

اتانازی یا مرگ از روی شفقت

بهروز جوانمرد_ وکیل دادگستری، دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی

واژگان کلیدی: اتانازی، قتل، شفقت، ترحم، مرگ راحت

اشاره

نظرات مختلف درباره ی مرگ از روی شفقت (اتانازی) ضرورتاً وابسته به نظرات مختلف در زمینه ی اخلاق است. مباحث پیرامون اتانازی، مباحثی درباره ی «ارزش‌ها» 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 خوبی یا ارزشی ای وجود ندارد؛ (یعنی نمی‌تواند وجود داشته باشد و حیات شرط لازم برای تحقق دیگر ارزش‌هاست).

مباحث در رابطه با «اتانازی»، عمدتاً پیرامون این است که چه چیزی اخلاقی است؟ پرسش‌هایی بنیانی در این رابطه مطرح شده است؛ آیا حقی برای ارتکاب خودکشی وجود دارد؟ آیا سمت به دیگری برای خودکشی امری اخلاقی است؟ آیا حقی وجود دارد که بر اساس خواسته ی کسی یا اعضای خانواده اش ایجاد مرگ را در او تسهیل کنیم؟ آیا اخلاقی است برای نجات جان کسی، به زندگی دیگری که امیدی به زنده ماندنش نیست، خاتمه دهیم؟ تمام مباحث پیرامون «اتانازی» در صدد پاسخ‌گویی به سؤالاتی این چنینی هستند. «اتانازی» بحث بسیار مهمی در اخلاق پزشکی است؛ چون تمام حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی را در بر می‌گیرد.

مبحث اول

تعریف: اتانازی (Euthanasia) از واژگان یونانی (EU) به معنای راحت و خوب و کامبخش و واژه (Thanasia) به معنای «مرگ» مشتق شده است. واژه ی "Thanasia" خود از "Thanator" که اله ی مرگ در یونان بوده، گرفته شده است و به صورت تحت اللفظی به معنای «مرگ خوب یا راحت»

می باشد. این واژه برای اولین بار توسط «فرانسیس بیکن» - که مرگ بدون رنج را تبلیغ می کرد - وارد فرهنگ پزشکی شد. شورای حقوقی و قضایی پزشکی امریکا اتانازی را این گونه تعریف می کند: «اتانازی عمل ایجاد مرگ با روشی نسبتاً سریع و بدون درد و به دلایل ترحم انگیز در فردی که از بیماری لاعلاجی رنج می کشد.» اتانازی واژه ای کلی است و برای دقیق تر کردن موضوع و مخصوصاً از جنبه های حقوقی به انواع مختلفی تقسیم می شود؛ مانند اتانازی فعال، غیر فعال، داوطلبانه و غیر داوطلبانه و اجباری.

مبحث دوم: انواع اتانازی

«اتانازی فعال داوطلبانه»، تزریق عامدانه ی دارو یا اقدامات دیگری است که منجر به مرگ بیمار شود. این عمل بر اساس 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 غیر قابل تحمل و بدون امید به بهبودی. «اتانازی فعال غیر داوطلبانه»، تزریق عامدانه ی دارو یا اقدامات دیگری است که منجر به مرگ بیمار شود اما 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 ی اخلاق پزشکی و یا خانواده ی بیمار و یا قاضی تصمیم می گیرند.

«اتانازی فعال اجباری»، تزریق عامدانه و یا اقدامات دیگری است که باعث مرگ بیمار شود. در این حالت بیمار صلاحیت تصمیم گیری را داراست و هیچ گونه درخواست صریح برای این عمل نداشته است. این حالت را جمیع اخلاقیون، مجاز نمی دانند و قتل محسوب می شود.

«اتانازی غیر فعال»، عدم شروع درمان یا قطع درمان‌هایی است که برای حفظ حیات بیمار لازمند. البته این نوع اتانازی می‌تواند داوطلبانه (یعنی براساس درخواست بیمار) یا غیر داوطلبانه (یعنی بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری را ندارد) باشد. این نوع اتانازی معمولاً به صورت مستقیم، مانند تجویز دارو یا هر اقدام دیگری نیست.

در «اتانازی غیر فعال 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.

«اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه» معمولاً در مورد بیمارانی به کار گرفته می‌شود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان هم مطمئنند که درمان امکان‌پذیر نیست یا درمان را قطع می‌کنند و بیمار را از مواد غذایی یا دارو محروم می‌کنند و یا اگر مثلاً بیمار در سیر بیماری اش دچار عفونتی شود، درمانی برای عفونت او آغاز نمی‌شود.

در مورد این حالت، که پزشک بیمار را به حال خود وا می‌گذارد و از اقداماتی که برای زنده نگه داشتن او لازم است، خودداری می‌کند، مرتکب ترک فعلی گردیده که منجر به سلب حیات بیمار شده است. ولی با توجه به ماده (۲۰۶) و بندهای سه‌گانه‌ی آن در می‌یابیم که در سه بند این ماده فعل مثبت به عنوان رکن مادی قتل عمد معرفی گردیده، نه ترک فعل؛ پس در این حالت نمی‌توان عمل پزشک را منطبق با ماده‌ی (۲۰۶) قانون مجازات اسلامی دانست. البته خودداری از مراقبت و مداوای بیمار از توسط پزشکان و پرستاران به قصد سلب حیات جزء وظایفشان آن‌ها می‌باشد و می‌تواند آن‌ها را در معرض اتهام قتل عمد قرار دهد. اما از آن‌جا که آرای دادگاه‌ها باید مستند به حکم قانون باشد، اصل تفسیر مضیق قوانین کیفری و تفسیر به نفع متهم و نیز تأکید ماده (۲۰۶) بر فعل مثبت مادی به عنوان عنصر مادی قتل عمدی مانع از شناختن ترک فعل به عنوان رکن مادی قتل عمد می‌شود.

البته می‌توان عمل پزشک را منطبق با بند "۲" ماده واحده‌ی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی دانست که مقرر می‌دارد: «هر گاه کسانی که حسب وظیفه یا قانون

مكلف هستند به اشخاص آسیب دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند از اقدام لازم و کمک به آن ها خودداری کنند به حبس تعزیری از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.» و در نهایت طبق ماده (۶۱۲) قانون مجازات اسلامی. «هرکس مرتکب قتل عمد شود و شاکی نداشته و یا شاکی داشته ولی از قصاص گذشت کرده باشد و یا به هر علت قصاص نشود در صورتی که اقدام وی موجب اخلال در نظم و صیانت و امنیت جامعه و یا بیم تجری مرتکب یا دیگران شود، دادگاه مرتکب را به حبس از سه تا ده سال محکوم می نماید.

«اتانازی غیر مستقیم»^(۱)

در این حالت ضد دردهای مخدر یا داروهای دیگر برای تسکین درد بیمار تجویز می شود اما پیامد عرضی (accidental) آن قطع سیستم تنفسی بیمار است^(۲) که منجر به مرگ بیمار می شود. این نوع اتانازی با قصد عامدانه انجام نمی شود اما پیامد عرضی آن مرگ بیمار است.

خودکشی با همکاری پزشک

در این حالت پزشک داروها یا اقدامات دیگر را برای بیمار فراهم می کند . با توجه به این که او می داند قصد بیمار از استفاده از آن ها خودکشی است.

با توجه به تعریف های فوق می توان گفت نکته ی مهم در افتراق «اتانازی فعال داوطلبانه» از «خودکشی با همکاری پزشک» در رفتار پزشک است. در حالت اول پزشک مستقیماً اقدام به خاتمه زندگی بیمار می کند اما آن چه «اتانازی فعال داوطلبانه» را از نوع «غیر فعال» یا غیر «غیر مستقیم» افتراق می دهد، نیت پزشک است. در حالت اول نیت پزشک خاتمه دادن به زندگی بیمار است اما در مورد بعدی نیت پزشک کاهش درد بیمار یا قطع درمان های پزشکی مزاحم یا بیهوده است. دلیل عمده برای افتراق این اصطلاحات از یکدیگر، چالش های اخلاقی و حقوقی است. برخی استدلال کرده اند که نوع «غیر فعال» و «غیر مستقیم» از لحاظ اخلاقی و حقوقی در برخی وضعیت ها مجاز است. در حال حاضر در اکثر ایالت های امریکا اجماعی برای اخلاقی و قانونی کردن نوع «غیر فعال» اتانازی رو به

فزونی است. اما در مورد «اتانازی فعال داوطلبانه و غیر داوطلبانه» و «خودکشی همراه با پزشک» جدل‌ها و اختلاف نظرهای بسیاری وجود دارد. اخیراً برخی استدلال می‌کنند که تمایز میان «اتانازی فعال و غیر فعال»، غیر معتبر است و همان دلایلی که برای توجیه اتانازی غیر فعال از لحاظ اخلاقی آورده می‌شود، می‌تواند برای نوع فعال نیز آورده شود. چون معمولاً «اتانازی» در بحث‌های عمومی و در میان عرف جامعه به همان نوع «فعال داوطلبانه» ارجاع می‌شود. استناد نوع «غیر فعال» و «غیر مستقیم» به اتانازی، خود به خود بار اخلاقی بسیاری به وجود می‌آورد.

مبحث سوم: دیدگاه‌های مختلف در مورد اتانازی

اتانازی عمل ایجاد مرگ در فردی صاحب صلاحیت به لحاظ حقوقی و پزشکی بر اساس درخواست آگاهانه ی 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 می‌برد؛ پزشک «بایستی» بر مبنای اصل احترام برای خودمختاری بیمار-که از اصول چهارگانه ی اخلاق پزشکی است-عمل اتانازی را انجام دهد.^(۳) بر طبق این دیدگاه دیگر قضاوت پزشک در این زمینه جایگاهی ندارد. موافقان اصل خودمختاری بیمار استدلال می‌کنند که هیچ کس نمی‌خواهد به خاطر هیچ بمیرد. اتانازی قطعاً بر مبنای دلایلی درخواست می‌شود؛ اما درستی یا نادرستی این دلایل بی معنا است. ولی این استدلال غیر معتبر به نظر می‌رسد؛ چرا که فردی که به هر دلیلی درخواست اتانازی می‌کند، قطعاً فکر می‌کند که عمل او درست است و اگر اعتقادی به درستی کارش نداشته باشد، قید اول یعنی «صاحب صلاحیت بودن» زیر سؤال می‌رود. 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 ملاکی برای مجاز بودن اتانازی است که او باور به درستی درخواستش داشته باشد؛ اما دلایل بیمار برای درستی عملش چیست؟ بیمار ممکن است بگوید مرگ از روی ترحم درست است؛ چون من آن را تأیید می‌کنم. در این حالت گزاره ی «اتانازی درست است» و این گزاره که «بیمار

آن را تأیید می‌کند» معادل یک دیگرند. در واقع در این جا بیمار چیزی درباره ی ماهیت خود عمل نمی‌گوید و تنها نگرش خود را بیان می‌کند؛ یعنی نگرشی تأییدی، اگر درستی اتانازی مبتنی بر تأیید بیمار باشد و روز بیمار آن را تأیید کند و روز دیگر تأیید نکند، بنابراین این عمل یک روز درست است و روز دیگر درست نیست. در واقع ممکن است تأیید بیمار بر خطا باشد. این گزاره که «اتانازی درست است؛ چون بیمار آن را تأیید می‌کند» با این گزاره که «بیمار اتانازی را تأیید می‌کند، چون درست است» بسیار متفاوت است. در واقع نگرش تأییدی بیمار پیامدی از باور به درستی این عمل است. بیمار ممکن است بگوید «اتانازی درست است؛ چون رنج غیر قابل تحمل مرا پایان می‌دهد یا فلان و بهمان نتیجه را دارد» یعنی دیدگاهی «فایده گرایانه» داشته باشد. در این حالت درستی از طریق برخی ویژگی‌های خود عمل تعریف می‌شود؛ یعنی تعریف درستی با استفاده از جملات دیگری است. اما صدق هر نظریه ی خاصی صرفاً با تعریف واژگان آن به دست نمی‌آید. در واقع تعریف درست هر چه باشد، کاری نخواهد کرد که این واژه را به وجهی تعریف کند تا مستوجب صدق نظریه ی خاصی درباره چیزی باشد که درست است. ممکن است بیمار بگوید «اتانازی درست است بی آن که به هیچ چیز دیگری قابل تحویل باشد؛ چه پیامد عمل باشد، چه نگرش من باشد، چه هر ویژگی دیگری.» اما بیمار چگونه می‌داند که گزاره ی «اتانازی درست است» صادق است؟ ممکن است بگوید از راه شهود به این نتیجه رسیده ام؛ اما صحت یا عدم صحت چنین شهودی هرگز نمی‌تواند اثبات شود. در ضمن پزشک هم بر مبنای شهودش می‌تواند بگوید که «اتانازی نادرست است.» یعنی چنین روشی راه را برای انواع شهودهای متعارض باز می‌کند. بیمار ممکن است بگوید که دلایل خوبی برای پذیرش اتانازی دارد (مثلاً همین بیماری لاعلاجش که البته خود این مسأله 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 عبارت «اتانازی درست است» چه معنایی می‌دهد.

برخی استدلال کرده اند که اتانازی توجه جامعه نسبت به زندگی را از بین می‌برد. 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 تنوعی از بیماری‌های اجتماعی می‌شود. در جامعه‌ی که حیات، غیر ارزشمند به حساب آید، دیگر افراد ابایی از کشتن یک 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 سوء استفاده در دستان مراقبین سلامتی خواهد بود. اولین قدم برای مخالفین اتانازی در جامعه‌ی که قانونی شده، باعث می‌شود قدم‌های بعدی آسان‌تر برداشته شود. به این استدلال، «شیب لغزنده»^(۴) گفته می‌شود. یکی از صریح‌ترین مخالفین اتانازی، «یال کامیسار»^(۵) پروفیسور حقوق دانشگاه میشیگان حمله سه جانبه‌ی را بر علیه اتانازی صورتبندی کرده است که شامل:

۱- خطر سوء استفاده از اتانازی توسط مراقبین سلامتی؛

۲- شیب لغزنده و

۳- خطر اشتباه و لغزش است.

موافقین نظریه‌ی «شیب لغزنده» استدلال می‌کنند هنگامی که کیفیت زندگی کاهش یافته باشد، جامعه پایان دادن به حیات را می‌تواند بپذیرد و هیچ روشی عقلانی برای محدود کردن اتانازی و جلوگیری از سوء استفاده از آن وجود ندارد. بر اساس نظریه‌ی شیب لغزنده، اتانازی به مانند لبه‌ی نازک یک گوه است که وقتی جا بیفتد، عمیقاً در جامعه پیش رانده می‌شود. «کامیسار» نتیجه می‌گیرد قانونی کردن اتانازی ارادی ناچاراً منجر به قانونی شدن اتانازی اجباری^(۶) می‌شود؛ چون تمایز عقلانی بین آن کسانی که می‌خواهند بمیرند- چرا که خودشان را سربار جامعه می‌دانند- و کسانی که می‌خواهند بکشند- چون این افراد را سرباری برای جامعه می‌دانند- غیر ممکن است. اکثر کسانی که از استدلال شیب لغزنده استفاده کرده‌اند، تجربه‌ی آلمان نازی را مثال تجربی این فرآیند ذکر کرده‌اند. آن‌ها استدلال می‌کنند

سیاست عمومی کشتن، از یک قدم اولیه ی محدود آغاز می‌شود؛ یعنی اتخاذ برنامه ی اتانازی دقیقاً تعریف شده و خلاص شدن از شر کسانی که زندگی‌های بی ارزشی دارند، سریعاً به «هولوکاست»^(۷) منجر می‌شود.

موافقین اتانازی تلاش می‌کنند تا استدلال «شیب لغزنده» را به صورت مختلف رد کنند. آن‌ها معتقدند مکانیسم‌های رایجی که توسط دادگاه‌ها به کار گرفته شده، از «اتانازی اجباری» جلوگیری می‌کند. در صورت قانونی شدن اتانازی غیر فعال، شیب تماماً لغزنده نیست^(۸) چون هیچ برنامه ی کشتن وسیعی مد نظر نیست. برخی دیگر بر خود مفهوم «شیب لغزنده» حمله کرده اند و استدلال می‌کنند، این استدلال (شیب لغزنده) که نوعی از عمل در نهایت منجر به برقراری نوع دیگری از عمل می‌شود، برهان مجاب کننده ی نیست و برای آن که مقدمه ای صادق باشد بایستی نشان دهد که فشار اولیه برای برداشتن قدم‌های بعدی، آن قدر قوی است که قدم‌های بعدی رخ دهد. استدلال «خطر سوء استفاده» که توسط کامپسار و برخی دیگر ارائه شده است بر این ادعاست که اتانازی و خودکشی با همکاری پزشک نهایتاً منجر به قتل (شنیع) می‌شود. 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 ی عمل پزشکی اجرا شود، ممکن است پزشکان نسبت به انجام این عمل حساسیت خود را از دست بدهند و در مواردی که می‌توان از اتانازی دوری کرد، با این حال اتانازی را انجام دهند. از طرف دیگر این احساس که پزشکان مجوز کشتن را داشته باشند، باعث می‌شود که مردم و دست‌اندرکاران امر بهداشت و درمان به پزشکان اعتماد نکنند؛ چون مسئولیت آن‌ها برای حفظ حیات بدل به اهدا کنندگان مرگ شده است. در این حالت بین هیچ نوع اتانازی تمایزی مطرح نیست؛ چون پزشک نمی‌تواند 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 می‌کنند که خطر سوء استفاده اگر چه قطعاً وجود دارد اما واقعاً تهدیدی برای انجام اتانازی نیست؛ چرا که اولاً تنظیم قوانین دقیق بر علیه اتانازی فعال و خودکشی

با همکاری پزشک از این حالت پیش‌گیری می‌کند و ثانیاً وجود مجموعه‌ی مشخصی از اصول راهنما برای انجام اتانازی در موقعیت‌های خاص از ایجاد ابهام جلوگیری خواهد کرد. به طور کلی می‌توان گفت اعتراضات نسبت به اتانازی فعال و ارادی در پنج مورد صورت‌بندی می‌شود:

۱- استدلال می‌شود در حال حاضر راه‌های پیش‌گیری از دردهای کشنده وجود دارد و با فراهم آوردن مراقبت‌های بهتر می‌توان جلوی درد را گرفت؛ بنابراین اتانازی ضرورتی نمی‌یابد. اما چنین استدلالی مجاب‌کننده نیست؛ زیرا اگر چه درمان‌های تسکینی و مراقبت‌های بیمارستانی پیشرفت‌های مهمی در مراقبت از افراد در حال مرگ داشته ولی باز هم مشکلاتی باقی است. برای آن که بهترین درمان تسکینی، برای هر فرد دریافت شود، نیاز به کوشش‌ها و خطاهایی است که عواقب دردناکی برای بیمار دارد و مهم‌تر از آن عوارض جانبی چنین درمان‌هایی مانند تهوع، ناتوانی در کنترل ادرار، از دست دادن هوشیاری به علت خواب‌آلودگی‌های نیمه‌دائمی و نظایر آن است. هم‌چنین افرادی وجود دارند که نمی‌خواهند از درمان‌های تسکینی و مراقبت‌های بیمارستانی بهره‌گیرند و برخی دیگر از داوطلبین اتانازی گلایه‌ی کمتری از درد دارند و مشکل اصلی آن‌ها وابستگی به دیگران و یا وابسته به دستگاه‌های تنفس مصنوعی است که در این حالت وابستگی، به خاطر درد درخواست بیمار در این حالت وابستگی، معنایی ندارد.

۲- استدلال می‌شود ما هیچ‌گاه 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 «آموزه‌ی اثر دوگانه»^(۹) متوسل شده‌اند؛ اما مطابق با تفسیر این آموزه انجام اعمالی مجاز است که عواقب بد آن از پیش مشخص باشد؛ به این شرط که:

(الف) این نتیجه‌ی بد به عنوان اثر جانبی یا غیر مستقیم عمل اصلی منظور شده باشد؛

(ب) عملی که قصد اصلی بر آن واقع شده به لحاظ اخلاقی خوب و یا حداقل خنثا باشد؛

(ج) اثر خوب به واسطه‌ی روش نادرستی حاصل نشود؛ یعنی بدی، وسیله‌ای برای رسیدن به خوبی نباشد؛

د) نتایج بد نبایستی چنان جدی باشند که بر اثرات خوب فائق شوند.

اما اتانازی این شرایط را برآورده نمی‌کند. جالب است که موافقین اتانازی نیز از همین آموزه نتیجه‌ی خلاف رأی مخالفین اتانازی می‌گیرند.

۴- استدلال می‌شود تمایز میان اتانازی ارادی، اجباری و غیر ارادی در نحوه‌ی عمل است ولی در اصل کار تفاوتی بین این دو وجود ندارد.

۵- اگر اتانازی ارادی و فعال را بپذیریم راه را برای دیگر انواع اتانازی و خودکشی فراهم آورده ایم.

مبحث چهارم: جایگاه قتل از روی ترحم در شرع انور

بحث را با یک پرسش آغاز می‌کنیم. شخصی از بیماری لاعلاجی رنج می‌برد و 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 می‌خواهد که با تزریق ماده‌ی سمی و کشنده سریعاً به حیات وی پایان دهد تا از سختی و رنج بیماری رهایی یابد. آیا درخواست او می‌تواند مجوز قتل باشد؟ و آیا رضایت مقتول جرم بودن این قتل را از بین می‌برد؟ همان‌گونه که از خود سؤال پیدا است، جواب را باید از دو جهت حکم تکلیفی و حکم وضعی پی‌گیری کرد.

حکم تکلیفی

منظور از حکم تکلیفی، جواز و عدم جواز است؛ یعنی آیا چنین قتلی جایز است و یا جایز نیست؟ آن‌چه از کلمات فقیهان فهمیده می‌شود این است که این فعل چون به حیات یک انسان پایان می‌دهد به هر دلیلی که باشد، حرام است و مشمول عمومات و اطلاقات حرمت قتل نفس می‌شود 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 که 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.

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 مسأله کم‌تر مطرح شده، ولی مسأله‌ی مشابهی در منابع فقهی وجود دارد که از نظر ملاک با این مسأله تفاوتی ندارد؛ از این رو می‌توانند در حکم یک مسأله باشند.

مسأله‌ی مطرح شده این است که اگر کسی به دیگری بگوید: «مرا بکش و الا تو را می‌کشم» آیا جایز است او را بکشد یا خیر؟ و اگر کشت آیا قصاص می‌شود یا خیر؟

گویا فقیهان از نظر حکم تکلیفی نظر واحدی دارند و معتقدند این عمل جایز نیست؛ اگر چه 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:

نظریه اول: برخی از فقیهان معتقدند چون مقتول به قتل خودش اذن داده، لذا حق قصاص و دیه را با این اذن اسقاط نموده و وارث وی نمی‌تواند خواستار قصاص یا دیه‌ی او شود.

لازم به یادآوری 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 مطالبه‌ی دیه دارد یا خیر؟ شهید ثانی می‌گوید: «اگر به ثبوت قصاص معتقد نباشیم، در ثبوت دیه دو نظر 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 نظریه‌ی اول، پرداخت دیه بر قاتل واجب می‌شود و اذن مقتول در قتل نمی‌تواند دیه را ساقط کند و بنابر نظریه‌ی دوم، پرداخت دیه بر قاتل واجب نمی‌گردد؛ چون فرد مستحق یعنی مقتول آن را ساقط نموده است. 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....»

به هر حال آن چه مهم است، دلیلی است که محقق برای سقوط حق قصاص یا دیه ذکر کرده و آن این است که مقتول با اذن خود، حق قصاص یا دیه را اسقاط کرده؛ بنابراین وارث نمی‌تواند آن را مطالبه کند. اما عدم سقوط گناه حرمت، برای این است که گناه حکم است نه حق و حکم بر خلاف حق قابل اسقاط نیست.

گفتیم که اگرچه هیچ‌گونه تأثیری در جرم بودن قتل و ثبوت قصاص بنا بر قول مشهور ندارد. پس بین مکره بودن قاتل یا مختار بودن آن فرقی وجود ندارد. بنابراین چه بگویید: «مرا بکش» و چه بگویید: «مرا بکش و الا تو را می‌کشم». در هر دو صورت از نظر مشهور حکم یکی است؛ یعنی هر قولی را که در مسأله‌ی اگرچه انتخاب کنیم در صورت عدم اگرچه خواهد آمد. حتی بدون در نظر گرفتن این جهت، دلیلی که محقق حلی ذکر نموده؛ یعنی مقتول با اذن خود حق قصاص را اسقاط کرده است، شامل حالت اختیار هم می‌شود.

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

به علاوه آن چه از کلمات برخی فقیهان که متعرض بعضی فرض‌های وجوب نجات نفس محترم (انقاذ) شده اند بر می‌آید این است که اگر سبب پیدایش عارضه‌ی 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 عهده‌ی او نیست.

لذا نتیجه می‌گیریم 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 اگر پزشک از روی ترحم این کار را انجام دهد؛ 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 جواب بایستی گفت که تاکنون دلیلی بر جواز این کار به واسطه ی عنوان تحرم یافت نشده است. در خاتمه ی این مبحث لازم است اشاره کنیم در اسلام سعی شده اشخاص مبتلا به بیماری های صعب العلاج و یا به طور کلی کسانی که مریض می شوند، از نظر روحی و روانی تقویت شوند تا قدرت تحمل آن ها بیشتر شود و کم تر احساس درد و رنج کنند. از این رو باید قبل از تجربه ی راه های دیگر به این شیوه نیز توجه کرد.

مبحث پنجم: اتانازی و اخلاق هنجاری

مباحث پیرامون اتانازی، مباحثی درباره ی «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 خوبی یا ارزشی 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 ارزشی برتر است. برخی دیگر از آن ها کیفیت حیات را مهم تر از خود حیات می دانند و منطق آن ها 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 آن ها کاهش می یابد نظام ارزشی خود را در معرض تهدید می بینند؛ چون در یک نظام ارزشی، فرد ردیفی از ارزش ها را بر اساس اهمیت آن ها 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 موضوع اتانازی را تا این حد چالش برانگیز کرده، علت است که نظام ارزشی انسان را به چالش می خواند. یکی از راه های ارزیابی ارزش ها برای آن که دریابیم آن ها واقعاً ارزشی اخلاقی دارند، استفاده از

نظریه‌های مختلف در اخلاق هنجاری^(۱۰) است. با ارزیابی یک مشکل یا یک رویه ی خاص از طریق عینک

اخلاق هنجاری می‌توانیم تعیین کنیم که نظام‌های ارزشی ما نیاز به تغییر دارند یا خیر؟

در بررسی هر کدام از نظریه‌های اخلاق هنجاری باید حتماً چهار سطح فرد، خانواده، پزشک و جامعه را

در نظر گرفت. در سطح فردی شخص باید تصمیم بگیرد که می‌خواهد به زندگی اش خاتمه دهد یا نه؟

مثلاً از منظر «خودگرایی اخلاقی» اگر شخصی براساس منفعت و نفع خود به نتیجه برسد که بمیرد،

این اخلاقی است. از طرف دیگر فرد ممکن است به این نتیجه برسد که می‌خواهد زنده بماند و استدلال

کند که تمام تکنولوژی پزشکی باید به کار گرفته شود تا زندگی اش را حفظ کند.

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 تصمیم‌گیری درباره ی مرگ خودش است؛ مثلاً از دیدگاه

«سودگرایی اخلاقی» خانواده ممکن است متمایل باشد بیمار 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 بیمار داشته باشند؛ به

علت این که مراقبت‌های پزشکی بیهوده^(۱۱) هزینه ی زیادی بر دوش جامعه وارد می‌کند 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 ی «خودمختاری»^(۱۲) و حق

بیمار قرار دارد. بر طبق این آموزه پزشکان در قبال امیال و آرزوهای بیمارانشان مسئول هستند. بر

اساس اصل «خودمختاری» توجیه اتانازی تنها بر مبنای اصل احترام برای تصمیم بیمار است و ارتباطی

با این موضوع که اتانازی به سود بیمار هست یا نیست، ندارد. بر طبق این دیدگاه وقتی بیمار مختارانه

تصمیم به مرگ می‌گیرد، پزشک باید از داوری درباره ی «کیفیت زندگی» بیمار خود امتناع کند؛ یعنی

پزشک باید به درخواست منطقی و حتی غیر منطقی 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 مسأله هم وابسته به ملاحظات دربارہ ی کیفیت زندگی بیمار است. اما در این جا بحثی معرفت شناسانه پیش می‌آید که آیا پزشک امکان این را دارد 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 نمی‌گشاید؛ چون هیچ اجماعی از خوبی وجود ندارد و چون در چهار سطح باید بررسی شود، تناقضات بسیاری حاصل می‌شود ولی آن چه واضح است بیشتر استدلال‌های اخلاقی علیه یا له اتانازی بر گرفته از همین نظریه‌های اخلاقی است ولی هیچ کدام نمی‌تواند نشان دهد کدام سازو کار برای گرفتن تصمیم در قبول یا رد اتانازی، بهترین است. البته اکثر جوامع اتانازی فعال و ارادی را رد کرده اند^(۱۳) و بحث بیشتر پیرامون انواع دیگر اتانازی یعنی نوع غیر فعال و غیر ارادی آن است.

نتیجه

به طور کلی مردم دلایل متفاوتی برای خودکشی و خاتمه دادن به زندگی و ارتکاب خودکشی دارند. برخی دچار افسردگی شدید در یک دوره ی طولانی هستند. این عده خودکشی را مناسبترین راه برای غلبه بر مشکلات زودگذرشان می‌دانند. نظر عمومی این است که بهترین راه حل برای درمان بیماران مبتلا به افسردگی استفاده از مشاوره یا داروست و این بیماران پس از درمان می‌توانند از زندگی ای که می‌خواستند 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 ی تهیه ی داروها بر نمی‌آیند و برخی به پزشکان و سواد و دانش آن‌ها اعتقاد ندارند و یا عقاید خاصی دارند. به هر حال نظری وجود دارد که خودکشی در این روش راه حلی ترجیح داده شده نیست.

برخی دچار اختلال حواس شده اند و بیماری، آثار نامطلوب بر روی کیفیت زندگی آن‌ها داشته؛ بیماری‌هایی چون M.S، ایدز و آلزایمر ... این بیماران احساس می‌کنند که این بیماری باعث

از دست رفتن استقلال آن‌ها خواهد شد و همواره باید تحت مراقبت قرار گیرند. برخی نیز تصور می‌کنند که ارزش‌های شخصیتی و مقام اجتماعی خود را از دست خواهند داد و به خوبی می‌دانند که در آینده‌ی 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 آن جایی که انسان آفریدگار خود نیست، اختیاری هم نسبت به وجود و حیات خود ندارد و موظف به مراقبت از آن است و خداوند تنها مالک و گیرنده‌ی 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 و بسیاری از گروه‌های مذهبی اعتقاد دارند که رنج و درد انسان می‌تواند فرصت خوبی برای خداشناسی و تزکیه‌ی نفس باشد.

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

در کشور ما ایران، به دلیل نوع نگاه فقه‌ای قانون‌گذار به کلیه‌ی گرایش‌ها از جمله پزشکی یا بهتر بگوییم اخلاق پزشکی از یک سو و هم چنین بافت مذهبی لایه‌های میانی اجتماع و اعتقادات غیر قابل استدلال در مورد مقوله‌ی مرگ و زندگی از سوی دیگر، طرح موضوع جنجال‌برانگیزی مانند قتل از روی ترحم - که حتی در خود اروپا و آمریکا هنوز با آن کنار نیامده است - چیزی بیشتر از یک مزاح علمی نمی‌تواند تلقی شود؛ هر چند در مواردی دیده شده که حتی متعصبترین خانواده‌ها از نظر اعتقادی با در نظر گرفتن رنجی که بیمارشان از یک بیماری می‌برده از یک سو و بی‌تابی و تالم و رنج روحی اطرافیان وی که نظاره‌گر خاموشی تدریجی شمع زندگانی وی بوده‌اند از سوی دیگر، ابراز رضایت کرده‌اند که در صورت امکان و صدور مجوز قضایی - پزشکی، حیات وی را قطع نمایند. اما به هر حال اگر زمانی

بستر طرح موضوع اتانازی در کشور فراهم شد، مستلزم کار کارشناسی و دقیق علمی است؛ چرا که همیشه تشریفات و پروسه و آیین دادرسی این چنین مواردی از ماهیت خود عمل، مهم تر بوده است.

لذا پیشنهادات ذیل به عنوان شروط عالی شروع به انجام اتانازی، در این جا مطرح می‌گردد:

- پزشک باید یقین حاصل کند که بیمار به طور ارادی درخواست اتانازی می‌کند و خود همه چیز را در نظر گرفته است. بیمار نیز باید آزاد باشد و بتواند هر سؤالی را که می‌خواهد از پزشک بپرسد.

- بیمار باید بر درخواست خود اصرار و تداوم داشته باشد.

- بیمار درمان ناپذیر و رنج و درد ناشی از آن غیر قابل تحمل باشد.

- بیمار از وضعیت و دورنمای زندگی خود آگاه باشد.

- بیمار باید با حداقل یک پزشک دیگر هم مشورت کند.

- بیمار باید از نظر فکری و روانی در وضعیت سالم و طبیعی قرار داشته باشد.

- بیمار باید رضات کتبی و درخواست صریح خود را برای او تانازیا اعلام نماید.

- بیمار باید در تقاضای او تانازیا پیش قدم شود و پزشک نیز از سوی اطرافیان تحت فشار قرار گرفته باشد.

به نظر می‌رسد که وقت آن رسیده که قانون خاصی در مورد اتانازی (همانند قانون سقط درمانی) در

اختیار داشته باشیم تا براساس آن و با رعایت کامل عدالت و انصاف هم پزشکان ما تکلیف خود را بدانند

و هم قضات بتوانند با وجدانی آسوده به قضاوت بنشینند .

منابع:

۱- گزارشی از «اتانازیا» مرگ خود خواسته در چند کشور جهان، روزنامه ی ایران ،شماره ۱۹۵۵، سال

هفتم، ۱۳ آبان ۱۳۸۰.

۲- غمامی، سید محمد مهدی، اتانازیا با مطالعه ی تطبیقی در فقه و حقوق جزای ایران، ماهنامه ی اجتماعی، فرهنگی و آموزشی، اصلاح و تربیت، سال چهارم، شماره ۴۹، (پیاپی ۱۳۴)، فروردین ۱۳۸۵.

۳- حجتی، سید مهدی، تحلیل حقوقی اتانازیا (مرگ شیرین)، مجله ی حقوق دادگستری، سال ۱۳۷۹.

۴- غمامی، سید محمد مهدی، بررسی وضعیت حقوقی اتانازیا در کشورهای مختلف، ماهنامه ی حقوقی دادرسی، شماره ۵۱.

۵- رفیعی منش، احسان، نوید، اتانازی یا مرگ از روی ترحم، سال سوم، شماره ۹، صفحات ۲۸-۲۶.

۶- راستین، سیما، قتل عام در پوشش مرگ ملایم و بی درد، مه ۲۰۰۶، وب سایت نیلگون.

<http://www.nilgoon.org/articles/Sima-Rastin-Euthanasia.html>.

۷- مرتقی قاسمی، معصومه، بررسی دیدگاه‌های پرستاران در ارتباط با مرگ و اتانازی و احکام مربوط به آن در شهر زنجان در سال ۱۳۷۹-۱۳۸۰، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان.

<http://www.Bmsu.ac.ir/web/par/b۸۲.htm>

۸- مرگ خوب؟ درآمدی بر نقد اصل «خودمختاری» و «اتانازی»؛ خردنامه (ویژه نامه ی روزنامه

همشهری) شماره ۲۳، چهارشنبه ۱۰ تیر ۱۳۸۳، ۱۱ جمادی الاول ۱۴۲۵، ۳۰ Jun ۲۰۰۴

<http://www۲.hamshahri.net/vijenam/kherad/۱۳۸۳/۸۳۰۴۱۰/negare.htm#s۶۴۲>.

۹- *The ethics of uthanasia: Advocates: Perspectives; in Bioethics. V.۷۶. N.۲. Apr*

۲۰۰۲

پی نوشت:

(۱) Indirect.e

(۲) داروهای ضد درد مخدر اگر با دوز بالا تجویز شوند مرکز تنفسی را مهار می کنند

(۳) چنین عملی البته با قید این دو شرط در هلند و برخی کشورها قانونی شده است

Slippery slope(۴)

Yale camisar(۵)

(Involuntary)(۶)

(۷) اقدام حزب نازی در کشتن افراد یهودی

Passive(۸)

doctrine of double effect(۹)

normative ethics(۱۰)

futile(۱۱)

Autonomy (۱۲)

(۱۳) به جز چند کشور مانند هلند و اخیراً بلژیک که آن هم شرایط خاص خودش را دارد.