

## ابعاد حقوقی قطع یا ادامه درمان بیماران با وضعیت نباتی

(مقاله علمی - پژوهشی)

ناهید صفری\*  
آرتین جهانشاهی\*\*

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۷

### چکیده

وضعیت نباتی، یکی از انواع آسیب‌های مغزی است که علی‌رغم از کار افتادن نیمکره‌های مغز، ساقه مغز به فعالیت خود ادامه می‌دهد. با توجه به معیار پزشکی مرگ و عدم قطعیت در خصوص امکان بهبودی این بیماران تردیدهایی در وضعیت حیات آنها وجود دارد. این تردیدها چالش‌هایی در خصوص قطع یا ادامه درمان این بیماران ایجاد نموده است. قطع درمان در شرایطی که به علت طولانی شدن وضعیت نباتی و شرایط خاص بیماران امید بهبودی از نظر پزشکی برای آنها متصور نباشد، سوالی است که پژوهش حاضر به آن می‌پردازد. در رویه قضایی برخی نظام‌های حقوقی مانند آمریکا و انگلیس معیارهای مختلفی برای تصمیم‌گیری در این خصوص مطرح شده است. توجه به خواست بیمار از جمله مهم‌ترین معیارهاست. علی‌رغم برخی تفاوت‌های جزئی، در عمل این معیارها به هم نزدیک شده و اکثر نظام‌های حقوقی با توسل به خواست بیمار از امکان قطع درمان این بیماران دفاع نموده‌اند. عدم طرح معیارهای مذکور در حقوق ایران و زنده تلقی شدن این فرد از حیث پزشکی و حرمت حق حیات، توجه به خواست بیمار را برای قطع درمان در حقوق ایران دشوار می‌سازد.

### کلید واژگان:

آسیب مغزی، وضعیت نباتی، حرمت زندگی، قطع درمان.

\* استادیار، دانشکده حقوق، دانشگاه مراغه (نویسنده مسئول)

andishe.ns@gmail.com

\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه شیراز

artinjahanshahi@yahoo.com

### مقدمه

تشخیص حیات و مرگ افراد واجد آثار حقوقی فراوانی است. این تشخیص همواره آسان نیست و گاه با وضعیت‌هایی مواجهیم که در وضعیت حیات یا ممات شخص تردید وجود دارد. یکی از این مصادیق وضعیت نباتی است. این وضعیت یکی از انواع آسیب‌های مغزی است که علی‌رغم از کار افتادن نیمکره‌های مغز، ساقه مغز به فعالیت خود ادامه می‌دهد. این بیماران علی‌رغم داشتن عملکردهایی مانند ضربان قلب، تنفس و فشار خون، هیچ‌گونه ارتباط معناداری با محیط بیرون و اطرافیان برقرار نمی‌کنند. از یک طرف با توجه به مفهوم پزشکی مرگ (مرگ مغزی) و حق حرمت حیات می‌توان چنین افرادی را زنده محسوب نمود. از طرف دیگر با تأکید بر آسیب‌های مغزی که موجب از بین رفتن آگاهی بیمار شده، دیدگاهی مبنی بر مرده تلقی شدن این افراد وجود دارد.

در این نوشتار با توجه به مفهوم پزشکی، شرعی و عرفی مرگ و با توجه به حرمت حق حیات و با استصحاب حیات این بیماران، دیدگاه زنده بودن این بیماران مورد پذیرش قرار گرفته است. با توجه به چنین دیدگاهی یکی از موضوعات مهمی که در خصوص بیماران با وضعیت نباتی واجد آثار مهم حقوقی است، مسئله قطع یا ادامه درمان این بیماران است. در واقع وضعیت نباتی از حیث پزشکی به نحوی است که قطعیتی در خصوص امکان بهبودی وجود ندارد. ضمن اینکه شرایط بیماران به نحوی است که تغذیه از طریق مصنوعی صورت می‌گیرد. بنابراین با توجه به این شرایط و نامشخص بودن مدت وضعیت نباتی، مسئله اساسی تصمیم‌گیری در این باره است که آیا در صورت طولانی شدن وضعیت نباتی و در صورتی که از حیث پزشکی امیدی به بهبودی این بیماران وجود نداشته باشد، می‌توان اقدام به قطع درمان نمود؟ با توجه به اینکه پس از قطع درمان بیمار فوت خواهد نمود، توجه به این مسئله از حیث حقوقی ضروری است.

در حقوق ایران قوانین موضوعه در این خصوص ساکت‌اند. قانون «پیوند اعضاء بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنها مسلم است» تنها قانونی است که در خصوص آسیب‌های مغزی وجود دارد و همان‌طور که از عنوان آن برمی‌آید، صرفاً به مرگ مغزی توجه شده است. رویه قضایی نیز صرفاً به برخی ابعاد خاص حقوقی مانند دیه و جبران خسارت این بیماران پرداخته است. در قوانین موضوعه و رویه قضایی برخی نظام‌های حقوقی مانند آمریکا و انگلیس

و فرانسه، این مسئله مورد توجه واقع شده است. مطابق با این مقررات، می‌توان معیارهایی برای قطع یا ادامه درمان خصوص ارائه نمود. توجه به خواست بیمار، در نظر گرفتن منافع بیمار، منافع دولت و سایر بیماران از جمله معیارهای مهمی است که در این نوشتار مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته است. در نوشتارهای داخلی به این معیارها توجه نشده است. علت این امر را باید در سکوت قوانین موضوعه و اهمیت حق حیات دانست. بنابراین در حال حاضر با توجه به سکوت قوانین، بعید است قطع درمان در رویه قضایی ایران مورد پذیرش قرار گیرد. با وجود این، از آنجا که تجارب سایر نظام‌های حقوقی می‌تواند راهنمایی برای قانون‌گذار باشد که متناسب با اصول مورد پذیرش نظام حقوقی اقدام به قانون‌گذاری در این زمینه نماید، این پژوهش گامی در تبیین این وضعیت و راه‌حل‌های ارائه شده در سایر نظام‌های حقوقی برداشته است.

### ۱. معرفی وضعیت نباتی

وضعیت نباتی یکی از انواع آسیب‌های مغزی است که علی‌رغم از کار افتادن نیمکره‌های مغز، ساقه مغز به فعالیت خود ادامه می‌دهد. چنین بیمارانی هرچند ضربان قلب و تنفس بدون استفاده از دستگاه دارند، فاقد هرگونه عملکرد ذهنی و شناختی هستند و قادر به ارتباط با محیط اطراف خود نیستند. البته این بیماران ممکن است بیدار باشند و حتی چرخه خواب و بیداری منظمی داشته باشند و گاهی به صورت غیرارادی بدن خود را نیز حرکت دهند، با وجود این، در پاسخ به محرک‌های محیطی هیچ واکنش ارادی در آنها مشاهده نمی‌شود. پیچیدگی وضعیت نباتی ناشی از تفکیک بین دو وضعیت آگاهی و بیداری در این بیماران است.

به منظور تشخیص بالینی بیماران با وضعیت نباتی معیارهای مختلفی در کشورهای مختلف مطرح است. آکادمی عصب‌شناسی آمریکا چهار ضابطه برای تشخیص وضعیت نباتی معرفی می‌کند که عبارت‌اند از: ۱. هیچ مدرکی مبنی بر حرکت مطابق با دستورالعمل‌ها وجود نداشته باشد. ۲. هیچ پاسخ کلامی قابل فهم وجود نداشته باشد. ۳. هیچ نشانه‌ای از گفتار قابل تشخیص به عنوان قصد مکالمه و برقراری ارتباط وجود نداشته باشد. ۴. هیچ نشانه‌ای از موضع‌گیری و حرکت داوطلبانه به عنوان پاسخ وجود نداشته باشد.<sup>۱</sup>

1. Yang, L. & Zhang, L. "On Legal Personality of Human Vegetables and Protection of Their Rights" *Frontiers of Law in China*, 2, 2007: p 590.

این مفهوم از وضعیت نباتی موجب تمایز آن از برخی مفاهیم مشابه مانند مرگ مغزی و کُما می‌شود.<sup>۱</sup> وضعیت نباتی از حیث مدت زمان آن معمولاً به دو حالت موقتی (غیرمستمر) و دائمی تقسیم می‌شود. این وضعیت زمانی دائمی است که احتمال بهبودی وجود ندارد. علی‌رغم اختلاف نظرها، وضعیت نباتی با توجه به دوره زمانی آن به سه دسته قابل تقسیم است: ۱. وضعیتی که بیمار طی یک ماه در آن قرار دارد، وضعیت نباتی نامیده می‌شود. ۲. وضعیت نباتی موقتی: دوره‌ای است که بیمار از یک ماه تا یک سال در آن قرار دارد. ۳. وضعیت نباتی دائمی: وضعیتی است که بیمار بیش از یک سال در آن قرار دارد.

## ۲. وضعیت حقوقی بیماران با وضعیت نباتی از حیث حیات و ممات

در علم پزشکی مرگ عبارت از توقف کامل و بی‌بازگشت اعمال حیاتی بدن که معمولاً با از کارافتادن قلب و در پی آن مرگ سلول‌های مغزی فرا می‌رسد. با وجود اینکه در گذشته معیار مرگ قلب نیز از معیارهای پزشکی مرگ محسوب می‌شد، در حال حاضر به لحاظ پیشرفت‌های پزشکی که امکان احیای قلب و تنفس میسر شده، معیار قطعی مرگ، مرگ مغزی است. این معیار در قوانین یا رویه قضایی اکثر کشورهای پیشرفته نیز پذیرفته شده است. علاوه بر این معیار، با توجه به پیدایش مفاهیمی مانند وضعیت نباتی معیارهای دیگری نیز از مرگ ارائه شده است. به عنوان مثال، طرفداران الگوی «مبتنی بر آگاهی»<sup>۲</sup> بر این باورند که مرگ انسان به معنای از دست دادن برگشت‌ناپذیر ظرفیت آگاهی است و مرگ زمانی اتفاق می‌افتد که مراکز مغز که مسئول آگاهی‌اند، به طور بازگشت‌ناپذیر از کار بیفتند.<sup>۳</sup>

با توجه به چنین مفاهیمی از مرگ، دو دیدگاه اصلی در خصوص وضعیت حیات یا ممات بیماران با وضعیت نباتی قابل طرح است. تأکید بر فعالیت ساقه مغز در این بیماران که مانع انطباق آن با مفهوم پزشکی مرگ می‌شود و توجه به موضوعات حقوق بشری از جمله ضرورت

۱. برای مطالعه در خصوص مفهوم مرگ مغزی و کُما و تفاوت با وضعیت نباتی، رک: میرهاشمی، سرور، پیوند اعضای مبتلایان به مرگ مغزی، مجله فقه و حقوق خانواده، بهار و تابستان ۱۳۸۶، شماره ۴۶-۴۵، صص ۱۳۹-۱۱۴؛ افصلی، محمدعلی، مرگ مغزی از منظر فقه شیعه و طب جدید، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بهار ۱۳۹۳، شماره ۱۳، صص ۲۳۳-۲۲۲.

2. Consciousness

3. McCorristine, S. *Interdisciplinary Perspectives on Mortality and its Timings: When is Death? (Palgrave Historical Studies in the Criminal Corpse and its Afterlife)*. United Kingdom: Cambridge University Press, 2017, p 120.

احترام به حیات افراد و تکالیف دولت‌ها در پرداخت هزینه‌های نگهداری و معالجه بیماران از جمله دلایلی است که در تأیید زنده بودن این بیماران می‌توان مطرح کرد. در مقابل تأکید بر آسیب‌های مغزی که موجب از بین رفتن غیرقابل برگشت آگاهی و اراده در این بیماران شده است، از جمله دلایلی می‌باشد که مرده بودن این بیماران را از حیث حقوقی تأیید می‌نماید. طرفداران الگوی مبتنی بر آگاهی را باید از مدافعان این دیدگاه دانست. زیرا در بیماران با وضعیت نباتی علی‌رغم عملکرد طبیعی ساقه مغز، آسیب جبران‌ناپذیری به مراکز عالی مغز وارد شده، بیمار هیچ آگاهی نسبت به دنیای اطراف خود ندارد.

یکی دیگر از دیدگاه‌هایی که می‌تواند مثبت مرده بودن این بیماران باشد، نظریه شخصیت است. طرفداران این نظریه بین جسم فرد و شخصیت او تمایز قائل شده‌اند. مطابق این نظریه، صرفاً اشخاص دارای اراده، دارای شخصیت حقوقی هستند. حداقل معیارهای تشخیص اراده، توانایی استدلال و توانایی ارزش‌گذاری برای وجود خویش است. طبق این دیدگاه، در صورتی که شخصی این توانایی‌ها را از دست بدهد، دارای شخصیت حقوقی نیست، لذا انسان زنده فرض نمی‌شود. این دیدگاه بسیاری از انسان‌ها از جمله بیماران با وضعیت نباتی را از حقوق انسان‌های زنده محروم می‌کند.<sup>۱</sup>

البته ذکر این نکته ضروری است که علی‌رغم غالب بودن دیدگاه فقدان آگاهی بیماران با وضعیت نباتی، دیدگاه‌های مخالفی نیز وجود دارد. این اختلاف نظرها تبیین وضعیت حقوقی این بیماران را دشوار می‌سازد. علی‌رغم اینکه هر یک از نظریات مطرح‌شده قسمتی از واقعیت موجود در خصوص بیماران با وضعیت نباتی را به تصویر می‌کشد، پیچیدگی مفهوم مرگ و وضعیت خاص این بیماران اظهارنظر قاطع در خصوص مرده یا زنده بودن این افراد را با تردیدهایی مواجه می‌نماید.

در حقوق ایران با توجه به این تردیدها، پذیرش دیدگاه مرده بودن این بیماران از حیث حقوقی دشوار خواهد بود و با توجه به اصول حقوقی با شک در مرگ نمی‌توان حکم موت را جاری نمود و با توسل به اصولی از جمله اصل عدم و با استصحاب بقای حیات باید از زنده بودن این بیماران دفاع نمود. دیدگاه زنده بودن بیماران با وضعیت نباتی مورد پذیرش برخی حقوقدانان

1. McCorry, op.cit, p. 123.

داخلی نیز قرار گرفته است.<sup>۱</sup> با وجود این، با توجه به شرایط خاص این بیماران از جمله فقدان اراده می‌توان وضعیت حقوقی این بیماران را مشابه وضعیت مجبورین دانست و با توجه به سکوت قوانین موضوعه با وحدت ملاک از مقررات حجر، وضعیت حقوقی این بیماران را تبیین نمود.

### ۳. قطع یا ادامه درمان بیماران با وضعیت نباتی

یکی از چالش‌های اصلی وضعیت نباتی مسئله قطع یا ادامه درمان است. در واقع به لحاظ وضعیت این بیماران که در بسیاری از موارد، درمان و تغذیه به طور مصنوعی در اختیار آنان قرار می‌گیرد، طبیعی است که در صورت قطع آن حیات این بیماران تحت تأثیر قرار گیرد. دیدگاه‌های مختلفی در خصوص جواز یا عدم جواز قطع درمان وجود دارد. معیارهای مختلفی نیز برای تصمیم‌گیری در این خصوص در برخی نظام‌های حقوقی مطرح است.

#### ۳.۱. دیدگاه‌های مختلف در خصوص قطع یا ادامه درمان

قطع یا ادامه درمان را از ابعاد مختلف می‌توان بررسی کرد. از یک منظر، قطع درمان مغایر حقوق انسانی این بیماران است. از منظری دیگر ادامه درمان را می‌توان مغایر با حقوق این افراد تلقی کرد. توجیهات و دلایل مختلفی نیز قابل طرح است. استناد به مفهوم حرمت زندگی از جمله دلایل اصلی است که هم به منظور دفاع از درمان و هم رد آن می‌توان مطرح نمود. از یک طرف می‌توان با تأکید بر حق حیات انسان‌ها و با توجه به وضعیت بیولوژیکی این بیماران، ادامه درمان را تأیید نمود. در مقابل می‌توان ادامه این وضعیت را مغایر با حق حیات این بیماران دانست.

استدلال اخیر در حقوق انگلیس مورد توجه برخی قضات و صاحب‌نظران قرار گرفته است. از نظر آنها اگرچه زندگی انسان صرف‌نظر از اعتقادات دینی با غیردینی دارای ارزش ذاتی است، این حق شامل احترام به حق تعیین سرنوشت و کرامت انسانی نیز می‌شود و حرمت زندگی مطلق نیست. از این رو حفظ زندگی با هر قیمتی می‌تواند بی‌رحمانه، تهاجمی و سنگین باشد.<sup>۲</sup> در رویه

۱. عسکری‌پور، حمید و المیرا نقی‌زاده باقی، **ضوابط تعیین دیه اشخاص واجد زندگی نباتی**، مجله حقوق پزشکی، تابستان ۱۳۹۱، شماره ۲۱، ص ۶۸ آقابابایی بنی، اسماعیل، **تداخل دیات در جنایت منجر به زندگی نباتی**، مجله فقه پزشکی، تابستان ۱۳۹۳، شماره ۱۹-۱۸، ص ۱۳.

2. Zulueta, P. & Carelli, F. "Permanent Vegetative State: Comparing the Law and Ethics of Two Tragic Cases From Italy and England" *London J Prim Care (Abingdon)*, 2(2), 2009: p 128.

قضایای آفریقای جنوبی نیز در یکی از پرونده‌ها<sup>۱</sup> دادگاه استدلال مشابهی را مطرح نمود. در این پرونده، بیمار بر اثر سکت قلبی وارد وضعیت نباتی شده بود. همسر او برای دریافت مجوز قطع درمان به دادگاه مراجعه نمود. دادگاه ضمن پذیرش دلایل پزشکی مبنی بر اینکه امید بهبودی بیمار وجود ندارد و فقط زندگی بیولوژیکی دارد، استدلال کرد که حرمت زندگی مستلزم حفظ زندگی به هر قیمتی نیست و نهایتاً اجازه قطع درمان داده شد.<sup>۲</sup>

### ۳.۲. قطع یا ادامه درمان از منظر مقررات حقوق بشر

یکی از موضوعات اساسی که در زمینه قطع یا ادامه درمان باید به آن پرداخته شود، توجه به این مسئله از منظر حقوق بشر و کنوانسیون‌های موجود در این زمینه است. در واقع با توجه به زنده فرض شدن این بیماران از حیث حقوقی، قطع درمان از حیث نقض حقوق انسانی و مقررات این کنوانسیون‌ها می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. ماده ۶ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی به حق حیات اشاره و مقرر نموده است که نمی‌توان هیچ فردی را بدون مجوز از زندگی محروم کرد. کنوانسیون اروپایی حقوق بشر نیز حقوقی برای انسان‌ها شناسایی نموده است. یکی از حقوق مهم مقرر در این کنوانسیون حق حیات است که در ماده ۲ آن مطرح شده است. ماده ۳ کنوانسیون نیز در خصوص منع شکنجه است. با توجه به این دو ماده مسئله این است که آیا قطع درمان این بیماران مغایر حق حیات آنها یا به نوعی شکنجه دادن آنها تلقی نمی‌شود؟

در رویه قضایی نظام حقوقی انگلیس در پرونده‌های مختلف این مسئله مورد توجه قضات قرار گرفته و در خصوص انطباق آن با وضعیت نباتی دیدگاه‌های مختلفی مطرح شده است. برخی بر این باورند که اگرچه قطع دستگاه به نوعی تسریع در مرگ است، به معنای محروم کردن بیمار از زندگی و تعرض به حق حیات او نیست. زیرا زمانی اقدام را باید محروم کردن فرد از زندگی دانست که عملی که باعث مرگ بیمار می‌شود، عمدی باشد. در حالی که تصمیم تیم پزشکی بر عدم ارائه درمان را نمی‌توان محرومیت عمدی و تعرض به حق حیات بیمار محسوب نمود. همچنین استدلال شده که چنین تصمیمی یک ترک فعل است و مرگ بیمار در نتیجه بیماری یا جراحی است که بر او وارد شده و نمی‌توان آن را محرومیت توصیف کرد. در مقابل، برخی دیگر

1. Clark versus Hurst and Others 1992.

2. McQuoid-Mason, D. "Does Withdrawing Treatment From a Pregnant Persistent Vegetative State Patient Resulting in Her Death Constitute a Termination of Pregnancy?" *South African Journal of Bioethics and Law*, 8(1), 2015: p 102.

دیدگاه اخیر را مورد انتقاد قرار داده و ضمن پذیرش تمایز بین فعل و ترک فعل، ضرورت عمدی بودن را مبتنی بر هیچ دلیلی نمی‌دانند. همچنین برخی قضات حمایت‌های مندرج در ماده ۲ این کنواسیون را صرفاً در صورتی می‌پذیرند که ترک فعل در شرایطی انجام شود که وظیفه مثبت برای حفظ زندگی وجود داشته باشد. درخصوص ماده ۳ نیز برخی بر این باورند که این ماده عمدتاً ناظر به غیرقانونی یا تحقیرآمیز بودن مرگ در اثر گرسنگی یا کم‌آبی است. اگرچه عدم ارائه تغذیه به بیماران در شرایط عادی به منزله نقض ماده است، این ماده را باید به نحوی تفسیر کرد که فقط در شرایطی اعمال شود که رفتار غیرانسانی و تحقیرآمیز توسط قربانی تجربه شود. بنابراین ماده ۳ کنواسیون قابل انطباق با وضعیت نباتی دائمی نیست که هیچ درکی از درد ندارند.<sup>۱</sup>

دیدگاه اخیر از جهاتی قابل تأیید است. درواقع وضعیت بیماران با وضعیت نباتی با توجه به شرایط خاص این بیماران از جمله وضعیت ناهوشیاری و ناآگاهی آنها قابل مقایسه با سایر بیماران نیست و به نظر می‌رسد در صورت وجود دلایل موجه برای قطع درمان، این عمل را نباید مساوی با قتل یا شکنجه دانست. با وجود این، در حقوق ایران با توجه به سکوت قوانین موضوعه و با توجه به تعریف فقهی و شرعی مرگ (خروج روح از بدن) و اهمیت حق حیات، پذیرش این دیدگاه دشوار خواهد بود. البته تاکنون فقها و حقوقدانان در این خصوص صریحاً اظهارنظر نکرده‌اند. اما در وضعیت مشابه نظریاتی مطرح شده است که می‌تواند در این زمینه قابل استناد باشد. به عنوان مثال، در خصوص اتانازی، دیدگاه فقها بر این است که اذن بیمار حرمت عمل را از بین نمی‌برد. این دیدگاه‌ها مؤید اهمیت حق حیات در حقوق اسلام است.<sup>۲</sup>

### ۳.۳. معیارهای قطع یا ادامه درمان

در قوانین موضوعه و رویه قضایی برخی نظام‌های حقوقی شرایط و ضوابطی برای قطع یا ادامه درمان پیش‌بینی شده است که با توجه به آنها می‌توان معیارهایی مطرح نمود.

۱. Mclean, S. "Permanent Vegetative State: the Legal Position" *Neuropsychol Rehabil*, 15 (3-4), 2005: p 247.

۲. کوشا، سهیلا، چالش‌های اخلاقی، مذهبی، شرعی و حقوقی اتانازی، فصلنامه مطالعاتی صیانت از حقوق زنان، سال دوم، ۱۳۹۵، شماره ۵، ص ۹۵.



### ۳.۳.۱. خواست و اراده بیمار

طبق این معیار در صورتی که دلایل قانع‌کننده بر رضایت و اراده بیمار بر قطع درمان وجود داشته باشد، قطع درمان جایز است. تأکید بر استقلال بیمار بر تصمیم‌گیری در خصوص درمان هم از نظر ادامه درمان و هم قطع درمان قابل توجه است. مطابق با این معیار، افراد حق قبول یا عدم قبول درمان‌های پزشکی را دارند و جز در موارد استثنایی، حق تصمیم‌گیری از حقوق بیمار است. این معیار یکی از معیارهای مهم در رویه قضایی آمریکا به شمار می‌رود. در سایر نظام‌های حقوقی نیز نشانه‌هایی از توجه به این معیار ملاحظه می‌شود. دستورالعمل بیمار در اروپا برای اولین بار در سال ۱۹۹۷ در کنوانسیون اروپایی حقوق بشر و زیست پزشکی<sup>۱</sup> پیش‌بینی شد. ماده ۹ این کنوانسیون مقرر می‌دارد: «در صورتی که بیماران در زمان مداخله پزشکی توانایی ابراز خواسته‌های خود را نداشته باشند، خواسته‌های قبلی آنها باید در زمان اعمال معالجات پزشکی در نظر گرفته شود لیکن الزامی مبنی بر تبعیت از آنها وجود ندارد». در برخی کشورهای اروپایی نیز متأثر از کنوانسیون، مقرراتی وجود دارد که مؤید توجه به معیار خواست بیمار است. در فرانسه اولین بار به موجب قانون مصوب ۲۲ آوریل ۲۰۰۵، دستورالعمل بیمار پیش‌بینی شد. طبق این قانون، دستورالعمل‌های مربوط به قطع درمان که توسط بیمار تنظیم شده است، باید توسط پزشک معالج تایید شود. البته این دستورالعمل‌ها صرفاً جنبه مشورتی دارند و الزام‌آور نمی‌باشند. در واقع دستورالعمل بیمار تنها یکی از عناصر دخیل در تصمیم‌گیری پزشکی است. اعتبار دستورالعمل سه سال از زمان تنظیم است. به موجب ماده ۱۱۱۱-۶ قانون حقوق بیماران و کیفیت نظام مراقبت بهداشتی مصوب ۲۰۰۲ نیز بیمار می‌تواند یک نفر معتمد را به عنوان تصمیم‌گیرنده در مسائل پزشکی انتخاب نماید تا در صورت از دست دادن اهلیت، از جانب او تصمیم‌گیری کند.

این معیار در حقوق ایتالیا نیز مورد توجه قرار گرفته است. پرونده الوانا آنجلارو از جمله دعاوی مهمی در رویه قضایی این کشور است که این معیار را مورد بررسی قرار داده است. در ژانویه ۱۹۹۲ الوانا آنجلارو در یک تصادف رانندگی دچار آسیب مغزی شد و در وضعیت نباتی قرار گرفت. پزشکان او تا فوریه ۲۰۰۹، یعنی هفده سال پس از تصادف، لوله‌های تغذیه‌کننده او

1. European Convention of Human Rights and Biomedicine

2. Public Health Code 2005- N 2005-370.

3. Patients' Right Act and Quality of the Healthcare System- N 2002-303.

را قطع نکردند. به همین دلیل موضوع در ایتالیا حالت عاطفی به خود گرفته بود. علی‌رغم مخالفت کلیسای کاتولیک و سیاستمداران ارشد، پدر او بیش از یک دهه برای این تصمیم جنگیده بود. او ادعا داشت که الوانا یک سال قبل از تصادف خود به طور خاص در خصوص این موضوع در تصادفی که موجب آسیب شدید مغزی یکی از دوستانش شده بود، اظهار نظر کرده بود که اگر او در چنین شرایطی باشد، ترجیح می‌دهد بمیرد. دوستان و پسرعموی او نیز بر صحت این ادعا شهادت دادند. نهایتاً در نوامبر ۲۰۰۸ دیوان عالی حکم به توقف درمان داد و الوانا سه روز پس از قطع درمان با آرامش درگذشت. مبنای تصمیم دیوان در این پرونده اولاً غیرقابل برگشت بودن شرایط الوانا و ثانیاً توجه به خواست بیمار بود. از دیدگاه حقوقدانان ایتالیایی، این پرونده از جمله دعاوی‌ای بود که دادگاه‌ها موفق به یافتن روشی متعادل و معقول برای به احترام به خواسته‌های مردم در پایان زندگی شدند.<sup>۱</sup>

این معیار اگرچه در حقوق ایران مورد بررسی قرار نگرفته است، با توجه به حرمت حق حیات به نظر پذیرش آن بعید به نظر می‌رسد.

نقطه شروع طرح این معیار در رویه قضایی آمریکا تصمیم دیوان عالی در نیوجرسی در سال ۱۹۷۶ در مورد کارن کویینلن است. در این پرونده، بیمار دچار ایست تنفسی شد و تشخیص نهایی پزشکان وضعیت نباتی دائمی بود. بیمار برای تنفس نیاز به دستگاه‌های تنفس داشت و با استفاده از لوله‌های مخصوص به طور مصنوعی تغذیه می‌شد. پدر بیمار درخواست قطع درمان کرد. این تقاضا در دادگاه بدوی رد شد. پس از تجدیدنظرخواهی، دیوان عالی نیوجرسی با درخواست پدر بیمار موافقت و استدلال کرد که یکی از حقوق مهم افراد بیمار، حق تصمیم‌گیری در خصوص ادامه یا قطع درمان است و در مواردی که بیمار اهلیت ندارد، این حقوق می‌تواند از طرف نماینده او اعمال شود.<sup>۲</sup> پس از این حکم مهم، دادگاه‌ها در سایر حوزه‌های قضایی این حکم را توسعه دادند. هم‌زمان با طرح دعاوی مختلف، برخی ایالات اقدام به تدوین قوانینی برای تنظیم شرایط و فرایند تصمیم‌گیری برای بزرگسالان فاقد اهلیت نمودند. اولین مورد قانون مرگ

1. Zulueta, P. & Carelli, op.cit, p.126.

2. Capron, A. "Looking Back at Withdrawal of Life-Support Law and Policy to See What Lies Ahead for Medical Aid-in-Dying" *Yale J Biol Med*, 92(4), 1995: p 783.

طبیعی در کالیفرنیا مصوب ۱۹۷۶ بود که این فرصت را برای افراد فراهم نمود که در این خصوص خواسته‌های خود را به طور مکتوب مشخص کنند.

نهاد نماینده مراقبت‌های بهداشتی<sup>۱</sup> یا وکالت پایدار برای مراقبت‌های بهداشتی نهاد دیگری است که به افراد اجازه می‌دهد در صورت از دست دادن اهلیت، شخصی را برای تصمیم‌گیری در مورد درمان تعیین کنند. پایدار در این زمینه به این معنی است که اختیارات اعطا شده به نماینده ادامه می‌یابند تا در صورت فقدان اهلیت اصیل، نماینده بتواند تصمیم بگیرد. از دیدگاه حقوقدانان، وجود یک سند به رسمیت شناخته‌شده قانونی نه تنها امکان انتخاب نماینده برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی را میسر می‌سازد، بلکه وجود چنین دستورالعملی بخشی از مسئولیت تصمیم‌گیری را از عهده پزشک معالج و خانواده بیمار خارج می‌کند.<sup>۲</sup>

امروزه تمامی ایالات آمریکا دو راه برای تصمیم‌گیری در خصوص درمان‌های پزشکی آینده پیش‌بینی کرده‌اند: اراده زنده<sup>۳</sup> که دستورالعمل‌های اساسی در مورد معالجه پزشکی آینده ارائه می‌دهد و نماینده مراقبت‌های بهداشتی که طی آن اشخاص برای خود نماینده انتخاب می‌کنند تا در صورت از دست دادن اهلیت، نمایندگان آنها در خصوص مراقبت‌های بهداشتی موکل خود تصمیم بگیرند. از طریق اراده زنده شخص دارای اهلیت می‌تواند قبل از دست دادن اهلیت خود در خصوص نوع درمان تصمیم‌گیری کند. به عنوان مثال، شخص ممکن است چنین اظهار نماید: «در صورتی که در وضعیت نباتی قرار گرفتم نمی‌خواهم به طور مصنوعی توسط دستگاه‌های پزشکی زنده بمانم». از نظر دادگاه‌ها، وجود چنین سندی حاکی از جدیت و توجه بیمار به مسئله است و دادگاه را از جستجو برای یافتن خواست بیمار معاف می‌کند. بسیاری از ایالات در قوانین موضوعه شرایط اراده زنده را مشخص می‌کنند. در نمایندگی مراقبت‌های بهداشتی برعکس اراده زنده به جای بیان مصادیق احتمالاتی که ممکن است در آینده رخ دهد، شخص امینی منصوب می‌شود تا از جانب منوب‌عنه خود تصمیم‌گیری کند. اصولاً نماینده مزبور صرف‌نظر از نوع درمان یا وضعیت بیمار دارای کلیه اختیارات برای تصمیم‌گیری برای وضعیت بیمار است، مگر اینکه صریحاً اختیارات وی توسط منوب‌عنه در زمان نصب محدود شده باشد. نماینده مزبور باید طبق

1. Health Care Proxy- Lasting Powers of Attorney

2. Ibid, p 784.

3. Living Will

آرزوها و خواسته‌های قبلی بیمار تصمیم بگیرد و در صورتی که خواسته‌های بیمار معلوم نباشد، نماینده باید با حسن نیت و مطابق با بهترین منافع بیمار تصمیم‌گیری کند. در صورتی که ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی یا خویشان بیمار معتقد باشند که نماینده مصلحت بیمار را رعایت نکرده است، امکان مراجعه به دادگاه و اعتراض به تصمیم او وجود دارد. در شرایطی ممکن است بیمار هم اراده خود را بیان و هم اقدام به انتخاب نماینده نموده باشد. گاهی نیز یکی از این دو وضعیت وجود دارد. اگر بیمار هر دو را دارا باشد، نماینده باید طبق اراده زنده بیمار تصمیم بگیرد، مگر اینکه معلوم شود نظر بیمار بعداً تغییر یافته است. البته با وجود دهه‌ها تلاش برای تشویق اشخاص برای تنظیم دستورالعمل پزشکی از جمله تصویب قانون فدرال<sup>۱</sup> که بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی را ملزم به اطلاع‌رسانی در این خصوص به بیماران خود می‌نماید، هنوز بسیاری از آمریکایی‌ها فاقد دستورالعمل مزبور هستند. ایالات نیز در خصوص تصمیم‌گیری در این موضوع دارای رویکردهای مختلفی هستند. بسیاری از ایالات در پی پرونده‌هایی از جمله کوینلن و کروزان، برای بیمارانی که دارای دستورالعمل پزشکی نیستند، قوانینی تصویب کرده‌اند. این قوانین اشخاصی را به عنوان تصمیم‌گیرنده‌های جایگزین نماینده برای بیمار تعیین می‌کنند تا بر اساس خواسته‌های قبلی بیمار و در صورت فقدان آن بر اساس بهترین منافع بیمار تصمیم بگیرد. اکثر ایالات با تصویب قوانین رضایت خانواده<sup>۲</sup> گروهی از تصمیم‌گیرندگان را تعیین می‌کنند که به طور معمول همسر، خواهر، برادر فرزندان کبیر و گاهی دوستان نزدیک است. اگرچه این تصمیم‌گیرندگان شبیه نمایندگان مراقبت‌های بهداشتی هستند، تفاوت‌هایی نیز وجود دارد: نماینده مراقبت‌های بهداشتی صرف‌نظر از نوع بیماری یا وضعیت بیمار، دارای کلیه اختیارات لازم برای تصمیم‌گیری هستند. اما تصمیم‌گیرندگان جایگزین صرفاً می‌توانند در خصوص بیمارانی با شرایط خاص مثل ناهوشیاری دائمی یا بیماری‌های غیرقابل درمان قطع درمان را درخواست کنند.<sup>۳</sup>

1. Patient Self-Determination Act

2. Family Consent Statutes

3. Negri, S. *Self-Determination, Dignity and End-of-Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective*. Boston: Brill - Martinus Nijhoff Publishers, 2011, pp 161,167.

### ۳.۳.۲. منافع بیمار

از دیگر معیارهایی که برای قطع یا ادامه درمان مورد توجه قرار گرفته، معیار بهترین منافع است که در عمل تا حد زیادی به معیار قبل نزدیک شده است. این معیار گاه به عنوان معیاری در کنار معیار خواست بیمار مطرح شده است. به عنوان مثال، در قوانین ایالتی آمریکا که در مبحث قبل مطرح شد، این معیار در صورت عدم امکان تشخیص خواست بیمار مورد توجه قرار گرفته و گاه نیز به عنوان معیار مستقل مدنظر است. در این فرض، حتی در صورت عدم رضایت بیمار بر ادامه درمان، صرفاً در صورتی درمان انجام می‌شود که به نفع بیمار باشد. معمولاً مدافعان قطع درمان به این معیار متوسل شده‌اند. از نظر آنها نگهداشتن بیمار به طور مصنوعی در بسیاری از موارد به نفع بیمار نیست. این معیار در دادگاه‌های انگلیسی و اسکاتلند بیشتر کاربرد دارد. برخی قضات انگلیسی در این خصوص استدلال می‌کنند وضعیت این بیماران به نحوی است که برای آنها زندگی و مرگ یکسان است و به همین دلیل مرگ به نفع آنهاست.<sup>۱</sup>

نمونه بارز این دیدگاه پرونده تونی بلاند در رویه قضایی انگلیس است. در آوریل ۱۹۸۹، در انگلستان، بلاند هفده ساله دچار آسیب مغزی شد و بعداً تشخیص داده شد که در وضعیت نباتی دائمی قرار دارد. پس از گذشت بیش از سه سال، خانواده و تیم پزشکی او از طریق تراس بیمارستان از دیوان عالی اجازه قطع قانونی درمان او را درخواست کردند. هنگام ارائه مدارک، خانواده او اظهار داشتند که اطلاعاتی از تصمیم پسرشان درباره ماندن در این وضعیت ندارند. پدرش بر این باور بود که پسرش مطمئناً نمی‌خواست در این وضعیت بماند. این درخواست در فوریه سال ۱۹۹۳ توسط مجلس اعیان تایید شد و بلاند در اوایل مارس ۱۹۹۳ پس از گذشت نه روز از برداشت غذا و آب درگذشت. این پرونده زمینه طرح دیدگاه‌های مختلفی را ایجاد نمود. از نظر موافقان، نه تنها قطع درمان با توجه به شرایط بیمار ضرورت دارد و عمل پزشک مجرمانه تلقی نمی‌شود، بلکه حتی در شرایطی که درمان به نفع بیمار نباشد، ادامه درمان عمل مجرمانه و به نوعی جرم ضرب و جرح علیه بیمار است. دلایلی که موجبات طرح چنین دیدگاهی را در این پرونده ایجاد نمود، وضعیت بیمار بود. شواهد پزشکی تأیید می‌کرد که بلاند دردی احساس نمی‌کرد و از این رو قطع درمان موجب درد نخواهد شد. در این پرونده برخی قضات موضع

1. Jennet, B. & Dyer, C. "Persistent Vegetative State and the Right to Die: the United States and Britain" *British Medical Journal*, 302(6787), 1991: p 1258.

شدیدتری داشتند و زنده نگه داشتن او را «مرگ زنده» محسوب نمودند. از نظر قضات، زنده نگه داشتن بلاند با منافع او سازگار نبود.<sup>۱</sup>

مبنای قانونی این معیار را باید در مقررات قانونی مربوط به افراد فاقد اهلیت ملاحظه نمود. در حقوق انگلیس، با استناد به قانون اهلیت روانی به معیار منافع بیمار توجه شده است. این قانون چارچوبی ایجاد می‌کند که به موجب آن افراد می‌توانند در خصوص نحوه اقدام در صورت از دست دادن اهلیت در آینده برنامه‌ریزی کنند. بخش ۴ قانون اهلیت روانی<sup>۲</sup> مقرر می‌دارد که هرگونه تصمیم در خصوص اشخاص فاقد اهلیت باید طبق منافع آنها گرفته شود. مطابق این مقرر، اگر احتمال بهبودی بیمار با وضعیت نباتی باشد، باید درمان لازم برای او در نظر گرفته شود و در صورت عدم احتمال، می‌توان درمان را قطع کرد. این قانون برای تشخیص منافع بیمار معیارهای مختلفی را در نظر می‌گیرد که در عمل این معیار را به معیار خواست بیمار نزدیک می‌کند. مطابق این قانون، معیار منافع بیمار بیشتر قائم به شخص بیمار است نه صرف گزارش‌های پزشکی. به عنوان مثال، در اعمال این معیار لازم است آرزوها و خواسته‌های قبلی بیمار در نظر گرفته شود.

مسئله اصلی در خصوص معیار بهترین منافع بیمار ابهام در تشخیص آن است. اگرچه مبنای تعیین موارد مربوط به بهترین منافع قانون اهلیت روانی است، معیارهای مرتبط با آن توسط رویه قضایی تفسیر می‌شود و از نظر قضات این مفهوم در رویه قضایی در حال تکامل است. از این میان اظهارات بیمار و آرزوهای قبلی بیمار اهمیت بیشتری دارد. به ویژه بعد از تصمیم دیوان عالی انگلستان در سال ۲۰۱۳<sup>۳</sup> دادگاه‌ها با تمایل بیشتری به شناسایی خواسته‌ها، احساسات، ارزش‌ها و اعتقادات بیمار می‌پردازند. مهم‌ترین و برجسته‌ترین رأی در خصوص این معیار در رویه قضایی حقوق انگلستان پرونده بریگز<sup>۴</sup> است. از نظر حقوقدانان انگلیسی، این پرونده تحولی در خصوص معیار بهترین منافع بیمار ایجاد نمود. زیرا قاضی به خواست و آرزوهای بیمار اعتبار بخشیده و معتقد است که بهترین منافع بیمار ایجاب می‌کند که از خواسته‌های قبلی او در تصمیم‌گیری نسبت به ادامه زندگی او پیروی شود. در این پرونده در سال ۲۰۱۵ یک مأمور

1. Zulueta, op.cit, p 127.

2. Mental Capacity Act 2005.

3. Aintree University Hospital NHS Foundation Trust versus James 2013.

4. Briggs versus Briggs (2016).

پلیس، با نام بریگز، در نتیجه تصادف دچار ضربه مغزی شد و متعاقباً پزشکان تشخیص دادند که او در وضعیت حداقل آگاهی است. در سال ۲۰۱۶ همسر او از دادگاه حفاظت خواست حکم قطع درمان همسرش را صادر کند. همسر او معتقد بود که وی هیچ‌وقت نمی‌خواست در چنین شرایطی به زندگی ادامه دهد. دعوای همسر بیمار مورد اعتراض معاون وزیر دادگستری و ترانس خدمات بهداشت ملی قرار گرفت. از نظر آنها ادامه درمان به نفع بیمار است؛ چرا که داده‌های پزشکی حاکی از آن بود که ادامه درمان و مراقبت‌های ویژه در دراز مدت می‌تواند به بهبود آگاهی بیمار کمک کند و او را قادر به پاسخگویی به سؤالات ساده نماید.<sup>۱</sup>

### ۳.۳.۳. معیار منافع دولت و سایر بیماران

یکی دیگر از معیارهایی که در خصوص قطع یا ادامه درمان می‌توان مطرح نمود، معیار منافع دولت و سایر بیماران است. در واقع علت توجه به چنین معیاری را می‌توان در هزینه‌هایی دانست که ادامه درمان چنین بیماران به دولت تحمیل می‌کند. طبیعی است که پذیرش استمرار درمان این بیماران هزینه‌های مختلفی از جمله استفاده از دستگاه‌های ویژه، تغذیه و ... برای بیمارستان دارد. این مسئله به ویژه در کشورهایایی که امکانات پزشکی محدود دارند، واجد اهمیت است. در واقع در شرایطی که امید به بهبودی این بیماران وجود ندارد، اختصاص این امکانات به آنها، ضمن تحمیل هزینه به دولت و خانواده بیمار، به معنای محروم کردن بیمارانی است که در شرایط بهبودی قرار دارند. البته این معیار هیچ‌گاه به عنوان معیار مستقلاً مورد توجه حقوقدانان و قضات قرار نگرفته است، اما در ضمن برخی تحلیل‌ها در خصوص بیماران با وضعیت نباتی گاه به هزینه‌های نگهداری توجه شده و از این حیث بررسی قابلیت پذیرش آن به عنوان یک معیار در این مبحث مفید خواهد بود.

برخی مخالفان ادامه درمان بر این باورند که آثار درمان طولانی مدت برای کادر درمان و اعضای خانواده بیماران مشکلاتی ایجاد می‌کند که نه تنها با وضعیت نباتی بیمار مواجه‌اند، بلکه باید هزینه‌های بیمارستان را هم در نظر بگیرند. اختصاص تختخواب کمیاب در بخش مراقبت‌های

1. Kitzinger, J. & Kitzinger, C. & Cowley, J. "When 'Sanctity of Life' and 'Self-Determination' clash: Briggs versus Briggs [2016] EWCOP 53 – Implications for Policy and Practice" *J Med Ethics*, 43(7), 2017: p 447.

ویژه به بیمارانی که امیدی برای بهبودی ندارند، به معنای محروم کردن بیمارانی است که امید بهبودی آنها بیشتر است.<sup>۱</sup>

همچنین اجازه قطع درمان در شرایطی که امید بهبودی بیمار وجود ندارد، می‌توان از منظر منافع سایر بیماران مورد توجه قرار داد. امروزه با توجه به فواید پیوند اعضا، قطع درمان برخی بیماران با وضعیت نباتی می‌تواند از این منظر نیز مفید فایده باشد و در شرایطی که عدم بهبود بیمار با وضعیت نباتی از نظر متخصصان اثبات شده، بعد از قطع درمان و فوت بیمار، می‌توان اقدام به پیوند اعضای سالم بیمار نمود. البته این معیار ممکن است از منظر قواعد حقوق بشری مورد انتقاد قرار گیرد. به عنوان مثال، حق حیات انسان‌ها یکی از حقوق مهم بشری تلقی می‌شود و قطع درمان در صورت تردید در مرگ بیمار، از این منظر قابل ایراد است. در واقع محرومیت برخی انسان‌ها از حمایت به دلیل بیماری، منطبق با برابری حقوق اشخاص نیست. همچنین ممکن است به برخی اسناد بین‌المللی در خصوص ضرورت حمایت از بیماران استناد نمود. مطابق با ماده ۱ کنوانسیون حقوق معلولین، افراد دارای معلولیت کسانی‌اند که دارای نواقص طولانی مدت فیزیکی، ذهنی، فکری یا حسی باشند. به موجب بندهای نُه‌گانه ماده ۴ این کنوانسیون نیز، دولت‌های عضو متعهدند تحقق کلیه حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین را برای این افراد، بدون هرگونه تبعیض بر مبنای معلولیت تضمین نمایند. اگرچه تعاریف معمول از معلولیت در حقوق ایران و سایر نظام‌های حقوقی انطباق وضعیت این بیماران را با وضعیت معلولین با تردید مواجه می‌سازد، تعریف گسترده کنوانسیون از معلولیت می‌تواند تا حدی قابل انطباق با وضعیت این بیماران باشد. زیرا از کار افتادن مغز در این بیماران به نوعی نقص تلقی می‌شود. در هر حال صرف‌نظر از پذیرش یا عدم پذیرش این انطباق، با وحدت ملاک از اهداف تصویب کنوانسیون مبنی بر عدم تبعیض در حقوق افراد به علت بیماری، در خصوص بیماران با وضعیت نباتی نیز به نظر می‌رسد قطع درمان صرفاً بر اساس هزینه‌های درمان و حتی منافع سایر بیماران توجیه حقوقی ندارد. اما توجه به آن در کنار سایر معیارها و با احراز قطعیت عدم بهبودی بیمار از نظر پزشکی در عمل امکان‌پذیر است و ممکن است به عنوان یک عامل غیرمستقیم بر تصمیم قضات به قطع درمان تأثیرگذار باشد.

1. Lawrence, op.cit,p 2.



### ۳.۴. تأیید یا عدم تأیید دادگاه برای قطع درمان

یکی از مسائلی که در خصوص قطع درمان قابل طرح می‌باشد، تعیین مرجعی است که صلاحیت تشخیص معیارهای مطرح شده را دارد. در واقع مسئله اصلی بررسی ضرورت یا عدم ضرورت مراجعه به دادگاه برای اخذ مجوز برای قطع درمان است.

در حقوق ایران، قوانین موضوعه در این خصوص ساکت است. رویه قضایی نیز هنوز فرصت کافی برای بررسی این موضوع و یافتن پاسخی به آن نداشته است. با وجود این، با توجه به شرایط کنونی و بر اساس قواعد عام بر فرض طرح چنین ادعایی، به نظر می‌رسد باید از ضرورت طرح آن در دادگاه دفاع نمود. زیرا در سایر نظام‌های حقوقی پیش‌بینی دستورالعمل بیمار و معیارهای قطع درمان می‌تواند توجیه‌کننده عدم مراجعه به دادگاه در موارد عدم اختلاف باشد. اما در حقوق ایران به لحاظ فقدان این معیارها این مسئله قطعاً نیازمند اظهارنظر قضایی خواهد بود.

در بسیاری از نظام‌های حقوقی، از جمله نروژ، سوئد، دانمارک، ژاپن و فرانسه، اصولاً نیازی برای رجوع به دادگاه برای قطع درمان نیست.<sup>۱</sup> در آمریکا حق اشخاص بالغ بر دریافت یا عدم دریافت درمان به رسمیت شناخته شده است. این حق ریشه در حقوق اساسی آمریکا و کامن‌لا دارد. بنابراین در صورتی که شخص اراده خود مبنی بر قطع درمان را اظهار کند، می‌توان درمان را قطع نمود. در صورتی که بیمار فاقد اراده باشد، بازماندگان بیمار می‌توانند برای قطع درمان اقدام کنند. در صورتی که اختلافی حاصل شود، اشخاص ذی‌نفع می‌توانند به دادگاه رجوع کنند و مانع قطع درمان شوند.<sup>۲</sup> نمونه بارز این دیدگاه را می‌توان در پرونده کویینلن ملاحظه نمود که شرح آن گذشت. در این پرونده دادگاه صریحاً تأکید کرد که برای اخذ مجوز قطع درمان نیاز به اجازه دادگاه نیست و در صورت موافقت سرپرست و خانواده بیمار و تأیید پزشک مبنی بر عدم احتمال معقول بازگشت هوشیاری بیمار، قطع درمان ممکن است. البته لازم است نظر پزشک مورد تأیید کمیته اخلاقی بیمارستان قرار گیرد.<sup>۳</sup>

1. Halliday, S. & Formby, A. & Cookson, R. "An Assessment of the Court's Role in the Withdrawal of Clinically Assisted Nutrition and Hydration From Patient's in the Permanent Vegetative State" *Oxford Medical Law Review*, 23(4), 2015: p 573.

2. Koppel, A. & Sullivan, S. "Legal Considerations in End-of-Life Decisionmaking in Louisiana" *The Ochsner Journal*, 11(4). 2011: p 330.

3. Capron, op.cit, p 783.

در رویه قضایی انگلیس این موضوع بیشتر از سایر نظام‌های حقوقی مورد توجه قرار گرفته و دیدگاه‌های مختلفی مطرح شده است. برخی قضاات معتقدند کلیه دعاوی با خواسته قطع درمان باید به دادگاه معرفی شوند و اجازه قطع دستگاه باید از طرف دادگاه صادر شود. از نظر آنها، دشواری در تشخیص مسئله به حدی است که بررسی دادگاه را توجیه می‌کند. برخی تفسیر دیگری دارند. از نظر آنها قانون مبهم است و قدر متیقن آن است که نیازی به اجازه دادگاه نیست و قانون باید در این خصوص اصلاح شود. مطابق این دیدگاه، نیاز به تأیید دادگاه حداقل در مواردی وجود دارد که همه اشخاص ذی‌نفع قطع دستگاه را به نفع بیمار می‌دانند. استدلال مخالفان عمدتاً طولانی شدن روال رسیدگی در دادگاه و تأثیرات نامطلوب این الزام بر مراقبت‌های بالینی از بیماران و همچنین ناراحتی خانواده بیماران است. این تأخیر همچنین می‌تواند هزینه‌های مراقبت را افزایش دهد. مطابق این دیدگاه، پزشکان تیم درمانی که با خانواده بیمار کار می‌کنند، بهترین مرجع برای تصمیم‌گیری در مورد بهترین منافع بیمار هستند. دیدگاه‌های بینایی نیز مطرح است که به نظر قابل قبول می‌رسد. طبق این دیدگاه‌ها، تصمیم‌گیری در این موارد باید به تیم پزشکی و خانواده بیمار واگذار شود و ورود دادگاه‌ها صرفاً برای حل و فصل موارد اختلافی باشد.<sup>۱</sup> مهم‌ترین رأی که مؤید این دیدگاه است، تصمیم دیوان عالی انگلستان در ۳۰ جولای ۲۰۱۸ است. موضوع پرونده مربوط به شخصی بود که به دنبال ایست قلبی، هوشیاری خود را از دست داد و با دستگاه و تغذیه مصنوعی زنده نگه داشته شد. تشخیص پزشکان اختلال آگاهی طولانی بود و از نظر آنها احتمال کمی برای بهبودی او وجود داشت. نظر همسر و فرزندان او قطع درمان بود. تراست خدمات بهداشت ملی<sup>۲</sup> و معاون دادستان به دادگاه مراجعه و درخواست صدور دستوری مبنی بر عدم لزوم اخذ دستور دادگاه در قطع درمان کردند. بیمار قبل از تصمیم دیوان عالی فوت کرد. اما با توجه به اهمیت موضوع، دیوان عالی کشور موضوع را مورد رسیدگی قرار داد. معاون دادستان با تکیه بر مقررات داخلی و قوانین حقوق بشری بر این باور بود که صرف‌نظر از توافق تیم پزشکی و خانواده بیمار مبنی بر قطع درمان، اخذ دستور از دادگاه لازم است؛ زیرا فقط با نظارت قضایی در خصوص قطع درمان،

1. Willmott, L. & White, B. "Persistent Vegetative State and Minimally Conscious State: Ethical, Legal and Practical Dilemmas" *J Med Ethics*, 43(7), 2017: pp 425-426.

2. National Health Service Trust

می‌توان از زندگی و عزت انسان‌ها به خوبی محافظت نمود. دیوان عالی کشور با نظر او مخالفت نمود. از نظر دیوان، دلیلی برای این الزام در قوانین داخلی و رویه قضایی وجود ندارد. دیوان تأکید کرد که استفاده از دستگاه‌ها برای تغذیه مصنوعی نوعی درمان است و ادامه دادن درمانی که به نفع بیمار نیست، غیرقانونی است. در خصوص استدلال حقوق بشری معاون دادستان نیز دیوان اظهار داشت که محافظت از زندگی و عزت بیماران، بدون حکم دادگاه نیز امکان‌پذیر است. از نظر دیوان، قانون اهلیت روانی ۲۰۰۵ و آیین‌نامه آن و همچنین دستورالعمل‌های راهنمایی که برای پزشکان صادر می‌شود، چارچوب نظارتی مناسبی برای تصمیم‌گیری ایجاد می‌کنند. این چارچوب با الزامات حق حیات مطابقت دارد؛ زیرا بیانگر آن است که در شرایطی که درمان به نفع بیمار است، نباید قطع شود. همچنین معیار بهترین منافع بیمار را معرفی می‌کند که شامل توجه اجباری به خواسته‌ها و احساسات بیمار، خانواده و افراد نزدیک به آنها و نظرات پرسنل پزشکی است که با در نظر گرفتن انتخاب فرد، به حق حیات او احترام گذاشته می‌شود. بنابراین صرفاً در صورت وجود تردید در این زمینه، باید به دادگاه مراجعه کرد. استدلال دیگر دیوان این بود که اجباری شدن مراجعه به دادگاه، خطر دور شدن پزشکان و خانواده‌ها از تصمیم‌گیری در مورد منافع واقعی بیمار را در پی خواهد داشت و ممکن است در بعضی موارد منجر به ادامه درمان نامناسب شود.<sup>۱</sup>

1. Wicks, E. "An NHS Trust and Others v Y and Another [2018] UKSC 46: Reducing the Role of the Courts in Treatment Withdrawal" *Medical Law Review*, 27(2), 2019: p 5.

## نتیجه‌گیری

وضعیت نباتی از جمله آسیب‌های مغزی است که به لحاظ شرایط خاص بیمار، تفاوت‌هایی با سایر آسیب‌های مغزی دارد. همین مسئله ضرورت تبیین وضعیت حقوقی این بیماران را پر اهمیت می‌نماید. یکی از چالش‌های اصلی در خصوص این بیماران مسئله قطع یا ادامه درمان است که در این نوشتار مورد بررسی قرار گرفت.

در حقوق ایران به جز قانون «پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنها مسلم است» که فقط در مورد بیماران مرگ مغزی کاربرد دارد، قانونی در خصوص آسیب‌های مغزی از جمله وضعیت نباتی وجود ندارد. به لحاظ سکوت قوانین موضوعه و با توجه به زنده تلقی شدن این بیماران از حیث معیارهای پزشکی و شرعی و حرمت حق حیات، به نظر می‌رسد پذیرش قطع درمان در حقوق ایران دشوار باشد. در قوانین موضوعه و رویه قضایی برخی نظام‌های حقوقی آرایبی در این خصوص وجود دارد که نشان از توجه آنها به این مسئله ناپدید دارد و می‌تواند راهنمایی برای قانون‌گذار ایران باشد. پذیرش یا عدم پذیرش قطع درمان از ابعاد مختلفی قابل توجه است. پرداختن به این مسئله از منظر حقوق انسانی و مفهوم حرمت زندگی و مقررات حقوق بشر از جمله دلایل اصلی است که هم از نظر دفاع و هم رد درمان قابل طرح است. مطالعه قوانین موضوعه و آرای قضایی این نظام‌های حقوقی مؤید آن است که در این خصوص باید ضوابط و شرایط خاصی مورد توجه قرار گیرد. توجه به خواست بیمار، در نظر گرفتن منافع بیمار و منافع دولت و سایر بیماران از جمله معیارهای مهمی است که در این پژوهش مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. مطابق با معیار اول که در رویه قضایی آمریکا مورد توجه واقع شده، در صورتی که دلایل قانع‌کننده بر رضایت بیمار بر قطع درمان وجود داشته باشد، قطع درمان جایز است. معیار منافع بیمار در دادگاه‌های انگلیسی و اسکاتلند بیشتر کاربرد دارد و معمولاً در مواردی که خواست بیمار قابل تشخیص نباشد، بر مبنای بهترین منافع بیمار عمل می‌شود. معیار سوم به عنوان یک ضابطه فرعی در کنار دو معیار قبل مطرح می‌شود و در صورتی که ادامه درمان موجب تحمیل هزینه‌هایی بر دولت و محروم کردن سایر بیماران از امکانات پزشکی باشد، با در نظر گرفتن معیارهای قبلی قابل اعمال است. بررسی این معیارها در نظام‌های حقوقی مورد مطالعه مؤید آن است که علی‌رغم برخی تفاوت‌ها، در عمل امکان قطع درمان در صورت احتمال عدم بهبودی بیمار و طولانی شدن وضعیت نباتی مورد پذیرش واقع شده است.

یکی از مسائل مهم در خصوص قطع درمان، تعیین مرجعی است که صلاحیت تشخیص معیارهای مطرح شده را دارد. اکثر نظام‌های حقوقی مورد مطالعه قوانین موضوعه با پیش‌بینی دستورالعمل‌هایی، تصمیم‌گیری در این خصوص را به اراده بیمار واگذار نموده‌اند. همچنین انتخاب نماینده از جمله دیگر راهکارهای قانونی است. علی‌رغم تفاوت در قلمرو و ضوابط اعمال این قوانین، دیدگاه غالب در نظام‌های مورد مطالعه، ضرورت مراجعه به دادگاه صرفاً در شرایطی است که به لحاظ فقدان یا ابهام دستورالعمل‌ها، در تصمیم‌گیری برای قطع درمان اختلاف نظر وجود داشته باشد. با وجود این، به لحاظ فقدان قوانین در این زمینه، پذیرش چنین دیدگاهی در حقوق ایران دشوار است و بر فرض طرح نیز باید از ضرورت طرح آن در دادگاه دفاع نمود. زیرا در سایر نظام‌های حقوقی پیش‌بینی دستورالعمل‌ها و معیارهای قطع درمان می‌تواند توجیه‌کننده عدم مراجعه به دادگاه در موارد عدم اختلاف باشد. اما در حقوق ایران به لحاظ فقدان این معیارها این مسئله قطعاً نیازمند اظهار نظر قضایی خواهد بود.

## فهرست منابع

## الف) منابع فارسی

## مقاله

۱. افضل‌ی، محمدعلی، مرگ مغزی از منظر فقه شیعه و طب جدید، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بهار ۱۳۹۳، شماره ۱۳.
۲. آقابابائی‌بنی، اسماعیل، تداخل دیات در جنایت منجر به زندگی نباتی، مجله فقه پزشکی، تابستان ۱۳۹۳، شماره ۱۹-۱۸.
۳. عسکری‌پور، حمید و المیرا نقی‌زاده باقی، ضوابط تعیین دیه اشخاص واجد زندگی نباتی، مجله حقوق پزشکی، تابستان ۱۳۹۱.
۴. کوشا، سهیلا، چالش‌های اخلاقی، مذهبی، شرعی و حقوقی اتانازی، فصلنامه مطالعاتی صیانت از حقوق زنان، سال دوم، ۱۳۹۵، شماره ۵.
۵. میرهاشمی، سرور، پیوند اعضای مبتلایان به مرگ مغزی، مجله فقه و حقوق خانواده، بهار و تابستان ۱۳۸۶، شماره ۴۶-۴۵.

## ب) منابع انگلیسی

## Books

6. McCorristine, S. *Interdisciplinary Perspectives on Mortality and its Timings: When is Death? (Palgrave Historical Studies in the Criminal Corpse and its Afterlife)*. United Kingdom: Cambridge University Press, 2017.
7. Negri, S. *Self-Determination, Dignity and End-of-Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective*. Boston: Brill - Martinus Nijhoff Publishers, 2011.

## Articles

8. Capron, A. "Looking Back at Withdrawal of Life-Support Law and Policy to See What Lies Ahead for Medical Aid-in-Dying" *Yale J Biol Med*, 1995, (4)92.

9. Halliday, S & Formby, A & Cookson, R“ .An Assessment of the Court’s Role in the Withdrawal of Clinically Assisted Nutrition and Hydration From Patient’s in the Permanent Vegetative State ”*Oxford Medical Law Review* 2015, (4)23.
10. Jennet, B. & Dyer, C. “**Persistent Vegetative State and the Right to Die: the United States and Britain**” *British Medical Journal*, 302(6787), 1991.
11. Kitinger, J. & Kitinger, C. & Cowley, J. “**When ‘Sanctity of Life’ and ‘Self-Determination’ clash: Briggs versus Briggs [2016] EWCOP 53 – Implications for Policy and Practice**” *J Med Ethics*, 43(7), 2017.
12. Koppel, A. & Sullivan, S. “Legal Considerations in End-of-Life Decisionmaking in Louisiana” *The Ochsner Journal*, 11(4). 2011.
13. Lawrence, O. & Gostin, J. “**Legal and Ethical Responsibilities Following Brain Death: The McMath and Muñoz Cases**” *Georgetown Law Faculty Publications and Other Works*.1311. 2014.
14. Mclean, S. “**Permanent Vegetative State: the Legal Position**” *Neuropsychol Rehabil*, 15(3-4), 2005.
15. McQuoid-Mason, D. “**Does Withdrawing Treatment From a Pregnant Persistent Vegetative State Patient Resulting in Her Death Constitute a Termination of Pregnancy?**” *South African Journal of Bioethics and Law*, 8(1), 2015.
16. Wicks, E. “An NHS Trust and Others v Y and Another [2018] UKSC 46: Reducing the Role of the Courts in Treatment Withdrawal” *Medical Law Review*, 27(2), 2019.
17. Willmott, L. & White, B. “Persistent Vegetative State and Minimally Conscious State: Ethical, Legal and Practical Dilemmas” *J Med Ethics*, 43(7), 2017.
18. Yang, L. & Zhang, L.”**On Legal Personality of Human Vegetables and Protection of Their Rights**” *Frontiers of Law in China*, 2, 2007.
19. Zulueta, P. & Carelli, F.”**Permanent Vegetative State: Comparing the Law and Ethics of Two Tragic Cases From Italy and England**” *London J Prim Care (Abingdon)*, 2(2), 2009.

