

## ملاحظات اخلاقی در راهنمای پیشینی (مراقبت) و بررسی اجمالی جنبه‌های اخلاقی و حقوقی آن در زمینه‌ی آموزه‌های اسلامی

جنت مشایخی<sup>۱</sup>، منصوره مدنی<sup>\*</sup>، سعیده سعیدی تهرانی<sup>۱</sup>

### مقاله‌ی مروری

#### چکیده

براساس اصل احترام به اتونومی، از اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی، می‌توان حالتی را متصور شد که بیمار حق مشارکت خود در تصمیمات درمانی را حتی برای مسائلی که در آینده برایش رخ خواهد داد، حفظ می‌کند. بدین معنا که بیمار، در زمانی که هنوز ظرفیت تصمیم‌گیری دارد، سندی تنظیم می‌کند و طی آن سند، برای زمانی که به علت کاهش سطح هوشیاری ظرفیت تصمیم‌گیری خود را از دست داده است، تمام حالات را برای درمان خود پیش‌بینی کرده و درباره‌ی آن تصمیم‌گیری می‌کند، یا جانشینی برای خود مشخص می‌کند که وی با توجه به نگرش‌ها و علایق بیمار، بهترین تصمیم‌های ممکن را با داشتن اختیار کافی برای بیمار اخذ کند. این سند که راهنمای پیشینی مراقبت نام دارد، دارای فواید و اشکالاتی است و از دیدگاه‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه با مرور غیرسیستماتیک کتابخانه‌ای و اینترنتی، به طرح این موضوع نوین پرداخته است تا ضمن معرفی اجمالی آن، برخی از ابعاد این موضوع را مورد بررسی قرار دهد و امکان بومی شدن آن را از برخی ابعاد، به‌ویژه از منظر معارف اسلامی بررسی کند. از منظر معارف اسلامی، به دلیل حرمت فوق‌العاده‌ای که اسلام برای حیات قائل است، پزشک همواره موظف است که هر کاری را که در توان دارد، و انجام آن را بیهوده نمی‌داند، برای حفظ حیات انسان‌ها انجام دهد. اگر این وظیفه‌ی پزشک، با امتناع بیمار روبه‌رو شود، حتی در مواردی که امتناع بیمار، به‌طور اولیه، مصداق اضرار به نفس بوده و مورد نهی شرع است، باز هم به‌دلیل متعددی، پزشک باید به خواسته‌ی بیمار احترام گذاشته و البته ضمن پرهیز از هرگونه دخالت مستقیمی مثل اقدام فعالانه در قطع دستگاه، از درمان اجباری بیمار خودداری کند. ولی در مورد راهنمای پیشینی مراقبت، که بیمار فعلاً توان تصمیم‌گیری ندارد و تصمیم بیمار در گذشته، با وظیفه‌ی پزشک در نجات جان بیمار در تعارض قرار گرفته است، با وجود یک نهی اولیه، دلیلی نداریم که براساس آن حق بیمار را به زمان عدم هشیاری او تعمیم دهیم. بنابراین، براساس مبانی مذهبی کشور ما، عمل کردن براساس تصمیمات قبلی بیمار، فقط در محدوده‌ای می‌تواند معتبر باشد که با وظایف لازم‌الاجرای پزشک در تعارض قرار نگیرد. ضمناً چنین سندی فعلاً نمی‌تواند در نظام حقوقی ما جایگاهی داشته باشد و به رسمیت شناخته شدن چنین سندی، نیاز به بررسی‌های حقوقی اساسی دارد.

**واژگان کلیدی:** راهنمای پیشینی، دستور عدم احیا، مرگ مغزی، اسلام

<sup>۱</sup> دانشجوی دکترای تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>\*</sup> نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نرسیده به خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه‌ی چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱

Email: [mansuremadani@gmail.com](mailto:mansuremadani@gmail.com)

## مقدمه

در اخلاق پزشکی نوین، احترام به اتونومی بیمار به‌عنوان یکی از ارکان مهم ارتباط پزشک و بیمار مطرح است و یکی از اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی برشمرده شده است. بدین معنی که در تمام طول ارتباط میان بیمار و پزشک، بیمار حق دارد که درباره‌ی مراقبت‌های پزشکی خود تصمیم بگیرد (۱). اما در مواردی مثل کما و مرگ مغزی بیمار قادر به برقراری ارتباط با درمانگر برای بیان خواسته‌های خود نیست یا به‌عبارتی ظرفیت تصمیم‌گیری خود را برای شرکت در مداخلات پزشکی از دست می‌دهد. در این موارد این سؤال مطرح است که چگونه می‌توان به خواسته‌های کسی که قادر به برقراری ارتباط نیست، احترام گذاشت؟ آیا راهی برای یافتن اولویت‌های بیماران، زمانی که خود قادر به بیانشان نیستند، وجود دارد؟

راهکاری که غالباً در این موارد اتخاذ می‌شود این است که فردی به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین برای او تصمیم می‌گیرد. در انتخاب این فرد باید دقت زیادی صورت گیرد و ضوابط سخت‌گیرانه‌ای اعمال شود تا اطمینان حاصل شود که این فرد، از خواسته‌های بیمار اطلاع دارد و براساس تمایلات بیمار و بیش‌ترین منافع او تصمیم خواهد گرفت.

راهکار دیگری نیز برای حل چنین مشکلی قابل تصور است و آن تعیین اولویت‌ها توسط خود بیمار قبل از مبتلا شدن به چنین بیماری‌هایی است. در این راستا، در ایالات متحده‌ی آمریکا و سپس در اروپا Advance Directive (AD) یا راهنمای پیشبینی مراقبت، به‌عنوان مکانیسمی مطرح شد که فرد می‌تواند قبل از آن‌که ظرفیت تصمیم‌گیری خود را از دست بدهد در مورد آینده‌ی درمانی خود تصمیم بگیرد (۲). در سال ۱۹۷۶، رسماً این مکانیسم درصدد حمایت از اصل اتونومی حتی در شرایطی که فرد ظرفیت تصمیم‌گیری ندارد، برآمد (۳). با این تصور که با این فرایند، بر اساس اصل

اتونومی، به بیمار فرصتی داده می‌شود که بر اساس باورها، نگرش‌ها و اعتقادات خود نسبت به زندگی، بیماری و مرگ، در درمان خود شرکت فعالانه داشته باشد (۴).

ترجمه‌های متفاوتی از این اصطلاح در زبان فارسی وجود دارد که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به وصیت پزشکی، راهنمای از پیش تعیین شده، برنامه‌ریزی پیشبینی مراقبت و راهنمای پیشبینی اشاره کرد که در این مقاله عمدتاً از اصطلاح راهنمای پیشبینی و مخفف عبارت، AD استفاده شده است.

با توجه به این‌که چنین دستورالعملی در ایران وجود ندارد، این مقاله در مرحله‌ی اول، به تشریح انواع، ابعاد عملی و نقدهای وارد شده به راهنمای پیشبینی مراقبت در کشورهای غربی پرداخته و سپس امکان بومی شدن چنین دستورالعملی را از برخی ابعاد، از جمله ابعاد اخلاقی، فقهی و حقوقی آن بررسی کرده است. بدیهی است که اجرای دستورالعملی مشابه، نیاز به بررسی‌های دیگری مثل بررسی ابعاد فرهنگی و اقتصادی آن دارد.

## راهنمای پیشبینی مراقبت چیست؟

راهنمای پیشبینی<sup>۱</sup> سندی است که افراد با آن اولویت‌های پزشکی خود را برای آینده‌ای که نمی‌توانند خواسته‌هایشان را مطرح کنند، تعیین می‌کنند و یک نماینده‌ی مخصوص مراقبت‌های سلامتی<sup>۲</sup> ظرفیت تصمیم‌گیری را بررسی می‌کند (۵). دو شکل رایج برای این فرایند وجود دارد؛

## شکل اول

الف: وکالت پایدار<sup>۳</sup>: در این حالت فرد یک وکالت دائمی و پایدار به وکیل خود می‌دهد که از طریق آن کلیه‌ی اختیارات را به او می‌سپارد. این اختیارات، کارهای بانکی، مالیات و تمامی فعالیت‌های موکل و هم‌چنین، فعالیت‌های پزشکی او را در بر می‌گیرد.

<sup>1</sup> Advance directive

<sup>2</sup> Designated health care proxy

<sup>3</sup> Durable power of attorney

تصمیم بگیرد (۱۲).

در رابطه با انگیزه‌ی افراد برای تنظیم چنین سندی، مطالعه‌ای در هلند انجام شده است که بیش‌ترین انگیزه‌ی افراد برای راهنمای پیشینی پزشکی، جلوگیری از درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات در وضعیت‌های مشخص و داشتن یک مرگ آرام و عزتمند بوده است، که افراد را پس از دیدن بیماری شدید یکی از اعضای خانواده یا دوستان به انجام این کار سوق داده بود (۱۳).

از لحاظ قانونی نیز هم‌چنان سؤالات فراوانی در اجرای ADها قابل طرح است؛ مثلاً با چه گستردگی و تحت چه شرایطی برای احترام گذاشتن به بیماران باید درمان قطع شود؟ پاسخ به این سؤال بستگی به جایگاه اتونومی و نقش اولویت‌های بیماران در کشورهای مختلف دارد و وابسته به زمینه‌های فرهنگی متفاوت است (۲). در کشورهای مختلف قوانین گوناگونی برای ADها وضع شده است. در کشورهایی مثل پرتغال و ترکیه مفهوم AD ناشناخته بوده و قانونی به آن اختصاص داده نشده است (۱۴). در کشور چین موافقت فرهنگی با AD وجود ندارد و یک مدل تصمیم‌گیری خانوادگی پیشنهاد شده است (۱۵). در امریکا AD پذیرفته شده است و مطالعه‌ای در امریکا که در سطح ملی و در طی ۱۰ سال صورت گرفت نشان داد که ۷۰ درصد از بیماران بیمارستان‌های مورد مطالعه فرم‌های AD را پر کرده و از آن استقبال کرده‌اند و ارائه‌دهندگان خدمت نیز این عمل را باعث بهبود روابط با بیماران و ارتقا کیفیت زندگی در پایان حیات دانسته‌اند (۱۶). مطالعه‌ای در بین بیماران پارکینسون در کشور کلمبیا صورت گرفته که داشتن AD را در صورتی که تصمیم بیمار تحت حمایت خانواده و ارائه‌دهندگان سلامت گرفته شده باشد مؤثر و کارآمد می‌داند (۱۷). مطالعه‌ای در شیکاگو نشان داده است که بین افراد مذهبی استقبال کم‌تری از AD وجود دارد و آنان تمایل دارند از دستورات مذهبی و معنوی‌شان در رابطه با تصمیم‌گیری‌های پایان حیات پیروی

ب: تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بهداشتی یا وکیل امور سلامت<sup>۱</sup>: در این حالت فرد، تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزینی را در نظر می‌گیرد که تنها در زمانی که ظرفیت تصمیم‌گیری بهداشتی درمانی ندارد، مثلاً در شرایط انتهایی زندگی یا زمانی که به‌علت تصادف هوشیاری خود را از دست داده است، به‌جای او تصمیم بگیرد و به محض به دست آوردن ظرفیت، شخصا تصمیم‌گیری می‌کند. بنابراین، این حالت، اختصاص به تصمیمات پایان حیات ندارد.

شکل دوم

Living Will<sup>۲</sup> است در این حالت فرد اختیار تصمیم‌گیری را در شرایطی که ظرفیت تصمیم‌گیری ندارد و در شرایط انتهایی زندگی یا در مرحله‌ی ترمینال بیماری یا در شرایط نباتی پایدار است به شخص دیگری می‌سپارد و چگونگی مردن را تعیین می‌کند و این که در شرایط انتهایی پایان حیات چگونه با او رفتار شود را مشخص می‌کند. برای تنظیم آن دو شاهد نیاز است (۹-۶). اما Do not resuscitate (DNR) فرم مجزایی است که در آن فرد خواستار آن می‌شود که در صورتی که فرد دچار ایست قلبی - ریوی شد احیا نشود و فقط مخصوص این حالت است و با سندهای ذکرشده تفاوت‌هایی دارد (۱۱، ۱۰). در این سند (AD) بیمار در مورد بیش‌تر اقدامات پایان حیات مثل تغذیه‌ی مصنوعی، مایع درمانی پزشکی یا لوله‌گذاری، عدم احیای قلبی - ریوی، اجازه‌ی پیوند اعضا و دیگر اقدامات پایان حیات، به‌صورت جزئی نظر خود را ابراز می‌کند. همان‌طور که بیان شد، این سند می‌تواند در زمان وجود ظرفیت خود بیمار تهیه شود یا این‌که یک تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین، مثل وکیل مراقبت‌های سلامت یا وکیل کلیه‌ی امور زندگی بیمار، برای زمانی که بیمار فاقد ظرفیت است از طریق خود بیمار انتخاب شود تا بر اساس علایق بیمار برای او

<sup>۱</sup> Health Care Surrogate

<sup>۲</sup> Living Will

گفته می‌شود که راهنماهای پیشینی به‌ویژه در مواردی که از درمان‌های پایان حیات جلوگیری می‌کنند، بر اقتصاد سیستم سلامت اثر مثبت دارند (۲۵). ADها می‌توانند مشخص کنند که چه کسی در پایان حیات درمان و اعزام به بیمارستان را می‌خواهد؟ چه کسی خواستار همه‌ی درمان‌های پایان حیات است و همچنین، یک ناحیه‌ی خاکستری بین این دو حالت وجود دارد، که فرد آن‌ها را در فرمی می‌نویسد (۱۳). موارد عدم بستری در بیمارستان و عدم استفاده از درمان‌های پیشرفته برای حفظ حیات می‌تواند از هدر رفتن منابع و نیروی انسانی جلوگیری کند.

### اشکالات مطرح برای Advance Directive

۱- بد تفسیر شدن ADها: گاهی در شرایط اورژانس، این توصیه‌ها را به عدم درمان یا معادل دستور عدم احیا (DNR)، تفسیر کرده‌اند (۲۶). استفاده از ADها قویا وابسته به نوع ارتباط میان پزشک و بیمار است که به‌صورت جزئی بحث کنند و واقعا خواسته‌ی بیمار درک شود.

۲- غیر قابل پیش بینی بودن شرایط پایان حیات به‌دلیل غیر قابل پیش‌بینی بودن اتفاقات پایان حیات، نمی‌توان از پیش، همه‌ی جزئیات یک موقعیت را پیش‌بینی کرد و برای همه‌ی شرایط برنامه‌ریزی کرد. وجود یا عدم وجود یک عامل، می‌تواند بر نظر واقعی بیمار تأثیرگذار باشد و عدم پیش‌بینی آن، اعتبار تصمیم قبلی بیمار را زیر سؤال ببرد. برای مثال، بیماری که در راهنمای پیشینی خود با دستور عدم احیای قلبی - ریوی یا DNR موافقت کرده است در طی انفارکتوس قلبی، دچار فیبریلاسیون بطنی و ایست قلبی - تنفسی می‌شود و در صورتی که درمانگر بخواهد به دستور DNR عمل کند بیمار از عملیات احیای قلبی - ریوی که بیهوده هم نیست محروم می‌شود.

۳- برخی از درخواست‌های بیماران برای پایان حیات غیرواقع‌بینانه است و بهادادن به آن مستلزم انجام اقدامات بیهوده و غیر لازم است و با تعهدات حرفه‌ای

کند (۱۸). مطالعه‌ای در میشیگان اظهار می‌دارد که در تصمیم‌گیری در رابطه با بیماران پایان حیات و چگونگی استفاده از برنامه‌ی AD، سیاه و سفید دیدن موضوع اشتباهی بزرگ است و باید ملاحظات بنیادین و اعتقادات فرهنگی، بومی و قومی را در نظر گرفت و راه حل متناسبی اتخاذ کرد و از مزایای آن در محدوده‌ی خاص استفاده کرد (۱۹). در کشورهای اروپایی نیز نگرش مثبتی نسبت به AD وجود دارد (۲۰، ۲۱). راهنمای پیشینی، با وجودی که به تصمیم‌گیری درمانی کمک می‌کند و فوایدی دارد، ولی با انتقادات و چالش‌هایی نیز روبه‌رو است که در متون مختلف به آن اشاره شده است.

### فواید مطرح برای Advance Directive

۱- احترام به اتونومی بیمار مهم‌ترین مسئله در AD احترام به خودمختاری بیمار و فراهم آوردن شرایطی برای مشارکت وی در روند درمانی خویش است. در یک مطالعه دیده شد که اکثر بیماران در پایان مراقبت‌هایی را دریافت کرده‌اند که با اولویت‌های مكتوب خودشان بیش‌ترین همراهی را داشته است (۲۲). به‌ویژه اگر بتوان نشان داد که عمل به این دستورالعمل پیشینی، به‌طور معنی‌داری بیش از تصمیمات تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین، با خواسته‌های بیمار مطابقت دارد. ADها حتی برای بیماران روان‌پزشکی نیز مطرح است که در مرحله‌ی تخفیف و فروکش بیماری‌شان بتوانند برای مرحله‌ی حاد بیماری تصمیم بگیرند (۲۳).

### ۲- آماده شدن برای مرگ

این‌که بیمار با تیم ارائه‌دهنده‌ی سلامت و خانواده‌ی خود درمورد چگونگی ورود به پروسه‌ی مرگ مشورت می‌کند، بیمار را آماده‌ی سازگاری با فرایند مرگ کرده، در جهت احساس کنترل، کاستن بار تحمیلی بر عزیزان و تقویت روابط با اطرافیان بیمار مؤثر است (۲۴).

۳- تأثیر مثبت بر جنبه‌های اقتصادی سیستم سلامتی

نواهی الهی است، بنابراین، تسلط انسان از نوع امانت داری و ولایت است و از باب قاهریت و مالکیت نیست (۲۹). مثلاً براساس قوانین اسلامی، انسان‌ها با وجود سلطه‌ای که بر مال و بر بدن خود دارند، مجاز نیستند که مال خود را ضایع کنند یا در راه حرام استفاده کنند (۳۰) و همچنین، حق ندارند موجب هلاکت خود شوند «ولا تلقوا بأيديکم الی التهلکة»<sup>۲</sup> یا به بدن خود آسیب برسانند<sup>۳</sup> (۳۱). بزرگان اسلام، در تعالیم خود صریحاً بیان کرده‌اند که انسان‌ها حتی در برابر محیط زیست، اعم از جمادات، گیاهان و جانوران مسؤول هستند (۳۲)، اما این مسؤولیت به‌ویژه در مقابله با مسأله‌ی حیات، بسیار سنگین‌تر است و وظایف بسیاری را برای انسان‌ها رقم می‌زند. براساس مبانی اسلام، موجودات زنده دارای جوهری متفاوتی که به نام روح هستند که دارای حرمت و تقدس است و حتی موجودات ذی روح غیر از انسان را نیز شامل می‌شود. اهمیت دادن به موجودات ذی روح از منظر منافع اقتصادی آن‌ها یا از منظر احترام به عواطف انسانی نیست، بلکه از منظر احترام به یک موجود صاحب حیات است. بنابراین، اسلام در رابطه با مسأله‌ی حیات، فوق العاده سخت‌گیرانه با مسأله برخورد کرده است و این راهنماهای پیشینی، یا الزامات آن‌ها، اگر با حیات انسانی در تعارض قرار گیرد، با دیدگاه‌های مبنایی اسلام قابل جمع نخواهد بود.

مسأله‌ی دیگر عدم مالکیت مطلق انسان بر نفس خویش است. انسان نمی‌تواند هر تصمیمی که بخواهد برای بدن خویش بگیرد، ولی به دلیل سلطه‌ی هر فرد بر بدن خود، در تصمیم‌گیری برای خودش، بر دیگران اولویت دارد و این حق را دارد که حتی از درمانی سودمند امتناع کند. اگرچه امتناع از یک درمان سودمند، که بتوان آن را نوعی اضرار به نفس تلقی کرد، به‌طور اولیه مورد نهی شرع است، ولی به دلیل سلطه‌ی هر فردی بر بدن خود، مجوزی برای درمان برخلاف میل

پزشک در تناقض است (۲۷).

۴- همیشه امکان تصمیم‌گیری براساس این سند وجود ندارد. مثلاً گاهی راهنمای پیشینی در دسترس نیست، یا زمان کافی برای دستیابی به آن وجود ندارد و تصمیم‌گیری طبق آن امکان ندارد (۲۸).

۵- ممکن است نتوان خواسته‌ی بیمار را در زمانی غیر از زمان فعلی، به منزله‌ی خواسته‌ی فعلی بیمار قلمداد کرد. چرا که در طی زمان، با تغییر انگیزه‌ها و ارزش‌های بیمار خواسته‌ی وی نیز می‌تواند تغییر کند.

### Advance Directive در ایران

در کشور ما، راهنمای پیشینی برای مراقبت پزشکی مرسوم نیست و سندی رسمی برای این کار پیش‌بینی نشده است، ولی با توجه به رواج فرهنگ اسلامی و وجود منابع غنی فقهی، حقوقی و اخلاقی در اسلام، می‌توان بحث راهنمای پیشینی را از منظر مبانی اسلامی بررسی کرده و ابعاد تنظیم چنین سندی را با توجه به برخی ویژگی‌های بومی کشور تحلیل کنیم.

### AD و برخی از الزامات اخلاقی و شرعی اسلام

اسلام انسان را جاننشین خداوند در زمین می‌داند و معتقد است که خداوند جهان را در تسخیر او قرار داده است؛ قرآن مکرراً به این مسأله تصریح کرده است که ماه و خورشید و شب و روز و هرچه در زمین و آسمان است، در خدمت انسان آفریده شده است. ولی در عین حال او را در مقابل نعمت‌های خدا مسؤول دانسته است.<sup>۱</sup> اسلام ضمن تأکید بر جایگاه محوری انسان در آفرینش، او را حاکم بی‌قید و شرط عالم نمی‌داند بلکه بنده‌ی خدا و ملزم به قیود اخلاقی می‌داند. براساس تعالیم اسلام، مالک حقیقی اشیاء، خداوند است و مالکیت انسان مشروط و نیابتی و محدود به حدود اوامر و

<sup>۱</sup> قرآن کریم، سوره‌ی مبارکه‌ی ابراهیم، آیه‌ی ۳۳، سوره‌ی مبارکه‌ی نحل، آیه‌ی ۱۲، سوره‌ی مبارکه‌ی لقمان، آیه‌ی ۲۰، سوره‌ی مبارکه‌ی حج، آیه‌ی

<sup>۲</sup> قرآن کریم، سوره‌ی مبارکه‌ی بقره آیه‌ی ۱۹۵  
<sup>۳</sup> نهج البلاغه

بیمار به‌شمار نمی‌رود (۳۳).

البته این نهی اولیه، این نتیجه را در پی دارد که به پزشک اجازه‌ی همکاری با بیمار یا اقدام فعالانه برای قطع درمان را نمی‌دهد. از این رو، این که در شرایط عدم هشیاری، این حق بتواند وظیفه‌ی سایرین مبنی بر حفظ حیات او یا سودرسانی به او را رفع کند، به‌سادگی قابل قبول نیست.

مسأله‌ی دیگر، جایز نبودن درمان بیهوده و اهمیت استفاده‌ی بهینه از منابع محدود نظام سلامت است (۲۷). در صورتی که درخواست بیمار نوعی درمان اقدام بیهوده یا غیر منطقی به‌شمار بیاید، اتلاف هزینه‌های محدود نظام سلامت بوده و با الزامات اخلاقی پزشک در تعارض قرار خواهد گرفت. در چنین شرایطی، پزشک مجاز به انجام خواسته‌ی بیمار، حتی در زمان واجد ظرفیت بودن او نیست. در زیر، موضوع درخواست از قبل ثبت شده، در رابطه با دو مسأله تحلیل و بررسی شده و جایگاه این مستند در این دو موقعیت که از شایع‌ترین موارد کاربرد این دستورالعمل‌ها هستند، ارزیابی و توجیه خواهد شد:

۱- نحوه‌ی برخورد با فرد مبتلا به مرگ مغزی و پیوند اعضای وی به فرد نیازمند

در این زمینه بحث‌های مختلف فلسفی، فقهی، اخلاقی فراوانی در رابطه با ماهیت مرگ در فرد مبتلا به مرگ مغزی از جنبه‌ی زنده یا مرده بودن وی مطرح شده و آراء و نظرات متفاوتی در این زمینه به میان آمده است. برخی با مستندات، مبنای زنده بودن فرد را داشتن تنفس و گردش خون حتی گردش خون مصنوعی می‌دانند و گروهی نیز زنده بودن سر برای بدن را لازمه‌ی حیات دانسته و بنابراین، مرگ مغزی را مرگ واقعی تلقی می‌کنند (۳۵، ۳۴). اما پیوند اعضا از فرد دچار مرگ مغزی امروزه جایگاه قانونی خود را از طریق ادله‌ی فقهی در باب اضطرار برای حفظ نفس محترم دیگری که شدیداً نیازمند پیوند است، پیدا کرده است (۳۶). این مسأله کاملاً مورد اتفاق نیست، ولی برخی دیدگاه‌ها، با استدلال بر

و جوب حفظ جان مسلمان دیگر، پیوند عضو را حتی بدون اجازه‌ی فرد مبتلا به مرگ مغزی یا اولیاء وی مجاز می‌دانند (۳۷) و وصیت شخص برای برداشته شدن ضمان دیه و اجازه‌ی اولیاء را بیش‌تر در جهت احترام به اولیاء و حفظ نظم و امنیت عمومی معتبر می‌شمارند.

در مسأله‌ی پیوند، در زمانی که حیات انسانی متوقف بر این کار باشد، این کار واجب خواهد بود و خواسته‌ی بیمار، حتی در زمان داشتن ظرفیت یا خواسته‌ی همراهان او تاثیری در حکم نخواهد داشت.

۲- نحوه‌ی برخورد با فرد فاقد هوشیاری و رویکرد پزشک در مواجهه با دستور DNR

بر اساس آموزه‌های دینی ما، نجات جان انسان در هر زمان بر خود فرد و بر دیگران واجب و امری خدشه‌ناپذیر است و نه خود انسان و نه دیگران نمی‌توانند بر خلاف آنچه به صلاح بیمار و در جهت حفظ حیات اوست، تصمیمی بگیرند. این مهم ریشه در ارزشمندی حیات انسان و کرامت انسان، به‌عنوان خلیفه الله و جانشینی یک موجود کریم دارد (۳۸). از این حیث هر لحظه از زندگی انسان ارزشمند است؛ حتی اگر در بیهوشی سپری شود یا همراه با درد و رنج باشد. در ادعیه‌ی ما نیز بر درخواست طول عمر از خداوند تأکید فراوان شده است که این امر می‌تواند ناظر به همین ارزشمندی لحظات زندگی باشد. از سوی دیگر، در نگاه معارف اسلامی ما درد و رنج و بیماری، از جمله رنج‌های پایان حیات، شکلی از آزمایش و ابتلا برای انسان است و در سیر معنوی او به‌سوی خداوند مؤثر است (۲۸)؛ هر چند که اسلام پزشکان را موظف کرده است که در برطرف کردن عامل سختی و درد بیمار بکوشند (۳۹). بر این اساس، هیچ کس به‌دلیل سختی‌های پایان حیات (اعم از درد و رنج بیماری، آسودگی اطرافیان و توجهات دیگر) نمی‌تواند برای خودش یا دیگری، تصمیم به مرگ زودرس بگیرد یا در این راه به کسی کمک کند، بلکه تأمین‌کنندگان سلامتی باید هر کار

بیماران در زمانی که ظرفیت تصمیم‌گیری دارند، در بسیاری از تصمیمات درمانی خود مشارکت می‌کنند. در مواردی این تصمیم‌گیری‌ها با الزامات حرفه‌ای پزشک در تعارض است، ولی اغلب تصمیم‌گیری‌های بیماران در محدوده‌ی گزینه‌های معقول و مجاز است. بدیهی است که در محدوده‌ی گزینه‌های مجاز، که با الزامات اخلاقی و شرعی پزشکان منافاتی ندارد، بیمار می‌تواند برای آینده‌ی خود تصمیم‌گیری کند و این کار در واقع پزشکان را در یافتن اولویت‌های بیمار هدایت می‌کند. اگرچه چنین مواردی نیز از نقدهای وارده به ADهای معتبر سایر کشورها مصون نیست، ولی قابل بررسی و اجرایی شدن است و چه بسا می‌تواند در شرایط خاص کمک‌کننده باشد.

#### AD از نگاه حقوق اسلامی

در ارتباط با مسایل حقوقی، «وصیت انشاء امری است که اثر مستقیم آن معلق به فوت است» و فقط پس از مرگ قابل اجراست و فرد دچار کما یا کاهش هوشیاری، هنوز زنده است و نمی‌توان وصیتی از وی را به اجرا درآورد (۴۲) و در مورد این مسأله اصلاً موضوعیت پیدا نمی‌کند. پس این مسأله باید در میان نمایندگی‌های زمان حیات جست‌وجو شود؛ سندی که بیمار امضا می‌کند یا وکیل‌ی که برای آینده‌ی بیماریش در نظر می‌گیرد در یک نوع از نمایندگی به نام وکالت یا نیابت می‌گنجد: که در این‌جا موضوع «حجر» و «بطلان نمایندگی‌های حقوقی محجور» از قبیل نیابت، ولایت، قیمومیت و وصایت مطرح می‌شود. در اصطلاح حقوق اسلامی، اهلیت و اختیار دو شرط لازم برای انعقاد یک قرارداد وکالت است، به این معنی که قرارداد تا زمانی اعتبار اجرایی خواهد داشت که هر دو طرف اهلیت و اختیار لازم را داشته باشند. اهلیت که با شخصیت و تکامل قوای دماغی و شعور دو طرف قرارداد ارتباط دارد نشانه‌ی آن است که فرد، صلاحیت اداره کردن و تصمیم گرفتن را دارد (۴۳).

حجر به مفهوم عدم اهلیت است؛ و اهلیت یعنی صلاحیت

ممکن را جهت پیشگیری از مرگ زودرس بیمار انجام دهند (۴۰).

اگر چه در مواردی که مرگ بیمار بر اساس دانسته‌های فعلی پزشکی حتمی است، عدم استفاده از درمان‌هایی که بر مبنای علم پزشکی بی‌فایده‌اند مجاز تلقی می‌شود (۴۱) و حتی این اقدامات، ممکن است گاهی به دلایلی غیراخلاقی شمرده شوند (۲۷). بنابراین، مسأله‌ی DNR که از موضوعات مستحدثه‌ی پزشکی است، باید از منظر ملاحظات اخلاقی درمان بیهوده، و محدودیت‌های تخصیص منابع، مورد بررسی قرار گیرد و با در نظر گرفتن ابعاد گوناگون آن، و بر اساس بحث‌های مشترکی که میان فقها، پزشکان، مشاوران اخلاق پزشکی، پزشکی قانونی و صاحب‌نظران حوزه‌ی معارف اسلامی انجام می‌شود، در مورد جواز آن در موارد خاص تصمیم‌گیری شده و راهنمای بالینی مناسبی طراحی شود تا از سردرگمی تیم مراقبت پزشکی و برخورد‌های سلیقه‌ای جلوگیری به عمل آید.

با این اوصاف وقتی بیماری ظرفیت تصمیم‌گیری خود را از دست می‌دهد تیم درمانی موظف است که با مشورت اعضای خانواده‌ی بیمار (مشورت با اعضای خانواده از جهت بهتر اجرایی شدن تصمیمات درمانی است)، بهترین تصمیمات درمانی را اتخاذ کند و از این جهت است که توصیه‌های بیمار در قالب AD، اگر با چارچوب‌ها و ضوابط اخلاق و شریعت اسلامی منافات داشته باشد، به معنای توصیه‌ی درمانگران به کاری خلاف وظایف اخلاقی و شرعی آنان بوده و قابل پذیرش نیست. از این رو، بیمار نمی‌تواند قبل از آن‌که ظرفیت تصمیم‌گیری خود را از دست بدهد برای آینده‌ی نامشخص که نمی‌داند در آن موقعیت چه به صلاح اوست، هر نوع تصمیمی بگیرد. تعمیم سلطه‌ی بیمار بر نفس خود، به زمانی غیر از زمان تصمیم‌گیری، بسیار سخت است و بعید است که بتوان آن را توجیه کرد.

راهنماهای پیشینی در محدوده‌ی گزینه‌های مجاز

اگر بیمار در توصیه‌ی قبلی خود با درمان سودمند مخالفت کرده است، با فرض این‌که آنچه بیمار قبلاً در این سند نگاشته است، خواسته‌ی فعلی اوست، می‌توان بحث تزاحم اصل اتونومی بیمار و اصل سود رسانی بیمار را مطرح کرده و به‌دنبال ملاکی برای اولویت یک اصل گشت. ولی با توجه به این‌که این سند در زمان دیگری نوشته شده است، به سادگی نمی‌توان این خواسته را از موارد امتناع بیمار از درمان دانست و براساس حق سلطه‌ای که فرد بر بدن خویش دارد، وظیفه‌ی شرعی و اخلاقی پزشک را از او ساقط دانسته و از درمان بیمار صرف‌نظر کرد.

- حالت دومی که در این شرایط قابل تصور است، حالتی است که بیمار در راهنمای پزشکی خود، تقاضای اقدامی را کرده، که در حال حاضر درمانی بیهوده است. با توجه به وظیفه‌ی پزشک در امتناع از درمان بیهوده، به‌دلیل اتلاف وقت، اتلاف هزینه و لزوم عدالت در برخورداری از منابع محدود نظام سلامت و سایر دلایل (۴۵)، این تقاضا قابل اجرا نیست.

- حالت سومی که متصور است، وقتی است که گزینه‌های درمانی متعددی وجود دارد که هیچ یک با الزامات اخلاقی پزشک منافاتی ندارد و اگر بیمار در حالت عادی بود، می‌توانست یکی از این گزینه‌ها را انتخاب کند. در چنین صورتی می‌توان پذیرفت که بیمار پیش از قرار گرفتن در این موقعیت، برای چنین وضعیتی تصمیم‌گیری کند.

هر چند که در این شرایط خانواده‌ی بیمار به همراه تیم پزشکی می‌توانند تصمیم مناسب بگیرند، اما شاید به‌دلیل مشکل بودن تعریف کاربردی و پیدا کردن مصداق برای درمان بیهوده، تیم پزشکی با کمک گرفتن از خواست بیمار تصمیم بهتری بگیرند.

مجموعاً اگر چه به‌نظر می‌رسد که ADها اسنادی هستند که با رضایت آگاهانه‌ی بیمار همراهی کامل دارند و کاملاً تابع

دارشدن حق یا به کار بردن حقی که از قبل داشته است و به افرادی که از چنین خصوصیتی برخوردار نیستند، محجور گفته می‌شود و زوال عقل از نظر فقها و حقوقدانان از عوامل حجر تلقی می‌شود. از این حیث فرد بیهوش جزء محجورین به‌شمار می‌آید و اهلیت تصمیم‌گیری نداشته، هر نوع وکالت یا سندی که قبلاً امضا کرده، بر اساس قانون مدنی تابع فقه امامیه ملغی محسوب شده و اعتبار ندارد و بر اساس ماده‌ی ۹۵۴ قانون مدنی کلیه‌ی عقود جایز به‌واسطه‌ی مرگ یا سفه یا جنون منفسخ می‌شود (۴۴). ضمناً در ماده‌ی ۶۶۲ قانون مدنی به صراحت گفته شده «وکالت باید در امری داده شود که خود موکل بتواند آن را انجام دهد» (۴۴). به همین دلیل، براساس قواعد حقوقی فعلی، سندی به‌عنوان AD، پس از آن‌که بیمار فاقد اهلیت شد، ارزشی ندارد و پشتوانه‌ی قانونی نخواهد داشت. در صورتی که براساس مبانی دینی، بتوان شکلی از AD را مورد قبول دانست، اجرایی شدن آن به بررسی‌های حقوقی عمیقی نیاز خواهد داشت.

### بحث و نتیجه‌گیری

در رابطه با جواز یا عدم جواز تنظیم چنین سندی در چارچوب اوامر و نواهی شرعی و اخلاقی اسلام، می‌توان چند حالت را متصور شد:

اگر در مورد درمان خاصی بتوان گفت که این درمان برای بیمار سودمند است، در صورتی که در تضاد با نظر تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بیمار نباشد، انجام آن توسط پزشک الزامی است. در اصل سودرسانی تفاوتی میان بیمار واجد و فاقد ظرفیت وجود ندارد، پس اگر بیماری فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری شد، بر اساس اصل سودرسانی پزشک باید هر نوع درمان منطقی را برای بیمار در نظر بگیرد.

باوجود این‌که اتونومی به‌عنوان یکی از اصول چهارگانه‌ی مطرح و مورد احترام است اما اگر در تعارض با سه اصل دیگر اخلاق پزشکی و به‌خصوص اصل سودرسانی قرار گیرد، ممکن است لازم باشد که دامنه‌ی آن محدودتر شود. در این‌جا



طبق ماده‌ی ۵-۱-۳ منشور حقوق بیمار باید اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری است ثبت شود و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بیمار قرار گیرد (۴۸). هر چند که الزام قانونی برای انجام آن وجود ندارد ولی بدین ترتیب می‌توان از فشار عاطفی عزیزان بیمار کاست.

با در نظر گرفتن موارد فوق، راهنماهای منطقی بر اساس فرهنگ اسلامی در کشور ما مورد نیاز است تا با استفاده از آن مرز میان درمان‌های ضروری برای حفظ حیات و درمان بیهوده مشخص شود و حدود اختیار بیماران برای تصمیم‌گیری برای زمان‌های خاصی در آینده مشخص شده و معتبر شمرده شود.

اتونومی بیمار هستند اما از آن‌جا که تصمیم‌گیری فرد برخلاف مصالح عالی‌هی خود، از پزشک در انجام وظایف اخلاقی سلب تکلیف نمی‌کند، این راهنماها باید محدود به مواردی شود که هیچ‌یک از گزینه‌های درمانی مطرح با وظیفه‌ی پزشک تناقضی ندارد. ضمناً چون وکالت فردی که فاقد اهلیت است از نظر حقوقی ارزشی ندارد؛ سند AD یا در نظر گرفتن وکیل یا جایگزین در زمان عدم هوشیاری فاقد اعتبار قانونی است. مگر این‌که در آینده ضوابط جدیدی از سوی حقوقدانان ما وضع شود.

از منظر اخلاقی آنچه مسلم است پزشکی مبتنی بر شواهد امروز احترام به اتونومی (نیازها، ارزش‌ها، باورها، خصوصیت‌های شخصیتی و ترس‌های بیمار) را در نظر گرفته و این منجر به کارآمدی روند درمان می‌شود (۴۶). در شرایطی که بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری را به هر علتی از دست داده باشد دانستن و احترام به خواست بیمار خاصه در محدوده و شرایط ذکر شده بسیار کمک کننده خواهد بود. حداقل کمکی که دانستن خواسته‌ی ذکر شده برای ارائه‌دهنده‌ی خدمت دارد کاهش بار عاطفی و روحی خانواده در فرایند تصمیم‌گیری است (۴۷)؛ این‌که خانواده‌ی بیمار در شرایط حساس تصمیم‌گیری از خواست قبلی بیمار آگاه باشد و این خواست هم‌راستا با تصمیم نهایی باشد در گرفتن تصمیم و کاهش فشار خانواده یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین کمک می‌کند. پزشک و ارائه‌دهنده‌ی خدمت نیز با خیالی آسوده‌تر تصمیم درمانی درست را خواهد گرفت. علاوه بر این، احترام به اتونومی و ارزش گذاشتن به تصمیمات ایشان خود باعث افزایش اعتماد به حرفه‌ی پزشکی خواهد شد لذا دانستن تصمیمات بیمار در محدوده‌ی اختیارات از این نظر کمک کننده و مفید خواهد بود.

## منابع

- 14- van Wijman MP, Pasman HR, Widdershoven GA, Onuwteaka-Philipsen BD. Motivations, aims and communication around advance directives: a mixed-methods study into the perspective of their owners and the influence of a current illness. *Patient Educ Couns* 2014; 95(3): 393-9.
- 15- Mei Ching L, Hinderer KA, Kehl KA. A systematic review of advance directives and advance care planning Chinese people from eastern and western cultures. *J Hospice and Palliative Nurs* 2014; 16(2): 75-85.
- 16- Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(2): 189-94.
- 17- Kwak J, Wallendal MS, Fritsch T, Leo G, Hyde T. Advance care planning and proxy decision making for patients with advanced Parkinson disease. *South Med J* 2014; 107(3): 178-85.
- 18- Karches KE, Chung GS, Arora V, Meltzer DO, Curlin FA. Religiosity, spirituality, and end-of-life planning: a single-site survey of medical inpatients. *J Pain Symptom Manage* 2012; 44(6): 843-51.
- 19- Hopp FP, Duffy SA. Racial variations in end-of-life care. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(6): 658-63.
- 20- Baumann A, Audibert G, Claudot F, Puybasset L. Ethics review: end of life legislation-the French model. *J Crit Care* 2009; 13(1): 204.
- 21- Navarro B, López-Torres J, Andrés-Pretel F, et al. Advance directives from the point of view of primary care physicians in Spain. *Popul Health Manag* 2014; 17(3): 197-8.
- 22- Kierzek G, Rac V, Pourriat JL. Advance directives and surrogate decision making before death. *N Engl J Med* 2010; 363(3): 295.
- 23- Widdershoven G, Berghmans R. Advance directive in psychiatric care: a narrative approach. *J Med Ethics* 2001; 27(2): 92-7.
- 24- Larijani B, Aramesh K. *Physician and Ethical Considerations*, 2<sup>th</sup> ed. Tehran: Baraye Farda; 2013, vol.1, p.345-6. [in Persian]
- 25- Ezekiel J, Emanuel E, Emanuel LL. The economics of dying the illusion of cost saving at the end of life. *N Engl J Med* 1994; 330: 540-4.
- 26- Kasetos AD, Mirarch FL. A living will misinterpreted as a DNR order: confusion compromises patient care. *J Emerg Med* 2011;
- 1- Beauchamp T, Childress J. *Principle of Biomedical Ethics*, 7<sup>th</sup> Edition. New York: Oxford University Press; 2013, p.101.
- 2- Ruth Horn. I don't need my patient's opinion to withdraw treatment patient preferences at the end-of-life and physician attitudes towards advance directives in England and France. *J Med Health Care Philos* 2014; 17: 425-35.
- 3- Brown BA. The history of advance directives: a literature review. *J Gerontol Nurs* 2003; 29: 4-14.
- 4- Anonymous. American Medical Association. *Advance Care Directives*. <http://www.ama-assn.org/ama/.../advance-care-directives.page?:2014> (accessed in 2014)
- 5- Escher M, Perneger TV, Dayer P, Perrier A. Impact of advance directives and a health care proxy on doctor's decisions: a randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2014 ; 47(1): 1-11.
- 6- Anonymous. The Legal Aid Society of the Orange County Bar Association. *What is advance directive*. [www.legalaidocba.org/documents/What\\_Is\\_An\\_Advance\\_Directive.pdf](http://www.legalaidocba.org/documents/What_Is_An_Advance_Directive.pdf) (accessed in 2014)
- 7- Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med* 2010; 362(13): 1211-18.
- 8- Goede M, Wheeler M. Advance directives, living wills, and futility in perioperative care. *Surg Clin North Am* 2015; 95(2): 443-51.
- 9- Niebrój LT. Advance directives and the concept of competence: are they a moral barrier to resuscitation? *J Physiol Pharmacol* 2007; 58 Suppl 5(Pt 2): 477-84.
- 10- Ballin NH. Do-not-resuscitate orders--ethical and legal considerations. *Ugeskr Laeger* 2007; 169(13): 1201-4. [in Danish]
- 11- Singer GR. Do-not-resuscitate orders. *J Fla Med Assoc* 1994; 81(1): 30-4.
- 12- Nelson JM, Nelson TC. Advance directives: empowering patients at the end of life. *Nurse Pract* 2014; 39(11): 34-40.
- 13- Anonymous. *Advance directives summary of the legal provisions relating to advance directives per country*. <http://www.naepc.org/journal/issue02k.pdf:2005> (accessed in 2014)

- 38- Mahmoodabadi S. [keramat va Fazilate Ensan az nazare Ayatollah Javadi Amoli]. <http://rezvanelm.aqr.ir/portal/home/showpage.aspx?object=relatedtopics&categoryid=f615402f-68ac-46fd-ba8f-7773f66b726a&webpartid=62f19055-a72b-4161-8a9a-7febebe79f0a&id=f0ff3751-a586-4cea-936f-eb85c989a4f4> (accessed in 2015) [in Persian]
- 39- Larijini B, Zahedi F, Tavakkoli Bazzaz J, Parsapour AR. Ethical issues in end of life from the perspective of religions. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism 2007; (Suppl): 9-23.[in Persian]
- 40- Zahedi F, Larijani B, TavakkoliBazzaz J. End of life ethical issues and Islamic views. Iran J Allergy Asthma Immunol 2007; 6(Suppl 5): 5-15.
- 41- Peimani M, Zahedi F, Larijani B. Do-not-resuscitate order across societies and the necessity of a national ethical guideline. Iran J Med Ethics Hist Med 2012; 5(5): 19-35. [in Persian]
- 42- Katouzian N. [Dore Moghaddamati Hoghugh Madani (DarshaeiAzShafe,Vasiat,Ers)], 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Dadgostar; 2002, p. 60. [in Persian]
- 43- Katouzian N.[Dore moghadamati hoghogh madani amale hoghoghi gharadad eigha] , 6<sup>th</sup>edition. Tehran: Bahman Borna; 1992, p. 105-106. [in Persian]
- 44- Katouzian N. [Qanoone Madani dar Nazme Hhoquqi Konuni],14<sup>th</sup> ed. Tehran: Mizan; 2006, p. 565, 434. [in Persian]
- 45- Aramesh K. Medical futility. Iran J Med Ethics Hist Med 2008; 1(4): 47-52. [in Persian]
- 46- Saeedi Tehrani S, Madani M. Bioethical principles and medical futility. Iran J Med Ethics Hist Med 2015; 7(6): 1-14. [in Persian]
- 47- Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. J Pain Symptom Manage 2001; 22: 727-37.
- 48- Parsapour A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. Iran J Med Ethics Hist Med 2010; 3(3 Suppl): 39-47. [in Persian]
- 40(6): 629-32.
- 27- Madani M. Ethical considerations of futile care. Iran J Med Ethics Hist Med 2013; 6(2): 31-42. [in Persian]
- 28- Zahedi F, Larijani B. Cancer ethics from the Islamic point of view. Iran Journal Allergy Asthma Immunol 2007; 6(suppl 5): 17-24.
- 29- Gharavi MH. [Tanbih-al-ommahvatanzih-al-mellah], 1<sup>st</sup> edition. Qom Seminary Press; 2003, p. 64, 69.[in Persian]
- 30- Mohagheghdamad SM. [Ghavaedefeghh], 12<sup>th</sup> ed. Tehran: Markaz Nashre Olume Eslami; 1985, vol 2, p. 112-15. [in Persian]
- 31- Helli A. [Ghavaed-al- ahkam fi maarefat-al-halal vaalharam], 1<sup>st</sup> ed. Qom Seminary Press; 1992, vol 3, p. 329. [in Persian]
- 32- Najafi MH. [Javaher-al- kalam fi sharhsharaea-al-eslam], 7<sup>th</sup> ed. Lebanon: dar-ol-ehyaaltorasalarabi; 1983, vol 36, p. 370. [in Arabic]
- 33- Madani M, Madani E. Theoretical foundations of treatment refusal: ethical, philosophical and jurisprudential aspects. Iran J Med Ethics Hist Med 2013; 6(5):12-23. [in Persian]
- 34- Tabatabaei SM. An analysis of the subject of brain death from the lexical jurisprudential and medical viewpoint .Iran J Med Ethics Hist Medi 2013; 6(2): 1-16. [in Persian]
- 35- Asefi MM. [Peivande aazaye mordegane maghzi]. J Feqhe Ahle Beit 2002; 31: 3-44. [in Persian]
- 36- Mirhashemi S. [Peivande Aazaye Mobtalyan be Marghe Maghzi]. Nedaye Sadegh 2007; 46: 114-140. [in Persian]
- 37- Aliakbari Babookani E, Hesami Shahrezaie Z, Shafizadeh khoulenjani M.The effect of the deceased person's will and and guardian consent for transplantation. Islamic Jurisprudence Research: organ 2013; 9: 69-94. [in Persian]

## **Ethical considerations on advance directives: an overview of the ethical and legal aspects in the context of Islamic teachings**

Jannat Mashayekhi<sup>1</sup>, Mansure Madani<sup>\*1</sup>, Saeedeh Saeedi Tehrani<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PhD Candidate in Medical Ethics, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### **Abstract**

According to the principle of respect for autonomy, which is one of the essential precepts of medical ethics, patients are entitled to the right of self-determination for a hypothetical future when they may lose the decision-making capacity. Thus, when still adequately competent to make decisions, a person can prepare a document and predict their therapeutic options and state their wishes for the possible time of lack of decision making capacity, or assign a surrogate who will make the best decision considering the attitudes and interests of the patient. This document, called advance directive, has advantages and disadvantages, and has been investigated from different perspectives.

The present study addresses this new issue through non-systematic internet and library review of resources, and aims to investigate some aspects of this subject and examine the possibility of its naturalization from certain viewpoints, particularly from the Islamic perspective. In Islam, life is highly respected and physicians are obliged to do their best to protect human life. In cases where patients refuse the suggested treatments, even when it harms them fundamentally, the physician is obliged to respect their wishes for several reasons. Nevertheless, physicians should avoid any direct measure that may end up in the patient's death. As regards advance directives, the patient no longer has the capacity to make decisions and has done so formerly, which may be in conflict with the physician's responsibility to save the patient's life under present circumstances. In such cases, despite a preliminary injunction, there is no reason to extend the patient's right to the time of their consciousness. Therefore, based on the religious principles observed in Iran, acting on the patient's previous decisions can only be valid as long as they do not conflict with the physician's responsibilities. Furthermore, advance directives currently do not have a place in our legal system and the recognition of such documents is contingent upon further studies, including legal and cultural reviews.

**Keywords:** advance directive, DNR order, brain death, Islam

---

\*Email: [mansuremadani@gmail.com](mailto:mansuremadani@gmail.com)