

تحلیل حقوقی اتانازی در لایحه‌ی قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۰

انسیه سلیمی*، محمد جواد فتحی^۲

مقاله‌ی مروری

چکیده

اتانازی یا مرگ از روی ترحم یکی از مسائل جدید و چالش برانگیز در حوزه‌ی حقوق پزشکی است. مقاله‌ی حاضر با توجه به قانون مجازات ۱۳۹۰ اثبات می‌کند که در میان انواع اتانازی «اتانازی فعال و غیرداوطلبانه» با احراز شرایط قتل عمد، به‌موجب بند «الف» ماده‌ی ۲۹۱ قانون مزبور مجازات قصاص را به همراه دارد. اما «اتانازی فعال و داوطلبانه» بر مبنای رضایت مجنی‌علیه قتل عمد نبوده و به‌موجب ماده‌ی ۳۶۶ مجازات کم‌تری نیز در پی خواهد داشت. در مقابل اتانازی «غیرفعال» که عموماً عنصر مادی آن با ترک فعل مسبوق به قانون یا قرارداد همراه است، مشمول ماده‌ی ۲۹۶ این قانون و ماده‌ی واحد خودداری از کمک به مصدومین می‌شود. مگر این‌که به‌موجب فعل مثبت مادی واقع شود، که هم چون موارد گذشته از مصادیق بند «الف» ماده‌ی ۲۹۱ خواهد بود. در پایان نیز پیشنهاد می‌شود؛ قانون‌گذار با رویکردی جدید و عنوانی مستقل قتل از روی ترحم را جرم‌انگاری کرده و با توجه به مبانی انصاف و عدالت، مجازات کم‌تری را برای این مجرمان نسبت به قاتلان با انگیزه شرارت مدنظر قرار دهد.

واژگان کلیدی: قتل از روی ترحم، اتانازی فعال، مرگ با رضایت بیمار

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد رشته حقوق جزا و جرم‌شناسی، پردیس قم دانشگاه تهران

^۲ استادیار، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، پردیس قم دانشگاه تهران

* نشانی: قم، ۲۰ متری گلستان، گلستان ۲۵، پلاک ۱۴، تلفن: ۰۲۵۱۷۷۷۲۶۸۴، Email: aeds90@gmail.com

مقدمه

اتانازی یا مرگ از روی ترحم؛ به مرگی گفته می‌شود که نسبت به یک بیمار ناعلاج (از طریق نزدیکان بیمار یا پزشک) به درخواست خود بیمار یا اولیای وی یا تشخیص خود پزشک صورت بگیرد. اتانازی انواع مختلفی دارد اعم از فعال و غیرفعال، داوطلبانه و غیرداوطلبانه، مستقیم و غیرمستقیم؛ که به دلیل چالش‌های اخلاقی و حقوقی عمده، دیدگاه‌های متفاوتی نسبت به آن وجود دارد. همواره نسبت به اتانازی فعال و مستقیم که بدون رضایت بیمار صورت می‌گیرد، مخالفت جدی به عمل آمده است. اما بیش‌ترین بحث بر سر اتانازی با رضایت خود بیمار است، که در برخی کشورها با احراز شرایطی مورد تأیید است و این درحالی است که در ایران، هیچ‌یک از انواع اتانازی مورد پذیرش قرار نگرفته است. حال در این پژوهش به دنبال دستیابی به پاسخ این سوال هستیم که آیا در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۰ نسبت به قتل ترحم‌آمیز قانون‌گذاری مشخصی صورت گرفته است؟ آیا براساس این قانون، پزشک یا اطرافیان بیمار می‌توانند با انجام فعل مثبت مادی یا ترک فعل، به حیات بیمار پایان دهند، و در صورت عدم تجویز چه مسؤولیت کیفری خواهند داشت؟

به نظر می‌رسد، قانون‌گذار هم‌چون، گذشته برای قتل از روی ترحم، عنوان خاصی را در قانون در نظر نگرفته است. اما با توجه به رویکرد کلی قانون‌گذار در تدوین لایحه‌ی قانون مجازات اسلامی، هم چون قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵ هیچ یک از انواع اتانازی مورد پذیرش قانون‌گذار قرار نگرفته است. از این رو با بررسی و تحلیل مواد قانونی مختلف، می‌توان احکام هر یک از انواع اتانازی را استخراج کرد؛ و در صورت وقوع اتانازی بسته به نوع آن مسؤولیت کیفری پزشک یا اطرافیان بیمار را تعیین کرد. لذا با وجود تصویب قانون مجازات جدید، خلأهای قانونی گذشته هم‌چنان وجود دارد. بنابراین، در این نوشتار تلاش شده است،

در ابتدا به نحو اجمال به تبیین مفهوم اتانازی و خاستگاه آن پرداخته شود. سپس انواع اتانازی و دیدگاه‌های مختلف نسبت به آن مطرح شده و در نهایت جایگاه اتانازی در قانون مجازات ۱۳۹۰ با رویکردی به مصادیق اتانازی، مورد بررسی قرار گیرد.

مفهوم شناسی

واژه‌ی اتانازیا یک واژه یونانی است که از دو قسمت به معنای خوب (eu) و مرگ (thanasia) تشکیل شده است (۱). اتانازی در اصطلاح، عبارت است از پایان دادن ارادی به حیات بیمار غیرقابل درمان، توسط پزشک یا اعضای گروه درمانی، که بنا بر رضایت بیمار یا نزدیکان او برای کاهش درد و رنج بیماری صورت می‌پذیرد. انجمن جهانی پزشکی (World Medical Association (WMA)) نیز اتانازی را چنین تعریف می‌کند: «اتانازی اجرای آگاهانه و عمدی عملی است که به‌طور آشکارا، قصد خاتمه دادن به زندگی فرد دیگری را دارد و در برگیرنده بیمار؛ به‌عنوان یک انسان صلاحیت‌دار و مطلع از بیماری لاعلاج خود است که به‌صورت داوطلبانه خواستار خاتمه یافتن زندگی خود شده است. عامل قتل نیز کاملاً به شرایط و تمایل فرد بیمار به مرگ آگاه است و در نهایت پزشک، عمل کشتن با تسریع کردن مرگ او را با هدف اولیه خاتمه دادن به زندگی وی انجام می‌دهد.» (۲).

خاستگاه اتانازی

بحث در مورد اصول اخلاقی و قانونی بودن مرگ داوطلبانه، بیشتر در نیمه آخر قرن ۲۰ و اوایل قرن ۲۱ میلادی مطرح شد. پیش از آن رومی‌ها و یونانیان باستان اعتقاد داشتند که نباید به هر قیمت زندگی را حفظ کرد و با اختیاری کردن انتخاب مرگ و اجازه دادن به فرد برای نوشیدن «سم شوکران» مرگ اختیاری را قابل قبول می‌دانستند. قتل ترحم‌آمیز برای اولین بار، در سال ۱۹۸۴ توسط انجمن سلطنتی

هنوز به سن قانونی نرسیده است؛ که در این حالت معمولاً پزشک، کمیته‌ی اخلاق پزشکی یا اولیای بیمار درباره‌ی مرگ بیمار تصمیم می‌گیرند (۵).

اتانازی فعال اجباری: در اتانازی فعال اجباری، بیمار هوشیارانه تصمیم به ادامه زندگی می‌گیرد و این در حالی است که دیگران وی را به سمت مرگ سوق می‌دهند.

در اتانازی «غیرفعال»، دخالت مستقیمی در مورد مرگ بیمار صورت نمی‌گیرد؛ بلکه ادامه‌ی درمان بیمار متقطع می‌شود یا از همان ابتدا درمانی نسبت به او واقع نمی‌شود. این نوع از اتانازی نیز مانند حالت قبلی به داوطلبانه و غیرداوطلبانه تقسیم می‌شود.

اتانازی غیرفعال داوطلبانه: در این نوع از اتانازی بیمار درمان خود را رد می‌کند تا در مرگش تسریع ایجاد شود. در این زمینه به خودکشی با مساعدت دیگران؛ اعم از پزشک و اطرافیان بیمار نیز می‌توان اشاره کرد. چرا که در این حالت نیز این افراد با آگاهی از قصد بیمار مبنی بر خودکشی، شرایط لازم برای تحقق آن را فراهم می‌کنند.

اتانازی غیرفعال غیر داوطلبانه: این نوع از اتانازی، معمولاً در مورد بیمارانی به‌کار گرفته می‌شود که شرایط بسیار حادی دارند و پزشکان هم مطمئن هستند که درمان آن‌ها امکان پذیر نیست، از این رو بدون رضایت بیمار درمان را قطع می‌کنند یا در صورت پیشرفت بیماری، درمانی را آغاز نمی‌کنند.

باتوجه به انواع اتانازی در زمینه جواز و عدم جواز مرگ از روی ترحم، اختلاف نظر وجود دارد. عده‌ای با تکیه بر نظریات فردگرایی و فایده‌گرایی^۱ بر این باورند که عواملی چون استقلال فردی، اصل خودمختاری، کاهش رنج انسانی، موجب پذیرش قتل از روی ترحم می‌شود. این درحالی است که عده‌ای دیگر معتقدند با تکیه بر ارزش‌های اخلاقی، جایگاه رابطه میان پزشک و بیمار و تعهدات اخلاقی پزشکان؛ پذیرش

پزشکان هلند مورد تصویب قرار گرفت که براساس آن هیچ پزشکی به‌دلیل کمک به مرگ داوطلبانه بیماران تحت تعقیب قانونی قرار نمی‌گرفت. علاوه بر آن، شرایطی نیز تصویب شد که پزشک در صورت احراز آن‌ها، بتواند به افرادی که امید به بهبودی آن‌ها وجود ندارد و با آگاهی و مشورت با پزشکان دیگر مایل به پایان داوطلبانه‌ی حیات رنج‌آور خود هستند کمک کند. از دیگر نخستین کشورهایی که تسریع مرگ بیمار را مجاز شناخت، کشور اتحاد جماهیر شوروی بود که در قانون جزای خود در سال ۱۹۲۲ میلادی این عمل را قانونی اعلام کرد؛ ولی عمر این قانون بسیار کوتاه بود و ۶ ماه پس از اجرا، از قانون جزای این کشور حذف شد (۳). در اوایل قرن بیستم، براساس ارزش‌های سیاسی غالب در آلمان، نابودی زندگی‌هایی که بی‌ارزش تصور می‌شدند، مدنظر قرار گرفت و گروهی از پزشکان و دولت مردان انتخاب شدند تا رنج کشیدن افراد سالمند، معلول، مجنون یا دچار بیماری لاعلاج را پایان دهند. در ابتدا از اتاق‌های گاز برای کشتن بیماران استفاده می‌کردند؛ اما بعد از اعتراضاتی که به این کشتار شد، مرگ با داروی کشنده یا گرسنگی آغاز گردید (۴).

بررسی انواع اتانازی و دیدگاه‌های مختلف در مورد آن

اتانازی باتوجه به اشکال دخالت افراد در مرگ بیمار، به دو دسته اتانازی «فعال و غیرفعال» یا «مستقیم و غیر مستقیم» تقسیم می‌شود. اتانازی «فعال»، با دخالت مستقیم افراد؛ اعم از پزشک و اطرافیان بیمار واقع می‌شود. البته اتانازی فعال نیز، براساس خواست و اراده بیمار در سه طبقه قابل بررسی است. اتانازی فعال داوطلبانه: در این نوع از اتانازی فعال، بیمار در شرایطی است که آگاهانه می‌تواند نسبت به زندگی خود تصمیم‌گیری کند و خود خواهان پایان دادن به زندگی‌اش است.

اتانازی فعال غیرداوطلبانه: در این حالت، بیمار شرایط اساسی و حقوقی لازم برای تصمیم‌گیری نسبت به زندگی و مرگ خود را ندارد. به‌طور مثال بیمار بیهوش است و یا این که

^۱ فایده‌گرایی مبنی بر این‌که این فرد دیگر برای خود و جامعه منفعت و سودی به همراه ندارد، قتل ترحم‌آمیز را مجاز بر می‌شمرد.

این امر با سوءاستفاده‌های زیادی همراه خواهد بود و آسیب جدی به جامعه و اهداف آن وارد می‌سازد (۵). مهم‌ترین عامل مخالفت با پذیرش قتل از روی ترحم، که توسط این گروه مطرح می‌شود مذهب است. ادیان الهی و آسمانی قتل نفس و خودکشی را مورد نکوهش قرار داده و آن را گناه دانسته و نمی‌پذیرند. چرا که زندگی هدیه و موهبتی الهی از سوی پروردگار است و جان آدمی امانت خداوند است و تلف کردن آن از مصادیق خیانت در امانت الهی است. علاوه بر آن، کشتن انسان سربچی و مخالفت با مشیت و خواست الهی است و انسان با کشتن خویش ارزش و کرامت انسانی و الهی را در خود از بین می‌برد. از این رو خودکشی و دیگر کشتی، عملی علیه حقیقت کلی حیات و مغایر با حیات مقدس انسانی هستند (۶، ۵).

در دین اسلام، اتانازی امری پذیرفته شده نیست. چراکه در آیات قرآن^۱ و دیگر ادله، اثبات شده است که تنها زندگی بخش خداوند است و تنها اوست که می‌تواند این زندگی را از ما بگیرد. در واقع دیدگاه الهی به حیات، به‌عنوان شرط لازم برای تحقق دیگر ارزش‌ها، مانع از آن می‌شود تا حتی برای افراد در کشتن خود یا دیگران باقی بماند؛ هرچند از روی ترحم باشد یا با درخواست خود فرد صورت بگیرد (۷).

اتانازی در قانون مجازات ۱۳۹۰

در نظام حقوقی ایران، قتل از روی ترحم عموماً به‌عنوان قتل عمدی شناخته می‌شود که مجازات قصاص را به‌همراه دارد. در واقع پیش‌بینی چنین سیاست جنایی، برگرفته از آموزه‌های دین مبین اسلام است که بر حفظ حیات در همه حال تأکید داشته است؛ حتی زمانی که انگیزه‌ی شخص از چنین اقدامی حس ترحم‌آمیز و توأم با انسان‌دوستی او باشد. مقاله‌ی پیش رو درصدد است با توجه به تصویب قانون

مجازات ۱۳۹۰ هریک از انواع اتانازی را به‌موجب این قانون بررسی کرده و رویکرد قانون‌گذار را در این زمینه تبیین کند. اتانازی فعال داوطلبانه، توسط پزشک و براساس تقاضای صریح بیمار در حالی که صلاحیت تصمیم‌گیری نسبت به وضعیت خود را دارد، صورت می‌گیرد. این نوع از اتانازی را می‌توان از مصادیق قتل عمد برشمرد. قانون‌گذار در ماده‌ی ۲۹۱ قانون مجازات ۱۳۹۰، به احصا موارد قتل عمدی پرداخته است، که براساس آن، می‌توان دریافت که عمل پزشک با بند «الف» این ماده مطابقت دارد. به‌موجب این بند: «هرگاه مرتکب با انجام کاری، قصد ایراد جنایت بر فرد یا افرادی معین یا افرادی غیر معین از یک جمع را داشته باشد و در عمل نیز جنایت مقصود واقع شود، خواه کار ارتكابی نوعاً موجب وقوع آن جنایت بشود و خواه نشود، قتل عمدی خواهد بود.» در کلیه‌ی جرایم اعم از عمدی و غیرعمدی، اراده ارتکاب فعل، شرط تحقق جرم است و با زوال اراده‌ی پیامد جرم، اعم از عمدی یا خطایی، هیچ‌گاه به حساب فاعل گذاشته نمی‌شود و تحقق جرم منتفی است (۸)؛ و به‌طور خاص در جرایم عمدی، علاوه بر ارتکاب فعل، اراده نتیجه حاصله نیز شرط است؛ لذا اگر اراده‌ی فاعل بر ارتکاب فعل مجرمانه قرار بگیرد و خواستار نتیجه آن بشود، عامد محسوب می‌شود (۹). در این حالت، پزشک قصد کشتن بیمار را دارد و عملی که انجام می‌دهد نیز کشنده است؛ لذا عمل او قتل عمد محسوب می‌شود و انگیزه‌ی شرافتمندانه یا رضایت مجنی‌علیه نیز تأثیری در عدم مسؤلیت کیفری پزشک نخواهد داشت؛ چراکه حقوق جزا فراتر از روابط شخصی افراد خصوصی، حاکم است.

در زمینه‌ی رضایت مجنی‌علیه در جنایات، می‌توان به ماده‌ی ۳۶۶ قانون مجازات ۱۳۹۰ اشاره کرد که جایگزین

^۱ سوره‌ی انعام آیه‌ی ۵۱ / سوره‌ی مائده آیه‌ی ۳۲ / سوره‌ی نساء آیه‌ی ۲۹ / سوره‌ی آل عمران آیه‌ی ۱۴

ماده‌ی ۲۶۸ قانون مجازات سابق^۱ شده است. به موجب این ماده: «در قتل عمدی و سایر جنایات، مجنی‌علیه می‌تواند پیش از فوت، از حق قصاص گذشت کند یا مصالحه کند و اولیای دم نمی‌توانند پس از فوت او حسب مورد مطالبه قصاص نفس یا دیه کنند، لیکن مرتکب به تعزیر مقرر در کتاب پنجم تعزیرات محکوم می‌شود.»

در مورد ماده‌ی ۲۶۸ قانون مجازات اسلامی، عده‌ای معتقدند که این ماده اطلاق عام دارد و هر دو موردی که مجنی‌علیه قبل از انجام عمل کشنده یا بعد از آن اذن به قتل خویش می‌دهد را شامل می‌شود. چرا که همان ملاک و ادله‌ای که مبنای سقوط قصاص در صورت عفو جانی توسط مجنی‌علیه پس از ارتکاب جنایت و قبل از سرایت آن است، مبنای سقوط قصاص، در صورت رضایت پیشاپیش مجنی‌علیه به ارتکاب جنایت هم خواهد بود و تفاوت قائل شدن بین این دو حالت توجیهی ندارد. علاوه بر آن که استفاده مقنن از کلمه‌ی «مجنی‌علیه» را هم، نمی‌توان به معنی آن دانست که عفو باید پس از مجنی‌علیه واقع شدن قربانی رخ داده باشد. همانطور که اگر فرضاً مقنن می‌گفت «چنانچه مقتول قبل از مرگ جانی را از قصاص نفس عفو کند» کسی نمی‌توانست از این جمله این طور استنباط کند که، با توجه به به کار رفتن واژه «مقتول» تأکید مقنن بر عفو از سوی قربانی بعد از کشته شدن او بوده است (۱۰). اما عده‌ای دیگر این استدلال را صحیح نمی‌دانند، چرا که این ماده را استثنایی بر اصل دانسته و معتقدند که در استثناء، باید به قدر متیقن اکتفاء کرد. علاوه بر آن، با توجه به «اصل تفسیر مضیق قوانین کیفری»^۲ این ماده را

باید در محدوده‌ی نص تفسیر کرد (۳).
به نظر می‌رسد مشابهت مفهومی دو ماده و بکارگیری مجدد تعبیر «مجنی‌علیه» در ماده‌ی ۳۶۶ گواه از این امر است. که اختلاف نظرهای گذشته هم‌چنان ادامه خواهد داشت. به نظر نگارنده، در این زمینه باید قائل به تفکیک شد. یعنی باید میان موردی که بیمار اذن و رضایت خویش را مبنی بر قتل، قبل از انجام عمل کشنده توسط پزشک اعلام می‌دارد و موردی که بیمار بعد از انجام عمل کشنده رضایت خود را بر قتل ابراز می‌دارد، تفاوت قائل شد. اگر رضایت بیمار قبل از وقوع قتل ابراز شود، این اذن در فعل پزشک تأثیری نخواهد داشت و براساس بند «الف» ماده‌ی ۲۹۱ قابل مجازات است. در حالی که در موردی که بیمار بعد از انجام عمل کشنده، رضایت خود را مبنی بر قتل خویش اعلام دارد، عمل پزشک منطبق با ماده‌ی ۳۶۶ خواهد بود. در مورد مجازات مرتکب اتانازی، باید در نظر داشت که اگر عمل اتانازی توسط اولیای بیمار صورت گرفته باشد، آن‌ها دیگر حقی در مطالبه قصاص یا دیه نخواهند داشت. اما اگر اتانازی با رضایت بیمار بعد از واقع شدن عملیات اتانازی توسط شخص دیگری مانند پزشک صورت گیرد؛ (همان‌طور که در متن ماده نیز آمده است) جانشین شدن دیه به جای قصاص مورد تردید است. البته لازم به ذکر است، که با توجه به لزوم توافق جانی و مجنی‌علیه برای تبدیل قصاص به دیه، جز مواردی که مجنی‌علیه با جانی توافق کرده باشد که ضمن دریافت دیه از قصاص بگذرد، اولیاء دم حق دریافت دیه را هم نخواهند داشت (۱۰)؛ از این رو فرد مرتکب صرفاً به «تعزیر»^۳ محکوم خواهد شد.

نکته‌ی دیگری که در بحث اتانازی فعال داوطلبانه لازم به ذکر است، عمل اتانازی به‌عنوان جنایت بر مرده است. در

^۳ به موجب ماده‌ی ۱۶ قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰، تعزیر عقوبتی است که نوع و مقدار آن در شرع تعیین نشده است و به نظر حاکم واگذار شده است.

^۱ قانون‌گذار در ماده ۲۶۸ قانون مجازات اسلامی اشعار می‌دارد: «چنانچه مجنی‌علیه قبل از مرگ جانی را از قصاص نفس عفو کند، حق قصاص ساقط می‌شود و اولیاء دم نمی‌توانند پس از مرگ او مطالبه قصاص نمایند.»
^۲ اصل تفسیر مضیق قوانین کیفری بدین معناست که قوانین اجرایی باید محدود و مضیق باشد و متون قانونی باید به همان شکلی که هستند به‌طور صحیح به اجرا درآیند (۱۳).

طرفی دیگر، چون اولیای دم خود درخواست وقوع قتل را داشته‌اند؛ براساس «قاعده اقدام»^۲ دیگر نمی‌توانند مطالبه ضرر کند. بنابراین، هریک از اولیای دم که رضایت بر وقوع قتل داده باشند، حق قصاص یا مطالبه دیه نخواهند داشت. اما این امر مانع از حق قصاص یا دیه مابقی اولیاء نخواهد بود.

اگر مرتکب هم بواسطه گذشت اولیای دم از قصاص معاف شود، در صورت تشخیص دادگاه مبنی بر این‌که عمل وی موجب اختلال در نظم جامعه شده و بیم تجری سایر افراد را فراهم می‌کند، می‌تواند مرتکب اتانازی را به حبس تعزیری محکوم کند. در ماده‌ی ۶۱۲ قانون مجازات اسلامی که در ماده‌ی ۴۲۹ قانون مجازات ۱۳۹۰ نیز به آن اشاره شده است، مقرر گردیده است: «هرکس مرتکب قتل عمد شود و شاکی نداشته و یا شاکی داشته ولی از قصاص گذشت کرده باشد و یا به هر علت قصاص نشود، در صورتی که اقدام وی موجب اختلال در نظم و صیانت و امنیت جامعه و یا بیم تجری مرتکب یا دیگران شود، دادگاه مرتکب را به حبس از سه تا ده سال محکوم می‌کند.»

اتانازی فعال اجباری، باتوجه به بند «الف» ماده‌ی ۲۹۱ که پیش از این بدان پرداخته شد؛ از مصادیق قتل عمد است. چراکه بیمار با دارا بودن شرایط لازم برای تصمیم‌گیری در مورد حیات خود، خواستار ادامه زندگی است و افراد دیگر اعم از پزشک یا اطرافیان بیمار، وی را مجبور به پذیرش مرگ می‌کنند.

در اتانازی غیرفعال داوطلبانه، بیمار از ابتدای امر درمان خود را رد می‌کند یا این‌که مانع از ادامه درمان می‌شود تا مرگش سریع‌تر محقق شود. این قطع درمان چه از ابتدای راه باشد و چه در میانه‌ی راه؛ یا به‌موجب «فعل مثبت

شرایطی که بیمار از لحاظ پزشکی در سرحد مرگ قرار داشته باشد، عمل اتانازی واقع شده در حقیقت یک نوع جنایت بر مرده است. ماده‌ی ۳۷۳ در همین زمینه مقرر می‌دارد: «هرگاه کسی آسیبی به شخصی وارد کند، به گونه‌ای که وی را در حکم مرده قرار دهد و تنها آخرین رمق حیات در او باقی بماند و در این حال دیگری با انجام رفتاری به حیات غیرمستقر او پایان دهد، نفر اول قصاص می‌شود و نفر دوم به مجازات جنایت بر میت محکوم می‌شود و حکم این ماده در مورد جنایات غیر عمدی نیز جاری است.» در قانون جدید برخلاف ماده‌ی ۲۱۷ قانون مجازات سابق،^۱ عنوان «حیات غیر مستقر»^۲ قید شده است تا جایی برای شک و شبهه در نوع حیات بیمار باقی نماند. یکی از مصادیق این ماده، شرایطی است که دیگر امیدی به بازگشت بیمار به زندگی وجود نداشته باشد و پزشک با رضایت بیمار، حاضر به انجام عمل اتانازی شود؛ لذا پزشک به مجازات جنایت بر میت محکوم خواهد شد.

در اتانازی فعال غیرداوطلبانه، بیمار صلاحیت لازم برای تصمیم‌گیری را ندارد و از لحاظ روانی قادر به درخواست صریح برای این عمل نیست. لذا چون اصلاً رضایت بیمار وجود ندارد، این مورد از مصادیق روشن قتل عمد بوده است و مجازات قصاص را به همراه دارد و رضایت اولیای بیمار یا انگیزه مشفقانه نیز نمی‌تواند توجیه‌کننده این عمل باشد. از

^۱ ماده‌ی ۲۱۷ قانون مجازات اسلامی، مقرر می‌دارد: «هرگاه جراحی که نفر اول وارد کرده، مجروح دوم را در حکم مرده قرار داده و تنها آخرین رمق حیات در او باقی بماند و در این حال دیگری، کاری انجام دهد که به حیات او پایان ببخشد، اولی قصاص می‌شود و دومی تنها دیه‌ی جنایت بر مرده را می‌پردازد.» در این ماده مفهوم «آخرین رمق حیات» بیان حیات غیر مستقر است.

^۲ «حیات غیرمستقر» یعنی کسی که آخرین رمق حیات را دارد و به عبارت دیگر هر چند دچار مرگ قطعی (توقف کامل فعالیت مغز، قلب، و ریه‌ها) نشده است ولی همانند مرگ مغزی بازگشت او به حیات مستقر محال است (۱).

^۳ قاعده‌ی اقدام قاعده فقهی و حقوقی است که براساس آن کسی با علم و قصد و رضا ضرر یا ضمانی را بپذیرد، پشتوانه‌ای نخواهد داشت (۱۵).

می‌گیرد؛ بدین معنا که پزشک بیمار را با رضایت خود، از ابتدای امر به حال خود می‌گذارد و از اقداماتی که برای زنده نگهداشتن او لازم است، خودداری می‌کند تا بیمار تلف شود. از این رو این ترک فعل پزشک است که علت اساسی مرگ بیمار محسوب می‌شود. اما با توجه به این‌که، بیمار با رضایت خود و یا به عبارتی دیگر عدم اجازه به پزشک در عملیات درمان، زمینه این ترک فعل را فراهم کرده است، پزشک مسؤولیتی نخواهد داشت و مستحق هیچ مجازاتی نخواهد بود؛ چراکه او اذن در طبابت نداشته است.

البته ترک فعل به‌طور مطلق به دو شکل مورد توجه قرار می‌گیرد: گاهی ترک فعل مسبوق به یک قرارداد و قانون است و گاهی نیز هیچ پشتوانه‌ای اعم از قانونی یا قراردادی ندارد. در بحث مورد نظر، ترک فعل باید مسبوق به یک قرارداد یا قانون باشد تا تعهد و مسؤولیت کیفری را برای مرتکب آن به بار بیاورد. چرا که ترک فعل امری عدمی است که نمی‌تواند علت ایجاد چیز دیگری باشد، و در ترک فعل منجر به مرگ نیز به سبب مخدوش بودن رابطه‌ی علیت میان مرگ و ترک فعل، عنوان قتل عمدی تحقق نخواهد یافت. در مورد این‌که آیا این ترک فعل پزشک، مسؤولیت کیفری به همراه خواهد داشت یا خیر، میان حقوق‌دانان اختلاف نظر وجود دارد.

برخی از حقوق‌دانان ترک فعل مسبوق بر قانون یا قرارداد را مانند شکل بدون این پشتوانه، موجب ضمان پزشک نمی‌دانند و معتقدند که «قتل و جنایت اصولاً جرم فعل بوده و ترک فعل هرچند شخص اخلاقاً یا به‌موجب قانون موظف به انجام آن باشد، جزیی از رکن مادی جنایت محسوب نمی‌شود؛ زیرا نمی‌توان نتیجه مجرمانه را به آن منتسب ساخت.» (۹). در مقابل، برخی دیگر از حقوق‌دانان معتقدند که «ترک فعل از سوی شخصی که به حکم قانون یا به‌موجب قرارداد متعهد به انجام کاری است، می‌تواند عنصر مادی جرم قتل قرار بگیرد و لذا ترک فعل عامدانه با هدف سلب حیات از فرد، همانند قتل عمد با فعل مثبت مادی موجب قصاص یا

مادی» یا از طریق «ترک فعل»^۱ واقع می‌شود. به‌موجب بندهای چهارگانه ماده‌ی ۲۹۱ قانون مجازات، در میابیم که تنها فعل مثبت، به‌عنوان «رکن مادی»^۲ قتل عمد محسوب می‌شود؛ از این رو مواردیکه تحت عنوان ترک فعل موجبات مرگ بیمار را فراهم می‌کند، طبق این ماده‌ی قانونی قابل مجازات نخواهد بود.

اگر پزشک با تکیه بر رضایت سابق بیمار، در میانه راه از ادامه‌ی درمان جلوگیری کند، عمل او به‌عنوان فعل مثبت مادی در تحقق قتل عمد مؤثر خواهد بود. چراکه در این حالت، بیماری فرد به‌عنوان «مقتضی مرگ» و درمان «مانع از مرگ» خواهد بود. تا زمانی‌که مانعی بر وقوع مرگ وجود دارد، مرگ محقق نخواهد شد. از این رو قطع درمان از میانه راه توسط پزشک، برداشتن مانع محسوب می‌شود که از نوع فعل است و این فعل پزشک، علت تامه‌ی مرگ بیمار است (۱۴). لذا براساس بند «الف» ماده‌ی ۲۹۱، قتل ناشی از شرایط فوق قتل عمد خواهد بود و رضایت بیمار نیز تأثیری در عدم مسؤولیت کیفری پزشک یا تخفیف آن نخواهد داشت. چرا که حیات از لحاظ حقوقی، جزو حقوق اشخاص محسوب نمی‌شود که قابل اسقاط باشد. اما اگر رضایت بیمار، مبنی بر سلب حیات خویش پس از عملیات منتهی به مرگ واقع شود، به‌نظر می‌رسد که عمل پزشک منطبق با ماده‌ی ۳۶۶ قانون مجازات از موارد سقوط حق قصاص باشد.

در حالت دیگر، قطع درمان به واسطه «ترک فعل» صورت

^۱ رفتار مجرمانه فرد بزه‌کار می‌تواند به دو شکل مثبت (فعل) و منفی (ترک فعل) باشد. به‌شکل مثبت فعلی است که قانون‌گذار آن را جرم شناخته است و به شکل منفی، رفتاری است که برعهده افراد است و در صورت انجام ندادن آن مرتکب جرم می‌شوند.

^۲ به لحاظ حقوقی برای این‌که فعل انسانی جرم به‌شمار آید باید دارای سه عنصر قانونی، مادی و روانی باشد. در عنصر قانونی، قانون‌گذار باید فعلی را جرم شناخته و کیفری برای آن مقرر کرده باشد. در عنصر مادی عمل یا ترک عمل مشخصی است که به مرحله‌ی فعلیت رسیده باشد؛ و در مرحله‌ی سوم نیز عمل با علم و اختیار ارتکاب یافته باشد (۲).

ثبوت دیه خواهد بود.» (۱۰). بند ۲ ماده واحد قانون مجازات، خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی مؤید این نظریه است. این بند مقرر می‌دارد: «هرگاه کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلف هستند به اشخاص آسیب‌دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند، کمک نکنند؛ از اقدام لازم و کمک به آن‌ها خودداری کنند، به حبس تعزیری از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.»

اگرچه نظر اول منطقی‌تر است و با عدالت انطباق بیشتری دارد؛ اما قانون‌گذار با رویکردی جدید در ماده‌ی ۲۹۶ قانون مجازات ۱۳۹۰ با نظر دوم همسو گشته و بیان می‌دارد که: «هرگاه کسی فعلی که انجام آن را به عهده گرفته یا وظیفه خاصی را که قانون برعهده او گذاشته است ترک کند و به سبب آن جنایتی واقع شود، چنانچه توانایی انجام آن فعل را داشته باشد جنایت حاصل به او مستند می‌شود و حسب مورد عمدی، شبه‌عمدی یا خطئه محض است، مانند این‌که مادر یا دایه‌ای که شیر دادن را برعهده گرفته است کودک را شیر ندهد یا پزشک یا پرستار وظیفه قانونی خود را ترک کند.» از این رو در این حالت، که فرد موظف و متعهد به حفظ جان دیگری است، رابطه علیت به سادگی احراز می‌شود. بنابراین، اگر عمل پزشک مشمول این ماده‌ی قانونی شود و شرایط قتل عمد موجود در ماده‌ی ۲۹۱ احراز شود، وی به قصاص محکوم خواهد شد.

لازم به ذکر است خودکشی با مساعدت دیگران، در ابتدای بحث در زیرمجموعه‌ی اتانازی غیرفعال داوطلبانه جای گرفت. در این حالت، پزشک یا اطرافیان بیمار امکانات و اقدامات لازم را برای خودکشی وی، با علم بر قصد او مبنی بر این کار فراهم می‌کنند. مساعدت پزشک یا اطرافیان بیمار در این حالت، نوعی معاونت در عمل خودکشی بیمار تلقی می‌شود.

تعبیر «معاون» از نظر حقوقی به شخصی اطلاق می‌شود؛ که شخصاً در ارتکاب عنصر مادی جرم قابل استناد به مباشر و

شرکای جرم دخالت نداشته باشد، بلکه از طریق تحریک، ترغیب، تهدید، تطمیع، دسیسه و فریب و نیرنگ، ایجاد تسهیلات وقوع جرم، تهیه وسایل یا ارائه طریق و ارتکاب رفتار مجرمانه، همکاری و دخالت داشته باشد (۱۵). عنصر قانونی معاونت در ماده‌ی ۱۲۵ مورد بررسی قرار گرفته است.^۱ به موجب این ماده در بحث معاونت، «نظام مجرمیت عاریه‌ای» در قانون ایران حاکم است. به این معنا که افعال معاون جرم، مجرمیت خود را از افعال مباشر یا شرکای جرم اصلی کسب می‌کند و عملیات مادی که به معاونت تعبیر می‌شود، عموماً فاقد مجرمیت خاص است. معاونت، هنگامی تحقق می‌یابد که موجب وقوع جرم شود؛ بنابراین، وجود فعل اصلی و قابل مجازات، شرط نخستین جرم معاونت به شمار می‌آید. لذا اگر فعل مباشر اصلی، به استناد نص صریح قانون جرم نباشد، معاونت در ارتکاب فعل مذکور نیز جرم نخواهد بود (۱۶).

با وجود این‌که، خودکشی از گناهان بزرگ در دین اسلام محسوب می‌شود، در حقوق کشور ما جرم شناخته نشده و مجازاتی برای آن در نظر گرفته نشده است. لذا چون نفس ارتکاب خودکشی جرم و قابل مجازات نیست، به دلیل استعاره‌ای بودن جرم معاونت در حقوق ایران، معاونت در خودکشی نیز جرم تلقی نشده و فاقد کیفر است. از این رو در صورتی که پزشکی، یک بیمار را تحریک و ترغیب به استعمال ادویه و خودکشی کند و فرد بیمار به سبب آن فوت کند، مسؤولیتی متوجه پزشک نخواهد بود. البته خودکشی ممکن است به دلیل خودداری از کمک به انسانی که در

^۱ براساس ماده ۱۲۵ قانون مجازات ۱۳۹۰: «اشخاص زیر معاون جرم محسوب می‌شوند:

۱- هرکس دیگری را ترغیب، تهدید، تطمیع یا تحریک به ارتکاب جرم کند و یا با دسیسه یا فریب یا سوءاستفاده موجب وقوع جرم شود.

۲- هر کس وسایل ارتکاب جرم را بسازد یا تهیه کند و یا طریق ارتکاب جرم را به مرتکب ارائه دهد.

۳- هرکس وقوع جرم را تسهیل کند.»

جزای نقدی از پنج تا بیست میلیون ریال یا هر دو مجازات محکوم می‌شوند». بنابراین، اگر عمل پزشک یا اطرافیان بیمار در زمینه‌ی تحریک و ترغیب یا فریب بیمار به خودکشی، از طریق رایانه صورت بگیرد، تنها به‌موجب این ماده‌ی قانونی قابل مجازات خواهد بود و عدم رویکرد یکسان قانون‌گذار در این قانون با قوانین سابق، نشان از ضعف قانون‌گذاری گذشته نسبت به جرم‌انگاری معاونت در خودکشی است. چراکه یکی از راه‌های پیشگیری از خودکشی، جرم‌انگاری اعمال تحریک‌کننده و ترغیب‌کننده نسبت به این عمل است، که پیش از این در حقوق کشورهای دیگر نیز، مدنظر قانون‌گذاران قرار گرفته است.

در اتانازی غیرفعال گیرداوطلبانه پزشکان با اطمینان از عدم بهبودی، بدون رضایت و خواست بیمار درمان را قطع می‌کنند و از اقداماتی که برای زنده نگه داشتن او لازم است، خودداری می‌کنند. درواقع پزشک در این حالت نیز مرتکب ترک فعلی گردیده است که به واسطه آن از بیمار سلب حیات شده است. همان مباحث مطرح شده در اتانازی غیرفعال داوطلبانه در اینجا نیز مطرح می‌شود. با این تفاوت که رضایت بیمار که در آنجا نقش اساسی ایفا می‌کرد، در این نوع از اتانازی جایگاهی ندارد.

در «اتانازی غیرفعال داوطلبانه» اگر بیمار از ابتدا رضایت بر درمان خود نمی‌داد به‌دلیل مأذون نبودن، مسئولیتی بر دوش پزشک تحمیل نمی‌شد. علاوه برآن، اگر رضایت وی بعد از عملیات منتهی به مرگ نیز واقع می‌شد، موجبات عفو پزشک را از قصاص فراهم می‌کرد. اما بحث رضایت بیمار در «اتانازی غیرفعال گیرداوطلبانه» اصلاً جایگاهی ندارد و همین امر زمینه تشدید مجازات پزشک را نیز فراهم می‌کند. از این رو اگر پزشک، برخلاف خواست بیمار از ادامه‌ی درمان خودداری کند، تحت شمول ماده‌ی ۲۹۱ قرار نمی‌گیرد؛ بلکه می‌تواند مشمول ماده‌ی ۲۹۶ و ماده واحد قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین شود.

معرض خطر قرار دارد، در حکم جرم دیگری قلمداد شود (۱۶).

بر اساس بند ۱ ماده‌ی واحد خودداری از کمک به مصدومین: «هرکس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت‌دار از وقوع یا اعلام خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند، بدون این‌که با این اقدام خطری متوجه خود یا دیگران شود و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری کند؛ به حبس جنحه‌ای تا یکسال یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این مورد اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می‌توانست کمک مؤثری بکند، به حبس جنحه‌ای از سه‌ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده‌هزار ریال تا یک‌صد هزار ریال محکوم خواهد شد و...» بند دوم این ماده‌ی واحد نیز مقرر می‌دارد: «هرگاه کسانی که برحسب وظیفه یا قانون مکلفند به اشخاص آسیب دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک کنند، از اقدام لازم و کمک به آن‌ها خودداری کنند، به حبس جنحه‌ای از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.» پس اگر خودداری کننده پزشک و پرستار یا افراد دیگر باشند، بسته به مسئولیت حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای خود مجازات متفاوتی را متحمل می‌شوند.

البته اخیراً بر طبق قانون مجازات جرایم رایانه‌ای، برخی از صور معاونت در خودکشی به‌وسیله‌ی سیستم‌های رایانه‌ای و مخابراتی جرم‌انگاری شده و قابل مجازات است. به‌موجب بند «ب» ماده‌ی ۱۵ قانون جرایم رایانه‌ای: «چنان‌چه افراد را به ارتکاب جرایم منافی عفت یا استعمال مواد مخدر یا روان‌گردان یا خودکشی یا انحرافات جنسی یا اعمال خشونت‌آمیز تحریک یا ترغیب یا تهدید یا دعوت کند یا فریب دهد یا شیوه‌ی ارتکاب یا استعمال آن‌ها را تسهیل کند یا آموزش دهد، به حبس از نود و یک روز تا یک سال یا

نتیجه‌گیری

باتوجه به بررسی انواع اتانازی در حقوق ایران، به‌موجب قانون مجازات ۱۳۹۰ اگر اتانازی فعال اجباری باشد و بدون رضایت بیمار واقع شود، طبق بند «الف» ماده‌ی ۲۹۱ قتل عمد است. این حکم در موردی که اتانازی از نوع فعال باشد، اما بیمار صلاحیت لازم برای تصمیم‌گیری نسبت به وضعیت خود را نداشته باشد نیز جاری خواهد بود. در صورت گذشت اولیای دم از قصاص، چنان‌چه اقدام مرتکب باعث اختلال در نظم و امنیت عمومی شود یا بیم تجری دیگران برود، دادگاه می‌تواند مرتکب را به حبس از ۳ تا ۱۰ سال محکوم کند. اما اگر اتانازی از نوع فعال، بر مبنای خواست بیماری که اهلیت کافی در تصمیم‌گیری نسبت به وضعیت خود را داشته باشد (پس از عملیات منتهی به مرگ) واقع شود، می‌توان تاحدی از مجازات مرتکب به‌موجب ماده‌ی ۳۶۶ کاست.

حال اگر اتانازی به‌صورت غیرفعال داوطلبانه باشد، به دو شکل مطرح می‌شود. اگر قطع درمان از میانه راه واقع شود، به شکل فعل مثبت مادی خواهد بود که از مصادیق بند «الف» ماده‌ی ۲۹۱ به‌شمار می‌رود و در صورت صدق شرایط می‌توان به‌موجب ماده‌ی ۳۶۶ مجازات کم‌تری را بر مرتکب جاری ساخت. اما اگر جلوگیری از درمان، از ابتدای راه و به‌صورت ترک فعل باشد، عدم اذن بیمار به معالجه توسط پزشک، مانع از تحمیل بار مسؤولیت بر دوش پزشک می‌شود. البته این امر محدود به موردی است که ترک فعل مزبور، مسبوق به هیچ قراردادی یا قانونی نباشد؛ چراکه در غیر این صورت مستوجب مجازات خواهد بود. از این رو اگر اتانازی به سبب ترک وظیفه مقرر از جانب پزشک صورت گرفته باشد، وی به‌موجب ماده‌ی ۲۹۶ این قانون مسؤول شناخته خواهد شد. این درحالی است که پیش از طرح لایحه، جنایتی که صرفاً به سبب ترک وظیفه واقع می‌شد، تنها به‌موجب ماده واحد قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین خرداد ۱۳۵۴، محکومیت به حبس تعزیری را دربر می‌گرفت. در

زمینه خودکشی با مساعدت دیگران نیز لازم به ذکر است، باتوجه به این‌که عمل خودکشی در قانون کشور ما جرم‌انگاری نشده است، مساعدت و همکاری به فرد خودکشی‌کننده نیز که در قالب معاونت مطرح می‌شود به‌دلیل پذیرش نظریه‌ی مجرمیت عاریه‌ای، مجازاتی به‌همراه نخواهد داشت. مگر این‌که از طریق سامانه‌های رایانه‌ای و مخابراتی واقع شود، که به‌موجب ماده‌ی ۱۵ قانون جرایم رایانه‌ای به حبس یا جزای نقدی محکوم خواهد شد.

در پایان باید در نظر داشت، از طرفی با توجه به قداست حیات انسانی از دیدگاه الهی و نسبی بودن علم بشر و پیشرفت تکنولوژی‌های درمانی، همواره باید به درمان و روش‌های جدید بهبودی امیدوار بود. اما از طرفی دیگر، قانون‌گذار ما باید میان کسی که با رضایت و گاهی التماس بیمار یا نزدیکان وی و از روی ترحم و عطف، دیگری را کشته است و کسی که با شرارت تمام، دیگری را از نعمت حیات محروم ساخته است تفکیک قائل شود؛ چرا که علاوه بر سازگاری با مبانی انصاف و عدالت، خود بیمار نیز در تحقق جرم قاتل نقش دارد. با وجود این‌که انگیزه شرافتمندانه در قتل، می‌تواند به‌عنوان یک عامل مخففه در مجازات مجرم مدنظر قرار بگیرد، اما باید مدنظر قرار داد که این تخفیف قانونی صرفاً محدود به جرایم تعزیری است و مواردی که اتانازی به‌موجب مواد قانونی مذکور، در قالب قصاص و دیات مطرح می‌شود را دربر نمی‌گیرد. بنابراین، به‌نظر می‌رسد قانون کشور ما با وجود طرح قانون مجازات جدید هم‌چنان در بحث اتانازی دارای خلأهایی است و قانون‌گذار باید با توجه به دیدگاه‌های حقوقی موجود به قانون‌گذاری در این زمینه بپردازد.^۱

^۱ این مقاله پیش از زمان تصویب قانون مجازات جدید ارائه شده است.

منابع

- ۹- صادقی م. جرایم علیه اشخاص. تهران: نشر میزان؛ ۱۳۸۹، ص ۶۱، ۹۴.
- ۱۰- میر محمد صادقی ح. جرایم علیه اشخاص. تهران: نشر میزان؛ ۱۳۹۰، ص ۱۹۳-۱۹۱، ۳۸.
- ۱۱- نوربها ر. زمینه حقوق جزای عمومی. تهران: انتشارات گنج دانش؛ ۱۳۸۸، ص ۱۵۲.
- ۱۲- آقای نی ح. جرایم علیه اشخاص. تهران: نشر میزان؛ ۱۳۸۹، ص ۵۳.
- ۱۳- محمدی ا. قواعد فقه. تهران: انتشارات میزان؛ ۱۳۸۲، ص ۲۲۵.
- ۱۴- یزدانی فر ص. مسؤولیت کیفری پزشک مرتکب اتانازی غیرفعال در نظام کیفری اسلام و قوانین موضوعه ایران. مجله حقوق عدالت ۱۳۸۹؛ سال ۶ (شماره ۱۳ و ۱۴): ۱۴۹-۱۲۲.
- ۱۵- گلدوزیان الف. حقوق جزای اختصاصی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۵، ص ۴۵.
- ۱۶- اردبیلی م. حقوق جزای عمومی. تهران: نشر میزان؛ ۱۳۸۳، جلد دوم، ص ۴۰، ۳۹.
- 1- Bamgbose O. Euthanasia: another face of murder. Int J Offender Ther Comp Criminal 2004; 48(1): 111-21.
- 2- Anonymous. Medical ethics manual. http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_en.pdf. (accessed in 2013)
- ۳- حجتی م. تحلیل حقوقی مرگ شیرین. مجله قضایی دادگستری ۱۳۷۹؛ شماره ۳۰: ۱۷۹-۲۰۲.
- ۴- جوانمرد ب. مفهوم اتانازی و بررسی آن از دیدگاه فقه و حقوق و اخلاق. مجله حقوق پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۳ (شماره ۸): ۱۷۵-۲۰۶.
- ۵- توکلی غ. اتانازی و تفاوت میان فعل و ترک فعل. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۹۱؛ دوره ۵ (شماره ۷): ۲۷-۱۳.
- ۶- کرمی خ. اتانازی مرگ آسان و راحت. قم: نشر معارف؛ ۱۳۸۱، ص ۹۸.
- ۷- محمودیان ف، یوسفی منش ح، بهنام م، کرمی م. بررسی مقایسه‌ای دلایل موافقان و مخالفان اتانازی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۲ (شماره ۳): ۱۷-۲۶.
- ۸- اردبیلی م. حقوق جزای عمومی. تهران: نشر میزان؛ ۱۳۸۳، جلد اول، ص ۲۳۱، ۱۲۵.

A legal analysis of euthanasia in the Islamic criminal code of 2011

Ensieh Salimi^{*1}, Mohammad Javad Fathi²

¹ MSc Student, Department of Criminal Sciences and Criminology, University of Tehran, Qom Paradise, Qom, Iran;

² Assistant Professor, Department of Criminal Sciences and Criminology, University of Tehran, Qom Paradise, Qom, Iran.

Abstract

Euthanasia or mercy killing is a new and challenging topic in medical law. This article examines all types of euthanasia based on the Islamic criminal code of 2011, and demonstrates that active and **involuntary** euthanasia is murder if conditions exist; the basis for active and **voluntary** euthanasia, however, is the victim's consent, so the penalty is less. As the physical element of inactive euthanasia is omission, clause 296 of the criminal code and clause 2 of the penal code on refusing to help the wounded apply. Lastly, it is suggested that legislators criminalize euthanasia with a new approach and independent title, and consider principles of justice to determine less punishment for this type of killing compared to murder with malice aforethought.

Keywords: mercy killing, active euthanasia, patient's willing

*Email: aeds90@gmail.com