

اخلاق پزشکی و جایگاه آن در ادیان الهی و ادیان آسیایی

سعید نظری توکلی^۱

فاطمه کراچیان ثانی^۲

چکیده

در سال‌های اخیر عالمان ادیان مختلف کوشیده‌اند با بازنگری در متون و آموزه‌های دینی خود، روش‌ها و دستورهایی به پیروان خود ارائه کنند تا پاسخ-گوی نیازهای آنان در استفاده از دستاوردهای جدید پزشکی باشد. در این پژوهش برآن هستیم تا با بررسی تعالیم ناظر به اخلاق پزشکی ادیان آسمانی، نشان دهیم که آموزه‌های اخلاقی این ادیان در مقابل مسائل پزشکی نوظهور پزشکی نه تنها ساکت و منفعل نیستند، بلکه با ارائه دستور و روش‌هایی قاعده‌مند، توان پاسخگویی به این مسائل را دارند.

بررسی دیدگاه‌های اخلاقی ادیان آسمانی بیانگر این واقعیت است که آموزه‌های این ادیان از جهت توجه به لزوم صیانت از جان انسان جدای از تفاوت‌های نژادی، ملیتی و جنسیتی او، مقابله با بیماری و لزوم حمایت از بیمار، دارای اشتراک نظر هستند؛ هرچند ساختار باوری متمایز این ادیان، سبب ایجاد محدودیت‌هایی در تصمیم‌گیری و اقدامات درمانی متفاوت آن‌ها می‌شود.

کلیدواژه‌ها

دین، اخلاق، ادیان الهی، ادیان آسیایی، اخلاق پزشکی.

Email: sntavakkoli@ut.ac.ir

^۱ دانشیار دانشکده الهیات دانشگاه تهران

^۲ دانشجوی دکتری فقه و حقوق اسلامی، دانشگاه پیام نور تهران و مدرس جامعه المصطفی العالمیه.

Email: Sa.sani86@gmail.com

پذیرش نهایی ۱۳۹۴/۱۱/۲۷

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۹/۱۷

طرح مسأله

از موضوع‌های مهمی که در سال‌های اخیر مورد توجه اندیشمندان مذاهب مختلف قرار گرفته است، جایگاه دین و آموزه‌های آن در مسائل علمی و پاسخگویی نسبت به آن‌هاست؛ زیرا باور غالب رهبران ادیان بر آن است که آموزه‌های دینی، صرف نظر از آسمانی یا غیر آسمانی بودن آن، تمام ساحت‌های زندگی پیروان خود را مورد توجه قرار داده و نسبت به مسائل آن، توان پاسخگویی دارد. بر این اساس، چند سالی بیش نمی‌گذرد که عالمان ادیان مختلف در صدد یافتن پاسخ‌های متناسب با آموزه‌های دینی و ارزش‌های اخلاقی آئین خود برای مسائل متنوع و گسترده پزشکی شده‌اند تا پیروان‌شان به توان تصمیم‌گیری اخلاقی درباره آن‌ها دست یابند. پیشینه: در میان آثار پژوهشی منتشر شده، تحقیقات بسیار اندکی با رویکرد دینی به مسائلی هم‌چون اتانازی، تغییر جنسیت، مرگ مغزی، آزمایش بر روی انسان و مانند آن، وجود دارد که بیشتر عهده دار بررسی جنبه‌های فقهی آن مسائل است. از سوی دیگر، منسکی ورنر در کتاب "اخلاق در شش دین جهان"، هم‌چنین حسین سلیمانی در کتاب "عدالت کیفری در آیین یهود" کوشیده‌اند دیدگاه کلی ادیان را درباره اخلاق، هم‌چنین دیدگاه یهودیت را درباره عدالت کیفری تبیین کنند؛ اما پژوهش حاضر در صدد است تا با تبیین اصول اخلاقی ادیان آسمانی، در خلال یک مطالعه تطبیقی، به میزان همگرایی و واگرایی آن‌ها نسبت به تصمیم‌گیری اخلاقی درباره مسائل اخلاق مختلف پزشکی دست پیدا کند.

۱- یهودیت و اخلاق پزشکی

همزمان با پیشرفت اخلاق پزشکی غیر دینی (سکولار)، اخلاق پزشکی یهودی نیز که تا پیش از آن شناخته شده و مستقل نبود، آرام آرام شکل گرفت. (Steinberg, 2003, p: 36) و برای نخستین بار اصطلاح "اخلاق پزشکی یهودی" توسط لرد رابی ایمانوئل جاکوبویتز (Lord Rabbi Immanuel Jakobovits) در تحلیل شرعی مسائل سنتی پزشکی بکار رفت. (Milestones, 2004, Vol. VI, No. 2, pp. 4-19)

مباحث مرتبط با اخلاق پزشکی به طور پراکنده در قوانین یهودی و تفسیرهای متون مذهبی یافت می‌شود؛ اما با پیشرفت فناوری پزشکی، چالش‌های خاصی برای جامعه یهودی پیدا شد و آن‌ها را ناگزیر کرد تا به سوی ایجاد اخلاق پزشکی نوینی مبتنی بر سنت‌های مذهبی خود حرکت کنند. (Aasim, Padela, 2006, V: 38, P: 106)

هرچند اصول اخلاق زیستی بخشی از قانون مقدس یهودیان (Halacha) است که از متون مقدس و تفاسیر آن‌ها، یعنی: متن عبری کتاب مقدس اسرائیل باستان، تلمود و ادبیات

پرسش و پاسخ به دست می‌آید؛ اما میزان رعایت آن‌ها در میان سه جریان یهودی ارتدوکس^۱، محافظه کار^۲ و اصلاح‌گرا^۳ متفاوت است.

اصول اخلاقی آئین یهود و راه حلی که برای مسائل مطرح در حوزه پزشکی ارائه می‌کند از چهار جهت با اخلاق پزشکی غیر دینی (سکولار) متفاوت است:

اول، دامنه و نگرش: قانون مقدس نه تنها به تمام پرسش‌های مرتبط با اخلاق پزشکی که از گذشته تا کنون در اخلاق پزشکی غیر دینی مطرح است، پاسخ می‌گوید؛ بلکه پاسخ‌گوی پرسش‌های پزشکی مطرح برای یهودیانی است که موظف به رعایت تکالیف تورات نیز هستند، می‌باشد. به عنوان مثال، قانون مقدس به همان اندازه پاسخگوی مسائل مرتبط با بیماران درمان ناپذیر (لاعالج)، سقط جنین، پیوند عضو، مسائل مربوط به درمان بیماران در روز شنبه (سبت) است که عهده دار پاسخ برای مسائل مرتبط با طلاق و قاعدگی زنان است. (Steinberg, 2003, p: 36)

دوم، روش تجزیه و تحلیل: اخلاق پزشکی یهودی مسائل اخلاق پزشکی را با روشی یکسان و مبتنی بر اصول قانون مقدس که در تلمود یا دیگر متون مقدس وجود دارد، تحلیل کرده و به آن‌ها پاسخ می‌دهد. در این روش، ابتدا اطلاعات علمی یا پزشکی به قانون مقدس عرضه می‌شود، سپس نتیجه مناسب از آن استخراج و به کار بسته می‌شود. رسیدن به نتیجه در یک موضوع پزشکی آسان نیست؛ از یک سو نیازمند شناخت کامل قانون مقدس است و از سوی دیگر، نیازمند دانشی جامع از مسائل علمی است.

از زمان ویرایش تلمود در پایان قرن ششم (میان سده هفتم) تا دوران مدرن، تصمیم‌گیری درباره قانون مقدس از راه پرسش و پاسخ انجام می‌شود. مسائل اخلاقی پس از مشخص شدن به خاخام تصمیم‌گیرنده (rabbinic decisor) ارائه و پاسخ آن‌ها از او گرفته می‌شود؛ هرچند این پاسخ‌ها (احکام) در آینده ممکن است بر اساس سرعت پیشرفت دانش پزشکی تغییر پیدا کنند. از این رو، قانون مقدس باید از توان پیشی بینی پاسخ‌های جدید به وسیله ایجاد روش‌های شرعی برخوردار باشد؛ هرچند نباید از نقش خاخام‌های اندیشمندی که دارای دانش پزشکی مدرن هستند، در یافتن پاسخ‌های شرعی متناسب غافل بود. (Steinberg, 2003, p:36)

سوم، نتیجه‌گیری نهایی: تلاش برای ارائه تصمیم‌هایی نهایی درباره موضوع‌های مطرح پزشکی، وابسته به نظر خاخام تصمیم‌گیرنده است. از گذشته دور، خاخام‌ها دارای باورهای متفاوتی بوده، همیشه تصمیم نهایی آن‌ها مورد اتفاق همه نیست؛ با این وجود، در قانون مقدس

1 Orthodox

2 Conservative

3 Reform

روشی طراحی شده تا نسبت به اموری که اختلاف نظر وجود دارد، تصمیم‌گیری شود. قانون مقدس برای تصمیم‌گیری نسبت به یک مسأله اخلاق پزشکی سه عنصر بیمار یا خانواده بیمار، پزشک و خاخام تصمیم‌گیرنده را مورد توجه قرار می‌دهد. بیمار موظف به جستجو کردن بهترین درمان پزشکی ممکن است؛ او حق خودمختاری و برگزیدن پزشک و خاخام تصمیم‌گیرنده درباره خود را دارد. پزشک موظف به درمان بیمار است و باید از بهترین مداخلات تشخیصی و درمانی بر اساس دانش خود استفاده کند. خاخام تصمیم‌گیرنده موظف است با آگاهی از موضوعات پزشکی و با لحاظ کردن دیدگاه‌های ارائه شده توسط بیمار و پزشک و بر اساس اصول قانون مقدس در هر موقعیت تصمیم‌گیری کند؛ تصمیمی که هم پزشک و هم بیمار ملزم به رعایت آن هستند. (Steinberg, 2003, p:38)

بنابر این، رویکرد آئین یهود برای حل مسائل شرعی، رویکردی عقلی است؛ یعنی برای تصمیم‌گیری باید وضعیت فردی بیمار در نظر گرفته شود و خاخام با بهره‌گیری از قواعد و اصول اساسی شرعی به نحو مطلوبی نسبت مسائل پزشکی بیمار تصمیم بگیرد.

چهارم، اصول اساسی: عنصر اصلی در اخلاق پزشکی غیر دینی، خودمختاری بیمار است؛ اما اخلاق پزشکی یهودی مبتنی بر اصل وظیفه‌مندی و تکلیف است. پذیرش بندگی خداوند به عنوان هدف نهایی برای یک یهودی سبب می‌شود تا بر اساس وظیفه و تکلیف انسان در برابر خداوند نسبت به مسائل پزشکی تصمیم‌گیری کند. رابطه پزشک و بیمار در آئین یهود یک ترتیب قراردادی نیست، بلکه دستور الهی و وظیفه بندگی است. بیمار موظف است در پی یافتن شفا از پزشک و جلوگیری از بیمار شدن خود تا آن‌جا که ممکن است، باشد؛ پزشک نیز موظف به درمان بوده، باید به یاد داشته باشد که او فرستاده خدا در درمان بیماران است. (Lawrence, Fishman, 2004, p:2)

بیمار آزاد نیست که خودسرانه تصمیم بگیرد و از درمانی که ممکن است برای او سودمند بوده یا زندگی‌اش را نجات دهد، خودداری کند. تکیه بر معجزه برای بیمار مجاز نیست، باید هر آن‌چه را که بر اساس معیارهای پزشکی لازم است، انجام بدهد. در دین یهود و تورات بارها بر حرمت نفس انسان و پاسداری و صیانت از آن تأکید شده است، (Lawrence, Fishman, 2004, p:2-3) بنابراین، برای نجات دادن یک زندگی، تقریباً همه قوانین کتاب مقدس، اگر مانع از آن باشد، لغو می‌شود.

یهودیت، آزادی اراده انسان را به رسمیت شناخته است، اما این بدان معنا نیست که انسان مجاز است زندگی غیر اخلاقی را برای خود برگزیند یا به قوانین تورات بی‌احترامی کند؛ بلکه شخص موظف است در داخل قانون شرع زندگی کند. از این رو، خودمختاری و آزادی انتخاب انسان محدود بوده، تنها در مواردی که قوانین شریعت آن را در بر نمی‌گیرد، حق دارد آزادانه

تصمیم‌گیری کند.

بر اساس دو اصل سودرسانی و ضررنرسانی، در آئین یهودیت ضرر رسانی عمدی به شخص دیگر ممنوع است، چه این آسیب، جسمانی باشد یا مالی یا احساسی یا حیثیتی و چه این آسیب، نسبت به اشیا یا متعلق به او باشد. افزون بر این، نه تنها پرهیز از آسیب رسانی به دیگران ضروری است، بلکه سود رسانی به آن‌ها نیز لازم بوده، گاه برای خودداری از انجام آن، مجازات نیز تعیین شده است. چنین رویکردی در اخلاق یهودیت، بر خلاف اخلاق غیر دینی است که هرچند بر پرهیز از ضرررسانی تأکید دارد، اما وظیفه‌ای برای فرد نسبت به سودرسانی به دیگران تعریف نمی‌کند. (Steinberg, 2003, p: 42)

به عنوان مثال، هر چند آئین یهود بر تکثیر نسل و لزوم فرزندآوری تأکید دارد؛ اما فرزندآوری بیشتر هنگامی جایز و اخلاقی است که افزایش تعداد فرزندان برای بهداشت و سلامت پدر و مادر مضر نباشد. همچنین، در موضوع سقط جنین، اگر انتخاب میان نجات زندگی مادر و نجات زندگی جنین باشد، یهودیت بی‌تردید بر انتخاب مادر تأکید دارد، زیرا مادر یک انسان کامل و مستقل است. بر این اساس، در وضعیتی که افزایش جمعیت آینده جامعه را تهدید می‌کند، کنترل جمعیت از نظر یهودیت، اقدامی لازم و اخلاقی است (منسکی، ۱۳۸۹: ۳۲۳). بر اساس آموزه‌های تلمود، اگر زن برای زایمان دچار مشقت شود، باید جنین را قطعه قطعه کرده و از رحم مادر بیرون آورد، زیرا زندگی مادر بر زندگی جنین تقدم دارد. البته اگر قسمت عمده‌ای از جنین زنده خارج شده باشد، نمی‌توان به واسطه به خطر افتادن سلامت مادر به آن آسیب رساند، زیرا نمی‌توان جانی را به خاطر جان دیگر، گرفت. (سلیمانی، ۱۳۸۴: ۲۲۸)

۲- مسیحیت و اخلاق پزشکی

در آئین مسیحیت دیدگاه‌های مختلفی نسبت به اخلاق پزشکی وجود دارد. افزون بر کلیسا و سازمان‌های وابسته به آن، مکاتب فکری مختلفی وجود دارد که انسان را به پرستش الهی و اخلاق‌ورزی فرا می‌خواند. (Spiros A. Lazarou, M.D, v:6 p:41) هرچند آموزه‌های کتاب مقدس و تعالیم مسیح نقش بسیار مهمی در تصمیم‌گیری‌های یک مسیحی دارد؛ اما مسیحیان تشویق می‌شوند تا بر اساس تجربیات شخصی و چگونگی ارتباط روزانه با مردم، درباره خود اقدام به تصمیم‌سازی اخلاقی کنند. از این رو، ارائه یک چشم انداز قطعی در اخلاق پزشکی برای مسیحی ممکن نیست. (McCarthy, 2010, p: 1)

دو ارزش اساسی درون اخلاق زیستی کاتولیک وجود دارد:

۲-۱- کرامت انسانی: بر اساس این اصل، زندگی تا آن‌جا که ممکن است باید حفظ

شود؛ زیرا انسان به صورت (تمثال) خداوند آفریده شده، زندگی و پیکر وی امانت الهی هستند. از

این رو، ارزش زندگی انسان فراتر از ارزیابی و اقتدار انسان است. (Aasim, Padela, , 2006 , V: 38, P: 111)

۲-۲- وابستگی افراد به یکدیگر: کاتولیک‌ها بر اساس این اصل، یک نظم اجتماعی منصفانه را ترویج کرده، نسبت به برآوردهای سودگرایانه در زندگی هشدار می‌دهند. باور به چنین اصلی سبب شده است تا نظام کاتولیک در برابر انجام سقط جنین و اتانازی مقاومت کند؛ هرچند این نظام از انعطاف‌پذیری لازم نسبت به تحلیل متون دینی هنگام اختلاف پیدا کردن میزان پایبندی افراد با سنت‌های دینی برخوردار است. (Aasim, Padela, , 2006 , V:38, P: 111)

از باورهای یک فرد مسیحی درباره "خدا زندگی دهنده"، "خدا به عنوان تثلیث"، "خدای مجسم"، "خدا نجات دهنده"، "خدا و عدالت" و "خدا و جامعه"؛ چهار اصل عمده اخلاق پزشکی به وجود آمده است، اصولی که مکمل یکدیگر بوده، هر یک بر دیگری اثر می‌گذارند. این اصول چهارگانه به ترتیب عبارتند از: تصدیق زندگی، مراقبت از افراد آسیب‌پذیر، ایجاد جامعه و احترام به شخص.

الف- تصدیق زندگی: حق زندگی کردن و حفاظت از زندگی هر دو از حقوق اساسی بشر و مبنای بسیاری از قوانین جزایی هستند. "تصدیق زندگی" هرچند دو مفهوم "حق زندگی کردن" و "حفاظت از زندگی" را در بر می‌گیرد؛ اما افزون بر آن، بر ارزشمندی و معناداری زندگی هر فرد تأکید می‌کند، هرچند برخی از افراد نسبت به آن تردید داشته باشند. از این رو، باید هر کسی بتواند به بالاترین کیفیت ممکن برای زندگی دست پیدا کند. "تصدیق زندگی" بر دیگر اصول اخلاق پزشکی تقدم دارد، زیرا مهم‌ترین ضمانتی است که جامعه به افراد خود می‌دهد. (McCarthy,2010,p:3)

ب- مراقبت از افراد آسیب‌پذیر: جامعه متمدن جامعه‌ای است که ضمن پذیرش حق زندگی برای همه افراد، از امکان تجربه مساوی همه آن‌ها حفاظت می‌کند. از این رو، به افراد آسیب‌پذیر و گروه‌های خاص، توجه ویژه دارد. به گواهی تاریخ، حقوق افراد آسیب‌پذیر توسط قدرتمندان ضایع می‌شود، مگر این که فردی قوی یا نهاد مخصوصی از آن‌ها حمایت کند. اما مراقبت از افراد آسیب‌پذیر، فراتر از حمایت از آنان، شامل تضمین پشتیبانی از آن‌ها، توانمند ساختن ایشان در زندگی، ایجاد حس رضایتمندی از زندگی در آن‌ها و برخورداری از احترام همسان با افراد سالم می‌شود. (McCarthy,2010,p:4)

ج- ساختن جامعه: در جامعه‌ای که با حکومت دیکتاتوری اداره می‌شود، از آن‌جا که هدف، سلطه هرچه بیشتر بر زندگی شهروندان است، اصول تصدیق زندگی و مراقبت از افراد آسیب‌پذیر کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد؛ اما این روش پسنندیده نیست، زیرا استقلال و آزادی

فرد بسیار مهم هستند و این امر جز در درون یک جامعه منسجم و انسانی مبتنی بر مردم سالاری (دموکراسی) فراهم نمی‌شود؛ یعنی محیطی اطمینان بخش برای زندگی که حق برابری همه افراد برای دریافت خدمات درمانی، یعنی عدالت سلامت که از جمله اصول چهارگانه اخلاق پزشکی است، مورد پذیرش قرار گرفته و فرد آسیب پذیر در آن از حق درمان شدن برخوردار است. (McCarthy, 2010, p:4)

د- احترام گذاشتن به افراد: قربانی و اذیت کردن افراد و گروه‌ها بر اساس جنسیت، نژاد، مذهب، سن، ناتوانی، گرایش جنسی و سایر ویژگی‌ها از شاخصه‌های تبعیض هستند؛ اما در جامعه منسجم و انسانی که زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد و پرستاری کردن از افراد آسیب پذیر، نشانه آزادی افراد در انتخاب است؛ جامعه آزادی افراد در انتخاب را در بیشترین سطح خود مورد تأیید قرار می‌دهد تا از رهگذر آن، قادر به زندگی کردن با روشی پسندیده باشند. (McCarthy, 2010, p:4)

این اصول چهارگانه که مورد تأیید مسیحیت است، می‌بایست در عمل ظاهر و در موقعیت‌های مختلف بکار برده شوند. بنابراین، برای به دست آوردن بهترین نتیجه، شناخت اصول و اولویت‌گذاری میان آن‌ها ضروری است. (McCarthy, 2010, pp:4-5)

در قرن اول و دوم میلادی سقط جنین و بچه کشی هرچند عملی عادی بود، اما کلیسا قاطعانه با آن مخالفت می‌کرد. در قرون بعدی، برخی از رهبران کلیسا میان جنین شکل نایافته که به اعتقاد آنان روح نداشت و جنین شکل یافته که دارای روح بود، تمایز قائل شدند و سقط جنین شکل یافته را جایز ندانستند. مسیحیت کاتولیک تنها مذهب مسیحی است که در چند دهه اخیر، احکام و قوانین دقیقی درباره سقط جنین صادر کرده است. از نظر کاتولیک‌ها، در زمان تشکیل سلول تخم (انعقاد نطفه) یک زندگی منحصر به فرد تشکیل شده و در نتیجه، سقط آن در هر زمانی نادرست خواهد بود. هرچند زندگی رویان و جنین به اندازه زندگی مادر دارای اهمیت است؛ اما در عمل، اگر لازم باشد یک پزشک کاتولیک، یک زندگی را به بهای از بین بردن زندگی دیگر نجات دهد، رویه رایج پزشکان، نجات زندگی مادر است. (منسکی، ۱۳۸۹: ۳۶۸، ۳۷۰)

۳- اسلام و اخلاق پزشکی

پزشکی در اسلام، واجب کفایی و در صورت منحصر به فرد بودن پزشک، درمان بیماران واجب عینی است؛ از این رو، طبابت برای پزشک یک فریضه الهی است و نه یک قرارداد اجتماعی که پزشک نسبت به انجام یا ترک آن آزاد باشد. (دیبایی، ۱۳۸۱: ۲۱)

از بررسی متون دینی چنین بر می‌آید که اخلاق پزشکی اسلامی دستکم مبتنی بر چهار اصل است:

۳-۱- وجوب حفظ و احیای نفس: از جمله واجبات الهی، بلکه از ضروریات دین مبین اسلام، وجوب حفظ نفس محترم است که در ضمن مسائل مختلفی از کتاب‌های فقهی به آن اشاره شده است. از جمله دلایلی که بر وجوب حفظ نفس دلالت می‌کند، آیه «من احیایها فکأنما احیا الناس جمیعاً» (مائده، ۳۲/۵) است، زیرا بر حفظ نفس محترم، عنوان "احیا" بار شده، احیایی که بر اساس آموزه‌های دینی دستکم سه مصداق دارد: ترک قتل (قصاص نکردن جانی)، جلوگیری از کشته شدن یک انسان، حفظ جان انسان از مرگ. افزون بر این، در منابع روایی، احادیثی با مضامین مختلف نقل شده است که همگی بر وجوب حفظ نفس محترم دلالت دارند، همچون: وجوب شکافتن شکم زن حامله اگر جنین در رحمش مرده باشد و باقی ماندن جنین باعث به خطر افتادن جان مادر شود و وجوب شکافتن شکم مادر اگر مادر بمیرد و جنین در شکمش زنده باشد. بر این اساس، اگر فردی دچار صدمه مغزی شده، قشر مخ او از کار افتاده باشد، اما به علت سالم بودن ساقه مغز دارای تنفس و گردش خون خود به خودی است، حفظ او از مرگ واجب بوده، پزشک نمی‌تواند دستگاه‌های حمایتی را از این بیمار جدا کند. (برای اطلاع بیشتر رجوع کنید به نظری توکلی، ۱۳۸۰، ۱۹۴، ۱۸۰، ۲۱۹-۲۲۳)

۳-۲- خودمختاری: قاعده سلطنت یکی از قواعد مسلم فقهی است که حدیث نبوی «إِنَّ النَّاسَ مُسْلَطُونَ عَلَىٰ أَمْوَالِهِمْ» (مجلسی، ۱۴۰۳: ۲۷۲/۲) مهم‌ترین مستند آن است. هرچند موضوع این روایت تسلط انسان بر اموال خود است؛ اما فقهای امامیه با کمک گرفتن از اصل اولویت، تسلط بر نفس را از آن استنتاج کرده‌اند؛ زیرا اگر انسان نسبت به مال خود حق تصمیم‌گیری داشته باشد، بدون شک نسبت به جان خود نیز حق تصمیم‌گیری خواهد داشت. بر این اساس، برخی از فقها بر این باور هستند که انجام عبادت توسط کودک (صبی) مشروط به اجازه پدر و مادر یا پدر نیست؛ زیرا چنین شرطی با اصل "تسلط بر نفس" ناسازگار است. (طباطبایی حکیم، ۱۴۱۶، ج ۱۰، ص ۱۷) با این وجود، بر اساس آموزه‌های فقهی، این تسلط بی‌قید و شرط نیست، زیرا از یک سو، تصرفات انسان در مال خود مشروط به آسیب‌رسانی به دیگران، هم‌چنین اسراف نبودن است. از سوی دیگر، تصرفاتی که منجر به مرگ انسان یا آسیب دیدن سلامت وی شود، جایز نخواهد بود. (نظری توکلی، ۱۳۸۱: ۸۷)

اگر منظور از اتونومی، توانایی فرد برای خودمختار بودن و ظرفیت او برای انتخاب بر اساس آگاهی و باور و ارزش‌های فردی باشد

(Downie, Calman, 1994, p: 52, Giles, 1982, p:1, Garrett, Baillie etc. 1993, p: 28-29)

آن‌گاه می‌توان قاعده سلطنت در فقه اسلامی را با اصل اتونومی برابر دانست. یکی از کارکردهای همسان قاعده سلطنت و اصل خودمختاری در فقه اسلامی، توجه به رضایت بیمار

پیش از انجام اقدامات درمانی است؛ چرا که اگر پزشک، در شرایط غیر از اورژانس، بدون کسب رضایت بیمار اقدام به درمان وی کند و این اقدام درمانی وی منجر به مرگ بیمار یا نقص عضو او شود، پزشک افزون بر مجرمانه بودن عملش، مسئول ضرر و زیان وارد بر بیمار (ضمان) نیز خواهد بود (نجفی، ۱۴۰۴: ۴۴/۴۳؛ محقق اردبیلی، ۱۴۰۳: ۱۴: ۲۲۷؛ طباطبائی، ۱۴۰۴: ۵۳۳/۲). هرگاه بیمار اهلیت دادن رضایت نداشته باشد، هم‌چون کودکان یا دیوانگان، مسؤولیت رضایت دادن به تصمیم‌گیرنده جانشین (surrogate decision maker) وی یعنی سرپرست قانونیش (ولی) منتقل شده، پزشک موظف است با به دست آوردن رضایت او، اقدام به درمان کودک یا فرد دیوانه کند. (محقق حلی، ۱۴۰۸: ۲۳۱/۴)

۳-۳- ضرر نرسانی: قاعده نفی ضرر که بر گرفته از حدیث نبوی "لاضرر و لااضرار فی الاسلام" است، از مهمترین قواعد فقه اسلامی است که در استنباط بسیاری از احکام شرعی به صورت مستقیم یا غیر مستقیم بکار می‌رود. هرچند مستند این قاعده در فقه اسلامی، حدیث نبوی است، اما به نظر می‌رسد این حدیث در مقام تأسیس یک قاعده شرعی نبوده، ناظر به اصل عقلایی ضرر نرسانی است (مکارم شیرازی، ۱۴۱۱: ۲۸/۱). فقیهان مسلمان در این که منظور از جمله لاضرر و لااضرار فی الاسلام چیست، چهار احتمال مطرح کرده‌اند: ۱- نهی از ضرر (شیخ الشریعه الاصفهانی، ۱۴۱۰: ۲۴)، ۲- نفی حکم به لسان نفی موضوع، (آخوند خراسانی، ۱۴۰۹: ۳۸۲) ۳- نفی حکم ضرری، (انصاری، ۱۳۷۵: ۳۷۲) ۴- نفی ضرری که جبران نمی‌شود. (نراقی، ۱۴۱۷: ۵۵-۵۶). هر چند برای هریک از این احتمالات چهارگانه دلایلی وجود دارد؛ اما به نظر می‌رسد احتمال نخست درست‌تر باشد، زیرا جمله "لاضرر و لااضرار فی الاسلام" جمله-ای است خبری و بیانگر عدم رضایت قانون‌گذار به تحقق ضرر و ضرار در جهان واقعیت خارج. پس همان‌گونه که قانون‌گذار خود حکم ضرری وضع نمی‌کند، اجازه نمی‌دهد افراد نیز به خود یا به یکدیگر آسیب وارد کنند. (نظری توکلی، ۱۳۸۱، ص ۱۶). بر این اساس، حدیث نفی ضرر یکی از مهم‌ترین دلایل ممنوعیت ضرر زدن به خود (لاضرر) و ضرر زدن به دیگران (لااضرار) است. یکی از پیامدهای اصل ضرر نرسانی در فقه اسلامی، وجوب اقدام به درمان بیماری‌هایی است که اگر هریک از بیمار یا پزشک از قبول یا انجام آن سرباز زنند، باعث مرگ بیمار یا نقص عضو وی یا از بین رفتن توانمندی‌های جسمانی او شود. بر این اساس، همان‌گونه که خودداری بیمار از پذیرش درمان از آن جهت که سبب آسیب دیدگی او می‌شود، برای بیمار حرام است؛ خودداری پزشک از انجام درمان از آن جهت که سبب آسیب زدن به بیمار می‌شود، برای پزشک نیز حرام بوده، مسؤولیت (ضمان) او را در به دنبال دارد. بنا به نقل ابن بن تغلب، امام صادق علیه السلام از حضرت مسیح چنین نقل کرده‌اند: «کسی که زخم فرد مجروحی را درمان نکند، شریک کسی است که او را مجروح کرده است؛ زیرا فرد آسیب رسان خواستار از بین رفتن فرد مجروح است و

کسی که از درمان او خودداری کند، خواستار بهبودی او نبوده، از بین رفتن او را می‌خواهد». (کلینی، ۱۴۰۷: ۸/۳۴۵)

۳-۴- احسان: یکی دیگر از قواعد فقه اسلامی، قاعده احسان است که مهم‌ترین مستند آن، آیه «مَا عَلَى الْمُحْسِنِينَ مِنْ سَبِيلٍ» (توبه ۹۱/۹) است. واژه "المحسنین" کلمه‌ای است در ساختار جمع و دارای الف و لام و به همین خاطر، مفهومی عام داشته، تمام گونه‌های احسان به دیگری، گفتاری و رفتاری، مالی و رفتاری را دربر گرفته، دور کردن ضرر از دیگری را نیز شامل می‌شود (بجنوردی، ۱۴۱۹: ۱۰/۴). منظور از احسان انجام هرکاری با انگیزه کمک‌رسانی به دیگران است، چه سودی به دنبال داشته باشد یا ضرری را دور کند. (مصطفوی، ۲۸/۱۴۲۱) واژه "سبیل" نیز با توجه به ساختار منفی جمله، دلالت بر عموم داشته، دلالت بر نبود هرگونه مسئولیتی نسبت به انجام کارهای نیکوکارانه دارد (مراعی، ۱۴۱۷: ۲/۴۷۴).

بر اساس این قاعده، از آن جهت که پزشک در اقدامات درمانی خود، نیکوکار است و انجام کارهای نیکوکارانه مسئولیتی برای فرد نیکوکار به دنبال ندارند، پزشک در اقدامات درمانی خود نسبت به بیمار مادام که زیاده‌روی یا کوتاهی نکرده باشد، ضامن نیست؛ زیرا مسؤول دانستن پزشک، سبب خودداری وی از ارائه خدمت به دیگران شده، سلامت بیماران به خطر می‌افتد. در برخی از منابع اسلامی به‌جای احسان از واژه "خیرخواهی" استفاده شده است. امیرالمؤمنین علیه السلام به پزشکان توصیه می‌کنند: «آن‌چه را که به خیر و صلاح بیمار است در نظر بگیرند» (مَنْ تَطَبَّبَ فَلْيَتَّقِ اللَّهَ وَ لْيُنْصَحْ وَ لْيَجْتَهِدْ) (ابن حیون، ۱۳۸۵: ۱۴۴/۲)؛ نه سود و منفعت خود یا دیگر کادر درمانی.

بر این اساس می‌توان درباره سقط جنین داوری فقهی - اخلاقی کرد. از آن‌جا جنین انسانی در طول دوره بارداری و بسته به زمان آن، انسانی بالقوه (از هفته صفر تا هفته شانزدهم) یا انسان بالفعل (از هفته شانزدهم تا پایان بارداری) است و هیچ تفاوتی نیز میان جان یک انسان در مقایسه با جان انسان دیگر وجود ندارد؛ سقط جنین عملی حرام است، مگر زمانی که وجود جنین زندگی مادر را به خطر اندازد. (مکارم شیرازی، ۱۳۷۸: ۲۸۶؛ تبریزی، ۱۴۱۶: ۳۳۳)

۴- زردشت و اخلاق پزشکی

بزرگترین منبع درباره طب دوران هخامنشیان و پیش از آن در ایران باستان، اوستا و دیگر کتب مقدس زرتشتیان است. افزون بر دانا، توانا، بینا، آمرزیدگار، نگه‌دار، پاسبان و پشتیبان بودن اهورامزدا، در قطعه هشتم و دوازدهم از هرمزیش، "درمان بخش بودن" و "چاره بخش‌ترین" به عنوان صفات اهورامزدا دانسته شده است. (رضی، ۱۳۷۶: ۱۸۵۴/۴؛ نجم آبادی، ۱۳۴۱: ۱/۳۰۴) در اوستا به روشنی به وظایف پزشک نسبت به درمان بیمار اشاره شده است. (الگود، ۱۳۶۱: ۳۶-۳۴/۲۵۳۶). دستمزد پزشک باید متناسب با شرایط بیمار باشد (حسینی داعی الاسلام، ۱۳۶۱:

۶۳-۶۴)؛ اما پزشکی در نهایت از پاداش اخروی نیز برخوردار است (نجم آبادی، ۱۳۴۱: ۱/۳۰۹). در دوران باستان، پزشکی با الهیات همراه بوده است. طبیب بیش تر از میان طبقه روحانی انتخاب می شده است؛ اما پس از تمام شدن دوره الهیات و پزشکی، اگر فردی می خواست تنها به اجرای احکام دین بپردازد، در دسته روحانیون مغان قرار می گرفت. (نجم آبادی، ۱۳۴۱: ۱/۳۰۶). پزشکان به سه گروه کلی تقسیم می شدند: "درستبذ" یعنی پزشکی که مسؤول جلوگیری از بیماری ها و حافظ صحت عمومی است؛ پزشکان عادی و معمولی؛ پزشکانی که با دعا و کلمات پاک خدایی، بیماران خود را درمان می کنند، یعنی "زرتشتروتوم" که عنوان خاص موبد موبدان بوده است. (حسنی داعی الاسلام، ۱۳۶۱: ۱۲۴، ۶۴).

بر اساس قوانین آیین زرتشت، پیروان اهورامزدا وقتی حق طبابت داشتند که سه نفر غیر زردشتی را درمان کرده باشند. این قانون سه نتیجه در برداشت: ایجاد گرایش به خداپرستی و پاکی در مردم؛ پیدا کردن آراستگی اخلاقی با درمان غیر همکیشان؛ کسب تجربه و گذراندن مرحله کارورزی برای دانشجویان پزشکی (نجم آبادی، ۱۳۴۱: ۱/۳۰۹).

سقط جنین در دین زرتشت را هم در سنت کهن زرتشتی که عبارت است از مجموعه ای آمیخته از آموزه های زرتشت با پندارهای کهن اسطوره های و دیگری در حوزه آموزه های ناب زرتشت که مشخصاً در گاهان مطرح شده اند در نظر می گیریم. در سنت کهن زرتشت که دارای پندارهای کهن اسطوره ای است، سقط جنین عملی ناروا شمرده شده است، زیرا این عمل از یک سو، کشتن آگاهانه دیگران است و از سوی دیگر، باعث آلودگی با نساء (مردار) می شود. اما در آموزه های ناب زرتشت، هیچ اشاره ای به مسائل شرعی از جمله روایی یا ناروایی سقط جنین نشده است؛ با این وجود، چون زرتشتیان جهان را عرصه کارزاری فراگیر میان نیکی ها و بدی ها می دانند و بر این باورند که نقطه عزیمت منش هر انسانی که پا به عرصه گیتی می گذارد، جز خوبی و پاکی نیست؛ پس می توان نتیجه گرفت که در نگرش زرتشت، با سقط جنین یا موجودی با سرشت اهورایی از میان رفته است یا موجودی که می تواند بنا به سرشت خود، اهورایی تر شود، کشته شده است و این هر دو ناپسند است. از طرف دیگر، در آموزه های زرتشت خردورزی نیز وجود دارد که بر اساس آن می توان عمل سقط جنین را در شرایطی خاص، روا دانست؛ یعنی هنگامی که دانش روز بنا بر مصلحتی، این کار را لازم بداند. بنابراین، از نظر آئین زرتشت، هرگاه آموزه های علمی انجام کاری را لازم بداند، باید آن را انجام داد و شایسته نیست به بهانه پایبندی بر سنت های دینی، از پذیرش تشخیص عقل سرباز زد (آقایی، ۱۳۸۴/۳۵۴-۳۶۰).

۵- ادیان آسیایی و اخلاق پزشکی

در آئین بودیسم، اخلاق و پزشکی دو دانش جدانشدنی هستند، "راه درست زندگی" به همراه "روش صحیح فکر کردن" ذات واقعی "دارما" یا تعالیم اخلاقی را در سانسکریت تشکیل

می دهند. از آن جایی که ریشه همه دردهای جسمانی، در درون ذهن انسان قرار دارد، درمان نهایی از راه تغییر شکل مؤثر در درون خود فرد به وجود می آید. فرآیند این تغییر شکل عبارت است از حذف رفتار منفی بدن، حرف و ذهن، هم‌چنین بالا بردن رفتار مثبت به وسیله حال مثبت ذهن. روشی که معلم و متعلم در آیین بودا دارند با اصطلاحات پزشکی قابل توصیف است. در تعالیم بودا، یک جستجوگر دارما باید خودش را به عنوان یک بیمار بازشناسد، تعالیم معنوی آیین بودا را به عنوان یک پزشک و تمرینات سخت آن را به عنوان یک درمان ضروری در نظر بگیرد. بنابراین، عمل کردن به تعالیم بودا چیزی جز بکار بستن مؤثرترین درمان برای بدست آوردن یک درمان کامل از همه چیزهای رنج آور نیست. (Gonsar Rinpoche, 1998, p:118)

در این نوع اخلاق پزشکی دینی، بیمار برای بهبود از یک بیماری سخت به هر کسی که خودش را پزشک می‌نامند، نباید تکیه کند؛ بلکه باید توانایی پزشک و خصوصیات همانند دلسوزی و خرد را در وی در نظر بگیرد. افزون بر این، در این نظام اخلاقی دینی سه چیز دارای اهمیت است: دارو و اثری که بر درمان بیماری دارد؛ باور به مؤثر بودن دارو و لزوم مراقبت دائم از بیمار به منظور بهبودی او نه تنها به وسیله پزشک دارای صلاحیت، بلکه به وسیله یک گروه کامل شامل کارکنان بهداشت.

همه این‌ها نشان می‌دهد که در بودیسم، مذهب و پزشکی بهم پیوسته بوده، نقش راهنمای معنوی و نقش یک پزشک بسیار شبیه به هم هستند. شخصی که به دیگران کمک می‌کند تا با استفاده از روش‌های پیشرفت ذهن، بر حالات منفی ذهن خود غلبه پیدا کرده، توانایی‌های مثبتشان را افزایش دهند، یک استاد روحانی است. در برابر، کسی که با درمان پزشکی سبب می‌شود دیگران بر درد مزمن فیزیکی خود غلبه پیدا کنند، پزشک نامیده می‌شود. با این وجود، ماهیت و هدف این دو فعالیت، یکسان است؛ یعنی رها کردن مخلوقات از درد و رنج. (Gonsar Rinpoche p:119)

این دو حرفه سه محور اصلی مشترک دارند: رحم و شفقت خالصانه؛ دانش و بهره‌گیری از روش‌های خاص؛ هماهنگی میان بدن و ذهن. روشن است که بدون وجود دلسوزی، دانش و تلاش شخص، خیر و سود با دوامی را به دنبال نخواهد داشت. اگر هدف پزشک تنها سود شخصی، یعنی ثروت و شهرت باشد، وی عملاً درد مخلوقات را استثمار کرده، کارش جنبه تجارت پیدا می‌کند.

از نظر بودیسم برای نفس انسان، شش مرحله کمال وجود دارد: کمال سخاوت، کمال نظم و انضباط و اخلاق، کمال صبر، کمال اشتیاق پشتکار یا پایداری، کمال تمرکز، کمال عقل. از آن جا که راهنمای معنوی یا پزشک کامل برای انجام وظیفه خود، نیازمند این شش کمال است؛ بنابراین، کار هدایت‌گر معنوی و کار یک پزشک جدایی‌ناپذیر هستند. آن‌گونه که در کتاب

مقدس آمده است، یک بودیستوه (Bodhisattva)، یعنی کسی که در پی دست یافتن به روشن-گری است، باید پنج مهارت را بدست آورد: علم هنر، علم پزشکی، علم زبان، علم منطق، علم درونی (باطنی) و پرورش ذهنی (روانی).

با پیشرفت فنآوری، روش‌ها و امکانات جدیدی در پزشکی به وجود آمده است. صرف نظر از مزایا و معایبی که این روش‌ها و امکانات دارند، اصل غیر قابل تغییر در این فعالیت نوع دوستانه، دلسوزی است؛ یعنی احترام به زندگی از راه به رسمیت شناختن موجود مدرک (sentient beings).

یکی دیگر از اصول اخلاقی بودیسم، عدم آزاررسانی (Ahimsa) است؛ یعنی اجتناب از هرچه برای موجودات مدرک مضر است و فراهم آوردن هر چیزی که برای آن‌ها سودمند و با ارزش است در هر رشته‌ای از دانش که باش (Gonsar Rinpoche, 1998, p:120)

از آن‌جا که به باور بوداییان هستی با شکل‌گیری سلول تخم (بسته شدن نطفه) آغاز می‌شود، سقط جنین گرفتن یک زندگی به حساب آمده، بایستی از آن پرهیز کرد. هرچند گرفتن جان یک انسان برای کسانی که این تصمیم را می‌گیرند، از نظر اخلاقی عملی زیانبار است؛ اما در شرایطی خاص، باید زندگی رویان/جنین فدای زندگی مادر شود. از نظر بوداییان این گونه استدلال و انجام چنین عملی، دشواری‌های بسیار زیادی دارد و تنها مردم بسیار عاقل و رحیم می‌توانند تصمیم درستی در این باره بگیرند. بوداییان دیدگاهی عمل‌گرایان، یعنی بررسی هر مورد به تنهایی و با توجه به رهنمودهای کلی رفتار عاقلانه، داشته و از تفکر در چارچوب مطلق-های اخلاقی خودداری می‌کنند. از این رو، اگر سقط جنین روشی برای اظهار یأس، تنفر یا خودخواهی باشد، در حکم عملی است که از آن تنها کارمای بد به وجود می‌آید؛ اما اگر ریشه این کار، رحمت نوع دوستانه نسبت به دیگران باشد، نمی‌توان آن را کاملاً نادرست تلقی کرد. (منسکی، ۱۳۸۹: ۱۷۵)

مطالعه تطبیقی

۱- **شباهت‌ها:** بررسی دیدگاه ادیان آسمانی و غیر آسمانی پیرامون اخلاق پزشکی و مسائل آن، نشان‌گر وجود نقاط مشترکی میان آن‌هاست. حفظ جان انسان و کوشش برای حمایت و مراقبت از بیمار و دفع بیماری از او بر پزشک و کادر درمانی ضروری است. اقدام برای درمان، تلاش برای رسیدن به راه حل مناسب برای رفع بیماری، عدم ضرررسانی به خود و کوتاهی نکردن در امر درمان از مشترکاتی است که در دستور به بیمار در روبرو شدن با بیماری داده شده است.

۲- **تفاوت‌ها:** در ادیانی هم‌چون یهودیت و اسلام که دارای مکتب تشریحی و نظام فقهی

هستند، بر پاسخگویی و قضاوت درباره مسائل نوین پزشکی بر اساس آموزه‌های دینی تأکید شده است؛ یعنی از نظر پیروان این ادیان، دین قدرت پاسخگویی و ارائه راه حل اخلاقی مناسب با موضوعات نوین پزشکی را دارد. اما چنین دیدگاهی در ادیانی هم‌چون زرتشت و بودیسم وجود ندارد.

دامنه عملکردی اصل خودمختاری یکی از ملاک‌های تمایز اخلاق دینی و غیر دینی است. ادیانی چون یهودیت و اسلام با هدف نهایی دانستن بندگی و فرمان‌برداری از خداوند، دامنه اصل خودمختاری را محدودتر کرده، اختیار نامحدود در تصمیم‌گیری و انجام اقداماتی که جان فرد را به خطر انداخته یا به زندگی شخص پایان می‌دهد را از کنشگر سلب می‌کنند. در حالی که این خودمختاری در سایر ادیان یا مورد توجه قرار نگرفته یا هم‌چون مسیحیت انعطاف بیشتری نسبت به گستره آن وجود دارد.

تأکید بر باورهای شخصی و تقویت نیروی ذهن، عمل کردن به فرامین مذهبی و ارتباط مستحکم بین ذهن و درمان از ویژگی‌های ادیان آسیایی است؛ همچنان که مشخص کردن وظایف و حقوق پزشک و بیمار در مقابل یکدیگر و بیان مواردی هم‌چون میزان دستمزد، استفاده از گیاهان در درمان بیماری در آموزه‌های دین زرتشت بسیار پر رنگ است.

نتیجه‌گیری

۱- عالمان یهودی توانسته‌اند بر اساس آموزه‌های شریعت خود، مسائل مرتبط با اخلاق پزشکی را بررسی و پاسخ‌گوی نیازهای پیروانشان باشند. توجه به شریعت در آئین یهود سبب شده است تا خودمختاری بیمار و حق تصمیم‌گیری او هم‌چون نظام اخلاق غیر دینی، نامحدود نبوده، تعیین مشروعیت یک اقدام درمانی وابسته به تصمیم مشترک بیمار- خانواده بیمار، پزشک و خاخام باشد.

۲- آیین مسیحیت آزادی عمل بیشتری به پیروان خود در گرفتن تصمیم برای اقدامات پزشکی می‌دهد. توجه به تجربیات شخصی و حفظ کرامت انسان از جمله اصول اخلاقی مسیحیت برای تصمیم‌گیری در مسائل پزشکی است.

۳- اسلام به عنوان دین دارای شریعت رویکرد خود را در حوزه پزشکی با توجه به آموزه‌های فقهی تعیین می‌کند. بر این اساس، جریان اصل وجوب حفظ نفس محترم در دو حوزه بیمار و پزشک سبب می‌شود تا پذیرش درمان و درمانگری برای بیمار و پزشک واجب بوده، نه بیمار حق امتناع از قبول درمان را دارد و نه پزشک مجاز به ترک درمان است. درمانگری هرچند فعلی بشر دوستانه (احسان) است که برای انجام دهنده آن مسؤلیتی به دنبال ندارد؛ اما حاکمیت اصل ضرررسانی بر تمامی اقدامات درمانی سبب می‌شود که روایی اخلاقی اقدامات پزشکی مشروط به ضرر رسانی به بیمار باشد.

۴- آیین زرتشت به عنوان آئینی کهن، هرچند به صورت مستقل و در قالب یک شریعت به بررسی احکام مرتبط با درمان و درمانگری نپرداخته است؛ اما تاکید زردشت بر جایگاه پزشک، پیوند بین دین و پزشکی، وظایف و حقوق متقابل پزشک و بیمار از جمله مبانی تصمیم‌گیری برای انجام یا عدم انجام اقدامات درمانی بوده، دامنه خودمختاری فرد در تصرف بر بدنش نامحدود نخواهد بود.

۵- در آیین بودیسم که تعالیم اخلاقی‌اش ریشه در سانسکریت دارد، آمیختگی مذهب و پزشکی بسیار محسوس است. احترام به حیات و دلسوزی بر سایر انسان‌ها مبنای تصمیم‌گیری افراد بوده، شخص مجاز نیست اقداماتی انجام دهد که موجب ضرر رسانی به دیگران شود.

فهرست منابع

- ۱- قرآن مجید
- ۲- آقایی، سید مجتبی، ۱۳۸۴، *سقط جنین و دین زرتشتی*، فصلنامه باروری و ناباروری.
- ۳- ابن حیون، نعمان بن محمد مغربی، ۱۳۸۵ هـ *دعائم الاسلام*، قم، مؤسسه آل البيت، چ ۲.
- ۴- اصفهانی، شیخ الشریعه، ۱۴۱۰، *قاعده لاضرر*، قم، دفتر انتشارات اسلامی.
- ۵- انصاری، مرتضی، ۱۳۷۵، *المکاسب*، تبریز، مطبعه الاطلاعات، چ ۲.
- ۶- بجنوردی، حسن، ۱۴۱۹، *القواعد الفقهیه*، قم، نشر هادی.
- ۷- تبریزی، میرزا جواد، ۱۴۱۶، *صراط نجاه*، قم، انتشارات سلمان فارسی.
- ۸- حسنی داعی الاسلام، سید محمدعلی، ۱۳۶۱، *اوستا/وندیاد*، تهران، ناشر دانش، چ ۲.
- ۹- خراسانی، محمد کاظم، ۱۴۰۹، *کفایه الاصول*، قم، مؤسسه آل البيت.
- ۱۰- دیبایی، امیر، ۱۳۸۱، *چکیده اخلاق و قوانین پزشکی*، تهران، پژوهشکده فرهنگ و معارف، چ ۱.
- ۱۱- رضی، هاشم، ۱۳۷۶، *اوستا/وندیاد*، تهران، انتشارات فکر روز، چ ۱.
- ۱۲- طباطبایی حکیم، سید محسن، ۱۴۱۶، *مستمک العروه الوثقی*، قم، مؤسسه دارالتفسیر.
- ۱۳- طباطبائی، سیدعلی، ۱۴۰۴ق، *ریاض المسائل فی بیان الاحکام بالادلة*، قم، مؤسسه آل البيت.
- ۱۴- کلینی، محمد بن یعقوب، ۱۴۰۷، *کافی*، تهران، دارالکتاب اسلامی، چ ۴.
- ۱۵- الگود، سیریل، ۲۵۳۶، *تاریخ پزشکی ایران و سرزمین های خلافت شرقی*، مترجم: باهر فرقانی، تهران، انتشارات امیرکبیر، چ ۱.
- ۱۶- مجلسی، محمد باقر، ۱۴۰۳، *بحار الانوار*، بیروت، دارالاحیاء تراث عربی، چ ۲.
- ۱۷- محقق اردبیلی، ۱۴۱۶ق، *مجمع الفائدة والبرهان فی شرح ارشاد الازهان*، قم، جامعه المدرسین، چ ۱.
- ۱۸- محقق حلی، جعفر بن الحسن، ۱۴۰۳ق، *شرائع الاسلام فی مسائل الحلال والحرام*، قم، دفتر انتشارات اسلامی.
- ۱۹- مراغی، سید میرعبد الفتاح، ۱۴۱۷، *العناوین*، قم، دفتر انتشارات اسلامی، چ ۱.
- ۲۰- مصطفوی، سید محمد کاظم، ۱۴۲۱، *مائه قاعده فقهیه*، قم، دفتر انتشارات اسلامی، چ ۴.
- ۲۱- مکارم شیرازی، ناصر، ۱۳۷۸، *بحوث فقهیه*، قم، علمیه.
- ۲۲- مکارم شیرازی، ناصر، ۱۴۱۱، *القواعد الفقهیه*، قم، مدرسه امام امیرالمؤمنین، چ ۳.
- ۲۳- منسکی، ورنر، ۱۳۷۸، *اخلاق در شش دین جهان*، ترجمه: محمد حسین وقار، تهران، اطلاعات.
- ۲۴- نجفی، محمد حسن، ۱۴۰۴ق، *جواهر الکلام*، بیروت، دارالاحیاء تراث العربی، چ ۷.
- ۲۵- نجم آبادی، محمود، ۱۳۴۱ش، *تاریخ طب در ایران باستان*، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، چ ۱.
- ۲۶- نراقی، احمد، ۱۴۱۷، *عوائد الایام*، قم، انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی، چ ۱.

۲۷- نظری توکلی، سعید، ۱۳۸۰، الترقیع و زرع الاعضاء فی الفقه الاسلامی، مشهد، بنیاد پژوهش‌های اسلامی.

۲۸- نظری توکلی، سعید، ۱۳۸۱، پیوند اعضا در فقه اسلامی، مشهد، بنیاد پژوهش‌های اسلامی.

29- Aasim I. Padela, MD, Medical Ethics in Religious Traditions: A Study of Judaism, Catholicism, and Islam, Department of Emergency Medicine, JIMA: Volume 38, 2006 - Page 106.

30- Avraham Steinberg, M.D. Jewish Medical Ethics, Source: Prof. A. Ethics, Jewish from the Encyclopedia of Jewish Medical Ethics. For further Encyclopedia, Vol. 6, 1998, pp. 624-645 (Schlesinger Institute); English Edition of the Encyclopedia, Vol. II, 2003, pp. 380-389 Feldheim Publishers.

31- Spiros A. Lazarou, M.D. , Defining a Christian Doctor, Journal of Biblical Ethics in Medicine – Volume 6, Number 4 1.

32- The Revd Dr Brendan McCarthy, Medical ethics: A Christian perspective

33- Lawrence M. Fishman, M.D. , Kenneth W. Goodman, Ph.D. Jewish Medical Ethics, University of Miami Ethics Programs, Miami Temple Beth Am's Adult Institute of Jewish Studies, Winter 2004.

34- Mordechai Halperi , Milestones in Jewish Medical Ethics ,Medical-Halachic Literature in Israel, 1948-1998, M.D.Source: ASSIA – Jewish Medical Ethics, Vol. VI, No. 2, 2004, pp. 4-19.

35- Lama Gonsar Rinpoche, Medical ethics in Buddhism, Centre des Hautes Études Tibétaines, CH- 1801 Le Mont-Pèlerin. Ethik Med (1998) 10: S116-S121

36- Downie R, Calman K. Healthy respect. Oxford. Oxford University, press, 2nd ed, 1994,p. 52.

37- Giles, James E, Medical ethics; a patient _ Central approach Rochester: Schenkman Books,1982.

38- Garrett, Thomas M Baillie, Harold W Garrett, Rosellen M, Health care ethics; principles and problems, New Jersey: Prentice _ Hall, second edition, 1993.

