

قتل ترحم آمیز

چالشی نو فراروی اخلاق و حقوق پزشکی



دکتر مهدی غصابی

مقدمه

هر چند پیشرفت‌های نوین علم پزشکی، زمینه معالجه و درمان بسیاری از بیماری‌های لاعلاج یا صعب‌العلاجی که تا دیروز بیماران را به کام مرگ می‌کشاند فراهم کرده است، اما این پیشرفت‌ها هرگز نقطه پایانی بر درد و رنج بشر و بیماران نیست که گریبانگیر اوست نمی‌باشد. هر روز شاهد مرگ هزاران انسانی هستیم که به علت ابتلا به بیماری‌های مجهول و ناشناخته، امیدی به نجات و بهبودی آنها نیست. پزشکی که می‌داند دردی جانکاه همه وجود بیمار را زایل کرده و نمی‌تواند هیچ مرهمی بر آلام روحی و جسمی او نهد و دیری نخواهد پاید که مرگ گریبانگیر بیمار بی‌خواهد شد، در حالی که بیمار مصرا نه از پزشک معالج می‌خواهد که به درد و رنج غیرقابل تحمل او پایان بخشد و مرگ بیمار نیز، نفعی عاید پزشک نمی‌گرداند، آیا او می‌تواند صرفاً بر اساس یک فکر انسانی و بشر دوستانه و با احساس مهربانی و ترحم آمیز به حیات بیمار خود پایان دهد؟!

چنانچه پزشک معالج به چنین اقدامی دست زند آیا عمل او همانند سایر قتل‌ها قایل بگیری و مجازات است یا اینکه رعایت بیمار و انگیزه پزشک، تغییری در ماهیت عمل مجرمانه پزشک ایجاد خواهد کرد؟

در یکی دو دهه اخیر رویکرد متفاوتی در اندیشه برخی اندیشمندان و متفکران فلسفی، اخلاقی و حقوقی نسبت به این موضوع مشاهده می‌شود که حتی مبنای قانونگذاری در برخی کشورها قرار گرفته است.

بنابراین گذشته از ابعاد فلسفی و اخلاقی موضوع، مطالعه و بررسی مسئولیت ناشی از قتل ترحم آمیز، بویژه با رویکرد جدید قانونگذار ایران، ضرورتی اجتناب ناپذیر است. از این رو در این مقال ابتدا، مفهوم قتل ترحم آمیز و انواع و شرایط آن را مورد بررسی قرار می‌دهیم و سپس بانگامی تطبیقی و مقارنه‌ای نسبت به موضوع، به تشریح قتل ترحم آمیز از دیدگاه فقه‌ای اسلامی خواهیم پرداخت.

بخش اول منظر از قتل ترحم آمیز

منظور از قتل ترحم آمیز، پایان دادن ارادی به حیات یک بیمار لاعلاج توسط پزشک یا هر یک از اعضای کادر درمانی است که بنا بر تقاضای بیمار یا بستگان او به صورت فعال یا انفعالی صورت می‌گیرد.

در اتنازای فعال، برای رسیدن به مرگ لازم است تا کامهای مثبتی برداشته شود و در اتنازای انفعالی باید اجازه دهیم تا فرد بمیرد.

ترجیح معتقدند که باید به زندگی انسانی که از بیماری لاعلاج رنج می‌برد پایان داد و بدین ترتیب او را از تحمل درد و عذاب بیشتر راحت کرد. چنین مرگی را مرگ شیرین نامیده‌اند. اگرچه این عمل از نظر قانونی بزه محسوب می‌شود اما موارد گوناگونی از آن به چشم می‌خورد که پزشک با موافقت بیمار دردمند محکوم به مرگ یا بستگان وی، اقدام به این عمل کرده و با اغماض بخشی از افکار عمومی جامعه روبرو شده است. تاکنون تعریفی از اتنازای یا قتل ترحم آمیز ارائه نگردیده، لیکن انواع و مصادیق آن را بر شمرده و به تبیین شرایط و ویژگی‌های آن پرداخته‌اند که آن را در دو بند به شرح ذیل مورد مطالعه قرار می‌دهیم.

۱- انواع قتل ترحم آمیز

اتنازای یا قتل ترحم آمیز بر دو نوع است: قتل ترحم آمیز فعال و قتل ترحم آمیز انفعالی که به تشریح آن می‌پردازد.

الف - قتل ترحم آمیز فعال

قتل ترحم آمیز فعال همانگونه که از عنوانش پیداست عبارتست از انجام اقداماتی صریح که به منظور پایان دادن به حیات بیمار صورت می‌گیرد و در تعریف آن می‌توان گفت: پایان دادن ارادی به حیات یک بیمار صعب‌العلاج توسط پزشک یا هر یک از اعضای کادر درمانی بنا بر تقاضای بیمار یا بستگان او.

برخی معتقدند باید به زندگی انسانی که از بیماری لاعلاج رنج می‌برد، پایان داد و بدین ترتیب او را از تحمل درد و عذاب بیشتر راحت کرد. چنین مرگی را مرگ شیرین نامیده‌اند. اگرچه این عمل از نظر قانونی بزه محسوب می‌شود، اما موارد گوناگونی از آن به چشم می‌خورد که پزشک با موافقت بیمار دردمند محکوم به مرگ یا بستگان وی، اقدام به این عمل کرده و با اغماض بخشی از افکار عمومی جامعه روبرو شده است!

درد او غیر قابل تحمل است تصمیم می‌گیرد تا از ادامه زندگی در این چند روزه چشم‌پوشد. بنابراین او و خانواده‌اش از پزشک معالج تقاضا می‌کنند تا هر چه زودتر به زندگی وی خاتمه دهد. یکی از راههایی که پزشک می‌تواند این خواسته را برآورده کند پایان دادن به حیات بیمار از طریق تزریق آمپولی مهلک است. اقدامی که با هدف حرفه پزشکی که نجات جان بیمار است کاملاً در تضاد است.

شاید مثال زیر بهتر بتواند موضوع را تبیین نماید. هنگامی که دکتر «ب» زایلیکر «ا» پنج‌ه ساله‌ای را که به کلیتیک محل کار او در هلند مراجعه کرده بود، معاینه می‌کرد، بلافاصله دریافت که بیمار مدت زمان زیادی زنده نخواهد ماند. سرطان از سینه او به استخوانها، کبد و ششهای او رسیده بود.

این پزشک هستنی تیار با دقت برای بیمار توضیح داد که قادر است با استفاده از داروهای خاصی، درد او را کاهش دهد و به وی پیشنهاد نمود تا در بیمارستان بستری شود. زایلیکر احساس کرد که بیمار او از این خط مشی هلند که به پزشکان اجازه می‌دهد تا به حیات بیماران محض خاتمه دهند، هراسناک است. بیمار به او گفت: «من کاتولیک هستم، اعتقادات مذهبی به من اجازه نمی‌دهد تا اتنازای را بپذیرم.

زایلیکر به زن بیمار اطمینان داد که از او مراقبت خواهد کرد؛ از این رو او دست آخر موافقت کرد تا در بیمارستان بستری شود. بیمار پس از ۲۴ ساعت معالجه با مرفین از درد نجات یافت و با وجود آنکه مدت زیادی به مرگش نمانده بود، آرام بود و می‌توانست با همسر و بستگان خود ملاقات کند.





مدتی بعد، پرستاری به منزل رایلیکز تلفن زد و خبر هولناکی را به او رساند. بعد از اینکه او بیمارستان را ترک کرده بود، پزشک دیگری وارد اتاق بیمار شده و از شوهر و خواهر او خواسته بود تا اتاق را ترک کنند. سپس دستور داده بود تا در مصرفی مرفین را افزایش دهند. اما این دستور را به صورت مکتوب در نیآورده بود. چند دقیقه بعد بیمار از دنیا رفت.

رایلیکز از پزشک خواست تا در این مورد توضیح دهد. پزشک به او گفته بود: تا زمان مرگ او حدوداً یک هفته باقی مانده بود. من به تخت او احتیاج داشتم. در اینجا همه شرایط اتانازی فعال فراهم است به جز رضایت بیمار یا بستگان او و همین شرایط موضوع را از جرگه قتل ترحم آمیز خارج و به قتل عمدی تبدیل می نماید. همچنین لازم به توضیح است که در قتل ترحم آمیز رضایت بیمار یا بستگان او باید قبل از اقدام اخذ شده باشد و رضایت بعد از قتل، گرچه ممکن است موجب تخفیف مجازات گردد اما موجبی برای انصراف قتل عمد به قتل ترحم آمیز نیست.

بنابراین در قتل ترحم آمیز فعال، قتل بنا بر تقاضای آزادانه بیمار و نزدیکان او انجام می شود.

ثانیاً، بیمار باید مبتلا به بیماری صعب العلاج و غیر قابل تحملی باشد که معالجه آن نائلاً، اقدام پزشک در اجرای قتل ترحم آمیز، فعل مثبت مادی است.

رابعاً، فاعل یا مباشر جرم در قتل ترحم آمیز، معمولاً پزشک، پرستار یا یکی از اعضا کادر درمانی هستند.

بر شمردن ویژگی ها و عناصر تشکیل دهنده اتانازی فعال از آن جهت اهمیت دارد که از نظر اصول و قواعد حاکم بر حقوق جزا، اتانازی فعال یا اتانازی انفعالی، انواع قتلهای عمدی و غیر عمدی و رها کردن تا لحظه مرگ متفاوت است که به تشریح آن خواهیم پرداخت.

ب- قتل ترحم آمیز انفعالی

قتل ترحم آمیز انفعالی عبارت است از خودداری از انجام هرگونه عملی که سبب زنده ماندن بیمار می گردد. در حالت انفعالی، دارودرمانی و یا هرگونه معالجه دیگری و یا دستگامی که به حفظ حیات بیمار کمک می کند، قطع می شود و یا پزشک از انجام عمل جراحی و یا اقدامات مشابه خودداری می کند و منتظر می ماند تا بیمار (بظور طبیعی) بر اثر ابتلاء به بیماری قبلیش جان خود را از دست بدهد.

تا قبل از اینکه پیشرفت های حاصل از تکنولوژی پزشکی، امکان زنده نگهداشتن بسیاری از بیماران مایوس و ناامید را با استفاده از ماسک اکسیژن، تغذیه وریدی و غیره فراهم نکرده بود، مسئله قطع مداوای بیمار از چنین اهمیت ویژه ای برخوردار نبود. حاصل این پیشرفت ها این است که پزشک معالج دیگر سعی نمی کند (تا حد امکان) بیمار را زنده نگه دارد؛ زیرا در این صورت، بیمارستان مأمول از دستجات انسانی می شوند که نگهداری آنها، از نقطه نظر بشر دوستانه بی ثمر و از نظر اجتماعی، فاجعه آمیز خواهد بود. برای مثال، بیماری صعب العلاج که مدت ها است در بیمارستان بستری است و به دستگاه وصل می باشد، همانند مبتلایان به مرگ مغزی که قلب به لحاظ اتصال به دستگاه فعال است ولی مغز بیمار از کار افتاده است. حال چنانچه پزشک معالج، بنا بر درخواست بستگان بیمار به این اعتبار که دیر یا زود، زمان مرگ

بیمار فرا می رسد و یا برداشتن دستگاه دلیلی بر پایان زندگی اوست، مبادرت به قطع یا برداشتن دستگاه نماید اتانازی انفعالی به وقوع پیوسته و یا بیمار در دپارتمنتی که مدت ها است از آنسولین استفاده می کند دچار

سرطانی لاعلاج گردد و پزشک معالج با توجه به حدوث سرطان، ادامه بیماری وی را بی نتیجه توصیف نماید و با رضایت اولیا، قانونی بیمار به منظور پایان دادن به درد و رنج او، ادامه درمان با انسولین بیمار را متوقف سازد و در نتیجه بیمار جان خود را از دست بدهد. اتانازی انفعالی به وقوع پیوسته است، هر چند نتیجه هر دو امر یعنی اتانازی فعال و انفعالی یکی است و نهایتاً منجر به مرگ بیمار می گردد، اما بسیاری از مردم از جمله پزشکان و حقوقدانان معتقدند که میان اتانازی فعال و انفعالی تفاوت اخلاقی فاحشی وجود دارد؛ زیرا به نظر آنها در حالت انفعالی، حقیقتاً پزشک کاری انجام نمی دهد. پزشک به راحتی از انجام هر عملی سرای می زند و بیمار در اثر قطع معالجه، بر اثر بیماری خود که قبلاً بدان مبتلا بود جان خود را از دست می دهد، در حالی که در اتانازی فعال، پزشکان کاری می کنند که زمان مرگ بیمار زودتر فرا رسد، در حقیقت آنها بیمار را به قتل می رسانند. بنابراین تفاوت میان اتانازی فعال و انفعالی، تفاوت میان انجام دادن و انجام ندادن یک عمل به منظور پایان دادن به حیات بیمار لاعلاجی است که برای نجات خود از رنج بیشتر درخواست مرگ کرده است. یعنی در واقع همان فعل یا ترک فعلی که در قوانین عرفی جرم تلقی می گردد.

اگر از زاویه ای محدود به آنچه روی می دهد بنگریم، این حقیقت آشکار می گردد که پزشک، شیعی درمانی و یا هرگونه معالجه دیگری را قطع می کند، از ادامه روش درمانی به پرستاران خودداری می کند و از انجام هرگونه عمل جراحی سرای می زند. اینها همه کارهایی است که پزشک انجام نمی دهد و در حقیقت می توان گفت که این تعریف درستی از اتانازی انفعالی است.

اکنون می توان این مسئله را با دقت بیشتری مورد بررسی قرار داد که چرا بسیاری از مردم تصور می کنند تفاوت اخلاقی فاحشی میان صورت فعال و انفعالی قتل ترحم آمیز وجود دارد. زیرا تصور می کنند که تزریق آمپول مهلک هوا به بیمار و کشتن وی از نظر اخلاقی بدتر از قطع دستگامی است که ادامه حیات بیمار به آن بستگی دارد. بیانیه انجمن پزشکان آمریکا نیز با ارائه تعریفی، پایان دادن ارادی به زندگی یک فرد توسط فرد دیگری را اتانازی فعال اعلام کرده است در حالی که این بیانیه اتانازی انفعالی و قطع معالجات بیمار را به منزله پایان دادن ارادی به زندگی بیمار نمی داند.

در نقد این نظر باید به خاطر داشته باشیم که وظیفه پزشک در قبال بیمار دقیقاً کمک کردن به اوست، یعنی همان کاری که پزشک موظف به انجام آن است. بنابراین، به نظر می رسد یک ناهمگونی کلی، میان وظیفه کمک کردن و وظیفه صدمه نرسانیدن در رابطه پزشک و بیمار در این تعریف وجود دارد و بطور کلی می توان گفت که آنچه به عنوان تعریف با خصوصیات اتانازی انفعالی در بیانیه انجمن پزشکان آمریکا ارائه گردیده بسیار نامعقول است و به هیچوجه با اصول اخلاقی و قواعد حقوقی سازگار نیست. زیرا از نظر اخلاقی هیچ تفاوت فاحشی بین اتانازی فعال و انفعالی وجود ندارد و اتفاقاً اگر هدف از اتانازی فعال، پایان بخشیدن به آلام روحی و جسمی بیمار صعب العلاجی است که در فاصله ای نه چندان دور حیاتش خانم می یابد و یک آمپول مهلک این فاصله زمانی را کم می کند، در اتانازی انفعالی که در واقع خودداری از ادامه شیعی درمانی یا قطع دستگامی است که ادامه حیات بیمار به آن وابسته است موجب رهایی بیمار تا لحظه مرگ می شود که باید روندی نسبتاً آرام و دردناک را پشت سرگذارد که این با هدف اولیه اتانازی که خاتمه درد و رنج بیشتر بیمار بود در تضاد است و این همان نکته ای است که برخی فلاسفه به آن تصریح کرده اند! پروفیسور جیمز راشل می گوید: به اعتقاد من در این مورد مناسبترین کار از نظر اخلاقی این است که آمپول رهاطولی تزریق کنیم که بیمار، بدون تحمل درد و رنج بیشتر ببرد. لازم به توضیح است که بیانیه انجمن پزشکان آمریکا تأثیر بسزایی بر روی قضای این کشور داشته است، زیرا علیرغم اینکه تعداد زیادی از پزشکان آمریکایی به اتهام قتل ترحم آمیز به صورت فعال تحت تعقیب قرار گرفته اند، اما عملاً هیچ پزشکی به اتهام حالات انفعالی قتل ترحم آمیز تحت پیگرد قرار گرفته است، زیرا بر خلاف نوع فعال قتل ترحم آمیز، حالت انفعالی آن یا رها کردن بیمار تا لحظه مرگ، از نظر قانونی کاملاً مجاز شناخته شده است.

۲- شرایط قتل ترحم آمیز

برای اولین بار در سال ۱۹۸۲، انجمن سلطنتی پزشکان هلند رسماً قتل ترحم آمیز را تصویب و در مورد چگونگی اجرای آن دستورالعملی صادر کرد. از جمله مواردی که در این دستورالعمل پیش بینی شده است اینکه بیمار باید مبتلا به بیماری غیر قابل تحملی گردد که مداوای آن غیر ممکن باشد، لازم است بیمار آزادانه تقاضای مرگ کند. هنگامی که بیمار چنین درخواستی دارد، پزشک باید قبل از انجام این کار با پزشک دیگری مشورت کند و سپس این مورد را به عنوان امر غیر طبیعی به مقامات محلی گزارش دهد. پزشکانی که معاف این دستورالعمل را رعایت نکنند به مجازات تا ۲ سال زندان محکوم خواهند شد. هدف از این دستورالعمل که به تصویب پارلمان هلند رسیده است، حمایت از بیمار اعلام شده است، لیکن خواهش امر نشان می دهد که این معاهده در حقیقت از پزشکان حمایت می کند. تحقیقی که توسط دولت هلند انجام گرفته است نشان می دهد که در سال ۱۹۹۵ تنها ۳۶۰ نفر بر اثر قتل ترحم آمیز جان خود را از دست داده اند. اما این تنها شامل مواردی بود که بیماران خود درخواست مرگ کرده بودند. این تحقیق ۹۰۰ مورد قتل ترحم آمیز که در آن بدون درخواست بیمار به حیات آن خاتمه داده شده است و حدوداً ۱۹۰۰ مورد مرگی که در آن پزشکان، مقدار مصرفی داروهای مسکن را با هدف مشخص تسریع در مرگ بیمار افزایش داده بودند در بر نمی گیرد.

یکی از چرمناسان هلندی می گوید: از آنجایی که قتل ترحم آمیز از نظر سیاسی بلاماعت است، دادستانها در اغلب موارد از اعمال مجازات در مورد آن خودداری می کنند. از سال ۱۹۸۱ تنها ۲۰ پزشک به دادگاه فراخوانده شده اند؛ نه تن از آنها محکوم شدند، شش تن دیگر به محکومتهای تعلیقی و سه تن دیگر تبرئه شدند.

از اواخر دهه ۱۹۸۰، یکی از پاتولوژیستهای اهل میشیگان به نام «جک کورریگان» که به پزشک مرگ مشهور است، پس از دیدار از هلند بر آن شد تا به حیات بیماران محترض پایان دهد. او در سال ۱۹۸۹ موفق شد اولین دستگاه اتانازی را اختراع کند. از آن زمان به بعد، کورریگان دست کم به حیات ۴۵ بیمار خاتمه داده است.

بسیاری از آن بیماران در حال احتضار نبودند، برخی نیز پس از معالیه توسط پزشک قانونی، هیچگونه نشانی از بیماری در آنها دیده نشده و تعدادی نیز معلولانی بودند که در صورت بهره وری از خدمات بیشتر ادامه حیات را برمیگزیدند.

به موجب قانون مربوط به اتانازی که به تصویب پارلمان هلند رسیده است، انجام قتل ترحم آمیز منوط به تحقق شرایط ذیل است:

- ۱- درخواست انجام قتل ترحم آمیز داوطلبانه و آزادانه از سوی بیمار مطرح شده باشد.
- ۲- بیمار نسبت به موضوع، اطلاعات کافی و آگاهانه لازم بدست آورده باشد.
- ۳- بیمار از رنجی غیر قابل قبول و ناامید کننده در عذاب باشد.
- ۴- هیچ راه حلی قابل قبولی جهت معالجه و درمان بیمار وجود نداشته باشد.
- ۵- پزشک باید قبل از انجام قتل ترحم آمیز، با پزشک دیگری مشورت کرده باشد.
- ۶- به علاوه لازم است که پزشک، این مورد را به عنوان امر غیر طبیعی به مقامات



محلی گزارش دهد. تحقیقات نشان داده است که قریب به ۷۸ درصد از مرگ و میرها در هلند، نتیجه قتل ترحم آمیز، ۶۳ درصد نتیجه کمک به خودکشی می باشد. همچنین به موجب این تحقیقات ۷۸ درصد از مرگ و میرها در هلند، به دنبال فعلی روی داده که مسبب خاتمه حیات فرد گردیده ولی براساس درخواست صریح بیمار نبوده است.

در ۵۹ درصد این موارد، پزشک اطلاعاتی در مورد خواست بیمار داشته و در ۸۶ مورد، چند ساعت تا یک هفته از عمر بیمار کاسته شده است.^{۱۵}

در سال ۱۹۹۵، ایالت شمالی استرالیا، اولین جایی بوده که قتل ترحم آمیز را در این کشور مجاز اعلام کرد. به موجب قانون مربوط به حقوق بیماران در حال احتضار^{۱۶} مصوب سال ۱۹۹۵ که در تاریخ اول جولای ۱۹۹۶ به مرحله اجرا درآمد. به بیمار در حال احتضاری که در درد رنج و یا عذاب برای وی غیر قابل تحمل است اجازه می دهد تا برای پایان دادن به زندگی از کمکهای پزشکی استفاده کند.

بیماری مهلک یا لاعلاج، براساس این قانون اینچنین تعریف شده، بیماری لاعلاجی که براساس قضاوت معقول و متعارف پزشکی،

در جریان عادی خود، بدون استفاده از اقدامات فوق العاده یا درمانی که از نظر بیمار غیر قابل قبول است، به مرگ بیمار منجر شود.^{۱۷}

پزشکی که از وی درخواست می شود تا به بیمار درخاتمه دادن به حیاتش کمک کند، می تواند به بیمار کمک کند، مشروط بر اینکه، برای ارائه این کمک، شروط مقرر در قانون مربوط به حقوق بیماران در حال احتضار را رعایت نماید. یا بتواند ارائه کمک به بیمار به هر دلیل یا در هر زمانی وارد کند.

اعضاء پاداش یا هرگونه وجهی به جز پرداخت پولی که در قبال ارائه خدمات پزشکی پرداخت می شود یا تهدید پزشکی و دیگر پرسنل درمانی به محروم کردن آنها از پاداش یا وجهی در رابطه با کمک یا ممانعت از کمک کردن به بیمار، در جهت خاتمه دادن به حیات وی جرم محسوب می شود. دریافت یا قبول هرگونه پاداش و یا استفاده از هرگونه مزایایی که از سوی فردی که قول این پاداش یا وجهه به او داده شده، ممنوع است. ارائه کمک پزشکی به بیمار جهت خاتمه دادن به حیات وی تنها در صورتی مجاز است که شرایط ذیل رعایت شده باشد:

۱. بیمار ۱۸ سال یا بیشتر داشته باشد.
۲. پزشک با دلایلی موجه متقاعد شده باشد که وضعیت بیمار در جریان عادی خود و بدون استفاده از اقدامات فوق العاده نیز به مرگ وی منجر می شود و هیچگونه معالجه ای که بتواند به بهبودی بیمار بینجامد مقصور نباشد و قتل ترحم آمیز سبب رهایی بیمار از درد و رنج می گردد و باعث می شود که او در آرامش و به راحتی چشم از جهان فرو بندد.
۳. دو پزشک دیگر که با پزشک اول یا محل کار او در ارتباط نباشند بیمار را معاینه و تایید نمایند که بیمار به یک بیماری مهلک و لاعلاج مبتلاست و مرگ نتیجه طبیعی این بیماری است، نتیجه ای که پزشک اول نیز باید پیش بینی کرده باشد.

یکی از این پزشکان باید از شرایط و تجربه لازم در درمان آن بیماری صعب العلاج یا لاعلاج برخوردار باشد و پزشک دیگر باید روان پزشک واجد شرایط باشد و گواهی کند که بیمار به افسردگی بالینی قابل درمان و ناشی از بیماری مبتلا نیست.

۴- بیماری درد و رنج شدیدی برای بیمار به همراه داشته باشد.

۵- پزشک باید بیمار را از مابین بیماری و جریان احتمالی آن و درمان و معالجه از جمله مراقبت، مشاوره و حمایت روانی و اقدامات فوق العاده ای که جهت زنده نگه داشتن بیمار انجام می شود و دسترسی بیمار به آنها امکان پذیر است مطلع گرداند.

۶- بیمار پس از اطلاع از این مسائل، تصمیم خود را مبنی بر خاتمه دادن به زندگی نزد پزشک بیان نماید.

۷- پزشک متقاعد شده باشد که بیمار از تاثیرات احتمالی تصمیم خود بر خانواده اش مطلع است.

۸- پزشک به دلایل منطقی متقاعد شده باشد که بیمار از سلامت روانی برخوردار است و تصمیم او آزادانه و داوطلبانه گرفته شده است.

۹- بیمار با نمایندگی قانونی وی در عرض هفت روز پس از اعلام تمایل، مبنی بر خاتمه دادن به زندگی نزد پزشک، باید رضایت خود را به صورت فرمی که از قبل تهیه شده است تکمیل و اعلام نموده و برای خاتمه دادن به زندگی درخواست کمک نماید. ۱۰- گواهی درخواست باید به تایید پزشکی که لازم است اظهارنامه این گواهی را تکمیل کند، برسد.

۱۱- یک پزشک دیگر باید گواهی درخواست را در حضور بیمار و پزشک اول امضا کند. این کار هنگامی صورت می گیرد که وی در مورد این موضوع با پزشک اول و بیمار گفتگو کرده باشد و به استناد دلایل موجه متقاعد شده باشد که این گواهی درست است و بیمار از سلامت روانی برخوردار می باشد و تصمیم وی مبنی بر خاتمه دادن به حیات آزادانه و داوطلبانه و پس از ملاحظاتی و شرایط لازم اتخاذ شده است. ۱۲- چنانچه حضور مترجم لازم باشد، ضروری است که گواهی درخواست به امضای مترجم نیز برسد و او تایید کند که بیمار قادر به فهم و درک درخواست کمک بوده است.

۱۳- نباید دلینی وجود داشته باشد که به استناد آن این تصور ایجاد شود که پزشک امضاء کننده گواهی یا یکی از خویشاوندان یا وابستگان نزدیک وی به طور مستقیم یا غیرمستقیم در نتیجه مرگ بیمار، از منفعت مالی یا منفعت دیگری برخوردار خواهد شد. البته این منفعت وجه معنوی را که در قبال خدمات حرفه ای بر پرداخت می شود شامل نمی گردد.

۱۴- دست کم باید ۲۸ ساعت از امضاء گواهی گذشته باشد.

۱۵- بیمار نزد پزشک نباید به صورتی نشان دهد که دیگر تمایلی به خاتمه دادن به حیاتش را ندارد.

۱۶- پزشک باید این کمک (اتانازی) را خود ارائه دهد و به هنگام ارائه کمک تا زمان خاتمه حیات بیمار حضور داشته باشد.

در صورت تحقق شرایط فوق، کمکی که بر اساس این قانون ارائه شده نوعی درمان تلقی می گردد و پزشک از مسئولیت کیفری و مدنی میری است.^{۱۸}

در کشورهای دیگری که قتل ترحم آمیز مجاز اعلام شده و ناقد وصف جزایی است، تقریباً مقررات مشابهی وجود دارد که به منظور جلوگیری از افراط کلام از بیان آن خودداری می گردد.

بخش دوم: مطالعه تطبیقی قتل ترحم آمیز

همانگونه که اشاره کردیم قطع نظر از ایجاد فلسفی و اخلاقی قتل ترحم آمیز، در نظام های حقوقی مختلف، رویکردهای متفاوتی نسبت به این نوع قتل وجود دارد. در برخی کشورهای از جمله هلند، بلژیک، دو ایالت از ایالات متحده آمریکا و در ایالت شمالی استرالیا، قتل ترحم آمیز را مجاز اعلام کرده اند. برخی کشورها نیز آن را جرم خاصی فرض کرده اند و مجازات خفیف تری نسبت به مجازات قتل عمدی برای آن قائل شده اند که سوئیس، ایتالیا و آلمان از آن جمله اند که در دو میث آن را مورد بحث و بررسی قرار می دهند.

۱- قتل ترحم آمیز از حیثگاه حقوقی غربی

امروزه در کشورهای چون انگلیس، آمریکا، کانادا و بسیاری از کشورهای اروپایی، آسایشگاههایی به منظور کنترل و کاهش درد دایر شده اند. در آمریکا حدود ۳۰۰۰ آسایشگاه وجود دارد و در سال ۱۹۹۶، بیش از ۴۵۰۰۰۰ نفر از خدمات این آسایشگاهها بهره مند شده اند. انگلیس نیز دارای ۲۷۰ آسایشگاه ۳۰۶۸ تخت است، اما همد تقریباً شش آسایشگاه مستقل با ۳۶ تخت دارد. شاید علت آن باشد که دکتر زلیبک می گوید: مسافانه هندیها قتل ترحم آمیز را قبل از کاهش درد کشف کردند و من این توانایی را دارم تا با این روش انسان دوستانه به بیماران کمک کنم.^{۱۹}

در سال ۱۹۸۲ برای اولین بار در جهان، انجمن سلطنتی پزشکان هلند رسماً تجویز قتل ترحم آمیز را تصویب و در مورد چگونگی اجرای آن دستورالعملی صادر کرد. دستورالعملی که بعداً به تصویب پارلمان هلند رسید و شرایط انجام قتل ترحم آمیز را تعیین کرد. اقدامات جک کورریگان در دهه ۸۰ میلادی در آمریکا که به پزشک مرگ مشهور شد، به مرگ دههانی از بیماران لاعلاج و در حال احتضار منجر شد. بیمارانی که برخی از آنها بنا بر اظهار نظر پزشک قانونی در حال احتضار نبودند، وی سوزهای خود را از ایالات مختلف جمع آوری و آنها را به ایالتی می برد که آنان را در آنجا مجاز اعلام شده بود و به حیات آنها خاتمه می داد. در ایالت شمالی استرالیا نیز در سال ۱۹۹۵ قانون مربوط به حقوق بیماران در حال احتضار تصویب شد و در اول جولای ۱۹۹۶ به مرحله اجرا درآمد.

مزایای این قانون نسبت به قوانین مربوط به قتل ترحم آمیز دیگر کشورهای است که این عمل را مجاز اعلام کرده اند این است که علاوه بر تعریف بیماری مهلک و لاعلاج، شرایط دشوارتر و سختگیرانه تری در مورد انجام قتل ترحم آمیز پیش بینی کرده است.

تصویب این قانون در سرتاسر استرالیا، واکنشهای وادار انگیزید. در دیوان عالی ایالت شمالی نیز بحثهایی مطرح شد که با توجه به عدم توافق دولت مرکزی، اعتبار این قانون را مورد سؤاال قرار می داد. اما این نظر در اقلیت قرار داشت. انهایی که منظور لغو قانون مربوط به قتل ترحم آمیز، طرحی به وسیله یکی از نمایندگان مجلس استرالیا به مجلس شورای قانون دولت خودمختار ایالت شمالی و جلوگیری از تصویب چنین قوانین در دیگر ایالات استرالیا بود.

علیرغم مخالفت هایی که با این قانون صورت گرفت، رسانه های گروهی استرالیا در اواخر سپتامبر ۱۹۹۶ گزارش دادند که به حیات اولین بیمار براساس قانون مربوط به قتل ترحم آمیز پایان داده شده است.

با توجه به مراتب فوق می توان گفت که از خصوصیات قتل های ترحم آمیز این است که اولاً، این قتل های عیاشت بشایر درخواست و رضایت مجنی علیه انجام شده باشد تا در زمره قتل های ترحم آمیز تلقی گردد.

ثانیاً، قانونگذار این کشورها شرایطی جهت تحقق قتل ترحم آمیز پیش بینی نموده که می بایست رعایت گردد.

عطف داران اتانازی هم اکنون در پاره ای دیگر از کشورهای اروپایی و آمریکایی در تلاشند تا اینگونه قتلها را از قلمرو حقوق کیفری خارج کنند.

بنابراین در اکثر نظامهای حقوقی دنیا، قتل ترحم آمیز تفاوتی با سایر قتلها ندارد، لیکن در تعداد معدودی کشورها، همانگونه که اشاره شد، قتل ترحم آمیز فاقد جنبه جزایی است و در پاره ای از کشورها مانند سوئیس، آلمان و ایتالیا اینگونه قتل ها از مجازات خفیف تری برخوردار است.

ماه ۲۱۶ قانون جزای آلمان در این زمینه مقرر می دارد: کسی که بر حسب تقاضای جدی و صریح مجنی علیه مرتکب قتل عمد شود به حسب



تأدیه‌ی که از سه سال کمتر نباشد محکوم خواهد شد.^{۲۰}
و به موجب ماده ۱۱۴ قانون جزای سونیس کسی که بر حسب تقاضای جدی و فوری شخصی او راه قتل برساند به حبس تأدیه محکوم خواهد شد.^{۲۱}

همچنین ماده ۵۷۹ قانون جزای ایتالیا تحت عنوان قتل شخص راضی مقرر می‌دارد: کسی که با رضایت شخصی، موجب مرگ وی گردد به حبس از ۱۵ تا ۱۶ سال محکوم خواهد شد.^{۲۲}

در نظام حقوقی فرانسه، قتل ترحم‌آمیز همانند اکثر کشورها جرم می‌باشد و اقدام اخیر پرستاری در ارتکاب چندین ققره قتل ترحم‌آمیز در یکی از بیمارستانهای حومه پاریس، موج مخالفت و واکنش افکار عمومی و رسانه‌های گروهی این کشور را برانگیخت.^{۲۳}

ماده ۲۰ کدهای اخلاق پزشکی مصوب سال ۱۹۹۱ این کشور در این زمینه مقرر می‌داشت: پزشک مکلف به حفظ سلامتی بیمار می‌باشد و حق ندارد به حیات بیمار خاتمه بخشد.^{۲۴}

و ماده ۳۸ کدهای اخلاق پزشکی این کشور که در ۲۱ مه ۱۹۹۷ اصلاح گردید در این زمینه مقرر می‌دارد: پزشک معالج باید با اقدامات مناسب کیفی و تقسیم‌بندی و درمان بیمار، وی را تا آخرین لحظه زندگی همراهی کند و با حفظ شئون بیمار، اطرافیان را آذیناری دهد. همچنین پزشک حق ندارد عمداً موجبات مرگ بیمار را فراهم آورد.^{۲۵}

۲- قتل ترحم‌آمیز از دیدگاه حقوق اسلامی توجه به رویکردهای متفاوتی که در برخی کشورها نسبت به قتل ترحم‌آمیز وجود دارد این سؤال مطرح است که در حقوق اسلامی چه رویکردی نسبت به قتل ترحم‌آمیز وجود دارد و دیدگاه فقهای اسلامی اعم از فقهای عامه و امامیه در این باره چیست؟^{۲۶}

در شریعت اسلام، حفظ حیات انسان واجب است و قتل آدمی و ازهاق نفس او شرک به خداوند و یکی از بزرگترین گناهان و از شیع‌ترین اعمال شمرده شده است.^{۲۷}

فقهای اسلامی در این باره می‌گویند: حرمتی که در قتل وجود دارد با رضایت مقتول از بین نمی‌رود، زیرا مالک حقیقی انسان خداوند است و آدمی نمی‌تواند نسبت به حیات خود تصمیم بگیرد.^{۲۸}

می‌دانیم که کمک گرفتن از پزشک برای قتل یک انسان با طبیعت حریفه پزشکی منافات دارد، زیرا هدف حریفه پزشکی دفع درد و رنج از بیمار و کمک به بهبودی سلامتی اوست و این هدف متعالی است که پزشک را به سعی و تلاش و تکاپو و می‌داند تا همه هم و غم خویش را برای معالجه و درمان بیمار به کار بندند. به همین دلیل شریعت اسلام، علم را به دو دسته اساسی تقسیم کرده است علم طبابت و علم ادیان^{۲۹} و حتی علم طبابت را بر علم ادیان مقدم داشته است.

لذا با توجه به مراتب فوق، این سؤال مطرح می‌شود که چنانچه بیمار صعب‌العلاج یا لاعلاجی که هیچ امیدی به بهبودی و نجات او نیست و حتی تکنولوژی نوین و امکانات پیشرفته پزشکی راه حلی برای نجات این بیمار پیش رو نمی‌نهد و بیمار از درد و رنج جانگناه و غیرقابل تحمل در خود می‌پیچد و ملتطمسانه از پزشک معالج و اطرافیان می‌خواهد که به حیات او خاتمه دهند آیا پزشک مجاز به انجام چنین اقدامی هست یا خیر؟ و اگر پزشک معالج، با انگیزه بشری دوست‌تانه حس ترحم‌آمیز با تزریق

آپیول مهلکی به حیات بیمار خاتمه دهد یا از ادامه معالجه امتناع ورزد و یا مبادرت به خاموش کردن دستگاهی نماید که بیمار به آن وصل است و تلاوم حیات او به آن وابسته است آیا در چنین وضعیتی، انگیزه بشری دوست‌تانه و حسن ترحم‌آمیز پزشک، تأثیری در مسئولیت وی خواهد داشت یا اینکه اقدام او در زهره قتل عمد و منسوج مجازات‌مقرر قانونی آن است؟ در این باره همه فقهای اسلامی اتفاق نظر دارند که اذن بیمار به پزشک به منظور خاتمه حیات او، گرچه ممکن است در عقوبت او موثر باشد، اما گناه او را ساقط نمی‌کند و عمل او را مشروع و میباح نمی‌سازد، زیرا این عمل حرام است و با رضایت بیمار مشروع و حلال نمی‌شود و پزشک حق ندارد به این کار اقدام نماید.^{۳۰}

بنابراین، فقها در میزان تأثیر رضایت و اذن بیمار به پزشک یا یکدیگر اختلاف نظر دارند. در میان فقهای عامه برخی مانند مالکیه و ابن حزم گفته‌اند که رضایت بیمار در سقوط مجازات پزشک هیچ تأثیری ندارد، زیرا اذن بیمار یک اذن باطل است و باعث میباح شدن عمل پزشک نمی‌گردد، برخی نیز مانند حنفیه، رضایت بیمار در عقوبت پزشک را موثر دانسته‌اند.^{۳۱}

در مذهب مالکیه نسبت به تأثیر رضایت بیمار در قتل ترحم‌آمیز و ثبوت یا سقوط قصاص شبهه وجود دارد.^{۳۲}

اما برخی فقهای عامه نیز رضایت بیمار در سقوط قصاص و دیه را موثر دانسته‌اند، مانند حنابله، البته قول صحیح در مذهب شافعی نیز همین است.^{۳۳}

غالب فقهای اهل سنت که بر این نظر هستند علت سقوط قصاص را عارض شدن شبهه ناشی از رضایت می‌دانند، لیکن پرداخت دیه را لازم می‌دانند.^{۳۴}

در میان فقهای شیعه نیز در این خصوص اختلاف نظر وجود دارد. عده‌ای از فقهای معتقدند که انسان تسلطی بر اتلاف نفس خودش ندارد و در این مورد اذن او مانند اذن در اتلاف اموال نمی‌باشد و عموماً اذله قصاص دلالت بر این دارد که قاتل در صورت مطالبه اولیاء دم قصاص خواهد شد.^{۳۵}

عده‌ای از فقهای معتقدند که انسان تسلطی بر اتلاف نفس ندارد و در این مورد اذن او مانند اذن در اتلاف اموال نمی‌باشد و عموماً اذله قصاص دلالت بر این دارد که قاتل در صورت مطالبه اولیاء دم قصاص خواهد شد.^{۳۶}

از طرفی، برخی دیگر از فقهای امامیه معتقدند که رضایت مجنی علیه قصاص را از بین می‌برد، چون با اذن در قتل، حق خود را ساقط کرده است و وراثت نیز حق مطالبه قصاص ندارد.^{۳۷}

در مقابل این نظریه، عده‌ای از فقهای بر این باورند که حق قصاص و دیه قبل از مرگ مقتول ایجاد نگردیده که او مالک آن باشد و بتواند آن را اسقاط نماید و بعد از مرگ هم که میت نمی‌تواند مالک آن دو گردد.^{۳۸}

در پاسخ به این اشکال عده‌ای گفته‌اند: آنطور که از اذله مستفاد می‌گردد، قصاص اولاً و بالذات حق مقتول است و با اذن به ورثه منتقل می‌گردد و با توجه به اینکه بر اذن پزشک توسط بیمار نسبت به مرگ حاصل از طبابت، همچنان که نص و اجماع بر آن دلالت دارد، در صحیح می‌باشد و از طرفی دیه نیز در واقع بدل قصاص است، بنابراین چون حق دیه به بیمار و اذکار گردیده لذا حق دارد نسبت به قصاص نیز تصمیم بگیرد. پس اسقاط قصاص، نیز مانند اسقاط دیه صحیح خواهد بود. علاوه بر این اصل بر اذن است و طبق قاعده 'درأه' با وجود شبهه، مجازات از بین می‌رود و بدین ترتیب اشکال فوق وارد نیست.^{۳۹} در نتیجه می‌توان گفت آنچه از فتوای فقهای، مستفاد می‌گردد اینست که قتل بیمار و اذن و رضایت وی و با انگیزه خیرخواهی و ترحم‌داری دو جنبه تعرض به حق الله و حق الناس می‌باشد و اگر چه ممکن است جنبه حق الناس آن قصاص و دیه است با رضایت مجنی علیه یا اولیاء دم ساقط گردد، اما حرمتی که در قتل وجود دارد با رضایت مقتول از بین نمی‌رود و عمل به عنوان یک معصیت و حرام باقی است و با رضایت بیمار مشروع و حلال نمی‌شود.^{۴۰}



پی‌نوشتها:

1. Euthanasia
۲. دکتر نجفی ابرنآبادی، علی حسن، جرم‌شناسی زرزپیکا، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی ۱۳۷۰، پاورقی ص ۱۳.

3. Actify
4. ben Zylizc

۵. به نقل از مجله Reader's Digest (شماره U.S.A) ۷۹۹۱ ص ۲۲.

6. Passif
7. Frederic - jerome pansier et Alain Garay, Le medecine Le patient et Le droit, ENSP, 1999, p. 146.

۸. دکتر آنتونی شاو، مقاله دکتر، آیا راهی پیش رو داریم؟ صص ۴۴-۴۵، به نقل از مجله نیویورک تایمز، شماره ۳۰ ژانویه ۱۹۷۲.

9. Euthanasia, killing, and Letting Die, james Rachels, Departement of philosophy, university of Alabama, Birmingham. P.15.
10. Ibid, p. 25.
11. Euthanasia, killing.

۱۲. به نقل از مجله Reader's Digest (شماره U.S.A) ۷۹۹۱ صص ۹۳-۹۲.

13. jack Kevorkian
۱۴. جهت مطالعه بیشتر رجوع کنید به: مقاله سوم جلد ششم سلسله مباحث حقوق پزشکی تحت عنوان مجوز قتل، انتشارات حقوقی، ۱۳۸۲.
۱۵. بیست و بیلتا، حقوق و پزشکی، ص ۳۳۶.

16. Right of terminally ILL ACT.
17. signer P. the legalisation of voluntary euthanasia in the north territory, Bioethics. October 1995, vol 9, no 5 p. 419.
18. Ibid

۱۹. برایان ایدس، مجوز قتل، مقاله سوم کتاب قتل ترحم‌آمیز، ص ۹۳.

20. K. Schank et MSchooyans, Euthansia, Sament. p. 78
۲۱. دکتر معتمد، محمدعلی، حقوق جزای عمومی، انتشارات دانشگاه تهران، ص ۱۳۷

22. Frederic, Jerome Pansier et Alain Garay, le medecine le patient et le droit , ENSP 1999, P 154.

23. Code de deontologie medicale, Journal officiel de la republique, P 38.

۲۴. والذین لایدعون مع الله آنها آخرو لا یقتلون ان النفس التي حرم الله.

۲۵. العلم علمان: علم الابدان و علم الادیان.

۲۶. عده: عبدالقادر، الشریع الجنائی الاسلامی مقارناً بالقانون الوضعی، ج ۱، بیروت، ۱۴۰۵-۲۰۰۴، ص ۴۴۱.

۲۷. آل شیخ مبارک، قیس بن محمد، حقوق و مسئولیت پزشکی در آیین اسلام، ۱۳۷۷، ص ۳۹۰.

۲۸. عبدالقادر عوده، همان.

۲۹. آیت الله العظمی خونی، سید ابوالقاسم، مبانی تکمله المنهاج، ج ۲، مطبعه الادیاب، ۱۹۷۶ م، ص ۱۶.

۳۰. محقق حلی، شرایع الاسلام، ترجمه دکتر ابوالحسن محمدی، کتاب قصاص، مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۶۲، ص ۲۲.

۳۱. آیت الله الحسینی الشیرازی، سید محمد، الفقه- کتاب القصاص، دار القرآن الحکیم، قم، ص ۳۶.

۳۲. ماده ۵۴ قانون حدود و قصاص مصوب سال ۱۳۶۱ مقرر می‌داشت: با عفو مجنی علیه قبل از مرگ، حق قصاص ساقط نمی‌شود و اولیای دم می‌توانند پس از مرگ او قصاص را مطالبه نمایند.