

جواز ترک درمان بی‌فایده از منظر فقه امامیه: دفاعی فقهی از اتانازی انفعالی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۳۰

خلاصه

این مقاله با رویکردی فقهی - پزشکی، جواز ترک درمان بی‌فایده یا نامتناسب را در فقه امامیه بررسی می‌کند و از «اتانازی انفعالی» دفاعی قاعده‌مند عرضه می‌دارد. نوآوری پژوهش در آن است که به جای اتکای صرف به کلیات لاضرر و لاجرح، معیارهای اجرایی تشخیص بی‌فایده‌گی و نامتناسب بودن درمان را به‌مثابه رکن موضوع‌سازی سامان می‌دهد. با تمایز میان «قطع درمان» و «قطع مراقبت»، استمرار مراقبت‌های حمایتی و تسکینی شرط لازم تلقی می‌شود. سپس با تحلیل مفهوم تهلکه و معیار اسناد عرفی، تبیین می‌شود ترک درمانی که احتمال عقلایی نجات ندارد یا بار ضرر و حرج فزاینده ایجاد می‌کند، نه تهلکه است و نه اعانت بر قتل، بلکه از سنخ رفع الزام است. پژوهش به اشکالات رایج مانند تعارض با اصل حفظ نفس پاسخ می‌دهد و فتوای آیت‌الله خامنه‌ای درباره عدم وجوب حفظ محتضر و تأخیر مرگ را به عنوان مؤید ذکر می‌کند. در پایان، چارچوب پیشنهادی می‌تواند مبنای تدوین راهنماهای بالینی، کاهش تعارض میان کادر درمان و خانواده، و سامان‌دهی تصمیم‌های کمیته‌های اخلاق پزشکی قرار گیرد، بی‌آنکه از مرز قطعی حرمت قتل نفس و احترام جان عبور شود.

کلمات کلیدی: اتانازی انفعالی؛ ترک درمان بی‌فایده؛ درمان نامتناسب؛ قاعده تهلکه؛ رفع الزام

فاطمه رسکتی^۱

غلامحسن دلاور^۲

منصور امیرزاده جیرکولی^{۳*}

غلامرضا خادمی^۴

۱ دانشجوی دکتری فقه و مبانی حقوق و اندیشه امام خمینی، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، مشهد، ایران.

۲ استادیار، گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، مشهد، ایران.

۳ استادیار، گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

۴ دانشیار، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

***نویسنده مسئول:** دکتر منصور امیرزاده جیرکولی،

استادیار، گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشگاه آزاد

اسلامی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.

Email:

mansouramirzadeh.jirkoli@yahoo.com

مقدمه

مسئله اتانازی در فقه امامیه غالباً در سایه حرمت قتل نفس و قداست حیات انسانی بررسی شده است؛ باین حال در پزشکی معاصر، میدان اصلی نزاع نه «کشتن مستقیم»، بلکه ترک یا عدم تداوم مداخله‌ای است که بنا بر تشخیص تخصصی، یا هیچ احتمال عقلایی و قابل اعتنایی برای نجات و بازگشت معنادر بیمار ندارد، یا در بهترین فرض تنها با احتمالی محدود و نامطمئن، مرگ محتوم را برای مدتی کوتاه به تأخیر می‌اندازد. معیار در اینجا یقین ریاضی به بی‌اثری یا تأخیر مرگ نیست، بلکه نبود احتمال عقلایی قابل اعتنا است. از این رو، احتمال‌های بسیار ضعیف، غیرمستند یا صرفاً نظری، موضوع وجوب استمرار درمان را ثابت نمی‌کند؛ همان‌گونه که وجود احتمال عقلایی نجات یا بهبود معنادر، درمان را از قلمرو بی‌فایده‌گی خارج می‌سازد. فناوری‌های حمایتی می‌توانند حیات زیستی را طولانی کنند، بی‌آنکه چشم‌انداز عقلایی بهبود یا بازگشت معنادر کارکردهای حیاتی فراهم باشد؛ و همین امر خانواده، پزشک و نهاد درمان را با تزامنی دشوار میان حفظ حیات از یک سو و دفع رنج، فرسایش و هزینه‌های کمرشکن از سوی دیگر روبه‌رو می‌سازد. پرسش محوری پژوهش حاضر آن است که آیا تکلیف به حفظ نفس، به معنای وجوب استمرار هر نوع درمان، حتی درمان فاقد فایده‌ی عقلایی است؟، یا آنکه در مواردی خاص مانند جایی که شخص در حال احتضار است، می‌توان از «سقوط الزام» و «جواز ترک درمان نامتناسب» سخن گفت، بی‌آنکه عنوان قتل یا اعانت بر قتل تحقق یابد؟ هدف مقاله دفاعی منفتح از اتانازی انفعالی، به معنای خودداری از شروع یا ادامه‌ی درمان‌های بی‌فایده و نامتناسب، در چارچوب ادله و قواعد فقهی معتبر در اینگونه موارد است؛ به گونه‌ای که هم اصل حرمت قتل و هم اهتمام شارع به حفظ نفس محفوظ بماند و مرز اتانازی انفعالی با اقسام فعال، مرگ‌یاری پزشکی، خودکشی، و سدیشن تسکینی، روشن و قابل اجرا گردد. ضرورت این تحقیق از آنجا دوچندان است که در فقدان تنقیح مفهومی و معیارهای عملیاتی، گاه تداوم درمان‌های فرساینده به مثابه «واجب شرعی» تصور می‌شود و گاه قطع درمان نامتناسب به خطا در قلمرو قتل

نفس قرار می‌گیرد؛ و این دو خطا می‌تواند هم به تشویش فتوایی و هم به تصمیم‌های بالینی پرهزینه و رنج‌افزا بینجامد. روش پژوهش تحلیلی - اجتهادی و در عین حال ناظر به فقه امامیه و پزشکی است: نخست، موضوع حکم با تعریف اتانازی و انواع آن و تفکیک دقیق میان «قطع درمان» و «قطع مراقبت» و نیز میان «درمان متعارف نجات‌بخش» و «مداخله‌ی نامتناسب صرفاً اطاله‌کننده‌ی حیات» صورت‌بندی می‌شود؛ سپس نسبت این موضوع با اصل حفظ نفس و ادله‌ی حرمت قتل، در پرتو قواعد نافه‌ی تکلیف زیان‌بار و حرجی - به‌ویژه قاعده لاضرر و لاجرح - و نیز با توجه به بحث اسناد عرفی تحلیل می‌گردد؛ و در نهایت، شرایط و قیود جواز، در قالب ضوابطی قابل ارزیابی در پرونده‌های پایان حیات استخراج می‌شود. وجه نوآوری این مقاله آن است که به جای اتکای صرف به کلیات لاضرر و لاجرح، «معیارهای اجرایی تشخیص درمان نامتناسب/بی‌فایده» را به‌مثابه رکن موضوع‌سازی عرضه می‌کند و نشان می‌دهد که با تثبیت این موضوع، ترک آن درمان نه مصداق «القاء نفس در تهلکه» است و نه موجب اسناد عرفی مرگ به پزشک یا ولی، بلکه از سنخ «رفع الزام» و «جواز عدم مداخله‌ی فاقد فایده‌ی عقلایی» فهم می‌شود. بدین ترتیب، قاعده تهلکه در این قلمرو ناظر به ترک طریق متعارف نجات‌بخش یا اقدام خطرناک تلقی می‌گردد، نه ناظر به کنار گذاشتن مانع مصنوعی مرگ محتوم در وضعیتی که درمان، صرفاً بار ضرر و حرج را افزایش می‌دهد. بر این مبنا، مقاله می‌کوشد پاسخی منسجم به اشکالات رایج - از جمله ادعای اعانت بر قتل، دعوی تعارض با حفظ نفس، و نگرانی از شیب لغزنده به اتانازی فعال - ارائه کند و در عین حال، پیوند نتیجه را با مبانی مسلم فقهی حفظ نماید. در پایان نیز فتوای آیت‌الله خامنه‌ای درباره عدم وجوب حفظ محتضر و تأخیر مرگ، نه به عنوان دلیل اصلی، بلکه به عنوان مؤید جمع‌بندی و شاهی بر امکان این قرائت قاعده‌مند ذکر خواهد شد. همچنین، تبیین این معیارها می‌تواند مبنای تدوین راهنماهای بالینی عمومی، کاهش تعارضات میان کادر درمان و خانواده، و شکل‌دهی تصمیم‌های کمیته‌های اخلاق پزشکی باشد، بی‌آنکه از مرزهای قطعی حرمت قتل و احترام نفس عبور شود.

ادبیات پژوهش

پورجوهری (۱۳۸۴) در مقاله‌ای تحت عنوان «اتانازی یا مرگ از روی ترحم از منظر دینی» با تکیه بر حرمت قتل نفس و تحلیل اذن به قتل، نتیجه می‌گیرد که مرگ ترحم‌آمیز به‌عنوان راه‌حل اخلاقی، در چارچوب دینی با مانع جدی روبه‌رو است. موسوی‌بجنوردی و رضوی‌نیا (۱۳۹۳) در مقاله‌ی «اتانازی در فقه و حقوق اسلامی با محوریت آرای امام خمینی» تمرکزشان بر پیوند فقه و حقوق کیفری است و با تکیه بر عنصر رضایت، مرزهای قصاص، دیه و تعزیر را در انواع اتانازی صورت‌بندی می‌کنند. خسروی و همکاران (۱۳۹۷) در مقاله‌ی «واکاوی ماده ۳۶۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ (اتانازی) از منظر فقه اسلامی» دغدغه‌ی بازخوانی مبنای فقهی سیاست جنایی قانون‌گذار را دارند و با تفکیک حکم تکلیفی و وضعی، امکان‌بازنگری در شیوه مواجهه کیفری با عامل اتانازی را پیشنهاد می‌دهند. عبدالجباری و همکاران (۱۳۹۳) در مقاله‌ی «اتانازی و احتضار» مسئله را به وضعیت‌های پایان عمر گره می‌زنند و می‌کشند «احتضار» را به‌مثابه موقعیتی فقهی - پزشکی توضیح دهند که در آن، تصمیم درباره ادامه درمان اهمیت مضاعف پیدا می‌کند. رحمانی و همکاران (۱۳۹۷) در مقاله‌ی «حکم فقهی اتانازی» با جست‌وجوی کتابخانه‌ای و اتکا به ادله قرآنی و روایی، می‌کشند از تقسیمات رایج فراتر روند و ملاک‌های مؤثر در حکم فقهی را برجسته کنند تا داوری درباره اقسام اتانازی دقیق‌تر شود. حسینی‌طیب (۱۴۰۰) در مقاله‌ی «اتانازی (قتل از روی ترحم)» ضمن گزارش دیدگاه‌های اخلاقی موافق و مخالف، به ارزیابی فقه امامیه می‌پردازد و به‌ویژه درباره اتانازی انفعالی و نسبت آن با مرگ مغزی و دستگاه‌های احیا بحث می‌کند. با وجود این تلاش‌ها، خلأ اصلی، فقدان الگوی موضوع‌شناسی اجرایی برای تشخیص درمان بی‌فایده و تبیین نسبت آن با اصل حفظ نفس است. نیز این تلاش‌ها، غالباً بر محور مواد قانونی متمرکز است، یا اتانازی را یک‌سره در قالب قتل عمد می‌نشانند و کمتر به بازسازی آن در قالب دستورالعمل بالینی قابل اجرا می‌پردازد. مقاله‌ی حاضر این خلأ را پر می‌کند.

۱. اتانازی: انواع، مرزهای تمایز و گره‌های اصلی

پیش از ورود به بحث و دفاع از آن، ضروری است مفهوم‌شناسی و موضوع‌شناسی دقیق انجام گیرد تا مرزها میان اتانازی انفعالی و دیگر موارد اتانازی و نیز مرگ‌یاری پزشکی، خودکشی و سدیشن تسکینی روشن شود؛ چراکه هرگونه خلط مفهومی در این نقطه، هم ادله‌ی فقهی ناظر به «قتل» را به نادرست به «ترک درمان» سرایت می‌دهد و هم حکم ترک مداخله‌ی بی‌فایده را به خطا ذیل خودکشی یا تسریع عمدی مرگ می‌نشانند.

تعریف اتانازی و عناصر آن

واژه اتانازی، در فارسی به بیمارکشی با ترحم، بیمارکشی طبی، تسریع در مرگ محتضر، مرگ مشفقانه، قتل از روی ترحم، مرگ خودخواسته، مرگ بی‌درد (آریان‌پورکاشانی، ۱۳۸۸: ج ۲، ص) به‌مرگی (حیان، ۱۳۸۳: ج ۱، ص ۱۰۳۸) مرگ آسان، مرگ راحت، مرگ سفید و مرگ شیرین (آقابابایی نبی، ۱۳۹۱: ص ۳۲) ترجمه شده؛ که برخی دارای بار منفی است و به دلیل قبح ذاتی آن، ترجمه‌های دارای بار منفی ترجیح دارد. در سرتاسر این مقاله ما همان اصطلاح اتانازی را بکار می‌بریم تا یکپارچگی حفظ شود.

در ادبیات اخلاق پزشکی، اتانازی به معنای رایج آن وضعیتی است که در آن عاملی غیر از بیمار (اغلب پزشک) با قصد پایان‌دادن به حیات بیمار، کنشی انجام می‌دهد که علت نزدیک مرگ به شمار می‌آید؛ بنابراین، دو رکن «عامل بیرونی» و «قصد پایان‌بخشی به حیات» در مرکز مفهوم قرار دارد (بنگرید به: Emanuel et al., 2016, pp. 79-80). نتیجه این تعریف آن است که صرف رخ‌دادن مرگ در پی یک تصمیم پزشکی برای اطلاق اتانازی به معنای رایج آن کافی نیست، بلکه باید هم قصد پایان‌بخشی احراز شود و هم نسبت علی نزدیک کنش با مرگ برقرار باشد.

برای دقت بیشتر، عناصر سازنده اتانازی به معنای رایج را می‌توان در سه محور خلاصه کرد:

محور نخست «نقش عامل در زنجیره علی» است به این معنا که آیا مرگ نتیجه فعل مستقیم پزشک یا شخص ثالث است، یا نتیجه روند بیماری پس از کنار گذاشتن یک مداخله؟

Materstvedt et al., 2003, pp. 97-99).^۴ مداخله ناموجه است.

(۳) مرگ‌یاری پزشکی^۴، که در آن پزشک ابزار یا اطلاعات لازم برای عمل مرگ‌آور را فراهم می‌کند (مثلاً دارو و دوز کشنده)، اما کنش نهایی پایان‌بخش را خود بیمار انجام می‌دهد (AMA Code of Medical Ethics, Physician-assisted suicide-background reports, p. 1).^۵ این نوع اتانازی با قصد عامدانه انجام نمی‌شود اما پیامد عرضی آن مرگ بیمار است^۶ (آقابابایی نبی، ۱۳۹۱: ص ۴۶).

با این تفکیک اتانازی انفعالی علاوه بر تفاوت با اتانازی فعال و مرگ‌یاری پزشکی، با خودکشی و سدیشن تسکینی نیز متفاوت است. زیرا، خودکشی یعنی عملی که در آن بیمار با اراده‌ی خود دست به کنش مرگ‌آور می‌زند (مانند مصرف ارادی داروهای کشنده و...) و سدیشن تسکینی عبارت است از به‌کارگیری پایش‌شده‌ی دارو برای کاهش آگاهی به‌منظور رفع رنج مقاوم و هدف آن تسریع مرگ نیست، در حالی که در اتانازی انفعالی «فعل کشنده» انجام نمی‌شود و تصمیم درباره‌ی عدم آغاز درمان یا قطع درمان نگرانه‌دارنده‌ی حیات است (بنگرید به: Cherny & Radbruch, 2009, pp. 581-583).

محور دوم «قصد» است یعنی، آیا قصد اصلی ایجاد مرگ است یا هدفی متفاوت مانند کاهش رنج مقاوم؟ محور سوم «صورت مداخله» است بدین معنا که آیا مداخله یک فعل ایجاد (مانند تزریق یا تجویز کشنده) است یا تصمیم درباره توقف درمان است؟ راجلز با نقد آموزه‌ای که میان «کشتن» و «گذاشتن برای مردن» تمایز اخلاقی قاطع می‌گذارد، نشان می‌دهد که اتکای انحصاری به صرف شکل مداخله (فعل یا ترک فعل)، می‌تواند عوامل مهم‌تری مانند نقش عامل، قصد و صورت مداخله و پیامدهای قابل پیش‌بینی را پنهان سازد (Rachels, 1975, pp. 78-80). این نکته در موضوع‌شناسی فقهی نیز راهگشا است، زیرا تمرکز بر عنصر قصد و نقش علی مانع خلط موارد می‌شود.

تقسیم‌بندی‌های اتانازی و تفاوتها

در ادبیات بین‌المللی اخلاق پزشکی، تقسیم‌بندی‌ها متکثر است؛ با این حال، اگر معیار دسته‌بندی «عامل فعل نهایی منتهی به مرگ» باشد، یک سه‌گانه‌ی عملی برای داوری فقهی - پزشکی ساخته می‌شود:

(۱) اتانازی فعال^۱، که در آن پزشک یا عامل دیگر با قصد پایان‌دادن به حیات، کنشی انجام می‌دهد که علت نزدیک مرگ تلقی می‌شود، مانند تزریق یا تجویز کشنده.

(بنگرید به: Sulmasy & Emanuel et al., 2016, pp. 79-90)

(Mueller, 2017, pp. 576-578)

(۲) اتانازی انفعالی^۲، در کاربرد رایج آن به تصمیم عدم آغاز یا قطع درمان‌های نگرانه‌دارنده‌ی حیات در شرایطی گفته می‌شود که ادامه‌ی درمان بی‌فایده یا نامتناسب تلقی می‌گردد. در برخی صورت‌بندی‌های مفهومی، «قطع یا عدم شروع درمان بی‌فایده» اصولاً داخل تعریف اتانازی به‌معنای رایج آن (کشتن عمدی) شمرده نمی‌شود (نبود فعل کشنده)، بلکه ناظر به اجتناب از

^۴ Physician-Assisted Suicide

^۵ این معنا با مرور مفهومی مقاله‌ی امانوئل نیز سازگار است (بنگرید به: Emanuel et al., 2016, pp. 79-89).

^۶ موضع‌نامه کالج پزشکان آمریکا هشدار می‌دهد مشارکت پزشک در پایان دادن به حیات می‌تواند اعتماد رابطه درمانی را تضعیف کند و مرزهای وظیفه حرفه‌ای را دگرگون سازد (Sulmasy & Mueller, 2017, pp. 576-578).

^۱ رالف بانرگن در تقسیم‌بندی خود از «اتانازی فعال داوطلبانه»، «اتانازی فعال غیرداوطلبانه»، «اتانازی فعال اجباری»، «اتانازی غیرفعال»، «اتانازی غیرفعال داوطلبانه»، «اتانازی غیرمستقیم» و «خودکشی با همکاری پزشک» سخن می‌گوید. (بنگرید به: Baergen, Ralph. *Ethics at the End of Life*. Wadsworth, 2001)

^۲ Active euthanasia

^۳ Passive euthanasia

این تفاوت‌ها در جدول زیر قابل مشاهده است

جدول ۱

مفهوم	کنش نهایی را چه کسی انجام می‌دهد؟	علت نزدیک مرگ چیست؟	قصد معیار در تعریف	نسبت با خودکشی	نسبت با سدیشن تسکینی و قطع درمان
اتانازی فعال	پزشک یا عامل دیگر	فعل مستقیم عامل (مانند تزریق قصد یا تجویز کشنده توسط پزشک)	پایان دادن به خودکشی نیست	فاعل مباشر بیمار نیست	سدیشن هدف تسکین است نه ایجاد مرگ
اتانازی انفعالی	کنش کشنده انجام نمی‌شود بلکه، تصمیم درباره درمان است	پس از کنار گذاشتن درمان، مرگ به روند بیماری یا وضعیت زمینه‌ای نسبت داده می‌شود	قصد معیار معمولاً پرهیز از درمان بی‌فایده است خودکشی نیست	نسبت با خودکشی نیست	به قطع درمان نزدیک است. بسیاری منابع توصیه می‌کنند این صورت را با همین اصطلاح دقیق توصیف کنند تا با «کشتن» خلط نشود
مرگ‌یاری پزشکی	خود بیمار	عمل نهایی بیمار (مصرف دارو)؛ پزشک فراهم‌کننده است	قصد بیمار پایان دادن به حیات و نقش پزشک تسهیل‌گرانه	نوعی خودکشی است (با سدیشن برای تسکین علائم است نه کمک پزشکی)	فراهم کردن ابزار مرگ
خودکشی	خود فرد	عمل نهایی خود فرد	قصد پایان دادن به حیات	مفهوم عام‌تر است (مرگ‌یاری پزشکی زیرمجموعه آن است)	ربط مستقیم ندارد، مگر در بحث‌های مرزی یا سوء کاربرد مفاهیم
سدیشن تسکینی	تیم درمان (دادن دارو)	علت نزدیک مرگ هدف تیم درمان (دادن دارو) نیست؛ هدف کاهش قصد تسکین آگاهی برای کنترل علائم است	خودکشی نیست	نسبت با خودکشی نیست	نباید برای تسریع مرگ به کار رود؛ اگر قصد تسریع مرگ غالب شود، از نظر اخلاقی انحراف و محل نقد است

تفکیک قطع درمان از قطع مراقبت و نقش آن در تنقیح موضوع

یکی از گره‌های اصلی در بحث اتانازی انفعالی، این است که قطع درمان با قطع مراقبت خلط نشود. عدم تفکیک این دو، موضوع بحث را مبهم می‌کند و حکم فقهی را به جایی می‌کشاند که محل نزاع نیست؛ زیرا آنچه در اینجا بررسی می‌شود، ترک یا توقف مداخلات نگه‌دارنده‌ی حیات در موارد بی‌فایده یا نامتناسب و نه رها کردن بیمار و کنار گذاشتن مراقبت‌های حمایتی و تسکینی است.

برای پرهیز از ابهام، دو عنوان را می‌توان به صورت عملیاتی چنین تعریف کرد:

۱. قطع درمان: خودداری از آغاز یا توقف مداخله‌ای که هدف مستقیم آن «ایجاد یا حفظ شاخص‌های حیاتی

به عنوان شرط بقا» است (بنگرید به: Mueller, 2022, pp. 1-2)

۲. قطع مراقبت: ترک آنچه برای کاهش رنج و حفظ کرامت بیمار ضرورت دارد. این قسم از موضوع محل نزاع خارج است و اتانازی انفعالی به معنای مورد نظر هرگز به «رها سازی بیمار» و ترک مراقبت فروکاسته نمی‌شود (Truog et al., 2008, p. 956).

ملاک تمایز میان درمان و مراقبت در این بحث، «هدف مداخله» است. اگر هدف حفظ بقا از راه دست‌کاری مستقیم کارکردهای حیاتی باشد، در قلمرو «درمان نگه‌دارنده‌ی حیات» و اگر هدف آن کاهش رنج، حفظ کرامت و حمایت از بیمار باشد، در قلمرو «مراقبت حمایتی/تسکینی» قرار می‌گیرد.^۱ برآیند این تفکیک چنین است:

^۱ تغذیه و آب‌رسانی از مواردی است که مرزبندی درمان و مراقبت در آن نیازمند دقت بیشتری است و در این مقاله به آن پرداخته نمی‌شود.

۱. نجات و بازگشت معنادار بیمار به سطحی قابل قبول از کارکرد.
۲. بازگشت به سطحی از هوشیاری و تعامل.
۳. تثبیت کوتاه‌مدت برای تحقق یک غرض عقلایی مشخص (مثل امکان وداع یا وصیت).
۴. تسکین علائم (نه صرفاً اطلاع حیات) اگر هدف روشن نباشد، ممکن است درمانی از جهت نجات بی‌فایده باشد ولی از جهت تسکین مفید باشد؛ یا برعکس.

بی‌فایده بودن در ادبیات پزشکی یعنی یا احتمال عقلایی برای تحقق هدف درمان وجود ندارد، یا اثر درمان به اندازه‌ای نیست که عرفاً ادامه آن اقدام مؤثر به شمار آید (Bosslet et al., 2015, p. 1318). این بی‌فایده بودن دست کم دو گونه دارد:

۱. بی‌فایده‌ی تخصصی و فیزیولوژیک مانند نبود پاسخ ارگان‌ها یا نبود امکان برگشت.
 ۲. بی‌فایده‌ی عملکردی مانند سطحی از هوشیاری یا کارکرد عملاً ممکن نیست نامتناسب بودن در ادبیات پزشکی نیز ناظر به سنجش «باردرمان» و «فایده» است: حتی اگر درمان اثر محدودی داشته باشد، اگر بار تحمیلی آن عرفاً سنگین‌تر و ناموجه‌تر از فایده حاصل باشد، درمان نامتناسب تلقی می‌شود (General Medical Council [GMC], 2010, p. 10).
- برای عینی شدن تشخیص، ارزیابی درمان بر سه محور استوار می‌شود:

۱. احتمال عقلایی اثر (کم/متوسط/زیاد).
 ۲. مقدار و دوام اثر (کوتاه‌مدت/میان‌مدت/پایدار).
 ۳. بار درمان (درد، تهاجم، عوارض، هزینه، سلب کرامت).
- نتیجه اینکه:
۴. اگر احتمال اثر یا مقدار اثر عرفاً قابل اعتنا نباشد، درمان بی‌فایده است.
 ۵. اگر اثر محدود باشد ولی بار درمان عرفاً سنگین‌تر و ناموجه‌تر باشد، درمان نامتناسب است.

۱. محل نزاع، قطع درمان‌های نگه‌دارنده‌ی حیات در صورت بی‌فایده یا نامتناسب بودن است.^۱
۲. قطع مراقبت‌های حمایتی و تسکینی از موضوع خارج است و در چارچوب این مقاله قابل دفاع تلقی نمی‌شود.
۳. شرط ورود به بحث فقهی آن است که «قطع درمان» به معنای رهاسازی بیمار و ترک مراقبت فهم نشود.

معیارهای بی‌فایده بودن و نامتناسب بودن درمان و سازوکار احراز آن

از آنجا که حکم فقهی بر موضوع محرز مترتب می‌شود، دفاع از جواز ترک یا قطع درمان بدون ارائه‌ی معیارهای قابل سنجش برای بی‌فایده یا نامتناسب بودن درمان، به کلی‌گویی و سلیقه‌محوری می‌انجامد. بنابراین لازم است معیارها طوری صورت‌بندی شود که در مقام عمل قابل ثبت در پرونده باشد و بتواند پایه‌ی استدلال فقهی قرار گیرد.

پیش از هر داوری درباره فایده یا تناسب، باید هدف درمان روشن باشد؛ زیرا «فایده» همیشه نسبت به هدف سنجیده می‌شود. از همین رو، دسته‌بندی پیشین میان اتانازی فعال، اتانازی انفعالی، مرگ‌یاری پزشکی، خودکشی و سدیشن تسکینی در اینجا کارکرد فقهی پیدا می‌کند: تنها در فرضی که مداخله، درمان نگه‌دارنده حیات باشد و هدف آن نجات، تثبیت معنادار یا دفع خطر باشد، بحث از وجوب استمرار آن مطرح می‌شود؛ اما اگر مداخله از سنخ فعل‌کننده، تسهیل خودکشی، یا صرف تسکین علائم باشد، موضوع حکم تغییر می‌کند و نمی‌توان حکم آن را به ترک درمان بی‌فایده سرایت داد. هدف می‌تواند مثلاً یکی از این موارد باشد:

^۱ مراد از «درمان بی‌فایده» در این مقاله، بی‌فایده‌ی مطلق و ذاتی یک روش درمانی نیست. هیچ مداخله پزشکی به صرف عنوان خود، همواره و در همه بیماران بی‌فایده نیست؛ بلکه بی‌فایده‌ی وصفی نسبی و موردی است که در نسبت میان «وضعیت خاص بیمار»، «هدف مشخص درمان»، «احتمال تحقق آن هدف» و «بار تحمیلی مداخله» معنا می‌یابد. بنابراین، ممکن است یک روش درمانی در بیماری یا مرحله‌ای خاص کاملاً موجه و نجات‌بخش باشد، اما همان روش در بیمار دیگر، به سبب پیشرفت بیماری، نارسایی برگشت‌ناپذیر ارگان‌ها، احتضار، یا نبود امکان بازگشت معنادار، فاقد فایده عقلایی تلقی شود.

یابد؟ از این رو، پیش از تطبیق و نتیجه‌گیری فقهی - پزشکی، لازم است چارچوب قاعده‌ی فقهی ناظر به حفظ نفس و حرمت القاء نفس در تهلکه، و قواعد نافه‌ی تکلیف زیان‌بار و حرجی را به‌اختصار اما دقیق تبیین کنیم تا نشان داده شود که قطع درمان بی‌فایده و نامتناسب، نه مصداق «القاء نفس در تهلکه» و نه موجب اسناد عرفی مرگ به پزشک یا هر عامل دیگری است.

۲. اصل وجوب حفظ نفس

اصل «وجوب حفظ نفس» در بنیادی‌ترین بیان، بر یک حکم عقلی و گرایش فطری انسان به صیانت از حیات استوار است؛ به این معنا که انسان به شرط تعادل روحی و روانی، حیات را از حقوق اساسی خود می‌داند و به نحو طبیعی از آن دفاع می‌کند. با این حال، برای ارائه تقریری دقیق‌تر از این قاعده، نخست باید معنای «نفس» روشن گردد؛ زیرا واژه نفس در لغت در معانی متعددی همچون روح، عقل، خون، حقیقت و جوهر شیء، جسم و جان به کار رفته است.

به نظر می‌رسد مناسب‌ترین معنای نفس در این اصل، همان معنایی است که در کاربردهای قرآنی ظهور دارد. قرآن کریم گاه «نفس» را بر جسم انسان و گاه بر مجموع روح و جسم اطلاق کرده است (بنگرید به: مکارم شیرازی، ۱۴۲۱ق: ج ۲، ص ۱۶۱)؛ گاه ناظر به شخص انسانی و جان به‌عنوان موضوع احکام حفظ و حرمت قتل است، چنان‌که در نهی از کشتن نفس و قتل نفس آمده است: «وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ» (نساء، ۴:۲۹) و «وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ» (اسراء، ۱۷:۳۳) و نیز در بیان کیفر قتل و عظمت آن: «مَنْ قَتَلَ نَفْسًا... فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا» (مانده، ۵:۳۲). نیز نهی از اقدام به فعلی که نتیجه آن به خطر انداختن جان و کشته شدن است «وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ» (بقره، ۲:۱۹۵)، به روشنی موضوع حکم فقهی است. در مواردی دیگر، «نفس» بیشتر ناظر به ساحت درونی و روحی انسان و اوصاف و حالات آن است؛ مانند «إِنَّ النَّفْسَ لَأَمَّارَةٌ بِالسُّوءِ» (یوسف، ۱۲:۵۳) و «يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ» (فجر، ۸۹:۲۷)، و نیز در نسبت دادن «توقی» به نفس در مرگ و خواب: «اللَّهُ يَتَوَقَّى الْأَنْفُسَ حِينَ مَوْتِهَا وَالَّتِي لَمْ تَمُتْ فِي مَنَامِهَا» (زمر، ۳۹:۴۲)

برای اینکه بی‌فایده و نامتناسب بودن در مقام فقهی قابل اتکا باشد، باید احراز آن مبتنی بر این عناصر باشد:

۱. ارزیابی تخصصی (و در موارد پیچیده ترجیحاً تیمی و چندتخصصی).
۲. ثبت مستند در پرونده (هدف درمان، دلایل بی‌فایده/نامتناسب بودن، گزینه‌های جایگزین).
۳. اطلاع‌رسانی و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار یا ولی در حدود لازم.

در فقدان این عناصر، ادعای بی‌فایده یا نامتناسب بودن از جهت موضوع‌شناسی محدود است و نمی‌تواند پایه‌ی استنباط قرار گیرد.

برای اتکای فقهی، تشخیص بی‌فایدگی با پزشک متخصص یا تیم درمان است، اما تصمیم‌نهایی در حدود رضایت آگاهانه با بیمار صالح، و در فقدان اهلیت با ولی یا نماینده قانونی اوست؛ بیمارستان، چه دولتی چه خصوصی، تنها نقش تنظیمی و مستندساز دارد.

بنابراین، موضوع‌شناسی پیش‌گفته صرفاً مقدمه پزشکی یا اخلاقی بحث نیست، بلکه صغرای استنباط فقهی را تعیین می‌کند. حکم فقهی در این مقاله بر این مبنا تقریر می‌شود که اگر درمان، طریق عقلایی حفظ نفس باشد، ترک آن مشمول الزام حفظ نفس و نهی از تهلکه است؛ اما اگر درمان فاقد فایده عقلایی باشد، موضوع وجوب حفظ نفس نسبت به آن محقق نیست، و اگر درمان با وجود اثر محدود، عرفاً نامتناسب و مستلزم ضرر یا حرج غالب باشد، الزام به استمرار آن به‌واسطه لاضرر و لاحرج برداشته می‌شود. از این رو، جواز مورد بحث، نه تجویز قتل است و نه تعطیل اصل حفظ نفس، بلکه یا از باب عدم تحقق موضوع الزام است یا از باب رفع الزام ضرری و حرجی.

اکنون، بر پایه‌ی تنقیح مفهومی و موضوع‌شناختی پیش‌گفته، باید به پرسش محوری مقاله پاسخ دقیق فقهی داد. پرسش این بود که آیا تکلیف به حفظ نفس، به معنای وجوب استمرار هر نوع درمان، حتی درمان فاقد فایده‌ی عقلایی است؟ یا آنکه در مواردی خاص، می‌توان از «سقوط الزام» و «جواز ترک درمان نامتناسب» سخن گفت، بی‌آنکه عنوان قتل یا اعانت بر قتل تحقق

می‌کند، هرچند از حیث قلمرو و دلالت، با قاعده‌ی عام حفظ نفس کاملاً این همان نیست.

قواعد لاضرر و لاجرح

تحلیل نسبت حفظ نفس با لاضرر و لاجرح، مقدمه‌ای ضروری برای فهم دقیق قلمرو تکلیف در مسائل نوپدید پزشکی و پایان حیات به‌شمار می‌آید.

قاعده‌ی لاضرر برگرفته احادیث و روایات اسلامی است. در روایات اسلامی شیعه و اهل سنت آمده است «لا ضرر و لا ضرار فی الإسلام» (ضرر زدن و ضرر رساندن در اسلام جایز نیست) (کلینی، ۱۳۸۷، ج ۱۰: ۴۳۶، ۴۷۸؛ شیخ صدوق، ۱۳۶۱: ۲۸۱؛ دارقطنی، ۱۴۲۴ق، ج ۵: ۴۰۸؛ شافعی، ۱۴۲۵ق، ج ۳: ۲۲۴). در تبیین مفاد قاعده‌ی «لاضرر» و تعیین مقصود از عبارت «لا ضرر»، این دیدگاه بر آن است که مراد، نفی تشریح حکم ضرری و حرجی (شیخ انصاری، ۱۴۱۱ق، ج ۳: ۳۴۵-۳۴۱) است؛ بدین معنا که شارع از اساس حکمی را که مستلزم ضرر بر مکلفان باشد جعل نکرده است، خواه آن حکم تکلیفی باشد یا وضعی. همچنین در توضیح نظریه‌های گوناگون درباره‌ی قاعده‌ی لاضرر، نفی همان حکم شرعی است که موجب ورود ضرر بر بندگان می‌شود؛ یعنی در منظومه‌ی شریعت، مجعول شرعی ضرری وجود ندارد که التزام عملی به آن، مستلزم زیان بندگان گردد (بنگرید به: عمید زنجانی، ۱۳۹۱: ۶۴-۶۲).

قاعده «لاجرح» از آیه «ما جعل علیکم فی الدین من حرج» و از ارتکاز عقلایی نفی تکلیف طاق‌تفرسا استفاده می‌کند. مقصود از «جرح»، مشقت شدید و غیرمتعارف و نه هر سختی معمولی است. لاجرح نیز مانند لاضرر نقش تنظیم‌کننده دارد و بیان می‌کند که شارع تکلیف حرجی را به نحو الزام بر عهده مکلف نمی‌گذارد. (بنگرید به: موسوی بجنوردی، ۱۳۷۹: ۳۶۵-۳۷۸) در تبیین لاجرح چند نکته کلیدی است: (۱) حرج تا حدی نسبی است و به شرایط مکلف و عرف زمانه وابسته است، اما معیار نهایی عرف عقلایی است، نه احساسات ناپایدار. (۲) لاجرح غالباً در مقام امتثال فعال می‌شود؛ یعنی ممکن است اصل حکم در مقام جعل کلی باشد، ولی در وضعیتی خاص، امتثال آن برای مکلف حرجی گردد و الزام برداشته شود. (۳) حرج با «سختی

با توجه به نمونه‌ها و کارکردهایی که در قرآن درباره حفظ نفس مطرح شده، می‌توان گفت نفس در بسیاری از موارد ناظر به حیثیت بدنی و جان زیستی انسان است. این برداشت با تقریر فقهی نیز هماهنگ است؛ چنان‌که در فقه، هنگامی که شخص مضطر برای نجات از هلاکت مجاز دانسته می‌شود که برای حفظ جان خود با توجه به آیه‌ی قرآن، گوشت میت بخورد (عاملی، ۱۴۱۳ق: ج ۱، ص ۱۱۳) اشاره به حیثیت بدنی دارد. همچنین، در مواردی تقیه یا در موارد تراحم، که حفظ نفس شخص در برابر حفظ نفس دیگری تقدم می‌یابد (علامه حلی، ۱۴۱۲ق، ص ۵۶۷) مربوط به حیثیت بدنی است.

فقه‌ها با استناد به قاعده حفظ نفس، حفظ حیات را تکلیف شرعی دانسته‌اند و هیچ امری را رفع‌کننده این تکلیف نمی‌دانند (محقق حلی، ۱۴۰۸ق: ج ۲، ص ۶۸۵؛ خمینی، ۱۳۸۶: ج ۱، ص ۵۳۶).

اینکه منظور از حفظ نفس تنها افزایش طول حیات باشد یا افزایش کیفیت زندگی، به لحاظ فقهی اثبات نشده است. شاید بتوان فتوای آیت‌اله خوبی و جواد تبریزی در ارتباط با عدم وجوب ادامه حیات با دارو و وسایل تنفسی در شرایطی که تحمل آن برای بیمار مشقت آور باشد (خوئی، ۱۴۰۴ق: ص ۱۹۸) را تأییدی دانست بر عدم اهمیت حفظ نفس در صورتی که کیفیت زندگی قابل قبول نباشد.

مکمل اصل حفظ وجوب نفس عنوان «حرمت القاء در تهلکه» با تعبیر قرآنی «وَلَا تُلْقُوا بِأیدیْكُمْ إِلَى التَّهْلُکَةِ» است. «تهلکه» در لغت به معنای هلاکت و نابودی است و در کاربرد فقهی، ناظر به وضعیتی است که انسان با فعل یا ترک، خود را در مسیر نابودی یا خطر بسیار شدید قرار می‌دهد. در تبیین این عنوان چند نکته مهم است: (۱) معیار صدق تهلکه عرفی است؛ یعنی باید دید عرف عقلایی آن رفتار را «افکندن به هلاکت» می‌داند یا خیر. (۲) تهلکه هم شامل افعال خطرزا می‌شود و هم ترک اقداماتی که عرفاً برای دفع خطر شدید لازم شمرده می‌شود.

می‌توان نهی از القاء در تهلکه را یکی از مهم‌ترین تقریرهای قرآنی اصل حفظ از نفس دانست که «صورت رفتاری» حفظ نفس را در قالب منع از افکندن خویش در هلاکت تبیین

۱. وجود طریق عقلایی نجات یا دفع خطر جدی که ترک آن، عرفاً ترک طریق لازم شمرده شود.
۲. اسناد عرفی هلاکت به ترک درمان مؤثر؛ یعنی عرف عقلایی بگوید اگر این درمان ترک نمی‌شد، هلاکت دفع می‌گردید یا به نحو قابل اعتنایی به تأخیر می‌افتاد. بنابراین، ترک درمان تنها هنگامی مصداق تهلکه است که درمان طریق عقلایی نجات یا دفع خطر باشد، اما درمان بی‌فایده، چون فاقد اثر عقلایی در دفع هلاکت است، موضوعاً از این عنوان خارج است.

با این معیار، می‌توان نشان داد که اتانازی انفعالی مورد دفاع این مقاله، از قلمرو الزام اصل حفظ نفس خارج است؛ زیرا موضوع تهلکه (به عنوان صورت رفتاری حفظ نفس) در اینجا محقق نیست، یا اگر در نگاه نخست توهم شود، قواعد نافی الزام آن را محدود می‌سازد.

این نتیجه با دو گام روشن می‌شود:

گام نخست: در درمان «بی‌فایده»، ترک درمان، ترک طریق نجات شمرده نمی‌شود.

ملاک بی‌فایده بودن در بخش پیشین چنین تبیین شد که: یا احتمال عقلایی برای تحقق هدف درمان وجود ندارد، یا اثر درمان چنان ناچیز است که عرفاً ادامه آن «اقدام مؤثر» به شمار نمی‌آید. در چنین وضعیتی، درمان مزبور طریق عقلایی نجات تلقی نمی‌شود تا ترک آن، ترک طریق لازم و مصداق تهلکه گردد؛ زیرا به بر اساس معیاری که در آن بخش تبیین شد، این درمان اساساً «نجات‌بخش» یا «مؤثر عرفی» نیست.

نتیجه آنکه در درمان بی‌فایده، عنوان «القاء نفس در تهلکه» از حیث موضوع منتفی است؛ زیرا «تهلکه» ترک اقدام عرفاً لازم برای دفع خطر است، نه کنار گذاشتن اقدام فاقد اثر عقلایی.

گام دوم: در درمان «نامتناسب»، اثر محدود تنها در صورت فقدان غرض عقلایی غالب، الزام‌آور نیست. بنابراین اگر اثر محدود، غرض عقلایی مهمی مانند وصیت، وداع، تعیین تکلیف حقوقی یا مصلحت اجتماعی معتدبه را تأمین کند، درمان از عنوان نامتناسب خارج می‌شود؛ نامتناسبی تنها جایی است که بار درمان عرفاً بر فایده عقلایی آن غلبه داشته باشد.

طبیعی تکلیف» یکی نیست؛ تکلیف شرعی معمولاً با مقدار معینی زحمت همراه است، اما لاجرح ناظر به مشقتی است که عرف آن را خارج از طاقت متعارف و خلاف آسان‌گیری شریعت می‌فهمد.

نسبت حفظ نفس با لاضرر و لاجرح

نسبت لاضرر و لاجرح با حفظ نفس، نسبت «قواعد تنظیم‌کننده الزام» با «اصل اهتمام» است. حفظ نفس بر محور خطر نابودی یا آسیب بسیار شدید می‌چرخد، در حالی که لاضرر و لاجرح بر محور زیان و مشقت غیرمتعارف قرار دارند. ممکن است رفتاری از حیث حفظ نفس روشن نباشد، اما از حیث حرج یا ضرر روشن باشد، یا برعکس. افزون بر این، ممکن است در یک وضعیت، صیانت از نفس اقتضای اقدامی داشته باشد، اما همان اقدام بار ضرری یا حرجی سنگین ایجاد کند که مسأله‌ی تراحم و اهم و مهم پیش می‌آید (بنگرید به: آخوند خراسانی، ۱۳۷۲، ۲: ۳۷۶) اما تراحم در سطح عمل و قدرت مکلف رخ می‌دهد.

نکته روش‌مند دیگر آن است که این قواعد در مقام تبیین، نیازمند معیارهای عرفی‌اند: تهلکه به عرف خطر و هلاکت تکیه دارد، لاضرر به عرف زیان قابل اعتنا، و لاجرح به عرف مشقت غیرمتعارف. بنابراین باید روشن شود عرف عقلایی در هر زمان و مکان، چه سطحی از خطر را «هلاکت‌آور»، چه سطحی از زیان را «قابل اعتنا»، و چه سطحی از مشقت را «حرج» می‌داند.

۳. اتانازی انفعالی در پرتو اصل حفظ نفس

برای داوری دقیق، اکنون باید نسبت اتانازی انفعالی با اصل وجوب حفظ نفس تبیین شود. اصل حفظ نفس، همانگونه که گذشت در تقریر فقهی رایج، ناظر به صیانت از جان زیستی انسان و منع از رفتارهایی است که عرفاً «افکندن خویش در هلاکت» دانسته می‌شود.

۱.۳. دو عنصر قطع درمان

بنابراین، برای آنکه ترک یک درمان داخل در قلمرو نهی از تهلکه و الزام حفظ نفس قرار گیرد، باید دست‌کم دو عنصر احراز شود:

۳.۴. تأیید سخن با یک استفتاء

این جمع‌بندی، در سطح فتوایی نیز مؤید دارد. در مجموعه «احکام پزشکی» در پایگاه رسمی دفتر آیت‌الله خامنه‌ای، اتانازی انفعالی به صورت «خودداری از ادامه‌ی مداوا و زنده نگاه داشتن بیمار محتضر» صورت‌بندی شده و در پاسخ آمده است: «حفظ محتضر و تأخیر مرگ واجب نیست، بنابراین قسم دوم (اتانازی انفعالی) مانع ندارد، ولی هر کاری که موجب مردن او باشد، مثل دو قسم دیگر (اتانازی فعال و مرگ‌یاری پزشکی) جایز نیست» (خامنه‌ای، پایگاه اطلاع‌رسانی خامنه‌ای: ۱۴۰۴/۰۹/۲۰).^۱ بنابراین استناد حاضر ناظر به «عدم وجود حفظ محتضر و تأخیر مرگ» در قالب ترک مداوای بی‌فایده و نامتناسب است، و هرگز به معنای مجوز عام برای هر نوع «برداشتن دستگاه» در هر وضعیت نیست.

نتیجه‌گیری

اصل حفظ نفس و نهی از القاء در تهلکه، ناظر به ترک طریق متعارف نجات یا اقدام خطرزایی است که عرفاً هلاکت به آن اسناد داده می‌شود. درمانی که بنا بر معیارهای تخصصی مستند، بی‌فایده است، «طریق نجات» شمرده نمی‌شود تا ترک آن تهلکه گردد؛ و درمانی که نامتناسب است، تحت حکومت لاضرر و لاجرح، از قلمرو الزام خارج می‌شود. در نتیجه، اتانازی انفعالی به معنای ترک درمان بی‌فایده/نامتناسب، با حفظ مراقبت و کرامت بیمار، از قلمرو «وجوب استمرار درمان» بیرون است، بی‌آنکه به قلمرو قتل نفس یا القاء در تهلکه وارد شود.

نامتناسب بودن در بخش اول ناظر به سنجش «بار درمان» و «فایده» صورت‌بندی شد: حتی اگر درمان اثر محدودی داشته باشد، چنانچه بار تحمیلی آن (رنج شدید، تهاجم، عوارض، سلب کرامت، هزینه‌های سنگین) عرفاً سنگین‌تر و ناموجه‌تر از فایده باشد، درمان نامتناسب تلقی می‌شود.

بر این مبنا، حتی اگر در برخی موارد «نامتناسب»، اثر کوتاه‌مدت درمان به‌طور کلی نفی نشود، استمرار الزام شرعی به آن، با توسط لاضرر و لاجرح محدود می‌شود؛ زیرا این الزام، به نحو متعارف، به تحمیل ضرر و حرجی می‌انجامد که معیار نامتناسب بودن دانسته می‌شود.

۲.۳. دفع یک خلط رایج: ترک درمان بی‌فایده،

«قتل» یا «اعانت بر قتل» شمرده نمی‌شود

بر اساس تفییح مفهومی بخش نخست، اتانازی به معنای رایج، متقوم به «عامل بیرونی» و «قصد پایان‌بخشی به حیات» و «نقش علی نزدیک فعل در مرگ» است. در اتانازی انفعالی محل بحث، فعل کشنده‌ای رخ نمی‌دهد و تصمیم درباره «درمان» است، نه ایجاد مرگ؛ و مرگ پس از کنار گذاشتن درمان به روند بیماری اسناد داده می‌شود.

با تثبیت این تمایز، سرایت ادله‌ی ناظر به «قتل نفس» به «ترک درمان بی‌فایده/نامتناسب» از حیث موضوع، بی‌وجه می‌شود؛ زیرا آن ادله ناظر به جایی است که فعل مستقیم منتهی به مرگ و قصد پایان‌بخشی احراز گردد، حال آنکه در اینجا قصد معیار، پرهیز از درمان بی‌فایده است، نه کشتن

۳.۳. قیود اجرایی برای خروج محل نزاع از قلمرو

حفظ نفس

برای آنکه خروج از قلمرو الزام حفظ نفس، متکی به موضوع‌شناسی منضبط باشد و به سلیقه‌محوری نینجامد، احراز بی‌فایده/نامتناسب بودن باید طبق سازوکاری که در بخش اول تبیین گردید صورت گیرد: ارزیابی تخصصی (ترجیحاً تیمی)، ثبت مستند در پرونده (هدف درمان، دلایل بی‌فایده/نامتناسب بودن، گزینه‌های جایگزین)، و اطلاع‌رسانی و رضایت آگاهانه در حدود لازم. با رعایت این قیود، اتانازی انفعالی مورد دفاع، به عنوان «عدم مداخله فاقد فایده‌ی عقلایی» و «رفع الزام» فهم می‌شود، و هرگز به معنای به رفتار هلاکت‌آور یا قتل نخواهد بود.

^۱ رابطه محتضر با اتانازی انفعالی رابطه عموم و خصوص من وجه یا دست‌کم رابطه مصداقی است: برخی موارد اتانازی انفعالی درباره محتضر است و برخی موارد ممکن است درباره بیماری باشد که هنوز عنوان محتضر به معنای دقیق بر او صادق نیست، اما درمان مورد نظر نسبت به هدف نجات یا بهبود معنادار بی‌فایده یا نامتناسب است. از این رو، فتوای عدم وجوب حفظ محتضر دلیل مستقل و عام برای همه اقسام قطع درمان نیست، بلکه مؤید این قاعده است که در فرض فقدان فایده عقلایی درمان و نبود اسناد عرفی مرگ به پزشک، الزام به استمرار مداخله ثابت نیست.

منابع

قرآن کریم

۱. آخوند خراسانی، محمد کاظم بن حسین. (۱۳۷۲ش). *کفایه‌الاصول*، حواشی مشکینی (۲ جلدی). تهران: اسلامیه.
۲. آریان‌پور کاشانی، منوچهر. (۱۳۸۸). *فرهنگ پیشرو آریان‌پور انگلیسی-فارسی*. تهران: نشر الکترونیکی و اطلاع‌رسانی جهان رایانه.
۳. آقابابایی بنی، اسماعیل. (۱۳۹۱). *مسائل فقهی و حقوقی قتل از روی ترجم (اتانازی)*. قم: پژوهشکده فقه و حقوق، پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی.
۴. ابن بابویه قمی، محمد بن علی (شیخ صدوق). (۱۳۶۱ش). *معانی الأخبار (علی‌اکبر غفاری، مصحح)*. قم، ایران: جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، دفتر انتشارات اسلامی.
۵. انصاری، مرتضی بن محمدامین. (۱۴۱۱ق). *المکاسب* (۳ جلد). قم، ایران: دار الذخائر.
۶. پایگاه اطلاع‌رسانی دفتر حفظ و نشر آثار آیت الله خامنه‌ای، قسمت *فتاوا*، نشانی سایت: Khamenei.ir. تاریخ مراجعه: ۱۴۰۴/۰۹/۲۰.
۷. پورجوهری، سیدعلی. (۱۳۸۴). *آتانازی یا مرگ از روی ترجم از منظر دینی. پژوهش‌های فقه و حقوق اسلامی*، (پیش شماره ۳)، ۱۰۹-۱۱۸.
۸. خسروی، کاظم، دانشور ثانی، رضا، و اصغری، عبدالرضا. (۱۳۹۷). *واکاوی ماده ۳۶۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ (آتانازی) از منظر فقه اسلامی. آموزه‌های حقوق کیفری*، ۱۵(۱۵)، ۱۸۹-۲۱۶.
۹. خمینی، روح‌الله. (۱۳۸۶). *تحریر الوسیله*. چاپ دوم. قم: دارالعلم.
۱۰. خویی، ابوالقاسم. (۱۴۰۴). *منهاج الصالحین*. جلد دوم، الجزء الثاني، المعاملات، قم: مطبعة المهبر.
۱۱. دارقطنی، علی بن عمر. (۱۴۲۴ق). *سنن الدارقطنی* (۶ جلد؛ محمد شمس‌الحق عظیم آبادی، نویسنده؛ شعب ارنووط، حسن عبد المنعم شلیبی، عبداللطیف حرز الله، و احمد برهوم، مصححان). بیروت، لبنان: مؤسسة الرسالة.
۱۲. دولت‌شاهی، فاطمه، عبدالجباری، مرتضی، فانی، مهدی، و کرم‌خانی، مرضیه. (۱۳۹۳). *آتانازی و احتضار. پژوهش در دین و سلامت*، ۱(۱)، ۵۷-۶۴.
۱۳. رحمانی، محمد، زروندی، نفیسه، و عبدالجباری، مرتضی. (۱۳۹۷). *حکم فقهی اتانازی. پژوهش در دین و سلامت*، ۴(۴)، ۱۰۴-۱۱۷.
۱۴. حسینی طیب، سیدمرتضی. (۱۴۰۰). *آتانازی (قتل از روی ترجم)*. جستارهایی در فقه پزشکی، ۷(۷)، ۸۱-۱۰۲.
۱۵. عاملی، زین‌الدین بن علی (شهید ثانی). (۱۴۱۳ق). *مسالك الأفهام إلى تنقيح شرايع الإسلام*. قم: مؤسسه المعارف الإسلامیه.
۱۶. علامه حلی، حسن بن یوسف بن مطهر اسدی. (۱۴۱۲ق). *منتهی‌المطلب فی تحقیق المذهب* (۱۵ جلد). مشهد: مجمع البحوث الإسلامیه.
۱۷. عمید زنجانی، عباسعلی. (۱۳۹۱). *قواعد کلی عقود: کتاب البیع و المتاجر*. تهران: خرسندی.
۱۸. شافعی، محمد بن ادریس. (۱۴۲۵ق). *مسند الشافعی* (۴ جلد؛ سنجر بن عبد الله ناصری جاوولی، تنظیم؛ ماهر یاسین فحل، مصحح). کویت: غراس.
۱۹. کلینی، محمد بن یعقوب. (۱۳۸۷). *الکافی* (محقق محمدحسین درایتی)، ۱۵ جلد، قم: مؤسسه علمی فرهنگی دار الحدیث.
۲۰. محقق حلی، جعفر بن حسن. (۱۴۰۸ق). *شرايع الإسلام فی مسائل الحلال و الحرام*. چاپ دوم، قم: مؤسسه اسماعیلیان.
۲۱. مکارم شیرازی، ناصر. (۱۴۲۱). *التقواعد الفقهیه*. قم: مؤسسه علمی بن ابی طالب.
۲۲. مؤسسه‌ی فرهنگی-انتشاراتی حیان (۱۳۸۳). *فرهنگ جامع علوم پزشکی حیان*. انگلیسی-فارسی.
۲۳. موسوی بجنوردی، محمد. (۱۳۷۹). *قواعد فقهیه* (چاپ ۳، ۲ جلد). تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی (ره)، مؤسسه چاپ و نشر عروج.
۲۴. موسوی بجنوردی، سیدمحمد، و رضوی‌نیا، مریم. (۱۳۹۳). *آتانازی در فقه و حقوق اسلامی با محوریت آرای امام خمینی (س)*. *پژوهشنامه‌ی متین*، ۱۶(۶۳)، ۱۱۳-۱۳۱.

American Medical Association. (2022). *Physician-assisted suicide—background report(s)*. In *Code of Medical Ethics* (Opinion 5.7).

Baergen, R. (2001). *Ethics at the end of life*. Wadsworth Publishing.

Mueller, P. S. (2022). *Ethical and Legal Concerns Associated With Withdrawing Mechanical Circulatory Support: A U.S. Perspective*. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, Article 897955.

Bosslet, G. T., Pope, T. M., Rubenfeld, G. D., Lo, B., Truong, R. D., Rushton, C. H., Curtis, J. R., Ford, D. W., Osborne, M., Misak, C., Au, D. H., Azoulay, E., Brody, B., Fahy, B. G., Hall, J. B., Kesecioglu, J., Kon, A. A., Lindell, K. O., & White, D. B. (2015). *An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units*. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(11), 1318-1330.

Cherny, N. I., Radbruch, L., & Board of the European Association for Palliative Care. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 23(7), 581-593.

- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*, 316(1), 79–90. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
- General Medical Council. (2010, May 20). *Treatment and care towards the end of life: Good practice in decision making*.
- Rachels, J. (1975). Active and passive euthanasia. *The New England Journal of Medicine*, 292(2), 78–80. <https://doi.org/10.1056/NEJM197501092920206>.
- Sulmasy, L. S., & Mueller, P. S. (2017). Ethics and the legalization of physician-assisted suicide: An American College of Physicians position paper. *Annals of Internal Medicine*, 167(8), 576–578. <https://doi.org/10.7326/M17-0938>.
- Materstvedt, L. J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Gravgaard, A.-M. B., Müller-Busch, H. C., Porta i Sales, J., & Rapin, C.-H. (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: A view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine*, 17(2), 97–101. <https://doi.org/10.1191/0269216303pm673oa>.
- Truog, R. D., Campbell, M. L., Curtis, J. R., Haas, C. E., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., Rushton, C. H., & Kaufman, D. C. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, 36(3), 953–963.

Review Article

The Permissibility of Abandoning Useless Treatment from the Perspective of Imami (Twelver) Shi'i jurisprudence: A Jurisprudential Defense of Passive Euthanasia

Received: 09/02/2026 - Accepted: 20/05/2026

Fatemeh Resketi¹Gholamhasan Delavar²Mansour Amirzadeh Jirkoli³Gholamreza Khademi⁴

¹PhD student of Jurisprudence and principales of Law and Imam Khomeini's Thought, Islamic Azad University of Mashhad, Mashhad, Iran.

²Assistant Professor, Department of Jurisprudence and the Foundation of Islamic Law, Islamic Azad University of Mashhad, Mashhad, Iran.

³Assistant Professor, Department of Jurisprudence and the Foundation of Islamic Law, Islamic Azad University of Torbat Heydarieh, Torbat Heydarieh, Iran.

⁴Associate Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*Corresponding Author:

Dr. Mansour Amirzadeh Jirkoli,
Assistant Professor, Department of Jurisprudence and the Foundation of Islamic Law, Islamic Azad University of Torbat Heydarieh, Torbat Heydarieh, Iran.

Email:

mansouramirzadeh.jirkoli@yahoo.com

Abstract

Adopting a jurisprudential–medical approach, this article examines, within Imami (Twelver) Shi'i jurisprudence, the permissibility of foregoing treatment that is futile or disproportionate, and offers a principled defense of “passive euthanasia.” The study's methodological contribution is that, rather than relying solely on the broad no-harm (la darar) and no-undue-hardship (la haraj) maxims, it articulates operational criteria for determining futility and disproportionality as a central component of specifying the operative subject matter of the ruling. By distinguishing between withdrawal of treatment and withdrawal of care, it treats the continuation of supportive and palliative care as necessary. It then analyzes the concept of tahlukah (self-destructive endangerment) alongside the criterion of customary ('urfi) attribution, arguing that foregoing treatment that lacks a reasonable prospect of rescue, or that imposes escalating harm and undue hardship, neither constitutes tahlukah nor amounts to aiding in killing; rather, it should be understood as lifting the obligation. The article also addresses common objections, such as an alleged conflict with the principle of preserving life, and cites—by way of corroborative support—Ayatollah Khamenei's ruling that there is no obligation to keep a dying person alive or to delay death. Finally, the proposed framework can serve as a basis for drafting clinical guidelines, reducing conflict between healthcare teams and families, and structuring deliberations in medical ethics committees, without crossing the categorical boundary set by the prohibition of killing and the inviolability of human life.

Keywords: passive euthanasia; foregoing futile treatment; disproportionate treatment; the tahlukah maxim; lifting the obligation.