

The Legal Validity of a Will for Euthanasia in the Iranian Legal System: A Jurisprudential-Legal and Comparative Analysis

Seyed Saber Esmaelnezhad Archi¹ , MohammadHossein Ghaemmagham Farahani² 

1. Corresponding author, Department of Law, Faculty of Law, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran. E-mail: m.rabiee074@gmail.com

2. Department of Law, Faculty of law, Tehran University, Teharn, Iran. E-mail: ghmagham@ut.ac.ir

Article Info

ABSTRACT

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 2025 December 11

Revised: 2026 February 17

Accepted: 2026 February 23

Published online:

Keywords:

Euthanasia,
LivingWill
(Advance Directive),
Iranian Law,
Sanctity of Life,
Comparative Law

This research analyzes the validity of a will for euthanasia within the Iranian legal system, employing a comparative approach to examine its jurisprudential and legal foundations. While modern medicine has created complex end-of-life challenges, and Western legal systems have responded with tools like Advance Medical Directives to uphold patient autonomy, Iranian law, rooted in the sanctity of life, faces a significant legal vacuum and ambiguity on this issue. Using a descriptive-analytical and comparative methodology, this study contrasts Iran's position with five selected countries (the Netherlands, Belgium, Canada, Switzerland, and the USA). The findings demonstrate that a will for active euthanasia is absolutely void in Iranian law, as it directly conflicts with peremptory criminal norms (homicide), public order, and core Islamic jurisprudence principles that define life as a divine trust (Haqq Allāh). Conversely, a will for passive euthanasia (the withdrawal of futile medical treatment) is legally defensible, supported by principles such as the right to bodily integrity and self-dominion. In contrast, the compared legal systems have adopted approaches based on individual autonomy, albeit with varying degrees of acceptance. Finally, to resolve the existing ambiguity and protect medical professionals, this study proposes the enactment of a comprehensive Advance Medical Directive Act to definitively distinguish between the two forms of euthanasia and establish a clear legal framework for honoring a patient's will to refuse treatment.

Cite this article: Esmaelnezhad Archi, S. S., & Ghaemmagham Farahani, M. H. (2024). The legal validity of a will for euthanasia in the Iranian legal system: A jurisprudential-legal and comparative analysis. *Academic Librarianship and Information Research*, 58 (X), 1-20. <http://doi.org/0000000000000000>



©Author(s)

Publisher: University of Tehran Press

DOI: <http://doi.org/0000000000000000>

اعتبار وصیت بر اوتانازی در نظام حقوقی ایران: تحلیلی فقهی-حقوقی و تطبیقی

سیدصابر اسماعیل‌نژاد ارچی^{1*}، محمدحسین قائم‌مقام فراهانی²

1. نویسنده مسئول، گروه حقوق، دانشکده حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. رایانامه: m.rabiee074@gmail.com

2. گروه حقوق، دانشکده حقوق، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: ghmagham@ut.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	این پژوهش با هدف تجلیل اعتبار وصیت بر اوتانازی در نظام حقوقی ایران و با رویکردی تطبیقی، به بررسی مبانی فقهی و حقوقی این موضوع می‌پردازد. پیشرفت‌های پزشکی چالش‌های پیچیده‌ای در پایان حیات ایجاد کرده و در حالی که نظام‌های حقوقی غربی با ابزارهایی چون دستورالعمل پیشرفته پزشکی به خودمختاری بیمار پاسخ داده‌اند، در حقوق ایران که مبتنی بر قداست حیات است، این مسئله با خلأ قانونی و ابهام جدی روبروست. پژوهش حاضر با روش توصیفی-تحلیلی، ضمن مقایسه رویکرد ایران با پنج کشور منتخب (هلند، بلژیک، کانادا، سوئیس و آمریکا)، نشان می‌دهد که وصیت بر اوتانازی فعال به دلیل تعارض آشکار با قواعد آمره کیفری (قتل عمد)، نظم عمومی و مبانی فقهی (حق‌الله بودن حیات)، مطلقاً باطل و فاقد اثر حقوقی است. با این حال، وصیت بر اوتانازی غیرفعال (ترک درمان‌های بی‌فایده)، با استناد به قواعدی چون تسلط و حق بر تمامیت جسمانی، از مبنای حقوقی قابل دفاعی برخوردار است. در مقابل، نظام‌های حقوقی مورد مطالعه، با درجات متفاوتی از پذیرش، رویکردی مبتنی بر خودمختاری فردی را اتخاذ کرده‌اند. در نهایت، برای رفع ابهام موجود و حمایت از کادر درمان، پیشنهاد می‌شود با تدوین قانون دستورالعمل پیشرفته پزشکی، ضمن تفکیک قاطع میان این دو نوع اوتانازی، چارچوب قانونی شفاف‌تری برای اعتباربخشی به اراده بیمار در ترک درمان ایجاد گردد.
تاریخ دریافت: 1404/9/20 تاریخ بازنگری: 1404/11/28 تاریخ پذیرش: 1404/12/4 تاریخ انتشار:	
کلیدواژه‌ها: اوتانازی، وصیت‌نامه زیستی، حقوق ایران، قداست حیات، مطالعه تطبیقی	

استناد: اسماعیل‌نژاد ارچی، سیدصابر؛ قائم‌مقام فراهانی، محمدحسین (1403). اعتبار وصیت بر اوتانازی در نظام حقوقی ایران: تحلیلی فقهی-حقوقی و تطبیقی

تحقیقات کتابداری و اطلاع‌رسانی دانشگاهی، 58 (1)، 1-20.

<http://doi.org/00000000000000000000000000000000>



© نویسندگان

ناشر: دانشگاه تهران.

مقدمه و بیان مسئله

مرز میان طولانی کردن حیات و طولانی کردن رنج، به یکی از بغرنج‌ترین دوراهی‌های اخلاقی و حقوقی دوران معاصر بدل شده است. پیشرفت‌های شگرف پزشکی، ضمن افزایش میانگین طول عمر، این پارادوکس عمیق را پدید آورده که افزایش طول حیات، لزوماً به معنای بهبود کیفیت آن نیست (موسوی بجنوردی و رضوی‌نیا، ۱۳۹۳). این واقعیت، بیماران بسیاری را در مراحل پایانی زندگی با رنج‌های طاقت‌فرسا مواجه کرده و گفتمان جهانی حقوق را به سمت مفاهیمی چون حق تعیین سرنوشت و مرگ باوقار سوق داده است.

در پاسخ به این چالش، بیش از بیست نظام حقوقی در سراسر جهان، مرگ یاری‌شده^۱ را قانونی کرده (آرچر، ۲۰۲۵) و ابزارهای حقوقی نوینی چون وصیت‌نامه زیستی^۲ را به منظور تضمین خودمختاری بیمار حتی پس از زوال اهلیت، وارد ادبیات حقوقی کرده‌اند. پیچیدگی‌های این رویکرد را می‌توان در پرونده‌هایی مانند زن هلندی مبتلا به زوال عقل مشاهده کرد که بر اساس اراده پیشین خود تحت اوتانازی قرار گرفت و بحث‌های عمیق اخلاقی و حقوقی برانگیخت (استرویک، ۲۰۲۲). با این حال، در نظام حقوقی ایران که عمیقاً با مبانی فقهی گره خورده است، اصل بنیادین قداست حیات هرگونه اقدامی را که به مرگ ارادی فرد بینجامد، با چالش‌های جدی مواجه می‌سازد. در این نظام، رضایت مجنی‌علیه عموماً تأثیری در زوال وصف مجرمانه قتل ندارد، هرچند بحث‌های دقیقی میان فقها در مورد سقوط قصاص در چنین شرایطی وجود دارد (خسروی، ۱۳۹۷).

این پژوهش دقیقاً در نقطه تلاقی این دو جهان‌بینی حقوقی قرار می‌گیرد و می‌کوشد به این پرسش اساسی پاسخ دهد: وصیت بر اوتانازی، به عنوان تجلی اراده فرد برای تعیین سرنوشت خویش، در نظام حقوقی و فقهی ایران چه ماهیت و اعتباری دارد؟

اهمیت این تحقیق در سه بُعد حیاتی ریشه دارد. نخست، خلأ قانونی عمیق؛ قوانین ایران هیچ ماده مستقلی را به اوتانازی اختصاص نداده‌اند و این سکوت، هرگونه اقدام را ذیل عنوان کلی قتل عمد قرار داده و در تعارض با نظم عمومی تلقی می‌کند (پاشایی، ۱۴۰۰). دوم، پیامدهای عملی برای کادر درمان؛ فقدان چارچوب قانونی روشن، پزشکان و پرستاران را در موقعیت‌های بغرنج اخلاقی و در معرض خطر مسئولیت کیفری سنگین قرار داده است (فرد مقدم، ۲۰۲۵) سوم، تقابل نظری بنیادین؛ دیدگاه غالب فقهی که حیات را ودیعه‌ای الهی و غیرقابل سلب می‌داند (موسوی بجنوردی و رضوی‌نیا، ۱۳۹۳)، در برابر تأکید اخلاق زیستی نوین بر حق آزادی فرد قرار گرفته (الهی‌منش و علیزاده، ۱۴۰۳) و ضرورت یک تحلیل انتقادی را آشکار می‌سازد.

¹ Assisted Dying

² در این مقاله وصیت‌نامه زیستی (Living Will) یا دستورالعمل پیشرفته پزشکی به معنای بیانیه پیشاپیش بیمار درباره ترجیحات درمانی در مراحل پایان حیات به کار رفته است. توجه شود که در حقوق ایران نهاد قانونی مستقلی برای این ابزار پیش‌بینی نشده و مستندات مکتوب از این نوع الزام‌آوریت قانونی یکسان و سراسری ندارند

در پاسخ به پرسش اصلی، فرضیه محوری پژوهش آن است که وصیت بر اوتانازی فعال، به دلیل مغایرت با قواعد آمره کیفری و نظم عمومی، در نظام حقوقی ایران باطل و بلااثر است. با این وجود، به عنوان فرضیه فرعی مطرح می‌شود که وصیت بر عدم اجرای درمان‌های بی‌فایده (اوتانازی غیرفعال)، با استناد به قواعدی چون تسلط و حق بر تمامیت جسمانی می‌تواند مبنای حقوقی قابل دفاعی داشته باشد.

برای آزمون این فرضیه‌ها، پژوهش حاضر با روش توصیفی-تحلیلی و رویکرد تطبیقی سامان یافته است. تحلیل دکتترین حقوقی و فقهی ایران در کنار مطالعه هدفمند پنج نظام حقوقی پیشرو—هلند، بلژیک، سوئیس، ایالات متحده و کانادا—اسکلت اصلی این تحقیق را تشکیل می‌دهد. در نهایت، این پژوهش می‌کوشد با تلفیق یافته‌های داخلی و تطبیقی، چارچوبی برای سیاست‌گذاری قانون‌گذار ایرانی ترسیم کرده و پیشنهادهای مشخصی برای برون‌رفت از بن‌بست حقوقی فعلی ارائه کند.

بخش اول: مبانی نظری و مفهومی (Theoretical and Conceptual Foundations)

مناقشه پیرامون پایان اختیاری حیات، یکی از پیچیده‌ترین تقاطع‌های اخلاق زیستی، حقوق کیفری و پزشکی مدرن است. هرگونه تحلیل حقوقی در این حوزه، پیش از هر چیز، مستلزم ساخت یک چارچوب مفهومی دقیق است. زیرا اعتبار یا بطلان وصیت بر اوتانازی مستقیماً به این بستگی دارد که عمل مورد وصیت، ذیل کدام‌یک از این طبقه‌بندی‌ها (مثلاً اوتانازی فعال یا غیرفعال) قرار گرفته و چه آثار حقوقی‌ای بر آن مترتب می‌شود. این بخش، با هدف بنیان نهادن همین زیرساخت نظری، ابتدا به واکاوی مفهوم اوتانازی و طبقه‌بندی‌های بنیادین آن می‌پردازد، سپس با تمایزگذاری میان آن و نهادهای مجاور مانند خودکشی مساعدت‌شده و دستور عدم احیا، مرزهای هر مفهوم را روشن می‌سازد. در نهایت، این چارچوب مفهومی بر بستر نظام حقوقی ایران و مشخصاً نهاد وصیت منطبق شده تا ماهیت و اعتبار حقوقی وصیت به اوتانازی مورد تحلیل قرار گیرد.

بخش اول: مفهوم‌شناسی اوتانازی و نهادهای مشابه

تحلیل حقوقی پایان اختیاری حیات، نیازمند یک چارچوب مفهومی دقیق است تا از خلط مباحث جلوگیری شود. اوتانازی^۳، با ریشه‌شناسی یونانی «مرگ خوب»، به اقدامی اطلاق می‌شود که عامدانه و با نیت پایان بخشیدن به رنج غیرقابل تحمل، به زندگی یک بیمار خاتمه می‌دهد (احمد، 2023). پیچیدگی‌های این عمل، طبقه‌بندی آن را بر اساس دو محور کلیدی ضروری می‌سازد: ماهیت مداخله و اراده بیمار.

از منظر ماهیت مداخله، تمایز بنیادین میان فعل و ترک فعل قرار دارد. اوتانازی فعال متضمن انجام یک فعل مثبت و مستقیم برای ایجاد مرگ است، مانند تزریق ماده کشنده که رابطه سببیت را مستقیم و غیرقابل انکار می‌سازد. در مقابل، اوتانازی غیرفعال به معنای ترک فعل یا اجازه دادن به مرگ از طریق قطع درمان‌های نگهدارنده حیات است؛ رویکردی که مرز باریکی با اهمال در درمان و مفهوم بیهودگی پزشکی^۴ دارد (فونتالیس، 2018). محور دوم، یعنی اراده بیمار، این طبقه‌بندی را تکمیل می‌کند: اگر این

³ Euthanasia

⁴ Medical Futility

اقدامات با رضایت آگاهانه بیمار دارای اهلیت صورت گیرد، داوطلبانه است؛ اگر بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد (مانند وضعیت نباتی)، غیرداوطلبانه و مبتنی بر بهترین منافع او خواهد بود؛ و اگر برخلاف اراده صریح بیمار انجام شود، ناخواسته بوده و مصداق بارز قتل عمد است (احمد، 2023).

برای تحلیل دقیق‌تر، باید اتانازی را از مفاهیم مجاور آن متمایز کرد. مهم‌ترین تمایز با خودکشی مساعدت‌شده⁵ در جایگاه فاعل آخرین عمل نهفته است. در خودکشی مساعدت‌شده، پزشک صرفاً ابزار را فراهم می‌کند و این خود بیمار است که فعل نهایی را انجام می‌دهد؛ لذا پزشک در جایگاه «معاون» قرار می‌گیرد، نه مباشر (امامی و نژادبنیا، ۱۳۹۴). تفاوت دیگر با دستور عدم احیا (DNR⁶) است که از دو منظر قصد و عمل متمایز می‌شود: در DNR، قصد، کشتن بیمار نیست، بلکه اجازه به مرگ برای طی مسیر طبیعی خود و پرهیز از درمان بی‌فایده است و ماهیت عمل نیز ترک فعل است، نه فعل مثبت. در نهایت، مفهوم مرگ با وقار⁷، بیش از آنکه یک رویه پزشکی باشد، یک چارچوب فلسفی و جنبش حقوقی است که بر خودمختاری بیمار در کنترل کیفیت مرگ تأکید دارد و می‌تواند مصادیقی چون خودکشی مساعدت‌شده را در بر گیرد (لاریجانی، 2025). این تمایزات، برای درک آثار حقوقی متفاوت هر یک از این اقدامات، نقشی حیاتی دارند.

بخش دوم: تحلیل ماهیت حقوقی وصیت به اتانازی در نظام حقوقی ایران

پس از تبیین چارچوب مفهومی، اکنون نوبت به انطباق این مفاهیم بر ساختارهای حقوقی ایران می‌رسد. وصیت به عنوان تجلی کلاسیک حاکمیت اراده، مهم‌ترین ابزار حقوقی برای بیان چنین خواسته‌ای است، اما این اراده بلافاصله در برابر سد محکم قوانین آمره و نظم عمومی قرار می‌گیرد.

از منظر شکلی، وصیت به اتانازی در قالب وصیت عهدی (ماده ۸۲۶ قانون مدنی) جای می‌گیرد؛ موصی، دیگری را به انجام امری، یعنی سلب حیات از خویش، مأمور می‌سازد. چالش بنیادین اما در محتوای همین امر نهفته است که به دلیل نامشروع بودن ذاتی، کل عمل حقوقی را از اساس باطل می‌کند. این دلیل، قاطعانه‌ترین و بنیادین‌ترین مانع اعتبار چنین وصیتی است. در نظام کیفری ایران، اتانازی فعال مصداق بارز قتل عمد (ماده ۲۹۰ ق.م.ا) تلقی می‌شود و همان‌طور که دکترین حقوقی تأکید می‌کند، رضایت بیمار هرگز نمی‌تواند ماهیت مجرمانه عمل را زایل کند (نبی، ۱۳۹۹؛ موسوی بجنوردی و رضوی‌نیا، ۱۳۹۳). بنابراین، وصیت به اتانازی مستقیماً به معنای وصیت به ارتکاب جرم است و به دلیل فقدان این شرط ماهوی، یک عمل حقوقی باطل و کان لم یکن محسوب می‌شود. افزون بر این مانع قاطع، شرط اهلیت کامل موصی نیز در چنین شرایطی با تردیدهایی جدی مواجه است. فشارهای روانی ناشی از درد طاقت‌فرسا، تأثیر داروهای مسکن قوی، و حس ناامیدی، همگی عواملی هستند که می‌توانند قوه تمییز و اراده آزاد فرد را برای اتخاذ چنین تصمیم خطیری به شدت مخدوش کرده و آن را زیر سؤال ببرند (نبی، ۱۳۹۹). در نتیجه، وصیت به اتانازی با یک مانع دوگانه روبروست: از یک سو، موضوع آن ذاتاً نامشروع و مجرمانه است و از سوی دیگر، اهلیت و اراده

⁵ Assisted Suicide

⁶ Do Not Resuscitate order

⁷ Death with Dignity

آزاد موصی در آن محل تردید جدی است. هر یک از این دو به تنهایی برای حکم به بطلان مطلق این وصیت و بلاثر بودن آن کافی است.

بخش سوم: تحلیل اعتبار وصیت بر اتانازی در نظام حقوقی و فقهی ایران

وصیت بر اتانازی، به مثابه تلاقی دو اصل بنیادین حاکمیت اراده و قداست حیات، نظام حقوقی ایران را با یکی از عمیق ترین چالش های مفهومی خود مواجه می سازد. تحلیل اعتبار چنین وصیتی مستلزم یک رویکرد سه وجهی و درهم تنیده است که نشان می دهد چگونه مبانی فقه امامیه، به عنوان شالوده این نظام، یک منطق واحد و منسجم را در ابعاد کیفری، مدنی و فقهی حاکم ساخته و در نهایت، به بطلان مطلق چنین اراده ای منجر می شود.

الف: تحلیل از منظر حقوق کیفری

از منظر حقوق کیفری، اجرای وصیت به اتانازی فعال تحلیلی جز مباشرت در قتل عمد بر نمی تابد. بر خلاف خودکشی مساعدت شده که در آن نقش پزشک به تسهیل گری (معاونت) محدود می شود— از آنجا که خودکشی جرم نیست، معاونت در آن نیز فاقد وصف مجرمانه است— در اتانازی فعال، پزشک رأساً و به عنوان عامل اصلی (مباشر)، فعل کشنده را انجام می دهد (میرمحمدصادقی، ۱۳۹۱ و ۱۳۹۸). این عمل مستقیماً با ارکان قتل عمدی مذکور در ماده ۲۹۰ قانون مجازات اسلامی انطباق دارد، زیرا انگیزه ترحم، ماهیت عمدی فعل را تغییر نمی دهد (نبی، ۱۳۹۹).

پرسش محوری این است که آیا رضایت بیمار، که در قالب وصیت تجلی یافته، می تواند وصف مجرمانه را از این عمل بزدايد؟ پاسخ نظام حقوقی ایران، که ریشه در فقه امامیه دارد، قاطعانه منفی است. حق حیات یک حق فردی صرف و قابل اسقاط نیست، بلکه یک امانت الهی و از ارکان نظم عمومی تلقی می شود که اذن فرد نمی تواند مجوزی برای تعرض به آن باشد (موسوی بجنوردی و رضوی نیا، ۱۳۹۳). با این حال، رضایت بیمار در حوزه کیفرگذاری بی تأثیر نیست. این رضایت، اگرچه ماهیت مجرمانه عمل را زایل نمی کند، اما مجازات را تغییر می دهد. وصیت بیمار به منزله اسقاط حق الناس (حق قصاص) تلقی می شود، اما جنبه عمومی جرم (حق الله) همچنان پابرجاست. در چنین حالتی، سقوط قصاص به معنای برائت پزشک نیست، بلکه دولت مکلف به واکنش از طریق مجازات تعزیری است. مطابق ماده ۶۱۲ قانون تعزیرات، مرتکب قتل عمد که به هر دلیلی قصاص نشود، به حبس از سه تا ده سال محکوم می گردد (میرمحمدصادقی، ۱۳۹۱؛ نبی، ۱۳۹۹). بنابراین، از منظر کیفری، وصیت بر اتانازی تنها قادر است مجازات پزشک را از قصاص به حبس تعزیری تبدیل کند، اما هرگز نمی تواند مسئولیت کیفری او را به عنوان مباشر قتل عمد به طور کامل زایل نماید.

ب: تحلیل از منظر حقوق مدنی

از منظر حقوق مدنی، اعتبار وصیت به اتانازی با موانع بنیادینی مواجه است که از دو جنبه اهلیت موصی و مشروعیت موضوع، حکم به بطلان مطلق آن می دهند.

نخستین و مقدماتی ترین چالش، به اراده و اهلیت وصیت کننده بازمی گردد. قانون گذار در ماده ۸۳۶ قانون مدنی، با باطل دانستن وصیتی که فرد پس از اقدام به خودکشی انشا می کند، موضع سخت گیرانه خود را نسبت به اراده های شکل گرفته در آستانه مرگ

خودخواسته آشکار ساخته است. فلسفه این ماده آن است که چنین اراده‌ای، فاقد کمال، آزادی و عاری از فشارهای روانی طاقت‌فرسا نیست. اگرچه وصیت به اتانازی پیش از اقدام تنظیم می‌شود، اما وضعیت روانی بیمار دردمند و ناامید، قرابت بسیاری با حالت مذکور در این ماده داشته و اراده آزاد او را به‌عنوان شرط اساسی صحت هر عمل حقوقی، در هاله‌ای از ابهام قرار می‌دهد.

اما حتی با فرض احراز کامل اهلیت، موضوع وصیت با یک مانع سه‌لایه‌ی درهم‌تنیده مواجه است:

• لایه نخست: بطلان به دلیل فقدان مشروعیت موضوع

مطابق ماده ۸۴۰ قانون مدنی، وصیت بر امر غیرمشروع باطل است. از آنجا که اتانازی فعال در نظام کیفری ایران مصداق بارز قتل عمد محسوب می‌شود، موضوع این وصیت ذاتاً نامشروع و مجرمانه است (سلیمی و فتحی، ۱۳۹۲؛ میرمحمدصادقی و ایزدیار، ۱۳۹۴). اراده موصی، هرچقدر هم که قابل احترام باشد، نمی‌تواند به عملی که قانون آن را جرم می‌شناسد، مشروعیت و اثر حقوقی ببخشد.

• لایه دوم: تعارض ماهوی با نظم عمومی

فراتر از جرم‌انگاری، این وصیت با اصول بنیادینی که نظم عمومی جامعه بر آن استوار است، در تضاد قرار دارد. در نظام حقوقی ایران، قداست حیات و تکلیف به حفظ نفس از ارکان خدشه‌ناپذیر نظم عمومی محسوب می‌شوند (کاتوزیان، ۱۳۸۴). پذیرش اعتبار چنین وصیتی، می‌تواند به تزلزل در امنیت حقوقی جامعه و ایجاد یک شیب لغزنده خطرناک منجر شود که در آن، ارزش حیات در برابر سایر ملاحظات تضعیف گردد (نبی، ۱۳۹۸).

• لایه سوم: مغایرت با اخلاق حسنه

در عمیق‌ترین سطح، نظم عمومی خود ریشه در اخلاق حسنه حاکم بر جامعه دارد. در نظام حقوقی ایران، این مفهوم پیوندی ناگسستنی با اخلاق اسلامی داشته که در آن، حیات یک ودیعه الهی است و انسان امانت‌دار آن است، نه مالک مطلق آن (موسوی بجنوردی، ۱۳۹۳). بر این اساس، وصیت به سلب این امانت، اقدامی مغایر با وجدان اخلاقی جامعه و در نتیجه، فاقد اعتبار است.

ج: تحلیل از منظر فقهی

تحلیل فقهی وصیت بر اتانازی، در واقع، تحلیل حاکمیت اصول بنیادین و آمره بر قواعد ثانویه است. در این تحلیل، اصول مطلقاً چون حرمت قتل نفس و حق‌الله بودن حیات به طور قاطع بر قواعدی که حاکمیت اراده فردی را به رسمیت می‌شناسند (مانند قاعده تسلط و لاجرح)، تفوق یافته و هرگونه وصیت به سلب حیات را از اساس باطل می‌سازند.

۱. ادله بنیادین حرمت: قداست نفس به‌مثابه حق‌الله

دیدگاه قاطع فقه امامیه بر دو پایه استوار است:

- نخست، حرمت ذاتی قتل نفس که از ضروریات دین و تثبیت‌شده با نصوص صریح است. قرآن کریم با صراحت تمام امر می‌کند: «وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ» (قرآن کریم، اسراء: ۳۳)؛ «و نفسی را که خداوند حرام کرده است جز

به حق نکشید». این حرمت، ماهیتی مطلق دارد و رضایت یا وصیت بیمار نمی‌تواند آن را مشروع سازد، زیرا حرمت قتل نفس از مصادیق بارز حق‌الله است که اراده افراد در آن بی‌اثر است (موسوی بجنوردی و رضوی‌نیا، ۱۳۹۳).

- دوم، حیات به‌مثابه امانت الهی؛ در این دیدگاه، انسان مالک مطلق حیات خود نیست، بلکه امانت‌داری است که تنها در چارچوب اذن مالک حقیقی (خداوند) حق تصرف دارد و چنین اذنی برای اتلاف نفس صادر نشده است. بر همین اساس، هرگونه یاری رساندن به این امر، مصداق «عانه بر اثم» (کمک به گناه) و حرام است (خسروی و همکاران، ۱۳۹۷).

۲. نقد و تحدید قواعد معارض: تمایز میان ترک فعل و فعل ایجابی

در مقابل این مبانی، قواعدی چون تسلط و لاضرر و لاجرح مطرح می‌شوند که ظرفیت دفاع از نوعی اختیار برای بیمار را دارند. با این حال، فقها با دقت، قلمرو این قواعد را محدود کرده‌اند:

- **محدودیت قاعده تسلط:** قاعده الناس مسلطون علی انفسهم یک قاعده مطلق نیست و در برابر حکم امره حرمت قتل نفس تخصیص می‌خورد و محدود می‌شود. سلطه انسان بر نفس، در حد انتفاع و حفظ آن است، نه اتلاف و نابودی (آقایی، ۱۴۰۱؛ موسوی بجنوردی، ۱۳۹۳).

- **قلمرو قاعده لاجرح:** قواعد نفی ضرر و حرج، مهم‌ترین مبنا برای جواز اتانازی غیرفعال ترک درمان‌های بی‌فایده هستند. این قواعد، تکلیف مشقت‌بار (ادامه درمان) را برمی‌دارند، اما هرگز مجوزی برای ارتکاب یک فعل ایجابی حرام (قتل) صادر نمی‌کنند. تفاوت کلیدی میان «اجازه دادن به مرگ برای فرارسیدن» و ایجاد کردن مرگ، مرز نهایی کاربرد این قاعده است (خسروی، ۱۳۹۷؛ موسوی بجنوردی، ۱۳۹۳).

بخش چهارم: مطالعه تطبیقی در نظام حقوقی پنج کشور منتخب

الف: رویکرد حداکثری؛ هلند و بلژیک

هلند و بلژیک، با قانون‌گذاری در سال ۲۰۰۲، نماینده یک پارادایم حقوقی حداکثری هستند که در آن، اصل خودمختاری بیمار بر اصل قداست حیات اولویت می‌یابد. در این رویکرد، اتانازی از یک عمل مطلقاً مجرمانه به یک فرآیند پزشکی مشروع، مشروط به رعایت دقیق معیارهای مراقبت دقیق، تغییر ماهیت می‌دهد. این جرم‌زدایی مشروط، بر تضمین اراده آگاهانه، داوطلبانه و سنجیده بیمار استوار است و سنگ بنای قانونی آن، اراده مکتوب و غیرقابل انکار بیمار است. قانون بلژیک بر ثبت درخواست توسط بیمار هوشیار تأکید دارد (آرچر، ۲۰۲۵) و در هلند، درخواست باید سنجیده و فارغ از تأثیر اختلالات روانی باشد (بوسما، ۲۰۲۴). این تأکید بر اهلیت در زمان درخواست، یک تنش حقوقی بنیادین را آشکار می‌سازد؛ زیرا اعتبار دستورالعمل‌های پیشین را در شرایطی که فرد اهلیت خود را از دست داده (مانند زوال عقل پیشرفته)، با چالش‌های تفسیری جدی مواجه می‌کند. محوری‌ترین و در عین حال ذهنی‌ترین معیار در این قوانین، رنج غیرقابل تحمل و بی‌پایان است که شامل رنج جسمی و روانی می‌شود. این مفهوم، یک تعریف حقوقی بسته نیست، بلکه یک برآیند بالینی و اخلاقی پویا است که بر اساس گزارش بیمار و قضاوت حرفه‌ای پزشک شکل می‌گیرد و در موارد روانپزشکی، با «احتیاط مضاعف» همراه است (بوسما، ۲۰۲۴). این چارچوب قانونی، ضمن سپردن مسئولیت

سنگین به پزشکان (آرچر، 2025)، به عادی‌سازی این عمل در نظام سلامت منجر شده است، به طوری که ۲,۴٪ از کل مرگ‌ها در بلژیک در سال ۲۰۲۱ از این طریق صورت گرفته است (امرزی، 2022).

ب: رویکرد مبتنی بر حقوق؛ کانادا

مسیر کانادا در قانونی‌سازی کمک پزشکی برای مردن، نمایانگر یک مدل منحصربه‌فرد و حقوق‌محور است. برخلاف رویکرد پارلمانی در اروپا، این تحول در کانادا از دل یک دستور قضایی و رأی تاریخی دیوان عالی در پرونده کارتر (2015) بیرون آمد. دیوان عالی با استدلال بر اینکه ممنوعیت مطلق مرگ‌یاری شده ناقض حق حیات، آزادی و امنیت شخصی (مندرج در منشور حقوق و آزادی‌ها) است، این ممنوعیت را برای بزرگسالان توانمندی که از رنج غیرقابل تحمل ناشی از یک بیماری شدید و لاعلاج رنج می‌برند، بی‌اعتبار اعلام کرد (چان، 2016). این رأی، پارلمان را مکلف به تدوین یک چارچوب قانونی با تضمین‌های دقیق کرد. پاسخ پارلمان، ابتدا با وضع معیار محدودکننده مرگ طبیعی قابل پیش‌بینی همراه بود که بعداً به دلیل چالش‌های حقوقی و قضایی، با ایجاد یک سیستم دو مسیره انعطاف‌پذیرتر شد تا افرادی که مرگشان قریب‌الوقوع نیست نیز تحت شرایط سخت‌گیرانه‌تر، واجد شرایط شوند. این تحول، بازتاب کشمکش دائمی میان دو ارزش بنیادین است: اصالت خودمختاری فردی در برابر اصل حفاظت از افراد آسیب‌پذیر؛ نگرانی از اینکه کمک پزشکی برای مردن به جای ارائه حمایت‌های اجتماعی کافی، به راه‌حلی برای رنج ناشی از ناتوانی یا فقر بدل شود، همچنان یکی از محورهای اصلی این بحث است (براسلوتو، 2022). در زمینه موضوع اصلی این پژوهش، رویکرد کانادا کاملاً محتاطانه است: قانون فعلی، درخواست‌های پیشاپیش را به رسمیت نمی‌شناسد. به عبارت دیگر، وصیت‌نامه زیستی برای اجرای کمک پزشکی برای مردن پس از فقدان اهلیت، فاقد اعتبار است و بیمار باید تا لحظه نهایی، صلاحیت اعلام رضایت آگاهانه را داشته باشد. این محدودیت، کانادا را در نقطه مقابل رویکردهای حداکثری قرار داده و یکی از مهم‌ترین چالش‌های حل‌نشده در نظام حقوقی این کشور باقی مانده است.

ج: رویکرد خاص؛ سوئیس

مدل سوئیس در زمینه پایان اختیاری حیات، یک راه سوم منحصربه‌فرد را به نمایش می‌گذارد که نه بر جرم‌انگاری مطلق و نه بر قانونی‌سازی مستقیم، بلکه بر یک «عدم مداخله مشروط دولت» استوار است. بنیاد این رویکرد، ماده ۱۱۵ قانون جزای سوئیس است که از سال ۱۹۴۲ ثابت مانده و یک تمایز حقوقی کلیدی ایجاد می‌کند: در حالی که اتانازی فعال مستقیم (قتل از روی ترحم) جرم است، خودکشی مساعده شده تنها در صورتی مجازات دارد که با انگیزه‌های خودخواهانه همراه باشد (زو، 2025). این «عدم جرم‌انگاری مشروط»، یک خلأ قانونی ایجاد کرده که توسط دو بازیگر اصلی پر می‌شود: سازمان‌های غیردولتی (مانند EXIT و Dignitas) که فرآیند را مدیریت می‌کنند و دستورالعمل‌های اخلاقی آکادمی علوم پزشکی سوئیس (SAMS) که چارچوب عملکرد پزشکان را تعیین می‌کند (آکادمی علوم پزشکی سوئیس، 2022). در این مدل، نقش پزشک به تأیید شرایط پزشکی و تجویز دارو محدود است و مهم‌ترین شرط، ضرورت انجام آخرین فعل‌کننده توسط خود بیمار است که مرز آن را با اتانازی فعال به‌طور کامل مشخص می‌کند. این ساختار منحصربه‌فرد، که در آن سازمان‌های مدنی نقشی محوری ایفا می‌کنند، منجر به شکل‌گیری پدیده گردشگری خودکشی شده است، اما همزمان به دلیل فقدان نظارت دولتی متمرکز و رویه‌های استاندارد، با چالش‌هایی در زمینه شفافیت و مستندسازی مواجه است (بارچ، 2019).

د: رویکرد ایالتی؛ ایالات متحده آمریکا

رویکرد ایالات متحده به پایان اختیاری حیات، مدلی غیرمتمرکز و ایالتی است که بر یک تفکیک حقوقی و اخلاقی قاطع استوار است: قانونی سازی خودکشی با کمک پزشک (تحت عناوینی چون مرگ با وقار) و ممنوعیت مطلق اتانازی فعال. سنگ بنای اصلی این مدل، شرط خود-اجرایی است؛ یعنی بیمار باید شخصاً آخرین فعل کشنده را انجام دهد، که این امر بار مسئولیت نهایی را بر دوش او قرار داده و نقش پزشک را به تجویز دارو محدود می‌کند. مدل اورگان، به عنوان پیشگام این رویکرد، بر دو اصل استوار است: (۱) محدودیت شدید واجد شرایط بودن به بیماران لاعلاج با پیش‌بینی عمر کمتر از شش ماه، و (۲) تضمین صلاحیت عقلی و اراده آزاد بیمار. تحقیقات بیست‌ساله در این ایالت نشان داده است که این قانون به صورت محدود و عمدتاً توسط بیماران تحصیل کرده مبتلا به سرطان استفاده شده است (هدبرگ، 2017). همچنین، مطالعات نشان داده که انگیزه اصلی بیماران، نه درد، بلکه نگرانی از از دست دادن استقلال و وقار بوده است (گانزینی، 2000). در مقابل، تجربه کالیفرنیا چالش‌های پیاده‌سازی این مدل در جوامع بزرگ و متنوع را آشکار می‌سازد؛ مواردی چون حق امتناع وجدانی پزشکان و نهادهای درمانی و نابرابری در دسترسی برای اقلیت‌ها، از موانع کلیدی هستند (پتریلو، 2017). در مجموع، مدل آمریکایی در مقایسه با رویکردهای اروپایی، بسیار محافظه‌کارانه‌تر و محدودتر است؛ زیرا هم از نظر ماهیت (تأکید بر خود-اجرایی) و هم از نظر دامنه شمول (محدود به بیماری کشنده)، چارچوب بسته‌تری را ارائه می‌دهد که در آن، خودمختاری بیمار صرفاً در چارچوب یک بیماری لاعلاج و از طریق فعل شخصی خود او به رسمیت شناخته می‌شود.

بخش پنجم: جدول تطبیقی و تحلیل مقایسه‌ای

تحلیل نظام‌های حقوقی مختلف در مواجهه با وصیت بر اتانازی و مرگ یاری‌شده، نمایانگر طیف وسیعی از رویکردهاست که از حرمت مطلق مبتنی بر قداست حیات تا پذیرش حداکثری بر پایه خودمختاری فردی امتداد دارد. این گفتار ابتدا در قالب یک جدول، وجوه تمایز کلیدی میان ایران و پنج کشور منتخب را به تصویر می‌کشد و سپس در تحلیلی مقایسه‌ای، به ریشه‌یابی این تفاوت‌ها در مبانی فلسفی، حقوقی و ساختاری هر نظام می‌پردازد.

الف: جدول مقایسه‌ای رویکردها به پایان زندگی

معیار مقایسه	ایران	هلند و بلژیک	کانادا	سوئیس	آمریکا
وضعیت قانونی	مطلقاً غیرقانونی .	قانونی و جرم‌زدایی شده	قانون مبتنی بر رأی دیوان عالی (پرونده کارت). هر دو شکل اتانازی و خودکشی مجاز است.	اتانازی فعال غیرقانونی است. خودکشی مساعدت‌شده در صورت فقدان انگیزه‌های خودخواهانه جرم‌انگاری نشده است.	اتانازی فعال غیرقانونی است. خودکشی مساعدت‌شده در برخی ایالت‌ها (مانند اورگان و کالیفرنیا) قانونی است.

شرایط اصلی واجد شرایط بودن	موضوعیت ندارد.	درخواست داوطلبانه و سنجیده/رنج غیرقابل تحمل و بی‌پایان جسمی یا روانی/عدم وجود چشم‌انداز بهبودی/لزوماً محدود به بیماری لا‌علاج نیست.	بیماری یا ناتوانی شدید و غیرقابل علاج /زوال پیشرفته و برگشت‌ناپذیر/رنج پایدار و غیرقابل تحمل/نیازی به مرگ طبیعی قابل پیش‌بینی ندارد	صلاحیت کامل تصمیم‌گیری/رنج غیرقابل تحمل می‌تواند ناشی از بیماری یا محدودیت‌های عملکردی متعدد باشد/درخواست پایدار و داوطلبانه.	بیماری لاعلاج با پیش‌بینی عمر کمتر از ۶ ماه/ بزرگسال و ساکن ایالت مربوطه/ دارای صلاحیت کامل عقلی.
نقش پزشک	در اتانازی فعال، مباشر قتل عمد محسوب می‌شود.	نقش فعال . می‌تواند عمل نهایی (تزریق) را انجام دهد یا در خودکشی مساعدت کند. ملزم به مشورت با پزشک مستقل است.	نقش فعال .می‌تواند عمل نهایی را انجام دهد یا در خودکشی مساعدت کند. ملزم به رعایت تضمین‌های رویه‌ای دقیق است.	نقش محدود. تنها می‌تواند دارو را تجویز کند و شرایط پزشکی را تأیید نماید. عمل نهایی باید توسط بیمار انجام شود.	نقش محدود و منحصراً تجویزی. تنها مجاز به تجویز داروی کشنده است. هرگونه کمک در اجرای عمل ممنوع است.
اعتبار وصیت‌نامه زیستی	مطلقاً باطل و فاقد اثر. وصیت به امر غیرمشروع و خلاف نظم عمومی است.	در حال حاضر برای مرگ یاری شده اعتبار ندارد. بیمار باید در تمام مراحل و تا لحظه نهایی، صلاحیت اعلام رضایت داشته باشد.	موضوعیت اصلی ندارد. سیستم بر پایه درخواست و اراده فعلی و آگاهانه بیمار استوار است و برای شرایط فقدان صلاحیت طراحی نشده.	برای درخواست کمک پزشکی برای مردن اعتبار ندارد. بیمار باید در زمان درخواست صلاحیت کامل داشته باشد.	در هلند، تحت شرایطی برای بیماران فاقد صلاحیت (مانند زوال عقل) معتبر است. در بلژیک، پیچیده‌تر است اما قانون آن را به رسمیت شناخته.

ب: تحلیل مقایسه‌ای؛ از قداست حیات تا حاکمیت اراده

تحلیل نظام‌های حقوقی منتخب، یک طیف فلسفی عمیق را به نمایش می‌گذارد که در یک سو، پارادایم قداست حیات حاکم بر نظام حقوقی ایران قرار دارد و در سوی دیگر، پارادایم «خودمختاری فردی» که کشورهای غربی با شدت و ضعف متفاوت، درگیر تعریف حدود و ثغور آن هستند.

یکی از کلیدی‌ترین خطوط تمایز، در نقش پزشک و تعریف رنج مشروع آشکار می‌شود. رویکرد آمریکایی، با محدود کردن شرایط به بیماری لاعلاج با پیش‌بینی عمر کمتر از شش ماه و الزام به «خود-اجرایی» توسط بیمار، مدلی محافظه‌کارانه ارائه می‌دهد که بر مدیریت کیفیت «مرگ قریب‌الوقوع» متمرکز است (گانزینی، 2000). سوئیس نیز با ممنوعیت اتانازی فعال، مسئولیت نهایی را بر دوش بیمار حفظ می‌کند. در مقابل، هلند، بلژیک و کانادا با عبور از این مرز، نه تنها اتانازی فعال را به عنوان یک اقدام پزشکی مشروعیت بخشیده‌اند، بلکه با پذیرش معیار وسیع رنج غیرقابل تحمل، که می‌تواند شامل بیماری‌های مزمن غیرکشنده و اختلالات روانی باشد، دامنه شمول را از حق مردن با وقار به حق پایان دادن به رنج گسترش داده‌اند (بوسما، 2024؛ آرچر، 2025).

نقطه اوج این تفاوت پارادایمی، در جایگاه وصیت و ارادهٔ پیشین بیمار تجلی می‌یابد. در نظام حقوقی ایران، که حیات را ودیعه الهی و حقالله می‌داند، اراده فرد در برابر نظم عمومی تاب مقاومت نداشته و وصیت به اتانازی باطل مطلق است. در جهان غرب، هرچند این اراده محترم شمرده می‌شود، اما اعتبار زمانی آن محل مناقشه است. کانادا و ایالات متحده با الزام به وجود اهلیت و رضایت تا لحظه نهایی، خودمختاری را به ارادهٔ فعلی فرد محدود کرده و عملاً اعتبار وصیت‌نامه زیستی برای مرگ یاری شده را نمی‌پذیرند (چان، 2017؛ سومرویل، 2016). در مقابل، هلند و بلژیک با به رسمیت شناختن دستورالعمل‌های پیشین، ارادهٔ سابق فرد را بر وضعیت فعلی او (مثلاً در زوال عقل پیشرفته) حاکم می‌دانند که این تجلی حداکثری اصل حاکمیت اراده در طول زمان است. در نهایت، منشأ قانونی سازی نیز متنوع است: از فرآیندهای طولانی پارلمانی در بنلوکس، تا حکم قضایی تاریخ‌ساز در کانادا، خلأ قانونی و نقش آفرینی جامعه مدنی در سوئیس، و قوانین ایالتی در آمریکا. این تنوع نشان می‌دهد که نظام حقوقی ایران در یک سوی طیف، با اتکا به مبانی فقهی، هرگونه اراده‌ای بر سلب حیات را باطل می‌داند، در حالی که کشورهای دیگر در سوی دیگر، درگیر چالش دائمی یافتن نقطه تعادل میان اراده فرد برای رهایی از رنج و وظیفه دولت برای حفاظت از جان شهروندان آسیب‌پذیر هستند.

۴. نتیجه‌گیری و پیشنهادها

تحلیل نظام حقوقی ایران در قیاس با پنج کشور منتخب، گسستی عمیق و پارادایمیک را آشکار می‌سازد که فراتر از تفاوت در قواعد، ریشه در مبانی فلسفی و جهان‌بینی حاکم بر این نظام‌ها دارد. در یک سو، گفتمان مبتنی بر قداست حیات قرار دارد که با انسجامی سیستماتیک، ساختار حقوقی ایران را شکل داده و در سوی دیگر، گفتمان کیفیت حیات و خودمختاری فردی که شالودهٔ نظام‌های غربی را تشکیل می‌دهد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که نظام حقوقی ایران با اتکا به یک منطق واحد، پاسخی قاطع و منسجم به بطلان وصیت بر اتانازی فعال می‌دهد، در حالی که نظام‌های غربی درگیر چالشی دائمی برای تنظیم‌گری و تعریف حدود این خودمختاری هستند.

منطق حاکم بر نظام حقوقی ایران، از یک سرچشمه واحد یعنی تلقی حیات به‌عنوان ودیعه الهی و حق‌الله نشأت می‌گیرد؛ امری که ارادهٔ فردی توانایی تصرف در آن را ندارد. این بنیاد، یک ساختار دفاعی سه‌لایه و هماهنگ را ایجاد کرده است:

۱. در لایه کیفری، عمل پزشک، مصداق بارز مباشرت در قتل عمد (ماده ۲۹۰ ق.م.ا) است و وصیت بیمار، به عنوان اذن در ارتکاب جرم، تنها می‌تواند حق الناس (قصاص) را ساقط کند، اما تأثیری بر جنبهٔ عمومی جرم (تعزیر) ندارد (میرمحمدصادقی، ۱۳۹۱؛ نبی، ۱۳۹۹).

۲. در لایه مدنی، این وصیت به دلیل فقدان شرط مشروعیت مورد و تعارض ماهوی با نظم عمومی و اخلاق حسنه، مطلقاً باطل است (کاتوزیان، ۱۳۸۴).

۳. در لایه فقهی که شالوده این ساختار است، حرمت ذاتی نفس به عنوان یک اصل بنیادین، هرگونه استناد به قواعد ثانویه مانند تسلط یا لاجرح را برای توجیه یک فعل ایجابی کشنده مردود می‌شمارد (موسوی بجنوردی و رضوی‌نیا، ۱۳۹۳؛ خسروی و همکاران، ۱۳۹۷).

در نقطه مقابل این ساختار منسجم، طیفی از رویکردهای غربی قرار دارد. مدل محافظه‌کارانه ایالات متحده، با الزام به خود-اجرایی و محدود کردن آن به بیماران لاعلاج (کمتر از شش ماه عمر)، این حق را نه ابزاری برای پایان دادن به رنج، بلکه راهی برای مدیریت کیفیت «مرگ قریب‌الوقوع» می‌داند (گانزینی، ۲۰۰۰، پترلو، ۲۰۱۷). در سوی دیگر، مدل حداکثری هلند و بلژیک با پذیرش اتانازی فعال، معیار گسترده رنج غیرقابل تحمل (شامل رنج روانی) و اعتباربخشی به ارادهٔ پیشین، خودمختاری فرد را به اوج رسانده است (بوسما، ۲۰۲۴؛ آرچر، ۲۰۲۵). کانادا نیز، که رویکردش از دل یک رأی قضایی مبتنی بر حقوق بنیادین زاده شد، به مدل اروپایی نزدیک است اما در پذیرش درخواست‌های پیشاپیش مقاومت می‌کند (چان، ۲۰۱۶). این تکرر، بازتابی از نحوه مواجهه هر نظام با خطر شیب لغزنده است؛ در ایران این خطر با ممنوعیت مطلق دفع می‌شود، در حالی که در غرب (مانند اورگان) با تکیه بر داده‌های تجربی و تضمین‌های رویه‌ای، تلاش می‌شود تا این خطر مدیریت گردد (هدبرگ، ۲۰۱۷).

با این حال، این پژوهش یک تمایز کلیدی را آشکار می‌سازد که نقطه تعادل نظام حقوقی ایران را نشان می‌دهد. وصیت بر اتانازی غیرفعال (ترک یا توقف درمان)، ماهیتی کاملاً متفاوت دارد. این اراده، نه درخواست یک فعل ایجابی، بلکه مبتنی بر ترک فعل و امتناع از پذیرش درمان است. در این چارچوب، قواعدی چون تسلط (الناس مسلطون علی انفسهم) و حق بر تمامیت جسمانی، مبنای حقوقی معتبری برای به رسمیت شناختن اراده بیمار فراهم می‌کنند (خسروی، ۱۳۹۷). بنابراین، نظام حقوقی ایران ضمن رد قاطع اراده بر سلب حیات از طریق فعل مثبت، به اراده فرد برای امتناع از درمان و پذیرش روند طبیعی مرگ احترام می‌گذارد. در نهایت، شکاف میان این دو پارادایم، شکافی است میان دو جهان‌بینی: جهانی که در آن حیات، امانتی مقدس با قواعدی از پیش تعیین‌شده است و جهانی که در آن حیات، روایتی است که فرد حق دارد آخرین فصل آن را خود بنویسد. نظام حقوقی ایران ثبات و انسجام را برمی‌گزیند، در حالی که نظام‌های غربی، پیچیدگی و چالش دائمی ایجاد تعادل میان ارادهٔ فردی و مسئولیت جمعی را انتخاب کرده‌اند.

یافته‌های این پژوهش، ضمن تأیید بطلان مطلق وصیت بر اتانازی فعال، یک خلأ قانونی معنادار را در خصوص اعتبار وصیت بر ترک درمان آشکار می‌سازد. این ابهام، کادر درمان را در مواجهه با ارادهٔ بیماران، بدون هرگونه سپر حمایتی، در معرض مسئولیت کیفری و مدنی قرار می‌دهد (نبی، ۱۴۰۲). برای رفع این چالش و حرکت به سوی یک سیاست‌گذاری انسانی و کارآمد، یک رویکرد دوجبهی و درهم‌تنیده، که شفاف‌سازی قانونی را با پژوهش‌های میدانی پیوند می‌زند، ضروری است.

گام نخست و فوری، تدوین قانونی جامع تحت عنوان قانون دستورالعمل پیشرفته پزشکی است. محور بنیادین چنین قانونی باید بر تفکیک قاطع میان فعل مثبت کشنده (اتانازی فعال) که همواره جرم تلقی می‌شود (سلیمی و فتاحی، ۱۳۹۲) و ترک فعل درمانی (اتانازی غیرفعال) استوار باشد. با محدود کردن دامنهٔ قانون به اعتباربخشی ارادهٔ بیمار مبنی بر رد یا توقف درمان‌های بی‌فایده،

می‌توان از ظرفیت‌های موجود در فقه و حقوق، مانند قاعده تسلط و حق بر تمامیت جسمانی (خسروی، دانشور ثانی و اصغری، ۱۳۹۷)، بهره برد. این قانون باید با وضع شرایط شکلی و ماهوی دقیق (اهلیت، کتبی بودن، آگاهی کامل) و ارائه تعاریف روشن از مفاهیمی چون درمان بی‌فایده، سپر حمایتی لازم را برای کادر درمان فراهم آورد تا احترام به اراده معتبر بیمار، آن‌ها را با اتهام مشارکت در جرم مواجه نسازد.

با این حال، قانون‌گذاری در چنین حوزه حساسی نمی‌تواند در خلأ و صرفاً بر مبنای تحلیل‌های نظری صورت گیرد. موفقیت و پذیرش اجتماعی چنین قانونی، نیازمند درک عمیق از واقعیت‌های فرهنگی و اجتماعی است. از این رو، گام دوم که مکمل و زیربنای اقدام تقنینی است، گذار به سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد است. این امر مستلزم اجرای پیمایش‌های نگرش‌سنجی ملی برای ارزیابی پذیرش اجتماعی وصیت‌نامه زیستی در میان بیماران، کادر درمان و حقوقدانان است. همزمان، پژوهش‌های کیفی عمیق برای واکاوی تجربه زیسته رنج و مفهوم‌سازی مرگ باوقار در بستر فرهنگی ایران، می‌تواند تمرکز را از راه‌حل‌های صرفاً حقوقی به سمت توسعه زیرساخت‌های مراقبت تسکینی سوق دهد؛ پاسخی که انسانی‌ترین و مؤثرترین راهکار برای مواجهه با رنج بیماران در پایان حیات است. در نهایت، این رویکرد یکپارچه تضمین می‌کند که شفافیت قانونی، مبنایی مستحکم در واقعیت‌های جامعه داشته باشد.

فهرست منابع

منابع فارسی

- آقای سیاه اسطلخی، م. (۱۴۰۱). بررسی مبانی فقهی و حقوقی اتانازی با تأکید بر قاعده تسلط. پژوهش‌های فقه و حقوق اسلامی، ۱۸ (۶۸)، ۳۵-۵۴.
- الهی‌منش، م. ر.، و عزیززاده، ج. (۱۴۰۳). اتانازی: دیدگاه حقوقی، اخلاقی و فقه شیعه. مجله مطالعات حقوق و سلامت، ۱ (۱)، ۱-۱۳۱.
- پاشایی، ز. (۱۴۰۰). بررسی تطبیقی مبانی قانونی، فقهی و اخلاقی اتانازی در حقوق ایران و سوئیس. فصلنامه علمی حقوقی «حقوق گستر»، ۷ (۲۷)، ۱۰۷-۱۲۷.
- خسروی، ک.، دانشور ثانی، ر.، و اصغری، ع. (۱۳۹۷). واکاوی ماده ۳۶۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ (اتانازی) از منظر فقه اسلامی. آموزه‌های حقوق کیفری، ۱۵ (۱۵)، ۱۸۹-۲۱۶.
- سلیمی، ا.، و فتاحی، م. ج. (۱۳۹۲). تحلیل حقوقی اتانازی در لایحه قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۰. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ۶ (۳)، ۱۷-۲۸.
- کاتوزیان، ن. (۱۳۸۴). مقدمه علم حقوق و مطالعه در نظام حقوقی ایران (چاپ چهارم و دوم). شرکت سهامی انتشار.
- موسوی بجنوردی، س. م.، و رضوی‌نیا، م. (۱۳۹۳). اتانازی در فقه و حقوق اسلامی با محوریت آرای امام خمینی (س). پژوهشنامه متین، ۱۶ (۶۳)، ۲۱-۵۰.

میرمحمدصادقی، ح. (۱۳۹۱). حق مردن یا حق کشته شدن؟ نگاهی به موضوع قتل‌های ترحم‌آمیز. *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۶(۲۱)، ۹-۳۲.

میرمحمدصادقی، ح. (۱۳۹۸). *جرایم علیه اشخاص* (چاپ بیستم). نشر میزان.

میرمحمدصادقی، ح.، و ایزدیار، ع. (۱۳۹۴). خودکشی مساعدت شده پزشکی: از مبانی جرم‌انگاری تا واکنش کیفری. *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۹(۳۲)، ۱۶۱-۱۸۵.

نبی، ع. (۱۳۹۹). ضرورت‌ها و موانع مشروعیت بخشی به اتانازی در ایران. *مجله پژوهش‌های حقوقی*، ۱۹(۴۱)، ۴۱۱-۴۳۸.

نیکزاد، ع.، و جورسرایبی، س.غ. (۱۳۹۱). مرگ ترحم‌آمیز از دیدگاه اسلام. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۱۵(۱)، ۴۰-۴۸.

منابع انگلیسی (Latin Sources)

Aghaei Siah Estalakhi, M. (2022). Investigating the jurisprudential and legal foundations of euthanasia with emphasis on the rule of dominion. *Islamic Law & Jurisprudence Researches*, 18(68), 35-54. [In Persian]

Ahmad, A., & Khan, A. (2023). Euthanasia – Review and update through the lens of a psychiatrist. *Industrial Psychiatry Journal*, 32(2), 239–243.

Archer, M., Willmott, L., Chambaere, K., Deliens, L., & White, B. P. (2025). How does regulation influence euthanasia practice in Belgium? A qualitative exploration of involved doctors' and nurses' perspectives. *Medical Law Review*, 33, 1–24.

Archer, M., Willmott, L., et al. (2025). Key challenges in providing assisted dying in Belgium. *Palliative Care & Social Practice*, 19.

Bartsch, C., Landolt, K., Ristic, A., Reisch, T., & Ajdacic-Gross, V. (2019). Assisted suicide in Switzerland—an analysis of death records from Swiss institutes of forensic medicine. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(33-34), 545–552.

Bosma, H., van de Griendt, F. J. M., van den Nieuwenhuizen, R. H. S., van Veen, S., Roes, K. C. B., & Lensvelt-Mulders, G. J. L. M. (2024). Euthanasia in patients with psychiatric disorders: a case series from the Dutch Euthanasia Expertise Center. *BMC Psychiatry*, 24, Article 269.

Brassolotto, J., Manduca-Barone, A., & Zurbrigg, P. (2023). Vulnerability, autonomy, dignity, and human rights: A review of Canadian news media on Medical Assistance in Dying (MAiD). *Journal of Medical Humanities*, 44, 167–186.

Chan, B., & Somerville, M. (2016). Converting the 'right to life' to the 'right to physician-assisted suicide and euthanasia': An analysis of *Carter v Canada* (Attorney General), Supreme Court of Canada. *Medical Law Review*, 24(2), 143–175.

Elahimanesh, M. R., & Alizadeh, J. (2024). Euthanasia: Legal, ethical, and Shiite jurisprudence perspective. *Journal of Legal and Health Studies*, 1(1), 131-146. [In Persian]

Fard Moghadam, N., Hassani, A., & Khaninezhad, L. (2025). Exploring attitudes toward euthanasia in Iranian healthcare providers: a systematic review of influencing factors. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 20, Article 21.

Fontalis, A., Prousalis, E., & Kulkarni, K. (2018). Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(11), 407–413.

Ganzini, L., Nelson, H. D., Schmidt, T. A., Kraemer, D. F., Delorit, M. A., & Lee, M. A. (2000). Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *The New England Journal of Medicine*, 342(8), 557–563.

Hedberg, K., & New, C. (2017). Oregon's Death with Dignity Act: 20 Years of Data and Recent Trends. *Annals of Internal Medicine*, 167(8), 589-590.

Jones, R. M., & Simpson, A. I. F. (2018). Medical Assistance in Dying: Challenges for Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 678.

Katouzian, N. (2005). *Introduction to the science of law and study in the Iranian legal system* (42nd ed.). Enteshar Publishing Company. [In Persian]

Khosravi, K., Daneshvar Sani, R., & Asghari, A. (2018). Analysis of Article 365 of the Islamic Penal Code approved in 2013 (Euthanasia) from the perspective of Islamic jurisprudence. *Criminal Law Doctrines*, 15(15), 189-216. [In Persian]

Larijani, B., Mobasher, M., Zahedi, F., & Tahmasebi, M. (2025). Ethical Decision-Making Regarding Life Sustaining Treatment in End-Of-Life Care: A Scoping Review of the Similarities and Differences Between Two Viewpoints. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 13(1), e17.

Mir Mohammad Sadeghi, H. (2012). Right to die or right to be killed? A look at the subject of mercy killings. *Medical Law Journal*, 6(21), 9-32. [In Persian]

Mir Mohammad Sadeghi, H. (2019). *Crimes against persons* (20th ed.). Mizan Legal Foundation. [In Persian]

Mir Mohammad Sadeghi, H., & Izadyar, A. (2015). Physician-assisted suicide: From criminalization foundations to penal reaction. *Medical Law Journal*, 9(32), 161-185. [In Persian]

Mousavi Bojnourdi, S. M., & Razavinia, M. (2014). Euthanasia in Islamic jurisprudence and law focusing on Imam Khomeini's views. *Matin Research Journal*, 16(63), 21-50. [In Persian]

Mroz, S., D'Adesky, F.-X., Logan, A., & Chow, S. R. K. (2022). Euthanasia in Belgium: an update on the law and its application. *British Columbia Medical Journal*, 64(1), 27-31.

Nabi, E. (2020). Necessities and obstacles of legitimizing euthanasia in Iran. *Legal Research Quarterly*, 19(41), 411-438. [In Persian]

Nikzad, A., & Joursaraei, S. G. (2012). Mercy killing from the viewpoint of Islam. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 15(1), 40-48. [In Persian]

Pashaei, Z. (2021). A comparative study of legal, jurisprudential, and ethical foundations of euthanasia in Iranian and Swiss law. *Hagh Gostar Scientific Legal Quarterly*, 7(27), 107-127. [In Persian]

Petrillo, L. A., Dzung, E., Harrison, K. L., Forbes, L., Schriener, B., & Koenig, B. A. (2017). How California prepared for implementation of physician-assisted death: A primer. *American Journal of Public Health*, 107(6), 883-888.

Salimi, A., & Fathi, M. J. (2013). Legal analysis of euthanasia in the Islamic Penal Code Bill of 2011. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 6(3), 17-28. [In Persian]

Struik, A., van Hees, S., & van de Vathorst, S. (2022). On the authority of advance euthanasia directives for people with severe dementia: Dutch case study. *Hastings Center Report*, 52(5), 24-34.

Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS). (2022). *Management of dying and death (Medical-ethical guidelines)*. SAMS.

Xu, K. (2025). Assisted suicide in Switzerland: The impact of shifting public and legal paradigms on families and professionals. *University of Michigan Journal of Public Health*, 1(1), 45-57.