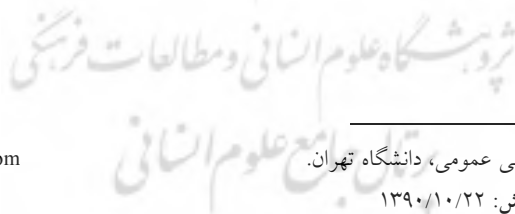


تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی اتانازی

ناصر آقابابایی*

چکیده

اتانازی یا پایان دادن آسان به زندگی بیماران در حال مرگ از بحث‌برانگیزترین موضوع‌های اخلاق پزشکی است. مطرح شدن این موضوع طی چند دهه اخیر ناشی از پیشرفت‌های پزشکی و تلاش هدفمند جنبش‌های اجتماعی مرتبط با آن است. اتانازی انواعی دارد که از حیث اخلاقی، حقوقی و قانونی 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، می‌گذاریم که بمیرد. اغلب ادیان با اتانازی فعال مخالف‌اند، اما درباره برخی دیگر از انواع آن، موضع منعطف‌تری دارند. موافقان اتانازی بیش از همه بر مفهوم خودمختاری تکیه داشته، اما مخالفان، دامنه گسترده‌ای از استدلال‌های اخلاقی و دینی تا نگرانی‌های کاربردی را مطرح می‌کنند. کلیدواژه‌ها: اتانازی، اخلاق پزشکی، اصول اخلاقی، تنگنای اخلاقی.



مقدمه

اتانازی که از بحث‌انگیزترین موضوع‌های اخلاقی است، بحث‌های بسیاری را در پی داشته و در سال‌های اخیر پای ثابت پژوهش‌های اخلاقی و فلسفی بوده است. اصطلاح اتانازی در واژه‌ای یونانی ریشه دارد که به معنای مرگ خوب^۱ است. ریشه این واژه یونانی به ۲۰۰ - ۵۰۰ سال پیش از میلاد مسیح برمی‌گردد.^۲ اما نخستین کاربرد آن در زبان انگلیسی در سال ۱۶۴۶م بوده که به معنای مرگ آرام و آسان^۳ به کار رفت.^۴ این تعریف با کاربرد معاصر واژه اتانازی، همسان نیست.^۵ فرهنگ وبستر^۶ نخستین کاربرد واژه اتانازی در زبان انگلیسی در معنای کنونی‌اش را به سال ۱۸۶۹م برمی‌گرداند. تعریف این فرهنگ‌نامه از اتانازی چنین است: اقدام یا ممارست به کشتن یا «اجازه دادن مردن» به افراد (شامل اشخاص یا حیوانات) آسیب دیده یا بیمار لاعلاج، با وسایلی تقریباً بدون درد، به علت ترحم.^۷

طی دو دهه گذشته، بحث درباره اتانازی به طور چشمگیری افزایش یافته و توجه متخصصان رشته‌های مختلف را به خود جلب کرده است.^۸ برخی زمینه‌یابی‌ها از افزایش حمایت از اتانازی خبر داده‌اند.^۹ 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. زمینه‌یابی‌ها در ایالات متحده در سال‌های ۱۹۸۶ و ۱۹۸۸م نیز از حمایت ۶۲ و ۵۸ درصدی از اتانازی حکایت می‌کند.^{۱۰} در ایران پژوهش‌های اندکی در این‌باره انجام شده است و قانون مدونی نیز درباره اتانازی وجود ندارد. مخالفان و موافقان، به برخی از قوانین جاری به نفع دیدگاه خود استناد می‌کنند.^{۱۱} رفع این خلأ قانونی نیازمند شناخت دقیق موضوع است. مقاله حاضر به تبیین موضوع اتانازی و تحلیل اخلاقی آن می‌پردازد.

تاریخچه بحث

بسیاری از نویسندگان، مطرح شدن بحث اتانازی را معلول پیشرفت در علوم پزشکی دانسته‌اند. امکانات نوین در فناوری‌های بهداشتی، امید به زندگی را ارتقا داده و گزینه‌های ادامه زندگی را در بیماران در حال مرگ افزوده است. اما این پیشرفت‌ها شمشیری دو لبه شده است: فناوری، پزشک را برای مبارزه با بیماری، ارتقا کیفیت زندگی و افزایش طول عمر، توانمندتر می‌کند، ولی هنگامی که این فناوری برای بیماران در حال مرگ به کار می‌رود غالباً رنج آنها را طولانی کرده و به جای ارتقای کیفیت زندگی، کمیت آن را

می‌افزاید.^{۱۲} برخی نویسندگان مطرح شدن موضوع اتانازی را به تحولات و جنبش‌های اجتماعی قرن اخیر نسبت می‌دهند؛^{۱۳} نهضت‌هایی که بر هویت، فردیت و کنترل بدن خود، و «حقِ مردن»^{۱۴} تأکید می‌کنند. و به گفته برخی نویسندگان هنگامی این بحث برجسته شد که خودمختاری بیش از عدالت، توجه‌ها را به خود جلب کرد.^{۱۵}

نهضت یا جنبش اجتماعی،^{۱۶} ناشی از وضعیتی آشفته، محصول انگیزه قدرت و برآمده از آرزو و امید برای یک طرح یا نظام جدید برای زندگی است. در جنبش «مرگِ درخواست شده» یا جنبش «حقِ مردن»^{۱۷} طرح یا نظام جدید مردن مطرح است؛ طرحی که به طور خاص به بیمار اجازه می‌دهد به زندگی‌اش پایان دهد. هدف غایی این نهضت، قانونی شدن «مرگِ درخواست شده» است. برخلاف بیشتر نهضت‌های اجتماعی که مشخص کردن منشأ دقیق نهضت دشوار است، معمولاً سازمان‌های مربوط به نهضت‌های اجتماعی را می‌توان ردیابی کرد. برای مثال، نخستین «انجمن اتانازی داوطلبانه» در سال ۱۹۳۵م در لندن تأسیس شد. اگر یک نهضت اجتماعی بخواهد در تغییر جامعه موفق شود باید به نفع موضوعش از جامعه نظرخواهی کند. جامعه تماشاگر و غیرمتعهد به نهضت، مرکز توجه نهضت‌های اجتماعی است. انتشار نتایج نظرسنجی‌ها روش ویژه‌ای است که از آن برای تحرك بخشیدن به نهضت استفاده می‌شود. سازمان‌های حامی یک نهضت، نه تنها نتایج نظرسنجی‌ها را منتشر می‌کنند، بلکه به طور منظم سفارش چنین نظرسنجی‌هایی را می‌دهند. چنین اقدامی موضوع را در معرض دید مردم قرار می‌دهد، و تحقق آن موضوع را دست‌یافتنی‌تر می‌کند. برای نهضت «مرگِ درخواست شده» که اعضایش را به شیوه‌های سنتی، مانند تظاهرات خیابانی یا اعتصاب بسیج نمی‌کند، نظرسنجی، شیوه اصلی برای اعلام خواسته نهضت است.^{۱۸} این تلاش‌ها تا حدودی موفق بوده‌اند. اتانازی یکی از موضوع‌های مهم عمومی در بسیاری کشورها شده است. برخی کشورها درباره قانونی کردن آن بحث کرده و برخی آن را قانونی کرده‌اند.

برخی دسته‌بندی‌ها و واژگان در زمینه اتانازی، وجود دارد که در ادامه، علاوه بر مرور انواع اتانازی، به اصطلاحات مشابه و مرتبط با آن نیز پرداخته می‌شود.

انواع اتانازی

اتانازی در نخستین تقسیم‌بندی به دو نوع فعال^{۱۹} و منفعل^{۲۰} تقسیم می‌شود و هریک از این دو نیز در یک تقسیم‌بندی ثانویه به انواع داوطلبانه،^{۲۱} غیرداوطلبانه،^{۲۲} و اجباری^{۲۳} تقسیم

می‌شوند.^{۲۴} تفاوت دو نوع فعال و منفعل این است که پزشک در روند پایان دادن به زندگی بیمار، نقشی فعال یا غیرفعال دارد. به این دو نوع و تفاوت آنها در بخش بعدی پرداخته خواهد شد. تقسیم‌بندی 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 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. این، تقسیم‌بندی نظری و ثانویه‌ای از اتانازی است. وقتی سخن از اتانازی می‌رود غالباً نوع داوطلبانه آن مورد نظر است. اتانازی بدون رضایت بیمار، مصداق آدمکشی^{۲۵} است. در برخی کاربردها اتانازی از این هم محدودتر شده و تنها در مورد نوع فعال آن به کار رفته است.^{۲۶} اصطلاح کشتن از روی ترحم^{۲۷} که گاهی مترادف اتانازی به کار رفته است، غالباً به اتانازی غیرداوطلبانه و اجباری اشاره دارد^{۲۸} و از نظر معنا و کاربرد با اتانازی متفاوت است. اصطلاح دیگری که (به اشتباه) مترادف اتانازی به کار رفته «خودکشی با کمک پزشک»^{۲۹} 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 مرگ‌باری از یک دارو. بیمار مستقلاً دارو را مصرف می‌کند و پزشک لزوماً در زمان تصمیم بیمار برای مصرف دارو و مردن، حاضر نیست.^{۳۰} به بیان دیگر، در اتانازی، پزشک مباشر پایان دادن به زندگی بیمار است، اما در «خودکشی با کمک پزشک»، بیمار مباشر این کار است.^{۳۱}

«اثر دوگانه»^{۳۲} نیز گاهی اتانازی غیرمستقیم^{۳۳} خوانده می‌شود.^{۳۴} 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.^{۳۵} 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.^{۳۶}

اتانازی فعال و منفعل؛ آموزه انجام دادن / اجازه دادن

با اینکه هر دو روند فعال و منفعل، پیامدهای یکسانی دارند، تفاوت آن دو بحث‌های بسیاری را در پی داشته است.^{۳۷} 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.^{۳۸} البته به باور برخی این تمایز، روشن نیست و اگر هم باشد از نظر اخلاقی مهم نیست.^{۳۹}

تفاوت کشتن و «اجازه دادن مردن»^{۴۰} به تفاوت «انجام دادن» و «اجازه دادن» تحلیل شده 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 اجازه‌دهنده باشد یا آغازگر، تفاوتی در نتیجه ندارد، از این رو تفاوت اخلاقی این دو به چالش کشیده شده است. بر همین مبنا، جیمز ریچلز^{۴۱} این آموزه را که اتانازی منفعل از نظر اخلاقی می‌تواند پذیرفتنی باشد، اما اتانازی فعال نه، 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.^{۴۲} به باور او نیت‌های با اعمال اخلاقی رابطه‌ای ندارند.^{۴۳} 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).^{۴۴} اکنون رأی او نظریه پذیرفته‌ای نیست، چراکه هیجان پدیده‌ای بیگانه از قضاوت اخلاقی نیست. عاطفه یا هیجان در نظریه‌های جدید مانند «الگوی شهود اجتماعی»^{۴۵} هایت،^{۴۶} مؤلفه اصلی استدلال و قضاوت اخلاقی است^{۴۷} و در الگوی مل،^{۴۸} استدلال اخلاقی از چندین فرایند، از جمله حالت‌های هیجانی و انگیزشی نشئت می‌گیرد که با فعالیت مسیر قشری-کناری مغز ارتباط دارند.

درباره تفاوت «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 سرزنشیم. 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 نگذاریم 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.^{۴۹}

استدلال موافقان و مخالفان

استدلال‌ها در جانب‌داری از اتانازی چندان جدید و متعدد نیستند. مهم‌ترین استدلال‌ها برای اتانازی عبارت‌اند از: درد شدیدی که مبتلایان به بیماری‌های درمان‌ناپذیر تحمل می‌کنند، سربار شدن افرادی که نمی‌توانند در فعالیت‌های طبیعی شرکت کنند، و حق افراد برای تصمیم‌گیری درباره زندگی‌شان. مورد اخیر در قالب مفهوم احترام به خودمختاری^{۵۰} بیمار صورت‌بندی می‌شود.^{۵۱}

با اینکه وظیفه حفظ حیات از اصول اساسی اخلاق پزشکی است، برخی معتقدند وظیفه پزشک درباره کاهش رنج و بهبود زندگی در مواردی بر وظیفه حفظ حیات اولویت می‌یابد.^{۵۲} اما در بسیاری موارد، انگیزه‌ها برای اخلاقی و مطلوب شدن اتانازی در رویارویی با رنج و درد کافی نیست. قانونی شدن اتانازی، بذرنومیدی را در ذهن و قلب بیمار می‌کارد. در افراد معمولی و افراد غیرمولد یا کم‌مولد و افراد پیر یا ناتوان، ترس از «فهرست مرگ» به وجود می‌آید، و همه اینها جایگاه و تصویر حرفه پزشکی را در جامعه تخریب می‌کند. امروزه اخلاق، بیشتر و بیشتر زیر سایه خودمختاری رفته است. این روال برای مثال به پذیرش سقط جنین، هرزه‌نگاری، رابطه جنسی خارج از ازدواج، و همجنس‌گرایی انجامیده است.^{۵۳} اما در مورد اتانازی لازم است محدودیت‌های خودمختاری به رسمیت شناخته شوند.^{۵۴}

دلایل مخالفان دامنه گسترده‌ای از استدلال‌های دینی و اخلاقی تا دغدغه‌های عملی را فرا می‌گیرد که پرداختن به همه آنها در اینجا میسر نیست. در اینجا به برخی از آنها اشاره می‌شود. به گفته برخی نویسندگان، مخالفت با اتانازی عمدتاً از سه منبع سرچشمه می‌گیرد: دین، ترس از مرگ غیرداوطلبانه به علل اقتصادی، و اصول اخلاق پزشکی.^{۵۵} طبق سوگند بقراط،^{۵۶} پزشکان از مشارکت در کشتن عمدی بیمار منع شده‌اند.^{۵۷} اخلاق پزشکی بقراطی پایه‌ای قوی برای مخالفت با اتانازی است، چراکه اتانازی، نخستین اصل آن (خیرخواهی در کمک، درمان و کاهش درد و رنج) را نقض می‌کند.^{۵۸} سوگند بقراط استفاده از داروهای مرگ‌بار و توصیه به استفاده از آنها را ممنوع می‌کند. دستورالعمل بین‌المللی اخلاق پزشکی نیز می‌گوید که پزشک همواره باید الزام برای حفظ جان انسان‌ها را در نظر داشته باشد. توضیح وظیفه‌گرایانه این مفهوم چنین است: کار نادرستی است که پزشکان بیماران را بکشند یا به خودکشی آنها کمک کنند.^{۵۹}

از مهم‌ترین استدلال‌های مخالفان اتانازی، امکان سوءاستفاده از آن، به ویژه از سوی متصدیان سلامت است. نخستین گام برای قانونی شدن اتانازی سبب می‌شود گام‌های بعدی آسان‌تر برداشته شود. طرف‌داران این استدلال که استدلال «شیب لغزنده»^{۶۰} نام دارد، می‌گویند هنگامی که جامعه پایان‌دادن به زندگی را بپذیرد، دیگر هیچ روشی برای محدود کردن اتانازی و بازداشتن سوءاستفاده از آن وجود ندارد. قانونی کردن اتانازی داوطلبانه، خواه ناخواه به قانونی شدن اتانازی غیرداوطلبانه می‌انجامد.^{۶۱} دامنه این شیب، به قانونی شدن خودکشی، کشتن افراد مسن، افرادی که از بیان مقصودشان ناتوان‌اند، فقرا، و افراد مبتلا به بیماری‌هایی چون ایدز نیز گسترش خواهد یافت و از اتانازی بیماران در حال مرگ تا اتانازی بیماران روانی راه‌چندانی نیست.^{۶۲}

مسئله دیگر این است که چه کسی تصمیم می‌گیرد؟ مخالفان اتانازی می‌گویند قضاوت فرد متقاضی خودکشی، مختل است؛ او نمی‌تواند تصمیمی عاقلانه بگیرد. علاوه بر این، اتانازی لزوماً بهترین گزینه برای راحتی بیمار نیست، چراکه ممکن است تشخیص بیماری اشتباه باشد یا درخواست اتانازی از سوی بیمار نوعی درخواست کمک باشد. درخواست اتانازی می‌تواند به علت مشکلات روان‌شناختی و افسردگی بیمار باشد و در نتیجه وی توان قضاوت درست و ظرفیت تصمیم‌گیری را نداشته باشد. برای نمونه، وندر هاید^{۶۳} و همکارانش گزارش کرده‌اند که بیشتر بیماران سرطانی مورد مطالعه‌شان، طی سه روز آخر زندگی احساس افسردگی و اضطراب داشته‌اند.^{۶۴} در استرالیا که اتانازی قانونی است،

ویریک^{۶۵} و گلیر^{۶۶} از شش درخواست اتانازی خبر داده‌اند. آنها وضعیت درخواست‌کنندگان را چنین توصیف کرده‌اند: این شش نفر بیش از آنکه دچار نشانه‌های فیزیکی باشند، درگیر مسائل روان‌شناختی و هستی‌شناختی بودند. به گفته آنها بهبود مراقبت‌های تسکینی^{۶۷} و ارجاع زودتر می‌توانست حتی از این موارد اندک درخواست اتانازی نیز بازداری کند. بنابراین، توجه نه تنها به نیازهای جسمی، نیازهای روان‌شناختی و معنوی - هستی‌شناختی می‌تواند به بیمار کمک کند تا مراحل پایانی زندگی‌اش را بدون نومییدی سپری کند.^{۶۸}

همان‌گونه که اشاره شد، مراقبت تسکینی مناسب می‌تواند ضرورت اتانازی را در بسیاری موارد از بین ببرد. مراقبت تسکینی نوعی مراقبت کل‌نگر (همه‌جانبه)^{۶۹} است که توسط گروهی از متخصصان سلامت و با هدف کمک به مبتلایان به بیماری‌های پیش‌رونده و درمان‌ناپذیر ارائه می‌شود. چنین مراقبتی خانواده بیمار را نیز دربر می‌گیرد و به آنها کمک می‌کند با نشانگان بدنی و آشفتگی هیجانی ناشی از بیماری پیشرفته، کنار بیایند. مراقبت تسکینی، زندگی را تأیید می‌کند، مردن را فرایندی طبیعی می‌بیند، و با اتانازی به عنوان ابزاری برای تسکین رنج، مخالف است.^{۷۰}

در دنیای غرب، قوی‌ترین مخالفت با اتانازی از ناحیه دین است. مخالفت دین به روزهای نخست مسیحیت برمی‌گردد. کلیسای قرن چهارم میلادی خودکشی را به شدت محکوم کرد، چراکه سرکشی بر سلطنت الهی درباره زمان و مکان مرگ است. ادیان دیگر نیز اتانازی را مخالف دستور الهی می‌دانند و بر این عقیده‌اند که اتانازی حرمت حیات را نقض می‌کند. پذیرش اتانازی به معنای پذیرش این انحراف است که مصادیقی از حیات (مانند بیماران و ناتوانان) از حیات دیگر افراد جامعه ارزش کمتری دارند. علاوه بر این، رنجی که فرد در پایان زندگی متحمل می‌شود می‌تواند وسیله‌ای برای تعالی وی باشد. برای مثال، جهان‌بینی مسیحی می‌گوید که در رنج، هدف وجود دارد.^{۷۱} در ادامه به دیدگاه ادیان مختلف درباره اتانازی پرداخته می‌شود.

موضع دین

در اسلام، مسیحیت و یهودیت، همه انواع حیات از سوی خداوند است و باید آن را پاس داشت. در هندوئیسم زندگی از یک هستی نامشخص^{۷۲} جریان می‌یابد و عوامل سرنوشت (کارما)^{۷۳} چرخه تناسخ را اداره می‌کند. پایان دادن یا حفظ زندگی از طریق مداخله‌های پزشکی می‌تواند مزاحم عملکرد سرنوشت (کارما) شود و رنج نیز شیوه‌ای برای پرداخت دین سرنوشت است. در بودائیسم خداوند آفریننده‌ای وجود ندارد؛ سرنوشت، چرخه تناسخ را

هدایت می‌کند و رستگاری در پایان دادن به چرخه مرگ و تولد دوباره است. تمایل به پایان دادن به رنج، ناشایست نیست، اما اتانازی فعال می‌تواند چرخه نامطلوبی باشد.^{۷۴} 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.^{۷۵} شمائی از مواضع مذاهب مختلف درباره انواع اتانازی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: موضع ادیان به موضوع پایان دادن به زندگی. اقتباس از بولاف و همکاران (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	؟

در دو رویکرد اخلاقی کانت^{۷۶} و شیعی، خود ویرانگری (خودکشی) غیراخلاقی است، چراکه ناشی از رعایت نکردن کرامت انسانی است. اتانازی نمونه‌ای از خود ویرانگری است، از این رو، در هر دو رویکرد یاد شده، غیراخلاقی قلمداد می‌شود.^{۷۷} استدلال‌های اسلامی علیه اتانازی را می‌توان در دو دلیل خلاصه کرد: ۱- زندگی مقدس است، و اتانازی و خودکشی در زمره علل مجاز پایان دادن به آن نیستند، ۲- خداوند تصمیم می‌گیرد هریک از ما چقدر زندگی کنیم. طبق آموزه‌های اسلامی، زندگی امانتی الهی است و نمی‌توان با هیچ‌یک از اشکال اتانازی به آن پایان داد. همه اسلام‌پژوهان، اتانازی فعال را حرام دانسته و در این خصوص، تفاوتی فرقی بین محققان سنی و شیعی وجود ندارد. آیت‌الله خامنه‌ای، آیت‌الله نوری همدانی، و آیت‌الله مکارم شیرازی از مراجع شیعه، همه اشکال اتانازی را حرام دانسته‌اند.^{۷۸} مفاهیم خودمختاری، آزادی و انتخاب فردی، در اینجا کاربرد ندارند، زیرا زندگی فقط به انسان تعلق ندارد و گرفتن زندگی، به خانواده و جامعه آسیب وارد خواهد کرد. آزادی انتخاب فرد با به سببی آسیبی که به دیگران وارد می‌کند، محدود می‌شود. به علت ماهیت جنایی اتانازی، اسلام توجیه حمایت از اتانازی را بر پایه عامل‌هایی، چون دغدغه‌های اقتصادی، ملاحظات مربوط به استفاده از امکانات در بیماران دیگر و مرگ با کرامت، نمی‌پذیرد. با این‌همه، دو مورد وجود دارد که طبق قوانین اسلامی کمک غیرفعال برای

اجازه دادن مردن بیمار در حال مرگ، مجاز است؛ نخست، تزریق داروی مسکن با هدف کاهش درد و رنج بیمار که به کاهش عمر او می‌انجامد. این مورد را که اثر دوگانه نام دارد، بیشتر ادیان پذیرفته‌اند (جدول ۱). مورد دیگر، عبارت است از قطع یک درمان بی‌فایده بر پایه رضایت آگاهانه اعضای درجه اول خانواده که می‌گذارد مرگ، روند طبیعی خود را طی کند.^{۷۹}

نتیجه‌گیری

نوشتار پیش‌رو با هدف روشن کردن موضوع اتانازی و تحلیل اخلاقی آن فراهم آمد. این مقاله بی‌آنکه در پی حمایت از اتانازی یا نوع خاصی از آن باشد، کوشید ضمن روشن کردن مفهوم اتانازی، تمایز انواع اتانازی و تفاوت آن را با مفاهیم مشابه، برجسته سازد. چنین نگاهی که رویکردی واقع‌بینانه است، موضع‌گیری واقع‌بینانه‌ای را در پی خواهد داشت. در حالی که امیدواریم هرگز نیازمند اتانازی نشویم، مسلماً نیاز داریم تا آن را بشناسیم، چراکه موضع‌گیری سلبی یا ایجابی در برابر موضوعی که تصور درستی از آن نداریم، چندان استوار نخواهد بود.

برای تبیین ماهیت یک پدیده باید بتوان آن را به طور عمیق شرح و بسط داد، حتی درباره رفتارهایی که معنای سطحی آن روشن است نیز باید در پی درک معنای عمیق‌تر آن بود. بر این اساس، برای تبیین دو نوع عمده اتانازی، یعنی اتانازی فعال و منفعل، آن دو را به دو مفهوم زیربنایی تحلیل کرده، تفاوت آن دو مفهوم نیز چنین تبیین شد: بین اینکه کسی را بکشیم و اینکه بگذاریم کسی بمیرد می‌توان چنین تمیز داد که در اولی، فرد یک زنجیره علی را آغاز می‌کند که به مرگ یک فرد منجر شود، اما در دومی، فرد می‌گذارد زنجیره علی که پیشتر موجود بوده، به مرگ یک فرد بینجامد، در حالی که می‌توانست آن زنجیره را متوقف کند. این تردید نیز مطرح شد که در برابر هم نهادن «کشتن» و «جلوگیری نکردن از مرگ» چندان هم درست نیست. بارها به موضوع‌هایی برخورد می‌شود که به صورت مانعة‌الجمع در نظر گرفته شده‌اند، اما لزوماً موارد متضادی نبوده‌اند. چند دلیل برای تمایز اخلاقی «کشتن» و «اجازه دادن مردن» مطرح شد. در اینجا اضافه می‌شود که پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد افراد عادی جامعه (کسانی که متخصص اخلاق یا فلسفه نیستند) نیز کشتن را با «اجازه دادن مردن» یکسان نمی‌دانند.^{۸۰} بر پایه اندیشه‌ای که بر نقش مثال در پذیرش و رد یک نظریه تأکید می‌کند، چنین پژوهش‌هایی نیز تفاوت اخلاقی کشتن و «اجازه دادن مردن» را تأیید می‌کنند.^{۸۱}

درست نیست که مطرح شدن بحث اتانازی، تنها به پیشرفت در علوم پزشکی نسبت

داده شود. همان‌گونه که دیگران یادآور شده‌اند، عامل‌های دیگری نیز در اینجا وجود دارد که نمی‌توان از آنها چشم پوشید. عامل‌های روان‌شناختی و اجتماعی که متأثر از حاکمیت تفکر انسان‌مدارانه و لذت‌گرایانه بر گفتمان بشر امروز است، مؤلفه‌های مهمی در بحث اتانازی است. ضمن اینکه کوشش جنبش‌های اجتماعی مرتبط با اتانازی را نمی‌توان نادیده گرفت؛ کوشش‌هایی با هدف اینکه اتانازی «مسئله روز» شود، و سرانجام جامعه آن را بپذیرد.

این ادعا که دین مهم‌ترین دلیل مخالفت با اتانازی است، ضمن تضعیف موضع اخلاق به عنوان یک دانش مستقل، نشان‌دهنده درک نادرست از شریعت است. شریعت، طبق قوانین هستی و برآمده از مصالح بشر است.^{۸۲} اگر دین با اتانازی مخالف است، باید در جست‌وجوی قواعد و مصالح مرتبط با آن بود، نه اینکه گفته شود که هیچ دلیلی برای مخالفت با اتانازی به جز دین وجود ندارد یا اینکه گفته شود قوی‌ترین دلیل در مخالفت با اتانازی، دلایل دینی‌اند که تعبیری زیرکانه از ادعای پیشین است. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پزشکان متدین بیشتر با اتانازی مخالفت می‌کنند، اما آنها دلایل حرفه‌ای ارائه کرده نه دلایل دینی.^{۸۳} شاید از چنین یافته‌هایی بتوان استفاده کرد که در سطح فردی نیز آموزه‌های دینی جنبه اکتشافی و هدایت‌گرانه دارند.

مخالفت با اتانازی از سویی، متأثر از ملاحظات اخلاقی و گرایش‌های دینی است و از سوی دیگر، نگرانی‌های کاربردی، همچون امکان سوءاستفاده از اتانازی، سد بزرگی برای پذیرش اتانازی در جامعه است. تغییر دادن یا دور زدن بنیان‌های اخلاقی و دینی جامعه در خصوص با مرگ و زندگی از یک‌سو، و رفع نگرانی‌های کاربردی جامعه درباره اتانازی از سوی دیگر، دو چالش بزرگ پیش روی طرفداران اتانازی است.

اتانازی را می‌توان از جنبه‌های گوناگون بررسی کرد. این نوشتار، ضمن کوشش برای روشن کردن موضوع اتانازی تنها توانست بخشی از مباحث مربوط به آن را از نظر بگذراند. بنابراین، خواننده این نوشتار، آن را یک طرح موضوع قلمداد کند نه فصل الخطاب. شایسته است پژوهشگران رشته‌های مختلف جنبه‌های متفاوت اتانازی و دیگر موضوع‌های اخلاق پزشکی را به طور تفصیلی و تخصصی بررسی کرده و در غنی‌سازی پژوهش‌ها و ادبیات اخلاق پزشکی سهم شونند.

1. eu = well, thanatos = death
2. Horsfall, S. et al., Views of euthanasia from an east Texas university, *The Social Science Journal*, p. 618.
3. a gentle and easy death
4. Simpson, J. A. & Weiner, E. S. C., *The Oxford English Dictionary*, Vol, 5, p. 444.
5. Mishara, B. L., et al., Macmillan Encyclopedia of Death and Dying p 267.
6. Merriam Webster's Collegiate Dictionary
7. Merriam-Webster, Incorporated, *Merriam Webster's collegiate dictionary*, p. 401.
8. 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. Elliott, J. A. & Olver, I. N, Dying cancer patients talk about euthanasia. *Social Science & Medicine*, p. 648.
10. Rogers, J. R, Assessing right to die attitudes: a conceptually guided measurement model, *Journal of Social Issues*, p. 64.
۱۱. علیرضا پارساپور و دیگران، اتانازی، تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ص ۸
۱۲. ناصر آقابابایی و دیگران، نقش ویژگیهای فردی و الگوی قضاوت در نگرش به اتانازی، *مجله پرستاری مراقبت ویژه*، ص ۱۲
13. McNerney, F., "Requested death": a new social movement, *Social Science & Medicine*, p. 138.
14. right to die
۱۵. ناصر آقابابایی و دیگران، همان، ص ۱۳.
16. social movement
17. McNerney, F., Heroic frames: discursive constructions around the requested death movement in Australia in the late-1990s, *Social Science & Medicine*, p. 654-667.
18. McNerney, F, "Requested death": a new social movement, *Social Science & Medicine*, p. 145.
19. active
20. passive
21. voluntary
22. non-voluntary
23. involuntary
24. Mishara, B. L., et al., op.cit, p 267.
25. homicide
۲۶. ناصر آقابابایی و دیگران، همان، ص ۱۵.
27. mercy killing
28. Mishara, B. L., op.cit. p. 267.
29. physician assisted suicide
30. Ardel, M., Physician-Assisted Death, In C. D. Bryant (Ed.), *Handbook of death and dying*, p. 424.
۳۱. علیرضا پارساپور و دیگران، همان، ص ۳.
32. double effect
33. indirect euthanasia
۳۴. علیرضا پارساپور و دیگران، همان، ص ۳.
۳۵. محمد جواد موحدی و مژگان گلزار اصفهانی، بررسی سقط جنین بر اساس نظریه اثر دوگانه. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ص ۴۰.
۳۶. ناصر آقابابایی و جواد حاتمی، بررسی آموزه اثر دوگانه و نقش قصد در قضاوت اخلاقی، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ص ۸۰.
37. Ho, R., Assessing attitudes toward euthanasia: an analysis of the subcategorical approach to right to die issues, *Personality and Individual Differences*, p.720.
۳۸. ناصر آقابابایی، معمای واگن و تلویحات آن برای اتانازی فعال و غیرفعال، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ص ۶۵.
39. Rea Black V, Active and passive euthanasia: A case for moral symmetry, p. iii.
40. letting die

41. Rachels
 42. Rachels, J., Active and passive euthanasia, *The New England Journal of Medicine*, p.63.
 43. Moreland, J. P., James Rachels and the active euthanasia debate, *Journal of the Evangelical Theological Society*, p. 81-90.
 44. Rachels, J., Killing and Letting Die, In L. Becker & C. Becker (Eds.), *Encyclopedia of Ethics*, p. 947-950
 45. Social Intuitionist Model (SIM)
 46. Haidt, J, The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment, *Psychological Review*, p. 814-834.
 47. Haidt, J., The Emotional Dog Gets Mistaken for a Possum. *Review of General Psychology*, p. 283-290.
 48. Moll, J., et al., The neural basis of human moral cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, p. 799.
 49. Rachels, J., Killing and Letting Die, In L. Becker & C. Becker (Eds.), *Encyclopedia of Ethics*, p. 947-950.
 50. Moreland, J. P., James Rachels and the active euthanasia debate, *Journal of the Evangelical Theological Society*, p. 81-90.
 50. autonomy
 ۵۱. علیرضا پارساپور و دیگران، همان، ص ۴.
 52. Chong, A. M. & Fok, S. Attitudes toward euthanasia in Hong Kong-A comparison between physicians and the general public, *Death Studies*, p. 32.
 53. Singer, P., *Practical Ethics*, p. 16.
 54. Sharma, B. P., The end of life decisions – should physicians aid their patients in dying?, *Journal of Clinical Forensic Medicine*, p. 137.
 55. Horsfall, S. et al., op.cit, p. 618.
 56. Hippocratic oath
 57. 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. Chong, A. M. & Fok, S., op.cit, p. 32.
 59. Sharma, B. P., op.cit, p. 134.
 60. slippery slope
 ۶۱. علیرضا پارساپور و دیگران، همان، ص ۶.
 ۶۲. ناصر آقابابایی و دیگران، همان، ص ۲۴.
 63. van der Heide
 64. 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. Virik, K.
 66. Glare, P.
 67. palliative care
 68. Pestalozzi, B. C, Euthanasia: do we know it and do we need it?, *Support Care Cancer*, p. 264.
 69. holistic
 70. Jeffrey, D., Against Physician Assisted Suicide A Palliative Care Perspective. p. 29-34.
 71. Moreland, J. P., op.cit, p. 81-90.
 72. featureless
 73. karma
 74. Walker, G. C., Medical Euthanasia, In C. D. Bryant (Ed.), *Handbook of death and dying*, p. 405-423.
 75. 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. Kant, Immanuel
 77. 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. Aramesh, K. & Shadi, H., Euthanasia: An Islamic Ethical Perspective, *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*, p. 36-37.
 79. Aramesh, K. & Shadi, H., op.cit, p. 38.
 ۸۰. ناصر آقابابایی، همان، ص ۷۰.
 ۸۱. ناصر آقابابایی و جواد حاتمی، همان، ص ۷۹.
 ۸۲. محمدتقی مصباح یزدی، حقوق و سیاست در قرآن، ص ۱۵۷.
 83 - Horsfall, S. et al., op.cit., p. 621.

منابع

- آقابابایی، ناصر، معماری واکن و تلویحات آن برای اتانازی فعال و غیرفعال، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ش ۴(۲)، ۱۳۹۰.
- آقابابایی، حاتمی، ناصر، جواد، بررسی آموزه اثر دوگانه و نقش قصد در قضاوت اخلاقی، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ش ۴(۳)، ۱۳۹۰.
- آقابابایی، ناصر و دیگران، نقش ویژگیهای فردی و الگوی قضاوت در نگرش به اتانازی، *مجله پرستاری مراقبت ویژه*، ش ۴(۱)، ۱۳۹۰.
- پارساپور، علیرضا و دیگران، اتانازی، تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ش ۱(۴)، ۱۳۸۷.
- مصباح یزدی، محمد تقی، *حقوق و سیاست در قرآن*، قم، موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، ۱۳۷۷.
- موحدی، محمد جواد و گلزار اصفهانی مژگان، بررسی سقط جنین بر اساس نظریه اثر دوگانه، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ش ۴(۳)، ۱۳۸۹.
- 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.



پروپوزیشن گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی