

Euthanasia in intuition-based Deontology

Mohammad Javad Movahedi*

Abstract

Euthanasia is a critical issue in the scope of life ending cares. Many people want to end their lives, without pain and suffering, and do not want to impose burdensome to their family members; besides these people, many doctors try to prepare for them the comfortable and quiet death. Many countries are attempting to legitimize this practice and in many countries are now being done legally. Of course, there are very serious opponents. Among the the medical, legal, and... discussions, ethical analysis of Euthanasia is a very important oe. This paper tries to review Euthanasia in terms of intuition-based Deontology, According to some of the most important ethical principles of David Ross. Principles such as loyalty, beneficence, self-improvement, and avoidance of hurting others are at the top of the most important principles against euthanasia. In this study, it has shown that only voluntary passive euthanasia and palliative care could be allowed based on the principles of intuition-based Deontology.

Keywords

Deontology, Euthanasia, Intuition, Ross.

* Postdoctoral researcher, Department of Philosophy, University of Isfahan, Isfahan.
Movahedi.mj@gmail.com

اتانازی از منظر وظیفه‌گرایی شهودباور

محمدجواد موحدی*

چکیده

اتانازی، از جمله مسائل مطرح در مراقبت‌های پایان حیات است. بسیاری از انسان‌ها خواهان آن هستند که در پایان عمر خود، درد و رنجی نبینند و سربار دیگر اعضای خانواده خویش نباشند. در کنار این افراد، پزشکان زیادی می‌کوشند تا مرگ راحت و آرامی برای آن‌ها مهیا کنند. اکنون بعضی از آشکال اتانازی، در شماری از کشورهای جهان به صورت قانونی در حال انجام‌اند یا روند قانونی شدن را طی می‌کنند؛ البته اتانازی مخالفان بسیار جدی‌ای نیز دارد. در میان بررسی‌های پزشکی، فقهی، حقوقی و غیره، تحلیل اخلاقی اتانازی جایگاه ویژه‌ای دارد. این مقاله، اتانازی را از منظر وظیفه‌گرایی شهودباور، با توجه به پاره‌ای از مهم‌ترین اصول و مبانی اخلاقی دیوید راس که یکی از تأثیرگذارترین فیلسوفان در حوزه اخلاق است، مورد مذاقه قرار داده است تا روایی انواع مختلف آن را بررسی کند؛ اصولی نظیر وفاداری، نیکوکاری، خوداصلاح‌گری و صدمه‌نزدن به دیگران در نگاه راس، از مهم‌ترین اصول معارض اتانازی هستند. در این بررسی نشان داده شده که صرفاً اتانازی منفعل داوطلبانه و تجویز دارو برای تسکین درد را می‌توان بر پایه اصول و مبانی وظیفه‌گرایی شهودباور مجاز دانست.

* محقق پسا دکتری گروه فلسفه دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.



کلیدواژه‌ها

وظیفه‌گرایی، اتانازی، شهود، دیوید راس.

مقدمه

اخلاق پزشکی، یکی از بحث‌برانگیزترین حوزه‌های اخلاق کاربردی است که در آن درباره مسائل و موضوعات اخلاقی بی‌شماری کاوش می‌گردد و سعی می‌شود به آن‌ها پاسخ داده شود؛ بعضی از این موضوعات همواره و به اشکال مختلف مطرح بوده‌اند و بعضی نیز نوپدیدند. درباره دسته اول که در واقع مسائل کلاسیک اخلاق پزشکی هستند، منابع و متونی می‌توان یافت که نشان می‌دهد در گذشته بدین مسائل پرداخته شده است، اما پرداختن به بسیاری از موضوعات نوپدید در این حوزه، شاید سابقه‌ای بیش از یک دهه اخیر نداشته باشد. مسائل کلاسیک اخلاق پزشکی، نظیر سقط جنین و اتانازی، از دیرباز مطرح بوده‌اند و متخصصان اخلاق پزشکی در هر برهه زمانی کوشیده‌اند برای آن‌ها راه‌حلی پیدا کنند، اما اینکه چرا باید باز هم به آن‌ها پرداخته شود، بدین علت است که پیشرفت علم پزشکی (که از جمله علوم تجربی است)، یافتن درمان‌های تازه و ساخت تجهیزات جدید نگهداری و مراقبت از بیماران سبب شده است که راه‌حل‌های گذشته کارایی خود را از دست بدهند و آن مسائل کلاسیک همواره مطرح باشند.

بحث ما درباره اتانازی به مراقبت‌های پایان حیات مربوط می‌شود. در این باره مسائل اخلاقی بسیار جدی‌ای مطرح است که گاهی افراد را در مراقبت از سالمندان، بیماران مشرف به موت یا دارای بیماری صعب‌العلاج و مبتلایان به مرگ مغزی، دچار شک و تردید می‌کند و آن‌ها را با پرسش‌هایی از این دست مواجه می‌سازد: آیا پزشک حق دارد داروهای مسکنی به بیمار بدهد که درد او را کاهش می‌دهد، ولی مرگش را سرعت می‌بخشد؟ آیا پزشک از نظر اخلاقی حق دارد به کسانی که به مرگ مغزی دچار شده‌اند یا بیماری صعب‌العلاج دارند، کمک کند تا آسان



بمیرند و از درد و رنج بیماری خلاص شوند؟ آیا بیمار حق دارد از پزشک خود بخواهد او را در زودتر مردن کمک کند؟

این سؤالات و سؤالات بی‌شمار دیگر در این باره، همواره ذهن افراد درگیر با این مسئله را به خود مشغول کرده و آن‌ها را واداشته تا به دنبال چاره‌جویی برای آن باشند؛ وظیفه‌گرایی شهودباور راس، یکی از این چاره‌هاست که از منظر آن می‌توان به این سؤالات پاسخ داد و روایی انواع مختلف اتانازی را سنجید؛ گفتنی است در دو مقالهٔ موحدی و حیدری (۱۳۹۴) و موحدی و توکلی (۱۳۹۴)، موضوع اتانازی از دو منظر وظیفه‌گرایی عقل‌باور کانت و وظیفه‌گرایی دین‌باور تحلیل و بررسی شده است و چنان که گفته خواهد شد، این مقاله همان موضوع (اتانازی) را از منظر وظیفه‌گرایی شهودباور نقد و بررسی می‌کند؛ به عبارت دیگر، هر سه مقاله در بیان مقدمات اتانازی مشترک‌اند، لکن از سه منظر مختلف به این موضوع نگریده‌اند.

وظیفه‌گرایان در پاسخ به اینکه چگونه می‌توانیم وظایف اخلاقی را کشف کنیم، پاسخ‌های متفاوتی می‌دهند؛ بعضی مدعی‌اند که ما در یافتن وظایف اخلاقی، نیازمند عقل هستیم و عقل دربارهٔ آنچه از لحاظ اخلاقی خوب است، حکم می‌کند؛ نظیر کانت^۱ که مدعی است وظایف ما به وسیلهٔ «عقل عملی محض» (Pure Practical Reason) تعیین می‌شوند؛ شهودگرایان، نظیر دیوید راس،^۲ مدعی‌اند که ما توسط شهود یا ادراک مستقیم درمی‌یابیم که انجام چه عملی در موقعیت موردنظر مناسب است؛ به عبارت دیگر، آنچه وظایف و تکالیف اخلاقی را به ما می‌نمایاند، شهود است. بعضی دیگر معتقدند همواره افراد ملزم به تبعیت از فرامینی هستند که خداوند متعال به منزلهٔ وظیفه و تکلیف بر عهدهٔ آن‌ها گذاشته است



۱. Immanuel Kant (1724-1804) فیلسوف آلمانی

۲. W.D. Ross (1877-1971). ارسطو شناس و اخلاق‌دان اسکاتلندی

و وظیفه دارند به آن عمل کنند؛ این تکالیف از طریق رسولان الهی یا کتاب مقدس معرفی و شناخته می‌شوند (See: Lacewing, 2009, P.10).

بر این اساس، می‌توان این سه دسته وظیفه‌گرایی را که بر پایه مبانی مختلف به کشف وظایف می‌پردازند، به ترتیب، عقل‌باور، شهودباور و دین‌باور نامید. در این مقاله سعی می‌شود از منظر وظیفه‌گرایی شهودباور، روایی انواع مختلف اتانازی بررسی شود؛ لذا در ابتدا به تعریف مختصر انواع مختلف اتانازی خواهیم پرداخت و سپس، آن‌ها را با توجه به پاره‌ای از مهم‌ترین اصول و مبانی اخلاقی راس بررسی می‌کنیم.

۱- تعریف واژه اتانازی و انواع مختلف آن

در فرهنگ فارسی از اتانازی (Euthanasia) سخنی به میان نیامده است، ولی در فرهنگ انگلیسی به فارسی، این معانی برای آن ذکر شده است: مرگ آسان، مرگ یا قتل کسانی که دچار مرض سخت و لاعلاج‌اند برای تخفیف درد آن‌ها. واژه‌نامه تاریخی آکسفورد، اتانازی را مرگی آرام و آسان (a quiet and easy death) تعریف کرده است (Onions, 1998, V.1: P.687). اما آنچه امروزه از این اصطلاح فهمیده می‌شود فقط مردن آسان نیست، بلکه افزون بر آن، اقدام به قتل است؛ قتلی که از سر شفقت باشد؛ به همین سبب، گاهی به جای اتانازی از تعبیر قتل از روی ترحم یا «قتل مشفقانه» (mercy killing) نیز استفاده می‌شود (اسلامی، ۱۳۸۶، ص ۱۲۰).

واژه اتانازی در نوشته‌های فارسی، معادل بیمارکشی طبی، تسریع در مرگ محتضر، مرگ آرام و آسان، مرگ شیرین، به‌کشی، قتل از روی ترحم، مرگ خوب، مرگ مطلوب و به‌مرگی به کار برده می‌شود. تعریف اتانازی بدین شرح است: «اتانازی یعنی به‌طور عمدی موجب مرگ شدن؛ با فعل یا ترک فعل، به



شیوه‌ای بدون درد و رنج و حداقل توسط شخص دیگر، در جایی که مرگ شخص اتفاق خواهد افتاد یا در رنج و عذاب خواهد بود، رنج کشیدنی که یا طولانی مدت خواهد بود یا لاعلاج، و اقدام اولیه برای فعل یا ترک فعل، جلوگیری یا حذف آن درد و رنج است» (Lindsay, 2013, P.1772).

اتانازی را با توجه به روش و نحوه انجام آن می‌توان تقسیم کرد؛ البته نباید فراموش کرد که مجری آن می‌تواند فردی غیر از پزشک و اعضای کادر درمان باشد، ولی در بیشتر موارد، به دلیل اینکه درد و رنج و بیماری از جمله علل شایع انجام انواع اتانازی است و بیش از همه، پزشک و اعضای کادر درمانی درگیر این مسئله‌اند، در موضوع مجری، روی سخن بیشتر به جانب این افراد است. در تقسیم اولیه، با توجه به اینکه فعل اصلی توسط چه کسی انجام شود، دو نوع اتانازی وجود دارد (Baergen, 2001, P. 191-193):

۱) اتانازی مستقیم:

به مواردی اطلاق می‌شود که اقدام (فعل یا ترک فعل) خاصی برای پایان دادن به زندگی بیمار توسط پزشک (که فاعل مباشر تلقی می‌شود) صورت گیرد.

۲) اتانازی غیرمستقیم:

در این قسم، پزشک به عنوان فاعل غیرمباشر ظاهر می‌شود و دخالت مستقیمی در وقوع مرگ بیمار ندارد، بلکه فعل او صرفاً مقدمات مرگ بیمار را فراهم می‌کند؛ این نوع از اتانازی بر دو نوع است: ۱) تلقین خودکشی به بیمار علاج‌ناپذیر تا بدین وسیله خود را از شر درد و رنج رها سازد. در این نوع قتل ترحمی، از حيله و نیرنگ نیز استفاده می‌شود؛ برای مثال، قرارداد داروهای مخدر در کنار بستر بیمار و تأکید بر اینکه مبادا در مصرف این داروها زیاده‌روی کند که باعث مرگش خواهد شد؛ ۲) تجویز دارو برای تسکین درد. در این حالت ضددردهای مخدر یا داروهای دیگر



برای تسکین درد بیمار تجویز می‌شود، اما پیامد عَرَضی آن، از کارافتادن دستگاه تنفس بیمار است (اگر داروهای ضددرد مخدر با دوز بالا تجویز شوند، مرکز تنفسی را مهار می‌کنند) که منجر به مرگ وی می‌شود. بنابراین، در این دو نوع اتانازی غیرمستقیم، دارو موجب مرگ بیمار می‌شود؛ با این تفاوت که در اولی، اتانازی به دست خود بیمار صورت می‌گیرد و در دومی، پیامد عَرَضی تجویز دارو برای تسکین درد، موجب مرگ بیمار می‌شود؛ زیرا هدف و پیامد اصلی آن، تسکین درد است.

اتانازی مستقیم که با دخالت یا عدم دخالت پزشک انجام می‌شود، بر دو نوع است (Lindsay, 2013, P.1772):

۱) اتانازی فعال:

آن است که پزشک آگاهانه و عامدانه، از روی ترحم یا انگیزه‌ای مشابه، به زندگی بیمار خاتمه می‌دهد. اتانازی فعال، زمانی است که با مداخله پزشک، بیمار دارای درد و رنج با تزریق داروی مرگ‌آور از بین می‌رود؛ برای مثال، بیماری که در شرایط بحرانی است و پزشکان، مداوای او را امکان‌پذیر نمی‌دانند و مرگش قطعی است، برای اینکه مرگی آرام و راحت داشته باشد، فاصله باقی مانده تا مرگ او را با تزریق دارویی کشنده کم می‌کنند. در اتانازی فعال، فعلی که به مرگ منجر می‌شود، در اصل عمدی است. در اینجا بیماری باعث مرگ فرد نشده، بلکه در واقع، مرگ را کسی دیگر موجب شده است.

۲) اتانازی منفعل:

آن است که پزشک از ادامه درمان و تلاش برای زنده‌نگه داشتن بیمار علاج‌ناپذیر، بنا به درخواست خود بیمار یا خانواده او و یا تشخیص خودش صرف نظر کند؛ با علم به اینکه نتیجه این ترک فعل، تسریع در مرگ بیمار خواهد بود. در



این نوع اتانازی، پزشک، فعلی را که سبب طولانی شدن حیات مشقت‌بار بیمار
لا‌علاج می‌شود، ترک می‌کند.

درخواست و رضایت یا عدم درخواست و رضایت بیمار سبب می‌شود که هر دو
نوع اتانازی فعال و منفعل، سه حالت داشته باشند (Ibid):

۱) داوطلبانه (voluntary):

به مواردی اطلاق می‌شود که بیمار آگاهانه و با تقاضای صریح از دیگری می‌خواهد
تا او را به کام مرگ بفرستد یا در این راه به او کمک کند. در واقع، بیمار خود
خواهان مرگ است.

۲) غیر داوطلبانه (non-voluntary):

به مواردی اطلاق می‌شود که اتانازی بدون اعلام رضایت و نظر بیمار انجام
می‌شود؛ وقتی خود بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری (اهلیت یا صلاحیت قانونی)
ندارد و از جنبه روانی قادر به درخواست صریح برای این عمل نیست یا در
وضعیت او گرفتن چنین رضایتی ممکن نیست، پزشکان، خانواده یا
خویشاوندان درباره قطع درمان‌هایی که به بهبود وضعیت وی کمکی
نمی‌کند، تصمیم‌گیری می‌کنند؛ مثلاً بیمار در وضعیت مرگ مغزی یا
کمای برگشت‌ناپذیر قرار دارد و یا نوزاد یا فرد سالخورده‌ای است که مشاعرش را
کاملاً از دست داده است.

۳) اجباری (involuntary):

به مواردی اطلاق می‌شود که فرد صلاحیت تصمیم‌گیری را دارد و هیچ‌گونه
درخواست صریحی برای این عمل نداشته و خواهان ادامه زندگی است، اما به
زندگی وی خاتمه داده می‌شود.



۲- اتانازی از منظر وظیفه‌گرایی شهودباور

یک وظیفه‌گرا، اگر در یافتن الزامات و تکالیف اخلاقی به شهود عقلی خویش رجوع کند، شهودباور نامیده می‌شود. در شهودگرایی، مفاهیم اساسی اخلاق به‌طور بدیهی و با شهود عقلی درک و دانسته می‌شوند (یعنی از تعریف و استدلال بی‌نیازند). از جمله شهودگرایان کلاسیک می‌توان به هنری سيجویک^۱، اچ. ای. پریچارد^۲، دابلیو دی. راس، سی. دی. براد^۳ و ای. سی. یوئینگ^۴ اشاره کرد. شهودگرایان متأخر نیز عبارت‌اند از: درک پارفیت^۵، جان مک‌داول^۶ و توماس اسکنلان^۷. شهودگرایان معتقدند دسته خاصی از احکام اخلاقی بدیهی هستند؛ چنان‌که پریچارد بر مفهوم الزام یا وظیفه و راس بر مفهوم صواب و خطا به‌منزله مفهومی بدیهی و تعریف‌ناپذیر و غیرطبیعی، متمرکز شده‌اند. تمرکز پریچارد و راس بر مفاهیم ناظر به الزام است. پریچارد معتقد است علاوه بر خوبی، چنان‌که مور^۸ معتقد است، الزام یا وظیفه نیز امری بدیهی است؛ یعنی ما ادراکاتی حضوری از آن مفهوم (وظیفه) در خود داریم و الزام و خوبی را شهود می‌کنیم (وارنوگ، ۱۳۶۸، ص ۱۴). راس نیز معتقد است صواب و خوبی، دو وصف اخلاقی هستند که از رهگذر شهود درک می‌شوند (وارنوگ، ۱۳۸۰، ص ۱۰۰) و صواب نیز همانند خوبی، چنان‌که مور معتقد است، تعریف‌ناپذیر و بسیط است.

۱. H. Sidgwick (1837-1900): فیلسوف انگلیسی

۲. H. A. Prichard (1871-1947): فیلسوف انگلیسی

۳. C. D. Broad (1887-1971): فیلسوف انگلیسی

۴. A. C. Ewing (1899-1973): فیلسوف انگلیسی

۵. Derek Parfit (1942-): فیلسوف انگلیسی

۶. J. H. McDowell (1942-): فیلسوف آفریقای جنوبی

۷. T. M. Scanlon (1940-): فیلسوف انگلیسی

۸. G. E. Moore (1873-1958): فیلسوف تحلیل‌زبانی و اخلاق‌دان انگلیسی



بر این اساس و با توجه به موضوع اصلی، این پرسش مطرح می‌شود که اگر اتانازی به منزله یک مسئله در اخلاق وظیفه‌گرای شهودباور مطرح شود، چه راه‌حلی خواهد داشت و نحوه مواجهه یک وظیفه‌گرای شهودباور با این مسئله چگونه خواهد بود؟ در واقع، می‌خواهیم بدانیم که آیا افراد می‌توانند توسط شهود عقلی به روایی یا ناروایی اتانازی پی ببرند؟ لذا این مسئله را به دیدگاه اخلاقی راس عرضه کرده، به تحلیل آن می‌پردازیم.

۳- اتانازی از منظر دیوید راس

راس معتقد است وظایف ما «بخشی از سرشت بنیادی جهان هستند» و از سوی دیگر، بر «وظایف در نگاه نخست» (Prima Facie Duties) تأکید می‌ورزد (Fieser, 2006, P.6-7). وی، فهرستی از وظایف را ارائه می‌دهد که معتقد است عقاید اخلاقی واقعی ما را منعکس می‌کنند. علاوه بر این، او موقعیت‌هایی را ذکر می‌کند که در آن موقعیت‌ها، ما باید بین انجام دو وظیفه متناقض، یکی را برگزینیم. طبق نظر او، ما به‌طور شهودی درخواهیم یافت که کدام یک از این وظایف، وظیفه واقعی ما هستند و در حقیقت، موظف به انجام آن هستیم (Ross, 2002, P.23).

در دیدگاه اخلاقی راس همواره این‌طور نیست که وقتی اختلافی بین تکالیف اولی پیدا شود، یک قاعده یا اصل کلی راهنمای ما برای تصمیم‌گیری باشد؛ ما توسط شهود یا ادراک مستقیم درمی‌یابیم که انجام چه عملی برای موقعیت موردنظر مناسب است (صانعی، ۱۳۶۸، ص ۹۳).

بعد از کانت، راس از جمله کسانی است که در حوزه اخلاق، نظریه اخلاقی خود را به وظیفه‌گرایی اختصاص داد و به‌نحوی سعی داشت اخلاق کانت را که در پاسخ به تعارض وظایف ناکام مانده بود، یاری کند و پذیرفتن استثنا را در وظایف، مجاز بشمارد. البته راس بر خلاف کانت، بر اعتبار کلی قوانین اخلاقی تأکید چندانی



نداشت؛ برای او، قوانین اخلاقی یا افعال اخلاقی الزام آور، دارای بداهت اولی هستند و همین بداهت و اولیت این افعال، آن‌ها را الزام آور می‌کند؛ در نتیجه، او کلیت قوانین اخلاقی را در این حوزه، باطل دانست و در حل تعارض میان وظایف بر این اعتقاد بود که آنچه بیشتر به صلاح است، باید انجام شود؛ اما در اینکه قوانین اخلاقی مبتنی بر مصلحت‌اندیشی یا هم‌دردی و یا سودجویی و امثال آن نیستند، با کانت موافق بود (همان، ص ۱۴-۲۱۲).

راس در کتاب خود با عنوان «صواب و خوبی» (The right and the good) در صدد است تقدم درستی را بر خوبی نشان دهد؛ لذا در ابتدا این پرسش را مطرح می‌کند که «چه چیزی موجب می‌شود اعمال صواب، صواب باشند؟» او معتقد است برای پاسخ به این پرسش، تلاش‌های بی‌شماری انجام شده است؛ مثلاً از طرف سودگرایان و خودگرایان، ولی جذاب‌ترین پاسخ را پروفیسور مور بیان کرده است:

«آنچه باعث صواب‌بودن اعمال است (و صواب‌بودن اعمال منوط به آن است)، این است که اعمال پدیدآورنده بیشترین خیر باشند، در مقایسه با سایر اعمالی که فاعل قادر به انجام آن‌هاست» (تقدم خیر بر صواب در نگاه مور) (Ross, 2002, P.16).

راس، این نظریه را حد اعلای همه تلاش‌هایی می‌داند که سعی کرده‌اند صواب را بر مبنای پدیدآورندگی انواع نتایج قرار دهند. اما او نظریات سودگرایی لذت-گرایانه و خودگرایانه را رد می‌کند و می‌گوید که «دلیل صواب‌بودن یک عمل، ایجاد بیشترین خوبی ممکن یا بهترین نتایج ممکن نیست» (Ibid, P.16-17). برای مثال، وقتی کسی قراری می‌گذارد و خود را ملزم به وفای به عهد می‌بیند، این حس الزام نه به خاطر نتایج کلی عمل، بلکه به خاطر این است که این عمل، وظیفه اوست؛ به عبارت دیگر، نگاه فاعل در چنین مواردی بیشتر به گذشته است، نه به آینده و آنچه باعث درستی عمل او می‌شود، نفس انجام خود عمل است و نه چیز دیگری.



وی می گوید: «وقتی من به وعده‌هایم وفا می‌کنم، افکارم معمولاً معطوف به آینده، معطوف به خیر حاصل از انجام دادن کاری که روزی وعده داده‌ام، نیست؛ بلکه افکارم معطوف به گذشته است، معطوف به این واقعیت است که من وعده عمل به آن را داده‌ام. دلیل من برای انجام دادنش این است و چیزی که موجب می‌شود آن عمل وظیفه من باشد این است که من قول عمل کردن به آن را داده‌ام» (Ibid, P.17). به طور کلی، راس معتقد است اعمال به روش‌های مختلف و به اعتبارهای مختلف می‌توانند وظیفه قرار بگیرند و فقط بعضی از این روش‌ها یا اعتبارها با پیامدها ارتباط پیدا می‌کنند. آدمی می‌تواند وظایفی داشته باشد که از نقش او به عنوان همسایه یا معلم و یا دوست نشأت گرفته‌اند و این وظایف الزاماً با بهترساختن امور ارتباطی ندارند. در واقع، این وظایف به هیچ وجه بر افکار مربوط به امور خوب‌تر یا بدتر و یا بر ملاحظات مربوط به ارزش‌ها مبتنی نیستند (دنسی، ۱۳۹۲، ص ۵۸).

اما ممکن است مواردی پیش آید که فاعل مجبور شود درباره وظایف خود استثنا قائل شود و به وظیفه غالب‌تر عمل کند؛ برای مثال، وفای به عهد و پیمان، وظیفه هر کسی است، اما ممکن است نجات جان دیگران به منزله وظیفه متزاحم دیگری در مقابل وظیفه اولی او پدیدار شود. بنابراین، دلیل اینکه چرا او باید به وظیفه دوم عمل کند، به خاطر فراهم آوردن خیر بیشتر نیست، بلکه به خاطر این است که چنین وظیفه‌ای در چنین شرایطی وظیفه مقدم اوست؛ یعنی همواره امکان وظایف غالب‌تری وجود دارد.

راس معتقد است روابطی مانند قرض‌دهنده و مقروض، زن و شوهر، فرزند و والدین، دوست و دوست و... باعث به وجود آمدن وظایف در نگاه نخست می‌شوند؛ وظایفی که باید مطابق شرایط به آن‌ها عمل کرد و همواره آن‌ها را مدنظر داشت (Ross, 2002, P.19). او وظیفه در نگاه نخست یا «وظیفه مشروط» (Conditional Duty) را شیوه‌ای موجز در اشاره به خصیصه عمل در موارد معین





می‌داند و از سوی دیگر، این وظیفه در صورتی وظیفه فاعل است که در آن واحد با وظیفه اخلاقی دیگری در تعارض قرار نگیرد (Ibid). راس، وظایف در نگاه نخست را بدون هیچ ادعایی درباره کامل بودن یا قطعیت آن‌ها، این‌گونه تقسیم‌بندی می‌کند (Ibid, P.21؛ همچنین، ر.ک: اترک، ۱۳۹۱، ص ۹-۱۰):

۱. بعضی از وظایف بر اعمال گذشته فاعل مبتنی هستند؛ این وظایف در دو مقوله جای می‌گیرند:

- وظیفه وفاداری؛ بر قول ضمنی فاعل مبتنی است، مثلاً در وفای به عهد و دروغ‌نگفتن؛

- وظیفه جبران؛ بر اعمال نادرست قبلی فاعل مبتنی است که باید آن‌ها را جبران کند.

۲. بعضی از وظایف بر اعمال گذشته دیگران مبتنی هستند:

- وظیفه قدردانی؛ به این معنی که فاعل باید در قبال خیرخواهی دیگران، حق‌شناس باشد.

۳. بعضی از وظایف بر واقعیت یا امکان توزیع لذت یا خوشی نامنطبق بر شایستگی‌های افراد مبتنی هستند:

- وظیفه عدالت؛ به این معنی که بعضی از وظایف بر جلوگیری از توزیع ناعادلانه منفعت‌ها و ضررها مبتنی هستند.

۴. بعضی از وظایف بر درک حضور دیگران و مسئولیت در قبال آن‌ها مبتنی است:

- وظیفه نیکوکاری؛ به این معنی که بعضی از وظایف بر این حقیقت مبتنی‌اند که ما می‌توانیم برای دیگران شرایط بهتری را از نظر فضیلت، هوش، لذت، سلامت و... ایجاد کنیم.

۵. بعضی از وظایف بر این واقعیت مبتنی‌اند که ما می‌توانیم وضعیت خودمان را از نظر فضیلت یا هوش بهبود ببخشیم:

- وظیفه خوداصلاح‌گری (بهبود وضع خود)؛ ما وظیفه داریم وضعیت خود را از نظر اخلاقی، عقلی، سلامت و... ارتقا دهیم.

۶. وظیفه‌ای که راس پیشنهاد می‌کند از وظیفه نیکوکاری جدا شود:

- وظیفه صدمه‌زدن به دیگران یا عدم‌شرارت؛ بعضی وظایف ما را ملزم می‌کنند از صدمه‌زدن به دیگران - به‌خاطر میل به این کار یا لذت‌بردن از آن - خودداری کنیم. شناخت این وظیفه، نخستین گام برای شناخت وظیفه نیکوکاری است. چند نکته درباره این تقسیم‌بندی:

(۱) این فهرست، قطعی و نهایی نیست و میان وظایف هیچ اولویتی وجود ندارد؛ در واقع، این فهرست، طبقه‌بندی در نگاه نخست وظایفی است که عقاید اخلاقی ما را منعکس می‌کنند. بنابراین، فهرستی از وظایف مشروط معتبر ماست؛ هرچند ضرورتاً کامل نیست.

(۲) هیچ دلیلی برای پیش‌بینی اینکه چرا فلان عمل وظیفه ماست، وجود ندارد؛ هر کس وظیفه خود را به‌طور قطعی و یقینی در خودش تشخیص می‌دهد (Darwall, 2003, P.60-61).

سپس، راس به تمایز بین وظایف در نگاه نخست و وظیفه واقعی (Actual Duty) اشاره می‌کند که ممکن است میان آن‌ها تضاد و تناقض وجود داشته باشد. همواره امکان دارد وظیفه‌ای واقعی یا مطلق، به‌عنوان وظیفه‌ای متضاد با وظیفه در نگاه نخست، در مقابل ما پدیدار شود و ما بر اساس آن عمل کنیم؛ زیرا وظیفه در نگاه نخست بر حسب شرایط و موقعیت‌ها الزام پیدا می‌کند.

برای مثال، وظیفه در نگاه نخست ما این است که به عهد خود وفا کنیم، اما اگر در آن واحد با وظیفه غالب‌تر، یعنی همان وظیفه واقعی یا مطلق، مواجه شویم (مانند نجات جان افراد بی‌گناه)، اخلاقاً ملزم هستیم به وظیفه خود در نجات جان دیگران عمل کنیم و وظیفه در نگاه نخست ما خودبه‌خود جایش را به وظیفه واقعی می‌دهد که برخلاف وظیفه در نگاه نخست، مطلق است و مشروط به شرایطی خاص نیست.



بنابراین، وفای به عهد و پیمان در نگاه نخست، عملی درست و وظیفه بدیهی ماست و از سوی دیگر، خلف وعده به خاطر نجات جان دیگران به طور واقعی یا مطلق، عملی درست است و این تنها با در نظر گرفتن همه شرایط مشخص و میسر می شود؛ یعنی، در ابتدای امر برای ما بدیهی نیست، ولی با در نظر گرفتن همه شرایط، به منزله وظیفه واقعی یا مطلق ظاهر می گردد (Ross, 2002, P.30).

اصول اخلاق زیستی و وظایف در نگاه نخست

در اخلاق زیستی، چهار اصل کلیدی وجود دارد که به طور آشکارا یا ضمنی می توان آن ها را در فهرست وظایف در نگاه نخست راس مشاهده یا از آن استنتاج کرد. به دلیل این قرابت و شباهت، ذکر آن ها سبب خواهد شد تا در بحث از اتانازی از دیدگاه راس، به نتایج دقیق تری برسیم. این اصول کلیدی عبارت اند از:

۱) اصل خودآیینی (Principle of Autonomy):

بر اساس مفاد این اصل، هر شخص عاقل و بالغ حق دارد نحوه درمان خود را به میل خودش انتخاب کند. ما (پزشکان) وظیفه داریم به میل و خواست او احترام بگذاریم (این اصل از اصول زیربنایی اخلاق است و مسلماً پیش فرض همه وظایفی است که راس برمی شمرد).

۲) اصل سود یا منفعت (Principle of Beneficence):

بر اساس مفاد این اصل، باید به نحوی عمل کرد که عمل ما سبب پیشبرد رفاه و منفعت دیگران شود و از ضرر و زیان آن ها جلوگیری کند. این اصل مستلزم انجام خدمتی برای دیگران است (نزدیک به مضمون وظایف در نگاه نخست نیکوکاری و خوداصلاح گری).



۳) اصل ضرر نرساندن (Principle of Non-Maleficence):

بر اساس مفاد این اصل، باید از ضرر زدن به دیگران (مخاطره بی دلیل که احتمال ضرر زدن به دیگران در آن وجود داشته باشد) اجتناب کنیم. این اصل مستلزم خودداری از انجام اعمال شروانه در مواجهه با دیگران است (شبهه وظیفه در نگاه نخست عدم شرارت).

۴) اصل حفظ حیات (Principle of Life Preservation):

بر اساس مفاد این اصل، وظیفه اخلاقی همه ماست که تا حد امکان از زندگی انسان‌ها حمایت و حفاظت کنیم. وزن این اصل بر اهمیت و توجه به زندگی انسان است، نه صرفاً بر حفظ حیات (این اصل، در حقیقت، وظیفه مطلق و حق واقعی همه انسان‌هاست) (Moreland, 1992, P.5).

کارایی این اصول و وظایف در نگاه نخست، زمانی معلوم می‌شود که فرد در عمل بدان‌ها دچار تناقض نشود و اگر شد، بتواند با عمل به یکی از آن‌ها از آن دشواری برهد؛ برای مثال، اگر یک بیمار دیالیزی عاقل و بالغ، خواستار توقف درمانش شود (که در این صورت، در اندک زمانی خواهد مرد)، اصل خودآیینی با اصول منفعت، ضرر نرساندن و حفظ حیات در تناقض قرار می‌گیرد؛ در چنین موقعیتی به کدام اصل باید عمل کرد؟

چنین مواردی نشان می‌دهند که اهمیت اصول مطلق، در درجه اهمیت یا تأثیر آن‌ها حین عمل قرار دارد. از همین رو بود که راس، فهرستی از وظایف در نگاه نخست ارائه کرد، با پذیرفتن این احتمال که ممکن است با وظایف واقعی در تراحم یا تعارض قرار بگیرند؛ وی راه برون‌رفت از این تراحم یا تعارض را عمل به وظیفه واقعی یا وظیفه نهایی (Ultima Facie Duties) می‌داند که می‌توان از این راه‌حل در مسئله تعارض اصول اخلاق زیستی بهره گرفت.



بر این اساس، می‌توان دو ویژگی برای اصول مطلق اخلاقی، البته با یک قید در نظر گرفت: ۱) آن‌ها واقعاً صحیح‌اند، خواه کسی به آن‌ها معتقد باشد خواه نباشد؛ ۲) آن‌ها در همه موارد مشابه، به طریقی اخلاقاً متناسب اطلاق می‌شوند، اما بعضی از آن‌ها ممکن است در حین عمل، نسبت به اصول دیگر، اولویت پیدا کنند و وظیفه واقعی فرد باشند (See: Ibid).

نکته مهم در این باره این است که اگر برای مثال، وظیفه در نگاه نخست که وظیفه مطلق است با وظیفه واقعی در تقابل قرار گیرد، اگرچه عمل به وظیفه واقعی اولویت پیدا می‌کند، ولی آن وظیفه در نگاه نخست از بین نرفته است و هنوز حضور کم‌رنگی دارد و این با نادیده‌انگاشتن و رهاکردن آن متفاوت است. بنابراین، لازم است در اینجا میان معافیت وظایف و استثناسدن آن‌ها تمایزی ترسیم کنیم؛ در اولویت یافتن وظایف، وظیفه نهایی سبب می‌شود که وظیفه در نگاه نخست معاف شود و عمل بدان اولویت کمتری داشته باشد. در استثناسدن وظایف، زمانی که یک وظیفه باید اطلاق شود (مثل راست‌گویی)، به دلایلی به تعطیلات می‌رود و در آن برهه هیچ حضوری نخواهد داشت. اما راس قبلاً به این پرسش که از کجا می‌توان فهمید عمل به کدام وظیفه اولویت دارد، پاسخ داده است: لحاظ کردن همه شرایط و در نظر گرفتن آن‌ها در تصمیم‌گیری (البته توسط شهود عقلی) (Darwall, 2003, P.66).

بنابراین، در مسائل مربوط به علم پزشکی باید همه شرایط و موقعیت‌ها را سنجید و آنگاه به وظیفه‌ای که اولویت پیدا می‌کند، عمل کرد. پزشکی که از ادامه درمان صرف‌نظر یا آن را منع می‌کند، باید حتماً همه شرایط را بسنجد. در ابتدا، با نگاهی گذرا به وظایف در نگاه نخست و اصول اخلاق زیستی، می‌توان تعارض انجام عمل اتانازی را به‌طور کلی با بعضی از اصول دریافت: تعارض با اصول در نگاه نخست وفاداری (چون پزشک همواره متعهد به درمان بیماران است)، نیکوکاری (چون باید همواره به دنبال ایجاد شرایط بهتر برای به‌زیستن دیگران باشیم، نه به‌مردن آن‌ها و



رهانیدن بیمار از درد و رنج، سبب به‌مردن بیمار می‌شود، نه به‌زیستن وی)، خوداصلاح‌گری (چون با انجام اتانازی وضعیت خود را بهبود نبخشیده‌ایم، بلکه از آن فرار کرده‌ایم)، صدمه زدن به دیگران (چون این وظیفه مقدم و الزامی‌تر از وظیفه نیکوکاری است، باید از صدمه زدن به دیگران یا صدمه دیدن آنان جلوگیری کنیم) و تعارض با دو اصل اخلاق زیستی ضرررساندن و حفظ حیات (چون بی-توجهی و اهمیت ندادن به مقوله حیات به اصل انسانیت ضرر می‌زند و وجود برتر انسان را به سطح حیوان کاهش می‌دهد).

بررسی جواز یا عدم جواز انواع اتانازی

در اتانازی فعال، پزشک یا فرد دیگری با انگیزه ترحم یا انگیزه‌ای مشابه به زندگی بیمار خاتمه می‌دهد. اگر این تصمیم‌گیری به درخواست بیمار باشد، اصل خودآیینی رعایت شده است؛ ما باید به خواست و میل دیگران احترام بگذاریم، هرچند تمایل به پایان دادن به زندگی خود داشته باشند. همچنین، اگر خاتمه دادن به زندگی بیمار نوعی ترحم و نیکی به وی در نظر گرفته شود، با اصل سود یا منفعت - که به معنی انجام خدمتی برای دیگران است - نیز سازگار است. برای اینکه مرگ خوب باشد، زندگی کردن باید بدتر از مردن باشد (Lacewing, 2004, P.1).

اما به‌طور شهودی درخواهند یافت که این عمل با اصول دیگر، از جمله اصول حفظ حیات و ضرررساندن و وظیفه صدمه زدن در تعارض صریح قرار دارد. اصل ضرررساندن بر اصل سود یا منفعت مقدم است و اصل حفظ حیات و توجه به انسانیت بر هر دو. لذا اگرچه اصل خودآیینی رعایت می‌شود، اصول و وظایف مهم دیگری که بر سرنوشت انسان‌ها و روابطشان با یکدیگر تأثیرگذار است، زیر پا گذاشته می‌شوند. پس، چه باید کرد؟ طبق نظر راس، برای حل این تعارض، باید با توجه به درک و دریافت شهودی از شرایط و موقعیت، به اصلی عمل کرد که در اولویت قرار دارد (Ross, 2002, P.30).





در سخت‌ترین شرایط، بیمار گرفتار درد و رنج جان‌فرسا می‌خواهد به زندگی‌اش پایان بدهند یا به او در انجام چنین کاری کمک کنند. باید توجه کرد که حق حیات، دارای ارزش ذاتی و سلب‌نشدنی است و نمی‌توان به دلیل بیماری یا به دلایل دیگر از این حق و وظیفه حفظ آن چشم‌پوشی کرد (ر.ک: پالمر، ۱۳۸۵، ص ۹۹). همچنین، وظیفه نیکوکاری از ما می‌خواهد که به بهبود وضعیت دیگران کمک کنیم، نه به ازبین‌بردنشان. اخلاق حکم می‌کند که ما در چنین شرایطی در پی حفظ حیات و نیکوکاری باشیم، و گرنه در شرایط عادی، عمل به این اصول و وظایف از مسلمات است.

اگر این تصمیم‌گیری به درخواست خانواده یا بستگان بیمار باشد، اصل سود یا منفعت در نظر گرفته شده، ولی اصول دیگر، به‌ویژه اصل خودآیینی لحاظ نشده است. همچنین، دیگر وظایف نیز نادیده گرفته شده است و اگرچه این تصمیم به وظیفه نیکوکاری نزدیک است، بر اساس مفاد وظیفه نیکوکاری ما باید به دیگران برای سالم‌شدن و سالم‌ماندن کمک کنیم، نه در حذف درد و رنجشان از طریق کشتن آنان. در حقیقت، با انجام اتانازی فعال، آخرین در نیز به روی بیمار بسته می‌شود؛ چراکه ممکن است تشخیص اشتباه بوده باشد یا اینکه امکان یا امکانات بهبود وضعیت بیمار و نجات و حفظ بقای او ایجاد شود (به هر دلیل دیگری). علم پزشکی از جمله علوم تجربی است و هیچ‌گاه نباید در آن نظری را به طور قطعی ابراز کرد (Nilsson, 2005, P.3).

در چنین شرایطی، افراد به‌طور شهودی درخواست می‌کنند که این تصمیم با وظیفه صدمه‌نزدن و دو اصل ضرر‌نرساندن و حفظ حیات در تعارض قرار می‌گیرد و از آنجا که تصمیم واقعی خود شخص را نمی‌دانند، به نظر می‌رسد باید از فکر اتانازی غیردوطلبانه بیرون بیایند؛ زیرا وظیفه صدمه‌نزدن بر وظیفه نیکوکاری مقدم است و اصل حفظ حیات بیان می‌کند که باید حیات را پاس داشت و انسان نباید به‌هیچ‌وجه درباره ارزش ذاتی افراد و ادامه یا خاتمه حیات آن‌ها تصمیم‌گیری کند (Ibid, P.2).

در اتانازی منفعل، بر اساس اصول و وظایف بالا، پزشک به طور شهودی درمی یابد که نمی تواند درمان بی فایده و تلاش برای زنده نگه داشتن بیمار علاج ناپذیر را بنا به تشخیص خود رها کند یا بیمار را از درمان بی فایده منع کند، اما به درخواست خود بیمار، مجاز به انجام چنین کاری است. برای درک بهتر این جواز و عدم جواز، نگاهی مختصر خواهیم داشت به وظایف اخلاقی ای که ادموند پلگرینو^۱ معتقد است پزشکان در همه حال برای اینکه تصمیم هایشان اخلاقی و صحیح باشد، باید آن ها را رعایت کنند (Ibid, P.2):

(۱) قتل نکردن (هنر پزشکی، هنر شفادادن و بازگرداندن سلامت بیمار است، نه به هیچ طریقی کشتن یا سبب مرگ وی شدن)؛ (۲) تلاش برای بهبود وضعیت بیمار (که باید برای شفادادن و سالم کردن وی باشد یا برای کاهش درد، نه برای کشتن او. در نهایت، وقتی از نظر علمی، امکان شفا وجود ندارد، مشاوره، راهنمایی و هم دردی با بیمار و خانواده او حتماً مؤثر است)؛ (۳) عدم خلف وعده (وعده و میثاق ضمنی هر پزشک با بیمار خود، کمک به درمان اوست. بنابراین، پزشک هرگز نباید به آسیب و ضرر رساندن به بیمارش راضی شود، حتی اگر خود بیمار آرزوی مرگ کند)؛ (۴) عدم مصالحه یا سازش درباره ارزش ذاتی بیمار؛ (۵) دروغ نگفتن؛ (۷) پرهیز از هم دستی - هر چند صوری - در انجام اعمال شرورانه.

همان طور که مشاهده شد، وظایف ساده و ابتدایی بالا که هر پزشکی ملزم به رعایت آن هاست، عدم جواز اتانازی منفعل غیر داوطلبانه را تأیید می کنند. در شکل داوطلبانه، هر چند تأکید بر آن است که پزشک صرف نظر کردن یا توقف درمان را از سوی بیمار نپذیرد و از وی بخواهد به درمان ادامه بدهد، ولی نمی تواند او را به ادامه درمان مجبور کند؛ پزشک ناگزیر باید به خود آیینی بیمار احترام بگذارد و تصمیم او را بپذیرد. در حالت تجویز دارو برای تسکین درد که پیامد عرضی آن مرگ بیمار



است نیز چنین است؛ پزشک در اصل، بر اساس وظایف نیکوکاری و عدالت و اصل سود یا منفعت می‌کوشد بیمار را از درد غیرقابل تحمل رهایی بخشد و برای تسکین درد وی خدمتی بکند. او حتی به اصل حفظ حیات هم نظر دارد؛ چون این فعل وی، متوجه زندگی بی‌درد یا همراه با درد قابل تحمل برای بیمار است.

درباره اتانازی فعال و منفعل اجباری، وضعیت مشخص است؛ این نوع اتانازی با هیچ‌یک از اصول و وظایف سازگاری ندارد و با قتل نفس یکی است. تلقین خودکشی نیز با هیچ‌کدام از اصول و وظایف سازگاری ندارد و به‌ویژه با وظایف نیکوکاری و صدمه‌نزدن به دیگران و اصل حفظ حیات و ضرر نرساندن و حتی با اصل خودآیینی هم سازگاری ندارد؛ چون بیمار فریب می‌خورد و تحت شرایط نامساعد دست به خودکشی می‌زند، در حالی که در شرایط معمولی، بعید به نظر می‌رسد چنین کند.



نتیجه گیری

از میان انواع مختلف اتانازی، آنچه بر اساس بعضی از مهم ترین اصول و مبانی اخلاقی راس، پذیرفتنی است، اتانازی منفعل داوطلبانه و انجام درمان های تسکینی برای تخفیف درد بیمار است. به طور کلی، می توان دیدگاه راس را درباره انواع مختلف اتانازی در جدول زیر مشاهده کرد:

نوع اتانازی	پذیرش	عدم پذیرش
فعال داوطلبانه		✓
فعال غیر داوطلبانه		✓
منفعل داوطلبانه	✓	
منفعل غیر داوطلبانه		✓
اجباری		✓
تلقین خودکشی		✓
تجویز دارو برای تسکین درد	✓	

به هر حال، دیدگاه اخلاقی راس، یکی از تأثیر گذارترین دیدگاه های طبی تاریخ فلسفه اخلاق بوده است.

لذا تحلیل و تفسیر دقیق دیدگاه وی درباره بسیاری از مسائل نوپدید، می تواند راهنمای اخلاقی خوبی برای افراد و بالاخره، پاسخی اخلاقی به مسائل باشد.

بحث های فراوانی درباره اتانازی و به ویژه نوع منفعل آن، در میان پزشکان و دیگر دست اندرکاران پزشکی در کشور ما وجود دارد که در این میان، ورود



اخلاق‌دانان و تحلیل دیدگاه‌های اخلاقی را در این حوزه ضروری کرده است. هدف ما در این مقاله این بود که نشان دهیم اگر وظیفه‌گرایی، آن هم از نوع شهودباور را معیار و محک عمل قرار دهیم، صرفاً برای همان دو نوع اتانازی یادشده، می‌توان جواز اخلاقی صادر کرد.



کتاب‌نامه

۱. اترک، حسین (۱۳۹۱)، «تحلیل مفهوم وظیفه در نگاه نخست در اخلاق دیوید راس»، معرفت اخلاقی، سال سوم، ش ۲، ص ۵-۲۶.
۲. اسلامی، سید حسن (۱۳۸۶)، کرامت انسانی و حق به‌مرگی، همایش اصول و مبانی کرامت انسان، جلد ۵، صص ۲۶-۱۱۸.
۳. پالمر، مایکل (۱۳۸۵)، مسائل اخلاقی، ترجمه علیرضا آل‌بویه، قم: پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی.
۴. دنسی، جان‌اتان (۱۳۹۲)، «شهودگرایی اخلاقی»، ترجمه انشاءالله رحمتی، نشریه اطلاعات حکمت و معرفت، ش ۹۴، ص ۸-۵۶.
۵. صانعی، منوچهر (۱۳۶۸)، فلسفه اخلاق در تفکر غرب، تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
۶. موحدی، محمدجواد و کمال حیدری (۱۳۹۴)، «اتانازی از منظر وظیفه‌گرایی عقل‌باور کانت»، فلسفه، ۴۳:۲، صص ۱۱۳-۹۵.
۷. موحدی، محمدجواد و غلامحسین توکلی (۱۳۹۴)، «اتانازی از منظر وظیفه‌گرایی دین‌باور»، اخلاق پزشکی، ۹:۳۴، صص ۸۶-۱۶۵.
۸. وارنوک، ج. (۱۳۶۸)، فلسفه اخلاق در قرن حاضر، ترجمه صادق‌الله لاریجانی، چاپ دوم، تهران: دفتر نشر کتاب.
۹. وارنوک، مری (۱۳۸۰)، فلسفه اخلاق در قرن بیستم، ترجمه ابوالقاسم فنایی، قم: بوستان کتاب.
10. Baergen, R. (2001), *Ethics at the End of Life*, Canada: Wadsworth.
11. Darwall, S. (2003), *Deontology*, London: Blackwell Publishing.
12. Fieser, J. (2006), "Ethics", UTM, PP.6-7, [Http:// WWW.UTM.Edu/~jfieser/](http://WWW.UTM.Edu/~jfieser/)
13. Lacewing, M. (2009), *Euthanasia in: Key Themes in Philosophy*, London: Routledge.



14. Lindsay, Ronald A. (2013), *Euthanasia, the international encyclopedia of ethics*, edited by Hugh LaFollette, Volume 3, Wiley and Blackwell publishing.
15. Moreland, J.P. (1992), “The Euthanasia Debate: Understanding the Issues”, *The Christian Research Journal*, Winter.
16. Nilsson, F. (2005), Euthanasia and Deontology from a Utilitarian Perspective, Lunds Universitet, fpr 520, Biomedicinsk Etik hostterminen.
17. Onions, C. T. (1998), *The Shorter Oxford English Dictionary Oxford*, Clarendon Press.
18. Ross, W. D. (2002), *The Right and the Good*, Edited by Philip Stratton-Lake, New York: Oxford University Press.

References

1. Atrak, H. (2012), "Analyzes duty in prima face", *Ethical knowledge*, No.3, 2 (5-26).
2. Baergen, R. (2001), *Ethics at the End of Life*, Canada, Wadsworth.
3. Dancey, J. (2013), "Ethical intuitionism", *Marefat*, 94 (56-8).
4. Darwall, S. (2003), *Deontology*, London: Blackwell Publishing.
5. Eslami, H. (2007), *human value and the right of euthanasia*, congers of the principle of human right, vol5.
6. Fieser, J. (2006), "Ethics", UTM, PP.6-7, [Http://WWW.UTM.Edu/~jfieser/](http://WWW.UTM.Edu/~jfieser/)
7. Lacewing, M. (2009), *Euthanasia in: Key Themes in Philosophy*, London: Routledge.
8. Lindsay, Ronald A. (2013), *Euthanasia, the international encyclopedia of ethics*, edited by Hugh LaFollette, Volume 3, Wiley and Blackwell publishing.
9. Moreland, J.P. (1992), "The Euthanasia Debate: Understanding the Issues", *The Christian Research Journal*, Winter.
10. Movahedi, M. J. and K. Heydari (2015), "Euthanasia From the point of view of Kant's rationalism", *Philosophy*, 43: 2, p. 113-95.
11. Movahedi, M. J. and G. H. Tavakoli (2015), "Euthanasia of religious conscientiousness", *Medical Ethics*, 9:34, p. 86-165.
12. Nilsson, F. (2005), *Euthanasia and Deontology from a Utilitarian Perspective*, Lunds Universitet, fpr 520, Biomedicinsk Etik hostterminen.
13. Onions, C. T. (1998), *the Shorter Oxford English Dictionary Oxford*, Clarendon Press.
14. Palmer, M. (2006), *Ethical problems*, Translated by A Aleboie, Teharn, Samt Pub.
15. Ross, W. D. (2002), *the Right and the Good*, Edited by Philip Stratton-Lake, New York: Oxford University Press.
16. Sanei. M. (1989), *Ethics in western thought*, Tehran: Beheshti University.
17. Warnock, J. (1989), *Ethics in current century*, 2ed, Tehran: Nashre ketab.
18. Warnock, M. (2001), *Ethics in 20 century*, Qom: bostane ketab.