبر سال ۱۹۷۳ او توسط پسر یکی از بیماران^{۲۴} بستری در همان بیمارستان، در حالی که درحال عوض کردن لباس هایش در زیرزمین بیمارستان بود، مورد حمله قرار گرفت (موضوع تجاوز تائید نگردید و سرقت مطرح گردید). و مجرم، خانم شانبوگ رابا یک زنجیر سگ در اطراف گردنش خفه کرده (استرانگولاسیون سوفوکاسیون). و باعث هایپوکسی مغزی و در نهایت اختلال شدید

^{۲۱} Slippery Slope

^{۲۲} Persistent vegetative state (PVS)

^{۲۳} Ramchandra Shanbaug

^{۲۴} Sohanlal Bhartha Valmiki

و بدنبال آن ازدست دادن قوای متعال مغزی گردیده بطوریکه ایشان کور، ناشنوا، فلج و در حالت زندگی نباتی به مدت ۴۲ سال بودند و از آنجائیکه اتانازی فعال در هندوستان غیرقانونی بود لذا در نهایت با درخواست خانواده و رای دادگاه و قطعیت عدم برگشت وضعیت وی توسط پزشکان معتمد در ۱۸ می ۲۰۱۵ در سن ۶۶ سالگی به روش اتانازی انفعالی (غیرمستقیم) به صورت عدم تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف جهت پنومونی، در اثر این بیماری فوت نمود و این اولین مجوز قانونی در هند در این خصوص بوده و هم اکنون در خصوص موارد مشابه در خصوص اتانازی انفعالی براساس مورد خانم شانبوگ رای صادر می گردد [۳۴].

مورد مشابه در آمریکا مربوط به مورد خانم ترزا شیواو^{۲۵} می باشد که بدنبال سکته قلبی و ایست قلبی دچار هیپوکسی مغزی و عوارض مربوطه شد و از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۵ در حالت زندگی نباتی بوده و در نهایت با رای دادگاه لوله تغذیه ای در تاریخ ۱۸ مارس ۲۰۰۵ خارج گردید و در تاریخ ۳۰ مارس به روش اتانازی انفعالی فوت نمود [۳۵].

از نظر فقهی و حقوقی در کشور ایران اتانازی فعال مستقیم هر چند رضایت فرد یا اطرافیان وی به وجود داشته باشد، از نظر تکلیفی حرام و از مصادیق قتل عمد است؛ اما در اتانازی انفعالی نیز هر چند که قتل ناشی از ترک فعل به علت عدم انتساب به شخص خاص از مصادیق قتل خارج است، ولی چنین ترک فعلی از نظر اخلاقی و مذهبی مورد ملامت و سرزنش است؛ یعنی در صورتی که عدم انجام معالجات توسط پزشک مانند تزریق نکردن دارویی خاص، موجب تسریع فوت مریض گردد، ترک واجبی شده که خود عملی حرام است؛ به ویژه آنکه پزشک در این زمینه، تعهد و وظیفه خاصی نیز بر عهده دارد. از این رو صاحب جواهر در کتاب شریف خویش می نویسد: «کل من تمکن من خلاص انسان من مهلكه فلم یعفل، اثم»؛ هر کس بتواند انسانی را از هلاکت نجات بدهد ولی چنین نکند، گناهکار است.

تطبیق کلام صاحب جواهر در این مورد آن است که هر چند عمل مداوا توسط طبیب، کاری واجب است ولی ترک آن به معنای استناد قتل به تارک نیست و به واقع همان بیماری فرد، علت حقیقی مرگ وی بوده است. به هر روی همه انسان ها در برابر کرامت و ارزش حیات دیگران مسئولیت دارند و لذا در مواردی که جان دیگران در خطر افتاده است و افراد حاضر با وجود توانایی بر نجات وی، اقدامی در این زمینه انجام ندهند، از لحاظ اخلاقی، عملی مذموم انجام داده و از نظر شرعی نیز مرتکب حرام شده اند [۳۶].

اسلام برای حیات، ارزش ذاتی قائل است و هر عملی که انسان انجام دهد که به این ارزش لطمه وارد نماید به کل حیات به سان امری حقیقی لطمه وارد کرده است. از اینرو اسلام کاملاً مخالف هر نوع خودکشی و به تبع آن اتانازی است. در اسلام زندگی و حیات بشر مقدس است و مردم از گرفتن جان خود موکداً منع شده اند. لذا مالک حقیقی جسم و روح انسان، خالق متعال است و حیات و مرگ انسان به دست قدرت اوست تمام فرق اسلامی اتفاق نظر دارند که انسان نسبت به سلب حیات خود، هیچ سلطه ندارد و مالک نفس خود نمی باشد و پروردگار متعال هم این اذن را به انسان نداده است که بتواند خود را در معرض هلاکت و نابودی قرار دهد و آیات و روایات با تأکید بر حرمت شدید سلب حیات از خود و دیگران، انسان را متذکر این نکته ساخته اند که وی بواسطه قدرت و اختیار خود تصور نکند که می تواند نسبت به پایان زندگی خود و دیگران تصمیم گیری نماید [۳۷].

احترام نامشروط: کرامت انسان ها نامشروط است و حق ذاتی هر انسان و بنی آدمی می باشد که خداوند به او عطا فرموده است و کسی نباید این حق ذاتی را نادیده انگارد مگر آن که خودش را از این کرامت و شرافت بی بهره بداند و بدان دلیل دیگران را از این حق محروم نماید لذا با عنایت به این که کسانی که به نجات جان انسان ها می پردازند اعم از پزشک، پیراپزشک و امدادگر همه انسان هایی شریف و با کرامت هستند که یا به حکم وظیفه قانونی خویش اقدام به نجات جان بیماران می نمایند یا به حکم وظیفه انسانی و وجدانی خویش، انتظار می رود کرامت انسانی را ذاتی دانسته و انسان ها را اعم از مجرم، متهم، گناه

^{۲۵} Theresa Marie Schiavo

کار، مظنون به جرم، مشرف به موت مورد احترام نامشروط قرار داده و علاوه بر رفتار بر آن سیاق به بسط و گسترش این دیدگاه اسلامی و انسانی نیز همت گمارند[۱۹] هیچ کس کرامت و شرافت کسی دیگر را مورد اهانت قرار نمی دهد مگر این که نخست کرامت و شرافت خود را از دست داده باشد. بر مبنای نظریه احترام نامشروط آدمی در تعامل با انسان ها، چه تعامل نظری و چه تعامل عملی باید انسان بودن افراد را از سایر عناوین عارضی مانند مجرم بودن تفکیک کنیم. فردی که متهم به دزدی است، انسانی است با اتهام به چنین رفتاری، وی به سبب رفتارش مورد محاکمه و تنبیه و مجازات قرار می گیرد اما به سبب انسان بودنش حقوقی دارد که پایبندی به آن حقوق شرط مواجهه اخلاقی افراد با وی است.

۱۱- Medical Ethos (سنت و رسم پزشکی)

Ethos به معنی "رسم" یا "شخصیت" "character" or "custom" و ریشه یونانی دارد. همانطور که در اصل توسط ارسطو مورد استفاده قرار گرفت، آن را به شخصیت یا سیرت character or personality, در اجتماع مورد نظر قرارداد. Ethos در اخلاق امروزی برای اشاره به شیوه ها یا ارزش هایی است که فرد، سازمان یا جامعه را از دیگران تشخیص می دهد. بطور مثال اخلاق فردگرایی و خوداتکائی خشک و متعصبانه در مناطقی از آمریکا در قرن نوزدهم وجود داشت؛ که با، خرافات خشونت آمیز در شهرهای مختلف و یک سیرت پذیرفته شده همراه بود و یا عدم اجازه تحصیل به دختران در بعضی مناطق که هنوز هم وجود دارد (۳۸). در فرهنگ آریانپور به معنی رفتار و باورها و روشهای مشخص کننده فرد یا گروهی خاص و خصلت و منش و ویژگی و خصیصه فرد یا گروهی خاص را شامل می شود [۳۹] و منظور از اتوس پزشکی در واقع شیوه و رفتارها و ارزشهای خاص جامعه پزشکی در هر منطقه میباشد که با بهره گیری از فرهنگ آن جامعه یا تعلیمات دینی و اجتماعی شکل گرفته و سیرت و شخصیت را در افراد آن جامعه مشخص می نماید که اتوس پزشکی سنت و رویه و عرف ما در پزشکی است اتوس پزشکی این نیست که یک قانون بزاریم و قطع درمان کنیم و خانواده ها دچار بهم ریختگی شوند بلکه در اتوس ارزشهای والای انسانی و دینی وجود دارد و لذا اتوس پزشکی را بایستی در نظر داشته باشیم لذا با توجه به این موضوع بحث بر خورد بیماران در شرایط انتهائی با توجه به اتوس پزشکی در هر کشور و دیدگاههای مختلف حاکم در آن جامعه متفاوت است و این موضوع در نحوه تصمیم گیری اخلاقی در خصوص اینگونه بیماران نقش مهمی داشته که بایستی به آن توجه نمود.

۱۲- امتناع از عملیات احیاء (DNR) – (DNCPR)

یکی از اقداماتی که در تعداد زیادی از کشورها برای بیماران سرطانی در مراحل انتهائی وجود دارد عدم انجام اقدامات احیاء قلبی روی می باشد و معمولاً در وضعیتی است که غالباً افراد مرحله اولیه اینتوباسیون و سپس تراکتوستومی را گذرانده اند و غالباً ممکن است هوشیار باشند که در اینگونه افراد با درخواستشان اقدامات فوق انجام نگرفته و یا اینکه ممکن است اقدامات بطور خفیف تری انجام گیرد این دستورات دائمی نیستند؛ اگر وضعیت تغییر کند، می توان آنها را تغییر داد و همچنین در بیماران سرطانی در مراحل انتهائی یا در سایر بیماران که مراحل پایانی حیات را در منزل سپری می نمایند این موضوع از قبل توسط پزشک معالج در بر گه ای که تنظیم گردیده، توسط خانواده به اطلاع پرسنل اورژانس رسانیده می شود هر چند غالباً در صورت حضور اورژانس در بسیاری از کشورها اورژانس ها به دلیل شرایط خاص حرفه ای خود مجبورند اقدامات احیاء قلبی تنفسی و تکنیک های مشابه را انجام دهند [۴۰].

^{۲۶} Do Not Resuscitation

در کشور ایران فقط موضوع عدم به تعویق انداختن مرگ فرد محضرتطبق فتوای مرجعیت رهبری قابل انجام است و البته در بین متولیان اخلاق پزشکی کشور موضوع تدوین راهنمای انجام این اقدامات در بیماران سرطانی در مراحل انتهائی مورد بررسی و نقد قرار گرفته ولی اجرائی نگردیده که اجرای آن منوط به اخذ نظر علما و فقها و اندیشمندان دینی در این خصوص و تشکیل جلساتی جهت همفکری و تدوین روشی واحد در این خصوص می باشد و همچون راهکارهایی که برای انجام سقط جنین در شرایط عسر و حرج اجرائی گردیده در این موارد نیز موضوعیت بررسی دارد.

۱۳- نتیجه گیری

۱- لزوم بازتعریف نظری مفاهیم کلاسیک مرگ و حیات در سایه تحولات فناورانه. ۲- تقدم درنگ فلسفی بر تصمیم سازی اخلاقی در این حوزه. ۳- اهمیت توازن دوگانه ناظر آرمانی (وجدان و امرالهی) و اخلاق وضعیت. ۴- اهمیت انتخاب موضع مشخص در خصوص تعریف و مصداق کرامت انسانی. ۵- اهمیت توجه به *medical ethos* در کنار اخلاق پزشکی است. ۶- اهمیت به تکنیک های اخلاقی برای تضمین کرامت در پایان حیات شامل: رازداری و حریم خصوصی و اطلاع رسانی و رضایت و... ۷- اهمیت بررسی انجام DNR در بیماران سرطانی در مراحل انتهائی که پیشنهاد می شود با علما و فقها و اندیشمندان دینی در این خصوص جلساتی جهت همفکری و تدوین روشی واحد بعمل آید. ۸- بر اساس منشور حقوق بیماران در ایران در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیمار غیر قابل برگشت و مرگ قریب الوقوع است، خدمات بهداشتی مراقبتی با هدف حفظ آسایش بیمار که شامل: کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می باشد ارائه می گردد. ۹ - تمام پزشکیانی که با بیماران سرطانی در مراحل انتهائی حیات و در شرایط رو به مرگ سروکار دارند باید مهارت کافی داشته و به مشاوران مجرب در زمینه درمان های علامتی دسترسی داشته باشند و تیمی مرکب از افراد مختلف، در ارائه خدمات مؤثر در این خصوص تشکیل داده و در صورت درخواست نابجا برخورد نمایند و نقش متخصصین اخلاق را در این زمینه جدی گرفته و به تشکیل کمیته های اخلاق پزشکی بهای بیشتری داده شود.

۱۴- منابع

۱. لاریجانی، باقر. پزشک و ملاحظات اخلاقی. جلد اول: مروری بر مبانی اخلاق پزشکی. چاپ اول، تهران: نشر برای فردا. ۱۳۸۲
۲. آیت اللهی، حمیدرضا، مدلی برای ساختار اصلی اخلاق پزشکی اسلامی، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، سال دوم، شماره دوم، ۱۳۸۸.
۳. زاهدی، فرزانه، لاریجانی، باقر، گفتن حقیقت به بیمار در فرهنگ های مختلف و بیان دیدگاههای اسلام، محله اخلاق و تاریخ پزشکی، ویژه نامه حقوق بیمار، ۱۳۸۹.
۴. اخلاصی، ابراهیم، جایگاه اخلاق پزشکی در مناسبات درمان (مورد مطالعه بیمارستان های دولتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز)، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶، ۱۳۹۵.
5. Stanley G. Clarke, Evan Simpson: Anti-Theory in Ethics and Moral Conservatism - SUNY Series in Ethical Theory/June 1989
۶. قاری سید فاطمی، سید محمد، نظریات اخلاقی در آئینه حقوق، نامه مفید، شماره ۲۹، ۱۳۸۱.
۷. علیخانی، علی اکبر، کرامت انسانی و خشونت در اسلام، پژوهشنامه علوم سیاسی، شماره ۳، ۱۳۸۵.
۸. حبیب زاده، محمدجعفر، رحیمی نژاد، اسمعیل، کرامت انسانی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، فصلنامه مدرس علوم انسانی، دوره ۱۱، شماره ۴، ۱۳۸۵.

۹. یوسفی، علیرضا، آذربین، مهرداد، ضیایی، الهه سادات، یوتانازی(مرگ آسان) آری یا خیر؟(چالشی در آموزش بالینی)، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ویژه نامه توسعه آموزش و ارتقای سلامت، شماره ۱۱، ۱۳۹۰.
10. Parsapoor MK, Malakfzali H, Alaedini F, Larijani B. [Baresi negaresh bimiran, pezeshtkan va parastaran dar khosos zarorat reayate hoghogh bimar]. Majaleye Iranie akhlagh va tarikh pezeshtki. 2009; 2(4): 79-90. [Persian]
11. Sadeghi T, Dehghan Nayeri N. [Shan va manzelat bimar, baresi moton]. Majaleye Iranie akhlagh va tarikh pezeshtki. 2010; 3(1): 9-19. [Persian]
12. Shojaei AA, Gharamaleki AF. [Akhlagh dar nejat masdomin mojrem: Mabani falsafi va dini]. Majaleh akhlagh va tarikh pezeshtki. 2009; 2(4): 29-36. [Persian.]
۱۳. سلیم، آرش، کرامت، اختیار و آزمون انسان، مقدمه ای بر بحث اتانازی، فصلنامه مفید، ۱۳۹۳.
۱۴. فاضل لنگرانی، محمدجواد، بررسی فقهی حقوقی تلقیح مصنوعی، قم: مرکز فقهی ائمه اطهار، چاپ اول، ۱۳۸۷.
15. Abbasi AmirReza: The coroner and the death: Faculty of Humanities, Islamic Azad University International Ayatollah Amoli/7 Oct 2017
16. Rodney Syme: A GOOD DEATH – A CHALLENGE TO LAW AND MEDICAL ETHICS /Sydney Law School Seminar – University of Sydney – September 2008
۱۷. سادات حسینی، اکرم السادات، آرامش، کیارش، ۱۳۹۲، چالش های اخلاقی مراقبت از کودکان در مراحل پایان زندگی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال هفتم، شماره بیست و پنجم.
18. End of Life Care: What is Life-Sustaining Treatment?
۱۹. لاریجانی، باقر، زاهدی، فرزانه، نگرشی بر مسائل اخلاقی پیوند اعضا و تامین عضو پیوندی در ایران، مجموعه مقالات سمینار اخلاق زیستی از منظر حقوقی فلسفی و علمی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ۱۳۸۳.
20. Larijani B. [Pezeshk va molahezat akhlaghi]. Tehran: baraye farda; 2005. Persian.
21. Maryam Avizhgan, Ebrahim Mirshahjafari ,Dignity in Medicine: Emphasis on Dignity of End Stage Patients.
۲۲. رضوانی پور، مهدی، کرامت انسانی در قران، مجموعه آثار کرامت انسان در قران و سنت، تهران، نشر عروج، چاپ اول، بی تا.
23. International Institute of Anticancer Research /Founded in 1995/<https://iiar-anticancer.org>
۲۴. اترک، حسین؛ ملامبخشی، مریم: دروغ گویی به بیمار با انگیزه ی خیرخواهانه مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی :: مرداد ۱۳۹۱، دوره پنجم – شماره ۴- از ۱ تا ۱۳
25. Advance decision (living will) Page last reviewed: 28/09/2017
26. CAN I REFUSE MEDICAL TREATMENT?
27. Decisions about your care at the end of life/cancer research UK
28. Karimi R, Dehghan Nayeri N, Sadeghi T, Mehran A. [Moghayeseh didgah parastaran va nojavanan bimar bastari az shan va manzelat bimar]. Majaleye Iraniye akhlagh va tarikh pezeshtki. 2008; 1(4): 53-62.
29. Med J Armed Forces India. 2013 Jan; 69(1): 2–3.
30. Scalise DM, Bognolo G. The new pope and medical ethics. BMJ. 2005; 330:1281-2.
31. Siedrazi, (Authour). [Nahj-ol-balagheh]. Shahidi J, (Translator). Tehran: Sherkat entesharat elmi farhang; 1996: nameh 31.
32. Hashemi Z, Mortazevi SMJ. [Euthanasia az didgah eslam va akhlagh pezeshtki novin]. Majaleye Iraniye akhlagh va tarikh pezeshtki. 2008; 1(3): 35-44.
33. Basij A. [Euthanasia az dydgah eslam]. Faslanameh akhlagh; 2010 [cited 2012 Apr 04]. Available from: <http://www.mags.dte.ir/Journal/Text/Akhlagh/Article/index.aspx? ArticleNumber=26986>. [Persian]

34. The Aruna Shanbaug case which changed euthanasia laws in India/09 Mar 2018, <https://economictimes.indiatimes.com/news/politics-and-nation/the-aruna-shanbaug-case>.
35. Charles Weijer: A death in the family: Reflections on the Terri Schiavo case/ CMAJ. 2005 Apr 26; 172(9): 1197–1198. doi: 10.1503/cmaj.050348
۳۶. آقابابایی، اسماعیل، مسائل فقهی و حقوقی قتل از روی ترجم، قم: پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی، چاپ اول، ۱۳۹۱.
۳۷. قلاوند، ماندانا، تحلیل اتانازی از منظر حق حیات و مفهوم ارزش زندگی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۹۳.
38. Ethos | Definition of Ethos by Merriam-Webster <https://www.merriam-webster.com/dictionary/ethos>
39. Arianpur-open dictionary/ethos
40. Understanding Healthcare Decisions at the End of Life/ National Institutes of Health- On Aging / <https://www.nia.nih.gov/> Content reviewed: May 17, 2017