

مفهوم اتانازی و بررسی آن از دیدگاه فقه،

حقوق و اخلاق^۱

بهر روز جوانمرد^۲

چکیده

نظرات مختلف درباره اتانازی ضرورتاً به دیدگاه‌های مختلفی باز می‌گردد که در زمینه اخلاق وجود دارد. بدین سان مباحثی که پیرامون اتانازی مطرح می‌شود، مباحث مربوط به «ارزش»ها است. برخی اعتقاد دارند که حیات، حد اعلای خوبی است و دیگر خوبی‌ها با وجود حیات و زندگی معنا می‌یابند. بدون زندگی و حیات، هیچ ارزش یا خوبی وجود ندارد (یعنی نمی‌تواند وجود داشته باشد) و حیات، شرط لازم برای تحقق دیگر ارزش‌ها است. در گذشته سرعت بخشیدن عامدانه به مرگ یک انسان، پیوسته به عنوان یک جنایت تلقی می‌شد، آن هم بدون توجه به شرایط بیمار و وسعت بیماری او. اما اکنون برخورد عموم با این موضوع تغییر یافته است. همکاری با انسانی که به وضوح، تمایل خود را برای مردن اعلام داشته، آن هم به ویژه در شرایط وجود یک بیماری لاعلاج، امروزه به نحو فزاینده‌ای به عنوان عملی قابل توجیه نگریسته می‌شود. در واقع چنین برداشتی

۱- این مقاله در اولین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی - که در آبان ۱۳۸۶ در دانشگاه شهید بهشتی برگزار گردید با عنوان «اتانازی قتل شفقت مدار» در پانل قتل ترحم آمیز ارائه شده است.
۲- دانشجوی دوره دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

حاصل یکپارچه‌ی نظر سنجی‌هایی است که در کشورهای «غربی» به عمل آمده است.

با این وجود هنوز هم هیأت‌های قانون گذاری هنگامی که بحث تغییر قوانین مربوطه مطرح می شود بسیار محتاطانه عمل می کنند. هم اکنون فقط هلند، بلژیک و ایالت اورگان آمریکا قوانین صریحی در زمینه اتانازی فعال به اجرا گذارده‌اند. همچنین نوع انفعالی اتانازی در سوئیس اجرا می شود. لیکن مباحثه‌های جدی سیاسی در باره‌ی تغییرات قانونی مشابه، در حال حاضر در بسیاری از کشورهای دیگر، از جمله در بریتانیا، آفریقای جنوبی، استرالیا و اخیراً در خاورمیانه در جریان است. بدین سان بحث درباره‌ی «اتانازی» یکی از مباحث عمده‌ی «اخلاق زیستی»، «اخلاق پزشکی» و «حقوق پزشکی» است و پرسش‌های اخلاقی، فلسفی و دینی تأمل آوری را برانگیخته است.

واژگان کلیدی: اتانازی، قتل عمدی، شفقت، مرگ آسان، حق بر مردن

مقدمه

در صد سال اخیر علم پزشکی موفقیت‌های بسیاری را به دست آورده است. اکنون می‌توان بیماری‌هایی را که پیش از این کشنده بودند، درمان نمود و حتی مرگ و کیفیت زندگی را تغییر داد. افرادی که از بیماری‌های ناتوان‌کننده‌ای چون بیماری‌های قلبی، سرطان، ایدز و مشکلاتی چون کبر سن رنج می‌بردند، اکنون می‌توانند با تنوعی از تکنولوژی‌های جدید برای ماه‌ها یا حتی سال‌ها زندگی کنند. این تغییرات، مباحث پیرامون اتانازی را از نو زنده کرده است.

در رابطه با «اتانازی»، عمدتاً بحث درباره‌ی این است که چه چیزی اخلاقی است؟ سئوالاتی بنیانی در این رابطه مطرح شده است؛ مثلاً آیا حقی برای ارتکاب به خودکشی وجود دارد؟ آیا اخلاقی است که کسی برای خودکشی به دیگری کمک کند؟ آیا حقی وجود دارد که بر اساس خواسته‌ی کسی یا اعضای خانواده اش ایجاد مرگ را در او تسهیل کنیم؟ آیا اخلاقی است برای نجات جان فرد، زندگی فرد دیگری را که امیدی به زنده ماندنش نیست خاتمه دهیم؟ تمام مباحث پیرامون «اتانازی» درصدد پاسخگویی به سئوالاتی این چنینی هستند. بدین ترتیب قضاوت در خصوص درستی اخلاقی اتانازی اعم از داوطلبانه یا غیر داوطلبانه بسیار دشوار است. شاید اینکه در برخی کشورها این عمل قانونی باشد، به لحاظ اخلاقی محل تردید است. چون این عمل یک عمل فردی یک جانبه از سوی پزشک نیست، بلکه نظرات طرف مقابل هم مهم است که در اینجا چالش اصلی متوجه اصل احترام برای خودمختاری بیمار است. بدین سان، «اتانازی» به دلیل آنکه گستره‌ی عظیمی از حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی را در بر می‌گیرد بحث بسیار مهمی در اخلاق و حقوق پزشکی می‌باشد.

در بخش اول این نوشتار تلاش گردیده به نحو اجمال تاریخچه و مفهوم اتانازی و خاستگاه آن تبیین و انواع آن تشریح شود. در ادامه در بخش دوم، دیدگاه‌های موافقین و مخالفین در قبال اتانازی مطرح می‌گردد. جایگاه اتانازی در آموزه‌های دین اسلام موضوع بخش سوم این مقاله را تشکیل می‌دهد. سپس در بخش چهارم به بررسی این شیوه در تعامل با اخلاق هنجاری - حرفه‌ای در دنیای پزشکی، پرداخته شده و در پایان مقاله نتیجه‌گیری شده که چالش اصلی در مورد بود یا نبود اتانازی متوجه اصل احترام برای خودمختاری بیمار از یک سو و آموزه‌های مذهبی از سوی دیگر می‌باشد و در نهایت مقاله را با ارائه‌ی پیشنهادهایی به پایان برده است.

بخش اول: تاریخچه و مفهوم اتانازی و انواع آن

۱ - تاریخچه و مفهوم اتانازی

مفهوم کلاسیک اتانازی، مرگ در آرامش است. اولین بار در سال ۱۸۹۰ میلادی، این مفهوم با پیدایش مفهوم «زندگی که ارزش زیستن ندارد» زیر سؤال برده شد. در واقع، اتانازی در آغاز برای تعریف وضعیت معنوی ذهن در حین فرآیند مرگ استفاده می‌شد و نه به عنوان روش مردن!

اتانازی^۲ از واژگان یونانی «**Eu**» به معنای راحت و خوب و کامبخش و واژه «**Thanasia**» به معنای «مرگ» مشتق شده است. واژه **Thanasia** خود از «**Thanatos**» که الهه مرگ در یونان بوده است، گرفته شده و به صورت

۱- عزیزی، مریم، چشم به راه مرگ: نگاهی به تاریخچه اتانازی تا پایان جنگ دوم جهانی، ۱۳۸۷، هفته نامه سپید، لینک مطلب:

تحت اللفظی «مرگ خوب یا راحت» معنا می‌دهد.^۱ این واژه برای اولین بار توسط فرانسویس بیکن که مرگ بدون رنج را تبلیغ می‌کرد وارد فرهنگ پزشکی شد.^۲

در اوایل قرن بیستم، هم‌زمان با شروع خط‌مشی آلمان در مورد اتانازی، در انگلستان و آمریکا انجمن‌های اتانازی داوطلبانه تأسیس شدند. براساس ایدئولوژی داروینیسیم اجتماعی در اواخر قرن نوزدهم (بقای کامل‌ترین‌ها) و ارزش‌های سیاسی غالب در آلمان و همچنین تأثیرات مکتب تحقیقی بر دولت مردان آلمان نازی، نابودی زندگی‌هایی که بی‌ارزش تصور می‌شدند، آغاز شد. در سال ۱۹۳۹، هیتلر در برنامه اتانازی با کد **Aktion T4** به پزشک خود «کارل براندت» قدرت زیادی داد. گروهی از پزشکان و دولتمردان انتخاب شدند تا «رنج کشیدن» افراد سالمند، معلول، مجنون یا دچار بیماری لاعلاج را پایان دهند و عقیم‌سازی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، معلولیت ذهنی مادرزادی، سایکوزمانیک دپرسیو، صرع مادرزادی، کوری و کری مادرزادی، ناهنجاری‌های مادرزادی جسمی و الکلیسم مزمن آغاز شد. در سال ۱۹۴۰ شش مرکز اتانازی تأسیس شد که از اتاق‌های گاز برای کشتن بیماران استفاده می‌کردند. در سال ۱۹۴۲ بعد از اعتراضاتی که به این کشتار شد، مرگ با داروی کشنده یا گرسنگی آغاز گردید. بعد از خارج کردن بعضی اندام‌های بیماران برای تحقیقات پزشکی، اجساد دفن می‌شدند. پس از پایان جنگ جهانی دوم، افشای فجایعی که در آلمان نازی در قبال یهودیان رخ داده بود به تدوین کد اخلاقی نورنبرگ منجر شد که می‌توان آن را اولین کد بین‌المللی اخلاق در پژوهش در جهان جدید دانست. بدین سان می‌توان گفت پس از جنگ جهانی دوم و پیروزی متفقین، اتانازی در حوزه‌ی اخلاق پزشکی به تدریج وارد گشت و مبتنی بر تعاریف و شرایطی نظام مند گردید. امروزه در اکثر کشورها به

۱- عزیزى، پیشین

۲- همان

جرم انگاری «اتانازی» و پیگرد و مجازات قانونی آن تأکید شده و در تعداد معدودی از کشورها مانند بلژیک، سوئیس و استرالیا نیز بر مجاز بودن آن تکیه شده است. بعضی جوامع نیز با تعیین شرایطی، بار جنایی و کیفری آن را کاهش داده و در صورت انجام آن، مرتکب را در قیاس با قتل عمد، مستحق مجازات کمتر و خفیف تری می دانند.

در تعریف «اتانازی» گفته شده که نوعی مرگ، مردن، قتل یا کشتن است اما از روی رضایت، عطوفت، ترحم، شفقت، با رضایت و انتخاب خود بیمار به کمک پزشک، از طریق دادن داروهای خاص یا ندادن و قطع دارو یا با وسایل، ابزارها و تجهیزات پزشکی و استعمال دارویی خاص. اما شورای حقوقی و قضایی پزشکی آمریکا اتانازی را اینگونه تعریف می کند: «اتانازی عمل ایجاد مرگ با روشی نسبتاً سریع و بدون درد به دلایل ترحم انگیز در فردی که از بیماری لاعلاجی رنج می کشد، می باشد» بدین ترتیب می توان گفت که «اتانازی» مفهومی کلی در خصوص کشتن از روی شفقت با دخالت عنصر رضایت است اما برای دقیق تر کردن موضوع به ویژه از جنبه های حقوقی به انواع مختلفی تقسیم می شود که موضوع بند بعدی این نوشتار را تشکیل می دهد.

۱- گفتنی است در آمریکا تا سال ۱۸۲۸ طبق «قانون ضد اتانازی» چنین اقدامی ممنوع بود اما بعد از جنگ داخلی و در ۱۹۳۰ «قانون حمایت از اتانازی» به تصویب رسید و از سال ۱۹۳۵ در انگلیس و در سال ۱۹۳۸ در آمریکا «انجمن های ضد اتانازی» شکل گرفت. هرچند در ۱۹۳۷ قانون تجویز اتانازی در آمریکا و انگلیس به تصویب نرسید ولی در عمل تحت عناوینی مثل «بهبود نژاد» یا در موارد خاصی مثل «معلولان ذهنی» به کمک پزشک و با رضایت والدین انجام می گرفت. نک: به: همتی، همایون، اتانازی از دیدگاه فلسفه اخلاق، فروردین ۱۳۸۷، وب سایت رایزنی فرهنگی ایران و آلمان، لینک مطلب: <http://www.irankultur.com>

۲- انواع اتانازی

الف - «اتانازی فعال داوطلبانه»^۱

این نوع اتانازی، تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگر است که منجر به مرگ بیمار شود. این عمل براساس تقاضای صریح بیمار و با رضایت کاملاً آگاهانه او انجام می شود. نکته مهم در این حالت این است که قصد و تمایل پزشک و بیمار هر دو در جهت خاتمه دادن به زندگی بیمار است. در اتانازی فعال داوطلبانه، دو شرط بسیار مهم است ۱- تصمیم خود بیمار ۲- درد و رنج غیرقابل تحمل و بدون امید به بهبودی.

ب - «اتانازی فعال غیرداوطلبانه»^۲

این نوع نیز شامل تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگری است که منجر به مرگ بیمار شود، با این تفاوت که در این حالت، بیمار صلاحیت تصمیم گیری (اهلیت یا صلاحیت قانونی) را ندارد و از لحاظ روانی قادر به درخواست صریح برای این عمل نیست. مثلاً بیمار در حالت کما است. البته تنها مرگ مغزی و زندگی نباتی مواردی نیستند که بیمار قادر به تصمیم گیری نیست. در این نوع اتانازی معمولاً پزشک یا تیم پزشکی، کمیته اخلاق پزشکی، خانواده بیمار و یا قاضی تصمیم می گیرد.

1- Active Voluntary Euthanasia: A lethal injection by a doctor into a dying patient when the patient has consented to it.

2- [Active Non-Voluntary Euthanasia](#): A lethal injection by a doctor into a dying patient when the patient's consent is unknown (usually a patient who is no longer able to communicate)

ج - «اتانازی فعال اجباری»^۱

این نوع اتانازی، تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگری است که باعث مرگ بیمار شود. در این حالت بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری را دارا است و هیچگونه درخواست صریح برای این عمل نداشته است. این حالت را جمیع اخلاقیون، مجاز نمی‌دانند و قتل محسوب می‌شود.

د - «اتانازی غیرفعال»^۲

این نوع اتانازی شامل عدم شروع به درمان یا قطع درمان‌هایی است که برای حفظ حیات بیمار لازمند. البته این نوع از اتانازی می‌تواند داوطلبانه (یعنی بر اساس درخواست بیمار) یا غیرداوطلبانه (یعنی بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری ندارد) باشد. این نوع اتانازی معمولاً به صورت مستقیم، مانند تجویز دارو یا هر اقدام دیگری نیست. در «اتانازی غیرفعال داوطلبانه» بیمار درمان خود را رد می‌کند تا در مرگش تسریع ایجاد شود. به عبارت دیگر بیمار از همان ابتدا از پذیرش درمان سر باز می‌زند. در عین حال «اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه» معمولاً در مورد بیمارانی به کار گرفته می‌شود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان هم مطمئن‌اند که درمان امکان‌پذیر نیست. در این حالت، یا درمان را قطع می‌کنند و بیمار را از مواد غذایی یا دارو محروم می‌کنند و یا اگر مثلاً بیمار در سیر بیماری‌اش، دچار عفونتی شود، درمانی برای عفونت او آغاز نمی‌شود.

1- [Active Involuntary Euthanasia](#) : A lethal injection by a doctor into a dying patient when the patient has refused (this is so-called "Nazi euthanasia")
 2- [Passive Euthanasia](#): Deliberately disconnecting life support equipment, or stopping any life-sustaining medical procedures, to permit the natural death of the patient ("passive" refers to an act that indirectly causes death)

در مورد این حالت، یعنی قطع درمان به واسطه ی ترک فعل اگر پزشک بیمار را به حال خود واگذارد و از اقداماتی که برای زنده نگه داشتن او لازم است خودداری کند، مرتکب ترک فعلی گردیده که به واسطه آن از بیمار سلب حیات شده است. در این فرض - اگر بتوان امکان تحقق قتل عمد را منتفی دانست^۱ - دست کم می توان عمل پزشک را منطبق با بند ۲ ماده واحد قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴ مسوول دانست که مقرر می دارد: «هرگاه کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلف هستند به اشخاص آسیب دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند از اقدام لازم و کمک به آنها خودداری کنند به حبس تعزیری از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد». در عین حال در این فرض اگر دیدگاهی که امکان تحقق قتل عمد از طریق ترک فعل را منتفی نمی داند پذیرفته شود اما به دلیلی شرایط قصاص فراهم نباشد می توان مرتکب را مشمول حکم ماده ۶۱۲ قانون مجازات اسلامی دانست که مقرر داشته: «هر کس مرتکب قتل عمد شود یا به هر علت قصاص نشود در صورتی که اقدام وی موجب اخلال در نظم و صیانت و

۱- شاید با توجه به ماده ۲۰۶ قانون مجازات اسلامی و بندهای سه گانه آن بتوان گفت در سه بند این ماده، فعل مثبت به عنوان رکن مادی قتل عمد معرفی گردیده است نه ترک فعل. لذا در این حالت نمی توان عمل پزشک را منطبق با ماده مذکور دانست. البته خودداری از مراقبت و مداوای بیمار توسط پزشک و پرستار به قصد سلب حیات جزء وظایف ایشان می باشد و می تواند آنها را در معرض اتهام قتل عمدی قرار دهد. اما از آنجا که آرای دادگاه باید مستند به حکم قانون باشد و اصل تفسیر مضیق قوانین کیفری و تفسیر به نفع متهم و نیز تأکید ماده ۲۰۶ قانون مذکور بر فعل مثبت مادی، مانع از شناختن ترک فعل به عنوان رکن مادی قتل عمد می شود. با این وجود اداره حقوقی قوه قضاییه در یک نظریه مشورتی اعلام نموده: «همانگونه که قتل در اثر ارتکاب فعل تحقق می باید ممکن است در اثر ترک فعل نیز محقق شود...» همین دیدگاه نیز مورد تایید برخی حقوقدانان قرار گرفته است. برای مطالعه بیشتر نک به: پوربافرانی، حسن، بررسی ترک فعل در جرم قتل عمدی، مجله دادرسی، سال نهم، شماره ۵۲، مهر و آبان، ص ۳۳؛ همچنین: میر محمد صادقی، حسین، جرایم علیه اشخاص، نشر میزان، چاپ اول، ۱۳۸۶، صص ۳۶ - ۴۵

امنیت جامعه و یا بیم تجری مرتکب یا دیگران شود دادگاه مرتکب را به حبس از سه تا ده سال محکوم می نماید.»

ه - «اتانازی غیرمستقیم»^۱

در این حالت ضددردهای مخدر یا داروهای دیگر برای تسکین درد بیمار تجویز می شود اما پیامد عَرَضی^۲ آن قطع سیستم تنفسی بیمار است (داروهای ضددرد مخدر اگر با دوز بالا تجویز شوند مرکز تنفسی را مهار می کنند) که منجر به مرگ بیمار می شود. این نوع اتانازی با قصد عامدانه انجام نمی شود اما پیامد عرضی آن مرگ بیمار است.

و - «خودکشی مساعدت شده»^۳

در این حالت، پزشک یا هر فرد دیگری داروهای مرگ آور را برای بیمار فراهم می کند، در عین حال که می داند قصد بیمار در استفاده از آنها خودکشی است.

با توجه به تعریف های فوق می توان گفت نکته مهم در افتراق «اتانازی فعال داوطلبانه» از «خودکشی مساعدت شده» در رفتار پزشک است. در حالت اول پزشک مستقیماً اقدام به خاتمه زندگی بیمار می کند. اما آنچه «اتانازی فعال داوطلبانه» را از نوع «غیرفعال» یا «غیرمستقیم» افتراق می دهد، نیت پزشک است. در حالت اول، نیت پزشک خاتمه دادن به زندگی بیمار است اما در دو مورد بعدی، نیت پزشک کاهش درد بیمار یا قطع درمان های پزشکی مزاحم یا بیهوده

1- Indirect Euthanasia

2- Accidental Consequence

3- Assisted Suicide : A one who providing the lethal drugs with which a dying person may end their life

است. دلیل عمده برای افتراق این اصطلاحات از یکدیگر، چالش‌های اخلاقی و حقوقی است. برخی استدلال کرده اند که نوع «غیرفعال» و «غیرمستقیم» از لحاظ اخلاقی و حقوقی در برخی وضعیت‌ها مجاز است. در حال حاضر علاوه بر ایالت اورگان که اتانازی در آن قانونی می باشد، در اکثر ایالت‌های آمریکا اجماع برای اخلاقی و قانونی کردن نوع «غیرفعال» اتانازی روبه فزونی است.^۱ اما در مورد «اتانازی فعال داوطلبانه و غیرداوطلبانه» و «خودکشی با همکاری پزشک» بحث‌ها و اختلاف نظرهای بسیاری وجود دارد. اخیراً برخی استدلال می‌کنند که تمایز میان اتانازی «فعال و غیرفعال»، غیرمعتبر است و همان دلایلی که برای توجیه اتانازی غیرفعال از لحاظ اخلاقی آورده می‌شود می‌تواند برای نوع فعال نیز آورده شود،^۲ چون معمولاً «اتانازی» در بحث‌های عمومی و در میان عرف جامعه به همان نوع «فعال داوطلبانه» ارجاع می‌شود. استناد نوع «غیرفعال» و «غیرمستقیم» به اتانازی خود به خود بار اخلاقی بسیاری به وجود می‌آورد.

۱- اولین بار در سال ۱۹۹۴ ایالت اورگان آمریکا قانون «مرگ با عزت» را تصویب کرد که به نوعی مجوز اتانازی بود. این قانون در همه پرسی انجام شده در این ایالت با اکثریت ضعیف ۵۱٪ به تصویب رسید و اجرایی شد. در ادامه در سال ۱۹۹۹ در ایالت تگزاس قانون «حمایت بیهوده» تصویب شد. در این قانون به پزشکان اجازه داده شد تا -حتی در صورت مخالفت خانواده بیمار- از انجام اقدامات حمایتی و درمانی برای بیمار بدحال و با امید موفقیت پایین خودداری کنند، هرچند این قانون هیچگونه عملی را که بطور مستقیم باعث مرگ بیمار شود (نظیر تزریق دارو و ...) تایید نمی‌کرد. برای مطالعه بیشتر در این زمینه نک به :

<http://78med.wordpress.com/2007/01/page/2/>

۲- همتی، پیشین

بخش دوم - دیدگاه های مختلف در مورد اتانازی

۱- دلایل موافقین اتانازی

مطابق نظر موافقین، اتانازی عمل ایجاد مرگ در فردی صاحب صلاحیت به لحاظ حقوقی و پزشکی بر اساس درخواست آگاهانه او است. بنابراین اگر بیماری درخواستی صریح، آزادانه و آگاهانه برای اتانازی داشته باشد و البته از بیماری لاعلاجی که با هیچ درمانی قابل بهبودی نیست، رنج می برد؛ پزشک «بایستی» بر مبنای اصل احترام برای خودمختاری بیمار^۱ (که از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی است) عمل اتانازی را انجام دهد^۲. بر طبق این دیدگاه، دیگر قضاوت پزشک در این زمینه جایگاهی ندارد. موافقان اصل خودمختاری بیمار استدلال می کنند که هیچ کس نمی خواهد به خاطر هیچ بمیرد؛ اتانازی قطعاً بر مبنای دلایلی درخواست می شود. اما درستی یا نادرستی این دلایل بی معنی است. اما شاید گفته شود این استدلال، غیرمعتبر است، چرا که فردی که درخواست اتانازی می کند (بنا به هر دلیلی) قطعاً فکر می کند که عمل او درست است و اگر اعتقادی به درستی کارش نداشته باشد، قید اول یعنی «صاحب صلاحیت بودن» زیر سؤال می رود. بنابراین درخواست بیمار مبتنی بر این باور است که مرگ، نفعی (یا هر ملاک اخلاقی دیگری) برای او دارد و به این دلیل قابل توجیه است.

درخواست بیمار وقتی ملاک برای تجویز اتانازی است که او باور به درستی درخواستش داشته باشد. اما دلایل بیمار برای درستی عملش چیست؟ بیمار ممکن است بگوید: «اتانازی درست است، چون من آن را تایید می کنم.» در این حالت

1- Self-Determination Theory. For more information see :

<http://www.psych.rochester.edu/SDT/theory.html>

<http://encyclopedia.thefreedictionary.com/Self+determination+theory>

۲- گفتنی است چنین عملی البته با قید دو شرط مذکور در هلند و بلژیک قانونی شده است.

گزاره «اتانازی درست است» و این گزاره که «بیمار آن را تایید می کند» معادل یکدیگرند. در واقع در اینجا بیمار چیزی درباره ماهیت خود عمل نمی گوید و تنها نگرش خود را بیان می کند، یعنی نگرش تاییدی. اگر درستی اتانازی مبتنی بر تایید بیمار باشد، پس اگر یک روز بیمار آن را تایید کند و روز دیگر تایید نکند، بنابراین یک روز درست است و روز دیگر درست نیست. در واقع ممکن است تایید بیمار بر خطا باشد. این گزاره که «اتانازی درست است چون بیمار آن را تایید می کند» با این گزاره که «بیمار اتانازی را تایید می کند، چون درست است» بسیار متفاوت است. در واقع، نگرش تاییدی بیمار، پیامدی از باور به درستی این عمل است. بیمار ممکن است بگوید «اتانازی درست است، چون رنج غیرقابل تحمل مرا پایان می دهد یا فلان و بهمان نتیجه را دارد.» یعنی دیدگاهی «فایده گرایانه» داشته باشد. در این حالت درستی از طریق برخی ویژگی های خود عمل تعریف می شود. یعنی تعریف درستی با استفاده از جملات دیگری است. اما صدق هر نظریه خاصی صرفاً با تعریف واژگان آن به دست نمی آید. در واقع تعریف درست هر چه باشد، کاری نخواهد کرد که این واژه را به وجهی تعریف کند تا مستوجب صدق نظریه خاصی درباره چیزی باشد که درست است. ممکن است بیمار بگوید «اتانازی درست است»، پرسش اینجاست که بیمار چگونه می داند که گزاره «اتانازی درست است» صادق است؟ ممکن است بگوید از راه شهود به این نتیجه رسیده ام، اما صحت یا عدم صحت چنین شهودی هرگز نمی تواند اثبات شود. در ضمن پزشک هم بر مبنای شهودش می تواند بگوید که «اتانازی نادرست است.» یعنی چنین روشی، راه را برای انواع شهودهای متعارض باز می کند. بیمار ممکن است بگوید که دلایل خوبی برای پذیرش اتانازی دارد (مثلاً همین بیماری لاعلاجش که البته خود این مسئله نیز به لحاظ معرفت شناسی

پزشکی محل تردید است). اما چگونه می‌توانیم بدانیم که دلایل بیمار، دلایل خوبی برای باور به درستی اتانازی است. در حقیقت وقتی می‌توانیم بدانیم که دلایل بیمار، دلایل خوبی هستند که از پیش بدانیم که عبارت «اتانازی درست است» چه معنایی می‌دهد.

۲- دلایل مخالفین اتانازی

مخالفین اتانازی استدلال کرده‌اند که اتانازی توجه جامعه نسبت به زندگی را از بین می‌برد. رایج شدن اتانازی در عمل پزشکی حساسیت جامعه نسبت به مرگ را کاهش می‌دهد و در نتیجه، زندگی، امر ارزشمندی به حساب نمی‌آید. این حالت باعث از بین رفتن انسانیت و به وجود آمدن بیماری‌های متنوع اجتماعی می‌شود. در جامعه‌ای که حیات، غیر ارزشمند به حساب آید، آن‌گاه افراد ابایی از کشتن افراد دیگر و ارتکاب جنایت ندارند. کیفیت زندگی سست می‌شود و جامعه به عنوان یک کل، خراب می‌شود.

مخالفین اتانازی معتقدند هرگاه اتانازی قانونی شود، پتانسیلی برای سوءاستفاده در دستان مراقبین بهداشت و سلامت خواهد بود. اولین قدم برای انجام اتانازی در جامعه‌ای که قانونی شده این است که باعث می‌شود قدم‌های بعدی آسانتر برداشته شود. به این استدلال، «شیب لغزنده»^۱ گفته می‌شود. یکی از صریح‌ترین مخالفین اتانازی، «یال کامیسار»^۲ استاد حقوق دانشگاه میشیگان، حمله سه جانبه‌ای را بر علیه اتانازی صورتبندی کرده است که عبارتند از:

۱- خطر سوء استفاده از اتانازی توسط مراقبین بهداشت و سلامت

۲- شیب لغزنده

1- Slippery Slope
2- Yale Camisar

۳- خطر اشتباه و لغزش

موافقین نظریه «شیب لغزنده» استدلال می کنند: هنگامی که کیفیت زندگی کاهش یافته باشد جامعه پایان دادن به حیات را می تواند بپذیرد و هیچ روش عقلانی برای محدود کردن اتانازی و جلوگیری از سوء استفاده از آن وجود ندارد. براساس نظریه شیب لغزنده، اتانازی مانند لبه نازک یک گوه است که وقتی جا بیفتد عمیقاً در جامعه پیش رانده می شود. آقای «کامیسار» نتیجه می گیرد قانونی کردن اتانازی ارادی ناچاراً منجر به قانونی شدن اتانازی اجباری^۱ می شود چون تمایز عقلانی بین آن کسانی که می خواهند بمیرند (چرا که خودشان را سربار جامعه می دانند) و آن کسانی که می خواهند بکشند (چون این افراد را سرباری جامعه می دانند) غیرممکن است. اکثر کسانی که از استدلال شیب لغزنده استفاده کرده اند تجربه آلمان نازی را مثال تجربی این فرآیند در عمل می دانند. آنها استدلال می کنند که سیاست عمومی کشتن، از یک قدم اولیه محدود آغاز می شود، یعنی اتخاذ برنامه «اتانازی دقیقاً تعریف شده» و خلاص شدن از شر کسانی که زندگی های بی ارزشی دارند سریعاً به «هولوکاست»^۲ منجر خواهد شد.^۳

موافقین اتانازی تلاش می کنند تا استدلال «شیب لغزنده» را به صورت مختلف رد کنند. آنها معتقدند مکانیسم های رایجی که توسط دادگاه ها به کار گرفته شده است از «اتانازی اجباری» جلوگیری می کند. در صورت قانونی شدن اتانازی غیرفعال، شیب، تماماً لغزنده نیست چون هیچ برنامه کشتن وسیعی مد نظر نمی باشد. برخی دیگر بر مفهوم «شیب لغزنده» حمله کرده اند. به زعم ایشان، این

1- Euthanasia Involuntary

۲- اقدام حزب نازی در کشتن گسترده افراد یهودی

۳ انصاری، محمدعلی، قتل از روی ترحم، مجله فقه اهل بیت اسلامی، شماره ۴۳، ۱۳۸۴، ص ۱۷

4- Euthanasia Passive

استدلال (شیب لغزنده) که نوعی از عمل در نهایت منجر به برقراری نوع دیگری از عمل می شود، برهان مجاب کننده ای نیست و برای آن که مقدمه، صادق باشد بایستی نشان دهد که فشار اولیه برای برداشتن قدم های بعدی آنقدر قوی است که قدم های بعدی رخ دهد. استدلال «خطر سوء استفاده» که توسط کامیاسار و برخی دیگر ارائه شده است بر این ادعاست که اتانازی و خودکشی با همکاری پزشک، نهایتاً منجر به قتل (شنیع) می شود. در واقع کسانی ممکن است با راهنمایی فرد برای انجام خودکشی به دنبال منافع شخصی باشند و اگر اتانازی یا خودکشی با همکاری پزشک قانونی و در حوزه عمل پزشکی اجرا شود ممکن است پزشکان نسبت به انجام این عمل، حساسیت خود را از دست بدهند و در مواردی که می توان از اتانازی دوری کرد، با این حال آن را انجام دهند. از طرف دیگر این احساس که پزشکان مجوز کشتن را داشته باشند باعث می شود که مردم و دست اندرکاران امر بهداشت و درمان به پزشکان اعتماد نکنند چون مسئولیت آنها برای حفظ حیات، بدل به اهداکنندگان مرگ شده است. در این حالت بین هیچ نوع اتانازی تمایزی مطرح نیست، چون پزشک نمی تواند اجازه دهد بیمار بمیرد و باید تا آخرین لحظات برای حفظ حیات او تلاش کند حتی اگر امیدی به زنده ماندن بیمار نباشد. اما موافقین اتانازی استدلال می کنند که ریسک سوء استفاده اگر چه قطعاً وجود دارد اما واقعاً تهدیدی برای انجام اتانازی نیست چرا که اولاً تنظیم قوانین دقیق علیه اتانازی فعال و خودکشی با همکاری پزشک از این حالت پیشگیری می کند و ثانیاً وجود مجموعه مشخصی از اصول راهنما برای انجام اتانازی در موقعیت های خاص، از ایجاد ابهام جلوگیری خواهد کرد. به طور کلی می توان گفت اعتراضات نسبت به اتانازی فعال و ارادی در ۵ مورد دسته بندی می شود:

۱- استدلال می شود در حال حاضر، راه های پیشگیری از دردهای کشنده وجود دارد و با فراهم آوردن مراقبت های بهتر می توان جلوی درد را گرفت، بنابراین اتانازی ضرورتی نمی یابد. اما چنین استدلالی مجاب کننده نیست: اگر چه درمان های تسکینی و مراقبت های بیمارستانی پیشرفت های مهمی در مراقبت از افراد در حال مرگ داشته است ولی باز هم مشکلاتی باقی است. برای این که بهترین درمان تسکینی برای هر فرد دریافت شود، نیاز به کوشش ها و خطاهایی است که عواقب دردناکی برای بیمار دارند و مهمتر از آن عوارض جانبی چنین درمان هایی مانند تهوع، ناتوانی در کنترل ادرار، از دست دادن هوشیاری به علت خواب آلودگی های نیمه دائمی و نظایر آن است. هم چنین افرادی وجود دارند که نمی خواهند از درمان های تسکینی و مراقبت های بیمارستانی بهره بگیرند و برخی دیگر از داوطلبین اتانازی، گلایه کمتری از درد دارند و مشکل اصلی آنها وابستگی به دیگران و یا وابستگی به دستگاه های تنفس مصنوعی است که در این حالتِ وابستگی، به خاطر درد، درخواست بیمار، معنایی ندارد.

۲- استدلال می شود که ما هیچ گاه شواهد کافی برای توجیه این باور نداریم که تقاضای بیمار مبتلا به بیماری لاعلاج برای مردن تقاضایی درست، ثابت و واقعاً مختارانه است.

۳- برخی برای انجام اتانازی به «آموزه اثر دو گانه^۱» متوسل شده اند. مطابق با تفسیر این آموزه، انجام اعمالی مجاز است که عواقب بد آن از پیش مشخص باشد به این شرط که: الف - این نتیجه بد به عنوان یک اثر جانبی یا غیرمستقیم عمل اصلی منظور شده باشد، ب - عملی که قصد اصلی بر آن واقع شده به لحاظ اخلاقی خوب و یا حداقل خنثی باشد، ج - اثر خوب به واسطه راه بدی حاصل نشود یعنی

بدی وسیله ای برای رسیدن به خوبی نباشد، د- نتایج بد نیاستی چنان جدی باشند که بر اثرات خوب فائق شوند. اما اتانازی این شرایط را برآورده نمی کند. جالب است که موافقین اتانازی نیز از همین آموزه، نتیجه ای خلاف رأی مخالفین اتانازی می گیرند.

۴- استدلال می شود تمایز میان اتانازی ارادی، اجباری و غیرارادی در نحوه عمل است ولی در اصل کار، تفاوتی بین این دو وجود ندارد.

۵- دسته ای نیز استدلال کرده اند که اگر اتانازی ارادی و فعال پذیرفته شود، گویی راه برای دیگر انواع اتانازی و خودکشی فراهم شده است.

بخش سوم - جایگاه اتانازی در اسلام

این بحث را می توان با یک پرسش آغاز نمود. شخصی از بیماری لاعلاجی رنج می برد و زمان مرگش هم نزدیک نیست و ادراک و حرکت و نطق اختیاری نیز دارد (یعنی دارای حیات مستقر است) ولی از شدت رنج، از پزشک و یا فرد دیگری می خواهد که با تزریق یک ماده سمی کشنده، سریعاً به حیات وی پایان دهد تا از سختی و رنج بیماری رهایی یابد. آیا درخواست او می تواند مجوز قتل باشد؟ و آیا رضایت مقتول جرم بودن این قتل را از بین می برد؟ همان گونه که از خود سؤال پیدا است جواب را باید از دو جهت حکم تکلیفی و حکم وضعی پی گیری کرد.

اول. حکم تکلیفی: منظور از حکم تکلیفی، جواز و عدم جواز است، یعنی آیا چنین قتلی جایز است و یا جایز نیست؟ آنچه از کلمات فقها فهمیده می شود این است که این فعل، چون به حیات یک انسان پایان می دهد به هردلیلی که باشد حرام است و مشمول عمومات و اطلاقات حرمت قتل نفس می شود و مخصصی

برای خروج از آنها (عمومات و اطلاقات) وجود ندارد، و صرف اذن مقتول نمی‌تواند سبب تقیید اطلاقات و تخصیص عمومات مذکور شود. علاوه بر این، قصاص و دیه هر دو از «حق الناس» می‌باشند که می‌توان آنها را اسقاط کرد اما حرمت، یک حکم است و حکم، قابل اسقاط نیست.

دوم. حکم وضعی: منظور از حکم وضعی، حق قصاص و دیه است، یعنی آیا با اذن مقتول، قصاص و پرداخت دیه از قاتل ساقط می‌شود یا خیر؟ در پاسخ باید گفت: خود این مساله کمتر مطرح شده، ولی مساله مشابهی در منابع فقهی وجود دارد که از نظر ملاک با این مساله فرقی ندارد، از این رو می‌تواند در حکم یک مساله باشند. مساله مطرح شده این است که اگر کسی به دیگری بگوید: «مرا بکش و آلا تو را می‌کشم» آیا جایز است او را بکشد یا خیر؟ و اگر کشت آیا قصاص می‌شود یا خیر؟

گویا فقها از نظر حکم تکلیفی، دارای یک نظر اند و می‌گویند: جایز نیست اگرچه بر این کار اکراه شده باشد، زیرا اکراه، حرمت قتل را از بین نمی‌برد. اما از لحاظ حکم وضعی، یعنی ثبوت حق قصاص یا دیه برای اولیای مقتول دو نظریه وجود دارد:

۱- در مورد اکراه در قتل و احکام مرتبط با آن، نک به: امینی، علیرضا و آیتسی، محمد رضا، تحریر الروضه فی شرح اللعنه، ج ۲، انتشارات سمت، چاپ نهم، تهران، ۱۳۸۵، ص ۴۵۹؛ همچنین نک به: ماده ۲۱۱ قانون مجازات اسلامی، در این خصوص آیت الله خوئی دیدگاه مخالفی دارد به این شرح که ایشان معتقد است اگر انسان مکره باشد که دیگری را بکشد، دو حالت دارد یا به او گفته می‌شود که اگر دیگری را نکشی دستت را قطع می‌کنم، و یا مالت را می‌برم، در این صورت جایز نیست که او را بکشد ولی زمانی به او گفته می‌شود که اگر دیگری را نکشی تو را می‌کشم. در این صورت اکراه صدق می‌کند و حرمت قتل از بین می‌رود لذا جایز است که دیگری را بکشد تا خودش کشته نشود، ولی باید دیه مقتول را بدهد و اکراه کننده نیز به حبس ابد محکوم می‌شود. و سبب جواز قتل، وقوع تراحم بین دو حرام می‌باشد یعنی حرمت قتل دیگری و حرمت ترک حفظ نفس که واجب است و نتیجه این تراحم، تخییر خواهد بود. نک به: مبانی تکملة المنهاج، ج ۲، ص ۱۳، قصاص النفس، مسأله ۱۷

نظریه اول: سقوط حق قصاص و دیه

برخی از فقیهان معتقدند چون مقتول به قتل خودش اذن داده، لذا حق قصاص و دیه را با این اذن اسقاط نموده است و وارث نمی‌تواند خواستار قصاص یا دیه شود.^۱

لازم به یاد آوری است که بحث از ثبوت یا عدم ثبوت دیه بعد از احراز عدم ثبوت حق قصاص است. یعنی آیا وارثی که حق قصاص ندارد، حق مطالبه دیه دارد یا خیر؟

شهید ثانی معتقد است: «اگر به ثبوت قصاص معتقد نباشیم، در ثبوت دیه دو نظریه وجود دارد مبتنی بر این که: آیا بعد از مرگ مقتول، دیه بدون واسطه برای ورثه ثابت می‌شود، یا ابتدا در آخرین لحظه از حیات مقتول به خودش منتقل می‌شود و سپس به ورثه تعلق می‌گیرد؟ بنابر دیدگاه اول، پرداخت دیه بر قاتل واجب می‌شود و اذن مقتول در قتل نمی‌تواند دیه را ساقط کرده، و بنابر نظریه دوم، پرداخت دیه بر قاتل واجب نمی‌گردد، چون فرد مستحق یعنی مقتول آن را ساقط نموده است. از طرفی مؤید نظریه دوم این است که وصیت‌های چنین شخصی در مورد دیه تنفیذ می‌شود، و بدهی‌های او از آن پرداخت می‌گردد و اگر مستقیماً به ملک ورثه منتقل می‌شد این گونه تصرفات جایز نبود...»^۲

به هر حال آنچه مهم است، دلیلی است که محقق حلی برای سقوط حق قصاص یا دیه ذکر کرده و آن اینکه مقتول با اذن خود، حق قصاص یا دیه را اسقاط کرده است، بنابراین وارث نمی‌تواند آن را مطالبه کند. اما عدم سقوط گناه حرمت

۱- محقق حلی، شرایع الاسلام، ج ۴، ص ۲۰۰

۲- انصاری، پیشین، ص ۲۱

برای این است که گناه، حکم است نه حق، و حکم به خلاف حق قابل اسقاط نیست.

نظریه دوم: عدم سقوط حق قصاص یا دیه

برخی دیگر از فقیهان براین باورند که اذن به قتل، حق قصاص را ساقط نمی‌کند و بهترین دلیلی که برای این نظریه آورده شده این است که انسان برای از بین بردن خود تسلط ندارد تا بتواند با اذن خودش به اتلاف، ضمان را ساقط کند، آن گونه که اذن به اتلاف اموال، ضمان را در آنها ساقط می‌کند.^۱

نتیجه آنکه اکراه هیچ گونه تاثیری در جرم بودن قتل و ثبوت قصاص بنابر قول مشهور ندارد. پس بین مکره بودن قاتل یا مختار بودن آن فرقی وجود ندارد، بنابر این چه بگوید: «مرا بکش» و چه بگوید: «مرا بکش و الا تو را می‌کشم»، در هر دو صورت از نظر مشهور، حکم یکی است، یعنی هر قولی را که در مساله اکراه انتخاب کنیم در صورت عدم اکراه هم خواهد آمد. حتی بدون در نظر گرفتن این جهت، دلیلی که محقق حلی ذکر نموده یعنی مقتول با اذن خود حق قصاص را ساقط کرده است شامل حالت اختیار هم می‌شود.

بنابراین می‌توان در حکم وضعی مساله مورد بحث (اذن مریض به قتل خویش) دو نظریه را ذکر کرد: سقوط حق قصاص یا دیه و عدم سقوط حق قصاص یا دیه؛ اما از نظر حکم تکلیفی، همان گونه که گذشت همه فقها بر حرمت آن اتفاق نظر دارند.

۱- خویی، ابوالقاسم، مبانی تکمله المنهاج، ج ۲، ص ۱۶ - ۱۷

بعلاوه آنچه از کلمات برخی فقیهان که متعرض بعضی فرض‌های وجوب انقاذ یا نجات نفس محترم^۱ شده‌اند برمی‌آید این است که اگر سبب پیدایش عارضه موجب هلاکت اعم از بیماری و یا آتش سوزی و یا غرق شدن، و یا مجروح شدن و یا... عامل دیگری باشد، و کسی که بر نجات دادن او قدرت داشته از این کار امتناع کند و در نتیجه آن شخص بمیرد، امتناع کننده فقط مرتکب حرام شده ولی ضمان، که قصاص یا دیه باشد بر عهده او نیست. لذا نتیجه گرفته می‌شود که اگر پزشکی بیماری را معالجه نکند و در نتیجه بیمار بمیرد، پزشک ضامن نخواهد بود، یعنی وارث متوفی حق قصاص یا دیه ندارد گرچه پزشک با این کار مرتکب گناه بزرگی شده است، چون واجب مهمی را ترک کرده است.

شاید سؤال شود که اگر پزشک از روی ترحم این کار را انجام بدهد، یعنی معالجه را ترک کند مثلاً سرم یا اکسیژن را وصل نکند تا مریض زودتر بمیرد و از رنج بیماری خلاص شود آیا باز هم گناه کرده است؟ در پاسخ بایستی گفت که تاکنون دلیلی بر جواز این کار به واسطه عنوان ترحم یافت نشده است.

در خاتمه این مبحث لازم به ذکر است که در اسلام سعی شده تا اشخاص مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج و یا به طور کلی کسانی که مریض می‌شوند از نظر روحی و روانی تقویت شوند تا قدرت تحمل آنها بیشتر شود و کمتر احساس درد و رنج کنند، از این رو باید قبل از تجربه راه‌های دیگر به این شیوه نیز توجه کرد.^۲

۱- واژه انقاذ به معنای رهانیدن و نجات است. برای مطالعه بیشتر، نک به: قیوم، عبدالنبی (۱۳۸۴)، فرهنگ معاصر عربی فارسی، انتشارات فرهنگ معاصر، تهران، ص ۱۸۴
 ۲- انصاری، پیشین، ص ۲۲

بخش چهارم - اتانازی و اخلاق هنجاری

مباحث پیرامون اتانازی، مباحثی درباره «ارزش» ها است. برخی اعتقاد دارند که حیات، حد اعلای خوبی است و دیگر خوبی ها با وجود حیات و زندگی معنا می یابند. بدون زندگی و حیات، هیچ ارزش یا خوبی وجود ندارد (یعنی نمی تواند وجود داشته باشد) و حیات، شرط لازم برای تحقق دیگر ارزش ها است. موافقین اتانازی، ارزشی مافوق دیگر ارزش ها برای حیات قائل نیستند بلکه معتقدند که حقوق فردی ارزش برتر است و برخی دیگر از آنها کیفیت حیات را مهمتر از خود حیات می دانند و منطق آنها این است که اگر چه زندگی، خود به گونه ای واضح یک ارزش مهم است اما ممکن است زمان هایی به وجود آید که زندگی ارزش زیستن و بودن نداشته باشد. افرادی که حقوق فردی و کیفیت زندگی را ارزش برین می دانند، در حالت هایی که قدرت و توان آنها کاهش می یابد نظام ارزشی خود را در معرض تهدید می بینند؛ چون در یک نظام ارزشی، فرد ردیفی از ارزش ها را براساس اهمیت آنها طبقه بندی می کند. حال اگر این نظام ارزشی به خطر افتد فرد ممکن است زندگی خود را خاتمه دهد، چون دیگر ارزش زیستن طولانی و یک زندگی خوب وجود ندارد. یکی از مهمترین دلایلی که بحث درباره اتانازی اینقدر مورد اعتراض قرار گرفته به این علت است که نظام ارزشی انسان را به چالش می خواند. یکی از راه های ارزیابی ارزش ها برای آن که دریابیم آنها واقعاً ارزشی اخلاقی دارند، استفاده از نظریه های مختلف در اخلاق هنجاری^۱ است. با ارزیابی یک مشکل یا یک رویه خاص از طریق عینک اخلاق هنجاری می توانیم تعیین کنیم که نظام های ارزشی ما نیاز به تغییر دارند یا نه؟

در بررسی هر کدام از نظریه های اخلاق هنجاری باید حتماً چهار سطح فرد، خانواده، پزشک و جامعه را در نظر گرفت.

در سطح فردی، شخص باید تصمیم بگیرد که می خواهد به زندگی اش خاتمه دهد یا نه؟ مثلاً از منظر «خودگرایی اخلاقی» اگر شخص براساس منفعت و نفع خود به نتیجه برسد که بمیرد، این اخلاقی است. از طرف دیگر فرد ممکن است به این نتیجه برسد که می خواهد زنده بماند و استدلال کند که تمام تکنولوژی پزشکی باید به کار گرفته شود تا زندگی اش را حفظ کنند.

اعضای خانواده نیز یک وضعیت دشوار اخلاقی را پیش رو دارند و این دشواری، بیشتر مربوط به مواردی است که فرد لاعلاج فاقد صلاحیت لازم برای تصمیم گیری درباره مرگ خود است. مثلاً از دیدگاه «سودگرایی اخلاقی» خانواده ممکن است متمایل باشد بیمارش زنده بماند به این دلیل که از بین بردن ارزش زندگی به حال جامعه مضر است و در هر حالی امکان نجات بیمار وجود دارد و این به هر حال خیر جمعی را در پی دارد. ولی از طرف دیگر ممکن است خانواده تمایل به مردن بیمارش داشته باشد به علت این که مراقبت های پزشکی بیهوده^۱ هزینه زیادی بر دوش جامعه وارد می کند و در نتیجه مرگ او بیشترین خیر جمعی را دارد.

پزشک نیز در یک چالش اخلاقی قرار دارد. نگاه جهانی به پزشکان این است که آنها وظیفه دارند به هر قیمتی زندگی بیمار را حفظ کنند. در مقابل این نگاه جهانی، آموزه «خودمختاری^۲» و حق بیمار قرار دارد. بر طبق این آموزه، پزشکان در قبال امیال و آرزوهای بیمارانشان مسئول هستند. براساس اصل «خودمختاری» توجیه اتانازی تنها بر مبنای اصل احترام به تصمیم بیمار است و ارتباطی با این

1- Futile

2- self-determination /Autonomy

موضوع که اتانازی به سود بیمار است یا خیر، ندارد. طبق این دیدگاه، وقتی بیمار مختارانه تصمیم به مرگ می‌گیرد پزشک باید از داوری درباره «کیفیت زندگی» بیمار خود امتناع کند. یعنی پزشک باید به درخواست منطقی و حتی غیرمنطقی بیمار برای انجام اتانازی رضایت دهد. اما پزشک از سوی دیگر متعهد است که عملی بر خلاف سود و منفعت بیمار انجام ندهد. یعنی پزشک باید تصمیم بگیرد که این عمل به سود و منفعت بیمار هست یا نیست، که این مسئله هم وابسته به ملاحظاتی درباره کیفیت زندگی بیمار است. اما در اینجا بحثی معرفت‌شناسانه پیش می‌آید که آیا پزشک امکان این را دارد که کیفیت زندگی بیمار را ارزیابی کند؟ و بر چه ملاک‌هایی این ارزیابی استوار است؟ درستی این ملاک‌ها را چگونه می‌توان تعیین کرد؟ آنالیز نظریه‌های اخلاق هنجاری، جوابی روشن پیش روی ما نمی‌نهد چون هیچ اجماعی از خوبی وجود ندارد و چون در چهار سطح باید بررسی شوند، تناقضات بسیاری حاصل می‌شود ولی آنچه واضح است بیشتر استدلال‌های اخلاقی له یا علیه اتانازی، برگرفته از همین نظریه‌های اخلاقی است ولی هیچکدام نمی‌توانند نشان دهند کدام ساز و کار برای گرفتن تصمیم در قبول یا رد اتانازی بهترین است. البته اکثر جوامع اتانازی فعال و ارادی را رد کرده‌اند (به جز چند کشور مانند هلند و اخیراً بلژیک که آن هم شرایط خاص خودش را دارد^۲) و بحث بیشتر بر انواع دیگر اتانازی یعنی نوع غیرفعال و غیرارادی آن است.

1- Quality of Life

۲- در مورد قوانین کشور هلند در مورد اتانازی داوطلبانه، نک به:

<http://www.euthanasia.cc/dutch.html#penal>

نتیجه

به طور کلی، مردم دلایل متفاوتی برای خودکشی و خاتمه دادن به زندگی دارند. برخی دچار افسردگی شدید در یک دوره طولانی هستند. این عده، خودکشی را مناسب ترین راه برای غلبه بر مشکلات زودگذرشان می دانند. نظر عمومی این است که بهترین راه حل برای درمان بیماران مبتلا به افسردگی، استفاده از مشاوره یا دارو است و این بیماران پس از درمان می توانند از زندگی ای که می خواستند با خودکشی، خود را از آن محروم سازند لذت ببرند.

برخی دچار دردهای مزمن و حاد هستند و به علت فقر و تهیدستی از عهده تهیه داروها بر نمی آیند و برخی به پزشکان و سواد و دانش آنها اعتقاد ندارند، یا عقاید خاصی دارند. به هر حال نظری وجود دارد که خودکشی در این روش، راه حل ترجیح داده شده نیست. برخی دچار اختلال حواس شده اند و بیماری آثار نامطلوب بر روی کیفیت زندگی آنها ایجاد می کند، بیماریهایی چون M.S، ایدز و آلزایمر و غیره. این بیماران احساس می کنند که این بیماری باعث از دست رفتن استقلال آنها خواهد شد و همواره باید تحت مراقبت قرار گیرند. برخی نیز تصور می کنند که ارزشهای شخصیتی و مقام اجتماعی خود را از دست خواهند داد و به خوبی می دانند که در آینده نزدیکی خواهند مرد و تمایل دارند که کنترل کاملی بر این مراحل داشته باشند. بسیاری از بیماران که توانایی این کار را ندارند نیازمند کمک پزشکان هستند.

البته از دیدگاه اسلام، از آنجایی که ما خودمان را خلق نکرده ایم، اختیاری هم نسبت به وجودمان نداریم و موظف به مراقبت از آن هستیم و خداوند تنها مالک و گیرنده زندگی است. این استدلال که کشتن انسان برای رهایی او از درد و رنج کشنده است، از نظر اسلام قابل قبول نیست. در اسلام شکیبایی و تحمل، قویاً مورد

توجه قرار گرفته است و بسیاری از گروه‌های مذهبی اعتقاد دارند که رنج و درد انسان می‌تواند فرصت خوبی برای خداشناسی و تزکیه نفس باشد.

حقیقتاً قضاوتِ درستیِ اخلاقی در مورد اتانازی داوطلبانه بسیار سخت است. شاید اینکه در برخی کشورها این عمل قانونی باشد، به لحاظ اخلاقی محل تردید است. چون این عمل فردی نیست (یعنی پزشک عمل ایجاد مرگ را انجام می‌دهد) و در نتیجه نظرات طرف مقابل هم مهم است که در اینجا چالش اصلی متوجه اصل احترام برای خودمختاری بیمار است.

در ایران، به دلیل نوع نگاه فقه‌ای قانونگذار و هیأت حاکمه به کلیه گرایش‌ها و از جمله مباحث مربوط به اخلاق پزشکی از یک سو و همچنین بافت مذهبی لایه‌های میانی اجتماع و اعتقادات غیر قابل استدلال در مورد مقوله مرگ و زندگی از سوی دیگر^۱، طرح موضوع جنجال برانگیزی مانند مرگ خوب و راحت یا قتل از روی ترحم - که حتی در خود اروپا بالاخص جناح واتیکان، هنوز با آن کنار نیامده است - شاید زمانی چیزی بیشتر از یک مزاح علمی از سوی جامعه اقلیت دانشگاهی نمی‌توانست تلقی شود اما اظهارات اخیر مقام رهبری به این مضمون که: «برخی مسایل که در فقه ... وجود دارد سخن آخر نیست بلکه ممکن است با تحقیق یک فقیه ماهر و مسلط به مبانی و مِتَدِ فقه‌ت، نکات جدیدی استنباط شود...»^۲، نوید یک رویکرد و حرکت نوین از جانب معتقدان به

۱- هرچند در مواردی مشاهده می‌شود که متعصب‌ترین خانواده‌ها از نظر اعتقادی با در نظر گرفتن رنجی که بیمارشان از یک بیماری می‌برده از یک طرف و بی‌تابی و تالم و تعب روحی اطرافیان وی که نظاره‌گر خاموشی تدریجی شمع زندگانی وی بوده‌اند از طرف دیگر، ابراز رضایت کرده‌اند که در صورت امکان و صدور مجوز قضایی - پزشکی، حیات وی را قطع نمایند. این مثال‌ها بیشتر در نمونه‌های مرگ مغزی در ایران مشاهده می‌شود.

۲- نماینده قوه قضاییه در شورای فرهنگی اجتماعی زنان در گفت‌وگو با خبرنگار حقوقی خبرگزاری دانشجویان ایران ایسنا ۸۶/۴/۲۳، برای مشاهده متن کامل این مصاحبه، نک به:

<http://isna.ir/Main/NewsView.aspx?ID=News-958978>

فقه پویا به مسایل مستحدثه و مورد نیاز و ابتلای جامعه از جمله اتانازی را داده است.

“Concept of Euthanasia from viewpoint of Figh, Law and Ethics”

Behrooz javanmard¹

Abstract

The different opinions about Euthanasia necessarily depend on different opinions in the field of morals. The subjects about Euthanasia are the subjects about “value”. Some believe that the life is maximum goodness and other good nesses bring the meaning with the existence of life. There is no goodness and value without life (namely it can't exist) and the life is necessary term to fulfill other values.

The subject in connection with “Euthanasia” is mainly about what it is moral? There are several fundamental questions which have been discussed. For example, is there any right to commit suicide? Does it moral that someone helps another one to commit suicide? Is there any right to facilitate the death according to his request or his families'? Does it moral that we put an end to someone's life that is not hope to be survived for another person's rescuing? All subjects about “Euthanasia” are planning to reply such questions. “Euthanasia” is an important subject in medical ethics because it contains all social and cultural scopes.

Key words: Euthanasia, murder, compassion, easy death. Mercifully death, right to die

1 - PhD Candidate for criminal law and criminology in faculty of law at Shahid Beheshti University
behroozjavanmard@gmail.com

منابع فارسی

- ۱- امینی، علیرضا، آیتی، محمد رضا، تحریر الروضه فی شرح اللمعه، ج ۲، انتشارات سمت، چاپ نهم، ۱۳۸۵
- ۲- انصاری، محمدعلی، قتل از روی ترحم، مجله فقه اهل بیت اسلامی، شماره ۴۳، ۱۳۸۴
- ۳- حجتی، سید مهدی، تحلیل حقوقی اتانازی (مرگ شیرین)، مجله حقوق دادگستری، ۱۳۷۹
- ۴- راستین، سیما، قتل عام در پوشش مرگ ملایم و بی درد، وب سایت نیلگون، ۲۰۰۷
http://www.nilgoon.org/articles/Sima_Rastin_Euthanasia.html
- ۵- رفیعی منش، احسان، اتانازی یا مرگ از روی ترحم، مجله نوید احسان، سال ۳، شماره ۹، ۱۳۸۱
- ۶- عباسی، محمود، قتل ترحم آمیز، انتشارات حقوقی، ۱۳۸۲
- ۷- عزیززی، مریم، چشم به راه مرگ، نگاهی به تاریخچه اتانازی تا پایان جنگ دوم جهانی، ۱۳۸۷، هفته نامه سپید (www.salamatiran.com)
- ۸ - غمامی، سید محمد مهدی، اتانازی با مطالعه تطبیقی در فقه و حقوق جزای ایران - اصلاح و تربیت (ماهنامه اجتماعی، فرهنگی، آموزشی) سال چهارم شماره ۴۹ (پیاپی ۱۳۴)، ۱۳۸۵
- ۹ - همو، بررسی وضعیت حقوقی اتانازی در کشورهای مختلف، ماهنامه حقوقی دادرسی شماره ۵۱، ۱۳۸۵
- ۱۰- گزارشی از «اتانازی» مرگ خود خواسته در چند کشور جهان، روزنامه ایران، شماره ۱۹۵۵، سال هفتم، ۱۳۸۰
- ۱۱ - مرتقی قاسمی، معصومه، بررسی دیدگاههای پرستاران در ارتباط با مرگ و اتانازی و احکام مربوط به آن در شهر زنجان در سال ۱۳۷۹-۱۳۸۰، ۱۳۸۰
<http://www.bmsu.ac.ir/web/par/b82/3.htm> (تاریخ مراجعه: ۱۳۸۵)
- ۱۲ - مرگ خوب؟ در آمدی بر نقد اصل «خود مختاری» و «اتانازی»، خردنامه (ویژه نامه روزنامه همشهری آنلاین) شماره ۲۳، ۱۳۸۳ (تاریخ مراجعه: ۱۳۸۵)

<http://www2.hamshahri.net/vijenam/Kherad/1383/830410/negare.htm#s642>

۱۳ - همتی مقدم، احمد رضا، مرگ داوطلبانه، روزنامه شرق، سال سوم، شماره ۶۴۶، ۱۳۸۴

<http://www.sharghnewspaper.ir/840919/html/idea.htm#s342234>

(تاریخ مراجعه: ۱۳۸۶)

۱۴ - همتی، همایون، اتانازی از دیدگاه فلسفه اخلاق، فروردین ۱۳۸۷، وب سایت رایزنی

فرهنگی ایران و آلمان.

References

- 1- The ethics of euthanasia (2002), Advocates Perspectives; in Bioethics. V.76. N.2. April
- 2-Voluntary Euthanasia, The Stanford University Encyclopedia of Philosophy, First published Thu Apr 18, 1996; substantive revision Mon Feb 19, 2007
- 3-Euthanasia and Assisted Suicide: Seven Reasons Why They Should Not Be Legalized, authored by Luke Normally (Linacre Centre for Healthcare Ethics)
- 4-Oregon's Death with Dignity Act (Oregon Department of Human Services)
- 5-Voluntary Euthanasia Society of the Netherlands
- 6-Euthanasia and End-of-Life Decisions (Ethics Updates, L. Hinman, University of San Diego)

وب سایتهای مرتبط:

- 1- <http://dying.about.com/od/palliativeendoflifecare/p/euthanasia.htm>
- 2- <http://www.euthanasia.com/>
- 3- <http://www.bbc.co.uk/religion/ethics/euthanasia/>
- 4- <http://www.nrlc.org/euthanasia/index.html>
- 5- <http://plato.stanford.edu/entries/euthanasia-voluntary/>
- 6- <http://www.near-death.com/experiences/suicide08.html>