

Review of Euthanasia in Nations and Religions View

Zahra Najafian¹, Mahmoud Najafian²

Abstract

Mercyful killing (euthanasia) is a basic issue in bioethics. It's common sense is the act or method of causing death painlessly, so as to end suffering as a way to deal with persons dying of incurable, Painful disease. After defining euthanasia the present research tries to investigate this phenomenon in nations and religions viewpoint. Due to the subject being important and few studies available in this area, the current study has been designed, which is a systematic narrative review. Using keyword search in the databases like Matscinet, ISI, Scopus, Google Scholar, Science direct, Pubmed, Iranmedex, Medline, Magiran using the following key words, euthanasia, medical ethics, nations, religions and palliative care search was done. After searching the available databases with the appropriate key words, between 2010 to 2020, 72 articles have been obtained. Out of these ones, 46 articles have been selected and analyzed as the most relevant to our desired objectives. At first, we study nations and three monotheistic religions, Islam, Christianity and Judaism then other religions such as Hinduism, Buddhism, Taoism, Confucianism and Shinto school will say about euthanasia. They have also allowed such patients the right to death according to human ethical principles and it has even been a legal practice in some countries. Reviewing the articles related to the positions of different religions in the world regarding this phenomenon show that, all Eastern and Western religions are against active euthanasia. But passive voluntary euthanasia is accepted by almost all religions if it is conditional on certain conditions.

Keywords

Euthanasia, Medical Ethics, Nations, Religions, Palliative Care

1. MA in Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

2. Ph.D in Biochemistry, Endocrinology and Metabolism Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author)
Email: Z_Najafian@sums.ac.ir

Original Article Received: 8 March 2020 Accepted: 29 September 2020

سال چهاردهم، شماره پنجاه و پنجم، زمستان ۱۳۹۹ / فصلنامه حقوق پزشکی

Please cite this article as: Najafian Z, Najafian M. Review of Euthanasia in Nations and Religions View. Iran J Med Law 2021; 14(55): 203-227.

مروری بر آتانازی از منظر ادیان و ملل مختلف

زهرا نجفیان^۱

محمود نجفیان^۲

چکیده

مرگ از روی ترجم (آتانازی) از مسائل بنیادی اخلاق زیستی است. معنای عمومی آن عبارت است از عمل یا روشی که موجب مرگی آسان و بدون درد می‌گردد، به عنوان راهی برای پایان دادن به درد و رنج بیماران در حال موتی است که از بیماری لاعلاج دردناکی، رنج می‌برند. پس از معرفی آتانازی، این تحقیق می‌کوشد تا این پدیده را از منظر ملل و ادیان مختلف بررسی نماید. به دلیل اهمیت موضوع و وجود مطالعات اندک در این زمینه، این مطالعه پی‌ریزی شده است. این مطالعه از نوع مطالعات مروری نظام‌مند روایتی است. برای جمع‌آوری اطلاعات در پایگاه‌های اطلاعاتی مثل Scopus, ISI, Matscinet, Magiran, Medline, Iranmedex, Pubmed, Science Direct, Google Scholar انجام شد. در این جستجوها از واژگان کلیدی همچون آتانازی، اخلاق پزشکی، ملت‌ها، ادیان و مراقبت‌های تسکینی، استفاده شده است. جستجو بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ انجام شد که تعداد ۷۲ مقاله به دست آمد. از این تعداد ۴۶ مقاله که بیشترین ارتباط را با موضوع مورد نظر داشتند، انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا از نظر ملل و سه دین یکتاپرستی اسلام، مسیحیت، یهودیت، و سپس از منظر دیگر ادیان و مکاتب مثل هندوئیسم، بودیسم، تائوئیسم، کنفوسیوس و شینتو بررسی شد. بر اساس اصول اخلاقی بشری، حق مرگ را برای چنین بیمارانی قائل شده‌اند و حتی در برخی از کشورها، آن را به صورت قانونی درآورده‌اند. بررسی مقالات در ارتباط با موضع‌گیری ادیان مختلف دنیا در مورد این پدیده نشان می‌دهد که همه ادیان شرقی و غربی با آتانازی فعال مخالفند، اما آتانازی غیر فعال خودخواسته اگر مشروط به شرایط خاصی باشد، تقریباً در همه ادیان پذیرفته شده است.

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۲. دکترای بیوشیمی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
Email: Z_Najafian@sums.ac.ir (نویسنده مسؤول)

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۷/۷

۲۰۶ / فصلنامه حقوق پزشکی سال چهاردهم، شماره پنجاه و پنجم، زمستان ۱۳۹۹

واژگان کلیدی

آتانازی، اخلاق پزشکی، ملت‌ها، ادیان، مراقبت‌های تسکینی

مقدمه

بحث آتانازی بیشتر معلول پیشرفت در علوم پزشکی است. امکانات نوین در فناوری‌های بهداشتی و پزشکی امید به زندگی را ارتقا داده و امکان ادامه زندگی بیماران در حال مرگ را افزوده است. این پیشرفت‌ها دو جنبه دارد. فناوری‌ها توانایی‌های پزشک را برای مبارزه با بیماری، ارتقای کیفیت زندگی و افزایش طول، بالا می‌برد، اما وقتی این فناوری‌ها برای بیماران در حال مرگ به کار می‌رود، اغلب درد و رنج آن‌ها را طولانی‌تر نموده، بدون ارتقای کیفیت زندگی، تنها کمیت آن را، یعنی تنها طول عمر آن‌ها افزایش می‌دهد. گاهی این پیشرفت‌ها موجب شده تا امکان ادامه یک زندگی نباتی بی‌حاصل برای مدت زمان طولانی در مورد برخی بیماران وجود داشته باشد. از سوی دیگر، با وجود پیشرفت‌های شگرف دانش پزشکی، هنوز درمان کاملی برای بسیاری از بیماری‌ها پیدا نشده و بیماران با درد و رنج بسیار مواجه هستند و امیدی به زندگی ندارند (۱). این فرایند، موضوع و بحث آتانازی را بیشتر مورد توجه قرار داده است. از دیگر علت‌های توجه به بحث آتانازی، کمبود امکانات نظام درمانی و اولویت‌بندی در تخصیص امکانات است (۲). افزایش طول عمر ناشی از پیشرفت‌های علم پزشکی، منجر به افزایش تعداد بیماران ناتوان در پایان عمر گردیده است. برای حل این مشکل، این موضوع مطرح است که آیا نظام درمان و یا متولیان قانون می‌توانند در شرایط خاص در ایجاد مرگ بیمار سهیم شوند و یا این‌که خود بیمار در شرایطی که تحمل رنج و درد برایش غیر ممکن می‌شود، حق تصمیم‌گیری برای پایان دادن به زندگی خود را دارد؟ در مجموع این‌که آیا کادر درمان، خانواده بیمار و یا خود بیمار می‌توانند در شرایط خاص اقدام به این عمل نمایند و یا از این مسأله دوری نمایند، به صورت یک سؤال باقی مانده است. اینجاست که مناقشه‌های فلسفی و اخلاقی بسیاری پدید آمده که عالمان فلسفه و اخلاق را به میدان چالش کشیده است (۳). سابقه علمی و عملی آتانازی در جهان غرب بسیار طولانی است، اما ورود این واژه به حوزه دانش پزشکی به عنوان یک اصطلاح، به قرن شانزدهم میلادی برمی‌گردد و در قرن بیستم به یک مسأله چالش‌برانگیز در اخلاق و حقوق پزشکی تبدیل شده است (۴). هدف این مقاله بررسی سوابق علمی و تاریخی این مسأله از منظر ادیان و ملل مختلف در جهان است. ضرورت این پژوهش از آنجا آشکار می‌شود که اولاً این موضوع هم‌اکنون نیز یکی از مباحث مهم و چالش برانگیز در حوزه اخلاق و حقوق پزشکی است؛ ثانیاً آگاهی از سوابق موضوع راه را برای

مرگ در یونان گرفته شده است. آتانازی به لحاظ معنایی، در فارسی این واژه به مرگ خوب، مرگ آسان، مرگ راحت، مرگ شیرین، مرگ مشفقانه، مرگ سبز، هومرگ یا مرگ یاری، به مرگی، بیمارکشی با ترحم، بیمارکشی طبی، قتل از روی ترحم، قتل ترحم‌آمیز و مرگ خودخواسته تعبیر شده است (۵-۶). آتانازی به لحاظ عملی، اقدام پزشک به کوتاه کردن مدت درد و رنج بیمار لاعلاج و پایان دادن به زندگی فردی است که بر اساس علوم فعلی پزشکی هیچ گونه امیدی به شفا و بهبودی وی وجود نداشته باشد. این عمل با تجویز دارو یا عدم انجام مراقبت‌های لازم انجام می‌شود (۴-۷). واژه آتانازی در ابتدا با مسائل پزشکی و بیماری ارتباطی نداشته است و به طور عموم به معنای مرگ راحت مطرح بوده است، اما به تدریج این واژه به علم پزشکی وارد و مفهوم امروزی خود را یافته است (۵-۶). آتانازی به سه قسم اصلی داوطلبانه، غیر داوطلبانه و اجباری تقسیم می‌شود که می‌توانند فعال یا غیر فعال (منفعل) باشند (۶، ۸). اگر بیمار از نظر حقوقی فاقد صلاحیت لازم برای تصمیم‌گیری در مورد ادامه یا خاتمه حیات خود باشد، یعنی یکی از سه شرط عقل، بلوغ و اختیار در وی تمام نباشد، اولیای قانونی بیمار می‌توانند به جای وی درخواست آتانازی نمایند در این صورت آتانازی غیر داوطلبانه است (۶، ۹-۱۰). آتانازی فعال با انجام یک عمل مثل تجویز دارو و آتانازی منفعل با عدم انجام درمان یا قطع درمان است (۷).

تقسیم‌بندی و انواع آتانازی

۱- آتانازی مستقیم (Direct Euthanasia)

با دخالت مستقیم پزشک انجام می‌شود و تقسیمات آن به صورت زیر است.

۱-۱- آتانازی فعال داوطلبانه (Active Voluntary Euthanasia): به درخواست

داوطلبانه بیمار، آتانازی با تجویز دارو توسط پزشک انجام می‌شود.

۱-۲- آتانازی منفعل داوطلبانه (Passive Voluntary Euthanasia): به درخواست

داوطلبانه بیمار، آتانازی با عدم انجام درمان یا قطع درمان توسط پزشک انجام می‌شود.

۱-۳- آتانازی فعال غیر داوطلبانه (Active Non-Voluntary Euthanasia): بیمار

توان و صلاحیت تصمیم‌گیری را ندارد. آتانازی با تجویز دارو توسط پزشک انجام می‌شود.

۴-۱- آتانازی منفعل غیر داوطلبانه (Passive Non-Voluntary Euthanasia):

بیمار توان و صلاحیت تصمیم‌گیری را ندارد. آتانازی با عدم انجام درمان یا قطع درمان توسط پزشک انجام می‌شود.

۵-۱- آتانازی فعال اجباری (Active In-Voluntary Euthanasia): بیمار توان و

صلاحیت تصمیم‌گیری را دارد، برخلاف میل و تصمیم او با تجویز دارو توسط پزشک به زندگی او پایان داده می‌شود.

۶-۱- آتانازی منفعل اجباری (Passive In-Voluntary Euthanasia): بیمار توان و

صلاحیت تصمیم‌گیری را دارد، برخلاف میل و تصمیم او با عدم انجام درمان یا قطع درمان به زندگی او پایان داده می‌شود.

۲- آتانازی غیر مستقیم (Indirect Euthanasia)

بدون دخالت مستقیم پزشک انجام می‌شود و تقسیمات آن به صورت زیر است.

۱-۲- روش تلقین خودکشی: پزشک با تأمین وسایل یا ارائه اطلاعات لازم درباره طرق

ارتکاب خودکشی، به بیمارلاعلاج امکان می‌دهد تا بتواند به سهولت زندگی رنج‌آور خود را پایان دهد، مانند آنکه دارویی را در دسترس بیمار قرار دهد و بر نهی استفاده از آن تأکید نماید. در این حالت خود بیمار است که با خوردن این دارو، به زندگی خود پایان می‌دهد.

۲-۲- روش تجویز دارو برای تسکین درد: در این حالت ضد دردهای مخدر یا داروهای

دیگر برای تسکین درد تجویز می‌شود، این داروها ضمن تسکین درد موجب قطع سیستم تنفسی می‌گردند (داروهای ضد درد مخدر اگر با دوز بالا تجویز شوند، مرکز تنفسی را مهار می‌کنند). هدف تسکین درد است، قطع سیستم تنفسی پیامد تسکین درد است (۱۶-۱۱).

پیشینه پژوهش

این قسمت ابتدا به نظرات و آثار اندیشمندان پیشین، بعد به نظرسنجی‌های انجام‌شده در زمینه آتانازی و در نهایت با استناد به منابع به جمع‌بندی پیشینه پژوهش پرداخته می‌شود. در یونان باستان بقراط پزشک در سوگند مشهور خود، مسموم کردن بیماران را به هر دلیل ممنوع کرده بود. ارسطو نیز هر نوع خودکشی را مردود می‌شمرد، اما افلاطون در مورد بیماری‌های طولانی که امید به زنده‌ماندن بیمار نبود، اهدای مرگ را مجاز می‌دانست. در قرون وسطی

اوگوستینوس و توماس آکویناس و دیگر قدیسان کاتولیک نیز بیمارکشی و خودکشی را نادرست می‌دانستند و شدیداً محکوم می‌کردند. در قرن شانزدهم بیکن و توماس مور (فیلسوف انگلیسی و کاتولیک) فراهم کردن زمینه مرگ را برای بیماران لاعلاج که رنجی طاقت‌فرسا را تحمل می‌کردند، ضروری می‌دانستند. در همین دوران دو پزشک، یکی فرانکوویز رانچین پزشک فرانسوی بحث‌هایی پیرامون مرگ ترحمی ارائه داد، و دیگری مایکل بودوینز بود که بخشی از رساله خود را به بحث پیرامون این سؤال اختصاص داد که آیا پزشک می‌تواند مرگ را به منظور رهایی از درد، تسهیل کند؟ (۱۷). آلفرد هوک استاد روان‌پزشکی دانشگاه فرایبورگ و کارل بیندینگ استاد حقوق دانشگاه لایپزیک در کتاب خود تحت عنوان «تجویز امحای زندگی‌هایی که ارزش زیستن ندارند»، در کتاب خود 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. جوزف فرانسیس فلچر فیلسوف و کشیش کاتولیک که برخی او را بنیانگذار اخلاق پزشکی و اخلاق زیستی می‌دانند، در کتاب «اخلاق و پزشکی» مباحثی را در مورد اتانازی مطرح کرد (۱۷). جیمز راشلز استاد دانشگاه آلاباما در کتاب خود به نام «پایان حیات: اتانازی و اخلاق» نوشته است: شاید رنج کشیدن بیماران بخشی از اراده خداوند است که ما حکمت آن را نمی‌دانیم، پس اتانازی امری غیر قابل توجیه می‌دانست. او همچنین امکان شفای غیر منتظره و اعجاز‌گونه را دلیل دیگری بر لزوم ممنوعیت اتانازی می‌دانست. او معتقد بود که واقعیات مربوط به امور پزشکی در حال رشد و تغییر است پس نباید ناامید بود و از روی ناامیدی اتانازی را تجویز نمود. در ادامه اعلام نمود که، البته این سخن بدان معنا نیست که پزشکان هیچ‌گاه نمی‌توانند لاعلاج بودن قطعی یک بیماری را تشخیص دهند. بدین‌سان او ضمن پرهیز دادن از نامید کردن بیماران، امیدواری افراطی به شفای ناگهانی و معجزه‌آسا را نیز رد کرده است. بنابراین ضمن رد اصل اتانازی، در موارد خاص آن را به طور مشروط مجاز می‌دانست. پیتر سینگر در کتاب‌های «اخلاق کاربردی»، «اخلاق عملی»، «بازاندیشی در مورد زندگی و مرگ» خواستار تأسیس یک نظام اخلاقی نوین بر پایه علم جدید بود و «اخلاق سنتی» را بسیار ناقص و نارسا می‌دانست. از این رو صریحاً از موضع کلیسای کاتولیک در مخالفت با اتانازی انتقاد می‌کرد و آشکارا اعلام می‌نمود که پزشکان می‌توانند در صورت

تشخیص، بیمار را در مردن یاری رسانند. او حذف درد و محور رنج و مشقت بی حاصل نیز جزئی از وظایف پزشک می‌دانست (۱۷).

نظرسنجی‌های زیادی در ارتباط با آتانازی، از پزشکان، پرستاران، بیماران، خانواده‌های بیماران و افراد عادی به عمل آمده است و نظرات مختلفی هم در این خصوص ارائه شده است. در اینجا خلاصه‌ای از این نظرسنجی‌ها آورده می‌شود.

در تحقیقی جهت نظرسنجی در ارتباط با مسأله آتانازی، این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بوده است. در این پژوهش ۲۳۳ دانشجوی دانشگاه تهران شامل ۱۱۷ دختر و ۱۱۶ پسر با روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه مورد بررسی در پژوهش شرکت کردند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از مقیاس نگرش به آتانازی استفاده شده است. در یک اصلاح جدید، گویه‌های این مقیاس زیر چهار دامنه ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی، ارج نهادن به زندگی و باورهای طبیعت‌گرایانه دسته‌بندی شدند. در تحقیقاتی روایی و پایایی این مقیاس ارزیابی شده است. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 16 و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل فراوانی، Chi-Square، Pearson، Independent T-Test، orrelation Coefficient تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد ۶۳/۹ درصد و ۵۸/۸ درصد شرکت‌کنندگان به ترتیب با آتانازی فعال و غیر فعال مخالف بودند. میزان مخالفت با آتانازی فعال، بیش از مخالفت با نوع غیر فعال بود ($P < 0.05$). جنسیت و سن شرکت‌کنندگان رابطه‌ای با پذیرش آتانازی و نگرش به آن نداشتند (۱۸). در بیشتر تحقیقات روش نمونه‌گیری، مقیاس اندازه‌گیری، روش جمع‌آوری اطلاعات و شیوه تجزیه و تحلیل اطلاعات، تا حد زیادی شبیه همین تحقیق هستند، پس در گزارش تحقیقات بعدی، از ذکر جزئیات خودداری می‌شود و گزارش تحقیقات بعدی به صورت خلاصه آورده می‌شوند. در تحقیقی در اتریش، شرکت‌کنندگان، خانواده‌های فرد ناتوان، پرستار فرد ناتوان و افراد عادی بودند. افرادی که تجربه مراقبت به عنوان پرستار یا خانواده داشتند، نسبت به افراد دیگر، به طور قابل توجهی نگرش منفی‌تری نسبت به آتانازی فعال داوطلبانه داشتند (۱۹). در تحقیقی از پزشکان فرانسوی، تقریباً دوسوم آن‌ها مخالف آتانازی بودند (۲۰). بر اساس مطالعه‌ای در سودان، حدود یک‌چهارم پزشکان و پرستاران، آتانازی داوطلبانه را قابل قبول می‌دانستند (۲۱). در تحقیقی که بر روی ۳۹ پزشک و ۱۰۷ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه انجام شده، نشان داده شده است که ۵۹٪ پزشکان و ۶۸٪ پرستاران با آتانازی مخالف

بودند (۲۲). در تحقیقی که اخیراً در آمریکا انجام شده، نشان داده است که ۷۰٪ شرکت کنندگان، آتانازی را در مورد بیماران لاعلاج مجاز دانستند (۲۳). در تحقیقی در هند نگرش ۵۰ انکولوژیست، ۵۰ هماتولوژیست، ۵۰ روان‌درمانگر و ۵۰ متخصص بیهوشی نسبت به آتانازی بررسی شده است، بین نگرش به آتانازی و جنسیت و سن رابطه معنادار نبوده است. در عین حال پزشکان جوان‌تر به آتانازی نظر مثبت‌تری داشتند (۲۴). در مقاله‌ای از هند، به اصل کیفیت و سودمندی زندگی اشاره دارد و در شرایط لاعلاجی همراه با درد و رنج بسیار، به آتانازی غیر فعال خود خواسته نظر مثبت دارد (۲۵). در تحقیقی نگرش افراد سکولار و مذهبی (بهدوی) به آتانازی بررسی شده است. تعداد افراد مذهبی که نظر مثبت به آتانازی داشتند، بسیار اندک بودند. در افراد مذهبی بین نگرش به انواع آتانازی و میزان مذهبی بودن به صورت منفی رابطه معنادار بود (۲۶). در این قسمت با استناد و تکیه بر منابع، به جمع‌بندی و نتیجه گیری پیشینه پژوهش پرداخته می‌شود. پرستاران با ارتباط طولانی و مبتنی بر اعتمادی که با بیماران و خانواده‌هایشان دارند، یکی از تأثیرگذارترین عضو کمیته‌های تصمیم‌گیری برای بیماران به شمار می‌روند (۲۷-۲۸). مسائل پزشکی غالباً یقین‌آور نیستند، ای بسا افرادی که از حیات آن‌ها مأیوس بوده‌اند، به طور معجزه‌آسایی از مرگ نجات یافتند. علاوه بر این، واقعیت غیر قابل انکار دیگری که در مسائل پزشکی وجود دارد، به صورت نادر، خطای در تشخیص است (۱۵). به طور کلی آتانازی فعال از دیدگاه اندیشمندان و صاحب‌نظران امری ناپسند شناخته شده است. آن‌ها برای استدلال نظر خود، به آدمکشی نازی‌ها اشاره دارند که عقب‌مانده‌ها، مریض‌ها، ناقص‌ها و همه کسانی که از نظر آن‌ها مفید فایده نبودند، از بین بردند (۲۹). مخالفین آتانازی معتقدند، آتانازی انگیزه پژوهش برای یافتن راه حل‌های درمانی را کاهش می‌دهد. آتانازی رابطه و اعتماد بین بیمار و پزشک را به مخاطره می‌اندازد. هرگاه آتانازی قانونی شود، پتانسیلی در دست مراقبین بهداشت سلامت خواهد بود که ممکن است مورد سوء استفاده‌هایی قرار گیرد. اگر در جامعه‌ای آتانازی قانونی شود، باعث می‌شود قدم‌های بعدی آسان‌تر برداشته شود و منجر به وضعیتی شود که در آن علاوه بر بیماران لاعلاج، بسیاری از معلولان، سالمندان، بیماران روانی و به طور کلی اقشار ضعیف جامعه در برخی موقعیت‌ها در معرض خطر آن قرار گیرند. دسته‌ای نیز استدلال کرده‌اند که اگر آتانازی ارادی پذیرفته شود، گویی راه برای دیگر انواع آتانازی و خودکشی فراهم شده است (۳۰-۳۲).

آتانازی از منظر ملل مختلف

گاهی آتانازی به دور از مسائل پزشکی و بهداشتی در جوامع مختلف به دلایلی انجام می‌شده است. در هند گاهی مرتاض‌هایی با روزه‌داری در مورد خود آتانازی را عملی می‌نمایند. آن‌ها بر این باورند که به مرحله کمال می‌رسند و به بعد دیگر زندگی که بهتر از زندگی فعلی است دست می‌یابند. اسکیموهای اینوئیت (Inuit) قطب شمال و بعضی بومیان آمریکا، سالخوردگانی که دیگر نمی‌توانند زندگی کوچ‌نشینی را همراهی کنند، با این باور که در قالب زندگی دیگری حلول خواهند کرد، خود را به حیات وحش تبعید می‌کنند. در بومیان آمریکا در بعضی موارد، نوزادانی را که کم‌توانی جدی دارند، در رودخانه رها می‌کنند. در غرب آسیا (شهری در یونان) دره‌ای به نام کایاداس (Kaiadas Gorge) بوده است که آسپارتیان کودکان ناقص‌الخلقه، ناتوان‌ها، مجرمین و اسیران جنگی را در آن رها می‌کردند (۳۳). در سال ۱۹۴۲ سوئیس اولین کشوری بود که آتانازی را در کشور خود تصویب کرد. دهم سپتامبر روز پیشگیری از خودکشی، کمپین‌های بین‌المللی در خیابان‌ها تجمع و برنامه‌های حمایتی خود را برای کمک به افراد در معرض خودکشی ارائه می‌دهند، اما در این بین سوئیس تنها کشور مخالف است. خودکشی در این کشور قانونی است. سوئیس به تنها قطب گردشگری خودکشی در دنیا تبدیل شده است. لودویگ مینلی (Ludwig Minelli) وکیل دادگستری سوئیسی از طرفداران مرگ خودخواسته در ۱۹۹۸ در زوریخ مؤسسه‌ای به نام دیگنیتاس (Dignitas) تأسیس کرد. منظور از تأسیس این مؤسسه، کمک به کسانی است که می‌خواهند با آرامش، خود را از درد و رنج تحمل‌ناپذیر بیماری‌های لاعلاج برهانند. مشتریان این مؤسسه بیشتر از کشورهای مثل انگلیس، مصر، آمریکا، آلمان و برخی کشورهای دیگر بوده‌اند که به موجب قوانین کشور متبوعشان، پزشکان حق ندارند به مرگ خود خواسته بیماران کمک کنند. این مؤسسه آپارتمانی دوخوابه است. تنها پرستار یا خدمتکار مؤسسه، خانم مسن سوئیسی به نام اریکالولی (Erika Luley) است که با مایع خواب‌آور مرگ‌زا مشتریان را می‌کشد (۳۴). در دوران نازی‌ها در آلمان ۶ مرکز قتل ترحمی وجود داشت و زندانیانی که بیماری لاعلاج داشتند را در بعضی اردوگاه‌های جنگی می‌کشتند. در حدود ۱۹۶۰ آتانازی داوطلبانه غیر فعال مورد تأیید کلیسای کاتولیک قرار گرفت و از دهه شصت به بعد در بعضی ایالت‌های آمریکا مثل میشیگان، کالیفرنیا و اورگن تصویب شد (۳۰). در بعضی از ایالت‌های آمریکا از ۱۹۷۵ آتانازی غیر فعال مجاز شد (۲۰). دیوان عالی

آمریکا در ۱۹۹۷ به طور رسمی آتانازی را تصویب کرد (۳۰). انجمن آتانازی در ۱۹۳۵ در انگلستان پایه‌گذاری شد، در ۱۹۴۰ شش مرکز آتانازی تأسیس شد که از اتاق‌های گاز برای کشتن بیماران استفاده می‌شد (۳۵). هم‌اکنون در برخی کشورهای جهان و سه ایالت آمریکا آتانازی به شکل قانونی انجام می‌شود. در سوئد، نروژ، دانمارک، بلژیک، لوکزامبورگ، سوئیس، هنگ‌کنگ، کانادا، هلند و استرالیا به شکل قانونی انجام می‌شود (۳، ۱۷، ۳۵-۳۷). در هند مسیحیان و مسلمانان مخالفند. دولت مرکزی هند با آتانازی غیر فعال مخالفتی ندارد (۳۸). در استرالیا در مورد بیماران سرطانی تقریباً به طور معمول انجام می‌شود (۳۹). در یونان در مورد بیماران صعب‌العلاج، بیمارانی که مدت‌های زیادی در کوما به سر می‌برند و بعضی حالت‌های خاص دیگر، آتانازی مجاز دانسته شده است (۴۰). در آلمان آتانازی غیر فعال و فرم غیر مستقیم آن مجاز است (۱۷). در نظام حقوقی فرانسه آتانازی فعال جرم است و پزشک معالج موظف است با اقدامات مناسب بیمار را تا آخرین لحظه زندگی همراهی کند (۱۷). در حال حاضر پس از سال‌ها بحث و بررسی، در بسیاری از کشورهای اروپایی و بعضی ایالت‌های آمریکا آتانازی غیر فعال با شرایطی تصویب شده است، اما علی‌رغم این تصمیمات هنوز خاطره دردناک فرمان آلمان نازی مبنی بر از بین بردن اجباری سالمندان، بیماران لاعلاج در ذهن‌ها مانده است و اذهان عمومی از تغییر آتانازی غیر فعال و داوطلبانه به نوع فعال و اجباری آن در هراس است، لذا تاکنون هیچ کشوری حق مرگ را به طور مطلق به رسمیت نشناخته است (۱۷). علی‌رغم آنچه ذکر شد، آتانازی در کشورهای مختلف به صورت فعال، غیر فعال، داوطلبانه و غیر داوطلبانه تحت عنوان مجاز و شبه‌مجاز انجام می‌شود. تحقیقی در ۱۹۹۵ در هلند نشان می‌دهد، ۳۶۰ نفر آتانازی داوطلبانه، ۹۰۰ نفر بدون درخواست بیمار، ۱۹۰۰ نفر با افزایش دوز داروی مسکن توسط پزشک، جان خود را از دست دادند (۱۷). طی گزارشی در بلژیک به همراه دیگر کشورها، میزان آتانازی رو به افزایش است. در سال ۲۰۰۳ در بلژیک ۲۳ / ۰ درصد مرگ و میرها به صورت آتانازی و این میزان در سال ۲۰۰۷ به ۴۹ / ۰ درصد رسیده است (1.9% in Flanders) (۴۱). مشاوره و همکاری روان‌پزشکان در ارتباط با صدور مجوز مرگ به کمک پزشک مورد بحث محافل پزشکی است. در تحقیقی که طی دو سال در کانادا انجام شده، نقش روان‌پزشکان در این امر مثبت ارزیابی شده است و به کمک روان‌پزشکان با توجه به شرایط در این خصوص تصمیمات منطقی‌تری اتخاذ می‌گردد (۴۲).

آتانازی از منظر ادیان مختلف

پژوهش‌ها نشان داده‌اند، دین مهم‌ترین فاکتور تأثیرگذار در بحث آتانازی است. ادیان مختلف نظرات متفاوتی نسبت به آتانازی دارند. بعضی به طور کلی با انواع آتانازی مخالفند، بعضی با برخی از انواع آتانازی مخالفتی ندارند و بعضی برخی از انواع آتانازی را به صورت قانونی پذیرفته‌اند (۳۵).

۱- اسلام

در اسلام انسان به عنوان خلیفه و جانشین خدا در زمین است. زندگی و حیات موهبتی الهی است. خداوند صاحب زندگی و حیات است و انسان در برابر زندگی و خلقت مسؤولیت دارد و باید به عنوان مسؤول، آن را محافظت و نگهداری نماید. آتانازی با اسلام، در تضاد و غیر قابل قبول است (۳۳، ۴۲)، البته در ادیان ابراهیمی (اسلام، مسیحیت و یهودیت) برای از جان گذشتگی داوطلبانه که به نوعی ایثار تلقی می‌شود، جایگاه و ارزشی خاص و ویژه وجود دارد که با تعبیری مثل شجاعت، ایثار، فداکاری، از خودگذشتگی و نوع دوستی مترادف شده‌اند و وجه و شأنی والا از نظر اخلاقی به آن بخشیده‌اند که این موضوع هیچ ارتباطی با مفهوم آتانازی ندارد (۱۵). یک قاعده عقلایی پذیرفته شده، قاعده زرین است که به دو شکل مثبت و منفی بیان می‌شود. با دیگران چنان رفتار کنید که می‌خواهید با شما رفتار شود. با دیگران چنان رفتار نکنید که نمی‌خواهید با شما رفتار شود. آتانازی اجباری در تعارض با این قاعده است و در اسلام هم به عنوان قتل نفس و نهی صریح دارد. با رعایت همه شرایط پزشک آماده انجام آتانازی باشد. بر اساس قاعده زرین، آیا پزشک می‌پذیرد که در شرایط یکسان و مشابه با وی چنین کنند؟ این فرض که، پزشک بتواند خود را در حالت و به جای بیمار قرار دهد، شدنی نیست، این حالات حس کردنی است با دیدن درک نمی‌شود (۴۳). علاوه بر این بر اساس تعالیم اسلام، مرگ و حیات انسان‌ها به دست خداوند است و انسان حق ندارد برخلاف اراده پروردگار عمل نماید. در مواردی که مشیت الهی به احتضار طولانی و پردرد و رنج بیمار باشد. پزشک نباید برخلاف مشیت پروردگار عمل نماید. در اسلام زندگی یک انسان معادل زندگی همه انسان‌ها دانسته شده است (۴۳). از دیدگاه اسلام، درد و رنج بیمار شر تلقی نمی‌شود. درد و رنجی که به سبب بیماری یا کهولت سن عارض می‌گردد، از اسباب صیقل روح، تجلی جوهر انسانیت، تزکیه و تهذیب نفس انسان به شمار می‌رود. نگاه انسان از دریچه دین می‌تواند معنای

زندگی را چنان توسعه دهد که بسیاری از دردها و ناملایمات را زیبا جلوه دهد. واقعیت این است که تحمل ناپذیری درد، مفهومی نسبی و روانی دارد برای کسی که برای زیستن و زندگی خود ارزش قائل باشد و جهان را معنادار بداند، سختی تحمل درد کم‌تر خواهد بود، در اسلام آرزو یا درخواست مرگ عملی ناپسند است (۴۳). چنانچه در متن اشاره شد، معنای عام آتانازی، اهدای مرگ خوب و یا راحت است. در این تعریف دو مؤلفه مرگ خوب و اهدای مرگ وجود دارد، اما توصیف این‌گونه مرگ به «مرگ خوب یا راحت» به سادگی قابل اثبات نیست. بر فرض اثبات، تفاوتی در حکم مسأله ایجاد نمی‌کند، زیرا اهدای مرگ از نگاه اسلام با هر انگیزه‌ای که باشد، کشتن انسان محسوب می‌شود که در اسلام نهی شده است. از این رو فقها آن را از مصادیق قتل نفس یا خودکشی دانسته‌اند که در هر صورت مشمول عموم آیات و روایاتی که کشتن اسان را نهی کرده‌اند، می‌شود، لذا به سرعت از آن بحث عبور کرده‌اند. در نتیجه تعداد کتب و مقالات پژوهشی در این زمینه بسیار اندک است (۱۷). هیچ کدام از انواع آتانازی با دیدگاه اسلام سازگاری ندارد. در موقعیت‌های سخت و دشوار که بیمار با درد و رنج طاقت‌فرسا و غیر قابل تحمل دست به گریبان است و هیچ اقدام درمانی برای او مؤثر نیست، از دیدگاه اسلام، درمان‌های تسکینی گزینه مناسبی هستند، تسکین دردی که به کوتاه‌شدن حیات کمک نماید و صرفاً برای تسکین درد جسمی و رنج روحی و نه کشتن بیمار اعمال می‌گردد، در شریعت اسلام به این دلیل جایز است که انگیزه آن، توجیهی کافی برای پزشکان در مقابل مسؤولیت کیفری یا اخلاقی در چنین شرایطی تلقی می‌گردد، مادامی که این وضعیت متضمن نیتی برای تسبیب در مرگ نمی‌باشد، مداخله پزشکی برای تسکین درد یا دیگر علائم ناراحتی شدید جسمی، مجرمانه تلقی نمی‌شود و با اصول اعتقادی دین اسلام نیز سازگار است (۴۳). در بحث از آتانازی، تقریباً تمامی مباحث، پیرامون موضوع حیات انسان است. روادانستن یا ندانستن انواع مختلف آتانازی به این مبنای اصلی بازمی‌گردد که کیفیت حیات انسانی چگونه است؛ آیا یک حق است؟ حق چه کسی است؟ مقدس و الهی است یا خیر؟ امانت است یا تحت مالکیت بی‌چون چرای ما است؟ و دهها و شاید صدها سؤال مبنایی دیگر که لازم است، متخصصان فلسفه، فقه، اخلاق و حقوق به آن‌ها پاسخ دهند. به هر حال، به طور قطع در دین اسلام، حیات انسان، امری مقدس است و منشأ الهی دارد و چنان امانتی دانسته می‌شود که او

هم داده و هم می‌گیرد، ما صرفاً بایستی به بهترین نحو از آن مراقبت نماییم تا زمان تحویل امانت که خود او مشخص نموده برسد (۴۳).

۲- مسیحیت

مسیحیت، انسان را تمثالی از خداوند روی زمین می‌داند (۳۳). به عقیده مسیحیان زندگی از خداوند است و به طور ذاتی ارزشمند و مقدس است. آن‌ها آتانازی را هتک حرمت تمثال خداوند می‌دانند. به عقیده آن‌ها، انجام آتانازی مستلزم ارزشگذاری بر نوع زندگی فرد، مبنی بر این‌که مثلاً فرد به علت زندگی نباتی و یا هر دلیل دیگری، ارزش زنده‌بودن ندارد، در مسیحیت این قضاوت باطل است و آن‌ها همچنین بر این باورند که درد و رنج بیمار تعالی‌بخش است و افراد را به یکدیگر و خداوند نزدیک‌تر می‌نماید (۴۴). کلیسای کاتولیک رم هر کسی را در برابر حفظ جان خود در پیشگاه الهی مسؤول می‌داند و آتانازی را گناهی بزرگ می‌شمارد و به شدت با آن مخالف است. از سویی دیگر، کلیسای پروتستان اوآنجلیکا در آمریکا، در مورد تصمیمات پایان‌دادن زندگی بیانیه‌ای صادر کرد که بر اساس آن، زمانی که شواهد و نظرات پزشکی تأیید کنند که رساندن آب و غذا به روش غیر طبیعی منجر به بهبودی و مانع مرگ بیمار نمی‌شود، بیمار یا خانواده او ممکن است درمان را غیر ضروری و مشکل‌آفرین بدانند. در چنین شرایطی، شاید امتناع از این عمل که روند پایان عمر را تسریع می‌نماید، کاری غیر اخلاقی نباشد (۴۵).

۳- یهودیت

در دین یهود هر نوع از آتانازی صریحاً ممنوع است. هر کس مرگ کسی را پیش بیندازد، با او رفتاری همچون یک قاتل می‌شود. تلمود بابلی اشاره می‌کند، کسی که چشمان انسانی محترض، پیش از آنکه بمیرد، ببندد قاتل است، زیرا که مرگ او را پیش انداخته است (۳۳). یهودیان معتقدند که خداوند مالک جسم و جان انسان است و انسان باید از آن مواظبت نماید و حفظ زندگی بر تمامی وظایف دیگر مقدم است. در یهودیت نیز آمده است که اگر کسی در حال مرگ است و علائم حیاتی او تنها با دستگاه‌های جانبی برقرار باشد، پزشک، وظیفه‌ای برای انجام کارهای اضافی برای او که حتی ممکن است درد و رنج او را بیفزاید، ندارد و می‌تواند با قطع دستگاه‌های جانبی، اجازه دهد تا بیمار به طور طبیعی فرایند موت خود را طی نماید (۱۵).

۴- هندوئیسم

در آیین هندوئیسم چند آموزه وجود دارد. یکی آهیسمه (Ahisma)، یعنی عدم خشونت است. بر اساس این آموزه انسان مجاز نیست به هیچ موجود زنده‌ای آسیب برساند. آموزه دیگر تناسخ روح است. هندوئیسم معتقد است که انسان درون چرخه‌های مکرر زندگی - مرگ، تولد - مرگ است. فردی که می‌میرد روح او بسته به افعال وی در زندگی پیشین که تعیین‌کننده سرنوشت (Karma) اوست، در کالبدی دیگر به زندگی برمی‌گردد. هدف نهایی از زندگی، دستیابی به موشکا (Moshka) که همان آزادی از قید و بند ماده و رهایی از چرخه مرگ - زندگی است، می‌باشد. زندگی بعدی یک روح، بر اساس کارمای قبلی تعیین می‌شود و روح بدون یک کارمای خوب نمی‌تواند به موشکا دست یابد، لذا هر آنچه باعث ایجاد کارهای بد باشد، پذیرفتنی نیست. آموزه بعد ذرمه (Dharma) است. بر اساس این آموزه، انسان موظف است از اعضای پیر یا مریض جامعه مراقبت نماید. از نظر اکثر علمای هندو، آتانازی، خلاف اصول فوق است و پذیرفتنی نیست. سبب آسیب‌رسیدن به فرد و برخلاف آهیسمه است، البته نوعی مرگ خود خواسته در هندوئیسم وجود دارد که پرایوپاوسا (Prayopavesa) گویند. این همان چیزی است که در بعضی مرتاض‌ها دیده می‌شود (۳۳، ۴۶). در عین حال، در میان هندوها عده‌ای پذیرای آتانازی منفعل هستند، آن‌ها باور دارند استمراربخشی مصنوعی زندگی، حرکت طبیعی انسان را به سوی کمال مخدوش می‌کند (۳۳، ۱۵).

۵- بودیسم

بودیسم اغلب آتانازی را نمی‌پذیرد زیرا انسان را به چرخه بدی‌ها می‌برد و از رسیدن به نیروانا (Nirvana) (سعادت دگرجهانی) محروم می‌کند. بودیسم گریز قهری از این جهان را توصیه نمی‌کند و با همه سختی‌ها، تحمل تا رسیدن به نیروانا را توصیه می‌کند. بودیسم وقفه قهری در چرخه طبیعی حیات را کاری نادرست که باعث جزای عمل، بازگشت و تجدید حیات فرد در وضع رنج‌آوری شبیه زندگی کنونی و یا وضعیتی بدتر می‌شود. بر اساس متون احکام رهبانی (وینایا Vinaya) نشانه‌هایی وجود دارد که بودیسم به تبع از اصل اخلاقی آهیسمه، نه تنها مخالف خودکشی، بلکه مخالف آتانازی منفعل نیز هست (۳۳، ۴۶).

۶- تائوئیسم و مکتب کنفوسیوس (Confucianism/ Taoism)

تائوئیسم و مکتب کنفوسیوس دو نظام فلسفی بزرگ چین هستند و برای انسان، جامعه و جهان ارزش زیادی قائلند. کنفوسیوس در موارد نادری، آتانازی را تحت عنوان مرگ با عزت برای اجتناب از شدائد سیاسی و هتک حرمت جایز می‌داند. تائوئیسم به طولانی‌کردن عمر بشر و نامیرایی او می‌اندیشد و در این راه اکسیرهایی به خدمت می‌گیرد که باور دارد به طولانی‌شدن زندگی و نامیرایی کمک می‌کند، تائوئیسم مخالف و مصرانه به دنبال بهبودی مردم و استمرار زندگی آن‌ها است، اما وقتی سخن از پزشکی و اعمال مصنوعی پزشکی به میان بیاید مسأله متفاوت می‌شود. تائوئیست‌ها فقط به حداقلی از درمان‌های پزشکی قائلند آن هم در شرایطی که بیماران توان بهبودی و بازگشت به وضعیت طبیعی که سازگار با جریان طبیعی تائو است، داشته باشند، اما اگر دخالت پزشکی بی‌نتیجه و بیمار نزدیک به موت باشد، آن را به اراده تائو واگذار می‌کنند. بنابراین چون نگهداری مصنوعی زندگی قبول ندارند پس آتانازی منفعل را مجاز می‌دانند (۳۳).

۷- شینتو (Shinto)

در ژاپن دو دین ابتدایی شینتو و بودیسم وجود دارد. در ژاپن آتانازی توأم با ارزش‌های سنتی ژاپن، یعنی توأم با عزت و حرمت است. در شینتو، بوشیدو (Bushido) یا طریقت سامورایی (که این یکی از نتایج همراهی بودیسم و شنتو در ژاپن است)، همچون مکتب کنفوسیوس پایان‌بخشی به حیات را در مواردی جایز می‌شمارد. ارزشی که حیات شرافتمند و با عزت برای یک سامورایی دارد، او همواره خنجری برای خودکشی شرافتمندانه (هاراگیری/ سپوکو Seppuku/ Harakiri) با خود دارد، از دیدگاه سامورایی‌ها شرافت جوهره زندگی است و ادامه مصنوعی حیات را نوعی ذلت و مخالف جوهره زندگی می‌دانند. آتانازی منفعل از نظر سامورایی امری ناپسند است و تنها راه برای ادامه حیات محتضر می‌دانند. با توسعه این عقاید، آتانازی فعال هم از دیدگاه آن‌ها در مواردی می‌تواند امری پسندیده باشد (۳۳).

نتیجه‌گیری

بحث فراوانی پیرامون آتانازی و به خصوص نوع منفعل آن در میان پزشکان و سایر دست‌اندرکاران پزشکی در کشور ما وجود دارد که در این میان ورود اخلاق‌دانان و تحلیل

اخلاقی در این خصوص را لازم و ضروری کرده است. انجمن جهانی پزشکی World Medical Association (WMA) در بیانیه خود بر اساس سوگندنامه بقراط، آتانازی را عملی غیر اخلاقی می‌داند. با قانونی‌شدن آتانازی، انگیزه درمان برخی بیماری‌ها از بین می‌رود که این مانعی برای پیشرفت علم پزشکی است. اعتماد بیمار به پزشک به علت ترس بیمار از قطع درمان توسط پزشک و انجام آتانازی، از بین خواهد رفت. مخالفت با آتانازی از سویی، متأثر از ملاحظات اخلاقی و گرایش‌های دینی است و از سویی دیگر، نگرانی‌های کاربردی، همچون امکان سوءاستفاده از آتانازی و گسترش انواع آتانازی‌ها و خودکشی است. در مورد آتانازی، یکی از دیدگاه‌های تقریباً راهگشا، دیدگاه کانت است. بر اساس این دیدگاه شاید بتوان تنها برای آتانازی منفعل داوطلبانه و انجام درمان‌های تسکینی جواز اخلاقی صادر نمود که این اگر مشروط به شرایط خاصی باشد، با اغماض، تقریباً توسط بیشتر ادیان پذیرفته شده است. همواره این نگرانی وجود دارد که تصمیم بیمار برگرفته از درد و رنج، افسردگی، ناتوانی مالی و موارد مشابه دیگر باشد. در چنین شرایطی این داوطلبانه‌بودن نمی‌تواند ملاک عمل آتانازی باشد. اعتقاد به دخالت نیروهای فراطبیعی، دعا (که در همه ادیان مرسوم است)، معجزه و شفا مسأله آتانازی را با مسائل اخلاقی بیشتری مواجه می‌سازد.

دین چراغی روشن فراروی همه ابعاد هستی انسان است. شناخته‌شده‌ترین بعد، بدن انسان است و انسان برای حفظ و کسب سلامت خود از علم پزشکی بهره می‌جوید. در دنیای پویای علم پزشکی، ظهور و بروز پیشرفت‌ها، چالش‌ها و مسائل اخلاقی و حقوقی زیادی از جمله در ارتباط با آتانازی را با خود به همراه دارد. از این رو پیشنهاد می‌شود در حوزه‌های علمیه و دانشگاه‌های کشورهای اسلامی به ویژه ایران تحقیقات، هماهنگ با سرعت پیشرفت‌های علوم پزشکی تداوم و استمرار داشته باشد، تا به طور مستمر مسائل و ابهامات را، از جمله چالش‌های مربوط به آتانازی را حل نماید و راهگشا باشد. به تصویرکشیدن نگرش جامعه از آتانازی نیازمند پژوهش‌های بیشتری است. شایسته است پژوهش‌های آینده ضمن مطالعه نگرش افراد به آتانازی، استدلال آن‌ها در موافقت یا مخالفت با انواع آتانازی را بررسی کنند و به نقش متغیرهایی چون ویژگی‌های شخصیتی و حالات خلقی مانند افسردگی، اضطراب، و اضطراب مرگ و حالات انگیزشی مانند انگیزش پس از مرگ و دیگر متغیرهای مرتبط و مؤثر بر نگرش به آتانازی توجه نمایند. در بخش نظر سنجی‌ها در تحقیقی نقش مشاور روانی (روان‌پزشک) در امر آتانازی مثبت

ارزیابی شده است و آمده است که به کمک روان‌پزشکان با توجه به شرایط در این خصوص تصمیمات منطقی‌تری اتخاذ می‌گردد. ما هم در اینجا پیشنهاد می‌نماییم. علاوه بر نقش پزشکان معالج، نقش حضور افراد دیگر مثل روان‌پزشک، نماینده خانواده، نماینده حقوقی و نماینده فقهی و همچنین نقش تجمیع آن‌ها در تصمیم آتانازی مورد پژوهش و بررسی قرار گیرد.

در این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

جدول ۱: انواع آتانازی، شرایط و نحوه انجام آنها

انواع آتانازی	روش انجام نوع	بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری		عدم درمان قطع درمان	تجویز دارو	در اختیار قراردادن دارو	تزریق مسکن
		دارد	ندارد				
مستقیم	فعال داوطلبانه	+ (موافق)			+		
	منفعل داوطلبانه	+ (موافق)					
	فعال غیر داوطلبانه		+		+		
	منفعل غیر داوطلبانه		+	+			
	فعال اجباری	+ (مخالف)			+		
	منفعل اجباری	+ (مخالف)			+		
غیر مستقیم	تلقین به خودکشی	+ (موافق)				+	
	تجویز مسکن کاهش درد	+ (موافق)					+

References

1. Chabot BE, Goedhart A. A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population. *Soc Sci Med* 2009; 68(10): 1745-1751.
2. Abbas SQ, Abbas Z, Macaden S. Attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide among Pakistani and Indian doctors: A survey. *Indian J Palliative Care* 2008; 14(2): 71-78.
3. Taghaddosinejad F, Okazi A, Mahboobeh MI, Yousefi NV. Comparison of Attitude of Physicians and patients About Euthanasia in Tehran's University of Medical Sciences Hospitals in 2012-2013. *Iranian Journal of Forensic Medicine* 2014; 20(1): 377-384.
4. Yousefy A, Azarbarzin M, Ziaee E. Euthanasia: A Challenge in Clinical Education. *Iranian Journal of Medical Education* 2012; 11(9): 1332-1343.
5. Kumar Tiwari S, Karmakar A. Concept of Euthanasia in India - A Socio - Legal analysis. *International Journal of Law and Legal Jurisprudence Studies* 2015; 2(3): 1-7.
6. Parsapour A, Hemmati Moghaddam A, Parsapour M, Larijani B. Euthanasia: Ethical explanation and analysis. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2008; 1(4): 1-12.
7. Aghababaei N. Assessing attitudes toward euthanasia. *Iranian J Med Ethic Hist Med* 2012; 5(1): 59-70.
8. Shukla R. Passive euthanasia in India: a critique. *Indian Journal of Medical Ethics* 2016; 1(1): 35-38.
9. Garcia G. Considerations Regarding the Ethical Viability of Voluntary Active Euthanasia. *Sound Decisions: An Undergraduate Bioethics Journal* 2017; 3(1/4): 1-12.
10. Reel K. Denying Assisted Dying Where Death is Not 'Reasonably Foreseeable': Intolerable Overgeneralization in Canadian End-of-Life Law. *Canadian Journal of Bioethics* 2018; 1(3): 71-81.
11. Thurston A. Physician-Assisted Death: A Selected Annotated Bibliography. *Law Library Journal* 2019; 111(1): 30-39.
12. Alexander IF. Medical Assistance in Dying and Mental Health: A Legal, Ethical, and clinical nalysis. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2018; 63(2): 80-84.

13. Inbadas H, Zaman S, Whitelaw S, Clark D. Declarations on euthanasia and assisted dying. *Death Studies* 2017; 41(9): 574-584.
14. McKenney J. Informed consent and euthanasia: an international human rights perspective. *ICLR* 2018; 18(2): 188-133.
15. Sheikholeslami A, Shirzad O, Seyed Ahmadian M. Religions Positions on Euthanasia and Cops Morality and Missionary Challenges. *Journal of Police Medicine* 2019; 8(4): 189-195.
16. Agila S, Dhanasekar M. A Study on Legalising Euthanasia in India. *International Journal of Pure and Applied Mathematics* 2018; 120(5): 4353-4362.
17. Afzali MA, Marzband R. Euthanasia in the medical history of the West and Islamic world. *Religion and Health* 2014; 2(1): 65-77.
18. Aghababaei N, Hatami J, Rostami R. The role of individual characteristics and judgment pattern in attitude towards euthanasia. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2011; 4(1): 23-32.
19. Sohar B, Grossschaedl F, Meier IM, Stronegger WJ. Effects of care experience to the attitude of active euthanasia among the Austrian population-a cross sectional study. *PFLEGE* 2015; 28(6): 339-345.
20. Dany L, Baumstarck K, Dudoit E, Duffaud F, Auquier P, Salas S. Determinants of favorable opinions about euthanasia in a sample of French physicians. *BMC Palliative Care* 2015; 14(1): 1-7.
21. Salimi S, Rahimi J, Baljani S, Tizfahm T, Cheraghi R. Perceptions of ICU Nurses Regarding Euthanasia: A Qualitative Study. *Journal of Health Promotion Management* 2016; 5(6): 58-65.
22. Kranidiotis G, Ropa J, Mprianas J, Kyprianou T, Nanas S. Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2015; 44(3): 260-263.
23. Hamric AB. Assisted Suicide/ Aid in Dying: What Is the Nurse's Role. *AJN* 2018; 118(5): 50-59.
24. Sheetal S, Sharma DK, Aggarwal V, Gandhi P, Rajpurohit S. Attitude of doctors toward euthanasia in Delhi, India. *Asian Journal of Oncology* 2015; 01(01): 49-54.

25. Sareen R. India Decides on Euthanasia: Is the Debate Over. *Health Care Current Reviews* 2019; 7(3): 1-3.
26. Grinberg K, Amzaleg M, Gamarov-Berman M, Rubinsky L, Itach S. Attitudes of the Secular and Religious Jewish Public in Israel to Euthanasia. *Journal of Palliative Medical Care & Research* 2018; 1(1): 1-7.
27. Jafari H, Meskini L, Heydari Gorji MA, Ahmadi Khatir M. Health Care Providers' Attitude towards Performing Euthanasia on the Elderly. *Clinical Excellence* 2016; 5(2): 45-56.
28. Bahramnezhad F, Cheraghi MA. Realization of Clinical Guidelines in Providing Health Services. *J Hayat* 2015; 21(3): 1-4.
29. Grant G. Considerations Regarding the Ethical Viability of Voluntary Active Euthanasia. *Undergraduate Bioethics Journal* 2017; 3(1): 1-13.
30. Ayoubnezhad NS, Sabet MG, Ahmari H. Euthanasia in Jurisprudence and Law. *Political Science Studies, Jurisprudence and Law* 2016; 2(3): 192-204.
31. Chakraborty R, El-Jawahri AR, Litzow MR, Syrjala KL, Parnes AD, Hashmi SK. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliat Support Care* 2017; 15(5): 609-622.
32. Banovic B, Turanjanin V. Euthanasia: Murder or Not: A Comparative Approach. *Iran J Public Health* 2014; 43(10): 1316-1323.
33. Angeliki Z. Euthanasia in the Major World Religions. *Rebelatory Ethics* 2015; 1(9): 73-79.
34. Ezekiel J, Emanuel M, Bregje D, Onwuteaka-Philipsen, John W. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA* 2016; 316(1): 79-90.
35. Shojaei S, Abdi M, Zarezadeh Y, Aghaali M, Dehghani F. Assessing the Attitudes of Hospitalized Patient Family toward Euthanasia. *Medical Ethics Journal* 2018; 12(43): 1-10.
36. Khoshnood N, Hopwood MC, Lokuge B, Kurahashi A, Tobin A, Isenberg S, et al. Exploring Canadian Physicians Experiences Providing Medical Assistance in Dying: A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 2018; 56(2): 1-7.

37. Hizo-Abes P, Siegel L, Schreier G. Exploring attitudes toward physician-assisted death in patients with life-limiting illnesses with varying experiences of palliative care: a pilot study. *BMC Palliative Care* 2018; 17(56): 1-10.
38. Kanniyakonil S. New developments in India concerning the policy of passive euthanasia. *Bioethics* 2018; 18(2): 190-197.
39. Jaklin AE, Lan NO. Dying cancer patients talk about euthanasia. *Social Science & Medicine* 2008; 67(4): 647-656.
40. Voultos P, Samuel N, Vlachou M. The issue of euthanasia in Greece from a legal viewpoint. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2010; 17(3): 131-136.
41. Cohen-Almagor R. First do no harm: pressing concerns regarding euthanasia in Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry* 2013; 36(5-6): 515-521.
42. Donna ES, Gary R, Madeline L. Consultation-liaison psychiatry and physician-assisted death. *General Hospital Psychiatry* 2018; 55: 15-19.
43. Movahedi MJ, Tavacoly GH. Euthanasia in Religion based Deontology. *Med Ethics J* 2016; 10(34): 156-187.
44. Bradley CT. Roman Catholic doctrine guiding end-of-life care: a summary of the recent discourse. *J Palliat Med* 2009; 12(4): 373-377.
45. Liegeois A, De Schrijver S. Christian Ethical Boundaries of Suicide Prevention. *Religions* 2018; 9(1): 30-37.
46. Sinha V, Basu S, Sarkhel S. Euthanasia: An Indian perspective. *Indian Journal of Psychiatry* 2012; 54(2): 177-183.