

The Encyclopedia of Comparative Jurisprudence and Law

A Comparative Study of the Scope of Physician Intervention in Unconscious and Incapacitated Patients in Iranian Law and the German Legal System

Mohammadreza Ganj Khanloo¹, Ahmad Papi², Nafiseh Motavallizadeh Naeini^{*3}

1. M.A. Student in Private Law University of Meybod, Faculty of Theology and Islamic Studies, Meybod University, Meybod, Iran.

2. M.A. Student in Criminal Law and Criminology University of Meybod, Department of Law, Faculty of Theology and Islamic Studies, Meybod University, Meybod, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Law, Faculty of Theology and Islamic Studies, Meybod University, Meybod, Iran.

* Corresponding Author's Email: motavallizadeh@meybod.ac.ir

ABSTRACT

With the remarkable advancement of medical science and the increasing complexity of therapeutic interventions, particularly in emergency situations, the necessity of revisiting the legal boundaries and regulations governing physician intervention has become more evident. In Iranian law, which is grounded in the principles of Shia Imamiyyah jurisprudence, doctrines such as necessity (iztirār), no-harm (lā-ḍarar), and beneficence (iḥsān) serve as the basis for the legitimacy of such interventions. In contrast, the German legal system, emphasizing the principle of patient autonomy, has anticipated prospective instruments such as advance healthcare directives and legal representatives for such circumstances. The aim of this study is to comparatively analyze these two systems to identify the legal gaps in Iran and to propose reformative solutions. This research employs a descriptive-analytical method with a comparative approach, examining jurisprudential, legal, and statutory sources in both Iran and Germany. The results of the study indicate that both legal systems prioritize the principle of saving the patient's life in emergency conditions over other principles. However, the German legal system, through the codification of legal instruments such as advance healthcare directives and healthcare proxies, has managed to address executive shortcomings more precisely, while in Iranian law, such instruments lack codified legal foundations. This study argues that the Iranian legal system, while preserving its jurisprudential foundations, can benefit from the coherent structure of German law in protecting incapacitated patients. It is suggested that by drafting complementary regulations concerning healthcare proxies, medical wills, and health law education, not only can the legal security of physicians be strengthened, but patients' rights can also be more effectively guaranteed. These measures can enhance the efficiency of the healthcare system in crisis situations.

Keywords: Medical law; Informed consent; Necessity; Healthcare proxy; Advance medical directive.

How to cite: Ganj Khanloo, M., Papi, A., & Motavallizadeh Naeini, N. (2025). A Comparative Study of the Scope of Physician Intervention in Unconscious and Incapacitated Patients in Iranian Law and the German Legal System. *The Encyclopedia of Comparative Jurisprudence and Law*, 3(4), 1-17.



تاریخ ارسال: ۱۱ اردیبهشت ۱۴۰۴
 تاریخ بازنگری: ۲۴ مرداد ۱۴۰۴
 تاریخ پذیرش: ۲۹ مرداد ۱۴۰۴
 تاریخ چاپ: ۱۶ دی ۱۴۰۴

دانشنامه فقه و حقوق تطبیقه

مطالعه تطبیقی حدود مداخله پزشک در بیماران بی‌هوش و فاقد اختیار در حقوق ایران و نظام حقوقی آلمان

محمدرضا گنج خانلو^۱، احمد پاپی^۲، نفیسه متولی زاده نائینی^{۳*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق خصوصی، گروه حقوق، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه میبد، میبد، ایران.
 ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق کیفری و جرم شناسی، گروه حقوق، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه میبد، میبد، ایران.
 ۳. استادیار، گروه حقوق، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه میبد، میبد، ایران.
- * پست الکترونیک نویسنده مسئول: motavallizade@meybod.ac.ir

چکیده

با پیشرفت شگرف دانش پزشکی و افزایش پیچیدگی اقدامات درمانی، به‌ویژه در شرایط اورژانسی، ضرورت بازنگری در حدود و ضوابط قانونی مداخله پزشک بیش از پیش احساس می‌شود. در حقوق ایران که بر مبانی فقه شیعه امامیه استوار است، قواعدی چون اضطرار، لاضرر و احسان مبنای مشروعیت چنین مداخلاتی هستند. در مقابل، نظام حقوقی آلمان با تأکید بر اصل خودمختاری بیمار، ابزارهای پیشینی نظیر وصیت‌نامه درمانی و نماینده قانونی را برای چنین مواقعی پیش‌بینی کرده است. هدف این پژوهش، بررسی تطبیقی این دو نظام جهت شناسایی خلأهای قانونی ایران و ارائه راهکارهای اصلاحی می‌باشد. پژوهش حاضر به روش توصیفی-تحلیلی و با رویکرد تطبیقی، به بررسی منابع فقهی، حقوقی و قانونی ایران و آلمان پرداخته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که هر دو نظام حقوقی اصل نجات جان بیمار را در شرایط اضطراری بر دیگر اصول مقدم می‌دانند. با این حال، نظام حقوقی آلمان با تدوین ابزارهای حقوقی همچون وصیت‌نامه درمانی و نماینده درمانی، توانسته است خلأهای اجرایی را به شکل دقیق‌تری پوشش دهد؛ در حالی که در حقوق ایران، این ابزارها فاقد مبنای قانونی مدون‌اند. پژوهش حاضر بر این باور است که نظام حقوقی ایران با حفظ مبانی فقهی خود می‌تواند از ساختار منسجم حقوق آلمان در حمایت از بیماران فاقد اختیار بهره‌گیرد. پیشنهاد می‌شود با تدوین قوانین مکمل در زمینه نماینده درمانی، وصیت‌نامه پزشکی و آموزش حقوق سلامت، ضمن تقویت امنیت حقوقی پزشکان، حقوق بیماران نیز به شکلی مؤثرتر تضمین گردد. این اقدامات می‌تواند موجب ارتقاء کارآمدی نظام سلامت در شرایط بحرانی گردد.

کلیدواژگان: حقوق پزشکی؛ رضایت آگاهانه؛ اضطرار؛ نماینده درمانی؛ وصیت‌نامه پزشکی.

نحوه استناددهی: گنج خانلو، محمدرضا. پاپی، احمد. و متولی زاده نائینی، نفیسه. (۱۴۰۴). مطالعه تطبیقی حدود مداخله پزشک در بیماران بی‌هوش و فاقد اختیار در حقوق ایران و نظام حقوقی آلمان. *دانشنامه فقه و حقوق تطبیقی*، ۳(۴)، ۱۷-۱.

اصلی این است که آیا می‌توان بدون وجود قانون صریح، حدود مداخله پزشک را در این بیماران به‌طور دقیق تعیین کرد یا خیر؟ اختلاف مبنايي میان فقه اماميه و حقوق مدرن، پیچیدگی دیگری را به این مسئله اضافه کرده است. در حقوق ایران که بر فقه امامیه استوار است، اصل عدم ولایت بر نفس غیر و شرط رضایت بیمار تأکید زیادی دارد، در حالی که نظام آلمان بر اصل خودمختاری بیمار و نهادهایی مانند وصیت‌نامه درمانی تأکید می‌کند. این تفاوت‌های مبنايي، سبب شده تا وحدت نظر فقهی و قانونی در زمینه مداخله پزشک در شرایط اضطراری وجود نداشته باشد و تفسیرهای مختلفی ارائه شود.

با وجود اهمیت موضوع مداخله پزشک در بیماران فاقد اختیار، تاکنون در حقوق ایران پژوهش‌های جامعی که ضمن بررسی دقیق فقهی و حقوقی، راهکارهای عملی و کاربردی را در این زمینه ارائه دهند، انجام نشده است. همچنین، مقایسه تطبیقی با نظام‌های حقوقی پیشرفته مانند آلمان که چارچوب‌های مشخص و کارآمدی در این حوزه دارند، بسیار محدود و ناقص است. فقدان این بررسی‌های تطبیقی و راهبردی، سبب شده که خلأ قانونی و ابهامات موجود همچنان به قوت خود باقی بمانند و باعث سردرگمی در نظام سلامت و کادر درمان شود.

این پژوهش با هدف تبیین و تحلیل دقیق مفهوم مداخله پزشک در بیماران فاقد اختیار و تعیین حدود قانونی آن در حقوق ایران انجام می‌شود. همچنین، با بررسی تطبیقی نظام حقوقی آلمان، به دنبال شناسایی کاستی‌ها و ارائه راهکارهای اصلاحی برای رفع خلأهای قانونی و کاهش ابهامات حقوقی در ایران است. پرداختن به این موضوع، می‌تواند زمینه‌ساز تدوین قوانین و مقررات جامع و صریح باشد که هم حقوق بیماران را تضمین کند و هم امکان مداخله قانونی و اخلاقی پزشکان را فراهم سازد، تا به این ترتیب،

در دنیای معاصر، پیشرفت‌های پزشکی و پیچیدگی‌های درمانی، مسائل اخلاقی و حقوقی متعددی را به همراه داشته است. در شرایطی که بیمار به دلیل بی‌هوشی یا فاقد اختیار قادر به ارائه رضایت نیست، پزشک با چالشی میان ضرورت درمان و احترام به حقوق بیمار مواجه می‌شود. در نظام حقوقی آلمان، قانون مدنی^۱ در مواد ۱۹۰۱ a و ۱۹۰۱ b به موضوع تأکید بر خودمختاری^۲ بیماران پرداخته است (Alizadeh Yaghoob et al., 2022). با توجه به پیچیدگی‌های حقوقی و اخلاقی مرتبط با مداخله پزشک در بیماران فاقد اختیار، بررسی دقیق و همه‌جانبه این موضوع ضرورت یافته است. فقدان قوانین صریح در ایران، موجب بروز اختلافات حقوقی، سردرگمی کادر درمان و افزایش مخاطرات برای بیماران شده است. از سوی دیگر، مسئولیت‌های حقوقی و کیفری پزشکان در شرایط اضطراری نامشخص است و این ابهامات می‌تواند منجر به بی‌عملی در مواقع حساس گردد. همچنین، آموزش ناقص حقوق سلامت به کادر درمان، توانایی آنان را در تصمیم‌گیری‌های حقوقی-اخلاقی محدود ساخته است. با افزایش جمعیت سالمندان و بیماران خاص، نیاز به وجود چارچوب‌های قانونی روشن و قابل اجرا بیش از پیش احساس می‌شود. بنابراین، این پژوهش به دنبال رفع ابهامات و ارائه راهکارهایی کاربردی برای نظام سلامت و قانون‌گذاری در ایران است.

مهم‌ترین مسئله، نبود قانون جامع و صریح در ایران برای تعیین حدود مداخله پزشک در بیماران فاقد اختیار است. این چالش زمانی شدت می‌یابد که برخلاف نظام حقوقی آلمان، که دارای چارچوب‌های مشخصی مانند وصیت‌نامه درمانی و نماینده قانونی است، در حقوق ایران هنوز قانون روشنی وجود ندارد. پرسش

2. Autonomy

1. BGB

شرایط اضطراری طراحی کند. این تفاوت‌ها بیانگر لزوم تقنین دقیق‌تر و آموزش حقوق سلامت در ایران است.

بحث

۱. مصطلحات

۱-۱. رضایت^۱: رضایت در لغت به معنای خرسندی باطنی، خشنودی قلبی، پسندیدگی، میل و موافقت آمده است. «رضایت» مصدر مجعول است که به جای «رضا» و «رضאות» استعمال می‌شود و استعمال صحیح آن در زبان عربی باید به صورت «رضאות» باشد؛ زیرا ریشه‌ی کلمه واوی است و قلب «واو» به «یاء» دلیل و مجوزی ندارد. بنابراین «رضایت» در زبان عربی به کار برده نمی‌شود و پیشینه‌ای در فقه ندارد، در حالی که «رضا» به کار رفته است و اصالت دارد (Anahid et al., 2022).

رضایت در حوزه پزشکی به معنای پذیرش آگاهانه بیمار نسبت به اقدامات درمانی یا مداخلات پزشکی است. این مفهوم یکی از اصول بنیادین اخلاق پزشکی و حقوق بیماران به‌شمار می‌رود که رعایت آن در بسیاری از نظام‌های حقوقی، از جمله حقوق ایران و آلمان، الزامی است (Alizadeh Yaghoob et al., 2022; Anahid et al., 2022). از منظر فقه شیعه نیز رضایت به عنوان شرط صحت در اعمال غیر عبادی و حتی در اقدامات پزشکی مورد توجه قرار گرفته و فقدان آن، ممکن است مشروعیت مداخله را زیر سؤال ببرد. در نظام‌های حقوقی معاصر، رضایت به سه نوع تقسیم می‌شود: رضایت صریح، ضمنی و فرضی. رضایت صریح زمانی تحقق می‌یابد که بیمار به‌صورت مستقیم، شفاهی یا کتبی، رضایت خود را اعلام کند. رضایت ضمنی از رفتار و شرایط بیمار استنباط می‌شود، در حالی که رضایت فرضی بیشتر در شرایط اضطراری به کار می‌رود؛ زمانی که فرض بر این است که بیمار در صورت داشتن اختیار، با درمان موافقت می‌کرد (Alizadeh Yaghoob et al., 2022; Anahid et al., 2022).

هم سلامت و امنیت بیمار حفظ شود و هم پزشکان در عمل حرفه‌ای خود با اطمینان خاطر بیشتری عمل کنند.

لذا، پژوهش حاضر، درصدد پاسخ به سوالات ذیل است: در حقوق ایران، چه معیارها و محدودیت‌هایی برای مداخله پزشک در بیماران فاقد اختیار وجود دارد و این حدود چگونه تعیین می‌شود؟ همچنین، مقایسه تطبیقی حقوق ایران و آلمان در زمینه مداخله پزشک در بیماران فاقد اختیار چه نقاط ضعف و قوتی را نشان می‌دهد؟ درنهایت، چه راهکارهای حقوقی و اجرایی می‌تواند برای رفع ابهامات و خلأهای قانونی موجود در نظام سلامت ایران ارائه شود تا هم حقوق بیماران و هم اختیارات پزشکان به‌طور متوازن تأمین گردد؟

روش

مقاله حاضر، توصیفی - تحلیلی بوده و از روش کتابخانه‌ای و مطالعات تطبیقی برای بررسی اسناد حقوقی، متون فقهی و قوانین جاری در نظام‌های حقوقی ایران و آلمان استفاده شده است. در پژوهش حاضر، ملاحظات اخلاقی مرتبط با مطالعات کتابخانه‌ای از جمله رعایت اصالت متون، استناد دقیق به منابع، صداقت علمی و امانت‌داری در نقل مطالب مورد توجه قرار گرفته و نویسندگان تعارض منافع اعلام نکرده‌اند.

یافته‌ها

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که در نظام حقوقی ایران، مداخله پزشک در بیماران فاقد اختیار بر پایه قواعدی چون اضطرار، لاضرر و احسان توجیه می‌شود، اما خلأ قانونی در نهادهایی مانند وصیت‌نامه پزشکی و نماینده درمانی محسوس است. در مقابل، نظام حقوقی آلمان با بهره‌گیری از ابزارهای حقوقی پیشینی نظیر رضایت‌نامه‌های پزشکی و نمایندگان قانونی، توانسته است چارچوب‌های منسجم‌تری برای حمایت از حقوق بیماران در

^۱. Consent

مورد بررسی قرار گرفته شده است (Khoei, 1987; Khomeini, 2000; Kulayni, 1986; Makarem Shirazi, 1990). همچنین در برخی قوانین ایران، ولی شرعی مسئولیت تصمیم‌گیری در امور پزشکی برای بیماران فاقد توانایی تصمیم‌گیری را بر عهده دارد.^۱

۴-۱. **وصیت‌نامه پزشکی:** وصیت‌نامه‌ی پزشکی به مستنداتی اطلاق می‌شود که فرد قبل از بروز بیماری یا وضعیت غیرقابل تصمیم‌گیری، تصمیمات پزشکی خود را برای شرایط آینده [مثلاً در صورت بی‌هوشی یا بیماری جدی] مشخص می‌کند. این وصیت‌نامه می‌تواند شامل تصمیماتی در خصوص ادامه یا قطع درمان، استفاده از دستگاه‌های پزشکی، یا سایر اقدامات درمانی باشد.

۵-۱. **بی‌هوشی^۲:** بی‌هوشی، حالتی فیزیولوژیک یا پاتولوژیک است که در آن، فرد از آگاهی نسبت به خود و محیط اطراف محروم می‌گردد و نمی‌تواند تصمیم‌گیری آگاهانه انجام دهد. این وضعیت می‌تواند در پی آسیب‌های مغزی، شوک، بی‌هوشی عمومی یا شرایط بحرانی پزشکی ایجاد شود (Alizadeh Yaghoob et al., 2022). در این حالت، اصول اخلاقی پزشکی حکم می‌کنند که پزشک، بر اساس «مصلحت» بیمار و «فوریت درمان»، تصمیم‌گیری کند (Alizadeh Yaghoob et al., 2022; Anahid et al., 2022). از منظر فقهی، بی‌هوشی به‌عنوان مانعی در تحقق اراده و رضایت تلقی می‌شود و برخی فقها، آن را در حکم صغیر یا مجنون موقت دانسته‌اند؛ که در این صورت، ولی شرعی یا پزشک امین می‌تواند در امور درمانی اقدام نماید (Hilli, 1988; Mufid, 1989; Safi Golpayegani, 1992).

۶-۱. **مداخله پزشکی^۳:** مداخله پزشکی، عبارت است از هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی، پیشگیرانه یا بازتوانی که توسط کادر

۲-۱. **رضایت آگاهانه:** رضایت آگاهانه به معنای دریافت اجازه از بیمار یا نماینده قانونی او برای انجام مداخلات پزشکی است. این رضایت باید بر اساس اطلاعات کامل و قابل فهم به‌دست آید تا بیمار یا نماینده‌اش به‌طور کاملاً آگاهانه تصمیم بگیرد. در سیستم‌های حقوقی و فقهی مختلف، این رضایت باید آزادانه و بدون فشار بیرونی به‌دست آید و شامل اطلاعاتی مانند نوع درمان، خطرات، فواید و گزینه‌های درمانی موجود باشد. رضایت آگاهانه اساساً از سه جزء اصلی تشکیل می‌شود: آگاهی، اختیار و قابلیت. بیمار باید از نظر ذهنی توانایی درک اطلاعات داده‌شده و اتخاذ تصمیم مناسب را داشته باشد.

در حقوق مدنی آلمان، ماده ۱۰۲ قانون مدنی به‌طور خاص به این موضوع اشاره دارد و به پزشکان الزام می‌کند که پیش از هرگونه مداخله، رضایت آگاهانه بیمار را جلب کنند (Alizadeh Yaghoob et al., 2022; Anahid et al., 2022). در فقه اسلامی، نظرات مختلف فقها، از جمله امام خمینی در تحریر الوسیله، تصریح می‌کنند که در شرایط اضطراری، پزشک مجاز است بدون رضایت بیمار برای حفظ جان او اقدام کند، مشروط بر اینکه قصد احسان و رعایت مصلحت داشته باشد (Khomeini, 2000).

۳-۱. **ولی شرعی:** ولی شرعی شخصی است که طبق فقه اسلامی، مسئولیت و اختیارات قانونی برای تصمیم‌گیری در امور پزشکی و غیرپزشکی بر عهده‌ی اوست. این مسئولیت ممکن است برای والدین، ولی قانونی یا حاکم شرع باشد، همچنین، ولی شرعی در شرایط خاص، به‌ویژه در مورد افرادی که توانایی تصمیم‌گیری ندارند [مانند بیماران بی‌هوش]، حق تصمیم‌گیری را در اختیار دارد.

در فقه اسلامی، ولی شرعی به‌طور مفصل در کتاب‌هایی مانند تحریر الوسیله، المسائل الشرعیه، الخلاف، الکافی و القواعد الفقهی

2. Unconsciousness

3. Medical Intervention

۱. فقه اسلامی، امام خمینی^۱

درمانی بر بدن یا سلامت جسمی و روانی فرد صورت می‌گیرد (Ahuja et al., 2024). مداخلات پزشکی، از نظر شدت و آثار، دامنه‌ای گسترده دارند و به همین دلیل، مستلزم رعایت اصول اخلاقی مانند احترام به خودمختاری بیمار، سودمندی، عدم زیان‌رسانی و عدالت‌اند (Munir et al., 2022). در فقه اسلامی، به‌ویژه فقه شیعه، اصل بر حرمت تعرض به جسم انسان بدون رضایت اوست؛ مگر در مواردی که ضرورت شرعی یا عقلی وجود داشته باشد.

در مواقعی که بیمار قادر به اعلام رضایت نیست، فقها بر مبنای قاعده‌ی «لاضرر»، قاعده‌ی «اهم و مهم» و نیز ضرورت حفظ نفس محترمه، جواز مداخله را تحت شرایط خاص مجاز می‌دانند (Alizadeh Yaghoob et al., 2022; Anahid et al., 2022). در حقوق آلمان نیز، ماده‌ی ۶۳۰ d از BGB [قانون مدنی آلمان] مقرر می‌دارد که انجام هرگونه درمان نیاز به رضایت دارد؛ اما در شرایط اضطراری که بیمار بی‌هوش بوده و خطر جدی متوجه جان اوست، پزشک مجاز به انجام اقدامات فوری است، مشروط بر آنکه فرض منطقی بر رضایت وی وجود داشته باشد (Parsapour & Ghasemzadeh, 2011).

۲. مبانی اخلاق پزشکی: اخلاق، به‌عنوان شاخه‌ای از علم فلسفه، از زمان شکل‌گیری علم پزشکی، جزئی لاینفک از آن به شمار می‌آمده است. سوگندنامه‌ی بقراط از متون معروف اخلاق پزشکی مربوط به یونان باستان است. طبیبان چین و ایران باستان نیز در آثار خود به اخلاق پزشکی پرداخته‌اند (Shahverdi et al., 2023). اخلاق پزشکی در ایران نیز سابقه‌ای دیرینه دارد، به‌طوری‌که قوانین زیادی راجع به طب و طبابت در اوستا در ایران باستان وجود داشته و در مورد ویژگی‌ها و خصوصیات اطبا و نحوه‌ی رفتار با بیمار، مطالب فراوانی بیان شده است.

در تمدن اسلامی، اخلاق پزشکی تحت تعالیم عالیه‌ی دین مبین اسلام از درخششی والا برخوردار شده است؛ زیرا آیین مقدس

اسلام به دانش و حرفه‌ی پزشکی بسیار بها داده است، به‌طوری‌که دانش پزشکی را معادل و هم‌تراز دانش دینی قرار داده و در روایات اسلامی، شغل و دانش پزشکی در کنار علوم الهی عنوان شده است (Munir et al., 2022). اخلاق پزشکی، به‌عنوان شاخه‌ای از اخلاق کاربردی، در تلاش است تا رفتارهای حرفه‌ای کادر درمان را در مواجهه با بیماران هدایت کند. سه اصل بنیادین در اخلاق پزشکی که تقریباً در تمامی مکاتب فکری و نظام‌های حقوقی پذیرفته شده‌اند، شامل «اصل نفع بیمار»، «اصل خودمختاری» و «اصل عدم زیان» است. این اصول، به‌ویژه در مواردی چون بی‌هوشی بیماران و ضرورت تصمیم‌گیری به‌جای ایشان، اهمیتی دوچندان می‌یابند (Mousavi Tabrizi, 2018).

الف) اصل نفع بیمار: اصل نفع بیمار به این معناست که تمامی اقدامات پزشکی باید با هدف کمک به سلامت، رفاه و بهبودی بیمار انجام گیرد. پزشک موظف است اقدامات درمانی را در جهت بیشترین سود و کمترین خطر برای بیمار انتخاب کند (Joodaki et al., 2016). این اصل در فقه اسلامی نیز، تحت عنوان «قاعده‌ی لاضرر» و «قاعده‌ی حفظ نفس محترمه» مطرح است و بر تقدّم مصالح بیمار، حتی در غیاب رضایت او در شرایط اضطراری، دلالت دارد (Anahid et al., 2022). در شرایط بی‌هوشی، پزشک از منظر این اصل وظیفه دارد بهترین تصمیم را برای حفظ حیات و سلامت بیمار اتخاذ کند، حتی اگر امکان اخذ رضایت وجود نداشته باشد. بنابراین، اصل نفع بیمار در چنین مواردی، زمینه‌ساز مداخله‌ی مشروع و قانونی است (Sotoudeh, 2016).

ب) اصل خودمختاری: اصل خودمختاری، بر حق افراد در تصمیم‌گیری درباره‌ی امور مرتبط با بدن و سلامت خود تأکید دارد. این اصل در حقوق معاصر، به‌ویژه در حقوق آلمان، نقش محوری دارد؛ ماده‌ی ۶۳۰ d BGB بیان می‌کند که هرگونه اقدام درمانی مستلزم رضایت آگاهانه‌ی فرد است (Alizadeh Yaghoob et al., 2022).

یا گفتاری [مثلاً بیان شفاهی «بله» به پزشک] باشد. ویژگی‌های رضایت صریح شامل موارد زیر می‌باشد:

- دارای مستند قانونی و قابل استناد در مراجع قضایی است [مانند امضا، ضبط صوت یا ویدئو]؛

- بیشترین اعتبار فقهی و حقوقی را دارد؛

- شرط لازم برای انجام مداخلات درمانی پرخطر، غیرضروری یا اختیاری است؛

- در منابع فقهی از آن با عنوان «اذن صریح» یاد شده و با قواعد تسلیط، سلطنت بر نفس و اختیار توجیه می‌شود (Hilli, 1988; Mirza Qomi, 1958).

۲-۳. رضایت ضمنی: رضایت ضمنی، رضایتی است که مستقیماً بیان نمی‌شود، اما از رفتار، شرایط یا وضعیت بیمار استنباط می‌گردد. به عنوان مثال، حضور داوطلبانه بیمار در مطب پزشک و همکاری در مراحل معاینه، نوعی رضایت ضمنی محسوب می‌شود. ویژگی‌های رضایت ضمنی شامل موارد زیر می‌باشد:

- معمولاً در مداخلات ساده و رایج مانند معاینه، تزریق خون، بخیه سطحی یا اندازه‌گیری فشار خون پذیرفته می‌شود؛

- از قرائن و رفتارهای بیمار [مثل نشستن روی تخت معاینه یا دادن آستین برای تزریق] استنباط می‌شود؛

- در فقه شیعه، نیازمند احراز قصد و آگاهی از سوی بیمار است و ممکن است در موارد خاص مورد مناقشه قرار گیرد (Muhaqqiq Hilli, 2006)؛

- در حقوق نیز اعتبار دارد، ولی در شرایطی که احتمال تعارض منافع یا آسیب جدی وجود دارد، کافی نیست.

۳-۳. رضایت فرضی: رضایت فرضی به حالتی اطلاق می‌شود که به دلیل اضطراب یا فوریت، رضایت بیمار بدون اعلام واقعی او، مفروض گرفته می‌شود؛ حتی اگر بیمار نتواند یا فرصت اعلام رضایت نداشته باشد. ویژگی‌های رضایت فرضی شامل موارد زیر می‌باشد:

در فقه شیعه نیز، حق مالکیت فرد بر بدن خود، هرچند مطلق نیست، اما اصل رضایت را به عنوان یکی از ارکان مشروعیت مداخلات درمانی می‌پذیرد (Khansari, 1985; Tabataba'i, 1996).

ج [اصل عدم زیان: اصل عدم زیان، به این معناست که پزشک نباید با اقدام یا ترک اقدام، باعث آسیب جسمی یا روانی به بیمار شود. این اصل، مکمل اصل نفع بیمار است و آن را محدود می‌سازد؛ به طوری که حتی نیت خیرخواهانه نیز نباید منجر به آسیبی جدی شود (Ahuja et al., 2024).

در فقه اسلامی نیز، قاعده‌ی «لاضرر و لاضرار فی الاسلام» [منع ضرر و زیان]، این اصل را تقویت می‌کند (Khoei, 1987; Khomeini, 2000; Mufid, 1989). در موقعیت بیماران فاقد اختیار، اصل عدم زیان به پزشک اجازه می‌دهد تا در صورتی که امتناع از مداخله، خطر جدی جان بیمار را تهدید کند، اقدامات ضروری را آغاز نماید؛ زیرا ترک مداخله در این وضعیت، مصداق ضرر خواهد بود.

۳. تفاوت رضایت صریح، ضمنی و فرضی: در فقه و حقوق پزشکی، رضایت بیمار شرط اساسی و مشروعیت بخش مداخله درمانی است. نوع رضایت، به ویژه در شرایطی که بیمار فاقد آگاهی، اختیار یا توان بیان است، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌شود. در ادبیات فقهی و حقوقی، سه نوع اصلی رضایت مورد شناسایی قرار گرفته است: رضایت صریح، رضایت ضمنی و رضایت فرضی. هر یک از این اقسام، ویژگی‌ها، کاربردها و پشتوانه‌های خاصی دارند که در ادامه به صورت یکپارچه و دقیق به تفاوت آن‌ها پرداخته می‌شود:

۱-۳. رضایت صریح: رضایت صریح، رضایتی است که بیمار به صورت مستقیم، روشن و بدون هیچ گونه ابهام اعلام می‌کند. این رضایت می‌تواند به صورت نوشتاری [مثلاً امضای فرم رضایت‌نامه]

سه سطح متمایز صریح، ضمنی و فرضی قابل تحلیل است. هر یک از این انواع رضایت، نه تنها بر مبانی خاصی از اصول فقهی استوار است، بلکه در تعیین دامنه مسئولیت پزشک نیز نقش بنیادین ایفا می‌کند.

در سطح دوم، رضایت ضمنی قرار می‌گیرد که از کنش‌ها و رفتارهای غیرکلامی بیمار مانند حضور در مطب، همکاری در معاینه یا عدم مخالفت با اقدام درمانی استنباط می‌شود. این نوع رضایت، مبتنی بر سیره و بنای عقلاء است و بر قاعده فقهی احسان نیز استوار است، به این معنا که پزشک با انگیزه نیکوکارانه و بدون قصد اضرار، اقدام به درمان می‌کند (Anahid et al., 2022). در فقه شیعه، این نوع رضایت غالباً در مداخلات ساده، رایج یا کم‌خطر پزشکی پذیرفته شده است و در صورت رعایت اصول حرفه‌ای از سوی پزشک، مسئولیت شرعی یا قانونی متوجه او نخواهد بود (Sotoudeh, 2016). با این حال، به دلیل ماهیت غیرشفاف این رضایت، ضرورت احتیاط و رعایت عرف متعارف از سوی پزشک دوچندان می‌گردد.

رضایت فرضی، به عنوان سومین و پرچالش‌ترین نوع، در شرایطی مطرح می‌شود که بیمار به دلیل بی‌هوشی، فقدان هوشیاری یا نبود دسترسی به ولی قانونی، قادر به ابراز هیچ نوع رضایتی نیست. در این حالت، پزشک به گونه‌ای اقدام می‌کند که گویی رضایت بیمار مفروض است؛ یعنی اگر بیمار در وضعیت عادی قرار داشت، منطقیاً به درمان رضایت می‌داد. این نوع رضایت بر قواعد متعددی از فقه شیعه از جمله قاعده اضطرار، قاعده لاضرر، اصل حفظ نفس و نیز احسان مبتنی است (Hilli, 1988). در مواردی که تعارض بین دو ضرر پیش می‌آید، قاعده فقهی «إذا تعارض الضرران یرتکب اخفهما» پزشک را مکلف می‌سازد تا با هدف دفع ضرر بزرگ‌تر [مانند مرگ یا آسیب جدی] به اقدام درمانی مبادرت ورزد، حتی در فقدان رضایت آشکار (Mirza Qomi, 1958). با این حال، مشروعیت چنین اقدامی منوط به رعایت کامل موازین علمی،

معمولاً در شرایط اضطراری به کار می‌رود؛ مانند زمان‌هایی که بیمار بی‌هوش، دچار شوک، کودک بدون سرپرست یا فاقد صلاحیت تصمیم‌گیری است؛

فرض بر این است که اگر بیمار در وضعیت عادی و هوشیار بود، با اقدام درمانی موافقت می‌کرد؛

در فقه شیعه، بر پایه قواعدی چون اضطرار، حفظ نفس، احسان، نفی ضرر و قاعده اهم و مهم توجیه می‌شود (Esfahani, 2001; Hammad, 2008)؛

در حقوق نیز به عنوان اصل عقلانی برای نجات جان بیمار مورد پذیرش است و مسئولیت پزشک را در چنین مواردی کاهش می‌دهد.

تفاوت اصلی این سه نوع رضایت، در نحوه‌ی اعلام و شرایط استنباط آن‌ها نهفته است. رضایت صریح، آشکار و مستند است؛ رضایت ضمنی از رفتار بیمار برداشت می‌شود؛ و رضایت فرضی در شرایطی اعمال می‌شود که بیمار قادر به ابراز رضایت نیست، ولی ضرورت اقدام درمانی وجود دارد. در هر سه حالت، قصد، آگاهی و رعایت مصلحت بیمار اصول بنیادینی هستند که فقه و حقوق بر آن تأکید دارند

جدول ۱: مقایسه انواع رضایت بیمار از منظر فقه شیعه، کاربردهای

عملی و مسئولیت پزشک

زمان پزشک	کاربرد معمول	مبنای فقهی در نوع رضایت
معمولاً ندارد	اعمال غیراضطراری و پرخطر	اصل تسلط بر نفس، اصل اختیار
در صورت رعایت اصول ندارد	اعمال ساده یا رایج پزشکی	قاعده احسان، ضمنی سیره عقلاء
در صورت رعایت موازین ندارد	شرایط اورژانسی و بی‌هوشی	قاعده اضطرار، فرضی حفظ نفس، لاضرر

جدول ۱ نشانگر تفاوت‌های رضایت بیمار در حقوق پزشکی از منظر فقه امامیه است. در منظومه فقه شیعه، رضایت بیمار یکی از مهم‌ترین ارکان مشروعیت مداخلات درمانی تلقی می‌شود و در

باشد، پزشک از مسئولیت کیفری معاف خواهد بود.» این بند ناظر به موقعیت‌هایی مانند بی‌هوشی بیمار، اغمای کامل یا کما است که جان او در خطر بوده و رضایت‌گیری ممکن نیست.

پ) **شرط رعایت موازین فنی و علمی:** حتی در شرایط اضطرار، پزشک باید موازین فنی، علمی و اخلاقی را رعایت کند. در صورت تخطی از این موازین، پزشک ممکن است مسئول باشد؛ حتی اگر بیمار رضایت داده یا شرایط اضطراری بوده باشد.

ت) **جایگاه ولی و قیم قانونی:** در مواردی که بیمار به‌طور دائم فاقد صلاحیت تصمیم‌گیری است [مانند عقب‌ماندگان ذهنی شدید یا افراد در اغمای طولانی]، حقوق ایران برای ولی قهری [مانند پدر یا جد پدری] یا قیم منصوب دادگاه، حق تصمیم‌گیری درباره درمان را به رسمیت می‌شناسد. در غیر این صورت، پزشک نمی‌تواند به‌طور مستقل اقدام به عمل‌های غیرضروری یا غیراضطراری کند (Chitsaz, 2015).

ث) **قاعده فقهی «احسان» و تأثیر آن بر مسئولیت پزشک:** یکی از قواعد فقهی مهم در فقه امامیه که در حقوق ایران بازتاب دارد، قاعده احسان است. بر اساس این قاعده، اگر شخصی با نیت خیر و بدون تقصیر، به کسی کمک کند و در نتیجه این کمک، ضرری به گیرنده وارد شود، ضامن نیست. پزشک در شرایط بی‌هوشی و بدون رضایت، اگر به قصد درمان و نجات جان اقدام کند و تقصیری نداشته باشد، بر اساس قاعده احسان ممکن است ضامن نباشد.

ج) **فقدان قانون خاص برای «وصیت‌نامه درمانی» یا «نماینده درمانی»:** برخلاف برخی نظام‌های پیشرفته [مثل آلمان]، در حقوق ایران نهادهایی مانند وصیت‌نامه درمانی یا نماینده درمانی هنوز تعریف قانونی مشخص ندارند. به همین دلیل، پزشک در موقعیت‌های مرزی [مانند بیمار بی‌هوش بدون ولی] با ابهام حقوقی و سردرگمی در تصمیم‌گیری مواجه است (Nalubega et al., 2024).

تشخیص ضرورت و ثبت مستندات در پرونده پزشکی بیمار است؛ زیرا در غیر این صورت، امکان تحقق مسئولیت مدنی یا کیفری وجود دارد.

۴. **دیدگاه نظام حقوقی ایران:** در حقوق ایران، دیدگاه نسبت به مداخله پزشک در درمان بیماران بی‌هوش و فاقد اختیار، تلفیقی از اصول فقه اسلامی [به‌ویژه فقه امامیه] و قواعد کلی حقوقی است. اگرچه قانون خاص و جامعی درباره این موضوع هنوز وجود ندارد، اما از مجموعه‌ای از قوانین مدنی، کیفری و فناوری فقهی می‌توان برداشت‌هایی درباره حدود و مشروعیت مداخله پزشک به‌دست آورد. در ادامه، دیدگاه حقوق ایران به‌صورت تحلیلی ارائه می‌شود:

الف) اصل ضرورت رضایت آگاهانه بیمار: در حقوق ایران، همانند بسیاری از نظام‌های حقوقی، اصل کلی آن است که هرگونه درمان یا اقدام پزشکی باید با رضایت آگاهانه بیمار صورت گیرد. ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی [۱۳۹۲] یکی از مواد مهمی است که در این زمینه مورد استناد قرار می‌گیرد. طبق این ماده: «هرگاه انجام عمل پزشکی با رضایت شخص و رعایت موازین فنی، علمی و نظامات دولتی صورت گیرد، جرم محسوب نمی‌شود». این ماده نشان می‌دهد که رضایت بیمار، شرط لازم برای مشروعیت مداخله پزشک است. بنابراین، مداخله بدون رضایت در شرایط عادی می‌تواند از منظر قانونی، ضمان‌آور و حتی جرم‌انگارانه باشد.

ب) استثنا: فقدان رضایت در شرایط اضطرار: در مواردی که بیمار در وضعیت بی‌هوشی یا فاقد اختیار باشد و امکان اخذ رضایت نباشد، حقوق ایران به اصل «اضطرار» و «حفظ جان انسان» استناد می‌کند. بر پایه قاعده فقهی «الضرورات تبیح المحظورات»، در شرایط اضطراری، برخی ممنوعیت‌ها قابل تعلیق هستند (Parsapour & Ghasemzadeh, 2011). این اصل در بند «د» ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی نیز آمده است: «در موارد فوری که اخذ رضایت میسر نباشد و اقدامات انجام‌شده ضروری

است. (Alizadeh Yaghoob et al., 2022; Anahid et al., 2022)

۵. دیدگاه نظام حقوقی آلمان: نظام حقوقی آلمان به طور خاص، بر اساس قوانین مدنی این کشور، موضوع رضایت آگاهانه در مداخلات پزشکی را تنظیم کرده است. در این نظام حقوقی، اصل رضایت آگاهانه و آزادی اراده بیمار در تصمیم‌گیری‌های پزشکی، به عنوان یکی از اصول بنیادی حقوق بیماران شناخته می‌شود. با این حال، در شرایط خاصی، برخی از استثناها بر این اصل اعمال می‌شود که در این بخش به آن‌ها پرداخته می‌شود.

۱-۵. اصل رضایت آگاهانه در قانون مدنی آلمان: طبق ماده ۱۹۰۱ قانون مدنی آلمان، رضایت بیمار برای هرگونه مداخله پزشکی لازم است. این ماده به طور مشخص تأکید می‌کند که هیچ‌گونه مداخله درمانی یا جراحی بدون رضایت آگاهانه بیمار نمی‌تواند صورت گیرد، مگر در شرایط خاص که استثنائاتی برای آن وجود دارد. رضایت آگاهانه به این معناست که بیمار باید از تمامی جوانب مداخله پزشکی، از جمله نوع درمان، ریسک‌ها، نتایج احتمالی و پیامدهای آن آگاه باشد و سپس این رضایت را اعلام کند. این اصل از نظر اخلاقی و قانونی اهمیت فراوانی دارد؛ زیرا حفظ کرامت انسانی و خودمختاری بیمار در تصمیم‌گیری‌های پزشکی را تضمین می‌کند. پزشکان موظف‌اند که به طور کامل بیمار را در جریان جزئیات مداخله‌های پزشکی قرار دهند تا بیمار با داشتن اطلاعات کافی و با اراده آزاد، تصمیم به پذیرش درمان بگیرد [۱۴].

علاوه بر مواد ۱۹۰۱-۱۹۰۸ d قانون مدنی آلمان [BGB]، مبنای حقوق پزشکی در این کشور شامل موارد زیر است:

۱. آراء دیوان عالی فدرال [BGH] در پرونده‌های مرتبط با رضایت اضطراری و ضمنی؛

ج [مسئولیت مدنی و کیفری پزشک: مسئولیت مدنی پزشک ناشی از ضرر و زیانی است که در اثر اقدامات پزشکی به بیمار وارد می‌شود. این مسئولیت مبتنی بر تقصیر است و برای تحقق آن باید سه عنصر وجود داشته باشد:

۱] اشتباه در تشخیص، درمان یا عمل جراحی که مطابق موازین علمی و فنی نباشد،

۲] ورود ضرر [اعم از جانی، مالی یا معنوی] به بیمار،

۳] وجود رابطه‌ی مستقیم بین خطای پزشک و ضرر وارده.

بر اساس ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی، هرگونه ضرر ناروا و نامتعارف به بیمار، موجب مسئولیت پزشک می‌شود، مگر اینکه پزشک بتواند عدم تقصیر خود یا قطع رابطه سببیت را اثبات کند. در مواردی مانند بیماران بی‌هوش یا فاقد اختیار، اخذ رضایت از ولی قانونی ضروری است؛ اما در شرایط فوریت‌های پزشکی، پزشک می‌تواند بدون رضایت اقدام کند، مشروط بر اینکه مقررات پزشکی را رعایت کرده باشد.

مسئولیت کیفری پزشک زمانی مطرح می‌شود که اقدامات پزشک واجد عناصر جرم باشد. بر اساس ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی [۱۳۹۲]، عمل پزشکی در صورتی جرم محسوب نمی‌شود که مشروع باشد [مطابق قوانین و مقررات] و یا با رضایت بیمار یا ولی او انجام شده و در نهایت، موازین فنی و علمی رعایت شده باشد. با این حال، اگر پزشک مرتکب تقصیر شود [مانند بی‌احتیاطی یا ترک وظیفه] و این تقصیر منجر به صدمه یا فوت بیمار گردد، مسئولیت کیفری خواهد داشت.

ج [ضرورت اصلاح و تقنین: در حال حاضر، خلأ قانونی جدی در زمینه تعیین دقیق حدود مداخله پزشک در موارد عدم رضایت وجود دارد. کارشناسان حقوق سلامت پیشنهاد داده‌اند که نظام حقوقی ایران نیازمند تدوین قانون جامع حمایت از بیماران فاقد اختیار و نهادهای سازوکارهای پیشینی [مثل نماینده درمانی]

سرپرست قانونی او [در آلمان، به عنوان «نماینده قانونی» شناخته می‌شود] اخذ شود. این ولی قانونی می‌تواند تصمیمات درمانی را بر اساس بهترین منافع بیمار اتخاذ کند. در شرایطی که بیمار به طور موقت فاقد اهلیت قانونی باشد [مثلاً به دلیل بیماری]، پزشک باید به طور موقت از نماینده قانونی او رضایت بگیرد.

بخش مهمی از چارچوب حقوقی آلمان، مبتنی بر منشور حقوق اساسی و تعهدات ناشی از کنوانسیون اروپایی حقوق بشر است: — کرامت انسانی در صدر منشور قرار دارد و خودمختاری بیمار را به عنوان حق بنیادین تضمین می‌کند.

— حق حیات و ممنوعیت شکنجه یا رفتار غیرانسانی، بر لزوم تصمیم‌گیری اخلاقی برای حفظ جان و جسم بیمار تأکید می‌کنند. این جنبه‌های حقوق بشر، از سطح ملی تا اروپایی، سلامت و کرامت بیمار را در هر مرحله از تصمیم‌گیری پزشکی تضمین می‌نمایند (Rixen, 2020).

۳-۵. **ابزارهای حقوقی در آلمان:** در نظام حقوقی آلمان، علاوه بر اصل رضایت آگاهانه و استثناهای آن، ابزارهای حقوقی خاصی نیز برای مدیریت مسائل مرتبط با رضایت و تصمیمات پزشکی وجود دارد. این ابزارها به بیمار و نمایندگان او کمک می‌کنند تا در مواقعی که بیمار قادر به تصمیم‌گیری نیست، همچنان حقوق و منافع او حفظ شود.

الف] وصیت‌نامه پزشکی: وصیت‌نامه پزشکی یکی از ابزارهای مهم در حقوق پزشکی آلمان است. بر اساس این ابزار، بیماران می‌توانند پیش از بروز وضعیت‌های اضطراری، تصمیمات خود را در خصوص درمان‌های خاص مشخص کنند. به طور مثال، بیمار می‌تواند در وصیت‌نامه پزشکی خود تصمیم بگیرد که در صورت بی‌هوشی یا ناتوانی از تصمیم‌گیری، چه نوع درمان‌هایی را می‌پذیرد یا رد می‌کند. این تصمیمات می‌تواند شامل درخواست‌های مربوط به استفاده از دستگاه‌های حمایتی و

۲. قوانین فرادستی مانند منشور حقوق اساسی آلمان^۱ و کنوانسیون اروپایی حقوق بشر^۲؛

۳. آیین‌نامه‌های انتظامی [انجمن‌های صنفی پزشکان] برای نظارت بر رفتار حرفه‌ای.

این ساختار سه‌لایه، نظام‌مندی و هماهنگی قوی در تدوین و تفسیر حقوق پزشکی آلمان ایجاد می‌کند.

۲-۵. **موارد استثنا بر اصل رضایت آگاهانه:** با وجود اهمیت اصل رضایت آگاهانه، قانون مدنی آلمان موارد استثنایی را پیش‌بینی کرده است که در آن‌ها می‌توان بدون رضایت صریح بیمار، مداخله پزشکی را انجام داد. این موارد به شرح زیر است:

الف] اورژانس‌ها: در شرایط اورژانسی که بیمار در معرض خطر جدی قرار دارد و نیاز فوری به درمان دارد، پزشکان می‌توانند مداخله کنند؛ حتی اگر بیمار نتواند رضایت خود را به طور آگاهانه اعلام کند. در این شرایط، طبق ماده ۶۳۰ BGB، درمان می‌تواند بدون رضایت بیمار صورت گیرد. در این مواقع، رضایت به طور ضمنی پذیرفته می‌شود؛ زیرا تأخیر در درمان می‌تواند جان بیمار را به خطر بیندازد (Xue et al., 2024).

ب] بیماران بی‌هوش: در صورتی که بیمار بی‌هوش باشد و قادر به ارائه رضایت نباشد، پزشکان باید بر اساس بهترین منافع بیمار عمل کنند. طبق قانون مدنی آلمان، اگر بیمار قبلاً رضایت شفاهی یا کتبی برای درمان‌های خاصی داده باشد، می‌توان بر اساس آن عمل کرد. در غیر این صورت، در صورتی که درمان فوریت داشته باشد و جان بیمار را تهدید کند، پزشک می‌تواند اقدام به درمان کند. در این موارد، پزشکان باید به طور منطقی و با رعایت اصول پزشکی، درمان را انجام دهند (Spence & Maestro, 2024).

پ] بیماران فاقد اهلیت قانونی: در صورتی که بیمار فاقد اهلیت قانونی باشد، مثلاً یک کودک یا فرد بالغی که دچار اختلالات ذهنی است، برای مداخلات پزشکی باید رضایت ولی قانونی یا

². CEDH

¹. Grundgesetz

جراحی‌های خاص باشد. وصیت‌نامه پزشکی در آلمان، ابزاری مؤثر برای رعایت حقوق خودمختاری بیمار است که از آن طریق، بیمار پیشاپیش رضایت یا مخالفت خود را با برخی درمان‌ها اعلام می‌کند. این ابزار، به‌ویژه برای کسانی که ممکن است در آینده دچار بیماری‌هایی مانند آلزایمر یا سایر اختلالات روانی شوند، اهمیت ویژه‌ای دارد (Munir et al., 2022).

ب) نماینده قانونی: در صورتی که بیمار قادر به تصمیم‌گیری نباشد، نماینده قانونی می‌تواند به‌عنوان یک جانشین عمل کرده و تصمیمات پزشکی را برای بیمار اتخاذ کند. این نمایندگان معمولاً یکی از اعضای خانواده بیمار هستند و باید به‌طور قانونی از سوی دادگاه منصوب شوند. در این راستا، نماینده قانونی باید با توجه به بهترین منافع بیمار عمل کند و تصمیماتش باید در راستای حفظ سلامت و رفاه بیمار باشد (Nalubega et al., 2024).

۴-۵. مسئولیت پزشک در نظام حقوقی آلمان: پزشکان در نظام حقوقی آلمان مسئولیت مدنی دارند و در صورت انجام مداخلات پزشکی بدون رضایت بیمار، در صورتی که درمان منجر به آسیب به بیمار شود، مسئول خواهند بود. به‌طور خاص، مسئولیت مدنی پزشک تحت بند ۸۲۳ BGB قرار دارد، که مسئولیت فرد را در صورت انجام عمل زیان‌آور برای دیگری پیش‌بینی می‌کند. اگر پزشک در انجام مداخله پزشکی بدون رضایت بیمار دچار اشتباه شود و به بیمار آسیبی وارد کند، باید جبران خسارت نماید. در این زمینه، اگر پزشک به‌طور صحیح از قوانین مربوط به رضایت آگاهانه پیروی نکند و درمان‌های پزشکی بدون رضایت بیمار انجام دهد، به‌ویژه در شرایطی که نیازی به اورژانس وجود نداشته باشد، مسئولیت قانونی او محرز است.

۶. کارکرد تطبیقی انواع رضایت پزشکی در نظام‌های حقوقی ایران و آلمان: نظام حقوقی ایران با تکیه بر مبانی فقهی و اصول شرعی همواره تلاش کرده است میان ضرورت‌های درمانی و حفظ کرامت انسانی و رضایت بیمار توازن برقرار کند با این حال بررسی

تطبیقی با نظام‌های حقوقی پیشرفته، به‌ویژه نظام حقوقی آلمان، می‌تواند افق‌های جدیدی برای بهبود و کارآمدسازی قوانین داخلی در حوزه رضایت پزشکی بگشاید یکی از مهم‌ترین حوزه‌هایی که نیازمند بازنگری و تبیین دقیق‌تر در حقوق ایران است شرایط اورژانسی و نحوه تشخیص و اعمال رضایت بیمار در این موقعیت‌هاست در حقوق آلمان پزشک می‌تواند در موارد اورژانسی و برای نجات جان بیمار با تکیه بر اصل رضایت ضمنی یا رضایت فرضی مداخله درمانی را آغاز کند؛ چراکه فرض بر این است که هر انسان عاقل در وضعیت عادی رضایت به نجات جان خود می‌دهد این رویکرد که بر پایه عقلانیت و اخلاق عمومی بنا شده می‌تواند در حقوق ایران نیز در چارچوب قواعد فقهی مانند قاعده اضطرار، قاعده احسان و حفظ نفس محترمه مورد استفاده قرار گیرد با تصریح قانونی و تدوین دستورالعمل‌های مشخص می‌توان به پزشکان اجازه داد در شرایط بحرانی با اعتماد و امنیت حقوقی بیشتری اقدام کنند (Shojaei, 2014).

در موارد غیر اورژانسی تجربه آلمان نشان‌دهنده تأکید قوی بر خودمختاری و آزادی اراده بیمار است؛ حتی که شرایط مخاطره‌آمیز نیز محترم شمرده می‌شود در حقوق ایران نیز می‌توان با بهره‌گیری از ظرفیت‌هایی چون وصیت‌نامه‌های پزشکی، تعیین نماینده درمانی و اعلام قبلی اراده بیمار در پرونده سلامت گام‌هایی در جهت تقویت حقوق بیماران برداشت چنین اقداماتی ضمن حفظ اصول شرعی می‌تواند نقش مهمی در صیانت از کرامت انسانی و آزادی انتخاب بیماران ایفا کند (Munir et al., 2022).

یکی دیگر از جنبه‌های قابل اقتباس از تجربه نظام درمانی آلمان ساختار شفاف و کارآمد «نظام نمایندگی قانونی» برای بیماران ناتوان از تصمیم‌گیری مستقل است در این کشور نمایندگان درمانی براساس ضوابط مشخص و با نظارت مراجع قانونی تعیین می‌شوند و وظیفه دارند در چارچوب منافع و خواست‌های قبلی بیمار

حقوقی اصل نجات جان بیمار را در شرایط اضطراری بر سایر اصول مقدم می‌دانند. در حالی که حقوق ایران عمدتاً بر قواعد فقهی نظیر اضطرار، لاضرر و احسان تکیه دارد، نظام آلمان با تأکید بر اصل خودمختاری بیمار، ابزارهایی چون وصیت‌نامه پزشکی و نماینده قانونی را برای تصمیم‌گیری‌های درمانی پیش‌بینی کرده است. این تفاوت‌ها در قالب ساختارهای حمایتی و رویه‌های قانونی منسجم در آلمان و فقدان چارچوب صریح در ایران مشهود است.

اهمیت این یافته‌ها در آن است که نشان می‌دهد طراحی ابزارهای پیشینی حقوقی همچون وصیت‌نامه درمانی، می‌تواند به تقویت نظام سلامت ایران کمک کند. این ابزارها با حفظ اصول فقهی، نه تنها موجب احترام به اراده و کرامت انسانی بیمار می‌شوند، بلکه مسئولیت پزشکان را نیز در شرایط بحرانی روشن‌تر می‌سازند. در چشم‌انداز وسیع‌تر، این پژوهش نشان می‌دهد که توسعه ساختارهای حقوق سلامت با رویکردی تلفیقی از مبانی فقهی و تجارب بین‌المللی، می‌تواند پاسخی مناسب به چالش‌های نوظهور در حوزه اخلاق پزشکی باشد. تحقیقات آینده باید به تحلیل تجربی رویه‌های دادگاهی، بررسی سایر نظام‌های حقوقی [مانند فرانسه یا انگلستان] و توسعه آموزش حقوق سلامت برای کادر درمان تمرکز کند. از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تمرکز صرف بر بیماران فاقد اختیار، مقایسه محدود به ایران و آلمان، و رویکرد نظری به جای میدانی اشاره کرد. همچنین، گروه‌های خاص مانند کودکان بدون ولی یا بیماران روان‌پریش به‌طور مستقل مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. در نهایت، نتایج این پژوهش حاکی از آن است که با تدوین قوانین روشن در خصوص نمایندگی درمانی و وصیت‌نامه پزشکی، می‌توان ضمن حفظ اصول فقهی، به ارتقاء امنیت حقوقی در نظام سلامت ایران کمک شایانی نمود.

مشارکت نویسندگان

تصمیم‌گیری کنند (Spence & Maestro, 2024)، در ایران نیز هرچند نهادهایی مانند ولی شرعی [پدر، جد پدری یا قیم قانونی] به صورت سنتی برای نمایندگی بیماران فاقد اهلیت وجود دارد اما خلأهایی در زمینه تعیین و نظارت بر این نمایندگان به چشم می‌خورد با اصلاح و تقویت چارچوب‌های قانونی مرتبط با تعیین نماینده درمانی می‌توان فرآیند تصمیم‌گیری برای گروه‌هایی نظیر کودکان، سالمندان دچار زوال عقل یا بیماران روان‌پریش را ساختارمندتر، منسجم‌تر و مطابق با اصول حقوق بشری سامان داد. در جمع‌بندی تجربه موفق کشور آلمان در زمینه رضایت پزشکی اعم از رضایت صریح، ضمنی و فرضی گویای آن است که با ادغام سه رکن اصلی اخلاق حرفه‌ای، اصول حقوقی و استانداردهای علمی پزشکی می‌توان به الگوی متعادلی از مداخلات درمانی دست یافت برای نظام حقوقی و سلامت ایران نیز بهره‌گیری از این تجارب بین‌المللی می‌تواند سودمند باشد مشروط بر آنکه این اقتباس با توجه به مبانی فقهی اسلامی و با رعایت الزامات فرهنگی و شرعی جامعه صورت پذیرد چنین تلفیقی نه تنها موجب افزایش بهره‌وری و مشروعیت نظام سلامت خواهد شد بلکه در حفظ و حمایت از حقوق بیماران و کادر درمانی در چارچوبی دینی، انسانی و علمی مؤثر خواهد بود.

نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تطبیقی حدود و مبانی مشروعیت مداخله پزشک در درمان بیماران فاقد اختیار در دو نظام حقوقی ایران و آلمان انجام شد. در پاسخ به سه پرسش اصلی تحقیق یعنی تعیین چارچوب‌های حقوقی مداخله بدون رضایت در ایران، مقایسه نظام ایران و آلمان در این زمینه، و ارائه راهکارهای اصلاحی برای نظام ایران مطالعه حاضر با بهره‌گیری از منابع فقهی و مقررات قانونی، تلاش نمود تا تحلیل جامعی از مشروعیت، محدودیت‌ها و ابزارهای حمایتی مداخلات پزشکی در شرایط اضطراری ارائه کند. یافته‌های اصلی نشان داد که هر دو نظام

تعارض منافع

EXTENDED ABSTRACT

The increasing complexity of medical procedures in contemporary societies has made the issue of physician intervention in unconscious and incompetent patients a central subject of legal, ethical, and medical discourse. In many jurisdictions, balancing the urgent need for life-saving treatment with respect for patient autonomy has created diverse approaches and frameworks that seek to reconcile these competing imperatives. In Iran, the legal framework is largely grounded in Imami Shiite jurisprudence, which emphasizes principles such as necessity (*darura*), non-harm (*la darar*), and beneficence (*ihsan*) as foundational justifications for physician intervention in the absence of explicit patient consent (Alizadeh Yaghoob et al., 2022; Anahid et al., 2022). This reliance on jurisprudential rules reflects both the strengths and weaknesses of the Iranian system: on one hand, it provides a moral and religious justification for emergency interventions, but on the other, it lacks codified legislative tools that can offer physicians and patients clear and predictable safeguards. In contrast, the German legal system, deeply rooted in the principle of patient autonomy, has institutionalized mechanisms such as advance medical directives and legal representatives to address these situations in a structured and coherent way (Munir et al., 2022; Spence & Maestro, 2024). These tools not only uphold the autonomy of the patient but also protect physicians from legal uncertainty by clarifying the boundaries of permissible intervention. The comparison of these two systems thus highlights the tension between religiously inspired legal reasoning and secular, rights-based codification, while revealing the potential for legal borrowing and adaptation in

order to close existing gaps in Iran's framework (Shojaei, 2014).

A crucial component of this debate lies in the interpretation and application of consent. Consent in medical law is not a uniform concept but one that takes several forms, ranging from explicit written or oral declarations to implied and presumed consent in urgent circumstances (Alizadeh Yaghoob et al., 2022; Anahid et al., 2022). Explicit consent is the gold standard, forming the legal and ethical basis for most medical interventions and recognized both in jurisprudence and in positive law (Hilli, 1988; Mirza Qomi, 1958). Implied consent, on the other hand, is inferred from the behavior of the patient, such as presenting themselves for treatment or cooperating with medical staff, and is particularly common in routine or minor procedures (Muhaqqiq Hilli, 2006; Sotoudeh, 2016). Presumed consent emerges in emergencies when the patient is incapacitated, and the law or jurisprudence assumes that a rational person would choose treatment to preserve their life (Esfahani, 2001; Hammad, 2008). This tripartite distinction demonstrates the nuanced ways in which consent is understood and applied. In Germany, explicit legislative codification of these categories has been undertaken, with the Civil Code (BGB) providing clear directives for physicians, while in Iran, these distinctions are derived primarily from juristic interpretation, leading to ambiguity in application. The presence of codified instruments like advance medical directives in Germany further strengthens patient autonomy, while in Iran, the absence of such pre-emptive instruments leaves physicians to rely on broad and interpretive principles of jurisprudence, which may not always provide adequate legal certainty (Parsapour & Ghasemzadeh, 2011).

From an ethical standpoint, three foundational principles dominate the discourse: beneficence, autonomy, and non-maleficence. Beneficence requires that all medical actions be directed towards the welfare of the patient, ensuring that interventions are taken with the aim of maximizing health outcomes (Joodaki et al., 2016; Sotoudeh, 2016). Autonomy, however, emphasizes the right of individuals to make decisions concerning their own bodies and medical treatments, a principle that is paramount in the German system and rooted in human dignity as protected by constitutional and international human rights instruments (Alizadeh Yaghoob et al., 2022; Khansari, 1985; Tabataba'i Yazdi, 1996). Non-maleficence, or the principle of avoiding harm, is reflected in both Islamic jurisprudence through the maxim *la darar wa la dirar fi al-Islam* and in German law through legal provisions prohibiting medical interventions without valid consent unless justified by emergencies (Ahuja et al., 2024; Khoei, 1987; Khomeini, 2000; Mufid, 1989). The intersection of these three principles is particularly significant in cases involving unconscious patients, where the physician must navigate the ethical obligation to save life, the legal requirement for consent, and the moral prohibition against causing undue harm. While Germany has developed a layered legal infrastructure that integrates these ethical norms into enforceable law, Iran continues to rely on the interpretive flexibility of Islamic jurisprudence, which, while rich in moral content, leaves considerable room for legal uncertainty and divergent practices (Mousavi Tabrizi, 2018).

The Iranian legal system's reliance on the principles of necessity and beneficence does allow physicians to act in emergencies without fear of criminal liability, as reflected in Article 158 of the Islamic Penal Code, which exempts medical acts from criminalization if performed

out of necessity and in accordance with technical standards (Parsapour & Ghasemzadeh, 2011). However, beyond this general principle, there is a striking absence of codified legal frameworks that address issues such as advance medical directives, appointment of medical proxies, or the establishment of clear decision-making hierarchies for incapacitated patients (Chitsaz, 2015; Nalubega et al., 2024). In contrast, Germany not only has codified laws that recognize the role of legal representatives but also incorporates advance directives as binding instruments, thereby ensuring continuity of patient autonomy even in cases of unconsciousness (Rixen, 2020; Spence & Maestro, 2024). Furthermore, German jurisprudence and medical ethics guidelines provide physicians with clear protocols for determining when and how presumed consent can be applied in emergencies (Xue et al., 2024). These differences underscore the broader philosophical divergence between a system that prioritizes religious jurisprudence as a source of law and one that emphasizes individual autonomy within a rights-based legal order.

The comparative dimension of this study reveals the potential benefits of adopting selected aspects of the German framework into Iranian law. By incorporating tools such as advance medical directives, medical wills, and structured proxy representation, Iran could retain the ethical and religious principles that underpin its jurisprudence while addressing the practical shortcomings that create legal uncertainty for physicians and jeopardize patient rights (Munir et al., 2022; Shojaei, 2014). Such reforms would not only enhance legal clarity but also reinforce public trust in the healthcare system by ensuring that patients' rights are protected even when they cannot express them directly. Additionally, structured legal reforms could alleviate the burden on physicians, who currently face

potential civil or criminal liability when making rapid decisions in the absence of explicit legal authorization. These measures could also harmonize Iran's medical law with international standards while respecting the cultural and religious context that defines its legal system. Importantly, aligning domestic law with global medical ethics standards could improve Iran's international standing in the field of bioethics and health law, while fostering a more secure environment for both patients and healthcare providers.

In conclusion, the comparative study between Iranian and German legal frameworks concerning physician intervention in unconscious and incompetent patients highlights the strengths and weaknesses of both systems. While both prioritize the preservation of life, Germany achieves greater clarity and consistency by embedding ethical principles into codified legal instruments, whereas Iran depends on broad jurisprudential principles that, although morally grounded, lack the precision and predictability necessary for contemporary medical practice. The study suggests that Iran could greatly benefit from integrating certain structural reforms modeled on the German system, such as the adoption of advance medical directives and legally recognized proxies, in order to reduce ambiguities, protect patient autonomy, and enhance the legal security of physicians. Such an approach would ensure that Iranian law continues to honor its religious foundations while meeting the challenges of modern medicine in a practical and effective way.

References

- Ahuja, D., Batra, P., Bhatia, O., & Singh, A. K. (2024). Ethical Dilemmas and Conventionalism in Healthcare: A Scoping Review. *Cureus*, 16(9).
- Alizadeh Yaghoob, M., Mohammad, & Alinezhad, E. (2022). The Effects of Exemption from Liability Clauses in Medical Law with Emphasis on the New Islamic Penal Code. *Medical Law Research Journal*, 16(57), 810-825.
- Anahid, F., Azad, M., & Ghodsi Aghche Kand, S. S. (2022). The Role of Consent in Medical Liability. The 5th International Conference on Jurisprudence, Law, and Religious Studies, Chitsaz, R. (2015). *Medical Ethics*. Jame-e-Negar.
- Esfahani, S. A. (2001). *Wasīlat al-Najāh*. Institute for Compilation and Publication of Imam Khomeini's Works.
- Hammad, N. (2008). *Mu'jam al-Muṣṭalahāt al-Māliyyah wa al-Iqtisādiyyah fī Lughah al-Fuqahā'*. Dar al-Qalam.
- Hilli, A. i. S. a.-D. M. (1988). *Al-Muhadhdhab al-Bārī' fī Sharḥ al-Mukhtaṣar al-Nāfi'*. Islamic Publishing Institute.
- Joodaki, B., Ghani, K., & Amraei, M. (2016). A Jurisprudential-Legal Study of Patient Consent and Disclaimer and Their Legal Effects. *Forensic Medicine Journal*, 22(3), 173-182.
- Khansari, S. A. (1985). *Jāmi' al-Madārik fī Sharḥ al-Mukhtaṣar al-Nāfi'*. Islamic Publications.
- Khoei, S. A. M. (1987). *Al-Masā'il al-Shar'īyyah: Istiftā'āt al-Mu'āmalāt* (4 ed.). Institute for the Revival of Imam Khoei's Works.
- Khomeini, S. R. M. (2000). *Tahrīr al-Wasīlah*, vol. 2 (4 ed.). Institute for Compilation and Publication of Imam Khomeini's Works.
- Kulayni, M. i. Y. q. (1986). *Al-Kāfī* (4 ed.). Dar al-Kutub al-Islamiyyah.
- Makarem Shirazi, N. (1990). *Al-Qawā'id al-Fiqhiyyah*, vol. 1 (3 ed.). Amir al-Mu'minin School Publications.
- Mirza Qomi, A. i. M. H. (1958). *Qawānīn al-Uṣūl*. Maktabat al-Islamiyyah.
- Mousavi Tabrizi, S. H. (2018). *Fiqh-Based Legal Maxims in Medicine*. Research Institute for Islamic Culture and Thought.
- Mufid, M. i. M. (1989). *Al-Muqni'ah* (2 ed.). Islamic Publishing Institute.
- Muḥaqqiq Hilli, N. a.-D. (2006). *Sharā'i' al-Islām*. Dar Ihya' al-Turath al-'Arabi.
- Munir, M. A., Tandiabang, P. A., Basry, A., Setyawati, T., Mahardinata, N. A., & Rahman, N. (2022). A Medical Ethics Review of Elective Orthopaedic Surgery Management during the Pandemic COVID-19 Era. *Annals of medicine and surgery*, 78, 103845. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103845>
- Nalubega, S., Kutwabami, P., & Twimukye, A. (2024). Practices and Attitudes of Herbalists Regarding Informed Consent in Uganda: A Qualitative Study. *BMC Medical Ethics*, 25, 106. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01104-1>
- Parsapour, M. B., & Ghasemzadeh, S. R. (2011). A Jurisprudential and Legal Analysis of the Patient's Informed Consent and the Physician's Duty of Disclosure (A Comparative Study in English and French Law). *Iranian Journal of Medical Ethics and History*, 5(1), 39-50.
- Rixen, S. (2020). *Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht*. De Gruyter.

- Safi Golpayegani, L. (1992). *Istiftā'āt wa Nazariyyāt. Rahnamoon Quarterly*(2-3).
- Shahverdi, H., Nasiri, E., Jokar, A., & Darabinia, M. (2023). An Analysis of the Ethical Foundations in the Works of Abu Bakr al-Razi and Qutb al-Din Shirazi. *Religion and Health*, 11(2), 65-78.
- Shojaei, A. (2014). *A Comparative Study of Patient Informed Consent in the Legal Systems of Iran and Germany* [Master's thesis, Shahid Beheshti University, Faculty of Social Sciences].
- Sotoudeh, J. (2016). *Medical Ethics from the Perspective of Islamic Jurisprudence*. SAMT.
- Spence, K., & Maestro, M. L. (2024). Selected Publications-2023-2024. *Developmental Observer*, 17(3).
- Tabataba'i Yazdi, S. M. K. (1996). *Al-'Urwah al-Wuthqā, with commentaries by Imam Khomeini*. Institute for Compilation and Publication of Imam Khomeini's Works.
- Xue, C., Du, Y., Yang, H., Jin, H., Zhao, Y., Ren, B., & Dong, Z. (2024). Evaluating Vonoprazan and Tegoprazan for Gastroesophageal Reflux Disease Treatment in Chinese Healthcare: An EVIDEM Framework Analysis. *BMC Gastroenterology*, 24(1), 208. <https://doi.org/10.1186/s12876-024-03297-6>