

اتانازی و تفاوت فقهی، اخلاقی دو نوع فعال و انفعالی آن

ماریه سید قریشی^۱

محمد مهدی سلطانی^۲

چکیده

اتانازی انواعی دارد که از حیث اخلاقی و فقهی از یکدیگر متفاوت‌اند. تمایز دو نوع عمده آن، یعنی اتانازی فعال و منفعل، این است که در نوع اول، بیمار لاعلاج و با رنج زیاد را بدون امید به بهبودی می‌کشیم، اما در دومی، درمان او را رها می‌کنیم تا بمیرد. تحلیل و ارزیابی این تقسیم و تمایز، می‌تواند پاسخگو به این پرسش مهم و کلیدی باشد که آیا وانهادن برای مرگ نیز از لحاظ فقهی - اخلاقی مانند کشتن است؟ بسیاری از فلاسفه اخلاق این دو نوع را از حیث اخلاقی مانند هم می‌دانند یا اینکه گاهی حتی اتانازی منفعل را غیراخلاقی‌تر از نوع فعال آن می‌دانند؛ لکن در این مقاله با بررسی و برجسته کردن تفاوت و تمایز این دو نوع عمده اتانازی، مشخص می‌شود که از حیث اخلاقی و فقهی هیچ‌گاه نمی‌توانند با هم یکسان باشند؛ بلکه همان‌طور که در قسم فعال، حرمت و غیراخلاقی بودن آن روشن است، در قسم منفعل نیز، عدم حرمت آن روشن می‌شود؛ و در موارد لاعلاجی که هیچ‌امیدی به بهبودی فرد بیمار نیست و بیماری او روز به روز در حال پیشرفت است، دیگر هیچ ضرورت اخلاقی و تکلیف شرعی‌ای به عهده پزشک و یا حتی شخص بیمار نیست تا بخواهد روند پیشرفت بیماری را کاهش داد و یا شخص را بیشتر زنده نگه داشت.

کلیدواژه‌ها

اتانازی فعال، اتانازی منفعل، تفاوت فقهی، تفاوت اخلاقی.

^۱ . استادیار گروه اخلاق دانشکده معارف و اندیشه اسلامی دانشگاه تهران. (نویسنده مسئول)

Email: ghoreish@ut.ac.ir

^۲ . دانشجوی دکتری مدرسی معارف اسلامی، دانشکده معارف و اندیشه اسلامی دانشگاه تهران.

Email: Mohammad.soltani@ut.ac.ir

طرح مسأله

«اتانازی» Euthanasia یک واژه یونانی و مرکب از دو بخش «Eu» به معنای «خوب»، راحت و «Thanasi» به معنی «مرگ» برگرفته از «Thanatos الهه مرگ» است. در مجموع اتانازی (Euthanasia) از نظر لغت به معنی «خوش مرگی، به مرگی» یا «مرگ راحت» است؛ و در برابر آن (Eudaimoneia) به معنی «خوش زیستی» یا «به زیستی» قرار دارد. (Webster's Dictionary: 1982) مولفان و مترجمان فارسی زبان و عرب، گاه این واژه را با همان تلفظ انگلیسی ولی با رسم الخط فارسی یا عربی مانند: اتانازی، یوتانازی (در فارسی) و الاثنی‌زیا، الاوتانازی (در عربی) به کار برده‌اند و گاه معادل‌هایی مانند: مرگ آسان، به مرگی، خوش مرگی، هومرگی، مرگ شیرین، مرگ داوطلبانه، قتل ترحم آمیز (در زبان فارسی)، و الموت الهین، القتل الرحمه، القتل الرحیم و ... (در زبان عربی) را، در برابر آن قرار داده‌اند. اکثر این معادل‌ها ترجمه عباراتی از قبیل: Easy Death, Mercy Killing است که در فرهنگ لغت غربی‌ها برای بیان معنی این واژه آمده است. (علمی، ۱۹۹۸م: ۲۵-۴۰) ریشه این واژه یونانی به ۲۰۰-۵۰۰ سال پیش از میلاد مسیح بر می‌گردد. (Horsfall, 2001: 618) اما نخستین کاربرد آن در زبان انگلیسی در سال ۱۶۴۶م بوده که به معنای «مرگ آرام و آسان» به کار رفت. (Simpson & Weiner, 1989: 444) این واژه در ابتدا با مسایل پزشکی و درمان بیماران ارتباطی نداشته و به طور سنتی در معنای مرگ راحت مطرح می‌شد و در موقعیتی به کار می‌رفت که فرد با مرگی ناگهانی در زمانی بسیار کوتاهی بدون درد و رنج بمیرد. تفاوتی نبود که از اصابت گلوله در جنگ در یک لحظه بمیرد و یا این که به صورت تصادفی ضربه‌ای به او وارد شود و یا دلایلی دیگر.

در حال حاضر، جهت این واژه تغییر کرده و صرفاً به معنای «مرگ خوب یا راحت» نیست. بلکه وارد علم پزشکی شده و به عنوان یک اصطلاح در دانش پزشکی، به یکی از بحث‌های مهم در اخلاق پزشکی تبدیل شده است؛ این که آیا کارد پزشکی می‌تواند در امر مرگ بیماران مداخله کند به گونه‌ای که مداخله‌ی پزشک و یا عدم اقدام او در درمان بیماری‌های سخت باعث مرگ بیماران شود؟ این امر باعث شد که اصولاً اتانازی تحت عنوان «قتل از روی ترحم» و یا اهدای مرگ به بیماری که داری درد و رنج زیاد است، مطرح گردد؛ یعنی نقش داشتن پزشک در تسریع مرگ بیمار. به عبارت روشن‌تر، اتانازی یعنی کوتاه کردن مدت درد و رنج بیمار درمان‌ناپذیری که با توجه به دانش فعلی، هیچ پزشکی امیدی به درمان و بهبودی او ندارد.

فرهنگ وبستر نخستین کاربرد واژه اتانازی در زبان انگلیسی به معنی «پایان دادن به زندگی بیمار لاعلاج دردمند با روشی سریع و بدون درد به قصد رهایی بخشیدن او از درد» را به سال ۱۸۶۹م بر می‌گرداند. (Merriam-Webster, 1982: 401)

بحث و گفتگو درباره جواز و یا عدم جواز فقهی - اخلاقی اوتانازی، به ناگزیر به بحث و تحلیل‌های مهم و مناقشه برانگیزی در باب تمایز مشهور میان اتانازی فعال و منفعل می‌انجامد و معمولاً تحلیل و ارزیابی این تقسیم و تمایز با پاسخ‌گویی به این پرسش مهم و کلیدی همراه می‌شود که آیا از لحاظ فقهی - اخلاقی تفاوتی بین کشتن از روی عمد و اختیار و این که فردی را ° که با مرگ دست و پنجه نرم می‌کند - به حال خود رها کنیم تا بمیرد، وجود دارد؟ آیا وانهادن برای مرگ نیز از لحاظ فقهی - اخلاقی مانند کشتن است؟

با توجه به این پرسش کلیدی و افزایش روز افزون حمایت از اتانازی، به طوری که یک پژوهش نشان می‌دهد که موافقت عمومی با اتانازی برای بیماران در حال مرگ از ۳۹/۲ درصد در سال ۱۹۷۷م به ۴۹/۷ درصد در سال ۱۹۸۳م افزایش یافته است؛ و همچنین زمینه‌یابی‌ها در ایالات متحده در سال‌های ۱۹۸۶ و ۱۹۸۸م نیز از حمایت ۶۲ و ۵۸ درصدی از اتانازی حکایت می‌کند؛ (Rogers, 1996:64) و باتوجه به این مطلب که در ایران پژوهش‌های اندکی در این باره انجام شده است و قانون مدونی نیز درباره اتانازی وجود ندارد، و مخالفان و موافقان، به برخی از قوانین جاری به نفع دیدگاه خود استناد می‌کنند، (پارساپور، ۱۳۸۷: ۸) برای رفع این خلأ قانونی نیازمند شناخت دقیق موضوع و شناخت تفاوت میان اتانازی فعال و اتانازی منفعل هستیم؛ اینک اهمیت موضوع و سوال اساسی در این بحث روشن می‌شود که: تفاوت میان اتانازی فعال و اتانازی منفعل در چیست؟ آیا از منظر فقه و اخلاق میان این دو تفاوتی وجود دارد یا هر دو به مثابه حکم قتل عمد به حساب می‌آید؟ مقاله حاضر به تبیین موضوع اتانازی و تطبیق دو نوع اصلی آن (فعال و انفعالی) می‌پردازد.

تاریخچه و پیشینه‌ی بحث

«اتانازی» در غرب راهی نسبتاً طولانی را تا به امروز پیموده است. اغلب محققان، فرانسیس بیکن^۱ (۱۶۲۶-۱۵۶۱، فیلسوف و طبیب قرن شانزدهم) را اولین کسی می‌دانند که این واژه را وارد عرصه دانش پزشکی کرد. اما اسناد تاریخی حاکی از آن است که قرن‌ها پیش از این، در مورد جواز یا عدم جواز پایان دادن به زندگی بیمار، بحث‌هایی در بین طبیبان دوران باستان وجود داشت. اگرچه عنوان «اتانازی» به معنای امروزی در آن زمان مصطلح نبود. در یونان باستان بقراط پزشک در سوگند مشهور خود، مسموم کردن بیماران را به هر دلیل ممنوع کرده بود و ارسطو نیز هر نوع خودکشی را مردود می‌شمرد. اما افلاطون در مورد بیماری‌های طولانی که امید به زنده ماندن بیمار نبود، اهدای «مرگ» را مجاز می‌دانست.

در قرن شانزدهم غیر از بیکن که مرگ بدون رنج را تبلیغ می‌کرد، افرادی دیگری نیز این

1. Francis Bacon.

مساله را مطرح کردند. توماس مور^۱ (۱۴۷۸-۱۵۳۵) فیلسوف انگلیسی و کاتولیک بسیار معتقد یکی از این افراد بود. او فراهم کردن زمینه مرگ را برای بیماران لاعلاج که رنجی طاقت فرسا را تحمل می کردند، ضروری میدانست. در اتوپیا^۲ طرح جامعه آرمانی (آرمان شهر یا همان مدینه فاضله) وی به چنین بیمارانی نه تنها باید اجازه خودکشی داده شود، بلکه باید آنها را در انجام این کار تشویق و حمایت کرد.

در همین دوران علاوه بر مور دو پزشک دیگر نیز در این موضوع بحث کرده اند. یکی فرانکوئیز رانچین^۳ (۱۶۴۱-۱۵۶۵) که بحث‌هایی پیرامون مرگ ترحمی ارائه داد و دیگری مایکل بودوینز^۴ (۱۶۰۱-۱۶۸۱) بود که بخشی از رساله خود را به بحث پیرامون این سوال « آیا پزشک می‌تواند مرگ را به منظور رهایی از درد، تسهیل کند؟ » (افضلی، ۱۳۹۳: ۱۵).

با این حال تا قرن بیستم بحث در مورد اتانازی چندان جدی و چالش برانگیز نبود. بح‌های اساسی و جنجالی از اوایل قرن بیستم آغاز شد و پس از جنگ دوم جهانی و شکست هیتلر با کمی تطور و تحول به شدت دنبال ادامه یافت. در سال ۱۹۲۰ در آلمان کتابی با نام « تجویز امحای زندگی هایی که ارزش زیستن ندارند » منتشر شد. نویسندگان این کتاب آلفرد هوخه^۵ استاد روانپزشکی دانشگاه فرایبورگ و کارل بیندینگ^۶ استاد حقوق دانشگاه لایپزیک، در این کتاب استدلال کردند که مرگ داوطلبانه نه تنها حق افراد جامعه است، بلکه کمک به آن وظیفه است. باید کسانی را که به دنبال کمک برای مردن هستند در یک شرایط دقیقاً کنترل شده کمک کرد تا آن را به دست آورند. این کتاب به اتانازی اجباری هیتلر کمک شایانی کرد. (Hoche & Binding, 2012).

به هرحال بحث در مورد اتانازی در غرب در قرن بیستم روز به روز رونق بیشتری یافته و مناقشات بیشتری را پدید آورد. عمده مباحث پیرامون مسایل حقوقی و فلسفی آن مانند حق مردن، چگونه مردن، شیوه و ابزار مرگ مطرح می‌شود. اکنون بحث بر سر این است که آیا خود بیمار حق دارد تصمیم مرگ را اتخاذ کند؟ آیا "حق مردن" همانند «حق حیات» از جمله حقوق طبیعی انسان است؟ آیا "حقوق بشر" شامل "حق انتخاب مرگ" یا انتخاب شیوه و نوع مردن (و

1. Thomas More.
2. Utopia.
3. Francois Ranchin.
4. Michael Boudewijns.
5. Alfred Hoche.
6. Karl Binding.

دیگر جزئیات مثل زمان، مکان، کیفیت و ...) هم می‌شود؟ و در صورت عدم توان بیمار در تصمیم‌گیری آیا دیگران مانند؛ خانواده، پزشک، مسئولان بیمارستان، جامعه و ... حق تصمیم‌گیری دارند؟ اینجاست که مناقشه‌های الهیاتی و اخلاقی بسیاری پدید آمده که عالمان الهیات و فیلسوفان اخلاق را به میدان چالش کشیده و نظریات و مقالات متفاوتی را ارائه کرده‌اند.

در مورد پیشینه این بحث در ایران نیز باید گفت که مقالات مختلفی در این مورد (اتانازی) نوشته شده است که یا بدون در نظر گرفتن حکم فقهی و یا اخلاقی به تبیین و تحلیل واژه اتانازی پرداخته‌اند و یا به اقسام و تقسیم بندی اتانازی، بدون در نظر گرفتن حکم آن، اشاره کرده‌اند، و یا اینکه اگر حکمی شرعی و یا اخلاقی آن را بیان کرده‌اند، هر دو نوع فعال و منفعل اتانازی را یکسان تلقی کرده و از منظر دینی و اخلاقی آن را امری ناپسند و حرام بیان کرده‌اند؛ لکن در این مقاله علاوه بر بیان حکم، به وجود تفاوت بین اتانازی فعال و منفعل اشاره می‌شود که این تفاوت می‌تواند مبنای حکم فقهی و اخلاقی قرار گیرد و این دو نوع را از هم جدا کند.

انواع اتانازی

اتانازی یا به‌مرگی، در نخستین تقسیم بندی به دو نوع فعال^۱ و منفعل^۲ تقسیم می‌شود و هر یک از این دو نیز در یک تقسیم بندی ثانویه به انواع داوطلبانه،^۳ غیرداوطلبانه،^۴ و اجباری^۵ تقسیم می‌شوند. (Mishara, 2003:267) تفاوت دو نوع فعال و منفعل این است که پزشک در روند پایان دادن به زندگی بیمار، نقشی فعال یا غیرفعال دارد. به این بیان که در به‌مرگی فعال عامل (پزشک) اقدامی (مانند تزریق ماده کشنده) کند که مستقیماً به مرگ شخص مورد نظر بینجامد و هدفش از این کار، کمک و ترحم به او باشد. حال آن که در به‌مرگی غیرفعال یا انفعالی عامل یا عاملان در جایی که باید کاری انجام دهند تا بیمار به حیات خود ادامه دهد، از انجام آن خودداری کنند تا او بمیرد و هدفشان نیز کمک به آن شخص است.

تقسیم بندی داوطلبانه، غیرداوطلبانه و اجباری، به نقش اراده و خواست بیمار در روند اتانازی اشاره دارد. در نوع نخست، بیمار رضایت آگاهانه به رخداد اتانازی دارد. در نوع دوم، بیمار هیچ آگاهی از رخداد اتانازی ندارد. این نوع در حالتی است که بیمار امکان یا صلاحیت تصمیم‌گیری را ندارد (برای مثال، در حالت اغماست). در نوع اجباری، بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری را

1 . active

2 . passive

3 . voluntary

4 . non-voluntary

5 . involuntary

دارد، اما هیچ درخواست آشکاری برای اتانازی ندارد؛ از او در مورد مرگش سؤال نشده یا سؤال شده و او صراحتاً گفته است که می‌خواهم زنده بمانم.

اصطلاح کشتن از روی ترحم^۱ که گاهی مترادف اتانازی به کار رفته است، غالباً به اتانازی غیرداوطلبانه و اجباری اشاره دارد (Mishara، 2003:267) و از نظر معنا و کاربرد با اتانازی متفاوت است. اصطلاح دیگری که (به اشتباه) مترادف اتانازی به کار رفته «خودکشی با کمک پزشک»^۲ است. اتانازی با «خودکشی با کمک پزشک» از نظر پزشکی، قانونی و اخلاقی تفاوت دارد، اما خیلی اوقات با هم اشتباه گرفته می‌شوند. در «خودکشی یا مرگ با کمک پزشک»، پزشک ابزار لازم برای پایان دادن زندگی را برای بیمار فراهم می‌آورد که معمولاً عبارت است از تجویز یا فراهم کردن مقدار مرگ باری از یک دارو. بیمار مستقلاً دارو را مصرف می‌کند و پزشک لزوماً در زمان تصمیم بیمار برای مصرف دارو و مردن، حاضر نیست (Ardelt، 2003:424) به بیان دیگر، در اتانازی، پزشک مابشر پایان دادن به زندگی بیمار است، اما در «خودکشی با کمک پزشک»، بیمار مابشر این کار است (پارساپور، ۱۳۸۷: ۳).

«اثر دوگانه»^۳ نیز گاهی اتانازی غیرمستقیم^۴ خوانده می‌شود (پارساپور، ۱۳۸۷: ۳). اصطلاح اثر دوگانه به دو اثری اشاره دارد که نتیجه انجام یک عمل‌اند: یک اثر قصد شده است، و اثر دیگر پیش‌بینی می‌شود و ناخواسته بر اثر انجام عمل به وجود می‌آید (موحدی و گلزار اصفهانی، ۱۳۸۹: ۴۰). در مراقبت‌های پایان حیات، اصطلاح اثر دوگانه را به استفاده از دارو با قصد کاهش درد گویند، با آگاهی به اینکه چنین استفاده‌ای می‌تواند اثر جانبی داشته و موجب کاهش عمر بیمار شود (آقابابایی و حاتمی، ۱۳۹۰: ۸۰).

در نتیجه می‌توان به‌مرگی را به شش نوع تقسیم کرد:

یک. به‌مرگی فعال ارادی (یا داوطلبانه):^۵ در این حالت، پزشک به درخواست شخص بیمار و برای پایان دادن به درد بی‌پایان و بیماری درمان‌ناپذیرش، به زندگی او پایان می‌دهد.

دو. به‌مرگی فعال غیرارادی (یا غیرداوطلبانه):^۶ در این حالت، پزشک یا شخص

1. mercy killing
2. Physician assisted suicide.
3. Double effect.
4. Indirect euthanasia.
5. Active voluntary euthanasia.
6. Active non-voluntary euthanasia.

باصلاحیت دیگری، به زندگی بیمار پایان می‌دهد؛ اما بیمار در حالتی نیست که بتواند اجازه این کار را بدهد؛ چون ممکن است سال‌ها در حالت زندگی گیاهی به سر برده باشد یا بر اثر شدت بیماری، قدرت تشخیص خود را از دست داده باشد. در این حالت، عنصر رضایت و اراده بیمار وجود ندارد، مگر آن که قبلاً به گونه‌ای کلی چنین رضایتی کسب شده باشد.

سه. به‌مرگی فعال ضد‌ارادی (یا اجباری):^۱ در این حالت، به زندگی بیمار پایان داده می‌شود؛ اما با آنکه امکان تحصیل اجازه و رضایت او وجود دارد، این کار صورت نمی‌گیرد و یا حتی درست برخلاف اراده بیمار، به دلایلی مانند سن بالا و هزینه فراوان نگهداری از او، این عمل انجام می‌شود.

چهار. به‌مرگی انفعالی ارادی (یا داوطلبانه):^۲ در این حالت، پزشک به درخواست بیمار به حیات او پایان می‌دهد؛ اما اقدام خاصی نمی‌کند و به جای تزریق دارو، ادامه‌ی فعالیت‌های درمانی را متوقف می‌کند و او را به حال خود می‌گذارد تا بمیرد.

پنج. به‌مرگی انفعالی غیر‌ارادی (یا غیرداوطلبانه):^۳ در این حالت، بیمار در موقعیتی نیست که اراده یا رضایت خود را ابراز دارد؛ مثلاً در حالت اغمای برگشت‌ناپذیر قرار دارد یا نوزاد ناقص الخلقه است و شخص الف بدون حضور عنصر رضایت، ادامه درمان را متوقف می‌کند و اجازه می‌دهد تا بیمار بمیرد.

شش. به‌مرگی انفعالی ضد‌ارادی (یا اجباری):^۴ در این صورت، با آن که امکان تحصیل رضایت بیمار وجود دارد و گاه درست برخلاف اراده او به وسیله شخص درمانگر می‌میرد؛ لیکن برای تحقق مرگ او از دارویی خاص استفاده نمی‌شود و تنها ادامه درمان متوقف می‌گردد و دستگاه‌های نگه‌دارنده وضعیت بیمار از او جدا می‌گردد.

تنها در برخی از شقوق بالا، اراده و درخواست بیمار وجود دارد (صور اول و چهارم) و در موارد دیگر، چنین درخواستی دیده نمی‌شود و در مواردی برخلاف اراده شخص قربانی عمل شده است. با این حال، موارد بالا از نمونه‌های به‌مرگی به شمار می‌روند و موافقان و مخالفان به بحث درباره جایگاه اخلاقی آن پرداخته‌اند.

برخی از فلاسفه اخلاق، تنها در جایی که اراده شخص قربانی وجود داشته باشد، چنین عملی را مجاز می‌شمارند و معتقدند محور جواز اخلاقی به‌مرگی، اراده شخص و احترام به آن

1. Active involuntary euthanasia.
2. Passive voluntary euthanasia.
3. Passive non-voluntary euthanasia.
4. Passive involuntary euthanasia.

است؛ در نتیجه هر جا این عنصر وجود داشت، این عمل مجاز است. فیلیپا فوت^۱ از این موضع دفاع می‌کند و گونه‌هایی از به‌مرگی را مجاز می‌شمارد؛ از جمله آنجا که اراده شخص قربانی وجود داشته باشد. برخی نیز میان به‌مرگی فعال و انفعالی تفاوتی نمی‌گذارند و هر دو را مشمول حکم اخلاقی واحد دانسته، آن‌ها را مجاز می‌شمارند. برخی نیز مانند جیمز ریچلز^۲ بر آن است که هر دو نوع آن با هم تفاوتی ندارد و لکن هیچ کدام مجاز نیست و حتی بر این باور است که به‌مرگی انفعالی در جاهایی غیراخلاقی‌تر از به‌مرگی فعال است؛ در نتیجه در مواردی که بیمار رنج می‌کشد، کار اخلاقی‌تر آن است که به جای رها کردن وی تا با درد بمیرد، به کمک دارویی کشنده و به گونه‌ای آسان و بی‌درد به وضع رنج‌بار او پایان دهیم. (Curzer Howard, 1998:705) لیکن ستاینباک^۳ این تفاوت را برتافت و میان اقدام عامدانه به کشتن کسی با اقدام به کار ناگزیری که نتیجه آن، مرگ دیگری است فرق گذاشت. (White James, 201: 1997) برخی از فلاسفه اخلاق نیز بدون ورود به این قبیل جزئیات به شکلی کلی به دفاع از به‌مرگی یا نقد آن پرداخته‌اند. محور این نوشته نیز توجه به جزئیات و تفاوت بین دو نوع فعال و منفعل اتانازی است که این تفاوت‌ها می‌تواند مبنای حکم فقهی و اخلاقی قرار گیرد.

بررسی تفاوت‌های فقهی-اخلاقی اتانازی فعال و منفعل

قبل از ورود به بحث باید یادآور شویم که موضوع بحث، در وجود اختلاف و تفاوت بین اتانازی فعال و منفعل است و قصد داریم این اختلاف و تفاوت را روشن و برجسته سازیم تا مشخص کنیم که اتانازی منفعل یا انفعالی از نظر اخلاقی و فقهی مانند اتانازی فعال نیست و نمی‌توان حکم حرمت و غیراخلاقی بودن اتانازی فعال را به نوع منفعل آن نیز سرایت داد. در مورد حرمت و غیراخلاقی بودن اتانازی فعال شکی نیست و در این مقام به اهم این دلایل اشاره می‌کنیم:

۱. با توجه به تعریف اتانازی که در مقدمه ذکر شد، باید گفت که رضایت و اذن بیمار نسبت به پایان بخشیدن به حیاتش توسط پزشک هیچ گونه مجوز شرعی را برای پزشک فراهم نمی‌سازد و هیچ تاثیری در رفع حرمت تکلیفی آن ندارد و چیزی که پروردگار حرام ساخته است از جهت حرمت تکلیفی و جنبه حق الله بودن آن با رضایت بیمار حلال و مشروع نمی‌گردد و این حکم میان تمامی فرق اسلامی مشترک است (نجفی، ۱۹۸۱م: ۴۲، ۵۳ و عوده، ۱۳۷۳: ۲، ۱۷۱).

۲. قصد و نیت پزشک و بیمار در مسئله اتانازی (رهایی از درد و رنج) باعث نمی‌گردد که

1. Philippa foot.
2. James Rachels.
3. Steinbock.

حکم قتل عمد محقق نشود زیرا اگرچه قصد و انگیزه هر دو آسوده کردن و آسوده شدن از رنج و درد طاقت‌فرسا می‌باشد اما چون اولاً به هر حال قصد سلب حیات (قتل) وجود دارد و ثانیاً به دلیل عملکرد مستقیم پزشک، فرد بیمار جان خود را از دست می‌دهد، قتل عمد محقق می‌گردد چرا که از جهت فقهی و قانونی هرگاه فردی با انجام کاری قصد نیت کشتن شخص معین یا افرادی غیر معین از یک جمع را دارد، خواه آن کا نوعاً کشنده باشد یا خواه نباشد، ولی در عمل سبب قتل شود از مصادیق قتل عمد می‌گردد (موسوی خمینی، ۱۴۰۲ق: ۲، ۶۳۸ و قانون مجازات اسلامی، ماده ۲۰۶).

۳. از دیدگاه مذهبی وجود بیماری و دردها و رنج‌ها بر اساس فلسفه خاصی است که طبق آن مصیبت‌ها و سختی‌ها و غم‌ها، آثارها و حکمت‌هایی در دو بعد معنوی و مادی دارند که نمی‌توان آنها را نادیده گرفت و محنت‌ها و رنج‌ها جزئی جدا نشدنی از زندگی بشر است و قرآن کریم می‌فرماید: **﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾** (بلد/ ۴) (که ما انسان را در رنج آفریدیم (و زندگی او پر از رنج‌هاست!).

و نیز می‌فرماید: **﴿وَلَبَلُّوْكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ﴾** (بقره/ ۱۵۵) (قطعاً همه شما را با چیزی از ترس، گرسنگی، و کاهش در مال‌ها و جان‌ها و میوه‌ها، آزمایش می‌کنیم؛ و بشارت ده به استقامت‌کنندگان!).

و به تعبیر شهید مطهری سختی‌ها و گرفتاری‌ها مقدمه کمال‌ها و پیشرفت‌هاست و مصیبت‌ها و شدائد برای تکامل بشر ضرورت دارند (مطهری، ۱۳۷۳: ۱۵۲).

۴. از جمله عوامل دیگری که در صدور حکم عدم جواز اتانازی فعال موثر است مفاسد مترتب به آن و سوء استفاده‌های فراوان از آن می‌باشد؛ که به برخی موارد اشاره می‌گردد:

الف) کم شدن و از بین رفتن قبح و زشتی و حرمت عمل قتل در میان

جامعه و فرد و انجام گرفتن قتل و انتخاب مرگ برای افراد بنا بر سلیقه دست‌اندرکاران امور پزشکی چرا که با رواج آن مجریان بر اساس نظر خود راجع به سختی و درد و رنج بیمار دست به اتانازی می‌زنند و با دلیل **"از روی ترحم"** آن را توجیح می‌کنند (کرمی، ۱۳۸۱: ۱۱۶). به عنوان نمونه هلندی‌ها از کشتن از روی ترحم بیماران محتضر به کشتن از روی ترحم بیماران دچار وضعیت وخیم و سخت و از آن به کشتن بیماران روانی و سرانجام از کشتن از روی ترحم بنا به درخواست فرد یعنی داوطلبانه به موارد غیرداوطلبانه رسیده‌اند و در سال ۱۹۹۵ بیش از ۴۰٪ از کلیه بیمارانی که دچار معلولیت‌های ذهنی بودند به دلایل افزایش داروهای مسکن یا تزریق آمپول کشنده جان خود را از دست داده‌اند (عباسی، ۱۳۷۸: ۴، ۲۳۵ و ۲۳۶).

ب) موجه کردن و رسمیت بخشیدن به خودکشی

ج) **تحمیل کردن مرگ به بیماران** و القای این پیام به افراد بیمار دارای درد و رنج و در حال مرگ که "این به نفع شماست که تصمیم بگیرید فوری بمیرید، زیرا شما نمی‌توانید نقش بیشتری در جامعه داشته باشید و برای جامعه مفید نیستید" و یا "زودتر باید تصمیم خود را بگیرید که با عمل اتانازی هم خود و هم دیگران را راحت کنی" (کرمی، ۱۳۸۱: ۱۲۲ و ۱۲۳).

۵. نه تنها دین اسلام بلکه هر دینی که حیات را مقدس و محترم و به عنوان هدیه و موهبتی از جانب پروردگار متعال بداند مسلماً چنین مرگی (اتانازی فعال) را ناپسند و مذموم می‌شمارد و با آن مخالفت می‌کند.^۱

تمامی دلایل فقهی اخلاقی که به منع و حرمت این فعل دلالت دارد مربوط به قسم فعال آن یعنی اینکه پزشک اقدامی کند که مستقیماً به مرگ شخص مورد نظر بینجامد، می‌شود. لکن در مورد اتانازی منفعل که پزشک به جایی آن که کاری انجام دهند تا بیمار به حیات خود ادامه دهد، از انجام آن (درمان) خودداری کنند تا او بمیرد، در ابتدا باید ثابت کنیم که با اتانازی فعال تفاوت دارد تا از نظر فقهی و اخلاقی، حکمش متفاوت باشد، و غیراخلاقی و داخل در حکم حرمت نباشد.

تفاوت اتانازی فعال و منفعل

با اینکه هر دو روند فعال و منفعل، پیامدهای یکسانی دارند، تفاوت آن دو بحث‌های بسیاری را در پی داشته است (Ho, 720: 1998). موافقان و مخالفان اتانازی، به طور سنتی بین دو نوع فعال و منفعل آن، تمایز قائل شده‌اند. تمایز اتانازی فعال و منفعل مبتنی بر تفاوت اخلاقی بین این است که فردی را بکشیم یا بگذاریم بمیرد (آقابابایی، [الف] ۱۳۹۰: ۶۵). البته به باور برخی این تمایز، روشن نیست و اگر هم باشد از نظر اخلاقی مهم نیست (Rea Black, 2006: iii).

تفاوت کشتن و «اجازه دادن مردن»^۲ به تفاوت «انجام دادن» و «اجازه دادن» تحلیل شده است. در «اجازه دادن» قبلاً زنجیره‌ای از رخدادها آغاز شده است و عاملی که می‌تواند آن را متوقف کند، این کار را نمی‌کند و می‌گذارد زنجیره ادامه یابد. نقش فرد در زنجیره رخدادها اجازه دهنده باشد یا آغازگر، تفاوتی در نتیجه ندارد، از این رو تفاوت اخلاقی این دو به چالش کشیده شده است. بر همین مبنا، جیمز ریچلز^۳ در مقاله اتانازی فعال و منفعل، این آموزه که اتانازی

۱. همان‌گونه که در جدول شماره ۱ نیز منعکس است.

2. letting die.

3. Rachels.

منفعل از نظر اخلاقی می‌تواند پذیرفتنی باشد، اما اتانازی فعال نه، را به چالش کشیده است. او باور دارد که کشتن یک فرد به خودی خود، بدتر از اینکه بگذاریم کسی بمیرد نیست، از این رو اتانازی فعال، بدتر از اتانازی منفعل نیست (Rachels, 1975: 63). از همین روی معتقد است اتانازی فعال و منفعل به لحاظ اخلاقی هیچ تفاوتی با هم ندارند، و بلکه اگر بنا باشد میان این دو قسم به لحاظ اخلاقی تفاوت و تمایزی قائل شویم، و یکی از آن دو را جایز، اخلاقی و انسان دوستانه به حساب آوریم، چه بسا اتانازی فعال بر اتانازی منفعل ترجیح و برتری داشته باشد. به باور او نیت‌های با اعمال اخلاقی رابطه‌ای ندارند (Moreland, 1988: 81-90). او بر این باور است که مسائل روانی، مانند هیجان و عاطفه موجب می‌شود آسیبی را بر دیگری ترجیح دهیم، نه اینکه بین دو موقعیت (کشتن و اجازه دادن مردن تفاوت اخلاقی ایجاد کنند Rachels, 2001: 947-950).

اکنون رأی او نظریه‌ی پذیرفته‌ای نیست، چرا که:

۱. از لحاظ اخلاقی، هیجان پدیده‌ای بیگانه از قضاوت اخلاقی نیست. عاطفه یا هیجان در نظریه‌های جدید مانند «الگوی شهود اجتماعی»^۱ هایت، (Haidt, 2001: 814-834) مؤلفه مؤلفه اصلی استدلال و قضاوت اخلاقی است (Haidt, 2004: 283-290) و در الگوی مل، (Moll, 2005: 799) استدلال اخلاقی از چندین فرایند، از جمله حالت‌های هیجانی و انگیزشی نشئت می‌گیرد که با فعالیت مسیر قشری-کناری مغز ارتباط دارند (آقابابایی، [ب] ۱۳۹۰: ۱۴۱).

درباره تفاوت اخلاقی «کشتن» و «اجازه دادن مردن» چندین تبیین ارائه شده است:

نخست، اینکه اگر کسی را بکشیم موجب مرگ او شده‌ایم، اما اگر بگذاریم بمیرد چیز دیگری موجب مرگ شده است، از این رو کمتر سزاوار سزانشیم. علت مرگ در اتانازی منفعل، بیماری زمینه‌ای است، اما در اتانازی فعال، پزشک است، از این رو اتانازی فعال، بدتر قلمداد شده است.

دوم، آنکه نکشتن، وظیفه‌ای کاملاً قابل اجراست (می‌توانیم همه عمرمان را سپری کنیم بدون اینکه کسی را بکشیم)، ولی نمی‌توانیم از اینکه بگذاریم دیگران بمیرند، پرهیز کنیم. می‌توانیم همه وقتمان را صرف کمک به افراد در معرض خطر کنیم، اما نمی‌توانیم همه آنها را نجات دهیم. وظیفه عمومی برای اینکه بگذاریم دیگران بمیرند، وظیفه‌ای است که انجامش ناممکن است.

سوم، آنکه اگر کسی را بکشیم آن فرد مرده است، اما اگر نتوانیم او را نجات دهیم مرگ

وی را حتمی نکرده‌ایم، چراکه این فرصت وجود دارد تا فرد دیگری او را نجات دهد.

چهارم، آنکه برخی معتقدند که «اجازه دادن مردن» به بدی کشتن نیست، چون نیت‌های مربوط به آن دو متفاوت است؛ کسی که می‌کشد قصد دارد موجب مرگ شود، ولی کسی که می‌گذارد فردی بمیرد نیت متفاوتی دارد. این نکته نیز تفاوت دو نوع اتانازی را تبیین می‌کند؛ به این معنا که قصد در اتانازی فعال، ایجاب مرگ است، اما در اتانازی منفعل می‌تواند صرفاً پایان دادن به رنج بیمار باشد. (Moreland, 1988: 81-90).

۲. از لحاظ فقهی در مورد حکم تکلیفی، در میان فقها حکمی وجود دارد که می‌توان آن را با اتانازی منفعل مرتبط ساخت و عبارتست از این که اگر در مواردی درمان و معالجه وظیفه‌ای واجب و الزامی برای پزشک (و حتی بیمار) محسوب نگردد، ترک درمان نیز حرام نخواهد بود و لذا چنانچه شرعاً دلیلی داشته باشیم که در مورد بیماران لاعلاج درمان به دلیل بی‌اثر بودن آن، واجب نباشد و یا تاخیر مرگ افراد محتضر واجب نباشد، آنگاه پزشک می‌تواند نسبت به بیمار شیوه ترک درمان که همان اتانازی منفعل یا انفعالی است را به کار بندد و مسئولیتی نیز نداشته باشد زیرا در چنین مواردی به دلیل وجود مقتضی مرگ - که همان بیماری است - ترک فعل درمان عامل قتل شمرده نمی‌شود، چرا که حتی انجام فعل درمان نیز مانع تاثیر مقتضی نخواهد بود و جلو مرگ را نخواهد گرفت.

بر این اساس و طبق این حکم فقهی که بنا بر اجماع منقول در مورد موت و یا بیماری‌های غیرقابل درمان و لاعلاج، مداوا و درمان واجب نیست؛ یعنی بر فرد بیمار واجب نیست به مداوا بپردازد (جواهری، ۱۳۸۵: ۲، ۳۲۷) و حفظ محتضر و تاخیر مرگ او واجب نیست (حکمت پور، استفتاء شماره ۱/۱۷۱۶۰) و وجوب معالجه بر طبیب از نظر برخی ناظر به مواردی است که بر معالجه اثری مترتب باشد و لذا معالجه بیمارانی که امیدی به بهبودی آنها نیست و قطعاً قابل معالجه نیستند بر پزشک واجب نیست - اگرچه احتیاط در معالجه است - (صانعی، ۱۳۸۰) می‌تواند قائل شد که نسبت به چنین بیمارانی، خودداری از ادامه مداوا یعنی اتانازی انفعالی شرعاً اشکالی ندارد و حرام نخواهد بود؛ البته باز تاکید می‌شود که این حکم در حالتی است که پزشک شرعاً مکلف و موظف به درمان نباشد، (پورجوهری، ۱۳۸۴: ۱۱۵) یعنی بیماری غیرقابل درمان و لاعلاج باشد و اثری بر معالجه مترتب نباشد.

۳. همچنین از لحاظ فقهی در مورد حکم وضعی نیز بین اتانازی فعال و اتانازی منفعل تفاوت وجود دارد، به این بیان که در اتانازی فعال چه در حیات مستقر (اتانازی داوطلبانه و غیرداوطلبانه) و چه در حیات غیرمستقر (اتانازی ضد‌ارادی یا اجباری، مانند کسی که در اغما به سر می‌برد) شخص پزشک چون با فعل ایجابی و ایجادیه مانند تزریق ماده کشنده، باعث مرگ بیمار شده، قتل عمد محسوب شده و ضامن دیه یا قصاص است اما در اتانازی منفعل چه در

حیات مستقر و چه در حیات غیرمستقر، که قتل به خاطر بیماری بوده نه با فعل ایجابی، لکن بر اثر عدم فعل درمان روند بیماری و مرگ تسریع شده است، در این صورت اگر پزشکی بیماری را معالجه نکند و در نتیجه بیمار بمیرد، پزشک ضامن نخواهد بود (انصاری، ۱۳۸۴: ۱۳۸-۱۴۲).
عدم ضمان در این نوع مرگ که پزشک از درمان بیمار جلوگیری کرده است خود نیز نشان‌گر این تفاوت بین این دو نوع اتانازی است.

۴. همان‌گونه که در جدول شماره ۱ منعکس است، گرچه بیشتر ادیان (شامل اسلام، مسیحیت کاتولیک، پروتستان و ارتدوکس، یهودیت، ارتدوکس، بودائیسیم و کنفوسیوسیزم) با اتانازی فعال مخالف‌اند، ولی در برابر اتانازی منفعل موضع منعطف‌تری دارند (Bülow, 2008: 424) که این موضع‌گیری نیز بیان‌گر وجود تفاوت بین این دو نوع اتانازی است.
جدول ۱: موضع ادیان به موضوع پایان دادن به زندگی. اقتباس از بولاف و دیگران (۲۰۰۸م).

موضوع	اتانازی فعال	ممانعت از درمان	قطع درمان	اثر دوگانه
اسلام	ممنوع	مجاز	مجاز	مجاز
مسیحیت کاتولیک	ممنوع	مجاز	مجاز	مجاز
مسیحیت پروتستان	برخی	مجاز	مجاز	مجاز
مسیحیت ارتدوکس	ممنوع	ممنوع	ممنوع	ممنوع
یهودیت ارتدوکس	ممنوع	ممنوع	مجاز	مجاز
بودائیزم	ممنوع	مجاز	مجاز	مجاز
کنفوسیوسیزم	ممنوع	ممنوع	ممنوع	؟

نتیجه‌گیری

اتانازی به دو نوع فعال و منفعل تقسیم می‌شود، که در مورد حکم حرمت و غیراخلاقی بودن اتانازی فعال شکی نیست. تمامی دلایل فقهی اخلاقی که به منع و حرمت این فعل دلالت دارد مربوط به قسم فعال آن می‌شود. لکن در مورد اتانازی منفعل، ثابت کردیم که با اتانازی فعال تفاوت دارد تا از نظر فقهی و اخلاقی، حکمش متفاوت باشد، و غیراخلاقی و داخل در حکم حرمت نباشد.

نظریه برخی از فلاسفه اخلاق مانند جیمز ریچلز که اتانازی فعال و منفعل را یکسان و هر دو را غیراخلاقی می‌پندارند با توجه به تفاوت‌های ذیل دیگر قابل پذیرش نیست:

تفاوت‌های اخلاقی: ۱. علت مرگ در اتانازی منفعل، بیماری زمینه‌ای است، اما در اتانازی فعال، پزشک است. ۲. نمی‌توانیم از اینکه بگذاریم دیگران بمیرند، پرهیز کنیم. ۳. اما اگر

نتوانیم او را نجات دهیم مرگ وی را حتمی نکرده‌ایم، ۴. کسی که می‌کشد قصد دارد موجب مرگ شود، ولی کسی که می‌گذارد فردی بمیرد نیت متفاوتی دارد.

همچنین تفاوت‌های فقهی: ۱. اتانازی فعال حرام لکن خودداری از ادامه مداوا و معالجه بیمارانی که امیدی به بهبودی آنها نیست و قطعاً قابل معالجه نیستند، یعنی اتانازی انفعالی شرعاً اشکالی ندارد و حرام نخواهد بود؛ ۲. در اتانازی فعال پزشک چون با فعل ایجابی و ایجاد، باعث مرگ بیمار شده، قتل عمد محسوب شده و ضامن دیه یا قصاص است اما در اتانازی منفعل که قتل به خاطر بیماری بوده نه با فعل ایجابی، پزشک ضامن نخواهد بود. ۳. اینکه اغلب ادیان با اتانازی فعال مخالف‌اند، اما درباره برخی دیگر از انواع آن، موضع منعطف‌تری دارند.

بنابراین میان به‌مرگی فعال و انفعالی، از لحاظ فقهی-اخلاقی تفاوتی اساسی وجود دارد و دیگر نمی‌توان حکم اتانازی منفعل یا انفعالی را مانند، یا بدتر و غیراخلاقی‌تر از اتانازی فعال دانست، بلکه بر خلاف اتانازی فعال، تنها به‌مرگی انفعالی مجاز است؛ از این منظر، کسی حق ندارد اقدام به کشتن دیگری کند؛ لیکن ضرورت اخلاقی و تکلیف شرعی‌ای نیز در قبال زنده نگه داشتن دیگران (بیماران لاعلاج) ندارد.

فهرست منابع

۱. قرآن کریم، ترجمه آیت الله مکارم شیرازی.
۲. افضلی، محمد علی و مرزبند، رحمت اله؛ (۱۳۹۳)، "اتانازی در تاریخ پزشکی در غرب و جهان اسلام"، مجله دین و سلامت، دوره دوم، شماره ۱۵.
۳. انصاری، محمد علی؛ (۱۳۸۴)، "قتل از روی ترحم"، فصلنامه فقه اهل بیت، شماره ۴.
۴. آقابابایی، ناصر و حاتمی، جواد؛ (۱۳۹۰)، "بررسی آموزه اثر دوگانه و نقش قصد در قضاوت اخلاقی"، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره ی چهارم-شماره ۳.
۵. آقابابایی، ناصر و دیگران؛ (۱۳۹۰)، "نقش ویژگی‌های فردی و الگوی قضاوت در نگرش به اتانازی"، مجله پرستاری مراقبت ویژه، شماره ۴.
۶. آقابابایی، ناصر؛ (۱۳۹۰)، "تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی اتانازی"، معرفت اخلاقی، سال سوم؛ شماره ۹.
۷. آقابابایی، ناصر؛ (۱۳۹۰)، "معمای واکن و تلویحات آن برای اتانازی فعال و غیرفعال"، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره ی چهارم، شماره ۲.
۸. آل شیخ مبارک، قیس بن محمد؛ (۱۳۷۷)، حقوق و مسئولیت پزشکی در آیین اسلام، ترجمه محمود عباسی، تهران: حقوقی، چاپ اول.
۹. پارساپور، علیرضا و دیگران؛ (۱۳۸۷)، "اتانازی، تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی"، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره ی اول، شماره ۴.
۱۰. پورجوهری، سید علی؛ (۱۳۸۴)، "اتانازی یا مرگ از روی ترحم از منظر دینی"، پژوهش‌های فقه و حقوق اسلامی، شماره ۳.
۱۱. جوهری، حسن؛ (۱۳۸۵)، بحوث فی الفقه المعاصر، بیروت: دارالذخائر، چاپ اول.
۱۲. حکمت پور، داود؛ استفتاء از آیت الله سید علی خامنه‌ای به شماره ۱/۱۷۱۶۰، مجله دانشگاه اسلامی شماره ۱۲،
۱۳. صانعی، یوسف؛ (۱۳۸۰)، استفتائات پزشکی، قم: میثم تمار، چاپ چهارم.
۱۴. عباسی، محمود؛ (۱۳۷۸)، مجموعه مقالات حقوقی پزشکی، تهران: انتشارات حقوقی، چاپ اول.
۱۵. عزیزی، مریم؛ (۱۳۸۷)، "نگاهی به تاریخچه اتانازی تا پایان جنگ جهانی دوم"، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی-دانشگاه علوم پزشکی تهران، هفته نامه سپید.
۱۶. علمی، (۱۹۹۹م) قتل الرحمة السلوک الطبی، المغرب، چاپ اول.

۱۷. عوده، عبدالقادر؛ (۱۳۷۳)، *التشريع الجنائى الاسلامى*، ترجمه قربان نیا و منصورى و الفت، تهران: میزان.
۱۸. قانون مجازات اسلامى، سال ۱۳۹۲.
۱۹. كرمى، خدا بخش؛ (۱۳۸۱)، *مرگ آسان و راحت؟!، تهران: دفتر نشر معارف، چاپ اول.*
۲۰. مطهرى، مرتضى؛ (۱۳۷۳)، *عدل الهى*، تهران: صدرا، چاپ هفتم.
۲۱. موحدى، محمد جواد و گلزار اصفهانى، مژگان؛ (۱۳۸۹)، "بررسى سقظ جنين بر اساس نظريه اثر دوگانه"، *مجله اخلاق و تاريخ پزشكى*، دوره ۱ سوم، شماره ۲.
۲۲. موسوى خمينى، روح اله؛ (۱۴۰۲ق)، *تحرير الوسيله*، تهران: مکتبه العلميه الاسلاميه، چاپ دوم.
۲۳. نجفى، محمدحسن؛ (۱۹۸۱م)، *جواهر الكلام فى شرح شرائع الاسلام*، بيروت: دارالتراث العربى، چاپ هفتم.
24. Ardelt M. (2003) *Physician-Assisted Death In C. D. Bryant (Ed.) Handbook of death and dying.*
25. Bülow H. H. et al. (2008) *The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit Intensive Care Med.*
26. Curzer Howard J. (1998) *Ethical Theory and Moral Problems* (ed) Canada Wadsworth Publishing Company.
27. Haidt J (2001) *The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment* Psychological Review.
28. Haidt J. (2004) *The Emotional Dog Gets Mistaken for a Possum.* Review of General Psychology.
29. Ho R. (1998) *Assessing attitudes toward euthanasia: an analysis of the subcategorical approach to right to die issues* Personality and Individual Differences.
30. Hoche A Binding K. (2012) *Allowing the Destruction of Life unworthy of Life.* (No place) Suzeteo Enterprises.
31. Horsfall S. et al. (2001) *Views of euthanasia from an east Texas university* The Social Science Journal.
32. Merriam-Webster (2007) *Incorporated Merriam Webster's collegiate dictionary* Tehran Daneshyar.
33. Mishara B. L. Euthanasia In R. Kastenbaum (2003) *Macmillan Encyclopedia of Death and Dying* pp 267-273 New York Macmillan.
34. Moll J. et al. (2005) *The neural basis of human moral cognition.* Nature Reviews Neuroscience.

35. Moreland J. P. (1988) *James Rachels and the active euthanasia debate* Journal of the Evangelical Theological Society.
 36. Rachels J. (1975) *Active and passive euthanasia* The New England Journal of Medicine.
 37. Rachels J. (2001) *Killing and Letting Die* In L. Becker & C. Becker (Eds.) *Encyclopedia of Ethics*.
 38. Rea Black V. (2006) *Active and passive euthanasia: A case for moral symmetry*.
 39. Rogers J. R. (1996) *Assessing right to die attitudes: a conceptually guided measurement model* Journal of Social Issues.
 40. Simpson J. A. & Weiner E. S. C. (1989) *The Oxford English Dictionary* Vol 5.
 41. *Webster's New World Dictionary*: (1982).
- White James E (1997) *Contemporary Moral Problems* (ed). New York West Publishing Company.





شرویش گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتمال جامع علوم انسانی