

تأملی در مبانی قانونی بودن اتانازی

از منظر اخلاق و اجتماع*

- سیدمحسن موسوی فر^۱
- کاظم خسروی^۲

چکیده:

اتانازی که در زبان فارسی به بیمارکشی با ترحم، بیمارکشی طبی، تسریع در مرگ محتضر و قتل از روی ترحم ترجمه شده است، در معنای خاص خود به سلب عمدی حیات از یک بیمار صعب‌العلاج بنا به درخواست وی، توسط پزشک متخصص تعریف می‌شود.

اتانازی را می‌توان بر مبنای نوع رفتار و هم‌چنین درخواست‌کننده آن تقسیم بندی نمود، بدین صورت که اگر بر مبنای عمل انجام شده باشد، به فعال و انفعالی و اگر به درخواست‌کننده آن نظر بیفکنیم، به داوطلبانه و غیرداوطلبانه تقسیم می‌شود، در رابطه با اتانازی بحث‌های اخلاقی و اجتماعی فراوانی صورت گرفته است که بالطبع برخی آن را خلاف اخلاقیات و شأن و جایگاه والای انسانی می‌دانند و در مقابل، برخی دیگر آن را حاصل احترام به انتخاب فردی و امری مشروع و اخلاقی می‌دانند.

* تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۲۳.

۱. استادیار دانشگاه علوم اسلامی رضوی (dr.moosavifar@gmail).

۲. دانشجوی دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه علوم اسلامی رضوی (نویسنده مسئول).

دره‌حال فارغ از مباحث فقهی و کیفری مسأله، مهم‌ترین دلایل مخالفین را از منظر اصول اخلاقی و اجتماعی می‌توان شیب لغزنده، کاهش کیفیت مراقبت‌های پزشکی و از بین رفتن اخلاق پزشکی، جلوگیری از پیشرفت پزشکی، تأثیر نقش خانواده و اطرافیان، اصل تقدس حیات، و مخالفت با مشیت الهی برشمرد، در مقابل طرفداران قانونی شدن اتانازی به دلایلی همچون احترام به انتخاب فردی و اراده شخصی و آزادی انسان، نظریه اصالت فایده، حق مرگ باعزت، نظریه رأفت و ترحم، اصل تأثیر دوگانه، نظریه فشار و قانون طلایی استناد می‌کنند.

واژگان کلیدی: اتانازی، قتل ترحم آمیز، رضایت، بیمار، پزشک

مقدمه

یکی از مباحث نوین در حقوق پزشکی، بحث اتانازی می‌باشد، برخلاف جوامع غربی، پرداختن به اتانازی از سوی پژوهشگران و محققان در جامعه ما کمتر مورد توجه قرار گرفته است، واژه اتانازی^۱، که به صورت‌های آتانازی، یوتانازی، یونازیا، اوتانازیا نیز استعمال شده است، از پیشوند یونانی «EU» به معنای «خوب» و «آسان» و واژه «Thanasia» به معنای «مرگ» مشتق شده است، و واژه‌ی «Thanasia» خود از «Thanatos» که به معنی الهه مرگ در اساطیر یونان باستان است، گرفته شده است، در روان‌کاوی زیگموند فروید، «Thanatos» به عنوان «غریزه مرگ» به کار رفته است. این واژه در زبان فارسی به بیمار کشی با ترحم، بیمار کشی طبی، تسریع در مرگ محتضر، مرگ مشفقانه، قتل از روی ترحم، مرگ خودخواسته، به مرگی، مرگ آسان، مرگ راحت، مرگ سفید، کشتن دلسوزانه و خوب میری ترجمه شده است، نویسندگان عرب‌زبان هم واژگان الموت الیسیر، الموت الجید، الموت الکریم، موت الرحمه، تیسیرالموت، القتل الرحمه و رصاصه الرحمه را به کار برده‌اند. این واژه را اولین بار فرانسیس بیکن^۲، فیلسوف و صدر اعظم انگلستان در سال

1. EUTHANASIA

2. FRANCIS BACON

۱۶۲۰ میلادی در کتاب معروف خود «ارغنون نو»^۱، وارد فرهنگ پزشکی و دیگر لغتنامه‌ها کرد وی که از مبلغین «مرگ بدون رنج» محسوب می‌شود، براین عقیده بود که: «مرگ بدون رنجی که قیصر اوگوست با آن اصرار و عجز می‌طلبید، سعادت بزرگی است» (وهازاده منشی، ۱۳۷۳: ۱۴)، گفنی است امروزه اصطلاح اتانازی برای اشاره به «سوق دادن فرد به سوی مرگ» به کار می‌رود با این کاربردها، اصطلاحات دیگری نیز مانند «ارتوتانازی»^۲ و «آنتی دیس تانازی»^۳ برای اشاره به اجتناب از مرگ دردناک، طولانی یا غیرمحترمانه به کار برده شده‌اند (کمپبل، ۱۳۷۳: ۲۰۲)، در هرحال فارغ از مباحث حقوقی و فقهی مسأله، پرداختن به مبانی اجتماعی و اخلاق پزشکی و بررسی ادله آن حائز اهمیت است.^۴

۱. تعریف و اقسام اتانازی

در رابطه با اتانازی تعاریف متعددی ارائه شده است (به عنوان نمونه ببینید: اسلامی تبار، و الهی منش، ۱۳۸۶: ۱۴. بسامی، ۱۳۸۸: ۳۰. تیرکی، ۱۳۷۳: ۵/۴۲. سلیمی، ۱۳۹۲: ۴/۱۸. جعفری هرنندی، جبارزاده، ۱۳۹۱: ۲۷/۳۸)، وجه مشترک همه تعاریف این است که اتانازی در واقع سلب حیات از بیماری است که به خاطر «صعب العلاج»^۵ بودن بیماری اش، ادامه حیات چیزی غیر از درد و رنج برایش نخواهد بود.

نکته دیگر اینکه بر مبنای همین تعاریف، اقسامی را نیز برای اتانازی در نظر گرفته اند. بدین صورت که اگر برمبنای عمل انجام شده باشد، به فعال^۶ و انفعالی^۷، و اگر به درخواست کننده آن نظر داشته باشیم، به داوطلبانه و غیرداوطلبانه تقسیم می‌شود،

1. NOVUM ORGANUM

2. NOVUM ORGANUM

3. NOVUM ORGANUM

۴. برای مطالعه مباحث فقهی و حقوقی اتانازی ببینید: خسروی، کاظم، بازاندیشی قتل ترحم آمیز (اتانازی) از منظر فقه اسلامی و حقوق موضوعه، انتشارات دانشگاه علوم اسلامی رضوی، ۱۳۹۷.

۵. برای دیدن نظر مخالف که اتانازی را مقید به بیمارانی که علاج ناپذیر نمی‌داند، (رک: آقابابایی بنی، اسماعیل، مسایل فقهی و حقوقی قتل ترحم آمیز، صفحه ۵۰)، قانون سابق حق بر مرگ استرالیا، بیمار صعب العلاج را به عنوان بیماری دانسته بود که در قضاوت معقول پزشکی، هیچ داروی قابل قبولی وجود نداشته باشد، که به او داده شود تا امید به درمانش باشد (بسامی، ۱۳۸۸/۳۴).

6. Active euthanasia

7. Passive euthanasia

اتانازی فعال، انجام اقداماتی صریح جهت سلب حیات از بیمار صعب‌العلاج می‌باشد، به عبارت دیگر، اتانازی فعال با انجام فعل مثبت صورت می‌گیرد، مانند اینکه پزشک برای پایان دادن به حیات بیمار صعب‌العلاج خود، اقدام به تزریق بیش از حد مورفین نماید و نهایتاً باعث سلب حیات وی گردد، اتانازی انفعالی را می‌توان عدم انجام اقداماتی توسط پزشک به منظور سلب حیات از یک بیمار صعب‌العلاج دانست، در واقع در این نوع اتانازی، پزشک با ترک درمان - به عنوان مثال با قطع دستگاه‌های حیاتی بیمار - حیات بیمار را سلب می‌کند، به عبارت دیگر، رفتار پزشک از نوع ترک فعل می‌باشد، البته برخی معتقدند، کنار گذاشتن مداخله پزشکی، غیرفعال یا انفعالی نیست؛ زیرا این امر، متضمن انجام فعالانه کاری برای رد کردن مداخله پزشکی موجود باشد (ریس، و دیگران، ۱۳۸۴: ۸۴)، لذا براین عقیده‌اند که اگر پزشک به تنفس مصنوعی یک بیمار وابسته به آن، خاتمه دهد، رفتار وی ظاهراً فعلی است که موجب وقوع مرگ در زمان خود می‌باشد (دی. جی، ۱۳۷۷: ۱۳۷)، قابل توجه اینکه، برخی از عبارات اتانازی مستقیم و غیرمستقیم، به جای اتانازی فعال و انفعالی استفاده کرده‌اند.

با این حال اتانازی داوطلبانه زمانی رخ می‌دهد که بیمار صعب‌العلاج با درخواست آزادانه خود، درخواست سلب حیات از خود را دارد، در مقابل اتانازی غیر داوطلبانه سلب حیات از بیمار بدون درخواست وی می‌باشد گفتنی است برخی رضایت خانواده و اطرافیان وی را در سلب حیات از او، همسنگ رضایت خودش و چنین اتانازی را اتانازی داوطلبانه دانسته‌اند (امینی، ۱۳۷۷: ۱۷/۵)، اتانازی داوطلبانه وغیرداوطلبانه، با واژه‌هایی چون ارادی و غیرارادی، اختیاری و اجباری نیز استعمال شده است.

۲. ملاحظات اخلاقی^۱ در اقسام اتانازی

۱. گفتنی است، اخلاق در پژوهش تا قبل از جنگ جهانی دوم چندان مورد اعتنا نبود، اما وقتی دادگاه‌های نظامی نورنبرگ، آشکارا از مقاصد سیاسی-نظامی آزمایش‌های پزشکی نازی‌ها، در خصوص اسرای جنگی پرده برداشت، نگاه پژوهشگران اخلاق پزشکی دچار تحول گردید، به دنبال این محاکمات بود، که کدهای اخلاقی نورنبرگ به عنوان دستورالعمل تحقیقات و آزمایش‌های پزشکی

قبل از اینکه به طور کلی به دلایل موافقان و مخالفین اتانازی یا همان قتل ترحم آمیز پردازیم، لازم است به تفاوتی که میان اقسام آن از سوی اندیشمندان اخلاق پزشکی مطرح شده است، پردازیم.

۱-۲- اتانازی فعال و انفعالی

در ۴ دسامبر سال ۱۹۷۳ میلادی، انجمن پزشکان آمریکا اعلام کرد: «پایان دادن عمدی زندگی یک انسان توسط دیگری - کشتن از روی ترحم - با هدف وجودی حرفه پزشکی، و سیاست انجمن پزشکی آمریکا منافات دارد، توقف کاربرد وسایل غیرمعمول، برای طولانی کردن عمر، هنگامی که شواهد امکان ناپذیری برای حتمی بودن مرگ بیولوژیکی وجود دارد، به تصمیم بیمار، یا بستگان نزدیکش بستگی دارد، رأی و توصیه پزشکی باید آزادانه و در دسترس بیمار یا بستگان نزدیکش باشد».

همان طور که مشاهده می شود، بیانیه فوق، اتانازی انفعالی را پذیرفته بود، شاید به همین خاطر است که بسیاری از پزشکان، ترجیح می دهند، تا عبارت مرگ از روی ترحم را تنها در رابطه با حالت فعال آن به کار برده و برای توصیف قتل ترحم آمیز به صورت انفعالی از عبارات دیگری استفاده کنند، به عبارت دیگر، از دیدگاه این افراد، زمانی اتانازی از نظر اخلاقی امری مذموم و ناپسند قلمداد می شود که با اعمال صریح همراه باشد، لذا اتانازی انفعالی را که همواره با ترک فعل محقق می شود، از لحاظ اخلاقی امری ناپسند نمی دانند، لذاست که می گویند: «می توان خاموش کردن دستگاه را به عنوان اجازه به رخ دادن مرگ تلقی نمود، نه فعالانه باعث آن شدن، برای بیمار با مرگ مغزی، هیچ راهی برای بازگشت به زندگی وجود ندارد و هیچ سودی هم برای بیمار در باقی ماندن بی نهایت در حال مرگ معوق، متصور نیست» (کمپبل، ۱۳۷۲: ۲۰۷)، دکتر آلبرت شوایتزر^۱، برنده جایزه صلح نوبل، در کتاب احترام به زندگی می نویسد:

«پزشک هیچ گونه وظیفه اخلاقی و قانونی ندارد که عذاب و فشار یک بیمار لاعلاج در حال مرگ را طولانی کند و اگر بگذاریم بیمار به حال خود و به راحتی

مطرح شد. برای اطلاعات بیشتر رک: عباسی، محمود، نقش رضایت در پژوهش های علوم پزشکی، انتشارات حقوقی، ۱۳۸۲، صص ۱۶-۱۸.

1. Albert schweitzer

جان سپارد، هیچ تباینی با احترام به زندگی و حیات انسان‌ها نخواهد داشت» (وهابزاده منشی، ۱۳۷۳: ۱۷/۵).

با این وجود برخی دیگر، تفاوت اخلاقی مهمی بین حالت فعال و انفعالی اتانازی مشاهده نمی‌کنند، چنانچه جیمز راشل می‌گوید:

«نظر دکتربین این است که میان مرگ از روی ترحم به صورت فعال و انفعالی، تفاوت اخلاقی مهمی وجود دارد، به طوری که مورد اخیر گاهی اوقات، و مورد اول همیشه و مطلقاً ممنوع است، بحث من بر سر این است که این یک اعتقاد متعصبانه و نامعقول و فاقد هرگونه پایه و اساس اخلاقی است... هیچ‌گونه تفاوت اخلاقی میان آن‌ها وجود ندارد، بنابراین من نتیجه می‌گیرم که اگر شما با مرگ از روی ترحم به صورت انفعالی مخالفتی ندارید، پس نباید با حالت فعال آن نیز مخالفتی داشته باشید؛ زیرا هیچ‌گونه تفاوت اخلاقی میان آن‌ها وجود ندارد» (راشل، ۱۳۸۲: ۱۰-۱۱).

وی با ذکر مثالی این چنین عقیده خود را تایید می‌کند: «فرض کنید چنانچه برای پسر عموی شش ساله اسمیت، حادثه‌ای رخ دهد، ارثیه‌ای هنگفت به او می‌رسد، یک روز عصر هنگامی که کودک مشغول حمام کردن است، اسمیت دزدانه وارد حمام می‌شود و کودک را غرق می‌کند و بعد صحنه را طوری تغییر می‌دهد که انگار همه چیز در اثر یک حادثه اتفاق افتاده است. (در فرض دیگر تصور کنید) اگر حادثه‌ای برای پسر عموی شش ساله جونز رخ دهد، او نیز به ارثیه‌ای هنگفت دست می‌یابد، جونز نیز مانند اسمیت قصد دارد تا کودک را درون وان غرق کند، با این حال، وقتی وارد حمام می‌شود، متوجه می‌شود که کودک سُرخورده و سرش ضربه دیده است و با صورت داخل آب افتاده است، جونز بسیار خوشحال می‌شود، کنار می‌ایستد تا در صورت لزوم سرکودک را بیشتر در آب فروبرد، اما نیازی به این کار نیست، کودک با کمی دست و پا زدن خود را تصادفاً غرق می‌کند، در حالی که جونز در کناری ایستاده و او را نگاه می‌کند، اسمیت کودک را کشت، در حالی که جونز صرفاً کودک را تا لحظه مرگ به حال خود رها کرد، این تنها تفاوت میان آنهاست، اگر تفاوت میان کشتن و رهاکردن تا لحظه مرگ فی نفسه از نظر اخلاقی اهمیت داشت، پس باید بگوئیم که رفتار جونز شیعی

تراز رفتار اسمیت است» (همان: ۲۵-۲۶).

دکتر آنتونی شاونیز در این رابطه می‌گوید: «وقتی عمل جراحی انجام نمی‌گیرد، لازم است پزشک نوزاد را در حالی که نیروهای طبیعی شیره جاننش را می‌مکند، از رنج کشیدن برهاند، به عنوان یک جراح که طبیعتاً مایل است با چاقوی جراحی اش به جنگ مرگ برود، در گوشه‌ای ایستادن و نظاره‌گر مرگ کودکی بودن، دردناک ترین تجربه عاطفی است که تاکنون داشته‌ام، درکنفرانس‌ها و در بخش‌های تئوریک به راحتی می‌توان گفت که بهتر است، چنین کودکی را تا لحظه مرگ به حال خود رها کنیم، اما زمانی که در اتاق نوزادان کناری بایستیم، و شاهد باشیم که کم شدن آب و عفونت در طول ساعت‌ها و روزها، موجود کوچکی را ذره ذره آب می‌کند، همه چیز تغییر می‌یابد، این وضعیت برای من و کارکنان بیمارستان وضعیتی بس ناگوار است، برای والدینی هم که هرگز در اتاق نوزادان قدم نمی‌گذارند، ناگوارتر» (همان: ۳۶-۳۷).

به نظر می‌رسد آنچه جیمز راشل و دیگران، در عدم تفاوت اخلاقی بین حالات انفعالی و فعال اتانازی بیان نمودند، صحیح باشد، وانگهی حالت انفعالی آن، به این جهت که همیشه با ترک فعل همراه است، فرآیند سلب حیات را به طرز جانکاهی انجام می‌دهد، لذا می‌توان گفت که حتی به مراتب شنیع تر و غیراخلاقی تر هم باشد، به عنوان مثال در نظر بگیریید، مادری بچه شیرخوار خود را به قصد سلب حیات در اتاقی حبس کند و برای اینکه صدای گریه وی را از فرط گرسنگی نشنود، خانه را ترک کند و سرانجام نوزاد به طرز جانکاهی جان سپارد، به همین علت است که جیمز راکل،^۱ حتی نوع فعال را برحالت انفعالی آن ترجیح می‌دهد و می‌گوید:

«از آنجایی که هر دو شکل مرگ آسان، به مرگ ختم می‌شود، مرگ آسان فعال باید بر نوع غیرفعال آن، ارجحیت داشته باشد، زیرا مرگ آسان فعال، انسانی تراز نوع غیرفعال بوده، و به سرعت به کاهش درد بیمار کمک می‌کند» (مانسن، ۱۳۷۴: ۲/۱۵۸).

۲-۲- اتانازی داوطلبانه و غیرداوطلبانه

برخلاف جنجال‌های اخلاقی میان اتانازی فعال و انفعالی، این کشمکش‌ها، در

1. James rachels

رابطه با حالت داوطلبانه و غیرداوطلبانه به چشم نمی‌خورد، زیرا واضح است که حالت غیرداوطلبانه اتانازی، امری ناپسند و غیراخلاقی است چنان‌که پیتر سینگر^۱ می‌گوید: «مرگ آسان غیرداوطلبانه، صرفاً شامل کشتن فردی که خودآگاهی ندارد، است، حال آنکه مرگ آسان داوطلبانه، در برگیرنده کشتن شخص عاقل و خودآگاه می‌باشد» (همان، ۱۴۸).

در رابطه با اخلاقی بودن حالت داوطلبانه، این چنین گفته‌اند: «کسانی که این نوع اتانازی را مجاز و صحیح می‌دانند، از دیدگاه دیگری به موضوع می‌نگرند و می‌گویند از نظر حقوق فردی، حق بیمار است که درمان را رد کند و از ادامه استفاده از داروهایی که مرگ او را تا حدودی به تأخیر می‌اندازد، سر باز زند، این بیمار است که تصمیم می‌گیرد در حالی که دارد می‌میرد، این فاصله تا مرگ را چگونه زندگی کند، یعنی بیمار در واقع مرگ را انتخاب نمی‌کند، بلکه چگونگی حیات را در مدتی که زنده است، برمی‌گزیند» (کرمی، ۱۳۸۱: ۲۲).

از نظر کانت نیز موجودی عاقل و خودمختار وظیفه دارد جانش را حفظ کند، بنابراین کسی نمی‌تواند از مراقبت‌های لازم بهداشتی سر باز زند یا خودکشی کند، اما شأن و مقام ما به عنوان موجودی خودمختار به ما ارزش ذاتی می‌دهد، اگر این شأن از بین برود یا به شدت آسیب ببیند، همان طوری که وقتی مردم به حالت اغماء می‌روند، و یا به دلیل بیماری یا جراحی درکشان را از دست می‌دهند، آن‌گاه مشخص نیست که ما وظیفه داشته باشیم تا تحت چنین شرایطی جانمان را حفظ کنیم، چه بسا که حفظ آزادی و مقام و شأن مان مهم‌تر از دستور به دیگران برای کشتن یا عدم زنده نگه داشتن ما در چنین مواردی باشد، در هر صورت شاید مرگ آسان داوطلبانه با اصول اخلاقی کانت - اگر الزامی نباشد - سازگاری داشته باشد، (مانسن، ۱۳۷۴: ۱۳۴/۲).

این بحث را می‌توان با آنچه برخی فقهای اسلامی در سقوط قصاص و دیه قاتل مأذون (نظیر آنچه در اتانازی داوطلبانه رخ می‌دهد) مقایسه نمود، دلیل این دسته از فقها

1. Peter singer

بر سقوط قصاص و دیه این است که در واقع چون مقتول اذن به قتل خویش داده و از آنجائی که حق قصاص نیز ابتدائاً متعلق به وی می‌باشد، لذا اولیای دم وی حق قصاص و یا اخذ دیه را ندارند (لنکرانی، ۱۴۲۷: ۳۴۴).

مرحوم مقدس اردبیلی نیز در این زمینه بیان می‌دارد:

«نظر مشهور این است که قصاص و دیه هر دو ساقط است، اما گناه قتل هم چنان با برجاست (همان حکم تکلیفی)... زیرا (در ما نحن فیه) مجنی علیه خود حق خودش را ساقط کرده است و حق وارث (و اولیای دم) فرع بر حق مجنی علیه است» (مقدس اردبیلی، ۱۴۱۶: ۱۳/۳۹۶-۳۹۷).

محقق حلی نیز این چنین می‌گوید:

«قتل در این مورد جایز نیست زیرا اذن حرمت را برطرف نمی‌سازد (حکم تکلیفی) حال اگر با این وجود منجر به قتل شد، قصاص واجب نمی‌شود، به خاطر این که مجنی علیه حق خود را با اذن به این کار ساقط کرده است، لذا وارث (اولیای دم) نمی‌توانند (بر قاتل) مسلط شوند» (حلی، ۱۴۰۹: ۸/۱۴۹).

شهید ثانی در مسالک، عیناً با همین استدلال محقق حلی، قصاص را واجب نمی‌داند (عاملی، ۱۴۱۹: ۸۸/۱۵)، صاحب جواهر بعد از ذکر عدم وجوب قصاص در این حالت و نسبت دادن این فتوی به شیخ طوسی در کتاب مبسوط و فاضل در تلخیص و ارشاد و قول اشهر دانستن آن در مسالک، علت سقوط قصاص را اسقاط حق مجنی علیه به خاطر اذن او می‌داند و اولیای دم را فرع و جانشین مقتول می‌شمارد که (در اینجا) هیچ‌گونه تسلطی بر قاتل نخواهد داشت (نجفی، ۱۳۹۹: ۵۳/۴۲)، بنابراین از منظر فقهای اسلامی در عدم مشروعیت و مستوجب قصاص بودن اتانازی غیر داوطلبانه که در آن هیچ‌اذنی وجود ندارد، هیچ اختلافی وجود ندارد.

این نکته نیز گفتمی است در بسیاری از نظام‌های حقوقی که اتانازی امری قانونی قلمداد شده است، اذن بیمار شرط مشروعیت آن قلمداد شده است.^۱

۱. گفتمی است در قوانین کشورهای دیگر، به عنوان مثال در ایالت اورگون آمریکا (در سال ۱۹۹۴) و یا کشور بلژیک (در سال ۲۰۰۲) صراحتاً به درخواست مریض و اصرار وی بر انجام اتانازی، جهت مشروع بودن این عمل، اشاره شده است.

۳. دلایل مخالفین اتانازی

مخالفین قانونی شدن اتانازی برای مدعای خود دلایلی را مطرح نموده‌اند، گفتنی است که این ادله بر مبنای حقوق عرفی نبوده و صرفاً از نگاه اخلاقی و اجتماعی ارائه شده است.

۳-۱- شیب لغزنده

اساس این استدلال بر این مبنا استوار است که وقتی اتانازی عملی قانونی اعلام شد افراد در یک شیب لغزنده‌ای قرار خواهند گرفت که به راحتی می‌توانند به سمت پایان دادن به زندگی دیگر افراد با دلایل متفاوت، با سرعت هرچه تمام‌تر حرکت کنند، از جمله این دلایل مختلف را می‌توان ناقص الخلقه متولد شدن نوزادان، ناکارایی افراد سالمند و معتادان و حتی سیاست‌های تبعیض نژادی^۱ نام برد، لذا مخالفین قانونی شدن اتانازی، دنبال کردن و تلاش برای تصویب قوانین و مقررات در جوامع برای این عمل را، در واقع بر مبنای تلاش در جهت قانونی کردن کشتن افراد می‌دانند و معتقدند با این کار در پی پیدا کردن راه‌حل‌های اخلاقی و قانونی برای کشتن افراد هستیم.

لئوالکساندر، روان‌شناسی که با اداره مرکز جنایات جنگ در نورنبرگ کار می‌کرد، در مقاله پزشکی انگلستان جدید، در جولای ۱۹۴۹ میلادی می‌نویسد: «موارد آغازین صرفاً تغییر ساده‌ای در تأکید بردیدگاه اصلی پزشکان بود، این موضوع با این دیدگاه اصلی در حرکت قتل ترحم آمیز شروع شد که چیزی مثل یک زندگی که ارزش ادامه دادن ندارد، وجود دارد، این دیدگاه در مراحل اولیه در رابطه با بیماری‌های مزمن و حاد بود، اما به تدریج فضای آن‌هایی که بایستی در این گروه داخل شوند، گسترده تر شد تا کل غیرآلمانی‌های غیرسودمند از نظر اجتماعی، ناخواسته ایدئولوژیکی، و ناخواسته نژادی را در برگیرد» (بسامی، ۱۳۸۸: ۷۷).

دکتر هربرت هندین^۲ مدیر بنیاد آمریکایی پیشگیری از خودکشی، که به مطالعه قتل ترحم آمیز در هلند پرداخته است، در این زمینه می‌گوید: «آنچه راه حلی برای بیماری

۱. آن چنان که نازی‌ها به پاکسازی نژادآرایی-آلمانی پرداختند.

2. Herbert hendin

های استثنائی محسوب می‌شد، به یکی از روش‌های معمول مبارزه با بیماری‌های مرگ بار بدل شده است، هلندی‌ها از قتل ترحم آمیز بیماران محتضر به قتل ترحم آمیز بیمارانی که به بیماری‌های وخیم و سخت مبتلا هستند و از قتل ترحم آمیز بیماران بدنی، به بیماران روانی و از قتل ترحم آمیز داوطلبانه به غیرداوطلبانه رسیده‌اند» (راشل، ۱۳۸۲: ۸۸-۸۹)، در این رابطه توجه به استفتائی که از یکی از فقهای معاصر شده است و اشاره به شیب لغزنده در جواب استفتاء جالب است.

سؤال: «شخصی از یک بیماری لاعلاج مانند سرطان رنج می‌برد و پزشکان هم از معالجه وی ناامید شده‌اند، حال اگر پزشکی از روی ترحم و دلسوزی از معالجه وی که منتهی به ادامه زندگی شخص بیمار در مدت کوتاهی می‌شود، خودداری نماید و بیمار زودتر بمیرد، آیا از نظر فقهی چنین کاری جرم است؟ لطفاً به دلیل آن اجمالاً اشاره کنید».

پاسخ: «قتل انسان مطلقاً جایز نیست، حتی از روی ترحم و حتی با اجازه خود مریض، دلیل اصلی این مسئله اطلاقات ادله حرمت قتل از آیات و روایات است، و هم چنین ادله وجوب حفظ نفس و ممکن است فلسفه آن این باشد که چنین اجازه ای سبب سوءاستفاده‌های فراوان می‌شود و قتل از روی ترحم به بهانه‌های واهی صورت می‌گیرد یا افرادی به قصد اتحار و خودکشی از این راه وارد می‌گردند...» (علیان نژادی دامغانی، ۱۳۸۷: ۱۱۶).

به نظر می‌رسد این دلیل که با وضع قانونی احیاناً سوء استفاده‌هایی از آن بشود، نمی‌تواند توجیه قابل قبولی برای عدم وضع آن قانون باشد، وانگهی احتمال سوء استفاده از یک قانون دلیلی برناکار آمد بودن و تخصصی نبودن قانون است، لذا اگر قانونی وضع شود که در مقام عمل همه جوانب را بسنجد، احتمال سوء استفاده به حداقل خواهد رسید، اگر قانون، اتانازی را فقط در مورد بیماران لاعلاج، و آن هم فقط بنا به درخواست مریض و امکان اعمال آن را فقط توسط پزشک متخصص، با شرایط خاص جایز بداند، و در مقام عمل نیز با اعمال مجازات قصاص درباره مرتکبین به قتل افراد ناقص الخلقه یا افراد سالمند و... از خودکوتاهی نشان ندهد، احتمال سوء استفاده و گرفتار شدن در شیب لغزنده، به حداقل خواهد رسید، چنانچه جرال دورکین و فری سیسلا باک در کتاب اتانازی و خودکشی بر این عقیده‌اند که به علت ترس از افزایش

تعداد بیمارانی که به اتانازی متوسل خواهند شد، نباید درخواست بیماران واجدالشرايط اتانازی را نادیده گرفت و آن‌ها را از حقوقشان محروم کرد، آن‌ها بر این باورند که با اتخاذ تدابیر مناسب، می‌توان به اطمینان و احتیاط کافی برای ممانعت از کشتار گروهی بیماران دست یافت (اسلامی تبار، والهی منش، ۱۳۸۶: ۱۷).

۳-۲- کاهش کیفیت مراقبت‌های پزشکی و از بین رفتن اخلاق پزشکی

برخی از مخالفان اتانازی بر این باورند که قانونی شدن اتانازی، باعث می‌شود که مراقبت‌های پزشکی از بیماران کاهش پیدا کند، رونالد مانسن، در کتاب خود به نام مداخله و تأمل در اخلاق پزشکی، این‌طور می‌گوید: «در مواردی که بیمار در وضعیت بدی به سر می‌برد، پزشکان و پرستاران از تلاش برای انجام اقدامات لازم خودداری کرده، و یا شاید به سادگی تصمیم بگیرند که مرگ بیمار، مناسب‌تر است و از انجام اقدامات لازم برای نجات جان بیمار صرف نظر کنند، این مورد می‌تواند دربارهٔ بیمارانی که وضعشان خیلی حاد و وخیم نیست، اتفاق افتد که نتیجهٔ آن، زوال کیفیت مراقبت پزشکی خواهد بود» (مانسن، ۱۳۷۴: ۱۴۶).

الیزابت کوبلرراس نیز، در کتاب مرگ و مردن^۱، خاطر نشان می‌کند که اگر مراقبت‌های پزشکی و حق استفاده از دارو، به طور مطلوبی به بیماران ارائه شود، کسی درخواست مرگ آسان نخواهد کرد و مردم بی دغدغه و بدون درد خواهند مرد (همان: ۱۵۵).

لذا قانونی شدن اتانازی و اعطای حق مرگ بر انسان‌ها، در واقع تمام شخصیت و مسئولیت و نقش دست اندرکاران امور پزشکی را تغییر می‌دهد و در حرفهٔ آن‌ها دری باز می‌شود که به جای تمرکز بر روی حیات و زندگی انسان‌ها، مرگ را دنبال می‌کنند، گفتنی است در سطح بین‌المللی نیز به لزوم مراقبت‌های بهداشتی تأکید شده است که می‌توان منشور اجتماعی شورای اروپا (۱۹۶۱)، شورای اروپای نظارت حقوق بیمار و مرگ (۱۹۷۶)، منشور حقوق بیماران مصوب کمیته بیمارستانی جامعهٔ اقتصادی اروپا (۱۹۷۱) و اعلامیهٔ حقوق بیمار و مجمع پزشکی جهانی (۱۹۸۱) را نام برد، ظاهراً حرکتی

1. Death and dying

به نام هاسپیس^۱ - که محل موقتی است در مسیر افرادی که آخرین مسافرت خود را برای رفتن به دنیای دیگر انجام می‌دهند، تا در آنجا استراحت نمایند - در انگلستان به خاطر جلوگیری از اتانازی باشد، در این هاسپیس‌ها به جای استفاده از فن آوری نگهداری حیات، به تسکین درد و رنج و مراقبت احترام آمیز برای افراد در حال مرگ می‌پردازند و جریان مردن بیمار تا آخرین مرحله جدایی از زندگی با حفظ ارزش انسانی، مانند فردی که کسی را خیلی دوست دارد و در کنار او هست و مراقبت می‌نماید، دنبال می‌شود (کرمی، ۱۳۸۱: ۱۵۲-۱۵۴). جالب‌تر این که در این کشور از ۳۰ سال پیش جهت آرامش روحی و کنترل درد بدنی و روانی بیماران، بی آنکه به دنبال معوق کردن و یا تسریع مرگ او باشند، آسایشگاه‌هایی ایجاد شده است، مسئولین این آسایشگاه‌ها معتقدند، افسردگی در اغلب موارد سبب وخامت حال بیماران محتضر می‌گردد، با از بین رفتن افسردگی، تقاضای بیمار برای اتانازی رنگ می‌بازد (راشل، ۱۳۸۲: ۹۱).

برخی دیگر نیز علاوه بر سست شدن مراقبت‌های پزشکی، انجام اتانازی را باعث سست شدن حریم اخلاق پزشکی نیز می‌دانند، آن‌ها معتقدند با انجام اتانازی و سست شدن چهارچوب شغلی و اخلاق پزشکی، پزشک وسیله‌ای در اختیار قدرت‌های سیاسی می‌شود و شغل او وسیله‌ای از بین بردن انسان‌های مبارزی می‌گردد، که برای انسانیت گام برمی‌دارند، در واقع بایستی پذیرش حق مرگ و اتانازی را به معنای انحراف اخلاقی در شغل مقدس پزشکی دانست که در آن انسان‌ها با سلاح رأفت، مهربانی و لطف، به قتل می‌رسند، این افراد معتقدند، اتانازی سرشت رابطه پزشک با بیماران را به کلی دگرگون خواهد کرد (کمپبل، ۱۳۷۲: ۲۱۳)، حتی برخی اتانازی را مخالف با طبیعت حرفه پزشکی می‌دانند؛ زیرا هدف حرفه پزشکی تحصیل درمان بیمار و رفع درد و رنج‌هایی است که بیمار را در آستانه رنج قرار می‌دهد، و شکی نیست که این هدف پزشک را به سعی و تلاش و می‌دارد (آل شیخ مبارک، ۱۳۷۷: ۹۰).

به نظر می‌رسد، کاهش مراقبت‌های تیم پزشکی به خاطر قانونی شدن اتانازی،

1. Hospice

مراقبت از بیماران در حال مرگ است، هدف او سیسیلی ساندرز بود، بنیانگذار آن فردی به نام دکتر

چندان صحیح نباشد، زیرا در رابطه با بیماران لاعلاج مراقبت‌های پزشکی آن چنان که در رابطه با دیگر بیماران ملحوظ می‌باشد، پررنگ نیست، مضافاً بر این که زمانی که خود بیمار به عنوان مثال، خواستار قطع دستگاه‌های حیاتی متصل به خود باشد، بحث کاهش مراقبت بهداشتی پیش نخواهد آمد، در رابطه با بیمارانی که چنین درخواستی ندارند و یا بیماران علاج پذیر، عدم مراقبت پزشکی می‌تواند تخلف صنفی و یا حتی کیفری محسوب شود که جلوی این نقیصه را خواهد گرفت. در رابطه با از بین رفتن حریم اخلاق پزشکی و منافع داشتن اتانازی با هدف پزشکی باید بگوئیم، زمانی که اتانازی با شرایطی خاص، جزئی از اعمال پزشکی قلمداد گردید، این حرف عجیب به نظرمی رسد که بگوئیم اتانازی مخالف هدف و اخلاق پزشکی است، نکته آخر این که ما با ایجاد آسایشگاهها و مراکزی جهت رسیدگی و مراقبت از بیماران لاعلاج آن چنان که در انگلستان وجود دارد، مخالف نیستیم، به عبارت دیگر ما بر آن نیستیم که بیماران لاعلاج را تشویق به اتانازی نمائیم، بلکه سخن ما در این است که اگر بیماری با شرایط خاص، تقاضای اتانازی داشت، وظیفه پزشک چیست؟ لذا ارتقای استانداردهای مراقبتی و پیشرفت در صنعت پزشکی منافاتی با بحث اتانازی نخواهد داشت، چنانچه در کشوری مثل هلند که اتانازی امری مشروع و قانونی قلمداد می‌شود^۱، میزان بالایی از استانداردها برای مراقبت‌های پزشکی وجود دارد که در مقایسه با کشورهای دیگر رقم بالایی است، جالب است بدانیم اکثریت بالای ۹۵ درصد مردم این کشور، تحت پوشش بیمه‌های خصوصی قرار دارند و تعهدات و ضمانت‌های بسیار زیادی برای سلامتی افراد وجود دارد، مراقبت‌های تسکین دهنده در این کشور بسیار پیشرفته است، در کلیه بیمارستان‌ها، بخش‌هایی به نام آرامش‌های موقتی ایجاد شده است و خدمات درمانی در این کشور نسبت به سایر کشورها ارزان‌تر ارائه می‌شود (انتظاری، ۱۳۸۰: ش ۱۶۲/۱۷۴).

۱. بنابر آنچه که کمیسیون تلفیقی remmelimk با چاپ کتابی در سال ۱۹۹۱ اعلام کرده است، سالانه ۲۳۰۰ مورد مرگ آسان داوطلبانه و ۴۰۰ مورد معاونت منجر به مرگ در هلند به وقوع می‌پیوندد.

۳-۳- جلوگیری از پیشرفت پزشکی

در واقع مخالفین اتانازی بر این باورند که امکان درمان بیماری‌های لاعلاج، با توجه به پیشرفت تکنولوژی، در آینده امکان پذیر می‌باشد، آن‌ها معتقدند همیشه امکان تشخیص اشتباه یا ظهور یک معالجه یا درمان جدید که ممکن است، التیام بخش باشد و رنج کشیدن یک فرد را پایان دهد وجود دارد، در اولین کنفرانس بین‌المللی که در سال ۱۹۸۱ میلادی توسط سازمان پزشکی اسلامی، با عنوان «مجموعه قوانین اخلاق پزشکی در اسلام» در کویت برگزار شد، بیانیه‌ای بر این مضمون اعلام شد: «هرگونه کشتن از روی ترحم، از قبیل خودکشی، جایگاهی در اسلام نداشته و تنها ملحدانی دست به این کار می‌زنند که به پوچی رسیده‌اند، کشتن بیماران لاعلاج به بهانه‌ی رهایی درد و رنج نیز مردود است؛ زیرا تمامی دردهای بشر را می‌توان از طریق روش‌های مختلف پزشکی و دارویی تا حد زیادی برطرف نمود»، در رابطه با بیانیه مذکور، صرف نظر از لحن ناشایستی که سزاوار یک کنفرانس اسلامی نیست، یکی دانستن کشتن از روی ترحم و خودکشی و اشاره به عدم جایگاه اتانازی در اسلام، و درمان تمام دردهای بشر به وسیله روش‌های پزشکی ادعایی است که هیچ کدامشان هنوز به اثبات نرسیده است، لذا صدور چنین بیانیه‌هایی که ناشی از دیدگاه متعصبانه و عجولانه و فاقد هر گونه بحث علمی و تخصصی است در شأن و جایگاه چنین کنفرانسی نمی‌باشد.

در هر حال برخی در رد این دلیل، این چنین بیان داشته‌اند: «اگرچه درست است که در هر لحظه یک درمان یا مداوای جدید ممکن است عرضه شود، ولی اطمینانی نیست که چنین کشفی به همه اشخاص دارای بیماری خاص یا شرایط در حال بحث کمک کند، دوره بیماری آن‌ها ممکن است خیلی پیشرفت کرده باشد یا وضعیت آن‌ها مشکلات دیگری را در برمی‌گیرد که درمان یا معالجه جدید نمی‌تواند در مورد آن مؤثر واقع شود، لذا این نتایج مرتبط هستند، اما الزاماً قطعی نیستند» (ریس، و دیگران، ۱۳۸۴: ۱۰۱).

نکته قابل ذکر دیگر اینکه وقتی ما از اتانازی صحبت می‌کنیم، اشاره به بیماران لاعلاجی داریم که اکنون امکان درمان آن‌ها نیست و در همین لحظه آن‌ها متحمل

دردهای شدید می‌شوند و تقریباً چیزی به پایان زندگی آن‌ها نمانده است، لذا این که در آینده شاید درمانی برای این بیماران یافت شود، نمی‌تواند دلیلی بر عدم مشروعیت اتانازی باشد، چنان که برخی گفته‌اند: «شاید قانونی شدن مرگ آسان و داوطلبانه، در سال‌های آتی به مرگ یکی دو نفری که امکان بهبودشان فراهم می‌شود، بینجامد، اما این امر، دلیل قاطعی علیه مرگ آسان، به آن شکلی که عده‌ای تصوری کنند نیست، برخلاف آن اگر مرگ آسان قانونی شود، تنها عده کمی بدون ضرورت خواهند مرد، در صورتی که اگر مرگ آسان قانونی نشود، باید درد و رنج فراوانی را که بیماران در حال مرگ متحمل می‌شوند، به جای مرگ به آن‌ها تحمیل کنیم، زندگی طولانی تر از چندان اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار نیست که بر تمامی ملاحظات، ارجحیت داشته باشد، شاید روزی فرا برسد که تمامی کسانی که به بیماری‌های کشنده‌ای مبتلا هستند را درمان کنیم، که در آن صورت مرگ آسان دیگر درخواستی نخواهد داشت، و از آب و تاب خواهد افتاد، اما هنوز تا آن زمان فاصله داریم، از این روی دلیلی وجود ندارد که در حال حاضر، به انکار مرگ آسان برای کسانی پردازیم که می‌تواند در شرایط بهتری جان سپارند» (مانسن، ۱۵۴: ۱۳۷۴-۱۵۶).

۳-۴- تأثیر نقش خانواده و اطرافیان

در واقع مخالفین اتانازی با بیان این دلیل معتقدند، که بسیاری از اوقات بیمار شخصاً حاضر به انجام اتانازی نیست، بلکه بر اثر اصرار پزشک و خانواده خود مجبور به گرفتن چنین انتخابی می‌شود، یکی از روان‌شناسان شهر آمستردام می‌گوید: «من اغلب با بیمارانی مواجه می‌شوم که بر اثر پافشاری بستگان بی حوصله و خسته خود به قتل از روی ترحم رومی آورند، در واقع «حق بیمار» برای مردن به تدریج به «وظیفه مردن» بدل خواهد شد». سپس این روان‌شناس از زنی می‌گوید که بستگان او برای قتل ترحم آمیز در آمستردام به دور یکدیگر جمع شده بودند، یکی از این بستگان از خارج آمده بود، وقتی بیمار آخرین دقایق دچار شک و تردید شده بود، خانواده او گفتند: «او را این همه راه از خارج به اینجا کشانده ایم، حالا نمی‌توانیم بگوییم بیهوده به اینجا آمده است!» (ایدس، ۱۳۷۷: ۳/۲۳۶-۲۳۷).

آن‌ها معتقدند اصرار خانواده به انجام اتانازی حامل پیامی است به این مضمون که: «این به نفع شماست که تصمیم بگیریید فوری بمیرید، زیرا شما نمی‌توانید نقش بیشتری در جامعه داشته باشید و مفید در جامعه نیستند»، در این لحظه است که بیماران دوست ندارند که سربار دیگران باشند و اقدام به اتانازی می‌گیرند (کرمی، ۱۳۸۱: ۱۲۴).

به نظر می‌رسد در جامعه ایرانی که ریشه‌های مذهبی و دینی در خانواده‌ها همچنان پابرجاست و تأکید اسلام نیز بر عیادت بیماران و نیکی و احسان به پدر و مادر- مخصوصاً زمانی که از کار افتاده و سالمند می‌شوند- می‌باشد، این دلیل نمی‌تواند در مخالفت با اتانازی در چنین جامعه‌ای ابراز شود، علاوه بر آن می‌توان با دادن مشاوره‌های مذهبی و اخلاقی توسط انجمن‌های مخصوص در این زمینه، از بروز چنین رفتارهایی توسط خانواده‌های افراد بیمار جلوگیری کرد، به گونه‌ای که بعضی از بیمارستان‌ها در جهان تیم اخلاق پزشکی دارند که در تصمیم‌گیری‌های مشکل، مشاوره خانواده رابه عهده می‌گیرند که معمولاً متشکل از پزشک، مددکار، پرستار و یک روحانی است که این تیم محدوده تصمیم‌گیری خانواده و نیز وضعیت بیمار را با آن‌ها در میان خواهد گذاشت، این تیم خود رسماً نظر نخواهد داد و نظر قطعی را خانواده ارائه می‌کند، ولی این کمیته می‌تواند آموزش‌های لازم را از نظر اخلاقی و پزشکی به کارکنان بدهد و سیاست‌هایی که برای موقعیت‌های خاص وجود دارد، به خصوص در موقعی که بیمار در حال مرگ است گوشزد نماید، آن‌ها علاوه بر مشاوره با خانواده، مشاوران و دست‌اندرکاران امر درمان هم هستند، قابل ذکر است در مواردی که پزشک و خانواده به توافق نمی‌رسند و کمیته اخلاق هم نمی‌تواند با مشاوره‌های خود مشکل را حل نماید، موضوع به دادگاه ارجاع می‌شود که معمولاً نظرات کمیته و تیم اخلاق پزشکی در تصمیم‌گیری دادگاه مؤثر است، چرا که این تیم اموری را که بررسی می‌کند فراتر از امور بهداشتی و درمانی است؛ یعنی روی موضوع مرگ و حیات بحث می‌کند و در این زمینه آن‌ها نسبت به دیگران اطلاعات و تخصص بیشتری دارند (همان: ۱۶۸-۱۶۹).

۳-۵- اصل تقدس حیات

اصل تقدس حیات بر این نکته تأکید دارد که زندگی و حیات انسان دارای ارزش

مطلقاً است که در هر شرایطی - حتی یک بیماری لاعلاج - باید حفظ شود، چنانچه فیلسوف معروف هلگاکوزه^۱، در کتاب جورجیا هارکنس می‌نویسد: «در همه جوامع ارزش و تقدس زندگی آشکار است، به موجب این اصل احترام به زندگی، کشتن و قتل دیگری، نهی شده و در نتیجه ارتکاب به آن در خور مجازات شدید می‌باشد، هرچند که در تمامی جوامع استثناهایی وجود دارد، اما نفرت از قتل و کشتن ناحق و ناعادلانه جهانی شده و از سایر نظرات اخلاقی نیز جهان شمول تر است» (اسلامی تبار، و الهی منش، ۱۳۸۶: ۳۱)، به عبارت دیگر اصل تقدس حیات بیان‌گر این است که ما اجازه نداریم که زندگی را از خود سلب کنیم و حتی در چگونگی استفاده از زندگی خود هم محدودیت داریم، حیات به امانت در اختیار ماست و صاحب اصلی آن خداوند است، گفتنی است اصل‌های مرتبط دیگری نیز در این زمینه وجود دارد، مانند اصل تقدم حیات که بیان می‌دارد، حفظ زندگی انسان نه تنها با ارزش است بلکه ارزش آن با ارزش‌های دیگری که سراغ داریم متفاوت است و هرگز تابعی از آن ارزش‌ها نیست (مایو، و ویکلر، ۱۳۸۲: ۴۱).

ماده ۲ اعلامیه حقوق بشر اتحادیه اروپا در این باره بیان می‌کند:

«هر فردی از حق زیستن برخوردار است و قانون باید حافظ این حق باشد، هیچ‌کس را نباید عملاً از حق زیستن محروم کرد...» و بند الف ماده ۲ اعلامیه اسلامی حقوق بشر نیز اعلام می‌دارد: «زندگی موهبتی است الهی و حقی است که برای هر انسانی تضمین شده است و بر همه افراد و جوامع و حکومت‌ها واجب است که از این حق حمایت نموده و در مقابل هر تجاوزی علیه آن ایستادگی کنند و جایز نیست کشتن هیچ‌کس بدون مجوز شرعی».

آنچه از مطالعه اعلامیه‌های فوق به ذهن می‌رسد، منع کشتن افراد توسط دیگران آن هم به صورت غیر قانونی است، اعلامیه‌های مذکور، در بیان این که خود شخص حق تعرض و گرفتن جان خود را ندارد قاصر است، به نظر می‌رسد این که قائل باشیم، زندگی پر از درد و رنج آن هم به مدت کوتاه دارای ارزش مطلق است، محل تردید می‌باشد، همان‌طور که برخی گفته‌اند: «زندگی انسان مقدس است اما ارزش مطلق ندارد اگر

1. Helga kuhse

شخصی این باور را داشته باشد تصمیم گیری برای این که خودکشی حمایت شده و اتانازی از نظر اخلاقی، در بعضی شرایط قابل قبول باشد، غیرممکن نیست و صرفاً توسل جستن به تقدس زندگی راه تصمیم گیری را مسدود نمی سازد لذا زندگی ارزشمند است اما آن یک ارزش «برتر» نیست، یعنی آن بر «همه» ارزش های دیگر در «همه» شرایط پیشی نمی گیرد» (ریس، و دیگران، ۱۳۸۴: ۹۹). در واقع آنچه مهم است زندگی کردن نیست بلکه چگونه زندگی کردن است، حیات دارای آن چنان ارزش مطلق نیست که در هر شرایطی مأمور به حفظ آن باشیم چنانچه برخی عقیده دارند که، چنین ملاحظاتی در زمینه پزشکی - اتانازی در مورد بیماران لاعلاج - بر اصل حفظ و تقدس زندگی برتری دارد (مایو، و ویکلر، ۱۳۸۲: ۵۶).

نظر یکی از فقهای معاصر در این زمینه خواندنی است: «حکم حفظ نفس در رابطه با بیماران لاعلاج، حکمی حرجی است که می بایست برطبق ادله نفی عسرو حرج حکم به انتفای آن داد، البته عده ای معتقدند که ادله عسر و حرج، برای حفظ نفس و نینداختن جان در خطر است، ولی به نظر می رسد که ادله عسرو حرج می خواهد بگوید که انسان ها نباید از رهگذر احکام شرعی، اعم از واجب یا حرام، دشواری تحمل کنند، دشواری در اینجا مفهومی عرفی دارد و به معنای امری است که تحمل آن عرفاً سخت و غیرعادی باشد در این موارد و با توجه به اینکه ادله عسرو حرج عام است، حکم وجوب و یا حرمت برداشته می شود» (محقق داماد، شماره ۴، سال دوم: ۳۷-۳۸).

۳-۶- مخالفت با مشیت الهی

مخالفان، اتانازی را مخالف باخواست و اراده خداوند می دانند، به عبارت دیگر آنها بیان می کنند که این تقدیر خداوند بوده که فردی، دچار بیماری لاعلاج بشود لذا باید به این خواست خداوند گردن نهد و درد و رنج آن را تحمل کند، در غیر این صورت با مشیت الهی مخالفت نموده است. ولتی می گوید: «هیچ کس نمی تواند، اتانازی را طلب کند، انتظار داشته باشد، پیشنهاد دهد و یا انجامش دهد و مطلقاً نباید درخواست آن را، از خود بیمار و یا خویشاوندانش پذیرفت، هر چقدر هم که بیمار رنجور باشد و هر چقدر هم که امید به بهبودی کم باشد این (اتانازی) اراده خداوند نیست، و نه برای

ما فانیان مجاز است، و نه فی الواقع برای ما ممکن است که اگر مرگ را، از تمام وحشت‌ها و دردهایش تهی کنیم مرگ به معنی آخرین و بزرگترین آزمونی است که ما باید بر روی زمین، متحمل شویم» (کمپیل، ۱۳۷۲: ۲۱۵).

درواقع این افراد بیماری را خواست خداوند و انجام اعمالی نظیر اتانازی را مخالفت با این تصمیم خداوند می‌دانند و حال اینکه اگر قائل به این نظر باشیم، باید درمان بیماری‌ها را نیز، نوعی مخالفت با تصمیم پروردگار بدانیم!

۳-۷- انتقادات عملی

در این رابطه برخی از انتقادات عملی بدین شرح، ذکر می‌شود:

۱. چگونگی تأمین درخواست معتبر و اثبات وجود شرایط قابل درمان برای صدور گواهی اتانازی.

۲. رنج اضافی بیمار، در مدت زمانی که لازم است برای امکان تغییر عقیده بیمار، سپری شود.

۳. اثرات ناخوشایندی که مرگ در اثر اتانازی، می‌تواند بر خویشاوندان بیمار داشته باشد (کمپیل، ۱۳۷۲: ۲۱۲).

در رابطه با اشکال اول: اگر منظور از چگونگی تأمین درخواست معتبر، این باشد که در صحت رضایت بیمار مبنی بر انجام اتانازی، شک داشته باشیم - به عنوان مثال ندانیم که آیا این درخواست، آزادانه از سوی وی گرفته شده یا ناشی از فشارهای روحی و روانی و یا اصرار خانواده و اطرافیان اوست - در جواب همان‌طور که دکتر الستیرو کمپیل خاطر نشان کرده‌اند، با تربیت اتانازیست‌های حرفه‌ای، و انجام مصاحبه‌های تخصصی با بیمار و خانواده وی توسط این اتانازیست‌ها، می‌توان بر این اشکال و هم چنین بند دوم اشکال اول فائق آمد (رک: همان: ۲۱۳).

اشکال دوم اشاره به آنچه که در لایحه لرد رگلان در مجلس اعیان در سال ۱۹۶۹ ارائه شد، دارد، او پیشنهاد کرد که به پزشکان اجازه داده شود تا موجبات اتانازی بیماری را فراهم آورند که براساس دلایل خردپسند، معلوم شده است که شرایط وی غیرقابل درمان است، و همراه با محنت بسیاری برای اوست، البته به شرطی که لااقل

بیش از ۳۰ روز، از اعلام درخواست اتانازی بیمار از سازمان اتانازی، گذشته باشد، حال مخالفین می‌گویند، در این ۳۰ روز که باید سپری شود، بیمار متحمل رنج اضافی خواهد شد بر فرض صحت اینکه بیمار در این مدت متحمل درد و رنج خواهد شد سؤال این است که اگر ما قانونی مبنی بر انجام اتانازی نداشته باشیم، بیمار دیگر دچار رنج و درد اضافی نخواهد شد؟! نکته دیگر اینکه با توجه به تیم‌های روان‌شناسی و پزشکی که در برخی بیمارستان‌های جهان وجود دارند که وظیفه آن‌ها مشاوره با خانواده بیمار است و همچنین با لحاظ اینکه شرایط بیمار به گونه‌ای است که دیگر امیدی به بهبود وی نیست، بعید به نظر می‌رسد اتانازی اثرات ناخوشایندی بر خانواده بیمار بگذارد.

۴. دلایل موافقان اتانازی

دلایل موافقان را می‌توان به‌طور اختصار چنین بیان کرد:

۴-۱- احترام به انتخاب فردی و اراده شخصی و آزادی انسان

با توجه به اینکه بنیاد اخلاق، حق انتخاب فردی است و هنگامی می‌توان از اخلاق سخن گفت که فرد بتواند به خواسته خود عمل کند و درباره سرنوشت خود تصمیم بگیرد، اگر کسی به این نتیجه برسد که ادامه زندگی برایش سخت و تحمل ناپذیر است و تصمیم بگیرد که به آن خاتمه بدهد، این حق مسلم اوست که بتواند تصمیم خود را عملی کند و تنها چیزی که می‌تواند آزادی افراد را محدود کند، آزادی دیگران و در واقع «اصل عدم زیان^۱ است»، از آنجایی که اتانازی عملی فردی و در حوزه خصوصی افراد است و به دیگران زیان نمی‌رساند آن‌را می‌توان مجاز دانست، در این زمینه آزادی خواهان و لیبرالیست‌ها اعلام کردند که تنها اصلی که دخالت دولت را در اعمال و رفتار دیگران توجیه می‌کند، اصل ضرر مستقیم است؛ یعنی در یک جامعه متمدن اجبار و زور وقتی ممکن است در مورد فردی به کار رود که منظور از آن مداخله، جلوگیری از آسیب رساندن مستقیم او به دیگران باشد و اعلام نمودند که فرد

1. No harm principle

در آن قسمت از اعمال خود، که تنها به خود او مربوط است آزادی مطلق دارد و هیچ حد و مرزی بر آن مقدور نیست، لذا معتقدند: «فرد برخویشتن و بر تن و جان خویشتن، سلطان مطلق است» (مظاهری تهرانی، ۱۳۸۶: ۵۲).

در رابطه با اصل استقلال نیز این چنین بیان می‌دارند که افراد باید خود تا آنجا که ممکن است درباره مسائل که ابتدائاً مربوط به آسایش آن‌ها می‌شود، تصمیم بگیرند، البته به جز در مواردی که در عمل یقین دارند که باعث نقض حقوق دیگران می‌گردند (مایو، وویکلر، ۱۳۸۲: ۴۹).

دوی ریس نیز در رابطه با جامعه آمریکا این چنین می‌گوید: «بیشتر آمریکایی‌ها معتقدند، آزادی خوب است یعنی آنها به آزاد بودن از فشار خارجی هنگام تصمیم‌گیری در مورد خودشان و زندگی‌هایشان بها می‌دهند به‌طور خلاصه کسانی که به خودمختاری بها می‌دهند باید به‌طور جدی این نظریه را جدی بگیرند که حق فرد است که در مورد رنج کشیدن خودش به عنوان یک عامل خودمختار تصمیم بگیرد و نباید در مورد آن مزاحمت و ممانعت ایجاد کنند» (ریس، و دیگران، ۱۳۸۴: ۹۴)، راس^۱، احترام به آزادی اراده را این‌طور بیان می‌کند: «ما به عدم کشتن انسان به جز در مواقع مشروع از خود التزامی بدیهی داریم؛ مگر آن‌که ما الزام بدیهی قوی تری داشته باشیم، که بدون کشتن قابل انجام نباشد، التزام بدیهی دیگر، حفظ وعده مان در قبال دیگران است اگر کسی که در حال حاضر در حالت انجام اغماء است و امیدی به بهبودیش نیست، مایل باشد که در چنین شرایطی عمرش به پایان برسد، التزامی بدیهی برای انجام دستورش داریم بنابراین شاید در چنین موردی پیش فرض از بین بردن فردی بی‌گناه را مجاز و مشروع بدانیم» (مانسن، ۱۳۷۴: ۱/۱۰۴).

در این رابطه برخی نیز گفته‌اند که در اسلام نیز بنابر مقتضای حدیث «إِنَّ اللَّهَ خَلَقَ حُرّاً فَكُنْ كَمَا خَلَقَ»، اصل، استقلال اراده و احترام به شخصیت انسانی است، به این معنا که ظهور کمال شخصیت انسان منوط به آزادی اراده اوست و قانون باید جلوی تصادم اراده‌های آزاد را بگیرد تا تالی فاسدی به این آزادی مترتب نشود و

1. Elisabeth kbler Roos

مصالح جمعی فدای آزادی اراده نگردد (نجومیان، ۱۳۴۸: ۶۴)، بنابراین در شریعت و سیره عقلا، تسلط شخص بر فرد و دارایی خویش نفی نشده است، بلکه از احادیث و منابع اسلامی و رفتار بزرگان حکما و فلاسفه، عکس آن کاملاً استنباط می‌شود و هنگامی که فایده عقلانی بر امری مترتب است و حقی از کسی تضییع نمی‌شود، شخص باید اختیار چنین کاری را داشته باشد (ذاکری، ۱۳۷۷: ۸۰)، البته ما با این جمله که «برخی چنان به ایده خودمختاری متوسل می‌شوند که معتقدند داشتن حق پایان دادن اختیاری به زندگی نه فقط به پذیرش قتل ترحم آمیز در موارد درد شدید منجر می‌شود، بلکه بایستی به پذیرش قانونی کشتن کسی به درخواست خود او در خصوص همه افراد بالغ بدون مریضی منجر شود» (بسامی، ۱۳۸۸: ۶۱-۶۲)، به دلیل عدم فایده عقلایی بر قتل انسان سالم و عدم صدق ادله نفی عسرو حرج و همچنین حرمت تکلیفی خودکشی و قتل، مخالفیم و حق انتخاب فردی و آزادی و استقلال وی را خارج از این موارد می‌دانیم.

۲-۴- نظریه اصالت فایده

بانیان این نظریه جان استوارت میل و جرمی بنتام هستند. بنام اخلاق را دستیابی به حداکثر مقدار خوشبختی برای بیشترین تعداد مردم می‌داند. نظریه اصالت فایده را می‌توان به مثلی تشبیه کرد که: ۱- نظریه کیفیت زندگی، ۲- مسائل اقتصادی، ۳- نظریه بهترین منافع آنرا تشکیل می‌دهد.

۱-۲-۴- کیفیت زندگی

در واقع این نظریه، جواب نظریه تقدس حیات در رد اتانازی است که بیان می‌دارد افراد از ارزش ذاتی زندگی برخوردار نیستند، چرا که توانایی افراد در استفاده و لذت بردن از زندگی است که ارزش ذاتی آنرا مشخص می‌کند این ارزش وقتی بیش تر می‌شود که فرد پیوسته احساس وجود کند و هستی خود را ارزشمند بداند، به عبارت دیگر کیفیت حیات، مهم‌تر از خود حیات است، لذا در شرایطی که کیفیت زندگی بیمار چنان کاهش یافته که احساس می‌کند دیگر ارزش زیستن و بودن را ندارد، جامعه پایان دادن به این حیات را می‌تواند بپذیرد، در واقع این نظریه بیان می‌کند که این

زندگی نیست که خوب است، بلکه «شکل خاصی از زندگی است» که خوب است (ریس، و دیگران، ۱۳۸۴: ۹۶).

۲-۲-۴- مسائل اقتصادی

برخی اعتقاد دارند، نگهداری بیماران لاعلاج که امیدی به بهبودی آنها نخواهد بود، مستلزم صرف هزینه‌های اقتصادی فراوان است، لذا از آنجائی که هیچ فائده‌ای عقلانی بر این کار مترتب نیست، بهتر است برای جلوگیری از صرف این هزینه‌های سرسام آور، و استفاده از این هزینه‌ها برای بیمارانی که در شرایط بهتر و قابل درمان هستند، از ادامه زندگی این بیماران جلوگیری نمائیم.

۳-۲-۴- بهترین منافع

این نظریه می‌گوید، اگر در انجام هر کاری، بهترین منافع هر انسانی را در نظر بگیرد و حقوق هیچ کس دیگری را ضایع نکند، این کار از نظر اخلاقی مجاز است در بعضی موارد اتانازی بهترین منافع هر انسان مربوطه را در نظر می‌گیرد، در حالی که حق هیچ کس را ضایع نمی‌کند.

۳-۴- حق مرگ با عزت

در واقع طرفداران اتانازی می‌گویند، هر شخصی حق دارد نحوه مردن خود را انتخاب کند، سیسلاباک، در کتاب اتانازی و کمک به خودکشی می‌نویسد: «بیماران خواهان کنترل دوران آخر عمر خود می‌باشند و عده کمی خواستار مرگ در تخت خواب بیمارستان هستند» (آقابائی بنی، ۱۳۹۱: ۱۶۹-۱۷۰)، لذا عقیده این است که مرگ با عزت یا مرگی که در آن درد و رنج نباشد و انسان به ذلت نیافتد، ارزش بسیار بالاتری نسبت به عمر طولانی دارد.

۴-۴- نظریه رأفت و ترحم

برخی با این استدلال که درد و رنج بداست، یکی از وظایف مراقبت کنندگان بیمار را پیش گیری از درد کشیدن و حتی الامکان پایان بخشیدن به آن درد می‌دانند، این افراد می‌گویند مهربانه تر این است که مرگ با عزت را به جای اینکه اجازه بدیم

شخص درد و رنج بکشد، به او هدیه کنیم، لذا اگر بیماری زندگی اش باید خاتمه پیدا کند، این ظالمانه و غیرانسانی خواهد بود که زندگی او را طولانی کنیم، تا درد و رنج غیرضروری را تحمل کند اجازه دادن به چنین شخصی برای پایان دادن به زندگی اش یک نوع رحمت و لطف است. زیگموند فروید که تا زمان مرگش، ۳۳ عمل جراحی برای سرطان دهانش انجام داد، در اواخر سپتامبر ۱۹۳۹ میلادی خطاب به پزشکی گفت: «اکنون این زندگی جز شکنجه چیز دیگری نیست و دیگر معنی ندارد»، دکتر وی، طی ۲۴ ساعت، ۳ مرتبه مورفین به او تزریق کرد که هر مقدار مصرف آن بیش از اندازه لازم برای تسکین درد بود و سرانجام سال‌های پایانی درد فروید را به پایان رساند (شولتس، ۱۳۷۷: ۵۶).

۴-۵- اصل تأثیر دوگانه

بر اثر استدلال اثر دوگانه، رفع درد نیت اصلی است و اثر کوتاه کردن عمر صرفاً به عنوان امری ناگزیر قبول می‌گردد، زیرا اگر پزشک نیت کشتن داشت، می‌توانست از ابزاری مؤثرتر و سریع‌تر استفاده کند. فیتنجرالد، تأثیر دوگانه را چنین تعریف کرده است: «عملی بدون قصد ارتکاب شر و بدی، صورت می‌گیرد و این عمل دو نتیجه به بار می‌آورد که یکی خوب و دیگری اخلاقاً مذموم است» (صانعی، ۱۳۸۲: ۲۸۶). لذا طرفداران اتانازی می‌گویند، هدف پزشک از بین بردن درد و رنج بیماری است که چند روز دیگر به زندگی او باقی نمانده است، لذا معتقدند نمی‌توان با پزشکی که با این درد و رنج پایان داده است، همسان یک قاتل دژخیم، برخوردار نمائیم.

۴-۶- برخی دلایل دیگر

به جهت عدم نیاز به توضیح در رابطه با دلایل دیگر، به ذکر فهرست وار آنها بسنده می‌کنیم.

۱. جلوگیری از تحمل درد و رنج بی‌فایده: هیچ‌کس نباید مجبور به تحمل درد و رنج باشد.
۲. مداخلات پزشکی که باعث افزایش طول عمر بیمار می‌شود، باید نسبت به انجام خواسته‌ها و تمایلات بیمارانی که طول عمر بیشتر نمی‌خواهند نیز ملزم و متعهد

باشد.

۳. نظریه فشار: دلایل علیه قتل ترحم آمیز می‌تواند طوری توسط جامعه به کار رود که فشار روانی سنگینی به افراد وارد کند، تا برخلاف میل خود به زندگی ادامه دهند، مثالی از این فشار، روش‌های خطرناک و دردناکی است که افرادی که خواهان مرگ هستند، به کار می‌برند، مثل حلق آویز کردن.

۴. قانون طلایی: این قانون بیان می‌دارد که قوانین اخلاقی بایستی غیرقابل تمییز باشد، به عبارت دیگر اگر کسی نخواهد کسی را بپذیرد که قانونی را بر بدن او تحمیل کند، نباید این را برای دیگران نیز به کار گیرد، بالعکس اگر کسی بخواهد که شخص، قانونی را برای او به کارگیرد، باید مشتاق و علاقه مند باشد که آن را برای دیگران هم به کار بگیرد، فرض کنید به شخصی حق انتخاب بین دو روش مردن، داده می‌شود: اول آن که می‌تواند آرام و بدون درد، در سن ۸۰ سالگی از یک تزریق بمیرد، یا می‌تواند برگزیند که در سن ۸۰ سالگی از رنج خیلی دردآوری بمیرد، که با کم کردن وزن و فریاد کشیدن همراه باشد. اگر کسی مرگ اول که قتل ترحم آمیز است را بپذیرد، باید به دیگران هم اجازه بدهد تا این گزینه را انتخاب کنند (بسامی، ۱۳۸۸: ۶۶-۶۷).

به نظر می‌رسد تمامی ادله فوق در مشروعیت بخشی به انجام اتانازی، زمانی می‌تواند مورد قبول باشد که انسان مالک حقیقی نفس و جان خود باشد در واقع انسان این اختیار را ندارد که به بهانه درد و بیماری جان خویش را از خود سلب نماید، بنابراین آنچه در رابطه حکم تکلیفی^۱ اتانازی می‌توانیم بگوییم، این است که از آنجایی که در مکتب اسلام انسان آزاد و مختار نیست تا هرگونه که می‌تواند به نفس و جان خویش تصرف نماید، لذا اقدام به سلب حیات از دیگری حتی با رضایت بیمار، حرمت تکلیفی

۱. در تعریف حکم تکلیفی این‌طور بیان داشته‌اند که هرگاه حکم شرعی چنین باشد که بی واسطه یعنی اولاً و بالذات به افعال مکلفین تعلق و ارتباط یابد، خواه انگیزش بعث را اقتضاء داشته باشد، یا جلوگیری و زجر را و یا این که هیچ یک را اقتضاء نکند، بلکه تخییر را افاده نماید، آن را حکم تکلیفی می‌گویند، لذا فقها حکم تکلیفی را به پنج قسم، وجوب، ندب، (استحباب) حرمت، کراهت و اباحه تقسیم بندی می‌نمایند. ببینید: شهابی، محمود، قواعد فقه، نشریات فرید، ۱۳۴۱، ص ۲۶.

را در بر خواهد داشت، چنانچه صاحب جواهر پس از ادعای عدم خلاف بر حرمت این کار، اذن در قتل را باعث رفع حرمت آن که از سوی مالک حقیقی آن [خداوند] حاصل شده است، نمی‌داند^۱ (نجفی، ۱۳۹۹: ۵۳/۴۲). شهید ثانی نیز در مسالک، اذن در قتل را باعث رفع حرمت آن نمی‌داند^۲ (عاملی، ۱۴۱۹: ۸۸/۱۵). فقهای اهل سنت هم با این بیان که «اذن در قتل، قتل را مباح نمی‌کند» قائل بر حرمت تکلیفی اتانازی می‌باشند. به عنوان مثال ابوحنیفه می‌گوید: «اذن به قتل، قتل را مباح نمی‌گرداند؛ زیرا عصمت نفس، مباح نمی‌شود، مگر این که نصی از سوی شارع برای آن رسیده باشد و اذن در قتل، از آن مواردی که نصی از سوی شارع به ما رسیده باشد نیست، پس اذن (در قتل) کالعدم می‌باشد، و هیچ اثری بر آن فعل انجام شده (قتل) ندارد»^۳ (عوده، ۱۴۱۳: ۸۴/۲؛ ابوزهره، بی تا/۴۶۴-۴۶۷) بنابراین با رد دلایل مخالفان به نظر ما تنها دلیلی که می‌تواند مانع انجام اتانازی بشود، قائل شدن به حرمت تکلیفی این عمل می‌باشد.

نتیجه‌گیری

یکی از مسائلی که موضوع محافل علمی و حتی کوچه بازاری شده است، اتانازی می‌باشد، به طوری که در این رابطه پژوهشگران حوزه‌های متفاوت هریک از منظر تخصص خود بدان پرداخته‌اند، دانشمندان حوزه اخلاق و اجتماع نیز برای مشروعیت یا عدم مشروعیت آن، به ادله‌ای تمسک نموده‌اند، بی شک سلب حیات از انسان‌ها به هر بهانه‌ای خارج از اختیارات آدمی بوده و تنها ذات ربوی است که این قدرت و اختیار را خواهد داشت، پرواضح است کسی که مرتکب این رفتار شود، به علت نقض حریم الهی مستحق مجازات بوده و اذن به قتل در رفع ممنوعیت آن تأثیری نخواهد داشت، بنابراین به نظر می‌رسد ضمن خدشه به ادله مخالفین قانونی شدن اتانازی، تنهاترین دلیل

۱. «لو قال کامل الاخر مثلاً اقلنی او لاقتلک، لم یسغ القتل بلاخلاف. بل ولاشکال، لان الاذن، لا ترفع الحرمه الحاصله من نهی المالك الحقیقی».

۲. «لو قال اقلنی او لاقتلک، لم یسغ القتل، لان الاذن لا یرفع الحرمه».

۳. «یری ابوحنیفه و اصحابه، ان الاذن بالقتل لا یسغ القتل، لان عصمه النفس لا تباح الا بمائض علیہ الشرع، والاذن بالقتل لیس منها، فکان الاذن عدماً لا اثر له علی الفعل، فیقی الفعل محرماً معاقباً علیہ باعتبارہ قتلاً عمداً.»

برای عدم جواز این رفتار و مخالفت با قانونی شدن آن، حرمت تکلیفی قتل انسان محقون الدم می‌باشد. این نکته نیز گفتنی است که در نظام کیفری ما چگونگی واکنش کیفری با اتانازیست‌ها، اعم از قصاص، دیه یا تعزیر مستلزم بررسی ادله فقهی آن می‌باشد.

کتاب‌نامه

۱. ابوزهرة، محمد، الجريمه والعقوبه في الفقه الاسلامي، دارالفكر العربي، بی تا.
۲. استير، کمپيل، معضلات اخلاق پزشکی، ترجمه، حسن میانداری، معاونت امور فرهنگی و حقوق و مجلس، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۲.
۳. اسلامی تبار، شهریار، الهی منشی، محمدرضا، مسائل اخلاقی و حقوقی در قتل ترحم آمیز، مجمع علمی و فرهنگی مجلد، ۱۳۸۶.
۴. امینی، ابراهیم، یوتنازی یا مرگ از روی ترحم، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، جلد پنجم، مرکز تحقیقات و مطالعات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۳.
۵. انتظاری، لایلا، اوتانازی، قتل از روی ترحم، کانون وکلا، شماره ۱۷۴، پاییز ۱۳۸۰.
۶. ایدس، بریان، مجوز قتل، مجموعه مقالات حقوق پزشکی، ترجمه، محمود عباسی، جلد چهارم، انتشارات حقوقی، ۱۳۷۷.
۷. آقابائی بنی، اسماعیل، مسائل فقهی و حقوقی قتل از روی ترحم، پژوهشکده علوم و فرهنگ اسلامی، ۱۳۹۱.
۸. آل شیخ مبارک، قیس بن محمد، حقوق و مسئولیت پزشکی در آیین اسلام، ترجمه، محمود عباسی، انتشارات حقوقی، ۱۳۷۷.
۹. بسامی، مسعود، قتل ترحم آمیز از منظر اخلاق ادیان و حقوق کیفری، مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا، ۱۳۸۸.
۱۰. تبرکی، ابراهیم، اتانازی از دیدگاه اسلام، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، جلد پنجم، مرکز تحقیقات و مطالعات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۳.
۱۱. جعفری هرنندی، محمد، جبارزاده، فاطمه، بررسی فقهی و حقوقی اتانازی، پژوهش‌های فقه و حقوق اسلامی، شماره ۲۷، بهار ۱۳۹۱.
۱۲. حلّی، جعفر بن حسن، شرایع الاسلام فی مسائل الحلال والحرام، الجزء الثامن، دار الزهراء، ۱۴۰۹.
۱۳. خسروی، کاظم، بازاندیشی قتل ترحم آمیز (اتانازی) از منظر فقه اسلامی و حقوق موضوعه، انتشارات دانشگاه علوم اسلامی رضوی، ۱۳۹۷.
۱۴. دی. جی، اسکچ، حقوق اخلاق و پزشکی، ترجمه، محمود عباسی و بهرام مشایخی، مؤسسه فرهنگی و انتشاراتی پایا، ۱۳۷۳.
۱۵. ذاکری، حجت الله، بررسی و تحلیل قتل عمد و مجازات آن در اسلام، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی بهشت اندیشه، ۱۳۷۷.
۱۶. راشل، جیمز، مجوز قتل در قتل ترحم آمیز، ترجمه محمود عباسی، انتشارات حقوقی، ۱۳۸۲.

۱۷. ریس، دوی، اکور، چارلز، ام نیب، کلیت، ام کور، دونا، سراب آسودگی در غرب، ترجمه نسرین حجت زاده، انتشارات ارسطو، ۱۳۸۴.
۱۸. سلیمی، انیسه، تحلیل حقوقی اتانازی در لایحه قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۰، مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره ششم، شماره ۴، مهر ۱۳۹۲.
۱۹. شولتس، دوآن، شولتس، سیدنی ال، نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، نشر هما، ۱۳۷۷.
۲۰. شهابی، محمود، قواعد فقه، نشریات فرید، ۱۳۴۱.
۲۱. صانعی، پرویز، حقوق جزای عمومی، انتشارات طرح نو، ۱۳۸۲.
۲۲. عاملی، زین الدین بن علی، مسالک الافهام الی تنقیح شرائع الاسلام، الجزء الخامس عشر، مدرسه المعارف الاسلامیه، ۱۴۱۹.
۲۳. علیان نژادی دامغانی، ابوالقاسم، احکام پزشکی مطابق با فتوای آیت الله مکارم شیرازی، انتشارات امام علی بن ابی طالب، ۱۳۸۷.
۲۴. عوده، عبدالقادر، التشریح الجنائی الاسلامی مقارناً بالقانون الوضعی، الجزء الثاني، مؤسسة الرسالة، ۱۴۱۳.
۲۵. کریمی، خدابخش، اتانازی مرگ آسان و راحت، پژوهشکده فرهنگ و معارف، ۱۳۸۱.
۲۶. لنگرانی، محمدفاضل، تفصیل الشریعه فی شرح تحریر الوسیله (قصاص)، مرکز فقه الأئمة الأطهار، ۱۴۲۷.
۲۷. مانسن، رونالد، مداخله و تأمل در اخلاق پزشکی، ترجمه، فرامرز چمنی، جلد اول، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۴.
۲۸. مایو، دیوید، ویکلر، دانیل، قتل ترحم آمیز و انتقال از زندگی به مرگ، ترجمه، محمود عباسی، انتشارات حقوقی، ۱۳۸۲.
۲۹. محقق داماد، سیدمصطفی، خودکشی از منظر حکمت علمی فلسفه اخلاق و فقه اسلامی، فصلنامه اخلاق پزشکی، شماره چهارم، سال دوم.
۳۰. مظاهری تهرانی، مسعود، حق مرگ در حقوق کیفری، نشر هستی نما، ۱۳۸۶.
۳۱. مقدس اردبیلی، احمد، مجمع الفائده و البرهان فی شرح ارشاد الاذهان، المجلد ثالث عشر، مؤسسه النشر الاسلامی، ۱۴۱۶.
۳۲. نجفی، محمدحسن، جواهرالکلام، الجزء الثاني و الاربعون، دارالکتب الاسلامیه، ۱۳۹۹.
۳۳. نجومیان، حسین، زمینه حقوق تطبیقی در نظام‌های حقوقی اسلام فرانسه انگلیس روسیه، کتاب فروشی جعفری، ۱۳۴۸.
۳۴. وهاب‌زاده منشی، جواد، اتانازی، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، جلد پنجم، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاقی پزشکی، ۱۳۷۳.

