

Research Article

Comparative Study of Physician-Assisted Suicide Status in the Laws of Different Countries and Iran Legal System

Jamal Beigi¹

1. Associate Professor, Department of Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran. Email: jamalbeigi@iau-maragheh.ac.ir

Received: 18 Aug 2019 Accepted: 20 Dec 2019

Abstract

Background and Aim: Euthanasia is one of the most important and challenging topics in the field of biomedical ethics. This study was conducted to compare the situation of "physician-assisted suicide" in the laws of different countries and to explain its position in the Iran legal system.

Materials and Methods: In this comparative study, after purposeful search and review of related studies, the issue of "physician-assisted suicide" in the laws of 12 different countries was compared and then, the need to criminalize it in the legal system based on ethical and Islamic principles was discussed.

Findings: Countries' position towards criminalization or decriminalization of "physician-assisted suicide" is different. It has been criminalized in England and Wales, Germany and Canada, absolutely, and in countries such as Sweden, the Netherlands, Belgium and the state of Victoria, Australia, conditionally. Although most of the United States has criminalized it, the states of Colorado, Oregon, Washington, Vermont, Montana, and California, along with Switzerland, Colombia, Luxembourg and India, have taken steps to legalize it. Despite the religious sanctity of suicide and its immorality in Islamic teachings, it has not been explicitly criminalized in the Iran legal system.

Conclusion: Given the relative silence of the legislature about suicide, the legal gap of "physician-assisted suicide" is observed. Thus, based on moral and Islamic teachings and other criteria of criminology in religious communities, it is appropriate to consider the criminalization of this issue and its conditions in the Iran legal system.

Keywords: Bioethics; Euthanasia; Physician-Assisted Suicide; Criminalization

Please cite this article as: Beigi J. Comparative Study of Physician-Assisted Suicide Status in the Laws of Different Countries and Iran Legal System. *Bioethics Journal* 2019; 9(34): 67-80.

مطالعه تطبیقی وضعیت خودکشی با مساعدت پزشک در قوانین کشورهای مختلف و نظام حقوقی ایران

جمال بیگی^۱

۱. دانشیار گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران. Email: jamalbeigi@iauh-maragheh.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۸/۵/۲۷ پذیرش: ۱۳۹۸/۹/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: اتانازی یکی از مباحث مهم و پرچالش در حوزه اخلاق زیستی است. این مطالعه باهدف تطبیق وضعیت خودکشی با مساعدت پزشک در قوانین کشورهای مختلف و تبیین موقعیت آن در نظام حقوقی ایران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تطبیقی، پس از جستجوی هدفمند و مرور مطالعات مرتبط، موقعیت خودکشی با مساعدت پزشک در قوانین ۱۲ کشور مختلف مقایسه می‌شود و سپس لزوم جرم‌انگاری خودکشی با مساعدت پزشک براساس بایدها و نبایدهای اخلاقی و اصول اسلامی در نظام حقوقی ایران مورد بحث و تحلیل قرار می‌گیرد.

یافته‌ها: موضع کشورها در خصوص جرم‌انگاری یا جرم‌زدایی خودکشی با مساعدت پزشک متفاوت است. خودکشی با مساعدت پزشک در انگلستان و ولز، آلمان و کانادا مطلقاً و در کشورهایی نظیر سوئد، هلند، بلژیک و ایالت ویکتوریای استرالیا به صورت مشروط جرم‌انگاری شده است. اگرچه غالب ایالت‌های متحده آمریکا آن را جرم می‌دانند، اما ایالت‌های کلرادو، اورگان، واشینگتن، ورمانت، مونتانا و کالیفرنیا مشابه کشورهای سوئیس، کلمبیا، لوکزامبورگ و هند، در جهت قانونمندسازی آن گام‌هایی برداشته‌اند. باوجود حرمت شرعی خودکشی و قبح اخلاقی آن در آموزه‌های اسلامی، خودکشی در نظام حقوقی ایران به‌طور صریح جرم‌انگاری نشده است.

نتیجه‌گیری: به تبع سکوت نسبی قانون‌گذار در مورد خودکشی، خلأ قانونی خودکشی با مساعدت پزشک مشاهده می‌شود؛ ازاین‌رو، بر اساس آموزه‌های اخلاقی و اسلامی و سایر معیارهای جرم‌انگاری در جوامع دین‌مدار، شایسته است جرم‌انگاری این موضوع و شرایط آن در نظام حقوقی ایران مدنظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اخلاق زیستی؛ اتانازی؛ خودکشی با مساعدت پزشک؛ جرم‌انگاری

مقدمه

واژه خودکشی دربرگیرنده هرگونه مرگی است که مستقیم یا غیرمستقیم از عمل مثبت یا منفی شخص قربانی ناشی شده و قربانی پیشاپیش از نتیجه عمل خودآگاه باشد (۱). آنچه امروزه به عنوان «خودکشی با مساعدت پزشک» (Physician-assisted Suicide) شناخته می‌شود را اولین بار جک کورکیان (Kevorkian Jack) در سال ۱۹۹۰ میلادی در ایالات متحده آمریکا به عنوان یک موضوع اخلاقی و حقوقی مورد توجه قرار داد. در طول تاریخ نقش پزشک همواره نجات و رهایی بیماران از درد و رنج بیماری بوده است، با این حال این عملکرد شامل کمک به مرگ بیمار در جهت تسکین قطعی درد و رنج بیماری نبوده است و تا به حال در اخلاق پزشکی چنین مفهومی گنجانده نشده بود. به طور سنتی پزشکان همواره از تجویز دارویی که باعث مرگ بیمار شود منع شده‌اند و چنین اقدام‌هایی قتل محسوب می‌شده است (۲).

در دهه‌های اخیر محدودیت علم پزشکی در بهبود بخشی بسیاری از بیماری‌ها بیش از پیش مشخص شده است. در موارد بسیاری زنده ماندن برای مدت محدود و نسبتاً مشخص، جز تحمیل درد و رنج اضافی نتیجه دیگری برای بیمار در پی نخواهد داشت؛ از این رو، در سال‌های اخیر بیمارانی که در مرحله انتهای حیات (End-Stage) خود بوده‌اند و یا رنج بیماری برایشان قابل تحمل نبوده است، خواستار این بوده‌اند که خود در مورد نحوه مرگ و زمان آن تصمیم بگیرند. در ۲۲ سپتامبر ۱۹۹۶ یک بیمار مبتلا به سرطان در شمال استرالیا اولین بیماری بود که با کمک پزشکی قانونی خودکشی کرد (۳). اساس این موضوع، حقوق و آزادی‌های اولیه انسان و مطرح نمودن «حق مردن» (Right to Die) برای فرد بیمار در حوزه اخلاق زیستی بوده است.

اخلاق زیستی، به طور خاص، به شماری از مشکلات اخلاقی اشاره دارد که پس از پیشرفت در فناوری‌های نوین، به خصوص پیشرفت در فناوری‌های حافظ حیات در شروع و انتهای زندگی، فناوری‌های تشدیدکننده حیات برای اصلاح کیفیت زندگی، فناوری‌های تولیدمثل، فناوری‌های مربوط به مهندسی ژنتیک و ژن‌درمانی و کاربردهای انسانی فناوری

شبیه‌سازی به وجود آمده‌اند. بدین‌سان مسائل مرتبط با این فناوری‌ها، در ساحت بایدها و نبایدهای اخلاقی و نسبت میان اخلاق و فناوری‌های نوین زیستی، شاخه جدیدی از اخلاق کاربردی را با عنوان اخلاق زیستی تشکیل داده‌اند (۴). البته تغییراتی که بعد از جنگ جهانی دوم در جوامع بشری رخ داده، از فناوری در جهت توجیه چنین نگرشی مؤثرتر است. چراکه در نظر عموم مردم، مرگ در کنار خانواده، دوستان و آشنایان و برخورداری از حمایت عاطفی آنان، لذت‌بخش‌تر از مرگ در بیمارستان است. هرچند متأسفانه امروزه سبک زندگی در خانواده‌ها در حال تغییر بوده و برخلاف گذشته، مردم اغلب در نقاطی دور از بستگان خود زندگی می‌کنند و در لحظات مرگ کنار یکدیگر نبوده و بنابراین لحظه مرگ، لحظه تنهایی و غربت ترسناکی است (۵). از این رو، خودکشی با مساعدت پزشک چالشی اخلاقی برای پزشک و بیمار بوده و به موضوعی بحث‌برانگیز از جنبه‌های جرم‌شناسی و حقوقی تبدیل شده است.

به همین دلیل این مطالعه باهدف تطبیق وضعیت خودکشی با مساعدت پزشک در قوانین کشورهای مختلف و تبیین موقعیت آن در نظام حقوقی ایران انجام شده است. در واقع سعی بر آن است تا با تبیین ممنوعیت خودکشی با مساعدت پزشک از منظر اصول اسلامی و نظام حقوقی برخی از کشورها، به لزوم جرم‌انگاری خودکشی با مساعدت پزشک در نظام حقوقی ایران و چالش‌های آن پرداخته شود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تطبیقی، پس از جستجوی هدفمند و مرور مطالعات مرتبط، موقعیت خودکشی با مساعدت پزشک در قوانین ۱۲ کشور مختلف مقایسه می‌شود و سپس لزوم جرم‌انگاری خودکشی با مساعدت پزشک براساس بایدها و نبایدهای اخلاقی و اصول اسلامی در نظام حقوقی ایران مورد بحث و تحلیل قرار می‌گیرد.

یافته‌ها

۱- خودکشی با مساعدت پزشک و مفهوم اتانازی

«کمک برای مردن» شامل مفهوم گسترده‌ای است که در آن به طرق مختلف به فرد کمک می‌شود که به زندگی خود پایان دهد. خودکشی با مساعدت پزشک و گونه‌های مختلف دیگر «اتانازی» در ذیل مفهوم کلی اتانازی یا ترحم کشی قرار می‌گیرند؛ از این رو، یکی از موضوعات مهم، تمایز و افتراق بین خودکشی با مساعدت پزشک و سایر گونه‌های اتانازی است. اتانازی داوطلبانه (Voluntary Euthanasia) و اتانازی غیرداوطلبانه (Involuntary Euthanasia) دو نوع اصلی اتانازی هستند. برخلاف اتانازی داوطلبانه که با رضایت خود شخص انجام می‌شود؛ در اتانازی غیرداوطلبانه، به دلیل ناتوانی خود بیمار، شخص دیگری تصمیم می‌گیرد. حال بر اساس روند انجام، دو دسته بندی دیگر هم برای انواع اتانازی وجود دارد: «اتانازی فعال» (Active Euthanasia)، «اتانازی منفعل» (Passive Euthanasia). در اتانازی فعال از مواد یا نیروهای کشنده استفاده می‌شود. این عمل در صورتی که بر اساس تقاضای صریح بیمار و با رضایت کاملاً آگاهانه او انجام شود «اتانازی فعال داوطلبانه» (Voluntary Active Euthanasia) و هنگامی که به دلیل قادر نبودن بیمار به درخواست صریح چنین کاری، از سوی خانواده بیمار یا سایر افراد انجام شود «اتانازی فعال غیرداوطلبانه» (Involuntary Active Euthanasia) خواهد بود. اتانازی منفعل وقتی اتفاق می‌افتد که از درمان‌های نجات‌بخش خودداری شود که اگر با خواست و تصمیم خود بیمار باشد «اتانازی منفعل داوطلبانه» (Voluntary Passive Euthanasia) و اگر با صلاحدید سایر افراد و بدون توجه به رضایت بیمار انجام شود «اتانازی منفعل غیرداوطلبانه» (Involuntary Passive Euthanasia) محسوب می‌شود (۶). «اتانازی منفعل داوطلبانه» علاوه بر این که از مفهوم خودکشی با مساعدت پزشک متمایز است، بلکه اتفاقاً هرگاه پزشک با رجوع بیمار از رضایت و براءت مواجه شود، مطلقاً به تداوم تصرف در بدن بیمار مجاز نخواهد بود و اگر خودسرانه تصرف کند، از شمول «عملیات طبی مشروع»، به مثابه یکی از عوامل موجهه جرم،

خارج می‌شود. با وجود شباهت‌های زیاد بین «اتانازی فعال داوطلبانه» و خودکشی با مساعدت پزشک، این دو مفهوم نیز با یکدیگر متفاوت‌اند (۷)؛ چرا که در اتانازی فعال داوطلبانه، بنابر درخواست صریح بیمار و با رضایت و آگاهی کامل وی، پزشک با تجویز عمدی دارو به بیمار سبب مرگ وی می‌شود، لیکن در خودکشی با مساعدت پزشک، پزشک با فراهم کردن ابزار و امکانات لازم، انجام خودکشی توسط بیمار را میسر ساخته و او را در انجام موفقیت‌آمیز خودکشی یاری می‌رساند و چه بسا این مساعدت می‌تواند صرفاً شامل اطمینان‌بخشی به بیمار از بابت موفقیت‌آمیز بودن خودکشی باشد؛ بنابراین، می‌توان اذعان داشت که در این مورد، خود بیمار است که مستقیماً به خودکشی اقدام می‌کند.

عده‌ای با استعانت از آموزه‌های حقوق کیفری، میان این دو عنوان از حیث معاونت یا مباشرت در مرگ دیگری قائل به تفکیک شده‌اند (۸). بدین معنا که پزشک، در سایر انواع اتانازی مباشرت و در خودکشی مساعدت شده پزشکی، معاونت در مرگ دیگری می‌کند. در همین راستا، سعی کرده‌اند تا از رهگذر رابطه علیت، با تشریح این مطلب که در سایر انواع اتانازی، عامل مرگ پزشک و در خودکشی مساعدت شده پزشکی، خود بیمار است، برای تمایز این دو عنوان توجیهی بیابند (۸). یکی دیگر از راه‌های تمایز بین این دو عنوان، توجه به آخرین اقدام است، یعنی اقدامی که بدون آن سلب حیات ممکن نبوده است. بر اساس این معیار، چنانچه خود بیمار آخرین اقدام را با مساعدت پزشک انجام داده باشد، خودکشی مساعدت شده پزشکی تحقق یافته است.

در مقابل، گروهی از نویسندگان نیز با جزئی پنداشتن تمایزات اخلاقی مطروحه میان این دو عنوان، به دنبال کم‌رنگ کردن مرز بین سایر انواع اتانازی و خودکشی مساعدت شده هستند؛ برای مثال، جان کیون در کتاب خود با عنوان «اتانازی، اصول اخلاقی و سیاست ملی» (Euthanasia, Ethics & National Politics) بیان می‌دارد: عده‌ای بر این باورند که تمایز میان خودکشی مساعدت شده و سایر انواع اتانازی حتی زمانی که در عالم مادی طبیعی بتواند مطرح شود، در عالم اخلاقی اهمیت چندانی ندارد (۹). علاوه بر این،

جرالد دورکین و فری نیز در کتاب خود تحت عنوان «اتانازی و خودکشی مساعدت شده پزشکی» (Euthanasia & Medical Assisted Suicide) با طرح این سؤال که از نظر اخلاقی بین استفاده پزشکان از دستگاهی که مونوکسید کربن را برای خفه کردن و کشتن بیماران وارد سیستم تنفسی می‌کند و توصیه پزشک به استفاده از دستگاهی که بیمار با فشار دادن یک دکمه از دنیا می‌رود، چه تفاوتی وجود دارد؟ تفاوت اخلاقی میان این دو عنوان را رد می‌کنند و تنها فرق این دو را در فاعل کار می‌دانند (۱۰).

تفاوت بین خودکشی مساعدت شده پزشکی و سایر انواع اتانازی، مباشرت یا معاونت پزشک در مرگ بیمار است. در حقیقت، تمایز این دو عنوان، به نقش فردی که اقدام او خاتمه دهنده حیات بوده است، مربوط می‌شود (۱۱). به بیان دیگر، وجه ممیزه خودکشی مساعدت شده پزشکی از سایر انواع اتانازی در این است که در خودکشی مساعدت شده پزشکی، خود بیمار در سلب حیات خود مباشرت می‌کند و بدین‌سان چنانچه این نوع از خودکشی مساعدت شده به‌حسب نوع نظام حقوقی که در آن این عمل رخ داده است، فاقد توصیف مجرمانه باشد، عمل پزشک نیز که در خودکشی بیمار مساعدت نموده، به تبع نظام استعانه مجرمیت، که غالباً در نظام‌های حقوقی پذیرفته شده است، فاقد وصف مجرمانه خواهد بود؛ چراکه عمل چنین بیماری در قالب مباشرت در خودکشی، غیرمجرمانه تلقی شده، لذا حتی اگر پزشک بدون رعایت شرایط تحقق خودکشی مساعدت شده، مبادرت به کمک به بیمار کند، باز هم می‌تواند خود را از چنگال عدالت کیفری برهاند، مگر شرایط سبب اقوی از مباشر و قابلیت انتساب نتیجه به رفتار پزشک برابر موازین حقوقی احراز گردد.

۲- موقعیت خودکشی با مساعدت پزشک در قوانین

برخی کشورها

در انگلستان و ولز، خودکشی به موجب ماده ۱ قانون خودکشی مصوب ۹ آگوست ۱۹۳۱، جرم محسوب نمی‌شود؛ اما مساعدت در خودکشی، هم در انگلستان و ولز به موجب قانون موضوعه و هم در اسکاتلند به موجب قانون عرفی جرم شناخته می‌شود. مطابق بند ۱ ماده ۲ قانون خودکشی، مجازات

هرگونه معاونت در این عمل حداکثر ۱۴ سال حبس است. این جرم در گذشته می‌توانست با هرگونه کمک، مساعدت، ارائه مشاوره یا تسهیل خودکشی دیگری صورت گیرد؛ زیرا همان واژه‌های عامی که برای توصیف همکاری با مباشر در ارتکاب جرم به شکل معاونت یا مشارکت به کار می‌رود، در ماده ۲ قانون مزبور نیز به کار رفته بود. البته، در عمل پرونده‌هایی با موضوع اتانازی و خودکشی مساعدت شده، به ندرت در دادگاه‌ها مطرح می‌شوند و رویکرد دادگاه‌ها، حتی در برخورد با اقدام‌های افراطی چنین متهمانی هم به‌طور کلی مبتنی بر تسامح و ملایمت بوده و اکثر آن‌ها فقط به اتهام «استفاده از داروهای درمانی با دوز بالا» تحت تعقیب قرار گرفته‌اند. به موجب بخش «۱» ۴ قانون قتل انگلستان هم کسی که متعاقب یک پیمان خودکشی که بین او و دیگری منعقد شده است، دیگری را کشته یا در کشته شدن او توسط شخص ثالثی شرکت کند، محکوم به ارتکاب قتل غیر عمد خواهد بود.

قانون جنایی کانادا، مساعدت به خودکشی را در قسمت قتل آورده و راهنمایی کردن یک فرد برای خودکشی یا کمک به خودکشی را یک اقدام سزوار کیفر شناخته است و موافقت کسی که برای مرگ او تلاش شده است، ماهیت جنایی این عمل را تغییر نمی‌دهد (۱۲). در سوئد از دهه ۱۹۶۰ یک سری تصمیمات قضایی وجود دارد که مساعدت به خودکشی را تحت شرایط خاصی مجاز می‌داند، ولی به‌طور رسمی هنوز این عمل یک اقدام جنایی است (۱۳).

در آلمان با این که پزشکان و خانواده‌های بیماران لاعلاج خواهان آزادی عمل در زمینه خودکشی هستند؛ اما دادگاه قانون اساسی آلمان در رسیدگی به چنین پرونده‌های پیچیده‌ای با محدودیت‌های قانونی مواجه است؛ چراکه مطابق ماده ۲۱۷ قانون جزایی آلمان، اگر کسی به تناوب و به‌طور حرفه‌ای به پایان دادن زندگی افرادی که خواهان خودکشی هستند کمک کند، با مجازات زندان تا سه سال یا جریمه سنگین مواجه خواهند شد. ناگفته نماند که آلمانی‌ها از سال ۲۰۱۸ می‌توانند عضو انجمن‌های کمک به مرگ باعزت و بدون درد شوند و از طریق آن‌ها به داروهای لازم برای خودکشی

دسترسی پیدا کنند؛ از این رو، تا پایان ۲۰۱۸، دست کم ۸۷ آلمانی با کمک انجمن دیگنیتاس سوئیس به زندگی خود پایان داده‌اند. به دلیل قانونی بودن خودکشی کمکی در سوئیس از سال ۱۹۴۱، سوئیس یکی از مقاصد «گردشگران خودکشی» شناخته می‌شود. گردشگری خودکشی یا گردشگری اتانازی، نوعی گردشگری است که در حمایت از اتانازی صورت می‌گیرد. این نوع از گردشگری توسط گروه‌های حمایت‌کننده از اتانازی برای کمک به افرادی که مایل‌اند به مناطقی از جهان بروند که عمل اتانازی در آنجا قانونی باشد، راه‌اندازی و اداره می‌شود. آنان این کار را با این امید انجام می‌دهند تا بلکه روزی عمل اتانازی در دیگر نقاط جهان نیز طرفداران و حمایت‌کنندگان خود را پیدا کند (۱۴).

در رویکرد حقوق آمریکا نسبت به خودکشی مساعدت شده پزشکی نیز در سال‌های دور، خودکشی جرم محسوب می‌شده است و هرچند بعدها از این اقدام جرم‌زدایی شد و دو دادگاه استیناف به‌طور مجزا حکم صادر کردند که حق انتخاب زمان و نحوه مرگ قانوناً پذیرفتنی است و این حق کمک به خودکشی فرد را نیز شامل می‌شود (۱۵)؛ لیکن در حال حاضر، ۹۷ ایالت آمریکا، مساعدت در خودکشی را جرم‌انگاری کرده‌اند (۱۶). موضع برخی از کشورها درخصوص خودکشی با مساعدت (Assisted Suicide) که مساعدت پزشک به خودکشی بیمار هم در زیرمجموعه آن قرار دارد، در جدول شماره ۱ ترسیم شده است.

۳- موقعیت خودکشی با مساعدت پزشک در قوانین ایران

خودکشی با مساعدت فرد دیگر، به‌طور خاص و مجزا در قوانین ایران مورد بحث قرار نگرفته است و در این زمینه خلأ قانونی آشکاری وجود دارد. خلاصه برخی مطالعات انجام شده در این زمینه در جدول شماره ۲ آورده شده است. بر اساس حاکمیت تئوری قاعده مجرمیت بر مقررات معاونت در جرم هم هرگاه عملی جرم تلقی نشود (خودکشی)، احراز معاونت در ارتکاب آن نیز به هر نحو قابل مجازات نخواهد بود (۲۱). البته به اعتقاد برخی، به دستور اصل ۱۶۷ قانون اساسی و با توجه به ماده ۲۲۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ (۲۲)، مبنی بر

پذیرش اطلاق آن اصل بر امور کیفری و تکلیف به مراجعه به منابع شرعی در موارد سکوت قانون، جرم‌انگاری خودکشی و به تبع آن مساعدت به خودکشی را می‌توان از باب تعاون بر گناه محرز نمود (۲۳ و ۲۴). در قانون جرایم رایانه‌ای مصوب ۱۳۸۸ (۲۵)، به نحوی به موضوع خودکشی پرداخته شده و عنوان شده است که «هرگونه تحریک، ترغیب، تسهیل یا آموزش دادن شیوه ارتکاب یا دعوت به خودکشی از طریق سیستم‌های رایانه‌ای و مخابراتی جرم محسوب می‌شود». هرچند که به نظر می‌رسد وسیله در ماده ۱۵ قانون جرایم رایانه‌ای موضوعیت دارد و شایسته آن بود که قانون‌گذار، دعوت به خودکشی را محدود به استفاده از این ابزار نمی‌کرد (۲۰)؛ لیکن این اقدام قانون‌گذار می‌تواند زمینه جرم‌انگاری مستقل «خودکشی با مساعدت فرد دیگر» را برای فرد کمک‌کننده و یا ترغیب‌کننده فراهم کند (۲۳). با این حال قانون‌گذار با موضوعیت دادن به وسیله ارتکاب جرم سیستم‌های رایانه‌ای و مخابراتی، تعمیم موضوع به مواردی همچون خودکشی با مساعدت پزشک را دشوار کرده است. بدین سبب احراز معاونت پزشک در ارتکاب جرم خودکشی بر اساس مقررات موجود مشکل می‌نماید.

۴- خودکشی با مساعدت پزشک در آموزه‌های اسلامی

ضمانت اجرای ممنوعیت خودکشی در نظام حقوقی اسلام، بر پایه اصول و مبانی عقیدتی و اخلاقی استوار است. بر اساس مبانی فکری و عقیدتی اسلام، فرد مؤمن همیشه به خداوند متعال توکل می‌کند. در آیه ۳ سوره طلاق آمده است: «وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ». هرکس بر خدا توکل کند، خداوند او را کفایت می‌کند. بر اساس آیات و روایات، اگر افرادی پیدا شوند که آگاهانه دست به خودکشی بزنند، از آنجایی که برخلاف اوامر الهی، حیات خود را سلب کرده‌اند، بی‌ایمان از دنیا خواهند رفت (۲۶). به این ترتیب، ضمانت اجرای خودکشی در شریعت اسلام امری اخلاقی، درونی و دینی است. مطالعات نشان می‌دهد که خودکشی در جوامع اسلامی در مقایسه با کشورهای مرتبط با سایر مذاهب، شیوع کم‌تری دارد (۲۷ و ۲۸). در تقسیم‌بندی نواحی سازمان بهداشت جهانی، اروپا با ۱۵/۴ خودکشی رتبه اول، آسیای

جنوب شرقی با ۱۳/۲ رتبه دوم و شرق مدیترانه (عمدتاً خاورمیانه و کشورهای اسلامی) با ۳/۹ کمترین رتبه را به خود اختصاص داده‌اند (۲۹). استان‌های غربی ایران مثل ایلام، لرستان و کرمانشاه بیشترین میزان خودکشی و استان‌های خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و سمنان هم کمترین میزان خودکشی را در جغرافیای خودکشی ایران، به خود اختصاص داده‌اند (۳۰).

هرگاه کسی عمداً مرتکب قتل خود شود و به اصطلاح خودکشی و انتحار کند، نه دیه به وی تعلق می‌گیرد و نه کفاره و این موضوع مورد اتفاق همه فقهای امامیه است؛ اما از فقهای عامه، محمد بن ادریس شافعی معتقد است که کفاره تعلق می‌گیرد و آن را از میراث فردی که خودکشی کرده می‌دهند. دلیل فقهای امامیه در این مورد، اصل برائت ذمه است، زیرا اشتغال ذمه به دلیل نیاز دارد (۳۱). اگر گفته شود دلیل اشتغال ذمه، آیه ۹۲ سوره نساء: «وَمَنْ قَتَلَ مُؤْمِنًا خَطَأً فَتَحْرِيرُ رَقَبَةٍ مُؤْمِنَةٍ وَدِيَّةٌ مُسَلَّمَةٌ إِلَى أَهْلِهِ...» و هرکس مؤمنی را به صورت خطایی به قتل رساند پس باید برده‌ای را آزاد کند، است، چراکه اطلاق این آیه، قتل نفس خود را هم شامل می‌شود؛ در پاسخ گفته می‌شود: این اطلاق منصرف است به کشتن فرد دیگری و شامل خودکشی نمی‌شود. پس انصراف مانع تمسک به اطلاق آیه است.

آیه ۲ سوره مائده: «وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ» بر حرمت معاونت در هر گناه و ظلمی دلالت دارد (۳۲ و ۳۳) و با عنایت به این‌که خودکشی در زمره گناهان کبیره قرار دارد، مساعدت در ارتکاب آن نیز از مصادیق بارز تعاون بر گناه است. درواقع، در حقوق کیفری اسلام، به عمل پزشکی که با تهیه وسایل یا دادن اطلاعات لازم، موجبات خودکشی دیگری را فراهم می‌کند تعاون بر گناه گفته می‌شود. لذا در مورد اقدام پزشک نیز به استناد همین قاعده می‌توان حکم به حرمت داد. نکته دیگر آن است که در این قاعده، مساعدت لزوماً مختص به مساعدت عملی نیست، بلکه شامل کمک فکری و ارشادی نیز می‌شود (۳۴ و ۳۵). به دیگر سخن، اعانت یعنی یاری‌رساندن جهت صدور فعل حرام که اعم است از اعانت

عملی و مادی یا فکری و معنوی، مثل تهیه وسایل ارتکاب خودکشی یا دادن اطلاعات لازم.

از منظر آموزه‌های اسلامی، میان خودکشی و دیگرکشی (قتل) تفاوتی وجود ندارد. در حقیقت، خودکشی نیز نوعی قتل محسوب می‌شود که در آن، قاتل و مقتول، یک نفرند. علاوه بر این، قبح تعاون بر گناه (از جمله مساعدت بر خودکشی که گناه بزرگی است) مستند به حکم عقلی نیز هست. در بیان دلیل عقل چنین گفته‌اند: هم‌چنان‌که انجام دادن منکر عقلاً قبیح است و هم‌چنان‌که امر به آن و تشویق به سوی آن عقلاً قبیح است، انجام دادن مقدمات برای منکر هم قبیح است (۳۶). برای همین، قوانین عرفی عهده‌دار وضع مجازات برای معین جرم هستند. این حرف با آنچه در علم اصول گفته شده که مقدمات حرام، حرام نیست تنافی ندارد؛ زیرا آنچه در اصول گفته شده، انکار ملازمه بین حرمت اشیاء و حرمت مقدمات آن است و آنچه در اینجا اثبات کرده‌ایم ادراک عقل به قبح تعاون بر معصیت و گناه است؛ نه به این دلیل که مقدمه حرام است؛ بلکه به این دلیل که عقل مستقلاً به قبح اعانه بر حرامی که از دیگری صادر می‌شود حکم می‌دهد. پس نزد عقل، معین جرم مانند شریک جرم است؛ اگرچه در میزان قبح با هم متفاوت هستند. درنهایت، چه خودکشی را گناه مستقلاً بدانیم و چه آن را از مصادیق قتل نفس محترمه به حساب آوریم، درهرحال مساعدت بر خودکشی، از منظر آموزه‌های فقهی قبیح است.

۵- بایدها و نبایدهای اخلاقی در جرم‌انگاری مساعدت

پزشک به خودکشی

خودکشی با مساعدت پزشک عمداً موضوعی است در حوزه اخلاق پزشکی و لذا بحث در مورد ضرورت یا عدم ضرورت جرم‌انگاری آن در حوزه حقوق بدون در نظر گرفتن رابطه خاص بیمار و پزشک و وضعیت جسمانی و روانی فردی که خواستار مرگ است، نتیجه‌بخش نخواهد بود. با این‌که فرض اولیه در خودکشی با مساعدت پزشک بر پایه یاری رساندن به بیمار در جهت رفع درد و رنج بیماری و نیز حفظ آزادی و خودمختاری فردی (Autonomy) است، اما مبانی و اصول مهمی چون اصل ضرر نرسانی، پدرسالاری قانونی،

اخلاق‌گرایی قانونی و کمال‌گرایی قانونی، به این سو رهنمون می‌شود که خودکشی با مساعدت پزشک جرم‌انگاری شود (۱۸ و ۳۷).

قانونی بودن مساعدت پزشک به خودکشی از منظر اخلاق زیستی هم با مشکلاتی مواجه است که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

- بر اساس قاعده «کلما اضر بالبدن فهو حرام»، خودکشی کامل‌ترین نوع ضرر رساندن به بدن بوده و نتیجه طبیعی حق حیات این است که هیچ شخصی به وسیله دیگران کشته نشود. لذا بر پایه آموزه‌های اخلاقی اصالت فایده، مساعدت پزشک به خودکشی غیراخلاقی خواهد بود؛ چراکه رفاه هر عضو در جامعه به معاونت دیگران بستگی دارد و مساعدت پزشک به مرگ یک فرد به منافع عامه زیان وارد می‌سازد.

- بیمار و بستگان وی به دلیل اعتمادی که به پزشک دارند، بعضی اوقات اسرارشان را برای وی بازگو می‌کنند و یا این‌که پزشک به‌طور طبیعی پی به رازها و خواسته‌های آن‌ها می‌برد؛ بنابراین، اگر پزشک، به خودکشی بیمار مساعدت کند، ضرر و زیان آن در نهایت متوجه جامعه می‌شود؛ زیرا مردم تا آنجا که ممکن است، به پزشک مراجعه نمی‌کنند و در نتیجه مراجعه نکردن، سلامت و امنیت جامعه به خطر می‌افتد؛ از این‌رو، حمایت از منافع و مصالح عمومی جامعه و تأمین آسایش و سعادت نوع بشر، جرم‌انگاری مساعدت پزشک به خودکشی را در مقررات کیفری ضروری می‌نماید.

- در بسیاری از موارد افراد بیمار یا ناتوان جسمی، به طرز مناسبی در مورد شرایط جسمانی و وضعیت احتمالی بعدی (پیش‌آگهی بیماری) اطلاع‌رسانی نمی‌شوند. علت اصلی این است که در بسیاری از موارد پزشکان معالج قادر به پیش‌بینی دقیق سیر بیماری و مدت‌زمان دقیق زنده ماندن فرد نیستند (۳۸)؛ از این‌رو، احراز مدت‌زمان ۶ ماه به‌عنوان شرط نهایی بودن بیماری (End-Stage) در عمل با دشواری همراه بوده است.

- مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که بیمارانی که درخواست خودکشی با مساعدت پزشک داشته‌اند، فاقد آگاهی و ظرفیت لازم برای «تصمیم آگاهانه» بوده‌اند. درصد بالایی از

بیماران دچار «افسردگی» قابل‌درمان بوده‌اند که به‌ذاته فرد را مستعد اقدام به خودکشی می‌کند (۳۹).

- در بسیاری از موارد فرد بیمار خود توانایی انجام «خودکشی به‌تنهایی» (Suicide Alone) را دارد و به نظر می‌رسد پزشک به‌عنوان مشوق و برطرف‌کننده تردید بیمار در ختم دادن به زندگی خود عمل می‌کند. از این منظر نقش پزشک بر پایه قواعد و مقررات ناظر بر معاونت، معاونت در خودکشی بیمار خواهد بود. مگر قابلیت انتساب نتیجه به رفتار پزشک و شرایط سبب اقوی از مباشر، برابر موازین حقوقی نسبت به وی احراز شود.

- «دکترین تأثیر دوگانه» (Doctrine of Double Effect) پزشک می‌تواند به‌راحتی تحت تأثیر تفسیرهای شخصی قرار بگیرد؛ برای مثال، چه‌بسا افزایش مقدار مسکنی که به فرد برای تسکین درد داده می‌شود باعث رفع درد و انصراف بیمار از خودکشی بشود (۴۰).

- مساعدت پزشکان در خودکشی بیماران، مخالف اصول و قواعد اخلاق پزشکی است. قوانین اخلاق پزشکی از زمان‌های قدیم، به دنبال راهنمایی‌های اخلاقی برای اعضای حرفه پزشکی و برای محافظت از بیماران بوده است؛ قدیمی‌ترین آن‌ها نیز سوگند بقراط است که مبنایی برای کلیه قوانین اخلاقی پس از خود است. وی در سوگندنامه خود بیان می‌دارد: «من هرگز داروی کشنده به کسی نخواهم داد ولو این‌که از من بخواهد». در این میان، اگرچه به پزشک اجازه داده نشده که برخلاف نظر بیمار، به درمان اجباری او اقدام کند، لیکن بر پایه آموزه‌های وظیفه رایانه، پزشک موظف است که اولاً، برای قانع کردن بیمار برای انصراف از خودکشی از هیچ تلاشی فروگذار نکند و ثانیاً، از مساعدت با بیمار، به‌ویژه در مورد خودکشی خودداری کند.

- قانونی بودن خودکشی با مساعدت پزشک عواقب اجتماعی وخیمی به دنبال خواهد داشت. به‌سختی می‌توان مرز بین «قتل افراد ناتوان و بیمار» و خودکشی مساعدت شده را مشخص کرد. در صورتی‌که ناتوانی و بیماری شدید دلیل معقولی برای زنده نماندن و خودکشی باشد این موضوع می‌تواند به کودکان معلول ذهنی و جسمی و افراد بی‌سرپرست

شاید اصلی‌ترین دلیلی که موافقان به آن استناد می‌کنند، استقلال فردی و خودمختاری است (۴۳). از دیدگاه موافقان، عموم مردم می‌پذیرند که افراد از حق انتخاب برخوردارند و بر اساس اصل اخلاقی استقلال درون، به انتخاب دیگران احترام می‌گذارند؛ حتی اگر از نظر آن‌ها این انتخاب اشتباه و غیرقابل قبول باشد (۴۴). این در حالی است که نه انسان‌ها از حقی به نام «حق انتخاب مرگ» (Right to Choose Death) برخوردارند و نه وظیفه ذاتی پزشکان اقتضا می‌کند که آنان در خودکشی دیگران مساعدت کنند (۴۵).

به هر حال ناگفته پیداست که مسائل اخلاقی، مشعر بر این‌که آیا مساعدت پزشک به خودکشی ناصواب است یا خیر؟ و این‌که چه استثنائاتی را می‌توان وارد دانست؟ به هیچ وجه قاطعانه قابل حل و فصل نیست، چه نظر پیروان اصالت فایده و چه اصالت وظیفه و چه اخلاقیات مبتنی بر تقوا، ملاک قرار گیرد (۴۶). لذا جرم‌انگاری مساعدت پزشک به خودکشی هم با چالش‌های زیادی روبه‌روست؛ چراکه دیدگاه‌های متفاوتی در بایدها و نبایدهای اخلاقی آن وجود دارد که هر یک مبتنی بر مبانی فکری خاص خود است (۴۷).

نتیجه‌گیری

در حوزه اخلاق زیستی و حقوق، مساعدت پزشک به خودکشی بیمار با موانع بسیاری برای موجه کردن از نظر اخلاقی و جرم‌زدایی مواجه است. در حقوق ایران در زمینه خودکشی و خودکشی با مساعدت پزشک به‌طور اخص، خلأ قانونی مشهود است. با فرض مجرمانه بودن عمل خودکشی نیز، اطلاق معاونت جرم برای پزشک با چالش‌هایی مواجه است و تعمیم قانون جرایم رایانه‌ای به این موضوع از نظر منطقی و حقوقی منتفی است. تبعیت نظام حقوقی ایران از تئوری مجرمیت عاریه‌ای در بحث معاونت در جرم نیز از دیگر موانع قابل طرح است.

از این رو توصیه می‌شود با توجه به قبح شرعی و اخلاقی خودکشی و این‌که حق مرگ به‌صراحت در هیچ‌یک از اسناد بین‌المللی تضمین و مورد شناسایی قرار نگرفته است، در راستای تکریم کرامت انسانی و حق بر حیات و هم‌چنین

جامعه نیز به نحوی تعمیم داده شود. مشکلات اقتصادی در مراقبت از افراد سالخورده و ناتوان مؤسسات و بیمارستان‌ها را به سمت کاهش این بار اقتصادی از طریق رواج خودکشی می‌کشاند. تجویز قانونی خودکشی توسط پزشک، افراد مستعد را به علت برداشتن فشارهای اجتماعی، روانی و اقتصادی، که فرد به‌واسطه بیماری بر خانواده یا دوستان خود تحمیل کرده است، بیش‌تر به سمت خودکشی سوق می‌دهد. بعد از جرم‌زدایی خودکشی با مساعدت پزشک در ایالت اورگان آمریکا، میزان درخواست برای خودکشی به علت رفع بار بیماری (Relief of Burden) از ۱۷ درصد به ۲۵ درصد افزایش یافته است (۴۱).

با در نظر گرفتن موانع ذکرشده، موضع کشورها در خصوص جرم‌انگاری یا جرم‌زدایی خودکشی با مساعدت پزشک متفاوت است. خودکشی با مساعدت پزشک در انگلستان و ولز، آلمان و کانادا مطلقاً و در کشورهای نظیر سوئد، هلند، بلژیک و ایالت ویکتوریای استرالیا به صورت مشروط جرم‌انگاری شده است. اگرچه غالب ایالت‌های متحده آمریکا آن را جرم می‌دانند، اما ایالت‌های کلرادو، اورگان، واشینگتن، ورمانت، مونتانا و کالیفرنیا همانند کشورهای سوئیس، کلمبیا، لوکزامبورگ و هند در جهت قانونمندسازی آن گام‌هایی برداشته‌اند (جدول شماره ۱). هرچند در اورگان آمریکا و کشور سوئد، خودکشی توسط پزشک، به شرح مندرجات جدول ۱ در برخی از فرم‌های ویژه آن جرم‌انگاری شده است، با این حال شرایط نسبتاً سختی برای اجرای آن اعمال شده، به‌طوری‌که احراز آن برای پزشک و بیمار به‌سهولت امکان‌پذیر نیست.

موافقان خودکشی با مساعدت پزشک چنین عنوان می‌کنند که وظیفه اصلی طبیب برطرف کردن درد است با هر نوع اقدامی که لازم باشد، هرچند این اقدام شامل یاری رساندن برای مرگ وی شود (تئوری تأثیر دوگانه). از طرف دیگر، یکی از دلایل مهم درخواست بیماران برای خودکشی از بین رفتن عزت و شرف انسانی (Loss of Dignity) با پیشرفت بیماری و افزایش ناتوانی بوده است (۴۲). مراقبت کامل از بیمار و درمان وی بدون در نظر گرفتن خواست و نظر بیمار، شاید از نظر پزشکی اقدامی غیراخلاقی محسوب شود.

معضلات اخلاقی و اجتماعی مترتب بر خودکشی با مساعدت پزشک، قانون‌گذار به جرم‌انگاری مستقل مساعدت در خودکشی به‌طور عام و مساعدت پزشک به خودکشی بیمار داوطلب برای خودکشی و شرایط آن به‌طور خاص، اقدام کند؛ چراکه از منظر اصول اسلامی، نه انسان از چنین حقی برخوردار است و نه وظیفه ذاتی پزشک اقتضا می‌کند که در خودکشی دیگران مساعدت کند.

جدول ۱: قانونی یا غیرقانونی بودن مساعدت به خودکشی در کشورهای مورد مطالعه

ردیف	کشور	قانونی / غیرقانونی	توضیحات
۱	سوئیس	قانونی	قانونی شدن کمک به خودکشی از سال ۱۹۴۱ حتی برای افراد خارجی
۲	سوئد	غیرقانونی	از دهه ۱۹۶۰ برخی تصمیمات قضایی مساعدت به خودکشی را تحت شرایط خاصی مجاز می‌داند (اگر بیمار در مراحل پایانی زندگی باشد یا تزریق دارو به بیمار بی‌فایده و دردآور باشد و پزشک نیاز مرگ آرام فردی را تأیید کند) ولی به‌طور رسمی هنوز این عمل یک اقدام جنایی است
۳	هلند	قانونی	در سال ۲۰۰۲ حق پایان دادن به زندگی قانونی شد. لیکن پزشک باید متقاعد شود که درخواست بیمار داوطلبانه و با در نظر گرفتن همه جوانب است. محدودیت سنی برای اتانازی وجود ندارد. اما کودکان باید توانایی تصمیم‌گیری منطقی داشته و در حال گذراندن مراحل پایانی بیماری لاعلاج باشند. والدین کودکان زیر ۱۸ سال هم باید رسماً رضایت خود را اعلام کنند
۴	بلژیک	قانونی	محدودیت سنی برای اتانازی وجود ندارد. اما کودکان باید توانایی تصمیم‌گیری منطقی داشته و در حال گذراندن مراحل پایانی بیماری لاعلاج باشند. والدین کودکان زیر ۱۸ سال هم باید رسماً رضایت خود را اعلام کنند برای افراد بالغ دارای شرایط پزشکی ویژه
۵	هند	غیرقانونی	خودکشی در هند غیرقانونی بود و در صورت زنده ماندن می‌بایست تا ۱ سال زندانی شود یا جریمه بپردازد. این قانون در سال ۲۰۱۴ لغو شد
۶	لوکزامبورگ	قانونی	به روش غیرمستقیم قانونی است
۷	کلمبیا	قانونی	به روش غیرمستقیم قانونی است
۸	ایالات متحده آمریکا	قانونی	در ایالت‌های کلرادو و اورگان (۱۹۹۴)، واشینگتن (۲۰۰۸)، ورمانت (۲۰۱۳)، مونتانا و کالیفرنیا (۲۰۱۶) به روش غیرمستقیم قانونی است
		غیرقانونی	۹۷ ایالت آمریکا، مساعدت در خودکشی را جرم انگاری نموده‌اند
۹	استرالیا	قانونی	بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۶ در ایالت قلمرو شمالی قانونی بود
		قانونی	در سال ۲۰۱۷ در ایالت ویکتوریا قانونی شد. مشروط به این که باید به بیماری لاعلاج مبتلا باشد. مجمع پزشکی استرالیا به شدت مخالف است
۱۰	کانادا	قانونی	استان کبک کانادا از سال ۲۰۱۶ امکان اتانازی را فراهم کرد
		غیرقانونی	قانون جنایی کانادا، مساعدت به خودکشی را در قسمت قتل آورده و راهنمایی کردن یک فرد برای خودکشی یا کمک به خودکشی را یک اقدام سزوار کیفر شناخته است و موافقت کسی که برای مرگ او تلاش شده است، ماهیت جنایی این عمل را تغییر نمی‌دهد. هرچند دادگاه عالی کانادا کمک پزشکی به خودکشی بیماران را ممنوع اعلام کرده بود؛ لیکن اول ژوئن ۲۰۱۶ قانون خودکشی با کمک پزشکی با ۱۸۶ رأی موافق در برابر ۱۳۷ رأی مخالف در مجلس عوام کانادا به تصویب رسید
۱۱	انگلستان و ولز	قانونی	جرم‌زدایی از خودکشی (ماده ۱ قانون خودکشی مصوب ۹ آگوست ۱۹۳۱)
		غیرقانونی	جرم انگاری مساعدت در خودکشی برابر بند ۱ ماده ۲ قانون خودکشی (قابل مجازات با حداکثر ۱۴ سال حبس)، به‌موجب بخش ۱ (۴) قانون قتل انگلستان هم کسی که متعاقب یک پیمان خودکشی که بین او و دیگری منعقد شده است دیگری را کشته یا در کشته شدن او توسط شخص ثالثی شرکت می‌کند، محکوم به ارتکاب قتل غیر عمد خواهد بود، نه قتل عمد

۱۲	آلمان	ماده ۲۱۷ قانون جزایی آلمان	مجازات زندان تا سه سال یا جریمه سنگین
۱۳	ایران	غیرقانونی به طور غیرمستقیم	هرچند دعوت به خودکشی از طریق سیستم‌های رایانه‌ای و مخابراتی برابر قانون جرایم رایانه‌ای جرم بوده، لیکن خودکشی با مساعدت پزشک، به طور خاص جرم انگاری نشده است

جدول ۲: خلاصه نتایج مطالعات انجام شده در کشور

ردیف	نام نویسنده	عنوان	سال	نتایج و پیشنهادها
۱	میرزایی	بررسی جزایی خودکشی و دعوت به خودکشی در قانون جرایم رایانه ای	۱۳۹۸	بر طبق قانون جرایم رایانه‌ای، برخی از صور معاونت در خودکشی به وسیله سیستم‌های رایانه‌ای و مخابراتی، جرم بوده و قابل مجازات هستند (۱۷)
۲	جودکی صادقی غنی میرزایی	خودکشی با مساعدت پزشک از منظر اخلاق، فقه و حقوق	۱۳۹۵	از منظر اکثر اخلاقیون و حقوق دانان، خودکشی با کمک پزشک، غیراخلاقی و جرم است (۶)
۳	میر محمدصادقی و ایزدیار	خودکشی مساعدت شده پزشکی: از مبانی جرم انگاری تا واکنش کیفری	۱۳۹۴	تکریم حیات انسانی و پیش گیری از پدیده انحرافی خودکشی، مستلزم جرم انگاری «خودکشی مساعدت شده پزشکی» است (۱۸)
۴	ملکی و همکاران	جرم انگاری اکراه در خودکشی و رویکرد قانون مجازات اسلامی ایران	۱۳۹۴	اکراه به خودکشی در ماده ۳۷۹ قانون مجازات اسلامی جرم انگاری شده است (۱۹)
۵	میر محمدصادقی و ایزدیار	مطالعه تطبیقی خودکشی مساعدت شده پزشکی در حقوق ایران، انگلستان و آمریکا	۱۳۹۳	خودکشی مساعدت شده پزشکی در انگلستان، مطلقاً جرم انگاری شده و در چهار ایالت اورگان، واشنگتن، ورمونت و مونتانا آمریکا آن را قانون مند ساخته‌اند. لیکن در ایران با خلأ تقنینی مواجه هستیم (۱۶)
۶	شاکری و رستگاری	جرم دعوت به خودکشی در حقوق کیفری ایران	۱۳۹۲	دعوت به خودکشی با ابزارهای رایانه‌ای یا مخابراتی یا حامل‌های داده‌ای جرم است (۲۰)

References

1. Durkheim E. Suicide. Translated by Salarzadeh Amiri N. 1st ed. Tehran: Allameh Tabataba'i University Press; 1999. p.44. [Persian]
2. Edelstein L. The Hippocratic Oath: Classical Version; Text, Translation & Interpretation. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1943.
3. Ryan CJ, Kaye M. Euthanasia in Australia- the Northern Territory Rights of the Terminally Ill Act. *The New England Journal of Medicine* 1996; 334(5): 326-328.
4. Rahbarpour MR. The Concept of Bioethics & its Territory. *Bioethics Journal* 2011; 1(1): 13-48. [Persian]
5. Imam Hadi M, Jalilvand M, Nourshafiei S. Euthanasia: Assistive suicide. 1st ed. Tehran: Educational, Research & Treatment Center for Tuberculosis & Pulmonary Diseases; 2007. p.3-4. [Persian]
6. Jodaki B, Sadeghi M, Ghani K, Mirzaei M. Physician-Assisted Suicide from the Perspective of Ethics, Jurisprudence & Law. *Iranian Journal of Medical Ethics & History of Medicine* 2016; 9(4): 14-29. [Persian]
7. Ward K. Differentiating Assisted Suicide & Euthanasia & Country Gazette. New York: North Country Gazette; 2006. Available at: <https://www.northcountrygazette.org>. Accessed October 6, 2019.
8. Kamm F. Physician-Assisted Suicide, Euthanasia & Intending Death, Cited in Battin, Margaret, Expanding the Debate. New York: Routledge; 1998. p.29-31.
9. Keown J. Euthanasia, Ethics & Public Policy: An Argument against Legalisation. Cambridge CB2 2RU United Kingdom: Cambridge University Press; 2002. p.33.
10. Dworkin G, Frey RG, Bok S. Euthanasia & Physician-Assisted Suicide: For & Against. Cambridge CB2 1RP United Kingdom: Cambridge University Press; 1998. p.43-63.
11. Cormack M. Euthanasia & Assisted Suicide in the Post-Rodriguez Era: Lessons from Foreign Jurisdictions. *Osgood Hall Law Journal* 2000; 38(4): 591-641.
12. Criminal Code. RSC, 1985, SS 14, 222, 229, 241.
13. Lavery JV, Dickens BM, Boyle JM, Singer PA. Bioethics for Clinicians: 11. Euthanasia & Assisted Suicide. *Canadian Medical Association Journal* 1997; 156(10): 1405-1408.
14. Cormack M. Euthanasia & Assisted Suicide in the Post-Rodriguez Era: Lessons from Foreign Jurisdictions. *Osgood Hall Law Journal* 2000; 38(4): 591-641.
15. Rachels J. Active & Passive Euthanasia. *The New England Journal of Medicine* 1975; 293: 78-80.
16. Mir Mohammad Sadeghi H, Izadyar A. A Comparative Study of Physician-Assisted Suicide in Iran, British & American Law. *Medical Law Journal* 3014; 8(28): 11-42. [Persian]
17. Mirzaei M. Criminal Investigation of Suicide & Invitation to Suicide in the Cybercrime Act. *Legal Aid Legal Research Journal* 2019; 2(5): 141-174. [Persian]
18. Mir Mohammad Sadeghi H, Izadyar A. Physician Assisted Suicide: From Foundations of Criminalization to Penal Reaction. *Medical Law Journal* 2015; 9(32): 161-205. [Persian]
19. Maleki A, Noorani Y, Nabipour M, Hedayati A. Criminalization of Suicide & Reluctance to Approach the Islamic Penal Code of Iran. Paper presented at: Second Electronic Conference on Modern Research in Science & Technology. Kerman: Islamic Azad University Kerman Branch; 2018. Available at: <http://www.emaconf.com/14science/fa>. Accessed October 6, 2019. [Persian]
20. Shakeri A, Rastegari M. Crime Invitation to Suicide in Iran Criminal Law. *Criminal Law Research J* 2013; 2(4): 87-106. [Persian]
21. Norbah R. The Field of Public Penal Law. 22th ed. Tehran: Ganj Danesh Publications; 2008. p.204. [Persian]
22. Islamic Penal Code. 2013. [Persian]
23. Sadeghi M H. Specific Penal Law; Crimes against Individuals (Physical Injuries). 22th ed. Tehran: Mizan Publishing; 2010. p.65-66. [Persian]
24. Guldouzian I. Implementation of the Islamic Penal Code under the Law of 2013. 2nd ed. Tehran: Majd Publications; 2015. p.358. [Persian]
25. Cybercrime Act. 2009. [Persian]
26. Sarvipour P. Investigation of Suicide from the Perspective of Criminal Jurisprudence & Criminal Law of Iran. *Reform and Education J* 2010; 98: 18-25. [Persian]
27. Okasha A, Okasha T. Suicide & Islam. In Oxford Textbook of Suicidology & Suicide Prevention. Edited

- by Wasserman D, Wasserman C. United Kingdom: Oxford University Press; 2011. Chapter.8.
28. Rezaeian M, Vazirinejad R, Tabatabaie S, Salem Z, Esmaili A. Suicide in Islamic Faith. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2007; 6(4): 15-30. [Persian]
29. Suicide Statistics. Available at: <https://www.befrienders.org/suicide-statistics>. Accessed April 3, 2020.
30. The Geography of Suicide in Iran. Available at: <https://www.eghtesadonline.com/n/1rjI>. Accessed October 6, 2019.
31. Tusi MH. Al-Khalaf fi al-Ahkam. Qom: Institute of Islamic Publication; 1990. Vol.3 p.148. [Arabic]
32. Naraqi AMM. Consequences of Time in Expressing the Rules of Ordinances & Ammunition of Lawful & Forbidden Matters. 2nd ed. Qom: School of Basirati; 1987. [Arabic]
33. Bojnourdi S M H. Al-Qua'ad al-Faghiyyah. Qom: Al-Hadi Publishing; 1998. Vol.1 p.119. [Arabic]
34. Lankrani SMF. *Al-Qua'ad al-Fiqhiyyah*. 4th ed. Qom: Jurisprudent Center of Imams (AS); 2012. p.449. [Arabic]
35. Mohaghegh Damad M. Rules of Jurisprudence; Criminal Division. Tehran: Islamic Science Publishing Center; 2015. Vol.4 p.139. [Arabic]
36. Montazeri HA. Lessons in Forbidden Business. Qom: Tafakor Publishing; 1994. Vol.1 p.248. [Arabic]
37. Moghaddasi MB, Yazdani J. Patients Protection in the Light of Principles of Criminalization. *Medical Law Journal* 2018; 12(44): 27-53. [Persian]
38. Sobsey D. 12 Problems with Assisted Suicide. The Broadreach Centre. Canada: University of Alberta; No Date. Available at: http://www.broadreachtraining.com/advocacy/euth_12rsns.htm. Accessed November 29, 2013.
39. Price A, McCormack R, Wiseman T, Hotopf M. Concepts of Mental Capacity for Patients Requesting Assisted Suicide: A Qualitative Analysis of Expert Evidence Presented to the Commission on Assisted Dying. *BMC Medical Ethics Journal* 2014; 15(32): 2-11.
40. DG Frost T, Sinha D, Gilbert JB. Should Assisted Dying be Legalized? *Philosophy, Ethics & Humanities in Medicine* 2014; 9(3): 1-5.
41. Hedberg K, Kohn M. Fifth Annual Report on Oregans Death with Dignity Act. Department of Human Services Office of Disease Prevention & Epidemiology. United States: Massachusetts Medical Society; 2003. P.21.
42. McCrudden C. Human Dignity & Judicial Interpretation of Human Rights. *The European Journal of International Law* 2008; 19(4): 655-724.
43. Preston T, Gunderson M, Mayo DJ. The Role of Autonomy in Choosing Physician Aid in Dying, Cited in Quill, T.E & Battin, M.P (eds), Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press; 2004. p.39.
44. Mogg M. The Right to Decide. *Australian Nursing Journal* 2006; 13(8): 18-21.
45. Zare M. Comparative Study of Deterrence from Voluntary Active Euthanasia. *Medical Law Journal* 2010; 4(13): 63-85. [Persian]
46. Mohaghegh Damad M. Suicide from the Perspective of Practical Wisdom; Philosophy of Ethics & Islamic Jurisprudence. *Medical Ethics Journal* 2008; 2(4): 13-44. [Persian]
47. Madani M, Madani E. The Theoretical Basics of (Ethical, Philosophical & Jurisprudential) Refusing Treatment. *Iranian Journal of Medical Ethics & History of Medicine* 2013; 6(5): 12-23. [Persian]