



# MfJ

## Medical Fiqh Journal



2023; 15(45): e2

### Jurisprudential thematic of palliative care in terminally ill patients

Fatemeh Resketi<sup>1</sup>, Gholamhasan Delavar<sup>2</sup>, Mansour Amirzadeh Jirkoli<sup>3\*</sup>, Gholamreza Khademi<sup>4</sup>

1. PhD student, department of Jurisprudence and principals of Law and Imam Khomeini's Thought, Islamic Azad University of Mashhad, Mashhad, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Jurisprudence and the Foundation of Islamic Law, Islamic Azad University of Mashhad, Mashhad, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Jurisprudence and the Foundation of Islamic Law, Islamic Azad University of Torbat Heydariyeh, Torbat Heydariyeh, Iran
4. Associate Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

#### ABSTRACT

**Background and Aim:** The Subject is the base and cause of jurisprudential decisions; therefore its accurate knowing is one of the main jurists' concern. "Palliative care" is a new approach in medical care to improve the quality of life for terminally ill patients. Accurately stating the subject of palliative care and its conflict or lack of conflict with jurisprudential rules is one of the necessities of dynamic jurisprudence. This article discusses the palliative care issue from the Imamieh jurisprudential view to help jurists in making decision and issuing orders.

**Materials and Methods:** This research is based on library method and descriptive-analytical approach. First, various palliative care activities were recited from reliable digital sources and then its difference with euthanasia discussed by describing the desired objectives. In jurisprudential understanding issue of palliative care, the decision-making authority was mentioned in terms of "self-sovereignty" rule. Then the subject of palliative care has been analyzed in relation to the jurisprudential rules of "self-preservation", "no harm" and "relieving hardship and embarrassment". Also the priority or non-priority of choosing palliative care over life-prolonging care has been investigated by comparing them in terms of compliance with jurisprudence.

**Conclusion:** Palliative care does not conflict with any of jurisprudential rules. The main intention in euthanasia is to hasten death, which is an act against self-preservation. But in palliative care, this intention is excluded. According to the rule of the sovereignty of the soul, the decision-making authority for palliative care is the patient. Life-prolonging care is more compatible with the rule of "obligation of self-preservation" and palliative care with the rules of "no harm" and "relieving hardship and embarrassment" and the patient can choose the type of care based on the importance of life expectancy or quality of life.

**Keywords:** Self-preservation, No hardship, No-harm, terminally ill, Palliative care, Thematic

**Corresponding Author:** Amirzadeh Jirkoli M. **Email:** [amirzadehj@yahoo.com](mailto:amirzadehj@yahoo.com)

**Received:** July 24, 2023; **Accepted:** January 28, 2024; **Published Online:** February 5, 2024

#### Please cite this article as:

Resketi F., Delavar Gh., Amirzadeh Jirkoli M., Khademi Gh. Jurisprudential thematic of palliative care in terminally ill patients. *Med Fiqh Journal*. 2023; 15(45): e2.



## مجله فقه پزشکی

دوره پانزدهم، شماره چهل و پنجم، ۱۴۰۲



### موضوع‌شناسی فقهی مراقبت تسکینی در بیماران لاعلاج

فاطمه رسکتی<sup>۱</sup>، غلامحسین دلاور<sup>۲</sup>، منصور امیرزاده جیرکلی<sup>۳\*</sup>، غلامرضا خادمی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه فقه و مبانی حقوق و اندیشه امام خمینی، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار، گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار، گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۴. دانشیار، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

#### چکیده

**زمینه و هدف:** شناخت موضوع در علم فقه به معنی شناخت چیزی که حکم شرعی بر آن مترتب می‌شود، از اهمیتی ویژه برخوردار است؛ چراکه موضوع، اساس و علت حکم فقهی است. در میان موضوعات فقهی جدید «مراقبت تسکینی» رویکردی است که برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران لاعلاج پیشنهاد شده است. بیان دقیق موضوع مراقبت تسکینی و تعیین تعارض یا عدم تعارض آن با قواعد فقهی از ضروریات فقه پویاست. بنابراین این پژوهش به تشریح جنبه‌های فقهی موضوع مراقبت تسکینی براساس قواعد فقه امامیه اختصاص یافته است تا یاریگر فقها در صدور احکام باشد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش براساس روش کتابخانه‌ای و رویکرد توصیفی - تحلیلی به تشریح موضوعی مراقبت تسکینی از نگاه قواعد فقه امامیه پرداخته است. در این پژوهش ابتدا فعالیت‌های مختلف مراقبت تسکینی از منابع معتبر دیجیتال و اخوانی گردیده و سپس با شرح اهداف مدنظر در مراقبت تسکینی به تفاوت آن با آتانازی پرداخته شده است. در شناخت فقهی موضوع مراقبت تسکینی ابتدا به مرجع تصمیم‌گیرنده برای انتخاب آن با لحاظ قاعده سلطنت نفس اشاره شده است. در مرحله بعد موضوع مراقبت تسکینی نسبت به قواعد فقهی «حفظ نفس»، «دفع ضرر و اضرار» و «رفع عسر و حرج» مورد واکاوی قرار گرفته است. اولویت یا عدم اولویت‌گزينش مراقبت تسکینی بر مراقبت‌های طولانی‌کننده حیات نیز با مقایسه این دو نوع مراقبت از حیث رعایت قواعد فقهی مورد بررسی قرار گرفته است.

**نتیجه‌گیری:** مراقبت تسکینی تضادی با هیچ‌یک از قواعد فقه ندارد. هدف و قصد در آتانازی تسریع مرگ است که اقدامی خلاف حفظ نفس می‌باشد؛ اما در مراقبت تسکینی این قصد منتفی است. بنا به قاعده سلطنت نفس، مرجع تصمیم‌گیرنده برای مراقبت تسکینی، فرد بیمار است. مراقبت طولانی‌کننده حیات با قاعده «وجوب حفظ نفس» و مراقبت تسکینی با قواعد «لاضرر» و «لاخرج» تناسب بیشتری دارند که بیمار می‌تواند میان این دو مراقبت بنا بر قاعده اهم و مهم انتخاب نماید.

**واژگان کلیدی:** حفظ نفس، لاجرح، لاضرر، لاعلاج، مراقبت تسکینی، موضوع‌شناسی

نویسنده مسئول: منصور امیرزاده جیرکلی؛ پست الکترونیک: [amirzadehj@yahoo.com](mailto:amirzadehj@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۰۸؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۱/۱۶

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Resketi F., Delavar Gh., Amirzadeh Jirkoli M., Khademi Gh. Jurisprudential thematic of palliative care in terminally ill patients. Med Fiqh Journal. 2023; 15(45): e2.

## مقدمه

شناخت موضوع در علم فقه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. موضوع، اساس استنباط حکم از سوی فقیه است. به زبان منطق موضوع در مرتبه پیش از حکم و به منزله علت آن است. بنابراین شناخت دقیق آن برای فقیه ضروری بوده و بدون این شناخت، حکم دادن در مورد موضوع از درجه اعتبار ساقط است.

بر این مبنا این پژوهش به یکی از تازه‌های علم پزشکی یعنی مراقبت تسکینی و تبیین موضوعی آن پرداخته است. مراقبت تسکینی نوعی مراقبت همراه با درمان است که به دلیل بدیع بودن و ماهیت چند بعدی، نیازمند شناسایی صحیح در حوزه‌های مختلف است. با توجه به نقش شناخت صحیح موضوع در صدور احکام فقهی، یکی از نوآوری‌های پژوهش حاضر، ارائه شناخت بی‌طرفانه موضوع مراقبت تسکینی در حوزه فقه است. بنابراین علاوه بر مفهوم‌شناسی مراقبت تسکینی، به تفاوت آن با اقداماتی نظیر اتانازی و مراقبت طولانی‌کننده حیات اشاره می‌شود. بررسی میزان تطبیق مراقبت تسکینی با قواعد چندگانه فقه نیز در همین راستا انجام می‌پذیرد.

تبیین تفاوت مراقبت تسکینی و اتانازی از دیدگاه فقه، خود از نوآوری‌های پژوهش حاضر است. پژوهش‌های مرتبط با اتانازی عمدتاً به جنبه‌های اخلاقی - فقهی آن پرداخته‌اند. پژوهش حاضر اتانازی را انجام فعل یا افعالی اختیاری با نیت مرگ پیش از موعد می‌یابد و به دلیل همین قصد، سببیت فاعل آن محرز می‌گردد؛ در حالی که تنها نیت انجام اقدامات مراقبت تسکینی، حتی در بیماران نزدیک به مرگ، رعایت حال بیمار و تقلیل علائم آزاردهنده است. بنابراین حتی اگر مرگ رخ دهد، سببیت تصمیم‌گیرنده و مباشرین او احراز نمی‌گردد.

نوآوری دیگر در این پژوهش، تبیین مراقبت تسکینی از منظر قواعد فقهی چندگانه‌ای می‌باشد که مرتبط با سلامتی انسان است. در پژوهش‌های پیشین، بررسی فقهی مراقبت تسکینی تنها از منظر قاعده لزوم حفظ نفس انجام شده است. «اثبات فقهی و حقوقی قاعده لزوم حفظ نفس در اسلام» نوشته

سلطانی ع، کراچیان ف. در مجله پژوهش‌های فقهی، دوره نهم، پاییز ۱۳۹۲، شماره ۳، از جمله این پژوهش‌هاست. پژوهش حاضر علاوه بر قاعده حفظ نفس، مراقبت تسکینی را از منظر قواعد فقهی «لاضرر و لاضرار» و «نفی عسر و حرج» نیز واکاوی می‌کند.

مقایسه مراقبت تسکینی و مراقبت طولانی‌کننده حیات نیز با نظر به قواعد فقهی حفظ نفس، لاضرر و نفی عسر و حرج انجام می‌شود. مطالعات پیشین در این زمینه به قواعد محدودتری اشاره داشته‌اند. مقاله «حق انتخاب میان درمان‌های نگهدارنده حیات و مراقبت‌های تسکینی از نگاه فقه شیعه» نوشته رهایی م، حیدری ف، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، بهار ۱۳۹۶، با اشاره به مصداق ضرر بودن درمان‌های نگهدارنده حیات، به بیمار حق انتخاب مراقبت تسکینی را می‌دهد.

مقالات و کتب مرتبط با قطع درمان در مراحل پایان زندگی نیز به طور عمده به مباحث اخلاقی مطلب اختصاص داده شده‌اند. «چالش‌های اخلاقی مراقبت از کودکان در مراحل پایان زندگی» نوشته سادات حسینی ا، آرامش ک، مجله علمی پژوهشی اخلاق پزشکی، دوره ۷ شماره ۲۵ (۱۳۹۲)، ۲۹، از این دست مقالات است. گرچه مباحث اخلاقی از ضروریات جامعه است؛ اما طرح مباحث فقهی مرتبط با موضوع بیماری غیرقابل درمان و مراقبت بیمار نزدیک به مرگ نیز الزامی است.

بیماری غیر قابل درمان یا لاعلاج بیماری پیشرفته، پیشرونده است و انتظار می‌رود به مرگ بیمار در هر سنی که باشد منجر گردد. طول مدت زندگی بیمار لاعلاج دقیقاً قابل تخمین نیست؛ اما پیشرفت‌های علم پزشکی توانسته است با اقدامات متنوع جراحی و مراقبت‌های ویژه، آن را افزایش بخشد. این اقدامات شامل جراحی‌های نگهدارنده همچون گاسترکتومی (برداشتن معده)<sup>۱</sup>، گاستروستومی (سوراخ کردن معده از طریق پوست برای تغذیه)<sup>۲</sup>، تراکتوستومی (سوراخ کردن نای برای

1. Gastrectomy

2. Gastrostomy

تنفس)<sup>۱</sup>، تنفس با کمک دستگاه‌های مکانیکی<sup>۲</sup>، دیالیز و ... می‌باشند.

بسیاری از این اقدامات در انتهای زندگی بیمار لاعلاج مراقبت‌هایی کم‌نتیجه و صرفاً طولانی‌کننده عمر هستند. در صورتی که این نوع درمان‌ها تغییری در بهبودی بیمار ایجاد نکنند یا سود قابل توجهی نداشته باشند، از سوی پزشکان، مراقبت بیهوده<sup>۳</sup> خوانده می‌شوند (۱) از آنجا که مراقبت بیهوده نمی‌تواند بیمار را از حالت وابستگی به مراقبت پزشکی رها سازد و در بیشتر مواقع این وابستگی افزایش می‌یابد (۲)، توصیه می‌شود به جای آن از برنامه مراقبت تسکینی استفاده شود. این پیشنهاد یعنی تغییر روند درمان از نگهدارنده به تسکینی با چالش‌های فقهی روبه‌روست.

گاهی در معنای مراقبت تسکینی چنان توسعه داده می‌شود که اتانازی (حداقل نوع غیرفعال آن) را نیز دربر می‌گیرد. از آنجا که اتانازی نیز اغلب به قصد رهاسازی بیمار از درد و رنج اضافه پیشنهاد می‌گردد، گاهی این شبهه را ایجاد می‌کند که مراقبت تسکینی نیز مانند اتانازی در تضاد و تعارض با قاعده حفظ نفس می‌باشد. درک اهداف مراقبت تسکینی و حوزه فعالیت آن، تفاوت این نوع مراقبت را با اتانازی روشن می‌کند. شناخت ضروری دیگر در این راستا، تبیین ملاحظات شرعی مراقبت تسکینی است که در این پژوهش به مراقبت تسکینی از نظر قواعد فقهی «سلطنت نفس»، «حفظ نفس»، «لاضرر» و «نفی عسر و حرج» پرداخته می‌شود. مقایسه مراقبت‌های تسکینی و طولانی‌کننده حیات از نظر قواعد فقه نیز در بخش پایانی پژوهش مطرح می‌گردد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش براساس منابع کتابخانه‌ای به تبیین و توصیف موضوع مراقبت تسکینی در زوایای مختلف می‌پردازد. ابتدا مفهوم‌شناسی موضوع مراقبت تسکینی بیان شده و سپس با شرح هدف مدنظر در مراقبت تسکینی، تفاوت آن با تفاوت

اتانازی توضیح داده می‌شود. سپس با لحاظ قاعده فقهی سلطنت نفس، به تبیین مرجع تصمیم‌گیرنده در انتخاب برنامه مراقبت تسکینی پرداخته می‌شود.

در مرحله بعد مراقبت تسکینی از نظر میزان تناسب و رعایت قواعد فقهی «حفظ نفس»، «دفع ضرر و اضرار» و «رفع عسر و حرج» مورد واکاوی قرار می‌گیرد. بدین ترتیب به این سؤال پاسخ داده می‌شود که آیا تعارضی میان قواعد فقه و مراقبت تسکینی وجود دارد؟

مقایسه مراقبت تسکینی و مراقبت‌های طولانی‌کننده حیات نیز در مرحله آخر با تبیین میزان رعایت و تأمین قواعد «حفظ نفس»، «لاضرر» و «نفی عسر و حرج» در هر یک، مورد بررسی قرار می‌گیرد. در پایان راهکار انتخاب میان مراقبت‌های تسکینی یا طولانی‌کننده حیات در هنگام ضرورت را بنا به قاعده فقهی «هم و مهم» بیان می‌گردد.

## یافته‌ها

پس از بررسی متون فقهی و جمع‌آوری مطالب مرتبط با مراقبت تسکینی مشخص گردید که مرجع تصمیم‌گیری در اقدام به مراقبت تسکینی، طبق قاعده سلطنت نفس، بیمار است و در مواردی که بیمار خود تمایل داشته باشد با استفاده از قاعده «اذن» می‌تواند به پزشک یا سایر افراد اجازه مداخله دهد. جواز انجام مراقبت تسکینی، تراحم یا تعارضی با قواعد فقهی «وجوب حفظ نفس محترم» و «لاضرر و لاضرار» ندارد. برای تحلیل بهتر موضوع، ابتدا به مفهوم‌شناسی مراقبت تسکینی از نظر علم پزشکی به طور مبسوط و سپس تفاوت مبنایی آن با اتانازی مورد بررسی قرار خواهد گرفت. بعد از آن به تبیین مراقبت تسکینی در قواعد فقه پرداخته می‌شود و سرانجام تفاوت‌های مراقبت تسکینی با مراقبت نگهدارنده حیات مورد بررسی قرار می‌گیرد.

### ۱. مفهوم‌شناسی مراقبت تسکینی

سازمان بهداشت جهانی مراقبت تسکینی<sup>۴</sup> را رویکردی فعال و کامل برای کاهش درد و رنج بیماران و ارتقای کیفیت زندگی

1. Tracheostomy
2. Mechanical ventilation
3. Futile care

4. Palliative care

مدیریت دقیق قرار می‌گیرد. تنوع خدمات ارائه‌شده در مراقبت تسکینی، ضرورت استفاده از تخصص‌های مختلف پزشکی، درمانی و توانبخشی مثل طب فیزیکی، بیهوشی، روان‌شناسی، مددکاری اجتماعی، رادیولوژی و ... را ایجاب می‌کند. برای مثال افسردگی حاصل از افزایش شدت بیماری یا طول آن در مراقبت تسکینی مورد رسیدگی قرار می‌گیرد و ممکن است با تجویز داروهای ضد افسردگی یا مداخلات روان‌شناختی مانند درمان‌های شناختی - رفتاری و یا درمان حمایتی کنترل گردد. اقدامات مشاوره‌ای نیز از مهم‌ترین فعالیت‌های مراقبت تسکینی است. یکی از اصلی‌ترین مشاوره‌ها، ارتقای دانش بیمار و ارائه درکی صحیح از بیماری و وضعیت بدنی او برای انتخاب شیوه درمان پزشکی است.

حمایت عاطفی - معنوی - فرهنگی بیمار و بهبود وضعیت عملکردی او نیز از دسته خدمات مشاوره‌ای مراقبت تسکینی است (۸-۷). مثلاً در مواردی که بیمار ناگزیر از تحمل سختی‌ها و دردهای غیر قابل کنترل است، مشاوره‌های مذهبی - معنوی می‌تواند در سیستم مراقبت‌های تسکینی قرار گیرد تا با استعانت از نقش کارکردگرایی دین و معنویت به بیمار کمک گردد.

آماده‌سازی روانی بیمار برای پذیرش مرگ نیز از اهم مشاوره‌های مراقبت تسکینی است (۹). بیماری که در وضعیت انتهایی زندگی قرار می‌گیرد نیازمند مشاوره‌های خاص در جهت آمادگی برای طی کردن روند مرگ و کاهش استرس آن است. در این راستا اموری که بیمار ترجیح می‌دهد قبل از مرگ به آن رسیدگی شود مثل دیدار با افرادی خاص، تهیه وصیت‌نامه و ... نیز می‌توانند در سرویس مراقبت تسکینی واقع شوند.

با این اشارات واضح است که مراقبت تسکینی از اهمیت به‌سزایی در علم پزشکی برخوردار است. بعضی مطالعات نشان می‌دهند که کاربرد مراقبت تسکینی باعث کاهش علائم بیماری و افزایش رضایت‌مندی بیماران بوده است (۱۰). کاهش هزینه‌های مراقبت و بستری بیمار نیز مزیت دیگر مراقبت تسکینی است (۱۱). مزید بر این محسنات این‌که باوجودی که مراقبت تسکینی در جهت افزایش طول زندگی

آنان معرفی نموده است (۳). گرچه این‌گونه مراقبت‌ها در همه بیماران به کار می‌رود؛ اما در بیماران صعب‌العلاج و لاعلاج به دلیل تهدید زندگی از سوی بیماری، نمود بیشتری می‌یابد. گاهی نیز به دلیل تعارض با مراقبت‌های طولانی‌کننده حیات، موضوع مراقبت تسکینی چالش‌برانگیز می‌شود.

مراقبت تسکینی اقداماتی است که برای پیشگیری و فرو نشاندن حداکثری درد و رنج بیمار انجام می‌گیرد. تیم مراقبت تسکینی به محض شناسایی مشکل بیمار در حیطه‌های مختلف (جسمی، روانی، معنوی یا...) در رفع آن می‌کوشد. وجه تمایز و تشخیص مراقبت تسکینی از سایر رویکردهای برخورد با بیمار نیز همین است که این نوع مراقبت با مدیریت همه‌جانبه مشکلات بیمار می‌تواند کیفیت زندگی او را ارتقا بخشد (۳). بنابراین زمان استفاده از این اقدامات بستگی به نیاز بیمار دارد و ممکن است همراه با دیگر درمان‌های پزشکی یا به تنهایی ارائه گردد (۴).

از اصلی‌ترین اقدامات مراقبت تسکینی رفع، کاهش و کنترل علائم آزاردهنده بیماری مانند درد، تهوع، تنگی نفس و ... است؛ بنابراین دردهای آنژیینی ممکن است با تجویز نیترات‌ها تخفیف یابند؛ دردهای عمومی با تجویز مخدرهای قوی تسکین گیرند و یا طب سوزنی، ورزش و موسیقی نیز به کمک گرفته شوند.

از طرفی ممکن است بعضی درمان‌های دردآور یا آزاردهنده قطع شوند. مثلاً در بیماران قلبی گاهی برای جلوگیری از کاهش برون‌ده قلبی از بتابلوکرها (مهارکننده گیرنده بتا) و مهارکننده‌های آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتنسنین استفاده می‌شود؛ اما این داروها دارای اثرات جانبی مانند خستگی و کاهش فشار خون هستند. بنابراین در برنامه مراقبت تسکینی مصرف این داروها ممکن است متوقف شود. درمقابل استفاده از دیورتیک‌ها (داروهای مُدر) به دلیل بهتر نمودن علائم بیمار در سراسر فرآیند بیماری ادامه می‌یابد (۵). جهت مطلوبیت بیشتر وضعیت بیمار برای ارتباط با افراد خانواده نیز استفاده از اینوتروپها (محرک‌های قلبی و عروقی) افزایش می‌یابد (۶).

سایر علائم آزاردهنده نظیر حالت تهوع، تنگی نفس، کاهش هوشیاری و اختلال خواب نیز در مراقبت تسکینی مورد

دلیل اصلی طرفداران اتانازی حق سلطنت نفس است و معتقدند چون انسان حق تعیین سرنوشت خود را دارد، حق انتخاب چگونه مردن را نیز دارد.

از دیدگاه مخالفان اتانازی هدف از زندگی، ساختن انسان است؛ درد و زجر قبل از مرگ نیز مرحله‌ای از سازندگی است و چه بسا با شدید یا طولانی شدن، سازندگی آن بیشتر باشد. به نظر این گروه، اتانازی عملی خلاف عقل است؛ بنابراین تمسک به حق سلطنت نمی‌تواند مؤید آن باشد. یعنی گرچه حق سلطنت امری عقلی است؛ اما حفظ حیات نیز قاعده‌ای عقلی است و عقل سلیم مرگ را بر حیات ترجیح نمی‌دهد.

این گروه به کسانی که اتانازی را به شرط غیرقابل تحمل بودن رنج بیمار توصیه می‌کنند، پاسخ می‌دهند اثبات قطعی وقوع درد و رنج و تعیین میزان آن تنها پس از حدوث علائم رنج‌آور برای انسان امکان‌پذیر است. بنابراین رضایت به اتانازی قبل از وقوع علائم آزاردهنده با پیش‌داوری نسبت به اظهارات افراد تجربه‌گر مرگ صورت می‌گیرد.

تفاوت بنیادین مراقبت تسکینی و اتانازی در تصمیم برای قطع حیات ظاهر می‌شود. در اتانازی اقدامات با نیت قطع حیات و پایان بخشیدن به زندگی و تسریع در مرگ انجام می‌گیرد و به دلیل همین قصد، سببیت فاعل در قتل نفس، محرز می‌گردد؛ در این میان اگر اقدامی برای بهبود کیفیت زندگی انجام می‌شود نیز نه به قصد درمان؛ بلکه به قصد مهیا نمودن بیمار برای مرگ صورت می‌گیرد. به عبارت دیگر اتانازی در نوع فعال<sup>۲</sup> خود با مداخله‌های مختلف، مرگی اجباری را برای بیمار رقم می‌زند و در نوع غیرفعال<sup>۳</sup> بدون توجه به وجود یا عدم وجود علائم آزاردهنده بیمار و تنها به قصد تسریع بخشیدن به مرگ، روند قطع درمان اصلی صورت می‌گیرد.

در مقابل در مراقبت تسکینی هیچ‌گونه قصد بر قطع حیات توصیه نمی‌گردد و تنها نیت انجام اقدامات، حتی در بیماران نزدیک به مرگ، رعایت حال بیمار و تقلیل علائم آزاردهنده است که پس از برطرف شدن علائم آزاردهنده می‌تواند از سرگرفته شود. بنابراین حتی اگر در این بیماران مرگ رخ

بیماران طرح‌ریزی نمی‌شود؛ تحقیقات نشان می‌دهد که بر طول عمر نیز اثر مثبت دارد (۱۲).

بنابراین مراقبت تسکینی رویکردی در مقابل درمان نیست (۱۳)؛ بلکه فرآیندی کمک‌درمان است که احتمالاً برای هر بیمار مخصوصاً اگر بیماری وی جدی باشد (مانند نارسایی قلبی، بیماری انسدادی مزمن ریه، سرطان، زوال عقل، بیماری پارکینسون و ...) مصداق عمل می‌یابد.

اشکال وارد به مراقبت تسکینی در بیماران لاعلاج این است که اقدامی برای به تأخیر انداختن مرگ صورت نمی‌دهد؛ حتی اگر تلاشی برای تسریع بخشیدن به مرگ بیمار نیز صورت نگیرد (۱۴). بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که مراقبت تسکینی با لحاظ قواعد فقهی تبیین گشته و پاسخ داده شود که آیا مراقبت تسکینی تعارضی با حفظ نفس دارد؟ این نکته علاوه بر کمک به فقیه برای صدور حکم، راهنمای بیمار در انتخاب یا رد مراقبت تسکینی خواهد بود.

## ۲. مراقبت تسکینی و تفاوت آن با اتانازی

گاهی در مراقبت تسکینی در مراحل انتهایی زندگی برای کنترل علائم رنج‌آور، درمان اصلی قطع می‌گردد. از آنجا که قطع درمان می‌تواند به مرگ بیمار منجر گردد، بعضی مراقبت تسکینی را اقدامی به نفع اتانازی می‌خوانند. در طرف دیگر اتانازی نیز اغلب با هدف پایان دادن به علائم آزاردهنده بیمار انجام می‌شود؛ بنابراین بعضی آن را معادل مراقبت تسکینی می‌نامند.

اتانازی<sup>۱</sup> یا خودمرگی روشی است که اخیراً برای بیماران در حال زجر پیشنهاد شده است (۱۵) و بیمار طی اقداماتی فعال یا انفعالی به حیات خود پایان می‌دهد. طرفداران اتانازی معتقدند زندگی انسان تا جایی باید ادامه یابد که مفهومی زیبا داشته باشد و شأن و منزلت فرد حفظ شود. اتانازی راه‌کاری برای حفظ منزلت بیمار و پایان رنج غیرقابل تحمل اوست که در اثر شدت یا مدت بیماری ایجاد می‌شود. این گروه معتقدند زمانی که زندگی مفهوم واقعی خود را برای بیمار از دست می‌دهد، می‌توان به صورت فعال یا غیر فعال به مرگ وی کمک نمود (۱۶).

2. Active  
3. Passive

1. Euthanasia

أموالهم و أنفسهم» (۱۸) و «الناس مسلطون علی أموالهم و شئونهم و حقوقهم» (۱۹) برای تسلط انسان بر نفس به کار می‌رود.

با وجود آنکه در روایت مذکور به سلطه انسان بر اموال اشاره شده و فقها از آن برای اثبات سلطنت بر نفس استفاده کرده‌اند، به نظر می‌رسد سلطنت انسان بر نفس رتبه‌ای مقدم بر مالکیت بر اموال داشته باشد. شاهد این مطلب اینکه آیت‌الله خوئی سلطنت انسان بر نفس را از نوع مالکیت ذاتی تکوینی می‌داند، به این معنا که تحقق آن به سببی خارجی یا اعتباری که از سوی اعتبارکننده‌ای اعتبار شود، نیاز ندارد و مالکیت ذاتی در تقدم رتبی نسبت به تقدم اعتباری و قراردادی است. با این توضیح خوئی سلطنت انسان بر بدن را همچون ذاتی باب برهان می‌خواند (۱۹).

برخی با عقلانی دانستن سلطنت انسان بر نفس، آن را مطلق و بی‌نیاز از تأیید شرع دانسته‌اند (۲۰). این برداشت در مواردی باعث بعضی معضلات می‌گردد. برای مثال اعتقاد به مطلق بودن تسلط انسان بر نفس می‌تواند اتانازی را راهکاری صحیح تلقی نماید. باید خاطرنشان نمود که عقل کفایت لازم برای بعضی تصمیم‌گیری‌ها را ندارد و دلیل اصلی وجود احکام الهی نیز کمک به عقل است (۲۱). فقها معتقدند که سلطنت انسان بر نفس نیز مطلق نیست و مشروط به حفظ شروطی خاص است (۲۲). گاهی حق سلطنت را تنها در تصرفاتی چون خودکشی، قطع عضو و یا عملی که شرعاً حرام باشد و یا موجب ذلت انسان شود، ساقط می‌دانند (۲۰).

به استناد قاعده سلطنت مرجع تصمیم‌گیری در امور مربوط به بدن و اعضای آن خود انسان است. حوزه این امور می‌تواند کلی‌ترین تا جزئی‌ترین یا حساس‌ترین مسائل مرتبط با بدن و اعضای آن را دربر گیرد. مهم‌ترین استثنا در اطلاق سلطنت انسان بر نفس، وجوب حفظ نفس است؛ به این معنا که انسان نسبت به کلیه امور مداخله‌گر در بدن و اعضای آن تا جایی که خللی به حفظ حیات وارد نگردد، اختیار تام دارد و اگر امری با «وجوب حفظ نفس» تزامم یا تضاد داشته باشد، «حق سلطنت» نفی می‌گردد.

دهد، سببیت تصمیم‌گیرنده و مباشرین او احراز نمی‌گردد. ارتقای کیفیت زندگی در مراقبت تسکینی می‌تواند حتی موجب تقویت روند درمان و افزایش طول زندگی بیمار گردد. بنابراین باید بررسی نمود که از دیدگاه فقه، قطع درمان در مراقبت تسکینی و اتانازی چه تفاوتی با هم دارد؟ برای پاسخ به این سؤال باید تبیین نمود که حرمت قطع درمان، از احکام مطلق است یا مشروط به شرایط و قصد فرد، قوام می‌یابد؟ در صورتی که حرمت قطع درمان، حکمی مطلق باشد، هرگونه قطع درمان از جمله در مراقبت تسکینی حرام خواهد بود؛ اما اگر حرمت قطع درمان مشروط به قصد خاصی مانند قتل نفس یا تسریع در مرگ باشد، قطع درمان در شرایطی خاص واجب، مباح یا مستحب خواهد بود.

باتوجه به این تفاوت بنیادین، به نظر می‌رسد مبادرت به مراقبت تسکینی در بیماران لاعلاج نزدیک به مرگ نوعی تغییر روند درمانی باشد نه قطع درمان. این تغییر نگرش نسبت به مراقبت تسکینی پذیرش آن را آسان می‌سازد.

### ۳. مراقبت تسکینی با توجه به قواعد فقه امامیه

برای شناخت موضوع مراقبت تسکینی مطالعه آن از نقطه‌نظر قواعد فقهی که معیار و میزان استنباط احکام فقهی هستند، ضروری است. به عبارت دیگر پذیرش یا رد مراقبت تسکینی از سوی متشرعین به میزان تناسب آن با قواعد فقه بستگی دارد که در ادامه این پژوهش به مشروعیت یا عدم مشروعیت آن از دریچه قواعد فقهی «لزوم حفظ نفس»، «لاضرر و لاضرار» و «نفی عسر و حرج» پرداخته می‌شود. در ابتدای بحث ذکر این نکته ضروری است که انتخاب روش درمان و مراقبت از بیمار یکی از مسائل مهم حرفه پزشکی است که براساس بررسی‌های فقهی و با درنظر گرفتن قاعده «سلطنت نفس»، حق تصمیم‌گیری در امور درمانی و از جمله مراقبت تسکینی هر شخص بر عهده خود اوست.

۳-۱. قاعده سلطنت بر نفس یا مالکیت بر خود: به موجب «قاعده سلطنت» انسان می‌تواند بر بدن و اعضای خود تصرف داشته باشد (۱۷). این قاعده از روایت «الناس مسلطون علی أموالهم» استنباط شده و به اشکال «الناس مسلطون علی

حفظ نفس» است. «لزوم حفظ نفس» اصلی مبتنی بر فطرت و عقل است (۲۸) که بیان می‌کند انسان به شرط تعادل روحی و روانی، حیات را جزء حقوق اساسی خود می‌داند و از آن دفاع می‌کند.

نخست باید روشن نمود که نفس در این قاعده به چه معناست؟ واژه نفس در معانی مختلف روح (۳۵-۲۹)، عقل (۳۶)، خون (۳۱، ۳۳، ۳۹-۳۷)، حقیقت و جوهر شی (۳۵)، (۴۱-۴۰)، جسم و جان (۳۰، ۳۵، ۳۹، ۴۲-۴۱) و ... به کار رفته است. اگر نفس را به معنی روح، حقیقت و جوهر شی و یا عقل بدانیم، حفظ نمودن آن معنایی نخواهد داشت؛ زیرا نفس در معنی روح و حقیقت اشیاء، قابل نابودی و از بین رفتن نیست تا حفظ گردد. در معنی عقل نیز حفاظت عقل در ید قدرت انسان نیست تا از آن به‌عنوان یک فرض یا قاعده نام برده شود. بنابراین هر یک از این معانی باعث می‌گردند این قاعده معنای تام خود را نیابد.

قرآن نفس را گاهی به جسم انسان و زمانی به مجموع جسم و روح انسان اطلاق نموده است (۴۳). با توجه به مثال‌های قرآن در باب حفظ نفس، به نظر می‌رسد نفس اساساً به معنی جسم باشد. نهی از قتل نفس در آیه «لا تقتلوا انفسکم» (۴۴) و نهی از اقدام به فعلی که نتیجه آن به خطر انداختن جان و کشته شدن است در آیه «وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ» (۴۵) از این نوع هستند. این برداشت مورد تأیید فقه نیز هست. به‌عنوان مثال شخص مضطر مجاز دانسته می‌شود که برای نجات خود از هلاکت، خوردنی یا آشامیدنی متعلق به شخصی دیگر را اخذ کند (۴۶). نیز وقتی تقیه برای حفظ نفس واجب می‌گردد (۴۷) و یا وقتی حفظ نفس برای هر شخص مقدم بر حفظ نفس شخص دیگری می‌شود (۴۸). به ندرت نیز حفظ نفس مشتمل بر حفظ جسم و روح است. حرمت «خودکشی» از این موارد است؛ اما کثرت استفاده نفس در معنای جسم این نکته را تقویت می‌کند که در گزاره‌های فقهی حفظ نفس (۴۶، ۵۱) به معنای حفظ جنبه ظاهری نفس از آسیب‌ها و ضررهای جسمانی است و اگر نظری به روح باشد از حیث تلازم آن با جسم است.

براساس همین قاعده تصمیم برای انجام مراقبت تسکینی نیز به عهده بیمار است و در صورتی که تزاممی با وجوب حفظ نفس ایجاد کند شرعاً ممنوع و حرام می‌گردد.

**اذن به پزشک تبصره سلطنت بیمار بر نفس:** بیمار می‌تواند با دادن اذن به فردی دیگر از او برای حفظ نفس کمک بگیرد. اذن به معنی اعلام اجازه برای مداخله فرد یا اعمال نمودن اراده او در امری است (۲۳) که در واقع یا به واسطه یک قرارداد، در تسلط فرد دیگری است (۲۴). اذن بیمار به پزشک برای درمان به این معناست که درمان که فعلی ارادی است و تنها در تصرف بیمار است، اختیاراً به پزشک واگذار می‌شود. این اذن و تفویض اختیار با انعقاد قرارداد درمان میان بیمار و پزشک منعقد می‌گردد. در اصطلاح عرف مراجعه بیمار به پزشک در حکم اذن به پزشک برای مداخله است. تنها در مواردی که بیمار از صلاحیت تصمیم‌گیری خارج شده باشد مثل موارد بیهوشی و اغما که کسب تکلیف از بیمار ممکن نیست، پزشک موظف است بدون اذن بیمار برای حفظ نفس وی اقدام کند.

عموماً فرد مأذون از سوی اذن‌دهنده امانت‌دار تلقی می‌گردد و فرد مأذون در قبال خسارت وارده به امان مسئولیت ندارد؛ اما پزشک چون ممکن است در پیشنهاد تدابیر درمانی، مسائل شخصی را رعایت کند، در افعال درمانی امین خوانده نمی‌شود (۲۵) و تنها در صورت اخذ براءت از ضمان، بری از ضمان تشخیص داده می‌شود (۲۶-۲۷). بنابراین گرچه می‌توان اذن را از قواعدی دانست که تصمیم‌گیری را به پزشک تفویض می‌کند؛ اما با عنایت به ضمان در موارد شکست، از قواعد اساسی و قابل اعتنا خواهد بود و شرط عقل همراه‌سازی اذن با براءت از ضمان است.

حق انتخاب و تصمیم در امور مراقبت تسکینی نیز تنها به بیمار منتسب است و پزشک می‌تواند به‌عنوان مشاور به بیمار کمک نماید؛ اما پزشک مأذون با اخذ براءت قادر است شخصاً برای انتخاب مراقبت تسکینی اقدام نماید.

**۲-۳. مراقبت تسکینی و قاعده «لزوم حفظ نفس»:** مهم‌ترین قاعده فقهی در ارزیابی امور پزشکی، قاعده «لزوم

کاربرد دارد. براساس قاعده «لاضرر» هیچ حکم ضرری در اسلام وجود ندارد و هر حکم تکلیفی و یا وضعی، اگر مستلزم ضرر به فرد یا افراد باشد، شرعاً نفی می‌شود (۱۷، ۵۲). این قاعده مستندات قرآنی (۵۵) و روایی متعددی دارد (۴۸).

بعضی از فقها این حکم را تنها ناظر به مسائلی می‌دانند که شارع، حکمی برای آن‌ها جعل کرده باشد و معتقدند اگر احکام جعل شده از سوی شرع بر مکلف ضرری وارد سازد، مکلف می‌تواند با استناد به قاعده «لاضرر» حکم جعل شده را انجام ندهد (۵۶، ۶۴)؛ اما در مواردی که شرع حکمی نداده است، این قاعده کاربرد ندارد. مثلاً با توجه به اینکه حکم شرعی‌ای برای حفظ وضعیت سلامتی بدن مکلفین صادر نشده است، نمی‌توان ترک آن را با استناد به قاعده «لاضرر» محکوم کرد. با این وصف این قاعده برای اثبات یا رد لزوم مراقبت تسکینی نیز مورد وثوق نیست؛ اما بسیاری از فقیهان معتقدند می‌توان قاعده «لاضرر» را در امور عدمی نیز صادق دانست (۵۶، ۵۸، ۶۳-۶۲)؛ به این معنا که اگر انسان برای حفظ وضعیت هنجار خود لازم است فعل یا افعالی انجام دهد، انجام آن فعل یا افعال به دلیل «قاعده لاضرر» واجب و ترک آن فعل یا افعال حرام است.

حال اگر ضرر را به معنی سوء‌حال بخوانیم و منظور از سوء‌حال را بیماری بدن بنامیم، بنا به قاعده «لاضرر» انسان مکلف است بیماری را برطرف نماید. بدین نحو این قاعده معنایی نزدیک به وجوب حفظ نفس پیدا می‌کند. بعضی از فقها قاعده «لاضرر» را شکل دیگری از قاعده وجوب حفظ نفس دانسته‌اند (۶۶-۶۳). تنیدگی میان قاعده لاضرر و وجوب حفظ نفس باعث می‌گردد قاعده «لاضرر» یکی از پرکاربردترین قواعد حیطة پزشکی شناخته شود.

با این توضیح انواع درمان و مراقبت، در زمره افعالی قرار می‌گیرند که انجام آنها برای حفظ وضعیت هنجار بدن لازم است؛ بنابراین واجب هستند و ترک آنها حرام است. از این رو برخی از فقها درمان امراض مهلك را به دلیل وجوب دفع ضرر، واجب دانسته‌اند (يجب التداوی من الأمراض الخطيرة لوجوب دفع الضرر) (۶۷).

بیماری یکی از اتفاقات تهدیدکننده حیات است که در صورت ادامه یافتن، انسان طبق قاعده «لزوم حفظ نفس» ناگزیر از اقدام برای درمان است. برخی از فقیهان (۵۳-۵۲) با استناد به این قاعده، حفظ حیات را تکلیف شرعی دانسته و هیچ امری را از جمله فقدان هوشیاری، ناتوانی از انجام واجبات و تکالیف شرعی، هتک کرامت و شأن انسانی، هزینه‌های بسیار و اضرار به خود و دیگران، رفع‌کننده این تکلیف نمی‌دانند.

مطالعه برنامه مراقبت تسکینی روشن می‌سازد که این برنامه نه در مرحله تسکین علائم آزاردهنده همچون درد، تهوع، کم‌خوابی و نه در مشاوره‌های آن نظیر ارتقای دانش بیمار و ارائه شناخت صحیح بیماری یا حمایت عاطفی - معنوی - فرهنگی بیمار و بهبود وضعیت عملکردی وی، نیز در اقدامات توانبخشی و سایر اقدامات بهسازی، اقدامی برخلاف حفظ نفس به کار نمی‌بندد.

در مواردی که علائم آزاردهنده ناشی از درمان اصلی مثل درد و تهوع به حدی رنج‌آور می‌شود که کیفیت زندگی بیمار کاهش می‌یابد یا وقتی درمان اصلی سودی برای بهبودی بیمار ندارد، مراقبت تسکینی توصیه به قطع درمان اصلی می‌کند؛ اما نکاتی در این باب باید مورد توجه قرار گیرد. از جمله اینکه وقتی تحمل عوارض ناشی از درمان اصلی برای بیمار سخت می‌شود، درمان به طور موقت قطع می‌شود و تا رسیدن به کیفیتی مطلوب به تعویق می‌افتد یا در صورتی که درمان اصلی هیچ سودی برای بیمار نداشته باشد نیز ادامه یا قطع آن تفاوتی در حفظ نفس ایجاد نمی‌کند. بنابراین نمی‌توان مراقبت تسکینی را در تعارض با حفظ نفس معرفی نمود.

**۳-۳. مراقبت تسکینی و قاعده «لاضرر و لاضرر»:** از ملزومات مراقبت‌های بالینی این است که موجب ضرر و ضرار افراد نباشد. شرع هرگونه مراقبت پزشکی که مستلزم رساندن ضرر به فرد بیمار باشد را به دلیل قاعده «لاضرر و لاضرر» نمی‌پذیرد.

راغب اصفهانی لغت «ضرر» را به معنی سوء‌حال آورده است (۲۳). «اضرار» نیز به معنای ضرر رساندن تعدمی به خود یا دیگران به کار می‌رود (۵۴)؛ اما گاهی به معنی مطلق ضرر نیز

به موارد درمان نیز تسری داد. در روایتی پیامبر اکرم (ص) اجبار نمودن بیمار به خوردن غذا را منع کرده تا مبادا به واسطه آن، آزاری به بیمار برسد (۷۱).

برخی از فقها معتقدند که قاعده «لا حرج» نیز ناظر به احکام وجودی است و به احکام عدمی تعلق نمی‌گیرد. در این صورت نفس وجود عسر و حرج، باعث نفی تکلیف از مکلف نمی‌گردد (۵۴، ۵۷، ۵۹) بلکه اگر عسر و حرج در اثر اجرای یک حکم شرعی به وجود آید، آن حکم بنا به قاعده «نفی حرج»، نفی می‌گردد. بر این اساس چون بروز بیماری به منزله صدور حکم شرعی نیست، بیمار ملزم به نفی عسر و حرج حاصل از آن نیست. با این نگاه، قاعده «نفی عسر و حرج» نمی‌تواند دلیلی بر وجوب اقدام به درمان یا مراقبت باشد و اثبات شرعیت یا عدم شرعیت مراقبت تسکینی با این قاعده امکان‌پذیر نیست. دیدگاه مقابل معتقد است عسر و حرج به طور مطلق، صلاحیت جعل حکم را دارد؛ در چنین موضوعی عدم جعل حکم از سوی شرع، خود نوعی جعل حکم محسوب می‌شود (۵۶، ۶۲، ۷۲)؛ بنابراین نفی مطلق عسر و حرج، واجب است. این دیدگاه با تأیید فقیهانی همچون شیخ انصاری به واقع نزدیک‌تر می‌نماید.

براساس دیدگاه اخیر هرگاه بیماری انسان را دچار عسر و حرج کند، درمان بیماری بنا به قاعده «نفی عسر و حرج» بر انسان واجب می‌گردد. طبق این دیدگاه در مواردی که نفی عسر و حرج به جز از طریق مراقبت تسکینی امکان‌پذیر نباشد، مبادرت به مراقبت تسکینی واجب می‌گردد.

قاعده «لا حرج» از منظر اختیار مکلف در نفی حرج نیز به دو دسته رخصت و عزیمت تقسیم می‌شود. «رخصت» به معنای مخیر بودن بین انجام و ترک فعل است؛ به این معنی که اگر فرد مکلف از انجام تکلیف دچار حرج گردد، میان انجام تکلیف یا نفی حرج (انجام ندادن تکلیف) مخیر می‌شود. «عزیمت» نیز به معنی التزام به چیزی است که از سوی خداوند واجب یا حرام شده است. بنابراین نفی حرج در عباداتی که مکلف را دچار حرج می‌کنند واجب است و انجام تکلیفی که فرد را دچار حرج می‌کند بر مکلف حرام است (۷۳).

مراقبت تسکینی با پیش‌گیری و فرو نشانیدن حداکثری درد و رنج و ارتقای کیفیت زندگی بیمار، نمی‌تواند مصداق ضرر یا ضرار باشد. در رتبه‌ای بالاتر اگر درد و رنج و کیفیت پایین زندگی را به‌عنوان ضرر به بیمار و عدم رسیدگی به این امور را به معنی ضرار تلقی نماییم، مراقبت تسکینی به‌عنوان دفع ضرر و ضرار ضرورت می‌یابد. براساس این دیدگاه مبادرت به مراقبت تسکینی از اعمال مستحبی و مندوب نیز به شمار می‌رود.

وجوب دفع ضرر در مداوا و معالجه بیمار نیز کاربرد دارد. بسیاری از فقها معتقدند همان‌طور که انسان به دلیل دفع ضرر از خویش باید به تداوی بپردازد، بر پزشک نیز درمان بیمار به جهت وجوب دفع ضرر از دیگران واجب است (۶۷). یکی از فقها در این باره گفته است: «يجب التداوی من الأمراض الخطیرة لوجوب دفع الضرر... ثم إن التداوی كما قد یجب علی المريض یجب العلاج علی الطیب ایضا» (۶۷).

بعضی نیز معتقدند قاعده «لا ضرر» بر قاعده «سلطنت بر نفس» اولویت و ارجحیت دارد (۶۸)؛ در نتیجه اگر فردی بنا بر قاعده سلطنت از درمان طفره رود و بیم آن باشد که فرد تلف گردد، می‌توان بیمار را مجبور به معالجه نمود.

#### ۳-۴. مراقبت تسکینی و قاعده «نفی عسر و حرج»:

عسر در لغت به معنای سختی و دشواری (۲۳) است. حرج نیز به تنگی (۲۳) و ضرر و زیان غیرقابل تحمل اطلاق می‌شود (۶۹). بسیاری از فقها معتقدند مطلق ضرر، رافع تکلیف نیست؛ بلکه ضرر باید به مرحله حرج برسد تا قاعده لا ضرر بر سایر ادله احکام رجحان یابد (۱۸). بنابراین به نظر می‌رسد قاعده «نفی عسر و حرج» نسبت به قاعده «دفع ضرر» دارای اولویت است و در شرایطی که قاعده «لا ضرر» انسان را ملزم به دفع ضرر می‌نماید، «لا حرج» به طریق اولی نفی حرج را واجب می‌گرداند.

براساس قاعده «نفی عسر و حرج» خداوند به انسان‌ها لطف نموده و در موارد بروز حرج و سختی، تکلیف شرعی را تخفیف می‌دهد (۷۰). اگر این حکم، حکمی کلی باشد، به هر زمانی که شرایط حرج و سختی پیش آید تسری می‌یابد، و می‌توان آن را

طولانی‌کننده حیات افزایش دهد. مادامی که این نوع مراقبت‌ها در عملکرد بیمار پیشرفت ایجاد می‌کنند، توصیه می‌گردند. مراقبت‌های تسکینی نیز به دلیل نقش مؤثرشان در آرامش‌بخشی به بیمار پیشنهاد می‌شوند.

در عین حال وقتی مراقبت‌های طولانی‌کننده حیات هیچ پیشرفتی در وضعیت بهبودی بیمار ایجاد نمی‌کند، بیمار ناگزیر می‌شود برای ادامه یا قطع این نوع مراقبت تصمیم بگیرد. رویکرد مراقبت تسکینی در موارد ادامه یا قطع مراقبت‌ها متفاوت است و گاهی ظاهراً در تضاد با مراقبت‌های طولانی‌کننده حیات قرار می‌گیرد. به‌عنوان مثال در مراقبت تسکینی برای کاهش دردهای مقاوم، توصیه به استفاده از مخدرها یا داروهای مسکنی می‌شود که درد را کاهش می‌دهند؛ اما عوارضی در کلیه یا کبد ایجاد می‌کنند که در درازمدت بر طول عمر بیمار تأثیر می‌گذارد. در مورد مخدرها خطر اعتیاد بیمار نیز وجود دارد؛ به همین دلیل در مواردی که درد بیمار تنها با مخدر کاهش می‌یابد توصیه می‌شوند.

از دیدگاه بسیاری از پزشکان در این وضعیت مراقبت تسکینی بر مراقبت‌های طولانی‌کننده حیات اولویت دارد؛ اما پذیرش این رتبه‌بندی به نظر فقه نیز بستگی دارد. مقایسه میان مراقبت‌های نگهدارنده حیات و تسکینی از نظر قواعد فقهی می‌تواند در پذیرش یا رد آنها راه‌گشا باشد.

۱-۴. **قاعده «حفظ نفس»:** مراقبت‌های طولانی‌کننده حیات تناسب بیشتری با قاعده «حفظ نفس» دارند. این مراقبت‌ها برای طولانی‌تر نمودن عمر بیمار برنامه‌ریزی شده‌اند؛ حتی اگر کیفیت زندگی بیمار را حفظ نکنند. مراقبت تسکینی نیز به دلیل ارتقای کیفیت زندگی می‌تواند موجب طولانی‌تر شدن زندگی بیمار و قوام یافتن و استحکام حفظ نفس گردد؛ اما به دلیل عدم اقدام در جهت طولانی‌تر نمودن حیات، نسبت به مراقبت‌های طولانی‌کننده حیات در رتبه پایین‌تری از حفظ نفس قرار دارد.

گاهی گفته می‌شود منظور از حفظ نفس تنها افزایش طول حیات نیست بلکه افزایش کیفیت زندگی نیز از مصادیق حفظ نفس تلقی می‌گردد. گرچه به لحاظ فلسفی می‌توان دلایلی بر

بسیاری از فقها عبادات و تکالیف عبادی را به این ترتیب به تریخی و عزیمتی تقسیم می‌کنند. عبادات تریخی عباداتی هستند که مکلف می‌تواند میان انجام تکلیفی که او را به حرج می‌اندازد یا ترک آن، یکی را انتخاب کند؛ اما در عبادات عزیمتی مکلف ملتزم به ترک تکالیفی است که همراه با حرج هستند. در عبادات عزیمتی، انجام عباداتی که فرد را دچار حرج می‌کند، فعل حرام محسوب می‌شود (۷۳).

اعمال غیر عبادی نزد بسیاری از فقها از نوع احکام هستند. بنابراین فردی که در اعمال غیر عبادی دچار حرج می‌شود، اختیار می‌یابد که عمل را ترک یا انجام دهد (۷۴).

حال اگر حفظ نفس عبادتی از نوع عزیمت تلقی گردد، رعایت آن در هر شرایطی الزامی است و عدم حفظ نفس به معنی انجام فعل حرام است. پس وجوب حفظ نفس قطعی است و ورود حرج به آن باعث حدوث فعل حرام از مکلف می‌گردد. در این صورت تفاوتی میان قاعده «نفسی عسر و حرج» با قاعده «حفظ نفس» باقی نمی‌ماند و هر دو به یک معنا هستند. در بحث کنونی انجام مراقبت تسکینی که برنامه‌ای برای نفی عسر و حرج است، نسبت به برنامه‌هایی که بیمار را به عسر و حرج می‌اندازند، واجب بوده و اگر آن را از احکام عزیمتی بدانیم، عدم انجام مراقبت تسکینی حرام خواهد بود.

اما در صورتی که حفظ نفس عبادتی تریخی یا عملی غیر عبادی باشد، فرد می‌تواند در موارد وقوع عسر و حرج، «حفظ نفس» را مراعات کند یا آن را ترک کند. در این صورت نیز حفظ نفس واجب است؛ اما عدم حفظ آن به دلیل حرج، باعث بطلان و حرمت فعل مکلف نمی‌شود. به نظر می‌رسد حفظ نفس را باید از اعمال غیر عبادی تلقی نمود. مرجع تشخیص عسر و حرج بودن اعمال و عبادات، بنا به قاعده سلطنت نفس، فرد مکلف است؛ بنابراین عسر و حرج بودن افعال و اعمال مختلف پزشکی نیز توسط خود بیمار تعیین می‌گردد.

۴. **مقایسه مراقبت تسکینی با مراقبت طولانی‌کننده حیات از دیدگاه قواعد فقه**

پیشرفت‌های پزشکی نوین توانسته است طول عمر بیماران نزدیک به مرگ را توسط اقداماتی تحت عنوان مراقبت‌های

روان‌شناختی و مشاوره‌ای، سعی بر کاهش مواردی دارد که موجب نگرانی یا عسر و حرج بیمار می‌شود. بنابراین مراقبت تسکینی هم خود دارای عسر و حرج کمتری برای بیمار است و هم می‌تواند برنامه‌ای برای نفی عسر و حرج تلقی گردد.

۴-۴. **قاعده «اهم و مهم»:** حال باید راهکاری ارائه نمود تا بیمار در هنگام ضرورت قادر به انتخاب صحیح میان انواع مراقبت نزدیک به مرگ باشد. واضح است که این انتخاب تنها در مواردی صورت می‌گیرد که مراقبت طولانی‌کننده حیات و تسکینی در تضاد و تزاخم با یکدیگر قرار می‌گیرند؛ چه در مواردی که این دو با هم قابل اجرا هستند، انتخاب میان این دو معنایی نمی‌یابد. شاید بتوان این وضعیت را چنین توضیح داد که بیمار در روزهای نزدیک به مرگ ناگزیر از انتخاب یکی از سه رویکرد است. نخست آن که از پذیرش هرگونه مراقبت امتناع ورزد؛ دوم آنکه مراقبت طولانی‌کننده حیات را بپذیرد؛ سوم آنکه مراقبت تسکینی را برگزیند. گرچه راه کار نخست بنا به فتوای بسیاری از فقیهان، منع شرعی ندارد؛ اما مطابق با عقل و هم‌سو با اخلاق انسان دوستانه به نظر نمی‌رسد. در دیدگاه اخلاق و اسلام توصیه می‌گردد که بیمار نزدیک به مرگ مورد مراقبت و توجه ویژه قرار گیرد و اسباب راحتی و آرامش وی فراهم شود. بنابراین بیمار در روزهای نزدیک به مرگ باید میان مراقبت طولانی‌کننده حیات و مراقبت تسکینی یکی را برگزیند. به نظر می‌رسد تنها ابزار انتخاب میان این دو نوع مراقبت، قاعده اهم و مهم باشد.

براساس اینکه در قاعده «اهم و مهم» اگر میان دو حکم تکلیفی و یا دو مصلحت، مکلف مجبور باشد یکی را انجام داده و دیگری را رها کند، وظیفه دارد امر مهم‌تر را برگزیند (۷۶)، بیمار می‌تواند میان دو مراقبت تسکینی و مراقبت طولانی‌کننده حیات انتخاب کند. اگر امر مهم‌تر در نظر بیمار طول حیات باشد مثلاً اگر بیمار تکلیف یا قرضی دارد که باید در زمانی طولانی‌تر پرداخت گردد، یا بنا به مصلحتی مانند رسیدن مسافری برای دیدن او، می‌تواند مراقبت طولانی‌کننده حیات را برگزیند؛ اما اگر امر اهم را کیفیت و پرباری حیات دریابد، می‌تواند مراقبت تسکینی را در انتخاب اولویت دهد. از

صحت این مطلب ارائه نمود ولی به لحاظ فقهی اثبات نشده است. شاید بتوان فتوای آیت‌الله خویی و جواد تبریزی در ارتباط با عدم وجوب ادامه حیات با دارو و وسایل تنفسی در شرایطی که تحمل آن برای بیمار مشقت‌آور باشد (۷۵) را تأییدی بر کم‌اهمیت شدن حفظ نفس در صورتی که کیفیت زندگی قابل قبول نباشد دانست.

۴-۲. **قاعده «لاضرر»:** مراقبت‌های صرفاً طولانی‌کننده حیات ضرر بیشتری به بدن بیمار وارد می‌کنند. جراحات و دردهای حاصل از مداخلات پزشکی در این نوع مراقبت‌ها می‌توانند مصداق ضرر به بدن باشند. این درد و رنج‌ها به تدریج سبب خدشه‌دار شدن کرامت انسانی بیمار می‌شود که خود ضرری مضاعف برای بیمار است. به علاوه هزینه‌های سنگین درمان‌های تهاجمی می‌توانند به‌عنوان ضرر مالی تلقی گردند. سایر عوارض این نوع مراقبت شامل محدودیت امکانات پزشکی و آسیب به بیمارانی که با احتمال بهبودی بیشتر به این امکانات نیازمندند و نیز خستگی و استرس وارد به تیم پزشکی و بستگان بیمار می‌تواند ضررهای ناشی از این شیوه مراقبت را پررنگ‌تر نماید.

در مقابل مراقبت تسکینی به پیشگیری و فرو نشانیدن حداکثری درد و رنج بیمار می‌پردازد و در پی ارتقای کیفیت زندگی بیمار است و پیشنهادی برای انجام مداخلات تهاجمی و غیرتهاجمی نمی‌دهد. پس مراقبت تسکینی نسبت به مراقبت طولانی‌کننده حیات، بیمار را کمتر دچار ضرر می‌کند.

۴-۳. **قاعده «عسر و حرج»:** هدف اصلی مراقبت‌های طولانی‌کننده حیات افزایش حداکثری عمر بیمار با استفاده از همه امکانات است. روش‌های درمانی تهاجمی و درمان‌های طاقت‌فرسا و داروهای با عوارض سنگین مانند جراحی‌های ناتوان‌کننده و داروهای که موجب درد یا تهوع بیشتر می‌شود، به کار گرفته می‌شوند. این اقدامات می‌تواند بیمار را دچار عسر و حرج کند. گاهی فقها عدم انجام مراقبت طولانی‌کننده حیات را به‌عنوان نفی عسر و حرج توصیه می‌کنند (۷۵). در مقابل مراقبت تسکینی علاوه بر اینکه اعمال جراحی بیهوده را توصیه نمی‌کند، با رویکردهای تسکین درد و فعالیت‌های

مسائل تصمیم بگیرد. در صورت اهمیت طول زندگی در روزهای نزدیک به مرگ، بیمار می‌تواند از مراقبت‌های طولانی‌کننده حیات بهره‌مند گردد؛ اما در صورت اهمیت کیفیت زندگی و عدم نیاز به تحمل ضرر و عسر و حرج اضافی، مراقبت تسکینی را برگزیند. بنابراین برخلاف نظر بعضی از فقها که حفظ نفس را در هر شرایطی واجب می‌دانند، در مواردی می‌توان مراقبت طولانی‌کننده حیات را با مراقبت تسکینی جایگزین نمود.

### مشارکت نویسندگان

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

### تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

### تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

### تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

### ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانت‌داری رعایت شده است.

مرجحات قاعده «اهم و مهم»، امر محتمل‌الاهمیت نیز ذکر می‌شود. بنابراین در مواردی که بیمار احتمال مهم‌تر بودن امری را می‌دهد می‌تواند بنا به قاعده اهم و مهم، مراقبتی را انتخاب کند که امر محتمل‌الاهمیت را تأمین می‌نماید.

### نتیجه‌گیری

تلاش این پژوهش بر آن است تا به بررسی موضوع مراقبت تسکینی براساس قواعد فقهی پردازد برای اینکه راه‌گشای فقیه در صدور احکام باشد. مباحث فقهی پرداخته شده در این پژوهش به شرح زیر است:

۱. مرجع اصلی تصمیم‌گیری و انتخاب مراقبت تسکینی براساس قاعده سلطنت بر نفس، فرد بیمار است. پزشک تنها پس از اذن گرفتن از بیمار می‌تواند اجرای مراقبت تسکینی را عهده‌دار شود.

۲. تفاوت بنیادین مراقبت تسکینی با اتانازی در این است که مراقبت تسکینی اقدامی با قصد کمک به بیمار در جهت تحمل درد و رنج بیماری است؛ در حالی که اتانازی، با قصد تسریع مرگ صورت می‌گیرد. از این رو قطع درمان اصلی در مراقبت تسکینی ممکن است به دلیل کاهش علائم آزاردهنده و ارتقای کیفیت زندگی انجام شود و به محض برطرف شدن علائم آزاردهنده دوباره از سر گرفته می‌شود؛ اما در اتانازی قطع درمان اصلی تا فرا رسیدن مرگ بیمار ادامه می‌یابد. بنابراین اگر مرگ فرد پیامد قطع درمان فرا رسد، احراز سببیت بیمار یا معاونین او برای قتل نفس، تنها در اتانازی امکان‌پذیر است و در مراقبت تسکینی سببیت او یا آنها محرز نمی‌گردد.

۳. مراقبت تسکینی تضاد و تزامنی با قواعد فقهی «وجوب حفظ نفس»، «لاضرر و لاضرار» و «نفی عسر و حرج» ندارد.

۴. میان مراقبت طولانی‌کننده حیات و مراقبت تسکینی، مراقبت طولانی‌کننده حیات با قاعده «وجوب حفظ نفس» بیشتر تطبیق دارد؛ اما می‌تواند مصداق ضرر و عسر و حرج باشد. در مقابل مراقبت تسکینی با قواعد «لاضرر و لاضرار» و «نفی عسر و حرج» تطبیق بیشتری دارد؛ اما تدبیری اضافه برای حفظ نفس، اعمال نمی‌کند. بنابراین بیمار در انتخاب میان این دو می‌تواند بنا بر قاعده اهم و مهم و با اولویت‌بندی

## References

\*\*\*Holy Quran

1. Heland, M. "Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility". *Australian Critical Care*. 2006(1384).19(1):25-31. [In English]
2. Hosseinzadeh A, Tabatabaie S. "Futile medical treatments and its Shariah rulings". *Journal of Medical Figh*. 2020(1398).11(38-39):69-79. [In Persian]
3. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
4. Hritz CM. "Palliative therapy in heart failure". *Heart Failure Clinics*. 2018 (1439). 14 (4): 617-624. [In English].
5. Ghashghaei R, Yousefzai R, Adler E. "Palliative care in heart failure". *Progress in Cardiovascular diseases*. 2016 (1384). 58: 455-460. [In Persian].
6. Stevenson LW. "Clinical use of inotropic therapy for heart failure: looking backward or forward". *Npn*. 2003 (1382). 108: 492-497. [In English].
7. Kirchoff KT, Beckstrand RL. "Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients". *Npn*. 2000 (1379). 2(9): 96-105. [In English].
8. Farrokhnejad Afshar P, Ashkani Rad P, Hosseini S. "Attitudes of special care nurses towards obstacles and supportive behaviors in providing end-of-life care". *Cardiovascular Nursing*. 2018 (1397). 4: 26-34. [In Persian].
9. Abbasi M, Shamsi E, Safari S. "Spiritual health in end-of-life maintenance care in the health system". *Medical Ethics Quarterly*. 2013 (1391). 30:101. [In Persian].
10. Ventura, MM. "Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers" *Sao Paulo medical journal*. 2016 (1394). 1(134): 93-4. [In English].
11. Kristanti MS, Setiyarini S, Effendy C. "Enhancing the quality of life for palliative care cancer patients in Indonesia through family caregivers: a pilot study of basic skills training" *BMC Palliative Care*. 2017 (1395). 1(16):4. [In English].
12. Connor SR, Pyenson B, Fitch K, et al. "Comparing hospice and non-hospice patient survival among patients who die within a three-year window". *Pain Symptom Manage*. 2007 (1386). 33:238-246. [In English].
13. Kavalieratos, D. "Mitchell E.M, Carey TS, et al. Not the 'grim reaper service: An assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure". *Amer Heart Association*. 2014 (1392). 3: e544–e544. [In English].
14. National Ethical Guidelines on Palliative Supportive Care in End-of-Life Patients. Department of Medical Ethics, Research Institute of Tehran University of Medical Sciences. 2018. [In Persian].
15. Plato Stanford education. "Stanford Encyclopedia of Philosophy: Voluntary Euthanasia" Stanford University. *Metaphysics Research Lab*. 2018(1396). [In English].
16. Kohl, M. *The Morality of Killing* New York. Humanities Press. ISBN 9780391001954.1974 (1394): 94. [In English].
17. Muḥaqqiq Dāmād, SM. *Qawā'id Fiqhī*. Tehran: 'Ulūm Islāmī. 1986(1406). 1: 227. [In Arabic]
18. Anṣārī, SM. *Makāsib*. Qum: Dār al-Zakhā'ir. 1991 (1411). 10: 287. [In Arabic]
19. Khoei, AQ. *Miṣbāḥ al-Fiqāhat (Mu'āmilāt)*. Qum: Maktabat al-Dāwarī. 1999 (1420). 4:256. [In Arabic]
20. Khomeini, SR. *al-Biy'*. Tehran: Tanzīm Wa Nashr Āthār Imām Khomeini. 2000 (1421). 1:41. [In Arabic]
21. Shīrāzī, M. *Īṣāl Al-Tālib Ilā Al-Makāsib*. Tehran: A'lamī. Nd. 5:71. [In Arabic]
22. Rahimi H, Torof F. "Analysis Of Human Relationship With His Body Organs". *Perspective Of Islamic Jurisprudence*. 2019().10(36-37):109-20. [In Persian]
23. Iṣfahānī, RḤ. *al-Mufradāt fī Gharīb al-Qur'ān*. Beirut: Dār al-Qalam. 1991(1412). 14. [In Arabic]
24. Najafī, MH. *Jawāhir al-Kalām*. Beirut: Dār Ihya' al-Turāth al-'Arabī. 1983(1403). 27: 357. [In Arabic]
25. Marāghī, SM'A. *al-'Anāwīn Fiqhīyyat*. Qum: Jimā'at Mudarrisīn Ḥuzat 'Ilmīyyat Qum. 1996(1417). 239. [In Arabic]
26. [24]; 43:46. [In Arabic]
27. Ibn Fahd Ḥillī, A. *al-Muhadhdhab al-Bāri' Fī Sharḥ al-Mukhtaṣar al-Nāfi*. Qum: Iran. 1987 (1407). 5:261. [In Arabic]
28. Kerachian F, Soltani AA. "Jurisprudential And Legal Proof of The Rule of Necessity of Self-Preservation In Islam". *Jurisprudential Researches*. 2013 (1434). 3 (9):85-114. [In Persian]

29. Farāhīdī, KH. Kitāb al-‘Iyn. Qum: Hijrat. 1990(1410). 7: 270. [In Arabic]
30. Fīrūzābādī, M. Qāmūs al-Muḥīṭ. Beirut: Dār al-Kutub al- ‘Ilmīyyat. 1995(1415). 2: 396. [In Arabic].
31. Ḥimyarī, N. Shams al- ‘Ulūm wa Dawā’ al-Kalām al- ‘Arab minal-kulūm. Beirut: Dār al-Fikr. 2000 (1420). 10:6685. [In Arabic]
32. Hossein Yūsuf, M. al-Ifṣāh fī Fiḥ al-Lughat. Qum: Maktab al-A‘lām al-Islāmī. 1990 (1410).1:108. [In Arabic]
33. Juhārī, I. al-Ṣiḥāḥ Tāj al-Lughat Wa Ṣiḥāḥ al- ‘Arabīyat. Beirut: Dār al-‘Ilm lil-Malā’īn. 1990(1410). 3:984. [In Arabic]
34. Muṣṭafawī, H. al-Taḥqīq Fī Kalimāt al-Qur’ān al-Karīm. Tehran: Markaz al-Kitāb lil-Tarjumih Wa al-Nashr. 1995(1416).12:19. [In Arabic]
35. Zabīdī, M. Tāj al- ‘Arūs Min Jawāhir al-Qāmūs. Beirut: Dār al-Fikr. 1994(1414). 9: 14. [In Arabic]
36. Ṭurayḥī, F. Majma‘ al-Baḥrayn. Tehran: Maktabat al-Murtaḍawīyyat. 1995(1416).5: 426. [In Arabic]
37. al-Zamaksharī, M. al- Fā’iq fī Gharīb al-Ḥadīth. Beirut: Dār al-Kutub al-‘Ilmīyyat. 1997 (1417). 3:318. [In Arabic].
38. Ibn Durayd, M. Jamharat al-Lughat. Beirut: Dār al- ‘Ilm lil-Mullā’īn. 1988 (1408). 2:848. [In Arabic].
39. Ibn Fāris, ‘A. Maqā’īs al-Lughat. Qum: Daftar Tabliḡhāt Islāmī. 1984 (1404): 5:460. [In Arabic].
40. Azharī, M. Tahdhīb al-Lughat. Beirut: Dār Ihyā’ al-Turāth al- ‘Arabī. 2001(1421). 13:8. [In Arabic].
41. Ibn Manzūr, M. Lisān al- ‘Arab. Beirut: Dār al-Fikr. 1994 (1414). 6:236. [In Arabic]
42. Azdī, A. al-Mā’. Tehran: Iran medical university. 2008 (1429). 3:1267. [In Arabic].
43. Makārim Shīrāzī, N. al-Amthal fī Tafsīr al-Kitāb al-Munzal. Qum: Imām ‘Alī Ibn Abī Ṭālib. 2001(1421). 132. [In Arabic].
44. Q.4:29.
45. Q.2:195.
46. Zīyn al-Dīn, MA. Kalimat al-Taqwā. Qum: vedaeci publish center. 1993 (1413): 6:378. [In Arabic].
47. Majlisī, MT. Lawāmi‘ Ṣāhibqarānī. Qum: Ismā’īliyyān. 1994 (1414): 3:345. [In Arabic].
48. Ḥillī, H. Tadhkirat al-Fuqahā. Qum: Ahl al-Bayt. 1994 (1414). 567. [In Arabic]
49. Ishtihārdī, ‘AP. Madārik al-Urwat al-Wuthqā. Tehran: Dār al-Uswat. 2007 (1417). 10: 73. [In Arabic]
50. Shīrāzī, Ṣ. al-Masā’il al-Islāmīyyat. Qum: Rashīd. 2007 (1427): 304-305. [In Arabic].
51. Yazdī, MK. al-‘Urwat al-Wuthqā. Beirut: A‘lamī. 1989 (1409): 3:39. [In Arabic].
52. Anṣārī, SM. Farā’id al-Uṣūl. Qum: Majma‘ al-Fikr al-Islāmī. 1998(1419). 2: 535. [In Arabic]
53. Muḥaqqiq Ḥillī, N. al-Mukhtabar fī Sharḥ Mukhtaṣar. Qum: Siyyid al-Shuhadā. 1987 (1404): 2: 685. [In Arabic].
54. Narāqī, A. ‘Awā’id al-Ayyām. Qum: Ghadīr. 1988(1409). 1: 17. [In Arabic]
55. Q.2:231,233.
56. Anṣārī, SM. Rasā’il Fiqhīyyat. Qum: World congress honoring Sheikh Azam Ansari. 1994 (1414). 119. [In Arabic]
57. Khoei, SA. Miṣbāḥ al- Fiḡāhat fī al-Mu‘āmilat. Qum: al- ‘Ilmīyyat. 1958 (1377): 3:194. [In Arabic]
58. Makārim Shīrāzī, N. Qawā’id Fiqhī. Qum: ‘Alī Ibn Abī Ṭālib. 2005 (1425). 135. [In Arabic]
59. Najafī Khānsārī, M. Munīyyat al-Ṭālib Fī Ḥāshīyyat al-Makāsib. Qum: Nashr Islāmī. 1998 (1418). 2:263. [In Arabic]
60. Ruḥānī MṢ. Fiḡh al-Ṣādiq. Qum: Imām Ṣādiq. 1991 (1412). 17: 179. [In Arabic]
61. Ruḥānī, SMṢ. Minhāj al-Fiḡh. Qum: Anwār al-Hudā. 2009 (1429). 5:409. [In Arabic]
62. al-Ṣadr, MB. Lā Ḍarar Wa Lā Ḍirār (Qā’idih Lā Ḍarar). Qum: Dār al-Ṣādiqīn. 2000 (1420): 296. [In Arabic]
63. Subḥānī, J. Rasā’il al-Arba’. Qum: Imām Ṣādiq. 1995 (1415): 2: 109-110. [In Arabic]
64. Ṭabāṭabāyī Qumī, ST. Mabānī Minhāj al-Ṣālicīn. Qum: Qalam al-Sharq. 2006 (1426). 3:431. [In Arabic]
65. Ḥakīm, M. Ḥāshīyat ‘alā ‘Urwat al-Wuthqā. Qum: Dār al-Tafsīr. 1995 (1416). 10:18. [In Arabic]
66. Baḥrānī, Y. al- Ḥadā’iq al-Nāzirat Fī Aḥkām al- ‘Itrat al-Ṭāhirat. Qum: Nashr Islāmī al-Tābi‘at li-Jimā‘at al-Mudarrisīn Fī Ḥuzat ‘Ilmīyyat Qum. 1985 (1405). 14:138. [In Arabic]
67. Āṣif Muḥsinī, MA. Fiḡh Wa Masā’il al-Ṭibbīyyat. Qum: Būstān Kitāb. 2003 (1414). 1:9. [In Arabic]
68. [67]; 2:254. [In Arabic]
69. [67]; 1:15. [In Arabic]

70. Khurāsānī, MK. Kifāyat al-Uṣūl. Qum: Ahl al-Bayt. Nd. 1:381-382. [In Arabic]
71. al-Qāḍī, Nu'mān. Da'ā'im al-Iṣlah. Qum: Ahl-al-Bayt. 1965 (1385). 2: 144. [In Arabic]
72. Sīstānī, 'A. Qā'idih Lā Dirār. Qum: Āyat Allāh Sīstānī. 1994 (1414): 291-292. [In Arabic]
73. Sabziwārī, S'A. Muḥadhdhab al-Aḥkām Fī Bayān Ḥalāl Wa al-Ḥarām. Qum: al-Manār. 1992 (1413). 12:221. [In Arabic]
74. Aṣgharī, M. 'Idālat bi Mathābih "Qā'idih" Hamrāh bā Qawā'id Lā Darar. Tehran: Ittilā'āt. 2009 (1388):257-259. [In Persian]
75. Khoei AQ, Tabrīzī J. Fiḥ al-'Idrār 'Alā al-Sharī'at Wa al-Masā'il al-Tibbiyat. Qum: Dār al-Siyyid al-Shuhadā. 2006 (1427): 198. [In Arabic]
76. al-Ṣadr, MB. Durūs fī 'Ilm al-Uṣūl. Beirut: Dār al-Kitāb Lubnānī. 1986(1406). 2: 215. [In Arabic]