**تبيين موضوع و تحليل اخلاقي اتانازي**

سال سوم، شماره اول، زمستان، 1390، صفحه 137 ـ 151

Ma'rifat-i Ākhlaqī, Vol.3. No.1, Winter 2012

چكيده

**اتانازي يا پايان دادن آسان به زندگي بيماران در حال مرگ از بحث‌برانگيزترين موضوع‌هاي اخلاق پزشكي است. مطرح شدن اين موضوع طي چند دهه اخير ناشي از پيشرفت‌هاي پزشكي و تلاش هدفمند جنبش‌هاي اجتماعي مرتبط با آن است. اتانازي انواعي دارد كه از حيث اخلاقي، حقوقي و قانوني از يكديگر متفاوت‌اند. تمايز دو نوع عمده آن، يعني اتانازي فعال و منفعل، اين است كه در نوع اول، بيمار لاعلاج و با رنج زياد را بدون اميد به بهبودي مي‌كشيم، اما در دومي، مي‌گذاريم كه بميرد. اغلب اديان با اتانازي فعال مخالف‌اند، اما درباره برخي ديگر از انواع آن، موضع منعطف‌تري دارند. موافقان اتانازي بيش از همه بر مفهوم خودمختاري تكيه داشته، اما مخالفان، دامنه گسترده‌اي از استدلال‌هاي اخلاقي و ديني تا نگراني‌هاي كاربردي را مطرح مي‌كنند.**

**كليدواژه‌ها: اتانازي، اخلاق پزشكي، اصول اخلاقي، تنگناي اخلاقي.**

[\*](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ftnref1" \o ") کارشناس ارشد روانشناسي عمومي، دانشگاه تهران.                                                [naseragha@gmail.com](mailto:naseragha@gmail.com)

**دريافت**: 17/4/1390ـ **پذيرش**: 22/10/1390

**مقدمه**

اتانازي كه از بحث‌انگيزترين موضوع‌هاي اخلاقي است، بحث‌هاي بسياري را درپي داشته و در سال‌هاي اخير پاي ثابت پژوهش‌هاي اخلاقي و فلسفي بوده است. اصطلاح اتانازي در واژه‌اي يوناني ريشه دارد كه به معناي مرگ خوب[1](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn1" \o ") است. ريشه اين واژه يوناني به 200 ـ 500 سال پيش از ميلاد مسيح برمي‌گردد.[2](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn2" \o ")اما نخستين كاربرد آن در زبان انگليسي در سال 1646م بوده كه به معناي مرگ آرام و آسان[3](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn3" \o ") به كار رفت.[4](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn4" \o ") اين تعريف با كاربرد معاصر واژه اتانازي، همسان نيست.[5](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn5" \o ") ***فرهنگ وبستر***[6](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn6" \o ") نخستين كاربرد واژه اتانازي در زبان انگليسي در معناي كنوني‌اش را به سال 1869م برمي‌گرداند. تعريف اين فرهنگنامه از اتانازي چنين است: اقدام يا ممارست به كشتن يا «اجازه دادن مردن» به افراد (شامل اشخاص يا حيوانات) آسيب ديده يا بيمار لاعلاج، با وسايلي تقريباً بدون درد، به علت ترحم.[7](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn7" \o ")

طي دو دهه گذشته، بحث درباره اتانازي به طور چشمگيري افزايش يافته و توجه متخصصان رشته‌‌هاي مختلف را به خود جلب كرده است.[8](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn8" \o ") برخي زمينه‌يابي‌ها از افزايش حمايت از اتانازي خبر داده‌اند.[9](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn9" \o ") يك پژوهش نشان مي‌دهد كه موافقت عمومي با اتانازي براي بيماران در حال مرگ از 2/39 درصد در سال 1977م به 7/49 درصد در سال 1983م افزايش يافته است. زمينه‌يابي‌ها در ايالات متحده در سال‌هاي 1986 و 1988م نيز از حمايت 62 و 58 درصدي از اتانازي حكايت مي‌كند.[10](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn10" \o ") در ايران پژوهش‌هاي اندكي در اين‌باره انجام شده است و قانون مدوني نيز درباره اتانازي وجود ندارد. مخالفان و موافقان، به برخي از قوانين جاري به نفع ديدگاه خود استناد مي‌كنند.[11](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn11" \o ") رفع اين خلأ قانوني نيازمند شناخت دقيق موضوع است. مقاله حاضر به تبيين موضوع اتانازي و تحليل اخلاقي آن مي‌پردازد.

**تاريخچه بحث**

بسياري از نويسندگان، مطرح شدن بحث اتانازي را معلول پيشرفت در علوم پزشكي دانسته‌اند. امكانات نوين در فناوري‌هاي بهداشتي، اميد به زندگي را ارتقا داده و گزينه‌هاي ادامه زندگي را در بيماران در حال مرگ افزوده است. اما اين پيشرفت‌ها شمشيري دو لبه شده است: فناوري، پزشك را براي مبارزه با بيماري، ارتقا كيفيت زندگي و افزايش طول عمر، توانمندتر مي‌كند، ولي هنگامي كه اين فناوري براي بيماران در حال مرگ به كار مي‌رود غالباً رنج آنها را طولاني كرده و به جاي ارتقاي كيفيت زندگي، كميت آن را مي‌افزايد.[12](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn12" \o ") برخي نويسندگان مطرح شدن موضوع اتانازي را به تحولات و جنبش‌هاي اجتماعي قرن اخير نسبت مي‌دهند؛[13](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn13" \o ") نهضت‌هايي كه بر هويت، فرديت و كنترل بدن خود، و «حقِّ مردن»[14](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn14" \o ") تأكيد مي‌كنند. و به گفته برخي نويسندگان هنگامي اين بحث برجسته شد كه خودمختاري بيش از عدالت، توجه‌ها را به خود جلب كرد.[15](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn15" \o ")

نهضت يا جنبش اجتماعي،[16](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn16" \o ") ناشي از وضعيتي آشفته، محصول انگيزه قدرت و برآمده از آرزو و اميد براي يك طرح يا نظام جديد براي زندگي است. در جنبش «مرگِ درخواست شده» يا جنبش «حقِ مردن»[17](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn17" \o ") طرح يا نظام جديد مردن مطرح است؛ طرحي كه به طور خاص به بيمار اجازه مي‌دهد به زندگي‌اش پايان دهد. هدف غايي اين نهضت، قانوني شدن «مرگِ درخواست شده» است. برخلاف بيشتر نهضت‌هاي اجتماعي كه مشخص كردن منشأ دقيق نهضت دشوار است، معمولاً سازمان‌هاي مربوط به نهضت‌هاي اجتماعي را مي‌توان رديابي كرد. براي مثال، نخستين «انجمن اتانازي داوطلبانه» در سال 1935م در لندن تأسيس شد. اگر يك نهضت اجتماعي بخواهد در تغيير جامعه موفق شود بايد به نفع موضوعش از جامعه نظرخواهي كند. جامعه تماشاگر و غيرمتعهد به نهضت، مركز توجه نهضت‌هاي اجتماعي است. انتشار نتايج نظرسنجي‌ها روش ويژه‌اي است كه از آن براي تحرك بخشيدن به نهضت استفاده مي‌شود. سازمان‌هاي حامي يك نهضت، نه تنها نتايج نظرسنجي‌ها را منتشر مي‌كنند، بلكه به طور منظم سفارش چنين نظرسنجي‌هايي را مي‌دهند. چنين اقدامي موضوع را در معرض ديد مردم قرار مي دهد، و تحقق آن موضوع را دست‌يافتني‌تر مي‌كند. براي نهضت «مرگ درخواست‌شده» كه اعضايش را به شيوه‌هاي سنتي، مانند تظاهرات خياباني يا اعتصاب بسيج نمي‌كند، نظرسنجي، شيوه اصلي براي اعلام خواسته نهضت است. [18](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn18" \o ") اين تلاش‌ها تا حدودي موفق بوده‌اند. اتانازي يكي از موضوع‌هاي مهم عمومي در بسياري كشورها شده است. برخي كشورها درباره قانوني‌كردن آن بحث كرده و برخي آن را قانوني كرده‌اند.

برخي دسته‌بندي‌ها و واژگان در زمينه اتانازي، وجود دارد كه در ادامه، علاوه بر مرور انواع اتانازي، به اصطلاحات مشابه و مرتبط با آن نيز پرداخته مي‌شود.

**انواع اتانازي**

اتانازي در نخستين تقسيم‌بندي به دو نوع فعال[19](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn19" \o ") و منفعل[20](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn20" \o ") تقسيم مي‌شود و هريك از اين دو نيز در يك تقسيم‌بندي ثانويه به انواع داوطلبانه،[21](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn21" \o ")غيرداوطلبانه،[22](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn22" \o ") و اجباري[23](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn23" \o ") تقسيم مي‌شوند.[24](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn24" \o ") تفاوت دو نوع فعال و منفعل اين است كه پزشك در روند پايان دادن به زندگي بيمار، نقشي فعال يا غيرفعال دارد. به اين دو نوع و تفاوت آنها در بخش بعدي پرداخته خواهد شد. تقسيم‌بندي داوطلبانه، غيرداوطلبانه و اجباري، به نقش اراده و خواست بيمار در روند اتاناري اشاره دارد. در نوع نخست، بيمار رضايت آگاهانه به رخداد اتانازي دارد. در نوع دوم، بيمار هيچ آگاهي از رخداد اتانازي ندارد. اين نوع در حالتي است كه بيمار امكان يا صلاحيت تصميم‌گيري را ندارد (براي مثال، در حالت اغماست). در نوع اجباري، بيمار صلاحيت تصميم‌گيري را دارد، اما هيچ درخواست آشكاري براي اتانازي ندارد؛ از او در مورد مرگش سؤال نشده يا سؤال شده و او صراحتاً گفته است كه مي‌خواهم زنده بمانم. اين، تقسيم‌بندي نظري و ثانويه‌اي از اتانازي است. وقتي سخن از اتانازي مي‌رود غالباً نوع داوطلبانه آن موردنظر است. اتانازي بدون رضايت بيمار، مصداق آدمكشي[25](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn25" \o ") است. در برخي كاربردها اتانازي از اين هم محدودتر شده و تنها در مورد نوع فعال آن به كار رفته است.[26](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn26" \o ")

اصطلاح كشتن از روي ترحم[27](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn27" \o ") كه گاهي مترادف اتانازي به كار رفته است، غالباً به اتانازي غيرداوطلبانه و اجباري اشاره دارد[28](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn28" \o ") و از نظر معنا و كاربرد با اتانازي متفاوت است. اصطلاح ديگري كه (به اشتباه) مترادف اتانازي به كار رفته «خودكشي با كمك پزشك»[29](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn29" \o ") است. اتانازي با «خودكشي با كمك پزشك» از نظر پزشكي، قانوني و اخلاقي تفاوت دارد، اما خيلي اوقات با هم اشتباه گرفته مي‌شوند. در «خودكشي يا مرگ با كمك پزشك»، پزشك ابزار لازم براي پايان دادن زندگي را براي بيمار فراهم مي‌آورد كه معمولاً عبارت است از تجويز يا فراهم كردن مقدار مرگ‌باري از يك دارو. بيمار مستقلاً دارو را مصرف مي‌كند و پزشك لزوماً در زمان تصميم بيمار براي مصرف دارو و مردن، حاضر نيست.[30](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn30" \o ") به بيان ديگر، در اتانازي، پزشك مباشر پايان دادن به زندگي بيمار است، اما در «خودكشي با كمك پزشك»، بيمار مباشر اين كار است.[31](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn31" \o ")

«اثر دوگانه»[32](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn32" \o ") نيز گاهي اتانازي غيرمستقيم[33](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn33" \o ") خوانده مي‌شود.[34](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn34" \o ") اصطلاح اثر دوگانه به دو اثري اشاره دارد كه نتيجه انجام يك عمل‌اند: يك اثر قصد شده است، و اثر ديگر پيش‌بيني مي‌شود و ناخواسته بر اثر انجام عمل به وجود مي‌آيد.[35](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn35" \o ") در مراقبت‌هاي پايان حيات، اصطلاح اثر دوگانه را به استفاده از دارو با قصد كاهش درد گويند، با آگاهي به اينكه چنين استفاده‌اي مي‌تواند اثر جانبي داشته و موجب كاهش عمر بيمار شود.[36](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn36" \o ")

**اتانازي فعال و منفعل؛ آموزه انجام دادن/ اجازه دادن**

با اينكه هر دو روند فعال و منفعل، پيامدهاي يك‌ساني دارند، تفاوت آن دو بحث‌هاي بسياري را درپي داشته است.[37](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn37" \o ") موافقان و مخالفان اتانازي، به طور سنتي بين دو نوع فعال و منفعل آن، تمايز قائل شده‌اند. تمايز اتانازي فعال و منفعل مبتني بر تفاوت اخلاقي بين اين است كه فردي را بكشيم يا بگذاريم بميرد.[38](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn38" \o ")البته به باور برخي اين تمايز، روشن نيست و اگر هم باشد از نظر اخلاقي مهم نيست.[39](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn39" \o ")

تفاوت كشتن و «اجازه دادن مردن»[40](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn40" \o ") به تفاوت «انجام دادن» و «اجازه دادن» تحليل شده است. در «اجازه دادن»، قبلاً زنجيره‌اي از رخدادها آغاز شده است و عاملي كه مي‌تواند آن را متوقف كند، اين كار را نمي‌كند و مي‌گذارد زنجيره ادامه يابد. نقش فرد در زنجيره رخدادها اجازه‌دهنده باشد يا آغازگر، تفاوتي در نتيجه ندارد، از اين‌رو تفاوت اخلاقي اين دو به چالش كشيده شده است. بر همين مبنا، *جيمز ريچلز*[41](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn41" \o ") اين آموزه را كه اتانازي منفعل از نظر اخلاقي مي‌تواند پذيرفتني باشد، اما اتانازي فعال نه، به چالش كشيده است. او باور دارد كه كشتن يك فرد به خودي خود، بدتر از اينكه بگذاريم كسي بميرد نيست، از اين‌رو اتانازي فعال، بدتر از اتانازي منفعل نيست.[42](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn42" \o ") به باور او نيت‌هاي با اعمال اخلاقي رابطه‌اي ندارند.[43](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn43" \o ") او بر اين باور است كه مسائل رواني، مانند هيجان و عاطفه موجب مي‌شود آسيبي را بر ديگري ترجيح دهيم، نه اينكه بين دو موقعيت (كشتن و اجازه دادن مردن تفاوت اخلاقي ايجاد كنند.[44](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn44" \o ") اكنون رأي او نظريه پذيرفته‌اي نيست، چراكه هيجان پديده‌اي بيگانه از قضاوت اخلاقي نيست. عاطفه يا هيجان در نظريه‌هاي جديد مانند «الگوي شهود اجتماعيِ»[45](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn45" \o ") *هايت*،[46](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn46" \o ")مؤلفة اصلي استدلال و قضاوت اخلاقي است[47](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn47" \o ") و در الگوي *مل*،[48](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn48" \o ") استدلال اخلاقي از چندين فرايند، از جمله حالت‌هاي هيجاني و انگيزشي نشئت مي‌گيرد كه با فعاليت مسير قشري-كناري مغز ارتباط دارند.

درباره تفاوت «كشتن» و «اجازه دادن مردن» چندين تبيين ارائه شده است.

نخست، اينكه اگر كسي را بكشيم موجب مرگ او شده‌ايم، اما اگر بگذاريم بميرد چيز ديگري موجب مرگ شده است، از اين‌رو كمتر سزاوار سرزنشيم. علت مرگ در اتانازي منفعل، بيماري زمينه‌اي است، اما در اتانازي فعال، پزشك است، از اين‌رو اتانازي فعال، بدتر قلمداد شده است.

دوم، آنكه نكشتن، وظيفه‌اي كاملاً قابل اجراست (مي‌توانيم همه عمرمان را سپري كنيم بدون اينكه كسي را بكشيم)، ولي نمي‌توانيم از اينكه بگذاريم ديگران بميرند، پرهيز كنيم. مي‌توانيم همه وقتمان را صرف كمك به افراد در معرض خطر كنيم، اما نمي‌توانيم همه آنها را نجات دهيم. وظيفه عمومي براي اينكه نگذاريم ديگران بميرند، وظيفه‌اي است كه انجامش ناممكن است.

سوم، آنكه اگر كسي را بكشيم آن فرد مرده است، اما اگر نتوانيم او را نجات دهيم مرگ وي را حتمي نكرده‌ايم، چراكه اين فرصت وجود دارد تا فرد ديگري او را نجات دهد.

چهارم، آنكه برخي معتقدند كه «اجازه دادن مردن» به بدي كشتن نيست، چون نيت‌‌هاي مربوط به آن دو متفاوت‌ است؛ كسي كه مي‌كشد قصد دارد موجب مرگ شود، ولي كسي كه مي‌گذارد فردي بميرد نيت متفاوتي دارد. اين نكته نيز تفاوت دو نوع اتانازي را تبيين مي‌كند؛ به اين معنا كه قصد در اتانازي فعال، ايجاب مرگ است، اما در اتانازي منفعل مي‌تواند صرفاً پايان دادن به رنج بيمار باشد.[49](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn49" \o ")

**استدلال موافقان و مخالفان**

استدلال‌ها در جانب‌داري از اتانازي چندان جديد و متعدد نيستند. مهم‌ترين استدلال‌ها براي اتانازي عبارت‌اند از: درد شديدي كه مبتلايان به بيماري‌هاي درمان‌ناپذير تحمل مي‌كنند، سربار شدن افرادي كه نمي‌توانند در فعاليت‌هاي طبيعي شركت كنند، و حق افراد براي تصميم‌گيري درباره زندگي‌شان. مورد اخير در قالب مفهوم احترام به خودمختاري[50](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn50" \o ") بيمار صورت‌بندي مي‌شود.[51](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn51" \o ")

با اينكه وظيفه حفظ حيات از اصول اساسي اخلاق پزشكي است، برخي معتقدند وظيفه پزشك درباره كاهش رنج و بهبود زندگي در مواردي بر وظيفه حفظ حيات اولويت مي‌يابد.[52](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn52" \o ") اما در بسياري موارد، انگيزه‌ها براي اخلاقي و مطلوب شدن اتانازي در رويارويي با رنج و درد كافي نيست. قانوني شدن اتانازي، بذر نوميدي را در ذهن و قلب بيمار مي‌كارد. در افراد معمولي و افراد غيرمولد يا كم مولد و افراد پير يا ناتوان، ترس از «فهرست مرگ» به وجود مي‌آيد، و همه اينها جايگاه و تصوير حرفه پزشكي را در جامعه تخريب مي‌كند. امروزه اخلاق، بيشتر و بيشتر زير سايه خودمختاري رفته است. اين روال براي مثال به پذيرش سقط جنين، هرزه‌نگاري، رابطه جنسي خارج از ازدواج، و همجنس‌گرايي انجاميده است.[53](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn53" \o ") اما در مورد اتانازي لازم است محدوديت‌هاي خودمختاري به رسميت شناخته شوند.[54](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn54" \o ")

دلايل مخالفان دامنه گسترده‌اي از استدلال‌هاي ديني و اخلاقي تا دغدغه‌هاي عملي را فرا مي‌گيرد كه پرداختن به همه آنها در اينجا ميسر نيست. در اينجا به برخي از آنها اشاره مي‌شود. به گفته برخي نويسندگان، مخالفت با اتانازي عمدتاً از سه منبع سرچشمه مي‌گيرد: دين، ترس از مرگ غيرداوطلبانه به علل اقتصادي، و اصول اخلاق پزشكي.[55](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn55" \o ") طبق سوگند *بقراط*،[56](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn56" \o ") پزشكان از مشاركت در كشتن عمدي بيمار منع شده‌اند.[57](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn57" \o ") اخلاق پزشكي بقراطي پايه‌اي قوي براي مخالفت با اتانازي است، چراكه اتانازي، نخستين اصل آن (خيرخواهي در كمك، درمان و كاهش درد و رنج) را نقض مي‌كند.[58](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn58" \o ") سوگند *بقراط* استفاده از داروهاي مرگ‌بار و توصيه به استفاده از آنها را ممنوع مي كند. دستورالعمل بين‌المللي اخلاق پزشكي نيز مي‌گويد كه پزشك همواره بايد الزام براي حفظ جان انسان‌ها را در نظر داشته باشد. توضيح وظيفه‌گرايانه اين مفهوم چنين است: كار نادرستي است كه پزشكان بيماران را بكشند يا به خودكشي آنها كمك كنند.[59](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn59" \o ")

از مهم‌ترين استدلال‌هاي مخالفان اتانازي، امكان سوءاستفاده از آن، به ويژه از سوي متصديان سلامت است. نخستين گام براي قانوني‌شدن اتانازي سبب مي‌شود گام‌هاي بعدي آسان‌تر برداشته شود. طرف‌داران اين استدلال كه استدلال «شيب لغزنده»[60](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn60" \o ") نام دارد، مي‌گويند هنگامي كه جامعه پايان‌دادن به زندگي را بپذيرد، ديگر هيچ روشي براي محدود كردن اتانازي و بازداشتن سوءاستفاده از آن وجود ندارد. قانوني كردن اتانازي داوطلبانه، خواه ناخواه به قانوني شدن اتانازي غيرداوطلبانه مي‌انجامد.[61](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn61" \o ") دامنة اين شيب، به قانوني شدن خودكشي، كشتن افراد مسن، افرادي كه از بيان مقصودشان ناتوان‌اند، فقرا، و افراد مبتلا به بيماري‌هايي چون ايدز نيز گسترش خواهد يافت و از اتانازي بيماران در حال مرگ تا اتانازي بيماران رواني راه چنداني نيست.[62](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn62" \o ")

مسئله ديگر اين است كه چه كسي تصميم مي‌گيرد؟ مخالفان اتانازي مي‌گويند قضاوت فرد متقاضي خودكشي، مختل است؛ او نمي‌تواند تصميمي عاقلانه بگيرد. علاوه بر اين، اتانازي لزوماً بهترين گزينه براي راحتي بيمار نيست، چراكه ممكن است تشخيص بيماري اشتباه باشد يا درخواست اتانازي از سوي بيمار نوعي درخواست كمك باشد. درخواست اتانازي مي‌تواند به علت مشكلات روان‌شناختي و افسردگي بيمار باشد و در نتيجه وي توان قضاوت درست و ظرفيت تصميم‌گيري را نداشته باشد. براي نمونه، *وندر هايد*[63](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn63" \o ") و همكارانش گزارش كرده‌اند كه بيشتر بيماران سرطاني مورد مطالعه‌شان، طي سه روز آخر زندگي احساس افسردگي و اضطراب داشته‌اند.[64](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn64" \o ") در استراليا كه اتانازي قانوني است، *ويريك*[65](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn65" \o ") و *گلير*[66](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn66" \o ") از شش درخواست اتانازي خبر داده‌اند. آنها وضعيت درخواست‌كنندگان را چنين توصيف كرده‌اند: اين شش نفر بيش از آنكه دچار نشانه‌هاي فيزيكي باشند، درگير مسائل روان‌شناختي و هستي‌شناختي بودند. به گفته آنها بهبود مراقبت‌هاي تسكيني[67](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn67" \o ") و ارجاع زودتر مي‌توانست حتي از اين موارد اندك درخواست اتانازي نيز بازداري كند. بنابراين، توجه نه تنها به نيازهاي جسمي، نيازهاي روان‌شناختي و معنوي- هستي‌شناختي مي‌تواند به بيمار كمك كند تا مراحل پاياني زندگي‌اش را بدون نوميدي سپري كند.[68](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn68" \o ")

همان‌گونه كه اشاره شد، مراقبتِ تسكيني مناسب مي‌تواند ضرورت اتانازي را در بسياري موارد از بين ببرد. مراقبت تسكيني نوعي مراقبت كل‌نگر (همه‌جانبه)[69](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn69" \o ")است كه توسط گروهي از متخصصان سلامت و با هدف كمك به مبتلايان به بيماري‌هاي پيش‌رونده و درمان‌ناپذير ارائه مي‌شود. چنين مراقبتي خانواده بيمار را نيز دربر‌ مي‌گيرد و به آنها كمك مي‌كند با نشانگان بدني و آشفتگي هيجاني ناشي از بيماري پيشرفته، كنار بيايند. مراقبت تسكيني، زندگي را تأييد مي‌كند، مردن را فرايندي طبيعي مي‌بيند، و با اتانازي به عنوان ابزاري براي تسكين رنج، مخالف است.[70](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn70" \o ")

در دنياي غرب، قوي‌ترين مخالفت با اتانازي از ناحيه دين است. مخالفت دين به روزهاي نخست مسيحيت برمي‌گردد. كليساي قرن چهارم ميلادي خودكشي را به شدت محكوم كرد، چراكه سركشي بر سلطنت الهي درباره زمان و مكان مرگ است. اديان ديگر نيز اتانازي را مخالف دستور الهي مي‌دانند و بر اين عقيده‌اند كه اتانازي حرمت حيات را نقض مي‌كند. پذيرش اتانازي به معناي پذيرش اين انحراف است كه مصاديقي از حيات (مانند بيماران و ناتوانان) از حيات ديگر افراد جامعه ارزش كمتري دارند. علاوه بر اين، رنجي كه فرد در پايان زندگي متحمل مي‌شود مي‌تواند وسيله‌اي براي تعالي وي باشد. براي مثال، جهان‌بيني مسيحي مي‌گويد كه در رنج، هدف وجود دارد.[71](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn71" \o ") در ادامه به ديدگاه اديان مختلف درباره اتانازي پرداخته مي‌شود.

**موضع دين**

در اسلام، مسيحيت و يهوديت، همه انواع حيات از سوي خداوند است و بايد آن را پاس داشت. در هندوئيسم زندگي از يك هستي نامشخص[72](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn72" \o ") جريان مي‌يابد و عوامل سرنوشت (كارما)[73](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn73" \o ") چرخه تناسخ را اداره مي‌كند. پايان دادن يا حفظ زندگي از طريق مداخله‌‌هاي پزشكي مي‌تواند مزاحم عملكرد سرنوشت (كارما) شود و رنج نيز شيوه‌اي براي پرداخت دِيْن سرنوشت است. در بودائيسم خداوندِ آفريننده‌اي وجود ندارد؛ سرنوشت، چرخه تناسخ را هدايت مي‌كند و رستگاري در پايان دادن به چرخه مرگ و تولد دوباره است. تمايل به پايان دادن به رنج، ناشايست نيست، اما اتانازي فعال مي‌تواند چرخه نامطلوبي باشد.[74](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn74" \o ")

بيشتر اديان (شامل اسلام، مسيحيت كاتوليك، پروتستان و ارتدوكس، يهوديت ارتدوكس، بودائيسم و كنفوسيوسيزم) با اتانازي فعال مخالف‌اند، ولي در برابر اتانازي منفعل موضع منعطف‌تري دارند.[75](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn75" \o ") شمائي از مواضع مذاهب مختلف درباره انواع اتانازي در جدول 1 آمده است.

**جدول 1: موضع اديان به موضوع پايان دادن به زندگي. اقتباس از بولاف و همكاران (2008م).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **موضوع** | **اتانازي فعال** | **ممانعت از درمان** | **قطع درمان** | **اثر دوگانه** |
| **اسلام** | **ممنوع** | **مجاز** | **مجاز** | **مجاز** |
| **مسيحيت كاتوليك** | **ممنوع** | **مجاز** | **مجاز** | **مجاز** |
| **مسيحيت پروتستان** | **برخي** | **مجاز** | **مجاز** | **مجاز** |
| **مسيحيت ارتدوكس** | **ممنوع** | **ممنوع** | **ممنوع** | **ممنوع** |
| **يهوديت ارتدوكس** | **ممنوع** | **ممنوع** | **مجاز** | **مجاز** |
| **بودائيزم** | **ممنوع** | **مجاز** | **مجاز** | **مجاز** |
| **كنفوسيوسيزم** | **ممنوع** | **ممنوع** | **ممنوع** | **؟** |

در دو رويكرد اخلاقي *كانت*[76](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn76" \o ") و شيعي، خود ويرانگري (خودكشي) غيراخلاقي است، چراكه ناشي از رعايت نكردن كرامت انساني است. اتانازي نمونه‌اي از خود ويرانگري است، از اين‌رو، در هر دو رويكرد ياد شده، غيراخلاقي قلمداد مي‌شود.[77](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn77" \o ") استدلال‌هاي اسلامي عليه اتانازي را مي‌توان در دو دليل خلاصه كرد: 1- زندگي مقدس است، و اتانازي و خودكشي در زمره علل مجاز پايان دادن به آن نيستند، 2- خداوند تصميم مي‌گيرد هريك از ما چقدر زندگي كنيم. طبق آموزه‌هاي اسلامي، زندگي امانتي الهي است و نمي‌توان با هيچ‌يك از اشكال اتانازي به آن پايان داد. همه اسلام‌پژوهان، اتانازي فعال را حرام دانسته و در اين خصوص، تفاوتي فرقي بين محققان سني و شيعي وجود ندارد. *آيت‌الله خامنه‌اي*، *آيت‌الله نوري همداني*، و *آيت‌الله مكارم شيرازي* از مراجع شيعه، همه اشكال اتانازي را حرام دانسته‌اند.[78](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn78" \o ") مفاهيم خودمختاري، آزادي و انتخاب فردي، در اينجا كاربرد ندارند، زيرا زندگي فقط به انسان تعلق ندارد و گرفتن زندگي، به خانواده و جامعه آسيب وارد خواهد كرد. آزادي انتخاب فرد با به سببي آسيبي كه به ديگران وارد مي‌كند، محدود مي شود. به علت ماهيت جنايي اتانازي، اسلام توجيه حمايت از اتانازي را بر پايه عامل‌هايي، چون دغدغه‌هاي اقتصادي، ملاحظات مربوط به استفاده از امكانات در بيماران ديگر و مرگ با كرامت، نمي‌پذيرد. با اين‌همه، دو مورد وجود دارد كه طبق قوانين اسلامي كمك غيرفعال براي اجازه دادن مردن بيمارِ در حال مرگ، مجاز است؛ نخست، تزريق داروي مسكن با هدف كاهش درد و رنج بيمار كه به كاهش عمر او مي‌انجامد. اين مورد را كه اثر دوگانه نام دارد، بيشتر اديان پذيرفته‌اند (جدول 1). مورد ديگر، عبارت است از قطع يك درمان بي‌فايده بر پايه رضايت آگاهانه اعضاي درجه اول خانواده كه مي‌گذارد مرگ، روند طبيعي خود را طي كند.[79](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn79" \o ")

**نتيجه‌گيري**

نوشتار پيش‌رو با هدف روشن كردن موضوع اتانازي و تحليل اخلاقي آن فراهم آمد. اين مقاله بي‌آنكه در پي حمايت از اتانازي يا نوع خاصي از آن باشد، كوشيد ضمن روشن كردن مفهوم اتانازي، تمايز انواع اتانازي و تفاوت آن را با مفاهيم مشابه، برجسته سازد. چنين نگاهي كه رويكردي واقع‌‌بينانه است، موضع‌گيري واقع‌بينانه‌اي را درپي خواهد داشت. در حالي كه اميدواريم هرگز نيازمند اتانازي نشويم، مسلماً نياز داريم تا آن را بشناسيم، چراكه موضع‌گيري سلبي يا ايجابي در برابر موضوعي كه تصور درستي از آن نداريم، چندان استوار نخواهد بود.

براي تبيين ماهيت يك پديده بايد بتوان آن را به طور عميق شرح و بسط داد، حتي درباره رفتارهايي كه معناي سطحي آن روشن است نيز بايد در پي درك معناي عميق‌تر آن بود. بر اين اساس، براي تبيين دو نوع عمده اتانازي، يعني اتانازي فعال و منفعل، آن دو را به دو مفهوم زيربنايي تحليل كرده، تفاوت آن دو مفهوم نيز چنين تبيين شد: بين اينكه كسي را بكشيم و اينكه بگذاريم كسي بميرد مي‌توان چنين تميز داد كه در اولي، فرد يك زنجيره علّي را آغاز مي‌كند كه به مرگ يك فرد منجر شود، اما در دومي، فرد مي‌گذارد زنجيره علّي كه پيشتر موجود بوده، به مرگ يك فرد بينجامد، در حالي كه مي‌توانست آن زنجيره را متوقف كند. اين ترديد نيز مطرح شد كه در برابر هم نهادن «كشتن» و «جلوگيري نكردن از مرگ» چندان هم درست نيست. بارها به موضوع‌هايي برخورد مي‌شود كه به صورت مانعةالجمع در نظر گرفته شده‌اند، اما لزوماً موارد متضادي نبوده‌اند. چند دليل براي تمايز اخلاقي «كشتن» و «اجازه دادن مردن» مطرح شد. در اينجا اضافه مي‌شود كه پژوهش‌ها نيز نشان مي‌دهد افراد عادي جامعه (كساني كه متخصص اخلاق يا فلسفه نيستند) نيز كشتن را با «اجازه دادن مردن» يك‌سان نمي‌دانند.[80](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn80" \o ") بر پايه انديشه‌اي كه بر نقش مثال در پذيرش و رد يك نظريه تأكيد مي‌كند، چنين پژوهش‌هايي نيز تفاوت اخلاقي كشتن و «اجازه دادن مردن» را تأييد مي‌كنند.[81](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn81" \o ")

درست نيست كه مطرح شدن بحث اتانازي، تنها به پيشرفت در علوم پزشكي نسبت داده شود. همان‌گونه كه ديگران يادآور شده‌اند، عامل‌هاي ديگري نيز در اينجا وجود دارد كه نمي‌توان از آنها چشم پوشيد. عامل‌هاي روان‌شناختي و اجتماعي كه متأثر از حاكميت تفكر انسان‌مدارانه و لذت‌گرايانه بر گفتمان بشر امروز است، مؤلفه‌هاي مهمي در بحث اتانازي است. ضمن اينكه كوشش جنبش‌هاي اجتماعي مرتبط با اتانازي را نمي‌توان ناديده گرفت؛ كوشش‌هايي با هدف اينكه اتانازي «مسئله روز» شود، و سرانجام جامعه آن را بپذيرد.

اين ادعا كه دين مهم‌ترين دليل مخالفت با اتانازي است، ضمن تضعيف موضع اخلاق به عنوان يك دانش مستقل، نشان‌دهنده درك نادرست از شريعت است. شريعت، طبق قوانين هستي و برآمده از مصالح بشر است.[82](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn82" \o ") اگر دين با اتانازي مخالف است، بايد در جست‌وجوي قواعد و مصالح مرتبط با آن بود، نه اينكه گفته شود كه هيچ دليلي براي مخالفت با اتانازي به جز دين وجود ندارد يا اينكه گفته شود قوي‌ترين دليل در مخالفت با اتانازي، دلايل ديني‌اند كه تعبيري زيركانه از ادعاي پيشين است. برخي پژوهش‌ها نشان مي‌دهد كه پزشكان متدين بيشتر با اتانازي مخالفت مي‌كنند، اما آنها دلايل حرفه‌اي ارائه كرده نه دلايل ديني.[83](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_edn83" \o ") شايد از چنين يافته‌هايي بتوان استفاده كرد كه در سطح فردي نيز آموزه‌هاي ديني جنبه اكتشافي و هدايت‌گرانه دارند.

مخالفت با اتانازي از سويي، متأثر از ملاحظات اخلاقي و گرايش‌هاي ديني است و از سوي ديگر، نگراني‌هاي كاربردي، همچون امكان سوء‌استفاده از اتانازي، سد بزرگي براي پذيرش اتانازي در جامعه است. تغيير دادن يا دور زدن بنيان‌هاي اخلاقي و ديني جامعه در خصوص با مرگ و زندگي از يك‌سو، و رفع نگراني‌هاي كاربردي جامعه درباره اتانازي از سوي ديگر، دو چالش بزرگ پيش روي طرف‌داران اتانازي است.

اتانازي را مي‌توان از جنبه‌هاي گوناگون بررسي كرد. اين نوشتار، ضمن كوشش براي روشن كردن موضوع اتانازي تنها توانست بخشي از مباحث مربوط به آن را از نظر بگذراند. بنابراين، خواننده اين نوشتار، آن را يك طرح موضوع قلمداد كند نه فصل‌الخطاب. شايسته است پژوهشگران رشته‌هاي مختلف جنبه‌هاي متفاوت اتانازي و ديگر موضوع‌هاي اخلاق پزشكي را به طور تفصيلي و تخصصي بررسي كرده و در غني‌سازي پژوهش‌ها و ادبيات اخلاق پزشكي سهيم شوند.

**پي‌نوشت‌ها:**

[1](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref1" \o "). eu = well, thanatos = death

[2](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref2" \o "). Horsfall, S. et al., Views of euthanasia from an east Texas university, ***The Social Science Journal***,p. 618.

[3](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref3" \o "). a gentle and easy death

[4](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref4" \o "). Simpson, J. A. & Weiner, E. S. C., ***The Oxford English Dictionary***, Vol, 5, p. 444.

[5](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref5" \o "). Mishara, B. L, et al., Macmillan Encyclopedia of Death and Dying p 267.

[6](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref6" \o "). Merriam Webster’s Collegiate Dictionary

[7](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref7" \o "). Merriam-Webster, Incorporated, ***Merriam Webster’s collegiate dictionary***, p. 401.

[8](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref8" \o "). Grassi, L., et al., Attitudes toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide among Italian Primary Care Physicians, ***Journal of Pain and Symptom Management***, p.188.

[9](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref9" \o "). Eliott, J. A. & Olver, I. N, Dying cancer patients talk about euthanasia. ***Social Science & Medicine***, p. 648.

[10](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref10" \o "). Rogers, J. R, Assessing right to die attitudes: a conceptually guided measurement model, ***Journal of Social Issues***, p. 64.

[11](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref11" \o "). عليرضا پارساپور و ديگران، اتانازي، تبيين موضوع و تحليل اخلاقي، ***مجله اخلاق و تاريخ پزشکي***، ص 8.

[12](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref12" \o "). ناصر آقابابايي و ديگران، نقش ويژگيهاي فردي و الگوي قضاوت در نگرش به اتانازي، ***مجله پرستاري مراقبت ويژه***، ص 12.

[13](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref13" \o "). McInerney, F., “Requested death”: a new social movement, ***Social Science & Medicine***, p. 138.

[14](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref14" \o "). right to die

[15](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref15" \o "). ناصر آقابابايي و ديگران، همان، ص 13.

[16](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref16" \o "). social movement

[17](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref17" \o "). McInerney, F., Heroic frames: discursive constructions around the requested death movement in Australia in the late-1990s, ***Social Science & Medicine***, p. 654-667.

[18](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref18" \o "). McInerney, F, “Requested death”: a new social movement, ***Social Science & Medicine***, p. 145.

[19](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref19" \o "). active

[20](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref20" \o "). passive

[21](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref21" \o "). voluntary

[22](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref22" \o "). non-voluntary

[23](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref23" \o "). involuntary

[24](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref24" \o "). Mishara, B. L, et al., op.cit, p 267.

[25](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref25" \o "). homicide

[26](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref26" \o "). ناصر آقابابايي و ديگران، همان، ص 15.

[27](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref27" \o "). mercy killing

[28](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref28" \o "). Mishara, B. L, op.cit. p. 267.

[29](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref29" \o "). physician assisted suicide

[30](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref30" \o "). Ardelt, M., Physician-Assisted Death, In C. D. Bryant (Ed.), ***Handbook of death and dying,*** p. 424.

[31](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref31" \o "). عليرضا پارساپور و ديگران، همان، ص 3.

[32](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref32" \o "). double effect

[33](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref33" \o "). indirect euthanasia

[34](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref34" \o "). عليرضا پارساپور و ديگران، همان، ص 3.

[35](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref35" \o "). محمد جواد موحدي و مژگان گلزار اصفهاني، بررسي سقط جنين بر اساس نظريه اثر دوگانه. ***مجله اخلاق و تاريخ پزشکي***، ص 40.

[36](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref36" \o "). ناصر آقابابايي و جواد حاتمي، بررسي آموزه اثر دوگانه و نقش قصد در قضاوت اخلاقي، ***مجله اخلاق و تاريخ پزشکي***، ص 80.

[37](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref37" \o "). Ho, R., Assessing attitudes toward euthanasia: an analysis of the subcategorical approach to right to die issues, ***Personality and Individual Differences***, p.720.

[38](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref38" \o "). ناصر آقابابايي، معماي واگن و تلويحات آن براي اتانازي فعال و غيرفعال، ***مجله اخلاق و تاريخ پزشکي***، ص 65.

[39](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref39" \o "). Rea Black V, Active and passive euthanasia: A case for moral symmetry, p. iii.

[40](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref40" \o "). letting die

[41](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref41" \o "). Rachels

[42](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref42" \o "). Rachels, J., Active and passive euthanasia, ***The New England Journal of Medicine***, p.63.

[43](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref43" \o "). Moreland, J. P., James Rachels and the active euthanasia debate, ***Journal of the Evangelical Theological Society***, p. 81-90.

[44](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref44" \o "). Rachels, J., Killing and Letting Die, In L. Becker & C. Becker (Eds.), ***Encyclopedia of Ethics***, p. 947-950

[45](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref45" \o "). Social Intuitionist Model (SIM)

[46](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref46" \o "). Haidt, J, The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment, ***Psychological Review***, p. 814-834.

[47](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref47" \o "). Haidt, J., The Emotional Dog Gets Mistaken for a Possum. ***Review of General Psychology***, p. 283-290.

[48](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref48" \o "). Moll, J., et al., The neural basis of human moral cognition. ***Nature Reviews Neuroscience***, p. 799.

[49](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref49" \o "). Rachels, J., Killing and Letting Die, In L. Becker & C. Becker (Eds.), ***Encyclopedia of Ethics***, p. 947-950. Moreland, J. P., James Rachels and the active euthanasia debate, ***Journal of the Evangelical Theological Society***, p. 81-90.

[50](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref50" \o "). autonomy

[51](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref51" \o "). عليرضا پارساپور و ديگران، همان، ص 4.

[52](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref52" \o "). Chong, A. M. & Fok, S. Attitudes toward euthanasia in Hong Kong-A comparison between physicians and the general public, ***Death Studies***, p. 32.

[53](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref53" \o "). Singer, P., ***Practical Ethics***, p. 16.

[54](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref54" \o "). Sharma, B. P., The end of life decisions – should physicians aid their patients in dying?, ***Journal of Clinical Forensic Medicine***, p. 137.

[55](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref55" \o "). Horsfall, S. et al., op.cit, p. 618.

[56](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref56" \o "). Hippocratic oath

[57](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref57" \o "). Parpa, E., et al., Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide, ***Health Policy***, p. 161.

[58](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref58" \o "). Chong, A. M. & Fok, S., op.cit, p. 32.

[59](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref59" \o "). Sharma, B. P., op.cit, p. 134.

[60](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref60" \o "). slippery slope

[61](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref61" \o "). عليرضا پارساپور و ديگران، همان، ص 6.

[62](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref62" \o "). ناصر آقابابايي و ديگران، همان، ص 24.

[63](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref63" \o "). van der Heide

[64](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref64" \o "). van der Heide, A. et al., End-of-Life Decision Making for Cancer Patients in Different Clinical Settings and the Impact of the LCP, ***Journal of Pain and Symptom Management***, p. 33-43.

[65](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref65" \o "). Virik, K.

[66](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref66" \o "). Glare, P.

[67](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref67" \o "). palliative care

[68](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref68" \o "). Pestalozzi, B. C, Euthanasia: do we know it and do we need it?, ***Support Care Cancer***, p. 264.

[69](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref69" \o "). holistic

[70](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref70" \o "). Jeffrey, D., Against Physician Assisted Suicide A Palliative Care Perspective. p. 29-34.

[71](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref71" \o "). Moreland, J. P., op.cit, p. 81-90.

[72](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref72" \o "). featureless

[73](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref73" \o "). karma

[74](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref74" \o "). Walker, G. C., Medical Euthanasia, In C. D. Bryant (Ed.), ***Handbook of death and dying***, p. 405-423.

[75](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref75" \o "). Bülow, H. H., et al., The world’s major religions’ points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit, ***Intensive Care Med***, p. 424.

[76](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref76" \o "). Kant, Immanuel

[77](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref77" \o "). Dabbagh, S. & Aramesh, K., The compatibility between Shiite and Kantian approach to passive voluntary euthanasia, ***Journal of Medical Ethics and History of Medicine***, p 3.

[78](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref78" \o "). Aramesh, K. & Shadi, H., Euthanasia: An Islamic Ethical Perspective, ***Iranian Journal of Allergy,Asthma and Immunology***, p. 36-37.

[79](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref79" \o "). Aramesh, K. & Shadi, H., op.cit, p. 38.

[80](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref80" \o "). ناصر آقابابايي، همان، ص 70.

[81](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref81" \o "). ناصر آقابابايي و جواد حاتمي، همان، ص 79.

[82](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref82" \o "). محمدتقي مصباح يزدي، ***حقوق و سياست در قرآن***، ص 157.

[83](http://marefateakhlagi.nashriyat.ir/node/97" \l "_ednref83" \o ") - Horsfall, S. et al., op.cit., p. 621.

**منابع**

آقابابايي، ناصر، معماي واگن و تلويحات آن براي اتانازي فعال و غيرفعال، ***مجله اخلاق و تاريخ پزشكي***، ش 4(2)، 1390.

آقابابايي، حاتمي، ناصر، جواد، بررسي آموزه اثر دوگانه و نقش قصد در قضاوت اخلاقي، ***مجله اخلاق و تاريخ پزشكي***، ش 4(3)، 1390.

آقابابايي، ناصر و ديگران، نقش ويژگيهاي فردي و الگوي قضاوت در نگرش به اتانازي، ***مجله پرستاري مراقبت ويژه***، ش 4(1)، 1390.

پارساپور، عليرضا و ديگران، اتانازي، تبيين موضوع و تحليل اخلاقي، ***مجله اخلاق و تاريخ پزشكي***، ش 1 (4)، 1387.

مصباح يزدي، محمد تقي، ***حقوق و سياست در قرآن***، قم، موسسه آموزشي و پژوهشي امام خميني، 1377.

موحدي، محمد جواد و گلزار اصفهاني مژگان، بررسي سقط جنين بر اساس نظريه اثر دوگانه، ***مجله اخلاق و تاريخ پزشكي***، ش 4(3)، 1389.

Aramesh, K. & Shadi, H., Euthanasia: An Islamic Ethical Perspective. Iranian Journal of Allergy,***Asthma and Immunology***, 6(5), 2007.

Ardelt, M., Physician-Assisted Death, In C. D. Bryant (Ed.), ***Handbook of death and dying*** Vol. 1, pp. 424-434. California, Sage. 2003.

Bülow, H. H., Sprung, C. L., Reinhart, K., Prayag, S., Du, B., Armaganidis, A., Abroug, F. & Levy, M. M., The world’s major religions’ points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit, ***Intensive Care Med***, 34, 2008.

Chong, A. M. & Fok, S., Attitudes toward euthanasia in Hong Kong-A comparison between physicians and the general public, ***Death Studies***, 29, 2005.

Dabbagh, S. & Aramesh, K., The compatibility between Shiite and Kantian approach to passive voluntary euthanasia, ***Journal of Medical Ethics and History of Medicine***, 2:21, 2009.

Eliott, J. A. & Olver, I. N., Dying cancer patients talk about euthanasia, ***Social Science & Medicine***, 67, 2008.

Grassi, L., Magnani, K. & Ercolani, M. Attitudes toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide among Italian Primary Care Physicians, ***Journal of Pain and Symptom Management***, 17(3), 1999.

Haidt, J., The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment, ***Psychological Review***, 108, 2001.

Haidt, J., The Emotional Dog Gets Mistaken for a Possum, ***Review of General Psychology***, 8(4), 2004.

Ho, R., Assessing attitudes toward euthanasia: an analysis of the subcategorical approach to right to die issues, ***Personality and Individual Differences***, 25, 1998.

Horsfall, S. Alcocer, c. Duncan, C.T. & Polk, J., Views of euthanasia from an east Texas university, ***The Social Science Journal***, 38, 2001.

McInerney, F., “Requested death”: a new social movement, ***Social Science & Medicine***, 50, 2000.

McInerney, F., Heroic frames: discursive constructions around the requested death movement in Australia in the late-1990s, ***Social Science & Medicine***, 62, 2006.

Merriam-Webster, Incorporated, ***Merriam Webster’s collegiate dictionary***, Tehran, Daneshyar, 2007.

Mishara, B. L., Euthanasia, In R. Kastenbaum (Ed.), ***Macmillan Encyclopedia of Death and Dying***, pp. 267-273, New York, Macmillan, 2003.

Moll, J., Zahn, R., de Oliveira-Souza, R., Krueger, F., & Grafman, J., The neural basis of human moral cognition, ***Nature Reviews Neuroscience***, 6, 2005.

Moreland, J. P., James Rachels and the active euthanasia debate, ***Journal of the Evangelical Theological Society***, 31(1), 1988.

Parpa, E., Mystakidou, K., Tsilika, E., Sakkas, P., Elisabeth, P., Pistevou-Gombaki, K. et al., Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide, ***Health Policy***, 97, 2010.

Pestalozzi, B. C., Euthanasia: do we know it and do we need it?, ***Support Care Cancer***, 10, 2002.

Rachels, J., Active and passive euthanasia, ***The New England Journal of Medicine***, 292, 1975.

Rachels, J., Killing and Letting Die. In L. Becker & C. Becker (Eds.), ***Encyclopedia of Ethics***Vol. 2, pp. 947-950, New York, Routledge, 2001.

Rea Black V.,***Active and passive euthanasia: A case for moral symmetry***, MA Thesis in Philosophy, Simon Fraser University, Canada, 1993.

Rogers, J. R., Assessing right to die attitudes: a conceptually guided measurement model, ***Journal of Social Issues***, 52(2), 1996.

Sharma, B. P., The end of life decisions – should physicians aid their patients in dying?, ***Journal of Clinical Forensic Medicine***, 11, 2004.

Simpson, J. A. & Weiner, E. S. C, ***The Oxford English Dictionary***, Oxford, Clarendon Press, Vol. 5, 1989.

Singer, P., ***Practical Ethics***, Cambridge, Cambridge University Press, 1999.

van der Heide, A. Veerbeek, L., Swart, S., van der Rijt, C., van der Maas, P. J. & van Zuylen, L., End-of-Life Decision Making for Cancer Patients in Different Clinical Settings and the Impact of the LCP, ***Journal of Pain and Symptom Management***, 39(1), 2010.

Walker, G. C., Medical Euthanasia, In C. D. Bryant (Ed.), ***Handbook of death and dying***, Vol. 1, pp. 405-423, California, Sage, 2003.

Wellman, C., ***Medical Law and Moral Rights***, The Netherlands, Springer, 2005.