

اسراف انگاری درمان بیهوده و عدم مشروعیت آن: مطالعه‌ی تطبیقی اخلاق پزشکی و فقه اسلامی

سعید نظری توکلی^{۱*}، سعید غدیرزاده طوسی^۲

۱. استاد دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه تهران.

۲. دانشجوی دکتری دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه تهران.

چکیده

درمان جان بیماران در معرض خطر یا ضرر جبران‌ناپذیر، عملی واجب است؛ باوجوداین، گاه به واسطه‌ی پیری، شدت بیماری یا نبود درمان تعریف‌شده، بیمار در وضعیتی است که بنا به تشخیص کادر پزشکی، شروع یا ادامه‌ی درمان اثری در بهبودی او ندارد یا اثر آن، چنان ناچیز است که در عرف پزشکی نادیده انگاشته می‌شود. در این پژوهش که با روش توصیفی و تحلیلی و به استناد منابع کتابخانه‌ای انجام شده است، بر آن بودیم تا با مطالعه‌ی تطبیقی «درمان بیهوده» در اخلاق پزشکی، با عنوان «اسراف» در فقه اسلامی، نشان دهیم تا چه اندازه میان آن‌ها سازگاری مفهومی وجود دارد؛ همچنین، با توجه به حرمت اسراف در آموزه‌های فقهی، آیا انجام‌دادن درمان بیهوده از نظر شرعی حرام است؟ برای این منظور، ابتدا «درمان بیهوده» و شاخصه‌های آن در متون پزشکی، سپس ملاحظات اخلاقی انجام‌دادن آن تبیین شد؛ در نهایت، پس از تحلیل واژه‌ی اسراف با استناد به منابع لغوی، فقهی، روایی و تفسیری از نظر مفهومی و موضوعی و حکمی، میزان سازگاری درمان بیهوده با اسراف، بر اساس مطالعه‌ی تطبیقی، بررسی شد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد، درمان بیهوده به این دلیل که موجب هدررفتن اموال شخصی یا عمومی می‌شود و برای بهبودی یا سلامت بیمار سودمند نیست، غرض عقلایی ندارد و مصداق اسراف است؛ بدین ترتیب، انجام‌دادن درمان بیهوده نه تنها واجب نیست، بلکه چون مصداق اسراف است، حرام شمرده می‌شود؛ پس، انجام‌دادن آن، افزون بر عقوبت اخروی، از آنجاکه مستلزم اتلاف مال دیگری است، مسئولیت مدنی نیز دارد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، اسراف، بیهودگی، درمان بیهوده، فقه اسلامی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۲۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۶/۲۸

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

سعید نظری توکلی

آدرس: تهران، چهارراه شهید مفتاح

کد پستی: ۱۵۷۶۶۱۳۱۱۱

تلفن: ۰۲۱ - ۴۲۷۶۲۰۰۰

Email: sntavakkoli@ut.ac.ir

مقدمه

افزایش طول عمر، به‌ویژه نسبت افراد بالای ۶۵ سال به کودکان زیر ۵ سال (۱) و عدم تخصیص مناسب امکانات پزشکی در جوامع توسعه نیافته سبب شده تا دسترسی مردم به امکانات و تجهیزات پزشکی با مشکل روبرو شود. بر اساس گزارش مرکز ملی آمار ایران در سال ۱۴۰۱ به ازای هر ۵۶۰ نفر برای تمام بیماری‌ها، تنها یک تخت فعال بیمارستانی وجود دارد. این درحالی است که بنا به استاندارد کشوری، یک تخت به ازای هر چهارصد بیمار لازم است. کمبود امکانات درمانی، افزایش تعداد سالمندان و صرف بیش‌تر منابع درمانی برای مراقبت‌های پایان حیات (۱)، همچنین وجود بیماران درمان‌پذیری که با کمبود منابع و تجهیزات درمانی روبرو هستند، ضرورت مطالعه درمان‌های بیهوده را آشکار می‌کند. با توجه به تأثیر باورهای مذهبی بیماران و کادر پزشکی در تصمیم‌گیری‌های آنها نسبت به شروع یا ادامه درمان بیهوده، تبیین فقهی آن، اجتناب ناپذیر است. از آن‌جا که قانون مدنی و جزایی ایران برگرفته از آموزه‌های فقه اسلامی با رویکرد امامیه است؛ نتایج این پژوهش می‌تواند در تدوین راهنماهای عملی برای تصمیم‌گیری پزشکی نسبت به ادامه یا توقف درمان‌های بیهوده، استفاده شود.

بر اساس آموزه‌های دینی، درمانگری و درمان‌پذیری رفتاری مشروع است و در صورتی که جان یا سلامت شخص درخطر باشد، به واسطه لزوم حفظ نفس از ضرر و خطر، واجب می‌شود

پیام‌های کلیدی

- اسراف عبارت است از زیاده روی در استفاده از هر چیزی.
- درمان بیهوده یکی از مصادیق عمل مسرفانه است.
- اقدامات درمانی بیهوده از نظر مبانی فقه اسلامی، عملی نامشروع است.

(۲،۳). این حکم وجوبی، هرچند ویژگی احکام «تأسیسی» را دارد (۴)، اما از آن‌جا که اقدامات پزشکی، مبتنی بر پذیرش حق بنیادین حیات است (۵)، این حکم شرعی، جنبه عقلائی پیدا کرده، از جمله «احکام امضایی» نیز به حساب می‌آید (۶). در فرایند درمان، گاه کادر پزشکی بر اساس داده‌ها و شرایط بالینی، به این نتیجه می‌رسند که درمان تأثیری در بهبود وضعیت بیمار ندارد یا تأثیر آن به اندازه مورد انتظار نیست. این وضعیت، در درمان‌های پایان حیات که برای حفظ جان بیمار انجام می‌شود و در درمان‌های عادی و غیر اضطراری، همچون درمان‌های ناباوروری بی‌نتیجه، قابل تصور است. با توجه به پیشرفت دانش پزشکی و کشف دارو یا روش‌های درمانی نوپیدا که تنها افزایش‌دهنده طول عمر بیماران هستند، از یک سو و گران قیمت بودن آن‌ها از سوی دیگر، سبب شده است تا در پی پاسخ

۱. قال الصادق علیه السلام: «تَدَاوَوْا فَمَا أُنْزَلَ اللَّهُ دَاءً إِلَّا أَنْزَلَ مَعَهُ دَوَاءً» (درمان کنید چرا که خداوند هیچ دردی نداد الا اینکه درمانش را نیز فرستاد) دعائم الإسلام، ج ۲، ص ۱۴۳.

۲. «در حدیثی آمده است: لَمَّا ضُرِبَ أَمِيرُ الْمُؤْمِنِينَ دَخَلْنَا إِلَيْهِ نَعُوذُهُ، قَالَ: فَدَعَى لَهُ طَبِيبٌ (هنگامی که ضربه به سر امیرالمؤمنین زده شد، ما نزد ایشان برای عیادت رفتیم، گفتند برای ایشان پزشک بیاورید)؛ الاصول الستة العشر؛ ص ۱۷۸.

به این پرسش باشیم که آیا استفاده از روش‌های درمانی یا داروهای افزایش‌دهنده طول عمر بیماران که تأثیری در بهبودی آن‌ها ندارند، اسراف هستند و از نظر شرعی حرام.

همچنین، از آن‌جا یکی از مهم‌ترین مسائل مطرح در درمان بیهوده، برخورداری بیمار یا خانواده او از حق درخواست درمان‌های بدون تأثیر مورد نظر است (۷)؛ آیا اسراف بودن و در نتیجه، حرام بودن این چنین اقدامات درمانی از نظر شرعی، نافی حق بیمار یا خانواده او برای درخواست درمان بیهوده است؟ با چشم‌پوشی از پژوهش‌های مرتبط با جنبه پزشکی درمان بیهوده، مسائل مرتبط با درمان بیهوده موضوع گفت‌وگو اخلاقی و فقهی حقوقی قرار گرفته است. به عنوان نمونه، لاریجانی و همکاران (۱۳۸۳) در کتاب «پزشک و ملاحظات اخلاقی» (۸)؛ پزشک را ملزم به انجام درمان‌های بی‌نتیجه نمی‌داند و ارزش‌های هر فرد را مهم‌ترین مؤلفه مؤثر در تعریف درمان بیهوده به حساب می‌آورد. وی ارتباط باز، مذاکره و بحث را بهترین راه برای حل مسائل درمان بیهوده می‌داند. آرامش (۱۳۸۷) در مقاله «بیهودگی در پزشکی» (۹)، آزادی و سلطنت بیمار را محدود به جایی می‌داند که درخواست انجام درمان بیهوده نداشته باشد. مدنی (۱۳۹۲) در مقاله «ملاحظات اخلاقی درمان بیهوده» (۱۰) به تعریف درمان بیهوده و نقش اهداف درمان، مذهب و ارزش‌های اخلاقی در تعیین بیهودگی می‌پردازد و مدعی است ارائه تعریف جامع از بیهودگی با توجه به تفاوت ارزش‌های اخلاقی و مذاهب مشکل است. رضایی آدریانی (۱۳۹۴) در رساله دوره دکتری خود با عنوان «درمان بی‌نتیجه، بررسی تطبیقی از منظر اخلاق دینی و اخلاق سکولار» (۱۱)، پس از تعریف درمان بی‌نتیجه و واژه‌های همسو، به تفاوت میان اخلاق سکولار و اخلاق دینی در قضاوت نسبت

به انجام درمان‌های بی‌نتیجه می‌پردازد و به این نتیجه می‌رسد که در صورت عدم تحقق قطعی مرگ، هیچ درمانی بی‌نتیجه نیست. رضایی آدریانی (۱۳۹۴) در مقاله «مفهوم شناسی واژه لغو در قرآن کریم و نسبت آن با درمان بی‌نتیجه از دیدگاه اخلاق پزشکی» (۱۲)، درمان بی‌نتیجه را مصداق عنوان «لغو» دانسته است و چون انجام عمل لغو حرام نیست، اقدام به درمان بیهوده، امری غیر اخلاقی است. حسین‌زاده و طباطبایی (۱۳۹۸) در مقاله‌ای با عنوان «درمان‌های بیهوده پزشکی و احکام شرعی» (۱۳)، دلایل حرمت لهُو و لغو را در درمان بیهوده جاری دانسته، خودداری کادر درمانی از درمان بیهوده را مجاز دانسته‌اند. بدین ترتیب، مسئله حکم شناسی فقهی درمان بیهوده و تبیین آن از منظر اسراف، فاقد پیشینه مؤثر است و پژوهش حاضر از این جهت نوآوری دارد.

درمان بیهوده

بررسی «درمان بیهوده»، نیازمند دو بحث زمینه‌ای است، یعنی مفهوم درمان و اهداف درمان؛ پس از این مجاز خواهیم بود درباره چرایی درمان بیهوده سخن بگوییم و در ادامه شاخصه‌های درمان بیهوده و پیامدهای آن را واکاوی کنیم.

مفهوم‌شناسی درمان

از آن‌جا که در بیش‌تر موارد، درمان پس از تشخیص قطعی بیماری شروع می‌شود، سه واژه «بیماری»، «درمان» و «سلامت» در کنار هم معنا دارند. در متون پزشکی برای «بیماری» تعریف‌های مختلفی بیان شده است، از جمله: «انحراف از کارکرد فیزیولوژیکی بهنجار یا نظم عام» (۱۴)؛ همچنین، «درمان» نیز این‌گونه معنا شده است: «اقدام پزشکی که نسبت به یک بیمار خاص، دارای احتمال معقول برای حذف،

اهداف درمان

یکی از مؤلفه‌های بنیادی در مسئله «بیهودگی پزشکی»، آشنایی با اهداف درمان است؛ زیرا برای تعیین بی‌اثر بودن، بی‌فایده بودن یا بی‌ارزش بودن یک درمان، ضروری است آن را با اهداف مورد نظر سنجیده؛ احتمال رسیدن به آن را ارزیابی کنیم. اهداف درمان عبارتند از: (۱) بازبایی کامل سلامتی، برگشت به زندگی عادی، به دست آوردن خودمختاری و توانایی برای تعامل با محیط پیرامون؛ (۲) به دست آوردن نتایج فیزیولوژیکی درمان با چشم‌پوشی از کیفیت اثر آن؛ (۳) نجات زندگی و جلوگیری از مرگ؛ (۴) بهبود بقا و طولانی کردن زندگی (بدون تحمل درد و رنج و نه به هر قیمتی)؛ (۵) کم کردن درد و دیگر علائم جسمانی و فراهم کردن آسایش؛ (۶) تسکین روانی (امید بخشیدن، همدردی و رضایت بخشیدن به بیمار)؛ (۷) بهبود کیفیت زندگی از طریق کاستن علائم جسمانی و روانی؛ (۸) آماده کردن بیمار برای مرگ آرام (۱۷).

برای اقدامات پزشکی، طیفی از اهداف در نظر گرفته می‌شود، از اهداف عینی محض، مانند اهداف فیزیولوژیک تا اهداف ذهنی محض، همچون اهداف کیفی و ارزشی. همچنین، اهداف از نظر زمانی به کوتاه‌مدت، مانند: زنده ماندن و داشتن فرصت برای دوره‌های شب‌عید و بلندمدت، همچون ادامه درمان برای بیمار مبتلا به سرطان ریه در مراحل پایانی حیات که ممکن است به بهبودی و ترخیص بیمار از بیمارستان بی‌انجام، تقسیم می‌شوند. تشخیص میزان دست‌یابی به اهداف فیزیولوژیک، همچنین تصمیم برای ادامه یا قطع درمان بر عهده گروه درمانگر است؛ اما اهداف کیفی بر مبنای خواست و ارزش‌های بیماران

تسکین یا جلوگیری از آسیب‌های ناشی از بیماری باشد، بدون این که آسیب دیگری بزرگ‌تر از آسیب حذف شده برای بیمار ایجاد کند (۱۵). با در نظر گرفتن دو مفهوم بیماری و درمان، می‌توان «سلامت» را به «فقدان بیماری» تعریف کرد، هرچند سازمان جهانی بهداشت سلامت را مفهومی فراتر از فقدان بیماری دانسته، آن را چنین تعریف کرده است: «رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» (۱۶).

هرچند درمان گونه‌های مختلفی دارد و همیشه منجر به بازبایی سلامتی نمی‌شود، در صورتی می‌توان یک اقدام خاص را درمان دانست که به واسطه برخی از کارکردهایش، ظرفیت حذف، تسکین یا جلوگیری از آسیب‌های ناشی از آن بیماری یا علائم آن را داشته باشد. برای نمونه، تزریق پنی‌سیلین، دارای کیفیتی ذاتی برای درمان بیماری ذات‌الریه^۱ است؛ اما همین دارو عامل درمان تبخال^۲ نیست؛ زیرا فاقد ظرفیت لازم برای دستیابی به هدف درمان است (۱۵).

بدین ترتیب، یک اقدام، زمانی درمان است که آسیب‌های ناشی از بیماری را حذف، تسکین یا از پیشرفت آن جلوگیری کند؛ همچنین دارای آثار جانبی غیرقابل قبول در پزشکی نباشد. از این‌رو، پنی‌سیلین درمان ذات‌الریه است؛ زیرا به احتمال زیاد سبب حذف آسیب‌های ناشی ذات‌الریه می‌شود؛ هرچند این دارو آثار جانبی زیان‌آوری نیز دارد. در برابر، برداشتن زگیل کف پا می‌تواند با قطع پا از میچ انجام شود، ولی این قطع عضو، درمان نیست؛ زیرا آسیب ناشی از این اقدام به مراتب بیشتر از سود برداشتن زگیل کف پا است. (۱۵).

1. Pneumonia

2. Herpes simplex

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

تعیین می‌شوند؛ هرچند بر خلاف ارزش‌های کادر درمان باشند. در نتیجه، تصمیم‌گیری برای ادامه یا قطع درمان تنها بر عهده پزشکان نبوده، ارزش‌های شخصی و اولویت‌های بیماران نیز در فرایند تصمیم‌گیری مؤثر است (۱۸). برای نمونه، ادامه درمان برای بیمار مبتلا به سرطان ریه در مراحل پایانی، منجر به بهبودی و ترخیص از بیمارستان (هدف بلندمدت) نمی‌شود، ولی به بیمار یا خانواده او کمک می‌کند تا فرصت داشتن دورهمی در شب عید (هدف کوتاه‌مدت) را پیدا کنند (۱۹).

شایان یادآوری است، از یک سو، اهداف درمان ممکن است در دوره بیماری و سازگاری با شرایط بیمار، همچنین میزان دسترسی به تجهیزات تغییر کنند؛ هر تغییری در اهداف، با ادراک افراد از سودمندی و قضاوت آن‌ها در خصوص بیهودگی یک درمان خاص می‌تواند ارتباط داشته باشد (۱۸). از سوی دیگر، برای ارزیابی ارزش یک درمان، نه تنها احتمال دستیابی به هدف، بلکه میزان سودمندی آن درمان نیز لحاظ می‌شود. اگر دستیابی به اهداف مورد نظر، هزینه‌های سنگین، درد مفرط، رنج یا آسیب به بیمار تحمیل کند، ارزشمندی سودی که نتیجه یک درمان است را مورد تردید قرار می‌دهد (۱۸).

چیستی درمان بیهوده

واژه «futile» از ریشه لاتین «futilis» به معنای رخنه‌دار^۱ است. بنا بر افسانه‌های یونانی، دختران پادشاه دانائوس^۲ توسط خدایان به حمل آب با کوزه‌های سوراخ، محکوم شده بودند. از این‌رو، کاری بیهوده قلمداد می‌شود که مطمئن باشیم به هدف خود نمی‌رسیم (۲۰). معادل‌های این واژه در زبان فارسی عبارتند از: «بیهوده»، «بی‌نتیجه»، «بی‌فایده»، «عبث» و

«بی‌حاصل» (۲۱). هرچند در سیاق پزشکی، «بی‌نتیجگی»، یعنی عدم نتیجه مطلوب برای بیمار، معادل رستاری برای آن است؛ زیرا به سختی درمان بی‌فایده وجود دارد. (۱۱) تا کنون، تعریف‌های مختلفی از «درمان بیهوده» ارائه شده است، همچون: (۱) درمان‌هایی که روند مرگ را طولانی می‌کند؛ بنابراین باقی نگه داشتن بیمار در وضعیت نباتی با تغذیه روده‌ای، بیهوده نیست، چون او را زنده نگه می‌دارد؛ (۲) درمان‌هایی که توان ایجاد دسترسی بیمار به خواسته‌هایش را ندارند؛ در نتیجه استفاده از ونتیلاتور برای بیماری که می‌خواست تا زمان ممکن، حمایت شود، بیهوده نیست (۳) درمان‌هایی که توان دستیابی به آثار فیزیولوژیک در بدن بیمار را ندارند، پس استفاده از عملیات احیاء تا زمانی که جریان خون یا هوا در بدن مؤثر باشد، بیهوده نیست؛ (۴) درمان‌هایی که از دستیابی به منفعت درمانی برای بیمار ناکام باشند؛ بنابراین، ادامه درمان بیماران در وضعیت بیهوشی دائم، اغما یا کما، بیهوده نیست (۲۲).

بدین ترتیب، ارائه تعریف برای بیهودگی در پزشکی با توجه به پیامدهای آن، دشوار است؛ زیرا توجیه‌کننده قضاوت پزشکی نسبت به عدم ارائه درمان طولانی‌کننده زندگی است، در شرایطی که با پیری جمعیت و دسترسی فزاینده به داروهای جدید، با تکنیک‌ها و تکنولوژی‌های طولانی‌کننده زندگی روبرو هستیم (۲۳).

اگر «هدف درمان» را ملاک جداسازی اقدامات بیهوده از اقدامات مؤثر پزشکی بدانیم، قضاوت ما درباره بیهودگی با در نظر گرفتن احتمال‌ها و نتایج شکل می‌گیرد؛ یعنی اقدام بیهوده

1. leaky

2. Danaus

است ناکامی در رسیدن به اهداف مشخص، به نادرستی، بیهودگی تفسیر شود (۲۶). همچنین باید مشخص شود که چه کسی مجاز است تا هدف درمان، زمان رسیدن به آن و شیوه دستیابی به آن را تعیین کند؛ پس هدف و حق تصمیم‌گیری، دو ضابطه مهم در تعریف و تعیین بیهودگی پزشکی هستند (۱۹).

شاخصه‌های درمان بیهوده

اگر سودرسانی را هدف نخستین برای اقدامات پزشکی بدانیم، درمانی بیهوده است که به بیمار سود نرساند. اما سودرسانی مفهومی گسترده و گاه مبهم دارد؛ به همین جهت، باید در پی معیارهای کمی و کیفی برای تعیین آن باشیم. برودی و هالوی^۱ (۲۷) از چهار نوع بیهودگی در پزشکی سخن گفته‌اند (جدول ۱).

باید دارای احتمال بسیار پایینی برای رسیدن به هدف مطلوب باشد. در نتیجه، قضاوت درباره بیهودگی دو جنبه کمی و کیفی دارد؛ به لحاظ کمی، باید مشخص شود که چقدر نامحتمل است که یک تلاش به هدف خودش نرسد و به لحاظ کیفی، باید تشخیص دهیم که هدف مطلوب از آن اقدام چیست (۲۴). بدین ترتیب، تعریف کمیته اخلاق انجمن پزشکی باروری آمریکا برای درمان بیهوده، جامع‌تر است: «درمان‌هایی که احتمال دستیابی به اهداف تعریف شده برای آن درمان نزدیک به صفر است یا اثر حاصل از درمان، بسیار ناچیز و غیر قابل اعتنا است» (۲۵).

بر اساس این تعریف، عدم احتمال یا احتمال کم برای رسیدن به اهداف در نظر گرفته شده، یکی از ویژگی‌های تعیین کننده و ذاتی برای تعیین بیهودگی درمان است (۱۷) و تا زمانی که هدف به درستی مشخص نشود و اسباب رسیدن به آن به دقت انتخاب نشوند، به نتایج دلخواه نمی‌رسیم؛ در نتیجه ممکن

جدول شماره ۱- تعریف انواع بیهودگی از نظر برودی و هالوی.

انواع بیهودگی	تعریف
۱ بیهودگی فیزیولوژیکی	درمانی که نتواند تأثیر فیزیولوژیکی مطلوب داشته باشد؛ برای نمونه، اگر هدف مستقیم از عملیات احیاء ^۲ حفظ خون‌رسانی به مغز و دیگر اندام‌های حیاتی باشد، این اقدام زمانی بیهوده است که پارگی سرخ رگ (آئورت) باوجود فشرده‌سازی قفسه سینه، مانع رسیدن خون به آن اندام‌ها شود.
۲ بیهودگی به لحاظ نزدیکی مرگ ^۳	درمانی که نتواند مانع مرگ بیمار در آینده خیلی نزدیک شود. برای مثال، در شرایط فرضی که عملیات احیاء بتواند به اندام‌های حیاتی خون‌ری (پرفیوژن) کند و ضربان قلب و تنفس را به حالت خودانگیخته برگرداند، اما شواهد نشان دهند که بیمار بیش از چند ساعت یا چند روز زنده نمی‌ماند، عملیات احیاء بیهوده است.
۳ بیهودگی به لحاظ شرایط مرگ‌بار ^۴	درمانی که بر شرایط مهلک زمینه‌ای که در آینده‌ای نزدیک منجر به مرگ می‌شود، تأثیر نگذارد. بر این اساس، هرچند عملیات احیاء بتواند تنفس و ضربان قلب خودانگیخته را برگرداند، این اقدام بیهوده است؛ مثلاً اگر بیمار مبتلا به سرطان درمان‌ناپذیر در مرحله آخر باشد که در چند هفته یا ماه‌های آینده می‌میرد.
۴ بیهودگی کیفی	درمانی که منجر به کیفیت قابل قبولی در زندگی نشود. برای مثال، عملیات احیاء برای بیمار در وضعیت نباتی دائمی، به لحاظ کیفی بیهوده است، چون در کیفیت غیرقابل قبول حیات بیمار، تغییری ایجاد نمی‌کند.

3. Imminent demise futility
4. Lethal condition futility

1. Brody A, Halevy A
2. CPR

پیامدهای پزشکی بیهودگی درمان

گرچه درمان بیهوده به درمان‌های پایان حیات اختصاص ندارد، اما بیش‌تر ناظر به درمان‌های پایان حیات هستند. برای نمونه، احیای پانکراس برای تولید انسولین یا تلاش برای درمان ناباروری در برخی از زوج‌های ناباور بیهوده هستند، هرچند مربوط به درمان‌های پایان حیات نیستند (۲۵).

خدمات درمانی مرتبط با پایان حیات، به دو گونه مراقبت‌های ویژه^۳ (پایش و ارایه مستمر و لحظه‌ای خدمات درمانی به بیمارانی که حیات آن‌ها به واسطه اختلال در یکی از اعضای حیاتی در معرض تهدید است) و مراقبت‌های تسکینی^۴ (بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌هایشان در رویارویی با مشکلات ناشی از بیماری‌های تهدیدکننده حیات با تشخیص زودرس و کنترل چالش‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آن‌ها) تقسیم می‌شوند. گروه درمانگر، پس از بررسی شواهد پزشکی و شرایط بالینی بیمار، اگر تشخیص دهند انجام فرآیندهای درمانی پایان حیات بیهوده است و بدن بیمار پاسخ مثبتی به درمان نمی‌دهد، ممکن است راه‌هایی را انتخاب کنند که در جدول ۲ آورده شده است.

این چهار گونه از بیهودگی به لحاظ فراگیری و از کم به زیاد، مرتب شده‌اند؛ یعنی تأمین نکردن اهداف فیزیولوژیک کم‌ترین سهم و درمان‌های طولانی‌کننده حیات، ولی فاقد کیفیت لازم، بیش‌ترین سهم را در ارزیابی بیهودگی درمان دارند؛ هرچند در تعیین ملاک و شاخصه کیفیت زندگی، اختلاف‌نظرهای جدی وجود دارد (۲۷). با این وجود، در حوزه‌های تخصصی پزشکی، درمان‌هایی وجود دارد که به صورت شفاف بی‌تأثیر هستند؛ مانند استفاده از داروی لاتریل^۱ به عنوان جایگزین درمان سرطان که نه تنها سودمند نیست، بلکه زیانبار هم هست (۲۰).

شایان یادآوری است، شنایدرمن^۲ و همکاران از گونه دیگری از بیهودگی، یعنی «بیهودگی کمی» یاد کرده‌اند. بر این اساس، زمانی که نتیجه‌گیری پزشکان (بر مبنای تجربه شخصی یا تجربه‌های مشترک پزشکان دیگر یا ملاحظه گزارش داده‌های تجربی) این باشد که در ۱۰۰ مورد اخیر، انجام درمان پزشکی، بی‌فایده بوده است، باید درمان را بیهوده بدانیم؛ هرچند احتمال کارآیی آن درمان صفر نیست (۲۸).

1. laetrile
2. Schneiderman
4. Intensive care
4. Palliative care

جدول شماره ۲- گزینه‌های پیش روی درمانگران در مواجهه با بیهودگی درمان

گزینه‌ها	شرح
۱	کادر پزشکی به هنگام مواجهه با بیهودگی درمان، مراقبت‌های درمانی ویژه و همچنین تسکینی را قطع می‌کنند و در صورتی که قبل از شروع درمان پی به بیهودگی آن ببرند، شروع به درمان نمی‌کنند. از نگاه اخلاق پزشکی استفاده از این راهکار صحیح بنظر نمی‌رسد، زیرا با اصل سودرسانی و همچنین وظیفه پزشک مبنی بر کاهش درد بیماران ناسازگار است (۸).
۲	انجام و ادامه مراقبت‌های ویژه و تسکینی
۳	انجام عملیات درمانی پس از احراز بیهودگی، از نظر اخلاقی و قانونی موجه نیست، چون باعث تضییع منابع عمومی می‌شود. روشن است که تشخیص بیهودگی بر عهده گروه پزشکی است؛ همچنین، ایجاد ارتباط مؤثر با بیمار و همراهان وی به منظور توضیح شرایط درمان و آگاهی بخشی به آن‌ها در مورد بیهودگی درمان، امری ضروری است. با این وجود، انجام مراقبت‌های تسکینی که سبب کاهش درد و التیام جسمی و فکری بیمار و همراهان او می‌شود، بایستی تا آخرین لحظه حیات بیمار ادامه پیدا کند.

اسراف

در بررسی مسئله «اسراف» توجه به چهار نکته ضروری است: مفهوم‌شناسی، شاخصه‌ها، مرجع تشخیص و حکم‌شناسی.

مفهوم‌شناسی اسراف

واژه «اسراف» به معنای «عبور از حد اعتدال» (۳۰، ۳۱) و در برابر واژه «اقتصاد» به معنای «میان‌روی» است (۳۲). «اسراف» و مشتقات آن، ۲۳ بار در قرآن به کار رفته است. برخی از معانی این واژه در کاربردهای قرآنی آن (غافر ۳۴؛ زمر ۵۳؛ مائده ۳۲؛ نساء ۶؛ اسراء ۳۳؛ اعراف ۳۱؛ فرقان ۶۷) عبارتند از: زیاده‌روی در انجام گناه به واسطه خطای در اعتقادات (۳۳)، گناه (۳۴)، فساد اجتماعی (قتل و غارت) (۳۵)، دست‌درازی به حقوق مالی دیگران (۳۶)، زیاده‌روی در مجازات (۳۷)، مصرف بیش از

اندازه (۳۸)، انفاق نامتعارف (۳۹). بدین ترتیب، هرچند عنوان «عبور از حد تعادل» دربرگیرنده دو وضعیت زیاده‌روی (افراط) و کوتاهی (تفریط) است، اما در اصطلاح فقهی و کاربردهای قرآنی، معمولاً واژه اسراف به معنای زیاده‌روی در استفاده از یک چیز به کار می‌رود (۳۸).

شاخصه‌های اسراف

مهم‌ترین پیامد تعریف اسراف به «عبور از اعتدال»، نسبی بودن آن است، زیرا «میان‌روی» و پرهیز از «زیاده‌روی» و «کوتاهی»، وابسته به اشخاص و با ملاحظه شرایط زمانی و مکانی و اجتماعی و اقتصادی تغییر می‌کند (۴۰). این رویکرد نسبی‌گرایانه به مسئله اسراف در آموزه‌های دینی نیز دیده می‌شود؛ ولی ملاک‌های زیر برای تشخیص اسراف، به کار گرفته می‌شوند (۴۱):

۱. در حدیث آمده است: «رُبَّ فَقِيرٍ هُوَ اسْرَفٌ مِنَ الْغِنَى إِنَّ الْغِنَى يَنْفَقُ مِمَّا أُوتِيَ وَالْفَقِيرُ يَنْفَقُ مِنْ غَيْرِ مَا أُوتِيَ.» (چه بسا فقیری که اسراف‌کارتر از اقراد ثروتمند است)؛ الکافی، ج ۷، ص ۳۶۲.

که نه خود مالک از آن استفاده می‌کند و نه به دیگران اجازه استفاده از آن‌ها را می‌دهد (۵۲).

۴. مصرف نامتناسب با جایگاه شخص (شأن): جایگاه اجتماعی شخص (شأن) مورد توجه فقها قرار گرفته است، مانند هزینه زندگی (مؤنه) در پرداخت خمس (۵۳)، استطاعت حج (۵۴) یا پرداخت نفقه واجب (۵۵). یکی از شاخصه‌های اقدامات مالی غیر مسرفانه همسویی آن با شأن شخص است (۵۶، ۴۳، ۵۷). بر این اساس، هزینه کردن پول برای انجام کاری که مناسب با جایگاه اجتماعی، اسراف نیست؛ همچنان که اگر این اقدام مالی مناسب با جایگاه اجتماعی وی نباشد، اسراف است؛^۵ (۵۸) مانند: خرید غذا یا لباس‌های بسیار فاخر که فراتر از موقعیت اجتماعی انسان است (۵۶).

۵. نبود هدف عقلایی: هرگاه هزینه کردن، هدف عقلایی نداشته باشد، صرف مال برای انجام آن، اسراف است (۵۹). محقق نجفی بر این باور است که چون پوشیدن لباس زیبا یا سکونت در خانه بزرگ و خوب، لذت‌آور است، هزینه کردن برای آن، اسراف نیست. نظیر این مطلب در مورد تزئین اماکن مذهبی نیز صادق است (۶۰). به نظر محقق خویی هزینه کردن برای تزئین حرم امامان معصوم، چون موجب تعظیم شعائر دینی و

۱. هدر رفتن مال: هر کاری که سبب ازبین رفتن دارایی (مال) شود، اسراف است.^۱ (۴۲، ۴۳، ۴۴) علامه حلی طلاکاری دیوارهای خانه را اسراف می‌داند (۴۵). همچنین بیرون ریختن ته‌مانده غذا و آب، روشن گذاشتن چراغ در روز و دور ریختن هسته خرما نیز اسراف هستند.^۲ (۴۶) ملاک در این که اقدامی سبب هدر رفتن مال می‌شود، دو چیز است: نداشتن سود عقلایی آن کار برای دین یا دنیای شخص (۴۷) و قابلیت استفاده داشتن (۴۸).

۲. آسیب‌رسانی (فساد/ اضرار) به بدن: هزینه کردن برای ارتقای بهبودی و سلامت بدن به هر میزان که باشد، اسراف نیست، هرچند متعارف نباشد^۳ (۸۹)؛ همچنان که هزینه کردن در اموری که باعث آسیب‌رسانی به سلامت بدن می‌شود، اسراف است.^۴ (۴۱) پذیرش این دو قاعده در اقدامات مالی مرتبط با تمامیت جسمانی (۴۸)، سبب شده تا فقهای مسلمان، پرخوری را از آن جهت که به بدن آسیب می‌رساند، اسراف بدانند (۴۹).

۳. مصرف بیش از نیاز: استفاده بیش از اندازه از هر چیز، اسراف است (ما فوق الکفاف اسراف) (۵۰). ملاک برای تشخیص «بیش از اندازه بودن»، عدم نیازمندی است، هرچند آن چیز سودمند باشد (۵۱)؛ مانند: داشتن چند خانه یا وسیله سواری

۱. امام صادق علیه السلام فرمودند: «إِنَّمَا الْإِسْرَافُ فِيمَا أُلْفَ الْمَالُ» (اسراف در هر چیزی است که سبب ازبین رفتن مال شود)؛ مسالک الافهام، ج ۴، ص ۱۵۲.

۲. امام صادق علیه السلام فرمودند: «وَإِنَّ السَّرْفَ أَمْرٌ يُبْغِضُهُ اللَّهُ حَتَّى طَرَحَكَ النَّوَاءُ فَإِنَّهَا تَصْلَحُ لِلشَّيْءِ وَحَتَّى صَبَكَ فَضْلَ شَرَابِكَ» (خداوند اسراف را ناپسند می‌داند، هرچند به دور انداختن هسته خرما یا ته‌مانده آب باشد؛ زیرا قابل استفاده هستند)؛ الکافی، ج ۴، ص ۵۵.

۳. امام صادق علیه السلام فرمودند: «لَيْسَ فِيمَا أَصْلَحَ الْبَدَنُ إِسْرَافٌ» (آنچه سبب اصلاح بدن شود اسراف نیست)

۴. امام صادق علیه السلام فرمودند: «إِنَّمَا الْإِسْرَافُ فِيمَا ... أَضَرَّ بِالْبَدَنِ» (آنچه سبب آسیب رساندن به بدن می‌شود، اسراف است)؛ الکافی، ج ۷، ص ۳۶۲.

۵. امام علی علیه السلام فرمودند: «لِلْمُسْرِفِ ثَلَاثُ عَلَامَاتٍ يَأْكُلُ مَا لَيْسَ لَهُ وَ يَشْتَرِي مَا لَيْسَ لَهُ وَ يَلْبَسُ مَا لَيْسَ لَهُ» (اسراف‌کار سه نشانه دارد: چیزی می‌خورد و می‌خرد و می‌پوشد که در شأن او نیست)؛ من لایحضره الفقیه، ج ۳، ص ۱۶۷.

دارای هدف عقلانی است، مشروع بوده، اسراف نیست (۶۱).

مرجع تشخیص اسراف

«معانی واژگان» و «انطباق مصادیق بر مفاهیم» از مسائل مهم فقهی و حقوقی است. واژه‌ها اگر دارای مفهوم شرعی (حقیقت شرعی) باشند، به همان معنا در آموزه‌های دینی به کار می‌روند (۶۲)؛ وگرنه، بسته به مورد، عرف عام یا عرف خاص، تنها مرجع بیان معنای واژگان است (۶۳). اما مهم‌تر از «معنای واژگان»، تعیین مصداق برای آن مفاهیم است. بدین ترتیب، در گزاره «اسراف حرام است»، دو پرسش داریم: اسراف چیست؟ و انجام چه کاری، اسراف است؟ پاسخ به این دو پرسش سبب می‌شود تا بتوانیم درباره این‌که درمان بیهوده کاری مسرفانه و در نتیجه، حرام است، قضاوت کنیم. از آن‌جا که پیش‌تر به پرسش نخست درباره چیستی اسراف پاسخ دادیم، اینک بایستی پرسش دوم را بررسی کنیم. روشن به نظر می‌رسد که محل گفتگو، جایی است که شارع در تشخیص مصداق دخالت نکرده و مصداق یک مفهوم خود از «مخترعات شرعی»، همچون نماز نباشد (۶۴).

در مرجع «تطبیق مصداق بر مفهوم»، دو دیدگاه وجود دارد: یک، مرجعیت عرف: از آن‌جا که شارع روش جدیدی در گفتگو ندارد و به سبک مردم سخن می‌گوید، می‌توان نتیجه گرفت که هم در کشف مفاهیم الفاظ و هم در شناسایی مصادیق، مرجع عرف دقیق و غیرمسامحه‌گر است (۶۵). پس، همان‌گونه که عرف مرجع تعریف خون است، در این‌که یک مایع قرمز رنگ، خون است یا چیز دیگر، عرف مرجع تشخیص است. اصطلاح «عرف» در کلمات فقها به دو گونه عام (توده مردم)

و خاص (خبره، کارشناس) تقسیم می‌شود (۶۶). در موضوع‌هایی که تشخیص آن نیازمند نظر کارشناسانه است، مرجع عرف خاص، همچون متخصصان علوم پزشکی است. محقق نجفی در این باره می‌نویسد: «مرجع در تشخیص انواع بیماری‌ها، قوانین طب و تجربه است و نه آراء و تشخیص فقها» (۶۷).

دو، مرجعیت عقل: با توجه به تعلق احکام به موضوع‌های واقعی، برای داوری نسبت به این‌که یک شیء یا عمل، مصداق یک موضوع است، نیازمند تحلیل عقلی هستیم (۶۸). این نگرش در مواردی قابل نقض است، زیرا برای نمونه در مسئله زکات، شارع وزن گندم همراه با خاک را لحاظ کرده و نه وزن خالص آن را که نتیجه نگرش دقیق عقلی به مسئله وزن اشیاء است (۶۹).

از آن‌جا که تشخیص هریک از دو نهاد عرف و عقل، جنبه طریقیّت دارند، نهادی در مقام تشخیص مصداق، تقدم دارد که کارشناسانه‌تر و اطمینان بخش‌تر باشند (۷۰).

حکم شناسی اسراف

اسراف به عنوان فعل اختیاری مکلف، با چشم‌پوشی از متعلق آن، موضوع حکم شرعی تکلیفی و وضعی قرار می‌گیرد. بنا به مفاد آیات قرآنی و احادیث معصومین، انجام عمل مسرفانه از نظر تکلیفی حرام است (۷۱، ۷۲). از جمله، آیه «لَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ»^۱، بر حرمت اسراف دلالت دارد (۷۳، ۷۴، ۷۵)؛ زیرا جمله «لاتسرفوا» فعل نهی است و فعل نهی در صورت نبود قرینه، ظهور در حرمت و طلب ترک الزامی دارد (۷۶). افزون بر این، گزاره «ان الله لایحب المسرفین» دلالت بر ناخرسندی خداوند از فعل اسراف‌کاران دارد (۷۷). فقهای مسلمان نیز بر این

۱. سوره توبه، آیه ۱۱.

باورند که این آیه و آیات مشابه بر حرمت اسراف دلالت دارند (۷۸، ۸۰).

هرچند حرمت عمل مسرفانه، مورد پذیرش فقهای مسلمان است، اما از آنجا که عنوان «خروج از حد تعادل» مفهومی شناور و مرتبه‌پذیر نسبت به مکان، زمان و اشخاص دارد، جای این پرسش باقی است که اسراف به همه مراتب آن حرام است یا برخی از مراتب آن می‌تواند جایز، ولی ناپسند (مکروه) باشد؟ بنا به نظر فقها دلایل قرآنی و روایی ناظر به اسراف، اطلاق یا عمومیت داشته (۸۱-۸۳)، هرچا موضوع اسراف محقق شود، صرف‌نظر از مرتبه آن، حکم حرمت بر آن موضوع بار می‌شود. بر فرض که اسراف در امور شخصی به همه مراتب آن، حرام باشد، ولی پیامد وضعی برای اسراف‌کننده نداشته، مسئولیتی (ضمان) نسبت به انجام آن، متوجه او نیست. در برابر اسراف در امور مادی مربوط به اموال و حقوق دیگران، مانند زیاده‌روی قییم کودک یتیم در مصرف هزینه‌های او (۸۴) یا زیاده‌روی مجنی‌علیه در میزان قصاص از جانی، همچنین زیاده‌روی مجری مجازات شرعی در اجرای حد (۸۵)، محاسبه هزینه زندگی (مؤونه) بیش از حد شأن شخص برای عدم پرداخت خمس آن (۵۳) یا زیاده‌روی در تأدیب کودک که سبب آسیب‌دیدگی او شود (۸۶)، برای شخص مسرف، ضمان به همراه دارد.

اسراف‌انگاری درمان بیهوده

اگر درمان بیهوده در پزشکی، عملی مسرفانه از نظر فقهی باشد، باید در پی قضاوت فقهی درباره مشروعیت آن باشیم. در این صورت، ضروری است مشخص کنیم تا چه میزان درمان

بیهوده و اسراف همبستگی مفهومی و سازگاری در نشان‌گرها دارند.

مقایسه مفهومی

واژه «اسراف» مفهوم مستقل شرعی جز همان معنای لغوی خود ندارد. بنابراین، منظور از اسراف در این پژوهش، هر رفتار بیرون از حد تعادل است؛ در نتیجه اسراف در مال عبارت است از هزینه کردن مال در جای نامناسب (۸۷) یا بیش از مقدار نیاز: (۸۸) همچنین درمان بیهوده با توجه به هدف درمان، عبارت است از درمان‌هایی که احتمال دستیابی به اهداف تعریف شده برای آن، نزدیک به صفر است یا نتیجه حاصل از درمان، بسیار ناچیز و غیر قابل اعتنا است. حال باید دید درمان بیهوده به این تعریف، اسراف به حساب می‌آید یا عنوان اسراف بر آن صادق نیست.

بیهوده قلمداد کردن درمان از سوی کادر پزشکی (اهل خبره)، به معنای بی‌نتیجگی، عدم فایده‌مندی و عدم نیاز بیمار به آن است؛ در نتیجه؛ استفاده کردن از تجهیزات پزشکی و هزینه کردن برای چنین اقداماتی، استفاده از تجهیزات، دارو و مال در غیر موضع صحیح است. بدین ترتیب، درمان بی‌نتیجه، یکی از مصادیق اسراف به حساب می‌آید.

مقایسه در شاخص‌ها

در آموزه‌های دینی برای اسراف یک نشانگر سلبی و دو نشانگر ایجابی وجود دارد؛ یعنی «هر کاری که سبب اصلاح بدن شود، اسراف نیست»^۱ (۸۹)، «هر کاری که برای بدن زیانبار باشد، اسراف است»، «هر کاری که سبب از بین رفتن مال شود،

۱. امام صادق علیه السلام فرمودند: «أَيُّسَ فِيمَا أَصْلَحَ الْبَدَنَ إِسْرَافٌ» (آنچه سبب اصلاح بدن شود اسراف نیست)؛ الکافی، ج ۶؛ ص ۴۹۹.

اسراف است»^۱ (۸۹). بر این اساس، باید بررسی کرد که کدامیک از این نشانگرها بر درمان بیهوده صادق است. آیا درمان بیهوده موجب اصلاح بدن می‌شود، چرا؟ آیا درمان بیهوده، عملی زیانبار است، چرا؟ آیا انجام درمان بیهوده موجب اتلاف مال است، چرا؟ یافتن پاسخ مناسب برای این سه پرسش، وابسته به تحلیل مفهومی «اصلاح بدن»، «زیانباری برای بدن» و «هدر دادن سرمایه» است.

واژه «اصلاح» به معنای نیکوگردانیدن و درست شدن است (۹۰، ۹۱). اصطلاح «اصلاح بدن» در متون دینی به دو معنا به کار رفته است: عدم فساد^۲ (۹۳)؛ سودمندی^۳ (۹۲). بر این اساس، اگر منظور از شاخصه «اصلاح بدن»، عدم فساد باشد، درمان بیهوده را دربر می‌گیرد؛ زیرا عدم فساد شامل اقدامات درمانی سودمند و غیر سودمند می‌شود، در نتیجه اسراف هم به حساب نمی‌آید. اما اگر منظور از این شاخصه، سودمندی باشد، درمان بیهوده مصداق بارز اسراف است، زیرا درمان بیهوده بنا به تعریف، درمانی است فایده‌ای در بهبودی ندارد.

واژه «اضرار» (زیانباری) به معنای نقصان وارد بر بدن است (۹۳). درمان بیهوده هرچند سودی برای بیمار نداشته، تأثیری بر بهبودی بیماری یا ارتقای سطح سلامت او ندارد؛ اما انجام آن هم ضرری برای بیمار به دنبال نداشته، وضعیت بیماریش را تشدید نمی‌کند. در نتیجه، انجام اقدامات درمانی بیهوده، از این جهت اسراف نیستند.

واژه «اتلاف» به معنای از بین رفتن و هدر رفتن است (۹۴، ۹۵). از این رو، «اتلاف مال» عبارت است از هدر رفتن مال و عدم استفاده درست از آن است (افنی المال) (۹۵). اگر منظور از درمان بیهوده، درمانی باشد که فاقد پیامد درمانی و اثرگذاری بر بهبودی بیمار باشد، صرف هزینه برای انجام چنین درمان‌هایی، نمونه اتلاف مال و در نتیجه تحقق اسراف است.

هرچند برای تشخیص اسراف نبودن یک کار، سه شاخصه «اصلاح بدن»، «عدم زیانباری برای بدن» و «عدم هدر دادن سرمایه» وجود دارد؛ میان این سه شاخصه رابطه طولی وجود دارد و هرگاه، عنوان اصلاح بدن صادق باشد، خودبه‌خود، زیانباری و هدر رفتن سرمایه، منتفی است. همچنین، اگر اقدامی فاقد جنبه سودمندی و زیانباری باشد، از آن جهت که مصداق اتلاف مال است، اسراف به حساب می‌آید.

تبیین فقهی درمان بیهوده

اگر درمان بیهوده مصداق اسراف است و نیز حرام باشد، درمان بیهوده حرام است. اما نکته مهم تعیین شخص یا اشخاصی است که این تکلیف تحریمی به او/آن‌ها تعلق گرفته است.

درمانگری عمل کادر پزشکی است، اما شروع یا ادامه آن به خواست بیمار یا خانواده اوست. حال اگر شروع یا ادامه درمان، بنا به تشخیص کادر درمانی، بیهوده باشد، آیا اقدام کادر درمانی به انجام چنین درمانی حرام است؟ همچنین درخواست بیمار یا

۱. امام صادق علیه السلام فرمودند: «إِنَّمَا الْإِسْرَافُ فِيمَا أَتْلَفَ الْمَالُ وَ أَضَرَّ بِالْبَدَنِ» (اسراف در چیزهایی است که سبب اتلاف مال و آسیب رسانی بر بدن شود)؛ همان.

۲. امام صادق علیه السلام فرمودند: «مَا أَصْلَحَ الْبَدَنَ فَإِنَّهُ لَيْسَ بِفَسَادٍ» (آنچه سبب اصلاح بدن شود فساد نیست)؛ کتاب العین، ج ۷، ص ۷.

۳. محقق سبزواری: يجوز التملك بغيرها مما له نفع للبدن لعموم قوله عليه السلام: «ليس فيما أصلح البدن إسراف» (آنچه سبب اصلاح بدن شود اسراف نیست)؛ مهذب الاحکام، ج ۴، ص ۴۷۴.

یا به درخواست بیمار یا خانواده او، چون مستلزم بکارگیری تجهیزات پزشکی، همچنین پرداخت هزینه است؛ با این پرسش روبرو هستیم که آیا کادر درمانی نسبت به انجام چنین کاری مسئولیت مدنی (ضمان) دارند؟

هرچند رابطه مستقیم و دو سویه‌ای میان حکم تکلیفی و حکم وضعی وجود ندارد، یعنی می‌شود عملی حرام باشد، ولی انجام آن مسئولیت مدنی به دنبال نداشته باشد، مانند مصرف مشروبات الکلی یا عملی مستلزم مسئولیت مدنی باشد، هرچند انجام آن حرام نیست، مانند قتل خطایی (۱۰۰)؛ اما استفاده از منابع و تجهیزات پزشکی در درمان بیهوده بیماران، چون مستلزم اتلاف اموال عمومی است، افزون بر این که از جهت اسراف حرام است، به واسطه صدق عنوان «اتلاف مال غیر» و تفریط در حفظ اموال عمومی (من اتلف مال الغير فهو له ضامن) (۱۰۱)، موجب مسئولیت مدنی و ضمان کادر درمانی است. همچنین اگر بیمار در وضعیت غیرهوشیار باشد (مشرف به موت) و درمان بیهوده وی، مستلزم پرداخت هزینه باشد، چون این عمل حرام است، با این پرسش روبرو هستیم که هزینه‌های چنین درمانی از اصل مال خود بیمار پرداخت می‌شود یا از یک سوم آن و هزینه مازاد، منوط به اجازه ورثه است؟

تصرفات مالی بیمار مشرف به موت به سه گروه تقسیم می‌شود: تصرفات معلق بر مرگ، مانند وصیت مالی به نفع دیگری که از اصل مال شخص محاسبه می‌شود و اگر بیش‌تر از یک سوم از دارائی او باشد، نیازمند اجازه ورثه او است؛ تصرفات قطعی غیرمجاننی (منجز غیر محاباتی)، مانند دادوستد و اجاره که در تمام اموال او جایز و نافذ است؛ تصرفات مجاننی (محاباتی)، مانند هدیه (هبه) و وقف که فقهای مسلمان در این‌که از یک سوم اصل دارائی (سهم خود شخص) کسر می‌شود یا از اصل

خانواده او برای انجام درمان بیهوده، از آن جهت که به‌طور معمول، مقدمه انجام درمان بیهوده از سوی کادر درمانی است، حرام می‌باشد؟ بدین ترتیب میان این دو پرسش، رابطه‌ای طولی وجود دارد، زیرا اگر عمل کادر درمانی حرام ذاتی باشد، عمل بیمار یا خانواده او، حرام تبعی (مقدمه حرام) خواهد بود.

در مواردی که کادر درمانی سمت مباشر در انجام درمان بیهوده دارند، اگر درمان بیهوده از آن جهت که مصداق اسراف است، حرام باشد؛ اقدام کادر درمانی به انجام درمان بیهوده، حرام می‌باشد. درخواست بیمار یا خانواده بیمار برای انجام درمان بیهوده، تأثیری در عدم توجه حکم حرمت به کادر پزشکی ندارد، زیرا کادر درمانی ملزم به پذیرش درخواست آن‌ها نیستند (اقوائیت مباشر از سبب).

درخواست بیمار یا خانواده او برای انجام درمان بیهوده، هرچند نقش مقدمه و زمینه‌ساز برای اقدام کادر درمانی دارد، اما نمی‌توان با استفاده از عنوان «مقدمه حرام»، درخواست آن‌ها را حرام دانست؛ زیرا بنا به نظر عالمان اصول فقه، مقدمه حرام، زمانی حرام است که علت تامه یا جزء اخیر برای تحقق عمل حرام باشد (۹۶) که در فرض بحث چنین نیست؛ زیرا کادر درمانی مجاز به عدم پذیرش درخواست آن‌ها هستند.

اثبات حرمت نفسی برای عمل کادر پزشکی، همچنین بیمار یا خانواده بیمار او از یک سو و استحقاق مجازات اخروی و دنیوی از سوی دیگر، سبب می‌شود تا به استناد قاعده «التعزیر لکل امر محرم» (۹۷)، انجام دهنده این کار حرام (درمان بیهوده) مستحق مجازات باشد؛ مگر مدعی شویم که اقدام به درمان بیهوده هرچند حرام است، ولی عنوان «حرام بین» بر آن صادق نیست و موضوع آن قاعده، محرمات بین است. (۹۸، ۹۹)

افزون بر این، اقدام به درمان بیهوده از سوی کادر پزشکی

مال، اختلاف نظر دارند (۱۰۲). از آن‌جا که هزینه‌های مرتبط با درمان، صرف‌نظر این که بیهوده یا نتیجه‌بخش باشند در گروه دوم قرار می‌گیرند، از اصل مال محاسبه و کسر می‌شوند، هرچند چنین اقدامات درمانی حرام باشند.

نتیجه‌گیری

پس از بررسی انواع مراقبت‌های درمانی و بیان شاخصه‌های درمان بیهوده از غیر بیهوده و از سوی دیگر مفهوم شناسی اسراف و جستجوی شاخصه‌های آن در متون دینی و تطبیق این دو مفهوم و شاخصه‌های آنها با یکدیگر به خوبی مشخص گردید که عرف متخصص درمانهای بیهوده را از جمله مصادیق اسراف می‌انگارد زیرا هر آنچه سبب تحقق درمان بیهوده است، عیناً سبب تحقق عنوان اسراف نیز هست. به طور خلاصه یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد:

۱. بیهودگی و عدم بیهودگی درمان بر اساس هدف درمان قابل تعریف هستند. در نتیجه، منظور از درمان بیهوده، درمانی است که اثر آن با هدف پیش‌بینی شده ناسازگار یا اثرگذاری آن به اندازه‌ای کم است که نادیده انگاشته می‌شود.

۲. با توجه به پیچیدگی موضوع درمان، مرجع تشخیص مصادیق درمان بیهوده، عرف خاص (کادر پزشکی) است.

۳. اسراف به مفهوم لغوی خود عبارت است از «بیرون رفتن از وضعیت تعادل» و چون این واژه در منابع دینی تعریف خاصی جز همان تعریف لغوی ندارد (عدم حقیقت شرعی)، در متون فقهی نیز به همین معنا بکار رفته است. در نتیجه تشخیص این‌که انجام کاری، اسراف به حساب می‌آید، بر عهده عرف است.

۴. در آموزه‌های دینی پنج شاخص برای تشخیص اسراف برشمرده شده است: هدر رفتن مال، ضرررسانی یا عدم سودرسانی به بدن، مصرف بیش از نیاز، مصرف نامتناسب با جایگاه اجتماعی شخص و نداشتن هدف عقلایی از انجام آن.

۵. درمان بیهوده از آن جهت که موجب هدر رفتن مال شده، غرض عقلایی صحیحی ندارد و برای بدن نیز سودمند نیست، مصداق اسراف است.

۶. با توجه به حرمت شرعی عمل مسرفانه و انطباق شاخصه‌های اسراف بر درمان بیهوده، اقدام کادر پزشکی به درمان بیهوده، حرام است.

۷. درمان بیهوده از آن جهت که موجب هدر رفتن اموال عمومی می‌شود، مصداق «اتلاف مال دیگری» است و در نتیجه، مسئولیت مدنی (ضمان) کادر درمانی را به دنبال دارد.

۸. از آنجا که هزینه درمان (بیهوده یا غیر بیهوده) از هزینه‌های ضروری است، از اصل مال بیمار کسر می‌شود، هرچند شخص در وضعیت بیماری مشرف به موت باشد.

منابع

1. Qanbari A, Tahmasbi M, et al. [Mabani Nazari Tatbiqi Dar Nizam Moraqibathayi Himayati wa Taskini]. Comprehensive national program of supportive and palliative care for cancer in Iran. 2012. available from: <https://hamdir.ir/wp-content/uploads/2021/12-تدوین-برنامه-ملی-جامع-مراقبت-های-حمایتی-و-تسکینی-سرطان.pdf>
2. Bahrani Y. [al-Hadaïq al-Nazirah fi Ahkam al-'Itrah al-Tahirah]. Reseaeched by Iravani M, Muqram A. Qom: Daftar Entesharat Islami; 1984, 9:102. [In Arabic]
3. Sobhani J. [al-Rasa'il al-Arba: Principles of Usuliyah and Jurisprudence]. Qom: Imam Sadiq; 1995, 1:182. [In Arabic]
4. Ibn Hayyun N. [Da'a'im al-Islam], 2nd ed. Reseaeched by Mohaghegh Fiyzi A. Qom: Al al-Bayt; 2006, 2:143. [In Arabic]
5. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. article 3, 1948. available from: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
6. A group of researchers. [al-Usul al-Settat al-'Ashar]. Reseaeched by Mohaghegh Mahmudi Z, Jalili N, Qolam'ali M. Qom: Dar al-Hadith; 2002, 178. [In Arabic]
7. M Terra S K, Powell S. Is a Determination of Medical Futility Ethical? National Library of Medicine, The National Center for Biotechnology Information. 2012; 17 (3):103-106.
8. Larijani B. Physician and Ethical Consideration, 2nd ed. Tehran: Baraye Farda; 2013, 2:139. [In Persian]
9. Aramesh K. Medical futility. IJMEHM 2008; 1 (4):47-52. [In Persian]
10. Madani M. Ethical considerations of futile care. IJMEHM 2013; 6 (2):31-42. [In Persian]
11. Rezaei Adriani M. Medical Futility, A Camparative Study of Relegious Ethic and the Secular Ethics. Tehran University 2015; 40. [In Persian]
12. Rezaei Adriani M. [Mafhum Shshenasi Wazheh Laqv dar Qur'an Karim wa Nesbat An ba Darman Binatijeh az Didgah Akhliq Pizishki]. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2014; 8(7). [In Persian]
13. Hosseinzadeh A, Tabatabai F. Medical Futility and their Religious Rulings, Medical Jurisprudence 2018; 11(38). [In Persian]
14. Engelhardt, H. Tristram. The Concepts of Health and Disease. In Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences. Edited by H. Tristram Engelhardt, Stuart F. Spicker. 1975; 125-141.
15. Shapiro, Gary R. Are there Limits to Oncology Care? (Futility). Edited by Angelos P. Boston: National Library of Medicine, The National Center for Biotechnology Information. 2000; 137-158.
16. World Health Organization. Constitution of the World Health Organisation 1946. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.
17. Aghabary M, Dehghan Nayeri N. Medical futility and its challenges: a review study. Journal of medical ethics and history of medicine 2016; 9(1):18. [In Persian]
18. Winkler Eva C, Hiddemann W, Marckmann G. Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework. Journal of Medical Ethics. 2012; 38 (11):647.
19. Clarke, CMC. Do parents or surrogates have the right to demand treatment deemed futile? An analysis of the case of Baby L. Journal of Advanced Nursing. 2000; 32(3):757-763.
20. Moskop, John C. Ethics and health care: an introduction: Cambridge University Press. 2016; 244.
21. Dehkhoda A. [Dehkhoda dictionary], 2nd ed. Tehran: University of Tehran; 1998, 4:5309.

- [In Persian]
22. Schneiderman L, Faber-Langendoen K, S. Jecker N. Beyond futility to an ethic of care. *The American Journal of Medicine*. 1994; 96 (2):110-114
 23. Thompson R Paul, Upshur R. *Philosophy of medicine: An introduction*. Translated by Hatef, M. Routledge. 2017.
 24. Caplan, AL. Odds and Ends: Trust and the Debate over Medical Futility. *Annals of Internal Medicine*. 1996; 125(8):688-689.
 25. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility treatment when the prognosis is very poor or futile: a committee opinion. *Fertility and sterility*. 2012; 98(1), e6-e9. available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30871767/>
 26. Kasman, Deborah L. When is medical treatment futile? *Journal of General Internal Medicine*. 2004; 19 (10):1053-1056.
 27. Brody A, Halevy A. Is Futility a Futile Concept? *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. 1995; 20 (2):123-144.
 28. Schneiderman, Lawrence J., Nancy S. Jecker, and Albert R. Jonsen. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Annals of internal medicine*. 1990; 112(12): 949-954.
 29. Jox RJ, Schaidler A, Marckmann G, Borasio GD. Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *Journal of medical ethics*. 1994; 38(9): 540-545.
 30. Ibn Manzoor M. [*Lasan al-Arab*], 3rd ed. Researched by Mirdamadi J. Beirut: Dar al-Fikr; 1994, 9:148. [In Arabic]
 31. Fayoumi A. [*al-Misbah al-Munir fi Gharib Sharh al-Kabir*], 2nd ed. Qom: Dar al-Hijrah; 1993, 2:214. [In Arabic]
 32. Farahidi Kh. [*Kitab al-Ain*], 2nd ed. Qom: Hijrat; 1988., 7:244. [In Arabic]
 33. Alousi M. [*Ruh al-Ma'ani fi Tafsir al-Qur'an al-A'zam*]. Researched by Mohaghegh Abdul Bari A. Beirut: Dar al-Kitab al-'Ilmiya; 1994, 12:320. [In Arabic]
 34. Tabarsi F. [*Majma' al-Bayan fi Tafsir al-Qur'an*], 3rd ed Researched by Balaghi M. Tehran: Nasser Khosro; 1993, 8:784. [In Persian]
 35. Tabatabai M. [*al-Mizan fi Tafsir al-Qur'an*]. Qom: Daftar Nashr Islami; 1996, 5:318. [In Arabic]
 36. Siyuti A. [*al-Dar al-Manthor fi Tafsir al-Mathor*]. Qom: Ayatollah Murashi Najafi; 1983, 2:121. [In Arabic]
 37. Siyuti A. [*al-Dar al-Manthor fi Tafsir al-Mathor*]. Qom: Ayatollah Murashi Najafi; 1983, 4:230. [In Arabic]
 38. Fakhr Razi M. [*Mafatih al-Ghaib*], 3rd ed. Beirut: Dar al-Ihya al-Turath al-Arabi; 1999, 14:230. [In Arabic]
 39. Alousi M. [*Ruh al-Ma'ani fi Tafsir al-Qur'an al-A'zam*]. Researched by Mohaghegh Abdul Bari A. Beirut: Dar al-Kitab al-'Ilmiya; 1994, 10:45. [In Arabic]
 40. Makarem Shirazi N. [*Fiqh Moqaren*]. Qom: Madreseh Imam Ali bin Abi Talib; 2006, 2: 415. [In Persian]
 41. Kulayni M. [*al-Kafi*], 4th ed. Researched by Ghaffari A, Akhundi M. Tehran: Dar al-Ketab al-Islamiyah; 1986, 7:362 & 4:55. [In Arabic]
 42. Naraghi A. [*Awa'ed al-Ayyam fi Bayan Qawa'ed al-Ahkam*]. Qom: Daftar Tabliqat Islami; 1996, 632. [In Arabic]
 43. Amili Z. [*Masalik al-Afham al-Tanghih Shara'e al-Islam*]. Qom: al-Ma'arif al-Islami; 1993, 4:152. [In Arabic]
 44. Kulayni M. [*al-Kafi*], 4th ed. Researched by Ghaffari A, Akhundi M. Tehran: Dar al-Ketab al-Islamiyah; 1986, 6: 499. [In Arabic]
 45. Hilli H. [*Nahayeh al-Ahkam fi Ma'rifah al-Ahkam*]. Qom: Al al-Bayt; 1998, 2:346. [In Arabic]
 46. Kulayni M. [*al-Kafi*], 4th ed. Researched by

- Ghaffari A, Akhundi M. Tehran: Dar al-Ketab al-Islamiyah; ۱۹۸۶، 4:55. [In Arabic]
47. Naraghi A. [Awa'ed al-Ayyam fi Bayan Qawa'ed al-Ahkam]. Qom: Daftar Tabliqat Islami; 1996، 634. [In Arabic]
 48. Rajaei SMK, Khatibi M. Jurisprudential criteria of extravagance. Scientific Research Quarterly of Islamic Economics 2012; 12(45): 55-77. [In Persian]
 49. Ardabili A. [Al-Fayidah wa al-Burhan fi sharh Irshad al-Azhan]. Researched by Araghi M, Eshtehardi A, Yazdi Esfahani H. Qom: al-Nashar al-Islami; 1982، 9:203. [In Arabic]
 50. Amodi A. [Ghorar al-Hikam wa Dorar al-Kalim], 2nd ed. Researched by: Rajaei M. Qom: Dar al-Kitab al-Islami; 1989، 9222. [In Arabic]
 51. Naraghi A. [Awa'ed al-Ayyam fi Bayan Qawa'ed al-Ahkam]. Qom: Daftar Tabliqat Islami; 1996، 635. [In Arabic]
 52. Ansari M. [Al-Musuah al-Fiqhiyyah al-Moyasarah]. Qom: Majma' al-Fikr al-Islami; 1994، 3:187. [In Arabic]
 53. Yazdi M. [al-'Urwat al-Wothqa], 2nd ed. Beirut: al-A'lami; 1989، 394. [In Arabic]
 54. Khomeini R. [Tarjomih Tahrir al-Wasila]. Tehran: Tanzim va Nashr Athar Imam; 2013، 1:392. [In Persian]
 55. Mousavi Sabzevari A. [Mohazzab al-Ahkam fi Bayan Halal va Haram], 4th ed. Qom: al-Manar; 1992، 25:317. [In Arabic]
 56. Sabzevari MB. [Kifayeh al-Fiqh]. Researched by: Va'izi Araki M. Qom: al-Nashar al-Islami; 2002، 1:584. [In Persian]
 57. Naraghi A. [Awa'ed al-Ayyam fi Bayan Qawa'ed al-Ahkam]. Qom: Daftar Tabliqat Islami; 1996، 634-635. [In Arabic]
 58. Ibn Babawayh M. [Man la Yahzara al-Faqih], 2nd ed. Researched by Mohaghegh Ghafari A. Qom: Daftar Intesharat Islami; 1992، 3:167. [In Arabic]
 59. Ansari M. [Al-Musuah al-Fiqhiyyah al-Moyasarah]. Qom: Majma' al-Fikr al-Islami; 1994، 3:188. [In Arabic]
 60. Najafi H. [Jawaher al-Kalam fi Sharh Shariat al-Islam], 7th ed. Beirut: Dar Ihya al-Turath al-Arabi; 1984، 6:339. [In Arabic]
 61. Khoei Abu al-Qasim. [Mosu'ih Imam Khoei]. Qom: Imam Khoei; 1997، 13:245. [In Arabic]
 62. Bahrani Y. [al-Hadaïq al-Nazirah fi Ahkam al-'Itrah al-Tahirah]. Resaeched by Iravani M, Muqram A. Qom: Daftar Entesharat Islami; 1984، 19: 143. [In Arabic]
 63. Naraghi A. [Awa'ed al-Ayyam fi Bayan Qawa'ed al-Ahkam]. Qom: Daftar Tabliqat Islami; 1996، 631. [In Arabic]
 64. Alidoost A. [Fiqh Wa 'Urf], 2nd ed. Tehran: Farhang Wa Andishih Islami; 2005، 256. [In Persian]
 65. Khomeini R. [Al-Rasa'il (Istihab)]. Qom: Isma'iliyan; 1990، 1:228. [In Arabic]
 66. Najafi H. [Jawaher al-Kalam fi Sharh Shariat al-Islam], 7th ed. Beirut: Dar Ihya al-Turath al-Arabi; 1984، 23:126. [In Arabic]
 67. Najafi H. [Jawaher al-Kalam fi Sharh Shariat al-Islam], 7th ed. Beirut: Dar Ihya al-Turath al-Arabi; 1984، 28:462. [In Arabic]
 68. Khoei A. [Muhazirat fi Usul], 4th ed. Qom: Dar al-Hadi; 1996، 4:183. [In Arabic]
 69. Khoei A. [Tnghihi fi Sharh 'Urwat al-Wuthgha], 2nd ed. Qom: Al al-Bayt; 1997، 1:276. [In Arabic]
 70. Alidoost A. [Fiqh Wa 'Urf], 2nd ed. Tehran: Farhang Wa Andishih Islami; 2005، 282. [In Persian]
 71. Naraghi A. [Awa'ed al-Ayyam fi Bayan Qawa'ed al-Ahkam]. Qom: Daftar Tabliqat Islami; 1996، 615. [In Arabic]
 72. Hilli I. [al-Sara'ir al-Hawi li Tahrir al-Fatawi], 2nd ed. Qom: Daftar Intesharat Islami; 1989، 1:440. [In Arabic]
 73. Tusi M. [al-Tibyan fi Tafsir al-Qur'an]. Beirut: Dar Ihya al-Turath al-Arabi; 1992، 4:386. [In Arabic]
 74. Kazemi J. [Masalek al-Afham Ela Ayat al-Ahkam], 2nd ed. Researched by Behboodi M. Tehran: Mortazavi; 1986، 1:175. [In Persian]

75. Tabarsi F. [Majma' al-Bayan fi Tafsir al-Qur'an], 3rd ed Researched by Balaghi M. Tehran: Nasser Khosro; 1993, 9:86. [In Persian]
76. Akhund Khorasani M. [Kefayeh al-Usul]. Qom: Al al-Bayt; 1988,149. [In Arabic]
77. Tabarsi F. [Majma' al-Bayan fi Tafsir al-Qur'an], 3rd ed Researched by Balaghi M. Tehran: Nasser Khosro; 1993, 4:838. [In Persian]
78. Naraghi A. [Awa'ed al-Ayyam fi Bayan Qawa'ed al-Ahkam]. Qom: Daftar Tabliqat Islami; 1996, 615. [In Arabic]
79. Bahrani Y. [al-Hadaïq al-Nazirah fi Ahkam al-'Itrah al-Tahirah]. Reseaeched by Iravani M, Muqram A. Qom: Daftar Entesharat Islami;1984, 22:45. [In Arabic]
80. Yazdi M. [Soal va Javab]. Researched by Mohagheq Damad M. Tehran: Nashr 'Ulum Islami; 1997, 1:22. [In Persian]
81. Bahrani Y. [al-Hadaïq al-Nazirah fi Ahkam al-'Itrah al-Tahirah]. Reseaeched by Iravani M, Muqram A. Qom: Daftar Entesharat Islami;1984, 1:516. [In Arabic]
82. Sabzevari MB. [Kifayeh al-Fiqh]. Researched by: Va'izi Araki M. Qom: al-Nashar al-Islami; 2002,4: 247. [In Persian]
83. Yazdi M. [Soal va Javab]. Researched by Mohagheq Damad M. Tehran: Nashr 'Ulum Islami; 1997,1:22. [In Persian]
84. Karaki A. [Jame' al-Maqased fi Sharh al-Qesas], 2nd ed. Qom: Al al-Bayt; Nd, 11:288. [In Arabic]
85. Najafi H. [Jawaher al-Kalam fi Sharh Shariat al-Islam], 7th ed. Beirut: Dar Ihya al-Turath al-Arabi; 1984,41:471. [In Arabic]
86. Hilli H. [Tazkirah al-Fuqaha]. Qom: Al al-Bayt; 2009, 318. [In Persian]
87. Abd al-Rahman M. [Mu'jam al-Alfaz wa al-Mustalahat al-Fiqhiyyah]. Cairo: Dar al-Fazilah; Nd, 1:173. [In Arabic]
88. Shahrkani Ebrahim Ismail. [Mu'jam al-Mustalahat al-Fiqhiyyah]. Qom: Zawil Qurba;2008, 436. [In Arabic]
89. Kulayni M. [al-Kafi], 4th ed. Researched by Ghaffari A, Akhundi M. Tehran: Dar al-Ketab al-Islamiyah; 1986, 6:499. [In Arabic]
90. Bustani Afram F, Reza M. [Farhang Abjadi], 2nd ed. Tehran: Intisharat Islami;1996,1:86. [In Persian]
91. Fayoumi A. [al-Misbah al-Munir fi Gharib Sharh al-Kabir], 2nd ed. Qom: Dar al-Hijrah; 1993, 2:345. [In Arabic]
92. Mousavi Sabzevari A. [Mohazzab al-Ahkam fi Bayan Halal va Haram], 4th ed. Qom: al-Manar; 1992,4:474. [In Arabic]
93. Farahidi Kh. [Kitab al-Ain], 2nd ed. Qom: Hijrat; 1988.,7:7. [In Arabic]
94. Farahidi Kh. [Kitab al-Ain], 2nd ed. Qom: Hijrat; 1988.,8:120. [In Arabic]
95. Ibn Manzoor M. [Lasan al-Arab], 3rd ed. Researched by Mirdamadi J. Beirut: Dar al-Fikr; 1994,9:18. [In Arabic]
96. Akhund Khorasani M. [Kefayeh al-Usul]. Qom: Al al-Bayt; 1988,126. [In Arabic]
97. Hurr 'Amili M. [Tafsil Wasa'il al-Shi'ah ela Tahsil Masa'il al-Shi'ah]. Qom, Al al-Bayt; 1995, 28:13. [In Arabic]
98. Mohaghegh Damad M. [Qawa'ed Fiqh]. Tehran: Nashr 'Ulum Islami; 2004, 239. [In Arabic]
99. Tousi M. [al-Mabsut fi fiqh al-Imamiyyah]. Researched by Behboodi M. Qom: al-Murtazawiah; 2008, 8:69. [In Persian]
100. Ansari M. [Al-Musuah al-Fiqhiyyah al-Moyasarah]. Qom: Majma' al-Fikr al-Islami;1994,12:413. [In Arabic]
101. Bojnourdi H. [al- Qawa'ed al-Fiqhiyyah (Bojnourdi)]. Researched by Mehrizi M Derayati M. Qom: al-Hadi; 1998. [In Persian]
102. A group of researchers. [Mosu'ih Fiqh Islami Tibqan li Mazhab Ahl al-Bayt]. Qom: Da'irat al-Ma'arif Fiqh Islami Bar Mazhab Ahl al-Bayt; 2002, 19: 191. [In Arabic]

**Considering Futile Treatment as Extravagance and Approving its Illegitimacy:
A Comparative Study of Medical Ethics and Islamic Jurisprudence**

Saeed Nazari Tavakkoli ^{*1}, Saeed Ghadirzadeh Toosi²

1. Professor of Faculty of Theology and Islamic Studies, University of Tehran, Tehran, Iran.

2. PHD student of Faculty of Theology and Islamic Studies, University of Tehran, Tehran, Iran.

Received: 31 January 2024

Accepted: 10 August 2024

Published: 18 September 2024

***Corresponding Author**

Saeed Nazari Tavakkoli

Address: Tehran, Mofatteh intersection.

Postal Code : 1576613111

Tel: 98 21 42 76 20 00

Email: sntavakkoli@ut.ac.ir

Citation to this article:

Nazari Tavakkoli S, Ghadirzadeh Toosi S. Considering futile treatment as extravagance and approving its illegitimacy: a comparative study of medical ethics and islamic jurisprudence. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2024; 17:Article number: 7.

Abstract

Treating patients whose lives are in danger or threatened by irreparable harm, is an obligatory act. However, sometimes, due to old age, the severity of the disease, or the lack of definitive treatment, the patient faces a situation where, according to the diagnosis of the medical staff, starting or continuing the treatment has no effect on patient recovery, or the effect is so insignificant that is ignored in medical practice. This study was conducted using a descriptive and analytical method based on library resources to compare “futile treatment” in medical ethics with “Israf” (extravagance) in Islamic jurisprudence so as to indicate the level of conceptual compatibility between these two concepts. Moreover, considering the illegitimacy of extravagance in jurisprudential teachings, it was attempted to explore whether it is illegitimate, according to Islamic rules, to perform futile treatment. To do so, first, futile treatment and its characteristics in medical texts were defined. Second, the ethical considerations of performing such treatment were explained based on the teachings of medical ethics. Third, extravagance was analyzed in terms of concept, topic, and sentence by referring to valid lexical, jurisprudential, narrative, and interpretative resources. Finally, based on a comparative study, the level of compatibility of futile treatment with extravagance was investigated. The findings of this study showed futile treatment is an example of extravagance as it causes the waste of personal or public property, lacks rational purpose, and does not lead to patient recovery or promotion of health status. Therefore, futile treatment is not considered an obligatory act but even an illegitimate one as it is a clear example of extravagance. In addition to punishment in the afterlife, it entails civil liability as it results in the loss of others’ property.

Keywords: Futility, Futile Treatment, Extravagance, Medical Ethics, Islamic Jurisprudence.

