

خودکشی مساعدت شده پزشکی: از مبانی جرم انگاری تا واکنش

کیفری

حسین میرمحمدصادقی^۱

علی ایزدیاری^۲

چکیده

یکی از موضوعات مهم و بحث برانگیز در حوزه حقوق پزشکی، بحث «خودکشی مساعدت شده پزشکی» می‌باشد که طی یکی دو دهه اخیر در میان حقوقدانان، جرم‌شناسان، پزشکان و حتی خود بیماران به عنوان بخشی از جمعیت آسیب‌پذیر جامعه، موضوعی مشاجره آمیز بوده و موافقان و مخالفانی داشته است. مرکز ثقل این مشاجرات، موضوع «حق انتخاب مرگ» برای بیماران می‌باشد.

از منظر آموزه‌های حقوق کیفری، میان اتانازی و عنوان مذکور، از حیث «مباشرت» یا «معاونت» کردن پزشک در مرگ بیمار، تفاوت چشمگیری وجود دارد؛ بدین معنا که پزشک، در اتانازی «مباشرت» و در خودکشی مساعدت شده پزشکی «معاونت» در مرگ بیمار می‌نماید. به دیگر سخن، در عنوان نخست، عامل مرگ «پزشک» و در عنوان دوم، عامل مرگ خود «بیمار» است. در سیاست جنایی ایران، خودکشی اگرچه تحت تأثیر آموزه‌های دینی و فقهی مباح نبوده، لکن مورد جرم‌انگاری قرار نگرفته است و به تبع نظام استعاره مجرمیت - که در اغلب نظام‌های حقوقی من جمله ایران پذیرفته شده است - معاونت در خودکشی نیز جرم و قابل مجازات نمی‌باشد. مع الوصف قانون‌گذار ایران، در ماده ۷۴۳ قانون تعزیرات (ماده ۱۵ قانون جرایم

۱- استاد و مدیر گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- دانشجوی دوره دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤؤل)

نشانی الکترونیکی: izadyara@yahoo.com

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ وصول مقاله: ۱۳۹۳/۹/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰

رایانه‌ای) مصوب ۱۳۸۸/۳/۵، برخی از اقدامات یاری دهنده و تسهیل کننده خودکشی از طریق سامانه‌های رایانه‌ای، مخابراتی یا حامل‌های داده را، به عنوان جرمی مستقل، جرم‌انگاری نموده است.

این نوشتار، از یک سو مبانی جرم‌انگاری موضوع حاضر را مورد نقد و واکاوی قرار داده و از سوی دیگر، به شیوه‌های واکنش کیفری نظام حقوقی ایران در مواجهه با این مسأله پرداخته است؛ و در نهایت، در راستای تکریم حیات انسانی و پیشگیری از پدیده انحرافی خودکشی، پیشنهاد جرم‌انگاری «خودکشی مساعدت شده پزشکی» را، به عنوان جرمی خاص و مستقل، ارائه نموده است.

واژگان کلیدی

حقوق پزشکی، مساعدت در خودکشی، حق انتخاب مرگ، معاونت، خودکشی، مسؤولیت کیفری پزشک

مقدمه

در پاره‌ای از موارد افرادی که تصمیم به خودکشی می‌گیرند، جسارت و توانایی لازم برای انجام این عمل را ندارند، لذا جهت نیل به مقصود خود، از راهنمایی‌ها و مساعدت‌های یک پزشک بهره می‌جویند. علاوه بر این، گاهی اوقات نیز افرادی که دچار بیماری‌های لاعلاج یا صعب‌العلاج هستند، به منظور رهایی از درد و رنج ناشی از بیماری‌هایشان، اقدام به خودکشی به کمک پزشک می‌نمایند. زیرا از یک سو، چنین بیمارانی که به دنبال یک خودکشی راحت و بدون درد و رنج هستند، غالباً اطلاعات و امکانات پزشکی لازم برای تحقق این خواسته خویش را نداشته و در نتیجه نیازمند راهنمایی‌های یک پزشک می‌باشند و از سوی دیگر، آن دسته از پزشکانی هم که خواهان مشارکت در مرگ بیماران هستند، غالباً به مساعدت کردن در خودکشی آنان تمایل بیشتری نشان می‌دهند تا مباشرت کردن؛ زیرا مساعدت در خودکشی، در پاره‌ای از نظام‌های حقوقی - من جمله ایران - به دلیل خلأهای قانونی جرم و قابل مجازات نیست؛ در حالیکه غالب انواع اتانازی - ولو اینکه به طور خاص و با همین عنوان جرم‌انگاری نشده باشند - با همان قواعد عمومی راجع به جرم قتل، مستوجب کیفر خواهند بود.

بنابراین در چنین شرایطی، رسالت حقوق کیفری آن است که با بررسی دلایل موافقان و مخالفان، ضرورت یا عدم ضرورت جرم‌انگاری خودکشی مساعدت یافته پزشکی را احراز نماید.

الف - کلیات

در این بخش، ابتدا تعریف خودکشی مساعدت شده پزشکی (گفتار اول) و سپس وجه تمایز این عنوان با اتانازی (گفتار دوم) بیان خواهد شد.

۱- تعریف خودکشی مساعدت شده پزشکی

خودکشی مساعدت شده پزشکی - که برخی از نویسندگان تعبیر «خودکشی به کمک پزشک» را برای آن برگزیده‌اند (اسلامی تبار، الهی منش، ۱۳۸۶ش، ص ۱۳)- از حیث مفهوم شناختی ناظر به خاتمه دادن به زندگی از رهگذر انتخاب ارادی دریافت مساعدت از سوی پزشک می‌باشد. به عبارت دیگر، در این نوع خودکشی، «پزشک دارو یا دیگر وسایل مورد نیاز [جهت خودکشی] را برای یک بیمار فراهم می‌کند، با علم به اینکه وی قصد دارد از آن‌ها برای ارتکاب خودکشی استفاده نماید.» (Manning, 1998, p4) یا به تعبیر نویسنده‌ای دیگر «در خودکشی مساعدت شده پزشکی، بیمار خود شخصاً مبادرت به استعمال دوز مرگ‌آور از دارویی می‌کند که [آن دارو] به وسیله پزشکی که می‌داند بیمار قصد استفاده از آن را جهت خاتمه دادن به حیات خویش دارد، تجویز شده است.» (Foley, Hendin, 2002, p5) بنابراین در این نوع از مرگ، این خود بیمار است که عمل سلب حیات را انجام می‌دهد و پزشک تنها از طریق فراهم آوردن وسایل لازم و ارائه اطلاعات پزشکی درمورد چگونگی خاتمه دادن به زندگی (مثلاً افزایش دوز قرص‌های خواب‌آور)، مرگ بیمار را تسهیل می‌نماید. در هر حال، از مجموع تعاریف فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که در خودکشی مساعدت شده پزشکی، اولاً حضور و مساعدت «پزشک» موضوعیت دارد، لذا بر کسی که به بیمار کمک می‌نماید، باید بتوان عنوان «پزشک» را اطلاق کرد؛ ثانیاً، ضرورت مساعدت پزشک به بیمار احراز گردد، به نحوی که بدون آن، بیماری که فاقد اطلاعات پزشکی لازم است و 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 (Marzilli, 2004, pp56-7). رابعاً، خودکشی مساعدت شده 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 (وهاب زاده منش، ۱۳۷۳ش، صص ۱۰۲-۱۰۳).

۲- خودکشی مساعدت شده پزشکی و اتانازی

این موضوع که آیا «خودکشی مساعدت شده پزشکی» یکی از اقسام «اتانازی» به شمار می‌رود یا خیر، مدت‌های مدیدی است که محل بحث و اختلاف است. برخی بر این باورند که خودکشی مساعدت شده پزشکی در واقع یکی از انواع اتانازی به حساب آمده و به تبع باید ذیل همین عنوان مورد بحث قرار گیرد؛ به همین دلیل است که در برخی از تألیفات، اتانازی را به دو دسته کلی مستقیم و غیرمستقیم^۱ تقسیم کرده‌اند- این تقسیم‌بندی به نقش کسی که عمل سلب حیات را انجام می‌دهد، اشاره دارد^۲- بدین نحو که اگر پزشک خود اقدام به کشتن بیمار نماید، اتانازی مستقیم و اگر صرفاً وسایل خودکشی را در اختیار او قرار دهد، اتانازی غیرمستقیم تحقق می‌یابد (حجتی، ۱۳۷۹ش، ص ۱۸۳). در مقابل، برخی قائل به تمایز بین این دو عنوان بوده و معتقدند که خودکشی مساعدت شده پزشکی عنوانی کاملاً مجزا و مستقل از اتانازی می‌باشد. به اعتقاد آن‌ها، اتانازی مستقیم و غیرمستقیم به نقش شخصی که می‌میرد اشاره دارد، بدین صورت که در اتانازی مستقیم خود شخص برای مردن خویش تصمیم می‌گیرد، لکن در اتانازی غیرمستقیم شخص دیگری برای مردن وی تصمیم می‌گیرد؛ لذا این افراد که تقسیم‌بندی فوق را بر چنین مبنایی استوار می‌دانند، قائل به تمایز بین دو عنوان اتانازی و خودکشی مساعدت شده پزشکی هستند (Essex, 2000, pp191-212).

از سوی دیگر، برخی از نویسندگان نیز با تمایز اخلاقی قائل شدن میان این دو عنوان، تلاش کرده‌اند که هویت مستقلی را به خودکشی مساعدت شده پزشکی بخشیده و از این طریق آن را از اتانازی متمایز سازند (Deigh, 1998, pp1155-1165). علاوه بر این، عده‌ای با استعانت از آموزه‌های حقوق کیفری، میان این دو عنوان از حیث «مباشرت» یا «معاونت» کردن در مرگ دیگری قائل به تفکیک شده‌اند، بدین معنی که پزشک، در اتانازی «مباشرت» و در خودکشی مساعدت شده پزشکی «معاونت» در مرگ دیگری می‌نماید. در همین راستا، برخی نیز سعی نمودند تا از رهگذر رابطه علیت، توجیهی را در جهت تمایز این دو عنوان بیابند و با تشریح این مطلب که در اتانازی، عامل مرگ «پزشک» و در خودکشی مساعدت شده پزشکی خود «بیمار» است (Kamm, 1998, pp29-31)، یکی از راه‌های تمایز قائل شدن بین این دو عنوان را توجه به آخرین اقدام -یعنی اقدامی که بدون آن سلب حیات ممکن نبوده است- دانسته‌اند. با استفاده از این معیار، چنانچه «پزشک» آخرین اقدام سالب حیات را انجام داده باشد، اتانازی و چنانچه خود «بیمار» آخرین اقدام را با مساعدت پزشک انجام داده باشد، خودکشی مساعدت شده پزشکی تحقق یافته است.

در مقابل، گروهی از نویسندگان نیز با جزئی پنداشتن تمایزات اخلاقی مطروحه میان این دو عنوان، به دنبال کم‌رنگ کردن مرز بین اتانازی و خودکشی مساعدت شده پزشکی هستند. برای مثال، جان کیون در کتاب خود با عنوان «اتانازی، اصول اخلاقی و سیاست ملی» بعد از طرح این مسأله، بیان می‌دارد که عده‌ای بر این باورند که «تمایز میان خودکشی مساعدت شده پزشکی و اتانازی حتی زمانی که در عالم‌مادی (طبیعی) بتواند مطرح شود، در عالم اخلاقی اهمیت چندانی ندارد.» (Keown, 2002, p33). علاوه بر این، جرالد دورکین و فری نیز در

کتاب خود تحت عنوان «اتانازی و خودکشی مساعدت شده پزشکی» با طرح این سؤال که از نظر اخلاقی چه تفاوتی بین استفاده پزشکان از دستگاهی که مونوکسیدکربن را برای خفه کردن و کشتن بیماران وارد سیستم تنفسی می‌کند و توصیه پزشک به استفاده از دستگاهی که بیمار با فشار دادن یک کلید از دنیا می‌رود، وجود دارد؟ تفاوت اخلاقی میان این دو عنوان را رد می‌کنند و تنها فرق این دو را در فاعل کار می‌دانند (Dworkin, Frey, Bok, 1998, pp43-63). از سوی دیگر، عده‌ای نیز با بیان این مطلب که در نهایت نتیجه هر دو عمل یکسان است (مرگ بیمار)، درصدد آن هستند که به نوعی خودکشی مساعدت شده پزشکی را ذیل عنوان اتانازی جای داده و یا هر دو را تحت یک عنوان کلی‌تری قرار دهند (Brock, 1992)؛ از همین رو برخی با ارائه یک تعریف موسع از اتانازی فعال مبنی بر اینکه این نوع اتانازی به کشتن عمدی و مستقیم یک انسان زنده - چه به وسیله خودش (خودکشی) و چه به وسیله دیگری (مساعدت در خودکشی) - اشاره دارد، خواستار آن هستند که خودکشی مساعدت شده را تحت شمول عنوان اتانازی درآورند (Moreland, 1992). حتی برخی از استعمال اصطلاحات «خودکشی مساعدت شده پزشکی» و «اتانازی» اجتناب کرده و به جای آن اصطلاح «مساعدت در مرگ»^۳ را به کار می‌برند (Davies, 1988, pp148-9) تا از این رهگذر، هر دو عمل را تحت یک عنوان کلی‌تری قرار داده باشند. در هر حال، با قطع نظر از مباحث اخلاقی پیرامون خودکشی مساعدت شده پزشکی، به نظر می‌رسد که از منظر حقوق کیفری تفاوت چشمگیری میان این عنوان و اتانازی وجود دارد که به هیچ وجه قابل انکار و چشم‌پوشی نمی‌باشد؛ این تفاوت که در واقع مرز اصلی میان خودکشی مساعدت شده پزشکی و اتانازی است، همان بحث «مباشرت» یا «معاونت» کردن پزشک در مرگ بیماران است.

در حقیقت، تمایز این دو عنوان، به نقش فردی که اقدام او خاتمه دهنده حیات بوده است، مربوط می‌شود (Cormack, 2000, p393). به بیان دیگر، وجه ممیزه خودکشی مساعدت شده پزشکی از سایر انواع اتانازی در این است که در آن خود بیمار در سلب حیات خود مباشرت می‌نماید و بدینسان چنانچه این نوع از خودکشی مساعدت شده 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 است - 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 مساعدت شده پزشکی احصاء نمودیم، مبادرت به کمک به بیمار نماید، باز هم می‌تواند خود را از چنگال عدالت کیفری برهاند.

ب- مبانی جرم انگاری خودکشی مساعدت شده پزشکی

جرم‌انگاری، تصمیم مرجع صلاحیتدار در جهت ممنوعیت یا الزام بر انجام رفتاری است که برای تخلف از آن، کیفر در نظر می‌گیرد. از این تعریف به روشنی آشکار می‌گردد که جوهر جرم انگاری، تحدید حقوق و آزادی انسان است و ناگزیر نیازمند اصول و ضوابطی است تا این تحدید را توجیه نماید (قماشی، ۱۳۸۹، ص ۱۴۸). اهم این اصول و مبانی جرم‌انگاری نیز عبارتند از: اصل صدمه، پدرسالاری قانونی و اخلاق‌گرایی قانونی.

در این بخش، ابتدا به اصل مهمتر و بنیادی‌تر «صدمه»، یعنی «جلوگیری از ایراد صدمه به دیگران» که در همه نظام‌های حقوقی به عنوان ضابطه توجیه

کننده دخالت قدرت عمومی در آزادی‌ها و به طور خاص دخالت کیفری پذیرفته شده است، می‌پردازیم (گفتار اول) تا از رهگذر آن، مفهوم مداخله برای «جلوگیری از ایراد صدمه به خود» یا اصل «پدرسالاری قانونی» بهتر دریافت شود (گفتار دوم). در ادامه، اصل «اخلاق‌گرایی قانونی» را تشریح نموده (گفتار سوم) و در نهایت، مبنای فقهی این پدیده را تبیین می‌نماییم (گفتار چهارم).

۱- اصل صدمه

جان استوارت میل در رساله درباره آزادی استدلال مشهوری دارد، دال بر اینکه «تنها هدفی که برای آن می‌توان بر عضوی از اعضای یک جامعه متمدن، برخلاف میل او، اعمال قدرت نمود، جلوگیری از ایراد صدمه و ضرر به دیگران است» (Mill, 1859, p22). به موجب این اصل، که گاه تحت عنوان «اصل صدمه» بدان اشاره می‌شود^۴، رفتارهایی باید جرم‌انگاری گردد که موجب اضرار به فرد یا جامعه می‌شود. به تعبیر فینبرگ، اصل مزبور بیان می‌دارد که دولت فقط در رفتاری می‌تواند مداخله کند که ممکن است ضرری به دیگری برساند (Feinberg, 1984, p11).

اصل صدمه، اخیراً در زمینه‌های مختلف حقوق پزشکی و اخلاق زیستی، من‌جمله موضوع بحث ما، مورد استناد قرار گرفته است. البته برخی بر این باورند که چون مساعدت پزشکان در خودکشی بیماران با «رضایت» خود بیمار انجام می‌گیرد^۵، دیگر استناد به اصل مزبور محلی از اعراب نخواهد داشت. به عنوان نمونه، ماکس چارلزورث استدلال می‌کند که از آنجا که مواردی چون خودکشی و مرگ رضایتمندانه، مستقیماً به دیگران ضرر نمی‌رسانند، قانون نباید مانع این اقدامات شود (Charlesworth, 1993, p39). اما واقع امر آنست که اصولاً در بسیاری از موارد، هر رفتاری که به فاعل آن ضرر می‌زند، به نحوی به دیگران هم

آسیب خواهد زد. برای نمونه، موتورسواری که از کلاه ایمنی استفاده نمی‌کند، تنها به خودش ضرر نمی‌زند، بلکه به دیگرانی هم که رضایت نداده‌اند، آسیب می‌رساند. در این مورد نیز اگرچه پزشکان با رضایت بیماران، موجبات خودکشی آنان را فراهم می‌کنند؛ اما در هر صورت از رهگذر این اقدام، خانواده قربانی (که ممکن است راضی به چنین اقدامی نباشند) و همچنین جامعه (به ویژه در جایی که قربانی، بیماری لاعلاج یا صعب‌العلاجی ندارد) متضرر می‌گردند. برای مثال، فرض کنید یک بیمار مبتلا به افسردگی که امکان بهبودی وی با تجویز داروی ضد افسردگی وجود دارد، خواستار مساعدت پزشک در خودکشی خود می‌شود و پزشک نیز با علم به امکان بهبودی وی، مقدمات خودکشی او را فراهم می‌نماید. در این فرض، اگرچه اقدام پزشک با رضایت خود بیمار صورت گرفته است، اما بدون تردید این اقدام مصداق اصل ضرر به دیگران خواهد بود. لذا جرم‌انگاری خودکشی مساعدت شده پزشکی: از مبانی جرم‌انگاری ... می‌گیرد که هیچ روش عقلانی‌ای برای جلوگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی وجود ندارد و این امر نیز در عمل باعث اضرار به دیگران خواهد شد. افزون بر این، اقدام مزبور قداست حرفه پزشکی را زیر سؤال برده و به حیثیت و اعتبار جامعه پزشکی نیز لطمه می‌زند. در نتیجه، نمی‌توان نادیده گرفت که اقداماتی از این دست، کم و بیش، به افراد دیگری همچون خانواده مرتکب آسیب می‌رسانند و بر جامعه نیز هزینه‌هایی را تحمیل می‌کنند. درست است که در بسیاری از این جرایم، ضرری که به افراد دیگر وارد می‌شود، غیرمستقیم است، اما در هر حال نمی‌توان از ایراد ضرر به غیر و از جمله جامعه چشم‌پوشی کرد (محمودی جانکی، ۱۳۸۶، ص ۱۴۹).

۲- اصل پدرسالاری قانونی

بر طبق اصل پدرسالاری، فرد نه تنها حق ندارد به دیگران ضرر بزند، بلکه به خود نیز نمی‌تواند آسیب برساند و حکومت، همانند پدر نسبت به فرزند، مانع زیان رساندن شخص به خودش می‌شود (جهت اطلاع بیشتر از تفاوت این اصل با اصل صدمه، ر.ک: محمودی جانکی، ۱۳۸۲، صص ۲۲۸-۲۳۰). بر این اساس و به منزله یک اصل محدودکننده آزادی، گفته شده که «پدرسالاری معمولاً دلیلی مناسب در حمایت از ممنوعیت کیفری است که از ایراد ضرر (جسمانی، روانی، معنوی یا اقتصادی) به فاعل آن پیشگیری می‌کند.» (Feinberg, 1986, p4). در همین زمینه، کمیسیون حقوقی نیز آشکارا این دیدگاه قیم مآبانه نسبت به قانون را زیربنای پیشنهادات خود در مورد رضایت، یعنی اینکه اشخاص عموماً نباید مجاز به ابراز رضایت نسبت به ایراد جراحی شدیداً معلولیت‌آور علیه خود باشند، اعلام کرده است (میرمحمد صادقی، ۱۳۹۱، ص ۱۲۵).

پدرسالاری قانونی، امروزه یکی از مهم‌ترین مبانی جرم‌انگاری «خودکشی مساعدت شده پزشکی» در کشورهایی است که این اقدام را وارد سیاهه قوانین کیفری خود نموده‌اند. درحقیقت، این کشورها با تکیه بر اصل پدرسالاری، در جهت پیشگیری از خودکشی ارادی و رضایتمندانه، مساعدت پزشکان در خودکشی دیگران را جرم‌انگاری کرده‌اند (Feinberg, 1986, pp12-16). از سوی دیگر، همانگونه که جان استوارت میل، هم در اقتصاد سیاسی و هم در درباره آزادی می‌گوید، دولت نباید قراردادهای برگشت‌ناپذیر یا فسخ‌نشدنی را تأیید یا تنفیذ کند؛ زیرا نه تنها پیمان‌هایی که به حقوق اشخاص دیگر تجاوز می‌کنند باطلند، بلکه اگر پیمان به خود پیمان‌کنندگان آسیبی وارد کند، رعایت آن الزامی نیست؛ مانند آنکه به موجب پیمانی، شخصی خود را به بردگی بفروشد. این

پیمان نیز باطل است. زیرا در این مورد، می‌توان اینگونه استدلال کرد که علت منع مداخله در امور شخصی افراد، حفظ آزادی فردی آنان است؛ حال که این حق را از خود سلب کرده است، دیگر الزامات اصل پیشین ما را در مداخله محدود نمی‌کند. این آزادی نیست که اجازه دهیم افراد بتوانند آزادی خود را تباه کنند (Feinberg, 1990, pp12-16, 172). استدلال مزبور درخصوص موضوع بحث ما نیز مصداق می‌یابد؛ زیرا توافق پزشکان با بیماران جهت مساعدت در مرگ آنان، توافقی برگشت ناپذیر است که نه تنها موجب سلب آزادی، بلکه اساساً منجر به سلب حیات بیماران خواهد شد و با عنایت به اینکه این پیمان نیز به خود پیمان کنندگان آسیب می‌رساند، رعایت آن الزامی نبوده و دولت‌ها می‌بایست همچون پدر برای جامعه، از باب ولایتی که برای خود می‌پندارند، شهروندان را از آسیب رساندن به خود و دیگران منع نمایند. در این زمینه، می‌توان به پرونده پرتی علیه انگلستان^۶ اشاره کرد. در این پرونده خانم دایانا پرتی ۴۲ ساله که مبتلا به بیماری اعصاب حرکتی^۷ بود و در آخرین مراحل بیماری خود به سر می‌برد؛ به جای آنکه بخواهد از طریق گرسنگی و خفگی انتظار مرگ را بکشد (که نتیجه طبیعی بیماری بود)، تصمیم به خودکشی گرفت، اما به علت شرایطی که داشت باید فرد دیگری به او کمک می‌کرد. شوهرش می‌خواست به وی کمک نماید، البته مشروط به اینکه مدعی‌العموم طبق قانون خودکشی او را تحت تعقیب قرار ندهد. وقتی مدعی‌العموم از دادن این اجازه سرباز زد، خانم پرتی دعوی خود را به نزد دادگاه اروپایی حقوق بشر برده و خواستار بازنگری در این قانون شد؛ اما نهایتاً دادخواست وی از سوی دادگاه رد شد (جهت اطلاع بیشتر از این پرونده، رک: Millns, 2002). برخی این پرونده را نمونه‌ای از اعمال اصل پدرسالاری قانونی، جهت ممنوعیت خودکشی مساعدت شده در حقوق انگلستان دانسته‌اند. (برای

دیدن نظر مخالف، ر.ک: Szerletics) زیرا علیرغم اینکه خانم پرتی به مرگ خود رضایت داشت، دادگاه از اعطای مجوز قانونی به شوهر او جهت مساعدت در این کار، اجتناب کرد.

۳- اصل اخلاق‌گرایی قانونی

در این گفتار، دیدگاه‌های موافقان و مخالفان این موضوع، از نقطه نظر اخلاقی، به ترتیب در دو بند مورد نقد و بررسی قرار خواهد گرفت. لازم به ذکر است که دیدگاه‌های موافقان و مخالفان این پدیده، عموماً مشابه دیدگاه‌های موافقان و مخالفان اتانازی می‌باشد. به عبارت دیگر، دلایل اخلاقی که در جهت رد یا توجیه اتانازی اقامه شده است، تا حد زیادی در جهت رد یا توجیه خودکشی مساعدت شده نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد (Dixon, 1998, pp25-29).

۳-۱- دیدگاه موافقان

این گروه در جهت توجیه دیدگاه خود، دلایلی را مطرح نموده‌اند که اهم آن‌ها به شرح ذیل است.

۱-۱-۳- احترام به حق انتخاب و خودمختاری افراد: اولین و شاید اصلی‌ترین دلیلی که موافقان به آن استناد می‌کنند، استقلال فردی و خودمختاری می‌باشد (Preston, Gunderson, Mayo, 2004, p39). از دیدگاه موافقان، عموم مردم قبول دارند که افراد از «حق انتخاب» برخوردارند و بر اساس اصل اخلاقی استقلال درون، به انتخاب دیگران احترام می‌گذارند؛ حتی اگر از نظر آن‌ها این انتخاب اشتباه و غیر قابل قبول باشد (Mogg, 2006, pp18-21). موافقان خودکشی مساعدت شده، ادعا می‌کنند که این حق انتخاب، شامل حق انتخاب مرگ^۱ نیز می‌شود (Ersek, 2005, p48, McCormick, 2011, pp119-128). دادن حق

انتخاب مرگ نیز به این معناست که دیگران نباید در تصمیم فرد برای مردن دخالت کنند و حتی در مواردی نیز لازم است که به وی کمک نمایند (Johnstone, 2004, pp241-51). به عبارت دیگر، این حق فرد است که در مورد مردن و رنج کشیدن خود، به عنوان یک عامل خودمختار، تصمیم بگیرد و دیگران نباید در مورد آن مزاحمت و ممانعت ایجاد کنند (دوی و دیگران، ۱۳۸۴، صص ۹۴-۹۶). در نتیجه مساعدت در خودکشی، درحقیقت، اقدامی در جهت احترام به اختیار انسان تلقی می‌گردد (Donchin, 2000, pp187-204). حتی برخی چنان به ایده خودمختاری متوسل می‌شوند که معتقدند داشتن حق پایان دادن اختیاری به زندگی، نه تنها باید به پذیرش خودکشی مساعدت شده پزشکی در موارد درد یا بیماری شدید منجر گردد، بلکه بایستی به پذیرش قانونی این امر درخصوص همه افراد عاقل، بالغ و مختار - که به هر دلیلی از تحمل این زندگی به ستوه آمده‌اند - نیز منجر شود.

۱-۲- مرگ با عزت: این دلیل موافقان، بر ۲ مبنا استوار است: ۱- کاهش درد و رنج، ۲- حفظ شأن و ارزش افراد.

نظرات موافق با خودکشی مساعدت شده پزشکی، به صورت مستمر و ثابتی، بر روی درد شدید، درد غیرقابل کنترل و بیماری غیرقابل درمان تمرکز دارند (Emanuel, 1999, pp631-5). عموم مردم نیز درد و رنج بردن را از لحاظ اخلاقی غیرانسانی و غیرقابل قبول می‌دانند. گفته می‌شود در مواردی که بیمار تحت فشار درد و بیماری لاعلاج قرار دارد، اگر حق انتخاب مرگ بیمار - به معنای رهایی از رنج - را انکار کنیم، انسانی نیست و در این شرایط، خودکشی مساعدت شده پزشکی راهی عادلانه برای جلوگیری از ادامه درد و رنج بیمار است (دویست، ۱۳۷۶ش، صص ۲۲-۲۴). به بیان دیگر، در این اوضاع و احوال، کمک به بیماران

جهت خاتمه دادن به حیات‌شان، انسانی‌تر است از مجبور ساختن آنان به ادامه حیاتی توأم با درد و رنج (Miller, Brody, 1995, pp8-17). علاوه بر این، لازمه حفظ شأن و ارزش افراد، احترام به انتخاب‌های خود خواسته آن‌ها است (Mogg, 2006, pp18-21). بیماران همیشه از اینکه تحت فشار درد و رنج بیماری هستند، ناراحت نیستند؛ بلکه از اینکه می‌دانند زندگی آن‌ها رو به اتمام است و خود را باری بر دوش دیگران می‌دانند، آزرده خاطر می‌شوند. بنابراین، مساعدت پزشک در خودکشی، صرفاً در جهت خدمت به بیمار صورت می‌گیرد. پزشکانی که این عمل را انجام می‌دهند، کار خود را احترام به بیمار می‌دانند، نه معاونت یا تسریع در مرگ. آن‌ها می‌گویند: چون ادامه حیات بیمار به صورت قابل احترام و همراه با عزت و وقار امکان پذیر نیست، لذا مرگ با عزتی را به او هدیه می‌نماییم (Johnstone, 2004, pp241-51). در نتیجه، برخی از نویسندگان نیز از شناسایی حقی، به نام «حق مردن با عزت»^۱ سخن گفته‌اند (Gibbs, 1986, pp53-68).

۳-۱-۳- نظریه اصالت فایده (اصل سودمندی): به موجب این نظریه، همه تصمیمات و خط‌مشی‌ها در جامعه باید بر پایه نفع عمومی استوار باشد؛ (Anscombe, 1958, p12) به بیان دیگر، قاعده کلی به جهت اتخاذ تصمیمات صحیح برای اکثریت مردم، در هر موقعیت یا معضل اخلاقی، پرهیز از رنج و زیان و در عین حال حداکثر نمودن فایده و خوشبختی می‌باشد. از بنیان این مکتب می‌توان از جان استوارت میل و جرمی بنتام نام برد (Mill, 1998, Bentham, 2000). بنتام به سادگی می‌گفت که اخلاق عبارت است از «دستیابی به حداکثر مقدار خوشبختی برای بیشترین تعداد مردم...» (الستیر و کمپل، ۱۳۷۲ش، ص ۷۳).

این نظریه در اصل بر ۳ موضوع کلی تأکید دارد: ۱- مسائل اقتصادی (هزینه

درمان) ۲- کیفیت زندگی ۳- بهترین منافع.

در بحث از مسائل اقتصادی، موافقان بر این نکته تأکید دارند که امروزه بیشتر کشورهای جهان با کمبود امکانات درمانی و فضای بیمارستانی مواجه هستند. بنابراین بهتر است که امکانات پزشکی موجود، برای کسانی استفاده شود که امکان زنده ماندن آنها وجود دارد، نه کسانی که در حال مرگ بوده و امکان زنده ماندن آنها بسیار اندک است و خود نیز خواستار مرگ می‌باشند. علاوه بر این، هزینه‌ای که جامعه برای حفظ و نگهداری این افراد که تا چند قدمی مرگ پیشرفته‌اند، متحمل می‌شود، می‌تواند صرف بیماران دیگر و همینطور صرف تحقیقات برای ریشه کن کردن بیماری در جامعه گردد (Emanuel, Battin, 1998, pp167-172). در همین زمینه، تحلیل برخی از نویسندگان از وضعیت جامعه آمریکا در سال ۱۹۹۵، جالب توجه می‌باشد. مطابق این تحلیل، با فرض اینکه اولاً ۲/۷ درصد بیمارانی که هر ساله می‌میرند (معادل ۶۲۰۰۰ آمریکایی) خودکشی مساعدت شده پزشکی را برگزیده باشند و ثانیاً، این بیماران به طور متوسط تنها برای ۴ هفته قابلیت حیات داشته باشند و ثالثاً، هزینه‌های درمانی یک ماه آخر زندگی، برای بیمارانی که در شرف مرگ هستند، ۱۰/۱۱۸ دلار (در سال ۱۹۹۵) برآورد شود، می‌توان تخمین زد که از رهگذر قانونمندی سازی خودکشی مساعدت شده پزشکی، تقریباً ۶۲۷ میلیون دلار می‌توانست در این سال ذخیره شود (Emanuel, Battin, 1998, p168)

در بحث کیفیت زندگی نیز موافقان بر این باورند که کیفیت حیات بیمار مهم‌تر از خود حیات است. منطق آنها این است که اگرچه خود زندگی به طور واضح یک ارزش مهم به حساب می‌آید، اما ممکن است در پاره‌ای از اوقات، شرایطی به وجود آید که زندگی ارزش زیستن را نداشته باشد

(Moreland, Geisler, 1990, pp50-51). فیلسوفانی چون گلوور و هریس نیز معتقدند که در شرایط بحرانی، افراد از ارزش ذاتی زندگی برخوردار نیستند، بلکه توانایی افراد در استفاده و لذت بردن از زندگی است که ارزش آن را مشخص می‌کند. همانطور که کوزه خاطر نشان می‌سازد، این ارزش وقتی بیشتر می‌شود که فرد پیوسته احساس وجود کند و هستی و وجود خود را ارزشمند بداند (Keown, 2002, p79). در نتیجه، برای بیمارانی که انتظار می‌رود زندگی مملو از درد و رنجی داشته باشند، فراهم آوردن درمان پزشکی نه تنها ضروری نیست، بلکه حتی اشتباه هم است؛ زیرا مهمترین هدف مراقبت‌های پزشکی، ارتقای کیفیت زندگی افرادی است که نیازمند و خواهان آن هستند، پس در جایی که تحقق چنین هدفی با مانع جدی مواجه باشد، طبعاً انجام این مراقبت‌ها نیز ضرورتی نخواهد داشت.

نهایتاً آنکه موضوع بهترین منافع نیز ناظر به این بحث است که اگر اقدامی بهترین منافع هر انسانی را در نظر بگیرد و همزمان حقوق افراد دیگر را تضییع نکند، از نظر اخلاقی مجاز خواهد بود (Moreland, Geisler, 1990, p70). در مورد مساعدت پزشکان در خودکشی بیماران نیز باید گفت که چون این اقدام منافع افراد را در نظر می‌گیرد و در عین حال، حقوق هیچکس را ضایع نمی‌کند، از نظر اخلاقی بلاشکال به نظر می‌رسد.

۲-۳- دیدگاه مخالفان

مخالفان معتقدند که مساعدت پزشکان در خودکشی بیماران، اقدامی علیه قوانین اخلاقی حاکم بر جامعه است. این گروه در جهت توجیه دیدگاه خود، به دلایلی استناد نموده‌اند که اهم آن‌ها به شرح ذیل است:

۱-۲-۳- نقد نظریه خودمختاری: موضوع حق انتخاب و خودمختاری افراد،

یکی از موضوعات اخلاقی بحث برانگیزی بوده که همواره موافقان و مخالفانی داشته است. مخالفان بر این باورند که استقلال داخلی و خودمختاری افراد مطلق نیست و محدودیت‌هایی دارد. به عقیده آن‌ها، آزادی و اختیار زمانی شایسته احترام است که در چارچوب ارزش‌های اخلاقی تعریف شده باشد. به بیان دیگر، حق انتخاب افراد فقط مختص به اموری است که جنبه قانونی و اخلاقی داشته باشد (Keown, 2002, p54). مخالفان به «ممنوعیت رانندگی بدون بستن کمربند ایمنی» به عنوان نمونه‌ای که چندان غیراخلاقی هم به نظر نمی‌آید، اما در عین حال از جمله آزادی‌های فردی محدود شده بوسیله قوانین کیفری می‌باشد، اشاره دارند (Keown, 2002, p55). به عبارت دیگر، همانگونه که جامعه تعیین می‌کند، هیچکس حق ندارد خود را به عنوان برده بفروشد، همان جامعه نیز می‌تواند معین کند که هیچکس حق مساعدت در خودکشی دیگران را ندارد (Callahan, 1992, pp52-5, Glick, 1997, pp294-6).

مخالفان همچنین بر این باورند که نظریه خودمختاری متناسب با همه انسان‌ها نیست؛ چرا که از یک سو، کودکان و افراد نابالغ قادر به تصمیم‌گیری و تعیین سرنوشت خویش نیستند و از سوی دیگر، افراد بالغ و بزرگسالی نیز وجود دارند که در نتیجه شرایط ذهنی یا فیزیکی، فاقد خودمختاری لازم بوده و قدرت اختیارشان مخدوش می‌باشد. برای مثال، اشخاصی که درد می‌کشند و به آن‌ها گفته می‌شود که وضعیت‌شان بغرنج است، ممکن است به سادگی کنترل خود را از دست بدهند و یا در غیر اینصورت، آن قدر از دارو استفاده کنند که نتوانند موقعیت خود را به درستی و از روی منطق ارزیابی نمایند. همچنین پزشکان و خانواده نیز ممکن است یک بیمار آسیب‌پذیر را تحت فشار قرار دهند تا مرگ خود را درخواست کند (برای مثال نگاه کنید به موارد مذکور در: Hendin, 1995, pp19-

23. حال در این شرایط، چگونه می‌توان ضمانت کرد که افراد متقاضی خودکشی مساعدت شده پزشکی، دارای صلاحیت تصمیم‌گیری هستند؛ چرا که گزارش‌های پزشکی از اوضاع روحی و اخلاقی بیماران در حال مرگ، بیان می‌دارند که برخی روزها بیماران آرزو دارند بمیرند و روز دیگر آرزو می‌کنند که مقاومت خود را در برابر بیماری ادامه دهند. این‌ها به دلیل شرایط خاصی که دارند، نمی‌توانند تصمیم قطعی بگیرند (Gles, 1983). علاوه بر این، منتقدین در پاسخ به اینکه اشخاص حق مردن دارند یا خیر، معتقدند که صحبت کردن درباره داشتن حق انتخاب چیزی که به ناچار برای همه ما اتفاق می‌افتد، بی‌معناست؛ این درست مثل صحبت کردن درباره حق اطاعت از جاذبه است (Blois). مضافاً به اینکه در برخی موارد «حق» بیمار برای مردن به تدریج به «وظیفه» مردن مبدل شده است. یکی از روانشناسان شهر آمستردام می‌گوید: «بیمارانی هستند که بر اثر پافشاری بستگان، بی‌حوصله و خسته، خود به اتانازی و خودکشی روی می‌آورند.» (عباسی، ۱۳۸۲ش، صص ۸۳-۹۴). لذا ما هیچگاه شواهد کافی برای توجیه این باور نداریم که تقاضای بیمار مبنی بر مردن، تقاضایی درست، قطعی و واقعاً مختارانه است. خلاصه آنکه به اعتقاد مخالفان، هرچند انسان آزاد و مختار است، لکن این آزادی و خودمختاری وی باید در چارچوب‌های اخلاقی و قانونی نمایان شود.

۲-۲-۳- نقد نظریه مرگ با عزت: مخالفان بر این باورند که درد و رنج بیماران نمی‌تواند مجوزی برای مساعدت پزشکان در خودکشی آن‌ها باشد؛ چراکه اولاً امروزه درد فیزیکی را جز در موارد استثنایی می‌توان کنترل کرد و موارد خیلی کمی وجود دارد که پزشکی مدرن نتواند درد و رنج را در آن‌ها کاهش دهد. ثانیاً، به عقیده برخی از مخالفان، ارزش را می‌توان در رنج کشیدن پیدا کرد. هرکس می‌تواند از این طریق رشد کند. هرکس می‌تواند به دیگران آموزش دهد

که چگونه یک شخص عاقل پرهیزکار با مشکلات زندگی که شامل درد جسمی و مرگ هم می‌شود، مقابله می‌کند (بسامی، ۱۳۸۸ش، صص ۷۲-۷۳). به اعتقاد آن‌ها، با پذیرش خودکشی مساعدت شده، انسان ممکن است فرصت یادگیری برخی از چیزها را که تنها از طریق تحمل درد و رنج میسر می‌گردد، از دست بدهد. ثالثاً، مخالفان معتقدند که درد و رنج اساساً ملاک اخلاقی منطقی و دقیقی برای پذیرش یا عدم پذیرش خودکشی مساعدت شده پزشکی نمی‌باشد، زیرا روش اظهار درد ممکن است متفاوت باشد. ضربه‌ای مشابه که به افراد مختلف وارد می‌شود، در همه افراد به یک نسبت درد ایجاد نمی‌کند. علاوه بر این، آداب و رسوم فرهنگی و اجتماعی و عقاید مذهبی هم ممکن است در اظهار درد مؤثر باشد و حتی برخی از افراد در حالت ترومای شدید اعلام درد نمی‌کنند و حتی کسانی هستند که از نظر ژنتیکی اصلاً درد را حس نمی‌کنند (Davis, 2000, pp20-21).

افزون بر مباحث فوق، مخالفان بر این باورند که با وجود اینکه هم امکان وقوع خطا در تشخیص‌های پزشکی، امری اجتناب ناپذیر است و هم خودکشی مساعدت شده پزشکی، امری برگشت‌ناپذیر؛ لذا زیر پا گذاشتن احتمال خطا و اعطای مجوز اخلاقی برای ارتکاب چنین عملی، به بهانه‌هایی همچون حفظ شأن و ارزش افراد و یا کاهش درد و رنج، قابل قبول به نظر نمی‌رسد؛ زیرا همواره این امکان وجود دارد که اساساً پزشک در تشخیص نوع بیماری یا دست‌کم غیرقابل درمان بودن آن، دچار خطا و اشتباه شده باشد و چون در صورت اقدام به این امر، دیگر راه برگشتی وجود نخواهد داشت، لذا هیچگاه فرصتی برای بررسی صحت و سقم این تشخیص فراهم نخواهد شد. مخالفان به عنوان شاهد مثال خود، به موردی که در نیوجرسی اتفاق افتاد، اشاره می‌کنند که در آن فردی به نام

کارن کوئین لن به مشکل تنفسی دچار شد، به طوری که همه متخصصان معتقد بودند که وی بدون دستگاه تنفسی زنده نمی ماند. 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 این امر صادر نمود؛ اما بعد از قطع دستگاه، وی برای مدت ده سال بعد نیز به حیاتش ادامه داد (Kennedy, 1976, pp3-7). لذا مخالفان معتقدند که مثال فوق موید این مطلب است که گاهی حتی متخصصان در بیمارستان‌ها، به سبب نقص معلومات پزشکی، در تشخیص خود دچار اشتباه می شوند؛ این درحالی است که رضایت فرد بیمار به انجام خودکشی مساعدت یافته پزشکی، ناشی از اطمینان و اتکا به نظر پزشک مبنی بر غیرقابل علاج بودن بیماری فرد است. از سوی دیگر، به اعتقاد مخالفان، مراقبت‌هایی که در پایان زندگی یک فرد در حال مرگ انجام می شود، به خاطر این امر نیست که ما در مقابل مرگ با عزت ایستاده ایم، بلکه به این دلیل است که بیمار در حال مرگ، انسان است و آنچه در پایان زندگی یک انسان انجام می دهیم، با آنچه در شروع زندگی وی انجام دادیم، بایستی در یک حد باشد، یعنی هر دو باید برای «حفظ حیات» باشند (Slack, 1984, pp82-87). نکته طعنه آمیز مخالفان درمورد خودکشی مساعدت شده این است که در تفکر موافقان، مفاهیم استقلال شخصی، ترحم، کرامت و عزت نفس مورد استفاده ابزاری قرار می گیرد تا به چنین بیمارانی اختیار و اقتدار کشتن خودشان را بدهد، نه اینکه آن‌ها را قادر سازد تا به طور مستقل و با عزت نفس زندگی کنند. مخالفان این پدیده برآنند که موافقان به طرز شگفت‌آوری بر «مرگ با عزت» تأکید می کنند، اما امکان اعطای عزت نفس به بیماران را در زندگی، به دست فراموشی می سپارند (سماواتی پیروز، ۱۳۸۷ش، ص ۶۶). مضافاً به اینکه، ترحم نیز به

معنای جنون نیست و احساس ترحم باید -با درک وضعیت رنج‌آور بیمار- به سویی هدایت شود که درد وی کاهش یابد، نه اینکه موضوع گم شود و به جای از بین بردن درد، بیمار را از بین ببریم، که اگر چنین شد، درحقیقت به بهانه سخت بودن، صورت مسأله را پاک کرده‌ایم.

۳-۲-۳- نقد نظریه اصالت فایده (اصل سودمندی): یکی از مهم‌ترین دلایل مخالفت با خودکشی مساعدت شده پزشکی، اصل تقدس زندگی و لزوم حفظ حیات است. به موجب این اصل، از آنجایی که زندگی مقدس و منزه است، هیچ چیز، حتی درد و رنج غیرقابل تحمل، نمی‌تواند گرفتن آن را توجیه کند (Hurst, Mauron, 2006, pp107-112). کوزه اصل تقدس زندگی را اینگونه تفسیر می‌کند که زندگی انسان ارزشی مطلق دارد و تا حد ممکن باید به هر بهایی حفظ شود؛ یعنی فردی که از نحوه زنده بودنش رنج می‌برد، باید آن را تحمل کند و این بهایی است که برای زنده بودن می‌پردازد (Kuhse, 1986, pp89-101).

در غرب بسیاری از علمای اخلاق بیان می‌کنند که نمی‌توان ملاک را «کیفیت زندگی» قرار داد و این امر نمی‌تواند معیاری در زمینه حذف این افراد باشد (Gles, 1983). لئونارد وبر از علمای اخلاق می‌گوید: «اینکه بگوییم چون برخی افراد سربار جامعه‌اند، اجازه بدهیم بمیرند، اصل سؤال در مسیر غلطی مطرح شده است. اخیراً بحث‌هایی بین دولتمردان کشورهای مختلف هست که اجازه بدهیم چنین افرادی بمیرند تا بار هزینه‌های جامعه کاهش پیدا کند. ولی واقعیت امر این است که از درمان نباید مضایقه کرد.» (Gles, 1983). زیرا به اعتقاد مخالفان، چنانچه ملاک سودمندی باشد، نه تنها کشتن بیماران لاعلاج، بلکه کشتن ناقص‌الخلقه‌ها و عقب‌مانده‌های ذهنی نیز به سود اجتماعی خواهد افزود، و چه بسا افراد دیگری نیز با این عقیده به کام مرگ فرستاده شوند. علاوه

بر این، باید توجه داشت، آن خوشبختی‌ای که حامیان مکتب اصالت فایده از آن دم می‌زنند، مفهوم واحد و یکسانی ندارد. آنچه ممکن است برای فردی خوشبختی تلقی شود، ممکن است برای دیگران اینگونه نباشد. ثانیاً، بحث دیگری که حتی بیشتر از مفهوم خوشبختی مورد اختلاف است، این است که چه کسی باید تعیین کند که چه چیزی بشر را به کمال می‌رساند یا کدام تجربه‌ها سازنده خوشبختی‌اند (الستیر و کمپل، ۱۳۷۲، ص ۸۴ و Stevens, Hassan, 1992, p12).

۳-۲-۴- دلایل اخلاق پزشکی: مخالفان معتقدند که مساعدت پزشکان در خودکشی بیماران، مخالف اصول و قواعد اخلاق پزشکی است. قوانین اخلاق پزشکی از زمان‌های قدیم، به دنبال راهنمایی‌های اخلاقی برای اعضای حرفه پزشکی و برای محافظت از بیماران بوده است؛ قدیمی‌ترین آن‌ها نیز سوگند بقراط است که مبنایی برای کلیه قوانین اخلاقی پس از خود می‌باشد. وی در سوگندنامه خود بیان می‌دارد: «من هرگز داروی کشنده به کسی نخواهم داد ولو اینکه از من بخواهد.» در سال‌های اخیر نیز با فشار افزایش یافته برای خودکشی مساعدت شده پزشکی، سازمان پزشکی جهانی بیانیه ماربلا را در سال ۱۹۹۲ به تصویب رساند. این بیانیه مقرر می‌دارد که «خودکشی مساعدت شده پزشکی، مثل قتل ترحم‌آمیز، غیراخلاقی است و بایستی بوسیله حرفه پزشکی محکوم شود.»^{۱۰}

یکی دیگر از دلایل مخالفت مخالفان با این پدیده، تعارض آشکار آن با وظیفه پزشکان مبنی بر نجات جان بیماران است. به عقیده مخالفان، وظیفه پزشک، درمان و نجات جان بیمار است، نه کشتن او. در حقیقت، جامعه از شخصی به عنوان «پزشک» توقع مساعدت در مرگ بیماران را ندارد؛ چرا که این اقدام، خلاف وظیفه و همچنین خلاف سوگندی است که وی یاد نموده است. شاید اگر شخصی که سوگند پزشکی یاد نکرده، مرتکب چنین عملی شود، از نظر

عرف، کمتر قابل سرزنش باشد تا یک پزشک سوگندخورده. انجمن پزشکی آمریکا نیز خودکشی مساعدت شده پزشکی را غیراخلاقی دانسته است، به این علت که اقدام فعالانه در جهت پایان دادن به حیات بیمار «اساساً در تعارض با نقش پزشک به عنوان شفادهنده می باشد.»^{۱۱} از سوی دیگر، مساعدت پزشکان در خودکشی بیماران، رابطه بین پزشک و بیمار را به مخاطره می اندازد و باعث سلب اعتماد نسبت به پزشکان خواهد شد (Ersek, 2005, p48). این اقدام ابهت حرفه پزشکی را تحلیل می برد، توجه را از مسائل حیاتی و اصلی در مراقبت از افراد در حال مرگ تغییر داده و نقش اجتماعی پزشک را به عنوان درمانگر از بین می برد و معنای نیکوکاری را در اعمال پزشکی دگرگون می سازد (Emanuel, 1997, pp73-9, Chaloner, 2007, pp41-4). موضوعی که در سال های اخیر مورد توجه و انتقاد رسانه های انگلیسی نیز قرار گرفته است (Tallis, Saunders, 2004, pp534-40).

خلاصه آنکه مخالفان بر این باورند که خودکشی مساعدت شده پزشکی نباید در زمره استانداردهای مراقبت های پزشکی قرار بگیرد، چون می تواند برای رابطه پزشک و بیمار، اعتماد بین پزشک و بیمار، نقش پزشک در جامعه و ارزش زندگی به خصوص در افراد ناتوان و مستعد، بسیار مخرب باشد (Marker, 2006, pp59-67). برای دیدن نظر مخالف، ر.ک: Rogatz, 2001. و به طور کلی، مساعدت در خودکشی، راه حل رهایی از درد و رنج نیست و بهتر است که مراقبت های پزشکی بهبود یابد (Lo, Snyder, 1999, pp772-4).

۵-۲-۳- نظریه شیب لغزنده^{۱۲}: یکی از استدلال هایی که در جهت مخالفت با اتانازی و به عنوان دلیلی بر جرم انگاری آن بیان می گردد، نظریه «شیب لغزنده» می باشد، که می توان از آن در جهت مخالفت با خودکشی مساعدت شده نیز بهره

جست (Himchak,2011, Quill,Greenlaw,2008,p139). به موجب این نظریه، وقتی تصمیمی برای پایان دادن به زندگی یک شخص، به هر دلیلی اتخاذ شد، پس از آن انسان بر روی شیب لغزنده حرکت خواهد کرد که خیلی آسان خواهد بود که به طرف پایان دادن به زندگی‌های افراد دیگر به خاطر دلایل دیگری بلغزد (دوی و دیگران، ۱۳۸۴ش، ص ۹۸). به عبارت دیگر، قانونی شدن برخی اقدامات خیرخواهانه همواره با خطر سوءاستفاده‌های اخلاقی همراه بوده است. عده‌ای از مخالفان، از جمله کامیسار، بر این باورند که اتانازی و خودکشی مساعدت شده در نهایت منجر به قتل می‌شود. در واقع ممکن است افرادی با راهنمایی‌های دیگران برای انجام خودکشی، به دنبال منافع شخصی باشند و لذا اگر این امور قانونی شده و در حوزه اقدامات پزشکی وارد شوند، ممکن است پزشکان حساسیت خود را از دست داده و در مواردی که می‌توان از این امور دوری جست، نسبت به انجام آن‌ها مبادرت ورزند (Kamisar,1958,pp969-1042). بنابراین با پذیرش و قانونی کردن اتانازی و خودکشی مساعدت شده، توجه جامعه نسبت به زندگی از بین می‌رود و رایج شدن آن باعث می‌شود که قدم‌های بعدی آسان‌تر برداشته شود و در نهایت ممکن است حمایت جامعه از مقوله زندگی کاهش یابد و در نتیجه، دیگر زندگی امری ارزشمند به حساب نیاید (Hoffenberg,2006,pp72-4)؛ چرا که تمایز عقلانی بین کسانی که می‌خواهند بمیرند، چون خود را سربار جامعه می‌دانند، و کسانی که می‌خواهند بکشند، چون این افراد را سربار جامعه می‌دانند، غیرممکن است (Wolhandler,1984,pp363-82). لذا اشاعه این امر ممکن است به طور فزاینده‌ای باعث افزایش قتل‌های سفارشی شود و در نتیجه، این موضوع را از کنترل‌های لازم خارج سازد. به عنوان مثال، براساس پیش‌بینی‌های صورت گرفته در انگلستان، در صورت قانونی شدن خودکشی مساعدت شده پزشکی در

این کشور، سالانه ۱۳۰۰۰ مرگ در نتیجه این امر به وقوع خواهد پیوست که از این میان، در حدود ۲۰۰۰ مورد بدون رضایت یا در خواست صریح بیمار می‌باشد (George, Finlay, Jeffrey, 2005, pp684-5). بنابراین به تدریج فاصله‌ای بین اهداف اولیه و آنچه در عمل انجام می‌شود، پدید می‌آید. امری که اخیراً در هلند و سابقاً در آلمان نازی مشاهده شده است.

۴- مبانی فقهی

اگر چه از منظر آموزه‌های اسلامی، قبح خودکشی مساعدت شده پزشکی، دارای مبانی فقهی متعددی است، اما در این جستار، به جهت پرهیز از اطاله کلام، صرفاً به مهمترین مبانی فقهی این پدیده، یعنی قاعده حرمت اعانت بر اثم، اشاره می‌شود.

این قاعده که مستند به آیه شریفه «لاتعاونوا علی الاثم و العداوان» (آیه ۲ سوره مائده) می‌باشد، دلالت بر حرمت معاونت در هر گناه و ظلمی دارد (نراقی، ۱۴۱۷، ص ۷۵ و بجنوردی، ۱۴۱۹، ص ۳۵۹) و با عنایت به اینکه خودکشی در زمره گناهان کبیره قرار دارد (برای نمونه بنگرید به: آیات ۲۹ سوره نساء و ۳۳ سوره اسراء)، مساعدت در ارتکاب آن، از مصادیق بارز اعانت بر اثم می‌باشد. فی‌الواقع، در حقوق کیفری اسلام، به عمل پزشکی که با تهیه وسایل یا دادن اطلاعات لازم، موجبات خودکشی دیگری را فراهم می‌کند، «اعانه بر اثم» گفته شده و به خود پزشک نیز عنوان «معین» را می‌دهند^{۱۳} و با توجه به اینکه حکم اعانت بر اثم، مطابق قاعده فوق، حرمت است (امام خمینی، ۱۳۸۱ش، صص ۷-۱۹۶، لنکرانی، ۱۴۱۶ه.، ص ۴۴۴، منتظری، ۱۴۱۷ه.، ص ۳۲۸) لذا در مورد اقدام پزشک نیز بایستی به استناد همین قاعده، حکم به حرمت داد.

نکته دیگر آن است که در این قاعده، مساعدت لزوماً مختص به مساعدت عملی نمی‌باشد، بلکه شامل کمک فکری و ارشادی نیز می‌گردد (لنکرانی، ۱۴۱۶، ص ۴۴۹، محقق داماد، ۱۳۸۹ش، ص ۱۷۹). به دیگر سخن، اعانت یعنی یاری رساندن جهت صدور فعل حرام که اعم است از اعانت عملی و مادی (مثل تهیه وسایل ارتکاب خودکشی) یا فکری و معنوی (مثل دادن اطلاعات لازم). در این زمینه، روایتی هم از پیامبر (ص) وارد شده است که «من اعان علی قتل مسلم ولو بشرط کلمه، جاء یوم القیامه مکتوباً بین عینیه: آیس من رحمه الله.» (حر عاملی، ۱۴۱۴، ج ۱۹، ح ۴) یعنی «کسی که همکاری و مساعدت نماید برای قتل مسلمانی ولو دخالتش در حد یک کلمه باشد، روز قیامت درحالی محشور می‌شود که بین دو چشمش نوشته شده است: ناامید از رحمت خدا.» روایت فوق که معاونت در قتل را تقبیح کرده است، به نوعی دلالت بر قبح اعانت بر خودکشی نیز دارد؛ زیرا از منظر آموزه‌های اسلامی، میان خودکشی و دیگرکشی (قتل) تفاوتی وجود ندارد. در حقیقت، خودکشی نیز نوعی قتل محسوب می‌شود که در آن، قاتل و مقتول، یک نفر هستند.

علاوه بر این، قبح اعانت بر اثم (من جمله اعانت بر خودکشی که اثم کبیر است) مستند به حکم عقلی نیز می‌باشد. در بیان دلیل عقل چنین گفته‌اند: «همچنانکه انجام منکر عقلاً قبیح است و همچنانکه امر به آن و تشویق به سوی آن عقلاً قبیح است، انجام مقدمات برای منکر هم قبیح است. به خاطر همین، قوانین عرفی عهده‌دار وضع مجازات برای معین جرم هستند. این حرف با آنچه که در علم اصول گفته شده که مقدمات حرام، حرام نیست تنافی ندارد؛ زیرا آنچه که در اصول گفته شده، انکار ملازمه بین حرمت اشیا و حرمت مقدمات آن است و آنچه که در اینجا اثبات کرده‌ایم ادراک عقل به قبح تعاون بر معصیت و گناه است؛

نه به خاطر اینکه مقدمه حرام است؛ بلکه به خاطر اینکه عقل مستقلاً به قبح اعانه بر حرامی که از دیگری صادر می‌شود حکم می‌دهد. پس نزد عقل، معین جرم مانند شریک جرم است؛ اگرچه در میزان قبح با هم متفاوت‌اند.» (منتظری، ۱۴۱۷، ص ۲۴۸).

در نهایت، چه خودکشی را گناه مستقلی بدانیم و چه آن را از مصادیق قتل نفس محترمه به حساب آوریم، در هر حال اعانت بر خودکشی، از منظر آموزه‌های فقهی، قبیح است.

ج- واکنش کیفری به خودکشی مساعدت شده پزشکی

در این بخش، با استعانت از آموزه‌های حقوق ایران، شیوه‌های واکنش کیفری به خودکشی مساعدت شده پزشکی را نقد و بررسی خواهیم کرد.

در حقوق کیفری ایران، خودکشی مساعدت شده پزشکی را با عنایت به اصول و قواعد حقوقی، می‌توان از ۳ منظر مورد تحلیل و ارزیابی قرارداد: ۱- معاونت ۲- سبب اقوی از مباشر ۳- جرم مستقل

در ادامه، این موارد را به ترتیب مورد بررسی قرار خواهیم داد:

۱- معاونت: نظام حقوقی ایران، همچون بسیاری از نظام‌های حقوقی، در بحث معاونت در جرم، تئوری مجرمیت عاریه‌ای را برگزیده است؛ به این معنا که مجرمانه بودن اقدام معاون، از عمل مباشر یا شریک جرم عاریه گرفته می‌شود (نوربها، ۱۳۸۷ش، ص ۲۰۴)، و هرگاه عملی قانوناً جرم تلقی نشود، احراز معاونت در آن هم قابل تصور نیست، و چون نفس ارتکاب خودکشی در حقوق کیفری ایران فاقد عنوان مجرمانه است^{۱۴}، لذا معاونت در ارتکاب آن نیز، به هر نحو (اعم از دادن اطلاعات یا امکانات لازم برای خودکشی) قابل مجازات نمی‌باشد. به بیان دیگر، در

سیاست جنایی ایران، خودکشی اگرچه تحت تأثیر آموزه‌های دینی و فقهی، مباح نبوده لکن مورد جرم‌انگاری نیز قرار نگرفته است^{۱۵} و به طور تبعی، مساعدت در خودکشی هم رنگ و بوی کیفری به خود نمی‌گیرد.

در نتیجه، یکی از راه‌های مقابله با «خودکشی مساعدت شده پزشکی» می‌تواند جرم‌انگاری «خودکشی» یا «اقدام به خودکشی» باشد، زیرا در صورت ورود این اقدامات به سیاهه قوانین کیفری، معاونت در ارتکاب آن‌ها نیز به تبعیت از نظام استعاره مجرمیت، مستوجب برخورد کیفری خواهد بود.

البته به نظر می‌رسد که ایده جرم‌انگاری خودکشی، به دلایل عقلی و منطقی، قابل انتقاد باشد؛ چراکه:

اولاً، مرتکب جرم (خودکشی کننده) به علت مرگ، حضور فیزیکی ندارد تا امکان اجرای مجازات - به خصوص مجازات‌های جسمانی از قبیل اعدام، حبس، شلاق و ... که همواره قائم به شخص محکوم علیه هستند (خالقی، ۱۳۹۰، ص ۱۰۲) - فراهم باشد. از طرفی، اعمال مجازات‌های دیگر (همچون جزای نقدی یا مصادره اموال و ...) موجب ورود صدمات مادی و معنوی به خویشاوندان و بستگان وی خواهد شد، که این امر نیز با اصل «شخصی بودن مجازات‌ها» در تعارض است؛ زیرا به واسطه مرگ این فرد، رابطه مالکیت او با اموالش قطع می‌شود و در نتیجه، اعمال چنین کیفرهایی در حقیقت، به منزله مجازات کردن وراثت و بستگان وی می‌باشد تا خود شخص خودکشی کننده.

ثانیاً، یکی از اهداف مجازات‌ها، داشتن جنبه ارعابی و بازدارندگی است^{۱۶} (محسنی، ۱۳۸۲، ص ۲۷). در حالی که در فرض ما، دیگر مجرمی وجود ندارد تا از اعمال این کیفرها، بهراسد و درس عبرت بگیرد. مضافاً به اینکه بحث از اصلاح و درمان نیز که در ذیل بازدارندگی خاص مورد توجه قرار می‌گیرد (بولک، ۱۳۸۵، ص.

صص ۳۱-۳۵)، در مورد چنین شخصی اساساً موضوعیت نخواهد داشت. اگر هم مقصود از مجرم، فردی است که اقدام به خودکشی کرده اما موفق نشده است، باز هم اعمال مجازات نسبت به وی، جنبه پیشگیرانه نداشته و تأمین کننده اهداف مجازات‌ها نخواهد بود، زیرا فردی که اقدام به خودکشی می‌نماید، قطعاً از اعمال هیچ مجازاتی نمی‌هراسد. در حقیقت، این فرد قصد داشته است که خود را از حیات - که بالاترین ارزش انسانی است - محروم نماید. در نتیجه، اعمال مجازات‌هایی همچون اعدام - که اشد مجازات است - نه تنها جنبه ارعایی و بازدارندگی ندارد، بلکه وی را به مقصود مورد نظرش که همان مرگ است، می‌رساند و به طریق اولی، اعمال مجازات‌های دیگر نیز نسبت به وی بلااثر خواهند بود. اگر هم هدف از اعمال این مجازات‌ها، ترساندن افرادی غیر از فرد خودکشی کننده و بازداشتن دیگران از انجام چنین اعمالی است، باز هم این هدف با اعمال کیفر نسبت به فرد خودکشی کننده تأمین نمی‌گردد. زیرا «دیگرانی» که مدنظر قانون‌گذار هستند، دو حالت دارند: یا افرادی هستند که اصلاً در فکر خودکشی نبوده و به تبع تمایلی هم به ارتکاب آن ندارند، که جنبه ارعایی و بازدارندگی درخصوص این افراد اساساً موضوعیت ندارد؛ یا افرادی هستند که به هر دلیل، از ادامه زندگی به ستوه آمده و مصمم به ارتکاب خودکشی هستند، که این افراد نیز در هر حال اقدام به خودکشی می‌نمایند و بعید است که با رویت چنین مجازات‌هایی، از تصمیم خود منصرف شوند.

۲- سبب اقوی از مباشر: در این قسمت، درصدد پاسخگویی به این سؤال هستیم که آیا مساعدت پزشکان در خودکشی بیماران را می‌توان به نوعی مصداق سبب اقوی از مباشر دانست یا خیر؟ به بیان دیگر، آیا می‌توان دادن اطلاعات و امکانات پزشکی را قوی‌تر از اقدام خود فرد به خودکشی در نظر گرفت و در نتیجه

مرگ را منتسب به اقدام پزشک - و نه بیمار - دانست؟ جهت پاسخ دادن به این سؤال باید میان فروض مختلف - به شرح ذیل - قائل به تفکیک شد:

فرض اول آن است که پزشک عمداً اطلاعات و امکانات پزشکی را در اختیار بیمار می‌گذارد و بیمار بدون اطلاع و آگاهی از اثرات و کارکردهای آن، مبادرت به استعمال آن می‌نماید. در این فرض، چنانچه اقدام پزشک منجر به مرگ بیمار گردد، قطعاً وی مسؤولیت خواهد داشت؛ زیرا بدون تردید مرگ بیمار منتسب به فعل پزشک بوده است. حال اگر پزشک عالماً عامداً و به قصد کشتن بیمار، چنین مساعدتی را انجام داده باشد، اقدام وی قطعاً از مصادیق قتل عمد به شمار می‌رود. در حقیقت، این فرض، مشابه جایی است که الف غذای مسمومی را عمداً جلوی ب می‌گذارد و ب نیز بدون اطلاع از این موضوع، اقدام به خوردن آن نموده و به همین دلیل می‌میرد. همچنان که در اینجا قتل عمد منتسب به الف است، در فرض فوق نیز قتل عمد منتسب به پزشک خواهد بود. اما چنانچه پزشک نه از روی عمد، بلکه از روی مسامحه و سهل‌انگاری، اطلاعات و امکانات پزشکی را در اختیار بیمار گذاشته باشد، در این فرض، اقدام پزشک را - در صورت مرگ بیمار - می‌توان از مصادیق قتل غیرعمد به حساب آورد.

فرض دوم هم آن است که پزشک عمداً اطلاعات و امکانات پزشکی را به قصد مرگ بیمار، در اختیار وی می‌گذارد؛ اما این اقدام پزشک با درخواست صریح و رضایت آگاهانه خود بیمار صورت می‌گیرد و بیمار با علم و اطلاع از ماهیت آن، به قصد خودکشی، مبادرت به استعمال آن می‌نماید. در این فرض دیگر مشکل است که مرگ بیمار را به اقدام پزشک منتسب نموده و مورد را از مصادیق سبب اقوی از مباشر بدانیم، زیرا احراز رابطه سببیت میان فعل پزشک و مرگ بیمار دشوار به نظر می‌رسد.

فرض سومی هم قابل تصور خواهد بود و آن درجایی است که پزشک، اساساً از قصد بیمار مبنی بر خودکشی بی اطلاع بوده و لذا امکانات و اطلاعات پزشکی را، نه به قصد خودکشی بیمار، بلکه به قصد شوخی یا صرفاً جهت اطلاع وی در اختیارش می‌گذارد. از قضا بیمار با استفاده از همان اطلاعات و امکانات، اقدام به خودکشی می‌نماید، که در این فرض، قطعاً مرگ بیمار منتسب به فعل پزشک نمی‌باشد.

۳- جرم مستقل: ماهیت «خودکشی مساعدت شده پزشکی» طبعاً باید در قالب «معاونت در جرم» تبیین و تشریح گردد، زیرا این اقدام پزشک، در حقیقت نوعی «معاونت در خودکشی» تلقی می‌شود؛ اما با این وجود، می‌توان به تبعیت از برخی کشورهای دیگر، همچون انگلستان، برای جلوگیری از مساعدت افراد و به ویژه صاحبان حرفه‌های مرتبط با پزشکی در خودکشی دیگران، این عمل را به طور خاص نیز جرم انگاری نمود (میرمحمد صادقی، ۱۳۹۲ش، ص ۷۰). به این معنا که علی‌رغم جرم نبودن خودکشی، مساعدت در ارتکاب آن را واجد عنوان مجرمانه دانسته و به تبع برای آن ضمانت اجرای کیفری در نظر گرفت. این امر مستلزم آن است که ابتدا از موضع قانون‌گذار ایران نسبت به معاونت در جرم به عنوان یک جرم مستقل، آگاهی یابیم.

به طور کلی، رویکرد حقوق کیفری ایران به بحث معاونت در جرم - همانطور که پیشتر نیز اشاره شد- پیروی از تئوری مجرمیت عاریه‌ای است. به بیان دیگر، در بحث معاونت در جرم، اصل بر نظریه استعاره مجرمیت است؛ اما با این حال، گاه قانون‌گذار در پاره‌ای از موارد، معاونت در جرم را به عنوان یک جرم خاص نیز مورد توجه قرار داده و عملی را که ماهیتاً از مصادیق معاونت در جرم است، نه به عنوان معاونت، بلکه به عنوان جرم مستقلی مجازات می‌کند. به عنوان

نمونه، در قانون تعزیرات، قانونگذار در مواد متعددی، تهیه وسایل ارتکاب جرم یا ارائه طریق ارتکاب آن را به عنوان جرم مستقل پذیرفته است. مثلاً در ماده ۶۲۳ آمده است: «هرکس... عالماً و عامداً زن حامله‌ای را دلالت به استعمال ادویه یا وسایل دیگری نماید که جنین وی سقط گردد به حبس از سه ماه تا شش ماه محکوم خواهد شد.» یا در ماده ۶۲۴ مقرر شده است: «اگر طبیب یا ماما یا داروفروش و اشخاصی که به عنوان طبابت یا مامایی یا جراحی یا داروفروشی اقدام می‌کنند وسایل سقط جنین فراهم سازند ... به حبس از دو تا پنج سال محکوم خواهند شد و حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوط صورت خواهد پذیرفت.» درحوزه‌های امنیتی نیز قانون‌گذار در مواردی، تحریک به ارتکاب جرم را - که از مصادیق معاونت در جرم است - مستقلاً جرم‌انگاری کرده است و منتظر وقوع رفتارهای مجرمانه‌ای که معاون خواستار آن شده، نمی‌نشیند. برای مثال، ماده ۵۰۴ قانون تعزیرات، برای کسی که نیروهای رزمنده یا اشخاصی را که به نحوی در خدمت نیروهای مسلح هستند، تحریک مؤثر به عصیان، فرار، تسلیم یا عدم اجرای وظایف نظامی کند، مجازات در نظر گرفته است. همچنین ماده ۵۱۲ نیز برای کسی که مردم را به قصد برهم زدن امنیت کشور به جنگ و کشتار با یکدیگر اغوا یا تحریک کند، صرف نظر از اینکه موجب قتل و غارت بشود یا نشود، مجازات یک تا پنج سال حبس را تعیین کرده است. قانون‌گذار گاه در برخی از قوانین متفرقه نیز از این رویه پیروی نموده است. دراین زمینه، می‌توان به ماده ۴۰ قانون گذرنامه مصوب ۱۰ اسفند ۱۳۵۱ و ماده ۲۵ قانون مطبوعات مصوب ۲۲ اسفند ۱۳۶۴ اشاره کرد، که به جهت پرهیز از اطاله کلام از ذکر مفاد آنها خودداری می‌کنیم. البته ذکر این نکته خالی از فایده نیست که در برخی موارد، قانون‌گذار مصادیق رفتاری معاونت را حتی فراتر از آنچه قانون مجازات اسلامی

مقرر نموده، پیش بینی کرده است. به عنوان مثال، مطابق بند ۶ ماده واحده قانون مجازات اخلاص کنندگان در امنیت پرواز هواپیما و خرابکاری در وسایل و تأسیسات هواپیمایی مصوب ۱۳۴۹/۱۲/۴، کسانی که از تهیه و تدارک آلات و اسباب جرم یا مقدمات ارتکاب جرایم مندرج در این قانون مطلع شده و جریان را به مقامات ذیصلاح اعلام نمایند، به مجازات معاون محکوم خواهند شد.^{۱۷}

بنابراین، مواد قانونی فوق‌الاشعار بیانگر آن است که مقنن ایرانی، در بحث معاونت در جرم، نه به نحو اطلاق، مستقل بودن آن را نفی کرده و نه مطلقاً آن را پذیرفته است، بلکه این معاونت بستگی به نوع جرم و شرایط تحقق آن دارد؛ اما آنچه که از مواد قانونی مذکور مهمتر بوده و مرتبط با موضوع بحث نیز می‌باشد، ماده ۷۴۳ قانون تعزیرات (ماده ۱۵ قانون جرایم رایانه‌ای) مصوب ۵ خرداد ۱۳۸۸ است. در این ماده، قانونگذار، معاونت در خودکشی از طریق سامانه‌های رایانه‌ای یا مخابراتی یا حامل‌های داده را به عنوان یک جرم خاص و مستقل، جرم‌انگاری نموده است. ماده مزبور مقرر می‌دارد که «هرکس از طریق سامانه‌های رایانه‌ای یا مخابراتی یا حامل‌های داده مرتکب اعمال زیر شود، به ترتیب زیر مجازات خواهد شد.» سپس در ادامه، بند ب همین ماده می‌افزاید «چنانچه افراد را به ارتکاب ... خودکشی ... تحریک یا ترغیب یا تهدید یا دعوت کرده یا فریب دهد یا شیوه ارتکاب یا استعمال آن‌ها را تسهیل کند یا آموزش دهد، به حبس از نود و یک روز تا یک سال یا جزای نقدی از پنج میلیون (۵/۰۰۰/۰۰۰) ریال تا بیست میلیون (۲۰/۰۰۰/۰۰۰) ریال یا هر دو مجازات محکوم می‌شود.»

نکته‌ای که بیش از هر چیز در مورد این ماده حائز اهمیت است، اقناع مقنن جهت جرم‌انگاری این پدیده می‌باشد. به بیان دیگر، همین که قانون‌گذار این عمل را جرم دانسته است، نشان دهنده قبح عقلی و شرعی آن است؛ زیرا در غیر

اینصورت، هیچ‌گاه نسبت به جرم انگاری آن اقدام نمی‌کرد. در حقیقت، صرف جرم دانستن این عمل از سوی مقنن، بیانگر آن است که در نظر قانون‌گذار ایرانی، دلایل موافقان جرم‌انگاری این پدیده که پیشتر مورد اشاره قرار گرفت، بر دلایل مخالفان تفوق دارد.

نکته دیگری که باید مورد توجه قرار بگیرد، نحوه واکنش حقوق کیفری ایران به این موضوع است. در واقع، قانون‌گذار از میان سه دیدگاهی که در این گفتار تبیین شد، دیدگاه سوم، یعنی جرم‌انگاری این پدیده به صورت خاص و مستقل را برگزیده است. این اقدام قانون‌گذار در سال ۸۸، می‌تواند فتح بابی باشد برای جرم‌انگاری «خودکشی مساعدت شده پزشکی». زیرا وقتی قانون‌گذار پذیرفته است «معاونت در خودکشی» را نه به عنوان معاونت، بلکه به عنوان جرم مستقلی مجازات کند، دیگر ارتکاب آن از طریق سامانه‌های رایانه‌ای یا مخابراتی یا حامل‌های داده نباید موضوعیتی داشته باشد. به دیگر سخن، وقتی که «معاونت در خودکشی» می‌تواند با استفاده از سامانه‌های مذکور، جرم باشد؛ چرا بدون استفاده از آن‌ها جرم تلقی نشود؟! در حقیقت، نفس مساعدت کردن در خودکشی دیگری، با قطع نظر از نوع آلت جرم (یعنی چه از طریق سامانه‌های رایانه‌ای یا مخابراتی صورت گرفته باشد، چه به طرق دیگر) مذموم و ناپسند بوده و طبعاً مستوجب مجازات است، و علت اینکه قانون‌گذار جرم‌انگاری این اقدام را مقید به ارتکاب آن از طریق سامانه‌های مذکور نموده است، ذکر این ماده در قانون «جرائم رایانه‌ای» است.

نتیجه‌گیری

از مجموع مباحث مطروحه می‌توان چنین نتیجه گرفت که نه انسان‌ها از حقی به نام «حق انتخاب مرگ» برخوردارند و نه وظیفه ذاتی پزشکان اقتضا

می‌کند که آنان در خودکشی دیگران مساعدتی نمایند. لذا با عنایت به اینکه جرم انگاری خودکشی، هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ عملی، فاقد مبنای معقول و منطقی است، جرم‌انگاری مستقل خودکشی مساعدت شده پزشکی، امری ضروری و اجتناب ناپذیر است؛ زیرا بر خلاف اتانازی که -حتی اگر به طور خاص و با همین عنوان هم جرم انگاری نشده باشد- با همان قواعد عمومی حاکم بر جرم قتل، مستوجب کیفر خواهد بود؛ مساعدت در خودکشی، در پاره‌ای از نظام‌های حقوقی -مثل ایران- به دلیل تبعیت از نظام استعاره مجرمیت در بحث معاونت در جرم، اصولاً قابل تعقیب و به تبع آن، مجازات نخواهد بود. در نتیجه، ضرورت جرم‌انگاری «خودکشی مساعدت شده پزشکی» به مراتب بیش از جرم‌انگاری «اتانازی» است. مضاف بر اینکه، جرم‌انگاری این پدیده از یک سو، منطبق با اصول توجیه کننده جرم انگاری (مثل اصل صدمه، پدرسالاری قانونی و اخلاق‌گرایی قانونی) است و از سوی دیگر، متکی به مبانی مستحکم فقهی (همچون قاعده حرمت اعانت بر اثم) می‌باشد؛ کما اینکه پیش‌بینی جرمی مشابه این عنوان، در ماده ۷۴۳ قانون تعزیرات (ماده ۱۵ قانون جرایم رایانه‌ای) مصوب سال ۱۳۸۸، خودگواهی بر این مدعا است. در نتیجه، پیشنهاد می‌گردد که قانون‌گذار، یا به موجب یک قانون خاص، یا با پیش‌بینی ماده‌ای در ذیل فصل «جرایم علیه اشخاص و اطفال» قانون تعزیرات، اقدام به جرم‌انگاری این عمل نماید.

پی‌نوشت‌ها

1- Direct/ Indirect Euthanasia

^۲ - البته لازم به ذکر است که برخی از نویسندگان از عبارت «اتانازی مستقیم» در مقابل اصطلاح "Active Euthanasia" و «اتانازی غیرمستقیم» در مقابل "Passive Euthanasia" استفاده کرده‌اند (اسلامی تبار، الهی منش، ۱۳۸۶ ش.، ص ۱۲).

3 - Assistance in dying/ Helping to die

^۴ - البته برخی از نویسندگان برای اصل مزبور از تعبیری همچون «اصل ضرر» یا «اصل زیان» نیز استفاده کرده‌اند.

^۵ - زیرا در صورت فقدان «رضایت»، عمل مصداق دیگرکشی و قتل است، نه خودکشی مساعدت شده پزشکی.

⁶ - Pretty v United Kingdom, Judgment of 29 April 2002, application no. 2346/02.

⁷ - Motor Neuron Disease (MND)

⁸ - The Right to Choose Death

⁹ - The Right to Die with Dignity

¹⁰ - Statement of Marbella (1992): "Physician-assisted suicide, like euthanasia, is unethical, and must be condemned by the medical profession."

¹¹ - Physician-Assisted Suicide. Board of Trustees of the American Medical Association. BOT Report 59, June 1996.

¹² - Slippery Slope

^{۱۳} - در حقوق جزای عرفی، به عمل فوق «معاونت در جرم» گفته شده و به فاعل آن، عنوان «معاون» را داده‌اند. بنابراین، قاعده «اعانت بر اثم» یا «تعاون بر اثم و عدوان» در حقوق جزای اسلام را می‌توان با اصطلاح «معاونت در جرم» در حقوق جزای موضوعه منطبق دانست.

^{۱۴} - لازم به ذکر است که پیش از انقلاب اسلامی، خودکشی نه در قانون مجازات عمومی سال ۱۳۰۴ مورد جرم انگاری قرار گرفته بود و نه در قانون مجازات عمومی سال ۱۳۵۲. بعد از انقلاب اسلامی نیز این اقدام نه در قانون راجع به مجازات اسلامی سال ۱۳۶۱ جرم انگاری شد و نه در قوانین مجازات اسلامی بعد از آن (۱۳۷۵ و ۱۳۹۲).

^{۱۵} - افزودنی است که در راستای اصل قانونی بودن جرایم و مجازات‌ها، مادام که قانونگذار فعل یا ترک فعلی را جرم نشناخته و برای آن مجازات یا اقدامات تأمینی و تربیتی تعیین نکرده باشد -ولو اینکه این افعال و ترک افعال قبیح و حرام باشند- قابل تعقیب و مجازات نیستند. از این رو، افعالی مانند خودکشی

و خودزنی که در اسلام گناهان بزرگی به حساب می‌آیند، چون از نظر قوانین کیفری، جز در موارد خاص، جرم محسوب نمی‌شوند، قابل طرح و رسیدگی در محاکم نخواهند بود. از جمله این موارد خاص هم می‌توان به ماده ۵۱ «قانون مجازات جرایم نیروهای مسلح» مصوب سال ۱۳۸۲ اشاره کرد، که برای هر نظامی که به قصد فرار از کار یا انجام وظیفه یا ارباب و تهدید فرمانده یا رئیس و یا هر مافوق دیگر یا برای تحصیل معافیت از خدمت یا انتقال به مناطق مناسب‌تر و یا کسب امتیازات دیگر عمداً به خود صدمه وارد آورد، مجازات تعیین کرده است. در نتیجه، پزشکی که در خودزنی یک نظامی مساعدت می‌کند، می‌تواند از باب معاونت، مستوجب کیفر باشد.

^{۱۶} - در حقوق جزای اسلام نیز یکی از مهمترین (و شاید مهمترین) توجیهاتی که فقیهان برای مجازات ارائه نمودند، بازدارندگی عام و خاص بوده است. در این زمینه نگاه کنید به: الجبعی العاملی، ۱۴۱۹هـ، ص ۳۲۵، الحنفی، بی تا، ص ۲۱۲، الشافعی، بی تا، ص ۲۲۱.

^{۱۷} - جرم «عدم اعلام جرم» بعضاً در مقررات کیفری ایران دیده می‌شود، اما بند ۶ ماده واحده مورد بحث، در زمره موارد بسیار نادری است که عدم اعلام جرم را نسبت به همگان جرم دانسته است و حال آنکه در سایر موارد، عدم اعلام جرم فقط نسبت به برخی افراد جرم تلقی شده است. به عنوان مثال، عدم اعلام جرایم ارتشاء یا اختلاس یا تصرف غیرقانونی یا کلاهبرداری در ادارات دولتی، طبق ماده ۶۰۶ قانون تعزیرات، منحصرأ نسبت به رؤسا یا مدیران یا مسؤولین سازمان‌های دولتی، جرم تلقی شده است.

فهرست منابع

الف: فارسی

اسلامی تبار، شهریار، الهی منش، محمدرضا. (۱۳۸۶ش.). *مسائل اخلاقی و حقوقی در قتل ترحم آمیز (اتانازی)*، چاپ اول، انتشارات مجد.

بسامی، مسعود. (۱۳۸۸ش.). *قتل ترحم آمیز از دیدگاه اخلاق، ادیان و حقوق کیفری*، چاپ اول، انتشارات مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا.

بولک، برنار. (۱۳۸۵ش.). *کیفرشناسی*، علی حسین نجفی ابرند آبادی (مترجم)، چاپ ششم، انتشارات مجد.

حجتی، سید مهدی. (۱۳۷۹ش.). «تحلیل حقوقی اتانازیا (مرگ شیرین)»، *مجله حقوقی دادگستری*، ش ۳۰.

خالقی، علی. (۱۳۹۰ش.). *آیین دادرسی کیفری*، چاپ یازدهم، موسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش.

دوی، ریس و دیگران. (۱۳۸۴ش.). *سراب آسودگی در غرب (اتانازی): دیدگاه‌های نظری، مذهبی و*

اخلاقی، نسرين حجت زاده (مترجم)، چاپ اول، انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد. دویست، ه. (۱۳۷۶ش.). معنی زندگی، رنج و مرگ، ادیب زاده (مترجم)، تهران: بهداشت جهان، ش ۳. الستیر و کمپل. (۱۳۷۲ش.). معضلات اخلاقی پزشکی، حسن میانمداری (مترجم)، چاپ اول، نشر معاونت امور فرهنگی، حقوقی مجلس و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. سماواتی پیروز، امیر. (۱۳۸۷ش.). خودکشی مساعدت شده به معلولین؛ چالشی پیرامون حق انتخاب مرگ در حقوق کیفری، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دوم، شماره چهارم. عباسی، محمود. (۱۳۸۲ش.). قتل ترحم آمیز، چاپ اول، انتشارات حقوقی. قماش، سعید. (۱۳۸۹ش.). بنیادهای جرم انگاری در حقوق کیفری نوین، مجله حقوق اسلامی، سال هفتم، ش ۲۴.

محسنی، مرتضی. (۱۳۸۲ش.). دوره حقوق جزای عمومی، ج ۱، چاپ سوم، انتشارات گنج دانش. محقق داماد، سید مصطفی. (۱۳۸۹ش.). قواعد فقه، ج ۴، چاپ هفدهم، مرکز نشر علوم اسلامی. محمودی جانکی، فیروز. (۱۳۸۲ش.). مبانی، اصول و شیوه‌های جرم انگاری، رساله دوره دکتری حقوق کیفری و جرم شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران. محمودی جانکی، فیروز. (۱۳۸۶ش.). مبنای فلسفی منع حقوقی و کیفری ایراد ضرر به خود، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، سال ۳۷، ش ۱. میرمحمد صادقی، حسین. (۱۳۹۲ش.). جرایم علیه اشخاص، چاپ یازدهم، نشر میزان. میرمحمد صادقی، حسین. (۱۳۹۱ش.). حقوق جزای اختصاصی انگلستان و نقش حقوق جزا در جامعه، چاپ اول، انتشارات جنگل.

نوربها، رضا. (۱۳۸۷ش.). زمینه حقوق جزای عمومی، چاپ بیست و دوم، انتشارات گنج دانش. وهاب زاده منش، جواد. (۱۳۷۳ش.). اتانازی، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.

ب: عربی

امام خمینی. (۱۳۸۱ش.). مکاسب المحرمه، ج ۱، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی. بجنوردی، سید محمد حسن. (۱۴۱۹ ه. ق.). القواعد الفقهیه، ج ۱، الطبعة الاولى، نشر الهادی. الجبعی العاملی (شهید ثانی)، زین الدین. (۱۴۱۹ ه. ق.). مسالك الافهام فی شرح شرایع الاسلام، ج ۱۴، مؤسسه المعارف الاسلامیه. الحنفی، الامام کمال الدین ابن الهمام. (بی تا). شرح فتح القدير، ج ۵، بیروت: دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.

الشافعی، الامام ابوالحسن الماوردی. (بی تا). الاحکام السلطانیة و الولايات الدینیة، القاهرة: مطبعة البابی الحلبی.

عاملی، شیخ حر. (۱۴۱۹ ه ق). وسائل الشیعه، ج ۱۹، بیروت: دار احیاء التراث العربی.

لنکرانی، محمد فاضل. (۱۴۱۶ ه ق). قواعد الفقهیة، ج ۱، چاپ اول، قم: چاپ مهر.

منتظری، حسینعلی. (۱۴۱۷ ه ق). دراسات فی المكاسب المحرمه، نگین قم.

نراقی، ملا احمد بن محمد. (۱۴۱۷ ه ق). عوائد الایام، الطبعة الاول، مکتب الاعلام الاسلامی.

ج: انگلیسی

Anscombe, G.E.M, (1958), "Modern Moral Philosophy", Philosophy, Vol.33, No.124.

Bentham, J, (2000), Selected Writings on Utilitarianism, Wordsworth Editions, reprint.

Blois, M.D, "Euthanasia and the Right to Life", Available at: <http://www.Schreeuwomleven.nl/publications/Hr50/BLOM9801.htm>

Brock, D.W, (1992), "Voluntary Active Euthanasia", The Hastings Center Report, Vol.22, No.2.

Callahan, D, (1992), "When Self-determination runs amok", Hastings Center Report, Vol.22, No.2.

Chaloner, C, (2007), "Voluntary euthanasia: ethical concepts and definitions", Nursing Standard, Vol.21, No.35.

Charlesworth, M, (1993), Bioethics in a Liberal Society, Cambridge University Press.

Cormack, Michael, (2000), "Euthanasia and Assisted Suicide In the Post-Rodriguez ERA: Lessons From Foreign Jurisdictions", Osgood Hall Law Journal, Vol.38, No.4.

Davies, J, (1988), "Raping and Making Love are Different Concepts: So are Killing and Voluntary Euthanasia", Journal of Medical Ethics, Vol.14.

Davis, B.D, (2000), Caring for people in pain, Routledge publisher.

Deigh, John, (1998), "Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia: Some Relevant Differences", The Journal of Criminal Law and Criminology, Northwestern University, Vol.88, No.3.

Dixon, Nicholas, (1998), "On the Difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia", Hastings Center Report, 28(5).

Donchin, A, (2000), "Autonomy, Interdependence, and Assisted Suicide:

- Respecting Boundaries/Crossing Lines", *Bioethics*, Vol.14, No.3.
- Dworkin, Gerald & Frey, R.G & Bok, Sissela, (1998), *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: For and Against*, Cambridge University Press.
- Emanuel, E.J, (1999), "What Is the Great Benefit of Legalizing Euthanasia or Physician-Assisted Suicide?", *Ethics*, Vol.109, No.3.
- Emanuel, E.J, (1997), "Whose Right to Die?", *The Atlantic Monthly*, 279(3).
- Emanuel, E.J, Battin, M.P, (1998), "What are the Potential Cost Savings from Legalizing Physician-Assisted Suicide?", *The New England Journal of Medicine*, Vol.339, No.3.
- Ersek, M, (2005), "Assisted Suicide: Unraveling a complex issue", *Nursing*, Vol.35, No.4.
- Essex, Keith, (2000), "Euthanasia", *The Master's Seminary Journal*, 11/2, fall.
- Feinberg, J, (1984), *The Moral Limits of the Criminal Law: Harm to Others*, Vol.1, Oxford University Press.
- Feinberg, J, (1986), *The Moral Limits of the Criminal Law: Harm to Self*, Vol.3, Oxford University Press.
- Feinberg, J, (1990), *The Moral Limits of the Criminal Law: Harmless Wrongdoing*, Vol.4, Oxford University Press.
- Foley, Kathleen & Hendin, Herbert, (2002), *The Case Against Assisted Suicide: For The Right to End-of-Life Care*, The Johns Hopkins University Press.
- George, R.J.D & Finlay, I.G & Jeffrey, D, (2005), "Legalised euthanasia will violate the rights of vulnerable patients", *BMJ*, Vol.331, No.7518.
- Gibbs, J, (1986), "Dying with Dignity", *A Nurses Viewpoint in Victoria Parliament Social Development Committee, First Report On Inquiry into Options for Dying with Dignity*.
- Gles, J.E, (1983), *Medical Ethics: A Patient-Centered Approach*, Rochester: Schenkman Books INC, 1st Ed.
- Glick, S.M, (1997), "Euthanasia: an unbiased decision?", *the American Journal of Medicine*, Vol.102, No.3.
- Hendin, H, (1995), "Selling death and dignity", *Hastings Center Report*, Vol.25, No.3.
- Himchak, M.V, (2011), "A Social Justice Value Approach Regarding

- Physician-Assisted Suicide and Euthanasia among the Elderly", *Journal of Social Work Values and Ethics*, Vol.8, No.1.
- Hoffenberg, R, (2006), "Assisted Dying", *Clinical Medicine*, Vol.6, No.1.
- Hurst, S & Mauron, A, (2006), "The Ethics of Palliative Care and Euthanasia: Exploring Common Values", *Palliative Medicine*, Vol.20, No.2.
- Johnstone, M.J, (2004), *Bioethics: a nursing perspective*, New York: Churchill Livingstone.
- Kamisar, Y, (1958), "Same non-religious views against proposed mercy killing legalization", *Minnesota Law Review*, Vol.42, No.6.
- Kamm, Frances, (1998), "Physician-Assisted Suicide, Euthanasia, and Intending Death", Cited in Battin, Margaret, *Expanding the Debate*, Routledge.
- Kennedy, I.M, (1976), "The Caren Quinlan Case: Problems and Proposals", *Journal of Medical Ethics*, Vol.2, No.1.
- Keown, John, (2002), *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation*, Cambridge University Press.
- Kuhse, H, (1986), "Active and Passive Voluntary Euthanasia", in Victoria Parliament Social Development Committee, *First Report on Inquiry into Options for Dying with Dignity*.
- Lo, B & Snyder, L, (1999), "Care at the end of life: guiding practice where there are no easy answers", *Annals of Internal Medicine*, Vol.130, No.9.
- Manning, Michael, (1998), *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: killing or caring*, Paulist Press.
- Marker, R, (2006), "Euthanasia and assisted suicide today", *The Religion and Society Report Feature Article*.
- Marzilli, Alan, (2004), *Physician-Assisted Suicide*, Chelsea House Publishers.
- McCormick, A.J, (2011), "Self-determination, the right to die, and culture: a literature review", *Social Work*, Vol.56, No.2.
- Mill, J.S, (1998), "Utilitarianism", Roger, C (ed), *Oxford University Press*.
- Mill, J.S, (1859), *On Liberty*, London, J.W.Parker and Son, 2th Ed.
- Miller, F.G & Brody, H, (1995), "Professional integrity and physician-assisted death", *Hastings Center Report*, Vol.25, No.3.
- Millns, S, (2002), "Death, Dignity and Discrimination: The Case of Pretty v

- United Kingdom", German Law Journal, Vol.3, No.10.
- Mogg, M, (2006), "The Right to Decide", Australian Nursing Journal, Vol.13, No.8.
- Moreland, J.P, (1992), "The Euthanasia Debate: Understanding the Issues", (Part one in a two-part series on euthanasia) statement De 197-1, the Christian Research Journal.
- Moreland, J.P, Geisler, N.L, (1990), The Life and Death Debate: Moral Issues of Our Time, Greenwood Publishing Group.
- Preston, T & Gunderson, M & Mayo, D.J, (2004), "The Role of Autonomy in Choosing Physician Aid in Dying", Cited in Quill, T.E & Battin, M.P (eds), Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care and Patient Choice, The Johns Hopkins University Press.
- Quill, T.E & Greenlaw, J, (2008), "Physician-Assisted Death", Cited in Crowley, M (ed), From Birth to Death and Bench to Clinic: The Hastings Center Bioethics Briefing Book for Journalists, Policy-makers, and Campaigns, the Hastings Center.
- Rogatz, P, (2001), "The Positive Virtues of Physician-Assisted Suicide: Physician Assisted Suicide Is Among the Most Hotly Debated Bioethical Issues of Our Time", The Humanist, Vol.61, No.6.
- Slack, A, (1984), "Killing and Allowing to Die in Medical Practice", Journal of Medical Ethics, Vol.10, No.2.
- Stevens, C.A & Hassan, R, (1992), "Management of Death, Dying and Euthanasia: Attitudes and Practices of Medical Practitioners and Nurses in South Australia", School of Social Sciences the Flinders University of South Australia.
- Szerletics, A, "Paternalism and Euthanasia: The case of Diane Pretty before the European Court of Human Rights", Available at: www.dirittoequestionipubbliche.org/page/2010-n10/3-11-studi-A-Szerletics.Pdf
- Tallis, R & Saunders, J, (2004), "The Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, 2004", Clinical Medicine, Vol.4, No.6.
- Wolhandler, S, (1984), "Voluntary active euthanasia for the terminally ill and the constitutional right to privacy", Cornell Law Review, Vol.69, No.2.

یادداشت شناسه مؤلفان

حسین میرمحمدصادقی: استاد و مدیر گروه حقوق جزا و جرم شناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

علی ایزدیاری: دانشجوی دوره دکتری حقوق جزا و جرم شناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
(نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: izadyara@yahoo.com

Physician Assisted Suicide: From Foundations of Criminalization to Penal Reaction

Hossein Mirmohammad Sadeghi

Ali Izadyar

Abstract

One of the most important and controversial issues in medical law is “Physician Assisted Suicide” that during the recent decades, it has been a challenging issue among the jurists, criminologists, doctors and even the patients themselves, as a part of the vulnerable population of society. This subject has had its own supporters and opponents. Core of these disputes is the “Right to Die” for the patients. From the perspective of criminal law doctrines, there is a significant difference between the Euthanasia and the above mentioned subject, from the view of doctor’s *direct* or *indirect* participation in the patient’s death; which means that doctor is involved in euthanasia directly and provides assistance in the physician assisted suicide. In other words, in direct participation, “doctor” does the actus reus of murder, but in indirect participation, she only helps the “patient” to kill himself. In criminal policy of Iran, suicide is not permissible under the influence of religious and juridical doctrines, but has not been criminalized, and therefore it concluded that assistance in suicide should not be considered criminal. Nevertheless, the legislator of Iran has criminalized aiding and facilitating suicide through the computer systems, telecommunication systems or data carriers, as an independent crime.

This article has criticized and analyzed the foundations of criminalization of this issue, as well as, the methods of penal reaction of Iranian legal system toward this problem; and finally has proposed that criminalization of “Physician Assisted Suicide” as an independent crime in order to respect human life and prevent deviant act of suicide.

Keywords

Medical Law, Assistance in Suicide, Right to Die, Assistance, Suicide, Doctor’s Criminal Responsibility.