

# اهدای گامت

تنظیم: رضا ایران مهر

**کمیسیون ماهانه حقوقی و قضایی آموزش دادگستری استان تهران هر ماه پذیرای یکی از اساتید مبرز یا موضوعی مشخص می‌باشد، این بار در کمیسیون ماهانه میزبان دکتر محقق داماد بودیم که مطالب ایشان را مرور می‌کنیم.**

♦♦♦

ای کاش فرصت بود که همیشه در این جلسه شرکت می‌کردم. گاهی قوانینی در کشور ما تصویب می‌شود به دلیل آنکه در قانون اساسی مسئله دادن طرح آمده به دلیل ناخوشی بدتصویب شدن، بار آن بر دوش قوه قضائیه قرار می‌گیرد. به خاطر دارم که قانون اهدای جنین را برای اظهارنظر به من ارائه دادند، به آن اشکالاتی وارد کردم. چون پیش‌بینی می‌شد برای دستگاه قضایی ایجاد مشکل می‌کند. در گزارشی که می‌دهم مشخص می‌شود که چقدر مشکل در این خصوص داریم. مسئله ناباروری یک معضل است. علاقه به داشتن فرزند در جامعه ما خوشبختانه بسیار زیاد است و این برخلاف کشورهای غربی است که به فکر داشتن بچه نیستند. علیرغم اینکه در کشورهای غربی که علاقه به باروری ندارند ولی قوانین منظمی برای آن نوشته‌اند. قانون انگلیس ۵۰ ماده دارد و به تمام فروعات اشاره کرده و هیچ ابهامی برای قضات باقی نگذاشته و بسیار جامع است. قانون استرالیا در سال ۱۹۹۵ تصویب شد و همچنین قانون ناباروری فرانسه که هر دو بسیار جامع‌اند اما کشور ما یک قانون ۵ ماده‌ای تصویب کرده و مشکلات آن را برای قوه قضائیه گذاشته است. برای این قانون آیین‌نامه‌ای تصویب شده که بسیاری از مواد آن خلاف قانون است و این بسیار شگفت‌انگیز است. بارور کردن یک نابارور از دو راه ممکن است: ۱- با تلقیح در رحم زن نابارور یا کسی که شوهرش نابارور است که نطفه را در رحم این زن تلقیح می‌نمایند. ۲- جنین در خارج از رحم تشکیل شود، بعد از آن این جنین را داخل رحم زن وارد کنند که با خود نابارور است یا شوهرش و یا هر دو. قانون‌گذار از نوع اول که عملی‌تر است طفره رفته و به نوع دوم پرداخته است و اصولاً نسبت به نوع اول ساکت است. اما جالب این است علی‌رغم تصویب قانون پزشکان نوع اول را که در قانون به آن اشاره نشده انجام می‌دهند. این قانون در سال ۱۳۸۲ با عنوان انجوه اهدای جنین به زوجین نابارور تصویب شده است و به موجب ماده یک این قانون، کلیه مراکز تخصصی درمان ناباروری ذی‌صلاح، مجاز خواهند بود با رعایت ضوابط شرعی و شرایط مندرج در این قانون، نسبت به انتقال جنین‌های حاصله از تلقیح خارج از رحم زوج‌های قانونی و شرعی پس از موافقت زوجین صاحب جنین به رحم زانی که پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشکی، ناباروری آنها - هر یک به تنهایی یا هر دو - به اثبات رسیده اقدام نمایند.

در این قانون، شرایط مشترکی برای زوجین اهداکننده و زوجین گیرنده اهدا (اهدا شوند)، پیش‌بینی شده و سپس شرایط اختصاصی را معین نموده، سپس تشخیص این شرایط را بر عهده دستگاه قضایی قرار داده است.

در ماده ۳ این قانون به وظایف زوجین اشاره شده و در ماده ۴ بررسی صلاحیت را بر عهده دادگاه خانواده نهاده است. بار مشکلاتی را که این قانون به بار می‌آورد بسیار زیاد است که آنها را بیان می‌کنم.

۱- قانون ایران برخلاف قانون برخی کشورهای دیگر برای اهداکنندگان جنین یا سلول‌های جنسی محدودیتی از نظر سنی، دفعات اهدا و... ایجاد نموده در صورتی که در کشورهای دیگر این مسئله محدود شده است.

۲- قانون‌گذار از زوج‌های شرعی و قانونی و با رعایت ضوابط شرعی صحبت به میان آورده است اما منظور از ضوابط شرعی چیست؟ مگر به این شکل می‌توان قانون تصویب کرد؟ این برداشت از مشروعیت است که معیار شرعی را هر کس خود تشخیص دهد. مجرم یا نامحرم بودن ملاک است یا منظور دیگری در آن مستتر است؟

۳- تابعیت جنین مشخص نمی‌باشد و قانون توضیحی در این ارتباط ارائه نداده است. (تابعیت جنین خارجی است یا ایرانی؟)

۴- پزشکی که این کار را می‌کند چه ویژگی‌هایی باید داشته باشد؟ پزشک زنان یا هر پزشک دیگری؟

۵- در مورد اهداکننده و اهداگیرنده شرط عدم اعتیاد به مواد مخدر آورده شده و این در حالی است که در انگلیس، فرانسه و استرالیا علاوه بر مواد مخدر به اعتیاد به الکل نیز اشاره شده است ولی قانون‌گذار اسلامی به این موضوع توجهی نداشته است. مواد مخدر تعریف دارد. الکل جزء مواد مخدر نیست یعنی در کشورهای دیگر الکل نیز نمی‌تواند بچه بگیرد که آنها به خاطر تاثیر الکل بر جنین به آن توجه کرده‌اند ولی قانون‌گذار ما هیچ توجهی به آن نداشته است.

۶- در آیین‌نامه آمده است: الف - زوجین بنا به گزارش معتبر پزشکی امکان بچه‌دار شدن نداشته باشند. ب - زوجین دارای صلاحیت اخلاقی باشند. ج - زوجین محجور نباشند. د - زوجین



مثلاً به بیماری صعب‌العلاج نباشند. و - معنای به مواد مخدر نباشند.

زوج‌های اهداکننده دارای شرایط: الف - علقه و رابطه فامیلی ب - سلامت متعارف جسمی و روانی و ضریب هوشی بالا باشد. مسئله این است که آیین‌نامه چه حقی دارد ضریب هوشی را اضافه کرده است مگر ما هیتلریم؟ هیتلر بچه‌های کم‌هوش را می‌کشت. این حرف خیلی بدی است که در جمهوری اسلامی آیا آدم‌های کم‌هوش حق ندارند بچه‌دار شوند؟ این خلاف خود قانون است که در قانون به هوش به عنوان یک شرط اشاره نشده است. قانون در موارد ذیل ساکت است:

اولاً اسم اهدا را بر آن نهاده است. در کجای قانون مدنی به آن اشاره شده است؟ این کدام نهاد است؟ صلح بلاعوض است؟ هبه است؟ اگر از قضات بپرسند جواب می‌دهند این که بلاعوض است. دو راه دارد یا باید صلح بلاعوض باشد یا بایستی هبه باشد. اما اهدا نهاد جدیدی است که تاسیس شده است. آیا این اهدا باید بلاعوض باشد یا می‌تواند با عوض باشد؟ یعنی اگر اهدا با عوض معین شد و دادخواست داد که من طی قراردادی جنین خود را در قبال مبلغ ۱۰ میلیون تومان به خواننده دادم دادگاه چه باید بکند؟ آیا این قرارداد باطل است چون قرار بوده اهدا بلاعوض باشد؟ زیرا قانون ساکت است. اشکال را من می‌دانم در کجاست. اشکال در ابهاماتی است که در مقولات فقهی و حقوقی می‌باشد. آیا اصلاً اعضای بدن، جنین، نطفه، مالیت دارند؟ آیا می‌شود آن را فروخت؟ عده‌ای از فقها می‌گویند آری به دلیل حق‌الاختصاص اما عده‌ای از فقها می‌گویند خیر اینها مالیت ندارد و حق‌الاختصاص وجود ندارد. در غرب نیز این اختلاف هست. کانت فیلسوف معروف که بهترین نظرات را در مباحث اخلاقی دارد اینگونه ابراز داشته:

**«The part of my body not mine»**

ترجمه: «اعضای بدن من، من است نه مال من» و معتقد است که اعضای بدن مالیت ندارند. بسیاری از مباحثی که در حقوق سنتی ما یعنی در فقه مورد گفت‌وگو است مثل عمل حر یا خسارت معنوی تبدیل آن به مال مورد اختلاف است، به مراتب این اختلاف در سراسر نظام‌های حقوقی وجود دارد. حتی در بین فلاسفه حقوق این اختلافات شدیدتر است. بسیاری از صاحب‌نظران اعتقاد دارند شخصیت بشری انسان اگر آسیب ببیند بسیار مهمتر از آن است که انسان با مال معامله کند. لذا تبدیل خسارت آبرویی به مال را قبول ندارند. همین بحث را فقهای ما به گونه‌ای دیگر مطرح کرده‌اند. فقهای ما برای عمل حر قبل از اجاره ارزشی قائل نیستند. اگر کسی وقت آدم آزاده‌ای را گرفت اگر این وقت در استیجار کسی نیست نمی‌توان گفت که حیوان از او از بین رفته است چرا که انسان آزاد است، مال نیست. پس کارش نیز مال نیست. حیوان مال است و کارش نیز مالیت دارد. در قضیه اعضای بدن نیز عیناً همین مطلب صادق است. فلاسفه حقوق اعتقاد دارند اعضای بدن را نمی‌توانیم برایش مالیت قائل شویم. اعضای بدن بالاتر از ارزش است. در فقه ما اعضای بدن را به فضولات تشبیه کرده و آن را دون ارزش دانسته‌اند. اما آنها بر بالاتر از ارزش بودن اعضای بدن نظر دارند. مسائلی در قانون به شرح ذیل مطرح است:

پس اولین مسئله در این قانون تعیین نکردن وضعیت حقوقی مادله است. اما ابهامات بعدی بیشتر است. این شخص که جنین را به دیگری می‌دهد قانون تعیین تکلیف نکرده که ولایت هم حق است و هم تکلیف. اگر در نظر بگیریم که انسانی نیست ولی وقتی انسان شد تکلیف چیست؟ آیا ولایت سرتاسر حق است که آن را به موجب قرارداد به گیرنده منتقل کرده؟ ولایت که سرتاسر حق نیست. تکلیف نیز هست. اگر فردا آن گیرنده سرپرستی طفل را نکرده آیا اهداکننده مسئولیتی ندارد؟ قانون ساکت است و به هیچ وجه تعیین تکلیف نکرده است. از

همه مهمتر اینکه بحث ارث، محرمیت، ابوت، بنوت و... چه خواهد شد؟ و در قانون در این خصوص تعیین تکلیف نشده است، پدر جنبینی که به شخص گیرنده منتقل می شود کیست؟ آیا پدر او صاحب نطفه است یا صاحب فرانش؟ و آیا مادر، مادر تخمک اصلی است یا کسی است که در رحم او بزرگ شده است؟ فقها در این رابطه چندین نظر دارند ولی قانونگذار باید درباره آن اتخاذ تصمیم نماید. همین الان اختلاف نظرهایی وجود دارد که به چند مورد آن اشاره می کنیم.

**الف - در مورد پدر**

- ۱- پدر بچه همان صاحب نطفه است.
- ۲- پدر بچه پدر فرانش است. «الولد للفراش».
- ۳- بچه فاقد پدر می باشد. «فاقد پدر مشروع».
- ۴- علی رغم اینکه خود کار را مشروع می داند کلا کار و بچه مشروع است ولی پدر مشروع ندارد.

**ب - در مورد مادر چهار نظر وجود دارد:**

- ۱- مادر صاحب تخمک اصلی است.
- ۲- مادر کسی است که بچه از او متولد می شود. آیت الله خوینی این نظر را دارد.
- ۳- عدلهای از مراجع قم اعتقاد دارند که کودک دارای دو مادر است.
- ۴- نظریه دیگر اذعان دارد که کودک فاقد مادر مشروع است.

با وجود چهار نظر در اینجا چرا قانونگذار در متن قانون تعیین تکلیف نکرده است تا ابهامی برای قاضی نبوده و قاضی درست تصمیم بگیرد؟

معلوم نیست بچه با چه کسی محرم است و ازدواج او با آنها حرام، آیا خواهر مادر قبلی و خواهر مادر جدید خاله او هستند؟ به نظرم باید یکی را مادر اصلی گرفت و دیگری را مادر رضاعی. یعنی از قواعد رضاع استفاده کرده و من خود معتقدم بچه دارای دو مادر است. دیوان عالی کشور انگلیس نیز تاکید دارد که بچه دارای دو مادر است. ما در ادبیات فقهی - حقوقی خود مادر نسبی و مادر رضاعی را داریم و با وجود این سنت ما می توانیم این نظر را بپذیریم. مسئله مهمتر اینکه به چه مناسبت شما فکر جنبین را کردید ولی فکر گامت را نکردید. گامت یعنی چه؟ گامت در اصطلاح قرآنی یعنی «نطفه الامشاج» یعنی نطفه آمیخته شده گامت است نه نطفه تنها و نه جنبین. ثانیاً نطفه خالص (قبل از گامت شدن) چرا در مورد آن تصمیم گرفته نشده است؟

فتوای فقهی از قدیم شاید ۴۰ سال قبل اولین فتوای اللقاح الصناعی یعنی تلقیح مصنوعی صادر شد. اللقاح الصناعی هم از اهل سنت سوال شده و هم از متفکران شیعه. از مرحوم بروجردی که وفات یافته ۱۳۴۰ هستند در خصوص لقاح مصنوعی سوال شده است. پس معلوم می شود که بحث قدیمی است و دارای سابقه است و آن اینکه نطفه‌ای را به زن ناباوروری تزریق کنند که شقوق مختلف پیدا می کند که این زن شوهر داشته باشد، شوهر نداشته باشد، آن نطفه به نحو مشروع تولید شده باشد، نامشروع تولید شده باشد، محرم باشد و به طور کلی شقوق بسیاری در نظرات فقها وجود دارد و فتوا دارد و مسئله این است که چرا قانونگذار در خصوص این مهم تعیین تکلیف نکرده است. من فکر می کنم قانونگذار گاهی روی مصالحی یک سکوتی انجام می دهد. اما این مصالحت‌های سکوتی بعضی مواقع خطرناک است. تجربه نشان داده انسان بعضی مواقع سکوت می کند ولی در عمل متضرر می شود. ظاهراً قانونگذار نمی خواسته این یک عمل هنجار شود. یعنی نطفه از دیگری گرفتن و به زن اجنبیه تزریق کردن اگر هم مشروع باشد نمی خواستند این در جامعه ما یک هنجار شود چون الان فتوای رایج حتی از مقام معظم رهبری این گونه است که تلقیح نطفه مرد اجنبی به زن اجنبیه اشکال ندارد و دلیل آن این است که مصداق هیچ دلیل حرامی نمی باشد. ظاهراً اینکه در قانون نیامده من حدس می زنم که می خواهند مثل قبل نشود. در یکی از سایت‌ها ذکر شده که شما چه نوع بچه‌ای می خواهید؟ سیاه؟ سفید؟ پسر؟ دختر؟ با چه چشمی؟ ظاهراً قانونگذار برهیز داشته که جامعه به اینجا برسد که بانک نطفه تشکیل شود و نطفه‌های مجهول‌الهویه که معلوم نیست مال کیست و افراد هر جور که می خواهند انتخاب کنند این کار به صلاح است که انجام نشود. پدرم که یکی از فقهای به نام قم بود و من از محضر ایشان استفاده کردم در این خصوص نظریه مخالف داشتم. دلیلی که می آوردند اکنون در نظریه فلاسفه اخلاق ذکر شده است. دلیل ایشان این بود که با روح شریعت تطبیق نمی کند. شریعت می خواهد بچه از خانواده تولید شود و این خلاف روح شریعت است. اما الان فتواست که این بلاشکال است. و قانونگذار اگر این نظرات جدید را در قانون نمی کند به خاطر این است که نمی خواهد هنجار شود. ولی آیا می دانید که این سکوت‌ها و خلاه‌های قانونی گاهی اوقات ضررهای بیشتری دارد؟ چرا که عملاً باعث به وجود آمدن بازارهای نطفه گردیده که ضررش از سکوتی که در قانون است بیشتر است. در قضیه اهدای جنبین که دفعات آن را مشخص نکرده خسارتی که حاصل می شود بسیار زیاد است و این کار تبدیل به کسب و کار شده است و شغل خیلی‌ها درست کردن جنبین و فروش آن است. ادامه این روند به وجود آمدن شغل نطفه‌فروشی (نطفاف) است. سکوت قانون این خطرها را برای ما ایجاد کرده است. قضات آماده باشند از این جهت که فردا بچه‌هایی در دادگاه مطرح می شوند که دنبال نسب‌شان هستند. یکی دیگر از سکوت‌های قانون این است، این حقوق

را برای بچه پیش‌بینی نکرده است. آیا بچه وقتی تولید شد حق دارد که بفهمد بچه کیست؟ صاحب نطفه خودش چه کسی بوده؟ حق دارد یا ندارد؟ به هر حال او یک انسان است. قانونگذار یک کلمه محرمانه بودن را آورده که آیین‌نامه آن را معنی نکرده است. محرمانه از چه کسی؟ از همه؟ قانونگذار در این خصوص ساکت است. این حق انسانی اوست که بداند نطفه‌اش از کیست. این نکته نطفه خارج از رحم که اینجا گفته برای چیست؟ چرا گفته شده جنبین خارج از رحم تشکیل شده باشد؟ چون که بچه باید لقاحش خارج از جنبین باشد اگر لقاح داخل رحم باشد و بخواند بچه را در بیابورد سقط می شود و سقط از نظر ما ممنوع است مگر در مواردی که قانونگذار مستثنیات آن را تصویب کرده است. لذا به طور کلی جزو عمومات ممنوعه است. اما تفاوتی که فرهنگ کشورهای غربی با ما دارند این است که به دلیل تبعیت از قوانین اسلامی ما سقط جنبین را مجاز نمی دانیم اما در غرب بسیاری از کشورها آن را مجاز دانسته و اختیار آن به پدر، مادر و یا حتی فقط مادر داده شده است.

در بلژیک عدلهای از دختران برای آزادی سقط جنبین راهپیمایی کردند. قانونی در این خصوص تصویب شد که پادشاه آن را امضا نکرد. سروصدای مجلس به پا شد که امضای پادشاه مانند امضای دفترخانه است و نمی تواند آن را امضا نکند. امتناع پادشاه از یک طرف و فشار زنان از طرف دیگر تشکیل شورای سلطنت را در پی داشت. که اگر پادشاه از انجام وظایف پادشاهی خود ناتوان باشد باید شورا وظایف او را انجام دهد. در نهایت شورا قانون سقط جنبین را امضا و صورت رسمی به آن داد. در کشور ما به استناد ادله شرعیه اجازه سقط را نداده‌اند. با توجه به اینکه در قانون سقط جنبین مجاز نیست لذا قانون ناباوروری گفته که این بچه باید خارج از رحم تولید شده باشد و بچه‌ای که داخل رحم تولید شده باشد اجازه برداشت او از رحم وجود ندارد. عدلهای البته اعتقاد دارند که این سقط نیست چرا که قصد کشتن جنبین وجود ندارد. این بحث، بحث حقوقی مجزایی است که می توان بعدها به آن پرداخت. قانون ما ساکت است. ابهام دارد و مختصر است. مشکلاتی که به نظر می رسد باید جمع شود و قانون زیبایی بنویسیم. مشکلات را جمع آوری کنیم و قانون جامع‌الاطراف را با استفاده از قوانین کشورهای غربی که با فرهنگ ما مطابقت دارند تهیه نماییم.

**سوالاات:**

**نطفه مرد اجنبی که امکان انتقال به زن اجنبی دارد شامل مصادیق اهدای جنبین در ارتباط با ابوت یا بنوت است؟**

قانونگذار، از «اهدای جنبین» استفاده کرده و قانون تلقیح صناعی نداریم ولی از نظر شرعی بلااشکال است و در مورد پدر و مادر او نظریاتی وجود دارد که قبلاً بدان اشاره نمودم. بچه‌ای که مدت‌ها در درون رحم از خون آن زن ارتزاق کرده از نظر موازین، کمتر از رضاعی نمی باشد. ارث نسبی است ولی محرمیت و ازدواج عمومیت داشته و ربطی به ارث ندارد. گامت در قانون به عنوان «جنبین» ذکر شده است ولی در نظر فقها از بحث اسپرم، تخمک، اجاره رحم و... صحبت به میان آورده شده است. در مورد مخفی بودن اهداکننده و تکلیف حقوق عاطفی بچه در آینده چه خواهد شد؟

در مورد ابوت و بنوت، قانون ساکت است و این ابهام را به وجود آورده که:

- ۱- آیا وظیفه، از اهداکننده ساقط است؟
- ۲- مخفی نگه داشتن موضوع (محرمانه بودن) حتی از خود بچه که بعدها بزرگ می شود.

این حق انسانی است که طفل بداند پدر و مادرش چه کسی بوده و قانون اطلاع دارد ولی بایستی این ابهام را برطرف می نمود تا از وجود جنبین مشکلاتی جلوگیری به عمل آید.

راجع به عنوان حقوقی این بحث و قراردادهایی که نسبت به اعضای بدن صورت می گیرد توضیح بفرمایید؟

یک احتمال این است که شخص حق اخذ وجه را نداشته باشد و رابطه شخصی بین اهداکننده و گیرنده بایستی برقرار شود چرا که اهداء به موسسه می شود و موسسه به گیرنده تحویل می دهد.

در کمیته اخلاق پزشکی عضو هشتم که جندی قبل در مورد کلیه به این مشکل برخورد نمودیم:

- ۱- چه کنیم که آمار کلیه‌فروشی بالا نرود؟
- ۲- چه کنیم که جان افراد نیازمند کلیه (دیالیزی) را نجات دهیم؟ تصمیم گرفته شد که موسسات واسطه‌ای ایجاد شود تا فرد کلیه را به آن موسسه بفروشد و با ایجاد بانک کلیه شخص نیازمند از آن موسسه کلیه را خریداری کند.
- ولی در خصوص اهدای گامت این کار چند خطر را در پی دارد:
  - ۱- بچه پس از بزرگ شدن به کلی ارتباطش با پدر و مادر اولیهش قطع می گردد.
  - ۲- موازین، توجهات حقوقی ایجاد شود که در حقیقت «دهنده» به موسسه وکالت دهد؛ به هر کسی که می خواهی نطفه را واگذار کن.

اگر حق اختصاص را قبول کردیم به استناد آن شخص می تواند وارد قرارداد ماده ۱۰ قانون مدنی شود و عوض بگیرد به دلیل آنکه حق اختصاص وجود دارد. معتقدم پرونده‌ها بایستی به گونه‌ای منظم باشد. تا اهداکننده بداند؛ بچه‌اش را به چه فردی می دهند و گیرنده نیز بداند اهداکننده کیست و پرونده به گونه‌ای محفوظ باشد تا بچه بتواند دنبال بعد ژنتیک خود برود و بداند که پدر و مادرش چه کسانی بوده‌اند.

**گامت در اصطلاح قرآنی**  
یعنی «نطفه الامشاج»،  
یعنی نطفه آمیخته شده  
گامت است نه نطفه  
تنها و نه جنبین.

## با همکاری آموزش استان تهران و سازمان انتقال خون ایران انجام شد:

### کلاس برای ارتقای سطح

### اطلاعات قضات

#### ■ مقدمه:

در راستای سیاست و استراتژی حقوقی سازمان و تعامل هرچه بهتر بین دستگاه قضائی کشور و سازمان انتقال خون ایران و به منظور ارتقای سطح اطلاعات تخصصی قضات محترم، دفتر حقوقی سازمان با همکاری معاونت آموزش دادگستری استان تهران، دومین دوره آموزش قضات با سرفصل‌های مشروحه ذیل را مردادماه سال جاری در سالن ولایت دادگاه‌های تجدیدنظر استان تهران برگزار نمود. طول این دوره چهار جلسه بود که در طی این جلسات مسئولین ارشد سازمان به تبیین رسالت سازمان در تهیه و تامین خون سالم و فرآورده‌های آن پرداختند. گروه هدف در این کلاس‌ها، قضات و مستشاران محترم دادگاه‌های تجدیدنظر و کیفری استان تهران بودند.

اولین جلسه آموزش مزبور در تاریخ ۸۷/۵/۱ پس از ارائه مقدمه‌ای از سوی جناب آقای پیله، مدیر دفتر حقوقی سازمان تشکیل شد. ایشان به بیان اهداف و استراتژی سازمان در تامین سلامت محصولات خود و در نهایت دقت فنی مطابق با آخرین پیشرفت‌های علمی و ایجاد نگاه کارشناسانه قضات به موضوعات فنی سازمان به منظور صدور آرای قانونی وفق موازین علمی و فنی بر اساس استانداردهای بین‌المللی و ملی روز پرداختند. سپس مدرس این جلسه، جناب آقای دکتر قره‌باغیان استادیار محترم و معاون آموزشی و پژوهشی سازمان به بیان تاریخچه و اهداف تشکیل

و وظایف سازمان انتقال خون و همچنین طب انتقال خون، تامین، تهیه، انتقال، توزیع و مصرف خون و فرآورده‌های خونی پرداخت. در دومین جلسه به تاریخ ۸۷/۵/۸ سرکار خانم دکتر امینی استادیار محترم و مدیر فنی و کنترل کیفی به بیان موضوع سلامت خون و عوارض ناشی از مصرف خون و فرآورده‌های خونی پرداختند. در سومین جلسه این دوره در تاریخ ۸۷/۵/۱۵ جناب آقای دکتر ابوالقاسمی استاد محترم و مدیرعامل سازمان با موضوع «سازمان انتقال خون ایران و چالش‌های حقوقی فرارو، تدابیر، راهکارها و تجارب بین‌المللی» به بیان مطالب مربوطه پرداختند. نکته قابل ملاحظه پیش‌بینی برنامه بازدید قضات محترم از واحدهای مرتبط سازمان در پایگاه منطقه‌ای آموزشی انتقال خون تهران و روند تامین خون و انجام آزمایشات مربوطه بود که در تاریخ ۸۷/۵/۲۲ با توضیحات جناب آقای دکتر جمالی، مدیر کل محترم پایگاه، جناب آقای دکتر زیدی، معاون فنی پایگاه و جناب آقای دکتر دانشور به مرحله اجرا درآمد.

شایان ذکر است که در مجموع تعداد ۸۱ نفر از قضات و مستشاران شعب مختلف دادگاه‌های تجدیدنظر و کیفری تهران حسب مورد در جلسات مختلف در این دوره حضور داشتند. در اینجا لازم است از خدمات اداره کل روابط عمومی سازمان انتقال خون ایران و همچنین از تلاش‌های حوزه معاونت آموزش دادگستری استان تهران قدردانی گردد.





## چالش‌های حقوقی

جناب آقای دکتر ابوالقاسمی سخنرانی خود را با موضوع چالش‌های حقوقی آغاز نمودند؛ اهم مباحث مدیرعامل سازمان بدین شرح بود:

ای کاش یکی از شما اینجا سخنرانی می‌نمود و من مستمع بودم و استفاده می‌کردم. موضوع چالش‌های حقوقی و انتقال خون در دنیا مختص ایران نیست و در تمام دنیا می‌باشد. فرقتان با ما این است که آنها ۱۵ سال پیش مسائل را حل کرده‌اند ولی در کشور ما کماکان هنوز هست و در حال حل شدن است، به ذکر این نکته اکتفا می‌کنم که هنوز نیاز به خون به عنوان یک بافت زنده در بدن انسان برای همه انسان‌ها وجود دارد. یعنی هر فردی ممکن است در طول زندگی به احتمال ۵۰ درصد از خون دیگری استفاده نماید و [خون] شایع‌ترین عضوی است که پیوند می‌شود. نیازها به خون و فرآورده‌های خون در جامعه بالاست و هیچ افقی نیست که چیزی جایگزین خون و فرآورده‌های آن شود. سال‌های گذشته تصور می‌کردند خون مصنوعی ساخته می‌شود و انسان‌ها به هم نیاز ندارند ولی واقعا این‌طور نیست و الان نشان می‌دهد که نیازها روز به روز بالا می‌رود.

بعد از انقلاب، جمعیت در برابر نیاز به خون، ۱۵ برابر شده است کشور جمهوری اسلامی از لحاظ تامین خون در آسیا در خط مقدم قرار دارد یعنی تقریباً در ردیف کشورهای ژاپن، کره جنوبی و هنگ‌کنگ قرار می‌گیرد و دلیل آن هم این است که کشور ما از سال ۱۳۱۶ تا سال ۱۳۴۰ که هلال‌احمر این وظیفه را انجام می‌داد و رسماً در سال ۱۳۵۳ توسط انتقال خون این کار انجام شد و تشکیلات ما را زیر نظر دربار بردند تا حمایت بیشتر شود و سازمان شروع به رشد کردن نمود تا زمان جنگ، یک اساسنامه‌ای برای انتقال خون تنظیم شد و سازمان به صورت کاملاً مستقل از سازمان‌های وابسته وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط یک شورای عالی که در راس آن وزیر بهداشت قرار دارد و سیاست‌گذاری مدیرعامل که با اختیارات کافی باید سازمان را اداره کند، تنظیم گردید.

اصولاً از طب انتقال خون، بیش از ۶۰ - ۷۰ سال نمی‌گذرد یعنی قبلاً چیزی به این عنوان نبوده ولی ۳۰، ۴۰ سال اول بشر خوشحال بود که خونی را می‌گیرد و به دیگران تزریق می‌کند، افرادی که تصادف می‌کردند، افرادی که بیماری‌های ژنتیک داشتند و امروزه می‌بینیم بسیاری از بیماران که سرطان در آنها درمان می‌شود به خون نیاز دارند. هیچ جراحی نمی‌تواند چاقو را روی بافت بدن بگذارد، مگر اینکه دو واحد خون کنارش باشد. بیمار سرطانی بسیاری درمان می‌شوند هیچ‌کس جرات نمی‌کند به آنها دارو بدهد مگر آنکه خون و فرآورده‌های خونی در کنارش باشد زیرا به محض اینکه دارویی دهند مغز استخوان فرد از کار می‌افتد و به خون و فرآورده‌های خونی نیاز پیدا می‌کند. بنابراین خون واقعا حیات‌بخش است ولی در این ۲۵ سال اخیر متوجه شدند

این عنصر واقعا حیات‌بخش ممکن است بسیار خطرناک باشد یعنی در سال ۱۹۸۰ بشر متوجه شد که انتقال ایدز از طریق خون و فرآورده‌های خونی آلوده انجام می‌شود و در سال ۱۹۹۰ یعنی ۱۷ سال پیش متوجه شدند انتقال هیپاتیت از طریق خون و فرآورده‌های خونی است. بنابراین، همان‌طور که یک ماده حیات‌بخش است می‌تواند عوارضی را ایجاد کند [که] سابقه آن در ابتدا بازمی‌گردد به شیوع ایدز در اروپا از طریق خون و فرآورده‌های خونی مثلاً در فرانسه متوجه شدند تعداد زیادی از افراد از طریق خون و فرآورده‌های خونی آلوده شدند، پرونده بزرگی تشکیل شد. در مورد HIV، به سرعت، دنیا به این نتیجه رسید که این موضوع را باید

خارج از سیستم قضائی حل و فصل کند، چرا که اگر این روند قضائی در آن کشورها ادامه پیدا می‌کرد دیگر کسی داوطلب نبود که برای انتقال خون کار کند و کار بسیار پرخطر و پرریسکی بود.

در بحث حقوقی به خون می‌توان به عنوان یک دارو نگاه کنیم، به عنوان یک پروداکسی که دارای

یک مسئولیت تام هست نگاه کنیم یا می‌توانیم به عنوان یک خدمت که مسئولیت با خطا را می‌پذیرد به آن نگاه کنیم.

مجموعه کشورهای اروپایی و آمریکا به این نتیجه رسیدند که قانونی را تصویب کنند به نام بلودشیلد (Blood Shield) یا سپر خون، که در حقیقت از تعقیب کیفری یا قضائی، سازمان انتقال خون را معاف می‌کرد و تشویق می‌کرد که غرامت و خسارت آسیب‌دیدگان از یک صندوق

پرداخت گردد. بنابراین رویه‌های قضائی در آنجا به جز در یک دوره کوتاه متوقف شد و ادامه پیدا نکرد تا اینکه در امر قضا اعلام کردند که خون یک فرآورده بیولوژیک است و رفتار متفاوتی در انسان‌ها نشان می‌دهد ممکن است شما خون را به یکی تزریق کنید، بلافاصله فوت کند و این قابل پیش‌بینی نیست آن کسانی که خون را در اختیار می‌گذارند افراد دیگری هستند مهم این است که مجموعه‌ای که این وظیفه را به عهده دارد بتواند مسئولیتش را به خوبی انجام دهد و با استانداردها این فرآورده را تامین کند. بنابراین اگر شما احکامی که در کشورهای اروپایی صادر شده را ملاحظه نمایید متوجه این مهم می‌شوید که آرای متفاوتی صادر گردیده یعنی یک جا دادگاه محکوم نموده و در جای دیگر همان Case را مبرا کرده است و عنوان شده که استانداردهای روز را رعایت می‌کند ممکن است از اشتراکات حقوقی باشد مثلاً جبران ضرر، بحث جدی است که اگر متضرر شد بالاخره باید جایی آن را جبران کند ولی در پشت جبران این ضرر آیا باید محکومی وجود داشته باشد تا ضرر جبران شود یا نه؟

در کشورمان، تمام خدمات خون به صورت رایگان انجام می‌شود یعنی بیماران به خصوص بیماران خاص که مرتب این محصولات را به شکل رایگان مصرف می‌کنند. بنابراین ما منبع مالی که درآمد ناشی از خون و محصولات خونی ایجاد کرده باشیم، نداریم در حالی که اگر منبع مالی وجود داشت از این پول‌ها خسارت‌ها پرداخت می‌شد. مسئله دوم این است که در

رسیدگی قضائی فرد مدعی می‌شود که در اثر تزریق خون، مبتلا به هیپاتیت شده [است] در روند رسیدگی قضائی، پرونده را جهت اخذ نظریه کارشناسی به پزشکی ارجاع می‌دهد که در موارد متعدد نظریه صادره مبتنی بوده به خون آلوده، حال ممکن است آلودگی از طریق بریدگی، تاتو، حجامت، خالکوبی، سوراخ کردن گوش و روش‌های دیگر باشد حال از یک سو فردی که دچار خسارت شده و می‌گوید بیماری کبد من ممکن است ۲۰ - ۳۰ سال دیگر من را دچار سرطان کبد کند و این طرف کسی است که وظایفش را در راستای چارچوب مقررات انجام داده است. البته تصمیم‌گیری‌های متعددی در کشور ما انجام می‌شود مثلاً در یکی از شهرهای شمال اخیراً حکمی صادر شد و موجب محکومیت مسئول پایگاه گردید در صورتی که وی جز انجام وظیفه محوله عملی که موجبات تقصیر



ایشان را فراهم نماید، مرتکب نگردیده در پاسخ عنوان شد که خسارتی وارد شده و باید جبران می‌شود.

اگر روند موجود قضائی را در رابطه با خون و فرآورده‌های خونی ادامه دهیم حدود هزار میلیارد تومان بایستی مشمول غرامت شود به عبارتی دادگاه‌ها تاکنون نزدیک به ۳۰ میلیارد تومان علیه دولت حکم صادر نموده‌اند (با آماری که ما در دست داریم هزینه کسانی که دچار عوارض عفونی خون شده‌اند، بالغ بر هزار میلیارد تومان می‌شود که با این هزار میلیارد تومان سیستم وزارت بهداشت و درمان می‌تواند خدمات بهتری ارائه نماید).

برای بیماران هموفیلی سالانه نزدیک به بیست میلیون تومان بارانه پرداخت می‌شود و برای بیماران تالاسمی ۵ تا ۱۰ میلیون تومان. تمام فرآورده‌ها و تمام داروهایشان را رایگان استفاده می‌کنند و این امتیاز در اختیار تمام مردم نیست. هزینه سلامت یا سید سلامت در کشور ما با دیگر کشورها فرق می‌کند. فقط چند کشور در دنیا برای هپاتیت غرامت پرداخته‌اند انگلیس، کانادا، ایرلند و ایران، یعنی ما چهارمین کشور هستیم که برای «هپاتیت C» غرامت می‌دهیم و این یکی از چالش‌های بزرگ ما در وزارت بهداشت است. پرداخت خسارت از یک طرف رضایت بیمار را در پی دارد و از طرف دیگر از صندوقی برمی‌داریم که حق هفتاد میلیون نفر جمعیت است.

یکی از بحث‌هایی که ما در دو سه سال گذشته به صورت جدی با مشارکت آقایان قضات و مجلس شورای اسلامی در حال پیگیری هستیم این است که چگونه می‌شود هم بیمار را در این مورد راضی نمود و هم دیگر مردم می‌توانند از این سید استفاده نمایند.

گاهی در روند رسیدگی به پرونده‌ها مشکلات بسیار بزرگی ایجاد می‌شود. مثلا در تمام کشورهای اروپایی، آمریکا و کانادا نزدیک به ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران هموفیلی آلوده به ایدز شدند خوب در آن کشورها آلودگان به ایدز غرامت دریافت کردند برخلاف هپاتیت که عرض کردم سه کشور تاکنون غرامت داده‌اند. غرامت ایدز را گروه زیادی پرداخت کردند در کشور جمهوری اسلامی ایران هم در حدود ۲۰۰ نفر یعنی چیزی نزدیک به ۳ تا ۴ درصد از بیماران مدعی به آلودگی از طریق انتقال خون هستند.

نکته قابل توجه این است که این تعداد به واسطه مصرف فرآورده‌هایی که شرکتی به نام مریو فرانسه که نماینده آن شرکت در ایران است صورت گرفته که مدرکی دال به اقرار شرکت مزبور به واردات فرآورده‌های آلوده و عذرخواهی و ترغیب دولت ایران مبنی بر اخذ غرامت از سوی نماینده شرکت موجود است که هیچ اقدامی مبنی بر اخذ غرامت از شرکت مزبور صورت نگرفت و نهایتا منجر شد به پرداخت

غرامت به ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به HIV از سوی دولت.

هم‌اکنون ۲۲ درصد بیماران تالاسمی مبتلا به هپاتیت C هستند ممکن است سوال شود که اینها چه موقع مبتلا شدند؟ آیا امکان تشخیص وجود نداشت؟ اینها ۹۹ درصد قبل از اینکه کسی ویروس را کشف کرده باشد مبتلا شده‌اند و بیماران هموفیلی شاید نزدیک به ۳۰ درصدشان مبتلا به هپاتیت C هستند اما ۹۹ درصد قبل از کشف ویروس مبتلا شده‌اند. بشر این ویروس را نمی‌شناخت. این ویروس ۱۶ سال است که کشف شده کسی نمی‌دانست که این اتفاق می‌افتد؟

از دیگر مشکلاتی که سازمان با آن مواجه است بحث ضعف دانش بشری و نوظهور بودن بیماری‌ها است، جنون گاوی را نمی‌شناختیم بعدا شناختیم معلوم شد خیلی از بیماری‌ها هستند که روز به روز معلوم و کشف می‌شوند و از طریق خون منتقل می‌گردند و اگر در آینده با بیماری‌هایی مواجه شدیم که از طریق خون و فرآورده‌های خونی مبتلا به عفونت‌های ناشناخته شدند چکار باید بکنیم؟ این چالش‌های بزرگ ما در آینده است. الان اگر می‌گوییم خون‌ها سلامتی نزدیک به صددرصد دارند و درست هم می‌گوییم برای عفونت HIV و هپاتیت، ما سال گذشته محصولات خونی را بیمه کردیم



و تا الان یک نفر هم مراجعه‌کننده نداشتیم و برای سال ۸۶ مدعی هم نداشتیم به دلیل اینکه خون‌ها الان سلامت هستند تست‌های دقیق انجام می‌شود، اهداءکنندگان دقیق انتخاب می‌شوند و حتما خیلی در این زمینه کار انجام می‌شود اما اگر عفونتی را ما نمی‌شناسیم و فردی برای بیماری ساده خون دریافت کرده در اتاق عمل عفونت منتقل می‌شود ما چگونه باید با او رفتار کنیم؟ آیا تابع مسئولیت بدون خطا است یا مسئولیتی است که ممکن است با خطاهایی همراه باشد که ما از آن اطلاعی نداشته‌ایم ولی کسی مسئول نیست یعنی اثبات اینکه فردی از این طریق آلوده شده بایستی توام با این باشد که خطایی صورت گرفته است. اجزای اولیه این است که یک حکم حقوقی باید به اثبات برسد رابطه سببیت کافی نیست عدول از انجام وظایف ما هم مهم است یعنی افرادی در حدود ۵ هزار نفر در سازمان خدمتی کنند، آیا اینها مرتکب خطا شده‌اند یا نه؟ کسی مرتکب قصوری نشده و قابل پیگیری نبوده؟

اینها سوالات مهمی است که ما هر روز با آن مواجه هستیم. دادگاه‌ها با آن مواجه هستند و اثبات آن بسیار مشکل است و همچنین اظهارنظرهایی که در پزشکی قانونی و نظام پزشکی انجام می‌شود به لحاظ پایین بودن سطح دانش تخصصی پزشکی و کارشناسان، مورد تردید است یعنی اگر ده سوال از آنها بکنیم ۹ تا ۱۰ را راجع به انتقال خون نمی‌توانند پاسخ دهند.

### ■ خانم دکتر امینی

موضوع سخنرانی: سلامت خون

اهم مباحث مدیر محترم فنی سازمان

در مقوله سلامت خون در دنیا سه مبحث قائل شدند که در این مجال به دو مورد مهم آن اشاره می‌کنیم:

۱- از چه کسی خون می‌گیریم (انسان سالم جهت اهدای خون) ۲- آزمایشاتی که بر خون‌های اهدایی انجام می‌شود.

در دنیا ثابت شده اهمیت مبحث اول از مبحث دوم بیشتر است به همین خاطر سازمان‌های انتقال خون دنیا از جمله سازمان انتقال خون ایران استانداردهایی دارد که در این استانداردها به دو چیز توجه می‌شود از جمله: سلامت دهنده خون و سلامت گیرنده خون

سه استراتژی قبل از اهدای خون

۱- در محل‌هایی که احتمال خطر بالاست نباید خون‌گیری صورت گیرد: مثل زندان‌ها، خون‌گیری از بیماران عقب‌مانده ذهنی، خون‌گیری در پادگان‌ها از سربازان و وظیفه.

۲- محرک مادی نگذاریم، تهییج احساسات نباید صورت پذیرد مثل اینکه کسی که خون می‌دهد در عوض پول دریافت نماید.

۳- آموزش اهداکننده:

● دادن بروشور به اهداکننده و نصب تابلوهایی جهت دادن یک سری اطلاعات به او و در مرحله بعد یک سری سوال مستقیما از اهداکننده خون پرسیده می‌شود.

● جهت به خطر نیفتادن گیرنده خون از اهداکننده درخواست می‌شود که در پاسخ سوالات صداقت داشته باشد از جمله:

● اگر آزمایش HIV مثبت دارید محل را ترک کنید.

● اگر سابقه مصرف مواد مخدر دارید محل را ترک کنید.

● اگر سابقه رابطه جنسی یا بیماری‌های مقاربتی دارید محل را ترک کنید.

● و همچنین دادن علائم بیماری‌های صعب‌العلاج، که اهداکننده خود را بررسی نماید و در صورت وجود علائم از اهدای خون خودداری نماید (سوالات بر روی تابلوها درج می‌گردد).

مرحله ثبت‌نام:

اخذ کارت شناسایی از اهداکننده خون جهت درج اطلاعات در نرم‌افزار، به این دلیل این اقدام صورت می‌گیرد که اگر شخص معاف از دادن خون شد، در صورت رجوع مجدد و عدم صداقت او، از وی خونی دریافت نشود.

هدف دیگر در مرحله ثبت‌نام، این است که اگر شخص خون اهدا نمود و بعد از انجام تست‌ها و آزمایشات لازم جواب مثبت بود به وی اطلاع می‌دهیم که او خانواده و سایر افراد را بر اثر بی‌توجهی آلوده ننماید.

مرحله مصاحبه پزشک با اهداکننده:

پزشکان انتقال خون علاوه بر تحصیلات دانشگاهی آموزش‌های خاص انتقال خون را هم گذرانده‌اند.



دیگر سازمان بهداشت جهانی تست آن را به روی خون‌های اهدایی الزامی نکرده چرا که امکان آن نیست. در ایران برای هیپاتیت B، آنتی ژن HBS برای هیپاتیت C، آنتی ژن HCV، برای ایدز هم آنتی ژن و هم آنتی بادی و برای سیفلیس همه آزمایش‌ها را قرار داده‌اند. از سوی دیگر وقتی بهترین و حساس‌ترین تست‌های دنیا را به کار ببرید وقتی فرد در دوره کمون قرار دارد، بیماری خون را نشان نمی‌دهد و تست، آن را شناسایی نمی‌کند.

مصاحبه پزشک می‌تواند تا حدی مشخص کند که شخص در دوره کمون بیماری قرار دارد یا خیر.

از مشکلات دیگر می‌توان به دوره پنجره اشاره نمود یعنی هیچ چاره‌ای برای شناسایی عفونت وجود ندارد مثلا بیماری سارس یا جنون گاوی شناخته شده اما تستی برای آن وجود ندارد. با وجود این موارد و نقطه ضعف‌هایی که هنوز وجود دارد ما با پیشرفت‌های چشمگیری در دنیا مواجه هستیم و از سوی دیگر با کاهش مبتلایان مواجهیم اما آیا احتمال خطر به صفر رسیده است؟ خیر - اجتناب‌ناپذیر است و ما با آن روبه‌رو هستیم. اجتناب‌ناپذیری قهری چیست؟

به طور مثال اگر در کشوری ۱۵۰/۰۰۰ واحد خون اهدا و سپس مصرف شود، در آن احتمال یک مورد هیپاتیت C وجود دارد چرا که احتمال عدم صداقت اهداکننده هست و احتمال کمون بیماری را نمی‌توان از نظر دور داشت. انتقال خون دنیا می‌گوید که هنوز درصد احتمال خطر به صفر نرسیده و این اجتناب‌ناپذیر است.

سایر امور صورت پذیرفته در ایران در جهت سلامت خون:

- بازرسی‌ها یک مرحله از ارزیابی است که توسط افراد تعلیم دیده که مسئول بازرسی مرکز خود و مراکز تابعه هستند که به آنها مسئولین کنترل کیفی اطلاق می‌شود، انجام می‌گیرد.
- بازرسی توسط سایر کشورها جهت صدور مجوز تولید دارو از پلاسمای کشورمان.
- ارسال نمونه بدون جواب به سازمان بهداشت جهانی جهت آزمایش و ارسال جواب جهت تطبیق.
- جمع‌آوری جواب آزمایشات سراسری کشور جهت بررسی.
- بازرسی در خصوص مواردی که اهداکننده اعلام نماید که یک آزمایش مشکوک بعد از اهدا خون دارد تمام واحدها مجدداً بررسی و مورد آزمایش قرار می‌گیرد تا معلوم شود اهداکننده چنین اهدا مشکل داشته یا خیر.

پزشک در خصوص سابقه بیماری‌ها، مصرف مواد مخدر، تماس‌های خارج از چارچوب و خالکوبی‌ها، سولاتی را می‌پرسد سپس شخص را معاینه می‌کند فشار خون و نبض وی را کنترل می‌کند درجه حرارت بدن وی را می‌سنجد. همه این استانداردها به این دلیل است که گیرنده خون بهترین سود را از خون ببرد و در تمام این مراحل، هدف، سلامت دهنده خون است که در ابتدا دچار مشکل نشود و بعد به سلامت گیرنده خون پرداخته می‌شود.

### مرحله خودحذفی محرمانه:

در مواردی که اهداکننده از وجود بیماری اطلاع دارد اما به دلایلی از ابراز آن امتناع می‌نماید نیز پیش‌بینی صورت گرفته در این مرحله پس از اهدای خون یک سری فرم در اختیار اهداکننده قرار می‌گیرد که در آن عنوان شده در صورتی که می‌خواهید از خون شما استفاده نشود اطلاع دهید در این موارد آزمایش‌ها بر روی خون صورت می‌گیرد اما خون استفاده نمی‌شود و دور ریخته می‌شود.

همیشه ممانعت از اهدا به دلیل وجود رفتارهای پرخطر و اعتیاد نیست بلکه می‌تواند به دلیل مصرف اسپرین یا آنتی‌بیوتیک و یا بر اثر کمبود وزن در شخص اهداکننده باشد.

### پروسه سلامت خون پس از اهدا:

در مواردی که شخص بعد از گذشت مدتی از اهدای خون دچار بیماری شد و یا علائم بیماری در او ظاهر شد نیز سازمان انتقال خون به اهداکنندگان توصیه می‌کند در این موارد باید اطلاع داده شود تا تمام خون‌های اهدایی و فرآورده‌های آن بیرون کشیده و دور ریخته شود.

### مرحله آزمایشات خون:

دستورالعمل سازمان بهداشت برای همه کشورها از جمله ایران این است که چهار نوع تست به روی خون‌ها انجام شود: هیپاتیت C، B و ایدز و سیفلیس.

امروزه برخی کشورهای همسایه از جمله هند و پاکستان این تست‌ها را به روی خون‌ها انجام نمی‌دهند. اگر در ایران یک میلیون و هفتصد هزار واحد خون گرفته باشیم به معنای آن است که یک میلیون و هفتصد هزار آزمایش به روی هر واحد صورت پذیرفته و بعد از آن نمونه‌ها به صورت چندتایی مورد تست قرار می‌گیرند و اگر در جایی خطایی دیده شد دوباره واحدها را مورد آزمایش قرار می‌دهند تا خطا را بیابند علاوه بر آن، آزمایش خطایابی صورت می‌گیرد.

### معضلات انتقال خون در دنیا چیست؟

- ۱- پدیده بیماری‌های نوظهور: هر روز می‌تواند یک بیماری، ظهور نماید که امکان آزمایش برای آن وجود ندارد مثل سارس - جنون گاوی و... بعد از کشف بیماری هم امکان آزمایش وجود ندارد و نمی‌توان غربالگری انجام داد و از سوی

### ■ حیطه مسئولیت سازمان انتقال خون:

از ابتدای چرخه، یعنی: اهدای خون، جمع‌آوری خون، آزمایشات، تولید فرآورده، مجوز مصرف (برای جواب آزمایشات، وضعیت کیسه خون) تا این مرحله مسئولیت با سازمان است و بعد از این مرحله که خون‌ها به بیمارستان انتقال پیدا می‌کند مسئولیت از سازمان ساقط می‌شود.

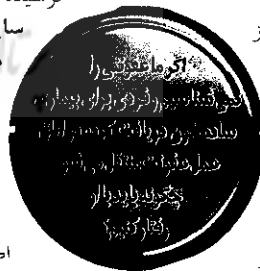
### ■ دکتر قره‌باغیان

اهم مباحث معاون محترم آموزش و پژوهش سازمان

#### تاریخچه انتقال خون دنیا:

خون برای بشر جنبه حیاتی و تقدس را داشته و باورهایی همچون استحمام و نوشیدن خون جهت بازگشت قدرت جوانی وجود داشته است تا اوایل دهه ۱۵ این مباحث ادامه داشت که از خون برای درمان استفاده می‌شد. نزدیک به ۵۰ سال طول کشید تا انسان توانست خون را وارد بحث پزشکی نماید. در کشورمان سه دسته افرادی که به خون نیاز دارند:

- ۱- زنان در حین زایمان اعم از طبیعی و سزارین
- ۲- آسیب‌دیدگان بر اثر بلایای طبیعی (با توجه به اینکه کشور ما در نقطه بلاخیزی مستقر است).
- ۳- بیماران خونی (تالاسمی - هموفیلی) که باید هر بیست روز یک یا دو بار تزریق خون داشته باشند و برخی از بیماران سرطانی نیز همان‌گونه



است. در اوایل قرن بیستم توسط دانشمندی به نام «جان اشنایدر» گروه‌های خونی کشف شد که این سبب جهش بزرگی در جنگ جهانی اول شد که بسیاری از آسیب‌دیدگان بعد از جنگ توانستند زنده بمانند.

وقتی خون از بدن خارج و یا گرفته می‌شود، بلافاصله لخته می‌شود و خون لخته شده قابل تزریق و استفاده نیست و اگر استفاده شود در عروق و شریان‌های قلب و مغز گیر می‌کند و باعث مرگ فرد می‌شود.

انسان توانست در اوایل قرن نوزدهم ماده ضدانعقاد را کشف کند و این ماده با خون مخلوط و به فرد تزریق می‌شد ولی این روش ابتدایی است الان با توجه به پیشرفت علم، ما هر کیسه خون را ۴۵ روز نگهداری و از انعقاد خون جلوگیری می‌کنیم.

ما چه کارهایی باید انجام بدهیم که خون را با شرایط خوب و با حداکثر سلامت تهیه کنیم. هیچ کشوری نمی‌تواند ادعا کند که خون تهیه شده آن صددرصد سالم است و هیچ گونه خطری ندارد. خون می‌تواند خطراتی همراه خود داشته باشد اما با توجه به عملکرد انتقال خون حداقل خطر وجود دارد.

ما در طول قرن بیستم با سه بیماری مواجه هستیم:

- ۱- هیپاتیت B: بعد از دهه ۷۰ بود که کیت‌های تشخیص هیپاتیت B کشف شد.
- ۲- ایدز
- ۳- هیپاتیت C

سازمان انتقال خون در سال ۱۳۵۳ تشکیل شد. قبل از آن، ارتش آمریکا بعد از استقرار در ایران تشکیلات انتقال خون کوچکی را تشکیل دادند. فعال‌ترین بخش، انتقال خون‌های خصوصی بودند اما رسماً در سال ۵۳ در تهران، شیراز، ساری و اهواز شروع به کار نمودند. سازمان انتقال خون از بدو تاسیس خون را از داوطلبین گرفت.

زمان جنگ تحمیلی فعالیت انتقال خون شدت گرفت و سبب پررنگ شدن نقش انتقال خون شد. عملکرد مجلس این بود که متولی امر خون و خون‌رسانی را سازمان انتقال خون دانست و پس از آن انتقال خون ارتش و سایر دستگاه‌ها را در اختیار سازمان انتقال خون ایران قرار داد اما فی‌الحال ستاد مرکزی انتقال خون به علاوه سی پایگاه تحت نظر فعالیت می‌کنند.

هر فرد در ایران چهار بار با فاصله هشت هفته می‌تواند خون بدهد. اهداکننده در سازمان انتقال خون هیچ‌گونه چشم‌داشت مالی ندارد و فرد در فضای آرام و مطمئن به اهدای خون می‌پردازد و شخص اهداکننده باید شرایط مناسب اهدای خون را داشته باشد آئین‌هایی وجود دارد که با وجود آزمایشات متعدد، سازمان، سلامت خون را تضمین می‌نماید.

● در مرحله اول مراجعه شخص، از وی کارت شناسایی اخذ می‌شود.

● دو دسته افرادی که از خونگیری معافند ۱- سربازان ۲- بیماران

● با ثبت مشخصات شخص، وی اگر بیمار باشد در پایگاه‌های دیگر شناسایی و از اهدای خون وی ممانعت می‌شود.

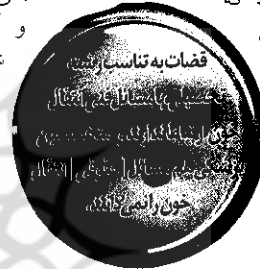
● پزشک به صورت خصوصی و محرمانه بعد از درج مشخصات طرف به مشاوره می‌پردازد.

### مرحله خودحذفی محرمانه:

شخص بعد از اهدای خون می‌تواند به صورت محرمانه از استفاده خون توسط سازمان جلوگیری نماید و سازمان حتی اگر جواب آزمایش همان واحد خونی منفی باشد هم از آن استفاده نمی‌نماید.

## ■ بازدید از واحدهای مختلف پایگاه منطقه‌ای آموزشی انتقال خون تهران

در آخرین مرحله از طرح آموزش قضات که موضوع آن بازدید از واحدهای مختلف پایگاه منطقه‌ای آموزشی انتقال خون تهران و آشنایی نزدیک با مراحل کار و شرایط عملی امر خونگیری و همچنین ملاحظه مراحل مختلف انجام آزمایشات مربوطه می‌باشد صورت گرفت. در بخش



معاون مدیرکل امور انتقال خون تهران در حال بازدید از واحد آموزشی انتقال خون تهران



معاون مدیرکل امور انتقال خون تهران در حال بازدید از واحد آموزشی انتقال خون تهران

مقدماتی این بازدید جناب آقای دکتر جمالی با بیان توضیحاتی در خصوص مسائل مربوط به اصول اهدای خون و انجام آزمایشات لازم، چنین عنوان کردند: قضات محترم به تناسب رشته تحصیلی، با مسائل فنی انتقال خون ارتباط ندارند و پزشکان و متخصصین پزشکی هم مسائل انتقال خون را نمی‌دانند. با تدبیری که دفتر حقوقی اعمال نموده زمینه‌ای فراهم شد که بر اساس آن امکان آشنایی قضات محترم با بخش‌های فنی سازمان فراهم گردید. در بیش از ۴۰ سال قبل معنادان برای اهدای خون و دریافت پول به انتقال خون مراجعه می‌کردند و چه بسا در آن زمان یک سری از مردم خون مصرف می‌کردند و به بیماری مبتلا می‌شدند. سازمان انتقال خون به معنای واقعی در سال ۱۳۵۳ تاسیس شد. می‌توان گفت که تقریباً در سه الی چهار سال اخیر در حد انتقال خون کشورهای پیشرفته‌ای مانند انگلیس و آمریکا فعالیت کرده است ضمن اینکه فرهنگ ما زمینه‌ای را فراهم کرده که اگر امکانات مالی و اعتبارات لازم را فراهم کنیم خیلی بهتر از کشورهای مزبور می‌توانیم انتقال خون را پیش ببریم و...

پس از اتمام توضیحات، بازدید از واحدهای مختلف آغاز شد.

اولین جایی که مورد بازدید قرار گرفت، واحد خونگیری بود. در این واحد آقای دکتر جمالی با توضیح در خصوص تخت مخصوص خونگیری، این امکان را که اهداکننده به هر علتی از تخت سقوط کنند را متفنی دانست. دکتر جمالی از حضار درخواست نمود تا از نزدیک مرحله اهدای خون یکی از شهروندان را مشاهده نمایند.

ایشان در ضمن این مشاهده توضیح دادند که: دو مرحله استریل محل خونگیری برای اطمینان کامل از عدم امکان عفونت موضع و پس از آن با اقدام تکنسین و کارشناسان آموزش‌دیده امر خونگیری انجام و در کلیه مراحل، نظارت کامل بر این کار صورت می‌گیرد.

پس از آن از آزمایشگاه غربالگری بازدید به عمل آمد و توضیحات لازم در خصوص دستگاه‌های مورد استفاده و همچنین استان‌هایی که دارای این تجهیزات هستند ارائه شد. سپس از آزمایشگاه روتین و فرآورده‌ها بازدید به عمل آمد.

در این بخش آقای دکتر جمالی در خصوص فرآورده‌های خونی عنوان کرد: به طور معمول از خون سه نوع فرآورده به دست می‌آید که شامل پلاسما، پلاکت و گلبول قرمز می‌باشد. قسمت بخش خون، آخرین واحدی بود که مورد بازدید قرار گرفت.

امید است که در آینده نزدیک در سایه تعاملات دفتر حقوقی سازمان انتقال خون با سیستم قضائی کشور ضمن تحقق کامل نگاه کارشناسی و تخصصی قضات محترم به مسائل فنی انتقال خون ایران زمینه جهت دادرسی عادلانه پرونده‌های مربوطه فراهم آید.

دفتر حقوقی

سازمان انتقال خون ایران



# اتانازی: مرگ شفقت مدار

بهر روز جوانمرد\*

## ■ مقدمه

مباحث در رابطه با «اتانازی»، عمدتاً بحث درباره این است که چه چیزی اخلاقی است؟ سنوالاتی بنیانی در این رابطه مطرح شده است؛ مثلاً آیا حقی برای ارتکاب خودکشی وجود دارد؟ آیا اخلاقی هست که دیگری برای خودکشی به دیگری کمک کند؟ آیا حقی وجود دارد که براساس خواسته کسی یا اعضای خانواده اش ایجاد مرگ را در او تسهیل کنیم؟ آیا اخلاقی است [که] برای نجات جان کسی، [به] زندگی فرد دیگری که امیدی به زنده ماندنش نیست خاتمه دهیم؟ تمام مباحث پیرامون «اتانازی» در صدد پاسخگویی به سنوالاتی اینچنینی هستند. «اتانازی» بحث بسیار مهمی در اخلاق پزشکی است چون تمام حوزه های اجتماعی و فرهنگی را دربرمی گیرد. در این نوشتار سعی شده است به نحو اجمال معنا و مفهوم اتانازی و خاستگاه آن برای خواننده تبیین و انواع آن تشریح شود. همچنین دیدگاه های مختلف در قبال آن، در پرتو آموزه های شرع انور اسلام بیان گردد. در آخرین بخش به بررسی این شیوه در تعامل با اخلاق هنجاری - حرفه ای در دنیای پزشکی، پرداخته شده و در پایان مقاله نتیجه گیری شده که چالش اصلی در مورد بود یا نبود اتانازی متوجه اصل احترام برای خودمختاری بیمار از یک سو و آموزه های مذهبی از سوی دیگر می باشد و پیشنهادهایی به عنوان شروط عالی ممتاز جهت شروع به انجام اتانازی در صورت قانونمند شدن آن ارائه گردیده است.

## ■ گفتار اول - تعریف

اتانازی از واژگان یونانی «Eu» به معنای راحت، 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 است، به صورت تحت اللفظی «مرگ خوب یا راحت» معنا می دهد. این واژه برای اولین بار توسط فرانسویس بیکن که مرگ بدون رنج را تبلیغ می کرد وارد فرهنگ پزشکی شد. 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 ترجم انگیز در فردی [است] که از بیماری لاعلاجی رنج می کشد.» البته اتانازی واژه ای کلی است که از جنبه های حقوقی به انواع مختلفی تقسیم می شود. (مانند اتانازی فعال، غیرفعال، داوطلبانه، غیرداوطلبانه و اجباری).

## ■ گفتار دوم - انواع اتانازی

۱) «اتانازی فعال داوطلبانه»، تزریق عاملان 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 نبود امید به بهبودی.

۲) «اتانازی فعال غیرداوطلبانه»، تزریق عاملان دارو یا اقدامات دیگری است که منجر به مرگ بیمار شود اما در این حالت بیمار صلاحیت تصمیم گیری (اهلیت

## چکیده

نظرات مختلف درباره اتانازی ضرورتاً وابسته به نظرات مختلف در زمینه اخلاق است. مباحث پیرامون اتانازی، مباحثی درباره «ارزش»ها است. برخی اعتقاد دارند که حیات، حد اعلائی خوبی است و دیگر خوبی ها یا وجود حیات و زندگی معنا می یابند. بدون زندگی و حیات، هیچ ارزشی یا خوبی ای وجود ندارد (یعنی نمی تواند وجود داشته باشد) و حیات شرط لازم برای تحقق دیگر ارزش هاست.

واژگان کلیدی: اتانازی، قتل از روی ترحم، مرگ راحت، مرگ خوب، مرگ شفقت مدار



یا صلاحیت قانونی) را ندارد و از لحاظ روانی قادر به درخواست صریح برای این عمل نیست. مثلاً بیمار در حالت کما است. البته، مرگ مغزی و زندگی نباتی [تنها] مواردی نیستند که بیمار قادر به تصمیم گیری نیست. در این نوع اتانازی، معمولاً پزشک یا تیم پزشکی، کمیته اخلاق پزشکی و یا خانواده بیمار و یا قاضی تصمیم می گیرند.

۳) «اتانازی فعال اجباری»، تزریق عاملان دارو یا اقدامات دیگری است که باعث مرگ بیمار شود. در این حالت بیمار صلاحیت تصمیم گیری را دارا است و هیچگونه درخواست صریح برای این عمل نداشته است. این حالت را جمیع اخلاقیون، مجاز نمی دانند و قتل محسوب می شود.

۴) «اتانازی غیرفعال»، عدم شروع درمان یا قطع درمان هایی است که برای حفظ حیات بیمار لازمند. البته این نوع اتانازی می تواند داوطلبانه (یعنی براساس درخواست بیمار) یا غیرداوطلبانه (یعنی بیمار صلاحیت تصمیم گیری را نداشته باشد) 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 می کند تا در مرگش تسریع ایجاد شود. به عبارت دیگر بیمار از همان ابتدا از پذیرش درمان سر باز می زند.

«اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه»، معمولاً در مورد بیمارانی به کار گرفته می شود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان هم مطمئن اند که درمان امکان پذیر



نیست یا درمان را قطع می‌کند و بیمار را از مواد غذایی یا دارو محروم می‌کند و یا اگر مثلاً بیمار در سیر بیماری اش، دچار عفونتی شود درمانی برای عفونت او آغاز نمی‌شود.

در این حالت، یعنی قطع درمان به واسطه ترک فعل، پزشک، بیمار را به حال خود وامی‌گذارد و از اقداماتی که برای زنده نگه داشتن او لازم است، خودداری می‌کند. لذا مرتکب ترک فعلی گردیده است، که به واسطه آن از بیمار سلب حیات شده است با توجه به ماده ۲۰۶ و بندهای سه گانه آن در می‌بایم که در سه بند این ماده فعل مثبت به عنوان رکن مادی قتل عمد معرفی گردیده است نه ترک فعل، پس در این حالت نمی‌توان عمل پزشک را منطبق با ماده ۲۰۶ قانون مجازات اسلامی دانست. البته خودداری از مراقبت و مداوی بیمار توسط پزشک و پرستار به قصد سلب حیات، [به دلیل آنکه] جزء وظایف آن‌ها می‌باشد می‌تواند آنها را در معرض اتهام قتل عمدی قرار دهد. اما استناد آرای دادگاه‌ها به حکم قانون، اصل تفسیر مضیق قوانین کیفری، تفسیر به نفع متهم و نیز تأکید ماده ۲۰۶ بر فعل مثبت مادی، مانع از شناختن ترک فعل به عنوان رکن مادی قتل عمد می‌شود.

البته می‌توان عمل پزشک را منطبق با بند ۲ ماده واحد قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی دانست که مقرر می‌دارد: «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.» و در نهایت طبق ماده ۶۱۲ قانون مجازات اسلامی: «هر کس مرتکب قتل عمد شود و شاکه نداشته و یا شاکه 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 می‌نماید.»

۵) «اتانازی غیرمستقیم»: در این حالت ضددردهای مخدر یا داروهای دیگر برای تسکین درد بیمار تجویز می‌شود اما پیامد

عَرَضی آن قطع سیستم تنفسی بیمار است (داروهای ضد درد مخدر اگر با دوز بالا تجویز شوند مرکز تنفسی را مهار می‌کنند) که منجر به مرگ بیمار می‌شود. این نوع اتانازی با قصد عامدانه انجام نمی‌شود اما پیامد عرضی آن مرگ بیمار است.

۶) «خودکشی با همکاری پزشک»: در این حالت پزشک داروهای مرگ آور را برای بیمار فراهم می‌کند، با این توضیح که می‌داند قصد بیمار در استفاده از آنها خودکشی است.

با توجه به تعریف‌های فوق می‌توان گفت نکته مهم در افتراق «اتانازی فعال داوطلبانه» از «خودکشی با همکاری پزشک» در رفتار پزشک است، که در حالت اول پزشک مستقیماً اقدام به خاتمه زندگی بیمار می‌کند. اما آنچه «اتانازی فعال داوطلبانه» را از

نوع «غیرفعال» یا «غیرمستقیم» افتراق می‌دهد، نیت پزشک است. در حالت اول نیت پزشک خاتمه دادن زندگی بیمار است اما در دو مورد بعدی نیت پزشک کاهش درد بیمار یا قطع درمان‌های پزشکی مزاحم یا بهبوده است. دلیل عمده برای افتراق این اصطلاحات از یکدیگر، چالش‌های اخلاقی و حقوقی است. برخی استدلال کرده‌اند که نوع «غیرفعال» و «غیرمستقیم» از لحاظ اخلاقی و حقوقی در برخی وضعیت‌ها مجاز است. در حال حاضر علاوه بر ایالت اورگون که اتانازی قانونی می‌باشد در اکثر ایالت‌های آمریکا اجماع برای اخلاقی و قانونی کردن نوع «غیرفعال» اتانازی رویه فزونی است. اما در مورد «اتانازی فعال داوطلبانه و غیرداوطلبانه» و «خودکشی همراه با پزشک» چندان و اختلاف نظرهای بسیاری وجود دارد. اخیراً برخی استدلال می‌کنند که تمایز میان «فعال و غیرفعال» اتانازی، غیرمعتبر است و همان دلالی که برای توجیه اتانازی غیرفعال 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 «غیرفعال» و «غیرمستقیم» به اتانازی خودبه خود بار اخلاقی بسیاری به وجود می‌آورد.

### ■ گفتار سوم - دیدگاه‌های مختلف در مورد اتانازی

اتانازی، عمل ایجاد مرگ در فردی صاحب صلاحیت به لحاظ حقوقی و پزشکی براساس 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 می‌برد؛ پزشک «بایستی» بر مبنای اصل احترام برای خودمختاری بیمار (که از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی است)

عمل اتانازی را انجام دهد. 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 بمرید و اتانازی قطعاً بر مبنای دلالی درخواست می‌شود. اما درستی یا نادرستی این دلالی بی

معنی است. اما این استدلال غیرمعتبری است، چرا که فردی که درخواست اتانازی می‌کند (بنا به هر دلیلی) 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 دلالی بیمار برای درستی عملش چیست؟ بیمار ممکن است بگوید اتانازی درست است، چون من آن را تأیید می‌کنم. در این حالت گزاره «اتانازی درست است» و این گزاره که «بیمار آن را تأیید

می‌کند» معادل یکدیگرند. در واقع در اینجا بیمار چیزی درباره ماهیت خود عمل نمی‌گوید و تنها نگرش خود را بیان می‌کند، یعنی نگرش تأییدی. اگر درستی اتانازی مبتنی بر تأیید بیمار باشد، پس اگر یک روز بیمار آن را تأیید کند و روز دیگر نکند، بنابراین 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 غیرقابل تحمل مرا پایان می‌دهد یا فلان و بهمان نتیجه را دارد.» یعنی دیدگاهی «فایده‌گرایانه» 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 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 خاصی درباره چیزی باشد که درست است. ممکن است بیمار بگوید «اتانازی درست است»، پرسش اینجاست که بیمار چگونه می‌داند که گزاره «اتانازی درست است» صادق است؟ ممکن است بگوید از راه شهود به این نتیجه رسیده‌ام، 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 مسئله نیز به لحاظ معرفت‌شناسی 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 «اتانازی درست است» چه معنایی می‌دهد.

برخی 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 تنوعی از بیماری‌های اجتماعی می‌شود. در جامعه ای که حیات، غیر ارزشمند به حساب آید، آنگاه افراد ابایی از کشتن افراد دیگر و ارتکاب جنایت ندارند. [لذا] کیفیت زندگی سست و جامعه به عنوان یک کل خراب می‌شود.

مخالفین اتانازی معتقدند هرگاه اتانازی قانونی شود، پتانسیلی برای سوءاستفاده در دستان مراقبین سلامتی خواهد بود. اولین قدم برای انجام اتانازی در جامعه ای که قانونی شده است، باعث می‌شود قدم‌های بعدی آسانتر برداشته شود. به این استدلال، «شیب لغزنده» گفته می‌شود. یکی از صریح‌ترین مخالفین اتانازی، «یال کامیسار» پروفیسور حقوق دانشگاه میشیگان، حمله سه جانبه ای را بر علیه

## ■ گفتار چهارم - جایگاه قتل از روی ترحم در شروع انور:

بحث را با یک سوال 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 یک ماده سمی 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؟ همان گونه که از خود سؤال پیدا است جواب را باید از دو جهت حکم تکلیفی و حکم وضعی پیگیری کرد.

### ۱- 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 عموماً و اطلاقات حرمت قتل نفس می‌شود و مخصصی برای

**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.**

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.

۲- 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 مسئله کمتر مطرح شده است، ولی مسئله مشابهی در منابع فقهی وجود دارد که از نظر ملاک با این مسئله فرقی ندارد، از این رو می‌تواند در حکم یک مسئله باشند.

مسئله 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 کشتن آیا قصاص می‌شود یا خیر؟

گویا فقیهان از نظر حکم تکلیفی یک نظر دارند و می‌گویند: جایز نیست اگرچه بر این کار اکره شده باشد، زیرا اکره، 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: 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.

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 می‌گوید: اگر به ثبوت قصاص معتقد نباشیم، در ثبوت دیه دو نظریه وجود دارد مبتنی بر

بیمار نباشد. اما موافقین اتانازی استدلال می‌کنند که ریسک 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 مجموعه 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 ۵ 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 مجاب کننده نیست: [چرا که] گرچه درمان‌های تسکینی و مراقبت‌های بیمارستانی، پیشرفت‌های 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 کوشش‌ها و خطاهایی است که عواقب دردناکی برای بیمار دارند و مهم‌تر از آن عوارض جانبی چنین درمان‌هایی مانند تهوع، ناتوانی در کنترل ادرار، از دست دادن هوشیاری به علت خواب‌آلودگی‌های نیمه دائمی و نظایر آن است. هم چنین افرادی وجود دارند که نمی‌خواهند از درمان‌های تسکینی و مراقبت‌های 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 دستگاه‌های تنفس مصنوعی است.

۲- استدلال می‌شود 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 اتردوگانه» 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 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 [از] وسیله‌ای بد برای رسیدن به [اثر] خوبی استفاده نشود، 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، نتیجه‌ای خلاف رأی مخالفین اتانازی می‌گیرند.

۴- استدلال می‌شود تمایز میان اتانازی ارادی، اجباری و غیرارادی در نحوه 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.

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 نظریه «شیب لغزنده» استدلال می‌کنند هنگامی که کیفیت زندگی کاهش یافته باشد جامعه پایان دادن به حیات را می‌تواند بپذیرد و هیچ روش عقلانی برای محدود کردن اتانازی و جلوگیری از سوء استفاده آن وجود ندارد. بر اساس نظریه شیب لغزنده، اتانازی به مانند لبه نازک یک گوه است که وقتی جایفتند عمیقاً در جامعه پیش رانده می‌شود. «کامیسار» نتیجه می‌گیرد قانونی کردن اتانازی ارادی ناچاراً منجر به قانونی شدن اتانازی اجباری می‌شود چون تمایز عقلانی بین کسانی که می‌خواهند بمیرند (چرا که خودشان را سربار جامعه می‌دانند) و کسانی که می‌خواهند بکشند (چون این افراد را سرباری برای جامعه می‌دانند) غیرممکن است. اکثر کسانی که از استدلال شیب لغزنده استفاده کرده‌اند تجربه آلمان نازی را مثال تجزیه این فرآیند در عمل ذکر کرده‌اند. آنها استدلال می‌کنند سیاست عمومی کشتن، از یک قدم اولیه محدود آغاز می‌شود؛ یعنی اتخاذ برنامه اتانازی دقیقاً تعریف شده و خلاص شدن از شر کسانی که زندگی‌های بی ارزشی دارند سریعاً به «هولوکاست» 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 است از «اتانازی اجباری» جلوگیری می‌کند. در صورت قانونی شدن اتانازی غیرفعال، شیب تماماً لغزنده نیست چون هیچ برنامه کشتن وسیعی وجود ندارد. برخی دیگر بر خود مفهوم «شیب لغزنده» حمله کرده‌اند و استدلال می‌کنند، این استدلال (شیب لغزنده) که نوعی از عمل در نهایت منجر به برقراری نوع دیگری از عمل می‌شود، برهان مجاب کننده‌ای نیست و برای آن که مقدمه، صادق باشد بایستی نشان دهد که فشار اولیه برای برداشتن قدم‌های بعدی آنقدر قوی است که قدم‌های بعدی رخ دهد. استدلال «خطر سوء استفاده» که توسط کامیسار و برخی دیگر ارائه شده است بر این ادعاست که اتانازی و خودکشی با همکاری پزشک نهایتاً منجر به قتل (شیب) 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 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 اهداکنندگان 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 امیدوی به زنده ماندن

این که: آیا بعد از مرگ مقول، دیه بدون واسطه برای ورثه ثابت می‌شود، یا ابتدا در آخرین لحظه از حیات مقول به خودش منتقل می‌شود و سپس به ورثه تعلق می‌گیرد؟ بنابر نظریه اول، پرداخت دیه بر قاتل واجب می‌شود و اذن مقول در قتل نمی‌تواند دیه را ساقط کرده، و بنابر نظریه دوم، پرداخت دیه بر قاتل واجب نمی‌گردد، چون فرد مستحق، یعنی مقول 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 آنچه مهم است، دلیلی است که محقق حلی برای سقوط حق قصاص یا دیه ذکر کرده و آن این است که مقول با اذن خود، حق قصاص یا دیه را ساقط کرده است، بنابراین وارث نمی‌تواند آن را مطالبه کند. اما عدم سقوط گناه حرمت 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 بر این 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.

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

بنابراین می‌توان در حکم وضعی مسئله 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 همه فقیهان بر حرمت آن اتفاق نظر دارند.

به‌علاوه آنچه از کلمات برخی فقیهان که متعرض بعضی فرض‌های وجوب نجات نفس محترم شده‌اند برمی‌آید این است که اگر سبب پیدایش عارضه موجب هلاکت، اعم از بیماری، آتش سوزی، غرق شدن، 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 واجب‌مهمی 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 جواب بایستی گفت که تا کنون دلیلی بر جواز این کار به واسطه عنوان ترحم یافت نشده است. در خاتمه این میبحث لازم است اشاره کنیم که در اسلام سعی شده است 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.

### گفتار پنجم - اتانازی و اخلاق هنجاری

مباحث پیرامون اتانازی، مباحثی درباره «ارزش»ها است. برخی اعتقاد دارند که حیات، حد‌اعلای خوبی است و دیگر خوبی‌ها با وجود حیات و زندگی معنا می‌یابند. بدون زندگی و حیات، هیچ ارزشی یا خوبی‌ای وجود ندارد (یعنی نمی‌تواند وجود داشته باشد) و حیات شرط لازم برای تحقق دیگر ارزش‌ها است. موافقین اتانازی ارزشی مافوق دیگر ارزش‌ها برای حیات قائل نیستند؛ بلکه معتقدند که حقوق فردی ارزش برتر است و برخی دیگر از آنها کیفیت حیات را مهم‌تر از خود حیات می‌دانند و منطبق آنها این است که اگر چه زندگی خود به گونه‌ای واضح یک ارزش مهم است اما ممکن است زمان‌هایی به وجود آید که زندگی ارزش زیستن و بودن نداشته باشد. افرادی که حقوق فردی و کیفیت زندگی را ارزش برین می‌دانند، در حالت‌هایی که قدرت و توان آنها کاهش می‌یابد نظام ارزشی خود را در معرض تهدید می‌بینند؛ چون در یک نظام ارزشی، فرد ردیفی از ارزش‌ها را براساس اهمیت آنها طبقه‌بندی می‌کند. 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 می‌خواند. یکی از راه‌های ارزیابی ارزش‌ها برای آن که در بایام آنها واقعاً ارزشی اخلاقی دارند استفاده از نظریه‌های مختلف در اخلاق هنجاری است. با ارزیابی یک مشکل یا یک رویه خاص از طریق عینک اخلاق هنجاری می‌توانیم تعیین کنیم که نظام‌های ارزشی ما نیاز به تغییر دارند یا نه؟ 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 زندگی‌اش 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 می‌خواهد زنده بماند و استدلال کند که تمام تکنولوژی پزشکی باید به کار گرفته شود تا زندگی‌اش 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 تصمیم‌گیری درباره مرگ خودش است. مثلاً از دیدگاه «سودگرایی اخلاقی» خانواده ممکن است متمایل باشد بیمارشان 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 متمایل به مردن بیمارشان داشته باشند به علت این که مراقبت‌های پزشکی بیهوده هزینه 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 «خودمختاری» 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 برای تصمیم بیمار است و ارتباطی با این موضوع که اتانازی به سود بیمار است یا نیست، ندارد. بر 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 این امکان را دارد تا کیفیت زندگی بیمار را ارزیابی کند؟ استوار است؟ درستی این ملاک‌ها را چگونه می‌توان تعیین کرد؟ آتالیز نظریه‌های اخلاق هنجاری، جوابی روشن پیش روی ما نمی‌گشاید؛ 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 علیه یا له 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) و بحث بیشتر بر انواع دیگر اتانازی یعنی نوع غیرفعال و غیرارادی 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 طولانی

اگر زمانی بستر طرح قانونمند نمودن موضوع اتانازی در کشور فراهم نشد مستلزم کار کارشناسی و دقیق علمی است چراکه همیشه تشریفات، پروتسه و آیین نامه اجرایی اینچنین مواردی از ماهیت و جواز خود عمل، مهم‌تر بوده است.

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 تهی دستی 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، بیماران مبتلا به بیماری هایی چون MS، ایدز و آلزایمر ... 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 ارزش های 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 گروه های مذهبی اعتقاد دارند که رنج و درد انسان می تواند فرصت خوبی برای خدانشناسی و تزکیه نفس باشد.

حقیقتاً قضاوت درست 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 می دهد) 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 فقهاتی قانون گذار و هیأت حاکمه به کلیه گرایشات و از جمله مباحث مربوط به اخلاق پزشکی از یک سو و همچنین بافت مذهبی لایه های میانی اجتماع و اعتقادات غیر قابل استدلال در مورد مقوله مرگ و زندگی از سوی دیگر، طرح موضوع جنجال برانگیزی مانند مرگ خوب و راحت یا قتل از روی ترجم - که حتی در خود اروپا بالاخص جناح وایتیکان هنوز با آن کنار نیامده اند - از سوی جامعه اقلیت دانشگاهی، زمانی چیزی بیش از یک مزاح علمی تلقی نمی شد اما اظهارات اخیر مقام محترم رهبری بدین 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 مبدء فقهات، نکات جدیدی استنباط شود...» نوبت یک رویکرد و حرکت نوین از جانب معتقدان به فقه پویا به مسایل مستحدثه و مبتلابه جامعه را داده است.

**پیشنهادات**

با توجه به موارد مطروحه در این نوشتار به نظر می رسد پروژه قانونمند نمودن اتانازی یا قتل شفقت مدار در ایران از مرحله اینکه «آیا باید انجامش دهیم» تا مرحله اینکه «چه کسی باید آن را انجام دهد» فرآیند طولانی ای را در پیش رو خواهد داشت. اما در هر حال اگر زمانی بستر طرح قانونمند نمودن موضوع اتانازی در کشور فراهم شد مستلزم کار کارشناسی و دقیق علمی است چراکه همیشه تشریفات، پروسه و آیین نامه اجرایی این چنین مواردی از ماهیت و جواز خود عمل، مهم تر بوده است. در پایان این نوشتار پیشنهادات ذیل به عنوان شروط عالی و ممتاز جهت شروع به انجام اتانازی، مطرح میگردد:

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

2- بیمار، باید در درخواست خود اصرار و تداوم داشته باشد.

3- بیمار درمان ناپذیر و رنج و درد ناشی از بیماری می بایست غیرقابل تحمل باشد.

4- بیمار از وضعیت و دور نمای زندگی خود آگاه باشد.

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

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

7- بیمار باید رضایت کتبی و درخواست صریح خود را برای اتانازی اعلام نماید.

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

**منابع فارسی**

- 1- امینی، علیرضا و آیتی، محمد رضا (۱۳۸۵)، تحریر الروضه فی شرح اللمعه، ج ۲، انتشارات سمت، چاپ نهم، ۵۳۶ صفحه
- 2- انصاری، محمدعلی (۱۳۸۴)، قتل از روی ترجم، مجله فقه اهل بیت اسلامی، شماره ۴۳، ۴۳
- 3- حاجتی، سید مهدی، (۱۳۷۹)، تحلیل حقوقی اتانازی (مرگ شیرین)، مجله حقوق دادگستری، ۴- راستین، سیما، (۲۰۰۶) قتل عام در پوشش مرگ ملایم و بی درد، وب سایت نیلگون، تاریخ مراجعه (می ۲۰۰۷)

[http://www.nilgoon.org/articles/Sima\\_Rastin\\_Euthanasia.html](http://www.nilgoon.org/articles/Sima_Rastin_Euthanasia.html)

5- رفیعی منش، احسان، (۱۳۸۱)، اتانازی یا مرگ از روی ترجم، مجله نوید احسان، سال ۳، شماره ۹، صفحات ۲۸-۲۶

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

7- همو، (۱۳۸۵)، بررسی وضعیت حقوقی اتانازیا در کشورهای مختلف، ماهنامه حقوقی دادرسی شماره ۵۱

8- گزارشی از «اتانازیا» مرگ خود خواسته در چند

کشور جهان، (۱۳۸۰)، روزنامه ایران، شماره ۱۹۵۵، سال هفتم.

9 - مرتقی قاسمی، معصومه، (۱۳۸۰) بررسی دیدگاه های پرستاران در ارتباط با مرگ و یوتنازی و احکام مربوط به آن در شهر زنجان در سال ۱۳۷۹-۱۳۸۰

<http://www.bmsu.ac.ir/web/par/b82/3.htm>

(تاریخ مراجعه: ۱۳۸۵)

۱۰ - مرگ خوب؟ (۱۳۸۳) در آمدی بر نقد اصل «خود مختاری» و «اتانازی». خردنامه (ویژه نامه روزنامه همشهری آنلاین) شماره ۲۳، تاریخ مراجعه: (۱۳۸۵)

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

۱۱ - همتی مقدم، احمد رضا، (۱۳۸۴) مرگ داوطلبانه، روزنامه شرق، سال سوم، شماره ۶۴۶

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

(تاریخ مراجعه: ۱۳۸۶)

**منابع خارجی**

- 1- The ethics of uthanasia (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 Gormally (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:
- 7- <http://dying.about.com/od/palliativeendoflifecare/p/euthanasia.htm>
  - 8- <http://www.euthanasia.com/>
  - 9- <http://www.bbc.co.uk/religion/ethics/euthanasia/>
  - 10- <http://www.nrlc.org/euthanasia/index.html>
  - 11- <http://plato.stanford.edu/entries/euthanasia-voluntary/>
  - 12- <http://www.near-death.com/experiences/suicide08.html>

\*دانشجوی دوره دکتری حقوق کیفری و جرم شناسی دانشگاه شهید بهشتی