



Legal and Jurisprudential Analysis of Right to Refuse Treatment and Withdraw Life Sustaining Support in Irreversible Coma

Mahbubeh Abdolahi¹ 

1. Department of Law, Dezful.C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Irreversible coma is a condition in which the patient's level of consciousness on the Glasgow Coma Scale is below 6, with no cortical activity and no possibility of recovery. This state differs from brain death. Continuing treatment in such cases not only lacks medical benefit but also imposes additional costs and suffering. The aim of this study is to examine the jurisprudential and legal foundations of the patient's right to refuse treatment in these circumstances, with emphasis on the principles of *lā ḍarar* (no harm), *'usr wa ḥaraj* (hardship), human dignity and informed consent.

Method: This research was conducted using a descriptive-analytical approach and data were collected through library-based sources.

Ethical Considerations: The study was carried out with adherence to ethical principles, honesty and integrity in citation of references.

Results: In irreversible coma, continuation of treatment is futile and its imposition causes harm and severe hardship. According to the principle of *lā ḍarar*, such treatment is not obligatory. Similarly, under the principle of *'usr wa ḥaraj*, burdensome obligations are invalid. The principle of human dignity rejects futile treatment, while informed consent affirms the patient's autonomy. Article 3 of the Patient Rights Charter recognizes the patient's right to accept or refuse treatment and Article 18 of the Medical Ethics Code exempts physicians from liability when discontinuing ineffective interventions.

Conclusion: The findings indicate that refusal of treatment in irreversible coma is consistent with jurisprudential, legal and ethical principles. Fatwas by leading scholars, including Ayatollah Makarem Shirazi, support this view. Therefore, the patient's or family's right to refuse treatment should be formally recognized. It is recommended that such rulings form the basis for legislative reform and that medical expert committees be established to systematize the process of identifying and discontinuing futile treatment.

Keywords: Patient Rights; Refusal of Treatment; Life-Support; Irreversible Coma; Informed Consent

Corresponding Author: Mahbubeh Abdolahi; **Email:** Abdolahi80@iau.ac.ir

Received: August 27, 2025; **Accepted:** December 04, 2025; **Published Online:** May 12, 2026

Please cite this article as:

Abdolahi M. Legal and Jurisprudential Analysis of Right to Refuse Treatment and Withdraw Life Sustaining Support in Irreversible Coma. *Medical Law Journal*. 2026; 20: e3.



تحلیل حقوقی و فقهی حق امتناع از درمان و قطع حمایت‌های حیاتی در کمای برگشت‌ناپذیر

محبوبه عبدالهی¹

۱. گروه حقوق، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: کمای برگشت‌ناپذیر حالتی است که سطح هوشیاری بیمار در مقیاس کمای گلاکو زیر ۶ بوده و قشر مغز بیمار هیچ فعالیتی نداشته و امکان بازگشت فعالیت آن نیز وجود ندارد؛ این حالت با مرگ مغزی متفاوت است. ادامه درمان در این وضعیت، نه تنها سودی ندارد، بلکه موجب تحمیل هزینه و رنج مضاعف می‌شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی مبانی فقهی و حقوقی حق بیمار برای امتناع از درمان در این شرایط با تأکید بر قواعد لاضرر، عسر و حرج، اصل کرامت انسانی و اصل رضایت آگاهانه است.

روش: این پژوهش، به روش توصیفی - تحلیلی انجام شده و شیوه گردآوری اطلاعات، به صورت کتابخانه‌ای است.

ملاحظات اخلاقی: این تحقیق با رعایت اصول اخلاقی، صداقت و امانتداری در استناد به منابع، انجام شده است.

یافته‌ها: در کمای برگشت‌ناپذیر، ادامه درمان بی‌فایده است و الزام به آن، موجب ضرر و مشقت شدید می‌شود. بر اساس قاعده لاضرر، وجوب چنین درمانی، ساقط می‌شود. همچنین مطابق قاعده عسر و حرج، تکلیف مشقت‌بار مشروع نیست. اصل کرامت انسانی نیز تحمیل درمان را مغایر شأن بیمار می‌داند. همچنین الزام بیمار به درمان، مغایر اصل رضایت آگاهانه مندرج در ماده ۳ منشور حقوق بیمار و مصداق تحمیل هزینه‌های غیر ضروری به بیمار است. ماده ۱۸ آیین‌نامه انتظامی پزشکان، مسئولیت پزشک در صورت قطع درمان غیر مؤثر را منتفی دانسته است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که ترک درمان در کمای برگشت‌ناپذیر با مبانی فقهی، حقوقی و اخلاقی سازگار است. فتاوی فقها از جمله آیت‌... مکارم شیرازی نیز این دیدگاه را تأیید کرده‌اند. بنابراین حق بیمار یا خانواده برای امتناع از درمان باید به رسمیت شناخته شود. پیشنهاد می‌شود این استفتائات، مبنای اصلاح قوانین داخلی قرار گیرد و قانون‌گذار با تشکیل هیأت‌های خبره پزشکی، فرآیند تشخیص و قطع درمان بی‌فایده را نظام‌مند کند.

واژگان کلیدی: حقوق بیمار؛ امتناع از درمان؛ حمایت‌های حیاتی؛ کمای برگشت‌ناپذیر؛ رضایت آگاهانه

نویسنده مسئول: محبوبه عبدالهی؛ پست الکترونیک: Abdolahi80@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۰۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۳؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۲/۲۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Abdolahi M. Legal and Jurisprudential Analysis of Right to Refuse Treatment and Withdraw Life Sustaining Support in Irreversible Coma. Medical Law Journal. 2026; 20: e3.

مقدمه

کما یا اغما به نوعی از کاهش هوشیاری گفته می‌شود که در این حالت شخص به محرک‌های بیرونی و تحریک دردناک واکنش نشان نداده یا واکنش ضعیفی نشان می‌دهد. علت به کم‌رفتن افراد ممکن است مواردی همچون بیماری‌های عفونی، سکته مغزی، ضربه مغزی، مسمومیت ناشی از هروئین، الککل و مونوکسید کربن، بالابودن میزان اوره در بیماران دیالیزی و ضربه به سر باشد. سطح هوشیاری افراد با مقیاس کمای گلاسکو (GCS) از ۳ تا ۱۵ ارزیابی می‌شود که برای یک انسان در حالت متعارف ۱۵ است (۱). سطح هوشیاری ۸ تا ۱۵ به معنی اختلال در هوشیاری و سطح هوشیاری ۸ به پایین، کما محسوب می‌شود. همچنین سطح هوشیاری ۶ و پایینتر را کمای عمیق (Deep Coma) می‌نامند. در کمای عمیق، فعالیت قشر مغز که مسئول انجام حرکات ارادی است به شدت کاهش یافته یا کاملاً متوقف می‌شود. آزمایش‌هایی مانند الکتروانسفالوگرافی، می‌تواند نشان دهد که فعالیت قشر مغز به چه میزان است (۲).

بیماری که در حالت کمای عمیق است بسته به علت کما ممکن است از این حالت خارج شود. پزشکان با انجام آزمایشاتی، از جمله سی‌تی اسکن مغزی، بررسی علت به کم‌رفتن فرد، میزان آسیب مغزی، سن و وجود سایر بیماری‌ها در فرد، می‌توانند آینده بیمار را پیش‌بینی نمایند. اگر آسیب وارد شده ناچیز باشد، بیمار پس از مدتی هوشیاریش را به دست می‌آورد، مثلاً اگر در فرد دیالیزی به دلیل دیالیز نکردن به موقع، سطح هوشیاری کاهش یابد با انجام دیالیز و کاهش اوره خون، ممکن است سطح هوشیاری فرد مجدداً بالا رفته و از حالت کما خارج شود، اما اگر آسیب وارده به مغز شدید باشد و آزمایشات پزشکی نشان‌دهنده از کارافتادن فعالیت قشر مغز بوده و علائم ناهوشیاری بیمار بیش از ۱۴ روز ادامه داشته باشد، این امر نشانه این است که سطح هوشیاری بیمار، بیشتر نخواهد شد، زیرا سلول‌های مغزی، قابل بازگشت و ترمیم نیستند به این نوع از کما، کمای برگشت‌ناپذیر (Irreversible Coma) گفته می‌شود (۳). چنین بیماری برای زنده ماندن نیاز

به حمایت حیاتی (Life Support) دارد که شامل مواردی همچون استفاده از دستگاه تنفسی (Ventilator)، احیای قلبی (CPR) و تغذیه لوله‌ای (Tube Feeding) است (۴) و نهایتاً به دلیل یک‌جانبی بودن، کاهش خون‌رسانی و عدم تحرک اندام‌ها، نهایتاً دچار زخم بستر، عفونت ریه یا عفونت ادراری و... شده و فوت می‌کند یا به ناچار، بعضی از اندام‌های بیمار قطع می‌شود (۵).

سؤال پژوهش این است که در مواردی که برای پزشکان، مسلم است که بیماری که در حال کماست، دچار آسیب مغزی شدید شده و امکان بازگشت هوشیاری وی وجود ندارد و مرگ او در فاصله کوتاهی حتمی است آیا باز هم بیمار ملزم به ادامه استفاده از حمایت‌های حمایتی است؟ اگر خود بیمار پیش از کما چنین انتخاب کرده یا خانواده وی، به قطع دستگاه تنفسی رضایت داشته باشند، آیا به لحاظ حقوقی، پزشک می‌تواند تقاضای ایشان را بپذیرد یا خیر؟ آیا قطع کردن دستگاه‌های حمایتی به معنی اتانازی و خودکشی است و با وجود حفظ نفس و حرمت خودکشی که از مسلمات فقه است تضاد دارد یا اینکه چنین کاری به معنی امتناع از درمان بی‌فایده است؟ آیا تحمیل هزینه‌های سنگین پزشکی بابت استفاده از اتاق مراقبت‌های ویژه و... به بیماری که به لحاظ پزشکی، امکان بازگشت فعالیت مغزی وی وجود ندارد، به معنی تحمیل هزینه‌های غیر ضروری به بیمار نیست؟

اهمیت موضوع در دوران کووید-۱۹ بیش از پیش روشن شد، زیرا برخی از بیماران مبتلا نیاز به دستگاه تنفسی داشتند، در حالی که تعداد زیادی از دستگاه‌ها، مورد استفاده افراد در حالت کمای عمیق بود که به لحاظ علمی، پزشکان، امیدی به بازگشت ایشان به حالت حیات طبیعی نداشتند و تعداد دستگاه‌ها جوابگوی بیماران نبوده و موجب محرومیت برخی بیماران از درمان شد به صورتی که کادر پزشکی ناچار شدند بین بیماران، انتخاب کنند (۶). همچنین اعضای بدن چنین بیماری، تا پیش از توقف فعالیت قلبی تنفسی، قابل اهدا به دیگران است، اما عملاً در حال حاضر به دلیل آنکه چنین بیماری، طبق رویه جاری زنده محسوب می‌شود، فرصت اهدای عضو نیز از دست می‌رود.

که ایشان صراحتاً در خصوص بیماری‌هایی که در مدت طولانی بیهوش و در کما هستند، اظهار نظر کرده و فتوا صادر کرده‌اند که این فتوا اهمیت بسیاری داشته و می‌تواند مبنایی برای وضع قانون جدید در این خصوص شود. در این مقاله با تحلیل دیدگاه‌ها و موانعی که در خصوص جواز قطع دستگاه تنفسی وجود داشته، راهکارهایی در خصوص الزامات قانونی قطع دستگاه تنفسی ارائه شده و مسئولیت پزشکی که اقدام به قطع دستگاه تنفسی می‌نماید، مورد بررسی قرار گرفته است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

۱- برخلاف آنچه غالب فقها و حقوقدانان تصور می‌نمایند، همه اشخاصی که در کما هستند، شرایط واحدی ندارند و باید میان کمای برگشت‌پذیر و برگشت‌ناپذیر تفکیک کرد. در کمای برگشت‌پذیر، احتمال بازگشت فعالیت مغزی به قشر مغز و بازگشت بیمار به زندگی عادی وجود دارد، اما در حالت کمای برگشت‌ناپذیر، فعالیت قشر مغز به طور کامل از بین رفته و بیمار قدرت ادراک، تصمیم‌گیری، درک شرایط محیطی و واکنش ارادی را ندارد و فقط ساقه مغز او که فعالیت‌های غیر ارادی مثل تنفس توسط آن انجام می‌شود، فعال است، یعنی بیمار، صرفاً حیات نباتی دارد و به زندگی طبیعی برنمی‌گردد.

۲- وضعیت بیمار در حالت کمای برگشت‌ناپذیر از منظر حقوقی مشابه مفهوم حیات نامستقر مندرج در ماده ۲۱۷ قانون مجازات اسلامی است، یعنی بیمار زنده محسوب می‌شود، اما حیات او پایدار و مؤثر نیست و نمی‌تواند به زندگی طبیعی بازگردد.

۳- بر اساس فتاوی فقها، ادامه درمان تنها در صورتی واجب است که مؤثر و مقدور بوده و بیمار یا خانواده او دچار مشقت مالی نشده و عوارض شدیدی برای بیمار نداشته باشد. در خصوص بیماری‌هایی که در کمای عمیق برگشت‌ناپذیر هستند،

در ایران، مقررات خاصی برای چنین بیماری‌هایی که در حالت کمای برگشت‌ناپذیر هستند، به صراحت پیش‌بینی نشده است و رویه جاری این است که حمایت‌های حیاتی از چنین بیماری‌ها ادامه پیدا کرده و به بیمار یا خانواده وی، اجازه قطع درمان داده نمی‌شود. در خصوص بیماران مرگ مغزی که مشابه این موضوع است، سال‌ها این قضیه مورد اختلاف بوده تا نهایتاً به موجب ماده واحده پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است (مصوب سال ۱۳۷۹ مجلس شورای اسلامی) این موضوع صریحاً بیان شد که تشخیص مرگ در اختیار کارشناسان خبره است و در صورت تشخیص هیأت خبره، امکان پیوند اعضای ایشان وجود دارد، اما باید توجه داشت که وضعیت پزشکی بیماران در حال کما با بیماران مرگ مغزی متفاوت است و نیاز به تحلیل حقوقی خاص خود دارد، زیرا در مرگ مغزی، هم قشر و هم ساقه مغز، غیر فعال هستند، ولی در کمای برگشت‌ناپذیر، قشر مغز غیر فعال بوده، ولی ساقه مغز به فعالیت خود ادامه می‌دهد. قوانین دیگری، از جمله قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴ و منشور حقوق بیمار مرتبط با موضوع می‌باشد که در این مقاله، این مقررات را مورد تحلیل قرار داده و به سؤالات فوق پاسخ می‌دهیم.

روش

در نگارش این مقاله از روش توصیفی - تحلیلی استفاده شده است. شیوه گردآوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای بوده و قوانین مرتبط با موضوع، کتب، مقالات و استفتائات فقها که در پایگاه‌های اطلاعاتی اینترنتی رسمی متعلق به ایشان، وجود داشته مطالعه شد. از آنجا که قوانین ایران مبتنی بر شرع است، استفتائاتی که در سایت‌ها و رساله‌های فقها موجود بود، جستجو شد. غالب استفتائات مرتبط با بیماران مرگ مغزی بود، از آنجا که کما و مرگ مغزی با یکدیگر تفاوت ماهوی دارند باز هم به جستجوی استفتائاتی که دقیقاً مرتبط با این موضوع باشد، پرداخته شد. تنها استفتائاتی که دقیقاً در خصوص این موضوع باشد، توسط آیت‌... مکارم شیرازی بیان شده است

استدلال و مبانی که موجب این پاسخ شده است و همچنین آثار این حکم در بندهای آتی بیان می‌شود.

۱. معیار مرگ و حیات در فقه: معیار مرگ نزد فقها، زهوق روح است تا زمانی که روح در بدن وجود داشته باشد، فرد زنده محسوب می‌شود، اما اگر روح در بدن وجود نداشته باشد، فرد مرده محسوب می‌شود (۷). در خصوص اینکه نشانه‌های زهوق و بقای روح چیست، معیارهای متفاوتی توسط فقها مطرح شده است. برخی فقها، ملاک زنده‌بودن را حرکت، گریه یا پاسخ‌دادن به امور خارجی معرفی کرده‌اند (۸). برخی قطع تنفس، ایست قلبی، سردشدن بدن و شروع فساد نعشی را ملاک مرگ دانسته و از این رو، کسی که دچار مرگ مغزی شده است را زنده محسوب می‌کنند (۹).

برخی دیگر، عدم فعالیت مغز و بازگشت‌ناپذیری فعالیت مغزی را به معنی مرگ دانسته‌اند، یعنی اگر مغز به صورتی از کار بیفتد که امکان فعالیت مجدد آن وجود نداشته باشد، شخص مرده محسوب می‌شود، حتی اگر قلب او هنوز ضربان داشته باشد. نظریه اخیر با نظریات فقها در خصوص حیات و وجود روح در جنین تطابق دارد (۱۰). از دید فقها اگر کسی سبب مرگ جنینی شود که هنوز ۱۶ هفتگی او کامل نشده است، دیه کامل به او تعلق نمی‌گیرد، در حالی که به لحاظ پزشکی در پایان هفته ششم بارداری، جنین ضربان قلب دارد. بعد از ۱۶ هفتگی، در صورت قتل جنین، دیه کامل بر عهده عامل است. تفاوت جنین در پایان ۱۶ هفتگی با قبل از آن، در فعالیت مغزی است، پس با استفاده از وحدت ملاک این موضوع می‌توان گفت همان‌طور که در ابتدای حیات و دوران جنینی، صرف ضربان قلب دلیل بر ولوج روح نیست و فعالیت مغزی به معنی ولوج روح است، در پایان زندگی نیز صرف ضربان قلب به معنی وجود روح نخواهد بود (۱۱) با از کارافتادن مغز، زهوق روح تحقق می‌یابد.

باید توجه داشت حیات و موت، حقیقت شرعی نیستند و حقیقت عرفی هستند، یعنی شرع آن‌ها را پدید نیاورده، بلکه شارع موضوعی را که از قبل وجود داشته، متعلق حکم قرار داده است (۳). نظر فقها این است که مرگ، حقیقت عرفیه

ادامه استفاده از دستگاه‌های حمایتی حیاتی، تخییری است نه واجب و بیمار یا خانواده او حق دارند از درمان بی‌فایده، امتناع کنند.

۴- منشور حقوق بیمار و بیانیه انجمن جهانی پزشکی، حق امتناع از درمان را برای بیمار به رسمیت شناخته‌اند و به موجب ماده ۱۸ «آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی»، پزشک بدون رضایت بیمار یا بستگان، مکلف به ادامه درمان نیست و در صورت قطع درمان غیر مؤثر، مسئولیت انتظامی یا کیفری متوجه او نخواهد بود. به علاوه طبق اصل رضایت آگاهانه مندرج در ماده ۳ منشور حقوق بیمار نیز حق بیمار برای امتناع از درمان مورد تصدیق قرار گرفته است.

۵- در شرایطی که درمان، مؤثر نیست، الزام بیمار به ادامه استفاده از دستگاه‌های حمایتی حیاتی، به معنی زنده نگه‌داشتن مصنوعی و بی‌هدف و مصداق تحمیل هزینه‌های غیر ضروری به بیمار است و بر اساس قواعد فقهی «لاضرر» و «عسر و حرج» مشروع نیست.

۶- اصل کرامت انسانی مندرج در اصل ۲ قانون اساسی اقتضا دارد که بیمار حتی در وضعیت کمای برگشت‌ناپذیر، از احترام و شأن انسانی برخوردار باشد. الزام او و خانواده‌اش به تحمل درمان بی‌فایده، مغایر این اصل بنیادین است و باید از آن پرهیز شود.

بحث

در خصوص بیماری که در حالت کمای برگشت‌ناپذیر است و امکان پزشکی برای فعالیت مجدد قشر مغز او وجود ندارد، ادامه درمان و استفاده از دستگاه‌های حمایتی حیاتی، اختیاری است نه اجباری. بیمار (قبل از ورود به حالت کما) یا تصمیم‌گیرنده جایگزین حق دارند تقاضا نمایند که حمایت‌های حیاتی مثل دستگاه تنفسی از وی قطع شود و این مورد با احکام فقهی مباینی ندارد و برخی فقها در پاسخ به استفتائات مطرح‌شده در این خصوص، ادامه درمان را اختیاری دانسته‌اند.

قانون مذکور، مرگ مغزی به عنوان مرگ قطعی تلقی شده و در چنین حالتی اعضای بدن فرد قابل اهداست. در اغلب کشورهای دنیا نیز همین تعریف از مرگ مغزی پذیرفته شده است (۱۳)، اما وضعیت کما از لحاظ پزشکی با مرگ مغزی تفاوت دارد.

در حالت کما، اگرچه قشر مغز فعالیت ندارد، اما ساقه مغز همچنان به فعالیت خود ادامه می‌دهد. از این رو، نوار مغزی شخص، صاف نیست، بسته به علت به کم‌رفتن فرد، ممکن است بعضی از قسمت‌های نیمکره‌های مغز نیز مجدداً فعالیت خود را از سر گیرند، مثلاً اگر علت به کم‌رفتن فرد، مسمومیت دارویی یا مسمومیت با تریاک باشد با پاکسازی بدن فرد، ممکن است سطح هوشیاری فرد مجدداً بالا رفته و از حالت کما خارج شود (۱۶)، اما اگر آسیب به مغز شدید باشد، سطح هوشیاری او بیشتر نخواهد شد، زیرا سلول‌های مغزی، قابل بازگشت و ترمیم نیستند و چنین بیماری غالباً به دلیل یک‌جا بودن، کاهش خون‌رسانی و عدم تحرک اندام‌ها، نهایتاً دچار زخم بستر، عفونت ریه یا عفونت اداری و... شده و فوت می‌کند یا به ناچار، بعضی از اندام‌های بیمار قطع می‌شود، اما در حالت مرگ مغزی، کلیه بخش‌های مغز، از جمله هر دو نیمکره و ساقه مغز هیچ فعالیتی ندارد و به هیچ‌وجه امکان بازگشت فعالیت مغزی فرد وجود ندارد.

تفاوت دوم کما و مرگ مغزی این است که در حالت کمای عمیق برگشت‌ناپذیر، فرد بیمار امکان تنفس خود به خودی ندارد و یا تنفس او ضعیف است و نیازمند استفاده از دستگاه تنفس مصنوعی است، اما در حالت مرگ مغزی، تنفس و ضربان قلب شخص، به طور خود به خودی همچنان برقرار است. نهایتاً در مبحث قبل گفتیم در عرف علم پزشکی، منظور از مرگ، «قطع غیر قابل بازگشت اعمال قلبی و مغزی» است. اگر مرگ مورد تردید بوده و احتمال بازگشت فعالیت مغز وجود داشته باشد، اصل بر زنده بودن است (۱۳). با این معیار، افرادی که در حالت کما هستند را به ۲ دسته می‌توان تقسیم کرد:

است و تعیین مصداق موضوعی آن در صلاحیت عرف خاص جامعه پزشکی است (۸). اگر کسی دچار مرگ مغزی یا حیات نباتی شود، اگرچه بعضی اعضای بدن او هنوز حرکت کرده و یا قلب او می‌تپد، اما پزشکان، این حرکات را به عنوان حرکات حیوان مذبوح (سربریده) تلقی کرده و نشانه حیات وی نمی‌دانند (۱۲). در عرف علم پزشکی، منظور از مرگ، «قطع غیر قابل بازگشت اعمال قلبی و مغزی» است. اگر مرگ مورد تردید بوده و احتمال بازگشت فعالیت مغز وجود داشته باشد، اصل بر زنده بودن است، چون اصل استصحاب، چنین اقتضا می‌کند، اما باید توجه داشت حرکت و تپش خود به خودی قلب، معیار حیات است نه تپش قلب و تنفسی که با دستگاه انجام می‌شود (۱۳).

۲. قیاس کما با مرگ مغزی و حالت حیات غیر مستقر:

قانون‌گذار در ماده ۲۱۷ قانون مجازات اسلامی به مورد خاصی از وضعیت حیات اشاره کرده است. که در آن، فرد تنها آخرین رمق حیات را دارد و مرگ قطعی در فاصله کوتاهی رخ خواهد داد. حقوقدانان این وضعیت را «حیات غیر مستقر» نامیده‌اند. مرگ مغزی، مصداق بارز این نوع حیات است (۱۴)، زیرا در آن، بازگشت فعالیت مغز امکان‌پذیر نبوده و مرگ، قطعی تلقی می‌شود. به موجب قانون «پیوند اعضای بیماران فوت‌شده یا مبتلایان به مرگ مغزی (مصوب ۱۳۷۹ ش.)»، تشخیص مرگ مغزی بر عهده کارشناسان خبره است و در این حالت، مرگ، قطعی تلقی می‌شود.

از دیدگاه فقهی، میت تلقی کردن فرد مرگ مغزی، محل اختلاف است. نظر مشهور فقها آن است که چون قلب و تنفس بیمار همچنان فعال است، او زنده محسوب می‌شود، اما برخی فقها با توجه به برگشت‌ناپذیر بودن فعالیت مغز، مرگ مغزی را مرگ واقعی دانسته‌اند (۱۵)؛ همین نظر مبنای تصویب قانون مذکور، بوده است. ماده ۱ آیین‌نامه این قانون، مرگ مغزی را به این صورت تعریف کرده است: «مرگ مغزی، عبارت است از قطع برگشت‌ناپذیر کلیه فعالیت‌های مغزی کورتیکال (قشر مغز) و ساب کورتیکال (لایه زیر قشر مغز) و ساقه مغز به طور کامل» که نشانه آن صاف شدن نوار مغزی فرد است. به موجب

برگشت‌ناپذیر تفکیک کرد، در کمای برگشت‌پذیر، درمان مؤثر است و ترک آن با وجوب حفظ نفس و منع خودکشی تعارض دارد، اما در کمای برگشت‌ناپذیر، بازگشت فعالیت مغزی ممکن نیست و درمان، طبق عرف پزشکی امکان‌پذیر نیست و تنها موجب تحمیل هزینه و رنج بدون نتیجه می‌شود. در چنین وضعیتی، بیمار یا خانواده او در استفاده از دستگاه‌های حمایت حیاتی مخیرند و الزام شرعی به ادامه درمان وجود ندارد. نظر آیت‌ا... مکارم شیرازی این دیدگاه را تأیید کرده و نشان می‌دهد که در این مسأله، اجماع فقها قابل ادعا نیست که در مبحث بعدی به بیان دیدگاه فقهی ایشان می‌پردازیم.

۴. دیدگاه فقهی آیت‌ا... مکارم شیرازی و تحلیل آن بر مبنای قواعد لاضرر، عسر و حرج و اصل کرامت انسانی:
در خصوص حق بیمار برای امتناع از درمان بی‌فایده و قطع دستگاه‌های تنفسی حیاتی، ۵ مورد استفتاء از آیت‌ا... مکارم شیرازی به عمل آمده است که در پاسخ به این استفتائات، ایشان، این امر را مجاز دانسته‌اند. این نظر فقهی می‌تواند مبنای اصلاح قوانین داخلی قرار گیرد. به دلیل اهمیت مسائل فقهی و جهت ایجاد اطمینان نسبت به صحت فتوا و محتوای آن، متن استفتائات و پاسخ آن‌ها عیناً نقل و سپس مورد تحلیل قرار می‌گیرد:

۱- یک پزشک عمومی از آیت‌ا... مکارم شیرازی سؤال کرده‌اند: «اینجانب پزشک متخصص جراحی عمومی هستم. فرض بفرمایید بیماری با سرطان پیشرفته معده مراجعه کرده و از بنده می‌پرسد آیا درمان شما مرا علاج می‌کند؟ و من پاسخ می‌دهم خیر. فقط کمی به طول عمرتان اضافه می‌شود. دوباره می‌پرسد: آیا اجبار دارم تن به درمان بدهم، در صورتی که بار مالی آن را نمی‌توانم تحمل کنم و آزار و اذیت ناشی از جراحی و شیمی‌درمانی را هم به صرفه نمی‌دانیم؟ از طرف دیگر، گاهی خود ما پزشکان می‌دانیم آزار و اذیت عمل جراحی و شیمی‌درمانی در سنین بالا و بیمار ضعیف واقعاً به سختی تحمل می‌شود. اگر بیمار این را بداند آیا حق دارد، درمان یا عدم درمان را انتخاب کند؟ خیلی از همکاران متعدد من قبل از شروع این راه و آمدن خدمت شما این توصیه را کردند که

۱- کمای برگشت‌ناپذیر: در این حالت، ساقه مغز بیمار فعال است، اما توان تنفس طبیعی بدون استفاده از دستگاه ونتیلاتور را ندارند و احتمال بازگشت فعالیت قشر مغز آن‌ها به لحاظ پزشکی وجود ندارد؛

۲- افرادی که در حالت کمای برگشت‌پذیر هستند: ساقه مغز آن‌ها فعال است و آسیب وارده به مغز آن‌ها به صورتی است که به لحاظ پزشکی احتمال بازگشت فعالیت قشر مغز آن‌ها وجود دارد.

۳. وجوب شرعی حفظ نفس و حرمت خودکشی و تفاوت آن با امتناع از درمان غیر مؤثر: قاعده تسلط (الناس مسلطون علی اموالهم و انفسهم) از مشهورترین قواعد فقهی است که بر اختیار انسان نسبت به مال و بدن خود دلالت دارد، با این حال، این تسلط، مطلق نیست، زیرا مالک حقیقی خداوند است و به این معناست که فرد بر مال و بدن خود تسلط دارد، اما باید توجه داشت که انسان نمی‌تواند با استناد به این قاعده، به بدن خود آسیب برساند، زیرا مالک حقیقی اشیا خداوند است و مالکیت انسان چه بر مال و چه بر نفس خود، مطلق و انحصاری نیست، بلکه محدود به اوامر و نواهی الهی است، یعنی تسلط انسان بر نفس خود از نوع امانتداری و ولایت است و از باب قاهریت و مالکیت نیست (۱۷). به همین جهت، حرمت ضررزدن به نفس، از مسلمات فقهی و مورد اجماع فقهاست. بر اساس فتاوی متعدد، اگر ترک درمان موجب فوت یا آسیب جدی شود و درمان مقدور و بدون آزار شدید باشد، امتناع از درمان، جایز نیست و حتی حرام محسوب می‌شود (۲۰-۱۸).

با این وجود، فقها میان خودکشی و اتانازی از یکسو و ترک درمان غیر مؤثر از سوی دیگر، تفکیک قائل شده‌اند. بر اساس نظرات فقهی، اگر درمان، بی‌فایده یا کم‌فایده باشد یا موجب اضرار جدی به بیمار شود، امتناع از درمان، جایز است. استفتائات نشان می‌دهد که فقها خودکشی و اتانازی را حرام می‌دانند، اما ترک درمانی که مرگ را تنها اندکی به تأخیر انداخته و هزینه و درد سنگینی به بیمار تحمیل می‌کند را مجاز شمرده‌اند. بر این اساس، باید میان کمای برگشت‌پذیر و

ایشان پاسخ داده‌اند: «مخیر است که یکی از این دو طرف را انتخاب کند» (۲۱).

۳- همچنین در استفتای دیگری از ایشان سؤال شده است: «آیا بیمار حق دارد از درمان سرپیچی کند، حتی اگر وضعیت او بدتر شود یا بمیرد؟» و آیت‌ا... مکارم شیرازی پاسخ داده‌اند: «در صورت خطر مرگ، بیمار نمی‌تواند درمان را قطع کند. همچنین جایی که ضرر مهمی به او می‌رسد و درمان آزار مهمی به او نمی‌رساند.» قسمت اخیر اظهار ایشان، نشان می‌دهد که اگر درمان، آزار مهمی به بیمار برساند و عوارض داشته باشد، بیمار حق قطع درمان را دارد (۲۲).

۴- در استفتای دیگری از ایشان سؤال شده است: «بیماری در بستر بیماری است. بنا بر تجربه و تشخیص تیم متخصص و مجرب پزشکی، هیچ امیدی به درمان او نیست و به سبب پیشرفت بیماری تا چند روز دیگر قطعاً خواهد مرد، با این فرض که بیمار مذکور از درد و رنج جانکاهی برخوردار است و تحمل این درد برای او طاقت‌فرسا و غیر قابل تحمل است و به همین دلیل علاقمند به خاتمه‌دادن به زندگی‌اش است. لطفاً بفرمایید: ۱- آیا تیم پزشکی برای رهایی از رنج طاقت‌فرسای بیمار، حق (یا وظیفه) دارند با تزریق آمپول هوا یا خوراندن دارویی مهلک (به او) به زندگی‌اش خاتمه بخشد؟؛ ۲- آیا تیم پزشکی حق دارد به طور غیر مستقیم عمل نموده و مثلاً زمانی که بیمار مذکور به تنفس مصنوعی احتیاج مبرم دارد یا نیازمند معالجات اضطراری است، با خودداری از انجام معالجه اضطراری یا تعلل و تأخیر در رساندن تنفس مصنوعی یا قصور و تقصیر در امر خوراندن داروهای حیاتی و مورد نیاز بیمار زمینه را برای پایان‌دادن به زندگی وی مهیا کرده و او را در آستانه مرگ قرار دهد؟؛ ۳- در فرض مذکور، آیا تیم پزشکی حق دارد، داروهای مهلک و کشنده را در اختیار بیمار مذکور قرار دهد تا برای رهایی از درد جانکاه با خوردن این داروها (با قصد خودکشی) به زندگی دردآورش خاتمه بخشد؟؛ ۴- در مسأله مذکور آیا فرقی بین انجام عمل و ترک عمل وجود دارد؟ به این معنی که اگر کسی به طور مستقیم داروی مهلک را به بیمار تزریق کند فرقی با کسی که به طور غیر مستقیم و

این راه را نروم چون به جایی ختم نمی‌شود و حضرات عموماً این مسأله را تلقی بر صدور مجوز مرگ قبل از وقوع مرگ می‌کنند و از ابتدا مخالفت می‌شود، در صورتی که چنین قصدی نیست، بلکه فقط باید بدانیم تا چه موقع حق داریم برای بیماری که به مراحل آخر بیماری رسیده کارهایی انجام دهیم که سرمایه و جسم و روح و روان او را دستخوش تغییرات وسیعی قرار می‌دهد و مطمئناً به جایی نمی‌رسد. لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید: ۱- آیا باید انسان آزمایشگاهی باشد که داروها روی او امتحان شود و از مجموع قضایا به نتیجه رسید؟؛ ۲- آیا مقررات الهی این بنده اقتضا می‌کند که حتماً پول و جانش را در اختیار ما قرار دهد و زجر آن را هم بکشد؟؛ ۳- آیا حق دارد در فرصت نامعلوم باقیمانده به اعمال و زیارات برجای‌مانده خود برسد و در یک کلام مرگ راحت‌تری را برای خود انتخاب کند؟

و آیت‌ا... مکارم شیرازی چنین پاسخ داده‌اند: «در این‌گونه موارد که به طور قطع یا به اطمینان بیمار مدت کوتاهی با تحمل درمان‌های شکنجه‌آور زنده می‌ماند، دلیلی بر ادامه درمان ندارد، مخصوصاً اگر بار مالی سنگین داشته باشد و به ویژه اگر بیمار مجبور به وام‌گرفتن یا فروختن خانه خود گردد. در این‌گونه موارد می‌توان بیمار را به حال خود رها کرد و اگر مشورت کند می‌توان به او مشورت داد که اگر تحمل ناراحتی‌ها را داری درمان کن و چند صباحی بمان و اگر نداری می‌توانی درمان را قطع کنی به خصوص اگر بیمار در سنین بالا باشد. فکر می‌کنم برخلاف آنچه همکارانتان گفتند پاسخ صریح و شفافی دادیم» (۲۰).

۲- همچنین از ایشان سؤال شده است: «بیماری که طبق تشخیص طبای حاذق در صورت ترک عمل جراحی به زودی خواهد مرد، و در صورت اقدام به این عمل به احتمال قوی زنده می‌ماند، ولی تا پایان عمر دچار درد و رنج شدید و طاقت‌فرسا خواهد شد و هرچند احتمال مرگ در این صورت نیز منتفی نیست، ولی در صورتی که زنده بماند، دچار درد و رنج شدید و طاقت‌فرسا خواهد شد، تکلیفش چیست؟» و

مالی، روانی و اجتماعی مواجه می‌سازد و این مشقت شدید، موجب سقوط تکلیف می‌شود. فتوای آیت‌... مکارم نیز دقیقاً در همین راستا قرار دارد و نشان می‌دهد که ترک درمان در چنین شرایطی جایز است.

افزون بر این، نظر ایشان با اصل کرامت انسانی نیز سازگار است. الزام بیمار به تحمل درمانی که هیچ نتیجه‌ای ندارد و انتظار برای فساد اعضای بدن بیمار، بی‌احترامی به شأن انسانی او محسوب می‌شود. کرامت انسانی اقتضا دارد که بیمار از احترام برخوردار باشد و تصمیم‌گیری درباره ادامه یا قطع درمان، بر اساس حفظ شأن انسانی او صورت گیرد.

۵. حق بیمار در خصوص امتناع از درمان از دیدگاه منشور حقوق بیمار، اصل رضایت آگاهانه و بیانیه هلسینکی:

حق بیماران و نقش آن‌ها برای اعلام رضایت نسبت به درمان، در همه بیانیه‌های قانونی و اخلاقی در سرتاسر جهان، محترم شمرده شده است. به موجب اصل ۲۵ بیانیه انجمن جهانی پزشکی (WMA: World Medical Association) معروف به بیانیه هلسینکی، بیمار حق دارد تا سرنوشت خود را تعیین کند و برای خود تصمیمات آزادانه بگیرد. شخص بالغ، حق اعلام رضایت یا عدم رضایت برای مداخلات تشخیصی و درمانی را دارد. بیمار حق دارد اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری را در اختیار داشته باشد. بیمار باید به طور واضح بداند که هدف از هر آزمایش یا درمان چیست، چه نتایجی را در پی خواهد داشت و نتایج خودداری از اعلام رضایت چیست (۲۵).

همچنین طبق ماده ۳ منشور حقوق بیمار مصوب ۱۳۸۸/۰۸/۱۰ شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بیمار در دریافت خدمات سلامت، حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه دارد. به موجب ماده ۴-۱-۳ بیمار حق دارد پس از آگاهی از عوارض احتمالی، درمان‌های پیشنهادی را قبول یا رد کند. فقط دو مورد از این موضوع استثنا شده است که شامل خودکشی و ابتلا به بیماری‌های واگیرداری است که سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد. وضعیت بیماری که در کمای برگشت‌ناپذیر است، مصداق هیچ یک از این دو نیست.

مثلاً با نرساندن تنفس مصنوعی، موجب مرگ بیمار می‌شود، دارد؟ ۵- در صورتی که بیمار در حالت اغما و بیهوشی فرو رفته باشد و هیچ علائم حیاتی مبنی بر شعور و زنده‌بودن در او مشاهده نشده و به حیات نباتی زنده باشد، آیا اولیای دم و بستگان بیمار حق دارند، درباره تداوم معالجات پزشکی یا عدم تداوم و قطع آن تصمیم بگیرند؟»

و آیت‌... مکارم شیرازی پاسخ داده‌اند: «پزشک یا تیم پزشکی حق ندارند به زندگی بیمار خاتمه دهند یا ابزار خودکشی را در اختیار او قرار دهند، ولی می‌توانند از ادامه معالجه چنین بیماری خودداری کنند» (۲۳).

۵- علاوه بر استفتائات فوق، در مورد دیگری صریحاً از ایشان در مورد بیهوشی طولانی‌مدت و برگشت‌ناپذیر پرسش شده است که متن استفتا عیناً نقل می‌شود: «شخصی دوازده سال است که بر اثر تصادف بیهوش است یا بیماری که مدت طولانی است که پس از عمل جراحی به هوش نیامده است، آیا در چنین مواردی می‌توان با تزریق آمپول به زندگی آن‌ها پایان داد؟» و ایشان پاسخ داده‌اند: «این کار جایز نیست، ولی اگر بازگشت به حال طبیعی عادتاً امکان نداشته باشد، می‌توان از ادامه معالجه خودداری کرد» (۲۴).

فتاوی آیت‌... مکارم شیرازی مبنی بر جواز ترک درمان در کمای برگشت‌ناپذیر با قاعده لاضرر کاملاً هماهنگ است. ادامه درمان در این وضعیت نه تنها سودی برای بیمار ندارد، بلکه موجب تحمیل هزینه‌های سنگین به خانواده بیمار و جامعه می‌شود، حتی به دلیل کمبود دستگاه‌های پزشکی، ممکن است این امر، موجب از دست‌رفتن حیات سایر بیماران شود. بر اساس قاعده لاضرر، اگر وجوب درمان، مستلزم ورود ضرر به بیمار یا دیگران باشد، حکم وجوب ساقط می‌شود. لزام بیمار و خانواده او به درمان بی‌فایده، مصداق ضرررساندن به بیمار، خانواده او و جامعه است. بنابراین طبق قاعده لاضرر، ترک درمان و قطع دستگاه‌های حمایت حیاتی در چنین شرایطی جایز است.

از منظر قاعده عسر و حرج نیز درمانی که هیچ نتیجه‌ای ندارد و خانواده را دچار مشقت شدید می‌کند، تکلیف مشروع نیست. الزام به درمان در کمای برگشت‌ناپذیر، خانواده بیمار را با فشار

غیر ضروری به بیمار است که طبق ماده ۷ این آیین‌نامه، ممنوع است. همچنین طبق بند ۱۴ ماده ۱ منشور حقوق بیمار، در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری، برگشت‌ناپذیر و مرگ بیمار، قریب‌الوقوع می‌باشد، ارائه خدمات سلامت باید با هدف حفظ آسایش و کاهش درد و رنج بیمار و توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی ارائه گردد، معمولاً اشخاص در طول حیات خود سعی دارند با کار و تلاش، اندوخته‌ای برای تأمین آتیه بازماندگان خود فراهم کنند تا در آستانه مرگ، آسوده سر بر بالین مرگ بگذارند، در کمای برگشت‌ناپذیر، الزام بیمار به درمان بی‌فایده و غیر مؤثر، تمام زحمات بیمار را به باد خواهد داد و عیناً مصداق عدم توجه به نیاز روانی، عاطفی و معنوی بیمار است. شایسته است بیمار، خود حق انتخاب داشته و انتخاب نماید که اگر چنین شرایطی برای او به وجود آمد، چه چیزی را ترجیح می‌دهد.

اگرچه بیمار در کمای برگشت‌ناپذیر، دردی حس نمی‌کند، ولی این امر موجب امید واهی و رنج عاطفی برای خانواده بیمار می‌شود که باید با زخم بستر، فساد و قطع اعضای بیمار مواجه شوند، حتی تصور اینکه کادر درمان، برای سنجش سطح هوشیاری بیمار، به پشت پلک بیمار، سوزن وارد می‌کنند برای بستگان بیمار، آزاردهنده خواهد بود و رو به روشن شدن با چنین چیزی، گاه از رو به روشن شدن با مرگ بیمار، دردناک‌تر است و در نهایت نیز برای چنین بیماری، درمان امکان‌پذیر نبوده و در نهایت بستگان باید با مرگ او نیز رو به رو شوند.

از طرفی، با توجه به کمبود تخت‌های آی‌سی‌یو، این امر موجب محرومیت احتمالی سایر بیماران نیازمند به درمان می‌شود. به عنوان مثال در دوران شیوع کووید-۱۹ که بیماران زیادی نیاز به استفاده از این دستگاه‌ها داشتند، گزارش‌ها و اخباری در این خصوص منتشر شد که دستگاه‌های کافی برای استفاده همه بیماران وجود نداشته و در برخی موارد، کادر درمان ناچار به انتخاب بین بیماران شده‌اند (۶).

با توجه به اینکه قانون در خصوص امکان قطع دستگاه‌های حمایت حیاتی، سکوت کرده و حکم صریحی ندارد و در

۶. مسئولیت پزشک معالج در صورت قطع دستگاه حمایتی حیاتی: به موجب ماده ۱۸ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب ۱۳۷۸ مقرر شده است: «پزشک معالج، مسئول ادامه درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است، مگر اینکه بیمار یا بستگان او مایل نباشند.» با توجه به مفهوم مخالف ماده، اگر بیمار یا بستگان وی، مایل به ادامه درمان نباشند، پزشک تکلیفی برای درمان ندارد.

ممکن است این سؤال به وجود آید که اگر پزشک، دستگاه‌های حمایتی حیاتی را قطع نماید، این فعل، مصداق بند ۲ ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی (۱۳۵۴ ش.) می‌باشد؟ به موجب این بند، «هرگاه کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلفند به اشخاص آسیب‌دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند، کمک نمایند، از اقدام لازم و کمک به آن‌ها خودداری کنند، به حبس جنحه‌ای از شش‌ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.» به نظر می‌رسد این ماده، در خصوص بیمارانی که در کمای عمیق برگشت‌ناپذیر هستند، صحیح نیست، زیرا امکان رفع خطر مرگ از ایشان و بازگشت به حالت طبیعی حیات وجود ندارد. بند ۱ ماده واحده مذکور، اشخاصی را مجرم دانسته که با وجود قدرت بر جلوگیری از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن، از کمک به مصدومین، خودداری کند. در خصوص بیمارانی که در کمای عمیق غیر قابل بازگشت هستند، به لحاظ عرف پزشکی، امکان نجات ایشان از مرگ و بازگشت عادی به حیات وجود ندارد. فقط با استفاده از دستگاه‌های حمایتی حیاتی، مرگ چند روزی به تأخیر می‌افتد. بنابراین شرط قانونی «قدرت بر جلوگیری از وقوع خطر» وجود نداشته و فعل پزشک، مصداق این ماده و جرم نیست.

۷. ممنوعیت تحمیل هزینه‌های غیر ضروری به بیمار: تحمیل هزینه درمان و استفاده از تخت آی‌سی‌یو به بیماری که امکان بازگشت فعالیت قشر مغز او وجود ندارد و مرگ قریب‌الوقوع وی قابل پیش‌بینی است، مصداق تحمیل مخارج

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود:

- ۱- قانون‌گذار با بهره‌گیری از فتاوی معتبر، حق بیمار یا خانواده برای امتناع از درمان در کمای برگشت‌ناپذیر را به طور صریح در قوانین داخلی به رسمیت بشناسد؛
- ۲- هیأت‌های خبره پزشکی برای تشخیص موارد درمان بی‌فایده تشکیل شوند تا تا پس از تأیید برگشت‌ناپذیر بودن فعالیت قلبی و ریوی و بی‌فایده بودن درمان و پس از اعلام رضایت بیمار یا تصمیم‌گیرنده جایگزین، دستگاه ونتیلاتور قطع شود؛
- ۳- با تدوین دستورالعمل‌های شفاف، از تحمیل هزینه‌های غیر ضروری جلوگیری کرده و اعتماد عمومی به عدالت درمانی را تقویت کند.

در نهایت، پذیرش حق امتناع از درمان در کمای برگشت‌ناپذیر نه تنها با مبانی فقهی و حقوقی سازگار است، بلکه گامی مهم در جهت ارتقای کرامت انسانی و تحقق عدالت در نظام سلامت محسوب می‌شود.

مشارکت نویسندگان

محبوبه عبدالهی تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تأیید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

تأمین مالی

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

خصوص فرایند و نحوه اخذ رضایت نیز قیدی در قانون نیامده است، پیشنهاد می‌شود که در این مورد نیز مانند بیماران مرگ مغزی، ابتدا هیأت خبره، برگشت‌ناپذیر بودن بیمار از کما و بی‌فایده بودن درمان را اعلام نمایند و در صورت اعلام رضایت بیمار پیش از کما یا در صورت رضایت تصمیم‌گیرنده جایگزین، دستگاه حمایتی حیاتی، قطع شود. از آنجا که بیمار در حال کما، فاقد قدرت تصمیم‌گیری است، پیشنهاد می‌شود طبق ماده ۵-۱-۳ در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری است نظر قبلی او در مورد اقدامات درمانی آتی ثبت شود و اگر بیمار به دلیلی مثل عدم هوشیاری، فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، تصمیم‌گیرنده قانونی جایگزین، اعلام نظر نماید.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که در وضعیت کمای برگشت‌ناپذیر، ادامه درمان نه تنها فاقد سود پزشکی است، بلکه موجب تحمیل هزینه‌های سنگین و رنج مضاعف بر بیمار و خانواده می‌شود. تحلیل فقهی و حقوقی بر پایه قواعد لاضرر و عسر و حرج نشان می‌دهد که الزام به درمان بی‌فایده مشروعیت ندارد، زیرا تکلیف زبان‌بار و مشقت‌آور از نظر شرع ساقط است. همچنین اصل کرامت انسانی تحمیل درمان غیر مؤثر را مغایر شأن بیمار می‌داند و اصل رضایت آگاهانه بر حق بیمار در تصمیم‌گیری تأکید دارد.

نوآوری این پژوهش در تفکیک میان خودکشی و اتانازی از یکسو و امتناع از درمان غیر مؤثر از سوی دیگر است، تفکیکی که در فتاوی فقها نیز انعکاس یافته و نشان می‌دهد ترک درمان بی‌فایده، نه پایان دادن به زندگی، بلکه پرهیز از تحمیل رنج و هزینه بی‌ثمر است.

از منظر حقوقی، مقررات موجود مانند ماده ۳ منشور حقوق بیمار و ماده ۱۸ آیین‌نامه انتظامی پزشکان، به طور ضمنی این حق را پذیرفته‌اند، اما فقدان تصریح قانونی موجب ابهام در اجرا شده است. از منظر اخلاقی نیز، ادامه درمان بی‌ثمر مغایر عدالت در تخصیص منابع درمانی و کرامت انسانی است.

بیانیه هوش مصنوعی

در تحقیق و نگارش این مقاله، از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. Wijdicks EFM, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2010; 74(23): 1911-1918.
2. Wijdicks EFM. The diagnosis of brain death. *New England Journal of Medicine*. 2001; 344(22): 1685-1690.
3. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *The Lancet*. 1974; 2(7872): 81-84.
4. Dabi A, Rahman O. Termination of Life Support: StatPearls Publishing. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
5. Kleinpell RM, Farmer JC, Pastores SM. Reducing unnecessary testing in the intensive care unit by choosing wisely. *Acute and Critical Care*. 2018; 33(1): 1.
6. News article. 2025. Available from: <https://www.entekhab.ir/fa/amp/news/563148>. Updated August 30, 2025.
7. Masjedsaraei H, Nazari A. The Bases and Grounds for the Rule of Life or Death in the Phenomenon of Brain Death from the Perspective of Islamic Denominations' Jurisprudence. *Fiqhe Moqaran*. 2017; 5(10): 55-83. [Persian]
8. Tabatabayi Ghomi T, Hajiani Dashti A. Mabani Menhaj Alsalehin. Qom: Ghalam Shargh Publications; 2005. p.901. [Persian]
9. Bahjat Foomani M. Esteftaat. Qom: Daftar Ayatollah Bahjat; 2008. p.335-342. [Persian]
10. Asefi M. Transplantation of Organs of Brain Deads. *Figh Ahlbeit*. 2013; 31: 10-25. [Persian]
11. Sistani SA. Figh for Western Muslims. Qom: Ayatollah Sistani Institue; 2003. p.244. [Persian]
12. Sotode H, Kalthornia Golkar M. Brain Death from Nature to Juridical-Legal Effects. *Medical Law Journal*. 2012; 6(22): 113-150. [Persian]
13. Chitsazan M, Hasaninia H. A Comparative Study of Coma and General Anesthesia and Brain Dead in Iran's Jurisprudence and Law. *Jurisprudence and Private Law*. 2020; 1(3): 89-106. [Persian]
14. Abbasi M, Kalthornia Golkar M. Brain Death: Not Certain Death and Not Life Special Condition in Light of Modern Biomedical Technologies. *Medical Law Journal*. 2013; 7(24): 47-64. [Persian]
15. Mohamadi Karaji R. The Nature of Brain Death and Its Legal and Islamic Jurisprudential Implication. *Fiqh-e Ahl-e Bait*. 2010; 16(62): 74-120. [Persian]
16. Dibayi A. Forensic Medicine Abstract. Ahvaz: University of Medical Science; 2005. p.116. [Persian]
17. Madani M, Madani E. Ethical and Practical Considerations on Refusal of Medical Treatment. *International Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014; 7(4): 13-23. [Persian]
18. Fazel Lankarani M. Jamemasael. Qom: Amir Ghalam Publications; 2008. p.574. [Persian]
19. Khamenei A, Alimohamadzadeh KH. Medicine in the Light of Ijtihad. Qom: Ansarian Publications; 1996. p.177. [Persian]
20. Makaremshirazi N. Anhar Portal. 2025a. Available from: <https://makarem.ir/ahkam/fa/category/index/5550/%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86?page=-2&sortby=2&sort=1&view=1>. Updated July 08, 2025.
21. Makaremshirazi N. Anhar Portal. 2015a. Available from: <https://makarem.ir/ahkam/fr/home/istifta/261887>. Updated August 14, 2015.
22. Makaremshirazi N. Anhar Portal. 2025b. Available from: <https://makarem.ir/ahkam/fa/category/index/5550/%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86?page=-2&sortby=2&sort=1&view=1>. Updated July 08, 2025.
23. Makaremshirazi N. Anhar Portal. 2025c. Available from: <https://www.makarem.ir/ahkam/fa/home/istifta/262241>. Updated July 08, 2025.
24. Makaremshirazi N. Anhar Portal. 2015b. Available from: <https://portal.anhar.ir/contentview3.php?export=print&ID=21263>. Updated August 14, 2025.
25. World Medical A. Declaration of Helsinki, Ethical Principle for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013; 310(20): 2191-2194.