

ضرورت‌ها و موانع مشروعیت‌بخشی به اتانازی در ایران

علی نبی*

چکیده:

اتانازی از جمله مسائل بحث‌برانگیز در محافل پزشکی و حقوقی دنیاست. این موضوع در رابطه با افراد متقاضی مرگ خودخواسته، به‌ویژه بیماران لاعلاجی است که مشکلات فراوانی را در دوره بیماری تحمل می‌کنند و به دلایلی متقاضی سلب حیات از خویش هستند. برخی از کشورهای دنیا به انواعی از اتانازی جنبه قانونی بخشیده‌اند و برخی نیز برای مرتکبان آن، تخفیف‌های قانونی قائل شده‌اند، اما این رفتار در ایران به رسمیت شناخته نشده و برای آن عنوان مجرمانه قتل عمد وجود دارد. در این پژوهش، ضرورت‌ها و موانع مشروعیت‌بخشی به اتانازی در ایران، با روش توصیفی - تحلیلی، مورد بررسی قرار گرفت. منابع مورد نیاز با روش کتابخانه‌ای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل گردید که نهایتاً تسکین درد و رنج بیماران، ویژگی‌های جمعیتی و بحران سالمندی پیش‌روی جمعیت ایران، هزینه‌های سنگین نگهداری بیماران و انطباق اتانازی با معنای زندگی و اهداف آفرینش، مهم‌ترین ضرورت‌ها شناخته شد. مهم‌ترین موانع نیز شامل موانع قرآنی و فقهی، موانع حقوقی و حقوق بشری، موانع اخلاقی و عدم مطالبه و پذیرش اجتماعی گردید. به نظر می‌رسد هم‌اکنون موانع مشروعیت‌بخشی به اتانازی در ایران نسبت به ضرورت‌های آن، از قوت بیشتری برخوردار بوده و غلبه بر آنها به‌آسانی میسر نخواهد بود.

کلیدواژه‌ها:

ضرورت‌ها، موانع، مشروعیت‌بخشی، اتانازی.

مقدمه

دیدگاه‌های افراد درخصوص حیات و مرگ متفاوت و بعضاً متضاد است و هر شخصی از منظر خود به زندگی می‌نگرد. همه انسان‌ها حیات و زندگی همراه با سلامتی را دوست دارند و اغلب انسان‌ها خواهان طول عمر بیشتری هستند، اما در این بین برخی دچار امراض درمان‌ناپذیر و غیرقابل تحمل می‌شوند که عرصه را بر بیمار و اطرافیان او تنگ می‌کند و گاهی دچار افسردگی‌های شدید همراه با احساس حقارت می‌شوند.^۱ تداوم بیماری، علاوه بر درد و رنج فراوان، اغلب هزینه‌های فراوانی را بر دوش بیمار و نزدیکان وی از سویی و جامعه و دولت از سوی دیگر قرار می‌دهد.

از سه هزار سال پیش تاکنون اتانازی موضوعی بسیار بحث‌برانگیز بوده و در ادیان و جوامع مختلف جهت‌گیری‌های متفاوتی نسبت به آن وجود داشته است. از نظر مکتب اسلام، حیات مقدس که جزئی از آن در کالبد انسان‌هاست، ارزش والایی دارد و هرگونه تعرض به این وادی مقدس درواقع تجاوز به حقیقت آفرینش و حیات همه موجودات است. تاریخ استفاده از اتانازی در غرب را شاید بتوان به قرون وسطی مربوط کرد، از متون قدیمی این دوره می‌توان از کتابی تحت عنوان «مهارت مردن» از آرس موریندی یاد کرد.^۲ توماس مور نیز در اثر خود «اتوپیا» در سال ۱۵۱۶ میلادی از مرگ داوطلبانه سخن می‌گوید، هنگامی که دردهای لاعلاج و غیرقابل تسکین مبتلای جانمان می‌شوند.^۳ کلمه اتانازی از ریشه لغوی یونانی است، پیشوند یو^۴ به معنای به یا خوب و واژه تاناتوس^۵ به معنای مرگ است. در زبان‌های مختلف برای این پدیده از واژه‌های نسبتاً متفاوتی استفاده می‌شود مثلاً در انگلیسی بیشتر اصطلاح مرسی کیلینگ^۶ یا مرگ شرافتمندانه به کار می‌رود. در فارسی از آن با عناوینی چون قتل ترحم‌آمیز، به‌مرگی یا آسان‌مرگی یاد می‌کنند.

۱. مجتبی زارع، «مطالعه تطبیقی جرم‌زدایی از قتل ترحم‌آمیز فعال داوطلبانه». فصلنامه حقوق پزشکی ۱۳

۸۱، (۱۳۸۹)

2. See: Frances M.M Comper, *The Book of the Craft of Dying and other Early English Tracts Concerning Death* (London: Longmans, Green, and Co, 1917), 28.

۳. نوذر آقاخانی و دیگران، *اتانازی به‌مرگی و چالش‌های آن* (تهران: انتشارات کندوکاو، ۱۳۹۶)، ۱۲.

4. Eu

5. Thanatos

6. Merci Killing

اتانازی به معنای رفتاری است که شخصی، بدون داشتن سوءنیت و قصد مجرمانه، مرتکب می‌شود که نهایتاً منجر به سلب حیات از یک انسان می‌گردد. رضایت قربانی و نوع رفتار ارتكابی منجر به فوت، می‌تواند انواع مختلفی از اتانازی را به وجود آورد. این رفتار از منظر رضایت قربانی به سه نوع اصلی که شامل اتانازی داوطلبانه (ارادی) اتانازی غیرداوطلبانه (غیرارادی) و اتانازی اضطراری (غیرمستقیم) بوده و از نقطه نظر رفتار ارتكابی به دو نوع اتانازی فعال و اتانازی غیرفعال، تقسیم می‌گردد. در نتیجه شش نوع اتانازی وجود دارد که عبارتند از: ۱- اتانازی فعال داوطلبانه؛ ۲- اتانازی غیرفعال داوطلبانه؛ ۳- اتانازی فعال غیرداوطلبانه؛ ۴- اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه؛ ۵- اتانازی فعال اضطراری؛ ۶- اتانازی غیرفعال اضطراری.

تعریف اجمالی از انواع برشمرده شده اتانازی در بالا به شرح زیر است:

۱- اتانازی فعال داوطلبانه

به رفتار تجویز نمودن عمدی دارو توسط پزشک به بیمار و سبب شدن مرگ وی بنابر درخواست صریح بیمار و با رضایت و آگاهی کامل وی، اتانازی فعال داوطلبانه می‌گویند (شایان ذکر است که در برخی موارد صرفاً تجویز دارو نیست و غالباً این گونه است).

۲- اتانازی غیرفعال داوطلبانه

فرایندی که بیمار هوشیارانه و با رضایت، اعلام اراده صریح خود را به پزشک جهت به مرگی ابراز می‌دارد و پزشک (پرسنل درمانی) نیز از ادامه درمان خودداری و یا معالجه را متوقف می‌سازد. این نوع اتانازی با ترک درمان و به صورت انفعالی صورت می‌گیرد و از تزریق داروی کشنده یا اقدامات مشابه که منجر به مرگ بیمار شود، اجتناب می‌گردد.

۳- اتانازی فعال غیرداوطلبانه

به رفتار عمدی پزشک (پرسنل درمانی) و سبب شدن مرگ بیمار با انجام عملی نظیر تزریق داروی مرگ‌آور یا امثال آن، در شرایطی که بیمار به دلایلی همچون بیهوشی یا قادر به تکلم نبودن و یا به دلیل عدم رضایت به این عمل، درخواست صریحی در این خصوص ابراز نکرده باشد، گفته می‌شود.

۴- اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه

هنگامی که بیمار به دلایلی قادر به اعلام اراده خود نباشد (مانند کودکی که قادر به سخن گفتن نباشد) یا رضایت خود را اعلام نکرده باشد و پزشک (پرسنل درمانی) از ادامه درمان خودداری می‌کند یا معالجه را متوقف می‌سازد.

۵- اتانازی فعال اضطراری

عبارت است از تجویز نمودن دارو به‌طور عمدی توسط پزشک (پرسنل درمانی) به بیمار و سبب شدن مرگ او در حالتی که بیمار هوشیار است ولی نیازی به درخواست صریح بیمار نیست و عمل اتانازی به‌خاطر وضعیت بغرنجی است که پیش آمده است که پزشک شخصاً اقدام به به‌مرگی بیمار می‌نماید. شرایط اضطراری می‌تواند معلول وضعیت بسیار وخیم و دردآور خود بیمار یا امکان سرایت بیماری خطرناک به سایرین و مرتبط با بهداشت عمومی جامعه باشد.

۶- اتانازی غیرفعال اضطراری

هنگامی که وضعیت بسیار رنج‌آوری به‌وجود آمده است و بیمار درحال گذراندن شرایطی وخیم است که پزشک برای تسکین درد بیمار و خلاصی از وضع نامناسب موجود، بدون درخواست و اختیار بیمار، دستگاه‌های تنفسی و علائم حیاتی را کاهش داده یا قطع می‌کند و در نتیجه فوت حاصل می‌شود، اتانازی غیرفعال اضطراری خواهد بود.^۷

حب نفس و تمایل به بقا از خصایص ذاتی و غریزی انسان‌ها بوده و حق حیات از حقوق اساسی بشر به‌شمار می‌رود؛ اما گاهی همراهی با بیمار مبتلا به مرض لاعلاج یا وقوع شرایط خاص مرتبط با نظم و بهداشت عمومی جامعه، رسمیت بخشیدن به اتانازی را ناگزیر می‌سازد. این موضوع موافقان و مخالفان فراوانی در جهان دارد.

اتانازی اکنون در برخی کشورهای دنیا و نیز تعداد محدودی از ایالت‌های آمریکا صورت قانونی به خود گرفته است. کشور هلند اولین کشوری است که اتانازی از نوع فعال را پذیرفته است، نام قانون مربوطه «قانون درخواست پایان دادن به زندگی و مرگ به کمک پزشک است» که در نوامبر سال ۲۰۰۰ به تصویب رسید و از آوریل ۲۰۰۲ لازم‌الاجرا شد. بر اساس این قانون پزشکان مجبور شدند تا عمل اتانازی فعال را به مقامات و کمیته‌های در نظر گرفته‌شده برای این امر گزارش دهند.^۸ در سوئیس اتانازی غیرفعال مجاز است به شرط اینکه با همکاری پزشک توأم باشد.^۹ بلژیک و لوکزامبورگ نیز تحت شرایط دقیقی به اتانازی مشروعیت بخشیده‌اند. در آمریکا برای نخستین بار در سال ۱۹۹۷ در ایالت اورگان، لایحه قانونی تحت عنوان مرگ باسرافت، کمک پزشکان در خودکشی را در موارد استثنائی مجاز

۷. زارع، پیشین، ۶۷-۶۶.

۸. همان، ۶۹-۶۸.

۹. آقاخانی و دیگران، پیشین، ۱۶.

کرد.^{۱۰} برخی کشورها رویکرد متفاوتی را اختیار کرده‌اند، به‌عنوان مثال در ایتالیا و انگلستان اتانازی ممنوع است اما حق انصراف از درمان محترم شناخته شده است. در حقوق آلمان نیز گاه دادگاه‌ها قطع دستگاه‌های کمک حیات بیمار را قابل توجیه دانسته‌اند.^{۱۱} در اسپانیا نیز اتانازی ممنوع است اما از سال ۱۹۹۵ عملاً هیچ پیگرد قانونی صورت نگرفته و بدین لحاظ می‌توان استفاده از اتانازی غیرفعال را در این کشور ممکن دانست.^{۱۲}

در قوانین ایران هیچ‌یک از انواع اتانازی به رسمیت شناخته نشده است و مرتکب این عمل تحت عنوان قتل عمد قابل پیگرد می‌باشد. یک اصل کلی وجود دارد و آن اینکه رضایت مجنی علیه علت توجیه‌کننده رفتار مجرمانه نیست، به این دلیل که مجازات علی‌الاصول و در شرایط عام برای دفاع از منافع خصوصی ایجاد نشده و قوانین جزایی بیشتر در جهت استقرار نظم عمومی و بقای جامعه تدوین شده‌اند.^{۱۳} علاوه بر این انگیزه مرتکب نیز تأثیری در تحقق یا عدم تحقق جرم قتل عمدی یا ایراد صدمات جسمانی عمدی ندارد. دلیل این امر ثابت بودن مجازات این جرایم، یعنی قصاص است.^{۱۴} لکن به نظر می‌رسد در حقوق ایران نیز راه‌هایی برای محکوم نکردن این‌گونه قاتلان به ارتکاب قتل عمدی و عدم تحمیل مجازات قصاص بر آنها وجود دارد، چراکه این رفتار اغلب به صورت ترک فعل انجام می‌شود و احراز رابطه سببیت بین ترک فعل و نتیجه در این حالت مشکل است.^{۱۵} در این خصوص میان فقهای امامیه نیز اختلاف نظر فراوانی وجود دارد و میان حکم تکلیفی و وضعی اتانازی تفاوت قائل هستند. در مورد اتانازی فعال داوطلبانه، از آنجاکه این فعل صرف‌نظر از انگیزه آن به زندگی انسانی پایان می‌دهد، مشمول دلایل حرمت قتل نفس است و اجازه بیمار هم مخصص و مقیدی برای آن عمومات و اطلاعات نخواهد بود.^{۱۶}

۱۰. همان، ۱۵.

۱۱. حسین میرمحمدصادقی، «حق مردن یا حق کشته شدن، نگاهی به موضوع قتل‌های ترحم‌آمیز»، فصلنامه

حقوق پزشکی ۱۳ (۱۳۸۹)، ۲۰.

۱۲. آقاخان و دیگران، پیشین، ۱۸.

۱۳. رضا نورپها، زمینه حقوق جزای عمومی (تهران: گنج دانش، ۱۳۸۷)، ۲۸۳.

۱۴. حسین میرمحمدصادقی، جرایم علیه اشخاص (تهران: میزان، ۱۳۹۴)، ۱۱۲.

۱۵. همان، ۱۱۶.

۱۶. سیّد مصطفی محقق داماد، فقه پزشکی (تهران: انتشارات حقوقی، ۱۳۹۱)، ۲۳۶.

۱- ضرورت‌های مشروعیت‌بخشی به اتانازی

۱-۱- تسکین درد و رنج بیمار

هرچند، مرگ امری جبری و حتمی است اما آدمی غالباً به دنبال طولانی‌تر کردن زندگی و به تأخیر انداختن مرگ است؛ اما ترجیح کمیت زندگی بر کیفیت آن همیشگی نیست. گاهی در طولانی شدن دوره درد و رنج و در نبود امید درمان، هستند افرادی که مایل به خاتمه دادن به این وضعیت هستند.

در پزشکی، درد شاید شایع‌ترین شکایت باشد، اختلال درد عبارت است از نشانه‌هایی از درد که به‌طور کامل با عوامل روانی مرتبط هستند، یا بر اثر این عوامل تشدید می‌شوند. به بیانی، اختلال درد عبارت است از وجود دردی که مرکز اصلی توجه بالینی است.^{۱۷} اصطلاح درد مزمن برای توصیف درد مقاوم به درمانی به کار برده می‌شود که فراتر از دوره‌ای که برای بهبود انتظار می‌رود، طول کشیده است.^{۱۸} دردهای جسمانی که بر افرادی عارض می‌شود که به بی‌درمان بودن بیماری خود واقف‌اند، از آنجایی که با فشار روانی ناشی از آگاهی از لاعلاج بودن بیماری توأم می‌گردد، تحمل‌ناپذیرتر است. میزان و آستانه تحمل درد در افراد، باتوجه‌به وضعیت جسمانی و روانی آنها متفاوت است، به دنبال اثرات مخرب درد مزمن بر زندگی بیمار و به‌خصوص پس از شکست‌ها و عدم موفقیت‌های پی‌درپی درمان‌های مرسوم، برخی از بیماران درد مزمن به فکر خودکشی می‌افتند، شواهد زیادی نشان می‌دهد درد مزمن با افزایش افکار خودکشی و آسیب‌رسان به خود مرتبط است. در پژوهشی که به‌منظور بررسی میزان افکار خودکشی بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن انجام گرفته است، میانگین افکار خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن تقریباً دو برابر میانگین افکار خودکشی در جمعیت عمومی جامعه بوده است. در بررسی رابطه شدت درد و خودکشی، برخی مطالعات هم‌بستگی مثبت بین این دو را گزارش کرده‌اند.^{۱۹}

۱۷. سید محمود میرزمانی و دیگران، «مقایسه میزان تأثیر درد بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان و افراد مبتلا به درد مزمن»، *مجله سالمند* ۷ (۱۳۸۷): ۴۹.

۱۸. محمدعلی اصغری‌مقدم، ناصر گلک، «نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن»، *مجله دانشور* ۱۰ (۱۳۸۴): ۲.

۱۹. اکرم برومند و دیگران، «بررسی نقش تعدیل‌کننده فاجعه‌آمیز کردن درد بر رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی در بیماران درد مزمن»، *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت* ۱۰ (۱۳۹۳): ۱۸.

عموم مردم نیز رنج بردن را از لحاظ اخلاقی غیرقابل قبول می‌دانند، در مواردی که بیمار تحت فشار درد و بیماری لاعلاجی قرار دارد اگر حق انتخاب مرگ بیمار - به معنای رهایی از رنج - را انکار کنیم، عملی منصفانه و انسانی نیست، اتانازی در این شرایط یک انتخاب نیست، پزشک به خاطر اینکه نمی‌تواند بیمار را رها کند، عملی اجباری را انجام می‌دهد و اتانازی مناسب‌ترین راه درمانی تلقی می‌شود.^{۲۰} درد و رنج انسان‌ها صرفاً دردهای جسمانی را شامل نمی‌شود، بلکه ابتلا به بیماری‌های لاعلاج و تحمل سال‌ها درد و مشکلات ناشی از بیماری، آثار روحی و روانی فراوانی را نیز بر شخص بیمار و اطرافیان وی می‌گذارد. زندگی برخی از بیماران در شکل زندگی حیوانی یا نباتی، لکه‌دار شدن کرامت و خدشه‌دار شدن شخصیت و حرمت آنان است. در برخی از بیماری‌های درمان‌ناپذیر، وضعیت ترحم‌آمیز و غیرقابل کنترل بیماران، شخصیت آنان را نزد دیگران تحقیر می‌کند و کرامت انسانی آنها را زیر سؤال می‌برد.^{۲۱}

اغلب بیماری‌های سخت و درمان‌ناپذیر، مراقبت و رسیدگی‌های خاصی را طلب می‌کنند که بستگان یا نزدیکان شخص بیمار را به صورت غیرمستقیم با بیماری درگیر می‌کند. به عنوان مثال در آمریکا در سال ۲۰۰۰ میلادی تعداد افرادی که در منزل نقش مراقبت از عضو مبتلا به سرطان را برعهده داشته‌اند، بیش از ۲۵ میلیون نفر گزارش شده است که دو سوم آنها علاوه بر مراقبت از بیمار عهده‌دار انجام مسئولیت‌ها و امور منزل هم بوده‌اند. مطالعات در مورد کیفیت زندگی افرادی که نقش مراقب عضو مبتلا به سرطان خانواده خود را ایفاء می‌کنند، نشان می‌دهد که سرطان بر روی ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و اقتصادی زندگی آنها اثرات بارزی دارد.^{۲۲} بر اساس بررسی که توسط ادواردز و یونگ^{۲۳} در سال ۲۰۰۲ صورت گرفته است، مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان بر وضعیت جسمی مراقبت‌کننده نیز تأثیر می‌گذارد، اختلالات خواب، تغییرات اشتها، خستگی شدید و تغییرات در وضعیت کلی سلامت بدن از نشانه‌های شایع در این افراد می‌باشد که بر روی وضعیت جسمی فرد تأثیر

۲۰. فرزاد محمودیان و دیگران، «بررسی مقایسه‌ای دلایل موافقان و مخالفان اتانازی»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۳(۳) (۱۳۸۸)، ۲۰.

۲۱. آقاخانی و دیگران، پیشین، ۷۶.

۲۲. زهرا فتوکیان و دیگران، «بررسی کیفیت زندگی بستگان درجه یک مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به سرطان»، *نشریه پرستاری ایران* ۳۸ (۱۳۸۳)، ۴۹.

سوء بر جای می‌گذارد.^{۲۴} این آسیب‌ها و تنگناهای جسمی و روانی که در اثر مراقبت از بیمار لاعلاج، بر نزدیکان بیمار عارض می‌شود، خود رنج مضاعفی را بر بیمار تحمیل می‌نماید. در چنین شرایط سخت و غیرقابل‌تحملی، اتانازی می‌تواند به‌مثابه راه نجاتی برای بیمار رنج‌دیده مطرح گردد.

۱-۲- ویژگی‌های جمعیتی و بحران سالمندی پیش‌روی جمعیت ایران

بهبود شرایط زندگی و افزایش طول عمر و امید به زندگی، پدیده سالمندی را در جوامع به‌دنبال داشته است. پیش‌بینی می‌شود که سالمندتر شدن جمعیت منجر به پیدایش مسائل تازه و تنش‌هایی در موضوع تأمین اجتماعی، امنیت، رفاه و بهداشت سالمندان گردد. درحال حاضر در ایران سالمندان سهم اندکی از جمعیت کشور را به خود اختصاص داده‌اند؛ اما باتوجه‌به شروع مرحله انتقال ساختار سنی از جوانی به سالخوردگی و فزونی سرعت رشد جمعیت سالمند در مقایسه با رشد کل جمعیت کشور، پیش‌بینی می‌شود که تعداد و سهم سالخوردگان در سال‌های آتی افزایش قابل‌توجهی پیدا کند.^{۲۵} سیاست‌های افزایش جمعیت در دهه‌های پنجاه و شصت، رشد شدید جمعیت را در پی داشته است و بررسی هرم سنی جمعیت ایران نشان می‌دهد که شوک واردشده به جمعیت، با گذشت زمان به رده‌های سنی بالاتر انتقال پیدا کرده است. نگاهی به پیش‌بینی‌های جمعیتی آینده کشور بیان‌کننده این مطلب است که تا سال ۱۳۹۹ جمعیت بالای ۶۰ سال، ۹/۲ درصد از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهد.^{۲۶} پیش‌بینی‌های جمعیتی سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۲ نشان می‌دهد که با فرض رشد حد متوسط جمعیت، در دهه ۲۰۴۰ حدود ۱۸ درصد جمعیت ایران در گروه‌های سنی بالای ۶۵ سال قرار خواهند گرفت.^{۲۷} افزایش سن و ورود به دوره سالمندی کاهش مشارکت اجتماعی و حضور فعالانه کمتری را برای این قشر در پی داشته و تنهایی و انزوای ناشی از آن بر کیفیت زندگی ایشان اثر منفی خواهد داشت. با پیش رفتن جمعیت به سمت سالمندی، سالمندان روز‌به‌روز به‌عنوان یک مشکل مطرح می‌شوند و نیازهای آنان همواره

۲۴. همان، ۵۳.

۲۵. نادر مطیع حق‌شناس، «ابعاد جامعه‌شناختی سالخوردگی جمعیت و چالش سالمندی فعال در ایران»، *مطالعات جامعه‌شناختی ایران* ۲ (۱۳۹۰)، ۱۳۴.

۲۶. شهرزاد یکناتطلب و دیگران، «مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر در خانه سالمندان: تحلیل کیفی»، *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت* ۳ (۱۳۹۱)، ۲۴۰.

۲۷. مطیع حق‌شناس، پیشین، ۹۳.

منابع سرویس‌های مراقبتی را با چالش مواجه می‌سازد. همچنان‌که افراد پیرتر می‌شوند، نیازهای سلامتی جسمی و روانی بیشتری پیش می‌آید که توسط جامعه باید تشخیص داده شوند. ورود به سالمندی معمولاً ملازمه با شروع دورانی با ضعف‌ها و بیماری‌ها دارد. ضعف‌های ناشی از کهولت سن، غلبه بیماری‌ها بر انسان را تسهیل نموده و سرعت پیشرفت بیماری‌های سابق را افزایش می‌دهد. بسیاری از بیماران سالمند به دنبال بیماری، مشکلات حرکتی را تجربه می‌نمایند و یا اینکه به دنبال بستری شدن و متعاقب آن استفاده از وسایل پزشکی همانند ست هاتی سرم، خطوط وریدی، سوندها و ... محدودیت‌های فراوانی را در این باره تحمل می‌کنند.^{۲۸} سالمندان مبتلا به دردهای مزمن، شدت درد بیشتری را نسبت به بیماران زیر سن ۶۰ سال تجربه می‌کنند. شدت درد بیشتر در گروه سالمندان موجب تداخل بیشتر درد در زندگی روزانه و میزان حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی آنان می‌شود. از طرف دیگر به نظر می‌رسد درد مزمن، فعالیت‌های دور از خانه، فعالیت‌های اجتماعی و فعالیت‌های عمومی سالمندان مبتلا به درد مزمن را بیشتر از بیماران عادی مبتلا به درد مزمن تحت تأثیر قرار می‌دهد.^{۲۹} این درحالی است که در ایران برنامه جامع برای ساماندهی مسائل سالمندان و تأمین اجتماعی آنان وجود ندارد و خدمات اجتماعی و بهداشتی خاص سالمندان به خوبی مهیا نگردیده و نیروهای آموزش‌دیده در زمینه مددکاری و توان‌بخشی برای این قشر به میزان کافی تربیت نشده‌اند.

گذشت زمان و پیرتر شدن جمعیت ایران، افزایش ابتلا به بیماری‌های مختلف و بعضاً لاعلاج را در بخش قابل توجهی از جمعیت کشور در پی خواهد داشت. مشکلات، هزینه‌ها و تبعات ناخوشایند ناشی از بیماری‌های سخت و درمان‌ناپذیر، لاجرم توجه بسیاری از بیماران سالخورده را به سمت اتانازی جلب خواهد نمود. مشروعیت‌بخشی به اتانازی، در آینده‌ای نه‌چندان دور، باتوجه‌به ساختار جمعیتی ایران، بی‌شک ضرورتی بیش‌ازپیش را مطرح خواهد ساخت.

۲۸. حیدرعلی عبادی و موسی علوی، «تجارب تیم مراقبت و بیماران سالمند از مفهوم آموزش بیماران سالمند بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان»، *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی* ۷(۱) (۱۳۸۶)، ۹۶-۹۷.

۲۹. میرزمانی و دیگران، پیشین، ۵۵.

۱-۳- اجتناب از هزینه‌های سنگین نگهداری بیمار

توسعه روزافزون فناوری‌های پزشکی، تغییر شیوه زندگی و متحول شدن انتظارات مردم از نظام‌های سلامت، هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به صورت چشمگیری افزایش داده است و منابع موجود و تخصیصی برای نظام‌های سلامت از سوی دولت‌ها پاسخگوی تمامی نیازها و انتظارات مردم نیست، از این رو تأمین هزینه‌های خدمات درمانی به عنوان چالشی جدی برای نظام‌های سلامت و خانوارها مطرح می‌باشد.^{۳۰} در سه دهه اخیر شاهد رشد سهم هزینه‌های سلامت در تولید ناخالص داخلی ایران هستیم. توجه به هرم سنی جمعیت کشور، نشان می‌دهد که رشد سهم هزینه‌های سلامت در اقتصاد، در حالی رخ داده است که بخش عمده‌ای از جمعیت کشور در این سال‌ها در دوران جوانی خود بوده‌اند، با توجه به پایین بودن تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در این سنین، نمی‌توان رشد هزینه‌های سلامت را ناشی از تغییرات جمعیتی به شمار آورد.^{۳۱} با بهره‌گیری از مدل رشد نامتوازن بامول، می‌توان گفت، افزایش دستمزدی که ناشی از بهره‌وری نبوده، افزایش درآمد سرانه و رشد قیمت‌ها در بخش بهداشت و درمان، نقش مثبت و معناداری در افزایش روزافزون سهم هزینه‌های بخش سلامت در تولید ناخالص داخلی داشته است.^{۳۲}

اولویت نظام سلامت در ایران به جای پیشگیری، بر درمان نهاده شده است که این امر خود موجب افزایش نرخ بیماری‌ها و هزینه‌های درمانی می‌شود. در ایران بیش از نصف بار تأمین مالی نظام سلامت به عهده خانوارها می‌باشد، دسترسی به خدمات درمانی می‌تواند بعضی خانوارها را با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه نماید، به این دلیل عده‌ای از خانوارها جهت جلوگیری از تأثیرات منفی ناشی از تأمین هزینه‌های خدمات درمانی از دریافت خدمات مورد نیازشان چشم‌پوشی نموده و مجبور به تحمل درد و رنج بیماری می‌شوند.^{۳۳} این موضوع، تنها در خصوص هزینه‌های رسمی درمان است، چنانچه پرداخت‌های غیررسمی که با توجه به سیستم نظارتی ضعیف، سهم قابل توجهی در هزینه‌های درمانی مردم دارند را نیز

۳۰. نادر حسن‌نژاد، «بررسی نحوه تأمین هزینه‌های درمان بیماران دیابتی بستری در بیمارستان‌ها در انواع بیمه‌های درمانی»، فصلنامه بیمارستان ۳ (۱۳۹۲)، ۸۴.

۳۱. مهدی باسحا و دیگران، «پیری جمعیت و تهدید بیماری هزینه‌ای بامول در بخش سلامت ایران»، مطالعات اقتصادی کاربردی ایران ۹ (۱۳۹۳)، ۱۷۲.

۳۲. همان، ۱۸۵.

۳۳. حسن‌نژاد، پیشین، ۸۵.

لحاظ نماییم، با وضعیت به‌مراتب سخت‌تری مواجه خواهیم بود. اغلب بیماران مبتلا به امراض لاعلاج ناگزیر از تحمل دردهای طولانی‌مدت و به‌اصطلاح مزمن هستند. درد مزمن و ناتوانی‌های جسمی و روان‌شناختی همراه با آن، هزینه چشمگیری را بر منابع اقتصادی کشورها وارد می‌کند، هزینه ناشی از درد مزمن به‌تنهایی از مجموع هزینه بیماری‌های قلبی، سرطان و ایدز بیشتر است.^{۳۴} در ایران از سال ۱۳۸۵ دوره آموزشی فلوشیپ درد در بعضی از دانشگاه‌های کشور راه‌اندازی شده است ولی خدمات مربوطه تحت پوشش تعهدات بیمه‌ای قرار نگرفته و بیماران دردمند باید هزینه‌های درمان دردهای مزمن، صعب‌العلاج و سرطانی خود را به‌صورت آزاد و غیربیمه‌ای بپردازند و یا از دریافت خدمات متخصصان کنترل درد صرف‌نظر نمایند. با این شرایط تنها افرادی که از عهده هزینه‌های آزاد برمی‌آیند، می‌توانند از این خدمات بهره‌گیرند، ضمن اینکه بیمه‌های مکمل هم به بهانه عدم تعهد بیمه‌های پایه از پرداخت هزینه‌های این بیماران شانه خالی می‌کنند.^{۳۵} هزینه‌های بالای خدمات پزشکی در ایران، ضعف پوشش‌های بیمه‌ای و عدم پوشش جمعیتی قابل توجه بیمه‌های مکمل، موجب گردیده است که بیماران مبتلا به امراض لاعلاج افزون بر تحمل درد و رنج ناشی از بیماری، مجبور به پرداخت هزینه‌های سنگین خدمات پزشکی باشند. این درحالی است که اغلب این بیماران فعالیت اقتصادی نداشته و در تأمین هزینه‌های پزشکی با مشکلات جدی مواجه هستند. مشروعیت‌بخشی به اتانازی می‌تواند از هزینه‌های سنگین پزشکی تحمیل‌شده بر بیماران لاعلاج و دولت، در کشوری که نظام سلامت در آن، سالانه متحمل ده هزار میلیارد تومان هزینه مستقیم و غیرمستقیم، فقط در بخش سرطان می‌شود، بکاهد.^{۳۶}

۱-۴- انطباق با معنای زندگی و اهداف آفرینش

فیلسوفی آلمانی^{۳۷} می‌نویسد: «انسان تنها موجودی است که وجودش برای او مسئله است.» این مسئله در طول سالیان درازی که از تاریخ اندیشه‌ی بشری می‌گذرد، سبب شده است که انسان همواره در وجودش با پرسش‌هایی نظیر «او کیست؟ از کجا آمده؟ و به کجا خواهد

۳۴. اصغری‌مقدم و گلک، پیشین، ۲.

۳۵. علی محمدیان اردی، «با درد بی‌درمان رسته درد چه کرده‌اند»، فصلنامه بیهوشی و درد ۴ (۱۳۹۳)، ۲.

۳۶. نک: «دنیای اقتصاد»، روزنامه دنیای اقتصاد، ۲۹/۰۸/۱۳۹۵، <http://donya-e-eqtasad.com/2230>.

37. Martin Heidegger

رفت؟» روبه‌رو باشد.^{۳۸} نظام‌های فکری مختلف پاسخ‌های متفاوتی به پرسش‌های فوق می‌دهند. مکاتب غیرالهی و دیدگاه‌هایی که برای آفرینش انسان هدف و غایتی ماوراءالطبیعی قائل نیستند، اغلب انسان را محور هستی دانسته و به‌دنبال پاسخگویی حداکثری به امیال او بوده و مرگ را پایان زندگی انسان می‌دانند. از دیدگاه اسلام هدف از آفرینش جهان هستی، انسان است و آسمان‌ها و زمین و هرچه در آنهاست برای انسان خلق شده و خداوند آنها را مسخر انسان قرار داده است. لذا انسان محور و گل سرسید جهان هستی است و اوست که افضل و اکمل موجودات عالم است.^{۳۹} پژوهشگران دینی اهداف مختلفی را برای خلقت انسان ذکر می‌کنند، از جمله آنها می‌توان به «رسیدن به کمال مطلق»، «رسیدن به معرفت و یقین»، «امتحان و آزمایش الهی»، «خلافت و جانشینی خداوند» و «عبادت» اشاره کرد. قرآن کریم هدف از خلقت انسان را چنین بیان می‌نماید: «و ما خلقت الجن و الانس الا ليعبدون»^{۴۰} (جن و انس را خلق نکردم مگر برای اینکه عبادت کنند). ظاهر از حرف لام در ليعبدون، این است که عبادت کردن غرض و مقصود خلقت انسان را تشکیل می‌دهد. چون معنای این حرف بیان غایت است و بنابر سیره عقلاء، منظور متکلم از بیان هر امری همان چیزی است که کلام وی در آن ظهور دارد، مگر اینکه متکلم قرینه‌ای بیاورد و بر اساس آن به مخاطب بفهماند که ظاهر آن کلام موردنظر وی نیست؛ اما چون در مورد آنچه از این آیه فهمیده می‌شود و آیه مبارکه در آن ظاهر است، قرینه‌ای برخلاف هم اقامه نشده است، معلوم می‌شود که علت غایی آفریدگار متعال در خلقت انسان، عبادت او و رسیدن آدمی به مقام عبودیت است.^{۴۱} در بسیاری از مواردی که شرایط به‌گونه‌ای است که می‌تواند منجر به اتانازی شود، زندگی بیماران تهی از عبادت و اعمال صالح است، در این شرایط زندگی آنان از کمال و ایده‌آل مطلوب موردنظر آفریدگار فاصله گرفته و زیستن ایشان بی‌ثمر و بیهوده می‌گردد.

۳۸. غزاله حجتی و امیرعباس علیزمانی، «معنا، غایت و ارزش (بررسی آرای گرت تامسون در باب معنای زندگی)»، *مجله ادیان و عرفان* ۴۳ (۱) (۱۳۸۹)، ۳۲.

۳۹. علیرضا فارسی‌نژاد و حامد دژآباد، «فلسفه آفرینش جهان و انسان از دیدگاه قرآن»، *فصلنامه اندیشه دینی دانشگاه شیراز* ۳۰ (۱۳۸۸)، ۱۱۱-۱۱۰.

۴۰. قرآن کریم، سوره النازیات، آیه ۵۶.

۴۱. محمدرسول آهنگران، «تأملی در فلسفه آفرینش انسان در نظام تربیتی اسلام»، *مجله فلسفه دین* ۶

یکی از فیلسوفان معاصر آمریکایی^{۴۲} که سال‌ها به وجه فلسفی معنای زندگی پرداخته است معتقد است زندگی چیزی بیش از یک ابزار صرف برای دستیابی به هدف‌های متعالی یا شخصی است. او تأکید می‌کند اگرچه در ظاهر فهمیدن معنا به‌عنوان هدف پسندیده به‌نظر می‌رسد، لکن روشی نادرست برای فهم معناست. هدف خواه متعالی باشد و خواه محدود و مربوط به خود شخص، باز هم نمی‌تواند معنای زندگی به‌شمار رود چراکه شناخت معنا به‌وسیله هدف، درحقیقت شناخت ارزش‌ها به شکلی کاملاً ابزاری است. زندگی هرکس را مجموعه‌ای از کارها و رفتارهای او تشکیل می‌دهد، اگر همه کارهای فرد را صرفاً ابزاری برای دست یافتن به هدف‌های ویژه در زندگی در نظر بگیریم، آنگاه زندگی فرد و خود فرد تنها ابزاری برای آن هدف ویژه خواهند بود. درحالی‌که روشن است که شخص فقط ابزاری برای دستاوردهایش نیست. برخلاف عقلانیت ابزاری که معتقد است هدف وسیله را توجیه می‌کند، وی مدعی است که این وسیله است که هدف را توجیه می‌کند. او بر این باور است که هدف‌ها چون فرایند زندگی را از طریق اینکه انگیزه انجام کارهای بیشتری را در فرد به‌وجود می‌آورند یا فرایند زندگی را بهبود می‌بخشند و جهت می‌دهند، به شکل ابزاری ارزشمند هستند. آنچه درحقیقت زندگی ما را به‌وجود می‌آورد، کارهای ماست؛ بنابراین معنای زندگی را باید در خود زندگی یا روشی که فرد برای زیستن خود برمی‌گزیند، جستجو کرد.^{۴۳} اگر زندگی را فی‌نفسه ارزشمند بدانیم، فرد و کیفیت وجودی وی اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند و دراین صورت ممکن است دوام بی‌کیفیت زندگی برای نیل به اهداف متعالی یا شخصی را بر زندگی باکیفیت بدون نیل به اهداف ویژه، ترجیح ندهیم.

زندگی برخی از بیماران در شکل زندگی حیوانی یا نباتی، لکه‌دار شدن کرامت و خدشه‌دار شدن شخصیت و حرمت آنان است. ارزش زندگی انسان ارزش ذاتی نیست که ذات زندگی صرف‌نظر از کیفیت و اهداف آن و سودمندی و مفید بودنش ارزشمند باشد، بلکه توانایی افراد در استفاده از زندگی، ارزش آن را تعیین می‌کند. در نمونه‌هایی مثل مواردی که زندگی فرد در بیماری درمان‌ناپذیر از زیستن با کرامت و حرمت انسانی خارج شده است و هیچ امیدی به بازگشت وی به زندگی عادی و بازگشت به زندگی با کرامت نیست، وی حق انتخاب مرگ باعزت و شرافتمندانه را دارد. حق مرگ با عزت مثل حق حیات با عزت است.

۲- موانع مشروعیت بخشی به اتانازی

۲-۱- موانع قرآنی و فقهی

در اسلام زندگی انسان به قدری ارزشمند است که قرآن کریم نجات جان یک انسان را با نجات جان تمامی انسان‌ها برابر می‌داند. مهم‌ترین دلایل قرآنی که نفی اتانازی از آنها مستفاد می‌شود عبارتند از منافات آن با کرامت ذاتی انسان و حق حیات، انحصاری بودن حق مرگ برای خداوند و حکیمانه بودن درد و رنج در مکتب اسلام.

آیه ۷۰ سوره اسراء مهم‌ترین آیه قرآن در موضوع کرامت انسانی است «وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلاً». اغلب مفسران با تأکید بر این آیه انسان را دارای کرامت تکوینی و ذاتی می‌شمرند که این کرامت ذاتی، خدادادی است. پس انسان بما هو انسان، در قرآن صاحب کرامت است، مگر اینکه خودش کرامت خود را به گونه‌ای با ارتکاب جنایت یا خیانت بر خود یا دیگران خدشه‌دار نماید، زیرا ارتکاب جنایت یا خیانت بر هر انسانی ناقض اصل حیثیت و کرامت ذاتی اوست، لذا اگر انسانی به دست خود نابود شود یا اجازه دهد تا کسی دیگر او را به مرگ بکشاند، کرامت انسانی خویش را نابود ساخته است.^{۴۴} اتانازی از نگاه قرآن با حق حیات انسان نیز منافات جدی دارد. در آیه ۳۳ سوره اسراء می‌خوانیم «وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ وَمَنْ قُتِلَ مَظْلُوماً فَقَدْ جَعَلْنَا لَوِئْهٍ سُلْطٰنًا فَلَا يُسْرِفُ فِي الْقَتْلِ إِنَّهُ كَانَ مَنْصُورًا» در این آیه حق حیات انسان محترم شمرده شده و کشتن انسان‌ها جز در موارد مشخص (به عنوان مجازات)، موردنهی قرار گرفته است. همچنین در آیه ۹۳ سوره نساء «وَمَنْ يَقْتُلْ مُؤْمِنًا مُتَعَمِّدًا فَجَزَاؤُهُ جَهَنَّمُ خَالِدًا فِيهَا وَغَضِبَ اللَّهُ عَلَيْهِ وَلَعَنَهُ وَأَعَدَّ لَهُ عَذَابًا عَظِيمًا» کشتن عمدی انسان مؤمن (محقون الدم) به نحو اطلاق موردنهی شدید شارع قرار گرفته و لعن و عذاب الهی را جزای این عمل دانسته است. در قرآن اساساً حکم قصاص به موجب آیه ۱۷۹ سوره بقره^{۴۵} برای حمایت از حق حیات، سلامت و امنیت جامعه انسانی مقرر گردیده است. مضافاً بر این، از نظر قرآن حیات تنها حق افراد نیست، بلکه حفظ آن تکلیف آنان نیز هست. از همین رو هیچ‌کس حق ندارد، حیات خود را به دست خود به نابودی بکشاند و خود را هلاک سازد. از

۴۴. بهروز یداله‌پور، «مرگ ترخم‌آمیز (اتانازی ارادی فعال) از دیدگاه قرآن»، مجله علوم پزشکی بابل، دوره ۱۵،

ویژه‌نامه ۱ (۱۳۹۱)، ۵۹.

۴۵. وَ لَكُمْ فِي الْقِصَاصِ حَيَاةٌ يَا أُولِي الْأَلْبَابِ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ.

دیدگاه قرآن، خداوند سبحان حق انحصاری در مرگ و زندگی انسان‌ها دارد و مرگ و حیات، آفریده‌های خداوند به‌شمار می‌روند، نادیده گرفتن این حق انحصاری به‌معنای تجاوز به ساحت خداوند و غضب جایگاه اوست. خداوند خالق موت و حیات است و بدینوسیله انسان‌ها را می‌آزماید.^{۴۶} از روح خود در کالبد انسان دمیده و شرافتی بزرگ به او ارزانی داشته است.^{۴۷} از نظر قرآن مرگ مرحله رشدیافته و تغییر یافته از زندگی انسان است و حیات انسان همچون امانتی در دست اوست و نمی‌تواند آن را از خود سلب نماید یا به‌گونه‌ای در آن تصرف کند که به نابودی وی منجر شود. از سوی دیگر یکی از آموزه‌های اساسی ادیان، به‌خصوص اسلام تأکید بر وجود رنج و معنا دادن به آن است.^{۴۸ و ۴۹} آموزه‌های قرآنی وجود درد و رنج را نه تنها موجب خستگی و تقاضای مرگ نمی‌دانند بلکه آن را سبب بازگشت از گناهان و رسیدن به مقام قرب و کمال نهایی می‌دانند.^{۵۰} از نقطه نظر فقهی، درمورد اتانازی آنچه از سخنان فقیهان امامیه استفاده می‌شود، حرمت چنین عملی است، زیرا این عمل به حیات انسانی خاتمه می‌دهد و به هر دلیلی که باشد، حرام خواهد بود. شهید ثانی در این مورد می‌نویسد: «لو قال قتلک لم یسغ القتل لان الاذن لا یرفع الحرمه» صاحب جواهر نیز در این مورد ادعای اجماع و عدم‌خلاف کرده است. همچنین محقق حلی در شرایع و علامه حلی در تحریر به حرمت آن فتوی داده‌اند.^{۵۱} برخی از فقهای معاصر نیز اتانازی را به دلایلی از جمله اطلاق ادله حرمت قتل نفس و وجوب حفظ نفس در آیات و روایات جایز نمی‌دانند. ضمن اینکه معتقدند مسائل پزشکی غالباً یقین‌آور نبوده و احتمال رهایی از مرگ برای بیمارانی که پزشکان امیدی به بهبود ایشان ندارند، متفی نیست.^{۵۲} یکی از فقهای معاصر^{۵۳} ضمن حرام دانستن اتانازی فعال، اتانازی غیرفعال را جایز دانسته و در پاسخ به استفتاء صورت‌گرفته،

۴۶. اَلَّذِیْ خَلَقَ الْمَوْتَ وَ الْحَیَاةَ لِنَبْلُوْکُمْ اَیُّکُمْ اَحْسَنُ عَمَلًا وَ هُوَ الْعَزِیْزُ الْغَفُوْرُ، سوره ملک، ۲.

۴۷. فَاِذَا سَوَّیْتَهُ وَ نَفَخْتَ فِیْهِ مِنْ رُوْحِ فَعَعَا لَهٗ سَاجِدِیْنَ، سوره حجر، ۲۹.

۴۸. لَقَدْ خَلَقْنَا الْاِنْسَانَ فِیْ کَبَدٍ، سوره بلد، ۴.

۴۹. وَ لِنَبْلُوْکُمْ بِشِیْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَ الْجُوْعِ وَ نَقْصٍ مِّنَ الْاَمْوَالِ وَ الْاَنْفُسِ وَ الثَّمَرَاتِ وَ بَشِّرِ الصَّابِرِیْنَ، سوره بقره،

۱۵۵.

۵۰. همان، ۶۱.

۵۱. عادل ساریخانی، «قتل ترخّم‌آمیز از دیدگاه فقه جزایی»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۳(۲) (۱۳۸۸)، ۳۷.

۵۲. نک: ابوالقاسم علیان‌نژادی دامغانی، *احکام پزشکی مطابق فتاوی آیت‌الله مکارم شیرازی* (قم: نشر مدرسه

امام علی بن ابیطالب (ع)، (۱۳۸۷)، ۱۱۶.

۵۳. آیت‌الله یوسف صانعی.

به دلیل اینکه امید به بهبود و سلامت در بیماران لاعلاج وجود ندارد، ادامه درمان را بر پزشک واجب ندانسته و حکم به جواز اتانازی غیرفعال داده است.^{۵۴}

از نظر حکم وضعی نیز برخی فقها بر این نظرند که اذن به قتل، حق قصاص را ساقط نمی‌کند و بهترین دلیلی که آورده شده این است که انسان برای از بین بردن خود هیچ تسلطی ندارد تا بتواند با اذن خویش به اتلاف، ضمان را ساقط کند، آنگونه که اذن به اتلاف اموال، ضمان را در آنها ساقط می‌کند. همچنین قصاص حقی است برای ولی نه مجنی‌علیه، پس اثری بر اسقاط آن نیست.^{۵۵} از طرفی متعلق اذن، حق است و حکم تکلیفی حرمت قتل نفس اساساً ربطی به اذن ندارد که از آن متأثر شود، از طرف دیگر حکم تکلیفی حرمت قتل نفس متعلق به خداست و هیچ حرامی با اذن فرد دیگری جایز نمی‌شود. علاوه بر این عموم و اطلاق ادله شرعی قتل نفس، هم مورد اذن و هم مورد عدم اذن را دربر گرفته و از این جهت، رفع حرمت با اذن مقتول منتفی است.^{۵۶} هرچند برخی از متقدمان فقها^{۵۷} و برخی از معاصران^{۵۸} بر این باور هستند که با اذن مقتول، حق قصاص ساقط شده و ورثه او نمی‌توانند درخواست قصاص یا دیه نمایند. بعضی از فقها میان حیات مستقر و حیات غیرمستقر بیمار قائل به تفکیک شده و قطع درمان را در حیات غیرمستقر (مانند حالت مرگ مغزی) موجب ایجاد حق قصاص و دیه نمی‌دانند و درخصوص مرتکب فعال نیز قائل به پرداخت دیه جنایت بر میت هستند.^{۵۹} درنهایت می‌توان گفت که حرمت کشتن انسان‌ها از نظر شرعی از ضروریات و امری قطعی است، تجویز و مشروعیت بخشیدن به اتانازی در ایران از این نظر با مانعی بزرگ روبه‌روست و محقق شدن چنین امری، محتاج نگاهی نو و تفسیری متفاوت از متون اسلامی خواهد بود.

۵۴. نک: یوسف صانعی، *استفتائات قضایی* (تهران: نشر میزان، ۱۳۸۵)، جلد ۱، ۲۰۰.

۵۵. محمدجعفر هرنندی و فاطمه جبارزاده، «بررسی فقهی و حقوقی اتانازی (مرگ از روی ترحم)»، *فصلنامه فقه و حقوق اسلامی* ۲۷ (۱۳۹۲)، ۴۶-۴۴.

۵۶. حسین خدایار، حسین‌علی سعدی، «استناد به قاعده اذن برای مشروعیت اتانازی داوطلبانه فعال»، *فصلنامه فقه پزشکی* ۶-۵ (۱۳۸۹)، ۴۲.

۵۷. نک: ۱- جعفرین حسن محقق حلی، *شراعی‌الاسلام* (تهران: نشر استقلال، ۱۴۰۹ ه.ق)، جلد ۴، ۲۰۰، ۲؛ حسن بن یوسف علامه حلی، *تحریرالاحکام* (قم: مؤسسه الامام الصادق، ۱۳۷۹)، جلد ۵، ۴۲۶.

۵۸. نک: روح‌الله موسوی خمینی، *تحریرالوسیله* (قم: نشر دارالعلم، ۱۳۷۴)، جلد ۴، ۴۰۹.

۵۹. نک: محمدحسن نجفی، *جواهرالکلام فی شرح شرائع الاسلام* (تهران: دارالکتب الاسلامیه، ۱۳۹۴)، جلد ۱، ۵۸.

۲-۲- موانع حقوقی - حقوق بشری

در حقوق ایران حق حیات، منشأ قواعد مربوط به زندگی و مرگ انسان است. لذا اتانازی خواه در مفهوم خودکشی و خواه در مفهوم قتل، عنوان مستقلی نداشته و قانون درخصوص آن ساکت است. معادل اتانازی در نظام حقوقی ایران، قتل با رضایت مقتول می‌باشد و به لحاظ تعریف و عناصر تشکیل‌دهنده جرم، قابل‌قیاس با مباشرت یا معاونت در خودکشی یا قتل است.^{۶۰}

از نگاه قانون مجازات اسلامی ایران (مصوب ۱۳۹۲) قتل و سایر صدمات بدنی بر اساس عنصر روانی مرتکب، در ماده ۲۸۹ به سه نوع عمدی، شبه‌عمدی و خطای محض تقسیم می‌شود. برای تحقق عمد در فعل، مرتکب باید رفتار مجرمانه را از روی اراده و اختیار بر روی انسان موردنظر انجام داده باشد، ضمن اینکه ضروری است که وی قصد ایجاد نتیجه، یعنی سلب حیات از یک انسان زنده را داشته باشد. هرچند ارتکاب جنایت با ابزار نوعاً کشنده یا وجود ویژگی‌های خاص در مجنی‌علیه که مرتکب به آن علم داشته باشد نیز بدون وجود قصد نتیجه، جنایت را عمدی می‌سازد. درمورد بیماری که دارای بیماری لاعلاج یا صعب‌العلاج است و پزشک نسبت به او رفتاری را درجهت مرگ او، مانند تزریق داروی مرگ‌آور یا قطع دستگاه‌های حیاتی، مرتکب شود، باتوجه‌به اینکه در رفتار خود و هم در نتیجه آن که سلب حیات از یک انسان است، قاصد می‌باشد، عمل وی مشمول تعریف قتل عمدی خواهد بود. ضمن اینکه مطابق ماده ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی، اگر ترک فعلی، عامداً از سوی پزشکی که مسئولیت درمان بیماری را برعهده گرفته است، صورت پذیرد، چنانچه منجر به وقوع جنایتی گردد، جنایت عمدی محسوب می‌شود؛ اما آنچه در این بحث سؤال‌برانگیز است اینکه در قتل عمد، قصد مجرمانه و انگیزه عدوانی وجود دارد اما در قتل ترحم‌آمیز این رفتار به‌خاطر ترحم بر بیمار صورت گرفته و برای نجات از درد و رنج و تسریع در مرگ وی می‌باشد. با این دیدگاه، نظری مبتنی بر فقدان سوءنیت مشتبه می‌شود که در این مورد این توضیح ضروری است که هر فعل یا ترک فعلی، از سوی مرتکب، با انگیزه‌ای صورت می‌پذیرد و آن عبارت از نفع یا ذوقی است که مرتکب را به ارتکاب جرم می‌کشد.^{۶۱} در حقوق ایران، همان‌گونه که

۶۰ زهرا موسوی و حامد صفایی‌تبار، «اتانازی، مشروع یا غیرقانونی؟ بررسی تطبیقی اتانازی در حقوق ایران و هلند»، (مقاله ارائه‌شده در همایش ملی ایران و چالش‌های حقوقی بین‌المللی، دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ۱۳۹۳/۱۲/۱۵)، ۱۴۵۳.

۶۱ هرنیدی و جبارزاده، پیشین، ۴۲.

دیوان عالی کشور نیز در یکی از آرای خود اشاره کرده است، انگیزه مرتکب تأثیری در تحقق یا عدم تحقق جرم قتل عمدی یا ایراد صدمات جسمانی عمدی ندارد لذا کشتن دیگری به قصد رهایی وی از درد و رنج، تأثیری در مسئولیت و میزان مجازات مرتکب ندارد. هرچند قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ در ماده ۳۶۵ حق قصاص را متعلق به مجنی‌علیه دانسته و در صورت گذشت وی از حق قصاص بعد از وقوع جنایت، حتی در قصاص و دیه برای ورثه و اولیای دم نمی‌شناسد، اما استفاده از لفظ مجنی‌علیه نشان‌دهنده آن است که گذشت از حق قصاص باید بعد از وقوع جنایت صورت گرفته باشد و شخص قبل از وقوع جنایت نمی‌تواند حق قصاص را از خود ساقط نماید. لذا تجویز اتانازی از این ماده مستفاد نمی‌گردد.

مشروعیت بخشی به اتانازی از حیث حقوق بشر نیز با چالش‌هایی روبه‌روست. طبق نظریه تعهد مثبت، به‌طور خاص در موضوع حق حیات و حق درمان، دولت‌ها نه تنها از سلب حیات اشخاص یا سلب امکانات پزشکی از آنها منع شده‌اند، بلکه موظفند در درجه اول زمینه هرگونه نقض حقوق آنها را از بین برده و حتی با پیش‌بینی قبلی، نسبت به رفع خطرات جانی از آنها اقدام نمایند و در درجه دوم، تعهدات مرتبط با حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی - که به‌ویژه حق درمان در میان آنهاست - جزو حقوق مثبت هستند و دولت باید زمینه‌های بهره بردن فرد از سلامت و بهداشت را فراهم نماید.^{۶۲}

شاخص‌های مدیریت شفاف سیاست‌مداران بر پایه احترام به حقوق بشر و مبتنی بودن حاکمیت قانون بر اصل عدالت طبیعی، عبارتند از اصلاح بخش عمومی، تقویت جامعه مدنی، فرایندمحوری به‌جای فردمحوری و مهم‌تر از همه - و اثربخش در تصمیم‌گیری نسبت به اتانازی (بر اساس الگوی حکمرانی مطلوب) - استوار شدن حکمرانی مطلوب بر پایه نظام حقوقی مدون و نه بر مدار رهایی مطلق افراد در تصمیم‌گیری نسبت به خود. بر این اساس، تأیید قانونی اتانازی، ناقض معیار اخیر حکمرانی مطلوب است. رویکرد مصلحت عمومی بر اساس «خیر عمومی» نه به دنبال ارضای حداکثری تمایلات فردی است و نه در پی پیشبرد نفع یا مصلحت جمعی، بلکه هدف آن برقراری شرایط اجتماعی است که تحت آن، ابناء بشر قادرند یک زندگی متناسب با کرامت و عزت انسانی را برپا سازند. اتانازی مغایر خیر همگانی

۶۲. امیرمقامی، «اتانازی، حق بر خویش، چالش در ماهیت حقوق بشر»، *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱(۲) (۱۳۸۷)، ۱۸.

نیز هست، چراکه بیمار با انجام اتانازی یا رضایت به انجام آن توسط تیم درمانگر، موجب محروم کردن دیگر انسان‌ها از خیر وجود خود و محروم کردن خود از خیر وجودی دیگران می‌شود.

از جمله مفاهیمی که ذیل مباحث حقوق بشر و حکمرانی خوب مطرح است، مسئله سرمایه اجتماعی است. گسترش ترکیب سنتی سرمایه طبیعی، سرمایه فیزیکی و سرمایه انسانی به توسعه سرمایه اجتماعی می‌انجامد. سرمایه اجتماعی به انسجام هنجارهایی که تعاملات بین افراد و نهادها را اداره می‌کنند، اشاره می‌کند. اگرچه بیشتر حقوق بشر تابع یا محدود به یکدیگرند و با جنبه‌هایی از خیر عمومی محدود می‌شوند و با آن مرتبط‌اند، ولی حفظ حقوق بشر جزء بنیادینی از خیر عمومی است، نه تابع آن خیر. به همین جهت است که حقوق بشر مطلق دانسته می‌شود و هیچ توجیهی نمی‌تواند کنار زدن آن را در پوشش مصلحت‌گرایی توجیه کند.^{۶۳} اگر به هریک از قواعد حقوق بشر به مثابه یک قاعده حقوقی بنگریم، بدون تردید قواعد حقوق بنیادین بشر، قواعدی امری هستند که توافق برخلاف آنها اعتباری ندارد و هیچ‌کس نمی‌تواند نسبت به نقض حقوق خود ابراز رضایت کند. امری بودن قواعد ناظر بر حقوق بشر و قاعده منع سلب حقوق، نشان می‌دهد که هیچ‌کس واجد چنان آزادی نیست که این قواعد را به ضرر خویش نقض نماید.

۲-۳- موانع اخلاقی

برخی محققان طرح مباحث مربوط به اخلاقی بودن اتانازی را به قدمت تشکیل جوامع متمدن بشری می‌دانند. بحث درخصوص اتانازی درحقیقت بحث درمورد ارزش‌های زندگی است، چنان‌که اگر زندگی و حیات وجود نداشته باشد، ارزشی نیز وجود نخواهد داشت. رواج اتانازی این پیام را اشاعه می‌دهد که انسان بهتر است بمیرد تا اینکه بیمار و ناتوان باشد و این باور غلط ادامه زندگی معلولان و ناتوانان جسمی را با چالشی جدی مواجه می‌نماید.^{۶۴} پذیرش اتانازی به معنای پذیرش این انحراف است که مصادیقی از حیات، ارزش کمتری از حیات سایر افراد جامعه دارد، این امر توجه جامعه نسبت به زندگی را از بین می‌برد و حساسیت

۶۳ عادل ساریخانی و مهدی خاقانی اصفهانی، «حق مرگ، کانون چالش اتانازی با فلسفه اخلاق و حقوق

بشر»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* (ویژه‌نامه اسفند ۱۳۸۹)، ۵.

۶۴ زهرا هاشمی و سید محمدجواد مرتضوی، «اتانازی از دیدگاه اسلام و اخلاق پزشکی نوین»، *مجله اخلاق و*

تاریخ پزشکی ۱(۲) (۱۳۸۷)، ۳۸.

جامعه به مرگ را کاهش می‌دهد. این حالت باعث از بین رفتن انسانیت و به‌وجود آمدن تنوعی از بیماری‌های اجتماعی می‌شود. در جامعه‌ای که ارزش حیات به حساب نیاید، افراد ابایی از کشتن افراد دیگر و ارتکاب جنایت ندارند.^{۶۵} پیشنهاد و تجویز اتانازی پتانسیل قوی برای بدرفتاری و سوءاستفاده دارد. دکتر هندین^{۶۶}، مدیر بنیاد آمریکایی پیشگیری از خودکشی، به مطالعه قتل ترحم‌آمیز در هلند پرداخته و می‌گوید: «آنچه راه‌حلی برای بیماران استثنایی محسوب می‌شد به یکی از روش‌های معمول مبارزه با بیماری‌های مرگبار مبدل شده است.»^{۶۷}

یکی از نگرانی‌ها و استدلال‌های مخالفان اتانازی، استدلال شیب لغزنده است، بر این اساس هنگامی که جامعه بتواند پایان دادن به زندگی را بپذیرد، دیگر هیچ روش عقلانی برای محدود کردن اتانازی و بازداشتن از سوءاستفاده از آن نیست. بر پایه نظریه شیب لغزنده، اتانازی مانند لبه نازک یک گوه^{۶۸} است که وقتی جا بیفتد به‌شدت در جامعه رواج می‌یابد، قانونی کردن اتانازی ارادی، خواه‌ناخواه به قانونی شدن اتانازی غیرارادی می‌انجامد. دامنه این شیب به قانونی شدن خودکشی، کشتن افراد مسن و کسانی که قادر به دفاع از خود نیستند، گسترش خواهد یافت.^{۶۹} از سوی دیگر بنیان دانش پزشکی بر نجات جان انسان‌ها استوار است، اتانازی این نقش اساسی را به چالش کشیده و فلسفه پزشکی را در تردید و ابهام قرار می‌دهد. پزشکان با انجام اتانازی و درواقع تسهیل مرگ بیمار، از نقش تسکین‌دهنده دردها و آلام بیماران بیرون آمده و در نقش الهه مرگ ظاهر می‌شوند.

اتانازی از دو جهت به کرامت انسانی لطمه وارد می‌کند. کرامت در انسان یک نوع کمال نفسانی متعلق به روح است؛ اما جسم نیز به‌عنوان ابزار و خدمتگزار روح از این کرامت بهره‌مند است. انسان واجد دو نوع کرامت ذاتی و اکتسابی است. کرامت ذاتی همان برتری انسان نسبت به سایر مخلوقات است، درحالی‌که کرامت اکتسابی به‌معنای پیراستن از پستی‌ها

۶۵ علی‌رضا پارساپور و دیگران، «اتانازی، تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱(۴) (۱۳۸۷)، ۴.

66. Hendin

۶۷ محمودیان و دیگران، پیشین، ۲۱.

68. Goveh

۶۹ ناصر آقابابایی و دیگران، «نقش ویژگی‌های فردی و الگوی قضاوت در نگرش به اتانازی»، *مجله پرستاری مراقبت ویژه* ۴(۱) (۱۳۹۰)، ۲۴.

و آراستن به‌خوبی‌هاست.^{۷۰} شخصی که اتانازی را داوطلبانه می‌پذیرد و خواستار اعمال آن بر خویش است، به حریم حیات خود تجاوز کرده و کرامت ذاتی خود را زیر پا می‌گذارد و در عین حال خود را از فرصت به‌دست آوردن کرامت اکتسابی نیز محروم می‌سازد. پزشک یا پرستار متصدی انجام اتانازی نیز با این عمل و اقدام به قتل انسانی دیگر، جنبه اکتسابی کرامت انسانی خویش را لکه‌دار کرده و روح خویش را می‌آلاید. نتیجتاً رواج اتانازی خدش‌های جدی به ساحت ارزش‌های اخلاقی اجتماع وارد می‌نماید. بی‌ثبات کردن و کاستن از ارزش حیات، توالی فاسدی را در پی خواهد داشت که امنیت اخلاقی جامعه را متزلزل می‌سازد.

۲-۴- عدم مطالبه و پذیرش اجتماعی

جامعه‌شناسان ارزش‌ها را یکی از عناصر اساسی فرهنگ تلقی می‌کنند، چه در ورای همه انواع رفتارها و طرز فکر جمعی و در پشت کلیه سازمان‌ها و مدل‌ها و علائم اجتماعی، جهانی از فکر و ارزش جمعی نهفته است. از منظر روانشناسی اجتماعی، ارزش‌ها، معیار انتخاب و تصمیم‌گیری قرار می‌گیرند و دارای نیروی انگیزش بوده و انتخاب را ساده می‌کنند.^{۷۱} ارزش‌ها از یک‌سو راهنما و تعیین‌کننده گرایش‌های اجتماعی و ایدئولوژی‌ها و از سوی دیگر تعیین‌کننده رفتار و کنش اجتماعی هستند که در آداب‌ورسوم، قوانین، اعتقادات و اصول مقدس و شیوه‌های زندگی روزمره تجلی می‌یابند. نظام ارزشی سازمان پایداری از باورهای مرتبط ترجیح داده‌شده ابزاری یا غایی است که بر اساس اهمیت نسبی رتبه‌بندی شده‌اند. بدین ترتیب نظام ارزشی از دورترین لایه‌های شخصیت و نیروی محرکه و جهت‌دهنده رفتارهای فرد است و به همین دلیل در چگونگی نگرش اعضای جامعه اهمیت فراوان دارد.^{۷۲}

۷۰. محمدعلی افضل، «کرامت انسانی و اتانازی از منظر اخلاق اسلامی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران* ۷۸ (۱۳۸۹)، ۸۴.

۷۱. محمود علمی، «گرایش‌ها و اولویت‌های ارزشی دانشجویان و رابطه آن با طبقه اجتماعی»، *مجله جامعه‌شناسی کاربردی* ۳۴ (۱۳۸۸)، ۱۳۴.

۷۲. محمدحسین پوریانی، «تحلیل جامعه‌شناختی نظام ارزشی دین اسلام»، *فصلنامه علمی پژوهشی علوم اسلامی* ۱۲ (۱۳۸۷)، ۵۹.

نگرش، سازمان بادوامی از باورها حول یک شیء یا موقعیت است که فرد را آماده می‌کند تا به صورت ترجیحی نسبت به آن واکنش نشان دهد. اگرچه نگرش‌ها دارای ثبات و دوام قابل توجهی هستند، ولی به‌رحال امکان تغییر آنها وجود دارد.^{۷۳}

نظام ارزشی حاکم بر جامعه امروز ایران که ریشه در ارزش‌های اسلامی و نیز باورها و هنجارهای خاص فرهنگ ایرانی دارد، به دلایل مختلف هنوز مشروعیت‌بخشی به اتانازی را به‌عنوان یک مطالبه اجتماعی مورد حمایت قرار نداده است. این امر هم‌اکنون به‌عنوان یک دغدغه جدی ذهن افراد جامعه ایران را به خود مشغول نکرده و در فضای عمومی و رسانه‌های جمعی بحث جدی در این خصوص صورت نمی‌گیرد. این در حالی است که نخستین قدم در راه مشروعیت‌بخشی به اتانازی، تغییر نگرش عمومی جامعه نسبت به این موضوع و عدم تلقی آن، به‌عنوان عملی برخلاف ارزش‌های مسلط جامعه است.

به نظر می‌رسد که جامعه ایران در حال حاضر آمادگی پذیرش اتانازی و مشروعیت‌بخشی قانونی به آن را ندارد. شاهد این مدعا پژوهش‌هایی است که در سالیان اخیر در این خصوص انجام شده است.

در ارزیابی‌ای که در سال ۱۳۸۸ به‌جهت تعیین نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی انجام گرفت، به‌طور کلی ۵۴ درصد انترن‌ها با اتانازی مخالف بودند.^{۷۴} در سال ۱۳۸۸ نگرش پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی مورد مطالعه قرار گرفت که نهایتاً ۶۴ درصد پرستاران با اتانازی فعال داوطلبانه و ۵۸ درصد نیز با اتانازی غیرفعال داوطلبانه مخالف بودند.^{۷۵}

در پژوهشی که در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸ در دانشگاه تهران انجام شد، جامعه آماري متشکل از ۴۳۷ دانشجو در رشته‌ها و مقاطع تحصیلی مختلف مورد بررسی قرار گرفت.

۷۳. غلامرضا خواجه سروی و علیرضا اسدی، «نقش روحانیت و روشنفکران دینی در تغییر نگرش عمومی مردم ایران به نهضت حسینی در جریان انقلاب اسلامی»، فصلنامه علمی و پژوهشی مطالعات انقلاب اسلامی ۱۵ (۱۳۸۷)، ۵.

۷۴. علی طابوسی و دیگران، «بررسی نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۳ (۱) (۱۳۸۸)، ۴۳.

۷۵. حجت رستگاری نجف‌آبادی و دیگران، «بررسی نگرش پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۳ (۵) (۱۳۸۹)، ۳۷.

نهایتاً تحلیل داده‌ها نشان داد که ۵۵/۶ درصد از شرکت‌کنندگان با اتانازی مخالف بودند و ۲۷/۹ درصد با آن موافق و ۱۲/۱ درصد نیز نه موافق بودند و نه مخالف.^{۷۶}

در سال ۱۳۸۹ نگرش پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه واقع در مراکز آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان مورد بررسی قرار گرفت که نهایتاً مشخص شد که ۸۳/۵ درصد ایشان نسبت به اتانازی نگرش منفی داشتند.^{۷۷}

پژوهش‌های فوق در میان پرسنل درمانی، شامل پزشکان و پرستاران و نیز دانشجویان صورت گرفته است. نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که در میان پزشکان و پرستاران که بیش از سایر اقشار جامعه با مشکلات بیماران در ارتباط هستند، هنوز آمادگی برای پذیرش و مطالبه اتانازی وجود ندارد. هرچند تاکنون نتایج نظرسنجی علمی در این خصوص که در میان عموم افراد جامعه انجام شده باشد، منتشر نگردیده است، اما نمودی از چنین مطالبه‌ای در نشریات، رسانه‌ها و فضای عمومی جامعه مشاهده نمی‌شود درحالی‌که آغاز مباحث مربوط به اتانازی در غرب با تأسیس و فعالیت نهادهای مردم‌نهاد همراه بود. تأسیس انجمنی تحت عنوان «قتل ترحم‌آمیز» در آمریکا در سال ۱۹۳۰ نمونه‌ای از این نهادهاست. در سال‌های ۱۹۷۰ به بعد انجمن‌ها و نهادهای مردمی بسیاری همچون «جمعیت طرفدار حق انسان در انتخاب مرگ»، «جامعه شوکران یا هملاک آمریکایی»، «هیئت مشورتی شبکه خروج نهایی» و «انجمن آمریکائیان مخالف آلام انسان» و نمونه‌های اروپایی آنها مانند «انجمن مرگ ترحمی» در بریتانیا تلاش‌های گسترده و نتیجه‌بخشی را برای قانونی کردن اتانازی انجام دادند.^{۷۸} مشروعیت‌بخشی به اتانازی در گام اول مستلزم قبول و مطالبه عمومی در جامعه است، این موضوع در ایران با مانعی تحت عنوان عدم مطالبه و پذیرش اجتماعی مواجه است. لازمه تغییر در هر نظام حقوقی، تغییر در مجموعه عناصر تأثیرگذار از جمله خاستگاه جامعه است که بر پایه فرهنگ و ارزش‌ها و تاریخ آن جامعه استوار است. این تغییر در کشورهایی که اتانازی را به‌صورت قانونی مورد پذیرش قرار داده‌اند نیز از همین مسیر صورت گرفته است.

۷۶. ناصر آقابابایی، «سنجش نگرش به اتانازی»، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی (۱) ۵ (۱۳۹۰)، ۶۲.

۷۷. طاهره مقدس و دیگران، «نگرش پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در مورد اتانازی»، مجله اخلاق و تاریخ

پزشکی (۴) ۵ (۱۳۹۱)، ۷۹.

۷۸. نک: محمدعلی افضلی و رحمت‌اله مرزبند، «اتانازی در تاریخ پزشکی غرب و جهان اسلام»، مجله دین و

سلامت ۱ (۱۳۹۳)، ۷۲-۷۱.

نتیجه

بررسی‌های به‌عمل‌آمده در این پژوهش نشان داد که درد و رنج بیماران لاعلاج و آسیب‌های روانی ناشی از آن که زندگی بیمار و اطرافیان وی را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، ویژگی‌های جمعیتی جامعه ایران که بنا بر پیش‌بینی‌های صورت‌گرفته رو به سالمندی پیش می‌رود و چالش‌های فراوانی چون افزایش مشکلات جسمانی و مراقبتی را پیش‌روی آن قرار خواهد داد، هزینه‌های سنگین و بی‌فایده در نگهداری از این بیماران از یک‌سو و نبود پوشش‌های بیمه‌ای مناسب در این خصوص از سوی دیگر و همچنین نداشتن فعالیت اقتصادی در غالب افراد دارای شرایط اعمال اتانازی و نهایتاً عدم‌برخورداری افراد مستعد درخواست اتانازی از زندگی توأم با کرامت انسانی و تهی بودن زندگی ایشان از عبادت و اعمال صالح و فاصله گرفتن آنها از کمال و ایده‌آل مطلوب آفریدگار، از مهم‌ترین ضرورت‌های مشروعیت‌بخشی به اتانازی در ایران هستند.

در عین حال مشروعیت‌بخشی به اتانازی با موانع مهمی مواجه است. آموزه‌های قرآنی و فقهی از جهات مختلف این عمل را موردنهی قرار می‌دهند که از جمله آنها می‌توان از اهمیت فراوان حق حیات و حرمت جان انسان‌ها در اسلام، حق انحصاری خداوند بر مرگ و زندگی آدمیان، معنادار بودن تحمل درد و رنج و نقش آن در رسیدن انسان به کمال و نیز وجود حکم وضعی قصاص نفس نام برد. حقوق ایران نیز اتانازی را به رسمیت نمی‌شناسد و تجویز آن در هیچ‌یک از متون قانونی دیده نمی‌شود و مجازات قصاص نفس در مورد مرتکبان آن پیش‌بینی شده است. همچنین این عمل با برخی از مؤلفه‌های حقوق بشر همچون حق حیات، حق درمان، مصلحت و خیر عمومی در تضاد است. از دیگر موانع مهم مشروعیت‌بخشی به اتانازی ملاحظات اخلاقی است. ایجاد تزلزل در حیات معلولان و ناتوانان جسمی، سوءاستفاده‌های احتمالی از اتانازی، زیر سؤال رفتن کرامت ذاتی انسان‌ها و تعارض آن با رسالت ذاتی دانش پزشکی از جمله موانع اخلاقی در این زمینه است.

افزون بر موارد فوق، نظام ارزشی حاکم بر جامعه ایران به دلایل مختلف هنوز آمادگی لازم جهت پذیرش اتانازی را ندارد و این امر به‌صورت یک خواست اجتماعی قوی در سطح جامعه مطرح نگردیده است.

باتوجه‌به اینکه در حال حاضر مطالبه عمومی قوی درباره این موضوع در جامعه ایران دیده نمی‌شود و این امر حتی به‌صورت گفتمانی جدی در فضای علمی و تخصصی در جامعه پزشکی و پرستاری نیز درنیامده است، به‌نظر می‌رسد که در بین ضرورت‌ها و موانع

مشروعیت‌بخشی به اتانازی در ایران، موانع غالبند. مهم‌ترین این موانع را باید ممنوعیت و حرمت این عمل در دین اسلام و پایگاه قوی دین اسلام در جامعه ایران از یک‌سو و ویژگی‌های خاص فرهنگ ایرانی و وابستگی‌های عاطفی میان اعضای خانواده از سوی دیگر دانست.

ضرورت‌های برشمرده‌شده در این پژوهش، هنوز توانمندی لازم جهت اقناع افکار عمومی جامعه برای مطالبه اتانازی را پیدا نکرده‌اند. روشن است که گام نخست در مشروعیت بخشیدن به اتانازی، وجود احساس نیاز نسبت به آن در افراد جامعه است و چنانچه این مهم صورت نگیرد، سایر اقدامات درجهت قانونی کردن اتانازی نیز به انجام نخواهد رسید. کما اینکه نقش رسانه‌ها، نهادها و انجمن‌های غیردولتی در کشورهایی که به اتانازی جنبه قانونی بخشیده‌اند، بسیار پررنگ بوده است. تجربه قانونی ساختن اتانازی در کشورهای دیگر و نیز تجربه کشمکش‌ها در تجویز سقط جنین (درمانی) در ایران نشان می‌دهد که در آینده‌ای نه‌چندان دور، تغییر نگرش‌ها نسبت به آن، چه در سطح جامعه و چه در میان تصمیم‌گیران، دور از انتظار نخواهد بود.

پیشنهادها

۱. تشکیل سازمان‌های مردم‌نهاد یا فعال شدن سازمان‌های مردم‌نهاد موجود، به‌منظور آگاه‌سازی نسبت به ضرورت‌های مشروعیت‌بخشی به اتانازی و تبدیل آن به مطالبه‌ای عمومی و پرداختن به این موضوع در رسانه‌های جمعی و انتقال مطالبات به نهادهای تصمیم‌گیرنده؛
۲. تدوین و اصلاح قوانین جزایی، با استفاده از ظرفیت‌های فقهی و با تکیه بر مصلحت عمومی، درجهت سلب وصف مجرمانه از اتانازی یا شناسایی جهات مخففه برای مبادرت‌کنندگان به آن. توصیه می‌شود که اتانازی غیرفعال داوطلبانه در اولویت قرار گیرد؛ تصویب قوانین شکلی مربوطه شامل تعیین نهاد (یا نهادهای) صالح درخصوص صدور مجوز، پیش‌بینی مراجع نظارتی و تعیین دقیق شیوه‌های اجرای اتانازی، به‌منظور جلوگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی از آن.

فهرست منابع

- آقابابایی، ناصر. «سنجش نگرش به اتانازی». *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۵ (۱) (۱۳۹۰): ۷۰-۵۹.
- آقابابایی، ناصر، جواد حاتمی و رضا رستمی. «نقش ویژگی‌های فردی و الگوی قضاوت در نگرش به اتانازی». *مجله پرستاری مراقبت ویژه* ۴ (۱) (۱۳۹۰): ۳۲-۲۳.
- آقاخانی، نوذر، کاظم ایزدی، حسن فرشتیان و ایرج سبحانی. *اتانازی به‌مرگی و چالش‌های آن*. تهران: انتشارات کندوکاو، ۱۳۹۶.
- آهن‌گران، محمدرسول. «تأملی در فلسفه آفرینش انسان در نظام تربیتی اسلام». *مجله فلسفه دین* ۶ (۱۳۸۷): ۶۱-۴۹.
- اصغری مقدم، محمدعلی و ناصر گلک. «نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن». *مجله دانشور* ۱۰ (۱۳۸۴): ۲۳-۱.
- افضلی، محمدعلی. «کرامت انسانی و اتانازی از منظر اخلاق اسلامی». *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران* ۷۸ (۱۳۸۹): ۹۵-۸۳.
- افضلی، محمدعلی و رحمت‌اله مرزبند. «اتانازی در تاریخ پزشکی غرب و جهان اسلام». *مجله دین و سلامت* ۱ (۱۳۹۳): ۷۷-۶۵.
- باسخا، مهدی، کاظم یاور، حسین صادقی و علیرضا ناصری. «پیری جمعیت و تهدید بیماری هزینه‌ای بامول در بخش سلامت ایران». *فصلنامه مطالعات اقتصادی کاربردی ایران* ۹ (۱۳۹۳): ۱۸۷-۱۶۹.
- برومند، اکرم، محمدعلی اصغری مقدم، محمدرضا شعیری و فاطمه مسگریان. «بررسی نقش تعدیل‌کننده فاجعه‌آمیز کردن درد بر رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی در بیماران درد مزمن». *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت* ۱۰ (۱۳۹۳): ۲۸-۱۷.
- پارساپور، علیرضا، احمدرضا همتی مقدم، محمدباقر پارساپور و باقر لاریجانی. «اتانازی، تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی». *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱ (۴) (۱۳۸۷): ۱۲-۱.
- پوریانی، محمدحسین. «تحلیل جامعه‌شناختی نظام ارزشی دین اسلام». *فصلنامه علمی پژوهشی علوم اسلامی* ۱۲ (۱۳۸۷): ۷۴-۵۵.
- حجتی، غزاله و امیرعباس علیزمانی. «معنا، غایت و ارزش (بررسی آرای گرت تامسون در باب معنای زندگی)». *مجله ادیان و عرفان* ۴۳ (۱) (۱۳۸۹): ۵۵-۳۱.
- حسن‌نژاد، نادر. «بررسی نحوه تأمین هزینه‌های درمان بیماران دیابتی بستری در بیمارستان‌ها در انواع بیمه‌های درمانی». *فصلنامه بیمارستان* ۱۲ (۳) (۱۳۹۲): ۹۰-۸۳.
- خدایار، حسین و حسین‌علی سعدی. «استناد به قاعده اذن برای مشروعیت اتانازی داوطلبانه فعال». *فصلنامه فقه پزشکی* ۲ (۵-۶) (۱۳۸۹): ۵۴-۳۶.

خواجه سروی، غلامرضا و علیرضا اسدی. «نقش روحانیت و روشنفکران دینی در تغییر نگرش عمومی مردم ایران به نهضت حسینی در جریان انقلاب اسلامی». *فصلنامه علمی و پژوهشی مطالعات انقلاب اسلامی* ۱۵ (۱۳۸۷): ۵۳-۱۱.

«دنیای اقتصاد». روزنامه دنیای اقتصاد. ۱۳۹۵/۰۸/۲۹. <http://donya-e-eqtasad.com/2230>.

رستگاری نجف‌آبادی، حجت، مجتبی صداقت، سعیده سعیدی تهرانی و کیارش آرامش. «بررسی نگرش پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی». *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۳ (۵) (۱۳۸۹): ۳۷-۴۴.

زارع، مجتبی. «مطالعه تطبیقی جرم‌زدایی از قتل ترحم‌آمیز فعال داوطلبانه». *فصلنامه حقوق پزشکی* ۱۳ (۱۳۸۹): ۶۳-۸۴.

ساریخانی، عادل و مهدی خاقانی اصفهانی. «حق مرگ، کانون چالش اتانازی با فلسفه اخلاق و حقوق بشر». *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، دوره چهارم، ویژه‌نامه (۱۳۸۹): ۸-۱.

ساریخانی، عادل. «قتل ترحم‌آمیز از دیدگاه فقه جزایی». *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۲ (۲) (۱۳۸۸): ۳۵-۴۶.

طاوسی‌ان، علی، مجتبی صداقت و کیارش آرامش. «بررسی نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی». *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۳ (۱) (۱۳۸۸-۹): ۴۳-۵۲.

عبادی، حیدرعلی و موسی علوی. «تجارب تیم مراقبت و بیماران سالمند از مفهوم آموزش بیماران سالمند بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان». *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی* ۷ (۱) (۱۳۸۶): ۹۳-۱۰۰.

علمی، محمود. «گرایش‌ها و اولویت‌های ارزشی دانشجویان و رابطه آن با طبقه اجتماعی». *مجله جامعه‌شناسی کاربردی* ۳۴ (۱۳۸۸): ۱۰۷-۱۳۲.

فارسی‌نژاد، علیرضا و حامد دژآباد. «فلسفه آفرینش جهان و انسان از دیدگاه قرآن». *فصلنامه اندیشه دینی دانشگاه شیراز* ۳۰ (۱۳۸۸): ۱۰۳-۱۲۴.

فتوکیان، زهرا، مریم عالیخانی، ناهید سلمان یزدی و روح‌انگیز جمشیدی اورک. «بررسی کیفیت زندگی بستگان درجه یک مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به سرطان». *نشریه پرستاری ایران* ۳۸ (۱۳۸۳): ۴۸-۵۶.

قرآن کریم.

محقق داماد، سید مصطفی. *فقه پزشکی*. چاپ دوم. تهران: انتشارات حقوقی، ۱۳۹۱.

محمدیان اردی، علی. «با درد بی‌درمان رشته درد چه کرده‌اند». *فصلنامه بیهوشی و درد* ۴ (۴) (۱۳۹۳): ۱-۲.

محمودیان، فرزاد، حسن یوسفی‌منش، مهدی بهنام و محسن کرمی. «بررسی مقایسه‌ای دلایل موافقان و مخالفان اتانازی». *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۳ (۳) (۱۳۸۸): ۱۷-۲۶.

- مطبع حق‌شناس، نادر. «ابعاد جامعه‌شناختی سالخوردگی جمعیت و چالش سالمندی فعال در ایران». *فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی ایران* ۲ (۱۳۹۰): ۱۴۷-۱۳۳.
- مقامی، امیر. «اتانازی و حق بر خویش، چالشی در ماهیت حقوق بشر». *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱ (۲) (۱۳۸۷): ۲۶-۱۵.
- مقدس، طاهره، مریم مؤمنی، مژگان بقایی و شهرام احمدی. «نگرش پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در مورد اتانازی». *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۵ (۴) (۱۳۹۱): ۸۳-۷۵.
- موسوی، زهرا و حامد صفایی‌تبار. «اتانازی، مشروع یا غیرقانونی؟ بررسی تطبیقی اتانازی در حقوق ایران و هلند». مقاله ارائه‌شده در همایش ملی ایران و چالش‌های حقوقی بین‌المللی، مراغه، ۱۳۹۳/۱۲/۱۵.
- میرزمانی، سید محمود، محمدتقی حلی‌ساز، احمد سدیدی و اکبر صفری. «مقایسه میزان تأثیر درد بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان و افراد مبتلا به درد مزمن». *مجله سالمند* ۷ (۱۳۸۷): ۵۷-۴۸.
- میرمحمدصادقی، حسین. «حق مردن یا حق کشته شدن، نگاهی به موضوع قتل‌های ترحم‌آمیز». *فصلنامه حقوق پزشکی* ۱۳ (۱۳۸۹): ۳۰-۱۱.
- میرمحمدصادقی، حسین. *جرایم علیه اشخاص*. چاپ نوزدهم. تهران: نشر میزان، ۱۳۹۴.
- نوربها، رضا. *زمینه حقوق جزای عمومی*. چاپ بیست و سوم. تهران: انتشارات گنج دانش، ۱۳۸۷.
- هاشمی، زهرا، سید محمدجواد مرتضوی. «اتانازی از دیدگاه اسلام و اخلاق پزشکی نوین». *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۲ (۱۳۸۷): ۴۴-۳۵.
- هرندی، محمدجعفر و فاطمه جبارزاده. «بررسی فقهی و حقوقی اتانازی (مرگ از روی ترحم)». *فصلنامه فقه و حقوق اسلامی* ۲۷ (۱۳۹۱): ۵۴-۳۵.
- یداله‌پور، بهروز. «مرگ ترحم‌آمیز (اتانازی ارادی فعال) از دیدگاه قرآن». *مجله علوم پزشکی بابل*، دوره ۱۵، ویژه‌نامه ۱ (۱۳۹۱): ۶۵-۵۶.
- یکتاطلب، شهرزاد، محمدحسین کاوه، فرخنده شریف، مسعود فلاحی خشک‌ناب و پیمان پترام‌فر. «مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر در خانه سالمندان: تحلیل کیفی». *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت* ۳ (۱۳۹۱): ۲۵۳-۲۴۰.