

واکاوی اتانازی بر اساس ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامیسید آریا حجازی^۱، علیرضا مشیراحمدی^{۲*}، گلناز ثابتیان^۳، نازیلا بدیعیان موسوی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱/۲۶

تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۳/۱

مقاله‌ی مروری**چکیده**

یکی از موضوعات مهمی که دیرزمانی است مباحث بسیاری را در حوزه های اخلاق، حقوق و فقه به خود اختصاص داده است و نظرات و دیدگاه‌های مختلف و گاه متضاد را معطوف به خود کرده است، موضوع اتانازی است. تقابل اندیشه‌ها و نظرات ارائه شده در ارتباط با این موضوع، موجب شده است تا قانون گذاران برخی کشورها، به صراحت اتانازی را مورد پذیرش قرار دهند، در مقابل، قانون گذاران بعضی کشورها، صراحتاً این موضوع را رد کرده و نسبت به جرم‌انگاری آن اقدام نموده‌اند. دیدگاه انفعالی یا خنثی را می‌توان دیدگاه کشورهای گروه سوم دانست که قبول یا رد اتانازی در این کشورها محدود به نظرات حقوقدانان بوده اما بازتاب و انعکاسی در قوانین ندارد. ایران را باید در زمره کشورهای دسته اخیر به حساب آورد. در این مقاله برآنیم تا به بررسی اتانازی بر اساس ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی ایران، بپردازیم.

واژگان کلیدی: اتانازی، اتانازی فعال، اتانازی غیرفعال، حیات غیرمستقر

^۱ دانشیار، سازمان پزشکی قانونی ایران، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی استان تهران، تهران، ایران.

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

^۳ هیأت علمی، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران.

^۴ دستیار تخصص، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

* نویسنده‌ی مسؤول: مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، تلفن: ۰۵۱۳۸۵۸۰۴۶۷

Email: moshir_alireza@yahoo.com

مقدمه

پیشرفت‌های حاصله در علم پزشکی تنها موجب افزایش طول عمر انسانها شده است بلکه موجب طولانی شدن روند مرگ نیز شده است. به تعبیری دیگر، بهره‌گیری و دست‌یابی به علوم و تکنولوژی‌های نوین، در افزایش طول عمر و به تعویق افتادن زمان مرگ نقش اساسی داشته‌اند. با این حال، هنوز بیماری‌هایی ظهور می‌یابند که دانش پزشکی قادر به تشخیص یا درمان آن‌ها نیست. در چنین مواقعی، بیمار چاره‌ای جز انتظار برای فرا رسیدن خاتمه حیات ندارد. اینجاست که بحث از اتانازی، مرگ آسان یا قتل ترحم‌آمیز آغاز گردیده و دیدگاه‌های متفاوتی در نحوه برخورد با این‌گونه از بیماران شکل می‌گیرد. پذیرش، عدم پذیرش و رویکرد انفعالی را می‌توان سه دیدگاهی دانست که کشورهای مختلف در خصوص اتانازی مد نظر قرار داده‌اند. چنین رویکردهای متضادی موجب شده تا صاحب نظران اخلاق پزشکی، حقوق‌دانان، جامعه پزشکان و عامه مردم در ارتباط با اصول اخلاقی اتانازی متفق‌القول نباشند. لذا تقابل اندیشه‌های اخلاقی و حقوقی را باید مهمترین چالش پیش‌رو در ارتباط با اتانازی دانست (۱،۲،۳). چنین چالشی در کشورهای اسلامی، از جمله ایران، که بر لزوم منطبق بودن قوانین‌شان بر شرع نیز تاکید دارند پررنگ‌تر است.^۱

تدقیق در متون و نوشته‌های تاریخی روشن می‌سازد که در قرون گذشته و پیش از آنکه اتانازی به صورت تئوری منسجم و سامان یافته ظهور یابد، به شکلی نامحسوس در جوامع مختلف اجرا می‌شده است. به عنوان مثال در برخی از جوامع ابتدایی، افرادی که مبتلا به بیماری‌های سخت بودند را از روی ترحم خفه، زنده به گور کرده یا می‌سوزاندند. نمونه بارز این موضوع، اسکیموهایند که در زمان از کارافتادگی یا پیری والدین

^۱ اصل چهارم قانون اساسی

خود، با دست خویش آن‌ها را می‌کشند. (۲) با این حال کشور هلند، نخستین کشوری بود که اتانازی را قانونی اعلام کرد. هر چند پیش از قانونی شدن این موضوع و از سال ۱۹۸۴ نیز غالب دادگاه‌های این کشور، مجوز انجام اتانازی را صادر می‌کرده‌اند (۳). البته عدم تفکیک دقیق میان دردهای روحی و جسمی و امکان تسری انجام اتانازی، نسبت به تمامی این حالات، انتقاداتی را در این کشور به همراه داشته‌است (۴). بلژیک، سوئیس، لوکزامبورگ و برخی از ایالات کشور امریکا مانند واشنگتن^۲ و اورگون^۳ از جمله دیگر کشورهای هستند که در زمره قائلین به پذیرش اتانازی قرار می‌گیرند. از سوی دیگر، باید از انگلستان نام برد که اتانازی را غیرقانونی اعلام کرده است. مجازات پیش‌بینی شده در این کشور نیز شدید بوده؛ به طوری که مرتکب اتانازی فعال را حتی می‌توان به مجازات قتل عمدی محکوم ساخت. کشور استرالیا نیز وضعیتی دوگانه را تجربه کرده است. طوری که سال ۱۹۹۵ و در قلمرو شمالی این کشور، طبق قانون حقوق بیماران لاعلاج، انجام اتانازی مجاز و قانونی اعلام گردید؛ اما دولت فدرال استرالیا، دو سال بعد، چنین اقدامی را غیرقانونی اعلام کرد. دو کشور ایران و ژاپن را نیز باید جزء کشورهای دانست که قانون‌گذاران‌شان دیدگاه منفعلانه‌ای را برگزیده‌اند. در نظام حقوقی ایران، موضع صریحی در ارتباط با اتانازی یافت نمی‌شود. یعنی در این خصوص شاهد جرم‌انگاری یا جرم‌زدایی نیستیم. دولت ژاپن نیز هیچ قانون رسمی و مشخصی در ارتباط با اتانازی نداشته و محکمه عالی این کشور نیز هرگز در این‌باره قاعده‌ای وضع نکرده است. البته باید توجه داشت که در هیچ یک از کشورهای مذکور، اجماع کامل در خصوص این پدیده وجود ندارد. نگارندگان این مقاله بر این عقیده‌اند هر چند اکثریت فقها،

^۲ Washington^۳ Oregon

می‌گیرد تمرکز شده است. یعنی اقدام یا عملی که منتج به یک مرگ بدون دردسر شود، به ویژه در مواقعی که فرد از بیماری غیرقابل علاج یا غیرقابل درمان رنج می‌برد (۹). در برخی دیگر از تعاریف، چگونگی اقدام و انگیزه انجام آن مد نظر بوده است. از همین رو گفته شده خاتمه عمدی زندگی بیمار به وسیله دیگری، با این باور و انگیزه که اقدامات انجام گرفته برای بیمار مفید است مبین معنای اتانازی است (۷). گاهی نیز توأمان بر سه عامل قصد، شیوه انجام و شخص منجی علیه تاکید شده است. چنین رویکردی غالباً در تعاریف اندیشمندان اخلاق پزشکی قابل مشاهده است. طبق نظر این گروه، فراهم آوردن عمدی زمینه مرگ اشخاص، از طریق انجام یا ترک انجام کاری که غالباً در ارتباط با بیماران مبتلا به امراض درمان‌ناپذیر انجام می‌گیرد، در بردانده معنای اتانازی است (۱۰).

مداقه در مطالب مذکور روشن می‌سازد که سه عامل زدودن درد و رنج، غیرقابل درمان بودن و قصد به آرامش رساندن بیمار در این تعاریف تکرار شده است. بنابراین، به عنوان جمع‌بندی و ارائه تعریفی جامع می‌توان گفت: اتانازی، رفتاری عمدی است به منظور خاتمه دادن به حیات فردی که از بیماری غیرقابل علاج رنج می‌برد، با هدف به آرامش رساندن بیمار و قصدی انسان‌دوستانه.

انواع اتانازی

تحقق اتانازی را می‌توان از منظر مرتکب یا قربانی مورد بررسی قرارداد. اگر اتانازی را از جانب شخصی که مرتکب آن می‌گردد مورد توجه قرار دهیم، به دو نوع فعال و غیرفعال قابل تقسیم است. از سوی دیگر، اگر از منظر شخصی که موضوع اتانازی واقع می‌شود به موضوع نگریسته شود، سه حالت ارادی (داوطلبانه)، غیرارادی (غیرداوطلبانه) و اجباری برای اتانازی قابل ذکر است. در ادامه به ارائه توضیحاتی در این خصوص

حقوق‌دانان و اندیشمندان اخلاق‌گرا با تکیه بر آموزه‌های اخلاقی، اسلامی و مد نظر قرار دادن کرامت انسانی، اتانازی را جایز ندانسته و با توجه به جایگاه والای حیات، هیچ مصلحتی را در توجیه به خاتمه آن نمی‌پذیرند (۵)، لیکن با مدنظر قرار دادن مفهوم مخالف ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی، چنانچه بیمار فاقد حیات مستقر باشد می‌توان از اتانازی جرم‌زدایی کرد. از همین رو در ادامه تلاش می‌شود تا ضمن پرداختن به مفهوم و انواع اتانازی، این موضوع را با ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی تطبیق دهیم.

روش کار

مفهوم‌شناسی

از نظر لغوی یا ریشه‌شناسی، اتانازی^۱ واژه‌ای مرکب از پیشوند (Eu) به معنای خوب یا راحت و (thanasia) به معنای مرگ است (۶). از نظر تحت‌اللفظی نیز این واژه معادل مرگ با عزت، کشتن از سر ترحم، قتل رثوفانه، مرگ آرامش‌بخش، حق مردن و مرگ خوب به کار رفته است (۷). عده‌ای بر این عقیده‌اند که به کارگیری این اصطلاح به قرن ۱۷ و نوشته‌های فرانسیس بیکن باز می‌گردد. بیکن معتقد بود پزشک نه تنها باید اقدامات لازم را در جهت حفظ سلامتی و کاهش درد و رنج بیمار به انجام رساند، بلکه در جایی که تمام امید به بهبودی از بین می‌رود، بر پزشک لازم است تا یاری‌گر بیمار در گذری آسان و آرام از زندگی نیز باشد^۲ (۸). از نظر اصطلاحی نیز تعاریف مختلفی از این واژه ارائه شده است که در ادامه به اهم آن‌ها اشاره می‌گردد.

بعضاً ارائه تعریف، مبتنی بر توجه صرف به نتیجه عمل بوده است؛ مانند تعاریف ارائه شده در قرن ۱۸. بر همین اساس، عبور آسان، ملایم و بدون درد و رنج از این جهان اتانازی نامیده می‌شد (۸). گاهی نیز بر شخصی که تحت چنین اقدامی قرار

^۱ Euthanasia

^۲ آلبرت شوایتزر نیز یکی از طرفداران این نظریه است.

برای بیمار لازم است متوقف می‌گردد (۱۳، ۱۴). در نتیجه، بحث از اتانازی غیرفعال زمانی به میان می‌آید که با حذف عملی که به طور عادی و طبیعی می‌توانسته موجب بهبودی بیمار باشد یا زندگی او را طولانی‌تر کند، خودداری گردد.

اتانازی ارادی^۳

رکن اصلی در تحقق اتانازی ارادی یا داوطلبانه، درخواست یا رضایت شخصی است که موضوع اتانازی واقع شده است. بنابراین اگر رفتاری که منتج به سلب حیات قربانی و هدیه آرامش به وی می‌گردد به واسطه تقاضای بیمار باشد، اتانازی ارادی تحقق می‌یابد. به بیانی دیگر، این مورد براساس تقاضای صریح بیمار است. چنین درخواستی نیز در زمانی مطرح می‌شود که بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری نسبت به وضعیت خود را داشته و آگاهانه به چنین اقدامی تن می‌دهد (۱۵).

اتانازی غیرارادی^۴

در این حالت، شخصی که موضوع اتانازی قرار می‌گیرد فاقد صلاحیت تصمیم‌گیری نسبت به امور خویش بوده و اقدام یا اقداماتی که در جهت خاتمه دادن به حیات او صورت می‌پذیرد با تصمیم پزشک یا همراهان وی می‌باشد. موضوع حائز اهمیت در این نوع از اتانازی، عدم توجه به رضایت شخص بیمار است. یعنی بیمار به علت قرار داشتن در کما یا دیگر موارد مشابه قادر به اعلام نبوده یا اصولاً نظر وی برای انجام چنین کاری اخذ نمی‌شود (۶، ۲۴، ۲۵). به طور کلی، نوع غیرفعال اتانازی در مورد بیمارانی که در شرایط وخیمی به سر می‌برند و پزشکان نیز امیدی به بهبودی آنان ندارند اعمال می‌شود. در این وضعیت، پزشک یا دیگر همراهان بیمار به جای وی در خصوص اقدام به خاتمه حیات تصمیم‌گیری می‌نمایند.

می‌پردازیم. اما پیش از ورود به این بحث باید گفت که در عالم واقع، اتانازی از ترکیب نقش هر دو عامل مرتکب و قربانی است که شکل می‌گیرد. به تعبیری دیگر، به منظور تعیین گونه‌های مختلف اتانازی، لازم می‌آید تا هم‌زمان نوع رفتار شخص اقدام‌کننده و همچنین خواسته قربانی مد نظر قرار گیرد. بنابراین از امتزاج هر دو این نقش‌ها، اتانازی به صورت فعال داوطلبانه یا غیرداوطلبانه، غیرفعال داوطلبانه یا غیرداوطلبانه و اجباری فعال یا غیرفعال ظهور می‌یابد؛ اما به منظور تفهیم بهتر موضوع، به تفکیک به بررسی هر یک از این موارد می‌پردازیم.

اتانازی فعال^۱

در این حالت، مرتکب با انجام فعل یا عملی عمدی با هدف خاتمه دادن به حیات دیگری، به منظور به آرامش رساندن و راحتی او، اقدام می‌نماید (۱۱). بنابراین زمانی که پزشک یا شخصی دیگر با تزریق داروی کشنده یا بالا بردن دوز داروی بیهوشی سبب تسریع مرگ فرد بیمار را فراهم می‌آورند، مرتکب نوع فعال اتانازی شده‌اند (۱۲). بنابراین در نوع فعال اتانازی علت مستقیم و اصلی مرگ بیمار، اقدام فردی است که به منظور رهایی بیمار از درد و ناراحتی، این عمل را به انجام می‌رساند. این در حالی است که در صورت مفقود بودن چنین سببی همچنان امکان ادامه حیات برای بیمار وجود داشته است.

اتانازی غیرفعال^۲

اتانازی غیرفعال یا انفعالی را می‌توان ترک فعلی عمدی، با هدف خاتمه دادن به حیات دیگری، به منظور به آرامش رساندن و راحتی تعریف کرد. این حالت زمانی رخ می‌دهد که پزشک یا دیگر پرسنل درمانی با اجتناب از رسیدگی به بیمار در صدد خاتمه حیات بیماراند. پس در اتانازی غیرفعال هیچ گونه اقدامی به منظور درمان بیمار به انجام نرسیده و چنین ترک فعلی تا زمانی ادامه می‌یابد که حیات شخص خاتمه یابد. به دیگر سخن، در این وضعیت، شروع یا پیش‌برد فرآیند درمانی که

³ Voluntary Euthanasia

⁴ Non voluntary Euthanasia

¹ Active Euthanasia

² Passive Euthanasia

دهد و تنها آخرین رمق حیات در او باقی بماند و در این حال، دیگری با انجام رفتاری به حیات غیرمستقر او پایان دهد نفر اول قصاص می‌شود و نفر دوم به مجازات جنایت بر میت محکوم می‌گردد...».

با مذاقه در این ماده، موارد ذیل قابل استخراج هستند.

۱. هرگاه شخصی فاقد حیات مستقر باشد، در زمره انسان‌های زنده قرار نمی‌گیرد. یعنی احکام اشخاص زنده نسبت به وی قابلیت اعمال و اجرا نخواهد داشت. باید توجه داشت که شیوه قرار گرفتن فرد در این وضعیت از اهمیت برخوردار نمی‌باشد. یعنی شخص ممکن است بر اثر صدمه یا آسیبی که بر وی وارد می‌آید در این وضعیت قرار گیرد یا حادث شدن این حالت ناشی از وضع طبیعی امور باشد. بنابراین اشاره صدر ماده به وارد شدن آسیب به شخص، فاقد موضوعیت بوده و تفاوتی نمی‌کند که این وضعیت از چه طریقی محقق گردیده باشد.

۲. انجام هر گونه فعل یا رفتار مثبت که سبب خاتمه یافتن حیات فرد گردد، عاملی خواهد بود که دیه جنایت بر میت بر عهده مرتکب بار می‌گرداند. مفهوم مخالف این جمله آن خواهد بود اگر پایان زندگی فرد فاقد حیات مستقر، بدون مداخله شخصی دیگر یا به تعبیری دقیق‌تر، به صورت ترک فعل تحقق یابد، مسؤولیتی به وجود نخواهد آمد.

موضوع مرتبط دیگر با این ماده، یافتن پاسخ این پرسش است که آیا اذن شخص فاقد حیات مستقر برای انجام چنین اقدامی، در زمره علل رافعه قرار می‌گیرد یا خیر؟. یعنی در صورتی که بیمار انجام اتانازی را از پیش درخواست کرده یا آن را اجازه داده باشد، چنین درخواستی را می‌توان در رفع مسؤولیت شخصی که اقدام به خاتمه دادن حیات کرده است، مؤثر دانست؟. دلیل اهمیت پرداختن به این موضوع آن است که یکی از شرایط اساسی در تحقق جنایت، وجود منجی‌علیه است. به عبارت دیگر، این قربانی است که موضوع جرم قرار

اتانازی اجباری^۱

در این نوع از اتانازی نیز هیچ گونه درخواست یا رضایتی از جانب بیمار وجود ندارد. بنابراین اگر چه در این حالت، نیز به مانند اتانازی غیرارادی، نظر بیمار در خصوص خاتمه حیات اخذ نمی‌شود؛ اما عامل افتراق آن است که در اتانازی اجباری اساساً از شخص بیمار نظرخواهی صورت نگرفته و موضوع بر او قهراً تحمیل می‌گردد. یعنی با توجه به آنکه بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری داشته و مایل به ادامه زندگی است، به حیات او خاتمه داده می‌شود (۱۶). در حالی که در نوع غیرارادی، بیمار به طور کلی فاقد صلاحیت تصمیم‌گیری است.

پس از آشنایی با صور مختلف اتانازی لازم می‌آید تا به ارزیابی این موضوع در حقوق ایران بپردازیم.

بررسی اتانازی در حقوق ایران

مقنن ایران موضعی مشخص و روشن در قبال با اتانازی اتخاذ نکرده است. با واکاوی در قوانین نیز ماده‌ای که به صراحت به آن پرداخته باشد به چشم نمی‌خورد. از همین رو، مبحث اتانازی در حقوق ایران در نظرات متفکران و صاحب نظران حقوقی، اخلاقی، فقهی خلاصه شده است. عمده پژوهش‌های انجام پذیرفته در این زمینه نیز به بررسی و ارتباط اتانازی با انواع قتل، بیان حرمت عمل ارتكابی و مجازات مربوط به آن معطوف شده است.^۲ پیش‌گرفتن چنین رویکردی را باید مبتنی بر آن دانست که غالب دیدگاه‌های اخلاقی و حقوقی بر مذمت یا جرم بودن چنین عملی تاکید دارند. بنابراین به منظور ارائه رویکردی نوین در ادامه می‌کوشیم تا به تحلیل اتانازی با توجه به ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی بپردازیم.

بررسی ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی

طبق ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی «هرگاه کسی آسیبی به شخصی وارد کند به گونه‌ای که وی را در حکم مرده قرار

^۲ ر.ک: (۱۹)، (۲۶) و (۱۶).

^۱Forced Euthanasia

فنی است که سبب عدم شکل‌گیری مسؤلیت می‌گردد. بنابراین با زائل بودن هر یک از این شروط، اقدامات انجام شده قابل مجازات است (۱۸).

تطبیق انواع اتانازی با ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی

حیات مستقر و اتانازی فعال

در وضعیتی که بیمار حیاتش استقرار دارد و پزشک یا دیگر پرسنل درمانی با انجام عمدی فعل یا رفتاری مثبت نسبت به سلب حیات وی اقدام می‌نمایند، مصداق بارز قتل بوده و با جمع بودن سایر شرایط، قصاص برای مرتکب ثابت خواهد شد. برای تحقق این وضعیت، سه حالت مختلف را می‌توان مد نظر قرار داد. در نخستین حالت، فاعل با انجام عملی قصد ارتکاب جنایت داشته و با این نیت به حیات قربانی خاتمه می‌دهد. پس در صورتی که پزشک با قصد سلب حیات بیمار دست به اقداماتی زده که در نهایت به مرگ بیمار بینجامد، قتل صورت گرفته عمدی محسوب خواهد شد. در حالت دوم، تمرکز بر چگونگی اقدام صورت گرفته است. بنابراین اگر شیوه یا نوع اقدام یا عمل مرتکب به گونه‌ای باشد که حیات قربانی متعاقب آن پایان یابد، فارغ از اینکه قصد انجام قتل وجود داشته است یا خیر، قتل عمدی محسوب خواهد شد. به بیانی ساده‌تر، در این حالت با عمل نوعاً مرگ‌آور روبه‌روایم. در حالت سوم، عمل مرتکب با توجه به شرایط و وضعیت خاص قربانی و بدون در نظر گرفتن قصد یا عمل نوعاً کشنده به مرگ قربانی منتهی خواهد شد.^۱ مثال حالت اول آنست که پزشک با قصد کشتن بیمار، دست به انجام عملی زده که می‌تواند تجویز دارویی به بیمار یا تزریق ماده‌ای به وی باشد، و این اعمال منتج به مرگ بیمار می‌شود. بنابراین، بر اساس این شرط، تا همین حد که اقدام متعاقب قصد کشتن، مرگ بیمار را به دنبال داشته باشد برای تحقق قتل عمد کفایت می‌نماید. قطع کردن دستگاه‌های حیاتی توسط پزشک که برای ادامه زندگی بیمار ضروری است بیانگر مثالی برای حالت دوم می‌باشد. در حالت

گرفته و وجودش برای تحقق جرم ضروری است. از همین رو، اگر اقدام وی سبب عدم انتساب نتیجه به فاعل یا زائل شدن یکی از ارکان جرم باشد، باید گفت مسؤلیتی نیز شکل نخواهد گرفت. رضایت یکی از عواملی است که گاهی ممکن است در زائل شدن رکنی از مسؤلیت و رفع آن نقش داشته باشد. اینک باید دید نقش این عامل در تحقق یا عدم تحقق اتانازی تا چه حد است. در پاسخ باید گفت که بعضاً اتفاق می‌افتد مجنی‌علیه از قبل، وقوع جرم علیه خویش را درخواست کرده، آن را پذیرفته یا حتی خود محرک مرتکب در ارتکاب آن بوده است. اصل کلی در مواجهه با چنین مسائلی آن است که رضایت منجی‌علیه علت توجیه‌کننده فعل یا ترک فعل مجرمانه نیست. به این دلیل که در شرایط عام، مجازات به جهت استقرار نظم عمومی و تداوم بقاء جامعه تدوین می‌گردد، نه به منظور دفاع از منافع خصوصی افراد (۱۷). در نتیجه آنکه در مسائل عمومی این شارع یا مقنن است که می‌تواند امری را مجاز یا ممنوع اعلام کرده و اشخاص عادی، از چنین توانایی یا قدرتی محروم‌اند. با این وجود، در شرایط استثنائی با جمع بودن شرایطی، رضایت منجی‌علیه می‌تواند در عدم تحقق مسؤلیت مؤثر واقع شود. یکی از این شروط زمانی است که رضایت سبب می‌گردد تا رکن یا ارکان تشکیل‌دهنده جرم زائل گردد. گاهی نیز رضایت به عنوان شرط ضمنی یا اجازه قانون قابل طرح است. با این توضیح که در اینجا رضایت به عنوان یک عامل توجیه‌کننده دخالت کرده که ریشه آن را باید در اجازه ضمنی قانون جستجو کرد. به عنوان مثال، جراحی که با اذن و اجازه بیمار مبادرت به عمل جراحی کرده و در این میان، بیمار فوت می‌نماید؛ بدون آنکه قصد مجرمانه‌ای بر مرگ بیمار وجود داشته باشد. این اجازه ضمنی قانون است که محکومیت قتل غیرعمدی بیمار را نفی می‌کند. نکته قابل ذکر در خصوص این اعمال آن است که انجام اینگونه جراحی‌ها با دو شرط درمانی بودن و رعایت و انطباق عملیات با اصول و موازین علمی و

^۱ سه بند اول ماده ۲۹۰ ق.م.ا سال ۹۲

نسبت به اقدامات صورت گرفته در این شرایط نیز کماکان عنوان قتل صادق خواهد بود (۱۹). با این حال و با عنایت به ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی می‌توان رویکردی نوینی را در این رابطه در پیش گرفت. یعنی مسؤلیت ناشی از اقداماتی که به منظور ختم حیات بیمار به وسیله پزشک یا دیگر پرسنل مربوطه به انجام می‌رسد را سرانجام در حد پرداخت دیه جنایت بر میت مورد حکم قرار داد. پذیرش چنین رویکردی مبتنی بر این استدلال است که در مواقعی که فردی فاقد حیات مستقر است دیگر احکام وارده بر انسان زنده شامل حال وی نمی‌باشد. پس باید به مانند شخص فاقد حیات با وی برخورد کرد. با این تفاسیر، عملی را که از جانب پزشک و به منظور تسریع در مرگ بیمار به وقوع می‌پیوندد را دیگر نمی‌توان مصداقی از قتل به حساب آورد.

حیات مستقر و اتانازی غیرفعال

در این حالت، مرگ بیمار جنبه سلبی دارد نه ایجابی. به بیانی دیگر، علت مرگ خودداری یا خروج از ادامه درمان یا مراقبت است. از همین رو، نوع غیر فعال اتانازی حساسیت‌های کمتری را بر می‌انگیزد. اصولاً پذیرش چنین دیدگاه منعطفانه نسبت به جرایمی که به صورت ترک فعل محقق می‌شوند، قابل رویت بوده و شرایط شکل‌گیری مسؤلیت نیز در آن دشوارتر است. به عنوان مثال، تا پیش از تصویب قانون مجازات اسلامی سال ۹۲، دیدگاه‌های متعارض و متفاوتی در خصوص تحقق قتل با ترک فعل میان حقوق‌دانان وجود داشت. از یک سو برخی حقوق‌دانان به دلیل نبودن نص خاص در این زمینه، تحقق جرایم را با ترک فعل غیرممکن می‌دانستند. در مقابل، عقیده عده‌ای دیگر بر آن بود که ترک فعل نیز به مانند فعل باید به عنوان رکن مادی جرایم مد نظر قرار گیرد. تصویب قانون مجازات اسلامی سال ۹۲ به این اختلافات پایان داده و طبق ماده ۲۹۵ این قانون، ترک فعل صراحتاً و با توجه به شرایطی،

سوم نیز هر نوع فعل و عمل صادر شده به وسیله پزشک که با توجه به موقعیت زمانی و مکانی یا ضعف و وضعیت جسمی بیمار موجب فوت وی می‌گردد، مد نظر قرار خواهد گرفت. بنابراین در وضعیت نخست، قصد مرتکب و در وضعیت دوم، عمل نوعاً مرگ‌آور و در وضعیت سوم، چگونگی حالات و شرایط قربانی است که از اهمیت برخوردار بوده و سلب حیات را به دنبال خواهد داشت. بنابراین در چنین وضعیتی، صرف وجود درد و رنج شدید یا غیرقابل درمان بودن بیماری، چه از نظر اخلاقی و چه از نظر قانونی، مجوزی برای خاتمه حیات بیمار به حساب نمی‌آید.

لازم به ذکر است که چنین رویکردی در ارتباط با اتانازی اجباری نیز باید مد نظر قرار گیرد. زیرا زمانی که حکم قتل در نوع فعال اتانازی ثابت است، به طریق اولی، نوع اجباری آن نیز از چنین برداشتی مستثنی نخواهد بود. علاوه بر این، باید گفت اگر چه ممکن است در خصوص اتانازی فعالی که با درخواست و رضایت بیمار تحقق می‌یابد، دیدگاه‌ها یا نظراتی با تاکید بر تأثیر اذن و خواسته بیمار به عدم مسؤلیت گرایش داشته باشند؛ اما زمانی که عنصر رضایت محو و اجبار جایگزین آن می‌شود، دیگر این اختلاف دیدگاه نیز منتفی بوده و الزاماً باید حکم به تحقق قتل و شکل‌گیری مسؤلیت صادر کرد.

حیات غیرمستقر و اتانازی فعال

بیشترین مباحث، مجادلات و اظهار نظرها از جانب حقوق‌دانان، اخلاق‌مداران، پزشکان و دیگر متفکران در ارتباط با این نوع از اتانازی ابراز شده است. در این وضعیت، بیمار با توجه به وجود درد و رنج فراوان، خواستار خاتمه حیات خویش بوده یا پیشتر رضایت مؤثرش را نسبت به قطع استمرار حیات خود به نحوی بیان کرده است. اصل کلی در چنین مواقعی آن است که درخواست یا رضایت منجی‌علیه نسبت به خاتمه حیات‌اش اصولاً در ماهیت عمل مجرمانه مرتکب (اقدام به قتل) بی‌تأثیر بوده؛ بنابراین سببی نیز در اباحه عمل و زدودن وصف عمل مجرمانه محسوب نمی‌گردد. از همین رو گفته شده

روز متغیر باشد، معیار تفکیک این دو وضعیت بیان داشته‌اند. با این توضیح که امکان وجود یا ادامه زندگی و حیات به مدت یک، دو یا چند روز نشانه حیات مستقر است. در مقابل، حدوث مرگ به فوریت یا در فاصله زمانی اندک، علامتی از حیات غیرمستقر محسوب می‌گردد.

۳. برخی نیز قرار داشتن شخص در حالت نزع و جان دادن را به طوری که ضربان قلب، جریان خون و تنفس فرد مختل شود را به عنوان نشانه حیات غیرمستقر ذکر کرده‌اند.

۴-۴-۵ گروهی نیز مهمترین معیار و ضابطه تشخیص و افتراق این دو وضعیت را قضاوت عرفی دانسته‌اند. بر پایه این دیدگاه، زمانی می‌توانیم نسبت به غیرمستقر بودن حیات اظهار نظر نماییم که حالات و شرایط فرد به شکلی باشد که عرف آن را حیات غیرمستقر بشناسد. (۲۲) بررسی متون فقهی و تتبع در نظرات فقهای همچون صاحب مفتاح الکرامه، صاحب جواهر الکلام و صاحب کشف اللثام گویا آن است که پذیرش فهم عرفی به عنوان ملاک اصلی در تشخیص حیات پایدار از ناپایدار مد نظر قرار گرفته است.

به نظر می‌رسد پذیرش دیدگاه چهارم، موجه و منطقی‌تر باشد. زیرا درست است که هر یک از شروط و علائم ارائه شده در سایر موارد می‌تواند به عنوان شرط لازم و ضروری مد نظر قرار گیرد، اما شرط کافی محسوب نمی‌شوند. علاوه بر این، باید توجه داشت که قضاوت عرفی در این زمینه را باید محدود به عرف خاص نمود. یعنی اعلام نظر و تشخیص حیات پایدار از ناپایدار را بر عهده متخصص (که به فراخور می‌تواند شامل پزشک یا کادر درمانی باشد) گذارد.

دومین شرط آن است که خاتمه حیات شخص، ناشی از ترک فعل بوده و با رفتار مثبت محقق نشده باشد. البته لازم به ذکر است که مد نظر قرار گرفتن چنین شرطی، فرع بر شرط نخست است. چرا که با محقق شدن نخستین شرط، یکی از اساسی‌ترین ملزومات تحقق قتل، که همانا انجام رفتار نسبت به

در تحقق جنایات مورد توجه قرار گرفت^۱ (۲۰). بنابراین با توجه به آنکه در چنین مواردی، اولاً بیمار دارای حیات مستقر بوده و به مثابه یک انسان زنده محسوب می‌شود، ثانیاً امکان وقوع قتل به وسیله ترک فعل نیز صراحتاً مورد حکم مقنن قرار گرفته، حادث شدن مرگ بیمار که ناشی از عدم اقدام به درمان باشد، با جمع بودن سایر شرایط، عاملی در تحقق مسؤلیت خواهد بود.

هر چند تا پیش از تصویب این قانون نیز می‌توانستیم به موجب بند ۲ از ماده واحده قانون خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی^۲ نیز نسبت به احراز مسؤلیت پزشک حکم نماییم؛ اما با اجرایی شدن قانون مجازات دیگر ابهامی در این خصوص وجود ندارد.

حیات غیرمستقر و اتانازی غیرفعال

در این وضعیت، بیمار فاقد حیات مستقر بوده و پایان زندگی وی نشأت گرفته از رفتاری سلبی است. این‌گونه به نظر می‌رسد که در این‌گونه مواقع با جمع بودن دو شرط می‌توان از عدم مسؤلیت سخن گفت. اولین شرط آن است که بیمار حیات مستقر نداشته باشد. یعنی با توجه به اوضاع و شرایط موجود، وضعیت او به گونه‌ای است که دیگر نمی‌توان وی را انسان زنده به حساب آورد. در کتب فقهی و حقوقی برای تفکیک حیات مستقر از غیرمستقر، نشانه‌ها و معیارهای مختلفی ارائه شده؛ اما وحدت نظری در این خصوص مشاهده نمی‌شود. اما با مذاقه و تفحص در موارد ابراز شده، می‌توان این نظرات را به شکل ذیل تقسیم‌بندی کرد.

۱. عده‌ای زائل شدن شعور، تکلم، نطق، ادراک و فقدان حرکات و اعمال اختیاری را به عنوان ضابطه حیات غیرمستقر برشمرده‌اند. بنابراین بر اساس این معیار لازم است تا برای تشخیص حیات پایدار از غیرپایدار، به وجود یا عدم برخی از حالات جسمانی توجه نمود (۲۱).

۲. بعضی نیز قابلیت بقاء را که می‌تواند میان یک تا چند

^۱ ماده ۲۹۵ ق.م.ا

^۲ مصوب ۱۳۵۴/۳/۵ مجلس سنا

به تفکیک شده و راه‌حل معقولانه‌ای را در پیش گرفت. با این توضیح که پذیرش دیدگاه غالب در خصوص بیمارانی که در وضعیت عادی قرار دارند قابل دفاع بوده و صرف وجود درد، رنج و وخامت حال، مجوزی برای خاتمه حیات نخواهد بود. به بیانی دیگر، خاتمه دادن زندگی دیگری در حالتی که وی دارای حیات مستقر است، مصداق بارز قتل محسوب شده و با لحاظ نوع رفتار ارتكابی که می‌تواند از نوع فعل یا ترک فعل بوده و جمع بودن دیگر شرایط، قصاص یا دیه بر عهده مرتکب ثابت خواهد شد. اما در حالتی که فرد فاقد حیات مستقر است، عدم جواز انجام چنین اقدامی جای بحث دارد. چرا که در این حالت، بیمار در زمره زندگان قرار نمی‌گیرد. پس لاجرم باید احکام مردگان را در ارتباط با بیمار جاری ساخت. از همین رو، با مد نظر قراردادن ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی به منظور شناسایی یا عدم شناسایی مسئولیت در این وضعیت باید میان نوع فعال و غیرفعال اتانازی تفاوت قائل شد.

با این توضیح که هرگاه خاتمه حیات بیماری که در وضعیت حیات غیرمستقر است به سبب رفتار مثبت یا فعل پزشک یا کادر درمانی باشد، مسئولیت احتمالی در حد پرداخت دیه جنایت بر میت بوده که آن نیز در صورت رضایت یا گذشت اولیاء دم بیمار، عملاً غیرقابل مطالبه خواهد بود. اما خاتمه حیات بیمار که از عدم اقدام یا ترک فعل نشأت می‌گیرد، با توجه به مفهوم مخالف این ماده، هیچ گونه مسئولیتی به همراه نخواهد داشت.

در نتیجه آنکه با مد نظر قرار دادن ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی می‌توان به نوع انفعالی اتانازی، در مواقعی که بیمار فاقد حیات مستقر است، جلوه‌ای قانونی بخشید. مبرهن است در صورتی که مقرراتی قانونی در ارتباط با موضوعی وجود داشته باشد، این مقررات بر قواعد اخلاقی غالب خواهد بود. چرا که قواعد اخلاقی، ضمانت اجرایی جز ندای وجدان به همراه ندارند. این در حالی است که قوانین بیانگر آخرین اراده

شخص زنده است متفنی می‌باشد. به عبارتی دیگر، زمانی که حیات غیرمستقر باشد، بحث در خصوص قتل موضوعیت نمی‌یابد. سپس با تحقق شرط دوم و با عنایت به مفهوم مخالف ماده ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی، صرف عدم انجام رفتار که منتج به مرگ بیمار گردیده، نمی‌تواند منجر به ایجاد مسئولیت شود. بنابراین صرفاً با تجمیع هر دو شرط است که پزشک یا کادر درمانی را می‌توان مبرا از مسئولیت به حساب آورد. همچنین باید توجه داشت که بهره‌گیری از دستگاه‌های حمایتی یا دیگر اقداماتی که به منظور به تعویق انداختن مرگ طبیعی اشخاص مورد استفاده قرار می‌گیرند موجب نخواهد شد که حیات شخص به صورت مستقر تلقی گردد. بنابراین حتی در صورتی که بتوان با استفاده از دستگاه‌های حمایتی و سایر ساز و کارها، تحقق مرگ را برای مدتی نیز به تأخیر انداخت، این موضوع عاملی در خروج شخص از حالت حیات غیرمستقر به حساب نخواهد آمد.

نتیجه‌گیری

اکثر پزشکان معتقدند وظیفه اصلی‌شان کنترل بیماری و تکمیل فرآیند درمان است؛ اما این امر بدون قید و شرط نیست. چرا که در برخی مواقع، بیماران در وضعیتی قرار می‌گیرند که پیشبرد اقدامات درمانی بی‌فایده جلوه می‌نماید. غیرمستقر بودن حیات بیمار، یکی از این موارد است. موضوعی که سبب شکل‌گیری مباحث پیچیده اخلاقی و حقوقی در زمینه سلب یا تداوم حیات بیماران شده است. غالب اخلاق‌گرایان و حقوق‌دانان بر این باورند که صدور مجوز سلب حیات، مذموم و غیراخلاقی است. از همین رو، قانون‌گذار برخی کشورها نسبت به جرم‌انگاری اتانازی اقدام کرده‌اند؛ اما کشورهایی نیز هستند که چنین اقدامی را کاملاً قانونی تلقی کرده‌اند. مقنن ایران نیز در این زمینه دارای رویکردی بی‌طرفانه است. به نظر می‌رسد، نه افراط و نه تفریط دو رویکرد نخست و نه عدم ورود به چنین بحثی و گزینش رویکرد انفعالی قابلیت دفاع ندارد. چرا که با تدبر در صورت مختلف اتانازی، می‌توان میان حالات مختلف قائل

قانون‌گذار است. از همین رو، مقررۀ قانونی بر این قواعد اخلاقی
تفوق خواهند داشت.

در نهایت باید گفت پیش‌گرفتن چنین رویکردی، علاوه بر
لزوم پیش‌بینی بسترهای لازم، احتیاج به طراحی و تصویب ساز
و کارهای مخصوص نیز دارد. چرا که وجود مقررات مشخص
و قانونی در این زمینه، ضمن جلوگیری از تشتت دیدگاه‌ها و
آراء، موجب هدایت اقدامات در مسیری استاندارد، اخلاقی و
قانونی نیز خواهد شد.

منابع

- 1- Meyfour A, Nikoofar A, Nakhaei Moghadam M. Ethical challenges in advanced medicine. *Journal of Research on Religion & Health* 2015; 1(2): 46-52. [in Persian]
- 2- Afzali MA, Marzband R. Euthanasia in the medical history of the West and Islamic world. *Religion and Health* 2014; 2(1): 69-82. [in Persian]
- 3- Gorsuch N M. *The Future of Assisted Suicide and Euthanasia*. USA: Princeton University Press; 2006.
- 4- Torr JD. *Euthanasia*. U.S.A: Green haven Press; 2000.
- 5- Parsapour A, Hemmati Moghaddam A, Parsapour M B, Larijani B. Euthanasia: ethical explanation and analysis. *Med Ethics Hist Med* 2008; 4(1): 1-12.
- 6- Biggs H. *Euthanasia: Death with Dignity and the Law*. England: Hart Publishing; 2001.
- 7- Huxtable r. *Euthanasia Ethics and the Law*, 1th ed. USA: Routledge-Cavendish; 2007.
- 8- Lavi shai J. *The Modern Art of Dying a history of euthanasia in the United States*. USA: Princeton University Press; 2005.
- 9- Williams G. *Intention and Causation in Medical Non-Killing*. USA: Routledge-Cavendish; 2007.
- 10- Nazari Tavakkoli S, Amirkhani Sh. The possibility of invoking jurisprudential provisions for the decriminalization of passive euthanasia. *Islamic Jurisprudence & Its Principles* 2015; 47(101): 205-26. [in Persian]
- 11- Nejati M. [masouliat pezeshk dar feghh va hooghogh keyfari iran]. Tehran: Khorsandi; 1389. [in Persian]
- 12- Abbasi M. [ghatle tarahomamiz] 1th ed. Tehran: entesharate hooghoghi; 1382. [in Persian]
- 13- Seyed Qureshi M, Soltani M M. [Euthanasi va tafavot feghhi akhlaghi do noe faal va enfeali aan]. *Pazhoheshhayeh Akhlaghi* 1394; 6(4): 77-93. [in Persian]
- 14- Abdoljabari M, Karamkhani M, Fani M, Dolatshahi F. Euthanasia and Assisted Death. *Reaserch on Religion & Health* 2015; 1(1): 56-64. [in Persian]
- 15- Salimi E, Fathi MJ. A legal analysis of euthanasia in the Islamic criminal code of 2011 *Med Ethics Hist Med* 2013; 6(4):17-28. [in Persian]
- 16- Movadehi MJ, Tavakoli Gh. Euthanasia in religion based deontology. *Medical ethic* 2015; 10(34): 165-86. [in Persian]
- 17- Noorbaha R. [hooghogh jazaye omoomi]. Tehran: Ganje Danesh; 1387. [in Persian]
- 18- Goldouzian I. [hooghogh jazaye omoomi]. Tehran: Mizan; 1390. [in Persian]
- 19- Sadeghi MH. [Barasi feghhi va hooghoghi euthanas]. *Motaleaat hooghoghi daneshgah Shiraz*. 1394; 7(2): 105. [in Persian]
- 20- Sadeghi MH. [Jarayem alayhe ashkhas] 11th ed. Tehran: Mizan; 1391. [in Persian]
- 21- Mohaghegh Damad M. [feghhe pezeshki]. Tehran: entesharate hooghoghi; 1391. [in Persian]
- 22- Pour Javaheri A. [peyvand aza dar aeeneh feghh]. Tehran: daneshgah Imam Sadeiq; 1383. [in Persian]
- 23- Anonymous .*WebsterDictionary*.USA: Spring Field; 1996.
- 24- Palmer M. *Moral problems*, 2th ed. Canada: University of Toronto Press; 1995.
- 25- Eslami Tabar SH, Elahimanesh M. [mabahes akhlaghi va hoghooghi dar ghatl az sar tarahom] 1th ed. Tehran: Majd; 1386. [in Persian]
- 26- Yadollahpour B, Yousefi A. Euthanasia according to Islamic jurisprudence and legal system. *Journal if Babol University of Medical Sciences* 2013; 15(1): 49-55. [in Persian]

Euthanasia: An Analytical review based on the Article 372 of the Islamic Penal CodeAria Hejazi¹, Alireza MoshirAhmadi*², Golnaz Sabetian³, Nazila Badiocyian Mousavi⁴¹Associate Professor, Iranian Legal Medicine Organization and Research center for Legal Medicine, Tehran, Iran.²MSc Student in Criminology Law, Ferdosi University, Mashhad, Iran.³Faculty member, Truma Research Center, Shiraz Medical University, Shiraz, Iran.⁴Resident, Psychiatry Department, Mashahd University of Medical Sciences, Mashahad, Iran.**Abstract**

Euthanasia is still a controversial issue worldwide. There are different and sometimes contradictory opinions about euthanasia and its practice. By exchange of ideas and opinions about this issue, some countries have explicitly accepted euthanasia and it has been legalized. Whereas, some other countries distinctly rejected euthanasia and in result it has been criminalized. Among countries there is a third group, with a passive or neutral position. In those countries, like Iran, the acceptance or rejection of euthanasia has been discussed among the law experts but there is no legislation to address the issue. This article aims to evaluate euthanasia based on the Article 372 of Iran's Islamic penal code.

Keywords: Euthanasia, Active euthanasia, Passive euthanasia, Unstable-life

* *Corresponding Author*: Email: moshir.alireza@yahoo.com