

خودکشی مساعدت شده به معلولین؛ چالشی پیرامون حق انتخاب مرگ در حقوق کیفری

امیر سماواتی پیروز^۱

چکیده

خودکشی مساعدت شده به معلولین^۱ بحثی مشاجره برانگیز بین حقوق دانان، جرم شناسان، جنبش های حمایت از معلولین در جوامع مختلف و حتی خود معلولین به عنوان بخشی از جمعیت آسیب پذیر^۲ می باشد. مرکز ثقل این مشاجرات دائرمدار حق انتخاب مرگ^۳ برای معلولین است. آیا معلولین خود چنین حقی را انتخاب و اعمال می کنند و این یک حق به معنای واقعی کلمه برای آنان است- یعنی در آن می توان تجلی اراده آزاد و اختیار شخص معلول را مشاهده نمود- یا آن که تبعیضات ناروای اجتماعی^۴ که معلول دیگر آن ها را بر نمی تابد، راه گریزی جز انتخاب مرگ را برای وی باقی نمی گذارد؟ آیا حتی در فرض پذیرش خودکشی مساعدت شده، انتخاب آن مبتنی بر رضایت واقعی معلول است یا این رضایت معیوب بوده و خود متأثر از فشارهای اجتماعی و عدم حمایت های قانونی لازم از این طیف آسیب پذیر می باشد؟ به بیان دیگر آیا فقدان حداقل های حقوق برای معلولین در جامعه و عدم رعایت آنها نیست که وی را به سمت انتخاب خودکشی مساعدت شده سوق می دهد؟

آیا می توان معلولین را محکوم به زندگی در شرایطی نمود که سرنوشت محتوم آن ها چیزی جز تحمل درد و رنج یک بیماری کشنده و لاعلاج و در نهایت مرگ نیست؟ به نظر می رسد وقت آن رسیده است تا از رهگذر قانونمند ساختن «خودکشی مساعدت شده»^۵ این واقعیت را از نظر قانونی ضابطه مند نمود و با مقرر نمودن شرایط و تضمینات قانونی حق توسل به خودکشی مساعدت شده را - هر چند در شرایط استثنایی -

۱. دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جرم شناسی دانشگاه شهید بهشتی و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی (نویسنده مسؤول)
Email: samavatipirouz.amir@gmail.com

از نقطه نظر حقوقی به رسمیت شناخت و بدین سان به موازات شناسایی این حق، با پیش‌بینی تدابیر حمایتی به ویژه در راستای تعدیل و حذف فشارها و محدودیت‌های اجتماعی وارد بر معلولین حق انتخاب یک زندگی با عزت را جایگزین حق انتخاب مرگ داوطلبانه نمود. نگارنده بر آن است تا در این نوشتار تا حد امکان به تحلیل مسائل فوق پرداخته و چالش‌هایی را که فراروی قانونمند ساختن خودکشی مساعدت‌شده وجود خواهد داشت، مورد بررسی قرار دهد.

واژگان کلیدی

خودکشی مساعدت‌شده پزشکی، آسیب‌پذیری مضاعف، حق انتخاب مرگ، کرامت انسانی.

خودکشی مساعدت شده به معلولین؛ چالشی پیرامون حق انتخاب

مرگ در حقوق کیفری

خودکشی مساعدت شده از حیث مفهوم شناختی ناظر به خاتمه دادن به زندگی از رهگذر انتخاب ارادی دریافت مساعدت از سوی پزشک است، به گونه‌ای که فرد معلول از درد و رنج ناشی از یک بیماری لاعلاج و کشنده^۶ رهایی یابد. در واقع در مفهوم خودکشی مساعدت شده به نوعی حق انتخاب مرگ برای معلولین به عنوان قشر آسیب پذیر جامعه که به بیماری کشنده‌ای مبتلا شده‌اند، نهفته است. لیکن آن چه به رسمیت شناختن چنین حقی را برای این طیف در معرض تردید قرار می‌دهد از دو منظر حقوقی و جامعه‌شناختی باید مورد تأمل قرار گیرد؛ اول از رویکرد حقوقی حق داشتن زندگی با عزت به عنوان یکی از حقوق اساسی معلولین مورد شناسایی قرار گرفته است و لذا در تعارض با حق انتخاب مرگ قرار می‌گیرد. بدین سان صحبت از خودکشی مساعدت شده حول محور چالش بین این دو حق است و این که اصولاً مادامی که احتمال بهبود شخص معلول و تضمین حق حیات وی از طریق استلزامات قانونی میسر است نمی‌توان مجوز قانونی خودکشی مساعدت شده را به معلولین اعطا نمود. مفهوم خودکشی مساعدت شده از مفهوم اتانازی متمایز است بدین شرح که در خودکشی مساعدت شده پزشکی^۷ خود معلول مبتلا به بیماری کشنده، به طور ارادی با تجویز داروهای مرگبار از سوی پزشک به منظور خاتمه دادن به زندگی وی، مبادرت به استعمال چنین دارویی می‌نماید. حال آنکه در اتانازی، خود پزشک رأساً به اقدامات پزشکی متوسل شده و از رهگذر آن به حیات فرد معلول خاتمه می‌بخشد. از این روست که جنبش‌های حمایت از معلولین نسبت به پذیرش قانونمند ساختن خودکشی مساعدت شده،

موضع‌گیری نموده و معتقدند که پزشکان با پیشنهاد نمودن خودکشی به فرد معلول و ارائه مساعدت به وی، مانع از تأمل نسبت به امکان بازگشت سلامتی به وی می‌شوند (Hwang, 2005, p.57).

به بیان دیگر در بادی امر، پزشک به صرف داشتن مجوز قانونی مبادرت به چنین امری می‌نماید بدون آنکه خود را مقید به حفظ و رعایت حق حیات چنین فردی نماید. بدین سان نقطه عطف استدلالات مخالفین قانونمند ساختن خودکشی مساعدت‌شده مبتنی بر حق حیات فرد معلول و نیز فقدان تضمینات قانونی در مواجهه با مواردی است که شاهد سوءاستفاده از مجوز قانونی توسل به خودکشی مساعدت‌شده، می‌باشیم. مضافاً این که از منظر جامعه‌شناختی، معلولین نیز بدون هیچ گونه تبعیض ناروایی مستحق برخورداری از حق زندگی با عزت هستند. صرف وجود این واقعیت غیر قابل انکار که بسترهای اجتماعی مناسب به منظور حمایت‌های برابر^۱ برای معلولین در جامعه وجود نداشته و این قشر آسیب‌پذیر از تبعیضات اجتماعی و حتی برچسب‌های ناروای اجتماعی که بر آنان الصاق می‌گردد، در رنج می‌باشند، نمی‌تواند زمینه‌ساز قانونی ساختن خودکشی مساعدت‌شده برای آنان باشد. بدین ترتیب معلولین تحت تأثیر فشارهای اجتماعی و عدم تدابیر حمایتی لازم به خودکشی مساعدت‌شده رضایت می‌دهند و بدین سان فقدان دسترسی به امکانات و مراقبت‌های پزشکی لازم برای آنان است که باعث می‌گردد آنان خود را باری بر دوش جامعه^۲ احساس کرده و لذا به این امر به طور صوری رضایت دهند. این در حالی است که موافقان قانونمند ساختن خودکشی مساعدت‌شده برآنند که عملاً با معلولین بیماری مواجه هستیم که بدون ملحوظ نظر قرار دادن محدودیت‌ها و تبعیضات اجتماعی و صرفاً از نقطه‌نظر شخصی به سبب

متحمل شدن درد و رنج مداوم یک بیماری لاعلاج، خود درخواست اعطای مجوز قانونی برای توسل به خودکشی مساعدت شده هستند. آنان معتقدند نمی‌توان جبراً کسی را محکوم به ادامه حیات در چنین وضع اسفباری نمود و اساساً در زندگی با یک بیماری لاعلاج و کشنده صحبت از برخورداری از حق یک زندگی با عزت منتفی است و لذا آنان یک مرگ با عزت را بر یک زندگی توأم با تحقیر و درد و رنج ترجیح می‌دهند.

بنابراین رسالت حقوق جزا آن است که با بررسی موضع موافقان و مخالفان، یا جرم‌انگاری^{۱۰} موارد خودکشی مساعدت شده را برگزیند یا با جرم‌زدایی^{۱۱} از چنین مواردی البته به موازات تدارک تمهیدات و تضمینات لازم جهت جلوگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی از اعطای مجوز قانونی در این خصوص راه‌گزینی قانونی را با شرایطی خاص و استثنایی برای معلولینی که به واقع مستحق دریافت چنین مجوزی هستند، فراهم نماید.

بخش اول: پیشینه خودکشی مساعدت شده

خاستگاه خودکشی مساعدت شده را هر چند بدون آنکه در گذشته آن را از اتانازی - آن گونه که در مقدمه اختصاراً اشاره نمودیم - تفکیک نمایند، می‌توان در یونان یافت. البته نه از این نظر که یونانیان بیش از همه به آن می‌پرداختند. بلکه براساس عقاید فلسفی آنان اولین کسانی بودند که چنین موردی را تحت عنوان قتل از روی ترحم توجیه می‌کردند. سقراط، افلاطون و رواقیون، قتل از روی ترحم را اخلاقی می‌دانستند حتی ارسطو در کتاب جمهوریت آن را یک تأسیس قابل توجیه می‌داند. فیثاغورث،^{۱۲} اپیکتتوس،^{۱۳} سنکا،^{۱۴} سیسروپلینی^{۱۵} خاتمه دادن به حیات

بیماران و افراد معلول و سالمند را امری ستایش شده می‌پنداشتند. در فلسفه دوران جدید نیز به خصوص دیوید هیوم معتقد بود که زندگی بدون تأثیر کاری بی‌ارزش است و لذا در جامعه بشری «بی‌ارزش‌ها» باید حذف شوند. این طرز تفکر زمانی پا به دنیای جدید می‌گذارد که نه تنها انگیزه ترحم را ملحوظ نظر قرار می‌دهد، بلکه برای خودکشی مساعدت‌شده به عناوین دیگری مانند دفاع از کیفیت زندگی یا دفاع از شرافت زندگی نیز تمسک جسته است (غمامی، ۱۳۸۵، صص ۹-۱۰).

در میان رومیان و یونانیان قوانینی برای حذف کردن افرادی که قادر نبودند به برتری جامعه کمک کنند، تصویب شده بود. ارسطو در کتاب سیاست می‌نویسد: «باید قانونی باشد که هیچ فرد ناقصی حق ادامه حیات نداشته باشد» و بقراط در این مورد نوزادی که ارزش بزرگ کردن را داشته باشد را قابل ادامه حیات دانسته است. این عقاید در زمانی رواج داشت که در تعالیم مذاهب آسیایی مانند زرتشت در ایران و مذهب کنفوسیوس در چین سفارش شده بود که با عقب‌ماندگان ذهنی رفتاری انسانی شود (کمالی، ۱۳۸۱، صص ۱۰۳-۱۰۴).

اولین بار در سال ۱۹۹۶ اصطلاح «خودکشی مساعدت‌شده» در ایالات متحده آمریکا مطرح شد. در پرونده‌هایی که در آن فردی به نام دکتر کورکیان^{۱۶} به قتل عمد متهم شد و همه روزنامه‌ها در آن زمان این خبر را با درج عبارت «خودکشی مساعدت‌شده» در صدر اخبار خود منتشر کردند. عموم مردم تصور می‌کردند که کشتن انسان‌ها به هر دلیلی که باشد، کاری اشتباه است؛ اما این تنها یک جنبه قضیه بود و از سوی دیگر همه پزشکان بر آن بودند که وی کار مقدسی را انجام داده است و به هر حال این واقعیت را نمی‌توان انکار نمود که تعداد زیادی از معلولین، که مبتلا به بیماری لاعلاج و کشنده‌ای بودند، برای استمداد از وی و

نجات از زندگی فلاکت‌بار خود نزد او می‌رفتند. دکتر کورکیان با به اصطلاح ماشین مرگش^{۱۷} برای سی و نه نفر از بیمارانش چنین مساعدتی را انجام داده بود. سردبیر مجله پزشکی نیوانگلند^{۱۸} خاطر نشان ساخت که گروه‌های مذهبی محافظه‌کار و اعضای انجمن پزشکی که معتقدند زندگی خود را وقف نجات زندگی دیگران و ادامه بقای آنان کرده‌اند، علیه خودکشی مساعدت‌شده به طور جدی موضع‌گیری کرده‌اند. همچنین جنبش‌های حمایت از معلولان نیز موضع مخالفی نسبت به این مسأله داشتند، زیرا فکر می‌کردند موافقت با خودکشی مساعدت‌شده اولین گام برای تشکیل و تأیید جامعه مبتنی بر کشتن ناتوانان است.

با این حال افراد لاییک که از منظر مذهبی و اعتقادی به مسأله نمی‌نگرند، معتقدند که مرگ باعث آسایش فرد از درد غیر قابل تحمل می‌شود و تنها بیماری که این درد و رنج جسمی و روحی را متحمل می‌شود، حق دارد تصمیم بگیرد که آیا باز هم می‌خواهد آن را تحمل کند یا خیر؟

روزن کوهن^{۱۹} خاطر نشان می‌سازد که هرچند در گذشته رایج‌ترین استدلالی که علیه خودکشی مساعدت‌شده پزشکی مطرح می‌شد، این بود که پذیرش آن به طور اجتناب‌ناپذیری منجر به از بین رفتن تدریجی احترامی که برای زندگی قائلیم می‌شود و چنانچه پزشکان وظیفه خود را جلوگیری از تحمل درد و رنج رو به وخامت معلولین از رهگذر سلب حیات آنان قلمداد کنند، دیگر به وظیفه واقعی خود عمل نکرده‌اند (Burgdorf Jr, 2005, p.76).

با این حال امروزه نه فقط در مورد معلولین و بیماران مبتلا به بیماری لاعلاج، بلکه در مورد ناتوانان مبتلا به دردهای مزمن رو به وخامت نیز خودکشی مساعدت‌شده تحت شرایط خاص می‌تواند دارای مجوز قانونی باشد. حتی وی اضافه

می‌نماید که بسیاری از مردم نیز معتقدند چنانچه اجازه دهیم معلول مبتلا به یک ناتوانی رو به وخامت که از یک بیماری لاعلاج و کشنده نیز در رنج است، سیر طبیعی بیماری خود را بپیماید و نتواند خود را از این وضعیت فلاکت‌بار خلاص کند، کاری عبث و همراه با بی‌رحمی و شقاوت مرتکب شده‌ایم. افراد مبتلا به معلولیت‌های شدید و بیماری‌های کشنده، حتی اگر اجازه یابند تا به حیات خود ادامه دهند، کیفیت زندگیشان به حدی پایین است که نمی‌توان نام یک زندگی مستقل و باعزت را بر آن نهاد.

بخش دوم: انواع خودکشی مساعدت‌شده

گونه‌بندی رایج که از موارد خودکشی مساعدت‌شده ارائه شده، خود مؤید این مطلب است که خودکشی مساعدت‌شده پزشکی در طبقه مجزایی نسبت به موارد اتانازی قرار می‌گیرد و عمدتاً چهار گونه متفاوت را شامل می‌شود؛ اول، اتانازی منفعل^{۲۰} که عبارت است از: عدم حمایت از شخص که در واقع به نوعی در ترک فعل، نمود پیدا می‌کند و حاکی از خارج نمودن وسایل و ابزارهای حمایت از حیات از دسترس بیمار بوده به نوعی که منتهی به تسریع در مرگ فرد شود (کریمی، ۱۳۸۱، ص ۷۲). در این شکل از خودکشی مساعدت شده، خود بیمار در مرگ خود رأساً مداخله‌ای نداشته و حتی به اخذ رضایت وی نیز توجهی نمی‌شده است، در واقع جنبه سلبی و انفعالی این گونه از خودکشی مساعده شده در عدم مراقبت پزشکی ضروری از بیمار می‌باشد؛ به طوری که این ترک فعل موجبات تسهیل مرگ بیمار را فراهم نموده و به صورت غیر مستقیم به حیات بیمار خاتمه می‌بخشد.

دوم، اتانازی فعال:^{۲۱} بدین معنی که پزشک رأساً و به‌طور مستقیم از طریق انجام فعل، موجبات مرگ بیمار را فراهم آورد و البته مداخله مستقیم پزشک در عملی که باعث مرگ بیمار می‌شود، متعاقب درخواست خود بیمار و جلب رضایت وی می‌باشد. برای مثال قطع دستگاه‌های تنفس مصنوعی توسط پزشک بنا به تقاضای بیمار شیوه‌ای از اتانازی فعال محسوب می‌شود (حجتی، ۱۳۷۹، صص ۱۸۲-۱۸۳).

سوم، خودکشی مساعدت‌شده پزشکی:^{۲۲} این گونه از خودکشی مساعدت‌شده به هنگامی رخ می‌دهد که پزشک اطلاعات لازم یا وسایل ضروری جهت خودکشی فرد را برای وی فراهم نماید تا از طریق آن بیمار بتواند خود رأساً بدون تحمل درد و رنج به زندگی خویش خاتمه دهد. در واقع پزشک مستقیماً در سلب حیات بیمار مداخله نمی‌نماید بلکه با آموزش‌دهی به بیمار که برای مثال با فشار دادن کدام دکمه دستگاه تنفسی می‌تواند به حیات خود پایان دهد و از طریق قرار دادن اطلاعات لازم در اختیار بیمار برای آن که چگونه می‌تواند با توسل به وسایل و اقدامات پزشکی، خود مبادرت به خودکشی کرده و از درد و رنج غیر قابل تحمل رهایی یابد به بیمار مساعدت نموده و بیمار رأساً عمل منجر به مرگ را انجام می‌دهد؛ به بیان دیگر: در خودکشی مساعدت‌شده پزشکی اولاً، حضور و مساعدت پزشک موضوعیت دارد؛ لذا بر کسی که به بیمار کمک می‌نماید باید بتوان عنوان پزشک را اطلاق نمود؛ ثانیاً، ضرورت مساعدت پزشک به بیمار احراز گردد به طوری که بدون آن بیماری که فاقد اطلاعات پزشکی لازم است و لذا دسترسی و استفاده از وسایل پزشکی به منظور خودکشی برای وی میسر نیست، نتواند به حیات خود خاتمه بخشد، ثالثاً، بیمار پس از دریافت اطلاعات پزشکی لازم و یادگیری نحوه استفاده از وسیله پزشکی به منظور قطع حیات خود شخصاً این عمل

را انجام دهد. رابعاً، خودکشی مساعدت‌شده پزشکی منوط به اخذ رضایت از بیمار است و اینکه صریحاً رضایت بیمار از درخواست و تقاضای وی مبنی بر انجام چنین امری قابل احراز باشد (وهاب‌زاده منش، ۱۳۷۳، صص ۱۰۲-۱۰۳).

چهارم، اتانازی غیر داوطلبانه؛^{۲۳} که عبارت است از کشتن فرد بر خلاف خواست و تمایل وی که این نوعی قتل عمد به شمار می‌آید.

وجه ممیزه خودکشی مساعده شده پزشکی از سایر انواع اتانازی در این است که در آن خود بیمار در سلب حیات خود مباشرت می‌نماید و بدین سان چنانچه این نوع از خودکشی مساعدت‌شده به حسب نوع نظام حقوقی‌ای که در آن این عمل رخ داده است، فاقد توصیف مجرمانه باشد، عمل پزشک نیز که در خودکشی بیمار مساعدت نموده به تبع نظام استعاره مجرمیت که غالباً در نظام‌های حقوقی پذیرفته شده، فاقد وصف مجرمانه خواهد بود؛ چرا که: عمل چنین بیماری در قالب مباشرت در خودکشی غیر مجرمانه تلقی شده، فلذا حتی اگر پزشک بدون رعایت شرایطی که برای تحقق خودکشی مساعدت‌شده پزشکی احصا نمودیم، مبادرت به کمک به بیمار نماید، باز هم می‌تواند خود را از چنگال عدالت کیفری برهاند.

بخش سوم: گستره معلولیت در خودکشی مساعدت‌شده پزشکی

در خصوص حیطة شمول خودکشی مساعدت‌شده پزشکی نسبت به همه انواع معلولیت اعم از جسمی و ذهنی، باید خاطر نشان ساخت که در برخی موارد معلولین ذهنی‌ای که مبتلا به عقب‌ماندگی‌های ذهنی شدید بودند، به زعم خانواده‌هایشان از یک سو زندگی بی‌معنایی را سپری می‌کنند که فاقد کیفیت مناسب بوده، به طوری که سخن از یک زندگی مستقل و با عزت در مورد آنان با

تردید جدی مواجه است و از سوی دیگر هزینه‌های درمان و مراقبت از این معلولان گاهی تا حدی بالاست که سرپرستان این معلولین درخواست توسل به خودکشی مساعدت‌شده را می‌نمایند.

نکته حایز اهمیت دیگر در خودکشی مساعدت‌شده پزشکی در این مطلب نهفته است که برحسب نوع معلولیت اعم از جسمانی یا روانی ممکن است حکم قضیه تغییر یابد. برای نمونه آیا در معلولین مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی نیز می‌توان تأسیس «خودکشی مساعدت‌شده» را مورد پذیرش قرار داد؟ پزشکی که به یک معلول ذهنی که از بیماری لاعلاج خود در رنج بوده مساعدت می‌کند تا به حیات صرفاً فیزیکی خود پایان بخشد آیا مساعدت در خودکشی کرده یا برخلاف معلول جسمی این مورد در حیطه سبب اقوی از مباشر قرار می‌گیرد و لذا از باب تسبیب در قتل معلول ذهنی می‌توان پزشک را واجد مسؤولیت کیفری دانست؟ در واقع در طبقه‌بندی به حسب نوع معلولیت این ثمره عملی مترتب می‌گردد که آیا حیطه شمول این گونه از خودکشی مساعدت‌شده پزشکی را می‌توان به همه انواع معلولین مبتلا به بیماری‌های لاعلاج و کشنده تسری داد؟ لذا در این گونه خاص گستره آن از حیث قانونمندی و ضابطه‌مندی باید مورد تأمل جدی قرار گیرد.

در واقع معلول ذهنی زندگیش به قدری به افراد دیگر وابسته است که دیگر تمایلی به زنده بودن نداشته، به نحوی که احساس می‌کند بیماری‌اش که به نوعی وضعیت آسیب‌پذیری وی را مضاعف ساخته باعث از بین رفتن استقلالش شده و دیگر قادر نیست مستقلاً و با عزت نفس زندگی کند. پژوهشی که در سال ۱۹۹۹ طی مصاحبه‌های متعدد و براساس دلایل و شواهد پزشکی در بریتانیا انجام شد نشان داد که حدود ۹۳٪ از بیمارانی که مبادرت به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی

نموده‌اند، هنگام اقدام به این عمل از یک معلولیت ذهنی رو به وخامت در رنج بوده‌اند (Batavia, 2001, p.63).

نتایج حاصله از این پژوهش مؤید این مطلب است که نفس ابتلا به یک بیماری لاعلاج و کشنده موجبات افسردگی‌های شدید را فراهم می‌آورد و لذا همواره این امر محتمل است که معلول ذهنی مبتلا به چنین بیماری‌ای نتواند رضایت واقعی خود را به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی ابراز نماید (مظاهری تهرانی، ۱۳۸۶، صص ۷۲-۷۳). وانگهی همان گونه که اشاره گردیده است یکی از شرایط لازم جهت امکان توسل به این نوع از خودکشی، درخواست بیمار و اعلام رضایت وی می‌باشد حال آنکه در این مورد به نظر می‌رسد رضایت معلول ذهنی فاقد اثر حقوقی است و بنابراین نمی‌توان آن را مستند مبادرت به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی قرار داد. در بسیاری از موارد دلیل درخواست معلولان ذهنی مبتلا به بیماری‌های لاعلاج به سبک زندگی روزمره آنان بازمی‌گردد (رابینسون، رابینسون، ۱۳۷۰، صص ۴۰-۴۱).

بدین توضیح که معلول ذهنی به درستی قادر به برقراری تعامل صحیح و رضایت‌بخش با سایرین نبوده و حتی علی‌رغم تلاش در انجام کارهای روزمره خود عمدتاً با ناکامی مواجه گردیده و حتی آماج تحقیرهای دیگران قرار می‌گیرد و بنابراین بدین سمت گرایش می‌یابد که از پزشک خود درخواست خودکشی مساعدت‌شده کرده و به آن رضایت دهد. عدم توفیق معلولین ذهنی حتی در انجام معمولی‌ترین کارهای شخصی خود، وابستگی شدید به دیگران و درد و رنج غیر قابل تحمل بیماری که به موازات معلولیت، آنان را متأثر ساخته، گاه متولیان امر قضا را نیز متقاعد می‌کند که چنین فردی را با اعطای مجوز خودکشی

مساعدت شده پزشکی از این زندگی خفت بار برهانند. در پرونده بوویا، دادگاه عالی کالیفرنیا در ایالات متحده آمریکا توسط قاضی کمپتون^{۲۴} در یکی از آرای صادره خود در خصوص یک معلول ذهنی مبتلا به بیماری کشنده این گونه اشعار می‌دارد که: «اگر وی بخواهد با استفاده از امکان خودکشی مساعدت شده پزشکی از بازی زندگی خارج شود، آیا کسی می‌تواند وی را سرزنش کند؟ چنین فردی دست به انتخابی معقول و آگاهانه زده و مرگ را به زندگی تحت شرایط سخت ترجیح داده است. من معتقدم که وی مطلقاً حق دارد این تصمیم را اتخاذ کند».^{۲۵}

ملاحظه می‌شود که قاضی کمپتون در رأی صادره در این پرونده حتی از عبارت «انتخاب معقول و آگاهانه»^{۲۶} برای معلول ذهنی مبتلا به بیماری لاعلاج استفاده کرده و عمل وی را غیرقابل سرزنش^{۲۷} دانسته است.

بدین سان، بیش از آنکه توجه به ماهیت رضایت چنین فردی معطوف شود و اینکه اساساً بر اعلام رضایت وی می‌تواند اثر حقوقی مترتب باشد یا خیر؟ حق وی مبنی بر خاتمه دادن به چنین زندگی‌ای و رها شدن از رنج غیر قابل تحمل زندگی توأم با معلولیت ذهنی و بیماری کشنده و لاعلاج توجه گردیده است. لذا گاهی مواقع با تغییر رویکرد نسبت به شرایط لازم جهت استفاده از خودکشی مساعدت شده پزشکی و جهت‌دهی آن به سمت فلسفه پذیرش چنین حقی برای معلولان مبتلا به بیماری لاعلاج و کشنده که همانا حق آنها مبنی بر عدم ادامه جبری زندگی فاقد کیفیت واقعی و توأم با رنج غیر قابل تحمل، حیطة شمول خودکشی مساعدت شده پزشکی به هر دو گونه معلولیت تعمیم یافته است.

بخش چهارم: خودکشی مساعدت شده پزشکی؛ دوران بین حق انتخاب مرگ یا اجبار به تداوم حیات

گروهی از ناتوانان و سازمان‌های مدافع حقوق آنان با تأکید بر لزوم احترام به حق انتخاب مرگ اشعار می‌دارند که معلولین مبتلا به بیماری‌های درمان‌ناپذیر و کشنده حق دارند که خودشان در مورد زندگیشان دست به انتخاب بزنند. این در حالی است که آنان در گذشته تحت عناوین کلیشه‌ای اما گاه فاقد انطباق با واقعیت‌های تلخ زندگی معلولین که در عمل این بیماران با آن درگیر هستند از حق انتخاب مرگ محروم می‌شدند، حال آنکه آیا حق حیات می‌تواند بدون آنکه عملاً یک زندگی مبتنی بر شرافت، عزت و مستقل از دیگران را برای فرد به همراه داشته باشد به معنای واقعی کلمه حق بر زندگی محسوب شود؟ آیا می‌توان چنین بیمارانی را به برخورداری از حق زندگی و تداوم آن حتی در شرایط غیر قابل تحمل مجبور نمود؟

موافقین استفاده از خودکشی مساعدت شده پزشکی ابراز می‌دارند که زندگی معلولینی که قرار است توأم با درد و رنج یک بیماری لاعلاج به طول انجامد، چیزی نیست که دیگران نسبت به استمرار آن به جای خود فرد حق انتخاب داشته باشند. حتی خود جامعه نیز تا حدود زیادی به طور ضمنی بر بی‌ارزش بودن زندگی ناتوانان از حیث فقدان حداقل‌های لازم برای هر فرد در جامعه از جمله حق برخورداری از فرصت‌های برابر^{۲۸} در زندگی و عدم تبعیض در مناسبات اجتماعی صحنه می‌گذارند. بدین ترتیب استدلالات به نفع خودکشی مساعدت شده پزشکی غالباً حول محور کیفیت زندگی این بیماران در آینده شکل گرفته است. ارزشیابی در مورد کیفیت زندگی ناتوانان براساس مؤلفه‌هایی از قبیل وجود امکانات و

فرصت‌های برابر، دسترسی به خدمات موجود در جامعه، بهره‌مندی از ساز و کارهای درمانی و مراقبتی که صبغه توان‌بخشی و بازپروری دارند، می‌باشد. هم‌چنین نحوه برخورد افراد جامعه با معلولین تا حدود زیادی بر این ارزشیابی‌ها مؤثر است. چه بسا معلولینی که برای مثال مبتلا به اچ.آی.وی^{۲۹} مثبت بوده ولی از نظر پزشکی، هنوز امکان تداوم زندگی برای آنان میسر باشد، لیکن برخورد نادرست نشأت گرفته از فرهنگ غالب حاکم بر جامعه منجر به طرد این معلولین و به حاشیه راندن آنها شده و معلول حتی از ایفای کوچک‌ترین نقش‌های اجتماعی محروم می‌گردد. بدین‌سان چنین معلولی خود را به مثابه موجودی می‌بیند که نه تنها در زندگی روزمره خود فاقد کارایی است، بلکه تا اندازه زیادی نیز وابسته کمک افراد جامعه‌ای است که اساساً مشارکت‌دهی وی را در مناسبات اجتماعی بر نمی‌تابند.

بنابراین نمی‌توان چنین معلولینی را ناگزیر به ادامه زندگی در چنین شرایط تبعیض‌آمیزی نمود. هم‌چنین نمی‌توان به صرف اینکه در آینده‌ای نامعلوم این احتمال وجود خواهد داشت که با توجه به پیشرفت علم پزشکی، درمانی برای آن بیماری لا‌علاج یافت شود، معلول مبتلا به این بیماری را سالهای متمادی مجبور به زندگی توأم با معلولیت نمود. حتی باورهای سنتی مردم نیز بر ایجاد تمایز خودآگاه یا ناخودآگاه بین افراد معلول و افراد سالم در جامعه صحنه می‌گذارد. بسیاری از افراد سالم از دچار معلولیت شدن خود در آینده در هراس می‌باشند. این بیم و هراس در این اعتقاد ریشه دارد که زندگی فرد معلول، پست‌تر و کم‌ارزش‌تر از زندگی یک فرد سالم است.

لذا الگوهای سنتی به رسمیت شناخته شده و حتی تعصبات نادرست و پیش‌فرض‌هایی که در مورد معلولین مبتلا به بیماری‌های لاعلاج و کشنده وجود دارد، باعث حذف عزت نفس ناتوانان و شدت یافتن تنفر آنان از خود و عدم سازگاری با زندگی اجتماعی‌شان شده و آنان را به سمت برگزیدن حق انتخاب مرگ از رهگذر خودکشی مساعادت‌شده پزشکی به جای استمرار زندگی در چنین جامعه‌ای سوق می‌دهد. در واقع مشکل است که از چنین جامعه‌ای انتظار داشته باشیم با معلولین رفتاری در خور شأن آنان داشته باشد. از این رو اعطای مجوز قانونی توسل به خودکشی مساعادت‌شده و احترام به حق انتخاب مرگ برای این طیف آسیب‌پذیر که حتی شأن و کرامت انسانی آن‌ها در جامعه مخدوش می‌گردد، کم‌ترین حمایت قانونی از آنان می‌تواند باشد. بدین ترتیب جامعه خود محرک و تشویق‌کننده چنین معلولینی برای انتخاب خودکشی مساعادت‌شده بوده و با بی‌توجهی و حتی تحقیر چنین افرادی احساس از خودبیگانگی نسبت به محیط اطراف را در آنان برمی‌انگیزد و منجر به پدیدآمدن این تصور می‌شود که در چنین اوضاع و احوالی تمسک به خودکشی مساعادت‌شده پزشکی نه تنها یک انتخاب، بلکه کاری ارجح و منطقی به نظر می‌رسد.

از سوی دیگر مخالفین به رسمیت شناختن حق توسل به خودکشی مساعادت یافته پزشکی این گونه استدلال می‌کنند که به صرف این که پیش‌فرض‌های نادرست و الگوهای رفتاری اشتباه در جامعه باعث بی‌ارزش تلقی شدن زندگی چنین معلولینی می‌شود، نمی‌توان مجوز انتخاب مرگ را به آنان داده و به پزشکان اجازه داد که در خودکشی آنان مساعادت نمایند. مخالفین معتقدند حتی بسیاری از معلولین که مبتلا به بیماری لاعلاج و کشنده بوده‌اند، ادامه حیات خود را مدیون

پیشرفت‌هایی هستند که در عرصه پزشکی انجام شده است؛ درمان‌های نوین پزشکی و ساز و کارهای جدید توان‌بخشی، شانس ادامه حیات را برای معلولین ارتقا داده و تا حد زیادی محدودیت‌ها و مشکلات آنان را مرتفع ساخته است. مخالفین معتقدند که فرصت‌های برابر در تعاملات اجتماعی و دسترسی به امکانات و خدمات موجود در جامعه برای بسیاری از معلولین فراهم شده و امکان انتخاب‌هایی بیشتر را برای آنان به ارمغان آورده است. مسؤولان سازمان هریس^{۳۰} که سازمان مدافع حقوق معلولین بوده و در ایالات متحده آمریکا بنیان‌گذاری شده، معتقدند که هیچ‌گونه تفاوتی بین معلولین و سایر افراد جامعه در هیچ‌کدام از ابعاد زندگی وجود ندارد و حتی معلولینی که بیماری آنان درمان‌ناپذیر بوده و صرفاً تحت درمان‌های پزشکی به منظور کنترل درد آنان می‌باشند نیز از زندگی خود ابراز رضایت کرده‌اند (Wolbring, 2006, p.73). مخالفین حتی به این مقدار نیز بسنده نکرده و ادامه می‌دهند که گاهی حتی تشخیص پزشکی در مورد غیرقابل علاج بودن بیماری‌ای که معلول به آن مبتلا شده، اشتباه بوده است. مخالفین به عنوان شاهد مثال خود به موردی که در نیوجرسی^{۳۱} اتفاق افتاد اشاره می‌کنند که در آن فردی به نام کارن کویین لن^{۳۲} به مشکل تنفسی دچار شد به طوری که همه متخصصان معتقد بودند که وی بدون دستگاه تنفسی زنده نمی‌ماند. در پی تقاضای وی از دادگاه نیوجرسی مبنی بر قطع دستگاه و انجام خودکشی مساعدت شده پزشکی دادگاه با درخواست وی موافقت کرد و رأی بر اعطای مجوز قانونی برای انجام خودکشی مساعدت‌شده پزشکی صادر نمود؛ اما بعد از قطع دستگاه وی به حیاتش برای مدت ده سال بعد ادامه داده است؛ لذا مخالفین معتقدند که این مثال مؤید این مطلب است که گاهی حتی متخصصین در بیمارستان‌ها نیز به سبب نقص

معلومات پزشکی در تشخیص خود دچار اشتباه می‌شوند، این در حالی است که رضایت فرد معلول به انجام خودکشی مساعدت‌یافته پزشکی ناشی از اطمینان و اتکا به نظر پزشک مبنی بر غیر قابل علاج بودن بیماری فرد است، همچنین مخالفین معتقدند هرچند وجود محدودیت‌ها و درد و رنج‌ها و حتی هزینه‌های درمان آن هم صرفاً برای کنترل درد و نه حذف بیماری اجتناب‌ناپذیر بوده و زندگی پرمشقتی را برای چنین معلولینی رقم می‌زند؛ لیکن ارائه مشاوره‌های پزشکی به ویژه با تأکید بر جلسات روان‌درمانی باعث می‌شود، فرد معلول بر بیماری خود غلبه کند و فنون غلبه بر موانع و محدودیت‌های زندگی توأم با تحمل یک بیماری درمان‌ناپذیر را فراگیرد و تا حد امکان زندگی مستقلی داشته باشد.

مخالفین خودکشی مساعدت شده پزشکی معتقدند: در زمانی که حقوق مدنی معلولین حتی آنانی که به بیماری‌های غیرقابل علاج مبتلا شده‌اند به موجب قانون به رسمیت شناخته شده، جنبش حق انتخاب مرگ، وجود چنین معلولینی را تراژدی جامعه خود می‌داند. نکته طعنه‌آمیز در مورد خودکشی مساعدت شده این است که در تفکر موافقان چنین امری مفاهیم استقلال شخصی، کرامت و عزت نفس مورد استفاده ابزاری قرار می‌گیرد تا به چنین معلولانی اختیار و اقتدار کشتن خودشان را بدهد، نه این که آنها را قادر سازد تا به طور مستقل و با عزت نفس زندگی کنند. الگوی تفکر موافقین منجر به پذیرش حق انتخاب مرگ برای معلولین می‌شود تا خلق فرصتی مناسب و برابر برای آنان.

مخالفین خودکشی مساعدت شده پزشکی معتقدند که موافقان به طرز شگفت‌آوری بر «مرگ با عزت» تأکید می‌کنند، اما امکان اعطای عزت نفس در زندگی را به معلولین به دست فراموشی می‌سپارند. مضافاً این که به زعم مخالفین

زمان آن رسیده است که عقایدی کهنه و بی‌مبنا نظیر این عقیده که زندگی توأم با معلولیت و بیماری درمان‌ناپذیر، زندگی پست و حقیری است، از ذهن تک تک افراد جامعه زدوده شود. در واقع جامعه باید خود را از شر این پیش‌فرض‌های نادرست و دیدگاه‌های مبتنی بر تبعیض و طرد اجتماعی این قشر آسیب‌پذیر خلاص کند.

جنبش‌های حامی معلولین که با قانونی کردن خودکشی مساعدت شده پزشکی مخالفند، بیان می‌دارند که موافقت با این امر اولین گام برای تشکیل و تأیید جامعه مبتنی بر کشتن معلولین مبتلا به بیماری‌های لاعلاج است.

بخش پنجم: قانونمند ساختن خودکشی مساعدت‌شده پزشکی^{۳۳}

به نظر می‌رسد مخالفت با قانونمند کردن خودکشی مساعدت‌شده پزشکی، معلولان را با مرگ تدریجی و تحمل درد شدید و مزمن مواجه می‌سازد و حق آنان مبنی بر این که بتوانند خودشان در مورد زمان و نحوه خاتمه بخشیدن به زندگی توأم با معلولیت و رنج غیر قابل تحمل ناشی از یک بیماری لاعلاج دست به انتخاب بزنند را مخدوش می‌سازد. آن چه که ضرورت قانونمند کردن این مسأله را دوچندان می‌سازد اصل قدرت انتخاب و اعطای حق اتخاذ تصمیم آزادانه به چنین معلولینی است به گونه‌ای که همه گروه‌های حامی معلولین از این اصول حمایت می‌کنند. البته قانونمند کردن خودکشی مساعدت‌شده پزشکی که در آن می‌توان تجلی حق انتخاب مرگ را مشاهده کرد باید به گونه‌ای مضیق و تحت شرایط کاملاً استثنایی به عمل آید؛ زیرا در غیر این صورت معلولین مبتلا به بیماری‌های درمان‌ناپذیر تصور خواهند کرد که جامعه با وجاهت قانونی بخشیدن به چنین عملی قصد دارد

خود را از شر آنان خلاص کند؛ به بیان دیگر: در آنچه از رهگذر ضابطه‌مند ساختن قانونی حق توسط به خودکشی مساعدت شده پزشکی به عنوان هدف آن دنبال می‌شود که همانا حمایت از معلولانی است که در چنین وضعیت فلاکت‌باری قرار می‌گیرند، نقض غرض صورت گرفته و آنان چنین مقرراتی را حربه‌ای در دست جامعه به منظور حذف کامل آنها از اجتماع تلقی خواهند کرد. به نظر می‌رسد در راستای محدود ساختن موارد مجوز قانونی جهت امکان توسل به خودکشی مساعدت شده پزشکی می‌توان معیارهایی را در مقررات ملحوظ نظر قرار داد تا صرفاً پس از احراز آنها بتوان حق انتخاب مرگ را به معلولان مبتلا به بیماری‌های درمان‌ناپذیر و کشنده اعطا نمود. شرایطی که احصای آنها در مقررات قانونی ناظر به این نوع از خودکشی ضروری به نظر می‌رسد، عبارتند از:

۱. معلول باید مبتلا به نوعی از بیماری باشد که درمان‌ناپذیر بودن^{۳۴} آن بنا به تشخیص متخصصین پزشکی احراز شده باشد، لذا هرگونه ابتلا به بیماری ولو به گونه‌ای که بیمار از درد و رنج شدیدی در عذاب باشد به هیچ وجه مجوزی برای اعطای حق استفاده از خودکشی مساعدت شده پزشکی نخواهد بود.
۲. نوع بیماری‌ای که فرد معلول به آن مبتلا شده از حیث پزشکی باید در شمار بیماری‌های کشنده^{۳۵} قرار گیرد، یعنی: بیماری‌هایی که ناگزیر منتهی به مرگ فرد خواهد شد؛ لذا احراز یک بیماری مرگ‌بار در فرد معلول نیز ضروری است به طوری که مرگ بیمار قطعی و قریب الوقوع باشد.
۳. بیماری از حیث دوره زمانی ابتلای به آن و این که تا چه زمانی ابتلای فرد معلول به آن بیماری به طول می‌انجامد، در زمره بیماری‌های دائمی^{۳۶} طبقه‌بندی شود؛ لذا صرف احراز یک بیماری موقتی ولو آنکه رو به وخامت بوده و غیر

- قابل تحمل باشد، به عمل شخص مبنی بر توسل به خودکشی مساعدت شده پزشکی و جاهت قانونی نمی‌بخشد.
۴. معلول به هنگام درخواست خودکشی مساعدت شده پزشکی باید به طور داوطلبانه و بدون آن که تحت اکراه یا اجباری قرار گرفته باشد، درخواست خود را ارائه نموده، به گونه‌ای که رضایت ارادی^{۳۷} وی نسبت به چنین امری به فرض قاطع و ورای هر گونه تردید معقول^{۳۸} احراز نمود.
۵. معلول باید فرصت کافی^{۳۹} برای فکر کردن در مورد گزینه‌های دیگر داشته باشد. در واقع توسل به خودکشی مساعدت شده پزشکی باید به مثابه آخرین حربه^{۴۰} بوده و اطمینان حاصل شود که معلول نسبت به کلیه شرایطی که در صورت عدم انتخاب مرگ در آن قرار خواهد گرفت، از رهگذر دریافت مشاوره‌های پزشکی و روانپزشکی به طور کامل آگاهی پیدا کرده است به نحوی که انتخابی آگاهانه^{۴۱} داشته باشد.
۶. معلول باید در چندین مرتبه و نه الزاماً یک بار درخواست خود مبنی بر خودکشی مساعدت شده پزشکی را تکرار کند. در واقع ضرورت این شرط به سبب رعایت احتیاط در حصول اطمینان نسبت به رضایت واقعی و نیز آگاهانه بودن انتخاب چنین امری می‌باشد.
۷. معلول باید الزاماً از کیفیت زندگی چنانچه بخواهد به حیات خود ادامه دهد، آگاه شود و لذا طرح مشکلات ناشی از بیماری با یک متخصص روانشناسی قبل از اتخاذ تصمیم مبنی بر ارائه درخواست خودکشی مساعدت شده پزشکی، الزامی است.

۸. لزوماً در تشخیص امکان اعطای مجوز قانونی در خصوص توسل به خودکشی مساعدت شده پزشکی، تعدد پزشکان متخصص در اظهار نظر کارشناسی لازم الرعایه است. لذا به صرف اظهار نظر یک پزشک ولو متخصص امکان تأیید درخواست معلول وجود ندارد.

۹. در نهایت تأیید مقام قضایی نیز ضروری است و چنانچه بنا به دلایل و قرائن کافی، تبانی یا سوءاستفاده کارشناسان پزشکی مورد سوءظن باشد مقام قضایی می‌تواند موضوع را به کارشناسان دیگر ارجاع دهد لیکن در صورت وجود قرائن اطمینان‌بخش مبنی بر صحت نظرات کارشناسان و اتفاق نظر آنان مبنی بر تأیید امکان خودکشی مساعدت شده پزشکی، مقام قضایی نمی‌تواند برخلاف نظر کارشناسی اتخاذ تصمیم کند.

متعاقب احراز شرایط فوق الذکر از رهگذر قانونمند کردن خودکشی مساعدت شده پزشکی و مقید ساختن آن به شرایط خاص و استثنایی به گونه‌ای که یک ضابطه شخصی و موردی^{۴۲} بنا به مقتضیات و استلزامات بیماری خاصی که معلول به آن مبتلاست، به موازات مزیت عمده قانونمندی، که همانا دارای چارچوب و ضابطه‌مند ساختن قانونی تمسک به چنین حقی می‌باشد، مزایای دیگری نیز می‌توان برای آن برشمرد؛ از قبیل:

احترام به استقلال فرد معلول، احترام به حق انتخاب وی در مورد مسائل شخصی به ویژه در خصوص بیماری لاعلاجی که وی را ناگزیر به پذیرش درد و رنجی غیرقابل تحمل در طول زندگی ساخته است و اجازه به وی برای انتخاب زمان و اوضاع و احوال مرگش - همان گونه که همه مردم آرزومند آن هستند - اگر نه از یک زندگی با عزت بلکه حداقل از یک مرگ با عزت برخوردار شود و مهم‌تر از

همه این‌ها اجازه به بیمار برای اجتناب از تحمل رنج ناشی از یک بیماری کشنده و درمان‌ناپذیر.

همچنین کسانی که بر ضرورت قانون‌مندی خودکشی مساعدت‌شده پزشکی تأکید می‌ورزند، علاوه بر خود معلول به محیط پیرامون و اعضای خانواده‌های معلولین مبتلا به بیماری‌های درمان‌ناپذیر نیز توجه نموده‌اند. آنان ضمن اشاره به این مطلب که فشار برای انتخاب خودکشی مساعدت‌شده پزشکی از سوی خانواده‌های چنین معلولینی بسیار بالاست، معتقدند مسلماً در آینده میزان دستیابی و مقبولیت توسل به این راهکار قانونی بالاتر می‌رود. این فشار با بالا رفتن هزینه‌های مربوط به مراکز مراقبتی ویژه نگهداری چنین معلولینی بیشتر خواهد شد. در پژوهشی که در آن بر مشکلات مالی تحمیل شده بر خانواده‌هایی که در آنها فرد معلولی وجود دارد، تمرکز شده بود، پژوهشگران بر آن بودند که در چنین خانواده‌هایی معضلات مالی برای درمان آن‌ها صرفاً برای کنترل درد و نه حذف بیماری بر هر گونه منافی که از این عضو خانواده حاصل می‌شود، فزونی دارد. پژوهشگران بیان می‌دارند که در خانواده‌های دارای اطفال معلول مبتلا به بیماری لاعلاج نرخ طلاق به میزان دو برابر بیشتر از سایر خانواده‌هاست (میلر، ۱۹۹۲، ص ۸۱).

علاوه بر این مشکلات نگهداری چنین اطفال معلولی نه تنها بار زیادی بر دوش خانواده‌ها می‌گذارد، بلکه آنان را از لذت داشتن اطفال فاقد معلولیت نیز محروم می‌کند. پژوهشگران اضافه می‌کنند که اطفال معلول مبتلا به بیماری‌های درمان‌ناپذیر و رو به وخامت حتی اگر اجازه یابند تا به حیات خود ادامه دهند، کیفیت زندگی‌شان به حدی است که نمی‌توان نام زندگی را بر آن نهاد؛ لذا در

نتیجه‌گیری این پژوهش بیان شد که باید تدابیری برای خاتمه بخشیدن به زندگی چنین اطفال معلولی بعد از تولد انجام شود.

کنگره ایالات متحده آمریکا قانون معلولین آمریکا^{۴۳} را به تصویب رساند. این قانون اولین قانونی است که تبعیض را در برخورداری معلولین از حقوق مدنی صراحتاً منع می‌کند و بر زندگی توأم با عزت نفس آنان تأکید می‌ورزد. در مقدمه این قانون چنین آمده است که از لحاظ تاریخی جامعه تمایل داشته است که معلولین مبتلا به بیماری‌های لاعلاج را به انزوا کشانده و از سایر افراد جدا کند و علی‌رغم برخی پیشرفت‌ها اشکالی از تبعیض نسبت به چنین معلولینی هنوز هم به عنوان معضلی اجتماعی باقی مانده است. برخی جلوه‌های تبعیض علیه معلولین از قبیل تبعیض در استخدام، تهیه مسکن، دسترسی به امکانات و خدمات عمومی، حمل و نقل، استفاده از وسایل تفریحی، دسترسی به خدمات بهداشتی می‌باشد. (میلر، ۱۹۹۲، ص ۳۴). بدین سان استانداردهای زندگی برای چنین معلولینی به ویژه هنگامی که برچسب یک بیمار درمان‌ناپذیر نیز بر آنان الصاق می‌گردد، پایین‌تر از آن است که بتوان از آن به عنوان یک زندگی با عزت و مستقل یاد کرد. معلولین به عنوان یکی از اقشار آسیب‌پذیر موقعیت و شأن اجتماعی پایین‌تری از سایر افراد جامعه دارند و از بسیاری امکانات رفاهی محروم هستند. آنان گروهی اقلیت و منزوی‌اند که از لحاظ سیاسی هیچ قدرتی در جامعه نداشته و همواره به طور ناعادلانه با آنان برخورد شده است. وانگهی ناتوانی همواره واجد این بازنمایی اجتماعی است که به آن به مثابه یک بیماری دایمی که باید از هر گونه مشارکت در جامعه و حضور در فعالیت‌های اجتماعی کنار نهاده شود، نگریسته می‌شود و زندگی چنین معلولانی را به جایی می‌رساند که تنها شباهت ظاهری به زندگی

سایر افراد داشته یا حتی زندگی آنان را به زندانی تبدیل می‌کند که فرد معلول در پی چاره‌ای است تا به هر قیمت از شر آن خلاص شود.

بنابراین هنگامی که چنین معلولی مرگ را به زندگی بدون احترام و عزت نفس و توأم با وابستگی شدید ترجیح می‌دهد باید ساز و کارهای قانونی به گونه‌ای پیش‌بینی شود که از وی حمایت قانونی به عمل آورد نه آن که حتی در حق انتخاب مرگ نیز فرد معلول هیچ گونه تدابیر حمایتی قانونی را شاهد نباشد.

عمده‌ترین اثر قانونمند ساختن خودکشی مساعدت‌شده پزشکی را می‌توان علاوه بر قرار گرفتن حق انتخاب مرگ در حیطه حریم خصوصی افراد و به رسمیت شناختن قانونی آن در مقرر داشتن تضمینات حقوقی برای اعمال چنین حقی مطمح نظر قرار داد. شرایط مصرح قانونی جهت درخواست توسل به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی باید در مضیق‌ترین شکل خود تفسیر شود و درست به همین دلیل است که آخرین شرط صدور مجوز چنین امری تأیید مقام قضایی است. چرا که عمده شرایط مندرج در قانون برای اعطای مجوز از ماهیتی دو وجهی برخوردار است و به موازات صبغه پزشکی و کارشناسی واجد صبغه حقوقی نیز می‌باشند.

مواردی مانند احراز عنصر رضایت ارادی که در آن مقام قضایی باید حسب قرائن کافی و معقول به این اقتناع وجدان قضایی برسد که معلول مبتلا به بیماری درمان‌ناپذیر و کشنده بدون هیچ گونه اکراه یا اجباری اعم از مادی یا معنوی، خود داوطلبانه تصمیم به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی را اتخاذ نموده است. مضافاً این که مقام قضایی است که عهده‌دار احراز آگاهانه بودن چنین رضایتی می‌باشد. در واقع مقام قضایی باید حصول اطمینان نماید که شخص با اطلاع از کلیه شرایط

قانونی به این راهکار متوسل شده و در غیر این صورت هرگونه عمل پزشک مبنی بر خودکشی مساعدت شده به چنین معلولی فاقد وجاهت قانونی خواهد بود. به علاوه مقام قضایی مکلف است در خصوص هرگونه احتمال تبانی بین پزشکان و یا سوءاستفاده احتمالی آنان از حق مساعدت کردن در خودکشی چنین معلولی اطمینان حاصل نماید و به محض احراز چنین مواردی فوراً پرونده را جهت اظهار نظر کارشناسی به پزشکان متخصص دیگری که همواره تعدد آنان شرط است ارجاع نماید.

من حیث المجموع می توان گفت: مقام قضایی در رسیدگی به پرونده های ناظر به درخواست خودکشی مساعدت شده پزشکی و صدور مجوز قانونی برای آن از یک ضابطه شخصی و موردی استفاده می نماید. در واقع از بعد قضایی نمی توان معیاری نوعی را برای کلیه پرونده هایی از این دست، اعمال نمود. بدین ترتیب در هر پرونده اوضاع و احوال خاصی حاکم بر آن و حتی اوضاع و احوال پیشین که می تواند در مواردی مانند تهدید یا تحریک شدن فرد معلول به توسل به خودکشی مساعدت شده در احراز رضایت واقعی و لذا صدور یا عدم صدور مجوز قانونی چنین امری تأثیر بگذارد، باید از سوی مقام قضایی مورد بررسی قرار گیرد، حال آنکه برخی دیگر از شرایط قانونی جنبه پزشکی داشته و خود قانونگذار بررسی مورد را به کارشناس احاله نموده است. مانند تشخیص درمان ناپذیر بودن و کشنده بودن بیماری یا ارائه مشاوره های پزشکی و روانپزشکی به فرد درخواست کننده. لذا بی تردید مهم ترین ثمره قانونمند ساختن خودکشی مساعدت شده پزشکی وجود تضمینات قانونی است که آنها را برشمردیم به گونه ای که باعث می شوند علی رغم آن که چنین معلولانی در اثنای زندگی خود همواره از تبعیض در رنج

هستند حداقل در اعمال حق قانونی خود مبنی بر توسل به خودکشی مساعدت شده پزشکی در برابر قانون از اصل تساوی برخوردار شوند و با همه آنان صرفاً طبق شرایط قانونی و بدون هیچ گونه تبعیضی از سوی مقام قضایی برخوردار شود.

با این حال متأسفانه باید اذعان نمود که حتی پس از قانونمند ساختن خودکشی مساعدت شده پزشکی به طوری که شرایط درخواست آن ضابطه مند شده باشد، باز هم در پذیرش درخواست‌های معلولین از سوی مقامات قضایی شاهد برخوردی تبعیض آمیز هستیم؛ چرا که: مقام قضایی نیز از منظر همان جامعه‌ای به چنین معلولی می‌نگرد که بالصاق برچسب ناتوانی وی را از هر گونه تصمیم‌گیری راجع به آتیه و سرنوشت خود محروم می‌دارد. در غالب موارد با درخواست‌های معلولین در همان بادی امر به گونه‌ای برخورد می‌شود که اساساً معلول توانایی تصمیم‌گیری راجع به خاتمه دادن به حیات دردآور خود را ندارد، در حالی که در کشورهایی که حق توسل به خودکشی مساعدت شده برای سایر افراد جامعه نیز به موجب قانون به رسمیت شناخته شده است و حق انتخاب مرگ برای کلیه افراد مورد شناسایی قرار گرفته، هرگز با درخواست چنین افرادی با این دیدگاه برخورد نمی‌شود و فوراً با احراز شرایط قانونی، درخواست مورد پذیرش قرار می‌گیرد. لذا حتی در چنین درخواستی نیز معلولین با برخوردی تبعیض آمیز در مقایسه با افراد سالم جامعه مواجه می‌گردند. پژوهشی که در سال ۱۹۹۰ در کشور هلند انجام شد، مؤید این مطلب بود به طوری که در مورد درخواست معلولین مبتلا به بیماری‌های لاعلاج و کشنده صرفاً به ۱۳ درصد از این درخواست‌ها در یک روز و به ۸۷ درصد از آن‌ها بیش از یک هفته بعد پاسخ داده شده است (جیمز، ۱۳۸۲). لذا به نظر می‌رسد وقت آن رسیده است که نه تنها با قانونمند ساختن خودکشی مساعدت شده

پزشکی، این واقعیت غیر قابل انکار در جامعه را که عملاً شاهد وقوع آن هستیم از حیث قانونی ضابطه‌مند نماییم، بلکه از رهگذر آن تضمینات حقوقی لازم نیز به منظور اعمال ضمانت‌اجراهای قانونی برای متخلفین و سوءاستفاده‌کنندگان از چنین حقی فراهم کنیم به طوری که پزشک‌انی که خودسرانه و بدون رعایت شرایط قانونی لزوم پذیرش درخواست را تأیید می‌نمایند یا از اختیار قانونی خود سوءاستفاده می‌کنند، خود را در معرض مجازات‌های قانونی احساس کنند و لذا اثری پیش‌گیرانه را نیز شاهد باشیم. همچنین با قضاتی که در احراز شرایط قانونی قصور ورزیده‌اند، هم از حیث جرم‌انگاری چنین مواردی و هم از زاویه تخلفات انتظامی برخورد قانونی شود؛ مضافاً این که در دسترسی به این راهکار قانونی به ویژه در رسیدگی‌های قضایی در پرونده‌های مرتبط با درخواست خودکشی مساعدت‌شده پزشکی اصل تساوی در برابر قانون از دید قضات مغفول باقی نماند تا حداقل در پذیرش یا عدم پذیرش چنین درخواست‌هایی معلولین بار دیگر احساس تبعیض و تمایز با افراد سالم جامعه را ننمایند و قانون به تصمیم‌گیری آن‌ها در مورد توسل به این نوع از خودکشی احترام بگذارد.

نتیجه

از منظر حقوقی معلولان طیفی آسیب‌پذیر از جامعه را به خود اختصاص می‌دهند و چنانچه معلولیت توأم با یک بیماری درمان‌ناپذیر و کشنده گردد، منجر به یک آسیب‌پذیری مضاعف برای فرد معلول خواهد شد. در واقع مرکز ثقل پذیرش تأسیسی به نام خودکشی مساعدت‌شده پزشکی، در همین خصیصه آسیب‌پذیری مضاعف فرد معلول نهفته است و این که آیا این خصیصه آسیب‌پذیری می‌تواند ما را به سمت پذیرش حق انتخاب مرگ برای این قشر سوق دهد. به نظر می‌رسد در وهله اول فرهنگ‌سازی در جامعه می‌تواند بستر پاسخ‌دهی به چنین پرسشی را نیز جهت‌دهی و نظام حقوقی هر کشور را متأثر سازد، چنانچه نگرش جامعه و الگوهای مقبول و متعارف جامعه مبتنی بر اعمال تبعیضات ناروا نسبت به چنین معلولینی باشد بی‌تردید قرار گرفتن آنان در محیط‌های توأم با فشارهای اجتماعی به غیر از سرانجامی محتوم که همانا پناه بردن به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی است، همراه نخواهد داشت؛ بنابراین: چنانچه کرامت انسانی فرد معلول در جامعه مورد احترام نبوده و اصل برخورداری از فرصت‌های برابر در جامعه و نیز برخورداری از یک زندگی فارغ از وابستگی و مستقل برای معلولین مبتلا به بیماری‌های لاعلاج رعایت نشود نمی‌توان انتظار داشت که آنان به صرف اینکه حق زندگی کردن به عنوان بارزترین جلوه حقوقی مدنی هر شخص، صرفاً در کتاب‌های قانون به رسمیت شناخته شده، خود را محکوم به آن بدانند که زندگی بدون عزت نفس و توأم با درد و رنج غیر قابل تحمل ناشی از یک بیماری کشنده را تداوم بخشند. بنابراین مقنن بی‌تردید نمی‌تواند نسبت به فرهنگ حاکم بر جامعه بی‌تفاوت بوده و لذا باید اذعان نمود که خودآگاه یا ناخودآگاه در تدوین مقررات

قانونی از آن تأثیر می‌پذیرد. دیدگاه موافقان خودکشی مساعدت‌شده دیدگاهی واقع‌گرا و برخاسته از انتظارات و نیازهای واقعی چنین معلولینی در جامعه است. حال آنکه مخالفان چنین امری مادام که فرهنگ غالب جوامع دایره مدار تمایز تبعیض‌گونه نسبت به معلولین است، صرفاً دیدگاهی آرمان‌گرایانه را ارائه می‌کنند. مضافاً این که هنوز هم این نکته محل تردید جدی خواهد بود، که آیا می‌توان جبراً چنین معلولینی را به ادامه زندگی وادار نمود؟ از نقطه نظر حقوقی قانونمند ساختن خودکشی مساعدت‌شده پزشکی تجلی پویایی قانون و هم‌پوشانی آن با واقعیت‌های غیر قابل انکار زندگی توأم با درد و رنج غیر قابل تحمل چنین معلولینی است.

لیکن آنچه حایز اهمیت است قرار دادن تأسیس خودکشی مساعدت‌شده پزشکی در زمره استثنائات حقوقی است، لذا اصل بر این است که توان‌بخشی، بازپروری، اعمال تدابیر مراقبتی و حمایتی و ارتقای استانداردهای زندگی معلولین همواره به منظور تضمین یک زندگی همراه با کرامت انسانی از منظر مقنن در اولویت قرار دارد؛ با این حال لزوم متناسب کردن قانون با اوضاع و احوال عینی و ملموس که معلولین مبتلا به بیماری کشنده و لاعلاج با آن درگیر هستند، اقتضا می‌نماید که قانون هر چند در شرایط خاص و استثنایی حق توسل به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی را از رهگذر ارائه این درخواست از سوی فرد معلول رسمیت بشناسد.

لزوم تفسیر مضیق شرایط مندرج در قانون در خصوص پذیرش چنین درخواستی و صدور مجوز قانونی خود نشانگر استثنایی بودن حق انتخاب مرگ است، لیکن با احراز این شرایط استثنایی باید حق تصمیم‌گیری در مورد ادامه

حیات آن هم با کیفیتی بسیار پایین و یا خاتمه بخشیدن به چنین زندگی‌ای و حق انتخاب مرگ را برای این معلولین به موجب قانون محفوظ داشت. هرچند باز هم تردید جدی دیگری باقی است که آیا به صرف وجود احتمال پیشرفت‌های پزشکی در یافتن درمان بیماری‌های لاعلاج می‌توان معلولی را تا پایان عمر به دلیل عدم اعطای مجوز قانونی جهت توسل به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی به ادامه زندگی مجبور ساخت؟

در نهایت اگر بپذیریم که چنین امری با اتخاذ رویکرد واقع‌گرا عملاً در جوامع گوناگون رخ می‌دهد، ضابطه‌مند ساختن آن از رهگذر تصویب قوانین لازم، از وقوع سوءاستفاده‌های احتمالی نیز که به ویژه از سوی پزشکان در مراکز مراقبت از چنین معلولینی جلوگیری به عمل خواهد آورد. مقرر داشتن ضمانت‌اجراهای قانونی برای پزشکانی که خود را به شرایط لازم مندرج در قانون در توسل به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی مقید نمی‌دانند تضمینات حقوقی لازم که شایسته یک نظام حقوقی پویاست را برای این طیف آسیب‌پذیر به همراه خواهد داشت. امید است با ارتقای سطح فرهنگ جامعه و نمود عملی تدابیر حمایتی و مراقبتی در جامعه برای چنین معلولینی خود آنان حتی علی‌رغم وجود راهکار قانونی توسل به این نوع خودکشی حق انتخاب یک زندگی توأم با رعایت شأن و کرامت انسانی را بر حق انتخاب مرگ ترجیح دهند.

پی‌نوشت‌ها

1. Assisted suicides on persons with disabilities.
2. Vulnerable population.
3. Right to choose death.
4. Undue social discriminations.
5. Legalization of Assisted suicide.
6. Lethal disease.
7. Physician assisted suicide.
8. Equal protection.
9. Burden to society.
10. Criminalization.
11. de- criminalization.
12. Fissaghores.
13. Epiktetos.
14. Seneca.
15. Sisero Polini.
16. Kevorkian.
17. Death machine.
18. New England.
19. Rosen Cohen.
20. Passive euthanasia.
21. Active euthanasia.
22. Physician- assisted suicide.
23. Involuntary euthanasia.
24. Compton.
25. Bouvia. V. Superior, court of California.
26. Reasonable and conscious choose.
27. Blameless.
28. Equal opportunities.
29. (HIV).
30. Harris.
31. New jersey.
32. Karen Quinlan.
33. Legalization of physician assisted suicide.
34. Incurable disease.
35. Lethal or terminal illness.
36. Permanent diseases .
37. Voluntary consent.
38. Beyond reasonable doubt.
39. Adequate opportunity.
40. Last resort.
41. Consciously choose.
42. Subjective test.

43. The Americans with disabilities ACT (ADA).

فهرست منابع

- جیمز، راشل. (۱۳۸۲). *قتل ترحم آمیز*، (ترجمه محمود عباسی)، تهران: انتشارات حقوقی.
- حجتی، سید مهدی. (۱۳۷۹). *تحلیل حقوقی اتانازی*، تهران: مجله حقوقی دادگستری، شماره ۳۰.
- رایبسون، نانسی ام - رایبسون، هالبرت بین. (۱۳۷۰). *کودک عقب مانده ذهنی*، (ترجمه فرهاد ماهر)، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- غمامی، سید محمد مهدی. (۱۳۸۵). *اتانازی با مطالعه تطبیقی در فقه و حقوق جزای ایران*، تهران: مجله اصلاح و تربیت، شماره ۴۹.
- کرمی، خداپخش. (۱۳۸۱). *اتانازی*، تهران: نشر معارف.
- کمالی، محمد و دیگران. (۱۳۸۱). *مروری بر حقوق کودکان دارای ناتوانی و معلولیت*، تهران: مجله رفاه اجتماعی، شماره ۷.
- مظاهری تهرانی، مسعود. (۱۳۸۶). *حق مرگ در حقوق کیفری*، تهران: نشر هستی نما.
- وهابزاده منش، جواد. (۱۳۷۳). *اتانازی*، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.
- Batavia, A.I. (2001). *what's wrong with making Assisting suicide legal?*, Journal of the American medical Association.
- Burgdorf Jr, Robert. (2005). *assisted suicide: A disability perspective*, journal of disability policy studies.
- Hwang, Karen. (2005). *Attitudes of persons with physical disabilities toward physician- Assisted death*, journal of disability policy studies.
- Miller, Paul.(1992). *The Impact of assisted Suicide on persons with Disabilities. It is A Right without freedom*, available at: www.Handicap-international.gov.uk.
- Wolbring, Gregor. (2006). *why Disability Rights Movements Do Not Support Euthanasia*, , p.73, Available at :www.fsu.edu/crimdo.html.

یادداشت شناسه مؤلف

امیر سماواتی پیروز: دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی (نویسنده مسؤول)
نشانی الکترونیک: samavatipirouz.amir@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۱/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۲/۱۸