

De-moralization of Compassion-Motivated Crime: A Criminological-Philosophical Analysis of the Involuntary Euthanasia of Infants, with a Focus on the Case of Dr. Leonard Arthur

Afshin Daryabayan¹, Nooshin Shakib², Mohsen Mahmoudi³

¹ Master's Graduate in Criminal Law and Criminology, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Bandar Abbas, Iran daryabayanafshin@gmail.com

² Master's Graduate in Criminal Law and Criminology, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Bandar Abbas, Iran Nooshinshakib.n@gmail.com

³ Assistant Professor, Department of Law, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Bandar Abbas, Iran (Corresponding Author) M.mahmoudi@yahoo.com

Abstract

This article, entitled “De-moralization of Compassion-Motivated Crime: A Criminological-Philosophical Analysis of the Involuntary Euthanasia of Infants, with a Focus on the Case of Dr. Leonard Arthur,” examines a sensitive and controversial phenomenon in which the lives of infants who, due to severe disabilities or incurable conditions, are unable to make decisions for themselves, are intentionally brought to an end. Situated at the intersection of the philosophy of law, bioethics, and critical criminology, this study provides a multidimensional analysis of compassionate euthanasia and seeks to move beyond traditional moral-legal dichotomies toward an understanding of its complexities. The primary case study of the article concerns the controversial case of Dr.

Cite this article: Daryabayan, Afshin., Shakib, Nooshin, Mahmoudi, Mohsen V. (2025). De-moralization of Compassion-Motivated Crime: A Criminological-Philosophical Analysis of the Involuntary Euthanasia of Infants, with a Focus on the Case of Dr. Leonard Arthur. *Philosophy of Law*, 5(1), p. 217-270.

<https://doi.org/10.22081/PWQ.2025.72099.1241>

Received: 2026/4/8

Revised: 2026/4/26

Accepted: 2026/5/19

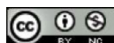
Available online: 2026/6/20

Type of article: Research Article

Publisher: Baqir al-Olum University

<https://pwq.bou.ac.ir/>

©2025/authors retain the copyright and full publishing rights



Leonard Arthur in Britain, who was charged in 1981 with the murder of a neurologically paralyzed infant with severe disabilities and was ultimately acquitted. This trial generated extensive public and academic debate and ultimately gave rise to fundamental questions concerning intention, suffering, dignity, and criminal responsibility in end-of-life decision-making. The article is organized into five sections using a theoretical-analytical method and drawing upon philosophical texts, legal documents, medical ethics sources, and criminological theories: theoretical foundations, a philosophical analysis of mercy killing, criminological perspectives on deviance and responsibility, a case analysis of the Arthur trial, and a critical conclusion. The findings indicate that classical criminal law lacks the capacity to understand and adjudicate this moral situation. The boundary between killing and compassion is fluid and context-dependent, and disregarding the lived experiences of physicians and caregivers renders our understanding incomplete. The article emphasizes the normative reconstruction of the concept of criminal responsibility and the necessity of an interdisciplinary and context-based approach to the analysis of such ethical tensions.

Keywords: Euthanasia, Bioethics, Groningen Protocol, Criminology, Dr. Leonard Arthur, Compassion, Philosophy of Law, Human Dignity, Criminal Responsibility, Infants.

اخلاق‌زدایی از جنایت ترحم‌آمیز: واکاوی جرم‌شناختی - فلسفی اتانازی غیرقابل ارادی نوزادان با تمرکز بر پرونده دکتر لئونارد آرتور

افشین دریابیان^۱، نوشین شکیب^۲، محسن محمودی^۳

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران

daryabayanafshin@gmail.com

۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران

nooshinshakib.n@gmail.com

۳. استادیار گروه حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران (نویسنده مسئول)

m.mahmudif@yahoo.com

چکیده

نوشتار حاضر به بررسی پدیده‌ای حساس و مناقشه‌برانگیز می‌پردازد که در آن به حیات نوزادانی که به دلیل ناتوانی‌های شدید یا شرایط درمان‌ناپذیر توانایی تصمیم‌گیری ندارند، به شکل عامدانه پایان داده می‌شود. این پژوهش در تلاقی میان فلسفه حقوق، اخلاق زیستی و جرم‌شناسی انتقادی، به تحلیل چندبُعدی اتانازی ترحم‌آمیز می‌پردازد و می‌کوشد فراتر از دوگانه‌های سنتی اخلاقی - حقوقی، به فهم پیچیدگی‌های آن برسد. مطالعه موردی اصلی مقاله، پرونده جنجالی دکتر لئونارد آرتور در بریتانیاست که سال ۱۹۸۱ به اتهام قتل عمد نوزادی با معلولیت شدید متهم و در نهایت تبرئه شد. این محاکمه، بحث‌های گسترده‌ای را در سطح

استناد به این مقاله: دریابیان، افشین، شکیب، نوشین، محمودی، محسن (۱۴۰۵). اخلاق‌زدایی از جنایت ترحم‌آمیز: واکاوی جرم‌شناختی - فلسفی اتانازی غیرقابل ارادی نوزادان با تمرکز بر پرونده دکتر لئونارد آرتور. *فلسفه حقوق*، ۵(۱)، ص ۲۷-۲۱۷.

<https://doi.org/10.22081/PWQ.2025.72099.1241>

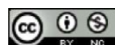
تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۱/۱۹؛ تاریخ اصلاح: ۱۴۰۵/۲/۶؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۲/۲۹؛ تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۳/۳۰

<https://pwq.bou.ac.ir/>

ناشر: دانشگاه باقرالعلوم

نوع مقاله: پژوهشی

۱۴۰۴/ © نویسندگان دارنده حق مؤلف مقاله خود بدون محدودیت هستند



عمومی و دانشگاهی برانگیخت و به پرسش‌هایی بنیادین درباره نیت، رنج، کرامت و مسئولیت کیفری در تصمیم‌گیری‌های پایان زندگی دامن زد. مقاله با روش نظری - تحلیلی و با بهره‌گیری از متون فلسفی، اسناد حقوقی، منابع اخلاق پزشکی و نظریه‌های جرم‌شناسی، در پنج بخش تنظیم شده است: مبانی نظری؛ تحلیل فلسفی قتل از سرترحم؛ دیدگاه‌های جرم‌شناختی درباره انحراف و مسئولیت؛ تحلیل موردی محاکمه آرتور؛ و جمع‌بندی انتقادی.

یافته‌ها نشان می‌دهد حقوق کیفری کلاسیک، توان درک و داوری درباره این وضعیت اخلاقی را ندارد. مرز میان قتل و شفقت، سیال و زمینه‌مند است و نادیده گرفتن تجربه زیسته پزشکان و مراقبان، فهم ما را ناقص می‌کند. مقاله بر بازسازی هنجاری مفهوم مسئولیت کیفری و ضرورت رهیافتی میان‌رشته‌ای و زمینه‌محور در تحلیل چنین کنش‌های اخلاقی تأکید می‌کند.

کلیدواژه‌ها: اتانازی، اخلاق زیستی، پروتکل گرونینگن، جرم‌شناسی، دکتر لئونارد آرتور، شفقت، فلسفه حقوق، کرامت انسانی، مسئولیت کیفری، نوزادان.

مقدمه

در فضای پرتلاطم اخلاقی و کیفری جهان معاصر، مسائلی پدیدار شده‌اند که ماهیتی میان‌رشته‌ای دارند و مرزهای سنتی دانش را درمی‌نوردند. یکی از این مسائل، اتانازی غیرقابل ارادی نوزادان است؛ مسئله‌ای که در تلاقی حساس فلسفه اخلاق، جرم‌شناسی و پزشکی مدرن قرار گرفته است و موجب به‌وجود آمدن چالش‌های جدی برای تحلیل‌های نظری و نهادهای کیفری شده است. کنش‌هایی از این قبیل، در وضعیتی رخ می‌دهند که نوزاد توانایی تصمیم‌گیری ندارد و پایان زندگی وی با رضایت او نیست، بلکه با اتکای کامل بر تصمیم بزرگسالان رقم می‌خورد. در این بستر، موضوع «قتل از سر ترحم» با پوششی از انگیزه‌های اخلاقی ظاهر می‌شود؛ اما در ژرفای خود، با پرسش‌های بنیادین درباره مفهوم جرم، مسئولیت، عدالت و حتی انسانیت روبروست.

اهمیت و ضرورت این تحقیق از آنجا ناشی می‌شود که اتانازی نوزادان با وجود تعداد محدود مصادیق، نمایان‌کننده بحرانی عمیق در گفتمان‌های جرم‌شناختی و فلسفی است. تحلیل این مسئله، فقط پرداختن به موردی خاص نیست، بلکه بازتابی از تنش مستمر میان ارزش‌های کیفری کلاسیک و ملاحظات انسانی - اخلاقی است. چنین پژوهشی می‌تواند به بازاندیشی در مفاهیمی چون اختیار، رنج، مسئولیت جزایی و مرزهای مداخله حقوق کیفری کمک کند.

هدف این مقاله، بررسی مسئله اتانازی غیرقابل ارادی نوزادان از منظر فلسفه حقوق و جرم‌شناسی است؛ تحلیلی که از سطح بحث‌های سنتی درباره مشروعیت اتانازی فراتر می‌رود و در پی آن است که از خلال این مسئله، لایه‌های عمیق‌تری از مفاهیم جرم، اخلاق و اراده در بستر حقوق کیفری مدرن را به چالش بکشد. در این مسیر با تمرکز بر پرونده دکتر لئونارد آرتور، تلاش خواهد شد تا موضوع از زاویه‌ای خاص و کمتر بررسی شده، واکاوی شود. مسئله اصلی آن است که چگونه می‌توان کنشی مانند اتانازی غیرقابل ارادی نوزادان را در

چارچوب‌های جرم‌شناختی و فلسفی تحلیل کرد، بی‌آنکه دچار تقلیل‌گرایی به انگیزه‌های فردی یا صرفاً هنجارهای اخلاقی شد؟ این پرسش، لایه‌هایی از پرسش‌های فرعی را نیز دربر دارد؛ از جمله:

* مفهوم مسئولیت کیفری در بستر کنش‌های ترحم‌آمیز با غایتی «انسانی» چگونه بازتعریف می‌شود؟

* مرز میان قتل و شفقت در کجای گفتمان کیفری قابل شناسایی است؟

* تحلیل فلسفی این کنش چه نسبتی با ایده‌های رایج عدالت، اختیار و کرامت انسانی دارد؟

* در مواجهه با رنج و ناتوانی مطلق نوزاد، چه نوع تحلیل جرم‌شناختی‌ای می‌تواند پاسخ‌گو باشد؟

بر مبنای پرسش‌های پیش‌گفته، فرضیات این پژوهش چنین است:

* تحلیل‌های فلسفی و جرم‌شناختی درباره اتانازی غیرقابل ارادی نوزادان در صورتی معنادارند که از تقلیل این کنش به انگیزه‌های فردی یا هنجارهای اخلاقی سنتی پرهیز شود و به جای آن، ساختارهای معرفتی کلان‌تری چون نسبت قدرت، مسئولیت و آسیب‌پذیری مدنظر قرار گیرد.

* مسئولیت کیفری در کنش‌های ترحم‌آمیز، نیازمند بازتعریفی است که در آن نیت انسانی و نبود نفع شخصی جایگاهی متفاوت از کنش‌های جنایی مرسوم پیدا کند؛ اگرچه این بازتعریف، اصل مسئولیت کیفری را به کلی منتفی نمی‌کند.

* مرز میان قتل و شفقت در گفتمان کیفری، نه خطی مطلق بلکه طیفی انعطاف‌پذیر است که بسته به زمینه‌های فلسفی، اجتماعی و حقوقی می‌تواند تعاریف و پیامدهای متفاوتی بیابد؛ به ویژه در مواردی که قربانی فاقد اراده آگاهانه است.

* تحلیل فلسفی اتانازی نوزادان تنها در پرتو مفاهیمی چون عدالت، اختیار و کرامت

انسانی معنا می‌یابد؛ ولی در این باره چالش برانگیز است و این مفاهیم نیاز به بازخوانی یا تفسیر مجدد دارند.

* در چنین مواردی، تحلیل جرم‌شناختی باید از مدل‌های کلاسیک فاصله بگیرد و به سوی رهیافت‌های میان‌رشته‌ای مانند اخلاق مراقبت، نظریه آسیب‌پذیری و مسئولیت جمعی حرکت کند تا بتواند پاسخ‌گویی مؤثری داشته باشد.

روش تحقیق این مقاله، تحلیلی - نظری است. داده‌ها از طریق بررسی اسناد علمی، متون فلسفی و منابع جرم‌شناختی گردآوری شده‌اند و با رویکرد انتقادی - تفسیری تحلیل می‌شوند؛ همچنین چارچوب پژوهش مبتنی بر پیوند میان مباحث نظری با مصداق‌های واقعی است.

ادبیات موجود در این حوزه بیشتر در دو مسیر اصلی سامان یافته است: نخست: آثار پزشکی و اخلاق زیستی که تمرکز آنها بر ابعاد انسانی، مراقبتی و شفقت‌آمیز اتانازی است؛ دوم: منابع حقوق کیفری که بیشتر به مشروعیت کنش، عناصر مسئولیت کیفری و حدود مداخله نظام عدالت کیفری می‌پردازند.

در این میان، مقاله تور^۱ (۲۰۰۲) با عنوان «اتانازی تا چه حد غیرقانونی است؟»^۲ به طور ویژه مسئولیت کیفری در تصمیم‌های اتانازی را تحلیل می‌کند و بر اهمیت نیت و زمینه اخلاقی در ارزیابی کیفری تأکید دارد. همچنین رونالد دورکین^۳ (۱۹۹۳) در اثر کلاسیک خود قلمرو زندگی: استدلالی درباره سقط جنین، اتانازی و آزادی فردی^۴، رابطه میان کرامت انسانی، آزادی فردی و کیفیت زندگی را در بستر تصمیم‌گیری درباره پایان حیات بررسی

1. Tur

2. Just how unlawful is euthanasia?

3. Ronald Dworkin

4. Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom

کرده است. افزون بر این، مطالعه فونتالیس، پروسالای و کولکارنی^۱ (۲۰۱۸) در مقاله «اتانازی و مرگ یاری شده: موضع فعلی چیست و استدلال‌های کلیدی شکل دهنده به این بحث کدام‌اند؟»^۲ به بررسی چارچوب‌های مفهومی و هنجاری موجود در مباحث اتانازی پرداخته‌اند و مرزهای میان رنج، شفقت و مسئولیت حرفه‌ای را از منظر زیست‌اخلاقی و بالینی تبیین کرده‌اند.

پژوهش حاضر می‌کوشد با عبور از چارچوب‌های تحلیلی رایج، رهیافتی میان‌رشته‌ای را در پیوند میان فلسفه اخلاق و جرم‌شناسی ارائه دهد که ابعاد کمتر بررسی شده اتانازی نوزادان را در نسبت با مفاهیمی چون اختیار، کرامت و مسئولیت کیفری برجسته کند. این مقاله در پنج مبحث اصلی تنظیم شده است. مبحث نخست به تبیین مفاهیم و چارچوب نظری اختصاص دارد و با تعریف و تمایز انواع اتانازی، بررسی ابعاد فلسفی و کیفری اتانازی نوزادان، تمایز میان قتل و ترحم و ارائه مبانی نظری همچون اخلاق مراقبت، نظریه آسیب‌پذیری، مسئولیت جمعی و اصول فلسفه کیفری مدرن آغاز می‌شود. در مبحث دوم، واکاوی فلسفی کنش اتانازی غیرقابل ارادی نوزادان در نسبت با مفاهیمی چون اختیار، کرامت، عدالت و رنج مطلق بررسی شده است. مبحث سوم با تمرکز بر تحلیل جرم‌شناختی، به بررسی مسئولیت کیفری در کنش‌های ترحم‌آمیز، انگیزه‌ها، امکان تعریف طیفی از قتل ترحم‌آمیز و نقش نهادهای کیفری در مواجهه با تصمیم‌های اخلاقی - پزشکی می‌پردازد. در مبحث چهارم، پرونده دکتر لئونارد آرتور به مثابه نمونه‌ای موردی تحلیل می‌شود تا ابعاد فلسفی، کیفری و گفت‌مانی اتانازی نوزادان در بستر واقعیت اجتماعی روشن گردد. سرانجام مبحث پنجم به نتیجه‌گیری، تحلیل انتقادی یافته‌ها، پیامدهای مفهومی، ارائه پیشنهادهایی برای بازآرایی چارچوب‌های تحلیلی و ترسیم مسیرهای پژوهشی آینده اختصاص دارد.

1. Fontalis, Prousalis and Kulkarni

2. Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate?

۱. مفاهیم و چارچوب نظری

۱-۱. تعریف و تمایز اتانازی ارادی، غیرارادی و غیرقابل ارادی

در بررسی مفهومی اتانازی،^۱ نخست باید به تفاوت‌های بنیادین میان انواع آن توجه کرد؛ تفاوت‌هایی که نه تنها در نظریه‌های اخلاقی و فلسفی، بلکه در ساختار حقوق کیفری و سیاست جنایی جوامع نیز تأثیرگذارند. اتانازی را می‌توان به سه دسته اصلی تقسیم کرد:

الف) اتانازی ارادی:^۲ اتانازی ارادی زمانی شکل می‌گیرد که شخص با آگاهی کامل از وضعیت خویش، بر مبنای تصمیمی مستقل، خواستار پایان حیات خود گردد. این نوع اتانازی در ادبیات اخلاق زیستی به مثابه معیار کلیدی مشروعیت شناخته می‌شود؛ زیرا به یقین عنصر «رضایت آگاهانه» در آن وجود دارد (Singer, 2011; Young, 1996).

ب) اتانازی غیرارادی:^۳ اتانازی غیرارادی به حالتی اطلاق می‌شود که شخص توانایی ابراز اراده دارد، اما بدون رضایت یا با وجود مخالفت او، مرگش موجب می‌شود. در بسیاری از نظام‌های حقوقی، این عمل مصداقی از قتل عمد است و تفاوت‌های ضعیف اما سرنوشت‌ساز با انواع دیگر اتانازی دارد. (Dimmock & Fisher, 2017; Pereira, 2011).

ج) اتانازی غیرقابل ارادی:^۴ و^۵ اتانازی غیرقابل ارادی زمانی رخ می‌دهد که فرد نمی‌تواند

۱. اتانازی (Euthanasia) در فارسی با عنوان «قتل ترحم‌آمیز» یا «مرگ ترحم‌آمیز» شناخته می‌شود.

2. Voluntary euthanasia

3. Involuntary euthanasia

4 10. Non-voluntary euthanasia

۵. شایان ذکر است که در این مقاله به جای استفاده از اصطلاح «اتانازی غیرداوطلبانه» که غالباً در ترجمه فارسی برای معادل‌سازی واژه انگلیسی non-voluntary euthanasia به کار می‌رود، از تعبیر «اتانازی غیرقابل ارادی» بهره گرفته شده است. این انتخاب با آگاهی کامل از اصطلاح‌شناسی تخصصی انجام شده و مبتنی بر این نکته است که واژه «غیرداوطلبانه» در زبان فارسی، به لحاظ معنایی، می‌تواند مبهم باشد؛ چراکه ممکن است هم به وضعیت فقدان امکان ابراز اراده (non-voluntary) و هم به مخالفت فعال با ابراز اراده (involuntary) اشاره داشته باشد. از سوی دیگر، در مورد اتانازی نوزادان، موضوع مورد بحث، مربوط به شرایطی است که فرد اساساً فاقد هرگونه ظرفیت برای ابراز رضایت یا مخالفت آگاهانه است؛ نه آنکه مخالفتی ابراز کرده باشد. بنابراین اصطلاح «غیرقابل ارادی» دقیق‌تر ماهیت این وضعیت را بیان می‌کند و از تداخل مفهومی با مقولات دیگری چون اتانازی غیرارادی جلوگیری می‌کند. به این ترتیب، کاربرد واژه «غیرقابل ارادی» در این پژوهش، همسو با دلالت معنایی صحیح در فلسفه اخلاق، جرم‌شناسی و زیست‌اخلاق بوده و از منظر زبان‌شناختی نیز با ساختار طبیعی تر زبان فارسی تطبیق یافته است.

رضایت یا مخالفت خود را اعلام کند، مانند نوزادان یا بیماران در کما. در این شرایط، تصمیم درباره ادامه یا خاتمه حیات به پزشک یا ولی قانونی واگذار می شود که مسئله را وارد بحث های عمیق حقوقی و اخلاقی می کند (Keown, 2018; Downie, 2004). نقش عنصر رضایت در این تمایزها در تحلیل های کیفری بسیار تعیین کننده است. فقدان یا نادیده گرفتن رضایت، پرسش هایی اساسی درباره مسئولیت کیفری، مشروعیت اخلاقی و اختیارات پزشکان یا مقامات قضایی پیش می آورد (Keown, 2018; Rachels, 1975).

۲-۱. اتانازی نوزادان: ابعاد فلسفی و کیفری

در زمینه اتانازی نوزادان، مرزهای میان اخلاق، حقوق کیفری و پزشکی بیش از هر جای دیگری متزلزل می شوند؛ چراکه نوزاد برخلاف فرد بالغ، توانایی تصمیم گیری آگاهانه و ظرفیت شناختی لازم برای ابراز اراده را ندارد. این وضعیت، تحلیل چنین پدیده ای را از سطح صرفاً فقهی یا حقوقی فراتر می برد و آن را نیازمند تأمل در بستر فلسفه اخلاق، روان شناسی رشد، نظریه های عدالت و سیاست کیفری می کند. پرسش بنیادین اینجاست که آیا در شرایط خاص، پزشک یا والدین مجازند بر پایه اصل «منفعت عالی کودک»،^۱ برای پایان دادن به حیات نوزادی که دچار بیماری درمان ناپذیر یا آسیب های برگشت ناپذیر است، تصمیم گیری کنند یا خیر؟

این تصمیم در برخی موارد با نیت شفقت، کاهش درد و حفظ کرامت کودک اتخاذ می شود؛ اما در بیشتر نظام های حقوقی، چنین مداخله ای از حیث کیفری، در زمره رفتارهایی قرار می گیرد که با تعریف کلاسیک قتل مطابقت دارد (Verhagen & Sauer, 2005). این تنش میان شفقت و مسئولیت کیفری، نشان دهنده پیچیدگی مواجهه با اتانازی نوزادان در فضای حقوقی مدرن است.

1. best interests of the child

از منظر «نظریه عدالت مراقبتی»^۱ که بر اساس روابط، همدلی و مسئولیت اخلاقی در برابر آسیب‌پذیران بنا شده است، اقداماتی که به منظور رفع درد کشنده یک نوزاد و با اتکا به مصالح واقعی او انجام می‌گیرد، ممکن است کنشی اخلاقی و حتی ضروری تلقی شوند (Held, 2006). در چنین رویکردی، نوزاد نه یک «عامل اخلاقی مستقل»، بلکه موجودی است که در کانون روابط مراقبتی تعریف می‌شود و تصمیم‌گیری درباره حیاتش، بخشی از مسئولیت اخلاقی نزدیک‌ترین افراد به اوست.

در مقابل، در فلسفه کیفری کلاسیک که بر اصل اختیار، مسئولیت فردی و اراده آزاد استوار است، حذف حیات انسانی بدون رضایت صریح و آگاهانه، فاقد وجاهت اخلاقی و حقوقی تلقی می‌شود؛ چراکه اساس مسئولیت کیفری و اخلاقی را بر هم می‌زند (Feinberg, 1987; Gorsuch, 2006).

این تعارض‌های مفهومی، نظام‌های حقوقی را بر آن داشته است تا گاه از راهکارهایی چون دستورالعمل‌های محدود و نظارت‌های اخلاقی و پزشکی بهره بگیرند. نمونه‌ای از این تلاش‌ها را می‌توان در «پروتکل گرونینگن»^۲ در هلند دید؛ راهبردی که می‌کوشد چارچوبی اخلاقی - حقوقی برای تصمیم‌گیری در موارد اتانازی نوزادان ارائه دهد، اگرچه همچنان با مخالفت‌های جدی در سطح بین‌المللی مواجه است (Verhagen & Sauer, 2005).

۳-۱. تمایز مفهومی میان قتل، اتانازی و ترحم

یکی از چالش‌های بنیادین در تحلیل مفهومی اتانازی، تمایز دقیق آن با مفاهیمی چون قتل، خودکشی و اقدامات مبتنی بر شفقت است. قتل در ساختار سنتی حقوق کیفری،

1. care ethics

۲. پروتکل گرونینگن (Groningen Protocol) که در سپتامبر ۲۰۰۴ توسط پزشک متخصص اطفال "ادوارد ورهاگن" (Eduard Verhagen) در بیمارستان دانشگاهی گرونینگن در هلند تدوین شد، مجموعه‌ای از دستورالعمل‌های پزشکی و اخلاقی برای اتانازی نوزادان دچار رنج شدید و بدون امکان درمان است. این پروتکل که نامش از شهر "گرونینگن" گرفته شده است، در سال ۲۰۰۵ به طور رسمی در هلند به عنوان استاندارد قانونی در سطح ملی پذیرفته شد.

فعلی است معطوف به سلب حیات فرد دیگر، غالباً بدون رضایت و با نیت آسیب‌رسانی. در مقابل، اتانازی اغلب با رضایت فرد و با هدف رهایی او از درد و رنج شدید انجام می‌گیرد؛ امری که برخی نظام‌های حقوقی و فلسفه‌های اخلاقی، آن را نه به مثابه جنایت، بلکه پاسخی انسانی به رنج تحمل‌ناپذیر می‌پندارند (Glover, 1990; Rachels, 1975).

در همین راستا، مفهومی چون «قتل از روی ترحم» یا «قتل شفقت‌آمیز» در برخی حوزه‌های قضایی به رسمیت شناخته شده است. در این برداشت، نیت عامل - یعنی شفقت در برابر رنج تحمل‌ناپذیر بیمار - عنصری کلیدی در بازشناسی ماهیت عمل تلقی می‌شود؛ با این وجود، این شکل از سلب حیات حتی با وجود نیت خیرخواهانه، در نظام‌های حقوقی سنتی همچنان در دایره جرایم قرار دارد؛ چراکه اصل حاکمیت قانون و حق حیات را به مثابه اصول بنیادین نادیده می‌گیرد.

از منظر سیاست جنایی، نبود شفافیت مفهومی و تفکیک‌ناپذیری دقیق این مسائل، می‌تواند زمینه‌ساز تبرئه‌های نادرست یا توجیه اقدامات خطرناک گردد. در همین چارچوب، عدالت ترمیمی به مثابه رهیافتی جدید با تأکید بر نیت، زمینه اجتماعی - روانی و موقعیت زیسته فرد، می‌کوشد تحلیل دقیق‌تری از مسئولیت اخلاقی و کیفری ارائه دهد (Zehr, 2002). این رویکرد بانفی نگاه صرفاً انتزاعی به جرم، بر آن است که کنش‌های انسانی را در بافتی انسانی، اخلاقی و تجربی فهم کند؛ این امر در موضوعی چون اتانازی، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

۴-۱. مبانی نظری پژوهش

در این بخش، پژوهش بر چهار مبنای نظری استوار شده است که با رویکردی تلفیقی از فلسفه اخلاق، جرم‌شناسی انتقادی و نظریات اجتماعی، امکان فهم چندلایه از پدیده اتانازی را فراهم می‌آورند.

۱-۴-۱. اخلاق مراقبت^۱

نظریه اخلاق مراقبت که ریشه در نقد فمینیستی بر نظریات اخلاقی وظیفه‌گرایانه کانت و نتیجه‌گرایانه بنتام دارد، به‌طور ویژه بر اهمیت روابط انسانی، مسئولیت متقابل و زمینه‌مندی تصمیمات اخلاقی تأکید می‌کند (Held, 2006; Gilligan, 1982; Tronto, 1993). این نظریه مستقیماً به پدیده اتانازی نمی‌پردازد؛ اما می‌تواند چارچوبی نظری برای تحلیل اخلاقی این موضوع فراهم آورد. در زمینه اتانازی، اخلاق مراقبت بر شنیدن صدای رنج دیگران، درک وضعیت زیستی و روان‌شناختی فرد و توجه به وابستگی‌های انسانی تأکید دارد. از منظر این دیدگاه، تصمیم به اتانازی نباید در خلأ اصول کلی و انتزاعی تحلیل شود، بلکه باید در بستر روابط انسانی و مسئولیت مراقبتی میان فرد بیمار و مراقبان‌ش ارزیابی گردد. به عبارت دیگر، توجه به شرایط خاص، نیازهای فردی و شبکه‌های ارتباطی در این فرایند اخلاقی اهمیتی اساسی دارد. در این بستر، اخلاق مراقبت به مثابه چارچوبی اخلاقی که بر کرامت انسانی، آسیب‌پذیری ذاتی و ضرورت حمایت متقابل تأکید دارد، جایگاهی ویژه در تحلیل تصمیم‌های دشوار در زمینه اتانازی نوزادان می‌یابد.

۱-۴-۲. نظریه آسیب‌پذیری^۲

نظریه آسیب‌پذیری بر این اصل استوار است که آسیب‌پذیری نه به مثابه یک ضعف فردی، بلکه در جایگاه ویژگی ذاتی انسان بودن تلقی می‌شود؛ امری که تحت تأثیر ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و نهادی شکل می‌گیرد و در تعیین ظرفیت افراد برای تصمیم‌گیری و مشارکت در زندگی جمعی نقش مهمی دارد. از این منظر، طراحی نهادهای حقوقی و اجتماعی باید به گونه‌ای باشد که فعالانه از افراد در موقعیت‌های گوناگون محافظت

1. Ethics of Care

2. Vulnerability Theory

کند و نابرابری‌های ساختاری را کاهش دهد. این دیدگاه با تمرکز بر ضرورت بازاندیشی در مسئولیت‌های جمعی و ساختارهای قدرت به ویژه در زمینه سیاست‌های سلامت و اخلاق زیستی، بر اهمیت پاسخ‌گویی نهادها به نیازهای گروه‌های در معرض آسیب تأکید دارد (Fineman, 2008, 2019; Mackenzie et al., 2014; Ries & Thomson, 2020). در زمینه اتانازی، این نظریه می‌تواند کمک غیرمستقیمی به تحلیل اجتماعی و ساختاری این پدیده کند. تصمیم به مرگ ممکن است تنها نتیجه یک انتخاب خودمختار نباشد، بلکه ممکن است ناشی از فشارها و شرایطی باشد که فرد در آن قرار گرفته است؛ به ویژه در شرایطی که فرد احساس می‌کند از حمایت کافی اجتماعی یا ساختاری برخوردار نیست.

۱-۴-۳. نظریه مسئولیت جمعی^۱

در چارچوب نظریه مسئولیت جمعی، افعال و تصمیم‌های فردی همواره در بستر ساختارهای اجتماعی و کنش‌های جمعی معنا می‌یابند. این رویکرد بر آن است که بسیاری از پدیده‌هایی که ظاهراً ناشی از اراده فردی‌اند، درواقع بازتابی از فرایندهای نهادی، هنجارهای اجتماعی و روابط قدرت‌اند که کنش فرد را شکل می‌دهند و محدود می‌کنند (May, 1992; Smiley, 2005). در این منظر، مسئولیت اخلاقی و اجتماعی، صرفاً متوجه فاعل فردی نیست، بلکه باید آن را در امتداد روابط نهادی، توزیع منابع و سیاست‌های کلان فهمید.

با پذیرش این چارچوب تحلیلی، پدیده‌هایی چون تصمیم به پایان دادن زندگی از جمله در قالب اتانازی، دیگر صرفاً کنشی فردی و مبتنی بر اراده شخصی تفسیر نمی‌شوند، بلکه در سایه ساختارهای اجتماعی، پزشکی و حقوقی نیز قابل بررسی‌اند. پژوهش‌هایی در حوزه اخلاق کاربردی و مطالعات پایان زندگی نشان داده‌اند که چگونگی شکل‌گیری تصمیم به مرگ، اغلب وابسته به

شیوه سازماندهی مراقبت‌های بهداشتی، دسترسی به خدمات حمایتی و نوع مواجهه نهادی با رنج و بیماری است (Downie, 2004; Steinhauser et al., 2000; Emanuel & Emanuel, 1992). در نتیجه مسئولیت در قبال رنج زیسته افراد، نه تنها متوجه فرد تصمیم‌گیر، بلکه ناظر بر آن ساختارهایی است که امکان یا عدم امکان زیستن با کرامت را فراهم یا محدود می‌کنند.

۴-۴-۱. مبانی فلسفه کیفری مدرن: اختیار، کرامت، عدالت

سه مفهوم اختیار، کرامت و عدالت در فلسفه کیفری مدرن، جایگاهی بنیادین دارند و چارچوب ارزیابی مشروعیت سیاست‌های کیفری را شکل می‌دهند. اختیار به معنای توانایی فرد برای کنش آگاهانه و معنادار، شرط لازم مسئولیت اخلاقی و کیفری است؛ چراکه بدون آن، نسبت دادن مسئولیت یا تحمیل مجازات، فاقد اعتبار خواهد بود (Hart, 1968/2008; Kant, 1788/1997; Schafer, 1976; Strawson, 1963; VanInwagen, 1983). کرامت انسانی نیز نه صرفاً یک اصل اخلاقی، بلکه مبنایی برای صیانت از حق زیستن و حتی حق مردن تلقی می‌شود و در بستر تصمیم‌گیری‌های دشوار مانند اتانازی، در تنشی دائمی با آزادی انتخاب قرار دارد (Annadurai et al., 2014; Debes, 2023). در این میان، عدالت در معنای رالزی آن یعنی عدالت به مثابه انصاف، اقتضای کند که سیاست کیفری نه بر مبنای ملاحظات منفعت‌گرایانه، بلکه بر پایه اصولی طراحی شود که در شرایط بی‌طرفی و فارغ از موقعیت‌های اجتماعی قابل توجیه باشد (Rawls, 1971; Rawls, 2001; دریایان و محمودی، ۱۴۰۳). چنین نگاهی مستلزم آن است که هرگونه جرم‌انگاری یا پذیرش اتانازی با در نظر گرفتن منافع و موقعیت آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه صورت گیرد.

۱. عبارت رنج زیسته افراد (Lived suffering) به معنای تجربیات و احساسات فردی است که از آسیب‌های جسمی، روانی یا اجتماعی ناشی می‌شود. این مفهوم بیشتر در حوزه‌های انسان‌شناسی، جامعه‌شناسی، فلسفه و روان‌شناسی به کار می‌رود و به ویژه در مطالعات مربوط به اتانازی و حقوق بشر اهمیت دارد.

۲. واکاوی فلسفی اتانازی غیرقابل ارادی نوزادان

اتانازی غیرقابل ارادی نوزادان به واسطه جایگاه مبهم آن در مرز میان اخلاق زیستی، فلسفه سیاست جنایی و پرسش‌های اگزستانسیال انسانی، به یکی از چالش‌برانگیزترین موضوعات در گفتگوی میان حوزه‌ای تبدیل شده است. در این بخش با تمرکز بر مفاهیم بنیادین و رهیافت‌های فلسفی، زوایای متنوع این پدیده از منظر اختیار، کرامت، عدالت، رنج و مسئولیت اخلاقی واکاوی می‌شود.

۲-۱. رابطه اتانازی با اختیار و اراده

در تحلیل فلسفی اتانازی، یکی از اساسی‌ترین پرسش‌ها به نسبت میان اختیار، اراده و تصمیم‌گیری درباره پایان زندگی بازمی‌گردد. در مواردی که فرد به دلیل فقدان ظرفیت‌های شناختی یا روانی، توانایی اتخاذ تصمیم آگاهانه را ندارد - نظیر نوزادان یا بیماران در وضعیت کمای برگشت‌ناپذیر - چالش‌هایی عمیق درباره امکان مشروعیت بخشی به اتانازی بدون رضایت مستقیم مطرح می‌شود. این وضعیت، ضرورت بازنگری در مفاهیم بنیادینی چون رضایت، خودمختاری و مسئولیت را برجسته می‌کند.

از منظر اخلاق وظیفه‌گرایانه، کرامت انسانی وابسته به توانایی در تصمیم‌گیری عقلانی و خودآیین است. فرد تنها زمانی فاعل اخلاقی تلقی می‌شود که قادر به تشخیص، انتخاب و ارزیابی عقلانی باشد. بنابراین در غیاب اراده آگاهانه، هرگونه مداخله برای پایان دادن به زندگی، به منزله نفی شأن اخلاقی انسان تلقی می‌گردد (Johnson & Cureton, 2004/2022; Kant, 2012/1785).

با این حال، در نظریات ناظر به تمایز میان کنش فعال و غیرفعال، چنین تفاوتی از حیث اخلاقی لزوماً بنیادین تلقی نمی‌شود؛ به‌ویژه در مواردی که هدف از اقدام، کاستن از رنج

شدید و پایان‌ناپذیر است، تسهیل مرگ می‌تواند امری به لحاظ اخلاقی موجه باشد، حتی اگر با رضایت مستقیم همراه نباشد (Rachels, 1975).

در چارچوب اخلاق فایده‌گرایانه، تداوم زندگی برای موجودی که از تجربه لذت و رنج همیشگی محروم است، واجد ارزش ذاتی تلقی نمی‌شود؛ مگر آنکه منافع بیرونی مستقلی در کار باشد (Driver, 2009/2014; Singer, 2011). در چنین حالاتی، ارزیابی اخلاقی به جای اتکای صرف بر رضایت فرد، بر میزان پیامدهای رنج و سود برای او و دیگران متمرکز می‌شود.

در منظری دیگر، رویکرد زیست اخلاقی چهاراصولی، تلفیقی از ارزش‌هایی چون احترام به خودمختاری، خیررسانی، پرهیز از آسیب و عدالت را در نظر می‌گیرد. زمانی که اصل خودمختاری اعمال‌شدنی نیست، ضرورت دارد سایر اصول با دقت سنجیده و رعایت شوند تا تصمیم‌نهایی از منظر اخلاقی موجه تلقی گردد (Beauchamp & Childress, 2019). در مجموع، تنش میان وظیفه‌گرایی و فایده‌گرایی، همچنان از اساسی‌ترین تعارضات نظری در تحلیل اتانازی به‌ویژه در غیاب اراده آگاهانه به شمار می‌رود. تصمیم‌گیری در چنین وضعیت‌هایی تنها به سنجش پیامدها محدود نمی‌شود، بلکه نیازمند بازاندیشی در جایگاه فاعلیت اخلاقی، مسئولیت غیرشخصی و نسبت پزشک یا مراقب با مفهوم رنج انسانی است.

۲-۲. کرامت انسانی در بستر رنج مطلق

مفهوم کرامت انسانی به مثابه یکی از بنیادی‌ترین اصول فلسفی و اخلاقی در سنت‌های لیبرال دموکراتیک غربی، همواره با این پیش‌فرض همراه بوده است که انسان با چشم‌پوشی از موقعیت یا توانایی‌های فیزیکی و روانی‌اش، شایسته احترام بی‌قید و شرط است. با این وجود،

این اصل در مواجهه با وضعیت‌هایی که در آنها فقط حیات فیزیولوژیک ادامه دارد، اما تجربه انسانی تهی از آگاهی، تعامل و معنا شده است، به چالش کشیده می‌شود؛ از جمله در موارد نوزادانی که با ناهنجاری‌های شدید، لاعلاج و دردناک متولد می‌شوند، این پرسش شکل می‌گیرد که آیا صرف تداوم عملکرد زیستی، برای حفاظت از کرامت انسانی کافی است یا کرامت مستلزم حداقلی از زیست تجربه‌پذیر و معنادار است (Andorno, 2009).

این مسئله، نقطه تلاقی میان فلسفه اخلاق، جرم‌شناسی نوین و زیست اخلاقی است؛ چراکه در چنین مواردی، تصمیم درباره تداوم یا خاتمه حیات نه تنها یک تصمیم پزشکی یا خانوادگی، بلکه کنشی واجد پیامدهای اخلاقی، حقوقی و حتی کیفری تلقی می‌شود. رونالد دورکین - فیلسوف حقوق دان - در تحلیل خویش از معنای مرگ و حیات، استدلال می‌کند که کرامت انسانی تنها در زیستن خلاصه نمی‌شود، بلکه در شیوه مواجهه با رنج و مرگ نیز بروز می‌یابد. از نظر او در برخی موارد، احترام به امکان مردن در آرامش و پرهیز از تداوم رنج غیرضرور، خود نشانه‌ای از پاسداشت کرامت است، نه نفی آن (Dworkin, 1993). در این نگرش، حفظ زندگی فاقد آگاهی که با درد و زوال توأم است، ممکن است برخلاف شأن انسانی باشد، نه در جهت آن.

در چارچوب این دیدگاه، اتانازی نوزادان مبتلا به رنج مطلق و بدون امکان تجربه بهبود یا آگاهی، صرفاً عملی پزشکی یا تصمیمی روان‌شناختی برای والدین تلقی نمی‌شود، بلکه بازتابی از یک رویکرد فلسفی به مفهوم کرامت در بستر رنج است. بدین معنا، کرامت می‌تواند نه در تداوم رنج، بلکه در پرهیز از آن متبلور گردد؛ همچنین رنج مطلق به مثابه مرزی برای اخلاقی بودن یا نبودن تداوم زیست موضوع تفسیر قرار گیرد. از این منظر، خودداری از مداخله پزشکی برای تداوم مصنوعی حیات در موارد بدون امید، می‌تواند نه تنها مصداقی از مسئولیت اخلاقی، بلکه شکل جدیدی از احترام به کرامت انسانی در بستر فقدان معنا باشد (Rachels, 1986; Singer, 2011).

۲-۳. نسبت عدالت و رهایی در پایان زندگی

مفهوم عدالت در اندیشه سیاسی کلاسیک و جدید، اغلب با توزیع منصفانه حقوق، فرصت‌ها و منابع پیوند خورده است. اما در زمینه تصمیم‌گیری درباره پایان زندگی به ویژه در مواردی چون نوزادان با شرایط درمان ناپذیر و رنج‌های شدید و مستمر، عدالت به سطحی عمیق‌تر و انسانی‌تر منتقل می‌شود. در این سطح، پرسش بنیادینی مطرح می‌شود: آیا ادامه زندگی در وضعیتی که امکان رهایی از رنج اساساً وجود ندارد، می‌تواند مصداق نوعی بی‌عدالتی تلقی شود؟

در چنین شرایطی، برخی رویکردهای جدید در حوزه فلسفه اخلاق و عدالت، از جمله نظریه عدالت ترمیمی می‌کوشند مفهوم عدالت را از چارچوب‌های تنبیهی صرف خارج کنند و آن را ناظر به بازشناسی رنج، ترمیم روابط آسیب‌دیده و پاسخ به فقدان معنا بدانند (Zehr, 2002). در این نگرش، عدالت نه فقط ابزار انتظام اجتماعی، بلکه مفهومی انسانی است که هدف آن کاستن از درد و بازگرداندن کرامت انسان‌ها در وضعیت‌های دشوار و پیچیده است.

در چنین افقی، گاهی اتانازی در شرایط خاص و محدود نه به مثابه نفی حیات، بلکه در جایگاه نوعی همدلی عمیق با رنجی تحمل‌ناپذیر مورد بحث قرار می‌گیرد. فیلسوفی مانند امانوئل لویناس با تأکید بر «مسئولیت بی‌واسطه در برابر دیگری»، معتقد است اخلاق اصیل در مواجهه با چهره رنج‌دیده دیگری متولد می‌شود؛ از این رو در این بستر، گاه عمل انسان برای پایان دادن به رنج ممتد، از منظر اخلاقی نه تنها مردود، بلکه واکنشی مسئولانه در برابر درد دیگری به شمار می‌آید (Levinas, 1969/1961). البته چنین نگاه‌هایی لزوماً با ساختارهای حقوقی همه‌جوامع سازگار نیستند و همواره محل تأمل و گفتگو باقی می‌مانند. در این چارچوب، عدالت در پایان زندگی را می‌توان نوعی پاسخ‌گویی به کرامت انسانی دانست؛ پاسخی که نه با شتاب، بلکه با تأمل، رعایت ارزش‌های اخلاقی و در نظر گرفتن بستر

فرهنگی و حقوقی جامعه ارائه می‌شود. هدف در چنین مواردی، نه تصمیم‌گیری صرف درباره مرگ، بلکه فهم عمیق‌تری از کیفیت زندگی و جایگاه انسان در مواجهه با رنج است.

۲-۴. تنش‌های اخلاقی در کنش‌های شفقت‌آمیز

مفهوم تنش‌های اخلاقی در کنش‌های شفقت‌آمیز به‌ویژه در موارد حساس مانند اتانازی غیرقابل‌ارزادی نوزادان، مسئله پیچیده‌ای است که مرز میان شفقت و خشونت را به چالش می‌کشد. شفقت به‌طور معمول به مثابه انگیزه‌ای خیرخواهانه تلقی می‌شود؛ اما در عمل، این انگیزه ممکن است به کنش‌هایی منجر شود که نتیجه آن پایان زندگی باشد. در این باره دیدگاه‌هایی چون اخلاق فضیلت که ریشه در فلسفه ارسطویی دارد، به اهمیت انگیزه فردی در ارزیابی اخلاقی کنش‌ها تأکید می‌کنند؛ به‌ویژه این دیدگاه بر این نکته تأکید دارد که ارزیابی اخلاقی هر عمل نه تنها وابسته به انگیزه کنشگر است، بلکه باید در نظر گرفتن حکمت عملی و ملاحظات زمینه‌ای نیز مورد توجه قرار گیرد (Hursthouse, 1999). بنابراین شفقت به مثابه انگیزه‌ای اخلاقی محسوب می‌شود که زمانی که با درک عمیق از پیامدهای آن، شناخت جایگاه دیگران و ملاحظات محدودیت‌های انسانی همراه باشد. در سوی دیگر، نظریه اخلاق مراقبت با تکیه بر رویکردهای عدالت‌محور، بر روابط انسانی، وابستگی‌ها و عواطف تأکید دارد. این رویکرد در مقابل نظریه‌های عدالت‌محور قرار دارد و بر اهمیت همدلی و فهم عمیق شرایط فردی تأکید می‌کند. در این چارچوب، کنش‌های شفقت‌آمیز حتی در شرایطی که رضایت یا اختیار مستقیم فرد در آن دخیل نباشد، ممکن است معنای اخلاقی و اعتبار داشته باشند. با این حال، شرط این اعتبار اخلاقی آن است که کنش‌ها از موضع مسئولیت‌پذیری و همدلی با آسیب‌پذیری انسان‌ها اتخاذ شده باشند (Held, 2006). در نتیجه این دیدگاه بر اهمیت حفظ روابط انسانی و توجه به شرایط خاص فردی در ارزیابی اخلاقی کنش‌ها تأکید می‌کند.

۲-۵. مرز فلسفی میان مداخله انسانی و رهایش طبیعی

یکی از پیچیده‌ترین و با وجود این چالش‌برانگیزترین پرسش‌هایی که در بحث اتانازی نوزادان مطرح می‌شود، تعیین جایگاه و حدود مداخله انسان در روند طبیعی حیات است. مسئله تنها به وجوه زیستی یا پزشکی خلاصه نمی‌شود، بلکه در سطحی عمیق‌تر به حوزه‌هایی چون فلسفه، اخلاق و حتی باورهای معنوی گره می‌خورد. اگر زندگی به نقطه‌ای برسد که به لحاظ بالینی و عینی بازگشتی برای آن متصور نباشد، این پرسش بنیادین پدید می‌آید که آیا تسریع فرایند مرگ، به مثابه نوعی کنش انسانی، تجاوز به قلمرو طبیعت است یا تلاشی برای پاسخ به ناتوانی طبیعت در فراهم کردن زیستی با کیفیت قابل پذیرش؟

هانس یوناس^۱ - فیلسوف برجسته آلمانی - با نگاهی نقادانه به سلطه فناوری بر حیات، از اصول اخلاقی محتاطانه‌ای دفاع می‌کند. او در قالب آنچه «اصل احتیاط» می‌نامد، تأکید می‌کند که هرگونه مداخله در فرایندهای زیستی، زمانی که قطعیت اخلاقی در برابر پیامدهای آن وجود ندارد، باید با تردید و پرهیز همراه باشد (Jonas, 1984). از منظر او، احترام به رمزآلودگی حیات و عدم قطعیت در شناخت کامل آن، ایجاب می‌کند که کنش انسانی با مسئولیت و فروتنی همراه باشد.

در مقابل، برخی دیدگاه‌های انسان‌مدارانه‌تر به ویژه در سنت‌های اخلاقی نوین، معتقدند اگر طبیعت در اعطای زیستی معنادار ناکام بماند، مشارکت در پایان‌پذیری آن نه تعرض به قداست زندگی، بلکه تداوم نوعی همدلی با وضعیت انسانی است؛ همدلی‌ای که از رنج بی‌پایان و فاقد افق رهایی‌کناره می‌گیرد. در چنین تفسیری، مداخله در روند پایان‌زدگی به جای آنکه نقض طبیعت تلقی شود، در امتداد وظیفه اخلاقی برای کاهش درد معنا می‌یابد (Singer, 1995).

در این جدال پیچیده میان مداخله و رهايش، نگاه فلسفی ناگزیر از درنگی عمیق در ابعاد گوناگون انسانی است: از محدودیت شناختی و اخلاقی گرفته تا امکان‌ها و ریسک‌هایی که هر تصمیم در بستر عدم قطعیت در پی دارد. اینجا قلمرو خاکستری تصمیم‌گیری است؛ جایی که نه مطلق‌های اخلاقی که تأملات دقیق و انسان‌محور می‌توانند راه را روشن سازند.

۳. تحلیل جرم‌شناختی کنش اتانازی نوزادان

۳-۱. جایگاه مسئولیت کیفری در کنش‌های ترحم‌آمیز

مسئولیت کیفری به مثابه یکی از ارکان بنیادین نظام‌های عدالت کیفری، بر اساس احراز عنصر روانی و اراده آزاد در ارتکاب رفتار مجرمانه استوار است. زمانی که عملی مانند اتانازی نوزادان - بدون امکان ابراز رضایت از سوی قربانی - با هدف کاهش درد شدید یا پیشگیری از رنج تحمل‌ناپذیر انجام می‌شود، پرسش اساسی این است که آیا فقدان رضایت آگاهانه و نیت شفقت‌محور عامل، می‌تواند مانع از اعمال مسئولیت کیفری شود یا خیر. از منظر اخلاق زیستی و حقوق کیفری، تحلیل امکان‌پذیری و مشروعیت رضایت آگاهانه در چنین مواردی ضروری است؛ چراکه نوزاد فاقد توان تصمیم‌گیری است و حتی نیت خیرخواهانه نمی‌تواند جایگزین رضایت قانونی شود (Verhagen & Sauer, 2005; Vanden Eijnden & Martinovici, 2013; Sklansky, 2001).

افزون بر این، بررسی‌ها و تحلیل‌های رسمی در هلند تحت چارچوب «پروتکل گرونینگن» نشان داده‌اند که حتی در نظام‌های حقوقی پیشرفته، اتانازی نوزاد تنها در شرایط کاملاً محدود با تأیید والدین، تأیید دو پزشک مستقل و گزارش رسمی به مراجع قضایی پس از اجرا، مجاز است و هرگونه خروج از این چارچوب، موجب مسئولیت کیفری می‌شود (Verhagen & Sauer, 2005; Lindemann & Verkerk, 2008; Kon et al., 2022).

در تحلیل‌های نظریه‌های جدید جرم‌شناسی، تمایز میان قتل ترحم‌آمیز و سایر انواع قتل تنها به انگیزه محدود نمی‌شود، بلکه دامنه مسئولیت باید در بستر عنصر روانی، زمینه‌های اجتماعی و نظام قضایی ارزیابی قرار گیرد. در این رویکرد، حتی نیت ترحم‌آمیز نیز در صورت عدم پشتیبانی از سوی چارچوب‌های قانونی صریح، دفاع قابل قبولی در برابر مسئولیت کیفری نیست و فرد را در معرض مسئولیت کیفری قرار می‌دهد (Herring, 2016; Keown, 2018).

۲-۳. انگیزه، نفع شخصی و تقلیل ناپذیری جرم

یکی از چالش‌برانگیزترین مسائل در تحلیل جرم‌شناختی اتانازی، تمایز میان انگیزه‌های انسانی و خودخواهانه است. در حالی که نظام کیفری معمولاً در زمینه قواعد شکلی، تفاوت معناداری میان «نیت» و «انگیزه» قائل نمی‌شود، در پژوهش‌های میان‌رشته‌ای به ویژه در حوزه‌های جرم‌شناسی و فلسفه اخلاق، این تمایز بررسی و تحلیل شده است. مطالعات نشان می‌دهند که انگیزه‌های نوع‌دوستانه مانند تمایل برای پایان دادن به رنج انسان‌ها، گاه نمی‌توانند به سادگی در چارچوب مفاهیم کلاسیک جرم قرار بگیرند (Gabrielyan, 2014; Otłowski, 2000; Sanders, 1969).

در شرایطی که پزشک یا والدین بدون هرگونه انتظار منفعت شخصی، صرفاً با هدف پایان دادن به رنج تحمل‌ناپذیر یک نوزاد یا فرد دیگر اقدام به اتانازی می‌کنند، شماری از پژوهشگران استدلال کرده‌اند که این‌گونه کنش‌ها را نمی‌توان با جرایم متداول مقایسه کرد (Kuhse & Singer, 1985; Verhagen & Sauer, 2005). با این حال، حتی اگر انگیزه‌های این چنینی از نوع ترحم باشد، چنین انگیزه‌ای خود به تنهایی باعث نمی‌شود که عمل از نظر کیفری بی‌اثر شود، بلکه در تحلیل حقوق کیفری، این انگیزه‌ها تنها می‌توانند در حوزه مسئولیت کیفری و شدت مجازات تأثیرگذار باشند.

نظریه‌های فلسفی به‌ویژه دیدگاه فینبرگ (۱۹۸۷) دربارهٔ حدود اخلاقی مداخلهٔ کیفری، می‌توانند چشم‌اندازهای ژرفی برای فهم اخلاقی - حقوقی پدیده‌هایی چون اتانازی فراهم آورند. فینبرگ با محور قراردادن مفهوم «ضرر»، بر این نکته تأکید می‌کند که دخالت دولت از طریق ابزار کیفری تنها زمانی توجیه‌پذیر است که کنش فرد مستقیم موجب آسیب به دیگری شود. بر این اساس، اگر اقدامی چون اتانازی از سرِ ترحم و بدون نفع شخصی انجام گیرد و آسیبی به فرد دیگری وارد نکند، شاید نتوان آن را در دایرهٔ مداخلات موجه کیفری جای داد. با این همه، نظام‌های حقوقی ممکن است همچنان چنین رفتاری را از منظر رسمی جرم‌انگارانه تلقی کنند؛ از این رو تحلیل اتانازی نیازمند نگاهی فراتر از چارچوب کلاسیک مسئولیت کیفری است؛ نگاهی که در آن حساسیت‌های اخلاقی، پیچیدگی انگیزه‌ها و مرزهای مشروع دخالت دولت، هم‌زمان مورد توجه قرار گیرند.

۳-۳. امکان سنجی تعریف طیفی از قتل ترحم‌آمیز

در برخی رهیافت‌های معاصر در حوزهٔ جرم‌شناسی و فلسفه اخلاق، ایدهٔ «طیفی‌سازی قتل» به مثابهٔ تلاشی برای بازاندیشی در تعریف سنتی قتل و تبیین مرزهای آن به‌ویژه در مورد اتانازی مطرح شده است. در این دیدگاه، کنش‌هایی همچون اتانازی نوزادان یا بیماران مبتلا به دردهای درمان‌ناپذیر، از منظر انگیزه، نیت و پیامد، در جایگاهی متفاوت در برابر قتل عمد قرار می‌گیرند. درواقع میان «جان‌ستانی جنایت‌آمیز» و «جان‌ستانی دلسوزانه»، تمایزی ماهوی برقرار می‌شود؛ تمایزی که بر اساس آن، شدت و ماهیت پاسخ کیفری نیز تغییر می‌یابد (Ashworth, 2003; Fletcher, 1998).

این رهیافت به‌ویژه در نظام‌های حقوقی با بنیان‌های سکولار و لیبرال اخلاقی، منجر به شکل‌گیری دسته‌بندی‌هایی در قوانین شده است که اتانازی را در برخی شرایط مشخص، از

شمول تعریف سنتی قتل خارج کرده‌اند یا دست‌کم برخورد کیفری با آن را ملایم‌تر ساخته‌اند (Keown, 2018). این نظام‌ها اغلب بر مبنای اصل استقلال فردی، کیفیت زیست و کرامت انسانی، امکان بازاندیشی در مفاهیم سنتی کیفری را فراهم کرده‌اند. با این حال در مقابل، نظام‌های حقوقی‌ای که بر حرمت ذاتی و نقض‌نشدنی حیات بشری تأکید دارند، همچنان از پذیرش چنین طبقه‌بندی‌هایی خودداری می‌کنند. از نگاه این نظام‌ها، هر نوع جان‌ستانی حتی اگر از روی شفقت و همدردی باشد، مصداق تجاوز به حق بنیادین حیات است و نباید با معیارهای انگیزشی یا پیامدگرایانه تبرئه یا تخفیف داده شود (Finnis, 2011; Biggar, 2004). چالش اصلی در پذیرش این نگاه طیفی آن است که مرزهای مفهومی «قتل مشروع» و «قتل مجرمانه» را سیال می‌کند و با نسبی کردن اخلاق در قلمرو کیفری، امکان گشوده شدن روزنه‌هایی را برای سوءاستفاده‌های احتمالی پدید می‌آورد؛ از این رو این رویکرد همچنان در میانه جدالی معرفت‌شناختی میان وفاداری به اصول اخلاقی مطلق‌گرا و پذیرش انعطاف‌پذیری‌های انسانی باقی مانده است.

۳-۴. نهادهای کیفری در برابر تصمیم‌های اخلاقی - پزشکی

اتانازی به‌ویژه درباره نوزادان مبتلا به بیماری‌های لاعلاج، یکی از پیچیده‌ترین موضوعات در تقاطع حقوق کیفری، اخلاق پزشکی و فلسفه است. این موضوع چالش‌های عمیقی برای پزشکان، نهادهای قضایی و جامعه ایجاد می‌کند. پزشکان در مواجهه با شرایط بحرانی مانند مراقبت از نوزادانی که امیدی به بهبودی ندارند، ممکن است تصمیم‌هایی بگیرند که از منظر پزشکی و اخلاق حرفه‌ای ضروری یا اجتناب‌ناپذیر باشد. اما همین تصمیم‌ها از دید نهادهای کیفری می‌تواند تخطی از قانون تلقی شود. این دوگانگی، نهادهای قضایی را در موقعیتی دشوار قرار می‌دهد که باید تعادلی ظریف بین شفقت و

حفظ اصول حقوقی برقرار کنند (Jotkowitz & Glick, 2006; Onwuteaka-Philipsen et al., 2003; Orlowski et al., 1992; van der Heide et al., 1997; Verhagen & Sauer, 2005). قوانین مرتبط با اتانازی نوزادان در کشورهای مختلف، تحت تأثیر فرهنگ، اخلاق و نظام حقوقی هر جامعه، تفاوت‌های چشمگیری دارد:

فرانسه: در فرانسه، اتانازی فعال^۱ همچنان ممنوع است و به مثابه عملی مجرمانه تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرد. قانون‌گذار فرانسوی میان اقدام مستقیم برای پایان دادن به حیات بیمار و اقداماتی که با هدف کاهش رنج وی انجام می‌گیرند، تمایز قائل شده است. در این راستا، قانون شماره ۲۰۰۵-۳۷۰، موسوم به «قانون لئونتی»^۲ که در ۲۲ آوریل ۲۰۰۵ به تصویب رسید، رویکردی مبتنی بر پرهیز از «اصرار درمانی»^۳ را بنیان نهاد و به پزشکان اجازه داد تا در موارد خاص، درمان‌های غیرضروری و تداوم مصنوعی حیات را متوقف کنند (Loi n° ۲۰۰۵-۳۷۰). با این حال، اعطای حق قانونی استفاده از «آرام‌سازی عمیق و مداوم تا لحظه مرگ»^۴ به بیماران، تنها در پی تصویب قانون اصلاحی «کلسی - لئونتی»^۵ در تاریخ ۲

۱. اتانازی فعال (Active Euthanasia) اقدام مستقیم برای پایان دادن به حیات بیمار با استفاده از داروی کشنده و با هدف کاهش رنج اوست؛ در مقابل، اتانازی غیرفعال (Passive Euthanasia) به خودداری آگاهانه از ادامه درمان یا قطع اقدامات حیاتی پزشکی گفته می‌شود که مرگ بیمار را در روندی طبیعی رقم می‌زند.

۲. قانون لئونتی (Leonetti Law) به نام پیر لئونتی (Pierre Léonetti)، پزشک و سیاستمدار فرانسوی، در ۲۲ آوریل ۲۰۰۵ تصویب شد و به مسائل حقوق بیماران و مراقبت‌های پایان حیات پرداخته است.

۳. اصرار درمانی (therapeutic obstinacy) به ادامه درمان‌های غیرضروری و بی‌فایده‌ای گفته می‌شود که تنها موجب طولانی‌تر شدن رنج بیمار می‌شوند.

۴. قانون شماره ۲۰۰۵-۳۷۰ فرانسه (Loi n° ۲۰۰۵-۳۷۰) که به قانون لئونتی نیز معروف است، در تاریخ ۲۲ آوریل ۲۰۰۵ تصویب شد و مبنای حقوقی برای مدیریت پایان زندگی بیماران در فرانسه فراهم کرد. در اینجا، Loi واژه‌ای فرانسوی است که به معنی قانون n° به معنای شماره است که نشان‌دهنده شماره ثبت قانون در آن سال می‌باشد. این قانون به پزشکان اجازه می‌دهد تا در شرایط خاص از ادامه درمان‌های بی‌فایده خودداری کنند و روش‌های مراقبتی که به کاهش رنج بیمار منجر می‌شود را به طور قانونی به کار گیرند.

5. Deep and continuous sedation until death

۶. قانون اصلاحی کلسی - لئونتی (Claeys-Leonetti Law) نتیجه تلاش مشترک دو نماینده مجلس فرانسه، ژان لئونتی (Jean Leonetti) و آلن کلسی (Alain Claeys) است که در زمینه تنظیم چارچوب حقوقی برای پایان زندگی بیماران فعالیت داشتند. این قانون در تاریخ ۲ فوریه ۲۰۱۶ تصویب شد و مکمل قانون پیشین لئونتی (۲۰۰۵) به شمار می‌رود.

فوریه ۲۰۱۶ تحقق یافت؛ قانونی که به پزشکان اختیار می‌دهد در «سه وضعیت مشخص»^۱ از این نوع مراقبت بهره‌گیرند؛ حتی اگر غیرمستقیم به تسریع فرایند مرگ منجر شود (Loi n° 2016-87, 2016). در کنار این تحولات قانونی، مطالعات علمی نیز نشان داده‌اند که بیش از نیمی از «پزشکان نئوناتولوژیست»^۲ در فرانسه در تصمیم‌هایی مشارکت داشته‌اند که به تسریع پایان حیات نوزادان منجر شده است؛ تصمیم‌هایی که بیشتر در قالب مراقبت‌های تسکینی شدید و مطابق با رویه‌های حرفه‌ای و اخلاقی اتخاذ می‌شوند و از منظر حقوقی با اتانازی فعال که ناظر بر قصد و اقدام مستقیم برای پایان دادن به حیات است، تفاوتی بنیادین دارند (Boize et al., 2019; Cuttini et al., 2000; Dageville et al., 2011).

هلند: هلند با تدوین «پروتکل گرونینگن» در سپتامبر ۲۰۰۴ و اجرای رسمی آن از ژوئیه ۲۰۰۵، چارچوبی راهنما برای انجام اتانازی نوزادان در شرایط استثنایی فراهم آورد. این پروتکل که به مثابه یک دستورالعمل پزشکی - قضایی شناخته می‌شود، برای نوزادانی طراحی شده است که از رنج تحمل‌ناپذیر و بدون چشم‌انداز بهبودی رنج می‌برند. بر اساس این سند، انجام اتانازی تنها در صورت تحقق پنج معیار اصلی ممکن است: تشخیص قطعی بیماری و پیش‌آگهی ناامیدکننده، وجود رنج تحمل‌ناپذیر و پایدار، تأیید تشخیص و رنج از سوی پزشک مستقل، رضایت آگاهانه والدین و انجام عمل طبق استانداردهای پزشکی پذیرفته‌شده. همچنین پس از انجام عمل، پرونده باید به طور کامل به دادستانی و کمیته نظارت گزارش شود (Verhagen & Sauer, 2005). با وجود این، بسیاری از صاحب‌نظران حوزه اخلاق پزشکی درباره فقدان تعریف دقیق از مفهوم «رنج تحمل‌ناپذیر» و احتمال سوءاستفاده از این معیارها ابراز نگرانی کرده‌اند (Jotkowitz & Glick, 2006).

۱. طبق چارچوب کلی قانون کلسی - لئونتی (Claeys-Leonetti Law)، این نوع آرام‌سازی تنها در سه حالت خاص مجاز است: زمانی که بیمار در رنج شدید و پایان‌ناپذیر است؛ هنگامی که بیمار آگاهانه خواهان توقف درمان‌های حیاتی می‌شود؛ و نیز وقتی که بیمار در وضعیت غیرقابل برگشت قرار دارد و امکان بیان اراده خود را از دست داده است.

۲. پزشکان نئوناتولوژیست (Neonatologists) متخصصانی هستند که در مراقبت از نوزادان تازه متولد شده، به ویژه نوزادانی با مشکلات پزشکی جدی، تخصص دارند.

بلژیک: در بلژیک، قانون اتانازی سال ۲۰۰۲ در ابتدا تنها بزرگسالان را دربر می‌گرفت؛ اما در عمل، تصمیم‌گیری‌هایی درباره پایان زندگی نوزادان دچار ناهنجاری‌های شدید پزشکی به صورت غیررسمی و بدون اتکا به قانون انجام می‌شد. این وضعیت به شکل‌گیری «پروتکل گرونینگن» در هلند و بررسی امکان تنظیم رویه‌ای مشابه در بلژیک منجر شد. در مطالعه‌ای که بر روی پزشکان فلاندی^۱ بلژیک انجام شد، مشخص شد تصمیم برای پایان دادن به زندگی نوزادان مبتلا به رنج تحمل‌ناپذیر با اینکه قانونی نیست، در عمل رخ می‌دهد و ضرورت تدوین ضوابط اخلاقی و شفاف برای این حوزه را آشکار می‌کند (Provoost et al., 2005). با این حال، برخلاف اتانازی برای کودکان بالغ، موضوع نوزادان به دلیل فقدان توان تصمیم‌گیری مستقل و پیچیدگی‌های اخلاقی و روان‌شناختی تشخیص «رنج تحمل‌ناپذیر»، از سوی متخصصان اخلاق زیستی با انتقادهای جدی مواجه شده است. منتقدان تأکید می‌کنند تصمیم‌گیری در مورد پایان حیات نوزادان حتی با رضایت والدین، باید با احتیاط فراوان و مبتنی بر اجماع پزشکی و اخلاقی باشد (Jotkowitz & Glick, 2006; Verhagen & Sauer, 2005).

این تفاوت‌ها نشان‌دهنده تنوع رویکردها به این موضوع حساس و تأثیر عوامل فرهنگی و اخلاقی بر قوانین کیفری است. بحث اتانازی نوزادان از منظر اخلاقی بسیار پیچیده است. برخی فیلسوفان مانند مایکل تولی (Tooley, 1972) و جوزف فلچر (Fletcher, 1979)، معتقدند نوزادان به دلیل نداشتن آگاهی از خود یا برنامه‌ریزی برای آینده، می‌توانند «غیرشخص» در نظر گرفته شوند. از این دیدگاه، اتانازی می‌تواند عملی انسانی برای جلوگیری از رنج بی‌معنا باشد. در مقابل، افرادی مانند جان دی. آراس (Arras, 1984) بر ارزش ذاتی زندگی تأکید می‌کنند و پایان دادن به حیات حتی در شرایط سخت را غیراخلاقی می‌دانند. این دیدگاه به‌ویژه در جوامعی با باورهای مذهبی قوی طرفدار دارد.

۱. فلاندی (Flemish) به منطقه‌ای در شمال بلژیک گفته می‌شود که مردم آن به لهجه‌ای از زبان هلندی (Dutch) صحبت می‌کنند.

این اختلاف نظرها، لزوم یافتن چارچوبی اخلاقی را برجسته می‌کند؛ چارچوبی که هم ارزش زندگی را حفظ کند و هم رنج غیرضروری را کاهش دهد (Smith et al., 2017). نهادهای کیفری در این حوزه با چالش‌هایی اساسی روبرو هستند. آنها باید به مواردی رسیدگی کنند که در آن تصمیم‌های پزشکی برای کاهش رنج، با قوانین موجود در تعارض است؛ برای مثال در کشورهایی که اتانازی غیرقانونی است، پزشکان ممکن است به اتهام قتل یا غفلت مواجه شوند، حتی اگر اقداماتشان با اصول اخلاق پزشکی هم‌راستا باشد (Robertson & Fost, 1976). برای رفع این تنش، برخی پژوهشگران پیشنهاد توسعه چارچوب‌های قانونی مشخص را داده‌اند. پروتکل گرونینگن در هلند نمونه‌ای است که شرایطی شفاف برای اتانازی نوزادان تعریف می‌کند و حمایت قانونی برای پزشکان فراهم می‌آورد (Verhagen & Sauer, 2005). با این حال، برخی دیگر معتقدند که باید بر تقویت مراقبت‌های آرام‌بخش و حمایت از خانواده‌ها تمرکز کرد تا رنج کاهش یابد، بدون نیاز به پایان دادن به حیات (Pousset et al., 2010). در نهایت، نهادهای کیفری باید تعادلی میان احترام به زندگی و کاهش رنج غیرضروری برقرار کنند. این امر نیازمند گفتگوی مداوم میان حقوق‌دانان، پزشکان و اخلاق‌شناسان است تا چارچوب‌هایی انسانی و عادلانه شکل گیرد.

۳-۵. ضرورت رهیافت میان‌رشته‌ای در تحلیل جرم‌شناختی

بررسی کنش اتانازی نوزادان بدون بهره‌گیری از رهیافت میان‌رشته‌ای که حقوق کیفری، جرم‌شناسی، اخلاق زیستی و روان‌شناسی تصمیم‌گیری را دربر می‌گیرد، به ساده‌سازی بیش از حد این موضوع پیچیده منجر می‌شود. این کنش در بستری از مسائل اجتماعی، روانی و فرهنگی رخ می‌دهد که نمی‌توان آن را تنها با ابزارها و معیارهای سنتی جرم‌انگاری درک کرد. رهیافت میان‌رشته‌ای با تلفیق دیدگاه‌های جدید درباره مسئولیت، انگیزه‌ها و تأثیر زمینه‌های اجتماعی، امکان تحلیل جامع‌تری را فراهم می‌آورد و از این طریق،

زمینه‌ای مناسب برای بازنگری و اصلاح سیاست‌های جنایی موجود در برابر اتانازی نوزادان ایجاد می‌کند.

اتانازی نوزادان به دلیل ابعاد چندگانه‌اش از جمله ملاحظات اخلاقی، قانونی و اجتماعی، نیازمند نگاهی است که فراتر از چارچوب‌های متداول حقوق کیفری عمل کند؛ برای مثال اخلاق زیستی به بررسی مسائل مرتبط با کیفیت زندگی و حقوق افراد ناتوان می‌پردازد. برخی نظریه‌پردازان استدلال می‌کنند که در شرایط خاص، اتانازی می‌تواند انتخابی اخلاقی برای کاهش رنج تحمل‌ناپذیر باشد (Singer, 2011)، درحالی‌که دیدگاه‌های مخالف بر حفظ ارزش ذاتی زندگی تأکید دارند (Keown, 2018). این تنوع دیدگاه‌ها، همان‌طور که در مقاله‌ای مورد بحث قرار گرفته است (Cuttini et al., 2009)، بر ضرورت در نظر گرفتن جنبه‌های اخلاقی در کنار مسائل قانونی تأکید می‌کند.

روان‌شناسی تصمیم‌گیری نیز در این تحلیل نقش مهمی ایفا می‌کند. تصمیم به انجام اتانازی، چه از سوی والدین و چه از سوی پزشکان، تحت تأثیر عوامل روانی مانند سوگیری‌های شناختی و احساسات شدید قرار می‌گیرد. پژوهشی بیان می‌کند که تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی می‌تواند تحت تأثیر ارزیابی نادرست ریسک و پاداش باشد (Kahneman & Tversky, 1979) که این موضوع به درک بهتری از انگیزه‌های این کنش کمک می‌کند.

از منظر جرم‌شناسی، اتانازی نوزادان می‌تواند به مثابه کنشی انحرافی یا مجرمانه بررسی شود که علل اجتماعی و فرهنگی آن نیازمند مطالعه است. نظریه‌هایی مانند نظریه فشار توضیح می‌دهند که در جوامعی با حمایت اجتماعی ضعیف، احتمال وقوع چنین کنش‌هایی ممکن است افزایش یابد (Agnew, 1992). در نهایت، حقوق کیفری نیز با تعیین حدود جرایم و مجازات‌ها، بخشی از این پازل را تشکیل می‌دهد؛ اما تفاوت‌های قانونی

در کشورهای مختلف مانند هلند و بلژیک (Griffiths et al., 2008)، بر لزوم بازاندیشی در سیاست‌های جنایی تأکید می‌کند.

رهیافت میان‌رشته‌ای با ترکیب این حوزه‌ها به جای تمرکز صرف بر عناصر سنتی جرم، به بررسی دقیق‌تر شرایط اجتماعی، فرهنگی و روانی می‌پردازد. این رویکرد به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا ضمن اتخاذ تصمیم‌هایی آگاهانه‌تر و متناسب‌تر با واقعیت‌های موجود، از مجازات‌های ناعادلانه جلوگیری کنند.

۴. بررسی موردی پرونده دکتر لئونارد آرتور

۴-۱. معرفی اجمالی پرونده و زمینه‌های اجتماعی

در پرونده «دولت علیه آرتور»^۱، دکتر لئونارد جان هنری آرتور (۲۰ آوریل ۱۹۲۶ - ۲۵ دسامبر ۱۹۸۳)، پزشک متخصص اطفال در بیمارستان دربیشر، به دلیل صدور دستور «مراقبت پرستاری صرف» برای نوزادی مبتلا به سندرم داون و ناهنجاری‌های قلبی - ریوی و مغزی تحت پیگرد کیفری قرار گرفت (Baron, 2009; Gunn & Smith, 1985; R v Arthur, unreported, 1981). در تاریخ ۲۸ ژوئن ۱۹۸۰، پس از مشورت با والدین، آرتور مداخلات درمانی تهاجمی از جمله تغذیه مصنوعی و تنفس مکانیکی را متوقف کرد و داروی دی‌هیدروکودئین را به دوز ۵ میلی‌گرم هر چهار ساعت صرفاً برای تسکین درد تجویز نمود (Gunn & Smith, 1985). پس از

۲۹۱. در نظام حقوق کیفری انگلستان، حرف «R» در ابتدای عنوان پرونده‌ها مخفف Regina (ملکه) یا Rex (پادشاه) است و نمایانگر دولت در جایگاه شاکی عمومی است. بنابراین عنوان «R v Arthur» به معنای «دولت علیه آرتور» یا «آر علیه آرتور» ترجمه می‌شود. در ضمن باید توجه داشت در نگارش حقوقی بریتانیایی، حرف v که در میان نام طرفین دعاوی کیفری یا حقوقی (مانند R v Arthur) به کار می‌رود، مخفف کلمه versus است و طبق قاعده مرسوم در نظام حقوقی انگلستان و سبک نگارش APA، بدون نقطه نوشته می‌شود؛ در حالی که در برخی سبک‌های حقوقی آمریکایی یا دیگر نظام‌ها ممکن است v همراه با نقطه (v.) دیده شود.

۶۹ ساعت مراقبت پالیاتیو (تسکینی)،^۱ نوزاد در اول ژوئیه ۱۹۸۰ بر اثر «برونشیوپنومونی در زمینه سندرم داون»^۲ درگذشت (Crossley, 1987).

اتهام اولیه «قتل عمد»^۳ به «اقدام به قتل»^۴ کاهش یافت و دادگاه کیفری لستر^۵ در ششم نوامبر ۱۹۸۱ به ریاست قاضی فارکوآرسون،^۶ پس از حدود دو ساعت شور هیئت منصفه، رأی به بی‌گناهی آرتور داد (Dr. Leonard Arthur: His trial and its implications, 1981; Regina v Arthur, n.d). این رأی موجی از بحث در نشریات حقوقی و پزشکی برانگیخت و پرسش‌هایی اساسی درباره تعیین «منافع برتر کودک»^۷، حدود اختیارات پزشکی و نقش والدین در تصمیم‌های پزشکی به وجود آورد (Gillon, 1985a, 1985b, 1986; Kuhse, 1984).

در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، رشد گفتمان‌های حقوق بیماران و حقوق افراد دارای معلولیت در بریتانیا حساسیت جامعه درباره موضوع اتانازی کودک را افزایش داد. جان کیون با نقد قانونی‌سازی اتانازی، تأکید کرد که هر تصمیم باید به دقت ارزیابی کیفیت زندگی آتی فرد و رنج آن پیش از مرگ را در نظر بگیرد (Keown, 2018). پرونده «دولت علیه آرتور» تأثیر چشمگیری بر دستورالعمل‌های اخلاق حرفه‌ای انجمن

۱. مراقبت پالیاتیو (Palliative Care) یا همان مراقبت تسکینی، نوعی حمایت همه‌جانبه جسمی، روانی و معنوی از بیمارانی است که با بیماری‌های لاعلاج یا مزمن پیشرفته مواجه‌اند و هدف اصلی آن کاهش درد، رنج و علایم آزاردهنده است نه درمان بیماری.

۲. برونشیوپنومونی در زمینه سندرم داون نوعی عفونت ریوی است که به دلیل ضعف ایمنی و مشکلات مادرزادی تنفسی در این بیماران ایجاد می‌شود و می‌تواند برای نوزادان خطرناک باشد.

3. Murder

4. Attempted Murder

5. Leicester Crown Court

۶. قاضی فارکوآرسون (Farquharson J) در منابع موجود به قاضی رسیدگی‌کننده این پرونده معرفی شده است؛ اما نام کامل او به صراحت در متون مرتبط با محاکمه ذکر نشده است. با توجه به تطابق زمانی و جایگاه قضایی، به احتمال زیاد منظور، «سر دونالد هنری فارکوآرسون» (Sir Donald Henry Farquharson) از قضات عالی‌رتبه دادگاه‌های انگلستان در آن دوره بوده است.

7. Best Interests of the Child

پزشکی بریتانیا داشت و مرزهای مداخله پزشکی در موارد بیماران فاقد چشم‌انداز بهبودی را روشن‌تر کرد (Dr. Leonard Arthur: His trial and its implications, 1981).

۲-۴. واکنش حقوقی، کیفری و عمومی به پرونده

در بیست و هشتم ژوئن ۱۹۸۰، جان پیرسون^۱ نوزادی با نشانگان داون در بیمارستان شهر دربی^۲ متولد شد (Leonard Arthur, n.d.; UPI, 1981). پس از آنکه والدین او به صراحت اعلام کردند تمایلی به ادامه زندگی فرزندشان ندارند، دکتر لئونارد آرتور در پرونده پزشکی کودک یادداشت «والدین تمایلی به زنده ماندن نوزاد ندارند. فقط مراقبت‌های پرستاری انجام شود» رادرج کرد و داروی DF118 (دی‌هیدروکودئین) را در دوز ۵ میلی‌گرم هر چهار ساعت «به موجب نیاز» تجویز نمود. سه روز پس از تولد، نوزاد بر اثر «برونکوپنومونی ثانویه به عوارض نشانگان داون»^۳ درگذشت (Ienaga, 1994; Kennedy, 1991/2023; R v Arthur, 1981).

در پنجم نوامبر ۱۹۸۱، سر تامس هدریگتن^۴ «مدیر دادستانی عمومی انگلستان و ولز»^۵ دستور تعقیب کیفری دکتر آرتور را ابتدا به اتهام قتل عمد و سپس اقدام به قتل در «دادگاه سلطنتی لستر»^۶ صادر کرد. در این کیفرخواست، دادستان مدعی بود که امتناع از تغذیه نوزاد همراه با

1. John Pearson

۲. بیمارستان شهر دربی (Derby City Hospital) یا به طور رسمی "بیمارستان سلطنتی دربی" (Royal Derby Hospital) در شهر دربی (Derby)، در منطقه داربیشیر (Derbyshire)، انگلستان قرار دارد.

۳. «برونکوپنومونی ثانویه به سندرم داون»: عفونت ریوی (ذات‌الریه) که به دلیل مشکلات مرتبط با سندرم داون (مانند ضعف ایمنی یا ناهنجاری‌های تنفسی) ایجاد می‌شود.

4. Sir Thomas Hetherington

۵. در انگلستان، هر دو مقام «دادستان کل» (Attorney General) به عنوان مقام سیاسی ارشد و «مدیر دادستانی عمومی» (Director of Public Prosecutions) به عنوان رئیس اجرایی دادستانی سلطنتی (Crown Prosecution Service) وجود دارند. توجه به این تفاوت ضروری است که دادستان کل یک مقام وزارتی (سیاسی) محسوب می‌شود، در حالی که مدیر دادستانی عمومی، مقامی قضایی و مستقل از دولت است.

۶. دادگاه سلطنتی لستر (Leicester Crown Court) - از مراجع عالی کیفری انگلستان که به جرایم مهم (مانند قتل، تجاوز و کلاهبرداری در سطح کلان) رسیدگی می‌کند. عنوان «سلطنتی» (Crown) نشان‌دهنده جایگاه این نهاد در سیستم قضایی تحت حاکمیت تاج و تخت پادشاهی بریتانیا است.

تجویز مسکن، مصداق «عمل فعال» با قصد تسریع مرگ است؛ ادعایی که بر اساس نظریه «اثر دوگانه»^۱ باید مجازات شود (Hansard, 1982; Kennedy, 1991/2023; R v Arthur, 1981). دفاعیات دکتر آرتور را جرج کارمن،^۲ وکیل سلطنتی (QC) هدایت کرد. استدلال اصلی بر این بود که اقدام پزشک صرفاً برای کاهش رنج کودک و مطابق خواست والدین بوده و هیچ قصد قتل عمدی در آن وجود نداشته است. در جریان محاکمه، ضمیمه شهادت سر داگلاس بلک،^۴ رئیس وقت کالج پزشکی بریتانیا، مبنی بر مشروعیت تسکین درد در این شرایط قوت بخش دفاع بود. پس از هجده روز دادرسی و دو ساعت شور هیئت منصفه، تمامی اتهام‌ها از جمله تلاش برای قتل رد شد و دکتر آرتور تبرئه گردید (Baron, 2009; Gunn & Smith, 1985; Leonard Arthur, n.d.).

واکنش نهادهای حرفه‌ای و رسانه‌ها به این حکم متنوع بود. در شماره ۱۴ نوامبر ۱۹۸۱ مجله پزشکی بریتانیا بررسی شد که چگونه حکم تبرئه نشان داد «مراقبت پرستاری صرف» و تجویز دارو برای تسکین درد، حتی اگر مرگ را تسریع کند، در محدوده پذیرفتنی حرفه پزشکی قرار می‌گیرد (Dr. Leonard Arthur: His trial and its implications, 1981). سال‌ها بعد در مقاله‌ای در همین مجله به مسائل اخلاقی مرتبط با پزشکی پرداخته شد و با اشاره به مواردی مانند پرونده دکتر آرتور، بر اهمیت عدالت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی تأکید گردید (Gillon, 1985a, 1985b, 1986). گروه ضد سقط LIFE حکم پیش گفته را «مجازی قید و شرط برای کشتن بیماران ناتوان» خواند و خواستار بازنگری قانونی شد (Ienaga, 1994).

۱. اصل اثر دوگانه (Double Effect): اصل اخلاقی که بر اساس آن اگر عملی با نیت خیر (مانند تسکین درد) انجام شود، اما در کنار نتیجه مطلوب، پیامد ناخواسته مضری (مانند تسریع مرگ) نیز به دنبال داشته باشد، تحت شرایط خاصی می‌تواند از نظر اخلاقی و قانونی توجیه‌شده باشد.

2. George Carman

۳. QC (Queen's Counsel): عنوانی حرفه‌ای برای برجسته‌ترین وکلای دادگستری در سیستم قضایی انگلستان و برخی کشورهای مشترک المنافع بود که در دوران پادشاهی ملکه الیزابت دوم (۱۹۵۲-۲۰۲۲) استفاده می‌شد. این عنوان پس از به سلطنت رسیدن چارلز سوم در سپتامبر ۲۰۲۲، به KC (King's Counsel) تغییر یافت.

4. Sir Douglas Black

در سطح پژوهشی، پرونده آر تور مبنایی برای شکل‌گیری چارچوب‌های روشن‌تری در خصوص «امتناع از اقدام درمانی فعال» تلقی شده است (Brahams & Brahams, 1983). در مقابل، برخی تحلیل‌ها هشدار داده‌اند که پذیرش چنین رویه‌ای ممکن است به تضعیف اصول اخلاقی در نظام حقوقی منجر شود و پیامدهایی نامطلوب برای جایگاه نوزادان آسیب‌پذیر در پی داشته باشد (Kuhse, 1986). از سوی دیگر، این پرونده در حوزه اخلاق پزشکی، به مثابه نمونه‌ای تاریخی برای بازاندیشی در محدوده اخلاق کاربردی در مراقبت از نوزادان با ناتوانی‌های شدید مطرح شده است (Herranz, 1995). همچنین بررسی‌های دیگر نشان داده‌اند که رأی صادره در پرونده پیش‌گفته، نه تنها به تبیین حدود مسئولیت کیفری پزشکان در تصمیم‌های پایان زندگی کمک می‌کند، بلکه بستر گفتمان گسترده‌تری درباره اصل «اثر دوگانه» و چگونگی موازنه میان الزامات قانونی و ملاحظات اخلاقی فراهم آورده است (Gostin, 1985).

۳-۴. تحلیل جرم‌شناختی: کنش، نیت و ساختار قدرت

در تحلیل جرم‌شناختی پرونده دکتر لئونارد آر تور، چهار عنصر اصلی اهمیت دارد: ماهیت عمل پزشکی، ساختار نیت، دستگاه‌های قدرت زیست‌پزشکی و تلاقی هنجارهای کیفری با اخلاق پزشکی. این چهار مؤلفه، ابعاد پیچیده‌ای از پیوند میان دانش پزشکی، اخلاق بالینی و ساختارهای کنترل اجتماعی را در بستر سیاست‌های جنایی و نظم زیستی آشکار می‌کنند.

۳-۱. ماهیت کنش پزشکی در چارچوب قدرت زیست‌پزشکی

اقدام به امتناع از تغذیه و تجویز مسکن برای نوزاد در پرونده آر تور، نمود بارزی از فنون کنترل زیستی است که مدیریت جمعیت و بدن‌های منفرد را هدف می‌گیرد (Foucault).

۱۹۷۸). این فنون بر پایه طراحی و اعمال پروتکل‌های بالینی و داده‌های آماری استوارند؛ چنان‌که بیمارستان به عرصه‌ای بدل می‌شود که در آن اهداف عمومی سلامت با الزامات امنیتی دولت درهم تنیده می‌گردد (Foucault, ۲۰۰۷). از این منظر، اختیار عمل پزشک در موقعیت‌های پایان زندگی محصول پیوند میان دانش تخصصی پزشکی و دستگاه‌های نظارتی - کنترلی دولت است (Lemke & Trump, ۲۰۱۱).

۴-۳-۲. پیچیدگی ارزیابی نیت عملی و مسئولیت کیفری

نیت اعلامی کاهش رنج کودک در صورت اعطای مشروعیت نهادی به پزشک، توان کنترل فرایند زندگی و مرگ را در اختیار او قرار می‌دهد و مرز میان عنصر مادی^۱ و عنصر روانی^۲ جرم را مبهم می‌کند (Dean, 2010). در این بستر، تعیین اینکه تسکین درد در چارچوب «اصل اثر دوگانه» مصداق ترک عمل درمانی است یا اقدام فعال منتهی به مرگ، نیازمند بازتعریف معیارهای مسئولیت کیفری بر پایه ساختارهای نرم‌سازی و انضباط است (Ewald, 1990).

۴-۳-۳. ابزارها و سازوکارهای دولت شهر زیستی

رویکرد دولت شهر زیستی انتقال تمرکز از سرکوب فیزیکی به مدیریت سلامت جمعی را تبیین می‌کند؛ در این نظام، پزشکی به ابزار اجرای سیاست‌های بهداشتی و امنیتی بدل می‌شود و نهادهای پزشکی با بهره‌گیری از پرونده‌های الکترونیک، استانداردهای حرفه‌ای و آموزش اخلاق بالینی، طبیب را در چارچوب اهداف جمعیتی قرار می‌دهند

1. actus reus

2. mens rea

(Rose, 2007). مفهوم «نکروپولیتیک»^۱ نیز نشان می‌دهد که حاکمیت مدرن با اعمال حق تعیین زندگی و مرگ بر «بدن‌های منفرد»^۲، مرگ را به ابزاری برای کنترل اجتماعی تبدیل می‌کند (Mbembe, 2003).

۴-۳-۴. تلاقی هنجارهای کیفری و اخلاق حرفه‌ای

اصل «اثر دوگانه» اجازه می‌دهد مُسکّن تجویز شود، مشروط بر اینکه انگیزه اصلی کاهش درد باشد؛ اما این قاعده اخلاقی در صورت تداخل با معیارهای کیفری - تأکید بر تمایز میان اقدام فعال منجر به مرگ و ترک عمل مراقبتی - نیازمند داوری تلفیقی است (Sulmasy & Pellegrino, 1999). از سوی دیگر، سیاست‌های جنایی معاصر ضمن تأیید نقش پزشک در نظم عمومی با تأکید بر کنترل جرایم علیه افراد ناتوان، مرزهای مسئولیت کیفری را بازتعریف کرده‌اند (Garland, 2001).

درمجموع بررسی پرونده «دولت علیه آرتور» نشان می‌دهد که بدون لحاظ نسبت مترابط میان شبکه‌های قدرت زیست‌پزشکی، معیارهای اخلاقی کاربردی و هنجارهای کیفری، داوری درباره مسئولیت پزشک در تصمیمات پایان زندگی ناقص خواهد بود.

۱. نکروپولیتیک (Necropolitics) مفهومی است که آشیل مِمِبِه (Achille Mbembe) آن را مطرح کرده و به نوعی از سیاست اشاره دارد که در آن دولت یا قدرت تصمیم می‌گیرد چه کسی زنده بماند و چه کسی بمیرد.

۲. «بدن‌های منفرد» به تک‌تک انسان‌ها به عنوان واحدهای مستقل اشاره دارد که می‌توانند موضوع مطالعه و تحلیل قرار بگیرند. در علوم سیاسی و اجتماعی، این مفهوم که ریشه در آثار میشل فوکو و بعدها آشیل مِمِبِه (Achille Mbembe) دارد، کمک می‌کند بفهمیم چگونه نهادهای حکومتی و قوانین می‌توانند بر زندگی افراد تأثیر بگذارند. این اصطلاح بخشی از مطالعات دانشگاهی است که به بررسی رابطه بین حکومت‌ها و شهروندان می‌پردازد؛ مانند وقتی که محققان بررسی می‌کنند قوانین چگونه بر سلامت، امنیت یا حقوق اساسی افراد اثر می‌گذارند. این نظریه در چارچوب مطالعات انتقادی قدرت و حاکمیت به کار گرفته می‌شود.

۴-۴. تحلیل فلسفی: رنج، اختیار و کرامت در پرونده

در این تحلیل سه مؤلفه اساسی رنج، اختیار و کرامت بررسی می‌شوند. از منظر اخلاق مراقبت، رنج فراتر از درد جسمانی است و به مثابه تجربه‌ای تعریف می‌شود که تمامیت و یکپارچگی شخص را تهدید می‌کند؛ در نتیجه، تخفیف رنج از وظایف اصلی حرفه پزشکی به شمار می‌آید (Cassel, 1982). در مورد پرونده آرتور، تصمیم مبنی بر امتناع از تغذیه همراه با تجویز مسکن عمدتاً در چارچوب کاهش رنج مفرط نوزاد تفسیر شد.

اخلاق زیست پزشکی مبتنی بر اصول چهارگانه، احترام به خودمختاری را یکی از بنیادین‌ترین الزامات می‌داند؛ خودمختاری در این چارچوب مستلزم دسترسی به اطلاعات کامل و امکان تصمیم‌گیری آزاد است. با توجه به اینکه نوزاد از توانایی تصمیم‌گیری برخوردار نیست، اعمال اراده پزشکی بدون رضایت مستقیم او مطرح‌کننده پرسشی جدی درباره مشروعیت چنین اقداماتی است (Beauchamp & Childress, 2019).

از دیدگاه فلسفه کانتی، کرامت ذاتی انسان ایجاب می‌کند که هر فرد صرفاً به عنوان هدف نهایی و نه وسیله‌ای برای رسیدن به مقاصد دیگر در نظر گرفته شود؛ بنابراین هر تصمیمی که به حذف یا خاتمه زیست انسانی منتهی گردد، حتی اگر از سرترحم باشد، ممکن است ناقض کرامت انسان تلقی شود (O'Neill, 1990).

تنش میان این سه بعد - تسکین رنج، احترام به خودمختاری و حفظ کرامت ذاتی - چالشی اساسی در پرونده لئونارد آرتور پدید آورد و مباحث بنیادینی را در حقوق پزشکی و فلسفه اخلاق درباره مرزهای اعمال قدرت پزشکی و اصول اخلاقی پایان زندگی به میان کشید.

۴-۵. بازتاب‌های گفتمانی و جایگاه پرونده در ادبیات علمی

پرونده «دولت علیه آرتور» به مرور به نقطه عطفی در گفتار فلسفه پزشکی بدل شد؛ به گونه‌ای که چارچوب‌های ابتدایی اخلاق پزشکی را به چالش کشید (Gillon, 1985a, 1985b, 1986).

متون تخصصی اخلاق پزشکی، این پرونده به مثابه مثالی از تعارض بنیادین میان نگرش‌های مراقبتی و وظیفه‌گرایی کانتی بازخوانی شده است (Raphael, 1988). پرسش‌های اساسی پیرامون تفاوت میان «عمل فعال» و «امتناع درمانی» در پرتو اصل «اثر دوگانه» نیز نقطه‌کانونی تحلیل‌های بعدی بوده است (Kuhse, 1984).

از منظر میان‌رشته‌ای، بررسی‌های حقوقی - اجتماعی نشان می‌دهد که در این پرونده تصمیم‌های فردی پزشکان، ساختارهای نهادی و فشارهای اجتماعی در تولید معنای جرم و ترجم با یکدیگر درآمیخته‌اند (Crossley, 1987). در حوزه سیاست جنایی، این پرونده مبنایی برای ارزیابی مسئولیت کیفری پزشکان در تصمیمات پایان زندگی نوزادان ناتوان فراهم آورد و مباحثی درباره «حق از دست دادن درمان فعال» را به جریان انداخت (Gostin, 1985).

متون تحلیلی پیشرفته نیز بر ارائه چارچوب‌های نظام‌مند برای مواجهه با چالش‌های اخلاق پزشکی تأکید کرده‌اند و این پرونده را نمونه‌ای تاریخی از لزوم چنین رویکردهایی معرفی نموده‌اند (Candee & Puka, 1984). در بعد سیاست‌گذاری سلامت عمومی، آثار مرتبط با قانون «یبی دو»^۱ نشان داده‌اند که واکنش قانون‌گذار به این پرونده‌های تراژیک تا چه حد بر تصمیم‌های پزشکی و حقوق والدین تأثیر گذاشته است (Rhoden & Arras, 1985). بازتاب رسانه‌ای - حقوقی این پرونده نیز دلالت بر پذیرش مشروط «مراقبت پرستاری صرف» و تجویز داروهای تسکین‌دهنده حتی در صورت تسریع مرگ داشت (Keown, 2018). در مقابل، برخی مطالعات بین‌المللی پرونده را سرآغاز بازتعریف مرزهای اخلاق کاربردی در مراقبت از نوزادان ناتوان دانسته‌اند (Herranz, 1995).

۱. قانون «یبی دو» (Baby Doe Law)، مصوب سال ۱۹۸۴ در ایالات متحده آمریکا، بیمارستان‌ها را موظف می‌کند که مراقبت‌های پزشکی ضروری را به نوزادان دارای معلولیت ارائه دهند، مگر در مواردی که نوزاد در وضعیت کمای دائمی قرار داشته باشد، درمان صرفاً روند مرگ را موقت به تأخیر اندازد یا از نظر پزشکی بی‌ثمر و از لحاظ انسانی نامناسب تشخیص داده شود؛ همچنین تصمیم‌گیری نباید مبتنی بر پیش‌فرض‌هایی درباره کیفیت احتمالی زندگی آینده نوزاد باشد.

هم‌زمان بررسی‌های انتقادی «تاریخچه یوژنیک و برنامه‌های اتانازی»^۱ هشدار داده‌اند که تحلیل این پرونده نباید در دام پیش‌زمینه‌های تبعیض‌آمیز قرار گیرد (Grue, 2010). به این ترتیب، پرونده «دولت علیه آرتور» در پهنه نظریه اخلاق پزشکی، حقوق کیفری و سیاست عمومی جایگاهی ماندگار یافته است.

۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادها

۵-۱. ارزیابی انتقادی یافته‌ها با تمرکز بر آزمون فرضیات پژوهش

پژوهش حاضر با هدف تحلیل پدیده اتانازی غیرقابل ارادی نوزادان در تقاطع فلسفه حقوق، جرم‌شناسی و اخلاق زیستی، پنج فرضیه را بررسی کرد. یافته‌ها نشان می‌دهد فرضیات تا حد قابل توجهی از پشتیبانی نظری و تحلیلی برخوردارند؛ اما برخی چالش‌ها و تنش‌های مفهومی نیز آشکار شدند:

الف) فرضیه نخست مبتنی بر لزوم عبور از تقلیل‌گرایی به انگیزه‌های فردی و هنجارهای اخلاقی سنتی، با تأکید بر ساختارهای کلانی چون قدرت، مسئولیت، و آسیب‌پذیری تأیید می‌شود. تحلیل پرونده دکتر لئونارد آرتور و پروتکل گرونینگن نشان داد که تصمیمات پزشکی در این حوزه، صرفاً بر پایه نیت فردی شکل نمی‌گیرد، بلکه تحت تأثیر نهادهای پزشکی، فشارهای اجتماعی و چارچوب‌های حقوقی است. با این حال، تنش میان «حق حیات» به مثابه هنجار جهانی و ضرورت کاهش رنج، نیازمند بازتعریف رابطه میان ساختارهای قدرت و اصول اخلاقی است.

ب) فرضیه دوم درباره بازتعریف مسئولیت کیفری در کنش‌های ترحم‌آمیز، با مطالعه

۱. واژه «یوژنیک» (Eugenics) را نخستین بار فرانسیس گالتون (آماردان و زیست‌شناس انگلیسی) در سال ۱۸۸۳ برای توصیف سیاست‌ها و برنامه‌هایی به کار برد که هدفشان حذف صفات ژنتیکی «نامطلوب» از جمعیت بود. این سیاست‌ها در اوایل قرن بیستم به‌ویژه در آمریکا و آلمان نازی، از طریق عقیم‌سازی اجباری و اجرای برنامه‌های اتانازی، به حذف سیستماتیک افراد ناتوان جسمی و ذهنی انجامید و به یکی از پیشینه‌های مهم نقد بر مداخلات تبعیض‌آمیز در تصمیم‌گیری‌های پزشکی بدل شد.

تطبیقی نظام‌های حقوقی (مانند هلند و فرانسه) تقویت شد. در حالی که برخی نظام‌ها با پذیرش اصل «اثر دوگانه»، مسئولیت کیفری را مشروط به نیت و غایت انسانی می‌کنند، دیگر نظام‌ها همچنان بر مبنای تعریف کلاسیک قتل، مجازات را الزامی می‌دانند. این دوگانگی، ضرورت تدوین چارچوبی یکپارچه را برجسته می‌کند که هم‌زمان عدالت کیفری و ملاحظات اخلاقی را دربرگیرد.

ج) فرضیه سوم در خصوص طیفی بودن مرز میان قتل و شفقت، با بررسی نظریه‌های فلسفی (مانند اخلاق مراقبت و فایده‌گرایی) و تحلیل‌های جرم‌شناختی تأیید گردید. پرونده آرتور نشان داد که قضات و هیئت‌های منصفه در مواجهه با موارد مبهم، تمایل به تفسیر انعطاف‌پذیر از عنصر روانی جرم دارند. این امر، لزوم توسعه شاخص‌های عینی‌تر برای تشخیص مرزهای مفهومی در گفتمان کیفری را آشکار می‌کند.

د) فرضیه چهارم درباره وابستگی تحلیل فلسفی به مفاهیم عدالت، اختیار، و کرامت، با تناقض‌های نظری همراه بود. از سویی، رویکردهای کانتی و وظیفه‌گرا بر کرامت ذاتی انسان تأکید می‌کنند و هرگونه مداخله در حیات را نامشروع می‌دانند؛ از سوی دیگر، اخلاق مراقبت و فایده‌گرایی، کاهش رنج را به مثابه معیار اصلی مشروعیت معرفی می‌کنند. این تقابل، نیاز به بازسازی مفاهیم مذکور در پرتو شرایط خاص (مانند فقدان اراده آگاهانه) را ضروری می‌کند.

ه) فرضیه پنجم باتمركز بر لزوم عبور از چارچوب‌های تک‌بعدی جرم‌شناسی، کاملاً تأیید می‌شود. بررسی پرونده دکتر لئونارد آرتور در مطالعه موردی و تحلیل چارچوب‌های حقوقی مشابه (مانند پروتکل گرونینگن در هلند) نشان می‌دهد که مدل‌های کلاسیک جرم‌شناسی که عمدتاً بر عناصر حقوقی صرف (مانند قصد مجرمانه و عنصر مادی جرم) متمرکزند، قادر به تبیین پیچیدگی‌های اخلاقی، پزشکی و اجتماعی مرتبط با اتانازی غیرارادی نوزادان نیستند؛ برای نمونه در پرونده آرتور، تفسیر

سنتی از «قتل» با چالش‌های جدی مواجه شد؛ زیرا نیت پزشک (کاهش رنج) و نقش ساختارهای نهادی (فشارهای اجتماعی و دستورالعمل‌های بیمارستانی) در تصمیم‌گیری، در تعارض با تعریف کلاسیک جرم قرار گرفت. از سوی دیگر، بهره‌گیری از نظریه آسیب‌پذیری و اخلاق مراقبت امکان تحلیل چندلایه از این پدیده را فراهم کرد. این نظریه‌ها نشان دادند که تمرکز صرف بر مسئولیت فردی پزشک یا والدین، نادیده گرفتن نقش سیستم‌های حمایتی، نابرابری‌های ساختاری و الزامات اخلاقی مراقبت از آسیب‌پذیرترین اعضای جامعه است. افزون بر این، مسئولیت جمعی به عنوان چارچوبی برای فهم تعهدات نهادهای پزشکی و حقوقی در قبال نوزادان که به دلیل شرایط رشدی، فاقد توانایی ابراز اراده و تصمیم‌گیری مستقل هستند، ضرورت همکاری میان رشته‌ای را برجسته می‌کند.

۲-۵. پیامدهای مفهومی برای بازانديشی در فلسفه حقوق و جرم‌شناسی

الف) بازتعریف مسئولیت کیفری: مفهوم مسئولیت در کنش‌های ترحم‌آمیز نیازمند عبور از الگوهای سنتی مبتنی بر «قصد مجرمانه» به سمت الگوهایی است که نیت انسانی، غایت کاهش رنج و نقش ساختارهای نهادی را مدنظر قرار دهد. این بازتعریف می‌تواند به ایجاد دسته‌بندی‌های جدیدی در حقوق کیفری مانند «جرائم فاقد سوء نیت شخصی»، منجر شود.

ب) عدالت به مثابه پاسخ به رنج: نظریه‌های عدالت ترمیمی و اخلاق مراقبت، مسیر جدیدی برای تفسیر عدالت در حوزه پایان زندگی ارائه می‌دهند. در این چارچوب، عدالت نه تنها به معنی مجازات، بلکه به معنای پاسخ‌گویی به رنج زیسته و ترمیم رابطه میان فرد، جامعه و نهادهای حقوقی است.

ج) کرامت در پرتو آسیب‌پذیری: کرامت انسانی در موارد اتانازی نوزادان باید از حالت انتزاعی مبتنی بر «حق حیات» به سمت درکی زمینه‌مند و وابسته به کیفیت زندگی حرکت کند. این نگرش، کرامت را نه در تداوم زیست فیزیولوژیک، بلکه در اجتناب از رنج غیرضروری تعریف می‌کند.

د) تعامل فلسفه و جرم‌شناسی: پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تحلیل جرم‌شناختی بدون بهره‌گیری از مفاهیم فلسفی (مانند اختیار، عدالت، و کرامت) ناقص است. همکاری میان این دو حوزه می‌تواند به توسعه چارچوب‌هایی منجر شود که هم پیچیدگی‌های اخلاقی و هم الزامات حقوقی را پوشش دهند.

۳-۵. پیشنهادهایی برای تقویت و بازآرایی چارچوب‌های تحلیلی نوین

الف) تدوین دستورالعمل‌های اخلاقی - حقوقی چندبُعدی: تشکیل کارگروه‌های تخصصی متشکل از نمایندگان حوزه‌های پزشکی، حقوقی، اخلاقی و روان‌شناسی برای تعریف معیارهای دقیق در مواجهه با موارد پیچیده. این دستورالعمل‌ها باید بر پایه توازن میان کاهش رنج تحمل‌ناپذیر و حفظ حرمت حیات انسانی استوار باشند.

ب) گسترش آموزش‌های تلفیقی برای متخصصان: طراحی دوره‌های آموزشی مشترک برای تقویت درک متقابل میان رشته‌های مختلف از جمله مفاهیم پایه فلسفه حقوق، اصول اخلاق زیستی و نظریه‌های جرم‌شناسی نوین. این آموزش‌ها می‌توانند به تصمیم‌گیری‌های آگاهانه‌تر در شرایط بحرانی منجر شوند.

ج) تشکیل نهادهای نظارتی چندتخصصی: ایجاد کمیته‌های مستقل متشکل از کارشناسان پزشکی، حقوقی، اخلاقی، و روان‌شناسی برای بررسی موارد خاص و ارائه توصیه‌های مبتنی بر شواهد علمی و اصول اخلاقی. این نهادها باید فارغ از فشارهای خارجی عمل کنند.

د) بازتعریف مسئولیت کیفری در پرتو انگیزه‌های انسانی: بازبینی قوانین موجود برای تشخیص مرزهای دقیق میان «اقدامات ترحم‌محور» و «جرائم عمدی» با تأکید بر تفکیک نیت، انگیزه و پیامدهای عمل. این بازتعریف می‌تواند به تعیین مجازات‌های متناسب با زمینه هر پرونده کمک کند.

ه) تقویت نظام‌های حمایتی برای کاهش بار تصمیم‌گیری: توسعه خدمات مشاوره‌ای، روان‌شناختی و حقوقی برای خانواده‌ها و پزشکان درگیر در چنین مواردی. این خدمات باید مبتنی بر کاهش فشارهای عاطفی و افزایش آگاهی از گزینه‌های موجود باشد.

۴-۵. مسیرهای پیشنهادی برای تحقیقات آتی و توسعه مرزهای دانش

الف) مطالعات تطبیقی: بررسی تطبیقی قوانین و رویه‌های مرتبط با اتانازی نوزادان در کشورهای دارای نظام‌های حقوقی و فرهنگی متفاوت (مانند هلند، بلژیک، کانادا و ایرلند) برای شناسایی الگوهای قانون‌گذاری، چالش‌های اخلاقی و تضمین‌های اجرایی.

ب) تحلیل میدانی: مطالعه کیفی با مصاحبه از پزشکان و خانواده‌های درگیر در موارد درمانی پیچیده نوزادان با هدف بررسی تجربه تصمیم‌گیری در شرایط دشوار. این پژوهش بر پایه اصول اخلاقی نفی رنج بی‌حاصل و حفظ کرامت انسانی استوار است و به دنبال شناسایی راهکارهای هماهنگ با ارزش‌های دینی و دستورالعمل‌های پزشکی کشور می‌باشد.

ج) توسعه نظریه‌های ترکیبی: تلفیق نظریه‌های جرم‌شناسی (مانند جرم‌شناسی انتقادی) با فلسفه اخلاق (مانند اخلاق فضیلت) برای ایجاد چارچوب‌های تحلیلی نوین که هم به عدالت و هم به شفقت توجه دارند.

د) بررسی نقش دین و فرهنگ: پژوهش در مورد تأثیر باورهای دینی و هنجارهای فرهنگی بر مواجهه با اتانازی نوزادان با تمرکز بر جوامع اسلامی و شرقی.

ه) اخلاق فناوری: مطالعه تأثیر پیشرفت‌های پزشکی (مانند پزشکی دقیق^۱ و ژن‌درمانی) بر چالش‌های اخلاقی مرتبط با پایان دادن به زندگی نوزادان.

کلام آخر آنکه این پژوهش گامی نخست در مسیر درک پیچیدگی‌های اتانازی غیرقابل ارادی نوزادان است. امید است یافته‌های آن زمینه‌ای برای گفتگوی سازنده میان حوزه‌های مختلف دانش و تدوین سیاست‌هایی مبتنی بر احترام به حیات، کاهش رنج و عدالت فراهم آورد.

کتابنامه

- دریابیان، افشین؛ محمودی، محسن (۱۴۰۳). «تحلیل تطبیقی اصول حقوق کیفری مدرن در نظریات عدالت رالز و قرارداد اجتماعی روسو: آزادی، عدالت و مجازات». *فلسفه حقوق*، ۳(۱)، ص ۱۶۷-۱۹۲.
- Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30(1), 47-88. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1992.tb01093.x>
- Andorno, R. (2009). Human dignity and human rights as a common ground for a global bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 34(3), 223-240. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhp023>
- Annadurai, K., Danasekaran, R., & Mani, G. (2014). Euthanasia: Right to die with dignity. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3(4), 477-478. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.148161>

۱. پزشکی دقیق (Precision Medicine) رویکردی جدید در پزشکی است که بر اساس ویژگی‌های منحصر به فرد هر فرد مانند اطلاعات ژنتیکی، محیطی، و شیوه زندگی، درمان‌ها و پیشگیری‌های شخصی‌سازی شده ارائه می‌دهد. هدف اصلی آن، افزایش اثربخشی درمان و کاهش عوارض جانبی با توجه به تفاوت‌های بیولوژیکی افراد است.

- Arras, J. D. (1984). Toward an Ethic of Ambiguity. *The Hastings Center Report*, 14(2), 25–33. <https://doi.org/10.2307/3561882>
- Ashworth, A. (2003). *Principles of criminal law* (4th ed.). Oxford University Press.
- Baron, A. (2009, April 17). *The physician falsely accused: The case of Doctor Leonard Arthur*. ITMA. <https://archive.org/details/dr-leonard-arthur>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Biggar, N. (2004). *Aiming to kill: The ethics of suicide and euthanasia*. Darton Longman & Todd.
- Boize, P., Borhomee, S., Michel, P., Betremieux, P., Hubert, P., & Moriette, G. (2019). Neonatal end-of-life decision-making almost 20 years after the EURONIC study: A French survey. *Archives de Pédiatrie : Organe Officiel de la Société Française de Pédiatrie*, 26(6), 330–336. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.06.007>
- Brahams, D., & Brahams, M. (1983). Symposium 1: The Arthur case—a proposal for legislation. *Journal of Medical Ethics*, 9(1), 12–15. <https://doi.org/10.1136/jme.9.1.12>
- Candee, D., & Puka, B. (1984). An analytic approach to resolving problems in medical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 10(2), 61–70. <https://doi.org/10.1136/jme.10.2.61>
- Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306(11), 639–645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
- Crossley, M. A. (1987). Selective nontreatment of handicapped newborns: An analysis. *Medicine and Law*, 6(6), 499–524.
- Cuttini, M., Casotto, V., de Vonderweid, U., Garel, M., Kollée, L. A., Saracci, R., & EURONIC Study Group. (2009). Neonatal end-of-life decisions and bioethical perspectives. *Early Human Development*, 85(10 Suppl), S21–S25. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2009.08.007>
- Cuttini, M., Nadai, M., Kaminski, M., Hansen, G., de Leeuw, R., Lenoir, S., Persson, J., Rebagliato, M., Reid, M., de Vonderweid, U., Lenard, H. G., Orzalesi, M., & Saracci, R. (EURONIC Study Group). (2000). End-of-life decisions in neonatal intensive care: Physicians' self-reported practices in seven European countries. *Lancet (London, England)*, 355(9221), 2112–2118. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02378-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02378-3)
- Dageville, C., Bétrémieux, P., Gold, F., Simeoni, U., & Working Group on Ethical Issues in Perinatology. (2011). The French Society of Neonatology's proposals for

- neonatal end-of-life decision-making. *Neonatology*, 100(2), 206–214. <https://doi.org/10.1159/000324119>
- Dean, M. (2010). *Governmentality: Power and rule in modern society* (2nd ed.). SAGE.
- Debes, R. (2023). Dignity. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2023 ed.). Metaphysics Research Lab, Stanford University. Retrieved May 11, 2025, from <https://plato.stanford.edu/entries/dignity/>
- Dimmock, S., & Fisher, A. (2017). Euthanasia – Ethics for A-Level. In *Ethics for AQA philosophy and OCR religious studies*. Open Book Publishers. https://human.libretexts.org/Courses/Los_Medanos_College/Ethics_for_A-Level%3A_For_AQA_Philosophy_and_OCR_Religious_Studies_%28Dimmock_and_Fisher%29/01%3A_Chapters/1.08%3A_CHAPTER_7_EUTHANASIA
- Downie, J. (2004). *Dying justice: A case for decriminalizing euthanasia and assisted suicide in Canada*. University of Toronto Press.
- Dr. Leonard Arthur: His trial and its implications. (1981, November 14). *British Medical Journal*, 283(6302), 1340–1341. <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/721854>
- Driver, J. (2014). Utilitarianism. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2014 ed.). Metaphysics Research Lab, Stanford University. Retrieved April 27, 2025, from <https://plato.stanford.edu/entries/utilitarianism-history/>
- Dworkin, R. (1993). *Life's dominion: An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. Alfred A. Knopf.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician–patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221–2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Ewald, F. (1990). Norms, Discipline, and the Law. *Representations*, 30, 138–161. <https://doi.org/10.2307/2928449>
- Feinberg, J. (1987). *The moral limits of the criminal law: Volume 1, Harm to others*. Oxford University Press.
- Fineman, M. A. (2008). The vulnerable subject: Anchoring equality in the human condition. *Yale Journal of Law & Feminism*, 20(1), 1–23.
- Fineman, M. A. (2019). Vulnerability in Law and Bioethics. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 30(4S), 52–61. <https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0115>

- Finnis, J. (2011). *Natural law and natural rights* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Fletcher, G. P. (1998). *Basic concepts of criminal law*. Oxford University Press.
- Fletcher, J. F. (1979). *Humanhood: Essays in biomedical ethics*. Prometheus Books.
- Fontalis, A., Prousalis, E., & Kulkarni, K. (2018). Euthanasia and assisted dying: What is the current position and what are the key arguments informing the debate? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(11), 407–413. <https://doi.org/10.1177/0141076818803452>
- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality: Volume I: An introduction* (R. Hurley, Trans.). Pantheon Books.
- Foucault, M. (2007). *Security, territory, population: Lectures at the Collège de France, 1977–1978* (M. Senellart, F. Ewald, & A. Fontana, Eds.; G. Burchell, Trans.). Palgrave Macmillan.
- Gabrielyan, A. (2014). *Euthanasia in criminal legal, criminological and biomedical context* (Doctoral dissertation, Riga Stradiņš University). Riga Stradiņš University. <https://dspace.rsu.lv/items/13183def-2ab6-4596-bb66-5f2d45c5e552>
- Garland, D. (2001). *The culture of control: Crime and social order in contemporary society*. Oxford University Press.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Gillon, R. (1985a). An introduction to philosophical medical ethics: The Arthur case. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 290(6475), 1117–1119. <https://doi.org/10.1136/bmj.290.6475.1117>
- Gillon, R. (1985b). Justice and medical ethics. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 291(6489), 201–202. <https://doi.org/10.1136/bmj.291.6489.201>
- Gillon, R. (1986). Philosophical medical ethics. Conclusion: The Arthur case revisited. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 292(6519), 543–545. <https://doi.org/10.1136/bmj.292.6519.543>
- Glover, J. (1990). *Causing death and saving lives: The moral problems of abortion, infanticide, suicide, euthanasia, capital punishment, war, and other life-or-death choices*. Penguin Books.
- Gorsuch, N. M. (2006). *The future of assisted suicide and euthanasia*. Princeton University Press.

- Gostin, L. O. (1985). A moment in human development: Legal protection, ethical standards and social policy on the selective non-treatment of handicapped neonates. *Georgetown Law Faculty Publications and Other Works*, 768. <https://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/768>
- Griffiths, J., Weyers, H., & Adams, M. (2008). *Euthanasia and law in Europe* (2nd ed.). Hart Publishing.
- Grue, L. (2010). Eugenics and euthanasia – then and now. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 12(1), 33–45. <https://doi.org/10.1080/15017410903076776>
- Gunn, M. J., & Smith, J. C. (1985). Arthur's case and the right to life of a Down's syndrome child. *Criminal Law Review (London, England)*, 1985, 705–715.
- Hansard. (1982, March 8). *R v Arthur (Judgment)*. Hansard Commons. Retrieved from [https://hansard.parliament.uk/commons/1982-03-08/debates/e8dcee0e-6975-424c-a06e-899e4763bca5/RVArthur\(Judgment\)](https://hansard.parliament.uk/commons/1982-03-08/debates/e8dcee0e-6975-424c-a06e-899e4763bca5/RVArthur(Judgment))
- Hart, H. L. A. (2008). *Punishment and responsibility: Essays in the philosophy of law* (2nd ed.). Oxford University Press. (Original work published 1968)
- Held, V. (2006). *The ethics of care: Personal, political, and global*. Oxford University Press.
- Herranz, G. (1995). *Neonatal euthanasia*. Unit of Humanities and Medical Ethics, University of Navarra. Retrieved from <https://en.unav.edu/web/humanities-and-medical-ethics-unit/bioethics-material/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/eutanasia-neonatal#gsc.tab=0>
- Herring, J. (2016). *Criminal Law: Text, cases, and materials* (7th ed.). Oxford University Press.
- Hursthouse, R. (1999). *On virtue ethics*. Oxford University Press.
- Ienaga, N. (1994). Legal aspects of treatment for disabled newborn babies. In N. Fujiki & D. R. J. Macer (Eds.), *Intractable neurological disorders, human genome research and society: Proceedings of the Third International Bioethics Seminar in Fukui, 19-21 November, 1993* (pp. 146–148). Eubios Ethics Institute.
- Johnson, R., & Cureton, A. (2022). Kant's moral philosophy. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2022 ed.). Metaphysics Research Lab, Stanford University. Retrieved April 27, 2025, from <https://plato.stanford.edu/entries/kant-moral/> (Original work published 2004)

- Jonas, H. (1984). *The imperative of responsibility: In search of an ethics for the technological age*. University of Chicago Press.
- Jotkowitz, A. B., & Glick, S. (2006). The Groningen protocol: Another perspective. *Journal of Medical Ethics*, 32(3), 157–158. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.012476>
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*, 47(2), 263–291. <https://doi.org/10.2307/1914185>
- Kant, I. (1997). *Critique of practical reason* (M. J. Gregor, Ed. & Trans.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511809576> (Original work published 1788)
- Kant, I. (2012). *Groundwork of the metaphysics of morals* (M. J. Gregor, Ed. & Trans.; A. W. Wood, Intro.). Cambridge University Press. (Original work published 1785)
- Kennedy, I. (2023). R. v. Arthur, Re B, and the severely disabled new-born baby. In *Treat me right: Essays in medical law and ethics*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198255581.003.0008> (Original work published 1991)
- Keown, J. (2018). *Euthanasia, ethics and public policy: An argument against legalisation* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Kon, J. J., Verhagen, A. A. E., & Kon, A. A. (2022). Neonatal Euthanasia and the Groningen Protocol. In N. Nortjé & J. C. Bester (Eds.), *Pediatric ethics: Theory and practice* (pp. 291–311). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-86182-7_18
- Kuhse, H. (1984). A Modern Myth. That Letting Die is not the Intentional Causation of Death: Some reflections on the trial and acquittal of Dr Leonard Arthur. *Journal of Applied Philosophy*, 1(1), 21–38. <http://www.jstor.org/stable/24353610>
- Kuhse, H. (1986). Death by non-feeding: Not in the baby's best interests. *The Journal of Medical Humanities and Bioethics*, 7(2), 79–90. <https://doi.org/10.1007/BF01117900>
- Kuhse, H., & Singer, P. (1985). *Should the baby live? The problem of handicapped infants*. Oxford University Press.
- Lemke, T., & Trump, E. F. (2011). *Biopolitics: An advanced introduction*. NYU Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt9qg0rd>
- Leonard Arthur. (n.d.). In *Wikipedia*. Retrieved April 20, 2025, from https://en.wikipedia.org/wiki/Leonard_Arthur

- Levinas, E. (1969). *Totality and infinity: An essay on exteriority* (A. Lingis, Trans.). Duquesne University Press. (Original work published 1961)
- Lindemann, H., & Verkerk, M. (2008). Ending the Life of a Newborn: The Groningen Protocol. *The Hastings Center Report*, 38(1), 42–51. <http://www.jstor.org/stable/25165293>
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. (2005). Journal Officiel de la République Française.
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. (2016). Journal Officiel de la République Française.
- Mackenzie, C., Rogers, W., & Dodds, S. (Eds.). (2014). *Vulnerability: New essays in ethics and feminist philosophy* (Studies in Feminist Philosophy). Oxford University Press.
- May, L. (1992). *Sharing responsibility*. University of Chicago Press.
- Mbembe, A. (2003). Necropolitics. *Public Culture*, 15(1), 11–40. <https://doi.org/10.1215/08992363-15-1-11>
- O'Neill, O. (1990). *Constructions of reason: Explorations of Kant's practical philosophy*. Cambridge University Press.
- Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Heide, A., Koper, D., Keij-Deerenberg, I., Rietjens, J. A., Rurup, M. L., Vrakking, A. M., Georges, J. J., Muller, M. T., van der Wal, G., & van der Maas, P. J. (2003). Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Lancet (London, England)*, 362(9381), 395–399. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14029-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14029-9)
- Orlowski, J. P., Smith, M. L., & Van Zwienen, J. (1992). Pediatric euthanasia. *American Journal of Diseases of Children (1960)*, 146(12), 1440–1446. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1992.02160240050019>
- Otlowski, M. (2000). Euthanasia under the criminal law. In *Voluntary euthanasia and the common law*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198298687.003.0002>
- Pereira, J. (2011). Legalizing euthanasia or assisted suicide: The illusion of safeguards. *Current Oncology*, 18(2), e38–e45. <https://doi.org/10.3747/co.v18i2.883>
- Pousset, G., Bilsen, J., Cohen, J., Chambaere, K., Deliens, L., & Mortier, F. (2010). Medical end-of-life decisions in children in Flanders, Belgium: A population-based postmortem

- survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(6), 547–553. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.59>
- Provoost, V., Cools, F., Mortier, F., Bilsen, J., Ramet, J., Vandenplas, Y., Deliens, L., & Neonatal Intensive Care Consortium. (2005). Medical end-of-life decisions in neonates and infants in Flanders. *Lancet (London, England)*, 365(9467), 1315–1320. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61028-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61028-8)
- Rachels, J. (1975). Active and passive euthanasia. *New England Journal of Medicine*, 292(2), 78–80. <https://doi.org/10.1056/NEJM197501092920206>
- Rachels, J. (1986). *The end of life: Euthanasia and morality*. Oxford University Press.
- Raphael, D. D. (1988). Handicapped infants: Medical ethics and the law. *Journal of Medical Ethics*, 14(1), 5–10. <https://doi.org/10.1136/jme.14.1.5>
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Harvard University Press.
- Rawls, J. (2001). *Justice as fairness: A restatement* (E. Kelly, Ed.). Harvard University Press.
- R. v. Arthur* (unreported, Leicester Crown Court, November 5, 1981, Farquharson, J.).
- R. v. Arthur*, [1981] 1 W.L.R. 545 (Leicester Crown Court).
- Regina v. Arthur* (1981, November 5). Swarb.co.uk. Retrieved May 18, 2025, from <https://swarb.co.uk/regina-v-arthur-5-nov-1981/>
- Rhoden, N. K., & Arras, J. D. (1985). Withholding Treatment from Baby Doe: From Discrimination to Child Abuse. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 63(1), 18–51. <https://doi.org/10.2307/3349897>
- Ries, N. M., & Thomson, M. (2020). Bioethics and universal vulnerability: Exploring the ethics and practices of research participation. *Medical Law Review*, 28(2), 293–316. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwz026>
- Robertson, J. A., & Fost, N. (1976). Passive euthanasia of defective newborn infants: Legal considerations. *Journal of Pediatric Surgery*, 88(5), 883–889.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt7rqmf>
- Sanders, J. (1969). Euthanasia: None Dare Call It Murder. *The Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, 60(3), 351–359. <https://doi.org/10.2307/1141990>

- Schafer, S. (1976). The problem of free will in criminology. *Journal of Criminal Law & Criminology*, 67(4), 481–490. <https://scholarlycommons.law.northwestern.edu/jclc/vol67/iss4/13/>
- Singer, P. (1995). *Rethinking life and death: The collapse of our traditional ethics*. Oxford University Press.
- Singer, P. (2011). *Practical ethics* (3rd ed.). Cambridge University Press.
- Sklansky, M. (2001). Neonatal euthanasia: Moral considerations and criminal liability. *Journal of Medical Ethics*, 27(1), 5–11. <https://doi.org/10.1136/jme.27.1.5>
- Smiley, M. (2005). Collective responsibility. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2022 ed.). Metaphysics Research Lab, Stanford University. Retrieved May 11, 2025, from <https://plato.stanford.edu/entries/collective-responsibility/>
- Smith, S. W., Coggon, J., Hobson, C., Huxtable, R., McGuinness, S., Miola, J., & Neal, M. (Eds.). (2017). *Ethical judgments: Re-writing medical law*. Hart Publishing.
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, families, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284(19), 2476–2482. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>
- Strawson, P. F. (1963). Freedom and resentment. *Proceedings of the British Academy*, 48, 187–211. Oxford University Press.
- Sulmasy, D. P., & Pellegrino, E. D. (1999). The rule of double effect: Clearing up the double talk. *Archives of Internal Medicine*, 159(6), 545–550. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.6.545>
- Tooley, M. (1972). Abortion and Infanticide. *Philosophy & Public Affairs*, 2(1), 37–65. <http://www.jstor.org/stable/2264919>
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Tur, R. H. (2002). Just how unlawful is “euthanasia”? *Journal of Applied Philosophy*, 19(3), 219–232. <https://doi.org/10.1111/1468-5930.00217>
- UPI. (1981, November 5). *A Crown Court jury acquits consultant pediatrician of attempted murder*. United Press International. <https://www.upi.com/Archives/1981/11/05/A-Crown-Court-jury-Thursday-acquitted-a-consultant-pediatrician/5711373784400/>
- Van der Heide, A., van der Maas, P. J., van der Wal, G., de Graaff, C. L., Kester, J. G., Kollée, L. A., de Leeuw, R., & Holl, R. A. (1997). Medical end-of-life decisions made

for neonates and infants in the Netherlands. *Lancet (London, England)*, 350(9073), 251–255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)02315-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)02315-5)

Van Inwagen, P. (1983). *An essay on free will*. Oxford University Press.

Vanden Eijnden, S., & Martinovici, D. (2013). Neonatal euthanasia: A claim for an immoral law. *Clinical Ethics*, 8(2–3), 75–84. <https://doi.org/10.1177/1477750913499494>

Verhagen, E., & Sauer, P. J. J. (2005). The Groningen Protocol—Euthanasia in severely ill newborns. *New England Journal of Medicine*, 352(10), 959–962. <https://doi.org/10.1056/NEJMp058026>

Young, R. (1996). Voluntary euthanasia. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2024 ed.). Metaphysics Research Lab, Stanford University.

Retrieved May 11, 2025, from <https://plato.stanford.edu/entries/euthanasia-voluntary/>

Zehr, H. (2002). *The little book of restorative justice*. Good Books.