یوتانازی (مرگ آسان) آری یا خیر؟(چالشی در آموزش بالینی)

علیرضا یوسفی، مهرداد آذربرزین*، الهه سادات ضیایی

چکیده

مقدمه: یوتانازی (مرگ آسان) از شایع‌ترین سؤالات و در ضمن از بحث‌انگیزترین مباحث در حوزه آموزش بالینی است. این مقاله درصدد بررسی نظریات گوناگون مطرح شده در این زمینه است.

روش‌ها : مقاله حاضر نوعی مقاله مروری است که با جستجوی منابع کتابخانه‌ای و بانک‌های اطلاعات علمی و با استفاده از موتورهای جستجوگر در مقالات منتشر شده در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ انجام گردیده است.

نتایج: اظهارنظر در این زمینه با توجه به مبانی دینی و اخلاقی، متفاوت و بعضاً کاملاً مغایر است. حتی در جوامعی که موافقت نسبی بیشتری با یوتانازی (مرگ آسان) وجود دارد محدودیت‌ها و شرایط سختی برای انجام آن وجود دارد، لذا پاسخ آری یا خیر به این سؤال چالش ادامه داری در نظام آموزش پزشکی است.

نتیجه‌گیری: با عنایت به این که حتی در جوامعی که با یوتانازی موافق هستند، محدودیت‌های زیادی در زمینه اجرای این روش تعیین شده است و با عنایت به این که نمی‌توان به طور قطع مشخص کرد که آیا همه این شرایط رعایت می‌گردد یا نه لذا به نظر می‌رسد که پاسخ سؤال «یوتانازی آری یا خیر» هنوز در پرده‌ای از ابهام قرار داشته و نیاز به مطالعات و تحقیقات بسیار وسیع تری دارد.

واژه‌های کلیدی: یوتانازی، مرگ آسان، اخلاق پزشکی، آموزش بالینی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ویژه‌نامه توسعه آموزش و ارتقای سلامت/ اسفند۱۳۹۰؛ ۱۱(۹): ۱۳۳۲ تا ۱۳۴۳

مقدمه

چند روز پیش در یکی از بخش‌های بیمارستان پیرمردی فرتوت و بسیار سال‌خورده را دیدم که از شدت درد فریاد می‌کشید و آرزوی مرگ می‌کرد. از پرستار بخش علت را جویا شدم و او جواب داد که این مرد مبتلا به تومور مغزی بوده و به علت سن بالا امکان انجام جراحی تسکینی برای وی نیست و همچنین به علت مشکل تنفسی که دارد، استفاده بیشتر از مسکن‌های مخدر نیز مجاز نیست. یکی از دانشجویان پرستاری که در بخش مشغول کارآموزی بود از من پرسید: اگر طبق تعریف ویرجینیا هندرسون «پرستاری کمک به افراد سالم یا بیمار در انجام آن دسته از فعالیت‌هایی است که با سلامتی یا بهبودی یا مرگ با آ رامش مشارکت می‌کند»(۱). پس آیا می‌توان جهت کمک به مرگ آسان این فرد اقدام نمود و از یوتانازی یا مرگ آسان استفاده نمود؟ این پرسش و سؤالات مشابه آن مواردی است که مربیان آموزش بالینی با آن بسیار مواجه می‌شوند و جواب دادن به آن نیاز به بررسی یوتانازی از دیدگاه‌های مختلف دارد.

یوتانازی در اصل واژه‌ای یونانی است که از دو جزء Eu به معنی خوب و آسان و Thanasia به معنی مرگ تشکیل شده است. لغت Thanasia نیز از Thanatus که الهه مرگ یونان باستان بوده است اتخاذ شده است.

* **نویسنده مسؤول:** مهرداد آذربرزین، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، اصفهان، ایران.
m-azarbarzin@pnm.iaun.ac.ir
دکتر علیرضا یوسفی (دانشیار)، آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،اصفهان، ایران. (aryousefy@edc.mui.ac.ir)؛
الهه سادات ضیایی، دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (ziaee70@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۹، تاریخ اصلاحیه: ۹۰/۱۱/۱۱، تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۱/۱۸

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

زیگموند فروید از تاناتوس به عنوان غریزه نیستی و نابودی استفاده کرده است،بنابراین با توجه به ریشه این لغت می‌توان به کهن بودن این بحث پی برد(۲).

آنتون و هوف عقیده دارند که:اسم euthanasia، صفت euthanatos، قید euthanat و فعل euthanatize در قرن چهارم و سوم قبل از میلاد مسیح شکل گرفته است. به نظر می‌رسد که اولین بار این کلمات توسط طنز نویسان یونانی نظیر مناندر،پوسیدیپوس و کراتینوس در نمایش نامه‌هایی که در آن یک آدم خوشگذران از چیزی در زندگی لذت می‌برد و درخواست مرگ در آن لحظه را می‌کرد، به کار برده شده است.

در قرن دوم قبل از میلاد مسیح یک منجم رومی به نام وتیوس والنس مرگ خوب را این گونه توصیف کرده است «کسانی که در صور فلکی خوبی متولد شده‌اند پس از خوردن غذا، در حالت سیری، پس از خوردن مشروب، پس از مقاربت یا در اثر سکته می‌میرند. این نوعی از مرگ ناگهانی و بی‌سر و صداست که امپراطور آگوستوس برای خود آرزو می‌کرد». بر اساس نظر وی هر وقت شنیده می‌شد که شخصی سریع و بدون درد مرده است، افراد برای خودشان و افراد دیگر خانواده یوتانازی یا همین مرگ آسان را درخواست می‌نمودند. بنابراین لغت یوتانازی در آن زمان واژه‌ای محبوب بوده است و برای رومیان این واژه معنایی خاص داشته است(۳).

باید در نظر داشت که واژه یوتانازی مصطلح رایج امروزی، مفهومی بسیار وسیع‌تر و عمیق‌تر یافته است. یوتانازی به معانی مصطلح نظری، مرگ آسان،مرگ بدون درد، کشتن از روی ترحم یا نجات، بیمار کشی طبی، تسریع مرگ محتضر، مرگ آرام، مرگ با عزت، مرگ شیرین و مرگ داوطلبانه به کار گرفته می‌شود. تعدد معانی خود حاکی از دیدگاه‌های مختلف صاحب‌نظران به مقوله چند بعدی بسیار پیچیده آن است(۲).

هوبین عقیده دارد که: امروزه یوتانازی را بایستی به صورت انجام عملی به صورت عمدی (یا انجام ندادن کاری) به منظور اجازه دادن مرگ کسی با هدف سود رساندن به آن فرد تعریف نمود(٤).

بسیج می‌نویسد: «این واژه در ابتدا با مسائل پزشکی و اخلاق پزشکی و درمان بیماران ارتباطی نداشت و به طور سنتی در معنای «مرگ راحت» مطرح می‌شد و در موقعیتی به کار می‌رفت که فرد با مرگی ناگهانی در زمان بسیار کوتاهی بدون درد و رنج بمیرد. تفاوتی نبود که از اصابت گلوله در جنگ در یک لحظه بمیرد و یا این‌که به صورت تصادفی ضربه‌ای به او وارد شود و یا به دلایلی دیگر.

امروزه، جهت این اصطلاح تغییر کرده و وارد حوزه پزشکی شده و به عنوان یکی از بحث‌های مهم در اخلاق و آموزش پزشکی مطرح شده است؛ این‌که آیا درمان‌گرها می‌توانند در امر مرگ بیماران مداخله کند به گونه‌ای که مداخله پزشک و یا عدم اقدام او در درمان بیماری‌های سخت باعث مرگ بیماران شود؟ این امر باعث شد که اصولاً یوتانازی تحت عنوان «قتل از روی ترحّم» و یا اهدای مرگ به بیماری که دارای درد و رنج زیاد است، مطرح گردد؛ یعنی، نقش داشتن پزشک در تسریع مرگ بیمار. به عبارت روشن‌تر، یوتانازی هر عملی است که به فرد کمک کند که مرگی آرام و راحت و فاقد درد و رنج را تجربه کند. به دیگر سخن، یوتانازی یعنی کوتاه کردن مدّت درد و رنج بیمار درمان‌ناپذیری که با توجّه به دانش فعلی پزشکی هیچ امیدی به درمان و بهبودی او نیست(۵).

یکی از مشهورترین سوابق یوتانازی در جریان جنگ دوم جهانی دیده شده است. در ۱۹۳۹ میلادی، آلمان نازی یک یوتانازی غیرداوطلبانه و سری را طراحی نمود. در این طرح – عملیات T4 – کودکان زیر ۳ سال که دارای عقب ماندگی ذهنی یا نقص عضو یا ناتوانی جسمی اساسی بودند، کشته شدند. این طرح بعدها شامل کودکان بزرگتر و بزرگسالان نیز گردید. بیماران روانی تیمارستان‌های آلمان و اتریش به همین جهت به شش اردوگاه مرگ

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

منتقل می‌شدند. برنامه T4 پس از آن به اردوگاه‌های کار و بازداشتگاه‌های اسرا نیز سرایت کرد به نحوی که زندانیانی که به شدت بیمار بودند در این برنامه قرار می‌گرفتند. نمونه‌ای دیگر در دهه اخیر، پیر جورجیو ولبی یک نویسنده ایتالیایی بود که به خاطر وخامت اوضاع بیماری‌اش اقدام به یوتانازی کرد. اما کلیسای ایتالیا اجازه نداده بود برای او مراسم مذهبی بگیرند و این مسأله طرف‌داران یوتانازی را ناراحت کرده بود.

اما یکی از جنجالی‌ترین پرونده‌هایی که مطرح شده، موضوعی که در فضای رسانه‌ای محافظه‌کار اروپا، طرح آن جسارت خاصی می‌خواست، این ادعاست که پاپ ژان پل دوم، رهبر سابق کلیسای کاتولیک که مخالف اصلی یوتانازی بود، خود درخواست یوتانازی کرده‌است(٦). خانم دکتر پاوانلی، یک ایتالیایی متخصص بیهوشی و از طرف‌داران یوتانازی است. وی مقاله‌ای را در یک مجله محلی ایتالیایی منتشر کرد که در آن باتوجه به بررسی‌های وی روی فیلم‌های مربوط به آخرین روزهای زندگی پاپ، این‌طور ادعا کرده بود که اقدامات درمانی‌ای که روی پاپ ژان پل‌دوم انجام می‌شد، برای مراقبت و زنده نگه‌داشتن او کافی نبوده است. دکتر پاوانلی ادعا می‌کند احتمالاً پاپ از این موضوع آگاه بوده و تیم پزشکی وی آگاهانه زمینه مرگ او را فراهم کرده‌اند(٧).

برخی منابع یوتانازی را به دو دسته عمده تقسیم می‌کنند:

١. یوتانازی فعال در مقابل یوتانازی غیرفعال- یوتانازی فعالانه وقتی است که عملی را در جهت مرگ شخصی که مردن وی مورد تردید است انجام دهیم. وقتی یوتانازی با انجام ندادن عملی (یا حذف یک عمل) همراه باشد آن را یوتانازی غیرفعال می‌نامند.

٢. یوتانازی اختیاری - غیراختیاری و غیرعمدی- یوتانازی اختیاری وقتی انجام می‌گرددکه رضایت آگاهانه و اختیاری از بیمار گرفته شود. اما یوتانازی غیراختیاری به معنی یوتانازی مخالف با خواست بیمار نیست و این حالت به معنی یوتانازی بدون رضایت بیمار است که این مورد گاهی مواردی که بیمار قادر به دادن رضایت نیست (مثلاً بیمار در حال اغما یا نوزاد) را شامل می‌گردد و نقطه مقابل رضایت اختیاری، رضایت غیرعمدی است که یوتانازی مخالف با خواسته بیمار است(٤).

اما برخی منابع عقیده دارند که چهار نوع یوتانازی بایستی از هم افتراق داده شوند، این‌ها عبارتند از: ١) یوتانازی فعال اختیاری، که مداخلات پزشکی به درخواست بیمار برای پایان دادن به زندگی فرد انجام می‌شود.٢) یوتانازی غیرفعال اختیاری، که اقدامات درمانی بنا به درخواست بیمار به منظور پایان دادن به زندگی، حذف شده و یا انجام نمی‌گردند.٣) یوتانازی فعال غیراختیاری که مداخلات پزشکی به قصد پایان دادن به زندگی بیمار بدون درخواست بیمار انجام می‌شود و ٤) یوتانازی غیرفعال غیراختیاری، که مداخلات پزشکی به منظور پایان دادن به زندگی بیمار، بدون درخواست بیمار انجام نشده و یا حذف می‌گردد.

علاوه بر اینها روش «خودکشی کمک شده توسط پزشک» هم وجود دارد که خودکشی به وسیله مواد کشنده تجویز شده یا آماده شده و یا داده شده به بیمار، توسط دکتر با هدف کمک به بیمار برای ارتکاب به خودکشی است که توسط خود بیمار مصرف می‌گردد و نهایتا واژه «اثر دوگانه» نیز وجود دارد که برای تجویز داروها (معمولاً دوزهای بالای مخدرها) با قصد کاهش درد، اما با علم به این که این موارد ممکن است مرگ را تسریع نماید، به کار می‌رود اگرچه ممکن است که تسریع مرگ هدف اصلی نباشد(٨).

حال به هر صورت که یوتانازی تعریف گردد مسأله مهم این است که آیا یوتانازی را می‌توان در مورد بیماران به کار برد و آیا استفاده از این روش اخلاقی و قانونی است؟

بحث در مورد اصول اخلاقی و قانونی بودن مرگ داوطلبانه (یوتانازی) بیشتر در نیمه آخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست و یکم مطرح شد. بسیار قبل‌تر از آن

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

رومی‌ها و یونانیان باستان اعتقاد داشتند که نباید به هر قیمت زندگی را حفظ کرد و براساس همین اعتقاد نسبت به خودکشی افرادی که امیدی به درمان آنان وجود نداشت نرمش نشان می‌دادند. توماس مور، فیلسوف انگلیسی قرن شانزدهم در تعریف جامعه آرمانی می‌گوید جامعه‌ای آرمانی است که مرگ افرادی که رنجی طاقت‌فرسا از بیماری لاعلاج را تحمل می‌کنند را فراهم سازد(۹). اما آیا پزشکانی که در سوگندنامه بقراط قسم می‌خورند که: «من هرگز داروی کشنده‌ای را به بیماری نخواهم داد حتی اگر خودش بخواهد و هرگز چنین کاری را به کسی پیشنهاد نمی‌نمایم»(٤)، می‌توانند سوگند خود را شکسته و این عمل را برای بیمارانشان انجام دهند؟و از طرف دیگر با عنایت به این که علم پزشکی هر روزه و شاید بتوان گفت هر ساعت در حال پیشرفت است، از کجا معلوم که این بیماری که ما زندگی وی را پایان دادیم در ساعتی دیگر درمان بیماریش کشف نگردد این مقاله کاوشی مختصر در مورد این سؤالات و چالش‌ها است.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مروری بوده که با هدف بررسی با استفاده از منابع کتابخانه‌ای در زمینه یوتانازی وهمچنین استفاده از جستجوی مقالات با موتورهای جستجوگر اینترنتی و سایت‌های معتبر علمی از قبیل digitallibraryplus pubmed ,medlib googlescholar. و با کلید واژه‌های مختلفی از قبیل یوتانازی، یوتانازی و فلسفه، یوتانازی و مذهب، یوتانازی و اخلاق در مقالات سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ انجام گردیده است. در مجموع حدود ۸۰ منبع مختلف در این زمینه استخراج شد و سپس بنا به تناسب مقالات یافته شده با مسائل اخلاقی و قانونی موجود در زمینه یوتانازی، از تعدادی از آنها در مقاله حاضراستفاده گردید.

نتایج

در رابطه با واژه‌های زنده بودن، رنج بردن و مرگ، اغلب ما می‌خواهیم اولی را طولانی کرده، دومی را به حداقل برسانیم و سومی را با سرعت پشت سر بگذاریم. اگرچه در زمینه مرگ دو دیدگاه مختلف با هم در تضاد هستند. دیدگاه اول بیان می‌کند که طول زندگی ما در دست قدرت برتری است و مرگ فقط می‌تواند پذیرفته شود، وقتی که زمان آن فرا برسد. اما دیدگاه دوم آن است که، ما استقلال کامل در قبال این که چگونه زندگی کنیم داریم و ما می‌توانیم انتخاب کنیم که چگونه و در چه زمان بمیریم. ما قطعا در زمانی زندگی می‌کنیم که ظرفیت‌های بشری برای کنترل مرگ وجود دارد، اما وقتی لازم می‌شود که درباره این کنترل (یعنی به وسیله چه کسی و چه مقداری) بحث کنیم، در مواردی مثل مسائل خانواده‌ای که به آن وابسته هستیم و مبحث جامعه و اخلاق گرفتار می‌شویم(۱۰)

مسأله اخلاق در پزشکی بیش از همه با اندیشه‌ها و تفکرات فلاسفه بزرگی چون سقراط (۲۹۹-٤۷۰ ق. م)، افلاطون (۳٤۷-٤۲۷ ق. م) و ارسطو (۳۲۲-۳۸٤ ق. م) پیوند و نزدیکی داشته است.این متفکران یونانی، علم اخلاق را در کنار علم پزشکی فراگرفته بودند و آن را «هنر زیستن» و «مراقبت و مواظبت از نفس» توصیف می‌نمودند. در همان دوران، بقراط (۳۸۰-٤۵۰ ق. م) سوگندنامه معروف خود را تنظیم کرد. بقراط اولین کسی بود که مبانی اخلاقی را در قالب قسم‌نامه با طبابت درآمیخت. سوگندنامه بقراط در حقیقت به منزله یک تعهدنامه اخلاق برای متون و به کار بستن اصول اخلاقی حرفه پزشکی محسوب می‌شد. اما پس از آن دوران، با پدید آمدن نظریات مختلف در حیطه فلسفه اخلاق، حوزه اخلاق پزشکی نیز تحت تأثیراتی قرار گرفت. عمده‌ترین مکاتب فلسفی اثرگذار در این حیطه، مکتب کانتی (وظیفه‌مدار)، مکتب اخلاقی نفع‌مدار، و مکتب اخلاق فضیلت‌مدار بوده‌اند(۱۱).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

شارما معتقد است: از بین نظریات مختلف اخلاقی دو نظریه غالب فلسفی در طی دو قرن گذشته برای شرح دادن تمامی وقایع اجتماعی پدیدار شده است: ۱) نظریه علم اخلاق یا دئونتولوژی و ۲) نظریه نتیجه گرا

واژه دئونتولوژی از لغت یونانی وظیفه (deon) و علم یا مطالعه (logos) گرفته شده است.در رابطه با فلسفه اخلاق، دئونتولوژی یکی از انواع تئوری‌های هنجاری است که نیازمند انتخاب، ممنوعیت و اجراهای اخلاقی است. به عبارت دیگر دئونتولوژی با دامنه‌ای از تئوری‌های اخلاقی که انتخاب‌های ما را در زمینه آنچه بایستی انجام دهیم راهنمایی و بررسی می‌کند و در تضاد با تئوری‌هایی است که حداقل به صورت پایه، این که ما چه انسانی هستیم و چه باید باشیم را بررسی می‌کنند. این تئوری در مقابل تئوری نتیجه‌گراست که در آن انتخاب‌ها (عمل و یا قصد) با توجه به نتیجه آن بررسی می‌گردد(۱۲). نظریه نتیجه گرا عقیده دارد که برآیند کارها، ارزش اعمال را تعیین می‌کنند، در حالی که معتقدان به علم الاخلاق عقیده دارند که اصول پایه هستند که صحیح و غلط بودن کار را مشخص می‌کنند و نه برآیندها. اخلاق پزشکی عموما اقدامات علم الاخلاق را در نظر دارد. اصول هدایت‌کننده علوم پزشکی مثل استقلال، سود رسانی، بی‌ضرر بودن و صداقت معمولاً کمتر با نظریه نتیجه گرا همخوان می‌باشند(۱۳).

بر اساس این دو دیدگاه در رابطه با مسائل مختلف پزشکی به خصوص مواردی که با مرگ و زندگی همراه هستند، دیدگاه‌های متنوعی ایجاد شده است. یوتانازی و خودکشی کمک شده توسط پزشک در حیطه‌های پزشکی بسیار بحث‌برانگیز هستند.

در سال‌های اخیر سه کشور اروپایی (بلژیک و هلند در ۲۰۰۲ و لوگزامبورگ در ۲۰۰۹) و دو ایالت آمریکا (ارگون در ۱۹۹۷ و واشینگتن در ۲۰۰۹) یوتانازی و خودکشی کمک شده توسط پزشک را تحت شرایطی خاص قانونی اعلام کرده‌اند(۱٤). اما در بسیاری از کشورها قانونی کردن استفاده از این روش بسیار بحث‌برانگیز است و این امر سبب شده که این روش‌ها در تعداد کمی از کشورها استفاده گردد.

سامی به نقل از تولوچ می‌نویسد: جامعه لیبرال به معنی جامعه‌ای است که اصول آزادی اشخاص تا حدی که به آزادی دیگران صدمه‌ای وارد نکند، رعایت گردد و مردم بایستی برای انتخاب و تصمیم‌گیری در زندگی خود آزاد باشند. عمل کردن بر قانون بایستی تا جایی که اصول اخلاق بشری حفظ گردد رعایت شود و مرز محکمی بین اخلاق شخصی و مداخلات قانونی وجود داشته باشد و در جامعه لیبرال قانون نبایستی اخلاق یا مذهب را تحمیل کند.

وی که از مخالفان قانونی شدن یوتانازی است می‌گوید: طرف‌داران یوتانازی چهار اصل را در زمینه یوتانازی مطرح می‌کنند:۱- استقلال فردی و اصل انتخاب ۲- بازگشت به اصل زندگی باوقار۳- کاهش رنج ٤- صداقت و نیاز به درمان منصفانه و مخالفان این مسأله هفت اصل را در مورد رد آن مطرح می‌نمایند: ۱- قداست زندگی ۲- احتمال تشخیص اشتباه و بهبودی ۳- احتمال سوء استفاده (نقش مداخلات وابستگان) ٤- عدم لزوم انجام (اغلب توسط متخصصان پزشکی رخ می‌دهد و بنابراین قابل پیگیری قانونی نیست) ٥- تبعیض (زنده ماندن برخی افراد نسبت به دیگران مهم‌تر است) ٦- انتخاب‌های غیرعاقلانه و همراه با بی‌احتیاطی و ۷- جملات بی‌ثبات و منحرف‌کننده (مثل یوتانازی اختیاری و غیراختیاری). که وی معتقد است خود این مورد آخر به تنهایی می‌تواند منشاء بسیاری از سوءاستفاده‌ها و انجام یوتانازی‌های بی‌مورد گردد(۱٥).

موافقان بعد اجتماعی یوتاناری معتقدند: ۱- هر شخصی این حق را دارد که مستقلانه طرح زندگی خویش را برنامه‌ریزی کرده و سرنوشت خویش را رقم بزند. برای جلوگیری از محروم شدن افراد از این حق، حقوق بشر این آزادی را ضمانت می‌کند. ۲- افراد حق دارند که

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

تصمیم بگیرند چه چیزی نشان‌دهنده سلامت آنهاست. ۳- ما یوتانازی را انجام داده ولی اسم آن را محروم کردن از حمایت‌های زندگی می‌گذاریم. بنابراین محروم کردن بیمار از درمان‌های حمایت زندگی را هم بایستی یوتانازی نامید.

اما مخالفان این جنبه عقیده دارند: ۱- این امر واقعاً اشتباه است که در خودکشی فردی کمک کنیم یا وی را به قتل برسانیم. ۲- با انجام یوتانازی برای بیماران ما نسبت به مفهوم مقدس زندگی اهانت کرده و منجر به از بین رفتن ارزش آن می‌شویم و اگر ضوابط یوتانازی و یا یوتانازی‌های احتمالی را برای افراد روانی، افراد دچار ناهنجاری یا سرباران جامعه انجام دهیم که این اهانت تشدید هم می‌گردد.۳- افرادی که قادر به پرداخت هزینه‌های درمانی خود نبوده و یا آنهایی که بار مالی زیادی را به خانواده خود تحمیل می‌کنند، به نظر می‌رسد که بیشتر احتمال یوتانازی را برای خود ایجاد کنند. ٤- قانونی کردن یوتاناری ممکن است تنفر از خودکشی را کاهش داده و منجر به بی‌ارزش شدن زندگی به صورت عمومی گردد.

از نظر اخلاقی نیز موافقان یوتانازی عقیده دارند: ۱- بیماران دارای حق استقلال برای تصمیم‌گیری درباره خاتمه دادن به زندگی خود هستند و پزشکان وظیفه دارند که به بهترین انتخاب بیمار که توسط بیمار به کمک توصیه‌های پزشکی گرفته شده است، احترام بگذارند. ۲- ادامه دادن نادیده گرفتن آرزوی بیمار برای یوتانازی توسط پزشکان، و فریب دادن خود با استفاده از تکنولوژی‌های پزشکی، منجر به رنج‌های غیرضروری و نامحسوس تعداد زیادی از بیماران در مراحل آخر زندگی می‌شود. ۳- التزام پزشکان به ایجاد تعامل قابل اعتماد بیمار – پزشک ایجاب می‌کند که پزشک یوتانازی را انجام داده یا در خودکشی کمک شده مشارکت کند. علاوه بر آن ممکن است بیمار احساس رهایی از تنش و وابستگی را تجربه نماید.

اما مخالفان معتقدند: ۱- درگیر شدن پزشکان در کشتن بیماران یا کمک به خودکشی آنها، ذات آن چیزی که پزشکی نامیده می‌شود را خراب می‌کند. سوگندنامه بقراط استفاده از داروهای کشنده یا پیشنهاد استفاده از آنها را منع می‌کند. کد بین‌المللی اخلاق پزشکی که پزشکان همواره بایستی آن را در ذهن خود داشته باشند، التزام به حفظ و نگهداری زندگی بشری است. علم اخلاق نیز این مفهوم که پزشکان کسی را بکشند یا در خودکشی وی کمک کنند را غلط می‌شمارد.۲- یوتانازی و خودکشی کمک شده منجر به عدم اعتماد میان پزشک و بیمار می‌گرددو سبب ایجاد این ترس می‌شود که نیروهای خارجی (خانواده یا شخص ثالث) باعث گردند که پزشک وفاداری خود را کنار گذاشته و در قتل یا خودکشی کمک شده بیمار کمک نمایدو این امر عدم اعتماد بیمار- پزشک را بیشتر می‌کند. ۳- پزشکان دیگر سعی نمی‌کنند که بهترین اقدامات خود را برای بیماران در حال مرگ انجام دهند(۱۳).

کیمسما و لیوون از جنبه خانواده به مسأله یوتانازی نگاه کرده و عقیده دارند که رفتارهای خانواده در برابر تصمیم به انجام یوتانازی می‌تواند متفاوت باشد. برخی خانواده‌ها با توجه به شرایط اجتماعی، مذهبی، ارتباطات بیشتر افراد در خانواده و مسائل اقتصادی، کمتر خواهان یوتانازی هستند در حالی که برخی بر عکس می‌خواهند که هر چه سریع‌تر یوتانازی انجام گردد و لذا با توجه به این تفاوت‌ها نتیجه‌گیری می‌کند که پزشک در این میان نمی‌تواند تصمیم صحیحی را در قبال انجام یوتانازی داشته باشد و چه بسا که گاهی مسئول درگیری‌های خانوادگی نیز شناخته شود(١٦).

در کشورهایی نظیر بلژیک و هلند که با یوتانازی به صورت قانونی تحت شرایطی خاص موافقت نموده‌اند مسأله خواست بیمار را اصل لازم برای انجام این اقدام برشمرده‌اند(۱۷). اما در این زمینه نیز بحث‌های مختلفی مطرح گردیده است. ولتسوس و همکاران می‌نویسند: فرق

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

یوتانازی اختیاری با دیگر روش‌ها در تصمیم‌گیری توسط بیمار است اما آیا این تصمیم همیشه تصمیم درستی است؟ آیا تصمیمی که من اکنون در موقعیت درد و عذاب می‌گیرم با تصمیمی که چند روز بعد در حین کاهش درد می‌گیرم یکسان است؟(۱۸). همچنین شرایطی وجود دارد که تصمیم‌گیری بیمار را زیر سؤال می‌برد. چگونه می‌توان فهمید که فرد از روی اختیار و اراده و در شرایط روحی صحیح به این تصمیم رسیده است؟ شرایطی که تصمیم ارادی را مخدوش می‌کند می‌تواند شامل موارد زیر باشد: سردرگمی عقلی در بیماری جسمانی و افسردگی، احساس مداوم بی‌ارزشی، مجانینی که نمی‌توانند یک انتخاب عقلانی داشته باشند، رنج بردن از علایمی که به راحتی درمان نمی‌شوند، فشار خانواده- دوستان و دیگر افراد، فشار روانی افرادی که منابع مالی اندکی برای نگهداری از بیمار دارند.(۲).

یکی دیگر از جنبه‌هایی که مسأله یوتانازی را با دیدگاه‌های مختلف مواجه ساخته است مسأله مذهب و یوتانازی است که در این زمینه نیز چالش‌های فراوانی ایجاد گردیده است. برای مثال حساباالا در زمینه این که آیا اسلام با یوتانازی مخالف است می‌گوید: اولا اسلام قاطعانه از مقدس بودن زندگی انسان حمایت می‌کند. قرآن می‌فرماید: «خود را نکشید که اسلام شما را مقدس آفریده است» و یا در فرازی دیگر می‌فرماید: «کشتن انسانی بی‌گناه مانند کشتن تمامی انسانهاست». ثانیاً این که یوتانازی واقعاً چه معنی می‌دهد؟ براساس فرهنگ لغت یوتانازی به عنوان عمل یا کاری برای پایان دادن به زندگی فردی به وسیله تزریق مواد کشنده یا محروم کردن از درمان‌های پزشکی است که برای بیماری که از مراحل نهایی یک بیماری رنج می‌برد ویا یک شرایط غیرقابل درمان دارد، می‌باشد. بنابراین تفسیرهای زیادی در رابطه با این تعریف وجود دارد. برای مثال اگر کسی از سرطانی رنج می‌برد که به طور وسیع در بدن وی گسترده شده است، اما در معرض مرگ قریب‌الوقوع نیست، اسلام این فرد را از خاتمه دادن زندگی منع می‌کند. اگر معنی یوتانازی این است اسلام به شدت با آن مخالف است. اما اگر بیماری به شدت مریض بوده و توسط وسایل کمکی زندگی می‌کند و امیدی به بهبودی وی به طور قطع نیست، اسلام به خانواده وی اجازه می‌دهد که درمان را حذف یا متوقف کنند و اجازه دهند تا طبیعت کار خودش را بکند. این کشتن از روی ترحم نیست، ولی پذیرش این حقیقت است که در این شرایط درمان‌های پزشکی فقط فرآیند مردن را طولانی‌تر می‌کنند(۱۹). در مسأله دیدگاه اسلام نسبت به یوتانازی تعابیر مشابه دیگری هم در منابع آمده است(۲و۲۰).

علم اخلاق یهود، بر درمان و نگهداری زندگی به عنوان یک هدف مهم که از جانب خدا حکم شده، ارزش می‌نهد به عقیده یهود، زندگی برکت و هدیه‌ای از جانب خداوند است لذا بایستی قدردان آن بود. در بین پیروان مختلف مذهب بودا اختلاف نظرهایی درباره یوتانازی وجود دارد و اجماعی کلی در بین آنها نیست. بر خلاف اسلام و مسیحیت، بودا برای حیات خاکی به عنوان یک امر گران‌بها ارزشی قائل نیست، بنابراین در این مذهب ضرورتی برای ادامه حیات وجود ندارد. عده‌ای از آنها اعتقاد دارند که یوتانازی به آنها کمک می‌کند که وارد دنیای دیگر شوند. مسیحیان نیز نسبت به یوتانازی دیدگاه دوگانه‌ای دارند. مسیحیان مخالف یوتانازی معتقدند که مبلغان یوتانازی از دین برگشته و کورکورانه مفاهیم ضد انجیل را برگزیده اندو یوتانازی را قتل می‌دانند. به خصوص کلیسای کاتولیک به شدت با یوتانازی مخالف است. کلیسای ارتودکس نیز به خاطر حمایت از زندگی مخالفت شدیدش را با طرف‌داری متعصبانه از یوتانازی بیان می‌دارد(۲). تحقیقات لمی‌انگره و همکاران و گاستمن، لمی‌انگره و کاسترله نیز بر اعتقادات مذهبی مسیحیان کاتولیک و مخالفت با یوتانازی تأکید دارد(۱۷و۲۱و۲۲).

تحقیقات بسیار زیادی در جوامع مختلف انجام گردیده تا

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

بتواند نگرش مردم، پزشکان، پرستاران، افراد در حال احتضار، جوانان و... را نسبت به انجام یوتانازی بررسی نماید. برای مثال آکاباياشی با بررسی قوانین و مسائل اخلاقی در کشور ژاپن دو نمونه از موارد یوتانازی را به صورت کیفی از دیدگاه پزشکان و خانواده بررسی نموده است و عقیده دارد که با توجه به این که یوتانازی امروزه از حالت یک مشکل نظری به صورت یک بحث عملی درآمده است بایستی قوانین و شرایط خاصی برای آن تهیه گردد(۲۳).

هرمسن و هیو با بررسی مقالات موجود در زمینه درمان تسکینی و یوتانازی در مجلات به این نتیجه رسیده‌اند که یوتانازی یک عمل صحیح در زمینه درمان‌های تسکینی نیست و بنابراین نبایستی یوتانازی در این زمینه قانونی گردد. احترام به زندگی، این که مرگ جزیی از زندگی است، این نکته که یوتانازی توجهات را از انجام مراقبت‌های تسکینی منحرف می‌سازدو این که اگر مراقبت تسکینی خوب انجام گردد، دیگر نیازی به انجام یوتانازی نیست و همچنین این مسأله که یوتانازی مرگ خود خواسته را یک مسأله فرهنگی می‌نماید، از دلایل این محققان برای مخالفت با یوتانازی است(۲٤).

نتایج تحقیق کوهن و همکاران نشان داد که پذیرش یوتانازی در برخی کشورها (نظیر هلند، دانمارک، فرانسه و سوئد) بسیار بالاست در حالی که در برخی کشورها (نظیر رومانی، مالتا و ترکیه) بسیار پایین است. آنها اشاره می‌کنند که تجزیه وتحلیل اطلاعات بارگرسیون چند عاملی نشان داده که اعتقادات مذهبی ضعیف تر، مهمترین فاکتور مربوط به پذیرش بالاتر است و تفاوت‌های جغرافیایی، داشتن جمعیت‌های جوانتر، داشتن تنوع زیاد فرهنگی در جامعه و داشتن مردم با سطح تحصیلات بالاتر نیز در پذیرش بیشتر یوتانازی نقش دارد.در حالی که اعتقادات مذهبی، فاکتورهای اجتماعی- جغرافیایی و ارزش‌های اخلاقی (برای مثال اعتقاد به حق خود تصمیم‌گیری) می‌تواند به خوبی تفاوت کشورها را شرح دهد ولی یافته‌ها نشان می‌دهد که احتمالا سنت‌های ملی و تاریخی نیز می‌تواند بر این پذیرش تأثیر بگذارد (مثل کشور آلمان)(۲۵).

الیوت و الور نیز با انجام یک تحقیق کیفی بر روی ۲۸ بیمار استرالیایی در حال مرگ در اثر بیماری سرطان بیان می‌کنند که:۲٤ بیمار مستقیماً راجع به یوتانازی صحبت کردند و ۱۳ تای آنها رسما یوتانازی را درخواست نمودند و فقط ٤ بیمار با انجام یوتانازی مخالف بودند. این محققین اظهار می‌کنند که بیماران موافق با یوتانازی موارد آزادی انتخاب، مرگ با وقار و رهایی از درد و رنج طاقت‌فرسا را دلایل انتخاب یوتانازی می‌دانستند و مخالفان این اقدام، یوتانازی را به کشتن انسان به آسانی کشتن یک سگ تشبیه نموده بودند(۲٦).

پارپا و همکاران تحقیق گسترده‌ای در زمینه نگرش متخصصان پزشکی، افراد خانواده بیماران مبتلا به سرطان و جامعه نسبت به یوتانازی و خودکشی کمک شده توسط پزشک انجام داده و با استفاده از پرسشنامه‌ای مشتمل بر سیزده سؤال در زمینه‌های مذهب، اعتقاد به روح و مسائل یوتانازی و خودکشی کمک شده نظر ۲۱۵ پزشک، ۲۵۰ پرستار، ۲۱۸ همراه بیمار مبتلا به سرطان و ۲٤٦ نفر از مردم عادی را بررسی نمودند. آنها در نتایج خود اعلام نموده‌اند که ٤۳/۳٪ پزشکان، ٤۱/۳٪ همراهان در موارد ایست تنفسی و قلبی بیماران سرطانی موافق با یوتانازی بوده و ۲۰/۵٪ پزشکان موافق با انجام یوتانازی بوده‌اند. بین مردم عادی، پزشکان و خانواده بیماران اختلاف معنی داری نسبت به قطع درمان‌های حمایت زندگی وجود داشته است(۲۷) تحقیقات مشابهی نیز توسط لانگگیونز و میچل نیز انجام شده است(۲۸و۲۹).

بحث

همان‌گونه که ذکر شد یوتانازی یکی از مباحث بحث‌برانگیز در زمینه پزشکی است، گروهی با توجه به

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

مواردی از قبیل اصل استقلال فردی، اصل آزادی انتخاب، توجه به زندگی و مرگ با وقار، کاستن از رنج و درد، نیاز به درمان‌های منصفانه، آزادی در جهت انتخاب نوع و مدت زندگی و آزادی در زمینه تصمیم‌گیری در میزان سلامت و ناخوشی و با استناد به مواردی از قبیل قطعنامه حقوق بشر، از یوتانازی به شدت طرف‌داری کرده و آن را حق هر شخصی می‌دانند. گروهی دیگر با اشاره به مواردی از قبیل احتمال کشف درمان بیماری پس از استفاده از یوتانازی، ضد بشری بودن این روش، این که یوتانازی موجب نابودی تعالی بیمار می‌گردد، مغایر بودن یوتانازی با تلاش در جهت کشف درمان‌های جدید و جلوگیری از تحقیقات بشری، ایجاد بدعت ناپسند آزادی خودکشی، عدم وجود استقلال مطلق، از بین رفتن قبح خودکشی با آزادی یوتانازی، تخریب وجدان توسط این عمل، دادن قدرت بی‌حد و اندازه به پزشکان، منافات یوتانازی با اخلاق پزشکی و احتمال پیشرفت یوتانازی ارادی به سمت یوتانازی‌های غیرارادی با این روش مخالفت می‌کنند.

گروهی از افراد از دید مذهب به این مسأله نگاه کرده و بر اساس نوع مذهب خود آن را مجاز یا غیرمجاز می‌شمارند. گروهی با دیدگاه‌های فلسفی اخلاق گرایانه به آن توجه کرده و آن را عملی غیراخلاقی می‌انگارند و برخی با توجه به فلسفه نتیجه گرا معتقدند بایستی به نتیجه این اقدام توجه شده و اگر باعث کاهش درد و رنج و هزینه می‌گردد بایستی آن را انجام داد.

برخی از تحقیقات نشان می‌دهد که مردم و افراد دست‌اندرکار با این مسأله با آن موافقند و برخی تحقیقات خلاف این موضوع را ثابت کرده‌اند و همچنین جوامع مختلف نیز با توجه به سوابق تاریخی و فرهنگی خود دیدگاه‌های متفاوتی نسبت به آن اتخاذ نموده‌اند.

اما به هر حال حتی جوامعی که با یوتانازی موافق هستند نیز قوانین محکمی برای اجرای آن وضع نموده‌اند (۸و۱٤و۱۷و۲۱تا۲۳و۲۵و۳۰تا۳۵). این قوانین چند اصل را برای انجام یوتانازی اصل می‌شمارند: ۱- بیمار از یک بیماری که به مرگ منجر می‌گردد، رنج ببرد. ۲- در مدتی که احتمال زنده ماندن وی می‌رود، احتمال کشف درمان جدید، وجود نداشته باشد. ۳- بیمار از شرایطی مثل درد شدید و ناتوانی بیش از حد رنج بکشد و یا این که ادامه حیات وی فقط با دستگاه‌های پزشکی امکان پذیر باشد. ٤- بیمار خود خواهان انجام عمل یوتانازی باشد(۳۰). ٥- در مواردی که بیمار امکان انتخاب آگاهانه ندارد، افراد فامیل وی رضایت بر انجام این عمل داشته باشند(۱٦و۳۲). ٦- و پزشک برای علت انجام این روش توضیح قانع‌کننده‌ای داشته باشد(۸).

نتیجه‌گیری

با توجه به این که عمومیت پذیرش یوتانازی براساس مبانی نظری چندان محتمل به نظر نمی‌رسد چرا که در جوامع پذیرفته شده نیز شرایط بسیار دشواری دارد. لذا هیچ پاسخی قطعاً اعم از «بلی یا خیر» فعلاً برای آن وجود ندارد و حوزه آموزش پزشکی با کمک حقوق‌دانان و فقیهان و سایر اندیشمندان بایستی کمکان به هم‌اندیشی در این موضوع چالش‌برانگیز ادامه دهد.

منابع

1. Azarbarzin M. [*Theorising in nursing and work of nursing theorists*]. 1st ed. Esfahan: Islamic Azad University,Najafabad Branch; 2009.[persian]
2. Emamhadi MA, Noorshafiei S, Jalilvand M. [*Euthenasia-assissted suicide*]. 1st ed. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health services; 2007.[persian]
3. Van Hooff Aj. Ancient euthanasia: ‘good death’ and the doctor in the graeco-Roman world. Soc Sci Med. 2004; 58(5):975-85.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

4. Hubin DC. Euthanasia. Philosophy. 2000;431:1-3. [Cited 2012 Apr 04]. Available from: http://people.cohums.ohio-state.edu/hubin1/ho/Euthanasia%20431.pdf
5. Basij A. [*Euthanasia az dydgah eslam*]. Faslanameh akhlagh; 2010 [cited 2012 Apr 04]. Available from: http://www.mags.dte.ir/Journal/Text/Akhlagh/Article/index.aspx?ArticleNumber=26986.[persian]
6. Rach v. euthanasia. Hamshahrie mah. 2007; 140. [cited2012 Apr 07]. Available from: http://vrach.pib.ir/86803/%D8%A7%D8%AE%D9%84%D8%A7%D9%82+%D9%BE%D8%B2%D8%B4%DA%A9%DB%8C-%D8%A7%D9%88%D8%AA%D8%A7%D9%86%D8%A7%D8%B2%D9%8A.html
7. Pashanejatie R. [*Jan pol dovom va raze margash*]. 2009. [Cited 2012 Apr 04]. Available from: http://rook.ir/modules.php?name=News&file=article&sid=95 .[persian]
8. Pakes F. The legalisation of euthanasia and assisted suicide: A tale of two scenarios. International Journal of the Sociology of Law. 2005; 33(2):71-84.
9. Stanford encyclopedia of philosophy (sep). Voluntary Euthanasia. 2010. [Cited 2012 Apr 07]. Available from: http://plato.stanford.edu/entries/euthanasia-voluntary/
10. Flegel K, Hébert PC. Time to move on from the euthanasia debate. CMAj. 2010; 182(9):877.
11. Larijany B. [negareshy jadyd be akhlagh pezeshki]. majaleye pazhuhesh va hoze. 2004; 17-18:47-59. [persian]
12. Alexander L, Moore M. Deontological Ethics. The Stanford Encyclopedia of Philosophy; 2008. [Cited 2012 Apr 04]; Available from: http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/ethics-deontological.
13. Sharma BR. The end of life decisions – should physicians aid their patients in dying? J Clin Forensic Med. 2004; 11(3):133-40.
14. Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. CMAJ. 2010; 182(9):895-901.
15. Summy R. Euthanasia - Choice and Death. ProQuest Social Science Journals, Social Alternatives. 2008; 27(3): 71-72.
16. Kimsma GK, Leeuwen Ev. The Role of Family in Euthanasia Decision Making. HEC Forum. 2007;19(4):365-373.
17. Lemiengre J, de Casterlé BD, Verbeke G, Guisson C, Schotsmans P, Gastmans C. Ethics policies on euthanasia in hospitals—A survey in Flanders (Belgium). Health Policy. 2007;84(2-3):170-180.
18. Voultsos P, Njau SN, Vlachou M. The issue of euthanasia in Greece from a legal viewpoint. J Forensic Leg Med. 2010 Apr;17(3):131-136.
19. Hassaballa HA. Does Islam Ban Euthanasia? . 2004 [Cited 2012 Apr 04]. Available from: http://www.beliefnet.com/
20. BBC. Euthanasia and suicide in Islam. england2009 [Cited 2012 Apr 04]. Available from: www.bbc.co.uk/religion/religions/**islam**/**islam**ethics/**euthanasia**.shtml
21. Gastmans C, Lemiengre J, de Casterlé BD. Development and communication of written ethics policies on euthanasia in Catholic hospitals and nursing homes in Belgium (Flanders). Patient Educ Couns. 2006; 63(1-2): 188-195.
22. Lemiengre J, Dierckx de Casterlé B, Denier Y, Schotsmans P, Gastmans C. How do hospitals deal with euthanasia requests in Flanders (Belgium)? A content analysis of policy documents. Patient Educ Couns. 2008; 71(2): 293-301.
23. Akabayashi A. Euthanasia, assisted suicide, and cessation of life support: Japan's policy ,law, and an analysis of whistle blowing in two recent mercykilling cases. Soc Sci Med. 2002; 55(4):517-527.
24. Hermsen MA, ten Have HAMJ. Euthanasia in Palliative Care Journals. Journal of Pain and Symptom Management. 2002; 23(6): 517-525.
25. Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L. European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. Soc Sci Med. 2006; 63(3):743-756.
26. Eliott JA, Olver IN. Dying cancer patients talk about euthanasia. Soc Sci Med. 2008; 67(4):647-656.
27. Parpa E, Mystakidou K, Tsilika E, Sakkas P, Patiraki E, 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. 2010;97(2-3):160-165.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

28. Long SO. Cultural scripts for a good death in Japan and the United States: similarities and differences. Soc Sci Med. 2004; 58(5):913-928.
29. Givens JL, Mitchell SL. Concerns About End-of-Life Care and Support for Euthanasia. J Pain Symptom Manage. 2009; 38(2): 167–173.
30. Young R. Voluntary Euthanasia. Stanford encyclopedia of philosophy; 2010. [Cited 2012 Apr 04]. Available from: http://plato.stanford.edu/entries/euthanasia-voluntary/
31. Werner R. Assisted suicide and the right to die: the interface of social science,public policy and medical ethics. Academic Research Library, Choice. 2008;45(10):1718-1719.
32. Kipnis K. Forced Abandonment and Euthanasia: A Question from Katrina. Social Research. 2007;74(1):79-100. [Cited 2012 Apr 04]. Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_m2267/is_1_74/ai_n19094727/
33. Garavaglia B. Keeping an ethical perspective on end-of-life issues. Nursing Homes. 2006;55(10):62-65. [Cited 2012 Apr 04]. Availbale from: http://faculty.capebretonu.ca/sburrow/courses/readings/garavaglia%20keeping%20ethical%20perspective.pdf
34. Sheldon T. Euthanasia: Ethics and Public Policy: An Argument Against Legislation. BMJ. 2003; 326:1218.
35. Hazin R. A "Morally Meritorious" Treatment Option. Health Aff. 2009; 28(1):293.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

Euthanasia: A Challenge in Clinical Education

Alireza Yousefy[1], Mehrdad Azarbarzin[2], Elahe Sadat Ziaee[3].

Abstract

Introduction: *Euthanasia is one of the most frequent question and challenging issue in clinical education. This paper aimed to investigate different views in this matter.*
Methods: *This review article was prepared through searching scientific databases and literature that was published during 2000-2011.*
Results: *Considering the ethical and religious principles, current views about euthanasia are different and some sometimes are opposite. Even in the societies that agree to Euthanasia, there are many limitations. Therefore, it seems that answering for the question "Euthanasia Yes or No?" is still a dilemma in medical education.*
Conclusion: *Since there are many limitations for its fulfilling in societies which agree to euthanasia, and considering that not all the conditions can be meet, it seems that answering for the question "Euthanasia Yes or No" is still a dilemma and needs further investigations and studies.*

Keywords: Euthanasia, Easy death, Medical ethics, Clinical education

Addresses:
[1]. Associated professor, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran. Email: aryousefy@edu.mui.ac.ir
[2]. (✉) Islamic Azad University, Najaf Abad branch. School of Nursing and Midwifery, PhD nursing student, Isfahan, Iran. Email: m-azarbarzin@pnm.iaun.ac.ir
[3]. PhD nursing student, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran. Email: ziaee70@yahoo.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]