

مطالعه تطبیقی خودکشی مساعدت‌شده پزشکی در حقوق ایران،

انگلستان و آمریکا

حسین میرمحمدصادقی^۱

علی ایزدیاری^۲

چکیده

امروزه «خودکشی مساعدت‌شده پزشکی» از جمله موضوعات مهم و قابل تأمل در حوزه حقوق پزشکی به شمار می‌آید که همواره کانون توجه اندیشمندان و صاحب‌نظران این عرصه بوده است. عمده مباحث مطروحه پیرامون این موضوع، دائر مدار «حق انتخاب مرگ» برای بیماران است. در این نوشتار، فارغ از دیدگاه‌های نظری موافقان و مخالفان این پدیده، به مطالعه تطبیقی سیاست‌گذاری‌های جنایی کشورهای انگلستان و آمریکا در مواجهه با این مسأله پرداخته شده و در نهایت، وضعیت حقوقی ایران نیز در این زمینه مورد نقد و واکاوی قرار گرفته است.

واژگان کلیدی:

خودکشی، پزشک، معاونت، انگلستان، آمریکا.

۱- استاد و مدیرگروه حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

۲- کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی (نویسندهٔ مسؤول).

پست الکترونیک: izadyara@yahoo.com

نوع مقاله: مروری تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۷ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۳/۴/۱۰

مقدمه

آمار فزاینده و روز افزون خودکشی در جهان معاصر از یک سو، و ارتکاب برخی از این خودکشی‌ها با مساعدت پزشکان و اطلاعات و امکانات پزشکی، از سوی دیگر، موجب اهمیت یافتن موضوع «خودکشی مساعدت‌شده پزشکی» در میان مطالعات حقوق پزشکی شده است. افزون بر این، آن دسته از پزشکانی هم که خواهان مشارکت در مرگ بیماران هستند، غالباً به «مساعدت در خودکشی» که در برخی از نظام‌های حقوقی - مثل ایران - به دلیل خلاءهای قانونی قابل مجازات نیست، تمایل بیشتری نشان می‌دهند تا «اتانازی» که در اکثریت قریب به اتفاق جوامع مستوجب مجازات است.

در نتیجه، این امر اقتضا دارد که در وهله اول، ضرورت یا عدم ضرورت جرم‌انگاری خودکشی مساعدت‌شده پزشکی مورد بررسی قرار گیرد و در صورت لزوم پاسخ‌دهی کیفری به این پدیده، به چگونگی این امر که از اهمیت به سزایی هم برخوردار است، پرداخته شود. موضوع اول، یعنی ضرورت داشتن یا نداشتن جرم‌انگاری مساعدت در خودکشی دیگری، مستلزم بررسی دلایل موافقان و مخالفان این پدیده، از منظر اخلاق، حقوق بشر، ادیان و مکاتب فکری خواهد بود، که طرح آن فرصت و مجال دیگری را می‌طلبد. لذا این نوشتار، با فرض ضرورت جرم‌انگاری خودکشی مساعدت‌یافته پزشکی، درصدد تبیین موضوع دوم، یعنی نحوه جرم‌انگاری این پدیده برآمده است. بدین منظور و با عنایت به اهمیت مطالعات تطبیقی در پژوهش‌های حقوقی، در این پژوهش، ابتدا با رویکردی تطبیقی، واکنش کیفری نظام‌های حقوقی انگلستان (بخش اول) و سپس آمریکا (بخش دوم) خودکشی مساعدت‌یافته پزشکی را بررسی خواهیم کرد و در نهایت، رویکرد حقوق کیفری ایران به این پدیده را ارزیابی می‌نماییم (بخش سوم).

الف) رویکرد حقوق کیفری انگلستان نسبت به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی

در انگلستان و ولز، خودکشی، به موجب ماده ۱ قانون خودکشی^۱ مصوب ۳ آگوست ۱۹۶۱، دیگر جرم محسوب نمی‌شود؛ اما مساعدت در خودکشی، هم در انگلستان و ولز به موجب قانون موضوعه، و هم در اسکاتلند به موجب قانون عرفی (غیرمدون)، جرم شناخته می‌شود. (McLean, 2007, p141). مطابق بند ۱ ماده ۲ قانون خودکشی، هرگونه معاونت در این عمل با حداکثر ۱۴ سال حبس قابل مجازات است. این جرم سابقاً 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،^۲ در این مورد نیز در ماده دوم قانون مزبور به کار رفته بود؛^۳ اما در حال حاضر، به موجب ماده ۵۹ قانون پزشکان قانونی و عدالت^۴ مصوب سال ۲۰۰۹، اصلاحاتی در این خصوص صورت گرفته است.^۵ یکی از این اصلاحات، ناظر به رفتار فیزیکی جرم است که قانون‌گذار عبارت «رفتار تشویق‌آمیز و مساعدت‌کننده» را جایگزین رفتارهای چهارگانه مذکور در بند ۱ ماده ۲ قانون خودکشی کرده است. از سوی دیگر، به موجب این اصلاحیه، ابهام موجود در بند ۲ ماده ۲ قانون خودکشی سال ۱۹۶۱ نیز به نحو مطلوبی رفع شده است. سابقاً این بند قانونی مقرر می‌داشت: اگر در محاکمه‌ای با اتهام قتل عمد یا قتل غیرعمد، ثابت شود که متهم هر نوع معاونتی (اعم از کمک، مساعدت، ارائه مشاوره یا تسهیل) در خودکشی شخص مورد بحث نموده است، هیأت منصفه می‌تواند وی را مقصر در آن جرم بشناسد. در حالی که مطابق آموزه‌های حقوق کیفری، میان جرم قتل (چه عمدی و چه غیرعمدی) و جرم خودکشی

مساعده شده، از حیث نحوه مداخله مجرم در مرگ قربانی، تفاوت اساسی وجود دارد؛ به این معنا که مداخله مجرم در مورد اول به نحو مباشرت و در مورد دوم به شکل معاونت صورت می‌گیرد و خلط این دو جرم، موجب نقض غرض قانون‌گذار از وضع این قانون می‌شود. به همین دلیل، بند ۳ ماده ۵۹ قانون پزشکان قانونی و عدالت، این اشکال را به این صورت رفع نمود که اگر در محاکمه‌ای با اتهام قتل عمد یا قتل غیرعمد یک شخص، ثابت شود که متوفی خودکشی کرده و متهم در ارتباط با آن خودکشی، مرتکب جرمی به موجب بند ۱ شده است، هیأت منصفه می‌تواند متهم را به موجب بند ۱ مقصر جرم بشناسد.

البته، در عمل، پرونده‌هایی با موضوع اتانازی و خودکشی مساعده شده، به ندرت به دادگاه‌ها کشیده می‌شوند و آن دسته از پرونده‌هایی هم که در دادگاه مطرح می‌شوند، متضمن اقدامات افراطی افراد هستند؛ با این حال، رویکرد دادگاه‌ها در برخورد با این پدیده، به طور کلی مبتنی بر تسامح و ملایمت، هم در مرحله تعقیب و هم در مرحله تعیین مجازات است. این موضوع را برخی از نویسندگان بدین شرح بیان داشته‌اند:

«تعداد کثیری از معدود افرادی که در چنین شرایطی با اتهامات قتل عمد،^۶ قتل غیرعمد^۷ یا آدم‌کشی مجرمانه (قابل مجازات)^۸ به دادگاه آمده‌اند، نهایتاً به چیزی بیش‌تر از «استفاده از داروهای درمانی با دوز بالا» متهم نشده‌اند و کلیه احکام قضایی مرتبط، عدم تمایل هیأت‌های منصفه انگلستان را در مجرم دانستن یک پزشک به جرایم جدی، زمانی که این اتهام صرفاً از تجویز پزشکی وی نشأت گرفته باشد، نشان می‌دهند» (Mason, Laurie, 2005, p602).

در برخی موارد دادگاه‌ها از مجازات افرادی که به دیگران در مردن کمک کرده‌اند، با استفاده از اصل تأثیر دوسویه^۹ صرف‌نظر می‌کنند.^{۱۰} به نمونه‌هایی از

این مورد نیز می‌توان اجمالاً اشاره کرد. در نوامبر سال ۲۰۰۰، پزشکی به نام «مور»^{۱۱} علی‌رغم این که پذیرفت دوز مرگ‌آوری از داروها را برای بسیاری از بیماران تجویز کرده است، از اتهام قتل عمد تبرئه شد. اگرچه او ادعا کرد که قصدش تنها تسکین دادن درد بوده- یعنی از اصل تأثیر دوسویه استفاده کرده است- اما این حقیقت که او متهم شناخته شده و تحت تعقیب قرار گرفته بود، نشان می‌دهد که جریان چیزی فراتر از این بوده است (McLean, 2007, p142) در سال ۲۰۰۲، آنی لیندسل^{۱۲} از دادگاه عالی درخواست کرد که حکمی صادر کند تا زمانی که درد ناشی از بیماری اعصاب حرکتی وی حاد و بحرانی می‌شود، دوز بالایی از داروی کاهش‌دهنده درد برای وی استفاده شود؛ اما زمانی که او مطمئن شد اصل تأثیر دوسویه در شرایط مشابه او قابل اجراست، پی‌گیری پرونده متعاقباً رها شد (McLean, 2007, p14).

در موارد دیگر هم که اصل تأثیر دوسویه در آن‌ها مصداق نمی‌یابد، رویکرد ارفاقی و مبتنی بر تسامح، مدنظر دادگاه‌ها قرار می‌گیرد. برای مثال، در یک پرونده (R v Carr)، پزشکی که دوز بسیار بالایی از فنوباریتون^{۱۳} را به بیماران مبتلا به بیماری لاعلاج تزریق کرده بود، از اتهام شروع به قتل عمد تبرئه شد (The Sunday Times, 30.11.1986). در مورد دکتر نیگل ککس^{۱۴} نیز که کلریدپتاسیم را به بیماری پس از درخواست‌های مکرر از او جهت مساعدت در مرگش، تزریق کرده بود، یک حکم محکومیت تعلیق شده صادر شد و اجازه ادامه طبابت، البته تحت برخی محدودیت‌های خاص، به وی داده شد (R v Cox, 1992, 38). دکتر ککس، برخلاف دکتر مور که دادگاه اقدام او را قانونی شناخته بود، نمی‌توانست از دفاع تأثیر دوسویه استفاده کند. در همین زمینه، دادگاه مقرر داشت: «اگر یک پزشک حقیقتاً باور داشته باشد که یک دوره خاصی، چه از لحاظ

درمانی و چه از لحاظ تسکین و کاهش درد، برای بیمار سودمند است، حتی اگر تشخیص دهد که این دوره با خود خطر تهدید حیات را به همراه دارد، با این وجود، او کاملاً صاحب حق قانونی برای پی‌گیری آن است. حال اگر در این شرایط بیمار بمیرد، هیچ‌کس نمی‌تواند به هیچ وجه بگوید که در آن موقعیت، پزشک مرتکب قتل یا شروع به قتل شده است» (R v Cox, 1992,41). از سوی دیگر، «اگر پزشک با هدف اولیه کشتن بیمار یا تسریع در مرگ او، کلریدپتاسیم را تزریق کرده باشد، مرتکب جرم اتهامی شده است» (R v Cox, 1992,39) زیرا هیچ منطق درمانی برای استفاده از کلریدپتاسیم وجود ندارد و دکتر ککس می‌توانسته است این تزریق را با قصد «موجب مرگ بیمار شدن» انجام داده باشد. همان‌طور که قاضی به طور مختصر و مفید خطاب به هیأت منصفه بیان کرده است: «آن‌چه که هرگز نمی‌تواند قانونی باشد، استفاده از داروها با هدف اولیه تسریع بخشیدن زمان مرگ است» (R v Cox, 1992,41).

پرونده‌هایی که در بالا مطرح شدند، نشان می‌دهند که - خواه قانون ادعا کند که با تمامی قتل‌ها به یک شکل رفتار می‌کند و خواه چنین ادعایی نداشته باشد- وقتی قتل صورت گرفته یک قتل ترحم‌آمیز است، به نظر می‌رسد که دادستان‌ها، دادگاه‌ها و هیأت‌های منصفه، درصدد تمایز قائل شدن میان این مورد از دیگر انواع قتل، هم از حیث تعقیب و هم از حیث محکومیت، هستند. بنابراین، نه تنها تعقیب یک قتل واقعاً ترحم‌آمیز بعید به نظر می‌رسد، بلکه حتی در جایی که تعقیبی هم صورت می‌گیرد، قصد ظاهراً دلسوزانه و ترحم‌آمیز مرتکب، احتمالاً منجر به تعیین یک محکومیت سبک و ملایمی خواهد شد.

البته این موضع حقوق انگلستان، مورد انتقاد برخی از حقوق‌دانان قرار گرفته است. آنان با طرح این سؤال که چه اهدافی از جرم‌انگاری یک رفتار و سپس

نادیده گرفتن یا بخشیدن آن در عمل، از سوی قانون گذار دنبال می‌شود؟ به بیان انتقادات خویش پرداخته‌اند. به عنوان نمونه، پرفسور شیلا مک لین، مدیر مؤسسه حقوق و اخلاق پزشکی در دانشگاه گلاسگو، بر این باور است که ضرورت جرم‌انگاری مستقل مساعدت در مرگ، قابل بحث است. به اعتقاد او، در پرونده‌هایی که انگیزه مرتکب مشکوک یا شرورانه است، قانون قتل قابل استفاده خواهد بود و از قضا اتهام مناسبی هم به شمار می‌رود. از سوی دیگر، در پرونده‌های مساعدت در مرگ مبتنی بر رضایت، اصرار بر تعقیب یا محاکمه‌ای که به احتمال قریب به یقین در نهایت به یک مجازات جزئی منتهی شده و یا هیچ مجازاتی را برای مرتکب آن به همراه نخواهد داشت، غیرالزامی و بی‌فایده به نظر می‌رسد. مضافاً بر این که این رویکرد از نظر ارج نهادن به قانون نیز چیزی اضافه نمی‌کند (McLean, 2007, p144). به نظر نگارندگان، انتقاد فوق بر جرم‌انگاری مستقل خودکشی مساعدت‌شده، وارد نمی‌باشد و اساساً طرح چنین انتقادی ناشی از عدم تمیز میان سیاست‌های تقنینی و قضایی یک کشور در برخورد با جرایم مختلف است. به بیان دیگر، این واقعیت که رویکرد محاکم در مقابله با خودکشی مساعدت‌شده، رویکردی ارفاقی و مبتنی بر تسامح است، هرگز نمی‌تواند به معنای نفی مطلق ارزش‌های نهفته در جرم‌انگاری این رفتار باشد. زیرا، اولی در حوزه سیاست قضایی و دومی در حوزه سیاست تقنینی مورد بحث قرار می‌گیرند. در حقیقت، جرم‌انگاری این پدیده از یک سو، متکی بر مبانی مستحکم اخلاقی، دینی و حقوق بشری بوده و از سوی دیگر، منطبق با اصول توجیه‌کننده جرم‌انگاری - مثل اصل صدمه و اصل پدرسالاری قانونی - است. این که برخی به این دلیل که با مبانی نظری و جرم‌انگاری این رفتار موافق نیستند، با جرم دانستن آن مخالفت می‌نمایند، نه تنها ایرادی ندارد، بلکه اختلاف در مباحث نظری همواره وجود

داشته و دارد؛ اما این استدلال که چون در عمل، دادگاه‌ها با این پدیده برخورد جدی و مناسبی ندارند، پس ضرورتی جهت جرم‌انگاری آن وجود ندارد، استدلالی محکم و منطقی به نظر نمی‌رسد. علاوه بر این، مساعدت کردن در خودکشی دیگری - با قطع نظر از انگیزه مرتکب - اصولاً مصداق قتل و دیگرکشی نخواهد بود. در نتیجه، این عقیده که اگر انگیزه مرتکب مظنون و مشکوک باشد، می‌توان به قانون قتل استناد کرد نیز خالی از اشکال نیست.

موضع حقوق انگلستان نسبت به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی، در سال‌های اخیر موجب ترویج پدیده‌ای موسوم به «توریسم خودکشی» شده است. به این معنا که آن دسته از مردم انگلستان که درصدد اخذ مساعدت‌هایی جهت ارتکاب خودکشی هستند، به دلیل محدودیت‌های قانونی که در این زمینه در حقوق انگلستان وجود دارد، به خارج از انگلستان، یعنی کشورهایی که طبق قوانین آن‌ها مساعدت در خودکشی دیگری قانونی است، سفر می‌کنند. مقصد اولیه این افراد نیز غالباً کشور سوئیس می‌باشد؛ زیرا در کشورهای مثل سوئیس، نه تنها قانون در این مورد برخورد ملایم‌تری را برگزیده است،^{۱۵} بلکه کلینیک‌هایی برای کمک به افرادی که مایل به سلب حیات از خود باشند، تأسیس شده است که با شرایطی این کار را تسهیل می‌کنند.^{۱۶} لذا گاه اتباع انگلیسی که برای خودکشی نیازمند کمک دیگران هستند، به سوئیس سفر می‌کنند و در آن‌جا از مساعدت نزدیکان یا پزشکان برای سلب حیات خود بهره‌مند می‌شوند (میرمحمدصادقی، ۱۳۹۲، ص ۷۰). برای مثال، روزنامه دیلی میل، چاپ لندن، در یکی از شماره‌های خود از انجام تحقیقات به وسیله پلیس انگلستان در مورد یک پزشک عمومی که با بیماران خود چنین قراری را برای سفر به سوئیس و بستری شدن در یکی از کلینیک‌های شهر زوریخ جهت

خودکشی می‌گذاشته است، خبر می‌دهد (Daily Mail, 26.1.2006) این پزشک،^{۱۷} در مصاحبه با خبرنگار این روزنامه، کار خود را کاملاً انسانی دانسته و اظهار داشته است: بعضی از بیمارانش، قبل از مرگ، طی نامه‌هایی که برای او ارسال کرده‌اند از راهنمایی و مساعدت وی برای خودکشی آن‌ها تشکر کرده‌اند. همین روزنامه، از وضعیت زن^{۱۸} شصت و شش ساله‌ای گزارش می‌دهد که به دلیل بیماری صعب‌العلاج خود به همراه دو دختر و یک پسرش به زوریخ سفر می‌کنند و پس از آن‌که در طول روز باهم به نقاط دیدنی شهر می‌روند، در هنگام شب گرد میز شام جمع می‌شوند و مادر در میان اندوه فرزندان، مایع مسمومی را که با کمک آن‌ها تهیه شده است، سر می‌کشد و جان می‌بازد (میرمحمدصادقی، ۱۳۸۹، ص ۱۷) این زن - که یک پزشک بازنشسته بوده - تصمیم خود را بدین شکل شرح داده است: «به منظور حصول اطمینان از این‌که می‌توانم دارویی را مصرف کنم که مرا خواهد کشت، باید قبل از این‌که کاملاً توانایی‌ام را برای سفر کردن از دست بدهم، به کشور سوئیس سفر کنم. اگر می‌دانستم وقتی که اوضاع بد شود، من می‌توانم درخواست خودکشی مساعدت‌شده را در انگلستان داشته باشم، لازم نبود قبل از این‌که کاملاً آماده‌ی انجام این کار باشم، اقدام به مردن نمایم» (O'Neill).

نکته مهمی که در همین راستا باید مورد توجه قرار گیرد، آن است که چنان‌چه فردی جهت اخذ مساعدت در خودکشی، به خارج از انگلستان سفر نماید؛ آیا نزدیکان و دوستان وی که در این سفر او را همراهی کرده‌اند، در بازگشت به انگلستان، به استناد نقض ماده ۲ قانون خودکشی، قابل تعقیب و به تبع محاکمه خواهند بود؟ واقعیت امر آن است که تاکنون، اشخاصی که فردی را بدین منظور همراهی نموده‌اند، در بازگشت به انگلستان، از سوی دادستانی تحت تعقیب قرار نگرفته‌اند (McLean, 2007, p143). به عنوان مثال، رگینلادکرو^{۱۹} و

جان کلوز^{۲۰} از نخستین اتباع بریتانیایی بودند که آشکارا به قصد خودکشی به سوئیس سفر کردند. در هر دو پرونده، تعقیب اعضای خانواده این دو نفر مطابق با مصلحت عمومی تشخیص داده نشد. حال این که چه فاکتورهایی جهت عدم تعقیب مورد توجه دادستان قرار گرفته، مبهم است و این ابهام خود منجر به ابهام دیگری خواهد شد که آیا اساساً اگر شخصی در کشوری که مساعدت در خودکشی دیگری در آن جا قانونی است، در خودکشی فردی مساعدت نماید، از نظر حقوق انگلستان، مجرم شناخته می‌شود یا خیر؟ در پرونده دانیل جیمز،^{۲۱} نکاتی در ارتباط با فاکتورهای مناسبی که مورد توجه قرار می‌گیرد، ارائه شده است. دانیل جیمز، در سپتامبر سال ۲۰۰۸، به همراه والدینش و به قصد ارتکاب خودکشی به سوئیس سفر کرده بود. والدین و یک دوست خانوادگی *دانیل*، در بازگشت به انگلستان، به خاطر نقش خود در مرگ وی، مورد تحقیق و بازجویی قرار گرفتند. دادستان بر این باور بود که دلایل و شواهد کافی برای تعقیب، به موجب بند ۱ ماده ۲، وجود دارد. اما با این حال، فاکتورهای مصلحت عمومی در خصوص عدم تعقیب، از این شواهد و دلایل مهم‌تر و سنگین‌تر بودند. زیرا *دانیل*، از لحاظ ذهنی اهلیت و صلاحیت کامل داشت، سابقاً اقدام به خودکشی کرده و بدین ترتیب موجبات اضطراب و پریشانی والدین خود را فراهم کرده بود. والدین او از مرگ وی هیچ منفعتی کسب نمی‌کردند و بارها تلاش کرده بودند که او را ترغیب نمایند تا به حیاتش خاتمه ندهد. لذا بعید به نظر می‌رسید که دادگاه‌ها مجازات حبس قابل توجهی را به آنان تحمیل نمایند (Hambly). این پرونده، یک پرونده استثنایی بود؛ از این جهت که برای نخستین بار، دلایلی برای تحت تعقیب قرار ندادن، به طور آشکار در آن منتشر شده بود. اگرچه این بیانیه، یک سیاست خاصی در خصوص خودکشی مساعدت‌شده نبود، اما در عمل، یک دستورالعمل

رویه‌ای را در ارتباط با سیاست تعقیبی در مورد خودکشی‌های خارج از کشور، فراهم کرد (Mullock, 2009, p290). بیانیه دادستانی مقرر می‌دارد که اگر فرد مساعدت‌کننده، از این مرگ منفعتی کسب نکرده و فردی را به ارتکاب خودکشی تشویق نکرده باشد، تعقیب وی احتمالاً مغایر با مصلحت عمومی است. این بیانیه هم‌چنین اظهار می‌دارد که دادستانی، در صدور چنین بیانیه‌ای، میان خودکشی‌هایی که در بریتانیا صورت گرفته و خودکشی‌هایی که در خارج از کشور اتفاق می‌افتد، تمایز قائل می‌شود. (Mullock, 2009, p290).

ب) رویکرد حقوق آمریکا نسبت به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی

در سال‌های دور، ارتکاب خودکشی در آمریکا جرم محسوب می‌شد، اما بعدها قانون‌گذار از این اقدام جرم‌زدایی کرد.^{۲۲} از سوی دیگر، سابق بر این برخی از ایالات، اقدام به ارتکاب خودکشی را نیز جرم می‌دانستند. با این حال، تحقیقات نشان می‌دهد که آخرین تعقیب قضایی در مورد اقدام به خودکشی در آمریکا، احتمالاً در سال ۱۹۶۱ صورت گرفته است. در این سال، دادگاه عالی کارولینای شمالی، با استناد به قانون عرفی انگلستان مقرر داشت که اقدام به خودکشی به عنوان یک جنحه قابل مجازات است (North Carolina v. Willis, 1961, p854) زمانی که خودکشی واجد عنوان مجرمانه بود، طبیعاً مساعدت در ارتکاب آن نیز مصداق معاونت در خودکشی و از این حیث قابل مجازات بود؛ اما اکنون، با توجه به جرم‌زدایی از خودکشی در ایالات متحده آمریکا، یافتن حکم مساعدت در خودکشی، نیازمند فحص و جستجو در قوانین هر یک از این ایالات است.

در حال حاضر، بر طبق تحقیقات نگارندگان، ۳۷ ایالت آمریکا، مساعدت در خودکشی را جرم‌انگاری نموده‌اند. در ادامه، اسامی این ایالات، به همراه نوع

واکنش کیفری آنان نسبت به این پدیده، اجمالاً ذکر شده است:

- ۱- آلاسکا: قتل غیرعمد^{۲۳} ۲- آریزونا: قتل غیرعمد^{۲۴} ۳- آرکانزاس: قتل غیرعمد^{۲۵} ۴- کالیفرنیا: جنایت^{۲۶} ۵- کلرادو: قتل غیرعمد^{۲۷} ۶- کنتیکت: قتل غیرعمد درجه دوم^{۲۸} ۷- دلاویر: جنایت^{۲۹} ۸- فلوریدا: قتل غیرعمد^{۳۰} ۹- جورجیا: هر تأثیر ناحقی که عمداً موجب خودکشی شود، جنایت است^{۳۱} ۱۰- هاوایی: قتل غیرعمد^{۳۲} ۱۱- آیداهو: جنایت^{۳۳} ۱۲- ایلینوی: جنایت^{۳۴} ۱۳- ایندیانا: جنایت^{۳۵} ۱۴- آیووا: جنایت^{۳۶} ۱۵- کانزاس: جنایت^{۳۷} ۱۶- کنتاکی: جنایت^{۳۸} ۱۷- لوئیزیانا: جرم خاص^{۳۹} ۱۸- مین: جرم خاص^{۴۰} ۱۹- مریلند: جنایت^{۴۱} ۲۰- میشیگان: جنایت^{۴۲} ۲۱- مینسوتا: جرم خاص^{۴۳} ۲۲- می سی سی پی: جنایت^{۴۴} ۲۳- میزوری: قتل غیرعمد^{۴۵} ۲۴- نبرسکا: جنایت^{۴۶} ۲۵- نیوهامپشایر: جنایت^{۴۷} ۲۶- نیوجرسی: جرم خاص^{۴۸} ۲۷- نیومکزیکو: جنایت^{۴۹} ۲۸- نیویورک: جنایت^{۵۰} ۲۹- داکوتای شمالی: جنایت^{۵۱} ۳۰- اوکلاهما: جنایت^{۵۲} ۳۱- پنسیلوانیا: جنایت^{۵۳} ۳۲- رودآیلند: جنایت^{۵۴} ۳۳- کارولینای جنوبی: جنایت^{۵۵} ۳۴- داکوتای جنوبی: جنایت^{۵۶} ۳۵- تنسی: جنایت^{۵۷} ۳۶- تگزاس: جنایت^{۵۸} ۳۷- ویسکانسین: جنایت^{۵۹}.

افزون بر قوانین ایالتی، در قانون جزای نمونه نیز مساعدت در خودکشی به عنوان یک جرم خاص، مورد توجه قرار گرفته است. در بند ۲ ماده (۵) ۲۱۰ این قانون، مقرر شده که مساعدت یا وسوسه کردن به خودکشی، یک جرم مستقل است. شخصی که عمداً دیگری را کمک یا وسوسه به خودکشی می کند، اگر رفتارش موجب خودکشی یا اقدام به خودکشی دیگری شود، مرتکب جنایت درجه دوم و در غیر این صورت، مرتکب جنحه شده است.^{۶۰}

در ۹ ایالت آمریکا، هیچ قانونی که خودکشی مساعدت شده را جرم انگاری

کرده باشد، به چشم نمی‌خورد؛ این ۹ ایالت عبارتند از: آلاباما، ماساچوست، نوادا، کارولینای شمالی، اوهایو، اوتا، ویرجینیا، ویرجینیای غربی و وایومینگ. البته برخی از این ایالاتی که مساعدت در خودکشی را جرم نمی‌دانند، در قوانین دیگر خود، این پدیده را محکوم کرده‌اند.

تاکنون از مجموع ۵۰ ایالت آمریکا، موضع ۴۶ ایالت نسبت به خودکشی مساعدت‌شده بیان شده؛ اما آنچه که در این زمینه بیش از هر چیز مورد توجه قانون‌گذاران و حقوق‌دانان قرار گرفته است، موضع چهار ایالت باقی‌مانده (اورگان، واشنگتن، ورمونت و مونتانا) می‌باشد که هر کدام از زمانی و به نحوی این اقدام را تحت شرایطی مجاز دانسته‌اند. در ادامه، رویکرد این چهار ایالت مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

۱- اورگان

سابق بر این، ایالت اورگان نیز از جمله ایالاتی بود که خودکشی مساعدت‌شده پزشکی را جرم می‌دانست. قانون این ایالت سابقاً مقرر می‌داشت که اگر شخصی عمداً در ارتکاب خودکشی دیگری، مساعدتی نماید، مرتکب قتل غیرعمد درجه دوم شده است؛^{۶۱} اما در سال ۱۹۹۵، قانونی تحت عنوان «قانون مرگ با عزت»^{۶۲} در اورگان به تصویب رسید که خودکشی مساعدت‌شده پزشکی را تحت شرایط خاصی مجاز می‌دانست. این قانون، ابتدا در ۸ نوامبر ۱۹۹۴ در یک انتخابات عمومی به رأی گذاشته شده بود که ۵۱/۳ درصد رأی دهندگان (۹۸۰/۶۲۷ نفر) به آن رأی مثبت و ۴۸/۷ درصد (۵۹۶/۰۱۸ نفر) رأی منفی داده بودند. قانون مزبور در اکتبر سال ۱۹۹۷ به موقع اجرا گذارده شد (Gardner, Anderson, 2008, p253) به موجب این قانون، یک فرد بزرگ‌سال^{۶۳} مقیم اورگان^{۶۴} که اهلیت و صلاحیت ذهنی داشته باشد و از سوی پزشک، مبتلا به یک بیماری نهایی^{۶۵}

تشخیص داده شود که در نتیجه آن، حداکثر تا ۶ ماه زنده خواهد ماند؛^{۶۶} اجازه خواهد داشت که با رعایت ضوابط مندرج در این قانون، از یک پزشک، درخواست مساعدت در خودکشی نماید. البته لازم به ذکر است که اگرچه به موجب مقررات این قانون، هیچ شخصی صرفاً به خاطر سن یا معلولیت، مشمول این قانون نمی‌شود^{۶۷} و اگرچه از لحاظ عرفی، غالباً چنین تصور می‌شود که بیمارانی که درخواست خودکشی مساعدت‌شده می‌نمایند، باید از درد غیرقابل تحملی رنج برده یا افسرده باشند، اما در عمل، اغلب بیمارانی که در اورگان از چنین مساعدتی بهره می‌برند، نه افسرده هستند و نه درد و رنجی دارند و تنها دلیل استفاده آنان از این پدیده، آن است که می‌خواهند کنترل زمان مرگ خود را در دست داشته باشند (Jeffrey, 2009, p66).

بیماران جهت اخذ مساعدت در خودکشی، باید دو درخواست شفاهی، حداقل به فاصله ۱۵ روز و یک درخواست کتبی که از سوی دو شاهد تأیید و تصدیق شده باشد، ارائه نمایند.^{۶۸} حداقل یکی از این شهود، نباید با بیمار رابطه خویشاوندی (اعم از نسبی، سببی یا فرزندخواندگی) داشته باشد، نباید مستحق هیچ سهمی از اموال و ماترک بیمار باشد، نباید مالک، متصدی یا کارمند یک مرکز آموزش درمانی باشد که بیمار جهت مراقبت در آنجا بوده یا از درمان پزشکی آنجا استفاده کرده است،^{۶۹} هم‌چنین نباید پزشک معالج بیمار باشد.^{۷۰} بعد از درخواست بیمار، پزشک دیگری که به او «پزشک مشاور»^{۷۱} می‌گویند، باید پرونده و مدارک پزشکی بیمار را بررسی و ارزیابی نماید و تشخیص پزشکی مندرج در آن را تأیید کند.^{۷۲} علاوه بر این، باید مشخص شود که بیمار از سلامت روانی برخوردار است. به بیان دیگر، پزشک باید به توانایی و صلاحیت ذهنی بیمار جهت اتخاذ یک تصمیم آگاهانه و رضایت‌مندانه توجه داشته باشد^{۷۳} و چنانچه

احساس کند که درخواست بیمار، تحت تأثیر افسردگی، اجبار یا اکراه ارائه شده است، باید بیمار را برای ارزیابی روان‌شناسی به پزشک مربوطه ارجاع دهد.^{۷۴} نکته دیگر آن است که پزشک معالج می‌بایست توصیه کند که بیمار درخواست خود مبنی بر اخذ دارو جهت ارتکاب خودکشی را به نزدیک‌ترین خویشاوندش اطلاع دهد. البته ناگفته نماند که درخواست بیماری که از این امر امتناع می‌کند یا اساساً قادر نیست که به خویشاوندان نزدیک خود اطلاعی دهد، به این دلیل نباید رد شود.^{۷۵}

اگر درخواست خودکشی بیمار، مجاز دانسته شود، او باید یک دوره حداقل ۱۵ روزه را که به آن دوره انتظار^{۷۶} می‌گویند، سپری نماید. (این دوره احتمالاً بدین منظور است که امکان دارد بیمار تغییر عقیده بدهد). سپس، قبل از این که نسخه‌ای نوشته شود، او باید مجدداً درخواست خود را به طور شفاهی تکرار نماید. درخواست مکتوب نیز باید ۴۸ ساعت قبل از این که پزشک نسخه را به بیمار بدهد، نوشته شده باشد.^{۷۷} البته بیمار حق دارد که درخواست خود مبنی بر خودکشی را در هر زمان و به هر روشی که می‌خواهد، ابطال کند^{۷۸} و پیش از آن که پزشک معالج به بیمار پیشنهاد کند که وی فرصت دارد تا درخواست خود را لغو کند، هیچ نسخه‌ای نباید جهت اخذ داروی کشنده تجویز شود.^{۷۹}

این قانون، پزشکان، داروسازان و مراقبین سلامتی را مجبور به اطاعت از درخواست‌های بیمار مبنی بر خودکشی به وسیله دارو نمی‌کند و مشارکت این افراد در خودکشی بیمار، داوطلبانه و اختیاری است. به عبارت دیگر، پزشکان و داروسازانی که به دلیل ملاحظات اخلاقی مخالف چنین اقدامی هستند، می‌توانند از ارائه دارو و هرگونه مساعدتی در این زمینه خودداری نمایند؛ زیرا اگرچه خودکشی مساعدت‌شده پزشکی در اورگان قانونی است، اما یک حس عمیق

ناراحتی درباره آن در میان شاغلین حرفه پزشکی وجود دارد و در عمل هم انجام آن در همه بیمارستان‌های ایالت اورگان مجاز دانسته نمی‌شود. مضافاً بر این که تنها یک تعداد اندکی از پزشکان، اقدام به مساعدت در خودکشی بیماران می‌کنند؛ البته با این وجود نیز بیماران، مشکلی در پیدا کردن پزشکی که خواهان تجویز نسخه‌ای برای داروی کشنده باشد، ندارند (Jeffrey, 2009, p68) زیرا شواهدی وجود دارد که بیماران، پزشکانی را یافته‌اند که خواستار مشارکت هستند. اصطلاح «خرید دکتر»^{۸۰} اصطلاحی است که برای توصیف این رویه استفاده شده است.^{۸۱} در همین جا، بیان این نگرانی لازم به نظر می‌رسد که مساعدت کردن در خودکشی بیمار، مستلزم آن است که پزشک از بیمار خود یک شناخت نسبی داشته باشد؛ در حالی که غالباً در عمل، این مهم رعایت نمی‌شود. برای مثال، در سال ۲۰۰۴، بیش از دو سوم نسخه‌های کشنده ثبت‌شده، از سوی پزشکانی صادر شده بودند که پزشک همیشگی بیمار نبودند.^{۸۲} بنابراین، اکثر بیمارانی که نسخه کشنده‌ای را دریافت کرده بودند، این نسخه را از پزشکی که نمی‌توانست اطلاعات دقیقی از وضعیت احساسی و ذهنی آنان داشته باشد، گرفته بودند (Jeffrey, 2009, p66).

نکته قابل توجه دیگر آن است که این قانون، قراردادهای بیمه سلامتی را منع می‌کند از این که به منظور کاهش پرداخت هزینه‌های درمانی از سوی شرکت‌های بیمه، افراد را ملزم به مرگی زودرس از طریق خودکشی مساعدت‌شده پزشکی نمایند. هم‌چنین، قراردادهای مستمری سالانه نیز نمی‌توانند هیچ‌گونه انگیزه‌ای برای یک مرگ زودرس از طریق خودکشی مساعدت‌یافته پزشکی به افراد بدهند.^{۸۳}

قانون ایالت اورگان، پزشکان و افراد دیگر را از این که بخواهند حیات یک

بیمار را با تزریق کشنده، قتل عذوفت‌آمیز یا اتانازی فعال خاتمه دهند، بر حذر می‌دارد.^{۸۴} البته این موضع قانون‌گذار، به اعتقاد برخی از نویسندگان، تبعیض‌آمیز است؛ زیرا افرادی را که از لحاظ جسمانی قادر به خوردن دارو نیستند، مستثنی می‌کند (Jeffrey, 2009, p68). با این وجود، در حال حاضر، قانون مرگ با عزت اورگان، از پزشکان و دیگر افرادی که مطابق با شرایط و ضوابط این قانون به نحوی در خودکشی دیگری درگیر هستند، حمایت و از تعقیب کیفری آنان جلوگیری می‌کند. ایالت اورگان حتی به این پرونده‌ها با عنوان «خودکشی مساعدت‌شده پزشکی» اشاره نمی‌کند، بلکه در عوض، از اصطلاحاتی هم‌چون «مرگ‌های تسریع‌شده»^{۸۵} یا «مرگ‌هایی تحت قانون مرگ با عزت»^{۸۶} استفاده می‌کند (Jeffrey, 2009, p66). قانون اورگان نیز ظاهراً در این‌گونه موارد علت قانونی مرگ را زمینه بیماری به حساب می‌آورد، زیرا قانون مزبور اعلام داشته است که فرض قانونی، بر مرگ است نه خودکشی (Standler). گواهی‌های فوت نیز تصدیق نمی‌کنند که بیمار، مرتکب خودکشی با مساعدت پزشک خودپ شده است (Jeffrey, 2009, p66).

۲- واشنگتن

ایالت واشنگتن هیچ قانونی جهت ممنوعیت خودکشی یا اقدام به خودکشی ندارد. با این وجود، ایالت مزبور سابقاً «ترویج اقدام به خودکشی» را که در بردارنده مساعدت در خودکشی نیز بود، یک جنایت محسوب می‌کرد. قانون این ایالت مقرر می‌داشت که یک شخص، محکوم به ترویج اقدام به خودکشی است، زمانی که وی عالماً و عامداً مساعدتی در خودکشی یا اقدام به خودکشی دیگری نماید یا موجب آن شود.^{۸۷} این جرم که یک جنایت کلاس C محسوب می‌شد، با حداکثر ۵ سال حبس و تا ۱۰ هزار دلار جزای نقدی، قابل مجازات بود.^{۸۸}

در این زمینه، یکی از پرونده‌های مشهور در ایالت واشنگتن که ذکر آن در این جا مفید به نظر می‌رسد، پرونده واشنگتن علیه گلاکسبرگ^{۸۹} است. این پرونده ابتدا در سال ۱۹۹۴ آغاز شد. زمانی که ۴ پزشک درمان‌کننده بیماران مبتلا به بیماری نهایی، ۳ بیمار مبتلا به بیماری نهایی و یک سازمان غیرانتفاعی به نام *ترحم در مرگ*،^{۹۰} یک دعوای حقوقی را در دادگاه بخش ناحیه غربی واشنگتن مطرح کردند و در آن ممنوعیت موجود در قانون واشنگتن جهت مساعدت در خودکشی را مورد اعتراض قرار دادند. آن‌ها مدعی بودند که خودکشی مساعدت‌شده، مصداقی از آزادی است که به وسیله بند دادرسی عادلانه (منصفانه) در چهاردهمین متمم قانون اساسی ایالات متحده، حمایت شده است. دادگاه بخش، به نفع گلاکسبرگ حکم داد و مقرر داشت که قانون مزبور خلاف قانون اساسی است (*Compassion in Dying v. Washington, 1994*). این حکم مورد استیناف قرار گرفت و دادگاه تجدیدنظر حوزه قضایی نهم ایالات متحده، حکم دادگاه بخش را نقض و قانون واشنگتن را تثبیت نمود (*Compassion in Dying v. Washington, 1995*). سپس، بعد از استماع مجدد پرونده در جلسه‌ای با حضور همه قضات، دادگاه حوزه قضایی نهم، حکم اخیر را نقض کرد و تصمیم دادگاه بخش را تأیید نمود (*Compassion in Dying v. Washington, 1996*). این پرونده در ۸ ژانویه ۱۹۹۷، در دادگاه عالی ایالات متحده، مورد بحث و بررسی قرار گرفت. پرسش مطروحه این بود که آیا حمایت مندرج در بند دادرسی عادلانه (منصفانه)، شامل حق ارتکاب خودکشی و به تبع ارتکاب خودکشی با مساعدت دیگری می‌شود یا خیر؟ حکم این دادگاه، تصمیم دادگاه تجدیدنظر حوزه قضایی نهم را -که ممنوعیت خودکشی مساعدت‌شده پزشکی مندرج در قانون مرگ طبیعی ۱۹۷۹ واشنگتن را یک نقضی از بند دادرسی عادلانه (منصفانه) متمم

چهاردهم می‌دانست - نقض کرد. دادگاه مقرر داشت چون خودکشی مساعدت شده یک آزادی اساسی به شمار نمی‌رود، لذا به موجب متمم چهاردهم مورد حمایت قرار نمی‌گیرد (Washington v. Glucksberg, 1997). مضافاً بر این که دادگاه دریافت که خودکشی مساعدت شده برای قرن‌ها ممنوع بوده است و اکثر ایالات نیز ممنوعیت مشابهی را در این زمینه دارند. در نتیجه، در ۲۶ ژوئن ۱۹۹۷، دادگاه عالی، به اتفاق آراء اعلام کرد که شهروندان هیچ حقی مطابق قانون اساسی برای خودکشی مساعدت شده پزشکی ندارند. (Washington v. Glucksberg, 1997)

بعد از این حکم، تلاش‌هایی از سوی حامیان خودکشی مساعدت شده پزشکی، جهت قانونمندی این پدیده صورت گرفت تا این که در ۴ نوامبر سال ۲۰۰۸، موافقان این موضوع، پیشنهادی را که متضمن مجاز دانستن این اقدام بود، به رأی گذاشتند. این تلاش‌ها که توسط بوث گاردنر،^{۹۱} فرماندار سابق واشنگتن، رهبری می‌شد (The Daily News, 22.01.2008)، نهایتاً به ثمر نشست و در این انتخابات، از مجموع ۲/۹۶۶/۴۷۴ رأی مأخوذه، ۱/۷۱۵/۲۱۹ رأی (۵۷/۸۲ درصد) موافق و ۱/۲۵۱/۲۵۵ رأی (۴۲/۱۸ درصد) مخالف طرح بودند.^{۹۲} در نتیجه، قانون مرگ با عزت (ماده ۲۴۵. ۷۰ قانون تجدیدنظر شده واشنگتن)^{۹۳} در ماه مارس سال ۲۰۰۹ اجرایی شد و خودکشی مساعدت یافته پزشکی، تحت شرایط خاصی مجاز دانسته شد. قانون مرگ با عزت واشنگتن مشابه قانون ایالت اورگان است.

۳- ورمونت

در ماه می سال ۲۰۱۳، ایالت ورمونت، قانون انتخاب بیمار و کنترل بر پایان

زندگی^{۹۴} را به تصویب رساند و پیتر شاملین،^{۹۵} فرماندار این ایالت قانون مزبور را امضا کرد.^{۹۶} این قانون بر اساس مدل اورگان، اما با محدودیت‌هایی کم‌تر از آن است (USA Today, 14.5.2013).

به موجب این قانون، بیماران باید خودشان توانایی استفاده از داروی خاتمه‌دهنده حیات را داشته باشند. آن‌ها باید قادر به تصمیم‌گیری‌های سالم و معتبری باشند. سن آن‌ها باید ۱۸ سال به بالا بوده و به استناد یک تشخیص پزشکی معتبر، مبتلا به یک بیماری نهایی باشند که در اثر آن، حداکثر تا ۶ ماه زنده خواهند ماند. آن‌ها باید درخواست‌های متعددی را با رعایت زمان‌های معین انتظار، ارائه نمایند و به آن‌ها همواره فرصتی برای لغو این درخواست، داده شود. به پرسنل پزشکی، برای مساعدت در مردن بیماران مبتلا به بیماری نهایی، مصونیتی اعطا می‌شود.^{۹۷}

۴- مونتانا

در حال حاضر، ایالت مونتانا، مساعدت در خودکشی را قانوناً جرم می‌داند^{۹۸} و برای آن، مجازات حبس تا حداکثر ۱۰ سال یا جزای نقدی تا حداکثر ۵۰ هزار دلار یا هر دو را در نظر گرفته است.^{۹۹} بنابراین، آن‌چه که ایالت مونتانا را در کنار ایالات اورگان، واشنگتن و ورمونت قرار داده است، داشتن قانونی مدون که دلالت بر جواز خودکشی مساعدت‌شده پزشکی می‌کند، نیست؛ بلکه رأی است که دادگاه عالی مونتانا در جریان رسیدگی به پرونده باکستر علیه مونتانا^{۱۰۰} در سال ۲۰۰۹، صادر کرده است. رأی دادگاه در این پرونده، صرفاً یک حق دفاعی را برای پزشکانی که به اتهام مساعدت در خودکشی تحت تعقیب قرار می‌گیرند، ایجاد می‌کند، اما هرگز به معنای قانونی بودن این عمل نمی‌باشد. در نتیجه، در این ایالت کماکان امکان تعقیب و حتی امکان محکومیت پزشکانی که اقدام به

مساعدت در خودکشی بیماران می‌نمایند، وجود دارد. همان‌طور که از مباحث فوق برمی‌آید، آگاهی از موضع مونتانا مستلزم اطلاع از پروندهٔ باکستر است. از این رو، در ادامه به این پرونده پرداخته می‌شود.

۱-۴- پروندهٔ باکستر علیه مونتانا

شاکیان اصلی و اولیهٔ این پرونده را ۴ پزشک از مونتانا،^{۱۰۱} نهاد ترجم و انتخاب‌ها^{۱۰۲} و رابرت باکستر،^{۱۰۳} یک راننده کامیون بازنشسته ۷۶ ساله که از بیماری لاعلاجی رنج می‌برد، تشکیل می‌دادند. آن‌ها از دادگاه درخواست کردند که حقی را مطابق قانون اساسی، جهت دریافت و ارائهٔ مساعدت در خودکشی، ایجاد نماید. آن‌ها مدعی بودند که به موجب بخش‌های ۴ و ۱۰ مادهٔ ۲ قانون اساسی مونتانا- که کرامت انسانی و حریم خصوصی افراد را مورد توجه قرار داده است-^{۱۰۴} بیماران حق مرگ با عزت دارند (Baxter v. Montana, 1211-4). در مقابل، ایالت مونتانا معتقد بود که «قانون اساسی هیچ حقی را برای کمک به خاتمه دادن حیات یک فرد اعطا نمی‌کند» (The New York Times, 31.8.2009) در نهایت، قاضی مک کارتر،^{۱۰۵} از دادگاه بخش قضایی اول مونتانا، در ۵ دسامبر ۲۰۰۸، به نفع شاکیان حکم داد و بیان کرد: «حقوق قانونی حریم خصوصی افراد و کرامت انسانی، هر دو با هم، حق یک بیمار مبتلا به بیماری نهایی واجد صلاحیت را جهت مردن با عزت در بر می‌گیرند» (Baxter v. Montana, 1211-4). دادگاه بخش هم‌چنین مقرر داشت که حق بیمار مبنی بر مرگ با عزت، شامل حمایت و حفاظت از پزشک بیمار، از تحت تعقیب قرار گرفتن به موجب قانون قتل این ایالت نیز می‌شود (Baxter v. Montana, 1211-4).

دادستان کل مونتانا، این پرونده را در دادگاه عالی مونتانا مورد

تجدیدنظرخواهی قرار داد. بحث‌ها و استدلالات شفاهی در ۲ سپتامبر ۲۰۰۹ مورد استماع قرار گرفتند و نهایتاً در ۳۱ دسامبر همین سال، دادگاه عالی مونتانا حکم دادگاه بخش را که به نفع باکستر بود، تأیید کرد. دادگاه عالی بیان داشت: اگرچه قانون اساسی این ایالت، صراحتاً حق خودکشی مساعدت‌شده پزشکی را تضمین و تأمین نمی‌کند، اما «هیچ چیزی در قانون اساسی مونتانا یا رویه قضایی دادگاه عالی مونتانا که نشان دهد مساعدت پزشک در مردن، خلاف مصلحت عمومی است، وجود ندارد. «خلاف مصلحت عمومی» که یک استثنایی بر رضایت قربانی است،^{۱۰۶} از سوی این دادگاه به نقض‌های سخت و شدید صلح عمومی تفسیر می‌شود و مساعدت پزشک در مردن، مشمول این تعریف نمی‌شود» (Baxter v. Montana, 1222) در نهایت این دادگاه مقرر داشت: «به موجب ماده ۲-۲۱۱-۴۵ قانون ایالت مونتانا، رضایت یک بیمار مبتلا به بیماری نهایی به مساعدت پزشک در مردن، یک دفاع قانونی را در مقابل اتهام قتل علیه پزشک مساعدت‌کننده ایجاد می‌کند، مشروط بر این‌که استثنائات دیگر رضایت اعمال نشود» (Baxter v. Montana, 1222).

ج) رویکرد حقوق کیفری ایران نسبت به خودکشی مساعدت‌شده پزشکی

در حقوق کیفری ایران، تا قبل از تصویب قانون جرایم رایانه‌ای در سال ۱۳۸۸، در زمینه برخورد با پدیده خودکشی مساعدت‌شده پزشکی و به طور کلی معاونت در خودکشی، خلاء قانونی وجود داشت. علت این امر نیز تبعیت نظام حقوقی ایران - هم‌چون اکثر قریب به اتفاق نظام‌های حقوقی - از تئوری مجرمیت عاریه‌ای، در بحث معاونت در جرم است. به این معنا که مجرمانه بودن اقدام

معاون، از عمل مباشر یا شریک جرم عاریه گرفته می‌شود (نوربها، ۱۳۸۷، ص ۲۰۴) و هرگاه عملی قانوناً جرم تلقی نشود، احراز معاونت در ارتکاب آن نیز، به هر نحو (اعم از دادن اطلاعات یا امکانات لازم برای خودکشی) قابل مجازات نمی‌باشد. این امر سبب شد که قانون‌گذار در ماده ۱۵ قانون جرایم رایانه‌ای (ماده ۷۴۳ قانون تعزیرات) مصوب ۵ خرداد ۱۳۸۸، هرگونه تحریک، ترغیب، تهدید، تسهیل یا آموزش دادن شیوه ارتکاب یا دعوت به خودکشی را، مشروط بر این که از طریق سیستم‌های رایانه‌ای، مخابراتی یا حامل‌های داده صورت گرفته باشد، جرم محسوب و برای مرتکب آن، نود و یک روز تا یک‌سال حبس، یا از پنج میلیون تا بیست میلیون ریال جزای نقدی یا هر دو را به عنوان مجازات تعیین نماید. به نظر می‌رسد که این جرم، یک جرم خاص و مستقل است که تحقق آن حتی نیاز به رخ دادن خودکشی ندارد. البته جا داشت که مقنن، بدون توجه به وسیله ارتکاب، این عمل را به طور مطلق جرم‌انگاری می‌کرد؛ زیرا هم اکنون، چنانچه فردی مصادیق رفتاری این ماده را بدون استفاده از سامانه‌های مذکور انجام دهد، مشمول این ماده نیست و اساساً قابل مجازات نمی‌باشد. با این وجود، این اقدام مقنن، اقدامی رو به جلو بوده و می‌تواند زمینه جرم‌انگاری مستقل و مطلق «خودکشی مساعدت‌شده پزشکی» را فراهم نماید؛ زیرا وقتی قانون‌گذار پذیرفته است «معاونت در خودکشی» را نه به عنوان معاونت، بلکه به عنوان جرم مستقلی مجازات کند، نشان‌دهنده قبح عقلی و شرعی آن است و دیگر ارتکاب آن از طریق سامانه‌های رایانه‌ای، مخابراتی یا حامل‌های داده نباید موضوعیتی داشته باشد و علت این که مقنن جرم‌انگاری این اقدام را مقید به ارتکاب آن از طریق سامانه‌های مذکور نموده، ذکر این ماده در قانون «جرایم رایانه‌ای» است. از سوی دیگر، قانون‌گذار می‌تواند در مواردی که مرتکب جرم، پزشک یا از صاحبان

مشاغل مرتبط با پزشکی باشد، مجازات وی را تشدید نماید؛ همچنین است اگر مخاطب جرم، صغیر غیرممیز یا مجنون باشد. البته در موارد اخیر و همین طور در صورت به کار بردن حيله و فریب، چنانچه اقدام مرتکب منجر به خودکشی مخاطب شود، وی نه تنها از مسؤولیت کیفری مبری نخواهد بود، بلکه مصداق سبب اقوی از مباشر و به عنوان قاتل قابل مجازات است. از همین رو، به نظر نگارندگان، منظور قانون گذار از واژه «فریب» در بند ب ماده ۷۴۳ قانون تعزیرات، فریبی است که منجر به مرگ نشود، زیرا در صورت وقوع مرگ، همان طور که پیش تر نیز اشاره شد، مورد را می توان از مصادیق سبب اقوی از مباشر دانست و فریب دهنده را به عنوان قاتل مجازات نمود. برای مثال، در جایی که یک پزشک، با حيله و تقلب، قرص کشنده ای را به جای قرص سرماخوردگی به بیمار می دهد و بیمار در اثر استعمال آن جان می بازد، تردیدی وجود ندارد که مرگ بیمار منتسب به فعل پزشک و او به عنوان قاتل، مستوجب کیفر است؛ در حالی که اگر در همین مثال، علی رغم اقدامات متقلبانه پزشک، بیمار فریب او را نخورد و بالتبع، مبادرت به استعمال قرص کشنده ننماید، بعید است که بتوان اقدام پزشک را - به دلیل عدم ورود به عملیات اجرایی - مصداق شروع به قتل دانست. لذا در این فرض، پزشک را تنها باید - با جمع سایر شرایط - به استناد بند ب ماده ۷۴۳، مسؤول شناخت.

نتیجه و پیشنهادات

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که خودکشی مساعدت‌شده پزشکی، در حقوق انگلستان مطلقاً مورد جرم‌انگاری قانون‌گذار قرار گرفته است، در حالی که در حقوق آمریکا، اگرچه غالب ایالات این عمل را جرم می‌دانند، اما ۴ ایالت (اورگان، واشنگتن، ورمونت و مونتانا) در جهت قانونمندسازی آن قدم‌هایی برداشته‌اند. در حقوق کیفری ایران نیز تا قبل از تصویب قانون جرایم رایانه‌ای در سال ۸۸، معاونت در خودکشی علی‌الاصول قابل مجازات نبود، اما از سال ۸۸ و به موجب بند ب ماده ۱۵ قانون مزبور (که دربرگیرنده بند ب ماده ۷۴۳ قانون تعزیرات می‌باشد)، ارتکاب برخی اقدامات یاری‌دهنده و تسهیل‌کننده خودکشی، از طریق سامانه‌های رایانه‌ای، مخابراتی یا حامل‌های داده، جرم محسوب می‌شود. این اقدام مقنن، از این جهت که برای نخستین بار مبادرت به جرم‌انگاری معاونت در خودکشی نموده، اقدامی مثبت و رو به جلو است، لکن با ضعف‌هایی (هم‌چون موضوعیت داشتن وسیله ارتکاب جرم) همراه است.

در نتیجه، پیشنهاد می‌شود قانون‌گذار در راستای اعتلای تکریم حیات انسانی و پیش‌گیری از پدیده انحرافی خودکشی، یا به موجب یک قانون خاص یا با پیش‌بینی ماده‌ای در ذیل فصل «جرایم علیه اشخاص و اطفال» قانون تعزیرات، اقدام به جرم‌انگاری مستقل و مطلق مساعدت در خودکشی نماید و تحقق آن را منوط به استفاده از ابزار و وسایل خاصی نکند. افزون بر این، می‌توان برای پزشکان یا صاحبان حرفه‌های مرتبط با پزشکی که مرتکب چنین رفتاری می‌شوند، مجازات شدیدتری را پیش‌بینی نمود.

بی‌نوشت‌ها

¹ - Suicide Act, 1961.

² - Aid, abet, counsel, procure.

^۳ - افزودنی است که متن مواد ۱ و ۲ قانون خودکشی، عیناً در مواد ۱۲ و ۱۳ قانون عدالت کیفری ایرلند شمالی مصوب ۱۹۶۶، منعکس شده بود.

⁴ - Coroners and Justice Act, 2009.

^۵ - افزودنی است که ماده ۶۰ قانون مشارالیه، همین اصلاحات را در مواد ۱۲ و ۱۳ قانون عدالت کیفری ایرلند شمالی نیز اعمال کرده است.

⁶ - Murder.

⁷ - Manslaughter.

⁸ - Culpable homicide.

⁹ - Principle of Double Effect.

^{۱۰} - اصل تأثیر دوسویه می‌گوید افراد ممکن است با تصمیمات اجتناب‌ناپذیری مواجه شوند که باعث تأثیرات مرتبط و تفکیک‌ناپذیری می‌شوند که برخی مطلوب و مفید و برخی نامطلوب و مضر هستند. اثرات مطلوب مورد قبول بوده و از نظر اخلاقی جایز هستند (مثل تسکین و کاهش درد) اما اثرات نامطلوب مورد قبول نبوده و از نظر اخلاقی جایز محسوب نمی‌شوند (مثل کاهش سطح هوشیاری و تسریع در مرگ). طرفداران این بحث می‌گویند که یک تأثیر مجاز از لحاظ اخلاقی، قانوناً نیز مجاز می‌باشد و در شرایط زیر، حتی اگر تأثیر حاصله از نظر اخلاقی نامطلوب باشد، ناگزیر باید اجرا شود: ۱- شرط ماهیت عمل: ماهیت خود عمل از نظر اخلاقی قابل قبول یا حداقل خنثی باشد، یعنی فی نفسه نه خوب و نه بد باشد. به عنوان مثال، تجویز یک دارو، صرف‌نظر از شرایط و هدف آن، اقدامی نه خوب و نه بد محسوب می‌شود. ۲- شرط هدف- وسیله: هدف، وسیله را توجیه نمی‌کند. پس اثرات بد نباید وسیله ای برای دستیابی به اثرات خوب باشند. ۳- شرط حسن نیت: فاعل یا مجری عمل باید نتایج خوب را هدف قرار داده باشد، نه اثرات بد را؛ اگر چه اثرات بد نیز قابل پیش‌بینی باشند. به عنوان مثال، قصد و نیت پزشک باید تسکین و کاهش درد باشد، نه کاهش سطح هوشیاری یا تسریع در مرگ؛ اما این تأثیرات نیز ممکن است پیش‌بینی شوند. ۴- شرط تناسب: اثرات خوب، از حیث اهمیت، باید سنگین‌تر و مهم‌تر از اثرات بد یا دست کم برابر با آن باشند تا انجام این عمل توجیه‌پذیر باشد.

F.J.Connell,1967,P.1021 and T.A.Cavanaugh,2006,P.36. see also: F.M.Kamm,1999,PP.586-605.

¹¹ - Dr.Moor.

¹² - Annie Lindsell.

¹³ - Phenobarbitone.

¹⁴ - Dr. Nigel Cox.

^{۱۵} به موجب ماده ۱۱۵ قانون جزای سوئیس، مساعدت در خودکشی تنها در صورتی واجد عنوان مجرمانه خواهد بود که با انگیزه خودخواهانه صورت گرفته باشد.

^{۱۶} یکی از این کلینیک‌های معروف، کلینیکی به نام Dignitas می‌باشد که به اتباع غیرسوئسی نیز خدمات و مشاوره‌هایی را ارائه می‌کند.

¹⁷ - Michael Irvin.

¹⁸ - Anne Turner.

¹⁹- Reginald Crew.

²⁰- John Close.

²¹- Daniel James.

²²- در سال ۱۹۶۴، تنها ۹ ایالت (آلاباما- کنتاکی- نیوجرسی- کارولینای شمالی- داکوتای شمالی- اوکلاهوما- کارولینای جنوبی- داکوتای جنوبی- واشنگتن) بودند که خودکشی در آنها جرم محسوب می‌شد.

R.E.Litman, 1966-7, P.395.

²³- Alaska Statutes Annotated. § 11.41.120(a)(2).

²⁴- Arizona Revised Statutes Annotated. § 13-1103(A)(3).

²⁵- Arkansas Code Annotated. § 5-10-104(a)(2).

²⁶- California Penal Code Annotated. § 401.(enacted 1873).

²⁷- Colorado Revised Statutes. § 18-3-104(1)(b).

²⁸- Connecticut General Statutes. § 53a-56(a)(2).

²⁹- Delaware Code Annotated. Title.11, §645.

³⁰- Florida Statutes. § 782.08.

³¹- Georgia Code Annotated. § 16-5-5(c).

³²- Hawaii Revised Statutes. § 707-702(1)(b).

³³- Idaho Code. § 18-4017.(enacted 2011).

³⁴- Illinois Compiled Statutes. Chapter.720, § 5/12-34.5(a)(2).(statute renumbered in 2011).

³⁵- Indiana Code . § 35-42-1-2 to 35-42-1-2.5.

³⁶- Iowa Code Annotated, § 707 A.2.

³⁷- Kansas Criminal Code. § 21-5407(a)(2).(Statute recodified in 2010).

³⁸- Kentucky Revised Statutes Annotated. § 216.302(2).

³⁹- Louisiana Revised Statutes Annotated. § 14:32.12.(enacted 1995).

⁴⁰- Maine Revised Statutes Annotated.Title.17-A, §204.

⁴¹- Maryland Criminal Law. § 3-102.(enacted 2002).

⁴²- Michigan Compiled Laws Annotated. § 752.1027.(enacted 1992).

⁴³- Minnesota Statutes. § 609.215.

⁴⁴- Mississippi Code Annotated. § 97-3-49.(enacted 1930).

⁴⁵- Missouri Statutes.§ 565.023.1(2).

⁴⁶- Nebraska Revised Statutes. § 28-307.(enacted 1977).

⁴⁷- New Hampshire Revised Statutes Annotated. § 630:4.(enacted 1971).

⁴⁸- New Jersey Statutes Annotated. § 2C:11-6.(enacted 1978).

⁴⁹- New Mexico Statutes Annotated. § 30-2-4.(enacted 1953).

⁵⁰- New York Penal Law. §120.30.(enacted 1881).

⁵¹- North Dakota Century Code. § 12.1-16-04.

⁵²- Oklahoma Statutes. Title.21, § 813-818.(enacted 1887).

⁵³- Pennsylvania Consolidated Statutes Annotated. Title.18, §2505.(enacted 1972).

- 54- Rhode Island General Laws. § 11-60-1 through 11-60-5.
- 55- South Carolina Code. § 16-3-1090(B).(enacted 1998).
- 56- South Dakota Codified Laws. § 22-16-37.(enacted 1883,revised 1939).
- 57- Tennessee Code Annotated. § 39-13-216.(enacted 1993).
- 58- Texas Penal Code Annotated. § 22.08.(enacted 1973).
- 59- Wisconsin Statutes. § 940.12.(enacted 1849).
- 60- Model Penal Code, 1962. § 210.5(2).
- 61- Oregon Revised Statutes (ORS). § 163.125(1)(b).
- 62- Death with Dignity Act (DWDA).
ORS.127.800,§1.01(1). منظور از «بزرگسال» در این قانون، هر فرد ۱۸ سال به بالا می‌باشد.
- 63- عواملی از قبیل در اختیار داشتن گواهینامه رانندگی اورگان، ثبت نام برای رأی دادن در اورگان، مدارکی دال بر مالک بودن یا اجاره دادن املاکی در اورگان و پرکردن اظهارنامه مالیاتی اورگان برای سال مالیاتی اخیر، از جمله عوامل نشان‌دهنده اقامت اورگان هستند. ORS.127.860,§3010
- 64- «بیماری نهایی»، به معنای یک بیماری علاج‌ناپذیر و غیرقابل برگشت است که از نظر پزشکی تأیید شده است و بر مبنای قضاوت های پزشکی معقول، ظرف مدت ۶ ماه، منجر به مرگ خواهد شد.
ORS.127.800,§1.01(12).
- 65- به نظر می‌رسد احراز شرط نهایی بودن بیماری که در حقیقت به معنای کم‌تر از ۶ ماه زنده ماندن بیمار است، در عمل با دشواری‌هایی همراه باشد.
- 67- ORS.127.805. §2.01(2).
- 68- ORS.127.840, §3.06.
- 69- ORS.127.810, §2.02(2)(a,b,c).
- 70- ORS.127.810, §2.02(3).
- 71- «پزشک مشاور»، پزشکی است که بواسطه تخصص یا تجربه، صلاحیت دارد که یک پیش بینی یا تشخیص پزشکی حرفه‌ای در ارتباط با بیماری بیمار ارائه نماید. علاوه بر این، تأیید تشخیص پزشکی پزشک معالج نیز از جمله وظایف اوست. ORS.127.800, §1.01(4,8).
- 72- ORS.127.820, §3.02.
- 73- «تصمیم آگاهانه»، تصمیمی است که از سوی یک بیمار واجد صلاحیت اتخاذ می‌شود و باید مبتنی بر درک حقایق مربوطه باشد. مضافاً بر این که این تصمیم باید بعد از آنکه پزشک معالج، اطلاعات کاملی را در خصوص موضوعات ذیل به بیمار داد، اتخاذ شده باشد: الف) تشخیص پزشکی خود (ب) پیش بینی خود (ج) خطرات بالقوه مربوط به مصرف داروی تجویز شده (د) نتیجه احتمالی مصرف داروی تجویز شده (ه) جایگزین های ممکن، از جمله مراقبت راحت، مراقبت بیمارستانی و کنترل درد.
- ORS.127.800, §1.01(7), also see: ORS.127.815, §3.01(1)(C).
- 74- یکی از نگرانی‌هایی که در این زمینه وجود دارد، آن است که در سال ۱۹۹۷ که این قانون اجرایی شد، حدود یک سوم بیمارانی که درخواست خودکشی مساعدت شده می‌کردند، برای ارزیابی روان پزشکی ارجاع داده می‌شدند، اما در سال ۲۰۰۷، حتی یک بیمار هم برای این ارزیابی ارجاع داده نشد. Oregon Department of Human Services. Tenth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, March 2008.
- 75- ORS.127.835, §3.05.
- 76- Waiting period.

- 77- ORS.127.850,§3.08.
 78- ORS.127.845,§3.07.
 79- ORS.127.815,§3.01(1)(h).
 80- Doctor Shopping.
 81- House of Lords Select Committee. Report on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill 2004.
 82- Oregon Department of Human Services .Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, March 2004.
 83- ORS.127.875,§3.13.
 84- ORS.127.880,§3.14.
 85- Hastened Deaths.
 86- Death with Dignity Act Deaths (DWDA Deaths).
 87- Revised Code of Washington(RCW).§9A.36.060(1).
 88- RCW. §9A.36.060(2) and 9A.20.020(1)(C).
 89- Washington State v. Glucksberg (1994-97).
 90- Compassion in Dying.
 91- Booth Gardner.
 92- 4 November 2008 General Election, Washington Secretary of State. 13 November 2008.
 93- RCW. § 70.245.
 94- The Patient Choice and Control at End of Life Act.
 95- Peter Shumlin
 96- Vermont Statutes Annotated (VSA). Title 18, Chapter 113, §§ 5281-5292.
 97- VSA.Op.Cit.
 98- Montana Code Annotated (MCA). § 45-5-105(1).
 99- MCA. § 45-5-105(2).
 100- Baxter v. Montana, 224 P.3d.
 101- Stephen Speckart, C. Paul Loehnen, Lar Autio, George Risi.
 102- Compassion & Choices.
 103- Robert Baxter.
 104- Montana Constitution. Article II,Sections 4 and 10.
 105- Dorothy McCarter.

۱۰۶- لازم به توضیح است که ایالت مونتانا یک قانون غیرمعمول در مورد رضایت قربانی دارد که مقرر می دارد: (۱) رضایت قربانی نسبت به رفتار اتهامی ... یک دفاع است. (۲) رضایت بلااثر است، اگر: الف) از سوی شخصی ارائه شده باشد که قانوناً فاقد صلاحیت، جهت اجازه دادن به رفتار اتهامی است که موجب جرم می شود. ب) از سوی شخصی ارائه شده باشد که به دلیل جوانی، عیب یا بیماری ذهنی یا مستی قادر نیست که تشخیص معقولی را از ماهیت یا مضرت رفتار اتهامی که موجب جرم است، داشته باشد. ج) با اجبار، اکراه یا فریب حاصل شده باشد. د) مجاز دانستن رفتار یا نتیجه مضر، خلاف مصلحت عمومی باشد، حتی اگر به آن رضایت داده شده باشد. MCA. § 45-2-211.

فهرست منابع

الف) فارسی

- میرمحمد صادقی، حسین. (۱۳۹۲). جرایم علیه اشخاص، چاپ یازدهم، نشر میزان.
 میرمحمد صادقی، حسین. (۱۳۸۹). حق مردن یا حق کشته شدن؟ نگاهی به موضوع قتل‌های
 ترحم‌آمیز، فصل‌نامه حقوق پزشکی، شماره ۱۳.
 نوربها، رضا. (۱۳۸۷). زمینه حقوق جزای عمومی، چاپ بیست و دوم، انتشارات گنج‌دانش.

ب) انگلیسی

۱- کتب و مقالات

- Cavanaugh, T.A. (2006). Double-Effect Reasoning: Doing Good and Avoiding Evil, Oxford University Press.
 Connell, F.J. (1967). Double Effect, Principle of, New Catholic Encyclopedia (Vol.4), New York: McGraw-Hill.
 Gardner, T.J and Anderson, T.M. (2008). Criminal Law, 10th ed, Cengage Learning.
 Hambly, S, The choice to give up living: Compassionate assistance and the Suicide Act, Available at: <http://atp.Uclan.ac.uk/buddypress/diffusion/?p=79>.
 Jeffrey, D. (2009). Against Physician Assisted Suicide: A palliative care perspective, Radcliffe Publishing.
 Kamm, F.M. (1999). Physician-Assisted Suicide, the Doctrine of Double Effect, and the Ground of Value, Ethics, Vol.109.
 Litman, R.E. (1966-7). Medical-Legal Aspects of Suicide, 6 Washburn L.J.
 Mason, J.K, and Laurie, G.T. (2005). Mason and McCall Smith's Law and Medical Ethics, 7th ed, Oxford University Press.
 McLean, S.A.M. (2007). Assisted Dying: Reflections on the need for law reform, 1st ed, Routledge-Cavendish.
 Mullock, A. (2009). Prosecutors making Bad Law, Medical Law Review, 17.
 O'Neill, S. (2006). Why a retired GP chose to end her life seven years before time, Times OnLine, 25.1.2006, Available at: <http://www.timesonline.co.uk/article/0,,2-2008855,00.html>.
 Standler, R.B, Annotated Legal Cases on Physician-Assisted Suicide in the USA, Available at: www.rbs2.com/pas.pdf.

۲- پرونده‌ها

- Baxter v. Montana, 224 P.3d.
 Compassion in Dying v. Washington, 49F, 3d (1995).
 Compassion in Dying v. Washington, 79F.3d (1996).
 Compassion in Dying v. Washington, 850F.Supp (1994).

North Carolina v. Willis, 255N.C.473, 121 S.E.2d (1961).

R v. Cox [1992] 12BMLR.

Washington State v. Glucksberg, 521 U.S (1997).

۳- گزارش‌ها

House of Lords Select Committee. Report on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill 2004.

Oregon Department of Human Services. Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, March 2004.

Oregon Department of Human Services. Tenth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, March 2008.

یادداشت شناسه مؤلفان

حسین میرمحمد صادقی؛ استاد و مدیرگروه حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

علی ایزدی‌یار؛ کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی (نویسندهٔ مسؤول).

پست izadyara@yahoo.com

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۷

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۳/۴/۱۰

Physician Assisted Suicide: From Foundations of Criminalization to Penal Reaction

Hossein Mirmohammad Sadeghi

Ali Izadyar

Abstract

One of the most important and controversial issues in medical law is “Physician Assisted Suicide” that during the recent decades, it has been a challenging issue among the jurists, criminologists, doctors and even the patients themselves, as a part of the vulnerable population of society. This subject has had its own supporters and opponents. Core of these disputes is the “Right to Die” for the patients. From the perspective of criminal law doctrines, there is a significant difference between the Euthanasia and the above mentioned subject, from the view of doctor’s *direct* or *indirect* participation in the patient’s death; which means that doctor is involved in euthanasia directly and provides assistance in the physician assisted suicide. In other words, in direct participation, “doctor” does the *actus reus* of murder, but in indirect participation, she only helps the “patient” to kill himself. In criminal policy of Iran, suicide is not permissible under the influence of religious and juridical doctrines, but has not been criminalized, and therefore it concluded that assistance in suicide should not be considered criminal. Nevertheless, the legislator of Iran has criminalized aiding and facilitating suicide through the computer systems, telecommunication systems or data carriers, as an independent crime. This article has criticized and analyzed the foundations of criminalization of this issue, as well as, the methods of penal reaction of Iranian legal system toward this problem; and finally has proposed that criminalization of “Physician Assisted Suicide” as an independent crime in order to respect human life and prevent deviant act of suicide.

Keywords

Medical Law, Assistance in Suicide, Right to Die, Assistance, Suicide, Doctor’s Criminal Responsibility.